



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

KEHITYSVAMMAISET MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAT JA RENTOUTUSHARJOITTELU

Oppaan kehittäminen ryhmäkodin työntekijöiden käyttöön

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö AMK
Syksy 2014
Piia Pallaskari

Lahden ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

PALLASKARI, PIIA:

Kehitysvammaiset
mielenterveyskuntoutujat ja
rentoutusharjoittelu
Oppaan kehittäminen ryhmäkodin
työntekijöiden käyttöön

Fysioterapian opinnäytetyö,

60 sivua

Syksy 2014

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoite on tuottaa Eteva kuntayhtymän mielenterveyteen erikoistuneelle kehitysvammaisten asumisyksikölle rentoutusopas. Opas on tarkoitettu ryhmäkodin ohjaajien käyttöön asiakastyöhön. Työn tarkoituksena on lisätä ohjaajien tietoutta rentoutumisen mahdollisuuksista ajatellen heidän omaa työtään sekä asukkaiden fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Oppaan on tarkoitus toimia ryhmäkodin ohjaajien työkaluna, jota he voivat käyttää valitessaan asukkaalle sopivia rentoutusmenetelmiä.

Opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta: kirjallinen opinnäytetyöraportti ja erillinen Rentoutusopas – Työkalu kehitysvammaisten mielenterveyskuntoutujien ryhmäkodin ohjaajille. Raportti sisältää työn tietoperustan sekä opinnäytetyö- ja tuotteistamisprosessin kuvauksen. Opinnäytetyön tietoperusta kerättiin aineistotietokannoista ja kirjallisuuslähteistä, ja oppaan sisältö on koottu tämän teorian pohjalta. Tietoperustaan sisältyy informaatiota kehitysvammaisuudesta, mielenterveydestä ja sen häiriöistä sekä rentoutumisen ja tuotteistamisen teoriaa.

Oppaan sisältö on koottu opinnäytetyön tietoperustan pohjalta. Se sisältää perustietoa kehitysvamman ja mielenterveyshäiriöiden aiheuttamista haasteista ja rentoutusharjoittelun vaikutuksista niihin sekä ryhmäkodin tarpeisiin mukautettuja rentoutusharjoitteita. Rentoutuminen lisää itsetuntemusta ja tehostaa muistitoimintojen, tunteiden, motivaation ja tarkkaavaisuuden säätelyä. Sen on todettu olevan tarkoituksenmukainen menetelmä ahdistuksen, stressin ja psykosomaattisten oireiden vähentämisessä muun hoidon tukena.

Opinnäytetyön raportti ja tuotos julkaistaan ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseuksessa.

Asiasanat: rentoutus, kehitysvammaisuus, mielenterveyshäiriöt, psykofysiologia, stressi

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

PALLASKARI, PIIA:

Relaxation training for people with
intellectual and developmental
disabilities and mental disorders
Developing a guide for the group home
workers

Bachelor's Thesis in Physiotherapy 60 pages

Fall 2014

ABSTRACT

The objective of this Bachelor's thesis is to make a relaxation guide for Eteva's joint municipal authority) mental health specialized group home for people with intellectual and developmental disabilities. The guide is intended as a tool for the group home workers to be used in their daily work with the group home residents. The purpose of the thesis is to increase the workers' awareness about the possibilities of relaxation training, considering their own work, as well as the residents' physical and mental well-being. The guide is intended to serve as a tool that the workers can use when choosing suitable relaxation methods for the residents.

This Bachelor's thesis consists of two parts: a written report and a separate guidebook "Relaxation guide – a tool for the workers in a group home for people with intellectual and developmental disabilities and mental disorders". The written report includes the theoretical framework, as well as the process and productization description. The theoretical framework of this Bachelor's thesis was gathered from electronic databases and literature resources and it includes information on intellectual disability, mental health and mental disorders, as well as relaxation and productization theory.

The content of the guidebook is based on the theoretical background of the thesis. It contains basic information about the challenges that intellectual and developmental disabilities and mental health problems bring. It also contains information about the effects of relaxation training and introduces some relaxation exercises that have been adapted to meet the needs of the group home residents. Relaxation has been found to be an appropriate treatment method in reducing anxiety, stress, psychosomatic symptoms adjunct to other treatment. Furthermore, it increases self-awareness and enhances memory function, emotions, motivation, and attention regulation.

The Bachelor's thesis and the guidebook will be available in the Theseus-database.

Key words: relaxation, intellectual disability, developmental disability, mental disorder, psychophysiology, stress

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TYÖELÄMÄYHTEISTYÖKUMPPANI	3
2.1	Tavoite ja tarkoitus	3
2.2	Työelämäyhteistyökumppani	3
3	ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS	5
3.1	Kehitysvammaisuuden määritelmä	5
3.2	Kehitysvammaisuuden etiologiaa ja liittännäisiä	6
4	MIELENTERVEYS JA SEN HÄIRIÖT KEHITYSVAMMAISILLA	8
4.1	Mielenterveyden määritelmä	8
4.2	Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä kehitysvammaisilla	8
4.3	Mielenterveyden häiriöiden ilmentyminen kehitysvammaisilla	15
5	RENTOUTUMINEN	19
5.1	Mielen ja kehon yhteys	19
5.2	Fysiologinen stressi- ja rentoutumisreaktio	21
5.3	Rentoutumisen oppiminen, harjoittelun vaikutuksia ja ohjaaminen kehitysvammaisille mielenterveyskuntoutujille	24
5.4	Rentoutusmenetelmiä	29
6	OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA RENTOUTUSOPPAAN TUOTTEISTAMINEN	37
6.1	Idea ja luonnostelu	37
6.2	Toteutus ja viimeistely	40
7	POHDINTA	45
7.1	Opinnäytetyön toteutus	45
7.2	Tuotoksen arviointi	47
7.3	Työskentelyn arviointi ja pohdinta	48
7.4	Jatkokehittämisisideat ja -tutkimusaiheet	48
	LÄHTEET	50
	LIITTEET	61

1 JOHDANTO

Kehitysvamma, mielenterveyden häiriöt ja stressi voivat ilmetä erilaisina fyysisinä ja psyykkisinä toimintakykyä heikentävinä oireina (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 434–436; Kaski, Manninen & Pihko 2012, 103–104, 109). Kehitysvammaan liittyy ongelmia monilla sopeutumiskäyttäytymisen osa-alueilla (Definition of Intellectual Disability 2014). Samantyyllisiä toimintakykyä heikentäviä vaikutuksia on myös mielenterveyden häiriöillä. Ne voivat esimerkiksi heikentää keskittymiskykyä, lisätä impulsiivisuutta ja ahdistuneisuutta (Kaski ym. 2012, 103–104, 109) tai aiheuttaa vetäytymistä sosiaalisista suhteista (Aaltonen 2011b, 150). Nämä muun muassa verbaaliseen ilmaisuun, elämänhallintaan ja tunneälyyn liittyvät haasteet voivat altistaa psykosomaattiselle oireilulle (Wickström 2004, 25–27).

Myös stressi voi ilmetä erilaisina fyysisinä ja psyykkisinä toimintakykyä heikentävinä oireina (Talvitie ym. 2006, 273, 434–436). Stressi aktivoi autonomisen hermoston sympaattista osaa (Korkeila 2008, 684), joka on vastuussa elimistössä käynnistyvästä taistele tai pakene -reaktiosta (Morrison & Bennett 2009, 223–225). Se on elimistön normaali vaste muuttuneeseen tilanteeseen. Lyhytaikainen stressi parantaa toimintakykyä, mutta stressitilanteen pitkittyminen saa elimistössä aikaan kudostuhhoa, heikentää kognitiivisia toimintoja ja lisää masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. (Sandström 2010, 171–187.) Negatiiviset, ahdistusta tuottavat mielikuvat ja ajatukset aktivoivat sympaattista hermostoa (Martin & Kunttu 2012, 14–15) ja voivat saada aikaan psykosomaattisia oireita (Kataja 2004, 26). Toisaalta myös kehitysvammaan ja mielenterveyshäiriöihin usein liittyvät itsetunto-ongelmat ja epäselvät suorituskvyn rajat lisäävät psyykkistä stressiä (Kaski ym. 2012, 105–106). Oravanpyörä on valmis.

Tutkimuksissa ei ole päästy yksimielisyyteen siitä, miten keho ja mieli vaikuttavat toisiinsa ja kumpi on määräävässä asemassa toiseen nähden (Svennevig 2003, 18–21), mutta ajatukset, tunteet ja mielikuvat ovat selvästi yhteydessä fyysisiin oireisiin ja tuntemuksiin ja toisin päin (Wickström 2004, 25–27).

Rentoutumisreaktiota pidetään yleisesti elimistön stressireaktion vastavaikuttajana (Benson & Klipper 2000, 53, 73; Stefano, Stefano & Esch 2008, 18). Se on

ikivanha keino pitää yllä kehon ja mielen yhteyttä, ja se on tunnettu monissa kulttuureissa jo vuosituhansia, mutta vasta viime aikoina sen vaikutusmekanismeja on pystytty tutkimaan. Rentoutuminen on sekä fyysinen että psyykinen tapahtuma ja kokemus, ja se on tärkeä keino lisätä kuntoutujan voimavaroja ja helpottaa psykosomaattisia oireita. (Kataja 2004, 10, 24.) Rentoutuminen vähentää lihasjännityksiä (Kataja 2004, 35) ja ehkäisee ja vastustaa pitkittyneeseen stressiin liittyviä sairausprosesseja muun muassa mielenterveyden häiriöissä (Esch, Fricchione & Stefano 2003, 23–34). Se tehostaa muistitoimintojen, tunteiden, motivaation ja tarkkaavaisuuden säätelyä (Sandström 2010, 190) ja aiheuttaa kehossa myönteisiä fysiologisia muutoksia, kun sympaattisen hermoston toiminta vaimenee ja parasympaattisen hermoston aktiivisuus lisääntyy (Kataja 2004, 26).

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa mielenterveyteen erikoistuneelle kehitysvammaisten asumisyksikölle rentoutusopas. Työn tarkoituksena on lisätä ohjaajien tietoutta rentoutumisen mahdollisuuksista ajatellen heidän omaa työtään sekä asukkaiden fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Oppaan on tarkoitus toimia ryhmäkodin ohjaajien työkaluna, jota he voivat käyttää valitessaan asukkaille sopivia rentoutusmenetelmiä. Idea opinnäytetyöhön nousi kiinnostuksesta psykofyysiseen fysioterapiaan. Opinnäytetyön tietoperusta kerättiin aineistotietokannoista ja kirjallisuuslähteistä, ja oppaan sisältö on koottu tämän teorian pohjalta.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TYÖELÄMÄYHTEISTYÖKUMPPANI

2.1 Tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoite on tuottaa Eteva kuntayhtymän mielenterveyteen erikoistuneelle kehitysvammaisten asumisyksikölle rentoutusopas. Opas on tarkoitettu ryhmäkodin ohjaajien käyttöön asiakastyöhön.

Työn tarkoituksena on lisätä ohjaajien tietoutta rentoutumisen mahdollisuuksista ajatellen heidän omaa työtään sekä asukkaiden fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Oppaan on tarkoitus toimia ryhmäkodin ohjaajien työkaluna, jota he voivat käyttää valitessaan asukkaille sopivia rentoutusmenetelmiä.

2.2 Työelämäyhteistyökumppani

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppani on Eteva kuntayhtymän mielenterveyden häiriöihin erikoistunut kehitysvammaisten asumisyksikkö (myöhemmin Ryhmäkoti). Eteva on 47 eteläsuomalaisen kunnan omistama suomalainen vammaispalveluja tuottava kuntayhtymä (Eteva 2013). Etevan tarjoamia palveluita ovat muun muassa eritasoisesti tuetut asumismuodot, perhe- ja tilapäishoito, työ- ja päivätoiminta, asiantuntijatuki esimerkiksi kommunikaatioon, haastavaan käytökseen tai toimintakyvyn arviointiin liittyvissä kysymyksissä sekä tukikeskukset, jotka vastaavat vaativampien palvelutarpeiden toteuttamisesta (Palvelut 2013). Noin 2000 vammaista tai muuta erityistukea tarvitsevaa henkilöä on vuosittain Etevan palveluiden piirissä. Etevalla työskentelee noin 1300 henkilöä, joista suurin osa erilaisissa asiakaspalvelutöissä asumis-, työ-, päivätoiminta- ja asiantuntijapalveluissa. (Eteva 2013.)

Ryhmäkoti on kuntouttava asumisyksikkö. Seitsemän tavallisen asukaspaikan lisäksi yksikköön kuuluu neljä rivitaloasuntoa ja etävalvottavia asukaspaikkoja. Rivitalon ja etävalvottavien asuntojen asukkailla palveluntarve on pienempi kuin Ryhmäkodissa asuvilla. Ryhmäkotiin on keskitetty asukkaita, joilla esiintyy mielenterveyden häiriöitä, mistä johtuen myös rauhattomuus ja eriaisteiset

käytöshäiriöt aiheuttavat jonkin verran haasteita työlle. Ryhmäkodin asukkaat ovat aikuisia lievästi tai keskivaikeasti älyllisesti kehitysvammaisia.

3 ÄLYLLINEN KEHITYSVAMMAISUUS

3.1 Kehitysvammaisuuden määritelmä

Suomessa Laki kehitysvammaisen erityishuollosta (519/1977, luku 1, 1§) määrittelee kehitysvammaisen olevan henkilö, ”jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi”. American Association on Intellectual and Developmental Disabilityn mukaan älyllinen kehitysvammaisuus tarkoittaa tämänhetkisen toimintakyvyn rajoitusta, joka aiheuttaa merkittävää vajetta älyllisessä toimintakyvyssä ja adaptiivisissa taidoissa ja alkaa ennen 18 ikävuotta (Definition of Intellectual Disability 2014).

Adaptiivisissa taidoissa eli sopeutumiskäyttäytymisessä tilaan liittyy rajoitusta vähintään kahdessa seuraavista: kommunikaatio, oppiminen, kotona selviytyminen, yhteisössä toimiminen, työ, vapaa-aika, itsehallinta, sosiaaliset taidot, terveys, itsestä huolehtiminen ja turvallisuus (Definition of Intellectual Disability 2014). Sopeutumiskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön sosiaaliseen toimintakykyyn ja itsenäisyyteen liittyviä taitoja suhteessa ikätasoon ja ympäristön mahdollisuuksiin (Kaski 2009, 269). Käytännössä yli 90 % henkilöistä, jotka Suomen voimassaolevan kehitysvammalain perusteella lasketaan kehitysvammaisiksi, täyttää myös yllämainitun älyllisen kehitysvammaisuuden määritelmän (Kaski 2004, 179.) Tässä opinnäytetyössä keskityn käsittelemään kehitysvammaisuutta nimenomaan älyllisenä kehitysvammaisuutena.

Älykkyyttä mitataan älykkyydosamäärätestillä, jossa tulos 70–75 tai alle viittaa älyllisen toimintakyvyn heikentymiseen (Definition of Intellectual Disability 2014). Maailman terveysjärjestö WHO jakaa ICD-10 -tautiluokituksessaan älyllisen kehitysvammaisuuden neljään ryhmään vaikeusasteen mukaan. Ryhmiä ovat lievä (levis), keskivaikea (moderata), vaikea (gravis) ja syvä (profunda), ja ne on jaettu älykkyydosamäärän mukaan (TAULUKKO 1). (World Health Organization 2010.) Normaali väestön älykkyydestien keskimääräinen pistemäärä on standardoitu älykkyydosamääräksi 100 (Kysymyksiä älykkyydestä 2013).

TAULUKKO 1. Älyllisen kehitysvamman vaikeusasteen älykkyydosamäärän raja-arvot DSM-IV- ja ICD-10 -tautiluokituksissa

Kehitysvamman vaikeusaste	DSM-IV (Stein, Blum & Barbaresi 2011, 365)	ICD-10 (World Health Organization 2010)
Lievä (levis)	70–55	69–50
Keskivaikea (moderata)	55–40	49–35
Vaikea (gravis)	40–25	34–20
Syvä (profunda)	< 25	< 20

Älyllisen kehitysvammaisuuden diagnoosia ei tule käyttää ihmisen luokitteluun vaan tämän terveydentilan hahmottamiseen ja hoidon suunnitteluun (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 21–22). Jokainen ihminen on yksilö diagnooseistaan huolimatta, ja erilaiset häiriöt ja vaikeudet vaihtelevat diagnoosin sisällä ja niitä esiintyy eri diagnooseissa. Ei ole läheskään aina selvää, johtuuko oire älyllisestä kehitysvammaisuudesta vai ei. (Kaski 2004, 180–183.)

3.2 Kehitysvammaisuuden etiologiaa ja liittännäisiä

Älyllisen kehitysvamman syyt vaihtelevat: esimerkiksi perintötekijöistä johtuu noin 30 % ja noin 30 %:ssa tapauksista syy jää avoimeksi. Kehitysvammaisuuden syynä voivat olla myös esimerkiksi sikiöaikaiset epämuodostumat, synnytysongelmat, toksiiinialtistukset, kuten raskaudenaikainen alkoholinkäyttö, ja infektiot prenataalisella kaudella eli raskausaikana, perinataalisella kaudella eli synnytyksen aikana tai vastasyntyneenä tai postnataalisella kaudella eli lapsuudessa. (Kaski 2004, 183–190; Kaski ym. 2012, 25–27.) Älyllisen kehitysvammaisuuden esiintyvyyden arvioidaan Suomessa olevan noin 1 % koko väestöstä eli noin 50 000 henkilöä (Arvio 2011, 15; Kaski ym. 2012, 21–22).

Älyllisesti kehitysvammaisella voi olla monia lisä- ja liitännäisvammoja ja -sairauksia. Liitännäisvamma tarkoittaa vammaa, joka on osa samaa oireyhtymää kuin älyllinen kehitysvamma. Lisävamma tai -sairaus on kyseessä silloin, kun puhutaan komorbiditeetista eli useiden itsenäisten sairauksien esiintymisestä samaan aikaan. (Kaski 2004, 179.) Yleisiä liitännäisvammoja ja -sairauksia ovat muun muassa puheen ongelmat, kuten ilmaisun tai ymmärtämisen vaikeudet, epilepsia, eritasoiset liikkumiset rajoitteet, psykiatriset häiriöt, käyttäytymisen ongelmat, autistiset piirteet sekä näkö- ja kuulovammat (Arvio 2011, 15–16). Samat oireet voivat olla lisävammoja, jos johtuvat eri syystä kuin kehitysvamma (Aaltonen 2011a, 140; Kaski ym. 2012, 98–142). Monivammaisuudesta puhutaan silloin, kun samalla henkilöllä on vähintään kolme vaikeaa vammaa yhdessä (Kaski 2004, 179).

