

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

Kaarina Aapro, Tuija-Teresia Lehtinen

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖTÄ JA PARKINSONIN TAUTIA SAIRASTAVIEN
TERVEYSLIIKUNNAN YHTEENSOVITTAMINEN JA RYHMÄSTÄ SAATU
VERTAISTUKI

Opinnäytetyö 2015

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Vanhustyön koulutusohjelma

TUIJA-TERESIA LEHTINEN JA KAARINA AAPRO

Aivoverenkiertohäiriötä ja Parkinsonin tautia sairastavien terveysliikunnan yhteensovittaminen ja ryhmästä saatu vertaistuki

Opinnäytetyö	42 sivua + 4 liitesivua
Työnohjaaja	Päätoiminen tuntiopettaja Pauliina Lehto
Toimeksiantaja	Kymenlaakson AVH- yhdistys ry, Suomen Parkinson-liitto ry, Lokakuu 2015
Avainsanat	aivoverenkiertohäiriö, Parkinsonin tauti, terveysliikunta, vertaistuki

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, miten aivoverenkiertohäiriötä ja Parkinsonin tautia sairastavien terveysliikunnan yhteensovittaminen liikuntaryhmässä onnistui ja saivatko ryhmäläiset toisiltaan vertaistukea. Tutkimukseen osallistuivat Kouvolan Ryhmävoimaa-liikuntaneuvontaryhmän osallistujat. Ryhmän osallistujat olivat 57 – 75-vuotiaita aivoverenkiertohäiriötä ja Parkinsonin tautia sairastavia. Tutkimuksen aiheisto kerättiin keväällä 2015 teema-haastattelulla, jossa käytettiin yksilö ja ryhmähaastatteluita sekä kyselylomakkeita. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus.

Tässä työssä aivoverenkiertohäiriöstä käytetään nimeä AVH (Cerebrovascular accident, CVA). Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää AVH (CVA, in English) ja Parkinsonin tautia sairastavien terveysliikunnan yhteensovittamisen onnistuminen sekä ryhmän toisiltaan saamaa tukea. Tutkimukseen osallistujat, jotka ennestään liikkuvat paljon. Tutkimuksen aikana liikunnan määrä pysyi samana, mutta lajien määrä lisääntyi. Liikuntaneuvonta lisäsi uskoa omaan kykyihin. Vertaistuki koettiin tärkeänä ryhmään osallistujien erilaisesta taustasta huolimatta. Tutkimustulosten mukaan oli tärkeää, että ryhmässä on useampi saman sairauden edustaja.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Geriatric Training Program, Elderly Care

TUIJA-TERESIA LEHTINEN, KAARINA AAPRO Title of the Thesis in English.

Cerebrovascular accident and Parkinson's disease sufferers in the coordination of health physical activity and peer group support

Bachelor's Thesis	42 pages + 4 pages of appendices
Supervisor	Pauliina Lento, lecturer
Commissioned by	Kymenlaakson AVH- yhdistys ry (Stroke Association), Finnish Parkinson Association, October 2015
Keywords	Stroke, Parkinson's disease, health and physical education, peer support

The aim of the thesis was to examine if the coordination of the participants suffering from the cerebrovascular accident and Parkinson's disease in health- enhancing physical activity exercise group was successful and whether or not the participants experienced peer support from each other. Those participating in the research were a part of the power-sports Kouvola Advisory Group. The participants were between the ages of 57 and 75 and suffered from cerebrovascular accident and Parkinson's disease. The qualitative survey data were collected in the spring of 2015 by theme interviews with the individuals and in groups and questionnaires. In this thesis, the name given to the cerebrovascular disorder is AVH (Cerebrovascular accident, CVA). The purpose of this study was to investigate the AVH (CVA, in English) and Parkinson's disease sufferers, the success of the group in coordinating the health-enhancing physical activities as well as if the group members supported each other. Those participating in the study already exercised plenty. During this study, the amount of physical activity remained the same, but the types of exercise increased in numbers. The sports info increased the confidence in the participants' own abilities. Peer support was seen as important to the group of participants despite their different backgrounds. According to the results of this study, it was important that the group consisted of representatives of the same disease.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	RYHMÄVOIMAA	7
	2.1 Liikuntapiirakka Ryhmävoimaa- ryhmässä	8
3	PARKINSONIN TAUTI	9
	3.1 Parkinson ja terveysliikunta	11
	3.2 Sopivat liikuntamuodot	12
	3.3 Liikunnasta palautuminen	12
4	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ ELI AVH	13
	4.1 Valtimon pullistuma	14
	4.2 Aivoverenkiertohäiriö ja terveysliikunta	15
	4.3 Ohjauksen merkitys aivoverenkiertohäiriö-potilaalle	15
5	TERVEYSLIIKUNTA NEUVONTARYHMÄSSÄ	16
6	KUNTOUTUS	17
	6.1 AVH ja kuntoutus	18
	6.2 Parkinsonin tauti ja kuntoutus	19
7	VERTAISTUEN MERKITYS	20
8	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
9	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
	9.1 Tutkimusmenetelmät	21
	9.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	23
	9.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi	24
	9.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	25

10 TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
10.1 Ryhmään mukaan lähteminen ja odotusten täytyminen	27
10.2 Terveysliikuntatottumukset ennen ryhmään tuloa ja ryhmän jälkeen	28
10.3 Ryhmässä saatu liikuntaneuvonta ja liikuntasuunnitelma	30
10.4 Ryhmäkertojen määrä ja ryhmästä saatu hyöty	31
10.5 Ryhmäläisten tuki ja motivaatio, liikuntakaverin löytyminen	31
10.6 Erilaisten ja eritasoisten liikuntaryhmien yhteensovittaminen	32
11 POHDINTA	33
LÄHTEET	36
LIITTEET	

Liite 1. UKK-instituutti. Täytettävä liikuntapiirakka/soveltava viikoittainen liikuntapiirakka

Liite 2. Ryhmävoimaa-esite

Liite 3. Neuvontaryhmän ohjaussuunnitelma

Liite 4. Teemahaastattelurunko

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihe sai alkunsa eteemme tulleesta tilaisuudesta päästä mukaan Aivo-liiton ja Parkinson-liiton tarjoaman Ryhmävoimaa hankkeen yhteisen AVH- ja Parkinson-ryhmän vetämiseen. Hankkeeseen liittyvä terveysliikunta ja sen myötä osallistujien kunnon ylläpitäminen ja parantaminen herätti mielenkiintomme. Tutkimuksessa meitä kiinnosti kahden aivan erilaisen ryhmän yhteensovittamisen onnistuminen ja vertaistuesta saatava hyöty yksilötasolla.

Tutkimuksen aiheena oli aivoverenkiertohäiriötä ja Parkinsonin tautia sairastavien terveysliikunnan yhteensovittaminen. Tutkimme myös vertaistuen merkitystä ryhmäläisille ja sitä, saivatko he toisistaan vertaistukea. Tutkimuksemme aiheita sivuavia opinnäytetöitä on tehty Suomessa.

Syksyllä 2013 alkoi Kouvolassa ensimmäinen Ryhmävoimaa liikuntaneuvontaryhmä. Ryhmävoimaa- ryhmästä muotoutui Kipinä jatkoryhmä, jonka parissa jatkoimme kevätkauden 2014. Aloitimme uuden Ryhmävoimaa liikuntaneuvontaryhmämme ohjaamisen syksyllä 2014. Ryhmävoimaa kertojen lisäksi tapasimme muun muassa lumikenkäilyn sekä haastattelujen parissa. Tutkimukseen osallistuivat vuonna 2014 ryhmässä mukana olleet 5 henkilöä ja yksi henkilö vuoden 2013 ryhmästä.

Terveysliikunnan vaikutukset ovat olleet nähtävissä kuntoutuksen, ohjauksen sekä vertaistuen avulla. Vertaistuki on yksi isoimmista voimista kuntoutuksen saralla, eikä sen merkitystä sovi vähätellä. Vertaistuesta saa sellaista voimaa ja vahvuutta, joka motivoi ja auttaa jaksamaan. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä polku kuntoutuksen eri vaiheissa. Oman motivaation, vertaistuen, sekä oikean ohjauksen myötä voi päästä hyviin tuloksiin. Kuntoutuminen ja hyvän toimintakyvyn ylläpitäminen on myös uskoa omaan itseensä, sekä luottamista siihen että pystyy.

Kahden eri sairausryhmän edustajien yhteinen liikuntaryhmä toimii hyvin, jos ryhmässä on osallistujia tasavertaisesti. Ensimmäisessä ryhmässä oli tasapuolisesti molempien ryhmien edustajia, jolloin vertaistuen toimivuus oli hyvin havaittavissa. Motivaatio kasvoi ja liikuntaryhmän kokoontumisia haluttiin jatkaa. Ryhmävoimaa-ryhmä jatkoi Kipinä-ryhmänä. Seuraavassa ryhmässä motivaatio liikuntaan onnistui myös. Muutamat jatkoivat edellisen ryhmän osallistujien kanssa curling-harrastuksen parissa. Molempien ryhmien motivaatio liikuntaan kasvoi ryhmien aikana.

Aiheesta on tehty aiempia tutkimuksia. Esimerkkeinä mainitaksemme NEKTI hanke (2009), joka oli Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuronin toteuttama. NEKTI mallissa oli yhdistetty uusi kuntoutusteknologia ja yksilöllisesti rakennettu pienryhmämuotoinen ohjattu harjoittelu. Vertaistuki on ollut yksi tärkeä osa NEKTI hankkeen toteutuksessa. Ryhmässä toteutettiin yhteisen harjoittelun mallia. Kokemusten jakaminen oli tärkeitä ryhmäläisille, sekä itsensä ylittäminen ja omien rajojen etsiminen. (Väätäinen 2012, 20 - 22).

2 RYHMÄVOIMAA

Ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta on tarkoitettu aivoverenkiertohäiriötä ja Parkinsonin tautia sairastaville. Ryhmävoimaa-hanke on alun perin kehittynyt Voimaa Vanhuuteen -ohjelman paikallisesta Aivovoimaa-hankkeesta, jonka toteutusajankohta oli vuosina 2007 - 2009. Yhteistyössä toimivat Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ja Suomen Parkinson-liitto ry. Ryhmävoimaa-hanke toteutettiin Parkinson-liiton ja Aivoliiton kanssa yhteistyössä. Hankkeen ensimmäinen aloitusajankohta oli jo vuonna 2010. Ensimmäisinä pilottipaikkakuntina toimivat Pori, Vaasa ja Mikkeli. Mukaan tulivat myöhemmin myös Ranua ja Seinäjoki. Hankkeen yksi tärkeimmistä tavoitteista oli saada mukaan ne aivoverenkiertohäiriön ja Parkinsonin -tautia sairastavat henkilöt, jotka liikkuvat riittämättömästi sairauteensa nähden. (Moisio 2012, 4 - 12).