4 MIELENTERVEYS JA SEN HÄIRIÖT KEHITYSVAMMAISILLA

4.1 Mielenterveyden määritelmä

Maailman terveysjärjestö, WHO, määrittelee terveyden olevan ”täysi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkkä sairauden poissaolo” (suomennos kirjoittajan) (World Health Organization 2009, 1). Mielenterveyden se määrittelee näin: ”hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, tulee toimeen elämän normaalin kuormituksen kanssa, voi työskennellä tuloksellisesti ja hedelmällisesti ja pystyy antamaan panoksensa yhteisölleen” (suomennos kirjoittajan) (World Health Organization 2005, 2).

Raja normaalin ja häiriytyneen mielenterveyden välillä on häilyvä ja suhteellinen. Mielenterveyttä tarkastellaan yleensä sosiaalisen sopeutumisen, itsestä huolehtimisen ja sen järkkymisestä aiheutuvien oireiden perusteella ja yleensä aikuisen näkökulmasta. Kuitenkin on tärkeä muistaa, että mielenterveys rakentuu yksilön kehitystapahtumien myötä. Kuten muunkin terveyden, perimä on myös mielenterveyden kulmakivi. Geenit aktivoituvat ympäristön vaikutuksesta, joten periytyvätkään mielenterveyden häiriöt eivät aina ilmene ilman ympäristön laukaisinta. Ympäristö voi käsittää ihmisen fyysisen elinympäristön ja yksilön sisäisen kemiallisen ympäristön. (Lehtonen & Lönnqvist 2009, 26–27.)

4.2 Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä kehitysvammaisilla

Kehitysvammaisilla henkilöillä on muuhun väestöön nähden suurentunut riski mielenterveydellisiin häiriöihin (Kaski 2004, 192). He voivat sairastua samoihin psyykkisiin sairauksiin kuin muu väestökin. Sairaus voi liittyä kehitysvamman taustalla mahdollisesti olevaan aivovaurioon tai esimerkiksi vaikeisiin tilanteisiin elämässä. (Kaski ym. 2012, 103–104, 109.) Hoitoa suunniteltaessa tähdätään usein tekemään niin sanottu dual diagnosis eli diagnosoimaan sekä kehitysvamma että mielenterveyden häiriö. Mikäli tämä ei ole mahdollista, pyritään vähintään määrittelemään hoidettava mielenterveyden oire. (Kaski 2004, 192.)

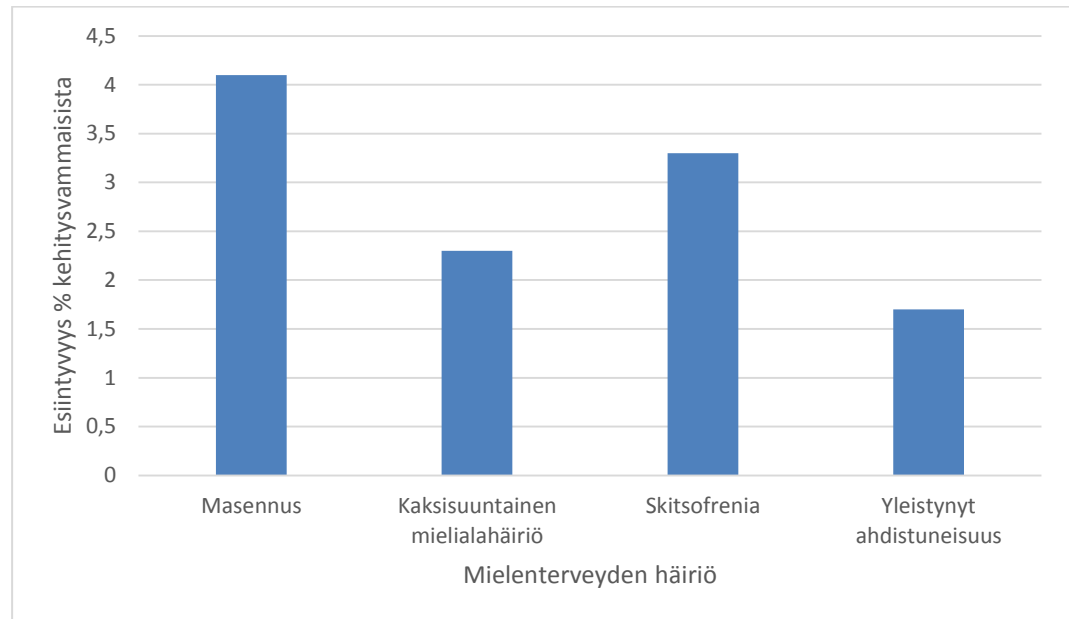
Terveellä väestöllä tehtyjen tutkimusten mukaan maailmalla mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden elämänaikaisen esiintyvyyden arvioidaan olevan noin 12–48 %. Lukuun on laskettu mukaan ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt, impulssikontrollin häiriöt sekä päihdeongelmat. (World Health Organization 2000, 416; Kessler, Angermeyer, Anthony, de Graaf, Demyttenaere, Gasquet, de Girolamo, Gluzman, Gureje, Haro, Kawakami, Karam, Levinson, Medina-Mora, Oakley Browne, Posada-Villa, Stein, Tsang, Aquilar-Gaxiola, Alonso, Lee, Heeringa, Pennell, Berglund, Gruber, Petuhkova, Chatterji & Üstün 2007, 168.) Suomessa Terveys 2000 -tutkimuksessa 20–25 %:lla tutkituista ilmeni toimintakykyyn heikentävästi vaikuttavia psyykkisiä oireita (Aromaa & Koskinen 2002, 131). Terveys 2011 -tutkimuksessa merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta oli noin 14–17 %:lla suomalaisista, naisilla vähän useammin kuin miehillä. Se oli hieman vähentynyt kymmenen vuoden takaisesta. (Suvisaari, Ahola, Kiviruusu, Korkeila, Lindfors, Mattila, Markkula, Marttunen, Partonen, Peña, Pirkola, Saarni, Saarni & Viertiö 2012, 97.)

Avohoidossa olevista kehitysvammaisista noin 20 %:lla on diagnosoitu psyykinen sairaus. Laitoshoidossa vastaava osuus on noin 45 %. Vielä itse psyykkisten sairauksien päälle 17–36 %:lla kehitysvammaisista esiintyy käyttäytymisen ongelmia. (Kaski 2004, 192.) Kasken ym. mukaan käyttäytymisen ja mielenterveyden häiriöitä esiintyy kehitysvammaisilla noin viisinkertaisesti muuhun väestöön verrattuna, 35–50 %:lla kehitysvammaisista (Kaski ym. 2012, 103). Edellä kerrottujen normaaliväestön esiintyvyyksien valossa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden esiintyvyys kehitysvammaisilla ei kuitenkaan vaikuta olevan näin vahvasti suurentunut. Lukuja saattaa kuitenkin vääristää kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden alidiagnosointi.

Kehitysvammaisten henkilöiden mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen on hankalaa. Tämä voi johtua muun muassa hoitohenkilöstön puutteellisesta koulutuksesta aiheutuvista laiminlyönneistä ja siitä, että suurta osaa psykiatristen häiriöiden mittareista ei ole muokattu vastaamaan kehitysvammaisten tarpeita. (Morgan, Leonard, Bourke & Jablensky 2008, 370–371.) Diagnoosin tekemistä hankaloittaa myös se, että kehitysvammaisen voi olla vaikea ilmaista tunteuksiaan ja nimetä niitä. Esimerkiksi kivun tai tunteiden kuvaaminen voi

olla hankalaa niiden abstraktin luonteen takia, sillä kehitysvammaisten kommunikaatio on usein rajoittunutta ja sanavarasto konkreettinen. (Aaltonen 2011a, 143–144.)

Vakavia psyykkisiä sairauksia eli psykooseja esiintyy 5–10 %:lla kehitysvammaisista. Näistä **kaksisuuntainen eli bipolaarinen mielialahäiriö** ja **skitsofrenia** ovat yleisimpiä. (Kaski ym. 2012, 110–111.) Skitsofrenian esiintyvyys on kehitysvammaisilla noin kolmen prosentin luokkaa (Morgan ym. 2008, 364). Glasgow'ssa tehdyssä tutkimuksessa psykoosien esiintyvyys yli 16-vuotiailla kehitysvammaisilla oli noin 4,4 %, josta skitsofrenian osuus oli noin 3,3 %. Psykoosit olivat kuitenkin yleisempiä lievästi kehitysvammaisilla (5,8 %) kuin keskivaikeasti, vaikeasti tai syvästi kehitysvammaisilla. Samassa tutkimuksessa bipolaarinen mielialahäiriö oli 2,3 %:lla tutkituista, mutta se oli laskettu erikseen mielialahäiriöiden luokkaan. (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson & Allan 2007, 31.) Cooperin ym. (2007, 31) mukaan depression esiintyvyys kehitysvammaisilla on noin 4,1 %. Terveellä väestöllä psykoosien elämänaikainen esiintyvyys on Suomessa noin 3 % (Lönqvist, Henriksson, Marttunen, & Partonen 2011, 634), ja skitsofrenian elämänaikainen riski sairastua on normaaliväestöllä noin 1 % (Morgan ym. 2008, 364). Näiden lukujen valossa vaikuttaisi siltä, että erityisesti vakavat psyykkiset sairaudet ovat kehitysvammaisilla yleisempiä kuin normaaliväestöllä.



KUVIO 1. Eräiden mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys yli 16-vuotiailla kehitysvammaisilla.

Depressio, masennustila tai -oireyhtymä, on unipolaarinen eli yksisuuntainen mielialahäiriö tai osa bipolaarista mielialahäiriötä (Isometsä 2009b, 194). Depressiossa mieliala, energisyys ja aktiivisuus ovat laskeneet, mielihyvä, kiinnostus vähentyneet ja keskittymiskyky ja ruokahalu huonontuneet. Potilas saattaa väsyä merkittävästi pienestäkin fyysisestä ponnistuksesta, ja uni on usein häiriytynyt. Itsetunto ja itsevarmuus ovat lähes aina heikentyneet, mihin liittyy usein arvottomuuden tunnetta. Psykomotorinen hitaus, ärsyyntyminen, painon lasku ja seksuaalisten halujen väheneminen voivat olla depression oireita. (World Health Organization 2010.) Lisäksi siihen voi liittyä kuoleman ajatuksia ja itsetuhoisuutta. Toisaalta osa oireista voi olla myös päinvastaisia: liikaunisuutta, psykomotorista kiihtymistä, painon nousua. (Isometsä 2009b, 194.) Oireiden määrä ja vakavuus määrittelevät masennushäiriön vaikeusasteen (World Health Organization 2010).

Bipolaarisesta eli kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä puhutaan, kun potilaan tilassa vaihtelevat maaniset ja masennuskaudet. Oirehdintaan saattaa liittyä näiden lisäksi myös hypomaanisia ja sekamuotoisia jaksoja. (World Health Organization

2010.) Jaksojen välillä potilas ei useimmiten oireile, mutta jos jaksot toistuvat usein, alkaa niiden välille jäädä niin sanottuja jäännösoireita. (Isometsä 2009a, 196.) Kehitysvammaisilla bipolaarinen häiriö voi esiintyä myös nopeasyklisenä, jolloin masennus-maniajaksot toistuvat useammin kuin neljä kertaa vuodessa (Aaltonen 2011b, 151).

Hypomania tarkoittaa jatkuvaa kohonnutta mielialaa, aktiivisuuden ja energisyyden nousua ja fyysisen ja psyykkisen tehokkuuden tunnetta, johon liittyy usein myös lisääntynyt sosiaalisuus, puheliaisuus, seksuaalisuus, tuttavallisuus ja vähentynyt unentarve. Nämä oireet eivät kuitenkaan rajoita potilaan toimintakykyä merkittävästi. Joskus ylisosiaalisuuden sijaan potilaalla esiintyy ärsyyntymistä, omahyväisyyttä ja moukkamaista käyttäytymistä. Hypomaniaan ei liity hallusinaatioita eikä deluusioita. (World Health Organization 2010.)

Hallusinaatiolla tarkoitetaan havaintokyvyn häiriötä, aistiharhaa, jossa koetaan aistimus ilman aistinelimeen kohdistuvaa ärsykettä. Deluusiot eli harhaluulot sen sijaan kuuluvat ajatusten sisällön häiriöihin. Ne ovat potilaan sitkeitä uskomuksia, jotka syntyvät tämän tulkitsessa havaintoja ja kokemuksia virheellisesti, eivätkä helpota, vaikka ne todistettaisiin potilaalle epätosiksi. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2009, 78.)

Maniasta puhutaan, kun mieliala on kohonnut suhteettomasti potilaan tilanteeseen nähden ja vaihtelee huolettoman hyväntuulisuuden ja hallitsemattoman innostumisen välillä. Energian lisääntyminen johtaa yliaktiivisuuteen ja vähentyneeseen unentarpeeseen, ja puhe on nopeutunutta tai jopa vimmaisen kiihkeää. Potilaan keskittymiskyky on heikentynyt, itsetunto ja -luottamus kohonnut ja potilaalla saattaa olla suuruudenhulluja ideoita. Käyttäytyminen saattaa olla epäluonteenomaista, tilanteeseen sopimatonta, tyhmänrohkeaa ja harkitsematonta. Fyysinen ja psyykinen vireystila saattavat olla niin vahvasti koholla, ettei potilaaseen välttämättä saa kontaktia normaalin kommunikaation keinoin. Maniaan voi liittyä myös deluusioita ja hallusinaatioita. (World Health Organization 2010.)

Skitsofrenia on vaikea ja monitekijäinen elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävä sairaus. Sen oireet vaihtelevat paljonkin yksilöllisesti, mutta tyypillisiä

ovat käyttäytymisen muutokset, deluusiot, hallusinaatiot, puheen hajanaisuus ja köyhtyminen sekä tahdottomuus. Ongelmia voi olla läheisten ihmissuhteiden sitomisessa ja ylläpitämisessä, luovassa ajattelussa sekä tunteiden ja ajatusten ilmaisemisessa. (Isohanni ym. 2009, 73, 75.) Skitsofrenia jaetaan erilaisiin alaluokkiin, mutta ylipäätään sairaudelle on tyypillistä perustavanlaatuiset vääristymät ajattelussa ja havaintotoiminnoissa sekä tunteiden epäasiallisuus tai tylsyys (World Health Organization 2010).

Persoonallisuushäiriöistä kehitysvammaisilla esiintyy muun muassa **epävakaata, riippuvaista ja huomionhakuista persoonallisuutta** (Kaski ym. 2004, 110–111). Persoonallisuushäiriöstä puhutaan, kun kyseessä on syvälle juurtunut, yksilölle tai vuorovaikutussuhteille epäedullinen, joustamaton ja toistuva käyttäytymismalli. Nämä käyttäytymismallit ovat pitkäaikaisia, sisältävät vallitsevien normien vastaisia piirteitä ja estävät yksilöä sopeutumasta tilanteisiin sujuvasti ja ottamasta huomioon toisten ihmisten tarpeita. Ihmisellä, jolla on persoonallisuuden häiriö, voi olla ongelmia esimerkiksi itsen ja ympäröivän maailman havainnoinnissa ja tulkinnassa sekä viettien ja tunnereaktioiden hallinnassa ja tilannekohtaisessa asianmukaisuudessa. Persoonallisuushäiriö saattaa näkyä myös ihmissuhteiden laadussa ja tavassa, jolla yksilö tyydyttää tarpeitaan. Usein persoonallisuuden häiriöihin liittyykin ahdistuneisuus, joka johtuu kyvyttömyydestä sopeutua erilaisiin tilanteisiin ja rooleihin, joita sosiaalisessa kanssakäymisessä vaaditaan. (Toivio & Nordling 2009, 86.) Persoonallisuushäiriön diagnoosia ei pidä tehdä ennen kahdenkymmenen vuoden ikää, jolloin kehitysvammaisen persoonallisuus on kypsynyt (Aaltonen 2011c, 152).

Epävakaata persoonallisuus eli BPD (Borderline Personality Disorder) on yksi yleisimpiä persoonallisuushäiriöitä. Se jaetaan kahteen tyyppiin, jotka ovat impulsiivinen ja rajatilatyyppi. (Toivio & Nordling 2009, 90–91.) Epävakaalle persoonallisuudelle on ominaista impulsiivisuus ja mielialan arvaamaton vaihtelu. Tunteenpurkaukset, riitaisuus, yhteentörmäykset ja taipumus itsetuhoiseen käytökseen luonnehtivat epävakaan persoonallisuuden käyttäytymistä. (Marttunen, Eronen & Henriksson 2009, 528.) Impulsiivista tyyppiä kuvaa myös kyvyttömyys toimia ilman välitöntä palkkiota, kuten mielihyvää. Rajatilatyyppille

sen sijaan on ominaista tyhjyyden tunteiden kokeminen, hylätyksi tulemisen pelko ja välttely, äärimmäisyydestä toiseen vaihtelevat intensiiviset ihmissuhteet sekä erityisesti itselle vahingollinen impulsiivisuus esimerkiksi sukupuolisessa kanssakäymisessä, rahankäytössä tai liikenteessä. (Toivio & Nordling 2009, 90–91.)

Huomionhakuisen persoonallisuuden käyttäytymistä luonnehtii alituinen itsekeskeinen tarve olla huomion keskipisteenä, vuorovaikutussuhteiden läheisyyden liioittelu ja herkkä loukkaantuvuus (Marttunen ym. 2009, 531). Myös pinnallisuus, dramaattisuus, teennäisyys sekä tunteiden ja niiden ilmaisun epävakaas ovat huomionhakuisen persoonallisuuden ominaispiirteitä (Toivio & Nordling 2009, 90). Huomionhakuisessa persoonallisuudessa on jonkin verran päällekkäisiä piirteitä epävakaan persoonallisuuden kanssa (Marttunen ym. 2009, 531).