Ryhmävoimaa koostuu 8 - 12 henkilön suljetusta ryhmästä. Ryhmän kokoonpano säilyy samana kaikkina tapaamiskertoina. Ryhmä kokoontuu 2 - 4 kertaa kuukaudessa, kaksi tuntia kerrallaan. Yhteensä kuusi kertaa. Kuudennen kerran jälkeen on 2 - 3 kuukauden tauko, jonka jälkeen järjestetään vielä seurantatapaaminen. Ryhmäkertojen lisäksi tehdään ylimääräisiä lajikokeiluita, erityyppisten lajien, esimerkiksi lumikenkäilyn parissa. Jokaiselle ryhmäläiselle tehdään oma liikuntasuunnitelma, joka toimii apuna ja kannustimena liikuntasuorituksissa. Liikuntaneuvonta on keskinäistä vuorovaikutusta asiakkaan, vertaistuen ja ammattihenkilöiden kanssa. Liikuntaneuvonta perustuu kattavaan tietopohjaan aivoverenkiertohäiriötä ja Parkinsonin -tautia sairastavista. Tarkoituksena on selvittää mahdollisia esteitä liikkumiselle ja antaa sopivia suosituksia asiakkaalle. Tärkeinä tavoitteina oli myös asiakkaan liikuntakyvyn tukeminen ja ylläpito, sekä motivointi esimerkiksi liikuntasuorituksissa. (Moisio 2012, 10 - 11). Ryhmävoimaa-hankkeen neuvontaryhmän ohjaussuunnitelma on esitelty liitteessä 2.

Ryhmävoimaa on Aivoliitto ry:n ja Suomen Parkinson-liitto ry:n yhteisesti hallinnoima hanke. Päärahoittajana Ryhmävoimaa-hankkeessa on toiminut opetus- ja kulttuuriministeriö. Hankkeen ryhmämuotoinen liikuntaneuvonnan malli on ollut tarkoituksena juurruttaa valtakunnallisesti. Etuina on taloudellinen tehokkuus ja mahdollisuus vertaistukeen ja arvioon. Ryhmävoimaan tarkoitus on välittää tarpeellista tietoa terveystuennasta ja sen vaikutuksista, tukea omaehtoista liikuntaa, sekä tutustua uusiin lajeihin. Ryhmävoimaan tarkoituksena on myös vahvistaa vertaistukea, sekä ohjata ryhmää yhteiseen tekemisen pariin, mahdollisesti myös ryhmätapaamisten ulkopuolella. (Ryhmävoimaa! -hanke)

Savolainen (2011) on tehnyt tutkimuksen liikuntaneuvonta ryhmästä aivoverenkiertohäiriötä ja Parkinsonia sairastaville. Opinnäytetyö toteutettiin osana Ryhmävoimaa-hanketta, jota hallinnoi Suomen Parkinson-liitto ry, sekä Aivoliitto ry. Suurin osa osallistujista oli lisännyt liikuntaansa ja kokenut kuntonsa kohentuneen liikuntaneuvonnan aikana. Tutkimuksen mukaan liikuntaneuvontamalli sekä ohjaustyylit toimivat. Ryhmämuotoinen toiminta koettiin toimivana, ryhmäkoon pysyessä kohtuullisena. Tutkijan mukaan riittävän pieni ryhmäkoko mahdollistaa osallistujien yksilöllisen huomioidamisen. (Savolainen 2011)

2.1 Liikuntapiirakka Ryhmävoimaa- ryhmässä

Terveystuennalla tarkoitetaan liikkumista, joka edistää toimintakykyä ja terveyttä, sekä kohottaa mielialaa. Soveltavassa tuennassa voidaan hyödyntää terveystuennan vaikutuksia soveltamalla liikuntaa mahdollisimman monena päivänä, kuitenkin vähintään kolmena kertana viikossa. Kertoja voi lisätä aina tilanteen mukaan ja lisätä myös lihaskuntoa, liikehallintaa, sekä tasapainoharjoitteluita. Kestävyyssuuntaa voi parantaa liikkumalla useana päivänä viikossa 2 tuntia 30 minuuttia reippaasti, tai rasittavasti 1 tunti 15 minuuttia. Liikehallintaa, sekä lihaskuntoa tulisi lisäksi harjoittaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Terveystuennan hyödyt saadaan myös kerättyä siten, että 2 tuntia 30 minuuttia jaetaan useampaan osaan, mutta vähintään 10 minuuttia reippaasti kerrallaan. Kestävyyssuuntaa ja terveystuuntaa voi myös yhdistellä sopivaksi kokonaisuudeksi. Terveystuennan vaikutukset näkyvät, kun liikuntaa lisätään vähitellen, esimerkiksi liikkumalla hieman pidempään. Soveltavan tuennan apuvälineillä voi harrastaa vaativimpiakin liikuntamuotoja. UKK-instituutin sivuilta löytyvät eriklaisille ja -kuntoisille suunnitellut terveystuennasuositukset liikuntapiirakkamuodos-

sa. (Liite 1). (UKK-instituutti. Täytettävä liikuntapiirakka. Soveltava viikoittainen liikuntapiirakka).

3 PARKINSONIN TAUTI

Parkinsonin tauti on etenevä neurologinen sairaus. Tauti on pitkäaikainen ja sen aiheuttaa mustan tumakkeen hermosolujen tuhoutuminen, eli latinalaiselta nimeltään substantia nigra (Jauhiainen, Iivanainen & Pikkarainen 2006, 114). Syytä hermosolujen tuhoutumiseen ei tiedetä, ja tämä johtaa hermoratojen vaurioitumiseen (jotka esimerkiksi säätelevät tahdonalaisia liikkeitä) sekä dopamiinin (hermovälittäjäaine) puutteen. Parkinsonin tauti on vain harvoin periytyvä. (Duodecim Terveyskirjasto 2015)

Parkinsonin -tauti jaotellaan kolmeen kategoriaan: primaariseen, sekundaariseen sekä degeneratiiviseen sairauden ilmentymään. Primaarisessa muodossa syy ei ole tiedossa. Sekundaarinen on toksiinien, infektioiden tai lääkkeiden aiheuttama. Muu degeneratiivinen sairausmuoto on dementia. Suomessa Parkinsonin tautia sairastavia on noin 9000. Taudin ilmentyvyys on viidelläkymmenellä prosentilla vasta 65 ikävuoden jälkeen ja vuosittain Suomessa sairastuvia on 800 henkilöä. (Alen & Mäkinen 2013, 275).

Parkinsonin taudin syitä etsitään tutkimuksissa pääasiassa perinnöllisistä tekijöistä ja ympäristötekijöiden vaikutuksesta. Tautia sairastavien sukulaisilla on huomattu olevan hiukan useammin samaa sairautta verrattuna vastaavan ikäisiin muihin sukuihin. Tutkimusten mukaan noin 10 - 15 %:lla Parkinsonin tautia sairastavien lähisuvussa on Parkinsonin tautia. Marttilan mukaan tällä hetkellä näyttää siltä, ettei Parkinsonin tauti ole perinnöllinen, mutta sairastumiseen saattaa liittyä perinnöllinen alttius. Parkinsonin tautiin liittyvät tutkimustulokset eivät ole toistaiseksi paljastaneet sairastumisen syyksi mitään tiettyä ympäristötekijää. (Marttila 2000, 9 - 10).

Parkinsonin tautia sairastavan hoito perustuu omatoimisuuteen, jossa elintavoilla ja liikunnalla on tärkeä merkitys. Lääkkeenä on yleensä Levodopa, josta elimistö valmistaa puuttuvaa välittäjäainetta. Lääkkeillä potilaan oireet korjautuvat huomattavasti. Sairauden eteneminen saa potilaan eristäytymään. Tämä vaikuttaa potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemiseen. (Heiskanen, Mälkiä & Rintala 2002, 46.)

Brain lehdessä olleen tutkimuksen mukaan liikuntaa ja fyysisesti aktiivista elämää viettävillä ihmisillä on pienempi riski sairastua Parkinsonin tautiin. Tautia sairastaa noin kymmentuhatta suomalaista. Useimmiten tauti todetaan 50 – 80 -vuotiailla. Tutkimuksessa oli mukana 43 000 ruotsalaista ja seuranta aika oli 13 vuotta. Parkinsonin tautiin sairastui 290 seurannan aikana. Tutkimuksen mukaan paljon liikkuvat miehet sairastuivat 40 - 50 prosenttia epätodennäköisemmin. (Brain A Journal of Neurology 2015).

Parkinsonin taudissa lihasten liikesäätely häiriintyy, koska dopamiinipitoisuudet veressä laskevat. Tämä taas vaikuttaa Parkinsonin tautia sairastavan liikeratoihin ja asentoihin. Oireet Parkinsonin taudissa voivat vaihdella nopeastikin ja ensioireina voi ilmentyä lihaskipuja ja väsymistä sekä masentuneisuutta. Parkinsonin taudissa ilmentyy raajojen vapinaa ja ilmenee liikkeiden hidastumista sekä lepovapinaa. Lihaskäykyisyys on myös yksi Parkinsonin taudin ilmentymistä, joka aiheuttaa lihasten väsymistä. Liikkeiden hitaus sekä lihaskäykyisyys aiheuttavat yhdessä vaikeuksia muun muassa nielemisessä sekä puhuessa, myös silmien räpyttely voi olla vaikeaa. Parantavaa hoitoa Parkinsonin tautiin ei ole, mutta taudin oireita voi vähentää lääkityksellä sekä säännöllisellä liikunnalla. Parkinsonin taudissa mielikuva on yleensä kielteinen. Suurin osa sairastuneista selviää sairaudestaan kohtuullisesti. Potilaan on tärkeää jatkaa liikuntaharrastuksia, työssä käyntiä ja muita vapaa-ajan harrastuksiaan. Liikunnalla on tärkeä merkitys, koska se vaikuttaa sekä fyysisesti että psyykkisesti. Liikunnalla on erittäin myönteiset vaikutukset mielialaan sekä kunnon ylläpitämiseen. Sairauden diagnoosin tekee neurologi, tutkimuksen ja haastattelun perusteella. (Iivanainen, Jauhainen & Pikkarainen 2006, 116 - 117.)

Parkinsonin taudin liikeoireita ovat yleisimmin vapina, liikkeiden hidastuminen ja lisääntynyt liikkeiden jäykkyys. Vapina on sairauden ensioire ja esiintyy levossa. Lääkäri toteaa lihasten jäykkyyden. Etukumara asento ja kaatuilutaipumus johtuvat automaattisen säätelyn häiriintymisestä. Osalla potilaista taudin oireena on lihasten pitkäkestoinen kouristustila, (johon voi liittyä kipua), joka esiintyy tavallisimmin jaloissa. (Teräväinen 2000, 13). Aivojen etualueiden vauriot voivat aiheuttaa joillekin Parkinsonin tautia sairastaville muutoksia, jotka vaikuttavat kognitiivisiin toimintoihin, taitoihin ja tietojen hallitsemiseen. Kognitiiviset häiriöt tulevat esiin potilaalla aloittamisen vaikeutena, aikaisemman toimintatarmon hiipumisena ja aloitekyvyn vähenemisenä. Parkinsonin taudissa potilaan persoonallisuus ja kehittymiskyky säilyy muuttumat-

tomana vuosia kognitiivisten oireiden ollessa hitaasti eteneviä tai lieviä. Sairauden alkuvaiheessa on tärkeää selvittää potilaalla mahdollisesti olevat kognitiiviset häiriöt, jotta sairastuneelle pystytään antamaan tietoa häiriöiden hallinnasta ja helpottaa niiden kognition alueiden vahvistamista ja kehittymistä, jotka ovat säilyneet hyvinä. (Portin 2000 14 - 15). Parkinsonin taudissa äänen ongelmat saattavat olla tavallisimpia ja ensimmäisiä ongelmia puhumisen alueen häiriöitä. Sairaudesta johtuvat häiriöt kuuluvat potilaan äänestä ja puheesta. (Ristinen 2000, 44.)