Riippuvaiselle persoonallisuudelle on tyypillistä päätöksenteon vaikeus, hylkäämisen pelko, kyvyttömyyden tunne ja alistuva tukeutuminen muihin. Riippuvaisesta persoonallisuushäiriöstä kärsivä saattaa mennä pitkälle saadakseen muiden tukea, esimerkiksi suostua vapaaehtoisesti epämiellyttäviin asioihin. (Marttunen ym. 2009, 535–536.) Hän saattaa erittäin huolellisesti varoa suuttuttamasta toisia ihmisiä ja saattaa jopa luopua omista toiveistaan tästä syystä. Hyväksynnän hakeminen, avuliaisuus ja turha toisista huolehtiminen ovat ominaisia riippuvaiselle persoonallisuudelle. (Toivio & Nordling 2009, 88.) Riippuvaiset persoonallisuuspiirteet saattavat altistaa masennukselle (Marttunen ym. 2009, 535–536).

Ahdistuneisuushäiriöstä puhutaan, kun ahdistus pitkittyy ja haittaa normaalielämää, kuten työtä tai ihmissuhteita. Ahdistuneisuushäiriöitä ovat esimerkiksi yleistynyt ahdistuneisuus, pakko-oireinen häiriö, paniikkihäiriö, kohteelliset pelot sekä akuutti ja traumaperäinen stressireaktio. (Toivio & Nordlund 2009, 95.) Cooperin ym. (2007, 29–32) tutkimuksessa ahdistuneisuushäiriöitä esiintyi 3,8 %:lla yli 16-vuotiaista kehitysvammaisista. Lukuun ei laskettu mukaan kohteellisia pelkoja. Yleistynyt ahdistuneisuus oli häiriöistä yleisin, ja sen esiintyvyys otoksessa oli 1,7 %. Ahdistuneisuushäiriöitä

luonnehtii pitkittynyt huoli, jännittyneisyys, hermostuneisuus, levoton liikehdintä ja autonomisen hermoston yliaktiivisuus (Krisanaparakornkit, Sriraj, Piyavhatkul & Laopaiboon 2006, 1).

Yleistyneessä ahdistuneisuudessa potilas on sairaalloisen ahdistunut lähes jatkuvasti. Ahdistus ei ole tilanne- eikä asiasidonnaista eikä potilas kykene tai kykenee vain heikosti hallitsemaan ahdistustaan, ja tavalliset arkipäiväiset asiat aiheuttavat liiallista huolta ja pelokkuutta. Yleistynyt ahdistuneisuus heikentää ongelmanratkaisu- ja epävarmuudensietokykyä sekä aktivoi autonomista hermostoa ja elimistön stressijärjestelmiä. Liiallisen ahdistuksen ja huolen lisäksi yleiseen ahdistuneisuuteen liittyy vähintään kolme seuraavista kuudesta oireesta: unihäiriöt, lisääntynyt ärtyneisyys, epänormaali väsyminen, levottomuus ja tai jännittyneisyys, noussut lihastonus eli -jännitys ja keskittymisvaikeudet tai ajatusten karkaaminen. (Koponen 2009, 256–258.)

Mielenterveyden häiriöitä saattavat provosoida monet ympäristöön liittyvät tekijät. Esimerkkejä näistä ovat muun muassa ryhmäkodin henkilökunnan vaihtuminen, muutto, väkivalta, liialliset virikkeet ja virikkeettömyys tai liialliset tai liian vähäiset vaatimukset. Tällaisiin haitallisiin ympäristötekijöihin reagoidaan yleensä joko välinpitämättömyydellä, johon voi sisältyä itseensä sulkeutumista, pakkotoimintoja ja taantumista, tai levottomuudella tai jopa väkivaltaisuudella. Näihin reaktiivisiin käyttäytymisen ongelmiin voi mahdollisuuksien rajoissa vaikuttaa poistamalla haitallisen ympäristötekijän. (Kaski ym. 2012, 104–105.)

4.3 Mielenterveyden häiriöiden ilmentyminen kehitysvammaisilla

Mielenterveyden häiriö **ilmenee** kehitysvammaisella usein rauhattomuutena tai ahdistuneisuutena. Tähän voi liittyä kyvyttömyyttä keskittyä, metelöintiä, huutamista, tavaroiden heittäilyä tai itseensä tai muihin kohdistuvaa impulsiivista aggressiivisuutta, kuten lyömistä. Osalla voi ilmetä myös kroonista ärtyisää masentuneisuutta. (Kaski ym. 2012, 103–104, 109.) Masennus voi aiheuttaa kehitysvammaisella henkilöllä ärtyisyyttä tai toisena ääripäänä vetäytymistä ja toiminnan lamaantumista. Näistä ääripäistä ärtyisyys on yleisempää, mutta ne

voivat myös vaihdella. Masennukseen voi liittyä myös somaattista oireilua. (Aaltonen 2011b, 150.) Lisäksi mielenterveyden häiriöt voivat aiheuttaa lihasjännityksiä ja hengitysvaikeuksia tai hengityksen tahatonta pidättämistä (Talvitie ym. 2006, 273, 436).

Myös stressi voi ilmetä erilaisina fyysisinä ja psyykkisinä toimintakykyä heikentävinä oireina (Talvitie ym. 2006, 434). Pitkittynyt stressi johtaa usein masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen. Tällöin elimistön stressihormonien, kuten kortisolin, pitoisuudet ovat suurentuneet ja serotoniinipitoisuus pienentynyt. Myös kivun aistiminen saattaa häiriytyä, sillä stressi vähentää dopamiinin pitoisuutta ja sekoittaa näin kivunhallintajärjestelmän toimintaa. (Sandström 2010, 187.) Psykkiset häiriöt ja stressi voivat näkyä myös lisääntyneenä lihasjännityksenä tai madaltuneena ärsytyss kynnyksenä. Kuormittuneessa tilassa ihmisen sietokyky on madaltunut ja tunteiden ailahtelu yleistä. (Kataja 2004, 39, 129–130.)

Kehitysvammaisilla ahdistuneisuutta voi aiheuttaa myös esimerkiksi oman erilaisuutensa ymmärtäminen ja huono itsetunto. Itsetunto-ongelmat voivat juontaa juurensa esimerkiksi liiallisesta holhouksesta kotona tai muussa asuinympäristössä, epäselvistä suorituskyvyn rajoista johtuvista epäonnistumisen kokemuksista tai suoranaista syrjimisestä ja pilkasta. Tällöin itsetuntoa parantavat positiiviset kokemukset omasta itsestä ovat avainasemassa, jottei onnistumisen kokemuksia olisi tarpeellista kerätä epäsosiaalisilla tavoilla. (Kaski ym. 2012, 105–106.) Ahdistus voi näkyä ärtyisyytenä, nopeana väsymisenä, lihasten jatkuvana supistuksena, huonolaatuisena unena ja keskittymisen vaikeuksina (Sandström 2010, 227). Lisäksi unihäiriöt, pakonomaiset pelkotilat ja kiihtyneisyys voivat olla oireita ahdistuksesta (Kaski ym. 2012, 103–104, 109).

Syy-seuraussuhteiden hahmottamisen vaikeus ja yleinen turvattomuuden tunne voivat aiheuttaa älyllisesti kehitysvammaisilla **käytöshäiriöitä**, jotka voivat näyttäytyä esimerkiksi raivostumisena ja väkivaltaisena käytöksenä suhteettoman pienestä asiasta (Kaski ym. 2012, 103–107). Käytöshäiriö voi johtua mielenterveyden häiriöstä tai muista syistä, esimerkiksi kivusta (Aaltonen 2011a, 142). Käyttäytymisen reaktiot ovat yleensä kontekstisidonnaisia eli esiintyvät

tietyissä asiayhteydessä. Tällöin asiayhteyden ymmärtäminen voi auttaa ehkäisemään samanlaisia reaktioita tulevaisuudessa. (Kaski ym. 2012, 103–107.) Poikkeavaa käyttäytymistä tavataan muihin kehitysvammaisiin nähden kaksinkertaisesti niillä kehitysvammaisilla, joilla on liittäjänä aistivamma (Kaski 2004, 190).

Kuten edellä on kerrottu, mielenterveyden häiriöt näkyvät kehitysvammaisilla usein **aggressiivisena** käyttäytymisenä (Kaski ym. 2012, 103–104, 109). Aggressiivinen käyttäytyminen on tahalliseen vahingoittamiseen tähtäävää käytöstä, esimerkiksi pelottelua tai uhkailua (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 87–89). Aggressiivisuus on yksi yleisimmistä syistä kehitysvammaisen psykiatriselle arvioinnille, mutta voi olla myös opittu tapa (Aaltonen 2011a, 143). Psykkiset sairaudet vaikuttavat eri tavoin väkivallan riskiin. Väkipalalta on käyttäytymistä, joka tähtää muiden ihmisten tai ympäristön fyysiseen vahingoittamiseen. Jotkut psyykkiset sairaudet jopa pienentävät väkivallan riskiä, mutta esimerkiksi skitsofreniapotilailla riski väkivallantekoon on noin kymmenkertainen normaaliin nähden. (Lehestö ym. 2004, 88–96.)

Vihaan liittyvät tunteet, ajatukset ja fysiologinen kiihotustila ovat erillisiä mekanismeja, mutta toimivat yhteydessä toisiinsa ja voivat vaikuttaa toistensa syntyyn ja esiintymiseen ihmisen käyttäytymisessä. Esimerkiksi aggressiiviset ajatukset voivat aktivoida tunteita ja saada aikaan elimistön kiihotustilan, joka voi olla todellinen tai koettu. Näiden mekanismien aktivoitumista seuraa tilanteen kognitiivinen käsittely, tilannearvio. Mikäli tähän ei ole aikaa, reaktio on usein impulsiivinen aggressiivinen tai ei-aggressiivinen toiminta. Yhtäläillä toiminta voi olla aggressiivista tai ei-aggressiivista, vaikka tilannetta ehtisi käsitellä ja pohtia. Tällöin reaktio on harkittu, ja aggression hyötyjä ja seurauksia on usein ollut aikaa arvioida. Täytyy kuitenkin muistaa, että yksilö- ja ympäristötekijät vaikuttavat ihmisen toimintaan, eivätkä reaktiot tapahdu automaattisesti ja kaavamaisesti, ja myös muut kuin aggressiiviset tunteet voivat vaikuttaa aggression ilmenemiseen vahvistaen tai heikentäen sitä. (Sandström 2010, 204–205.) Aggressiivisuus on erittäin tyypillistä bipolaarisen häiriön maniajaksolla (Aaltonen 2011b, 151).

Testosteroni vaikuttaa suoraan aggressiota lisäävästi, mikä tarkoittaa, että miehet ovat usein herkempiä toimimaan aggressiivisesti. Toisaalta myös alhainen serotoniinitaso vaikuttaa, sillä normaalisti serotoniini estää testosteronia sitoutumasta aivoalueille, jotka säätelevät aggression syntyä. Miehillä lisäksi voimakas taistele tai pakene -reaktio lisää aggressiivisuutta. (Sandström 2010, 184, 215.) Taistele tai pakene -reaktiosta kerrotaan lisää luvussa 5.2. Muun muassa käytöshäiriöt, neuropsykiatriset häiriöt ja psykoosit voivat altistaa väkivaltaisen käytöksen esiintymiselle (Sandström 2010, 196).

5 RENTOUTUMINEN

5.1 Mielen ja kehon yhteys

Kuten aikaisemmissa luvuissa on kerrottu, kehitysvamma, mielenterveyden häiriöt ja stressi voivat ilmetä erilaisina fyysisinä ja psyykkisinä toimintakykyä heikentävinä oireina (Talvitie ym. 2006, 273, 434–436; Kaski ym. 2012, 103–104, 109). Mielen ja kehon yhteyttä käsiteltäessä on hyvä tuntee joitakin, osin päällekkäisiä, termejä. Psykosomaatiikka on tieteenala, joka tutkii somaattisten eli ruumiillisten sairauksien ja mielenterveyden välisiä korrelaatioita (Joukamaa 2011, 517). Psykodynamiikalla puolestaan viitataan psyyken, mielen, toimintaan, psyykkisiin tarpeisiin ja voimavaroihin ja erityisesti niiden tiedostamattomaan vaikutukseen ihmisen toimintaan. Psykofysiologia tutkii nimensä mukaisesti psykologisten ja fysiologisten toimintojen välisiä vaikutuksia. (Lönqvist ym. 2011, 771.)

Emootiot eli tunteet aiheuttavat kehossa fysiologisia muutoksia ja ovat tärkeitä kehon tasapainon ylläpitämisessä. Ajatukset, tunteet ja mielikuvat ovat yhteydessä fyysisiin oireisiin ja tuntemuksiin ja toisin päin. Näin ollen ruumiillista kokemusta voidaan hyödyntää tunteiden tulkitsemisessa. (Wickström 2004, 25–27.)

Tutkimuksissa ei ole kuitenkaan päästy yksimielisyyteen siitä, miten keho ja mieli vaikuttavat toisiinsa ja kumpi on määräävässä asemassa toiseen nähden.

Näyttääkin siltä, että ihmiset jakautuvat tässä asiassa kahteen joukkoon, joista toinen koostuu tilannetekijöille herkistä yksilöistä ja toinen yksilöistä, jotka reagoivat vahvasti kehon ja kasvojen lihaksista ja ihon tuntohermoista saatuun informaatioon. (Svennevig 2003, 18–21.)

Psykosomaattinen oireilu voi olla keino selvitä kuormittavassa elämäntilanteessa. Kyvyttömyys elämänhallintaan ja ristiriitaiset tunteet voivat ilmetä kehossa psykosomaattisina oireina (Wickström 2004, 25–27). Esimerkiksi lihasjännitykset ja hengityksen vaikeudet voivat juontaa juurensa tukahdutetusta tunne-elämästä (Talvitie ym. 2006, 273). Psykosomaattista oireilua esiintyy usein ihmisillä, jotka eivät ole aiemmin elämässään oppineet ilmaisemaan tunteitaan ja tuntemuksiaan verbaalisesti eli sanallisesti. (Wickström 2004, 25–27.) Toisaalta Svennevigin

(2003, 18–21) mukaan runsasta somatisaatiota eli ruumiillista oireilua esiintyy myös ihmisillä, joilla on laajat valmiudet kuvata tunteitaan verbaalisesti. Psykosomaattisesti oireilevilla potilailla on kuitenkin usein vaikeuksia tai suoranaista kyvyttömyyttä ilmaista itseään ja tunteitaan verbaalisesti tai nonverbaalisesti (Joukamaa 2011, 519) ja oireet voivat toimia suojamuurina kipeitä muistoja tai ristiriitaisia tunteita vastaan (Wickström 2004, 26).

Ilmiöön voidaan liittää tunneällyn käsite. Tunneällytaitoja yksilö tarvitsee päätöksentekonsa ja toimintansa perustaksi pystyäkseen toimimaan mielenterveytensä kannalta edullisella tavalla (Downey ym. 2008, 94) ja sopeutuakseen erilaisiin tilanteisiin niiden vaatimalla tavalla (Brackett, Rivers & Salovey 2011, 91–92, 96). Tunneäly koostuu tunteiden säätelystä, arvioinnista, ilmaisemisesta ja analysoinnista. Yksinkertaistettuna sen voidaan ajatella olevan taito havaita, ymmärtää omia ja kanssaihminen tunteita. (Sandström 2010, 149.) Esimerkiksi masentuneen henkilön voi olla vaikea havaita ja ilmaista sekä hallita ja säädellä omia tunteitaan (Downey ym. 2008, 96–97). Masennusoireita voidaankin helpottaa opettelemalla tunneällytaitoja (Sandström 2010, 150). Tunnesäätely on psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin tärkeä osa (Martin & Kunttu 2006, 17). Yhteisiä piirteitä ihmisen tunteidensäätelyssä ovat taipumus yrittää vaimentaa negatiivisia tunteita ja pyrkimys tietoiseen tunnetilojen hallitsemiseen (Sandström 2010, 148).

Psykofyysinen fysioterapia tähtää ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistämiseen (Psyfy 2014a). Tässä lähestymistavassa otetaan huomioon kehon ja mielen yhteys, ja fysioterapian yhtenä tavoitteena on ruumiillisen oireen hoitamisen lisäksi löytää kuntoutujalle sopiva väylä tunteiden ilmaisemiseen, jotta psykofyysiset oireet eivät palaudu (Wickström 2004, 25–27). Siitä hyötyvät erityisesti kuntoutujat, joilla on mielenterveyden häiriöitä, unettomuutta, jännittyneisyyttä, pitkittyneitä kiputiloja tai vaikeuksia oman kehon tiedostamisessa (Psyfy 2014b). Psykofyysisen fysioterapian tarkoitus on vahvistaa yksilön kontaktia omaan itseensä ja taitojaan kuunnella kehon viestejä ja vastata niihin muun muassa hengitys-, rentoutus- ja kehotietoisuusharjoitteilla. Eri menetelmillä voidaan antaa kuntoutujalle valmiuksia parempaan stressin- ja kivunhallintaan, vuorovaikutukseen ja ilmaisuun. (Psyfy 2014c.)

Kehitysvammaisen henkilön kanssa toimiessa on otettava huomioon samat osa-alueet kuin terveidenkin kanssa: fyysiset valmiudet, ymmärryksen taso, ympäristötekijät ja psyykkiset voimavarat (Kaski 2009, 259).

5.2 Fysiologinen stressi- ja rentoutumisreaktio

Psykosomatiikkaan liittyy fysiologisen **stressin** käsite (Joukamaa 2011, 520). Rakkaus, mielihyvä, plasebovaikutus, psyykinen ja fyysinen kuormitus (Stefano ym. 2008, 18) sekä muun muassa jano, nälkä ja kipu saavat elimistössä aikaan stressireaktion käynnistymisen (Joukamaa 2011, 520). Elimistössä on kolme stressijärjestelmää, jotka toimivat lomittain ja säätelevät toistensa aktiviteettia: hypothalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuoriakseli, lisämunuaisytimen hormonaalinen järjestelmä ja autonomisen hermoston sympaattinen osa. Nämä järjestelmät aktivoituvat hieman eri järjestyksessä riippuen stressorista eli stressin aiheuttajasta. Tärkeä stressireaktiota säätelevä ja edellä mainittuja järjestelmiä yhdistävä rakenne on paraventrikulaarinen tumake hypothalamuksessa. (Morrison & Bennett 2009, 336–342; Sandström 2010, 178–181.)