Parkinsonin taudin oireet etenevät yksilöllisesti. Taudin oireet ilmaantuvat potilaalle hitaasti ja sairauden etenemisnopeutta ei pystytä ennustamaan. Potilaiden omatoimisuus säilyy Parkinsonin taudin edetessä melko hyvänä, huolimatta taudin oireet pahenemisesta ja taudin etenemisestä. Joskus potilaalla oireet etenevät nopeasti ja hoitamaton tauti voi johtaa jo muutamassa vuodessa toiminnalliseen haittaan. (Marttila 2000, 16–17.)

3.1 Parkinson ja terveysliikunta

Liikunta lieventää Parkinsonin taudin vaikutuksia sekä tukee sairastuneen toimintakykyä. Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä neurologinen sairaus, joten kuntoutus, sekä säännöllinen liikunta ovat avainsanoja itsenäiseen selviytymiseen. Kuntoutus ja terveysliikunta auttavat selviytymään sairauden kanssa ja mahdollistavat toimintakyvyn myös tulevaisuudessa. Liikunta vaikuttaa fyysisen kunnon lisäksi myös henkiseen hyvinvointiin. Liikunta, vertaistukiryhmät sekä läheiset ovat tärkeitä asioita Parkinsonia sairastavalle. (Koivunen, Nurmi, Piitisjärvi & Virtanen, 2-4).

Kuntoutuksen suunnittelussa pyritään myös siihen että Parkinsonin tautia sairastava ja hänen lähiomainen voisivat sitoutua siihen. Kuntoutuksen keskeisin ongelma tulisi huomioida toimintakyvyn kannalta parhaimmalla mahdollisella tavalla suunnittelemalla yksilöllinen ohjelma tarpeita vastaavaksi. Kuntoutuksen pitäisi jatkua tavoitteiden saavuttamiseksi. (Käypä-hoito suositus 2015, 18)

Parkinsonin taudin liikunnanohjauksessa on hyvin tärkeää huomioida yksilöllisyys. Ohjelma pitää rakentaa niin, että se sopii päivittäiseen rytmiin lääkkeiden ottamisen ja levon kanssa. Liikunnan kesto on myös yksilöllistä ja täytyy mukauttaa henkilön tarpeisiin. Liika uupumus ei ole hyväksi, vaan terveysliikunnan annossuhde täytyy pitää sopivana. Kuormituksen sopivuuden tietää siitä, että hengästyminen on sopivaa, hiko-

lu on kohtuullista ja palautuminen on nopeaa. Taudin edetessä on palautuminen sekä lepo entistä tärkeämpiä. Pidemmällä aikavälillä on tärkeää muistaa liikunnan säännöllisyys, eli tiheät välit harjoittelussa. Liikuntakertojen kesto sitä vastoin vähenee. Parkinsonin taudissa on hyvä keskittyä terveystuntoon ja sen ylläpitämiseen. Aerobiset liikuntalajit (esim. kuntopyörä ja uiminen), tasapainolajit sekä venytysvoimistelut ovat erittäin hyviä harjoittelumuotoja. Yksilöllisyys ja tapaturma-alttius on otettava tässä huomioon. Kohtuukuormitteinen liikunta on Parkinsonin -taudissa pääasia (Alen & Mäkinen 2013, 276.)

3.2 Sopivat liikuntamuodot

Parkinsonin tautia sairastavan kannattaa jatkaa entisiä liikuntaharrastuksiaan mahdollisuuksiensa mukaan. Mikäli liikunta ei ole aikaisemmin kuulunut elämään, kannattaa etsiä itselleen sopivia lajeja ja aloittaa jokin liikuntaharrastus. Suositeltavia liikuntamuotoja ovat muun muassa sauvakävely, kävely, tanssit, pallopelit, ryhmävoimistelu altaassa ja kuivalla alustalla ja kotivoimistelu. (Koivunen 2000, 31.)

Kävely ja tasapainoharjoituksia kannattaa tehdä mahdollisimman pitkään ilman apuvälineitä ja tarvittaessa niiden kanssa. Kävely ja tasapainoharjoitteet onnistuvat vedessä, vaikka maalla ne eivät enää onnistuisikaan. Parkinsonin tautia sairastaville ja muita neurologisia sairauksia sairastaville on voimistelu sopiva liikuntamuoto. Hengityksen tehostaminen, vartalon ojennusharjoitukset, kireiden lihasten venytykset, rintakehän ja lantion liikkuvuusharjoitukset, tasapaino, rentoutuminen ja kävelyharjoitukset on huomioitava erityisesti. Heikentyneet raajat tarvitsevat liikeratojen läpikäymistä. Tapaturman mahdollisuus on huomioitava liikunnassa. Onnistumisen ja oppimisen elämyksillä on mielenterveydellinen arvo. Sairauden edetessä kuntoutuksesta huolimatta, on tärkeää luoda tilanteita, jotka antavat onnistumisen elämyksiä. Eteneviä tauteja sairastavien onnistumisen elämykset liikunnassa kohottavat itsetuntoa ja auttavat hyväksymään vammansa ja tulemaan sen kanssa toimeen. (Heiskanen ym. 2002, 46 - 49.)

3.3 Liikunnasta palautuminen

Parkinsonin taudissa liikutaan lihasjäykkyyden estämiseksi. Kehon oikeanlainen sopiva rasitus sekä liikunnan vastapainona oleva lepo ovat tärkeitä asioita Parkinsonia sairastavalle. Tärkeitä muistettavia asioita ovat aerobinen kohtuullinen kestävyysliikunta ja lihaskuntoharjoittelut. Päivittäinen perusliikunta on tärkeä kunnon ylläpitäjä. Par-

kinsonin taudissa on tärkeää huomioida myös päivittäiset venyttelyt, sekä tasapainoharjoittelut. Jokaisen potilaan päivittäinen liikunnan kesto kokonaismäärä arvioidaan yksilöllisesti (Vuori, Taimela & Kujala 2013, 275 - 276.)

Sairauden edetessä liikuntasuorituksen pituutta voi vähentää, mutta liikuntaa kannattaa harrastaa säännöllisesti. Liikuntaa tulee harrastaa päivittäiset tilan vaihtelut huomioiden ja liikkumalla hyvinä hetkinä oman voinnin mukaan. Parkinsonin tautiin liittyvä ummetus, liikunta ja lääkkeet vaativat nestettä. Oma keho kertoo oikean rasituksen ja levon suhteen. Rasituksen yhteydessä tapahtuva hetkellinen oireiden lisääntyminen ja väsyminen eivät ole haitallisia. Liikuntasuoritukset kannattaa merkitä ylös esim. seinäkalenteriin. Merkinnät kannustavat ja kertovat liikunnan harrastamisen säännöllisyydestä. (Koivunen 2000, 33.)

4 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖ ELI AVH

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on aivoverenkierron tilapäinen ja vielä korjaantuva häiriö (TIA) tai pysyvä vaurio aivoinfarktin tai aivoverenvuodon johdosta. AVH aiheuttaa toimintahäiriön, joka aiheuttaa kielellisiä puhekielen ongelmia sekä motorisia vaikeuksia. Aivojen toimintahäiriöitä aiheuttavat myös aivovamma, aivokasvain sekä aivotulehdus. Aivoinfarkti (aivoverisuonitukos) tapahtuu valtimon tukkeutuessa äkillisesti. Tapahtuman seurauksena aivokudos jää ilman happea ja verenkiertoa. Paikallinen osa aivokudoksesta menee pysyvään kuolioon. Useimmiten tukkeuma johtuu verihyytymästä ahtautuneessa valtimossa, tai esimerkiksi sydämen tai kaulavaltimon hyytymästä. Aivoverenvuodossa verenvuoto aiheuttaa kudოსvaurioita, vaikka vuotanut veri imeytyykin pikkuhiljaa pois aivoista. Aivoverenvuodossa valtimosuoni repeää ja veri vuotaa, joko aivoaineeseen (ICH), tai lukinkelvonlaiseen tilaan (SAV). Lukinkalvonalaisen tilan aiheuttaa aivojen pinnalla sijaitsevan pullistuman (aneurysman) repeäminen. (Perustietoa AVH:sta. Aivoverenkiertohäiriöt 2015).

Aivohalvauksen oireet riippuvat aivovaurion sijainnista ja koosta. Kaulavaltimoiden suonittamalla aivoalueella yleisin oire on toispuolihalvaus. Tämä tarkoittaa sitä, että toisella puolella raajoissa, vartalolla ja lihaksissa esiintyy lihasten voimattomuutta, tunnottomuutta tai kumppaakin. Pienempi vaurio saattaa aiheuttaa ainoastaan oireen esim. yläraajassa. Tämän lisäksi oireena voi olla puheen tuottamisen vaikeutta (afasia), hahmottamisen vaikeutta (agnosia), liikkeiden suorittamisen vaikeutta (apraksia), oireiden tunnistamattomuutta (neglect) ja puutteita näkökentässä. Nikamaval-

timoiden suonittamalla aivoalueella olevan aivovaurion oireita ovat esim. huimaus, kaksoiskuvat, pahoinvointi, puheen vaikeus, kasvohalvaus ja kaksoiskuvat. Sairastumisen jälkeen oireiden korjaantumista tapahtuu vuoden ajan. Kolmen ensimmäisen kuukauden jälkeen paraneminen on vähäistä. Toimintakyvyn palautumista voidaan parantaa kuntoutuksella. (Sulkava 2008, 314.)

Riskit olisi hyvä tunnistaa etukäteen ja keskittyä niiden ehkäisyyn. Eteisvärinän tunnistaminen ja sen hoito sekä pulssin tunnustelu voivat auttaa sairauden ehkäisyssä. Liikunta on hyvä lääke aivoinfarktin ehkäisyssä. Vuoren mukaan aivovaltimotaudin riskitekijöinä ovat esimerkiksi tupakointi, kohonnut verenpaine, veren korkeat rasvav arvot (kolesteroli), runsas alkoholin tai huumeiden käyttö, liikunnan puute, diabetes ja lihavuus (varsinkin keskivartalolihavuus). (Vuori 2015, 45 - 46.)

4.1 Valtimon pullistuma

Aneurysma on verisuonen pullistuma, jonka syynä on yleensä ateroskleroosi. Valtimon seinään kohdistuva paine muodostuu liian kovaksi veren virtauksen muuttuessa pyörteiseksi. Seinämä lopulta heikentyy ja pullistuu ulospäin. Aneurysmia on sekä pieniä että laajalle alueelle verisuonta ulottuvia suuria pullistumia. Aneurysmat muodostuvat yleensä tiettyihin kohtaan valtimoa ja niitä ovat järjestyksessä: vatsanalueen aortta, polvitaivevaltimo, reisivaltimo, rinta-aortan kaari ja laskeva osa sekä kaulavaltimo. Aivovaltimoiden aneurysmat ovat synnynnäisistä verisuonen pullistumista tavallisimpia ja myös vaarallisempia. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 336.)