Autonominen hermosto on elimistön tahdosta riippumaton säätelyjärjestelmä, jonka toiminnasta vastaavat monet aivoalueet, tärkeimpänä hypothalamus. Se reagoi sekä psyykkisiin että fyysisiin ärsyksiin. Autonomisen hermoston muodostavat sympaattinen ja parasympaattinen hermosto. (Morrison & Bennett 2009, 223–225.) Ne toimivat yhteistyössä pitäen yllä elimistön tasapainotilaa. Sympaattisen hermoston merkitys korostuu erityisesti stressitilanteissa, kun taas parasympaattinen hermosto on vallitsevassa tilassa levon aikana. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1999, 88.) Stressijärjestelmät vaikuttavat hermoston, hormonien ja välittäjäaineiden avulla. Elimistössä vapautuu niin sanottuja stressihormoneja ja -välittäjäaineita, jotka aktivoivat stressireaktion. Tiettyjen stressireaktion välittämiseen liitettyjen yhdisteiden, esimerkiksi noradrenaliini- ja kortisolihormonin, pitoisuus nousee elimistön lisääntyneen eritystoiminnan seurauksena. (Sandström 2010, 178–187.)

Stressireaktion nopein osa on sympaattisen hermoston ja lisämunuaisytimen käynnistämä taistele tai pakene -reaktio (Sandström 2010, 178–187).

Sympaattisen hermoston aktiivisuus näkyy eri puolilla kehoa: pupillit laajenevat, kyynelnesteen ja syljen erityys vähenee, keuhkoputket laajenevat, syke nopeutuu, ruoansulatus hidastuu, virtsarakon seinämät rentoutuvat ja sulkijalihas jännittyy ja maksa vapauttaa enemmän glukoosia vereen (Morrison & Bennett 2009, 223–225) varastoituneesta rasvasta ja sokerista (Martin & Kunttu 2006, 10) eli elimistö valmistautuu reagoimaan stressoriin taistelemalla tai pakenemalla.

Normaalitilanteessa stressihormonien erityys vähenee ja parasympaattinen hermosto aktivoituu 60–90 minuutin kuluttua stressireaktion käynnistymisestä. Naisilla hoivaamis-ystävyysoire reaktio saattaa vaimentaa taistele tai pakene -reaktion pian sen aktivoitumisen jälkeen, mikä perustuu oksitosiiniin eli mielihyvähormonin ja sen sitoutumista edesauttavan naissukupuolihormoni estrogeenin vaikutukseen. Myös miehillä stressireaktion käynnistyminen lisää oksitosiinin tuotantoa, mutta miessukupuolihormoni testosteroni estää sen sitoutumisen reseptoreihinsa. (Sandström 2010, 178–187.)

Lyhytaikainen stressi parantaa toimintakykyä. Elimistön luontainen immuunitoiminta ja psyykkiset toiminnot tehostuvat akuutissa stressissä, ja huomiokyky, keskittyminen ja muisti paranevat. Veren kortisolipitoisuus vaikuttaa stressiärsykkeiden haitallisuuden arviointiin kehossa ja stressireaktioiden käynnistymiseen. Kun pitoisuus nousee liian suureksi, elimistössä aktivoituvat mekanismit, jotka hillitsevät stressireaktiota ja korjaavat elimistön tasapainotilan. (Sandström 2010, 171–187.) Stressireaktioiden kesto on suurella osalla, kun arvioidaan, ovatko ne hyväksi terveydelle vai eivät (Morrison & Bennett 2009, 336–339). Stressin pitkittyminen ja siitä johtuva kortisolin aiheuttama solutuho voivat johtaa elimistön stressinsäätelyjärjestelmän ja muistin heikkenemiseen (Sandström 2010, 179–187).

Stressin pitkittymiseen voi vaikuttaa kahdella tapaa: poistamalla stressori tai auttamalla elimistöä sopeutumaan uuteen tilanteeseen, rauhoittumaan ja rentoutumaan (Sandström 2010, 179–187). **Rentoutumisreaktiota** pidetään yleisesti elimistön stressireaktion vastavaikuttajana (Benson & Klipper 2000, 53, 73; Stefano ym. 2008, 18). Kuten yllä on todettu, monet tekijät käynnistävät elimistössä stressireaktion (Stefano ym. 2008, 18; Joukamaa 2011, 520). Tämä varhainen stressireaktio antaa aikaa uhkien arvioimiseen, minkä jälkeen tilanteen

salliessa reaktion aiheuttama fysiologinen kiihotustila hälvenee ja korvautuu rentoutumisen tunteella (Stefano ym. 2008, 19). Jos stressin aiheuttaja ei poistu, suoritusta tehostavasta stressistä tuleekin elimistöä kuormittavaa. Keho yrittää sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen, mutta sopeutumiskyky on rajallinen, ja stressin jatkuminen johtaa lopulta fyysiseen ja psyykkiseen uupumiseen. (Sandström 2010, 171–177.)

Rentoutusharjoittelulla on monenlaisia psykofysiologisia vaikutuksia (Kataja 2004, 27), ja sen on todettu olevan tarkoituksenmukainen työväline muun muassa pitkittyneeseen stressiin liittyvien sairausprosessien ehkäisyssä ja vastustamisessa muun muassa mielenterveyden häiriöissä (Esch ym. 2003, 23–34). Se voi kumota psykososiaalisen stressin aikaansaamia negatiivisia, esimerkiksi tulehdusta ja kudostuhhoa aiheuttavia geenimuutoksia (Dusek ym. 2008, 5–6) ja lisätä harmaan aineen tilavuutta aivoalueilla, jotka säätelevät fysiologista rentoutumisreaktiota ja vähentävät negatiivisia tunteita (Luders, Toga, Lepore & Gaser 2009, 672). Harmaa aine on keskushermoston hermokudosta, joka koostuu solujen runkosista eli soomista, niiden lyhyistä haarakkeista ja glia- eli tukisolusta. Harmaata ainetta on tumakkeissa ja aivokuoressa. (Bjälle ym. 1999, 56.)

Fysiologinen rentoutusreaktio aktivoi aivoissa alueita, jotka osallistuvat autonomisen hermoston, muistitoimintojen, tunteiden, motivaation ja tarkkaavaisuuden säätelyyn (Sandström 2010, 190) ja aiheuttaa kehossa myönteisiä fysiologisia muutoksia, kun sympaattisen hermoston toiminta vaimenee ja parasympaattisen hermoston aktiivisuus lisääntyy (Kataja 2004, 26). Parasympaattisen hermoston vaikutuksesta pupillit pienenevät, kyynelnesteen ja syljen erityis lisääntyy, keuhkoputket supistuvat, hengitystaajuus ja syke nopeutuvat, ruoansulatus tehostuu, virtsarakon seinämät jännittyvät ja sulkijalihas rentoutuu (Martin & Kunttu 2006, 11; Morrison & Bennett 2009, 223–225, 336–338). Parasympaattinen hermosto on suuressa roolissa kuormituksesta palautumisessa ja rentoutumisessa, ja se kumoaa sympaattisen hermoston yliaktiivisuuden aiheuttamia muutoksia (Kataja 2004, 26, 39–40).

Autonomisen hermoston yliaktiivisuus aiheuttaa lihasten jännittymistä, mikä johtaa heikentyneeseen ääreisverenkiertoon ja ihon pintalämpötilan laskuun

(Kataja 2004, 32). Rentoutuminen pienentää elimistön hapenkulutusta, sykettä ja hengitystaajuutta ja alentaa verenpainetta (Dusek ym. 2008, 1) Se kumoaa negatiivisia stressivaikutuksia ja auttaa saattamaan elimistöä kohti tasapainotilaa, kun kudosten aineenvaihdunta normalisoituu ja sympaattisen hermoston yliaktiivisuus tasoittuu (Stefano ym. 2008, 20). Ihon lämpötila ja sähkönjohtavuus lisääntyvät, jolloin lihasten verenkierto ja lämpötila nousevat ja lihasjännitykset vähenevät. Elimistön maitohappopitoisuus laskee, hermojen ja lihasten yhteistyö paranee ja palautuminen nopeutuu. Rentoutuminen myös parantaa keskittymiskykyä (Kataja 2004, 27–28, 40–41) ja vähentää ahdistuneisuutta, jännittyneisyyttä ja epämukavuuden tunnetta (Pifarré, Simó, Gispert, Plaza, Fernández ja Pujol, 2014, 3).

Rentoutuminen vähentää stressihormonien tuotantoa (Kataja 2004, 35) ja elimistön herkkyyttä niille (Esch ym. 2003, 24) sekä nostaa mielihyvään ja rauhoittumiseen liitettyjen (Esch ym. 2003, 24; Stefano ym. 2008, 20) ja stressin negatiivisia vaikutuksia kumoavien yhdisteiden (Gorzalka, Hill & Hillard 2008, 1154; Stefano ym. 2008, 20) pitoisuuksia elimistössä. Näiden muutosten kautta rentoutuminen voi vähentää impulsiivista käytöstä ja aggressiivisuutta (Uvnäs-Moberg 1998, 24; Sandström 2010, 214–216.)

5.3 Rentoutumisen oppiminen, harjoittelun vaikutuksia ja ohjaaminen kehitysvammaisille mielenterveyskuntoutujille

Rentoutumista voidaan harjoitella ja oppia. Rentoutuminen vähentää jännittyneisyyden aiheuttamien oireiden voimakkuutta ja kestoja ja mahdollistaa sen syntyyn vaikuttaneiden tunteiden ja muistojen nousemisen tajunnan tasolle ja niiden käsittelyn. Rentoutumisen taitoa voi hyödyntää aktiiviseen lepäämiseen ja voiman keräämiseen sekä rauhoittumiseen ennen jännittävää tilannetta. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 174.) Rentoutuminen on sekä fyysinen että psyykinen tapahtuma ja kokemus, ja se on tärkeä keino lisätä kuntoutujan voimavaroja ja helpottaa psykosomaattisia oireita (Kataja 2004, 13).

Yksin rentoutuksen positiivisista vaikutuksista mielenterveyden häiriöihin ei ole vahvaa näyttöä (Jorm, Morgan & Hetrick 2008, 12), mutta muun hoidon lisänä

rentoutuksen vaikutuksista muun muassa kipuun ja ahdistuneisuuteen on näyttöä muun muassa ikääntyneillä leikkauspotilailla (Rejeh, Heravi-Karimooi, Vaismoradi & Jasper 2013, 466). Rentoutusharjoittelu voi alentaa sykettä, hengitystaajuutta ja systolista verenpainetta, vähentää ahdistuneisuutta ja hillitä autonomisen hermoston reaktiota leikkauspotilailla (Ko & Lin 2012, 694), parantaa unen laatua ja vähentää väsymystä (Demiralp, Oflaz & Komurcu 2010, 1078–1079). Se aktivoi aivoissa alueita, jotka osallistuvat olennaisesti negatiivisten tunteiden vaimentamiseen (Luders ym. 2009, 675).

Mieltä rentouttava tekeminen, kuten kirjan lukeminen, ei saa aikaan rentoutumisen fysiologisia vaikutuksia kehossa (Sandström 2010, 189), mutta voi auttaa jättämään taakse kertynyttä stressiä ja siirtymään tilanteesta toiseen (Herrala ym. 2008, 169). Lisäksi on muistettava, että fysiologisen rentoutusreaktion kanssa päällekkäin vaikuttaa plasebo-efekti. Usko rentoutuksen tehoon, odotukset harjoittelun tuloksista ja tunne siitä, että ympäristö on turvallinen ja sopiva rentoutumiseen, parantavat rentoutusharjoittelun tehoa. (Stefano ym. 2008, 18.)

Rentoutusharjoittelun **sivuvaikutuksia** on tutkittu vähän. Rentoutusharjoittelu saattaa aiheuttaa joillekin ihmisille ahdistuneisuutta, johon voi johtaa esimerkiksi harjoittelun aikana koettu kontrollin menettämisen pelko tai yleinen levottomuus. Muita sivuvaikutuksia voivat olla muun muassa kellumisen tai painavuuden tunne, huimaus, lihasnytkäykset tai tunkeilevat ajatukset. (Astin, Shapiro, Eisenberg & Forsys 2003, 141.) Esimerkiksi lihasjännitysten väheneminen saattaa lisätä ahdistusta, jos patoutuneet tunteet nousevat tietoisuuteen (Talvitie ym. 2006, 443). Jos ahdistus lisääntyy voimakkaasti rentoutuksen aikana, eikä kuntoutuja pysty käsittelemään sitä, kannattaa harjoitus lopettaa (Aaltonen 2011d, 165). Rentoutusharjoittelua ei lähtökohtaisesti suositella akuutissa psykoosissa tai voimakkaassa masennus- tai ahdistustilassa (Talvitie ym. 2006, 443). Rentoutuminen alentaa verenpainetta ja sykettä (Benson & Klipper 2000, 54), mikä on otettava huomioon mietittäessä, kenelle rentoutusta kannattaa ohjata.

Voidaan ajatella, että **rentoutumisen opettelu** kannattaa jakaa vaiheisiin: rentoutumisen perustaitojen opettelu, arkipäiväisten jännitysten tarkkailu ja

rentoutuminen stressitilanteissa (Morrison & Bennett 2009, 394–395). Ensimmäisessä vaiheessa kokeillaan erilaisia rentoutusmenetelmiä ilman ennako-odotuksia (Kataja 2004, 124–125) ja opetellaan rentoutumaan sille otollisissa olosuhteissa (Morrison & Bennett 2009, 394–395). Kolbin kokemuksellisen oppimisen teoria lisää tähän väliin vaiheen, jossa nostetaan rentoutumisen kokemus tietoisuuteen havainnoimalla rentoutumisen aikaansaamia tuntemuksia ja tunteita (Kataja 2004, 124–125). Morrisonin ja Bennettin (2009, 394–395) mukaan toisessa vaiheessa tarkkaillaan fyysistä jännittyneisyyttä arkipäiväisissä tilanteissa. Tämä auttaa tunnistamaan omaa jännittyneisyyttä ja mahdollisia jännittyneisyyden laukaisevia tekijöitä. Tämä on Kolbin kokemuksellisen oppimisen teoriassa kolmas vaihe (Kataja 2004, 125). Jännittyneisyyttä voi arvioida asteikolla nollasta sataan (0–100) ja siitä voi pitää seurannan helpottamiseksi halutessaan päiväkirjaa, johon numeerisen arvion lisäksi merkitään tilanne, jossa jännittyneisyyttä ilmenee, käyttäytyminen, johon se johtaa, ja senhetkiset ajatukset. (Morrison & Bennett 2009, 394–395.) Vaihtoehtoisesti jännittyneisyyttä voi arvioida asteikolla nollasta kymmeneen (0–10). Nolla tarkoittaa täysin rentoutunutta tilaa ja kymmenen suurinta mahdollista jännittyneisyyttä. (Hertling & Kessler 2006, 265.)

Viimeisessä vaiheessa rentoutumista aletaan harjoitella arkielämän stressitilanteissa. Rentoutusmenetelmiä sovelletaan ensin lievästi stressaavissa tilanteissa ja harjoituksen myötä voidaan edetä enemmän stressaaviin tilanteisiin. (Kataja 2004, 125; Morrison & Bennett 2009, 394–395.) Rentoutumisen harjoittelussa on tärkeää säilyttää passiivinen asenne. Harjoituksen onnistumisesta tai epäonnistumisesta ei saa kantaa huolta, sillä se vie keskittymisen pois olennaisesta. Rentoutuminen tulee harjoituksen myötä helpommaksi. (Benson & Klipper 2000, 130.)

Rentoutuminen saattaa aluksi vaatia **häiriöttömän ympäristön** onnistuakseen (Talvitie ym. 2006, 270). Uutta taitoa opeteltaessa on kehitysvammaisen oppimiskokemukselle usein eduksi häiriötön ympäristö ja tuttu opettaja (Kaski 2009, 208). Rentoutumista helpottaa oleellisesti rauhallinen ympäristö, passiivinen asenne ja mukava asento. Passiivisella asenteella tarkoitetaan ilmaantuvien ajatusten tiedostamista ja sivuuttamista. Sana, ääni, kuva tai tunne,

johon keskitytään rentoutuksen aikana, on hyödyllinen keino, joka auttaa keskittymään harjoitukseen, jos ajatukset alkavat harhailla. (Benson & Klipper 2000, 85–86, 126–128.) Esimerkiksi hengityksen tarkkaileminen tai tuulettimen huminan kuunteleminen voi toimia keskittymisen välineenä. Tärkeää on, että tämä valittu keino on mahdollisimman konkreettinen, jotta siihen keskittyminen on helppoa. (Kataja 2004, 33–34.)

Rentoutukselle otollisen ympäristön tulee olla lämmin ja kuntoutujalle miellyttävä. Vetoisuus saattaa aktivoida sympaattista hermostoa, joten sitä kannattaa välttää, jos mahdollista. Asennon kannattaa olla sellainen, että lihakset voivat olla rentona ja pää on tuettuna, mutta makuuasentoa ei välttämättä suositella, koska se lisää nukahtamisen mahdollisuutta. Vaatetus ei saisi kiristää eikä painaa, vaan sen tulee olla mukava (Kataja 2004, 33–34, 72–73.) Laaja tukipinta auttaa potilasta tuntemaan olonsa turvalliseksi, ja kuntoutujan rentoutuessa tukipinta laajenee entisestään (Talvitie ym. 2006, 270). Myös hämärä valaistus edistää rentoutumista. Yksi tärkeä rentoutumisen edellytys on kuntoutujan suhtautuminen, odotukset ja motivaatio. (Kataja 2004, 34.) Kuten aiemmin on kerrottu, usko rentoutuksen myönteisiin vaikutuksiin lisää plasebo-vaikutuksen avulla fysiologisen rentoutusreaktion tehoa (Stefano ym. 2008, 18).

Kehitysvammaisen hoidossa ja ohjauksessa haasteita asettaa mahdollinen rajoittunut ilmaisukyky, heikentynyt kehontuntemus ja vaivan paikantamisen vaikeus (Kaski 2004, 190–195). Myös psyykkiset häiriöt voivat aiheuttaa kielellisiä ja vuorovaikutuksellisia haasteita (Kaski 2009, 146–147). Ohjaajan kannattaa lukea rentoutusharjoite etukäteen läpi ja harjoitella tarvittaessa sen ohjaamista (Kataja 2004, 146–147). **Ennen rentoutumisen harjoittelua** voi käydä kuntoutujan kanssa läpi eri kehon osat nimineen ja varmistaa, että kuntoutuja ymmärtää, mitä tarkoittaa jännittäminen ja rentouttaminen, jotta keskittyminen ja ohjeiden noudattaminen on helpompaa harjoituksen aikana.