Aterooma joka tarkoittaa valtimon rasvoittumaa ja aivovaltimon sisäseinämää kehittyntä pesäkettä. Aterooman vaikutuksesta suoni ahtautuu, ja se vaikeuttaa veren virtausta aivoihin. Ahtautumista suonessa lisää valtimon vajavaisesti toimiva sisäkalvo, eli endoteeli ja sen aiheuttama suonen supistuminen (Vuori 2015, 44.)

Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö TIA (transient ischemic attack). Se muistuttaa aivoinfarktia, mutta oireet menevät nopeasti ohitse. Oireet kestävät vain noin 2 - 15 minuuttia (yleensä alle tunnin). Joka kolmannes TIA: n sairastaneista saa myöhemmin aivoinfarktin. Aivoverenkiertohäiriö voi aiheuttaa pysyviä tai hetkellisiä kehon halvausoireita, tuntuu puutoksia, kielellisiä vaikeuksia tai vaikeuksia suoriutumisessa, niin henkisesti, kuin fyysisestikin. Seuraukset ovat yksilöllisiä ja ne aiheutuvat vaurion sijainnista ja laajuudesta. Aivoinfarkti tulee vuosittain noin 14600 suomalaiselle ja ai-

voverenvuoto noin 4000 suomalaiselle. TIA, eli ohimenevä aivoverenkiertohäiriö, tulee noin 4000:lle suomalaiselle vuosittain ja aivoinfarkti uusiutuu noin 2500:lle suomalaiselle vuoden sisällä. Vuosittain 25 000 suomalaista sairastaa aivoverenkiertohäiriön. Joka neljäs AVH- potilaista toipuu oireettomaksi ja yli puolet omatoimiseksi. AVH- potilaista, joka toiselle jää pysyviä haittoja ja puolelle heistä vaikea asteisia. AVH- potilaista joka seitsemäs tarvitsee laitoshoidon. (Perustietoa AVH:sta. Aivoverenkiertohäiriöt 2015).

4.2 Aivoverenkiertohäiriö ja terveystoiminta

Aivoinfarktin ehkäisyssä tähdätään terveystoimintaan ja siitä saatavaan hyötyyn. Henkilöiden jotka kuuluvat riskiryhmään esimerkiksi liikapainon tai kohonneen verenpaineen vuoksi tai ovat jo sairastaneet esimerkiksi ohimenevän aivoverenkierron häiriön, tulisi keskittyä terveystoimintaan sairauden ehkäisemiseksi. Terveystoiminnan soveltamisessa aivoinfarktin ehkäisyyn ei yleensä ole rajoittavia tekijöitä. Varotoimia voidaan tarvita silloin jos henkilöllä on erityisiä riskitekijöitä tai muita sairauksia. (Vuori 2015, 52 - 53).

AVH:n jälkeinen liikunta voi alkuun tuntua vaikealta, koska aiempi liikuntakyky on muuttunut. Motivaatio, mahdolliset halvausoireet sekä tuntuu puutteet vaikuttavat sairastuneen liikuntakykyyn. Afasia, eli puhekielen häiriö, vaikuttaa olennaisesti henkilön toimintakykyyn ja esimerkiksi siihen, että sairastunut ei halua lähteä kodin ulkopuolelle liikuntaharrastusten pariin. (Perustietoa AVH:sta. Afasia 2015).

4.3 Ohjauksen merkitys aivoverenkiertohäiriö-potilaalle

Ohjauksen merkitys korostuu moniammatillisesti. Ohjausryhmä koostuu erilaisista ammattihenkilöistä, esimerkiksi lääkäri, sairaanhoitaja ja sosiaali- ja kuntoutusohjaaja. Kuntoutus alkaa jo sairaalasta, jossa annetaan kattava tietopaketti sairauteen ja kuntoutukseen liittyen. AVH- kuntoutujan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, noudatetaan alueellista hoito- ja kuntoutusketjua. Ohjaus painottuu aerobisen kunnan ylläpitämiseen, lihasvoiman hallintaan, sekä tasapainoharjoitteluun. AVH- kuntoutujan on tärkeää. Halvaantunutta puolta vahvistetaan toimintakyvyn saavuttamiseksi. Kuntoutuksen alkuvaiheessa pitäisi terapioiden olla intensiivisempiä, myöhemmin ohjaus voi keskittyä ohjaukseen ja seurantaan. (Konsensuslausuma Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 2,10,11).

AVH:ta sairastavien ikähaarukka voi olla laaja. Aivoinfarktipotilaista joka neljäs on työikäinen ja vielä useampi, joka on sairastanut aivoverenvuodon. Läheskään aina ei syytä tähän pystytä selvittämään. (Perustietoa AVH:sta. Nuoret AVH:n sairastaneet).

AVH- potilaan päivän pitäisi rakentua niin, että se vahvistaisi hänen itseluottamusta ja tarjoaisi mahdollisuuden vastata omasta harjoittelustaan. Kokonaisvaltainen suunnitelma motivoi potilasta ja stimuloi yksilöllistä kykyä oppia motorisia ja kognitiivisia toimintoja. Ohjaajan tärkeä kyky on luoda yhteys asiakkaaseen suorassa dialogissa. Positiivinen palaute auttaa vahvistamaan ja luomaan positiivista ilmapiiriä, sekä parantaa potilaan itseluottamusta. (Carr & Shepherd 2003, 264.) Liikunnan ohjauksen lisäksi on tärkeää painottaa ravintotottumuksia, koska molemmat näistä edellä mainituista vähentävät sairastumisriskiä. Ravinnon pitäisi sisältää esimerkiksi paljon kalaa, vihanneksia ja hedelmiä, mutta vain vähän suolaa ja eläinrasvoja. (Vuori 2015, 50.)

5 TERVEYSLIIKUNTA NEUVONTARYHMÄSSÄ

Terveysliikunta on terveyttä ja toimintakykyä edistävää liikuntaa, joka parantaa mielialaa. Terveysliikunnan suositus terveyttä edistävästä kestävyysliikunnasta UKK-instituutin mukaan aikuisille, joilla on jokin sairaus tai toimintakyvyn aleneminen joka vaikuttaa liikkumiseen: on ainakin 2 tuntia 30 minuuttia viikossa tai rasittavampaa kestävyysliikuntaa 1 tuntia 15 minuuttia viikossa. Lihaskuntoa ja liikehallintaa parantavaa liikuntaa tulisi olla vähintään kaksi kertaa viikossa. (UKK-instituutti soveltavat viikottaiset liikuntapiirakat)

Terveysliikunnan neuvonta suoritetaan yksilökohtaisesti ja sovitetaan asiakkaan tarpeisiin ja kykyihin. Neuvonnan tarkoituksena on asiakkaan liikuntakäyttäytymisen muuttaminen. Neuvonnan tavoitteet sovitetaan asiakkaan elämäntilanteeseen, toiveisiin ja terveydentilaan huomioiden sen, mitä asiakas on valmis itse muuttamaan toimintatavoissaan. (Nupponen & Suni 2011, 212).

Liikuntaneuvonnassa tärkeää on yksilöllisyys ja pitkäjännitteisyys. Liikuntaneuvonnan tarkoituksena on vahvistaa ihmisen taitoja ja kykyjä tehdä omaa liikkumistaan ja terveyttään koskevia valintoja oma elämän tilanne huomioiden. Tavoitteena on hyvin pienienkin onnistumisten ymmärtäminen ja osaamisen kokemusten lisääminen. Motivoivan neuvonnan periaatteita ovat muun muassa kuuntelu, kannustus, sairauden ja oireiden arviointi, tavoitteiden sopiminen liikkujan kanssa, seuranta ja tuki ja arviointi.

Liikunta-neuvonnassa on tärkeää asiakkaan luottamuksen saavuttaminen. (Hirvensalo & Leinonen 2007, 235 - 240.)

Neuvonta voi olla kahden tai useamman ihmisen välinen vuorovaikutustilanne. Tavoitteena on ikääntyneen henkilön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Tärkeää neuvonnassa on vuorovaikutus. Neuvonnassa vuorovaikutusta ohjaavat henkilön ikääntyneen rooli ja ammattilaisen roolin asiantuntijalähtöisyys, asiakaslähtöisyys ja dialogisuus. Asiantuntijalähtöisessä roolissa ammattilainen siirtää tietoa kuulijalle. Asiakaslähtöisessä roolissa asiakkaan ja ammattilaisen tiedot ja katsantokannat ovat tasa-arvoisia. Dialogisessa roolissa tieto siirtyy asiakkaan ja ammattilaisen välillä molempiin suuntiin, molempien ollessa tasa-arvoisia. (Salmela 2007, 218 - 221.)

Voimaannuttava neuvonta on vuorovaikutusprosessi, jonka tarkoituksena on tukea ikääntyvän voimaantumista ja ohjata ikääntyvä tunnistamaan omat asenteet, arvot ja mahdollistamaan näiden mukainen toiminta. Voimaannuttavassa neuvonnassa tärkeintä ammattilaisen ja ikääntyvän tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde. Neuvonta korostaa ikääntyneen neuvonnan edistymistä ihmisen mielenkiinnon ja tarpeiden pohjalta. Tarkoituksena voimaannuttavassa neuvonnassa on, että ihminen oivaltaa oman tilanteensa paremmin ja pystyy toimimaan haluamallaan tavalla ja osallistumaan itseään koskevien päätösten tekemiseen. (Salmela & Matilainen 2007, 223.)

Piitisjärvi on tehnyt tutkimuksen Parkinsonia ja aivoverenkiertohäiriön sairastavien ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan vaikutuksista ryhmässä. Tutkimuksen mukaan liikunta-neuvonta koettiin hyödylliseksi. Tutkimuksen mukaan ryhmä olisi hyödyttänyt ryhmäläisiä enemmän jos liike- ja kommunikaatorajoitteisille ja eri-ikäisille olisi ollut eri liikuntaryhmät. (Piitisjärvi 2013, 33.)

6 KUNTOOUTUS

Kuntoutuksella parannetaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja tuetaan kuntoutujan itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia. Tavoitteena on edistää kuntoutujan osallistumismahdollisuuksia. (Kuntoutusportti Yleistä kuntoutuksesta 2009)

Kuntoutuksen tarkoituksena on kuntoutujan sairaudesta, vammasta tai viasta johtuvan toimintakyvyssä olevan vajeen ennaltaehkäisy, korjaus, lievittäminen ja kompensointi.

Kuntoutujan aktiivinen panostus kuntoutukseen ja motivaatio ovat kuntoutuksen kannalta tärkeitä. Lönnroosin mukaan terveysliikunta on toimintakykyä ylläpitävää ja sairauksia ennaltaehkäisevää kuntoutusta. (Lönnroos 2008, 279 - 280.)