Ohjauksessa käytetään tarpeen mukaan yksin tai yhdistellen verbaalista, visuaalista tai manuaalista ohjausta. Ohjaustapaa valitessa on muistettava, että näytetty ohje on yleensä hallitsevampi kuin kuultu tai tunnettu. (Talvitie ym. 2006, 181–188.) Erityisesti kehitysvammaisilla nähdyn ymmärtäminen on

helpompaa verrattuna kuultuun (Suvikas, Laurell & Nordman 2011, 229). Manuaalinen eli fyysinen ohjaus on erityisen tarkoituksenmukaista, jos kuntoutuja on esimerkiksi huonossa psyykkisessä kunnossa ja sanallisten vihjeiden ymmärtäminen on vaikeutunut. Sen käyttö tulee kuitenkin lopettaa kuntoutujan taitojen karttuessa, sillä se voi aiheuttaa riippuvuuden syntymisen ohjaajaan. (Talvitie ym. 2006, 181–188.) Mallintaminen on oppimisen tapa, jossa potilas pyrkii jäljittelemään opeteltavaa toimintaa kognitiivisen mielikuvan perusteella. Potilas pystyy rakentamaan kognitiivisen mielikuvan visuaalisesti tai kinesteettisesti eli lihasaistin avulla, ja mielikuvaa voidaan tarkentaa verbaalisella ohjauksella. Tarkka kognitiivinen mielikuva mahdollistaa oikean suorituksen ja auttaa havaitsemaan ja korjaamaan suoritukseen liittyviä virheitä. (Talvitie ym. 2006, 178–181.)

Jos harjoiteltava suoritus on taitojen ylärajoilla, kannattaa samanaikaista ohjaamista välttää, sillä potilas ei pysty käsittelemään saamaansa palautetta, ja ohjauksen hyöty jää vähäiseksi (Talvitie ym. 2006, 186). Kaiken kaikkiaan ohjaamisen tulee olla niin selkeää ja havainnollista kuin mahdollista (Kaski 2009, 205). Kannattaa muistaa, että kehitysvammaisen kuntoutuja ei useinkaan automaattisesti osaa soveltaa uutta taitoa erilaisissa tilanteissa, vaan sitä on harjoiteltava vaihtelevissa olosuhteissa (Kaski 2009, 208). Rentoutumisen harjoittelussa tällainen oppimistapa on muutenkin suositeltava (Morrison & Bennett 2009, 394–395). Kun rentoutuminen on opittu, voidaan siihen liittää ehdollistaminen. Kun rentoutumiseen yhdistetään niin sanottu ankkuri, esimerkiksi tietty sana tai ele, jokaisella harjoituskerralla, tämä ankkuri voi lopulta yksin riittää tuomaan rentoutumisen tunteen. (Kataja 2004, 38.)

Rentoutusharjoittelun kestosta on paljon erilaisia käsityksiä. Säännöllisyys tässä, kuten muussakin harjoittelussa, takaa parhaan oppimistuloksen (Kataja 2004, 126). Paras tulos saavutetaan päivittäisellä tai vähintään neljä kertaa viikossa toteutetulla rentoutusharjoittelulla, ja näin rentoutumisen perustaidot voidaan omaksua noin kolmessa kuukaudessa. Tällainen tahti voi kuitenkin olla käytännössä hankala toteuttaa. Minimissään lihasrentoutuksen tulisi kestää vähintään 15 minuuttia, mutta pikarentoutus tai keskittymisharjoitus voi kestää vain pari minuuttia. (Kataja 2004, 126–128.)

Kehitysvammaisilla mielenterveyskuntoutujilla ongelmia voi olla myös tunteiden käsittelyssä, jolloin tärkeää on asiakkaan ymmärryksen tasoon ja ilmaisukykyyn nähden oikeanlainen kommunikaatio (Kaski 2004, 190–195). Hyväksyvä ohjaustyyli luo turvallisen ilmapiirin, jossa kuntoutujan on mahdollisimman helppo opetella tunnistamaan ja käsittelemään esiin nousevia tuntemuksia ja kokemuksia. Tämä auttaa kuntoutujaa myös hyväksymään negatiivisia kokemuksia ja muutoksen hyväksymisen kautta oppimaan uutta. Hyväksyvä tyyli sopii käyttöön erityisesti tunteikkaissa tilanteissa, ja on tarpeellinen ahdistavien tilanteiden purkamisessa. (Koli & Silander 2002, 49.) Ohjaajan rauhallisuus ja salliva läsnäolo parantavat kuntoutujan motivaatiota rentoutusharjoitteluun (Kataja 2004, 34).

Kehitysvammaista ohjatessa kannattaa lisäksi ottaa huomioon, että yleiseen liitännäissairauteen, epilepsiaan, ja sen hoitoon saattaa liittyä lisääntynyttä ärtyvyyttä ja uneliaisuutta. (Kaski 2004, 190–195.) Koska kehitysvamma ja mielenterveyden häiriöt voivat ilmetä impulsiivisena käyttäytymisenä, aggressiivisuutena ja rauhattomuutena (Kaski ym. 2012, 103–104, 109) ja harjoittelun aikana koettu kontrollin menettämisen pelko saattaa johtaa lisääntyneeseen ahdistuneisuuteen (Astin ym. 2003, 141), on tärkeää huomioida hoitohenkilöstön turvallisuus. Aggressiivisen käyttäytymisen mahdollisuuteen tulee suhtautua realistisesti. Turhaa pakokauhua ja pelottelua pitää välttää, mutta väkivallan mahdollisuus on tiedostettava ja riskitekijät otettava huomioon eikä niitä toisaalta pidä koskaan vähätellä. Sopiva vaatetus, pitävät jalkineet sekä etukäteen tarkistettu ja esteetön poistumisreitti parantavat turvallisuutta. (Lehestö ym. 2004, 91–123.) Rentoutusta ei kannata ohjata aggressiiviselle tai erittäin hermostuneelle kuntoutujalle ennen kuin tämä osaa rentoutumisen taidon ja on soveltanut sitä lievemmissä stressitilanteissa onnistuneesti.

5.4 Rentoutusmenetelmiä

Rentoutuminen voidaan saada aikaan monella tavalla, ja menetelmissä on paljon samankaltaisuuksia (Hertling & Kessler 2006, 262). Rentoutusmenetelmiä ovat muun muassa **hengitysharjoittelu, ohjatut mielikuvaharjoitteet, jooga, biopalauteharjoittelu, progressiivinen lihasrentoutus, meditaatio, tai chi, Qi**

Gong (Dusek ym. 2008, 1–2) **autogeeninen rentoutus**, **sovellettu rentoutus**, **kosketus** ja **hieronta** (Talvitie ym. 2006, 278–282). Myös **musiikilla** (Wigram, Pedersen & Bonde 2002, 143–147) ja **liikunnalla** (Talvitie ym. 2006, 281) on rentouttava ja ahdistusta vähentävä vaikutus. Aktiiviset rentoutusmenetelmät vaikuttavat pääasiassa lihaksiston kautta hermostoon, kun taas rauhoittumis- ja suggestiomenetelmät hyödyntävät enimmäkseen psyykkisiä mekanismeja ja tunnejärjestelmiä (Kataja 2004, 26, 52–53).

Rentoutumisen opettelu kannattaa yleensä aloittaa aktiivisista menetelmistä, kuten hengitys- ja jännitys-rentoutus. Stressinhallinnan oppimisen kannalta rentoutumisen säännöllinen harjoittelu on tärkeää. Rentoutumisen etenemistä voi seurata harjoittelun aikana näkyvistä vasteista. Esimerkiksi silmien nopeat, pienet REM-liikkeet, hengityksen rytmisyys ja rauhallisuus ja käsien ja jalkojen nytkähdykset ovat helposti havaittavia merkkejä rentoutumisesta. (Kataja 2004, 52–53.) Reaktio rentoutusharjoitteluun on kuitenkin aina yksilöllinen, eikä rentoutuksella saada aina haluttuja vaikutuksia aikaan (Benson & Klipper 2000, 123).

Liikunnalla on merkittävä vaikutus psyykkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn, vaikka se ei varsinaisesti ole rentoutusmenetelmä. Liikunta voi lisätä tunnetta elämänhallinnasta, parantaa mielialaa, vähentää ahdistusta ja rentouttaa. (Sandström 2010, 137.) Siitä on erimielisyyksiä, minkälainen liikunta olisi parasta rentoutumiselle (Kataja 2004, 68; Sandström 2010, 137). Toisaalta ajatellaan, että liikunnan tulisi olla tarpeeksi tehokasta ja haastavaa (Sandström 2010, 137), mutta toisaalta riittävän kevyellä liikunnalla on myös todettu olevan rentouttava vaikutus (Kataja 2004, 68). Yksimielisiä ollaan kuitenkin siitä, että liikunnan pitää olla hauskaa ja miellyttävää sekä antaa positiivisia kokemuksia ja onnistumisen tunteita kuntoutujalle ollakseen rentouttavaa (Kataja 2004, 68; Sandström 2010, 137). Säännöllinen liikunta kohentaa mielialaa ja lisää pystyvyyden tunnetta (Sandström 2010, 137) sekä laukaisee lihasten jännitystiloja.

Hieronta vaikuttaa kosketuksen ja tuntoaistin kautta tulevien ärsykkeiden välityksellä elimistön stressijärjestelmiin, vähentää sympaattisen hermoston toimintaa ja lisää parasympaattisen hermoston aktiivisuutta (Harris & Richards

2010, 918). Hieronnalla on monissa tutkimuksissa todettu olevan aggressiota vähentävä vaikutus (Sandström 2010, 216). Hierontaa voi toteuttaa kuka vain, mikäli kuntoutujalla ei ole kontraindikaatioita eli vasta-aiheita hieronnalle. Tärkeää hieronnassa on muistaa otteiden suunta distaalisista osista proksimaalisiin eli ääreisosista keskelle päin. Rentouttavan hieronnan ei tarvitse olla voimakasta eikä se saa aiheuttaa kipua. Hieronnan rytmin tulee olla tasainen ja otteen edetä rauhallisesti. (Kataja 2004, 80–81.)

Hengitysharjoittelu on yksinkertainen rentoutumisen keino (Hertling & Kessler 2006, 263), joka perustuu hengityksen ja autonomisen hermoston väliseen yhteyteen (Martin & Kunttu 2006, 12). Progressiivinen lihasrentoutus on yleisesti käytetty (Salt & Kerr 1997, 201) itseharjoitteluun sopiva (Talvitie ym. 2006, 278) rentoutusmenetelmä. Ohjatussa mielikuvaharjoittelussa hyödynnetään kuntoutujan mielestä levollisia ja miellyttäviä mielikuvia rentoutuksen apuvälineenä (Hertling & Kessler 2006, 264).

Musiikin ja valmiiden rentoutusääniteiden käyttö rentoutumisen apuna on mahdollista, mutta niiden tulee aina olla kuntoutujan mielestä miellyttävää kuunneltavaa. Äänitteet ovat hyviä apuvälineitä rentoutumisen alkuvaiheessa, mutta niiden käyttöön jää helposti kiinni. Niihin tuleekin pian harjoittelun alkuvaiheessa yhdistää itse mielessä tuotettavia samankaltaisia harjoituksia. (Kataja 2004, 134–137.) Musiikin on todettu voivan rentouttaa ja vähentää ahdistusta (Wigram ym. 2002, 143–147). Se vaikuttaa keskushermostoon, ja herättää helposti mielikuvia ja tunteita, joten on tärkeää, että musiikki on rentoutumiseen tarkoitettua. Rentoutumista pelkän musiikin avulla suositellaan vasta edistyneemmässä vaiheessa. (Kataja 2004, 136–137.)

Jooga on fyysistä ja psyykkistä harjoittelua yhdistelevä elämäntapa, joka sisältää tarkkaan määriteltyjä asentoja ja hengitysharjoituksia, passiivista suhtautumista aistimuksiin, meditaatiota ja itsetutkiskelua (Hertling & Kessler 2006, 264). Meditaatio on vanha itämaista alkuperää olevaa itsesäätelyn keino, jossa pyritään tietoisuuden ja läsnäolon lisääntymiseen. Sitä on helppo soveltaa, mutta sen opettaminen vaatii ohjaajalta kokemusta. (Krisanaprakornkit ym. 2006, 3.) Tai chi ja qi gong ovat vanhoja kiinalaisia harjoittelumuotoja. Qi gong on yksi tai chin

tyyli. Niissä yhdistyy hitaasti toteutetut taistelulajin liikkeet, keskittyminen, hengitystekniikka ja meditaatio. (Robinson 2014.)

Autogeeninen rentoutus on kehitetty hypnoosin pohjalta, ja siinä kuntoutuja käyttää rentoutumisen tunteen saavuttamiseen autosuggestiota eli itse tuotettua kehoitusta rentoutua, esimerkiksi ”käteni on painava ja lämmin” (Hertling & Kessler 2006, 264). Sovellettu rentoutus on nopea rentoutusmenetelmä. Sen opettaminen kuntoutujalle kestää 2–3 kuukautta ja vaatii kuntoutujalta 70–120 kertaa itsenäistä harjoittelua. Sen käyttö kuitenkin vaatii erillistä koulutusta. (Tuomisto, Lappalainen, Tuomisto & Timonen 1996, 162–165.)

Biopalauteharjoittelussa rentoutumisen tukena käytetään erityistä laitteistoa, joka mittaa kehon fysiologisia reaktioita harjoitteluun, esimerkiksi ihon lämpötilaa ja lihasten aktiivisuutta. Biopalauteharjoittelun ohjaamiseen vaaditaan lisäkoulutusta. (Hertling & Kessler 2006, 264.)

Seuraavassa on avattu tarkemmin oppaaseen valittuja Ryhmäkodin tarpeisiin soveltuvia rentoutusharjoittelun muotoja. **Oppaaseen valitut rentoutusmenetelmät** ovat sellaisia, joita kuntoutuja voi perustaitojen opetteluun jälkeen soveltaa itse. Rentoutusmenetelmä on rajattu pois, jos sen ohjaaminen vaatii lisäkoulutautumista (tai chi, Qi Gong, jooga, sovellettu rentoutus) tai erityistä laitteistoa (biopalauteharjoittelu) tai harjoittelu vaatii Ryhmäkodin asukkaiden tasoon nähden kohtuuttoman hyviä kognitiivisia valmiuksia (meditaatio, autogeeninen rentoutus) tai ei ole kuntoutujan itse sovellettavissa (hieronta).

Rentoutusharjoittelu kannattaa aloittaa **hengitysharjoitteista** (Kataja 2004, 57). Syvä ja rauhallinen hengitys voi lisätä turvallisuuden tunnetta, rentouttaa ja vähentää ahdistuneisuutta parasympaattisen hermoston aktivoituessa (Martin & Kunttu 2006, 12–14; Herrala ym. 2008, 85). Hengitysharjoittelu on yksi yksinkertaisimmista tavoista rentoutua, ja suuri osa harjoituksista on helppo tehdä missä vain (Hertling & Kessler 2006, 263). Hyperventilaatio eli liikahengitys voi olla yksi psykosomaattinen oire (Martin & Kunttu 2006, 12) ja stressaantuneen henkilön hengitys on usein nopeutunut ja keskittyy rintakehän yläosaan (Kataja 2004, 54; Hertling & Kessler 2006, 263). Hyperventilaatio lisää hermosolujen

emäksisyyttä, mikä aiheuttaa hermostuneisuutta ja jännittyneisyyttä, supistaa aivoverisuonia, mikä saattaa aiheuttaa esimerkiksi huimausta, ja laskee veren hiilidioksidipitoisuutta, mikä voi näkyä sykkeen nousuna ja herkkyytenä valo- ja kuuloärsykeille (Kataja 2004, 56).

Hengitysharjoittelu aloitetaan yleensä tarkkailemalla hengitystä: kuinka nopeaa hengitys on, missä se tuntuu ja onko se pinnallista vai syvää (Hertling & Kessler 2006, 263). Normaali hengitystaajuus on 12–16 kertaa minuutissa (Knuutila 2013, 16). Hengitysrentoutusharjoitteille on yhteistä, että ne keskittyvät pallealla hengittämiseen. Yksinkertaisesti sanottuna palleahengityksessä vatsa nousee ja laskee, ja rintakehä on suhteellisen paikallaan. (Hertling & Kessler 2006, 263.) Oikeassa hengitystavassa keuhkot täyttyvät kokonaan ilmalla, ja pallealihas tekee suurimman osan työstä. Sisäänhengityksessä vatsa kohoaa ensin, minkä jälkeen ilma virtaa rintakehän alaosaan, ja joustavien alimpien kylkiluiden ansiosta kyljet laajenevat. Vasta viimeisenä ilma virtaa keuhkojen yläosiin. Uloshengitys tapahtuu levossa ilman suurempaa lihastyötä. Hengitysharjoittelun loppuvaiheessa, kun rentoutunut elimistö on suggestioille alttiimmillaan, voidaan harjoitteluun liittää suggestiokäskyt, joiden mukaan sisäänhengitys on energisoiva ja lataava ja uloshengitys rentouttava ja rauhoittava (Kataja 2004, 54–56.)

Hengitysharjoittelu lisää rintakehän liikkuvuutta ja tehostaa hengityslihasten toimintaa (Kataja 2004, 53) ja alentaa hengitystaajuutta (Hertling & Kessler 2006, 263). Luonnollinen, rento hengitys aktivoi parasympaattista hermostoa ja rauhoittaa tunteita. Hengitys on hyvä väline tunteiden ja psyykkisten reaktioiden säätelyn harjoitteluun. Oikea hengitys ja hengityksen tietoinen säätely auttaa tasapainottamaan tunnereaktioita ja kohtaamaan vaikeita tilanteita, ja sen löytäminen on tärkeää myös muissa rentoutusmenetelmissä. (Kataja 2004, 54–55.)

Progressiivinen rentoutus sopii itseharjoitteluun (Talvitie ym. 2006, 278).

Jacobsonin **progressiivisessa lihasrentoutuksessa** potilas käy kehonsa systemaattisesti läpi jännittämällä ja rentouttamalla kehon suurimpia lihasryhmiä vuorotellen (Hertling & Kessler 2006, 263). Tekniikassa lihakset jännitetään isometrisesti eli ilman liikettä, ja tarkoitus on saada yksi lihasryhmä rennoksi ennen kuin jatketaan seuraavaan (Salt & Kerr 1997, 201). Yhtä lihasryhmää

jännitetään 2–6 sekuntia kerrallaan, minkä jälkeen lihasryhmä rentoutetaan vähintään 30 sekunnin ajaksi. Jännitys-rentoutus toistetaan tarpeen mukaan 2–3 kertaa, kunnes lihasryhmä on rentoutunut ja voidaan siirtyä seuraavaan. (Kataja 2004, 72–73.) Tämä johtaa fyysiseen ja psyykkiseen rentoutumiseen, ja potilas oppii eron jännittyneen ja rennon lihaksen välillä (Salt & Kerr 1997, 201). Jos kuntoutujalla on vaikeuksia suorittaa isometristä lihassupistusta, voidaan sitä auttaa vastustamalla liikettä (Talvitie ym. 2006, 189). Opittuaan tunnistamaan jännityksen ja rentoutumaan potilas voi rentouttaa itsensä myös ilman jännitystä (Hertling & Kessler 2006, 263; Talvitie ym. 2006, 278).