6.1 AVH ja kuntoutus

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kuntoutus aloitetaan sairaalassa asento- ja liikehoidolla jolla yritetään estää ja korjata väärät liikeradat ja nivelten jäykistyminen. Potilas pystyy omatoimiseen liikuntaharjoitteluun, kun potilas saavuttaa riittävän istuma- ja seisomatasapainon. Potilas tarvitsee tukea sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn palauttamiseksi. (Kukkonen-Harjula, Kallinen & Ale`n 1997, 118.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut tarvitsee monesti usean tyyppistä kuntoutusta. Fysioterapia on tavallisin kuntoutuslaji, koska aivohalvauspotilailla esiintyy usein halvausoireita. Fysioterapiassa yritetään edistää paranemista, ehkäisemään huonoja asento- ja liiketotumuksia. Toimintaterapiassa pyritään siirtämään fysioterapiassa harjoitellut liiketoiminnot jokapäiväisiin toimiin ja kartoitetaan apuvälineiden tarve. Puheterapiassa suunnitellaan yksilöllisesti. Neuropsykologisen kuntoutuksen tavoitteena on henkisen suorituskyvyn häiriöiden korjaaminen. potilaan toimintakyvyn tukeminen ja virheelisten toimintamallien ehkäisy. (Kaste, Hernesniemi, Järvinen, Kotila, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2001, 296–297).

Aivoverenkiertohäiriössä olisi tärkeää aloittaa kuntoutus mahdollisimman pian sairastumisen jälkeen. Aivoverenkiertohäiriötä sairastavan ohjauksessa on huomioitava yksilöllinen kuntoutusohjelma. Aivoverenkiertohäiriötä on erilaisia. Yksilöllinen liikuntaohjelma on AVH-kuntoutujalle tärkeä asia. (Jehkonen & Liippola 2015, 17) AVH-kuntoutujan ohjauksessa on hyvä harjoittaa lihaskuntaa, kehon koordinaatiokykyä, aerobista liikuntaa, sekä venyttelyitä. Terveysliikunnan osuus on tärkeä osa kuntoutusta. Kohtalaisen kuormittava liikunta sekä liikunnan kohtalainen määrä vähentävät riskiä sairastua 25–30 % sekä aivohalvaukseen että ateroskleroosin aiheuttamaan iskeemiseen. (Vuori 2011, 144.)

Aivohalvauksen ehkäisyyn suositeltu liikunta vastaa terveysliikunnan suositusta. Liikunnan määrän lisäys suurentaa ehkäisevää vaikutusta. Reippaan kävelyn on osoitettu pienentävän riskiä. Portaiden nousu säännöllisesti on rasittavaa liikuntaa, joka voi vaikuttaa vähentävästi joihinkin riskitekijöihin. (Vuori 2011, 145.)

AVH- kuntoutuksessa ohjataan vahvistamaan kehon heikompaa puolta. Tällöin tasapaino pysyy ja kaatumisvaara vähenee. Tasapainoharjoittelut ovat hyvin merkityksellisiä. Lihaskuonon harjoittaminen on tärkeää ja sitä voi harjoitella esimerkiksi portaiden nousulla tai muulla voimaharjoittelulla. Kuntosaliharjoitteluakin voi hyödyntää, muistamalla kuitenkin oikeanlaiset laitteet. AVH- kuntoutuksessa on syytä välttää liian raskaita voimaponnisteluita, joten kuntosaliohjauksessa tulee ottaa tämä kyseinen asia huomioon (esimerkiksi askellus ja soutu-laitteet ovat oivallisia kuntovälineitä). AVH- kuntoutujan muita hyviä liikuntamuotoja ovat esimerkiksi erilaiset pallopelit, sauvakävelyt, vesijumppa, hiihto, maastokävely, sekä venyttelyt. Ohjauksessa tulee kuitenkin muistaa AVH- kuntoutujien erilainen lähtötaso, erilaiset mieltymykset lajeihin, sekä mahdollisten uusien lajien kokeilu. (Liippola & Lumimäki 2013, 5,7,8)

AVH- kuntoutajat voivat mahdollisuuksien mukaan kokeilla erilaisia lajeja tilanteen mukaan ja tietyn edellytyksin. Mitään varsinaisia rajoitteita liikuntalajeille ei ole. Tilanteet ovat kuitenkin tapauskohtaisia. Terveystila, on syytä selvittää ennen liikuntaharrastuksen aloittamista. Lukinkalvonalainen verenvuoto (SAV) on esimerkiksi tila, jossa täytyy välttää liikaa ponnisteluja ja punnertamisia. Liikunnalle määritellään silloin tietyt rajat. SAV: n yhteydessä on monesti päänsärkyoireita, joiden ei ole tarkoitus pahentua rasituksessa. (Liippola & Lumimäki 2013, 7)

6.2 Parkinsonin tauti ja kuntoutus

Fysioterapia pitäisi aloittaa heti Parkinsonin taudin toteamisen yhteydessä, koska tässä vaiheessa potilas on yleensä vielä hyväkuntoinen. Aikaisin aloitetulla harjoittelulla on mahdollista hidastaa fyysisten haittojen etenemistä. Liikunta ja toimintakyvyn ylläpitäminen on Parkinsonin fysioterapian tavoite. Potilaan säännöllisesti suorittama harjoittelu ja oma aktiivisuus ovat hyvin tärkeitä. Kaikille Parkinsonin tautia sairastaville pitäisi suunnitella taudin alkuvaiheessa harjoitusohjelma, jonka avulla voisi omatoimisesti huolehtia sydän- ja verenkiertoelimistön kunnosta, harjoittelemalla ja ylläpitämällä toimintoja ja hidastamalla toimintojen heikkenemistä. Terveystoimen ja Parkinson-yhdistysten järjestämä ryhmäliikunta on hyvä tapa täydentää harjoittelua. Ryhmäliikunnasta esimerkkejä ovat sali- ja allasvoimistelu. (Paltamaa 2000, 29.)

Parkinsonin tauti huonontaa edetessään liikkeen hallintaa, ryhtiä ja jäykistää selkää. Parkinsonin tauti aiheuttaa motorisessa toiminnassa häiriöitä kuten väsymistä, puutteellista liikehallintaa, heikentynyttä suorituskykyä ja lihaskuonon. Liikunnallinen

kuntoutus ja omaehtoinen liikunta tarjoavat keinon lievittää ja hidastaa oireita. Nämä vähentävät heikentyneestä liikuntakyvystä johtuvaa kunnan alenemista, hengitystoimintojen heikkenemistä, liikehallinnan käyttämättömyydestä aiheutuvaa heikkenemistä ja tukirakenteiden vaurioitumista. (Heiskanen, Mälkiä & Rintala 2002, 46 - 49.)

Kuntoutuksen tarve muuttuu sairauden edetessä. Kuntoutustarvetta sairauden eri vaiheissa arvioidaan yksilöllisesti huomioimalla sairastavan elämäntilanne, ikä, muut sairaudet, toimintakyvyn edellytykset, sekä päivittäisten toimintojen ja toimintaympäristöjen vaatimukset. Ikäihmisten kohdalla huomioidaan normaaliin ikääntymiseen liittyvät muutokset ja niiden aiheuttama kuntoutustarve. Kuntoutustarvetta arvioitaessa huomioidaan sairastavan tarpeet ja elämäntilanne. Työssäkäyvän tarpeet ovat erilaiset kuin eläkkeellä olevalla. Joillakin fyysiset oireet voivat olla lieviä. Psykkisten tai sosiaalisten toiminta-edellytysten parantaminen voi tuoda toisille kuntoutustarpeeseen. haasteellisuutta Parkinsonin tautia sairastavan kuntoutustarpeen arvioinnissa lisäävät sairauden keski- ja myöhäisvaiheeseen liittyvät tilanvaihtelut. (Kuntoutus Parkinson taudin eri vaiheissa 2004)

7 VERTAISTUEN MERKITYS

Vertaistuki on vastavuoroista kokemusten vaihtoa, jossa samankaltaisessa tilanteessa olevat ihmiset tukevat toistaan ja jakavat kokemuksiaan toisilleen. Vertaistuen kautta ihminen ymmärtää, ettei ole tilanteessa yksinään. Parhaimmillaan vertaistuki antaa voimia jaksamiseen. Vertaistuen kautta ihminen kokee, ettei ole tilanteessaan yksin. Ihmisten elämäntilanteiden ja kokemusten ainutlaatuisuus ja erilaisuus tulee vertaistukisuhteissa esiin kokemusten ja ajatusten vaihdon kautta. Vertaistukisuhde on ihmisten välinen, vastavuoroinen ja tasa-arvoinen suhde. Vertaistukisuhhteessa ihminen voi olla yhtä aikaa tuen antaja ja saaja. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015)

Isomöttösen ja Ojalan 2009 tekemän tutkimuksen mukaan Parkinsonin tautia sairastavat kokivat vertaistuen tärkeäksi sairauden eri vaiheiden aikana. Sopeutumisvalmennus, kuntoutuskurssit, asiantuntijaluennot ja liikuntatoiminta olivat tärkeimpiä vertaistuen muotoja. Omien kokemusten jakaminen ja sairauteen sopeutuminen olivat vertaistuessa tärkeintä. (Isomöttönen & Ojala 2009, 45 - 46.) Mäkipään (2014) tutkimuksen mukaan aivoverenkiertohäiriön sairastaneet kuntoutujat tunsivat saaneensa ryhmästä sosiaalista tukea. Mäkipään tutkimuksessa selvitettiin aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kokemuksia ryhmästä. Ryhmässä oli vain tämän sairauden edustajia.

(Mäkipää 2014, 29). Laineen ja Sumellin (2014) tekemän tutkimuksen Vertaistuen ja sosiaalisen tuen merkitys Parkinsonin taudin kanssa selviytymisestä tulosten mukaan Parkinsonin tautia sairastavat pitivät vertaistukea hyvin tärkeänä apuna selviytyä sairauden kanssa. Ryhmäläiset kokivat yhteenkuuluvaisuutta joka lisäsi omaa hyvinvointia. (Laine & Sumell 2014, 27–28.)

8 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada kahden eritasoisen kohderyhmän terveystiikunnan vaikutukset näkymään haastattelujen avulla. Lisäksi haluttiin selvittää ryhmäläisen kokemuksia ryhmästä saadusta vertaistuesta ja sen onnistumisesta, sekä kahden erilaisen ryhmän yhteensopivuudesta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten erilaisten ja eritasoisten liikuntaryhmien yhteensovittaminen onnistui?
2. Millä tavoilla ryhmäytyminen tapahtui?
3. Saivatko ryhmäläiset toisiltaan vertaistukea ja motivoiko se?
4. Muuttuivatko liikuntatottumukset ryhmän keston aikana?

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin Kymenlaakson AVH -yhdistykselle ja Suomen Parkinsonliitolle. Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytettiin haastattelua. Ryhmäläisten haastattelut suoritettiin keväällä 2015. Haastattelujen litterointi on tehty kesän 2015 aikana. Aineisto tulostettiin ja siitä kerättiin yhtäläisyydet ja eroavaisuudet.

9.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus. Siinä pyritään ymmärtämään kohdetta kokonaisvaltaisesti, eli laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on yksi tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus. (Laadullinen tutkimus 2015)

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkimusta kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivinen tutkimus perustuu käsillä olevaan aineistoon. (Laadullisen ja määrälli-

sen tutkimuksen erot) Tutkimuksen aineisto kootaan todellisissa tilanteissa, keskustelemalla ja havainnoimalla haastateltavia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164).