Tiedostamaton lihasjännitys voi terveelläkin ihmisellä olla reagoititapa tavallisesta poikkeaviin tilanteisiin (Herrala ym. 2008, 75). Myös negatiiviset tunnetilat, kuten ahdistus ja levottomuus näkyvät kehossa usein lihasjännityksenä (Kataja 2004, 26). Jos lihasten jännitystila on erittäin korkea, saattaa rentoutusharjoittelun aikana esiintyä eräänlaisia säpsähdyksiä tai nykäyksiä lihaksissa, kun jännitys laukeaa ja palaa normaaliin tilaan (Kataja 2004, 41). Lihasten rentouttaminen laskee sekä systolista että diastolista verenpainetta, hidastaa sykettä ja pienentää hengitystiheyttä (Herrala ym. 2008, 171).

Jos kuntoutujalla on vaikeuksia löytää tarkoitettua lihasta tai jännittää sitä tehokkaasti, voidaan apuna käyttää ennen harjoittelua tehtäviä lyhyitä venytyksiä. Lyhytkestoinen venytys aktivoi lihaksia, lisää lihaksen toimintakykyä, varastoi siihen liike-energiaa ja tällä tavoin parantaa supistumiskykyä. Tällöin pitää kuitenkin muistaa, että kylmää lihasta ei saa venyttää, vaan se on soveltuvilla liikkeillä, hieronnalla tai esimerkiksi lämpöpakkauksen avulla ensin lämmitettävä. (Talvitie ym. 2006, 189–190, 217.) Verryttely ja lyhytkestoiset venytykset ennen rentoutusharjoittelua ehkäisevät myös lihaskrampeja (Kataja 2004, 86).

Progressiivisen lihasrentoutuksen on muun muassa todettu vähentävän stressiä ja kipua jännityspäänsärkypotilailla (Kumar & Raje 2014, 89), vähentävän ahdistuneisuutta ja parantavan fyysistä ja psyykkistä vointia kemoterapiapotilailla (Lee, Bhattacharya, Sohn & Verres 2012, 413) ja vähentävän psykologista stressiä ja ahdistuneisuutta skitsofreenikoilla (Vancampfort, De Hert, Knapen, Maurissen, Raepsaet, Deckx, Remans & Probst 2011, 570). Emery, France, Harris, Norman ja VanArsdalen (2008, 377–379) huomasivat, että terveillä koehenkilöillä vaadittiin

samanvahvuisen kipuaistimuksen tuottamiseen voimakkaampi stimulaatio progressiivisen lihasrentoutuksen jälkeen kuin ennen rentoutusta. Samalla huomattiin, että nosiseptinen fleksioheijaste eli kipurefleksi hidastui rentoutusharjoittelun tuloksena. Tuoreessa tutkimuksessa Pifarré ym. (2014, 3–4) totesivat, että Jacobsonin progressiivinen lihasrentoutus vähentää merkittävästi jännittyneisyyttä, ahdistuneisuutta, epämukavuutta ja suun kuivuutta ja alentaa sykettä. Sen todettiin olevan yhtä tehokas vähentämään aivojen yliaktiivisuutta stressitilanteessa kuin diatsepaamin. Tulokset viittaavat jopa siihen suuntaan, että Jacobsonin progressiivisella lihasrentoutuksella saattaa olla jopa suurempi vaikutus aivojen aineenvaihduntaan kuin diatsepaamilla, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkittävä.

Mielikuvaharjoittelussa käytetään mielikuvia ja -kuvitusta rentoutumisen apuvälineenä. (Kataja 2004, 111; Hertling & Kessler 2006, 264.)

Mielikuvaharjoittelun teho perustuu siihen, että mielikuvat aktivoivat aivoissa samoja alueita kuin aidot havainnot ja niillä voidaan vaikuttaa autonomiseen hermostoon ja kuntoutujan oireisiin sekä positiivisesti että negatiivisesti.

Mielikuvaharjoitteluun liittyy myös visualisointi, joka on eräänlaista päiväunelmointia. Se on yksi eläytymisen tekniikka, jossa keskitytään luomaan määrätietoisien rohkaisevia ja onnellisia mielikuvia. (Kataja 2004, 26, 111–112).

Negatiiviset, ahdistusta tuottavat mielikuvat aktivoivat sympaattista hermostoa (Martin & Kunttu 2012, 14–15) ja voivat saada aikaan psykosomaattisia oireita. Rentouttavien mielikuvien käyttö sen sijaan aktivoi parasympaattista hermostoa. Mielikuvaharjoittelussa oikean hengityksen rooli on merkittävä. (Kataja 2004, 26, 53.)

Rentouttava mieli- tai muistikuva voi sijoittua menneeseen tai tulevaan. Se voi olla esimerkiksi matka, tilanne tai paikka, joka on kuntoutujalle mieluinen tai josta hän haaveilee. Mielikuvan on tärkeää olla riittävän konkreettinen, sillä monet ihmiset eivät osaa luoda positiivisia mielikuvia. Monimutkaisemmissa mielikuvaharjoitteissa vaaditaan usein melko edistynyttä kehontuntemusta, abstraktia ajattelutaitoa ja hyvää keskittymiskykyä. (Kataja 2004, 111–113.) Jotta mielikuvaharjoitteet sopisivat kuntoutujille, joiden kognitiiviset valmiudet ovat kehitysvammasta ja mielenterveyden häiriöstä johtuen heikentyneet (Kaski 2004,

190–195; Kaski 2009, 146–147), oppaaseen on valittu vain mahdollisimman yksinkertaisia ja konkreettisia harjoitteita.

6 OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA RENTOUTUSOPPAAN TUOTTEISTAMINEN

6.1 Idea ja luonnostelu

Aiheen valinta on tärkeä osa minkä tahansa kirjoitusprosessin kulkua (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 66), kuten myös tuotekehitysprosessia.

Tuotekehitysprosessi voidaan jakaa viiteen vaiheeseen, jotka ovat kehittämistarpeen tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäminen ja viimeistely. Prosessin vaiheet voivat olla käynnissä samanaikaisesti. (Jämsä & Manninen 2000, 28–40.)

Tuotekehityksen ensimmäinen vaihe on ongelmien tai **kehittämistarpeen tunnistaminen**. Tietoa kehittämistarpeista voi saada esimerkiksi erilaisista asiakaskyselyistä ja tilastoista sekä aiemmista tutkimuksista koskien palveluiden nykytilaa ja -käytänteitä. Sosiaali- ja terveysalan tuotekehitysprosessissa voidaan tuottaa esimerkiksi uusia toimintamalleja tai tuotteita tai kehittää vanhoja paremmiksi. **Ideavaihe** käynnistyy, kun kehittämistarve on tunnistettu (Jämsä & Manninen 2000, 28–40.) Tuoteideoita voi kuitenkin syntyä muillakin tavoilla. Tuoteidea voi perustua omaan oivallukseen jonkin tuotteen tarpeellisuudesta ai esimerkiksi teknologiseen tutkimukseen. Hyvä idea on tuotteistamisen peruspilari. (Sipilä 1996, 35.) Ideavaiheessa pyritään löytämään erilaisia ratkaisuja muun muassa luovan ongelmanratkaisun menetelmillä. Silloin, kun jo prosessin alkuvaiheessa on päätetty lopputuotteeksi konkreettinen tuote, kuten opas, prosessin pääpaino on tuotteen valmistamisessa. (Jämsä & Manninen 2000, 28–40.)

Aiheen ideoinnin voi aloittaa kahdella tavalla. Aiheen voi valita tutusta tai täysin vieraasta aihepiiristä. Kun aihe valitaan tutusta aihepiiristä, siitä on ehtinyt jo aiemmin muodostua jonkinlainen käsitys yleensä joko aiheeseen liittyvän kirjallisuuden ja kurssien tai kokemuksen ja käytännön työn pohjalta. Arkitieto ja käytännön työ ovat usein suuressa osassa aiheen valinnassa, ja kirjoitustyö on kiinnostavaa, kun aihe on luonteva osa kirjoittajan tavallista elämää. Joskus kirjallisen työn metodi valitaan ennen aihetta. Siinä piilee kuitenkin riski, että

tutkimusmetodin toimivuudesta tulee itsetarkoitus. Toivottavaa onkin, että työn tekijää kiinnostaisi työn aihe aidosti. (Hirsjärvi ym. 2009, 71–75.) Vilkan ja Airaksisen (2003, 9–10, 23–26) mukaan opinnäytetyön aiheen ideoinnissa tärkeintä onkin nimenomaan se, että aihe on motivoiva. Lisäksi hyvä aihe mahdollistaa opinnäytetyön tekijän asiantuntemuksen syvenemisen ja on riittävän ajankohtainen ja innovatiivinen, että sille löytyy kiinnostunut työelämäyhteistyökumppani. Toiminnallisen opinnäytetyön on tarkoitus ohjeistaa, opastaa, järjestää ja järjeistää toimintaa työelämälähtöisesti. Alasta riippuen toiminnallisen opinnäytetyön tuotos voi olla esimerkiksi tapahtuma tai tuote, kuten opas. Toiminnallisen opinnäytetyön tulee olla käytännönläheinen ja osoittaa riittävää alan tietoutta ja taitoja. Opinnäytetyön tekeminen nykyiseen työpaikkaan voi tukea työllisyyttä ja urakehitystä.

Idea tähän opinnäytetyöhön nousi lopulta kiinnostuksesta psykofyysiseen fysioterapiaan ja halusta tehdä työ Eteva kuntayhtymän kehitysvammaisten ryhmäkotiin, jossa olin työssä. Pohdiskelin aihevaihtoehtoja sen pohjalta, minkälaisia kehittämistarpeita ja -ideoita olin huomannut työskennellessäni itse kyseisessä ryhmäkodissa, ja keksin lopulta ajatuksen rentoutusoppaasta. Mielenterveyden ongelmiin erikoistunut ryhmäkoti sopi aihepiiriin ja alustavan aiheen puolesta erittäin hyvin opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppaniksi ja samalla rajasi työn tietoperustaa kehitysvammaisuuteen ja mielenterveyteen. Syksyn 2012 aikana olin psykofyysisen fysioterapian kurssin puitteissa tutustunut jonkin verran rentoutusta käsittelevään kirjallisuuteen, ja halusin oppia lisää rentoutumisen mahdollisuuksista ajatellen kehitysvamman ja mielenterveysongelmien asettamia haasteita, joita ryhmäkodissa esiintyy.

Tuotteen luonnosteluvaihe alkaa, kun on päätetty millainen tuote aiotaan kehittää. Luonnosteluvaiheessa selvitetään tuotteen ensisijaiset ja lopulliset hyödynsaajat, heidän toiveensa ja tarpeensa, toimintaympäristön ominaisuudet, säädökset, ohjeet, arvot ja periaatteet sekä sidosryhmät ja rahoitus. Lisäksi suunnitellaan ja rajataan tuotteen asiasisältö ja kartoitetaan mahdollisuuksia moniammatillisen asiantuntijatiedon hyödyntämiseen. (Jämsä & Manninen 2000, 43–52.)

Työssäni idea- ja luonnosteluvaihe toteutuivat pitkälti samanaikaisesti. Tammikuussa 2013 otin yhteyttä aiheesta yksikön esimieheen ja hän piti ideaa rentoutusoppaan toteuttamista kyseisen ryhmäkodin käyttöön hyvänä. Keskustelin aiheesta myös psykofyysisen fysioterapian opettajan kanssa. Luonnosteluvaiheeseen liittyviä selvityksiä tein myös keskustelemalla yksikön esimiehen ja ryhmäkodin ohjaajien kanssa. Näin selvitin muun muassa opinnäytetyön lopputuotteeseen liittyviä toiveita ja tarpeita sekä toimintayksikköön liittyviä asioita.

Ryhmäkodin esimies ja ohjaajat suhtautuivat positiivisesti oppaan toteuttamiseen. Mielenterveyden häiriöiden ja kehitysvamman ilmeneminen ahdistuneisuutena ja haasteellisena käyttäytymisenä nousivat esille suurimpina haasteina, joihin rentoutumisella on mahdollista vaikuttaa. Rentoutusoppaan ensisijaiset hyödynsaajat ovat Ryhmäkodin ohjaajat, jotka saavat oppaasta välineen ohjaustyöhön ja keinon vähentää Ryhmäkodin asukkaiden ahdistuneisuutta ja haastavaa käyttäytymistä. Oppaan lopulliset hyödynsaajat ovat Ryhmäkodin asukkaat, joiden psyykkinen ja fyysinen hyvinvointi voi lisääntyä johdonmukaisen ja taitotasoon sopeutetun rentoutusharjoittelun avulla.

Tuotoksen suunnittelussa ja toteutuksessa sain työelämäyhteistyökumppanilta vapaat kädet. Yksikön esimies työelämäyhteistyökumppanin edustajana ei voinut luvata Ryhmäkodin osallistumista opinnäytetyöstä ja sen tuotoksesta aiheutuviin kustannuksiin, ja tämä on tiedostettu opinnäytetyöprosessin aikana. Tuotteen asiasisältöä kartoitin lähdekirjallisuuden perusteella sekä keskustelemalla opinnäytetyön ohjaajan ja opiskelijaopponenttien kanssa. Maaliskuussa 2013 otin yhteyttä tutkimuslupa-asioissa Etevan asiantuntijapalvelun päällikköön varmistaakseni, mitä asioita voin opinnäytetyössä ja sen suunnitelmaversiossa kertoa ryhmäkodista. Asiantuntijapalvelun päälliköltä sain positiivista palautetta aihevalinnasta. Tuotteen ja opinnäytetyöprosessin suunnitelman esitin 21.3.2013 suunnitelmaseminaarissa Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan laitoksella. Paikalla oli tällöin opinnäytetyötäni ohjaava opettaja, opiskelijaopponentit sekä muita opiskelijoita.

Huhti-toukokuussa 2013 olin psykofyysisen fysioterapian harjoittelussa kuusi viikkoa. Harjoittelun aikana kiinnostukseni psykofyysiseen fysioterapiaan vahvistui, ja näin, miten paljon hyötyä rentoutusharjoittelusta oli mielenterveyskuntoutujille, mikä lisäsi kiinnostustani aiheeseen entisestään. Toimeksiantosopimus toiminnallisesta opinnäytetyöstä työnimellä Rentoutusopas – Työkalu kehitysvammaisten mielenterveyskuntoutujien ryhmäkodin ohjaajille tehtiin toukokuussa 2013.

6.2 Toteutus ja viimeistely

Pelkkä tuote ei riitä ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi. Aiheen rajauksen kannalta perustelu ja osuva teoreettinen tietoperusta osoittaa opinnäytetyön tekijän ammatillista osaamista (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41–42). Tiedonhakua toteutin PubMed-, Academic search elite (EBSCO)-, Cinahl (EBSCO)-, ScienceDirect (Elsevier)-, Cochrane Library-, PEDro- ja Sage Journals Online (Sage)- tietokannoista hakusanoilla developmental disorder, developmental disabilities, intellectual disabilities, learning disabilities, mental retardation, mental health, mental illness, mental disorder, psychiatric disease, psychiatric illness, psychiatric disorder, depression, anxiety, behavioral disorder, challenging behavior, stress, physiological stress, stress response, relaxation, relaxation technique, relaxation method, relaxation response ja niiden yhdistelmillä.

Hakutuloksista kelpuutin otsikon perusteella aiheeseen sopivat tutkimusartikkelit ja systemaattiset kirjallisuuskatsaukset jatkotarkasteluun. Seuraavaan vaiheeseen pääsivät vain ne hakutulokset, joista oli saatavilla ilmainen englannin- tai suomenkielinen kokoteksti. Abstraktin perusteella karsin pois tekstit, jotka eivät käsitelleet opinnäytetyön kannalta oleellisia aihepiirejä. Koko tekstin perusteella suljin pois ne tutkimusartikkelit ja systemaattiset kirjallisuuskatsaukset, joiden menetelmissä tai raportoinnissa koin olevan puutteita, esimerkiksi otanta oli aiheeseen nähden liian pieni tai tutkimusmenetelmiä ei ollut avattu raporttiin.

Aiheeseen liittyvää lähdekirjallisuutta etsin myös Masto-aineistotietokannasta edellä luetelluilla hakusanoilla ja niiden suomenkielisillä vastineilla.

Menetelmäkirjallisuutta etsin hakusanoilla tuotteistaminen, toiminnallinen

opinnäytetyö ja tutkimus. Lisäksi löysin lähteitä käyttämieni artikkelien ja lähdeosteiden lähdeluetteloista. Pysin käyttämään opinnäytetyön lähteinä alle kymmenen vuotta vanhaa materiaalia. Sitä vanhempia lähteitä käytin vertailussa ja silloin, jos katsoin, ettei tieto ole herkästi vanhentuvaa, sekä kun kyseessä oli aiheeseen liittyvä perusteos. Muutamia lähteitä on vuodelta 2003 johtuen siitä, että aloitin opinnäytetyöprosessin tiedonhaun alkuvuodesta 2013, jolloin nuo lähteet osuivat kymmenen vuoden ikähaarukkaan.

Kesän ja alkusyksyn 2013 opinnäytetyön tekeminen oli tauolla, kun ensin toisella paikkakunnalla olevat kesätyöt ja myöhemmin syksyllä harjoittelupaikka veivät suurimman osan käytettävissä olevasta ajasta ja jaksamisesta. Syyskuun alkupuolella kirjoitin Lahden ammattikorkeakoulun ohjeen mukaisesti tutkimuslupahakemuksen ja erillisen toteutussuunnitelman Eteva kuntayhtymälle ja 9.10.2013 sain ohjaavalta opettajalta hyväksynnän lähettää hakemus Etevalle. 16.12.2013 sain Etevan tutkimuslupalautakunnan puheenjohtajalta sähköpostin, että tutkimuslupahakemusta ei olisi välttämättä tarvittu, koska valmis työ ei sisällä asiakastietoja tai muita kuntayhtymän toimintaa koskevia tietoja. Opinnäytetyön aiheesta ja tulevan oppaan hyödynnettävyydestä sain erittäin positiivista palautetta Eteva kuntayhtymän konsultoivalta psykiatrilta.