Tässä tutkimuksen lähestymistapa aiheeseen on ollut fenomenologinen. Fenomenologinen tutkimus perustuu aistihavaintoihin sekä kokemuksiin, joista ymmärrys koostuu. Tutkimuskohteesta on tarkoitus tuottaa mahdollisimman syvällistä tietoa, oman kokemuksen kautta. Fenomenologinen tutkimus voi painottua myös tutkijan itsensä kokemuksiin sekä ympäristön havainnointiin. Tutkimuksen keskiö pyritään löytämään syvällisen tiedon kautta, joka perustuu tutkijan tai muun ympäristön kokemuksiin, sekä havaintoihin. Fenomenologisessa tutkimusstrategiassa kohdetta pyritään lähestymään ennakkoluulottomasti, ilman olettamuksia. Tutkija pohdiskelee avoimesti strategista viitekehystä ja muodostaa kokemusten sekä havainnoiden kautta käsityksen koko tutkimuksesta. (Fenomenologinen tutkimus 2015)

Tiedonkeruussa suositetaan henkilöitä havainnoinnin ja keskustelujen perusteella. Apuna tiedon hankinnassa tutkijat käyttävät monesti myös erilaisia testejä, sekä lomakkeita. Kvalitatiiviseen tutkimukseen kuuluu myös induktiivinen lähestymistapa. Lähtökohtana on aineiston monitahoinen tarkastelu, ei ainoastaan teorioiden testaaminen. Tutkimustapa on joustava ja suunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Kohdejoukko on tarkoituksenmukaisesti valittu. Haastattelujen muodossa tutkittavat pääsevät kuuluville ja voivat esittää näkökulmiaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 155).

Induktiivisessa analyysissä tutkijan pyrkimyksenä on löytää uusia seikkoja, sen takia aineistoa tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Tutkija määrää sen, mikä on tärkeää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.)

Käytimme tutkimuksessa laadullista tutkimusta, koska saimme monipuolisemman kuvan haastattelujen, keskustelujen, kyselyiden sekä havaintojemme perusteella yhdistämällä sitä teoriaan. Haastatteluissa oli tärkeää keskinäinen vuorovaikutus haastattelutilanteissa. Haastattelutilanteissa oli tärkeää, että henkilöt saivat ilmaista näkökantansa yksilöllisesti erikseen järjestetyssä tilassa, ainoastaan ohjaajien läsnä ollessa.

Opinnäytetyön perusidea oli koota osallistujat haastatteluun ryhmätapaamisten jälkeen. Ryhmäkokoontumiskertojen aikana kertyi aineistoa keskusteluista ja liikunta- ja piirakoista. Päädyimme kvalitatiiviseen lähestymistapaan ryhmän pienen koon takia.

Haastattelimme ryhmäläiset erikseen viimeisen tapaamiskerran jälkeen. Haastattelut äänitettiin, jotta pystyttiin varmistamaan, että haastateltavan kertomus on ymmärretty oikein. Yksilöhaastattelu oli tärkeää henkilöiden yksityisyyden varmistamiseksi. Yksilöhaastattelussa esiin tulee myös asioita joita ryhmähaastatteluissa olisi jäänyt kertomatta. Haastattelujen jälkeen aineisto litteroitiin.

Tutkimuksen aineisto kootaan todellisissa tilanteissa, keskustelemalla ja havainnoimalla haastateltavia. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavan ääni pääsee esiin esim. teemahaastattelulla, ryhmähaastatteluilla ja osallistuvalla havainnoinnilla ja erilaisten tekstien ja dokumenttien analyysillä. Tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysiä, jossa tutkijan tarkoituksena on paljastaa jotain yllättävää. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara, 2009, 161 - 165.)

Teemahaastattelu on avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto. Haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymyksiä ei esitetä välttämättä samassa järjestyksessä tai muodossa. Ryhmähaastattelussa saadaan samalla kertaa tehokkaasti tietoa monelta henkilöltä samanaikaisesti. Tavallisin haastattelumuoto on yksilöhaastattelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208 - 210.)

Haastattelun edellytys on että tutkittavalla ja tutkijalla on yhteinen kommunikaatiokieli. Menetelmä sopii tilanteisiin joissa tutkija on tiedon ainoa tulkitsija. Haastattelussa on läsnä aina kaksi henkilöä tutkija ja haastateltava. Haastattelut ja keskustelut muodostuvat lauseista ja sanoista joiden merkitys ei ole yksiselitteinen. Teemahaastattelun avulla tutkija yrittää ymmärtää ja pyrkii saamaan ymmärryksen tutkittavana olevasta ilmiöstä. Tutkija pyrkii saamaan teemakysymysten avulla tutkittavasta tietoa. Kysymykset kohdistuvan ryhmän tai haastateltavan toimintaan. Vastausten avulla pyritään saamaan kokonaiskuva aiheesta. (Kananen 2014, 71 - 72.) Teemahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina.

9.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimukseen osallistujat olivat ilmoittautuneet Kouvolassa alkaneeseen liikuntaneuvontaryhmään. Liitteenä 3 on Ryhmävoimaa ryhmän kutsukirje aivoverenkiertohäiriön sairastaneelle ja Parkinsonin tautia sairastavalle kouvolaalaiselle. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat Kouvolan ryhmävoimaa- liikunta neuvontaryhmään osallistuneet kouvolaalaiset AVH- ja Parkinson tautia sairastavat henkilöt. Ryhmässä oli alun perin 7

osallistujaa joista viisi AVH:ta sairastavaa ja yksi Parkinsonin tautia sairastava henkilö ja yksi joka sairasti AVH:ta ja Parkinsonin tautia. Naisia oli kolme ja miehiä kolme yhteensä ryhmäläisiä oli kuusi. Yksi ryhmäläisistä ei ollut ryhmässä loppuun saakka ja häntä ei haastateltu tutkimusta varten. Ryhmässä oli mukana myös yksi AVH:ta sairastava henkilö, joka oli ollut mukana aikaisemmassa ryhmässä. Haastattelimme edellisessä ryhmässä ollutta testatessamme tutkimuskysymyksiä. Haastateltujen keski-ikä oli 67 vuotta. Kaikki ryhmäläiset tulivat ilman avustajaa ryhmätapaamisiin. Apuvälineiden tarve ryhmässä oli vähäistä. Ryhmäläiset täyttivät ensimmäisellä tapaamiskerralla itsestään esitietokaavakkeen. Lomakkeesta kävivät ilmi ikä ja sairaus ja lääkitystiedot.

Ryhmän viimeisen kerran jälkeen ryhmäläiset haastateltiin, jotta saatiin tietää, oliko ryhmästä ja ryhmässä olosta saatu hyötyä. Haastattelun teemakysymykset ovat liitteessä 4. Ryhmäläisistä viisi haastateltiin erikseen varatussa tilassa ja yksi haastateltiin kotonaan. Haastattelua varten oli varattu erillinen tila samasta paikasta, missä ryhmän kokoontumiset oli pidetty. Haastattelu tilanteessa olivat mukana molemmat tutkijat. Tilanteessa ei ollut häiriötekijöitä. Yksi haastateltava sai kysymykset ennakoon sähköpostitse, jotta pystyi antamaan kirjalliseen version tutkijoille luettavaksi. Hänet haastateltiin samalla tavalla kuin muut. Haastateltaville kerrottiin haastattelun alussa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta milloin tahansa kieltäytyä haastattelusta. Kaikille haastateltaville esitettiin samat kysymykset teemarungon mukaan. Haastateltavat saivat rauhassa kertoa sanottavansa. Haastattelut kestivät noin puoli tuntia. Haastattelutilanne oli rauhallinen.

9.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analyysi

Tärkein asia tutkimuksessa on kerätyn aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Ongelmien vastaukset selviävät tutkijalle analyysivaiheessa. Aineistosta tarkistetaan virheellisyydet ja tutkitaan, puuttuuko tietoja. Tallennettu aineisto kirjoitetaan puhtaaksi, litteroidaan. Keskusteluanalyysi kohdistuu tavallisesti arjen keskusteluun. Kohteena saattaa olla ryhmä tai yhteisö, jossa osallistujat tuntevat toisensa. Keskusteluanalyysin periaatteena on vuorovaikutuksen luominen keskustelijoiden kesken. Analyysissa jokaisen puheen yksityiskohdat ovat tärkeitä. Analyysissa tarkkaillaan esitettyjä kysymyksiä, vastaamista ja vastaamatta jättämiä. Siinä tarkkaillaan muun muassa myös keskustelijoiden jättämiä taukoja, hiljaisuuksia, naurahduksia, puheen suun-

taamista muille keskustelijoille ja annettua palautetta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221 – 227.)

Aineiston käsittely aloitettiin kuuntelemalla nauhoitettu tutkimusmateriaali läpi, jolloin muodostui jonkinlainen kuva tutkittavasta materiaalista. Kuuden teemahaastattelun jälkeen litteroimme haastattelut sana sanalta kirjalliseen muotoon ja tallensimme litteroinnit tietokoneelle. Varmuuskopio tehtiin haastattelujen yhteydessä sanelukoneeseen. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tehtiin tämän jälkeen. Etsimme litteroineista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia.

Henkilöille kerrottiin haastatteluiden alussa, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkittavat vastasivat esitettyihin kysymyksiin ja pysyivät aiheessa. Tulokset koottiin teema-aluettain kirjalliseen versioon. Eri vastaajien vastaukset koottiin kaikki teemakysymysten alle ja niistä tutkittiin eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä.

Tutkittava aineisto säilytettiin salassa, niin etteivät ulkopuoliset ole voineet päästä näkemään niitä. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen aineisto tuhoetaan. Haastatteluun osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua

9.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Ryhmään tulijoiden valinta suoritettiin AVH- ja Parkinson-liitossa. Osa ryhmäläisistä oli hakeutunut ryhmään itse. Ryhmässä oli suurempi määrä toisen sairauden edustajia.

Meillä oli kokemusta aikaisempien ryhmien vetämisestä. Haastattelukysymykset valmisteltiin etukäteen ja hyväksyttiin ohjaavalla opettajalla. Haastattelupaikka varattiin Toimitila Veturista etukäteen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkka selostaminen. Haastattelututkimuksessa kerrotaan missä aineisto on kerätty ja minälaisissa olosuhteissa. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004.)

Haastatteluaineiston laatua voidaan parantaa etukäteen tekemällä hyvä haastattelupohja. Haastattelun aikana laatua voidaan parantaa varmistamalla että käytettävät ko-

neet ovat kunnossa ja toimivat haastattelun aikana. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 184 - 185.)

Aineiston laatua varmennettiin etukäteen miettimällä haastattelurunko, jonka avulla saataisiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kaikki ryhmäläiset, jotka olivat ryhmässä loppuun saakka, suostuivat haastatteluun. Koneiden toiminta varmistettiin ennen haastattelua. Tallenteiden nauhoitus varmennettiin kahdella tallennusvälineellä: tietokoneäänityksellä ja sanelukoneella. Kaikkien haastateltavien haastattelut litteroitiin samalla tavalla ja koottiin yhteiseen yhteenvetoon kysymysten alle. Tutkimuksessa luotettavuutta pyrittiin parantamaan kysymällä samaa asiaa useammalla eri tavalla.

Tutkimuseettisyys perustuu tutkittavan vapaaehtoisuuteen ja suostumukseen. Tutkittava voi antaa suostumuksensa esimerkiksi haastatteluihin, joko suullisesti tai kirjallisesti. Henkilön yksityisyys on syytä muistaa ja jokaisen perusoikeudet on turvattava. Tutkittavalle kuvaillaan mahdollisemman kattavasti tutkimuksen aihe. (Tutkittavien itsemääräämisoikeus 2013)

10 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada haastattelujen avulla selville kahden erilaisen kohderyhmän terveystieteen vaikutusten näkyminen. Tutkimuksessa selvitettiin ryhmäläisten kokemuksia saadusta vertaistuesta ja sen onnistumisesta. Tutkimuksessa tutkittiin, miten erilaisten ja eritasoisten liikuntaryhmien yhteensovittaminen onnistui.

Eri lähtökohdista olevien ryhmien liikunnan yhteensovittaminen onnistui, koska ryhmässä oli kaksi vetäjää. Tutkimuksen mukaan ryhmäläiset olisivat kaivanneet enemmän kohdennettua tietoa omasta sairaudestaan heti sairastuttuaan. Liikuntatietouden saannin ryhmän aikana he kokivat merkitykselliseksi. Ryhmän kokoontumisten aikana ryhmäläisten liikuntatottumuksen muuttuivat osalla. Entuudestaan paljon liikkuvien tutkittavien liikunnan määrä ei lisääntynyt tutkimuksen aikana. Heidän liikuntatapansa muuttuivat ja liikuntalajit lisääntyivät. Heille tuli liikuntalajeihin uusia lajeja ryhmässä kokeiluista lajeista. Suurimmalla osalla oman kunnon säilyttäminen nykyisellä tasolla tuli tärkeäksi liikuntaneuvonnasta saadun tiedon myötä. Ryhmän kokoontumisten aikana oli vaihtelua liikunnan harrastamisen määrässä. Syynä vaihteluun oli haastattelun mukaan yhdellä haastateltavista mieliala ja toisella yleiskunnon lasku.

Yksi tutkittavista koki liikunnan hankalana ryhmäläisten erilaisen fyysisen kunnan takia. Innostus liikuntaan lisääntyi ryhmän myötä. Liikuntaneuvonta lisäsi haastateltujen luottamusta omiin kykyihin. Vertaistuki koettiin tärkeänä ryhmäläisten erilaisesta taustasta huolimatta. Vertaistuen saaminen onnistui niillä ryhmäläisillä, joiden sairauden edustajia oli enemmän. Liikunnan ohjauksen suunnittelussa huomioitiin etukäteen ja liikuntatilanteen aikana osallistujien kunto ja avuntarve, esimerkiksi tasapainoliikunnassa. Parkinsonin sairautta sairastaville ja aivoverenkiertohäiriön sairastaneille kerrottiin kummallekin oman terveytensä kannalta tärkeistä huomioitavista asioista. Liikunnan ohjauksessa pyrittiin ottamaan ryhmäläiset huomioon yksilötasolla. Periaatteena oli että jokainen osallistuu kykyjensä mukaan. Osa ryhmäläisistä alkoi ryhmän loppupuolella tavata curling-harrastuksen innostamana edellisen ryhmän jäseniä. Curling-harrastuksen aika ei sopinut kaikille ja osa ei tämän takia päässyt toimintaan mukaan. Erilaisten ja eritasoisten liikuntaryhmien yhteensovittaminen vaatii ohjaajalta jatkuvaa huomiointia. Terveetkin ihmiset ovat fyysiseltä kunnoltaan eritasoisia, esimerkiksi metsälenkille lähtiessä osa lähtee hyvin nopeasti matkaan ja pääsee perille nopeasti. Toiset kulkevat hitaammin. Kaikkien turvallisuus tulisi pystyä varmentamaan liikkeessä. Erityisen tärkeää on onnistumisen kokemus uusia liikunnan lajeja kokeillessa ja ryhmässä mukana ollessa.

Ryhmäytyminen haastatellussa ryhmässä ei onnistunut kaikkien ryhmäläisten mielestä. Ryhmäytymiseen vaikuttavat ihmisten sairaus, luonne, ikä, sukupuoli jakauma ja myös missä päin Kouvolaan henkilöt asuvat. Haastatteluun osallistuvat asuivat eri puolilla Kouvolaan. AVH:ta sairastaneet saivat enemmän tukea toisiltaan kuin Parkinsonia sairastavat, tämä johtui ryhmän epätasapainoisesta määrästä sairauden edustajia. Yhtä osallistujaa motivoi ryhmältä saatu vertaistuki.

10.1 Ryhmään mukaan lähteminen ja odotusten täytyminen

Ryhmän vetovoima ja mahdollisuus saada vertaistukea ja tietoa omasta sairaudesta vaikutti ryhmään tuloon. Ryhmään lähdön syynä oli ryhmän tuki ja halu saada arkeen jotain uutta, toiveena saada uusia ystäviä. Yhden osallistujan mukaan ryhmän tuki kannusti jatkamaan ryhmässä:

”Vaihtelun vuoksi soitin, että olisi jotain tekemistä saisi uusia ystäviä, vaihtelua arkeen”.

”Ryhmän tuki vie eteenpäin.”

10.2 Terveysliikuntatottumukset ennen ryhmään tuloa ja ryhmän jälkeen

Ryhmäläisten liikunta tottumukset ennen ryhmään tuloa erosivat toisistaan, osa oli harrastanut liikuntaa aktiivisemmin kuin toiset. Haastateltavat kertoivat harrastaneensa ennen ryhmään tuloa kävelyä, uimista ja esim. hyötyliikuntana haravointia ja lumitöitä. Kuvassa 1 esitetään ryhmäläisten liikunnan harrastaminen ryhmän alkaessa.



KUVA 1. Liikunnan harrastaminen ryhmän alkaessa

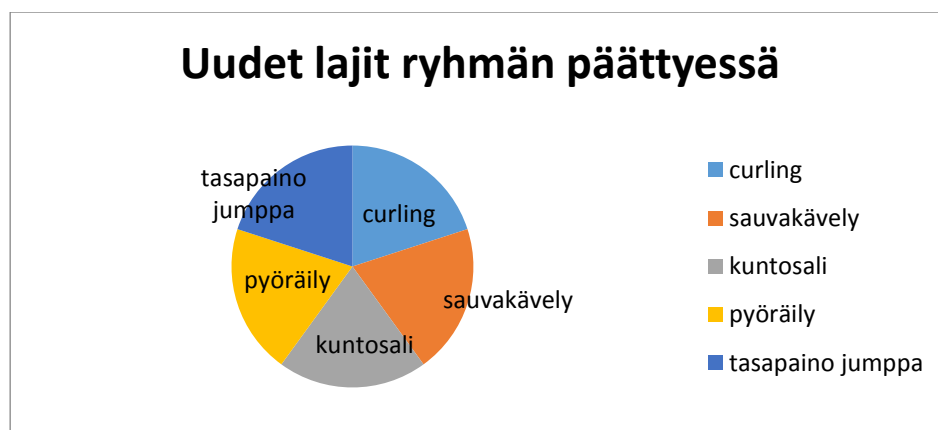
Vastaajista kaksi harrasti liikuntaa päivittäin ja kaksi 2 – 3 kertaa viikossa. Kerran liikuntaa viikossa harrasti yksi vastaajista ja yksi ei vastannut kysymykseen. Viisi osallistujista koki olevansa omatoimisia liikkuja ja yksi ryhmässä liikkuja. Lajeina osallistujilla oli ryhmän aloitusvaiheessa kuntosali, uimahalli golf, pyöräily. Kuvassa 2 esitetään ryhmäläisten harrastamat liikuntalajit kokoontumisten aikana.



KUVA 2. Liikuntalajit ryhmän kokoontumisten aikana.

Kaksi ryhmäläistä kertoi harrastavansa kävelyä. Liikkumista vaikeuttivat yhdellä vastaajista tasa-paino ja yhdellä vasemman puolen jäykkyys, esti nopean liikkumisen. Kolmella osallistujalla ei ollut rajoituksia liikkumiselle.

Ryhmän kokoontumisten aikana liikunnan harrastaminen lisääntyi osalla. Uusina lajeina osalle tulivat curling, sauvakävely, kuntosali ja pyöräily ja tasapainojumppa. Kuvassa 3 esitetään ryhmäläisten harrastamat uudet lajit ryhmän päättyessä.



KUVA 3. Uudet lajit ryhmän päättyessä.

Ryhmän kokoontumiskertojen jälkeen haastattelutilanteessa osa kertoi liikuntatottumusten pysyneen samana ja osalla oli tullut uusia lajeja mukaan. Osalla oli syntynyt kipinä uusiin lajeihin ryhmän aikana ja osalla kipinä syntyi ryhmässä tehtyjen liikuntakokeilujen myötä. Kaikilla eivät liikuntatottumukset lisääntyneet. Liikuntamäärään

ja tottumuksiin vaikutti useilla terveyden huononeminen tutkimusaikana ja rajoitteet omassa liikuntakyvyssä. Mieliala vaikutti yhdellä liikunnan määrään. Niillä ryhmäläisillä, jotka jo entuudestaan harrastivat aktiivisesti liikuntaa, liikunnan määrä ei lisääntynyt, mutta lajien määrä lisääntyi. Huomattiin, että myös kotona voi harrastaa liikuntaa, jos ei pääse johonkin ryhmään lähtemään. Kuntoutuminen ryhmässä ja kunnon kohoaminen tapahtui useammalle, myös aktiivitasolle asti.

”Olen aina ollut liikunnallinen, olen harrastanut erilaisia tansseja jazztanssia, moderniatanssia, bailatinoa.”

”Ennen ryhmään tuloa, ei ollut kipinää. Ryhmän tulon jälkeen kyllä. ”Liikunnan tärkeys on pyörinyt päässä paljon enemmän kuin aikaisemmin.”

”Oma kunto motivoi liikkumaan. Pari päivää jos on tekemättä mitään niin huomaa että olis pitänyt, sitten taas kun tekee, niin jaksaa ja pystyy ihan eri tavalla. Jos sitten lopettaa muutamaksi päiväksi tekemisen, niin taas lähtee melkein alusta. Se on sellaista mielenkiintoista aaltoliikettä.”

10.3 Ryhmässä saatu liikuntaneuvonta ja liikuntasuunnitelma

Kaikki osallistujat kertoivat että liikuntaneuvonta on vaikuttanut elämään. Luottamus omiin kykyihin lisääntyi.

” En muista yhtään yksittäistä neuvoa, jotakin lisää olen saanut. Usko omiin kykyihin lisääntynyt. Luottamus herännyt.”

”Liikuntaneuvonta on vaikuttanut elämään ja pysäyttänyt ajattelemaan. ” Kyllä on. Oli sellainen vaihe, että anti mennä vaan mikä liittyy liikuntaan, mutta nyt pysähtyy miettimään.”

”Kyllä. Kipinä heräsi lajeihin ”.

”Polkupyöräily sujuu paremmin kuin syksyllä”.

” Tasapainojumppa on auttanut”.

”Mua kiinnosti sen takia, kun tää oli mulle ihan uutta”.

”Auttoi, muiden kuntoutumisen näkeminen”.