Syksyn ja talven 2013–2014 aikana opinnäytetyön tietoperusta kehittyi hitaasti työnteon ohella. Kirjoittamista hidasti myös – tosin vähemmässä määrin – aiheen tarkemman rajaamisen vaikeus. Oli mietittävä, miten syvälle tietoperustaan oli tarkoituksenmukaista upota. Helmikuussa 2014 tein päätöksen lykätä opinnäytetyön viimeistelyä tietoisesti myöhemmäksi. Samoihin aikoihin osuivat muutto toiselle paikkakunnalle ja avomieheni polvileikkaus ja -kuntoutus, jotka pitivät hänet kevään ajan poissa töistä, joten kevään ja kesän työskentelin täysipäiväisesti. Syyskuussa 2014 oli lopulta taloudellisesti mahdollista lopettaa hetkeksi työt, tarttua opinnäytetyöhön kokopäiväisesti ja jatkaa siitä, mihin helmikuussa jäin.

Tuotteen kehittäminen etenee aiemmissä prosessin vaiheissa nousseiden kriteerien ja ominaisuuksien pohjalta. Tuotteen kehittämisestä tehdään suunnitelma, jonka mukaan tuotetta lähdetään kokoamaan. Informaatiota välittävän tuotteen

suunnittelussa on otettava huomioon kohderyhmä, tuotteen sisällön kieli- ja ulkoasu, asiasisällön valinta, määrä ja tuoreus sekä tekstin tyyli. (Jämsä & Manninen 2000, 54–57.)

Tämän opinnäytetyön tavoite oli tuottaa Eteva kuntayhtymän mielenterveyteen erikoistuneelle kehitysvammaisten asumisyksikölle rentoutusopas. Ryhmäkodin ohjaajat kokivat selvitysvaiheen keskusteluissa ahdistuneisuuden ja haastavan käyttäytymisen olevan suurimmat haasteet, joihin rentoutuksella voitaisiin vaikuttaa. Opas lisää ohjaajien tietoutta rentoutuksen mahdollisuuksista asukkaiden fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi ja toimii työkaluna, jota he voivat käyttää valitessaan asukkaille sopivia rentoutusmenetelmiä. Oppaan kohderyhmä ovat siis ryhmäkodin ohjaajat, mutta oppaan sisältämien rentoutusharjoitteiden tulee olla myös ryhmäkodin asukkaiden helposti ymmärrettävissä, jotta ne ovat mahdollisimman helposti sovellettavissa suoraan asukkaille.

Hyvässä oppaassa asiasisältö etenee loogisessa järjestyksessä, ja pää- ja väliotsikot rytmittävät tekstiä. Kappaleet ovat lyhyehköjä ja virkkeet helpporakenteisia. Liian pitkät virkkeet tai toisaalta pelkkien päälauseitten käyttö tekevät tekstistä raskaslukuista, samoin kuin liian pitkät luettelmat. Luettelmien maltillinen käyttö sen sijaan auttaa selkiyttämään tekstin rakennetta ja nostamaan tärkeitä seikkoja etualalle. Helppo yleiskieli lisää sisällön ymmärrettävyyttä. Vaikeat tieteellissävyiset ja vierasperäiset ilmaukset kannattaa mahdollisuuksien mukaan korvata yleiskielisillä tai, mikäli se ei ole mahdollista, määritellä oppaaseen. (Hyvärinen 2005, 1769–1771.) Monet ihmiset, joilla on vaikeuksia sanallisessa viestinnässä, hyötyvät lisäksi selkokielen käytöstä. Selkokieli on yleiskieltä helpommin ymmärrettävä, erityisryhmille, kuten kehitysvammaisille, suunnattu yksinkertaistettu kielimuoto. Se noudattaa suomen yleiskielen kielioppia, mutta lauseen tulee olla tarpeeksi lyhyt ja ytimekäs. (Virtanen 2009, 16–24, 78.) Huoliteltu, oikeakielinen teksti lisää oppaan ja sen kirjoittajan uskottavuutta. Lisäksi viimeistelty ja asianmukainen ulkoasu ja tiedon jäsentelyn kannalta asianmukainen tekstin asettelu ja oppaan taitto lisäävät oppaan luettavuutta. (Hyvärinen 2005, 1772–1773.)

Oppaan asiasisältö muodostui opinnäytetyön tietoperustan pohjalta. Poistin tekstistä raskaat, tieteellispainotteiset ilmaisut ja turhaa fysioterapian ammattisanastoa. Oppaan käyttäjistä suurin osa on lähihoitajia, joten fysioterapian ammattisanasto ei olisi antanut lisäarvoa tuotteelle, vaan se olisi sekoittanut tekstiä tarpeettomasti. Oppaaseen valitsemani rentoututusmenetelmät ovat paljon käytettyjä ja niistä löytyy luotettavaa tutkimustietoa. Kehitysvammaisuuteen ja mielenterveyden häiriöihin liittyy usein kielellisiä ja vuorovaikutuksellisia haasteita (Kaski 2009, 146–147, 190–195), minkä otin huomioon jo soveltuvia rentoutusmenetelmiä valitessani. Oppaaseen valitsemieni rentoutusharjoitteiden kielen muokkasin vielä yksinkertaisemmaksi ja konkreettisemmaksi, mahdollisimman helposti ymmärrettävään muotoon, sillä se on työn ainoa osa, joka on tarkoitettu sellaisenaan Ryhmäkodin asukkaiden kuultavaksi. Rentoutusharjoitukset kirjoitin itse kunkin rentoutusmenetelmän teorian pohjalta.

Tuotteen kehittämisen aikana siitä on hyvä kerätä palautetta, jonka perusteella tuotos viimeistellään. **Tuote viimeistellään** kehittelyn eri vaiheissa esiin nousseiden kriteerien ja kerättyjen palautteiden perusteella. Hyvä keino palautteen keräämiseen on tuotteen esitestausta. Tuotteen testaajina voivat toimia tilaajat tai ulkopuoliset loppukäyttäjät. Ulkopuolisilta loppukäyttäjiltä saadaan usein enemmän ja rakentavampaa palautetta kuin tuotteen tilaajilta, koska tilaajille tuote on jo tuttu, ja he ovat osallistuneet sen suunnitteluun. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.)

Aikataulusyistä keräsin oppaan tekstisisällöstä vain vapaamuotoista suullista palautetta Ryhmäkodin ohjaajilta. Ohjaajat kokivat oppaan kielen olevan ymmärrettävää ja sisällön olevan loogisessa järjestyksessä. Rentoutusharjoitteiden vielä yksinkertaistetumpaa kieltä ohjaajat pitivät sopivana ja ymmärrettävänä Ryhmäkodin asukkaiden tasoon nähden. Palautteesta kävi ilmi, etteivät ohjaajat kaivanneet oppaaseen selkiyttäviä kuvia, mutta jonkinlaista aiheeseen sopivaa teemaa ja värimaailmaa toivottiin.

Oppaan viimeistelyvaiheen toteutti Ryhmäkodin ohjaajilta saadun palautteen ja opinnäytetyön tekijän toiveiden mukaan painotuotantoassistentti ja ulkoasuntoteuttaja Riina Haapakallio. Oppaasta toteutettiin painokelpoinen PDF-

tiedosto ja sähköiseen lukuun optimoitu kevyempiresoluutioinen interaktiivinen lukuversio. Tämä kevyempi lukuversio tullaan tallentamaan ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseukseen opinnäytetyön raportin kanssa.

TAULUKKO 2. Opinnäytetyö- ja tuotteistamisprosessin eteneminen

Opinnäytetyön vaihe	Sisältö	Ajankohta
Aloitus, valmistelu ja suunnittelu	Aiheen ideointi, aiheen valinta ja rajaaminen, kehittämistarpeen tunnistaminen ja kartoitus	joulukuu 2012 – maaliskuu 2013 Suunnitelmaseminaari 21.3.2013
Toteutus	Tiedonhaku ja tietoperustan kirjoittaminen	maalis – toukokuu 2013, loka – joulukuu 2013, tammi – helmikuu 2014, syys – lokakuu 2014
	Oppaan kehittäminen	loka – marraskuu 2014
Arviointi- ja julkaisu	Opinnäytetyön ja oppaan viimeistely ja julkaisu	marras – joulukuu 2014 Julkaisuseminaari 13.11.2014

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön toteutus

Älyllisen kehitysvammaisuuden esiintyvyyden arvioidaan Suomessa olevan noin 1 % koko väestöstä, mikä tarkoittaa noin 50 000 henkilöä (Arvio 2011, 15; Kaski ym. 2012, 21–22), ja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä esiintyy noin 35–50 %:lla kehitysvammaisista (Kaski ym. 2012, 103). Kehitysvammaan liittyy ongelmia monilla sopeutumiskäyttäytymisen osa-alueilla (Definition of Intellectual Disability 2014). Samantyyllisiä toimintakykyä heikentäviä vaikutuksia on myös mielenterveyden häiriöillä. Ne voivat esimerkiksi heikentää keskittymiskykyä, lisätä impulsiivisuutta ja ahdistuneisuutta (Kaski ym. 2012, 103–104, 109) tai aiheuttaa vetäytymistä sosiaalisista suhteista (Aaltonen 2011b, 150).

Opinnäytetyöprosessin alusta alkaen halusin tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, jonka tulos on konkreettinen tuote. Kuitenkin oman heikon motivaationi tietäen halusin valita aiheen, joka todella kiinnosti minua. Opinnäytetyön aihetta pohtiessani kriteereitä olivat aiheen kiinnostavuus ja hyödyllisyys, sekä työn lopputuotteen todellinen hyödynnettävyys. Tavoitteena oli tuottaa Eteva kuntayhtymän mielenterveyteen erikoistuneelle kehitysvammaisten asumisyksikölle rentoutusopas. Opinnäytetyön tarkoitus oli lisätä ohjaajien tietoutta rentoutumisen mahdollisuuksista ajatellen heidän omaa työtään sekä asukkaiden fyysisistä ja psyykkistä hyvinvointia. Oppaan on tarkoitus toimia työkaluna, jota Ryhmäkodin ohjaajat voivat käyttää valitessaan asukkaille sopivia rentoutusmenetelmiä.

Rentoutuksesta on tehty jonkin verran opinnäytetöitä, mutta aihetta on lähestytty hyvin erilaisista näkökulmista kuin tässä opinnäytetyössä, useimmiten terveiden henkilöiden tai kehontuntemuksen kannalta. Vain muutama opinnäytetyö on tehty rentoutuksen vaikutuksista spesifisti rajattuun mielenterveyden häiriöön. Myös joitakin rentoutusoppaita on tuotettu opinnäytetyönä, mutta ne poikkeavat kohderyhmältään ja näin myös tietoperustaltaan tästä opinnäytetyöstä. Kehitysvammaisuuden näkökulmasta käsiteltyjä rentoutusaiheisia opinnäytetöitä

ei löytynyt Theseuksesta eikä Masto-tietokannasta. Muutamiin muun aiheisiin opinnäytetöihin oli sisällytetty rentoutus yhtenä näkökulmana.

Oppaan kohderyhmä rajasi opinnäytetyön käsittelemään rentoutumista kehitysvammaisuuden ja mielenterveyshäiriöiden kannalta. Tietoperustaan on käytetty lähdekritiikkiä käyttäen valittuja tieteellisiä tutkimusartikkeleja sekä joitakin systemaattisia kirjallisuuskatsauksia ja alan perusteoksia.

Opinnäytetyöhön on sisällytetty teoriaa myös tuotteistamisesta, uuden taidon opettamisesta ja rentoutumisen ohjaamisen perusteista. Rentoutusmenetelmistä valittiin lähempään tarkasteluun raportissa vain ne, jotka soveltuivat rentoutusoppaaseen. Tietoperusta vastaa opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa esitettyä suunnitelmaa. Opinnäytetyössä käytetyt lähteet on merkitty Lahden ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan ja kunnioittaen kirjoittajan tekijänoikeuksia, ja opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin Eteva kuntayhtymän tutkimustoimikunnalla, mikä lisää työn eettisyyttä.

Opinnäytetyön tietoperustan rajaaminen aiheutti vähän väliä päänvaivaa. Tekijän mielenkiinto kohdistui enemmän mielenterveyteen, joten ajoittain oli aiheellista palata taaksepäin ja tarkastella työtä tavoitteiden ja tarkoituksen kannalta. Joitakin jo kirjoitettuja osia poistettiin, jotta opinnäytetyö vastasi enemmän tavoitettaan ja tarkoitustaan. Työn kannalta erityisen vaikuttava ja vaikea rajausta piti tehdä siinä, kuinka syvälle kehitysvamman, mielenterveyden ja rentoutumisen teoriaan oli opinnäytetyön puitteissa järkevää uppoutua. Monet kehitysvammaisuuteen ja mielenterveyden häiriöihin liittyvät vaikutusmekanismit ovat hermostollisia tai neurokemiallisia, samoin kuin elimistön stressireaktio (Morrison & Bennett 2009, 336–342; Sandström 2010, 178–181). Tietoperustan käsittely hermojen toiminnasta ja välittäjäaineiden perustehtävistä lähtien olisi kasvattanut työtä laajemmaksi kuin opinnäytetyön on tarkoituksenmukaista olla. Koska myös rentoutumisen vaikutukset ovat hermostollisia ja neurokemiallisia (Esch ym. 2003, 23–34; Kataja 2004, 24–28; Martin & Kunttu 2006, 11; Dusek ym. 2008, 2; Luders ym. 2009, 674–676; Morrison & Bennett 2009, 223–225, 336–338; Sandström 2010, 190), rentoutumisen käytön perustelu niiden kautta olisi lisännyt opinnäytetyön luotettavuutta.

7.2 Tuotoksen arviointi

Opinnäytetyön tuotos, Rentoutusopas – Työkalu kehitysvammaisten mielenterveyskuntoutujien ryhmäkodin ohjaajille, vastaa työelämäyhteistyökumppanin kanssa käydyissä keskusteluissa nousseita toiveita ja tarpeita. Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa Ryhmäkodille rentoutusopas, ja tavoite saavutettiin.

Rentoutusoppaan sisältö perustuu alan tuoreeseen tutkimustietoon ja perusteoksiin. Oppaaseen valitut rentoutusmenetelmät on valittu tietoperustasta nousseiden ominaisuuksien perusteella ja niiden tehosta on tutkimusnäyttöä. Menetelmät ovat yksinkertaisia ja sovellettavissa itsenäisesti, kun rentoutumisen perustaidot ovat kuntoutujan hallussa. Rakenteen ja kieliasun suunnittelussa on otettu huomioon hyvän ohjeistavan tekstin kriteerit (Hyvärinen 2005, 1769–1773). Kohderyhmä ja lopulliset hyödynsaajat on huomioitu kielellisissä valinnoissa. Rentoutusharjoitteet on kirjoitettu kunkin menetelmän teorian pohjalta. Oppaan luotettavuutta olisi lisännyt esitetaus, mutta siihen ei aikataulusyistä ollut mahdollisuutta.

Opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppani on läpi opinnäytetyö- ja tuotteistamisprosessin antanut vapaat kädet oppaan toteutuksen ja ulkoasun suhteen. Oppaan ulkoasusta keskusteltaessa nousi esiin, ettei ohjeita antaville kuville koettu tarvetta, mutta jonkinlainen rakennetta keventävä kuvitus ja neutraali väritys olivat yhteisiä toiveita. Oppaan taiton on opinnäytetyön tekijän toiveiden mukaan suunnitellut ja toteuttanut painotuotantoassistentti ja ulkoasuntoteuttaja Riina Haapakallio, joka on oppaan ulkoasun suunnittelussa noudattanut painotuotteen luettavuutta edistäviä painomaailman ohjeistuksia ja normeja. Oppaasta on toteutettu painokelpoinen PDF-tiedosto, mutta siitä on myös kevyempiresoluutioinen interaktiivinen lukuversio niille, jotka haluavat lukea sen sähköisesti. Opinnäytetyön tekijä painattaa omakustanteisesti oppaasta paperiversion, ja lukuversio tulee saataviin Theseus-tietokantaan opinnäytetyöraportin kanssa.

7.3 Työskentelyn arviointi ja pohdinta

Opinnäytetyöprosessi oli vaikea, mutta mielenkiintoinen. Tarkka prosessin kuvaus löytyy kappaleesta 6. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa esitetty aikataulu ei toteutunut, mutta epävarmuustekijät oli arvioitu oikein. Työt ja yksitoista viikkoa harjoittelua kesällä ja syksyllä 2013 hidastivat opinnäytetyöprosessia odotettua enemmän. Marraskuusta 2013 eteenpäin ei aikataulun toteutumista voida arvioida, sillä suunnitelman mukaan loka-marraskuussa olisi ollut käsillä opinnäytetyön viimeistely ja julkaisu. Aikataulu viivästy myös taloudellisista syistä, kun opinnäytetyön venyttyä yliajalle oli tekijän pakko olla täysipäiväisesti töissä. Helmikuussa 2014 opinnäytetyön viimeistelyä lykättiin tietoisesti parempaan ajankohtaan, joka oli syys-marraskuussa 2014. Lopulta opinnäytetyön saattaminen valmiiksi ja julkaisu myöhästyi suunnitellusta aikataulusta noin vuodella.

Yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa sujui hyvin, ja opettaja oli erittäin tärkeä tuki opinnäytetyön prosessin eteenpäin saattamisessa. Rakentava ja motivoiva palaute sekä pohtimaan kannustava ohjaustyyli olivat suureksi avuksi prosessin aikana. Myös opponenttien kanssa yhteistyö sujui hyvin ja sain heiltä käyttökelpoista palautetta opinnäytetyön eri vaiheissa. Tätä palautetta on hyödynnetty muun muassa mietittäessä opinnäytetyön rajoja ja jäsentelyn ratkaisuja. Opinnäytetyön jaksottainen eteneminen aiheutti opponenteille haastetta, mutta kaiken kaikkiaan heidän apuaan ja neuvojaan olisi voinut hyödyntää enemmänkin. Yhteistyö työelämäyhteistyökumppanin kanssa onnistui koko opinnäytetyöprosessin ajan hyvin ja kaikki Eteva kuntayhtymän tahot, joihin olen prosessin varrella opinnäytetyöstä ollut yhteydessä, ovat suhtautuneet positiivisesti ja antaneet kannustavaa palautetta opinnäytetyön ideasta.

7.4 Jatkokehittämissideat ja -tutkimusaiheet

Rentoutumisen vaikutuksista kehitysvammaisille mielenterveyskuntoutujille löytyy erittäin niukasti tietoa. Jatkossa olisi hyvä tutkia ylipäättään rentoutumisen, mutta myös eri rentoutusmenetelmien vaikutuksia tällä rajatulla kohderyhmällä. Myös rentoutusmenetelmien käytön yleisyydestä kehitysvammaisten

mielenterveyskuntoutujien hoidon tukena olisi kiinnostavaa saada tietoa. Rentoutusoppaan toimivuutta voisi testata ja vaikuttavuutta olisi mahdollista selvittää esimerkiksi laadullisena tapaustutkimuksena yhdellä tai kahdella asukkaalla. Opinnäytetyö ja opas käsittelevät tietoperustaa yleisluontoisesti, eikä teoriaa ole kohdistettu yksilöidysti Ryhmäkodin tämänhetkisille asukkaille. Tämä mahdollistaa oppaan vaikuttavuuden tutkimisen myös muulla vastaavalla kohderyhmällä.

Jatkokehittämishankkeena voisi toteuttaa syventävän rentoutusharjoittelun oppaan, jossa olisi edistyneempiä harjoitteita niille kuntoutujille, jotka ovat saavuttaneet tämän opinnäytetyön tuotokseen liittyvien rentoutusharjoitteiden taidot.

LÄHTEET

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveystieteen tutkimuslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Hakapaino Oy [viitattu 11.10.2014]. Saatavissa:

<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/b3.pdf>

Aaltonen, S. 2011a. Kehitysvammaisen mielenterveyshäiriöiden diagnostiikka. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. (toim.) Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 140–144.

Aaltonen, S. 2011b. Psykiatriset sairaudet. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. (toim.) Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 146–151.

Aaltonen, S. 2011c. Persoonallisuushäiriöt ja muita mielenterveyden häiriöitä. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. (toim.) Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 152–157.

Aaltonen, S. 2011d. Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöiden hoito. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. (toim.) Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 165–175.

Arvio, M. 2011. Kehitysvamma-käsite. Teoksessa Arvio, M. & Aaltonen, S. (toim.) Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–16.

Astin, J., Shapiro, S., Eisenberg, D. & Forsys, K. 2003. Mind-Body Medicine: State of the Science, Implications for Practice. Journal of the American Board of Family Medicine. Vol. 16, Iss. 2, p. 131–147 [viitattu 25.9.2014]. Saatavissa: <http://www.jabfm.org/content/16/2/131.full.pdf+html>

Benson, H. & Klipper, M. 2000. The Relaxation Response. New York: HarperCollins Publishers Inc.

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 1999. Ihminen Fysiologia ja anatomia. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Brackett, M., Rivers, S. & Salovey, P. 2011. Emotional Intelligence: Implications for Personal, Social, Academic, and Workplace Success. *Social and Personality Psychology Compass*. Vol. 5, Iss. 1, p. 88–103 [viitattu 21.10.2014]. Saatavissa: [http://ei.yale.edu/wp-](http://ei.yale.edu/wp-content/uploads/2013/09/pub184_Brackett_Rivers_Salovey_2011_Compass-1.pdf)

[content/uploads/2013/09/pub184_Brackett_Rivers_Salovey_2011_Compass-1.pdf](http://ei.yale.edu/wp-content/uploads/2013/09/pub184_Brackett_Rivers_Salovey_2011_Compass-1.pdf)

Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. 2007. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 190, Iss. 1, p. 27–35 [viitattu 15.10.2014]. Saatavissa: <http://bjp.rcpsych.org/content/190/1/27.long>

Definition of Intellectual Disability. 2014. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [viitattu 20.11.2014]. Saatavissa: http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.VG6pimd_uSo

Demiralp, M., Oflaz, F. & Komurcu, S. 2010. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 19, Iss. 7–8, p. 1072–1083 [viitattu 14.10.2014]. Saatavissa Cinahl (Ebsco) -tietokannassa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d87a5795-9b47-460f-ae1-790eefa998b3%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4201>

Downey, L., Johnston, P., Hansen, K., Schembri, R., Stough, C., Tuckwell, V. & Schweitzer, I. 2008. The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *The European Journal of Psychiatry*. Vol. 22, Iss. 2, p. 93–98 [viitattu 21.10. 2014]. Saatavissa: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-61632008000200005&script=sci_arttext

Dusek, J., Otu, H., Wohlhueter, A., Bhasin, M., Zerbini, L., Joseph, M., Benson, H. & Libermann, T. 2008. Genomic counter-stress changes induced by the relaxation response. *PLOS ONE*. Vol. 3, Iss. 7, e2576, p. 1–8 [viitattu 25.9.2014]. Saatavissa: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0002576&representation=PDF>

Emery, C., France, C., Harris, J., Norman, G. ja VanArsdalen, C. 2008. Effects of progressive muscle relaxation training on nociceptive flexion reflex threshold in healthy young adults: A randomized trial. *Pain*. Vol. 138, Iss. 2, p. 375–379

[viitattu 2.11.2014]. Saatavissa ScienceDirect (Elsevier) -tietokannassa:

[http://ac.els-cdn.com/S0304395908000249/1-s2.0-S0304395908000249-main.pdf?_tid=1554fc1c-629e-11e4-b719-](http://ac.els-cdn.com/S0304395908000249/1-s2.0-S0304395908000249-main.pdf?_tid=1554fc1c-629e-11e4-b719-00000aab0f27&acdnat=1414939363_1c771423dc0d18d0299fc83ba63e2d34)

[00000aab0f27&acdnat=1414939363_1c771423dc0d18d0299fc83ba63e2d34](http://ac.els-cdn.com/S0304395908000249/1-s2.0-S0304395908000249-main.pdf?_tid=1554fc1c-629e-11e4-b719-00000aab0f27&acdnat=1414939363_1c771423dc0d18d0299fc83ba63e2d34)

Eteva. 2013. Eteva [viitattu 12.3.2013]. Saatavissa: <http://www.eteva.fi/Eteva/>

Esch, T., Fricchione, G. & Stefano, G. 2003. The therapeutic use of the relaxation response in stress-related diseases. *Medical Science Monitor*. Vol. 9, Iss. 2, p. 23–34 [viitattu 16.10.2014]. Saatavissa:

<http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/4745>

Gorzalka, B., Hill, M. & Hillard, C. 2008. Regulation of endocannabinoid signaling by stress: Implications for stress-related affective disorders.

Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Vol. 32, Iss. 6, p. 1152–1160 [viitattu 27.10.2014]. Saatavissa ScienceDirect (Elsevier) -tietokannassa:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763408000365#>

Harris, M. & Richards, K. 2010. The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people.

Journal of Clinical Nursing. Vol. 19, Iss. 7–8, p. 917–26 [viitattu 31.10.2014].

Saatavissa Cinahl (Ebsco) -tietokannassa:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=e9b057eb-6a9b-4350-af5d-9b73f702f9d3%40sessionmgr110&vid=0&hid=115&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010604995>

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. *Psykofyysinen ihminen*.

Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hertling, D. & Kessler, R. 2006. *Management of Common Musculoskeletal Disorders: Physical Therapy Principles and Methods*. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol. 121, No. 16, s. 1769–1773 [viitattu 2.11.2014]. Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=Millainen+on+toimiva&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95167

Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2009. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2009. Psykiatria. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 73–139.

Isometsä, E. 2009a. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2009. Psykiatria. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 196–222.

Isometsä, E. 2009b. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2009. Psykiatria. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 157–195.

Jorm, A., Morgan, A. & Hetrick, S. 2008. Relaxation for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. Iss. 4 [viitattu 16.10.2014]. Saatavissa Cochrane Library -tietokannassa:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007142.pub2/pdf>

Joukamaa, M. 2011. Psykosomatiikka ja konsultaatiopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 517–529.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kaski, M. 2004. Älyllinen kehitysvammaisuus. Teoksessa Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. (toim.) Lastenneurologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 178–199.

Kaski, M., Manninen, A. & Pihko, H. 2009. Kehitysvammaisuus. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kaski, M., Manninen, A. & Pihko, H. 2012. Kehitysvammaisuus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kataja, J. 2004. Rentoutuminen ja voimavarat. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kessler, R., Angermeyer, M., Anthony, J., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina-Mora, M., Oakley Browne, M., Posada-Villa, J., Stein, D., Tsang, C., Aquilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.-E., Berglund, P., Gruber, M., Petuhkova, M., Chatterji, S. & Üstün, T. 2007. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. Vol. 6, Iss. 3, p. 168–176 [viitattu 24.9.2014]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>

Knuutila, A. 2013. Keuhkopotilaan tutkiminen. Teoksessa Kaarteenaho, R., Brander, P., Halme, M. & Kinnula, V. (toim.) Keuhkosairaudet. Diagnostiikka ja hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ko, Y.-L. & Lin, P.-C. 2012. The effect of using a relaxation tape on pulse, respiration, blood pressure and anxiety levels of surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 21, Iss. 5/6, p. 689–697 [viitattu 14.10.2014]. Saatavissa Cinahl (Ebsco) -tietokannassa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0dab1e6b-9861-4fc1-a75e-7539ed7a3a21%40sessionmgr4005&vid=2&hid=4201>

Koli, H. & Silander, P. 2002. Oppimisprosessin suunnittelu ja ohjaus. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.

Korkeila, J. 2008. Stressi, tunteiden säätely ja immunitaetti. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol. 124. Iss. 6, p. 683–92 [viitattu 17.10.2014].

Saatavissa:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=4FF45774910601457098311DD61BE413?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=mielenterveys&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo97123

Krisanaprakornkit, T., Sriraj, W., Piyavhatkul, N. & Laopaiboon, M. 2006. Meditation therapy for anxiety disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. Iss. 1 [viitattu 16.10.2014]. Saatavissa Cochrane Library -tietokannassa:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004998.pub2/pdf>

Kumar, S. & Raje, A. 2014. Effect of progressive muscular relaxation exercises versus transcutaneous electrical nerve stimulation on tension headache: A comparative study. Hong Kong Physiotherapy Journal. Vol. 32, Iss. 2, p. 86–91 [viitattu 2.11.2014]. Saatavissa ScienceDirect (Elsevier) -tietokannassa:

http://ac.els-cdn.com/S1013702514000244/1-s2.0-S1013702514000244-main.pdf?_tid=01a08164-628a-11e4-9f4f-00000aacb361&acdnat=1414930740_81356491642fbf278f1c5cbcd90879fe

Kysymyksiä älykkyydestä. 2013. Suomen Mensa ry [viitattu 16.3.2013].

Saatavissa: <http://www.mensa.fi/sivu.php/alykkyys>

Laki kehitysvammaisen erityishuollosta 519/1977 [viitattu 16.3.2013]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519#L1>

Lee, E.-J., Bhattacharya, J., Sohn, C. & Verres, R. 2012. Monochord sounds and progressive muscle relaxation reduce anxiety and improve relaxation during chemotherapy: A pilot EEG study. Complementary Therapies in Medicine. Vol. 20, Iss. 6, p. 409–416 [viitattu 2.11.2014]. Saatavissa ScienceDirect (Elsevier) -tietokannassa: <http://ac.els-cdn.com/S096522991200088X/1-s2.0->

[S096522991200088X-main.pdf?_tid=0a248bac-628d-11e4-bb44-00000aab0f6b&acdnat=1414932042_51a9157504cf7fb0f5c104c101215ffc](#)

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2009. Mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 26–32.

Luders, E., Toga, A., Lepore, N. & Gaser, C. 2009. The underlying anatomical correlates of long-term meditation: larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *Neuroimage*. Vol. 45, Iss. 3, p. 672–678 [viitattu 21.10.2014].

Saatavissa PubMed-tietokannassa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184843/pdf/nihms90659.pdf>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Martin, M. & Kunttu, K. 2012. Psykosomaattinen oireilu. Potilasopas. 3. korjattu painos. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön oppaita. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö [viitattu 21.10.2014]. Saatavissa:

http://www.yths.fi/filebank/2110-Psykosomaattinen_oireilu.pdf

Marttunen, M., Eronen, M. & Henriksson, M. 2009. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5.–7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 517–539.

Morgan, V., Leonard, H., Bourke, J. & Jablensky, A. 2008. Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 193, Iss. 5, p. 364–72 [viitattu 15.10.2014]. Saatavissa: <http://bjp.rcpsych.org/content/193/5/364.full.pdf+html>

Morrison, V. & Bennett, P. 2009. *An Introduction to Health Psychology*. 2. edition. Harlow: Pearson Education Limited.

Palvelut. 2013. Eteva [viitattu 12.3.2013]. Saatavissa:

<http://www.eteva.fi/Palvelut/>

Pifarré, P., Simó, M., Gispert, J.-D., Plaza, P., Fernández, A. ja Pujol, J. 2014. Diazepam and Jacobson's progressive relaxation show similar attenuating short-term effects on stress-related brain glucose consumption. *European Psychiatry*. In press, Available online 5 June 2014 [viitattu 2.11.2014]. Saatavissa ScienceDirect (Elsevier) –tietokannassa: http://ac.els-cdn.com/S0924933814000443/1-s2.0-S0924933814000443-main.pdf?_tid=26fb23de-6298-11e4-9a0b-00000aab0f6b&acdnat=1414936815_5c77680c2ebee59d71ee66121f47d3d4

Psyfy. 2014a. Psykofyysinen fysioterapia. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys [viitattu 17.10.2014]. Saatavissa: <http://www.psyfy.net/#tab2>

Psyfy. 2014b. Monipuolinen terapiamuoto. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys [viitattu 17.10.2014]. Saatavissa: <http://www.psyfy.net/#tab3>

Psyfy. 2014c. Kokemuksellista oppimista. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys [viitattu 17.10.2014]. Saatavissa: <http://www.psyfy.net/#tab4>

Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Vaismoradi, M. & Jasper, M. 2013. Effect of systematic relaxation techniques on anxiety and pain in older patients undergoing abdominal surgery. *International Journal of Nursing Practice*. Vol. 19, Iss. 5, p. 462–470 [viitattu 14.10.2014]. Saatavissa Cinahl (Ebsco) -tietokannassa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e731c51b-786f-490c-a722-13749acaf0c3%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4201>

Robinson, R. 2014. A Simple Guide To Tai Chi Chuan. Tai Chi Union for Great Britain [viitattu 31.10.2014]. Saatavissa: <http://www.taichiunion.com/what.php>

Salt, V. & Kerr, K. 1997. Mitchell's simple physiological relaxation and Jacobson's progressive relaxation techniques: a comparison. *Physiotherapy*. Vol. 83, Iss. 4, p. 200–207 [viitattu 21.10.2014]. Saatavissa ScienceDirect (Elsevier) -tietokannassa: http://ac.els-cdn.com/S0031940605660816/1-s2.0-S0031940605660816-main.pdf?_tid=d203ea7e-5936-11e4-8aa6-00000aab0f01&acdnat=1413905451_5fd1b744813dd85a4e121428a7e92506

Sandström, M. 2010. Psykyke ja aivotoiminta: Neurofysiologinen näkökulma. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sipilä, J. 1996. Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen. EKONOMIA-sarja. Porvoo: WSOY.

Stefano, G., Stefano, J. & Esch, T. 2008. Anticipatory stress response: A significant commonality in stress, relaxation, pleasure and love responses. *Medical Science Monitor*. Vol. 14, Iss. 2, p. 17–21 [viitattu 16.10.2014]. Saatavissa PubMed-tietokannassa:

<http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/734745>

Stein, D., Plum, N. & Barbaresi, W. 2011. Developmental and behavioral disorders through the life span. *Pediatrics*. Vol. 128, Number 2, p. 364–373 [viitattu 21.1.2014]. Saatavissa:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/128/2/364.long>

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2011. Kuntouttava lähihoito. 4.-5. painos. Helsinki: Edita Prima Oy

Suvisaari, J., Ahola, K., Kiviruuu, K., Korkeila, J., Lindfors, O., Mattila, A., Markkula, N., Marttunen, M., Partonen, T., Peña, S., Pirkola, S., Saarni, S., Saarni, S. & Viertiö, S. 2012. Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy [viitattu 11.10.2014]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Svennevig, H. 2003. Hyvän olon hoidot: Kosketukseen perustuvien hoitojen käyttö hyvinvoinnin ja itseymmärryksen lisäämisen välineenä. *Acta Universitatis Tamperensis* 949. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tautiluokitus ICD-10. Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10 [viitattu 16.3.2013]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19>
- Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.
- Tuomisto, M., Lappalainen, R., Tuomisto, T. & Timonen, T. 1996. Sovellettu rentoutus hoitomenetelmänä psykiatriassa ja käyttäytymislääketieteessä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Vol. 112, Iss. 11, p. 960–969 [viitattu 27.10.2014]. Saatavissa: http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo60214
- Uvnäs-Moberg, K. 1998. Antistress pattern induced by oxytocin. News in Physiological Sciences. Vol. 13, Iss. 1, p. 22–26 [viitattu 31.10.2010]. Saatavissa: <http://physiologyonline.physiology.org/content/13/1/22>
- Vancampfort, D., De Hert, M., Knapen, J., Maurissen, K., Raepsaet, J., Deckx, S., Remans, S. & Probst, M. 2011. Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation. Vol. 25, Iss. 6, p. 567–575 [viitattu 2.11.2014]. Saatavissa Sage Journals Online (Sage) -tietokannassa: <http://cre.sagepub.com.aineistot.phkk.fi/content/25/6/567.full.pdf+html>
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.–2. painos
- Wickström, C. 2004. Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. Fysioterapia 7/2004, 25–27.
- Wigram, T., Pedersen, I. & Bonde, L. 2002. A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers.

World Health Organization. 2000. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bulletin of the World Health Organization, Vol. 78, Iss. 4, p. 413–426 [viitattu 11.10.2014]. Saatavissa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560724/pdf/10885160.pdf>

World Health Organization. 2005. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. WHO [viitattu 17.3.2013]. Saatavissa:

http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

World Health Organization. 2009. Basic documents. 47. painos [viitattu 25.11.2014]. Saatavissa: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf>

World Health Organization. 2010. ICD-10 Version:2010 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010 [viitattu 8.10.2014]. Saatavissa:

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

LIITTEET

Liite on erillinen Rentoutusopas – Työkalu kehitysvammaisten mielenterveyskuntoutujien ryhmäkodin ohjaajille.