”Erittäin hyvä kun liikuntapiirakka tehdään porukassa, kun sä näät mitä se pitää olla, mutta sen jälkeen sen merkitys vähenee. Ryhmässä se on tärkeä. Siitä sä pystyt pikkuhiljaa oivaltaa ja nähdä mitä sun pitäis tehdä. Sen jälkeen sen merkitys jää taustalle. Sä olet tavallaan valinnut ne omat lajis sinne, sitten joskus tarttuu että hetkinen, miksi mä tätä en ole kokeillut, piirakan mukaan kävis mulle oikein hyvin.”

Liikuntapiirakan täyttämisen merkitys vaihteli ryhmässä. Yhtä haastateltavaa piirakan täyttäminen motivoi ja yhden mielestä piirakan täyttäminen toimi hyvin ryhmässä, silloin näkee jälkeenpäin mitä on tehnyt. Osaa motivoi jo pelkästään oma tietoisuus siitä että jotakin on tehtävä peruskunnan ylläpitämiseksi myös jatkossa.

10.4 Ryhmäkertojen määrä ja ryhmästä saatu hyöty

Kouvolan Ryhmävoimaa-liikuntaneuvontaryhmä kokoontui yhteensä seitsemän kertaa. Tapaamisajan pituus oli 2 tuntia. Seurantakokoontuminen oli kolme kuukautta viimeisestä tapaamisesta. Ryhmän tavoitteena oli tukea osallistujien liikuntaharrastusten aloitusta, sekä antaa tietoa liikunnan positiivisista vaikutuksista. Tavoitteena oli antaa mahdollisuus osallistujille kokeilla uusia liikuntalajeja ja arvioida omia liikuntatottumuksia, myös omien liikuntatavoitteiden asettaminen oli hyvin tärkeää.

Osa ryhmäläisistä olisi toivonut ryhmän kokoontumiskertoja lisää ja osan mielestä tapaamiskertoja oli sopivasti. Ryhmästä saatu hyöty oli liikkumisen lisääntyminen. Ryhmässä olisi toivottu vieläkin enemmän keskustelua. Moni olisi toivonut ryhmän loppumisen jälkeen jotakin jatkoryhmää, jossa olisi voinut jatkaa. Jatkoryhmässä liikunnan ja vapaan keskustelun osuus koettiin tärkeänä.

10.5 Ryhmäläisten tuki ja motivaatio, liikuntakaverin löytyminen

Vertaistuen määrä olisi ollut suurempi jos sairausryhmän edustajia olisi ollut tasapuolisesti. Tutkittavassa ryhmässä oli toisen sairauden edustajia tuntuvasti enemmän. Ryhmäläiset kokivat saavansa suurimmaksi osaksi tukea ryhmästä. Moni olisi toivonut lisää tapaamiskertoja, jolloin olisi voinut tutustua vieläkin paremmin. Keskustelun

aloittaminen vie aikaa ja toisiin tutustuminen. Tässäkin tuli esiin että ryhmäytymistä olisi tapahtunut paremmin, jos ryhmäläisten sairastumistausta olisi ollut tasapuolisempi. Osa ryhmäläisistä ryhmäytymisessä auttoi muiden kuntoutumisen näkeminen. Osa ryhmäläisistä oppi tuntemaan muita ja koki saaneensa vertaistukea ryhmän loppupuolella:

”Kyllä, nimenomaan motivoi, siinä pitää tavallaan myös näyttää muille vähän, se kuuluu suomalaiseen perusluonteeseen”.

” Ryhmässä liikkuminen on aina parempaa”.

”Ryhmän tuki motivoi”.

” Enemmän olisi voinut olla keskusteluja ja ryhmäkertoja lisää”.

” Ei, kun ei ollut oman sairauden edustajia.”

”Joo, Liikuntaryhmästä ei ole mielellään poissa kun on kiva porukka. Vertaistuki on hirveen tärkeä molemmille ryhmille. Toimii kannustimena parantumiseen.”

”On saatu tukea ryhmästä. Parasta vertaistukea on ollut ryhmässä toimiminen ja yhteiset matkat mitä me tehtiin”. Kyllä se on sitä ryhmän tukea, että teet sen tavallaan ryhmälle.”

10.6 Erilaisten ja eritasoisten liikuntaryhmien yhteensovittaminen

Tutkimukseen osallistuneiden mielestä ryhmän yhteensovittaminen sopi hyvin. Yksi tutkittava koki yhteisen liikunnan osuuden hankalana. Toinen tutkittava koki, että omaa sairautta edustava ryhmä olisi parempi, koska silloin voisi saada tarkempaa tietoa omasta sairaudestaan:

”sopii keskenään. liikunta-asia hankalaa, koen itse etten pysty muiden kanssa pelaamaan eikä tekemään haastavaa mikä sopii kellekin.”

Käy aika hyvin, samantyyllisiä vaikeuksia.

Yhteinen ryhmä on hyvä siinä mielessä, että näkee muitakin samassa tilanteessa olevia ihmisiä ja kuulee heidän tarinoita selviytymisestä, mutta ehkä oma ryhmä olisi parempi ja saisi täsmätietoa omaan sairauteen.”

11 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe aluetta sivuavia tutkimuksia on tehty aikaisemmin. Molemmilta ohjaajilta AVH:ta ja Parkinsonin tautia sairastavien ryhmän ohjaaminen vaati syvempää perehtymistä kyseisiin sairauksiin. Geronomiopinnot antavat hyvät tiedot aiheesta ja molemmat liitot antoivat materiaalia ja tietoutta ohjaajille. Ensimmäistä ryhmää oli vetämässä toinen ohjaajista yksinään. Ryhmäläisten erilaisen kunnon takia huomattiin toisen ohjaajan mukana olo tärkeäksi, etenkin ulkona liikkeessä. Liikuntaohjauksen aikana ja yhteydessä keskusteltiin ryhmäkeskustelujen lisäksi monesti ryhmäläisten omasta liikunnasta ja terveydestä. Useampi ohjaaja pystyi antamaan ryhmäläiselle hetkellisesti jakamattoman huomion toisen ohjaajan jatkaessa ryhmän ohjausta.

Useiden tiedonkeruumenetelmien käyttäminen oli tärkeää, että aiheesta sai mahdollisimman paljon tietoa. Eniten tietoa tuottivat teemahaastattelut ja ryhmähaastattelu. Ryhmäläiset kertoivat kysyttävistä aiheista vapautuneesti ja avoimesti ryhmässä. Osa olisi toivonut enemmän keskinäistä keskustelua. Kerätty aineisto oli laaja. Opinnäytetyön rajaaminen tutkimuskysymysten kohdalta tuotti hankaluutta. Opinnäytetyön kirjoittamiseen olisimme voineet varata vieläkin enemmän aikaa, koska aihepiiri oli laaja.

Eettisyys huomioitiin tiedonkeruumenetelmiä käytettäessä koko prosessin ajan. Havainnoinnissa pidimme mielessämme ryhmään osallistujat. Toinen tutkijoista haastatteli ryhmäläisiä ja toinen havainnoi. Teemahaastattelussa huomioimme haastattelun luottamuksellisuuden. Tutkimusta tehdessämme emme ole käyttäneet henkilöiden nimiä tai muita tunnistettavia tietoja.

Tutkimuksen mukaan ryhmässä olleet vähemmistösairausten edustajat olisivat saaneet vielä enemmän tukea ryhmässä, jos samaa sairautta sairastavia olisi ollut enemmän. Tulevaisuudessa olisi hyvä katsoa, että saman sairauden edustajia olisi ryhmässä suunnilleen yhtä paljon. Ryhmässä olemisen onnistumiseen ei kuitenkaan vaikuttanut se, että ryhmäläiset edustivat kahta eri sairausryhmää AVH:ta ja Parkinsonin sairautta. Vertaistuen merkitys korostui etenkin tiedon ja kokemusten vaihtamisessa. Ryhmä-

läiset saivat motivaatiota toistensa kertomuksista ja kuntoutumistarinoista Mikkosen (2009) tutkimuksen mukaan sairastuneiden oireet ja muutokset aikaansaavat sairastuneissa tarpeen tavata toisia samassa tilanteessa olevia. Vertaisina pidetään myös jotain muuta kuin omaa sairautta sairastavia. (Mikkonen 2009.)

Ryhmäläisten erilainen kunto ja rajoitteet pyrittiin huomioimaan liikunnan ohjauksen aikana, antamalla vaihtoehtoisia liikkeitä tai tukemalla ryhmäläisen osallistumisen yrittä. Kahden ohjaajan yhtä aikainen oleminen ryhmässä koettiin tärkeänä ryhmäläisten erilaisen kunnan ja neuvonnan takia. Ryhmän koko yksilöohjauksen takia ei olisi voinut olla paljoa suurempi.

Ryhmiä tarvitaan lisää koko Suomea ajatellen. Ryhmävoimaa- liikuntaneuvontaryhmä on toimiva kokonaisuus, jossa saa sekä liikuntaneuvontaa, ohjausta sekä vertaistukea. Kohtalainen ryhmän koko mahdollistaa yksilöllisen tuen ja ohjauksen.

Tieto sairaudesta tulee sairastuneelle usein liian nopeasti, koska sairastunut ei välttämättä pysty heti omaksumaan kaikkea tietoa. Sairastuminen tulee aina shokkina sekä potilaalle että omaisille. Sairastunut ei monesti pysty käsittelemään omaa tilannettaan moneen viikkoon tai kuukauteen, saati heti sairastumisen jälkeen. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että sairastunut saa kuntoutuksesta tietoa ja tukea ja ohjausta kuntoutukseen myös myöhemmin.

Liikuntaryhmät ja niissä toimivat kuntoutuksen ohjaajat ovat erittäin merkityksellisiä kuntoutumisen jatkumista ajatellen. Liikunnan suunnittelu ja ohjelmat rakennetaan yksilöllisesti jokaisen erilainen tilanne huomioon ottaen. Vertaistuki korostuu ryhmässä, jossa saa jakaa omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Ryhmän voima on uskomattoman tehokasta kuntoutujalle. Ohjaajan vastuulla on tukea ja kannustaa ohjattavaa. Ohjaajalla on iso merkitys AVH- potilaan kuntoutuksessa. Kuntoutus ja sille tehty kokonaisvaltainen suunnitelma auttaa potilasta vahvistamaan motorisia ja kognitiivisia toimintoja.

Toivomuksena on ollut yhteisten AVH- ja Parkinsonia sairastavien ryhmien lisäksi myös omat erityisryhmät molemmille sairausryhmille. Vertaistuen voima on suuri myös yhteisissä ryhmissä, mutta kasvaa varmasti vielä silloin, kun saa jakaa kokemuksiaan saman sairausryhmän edustajien kanssa.

Liikkumisen ilo on ollut kokonaisvaltaista ja mukaansa tempaavaa. Liikunnasta ja yhteisestä tekemisestä liikuntakavereiden kanssa on ollut hyötyä koko ryhmälle. Ryhmät ovat toimineet yhdessä hyvin ja uusia ryhmiä tarvitaan. Tieto, ajatusten vaihto, vertaistuki, tukihenkilöt, sekä ohjaajien tuki ovat erittäin tärkeitä jatkossakin, ajatellen AVH- ja Parkinsonia sairastavia sekä yleensä ottaen kaikkia erityisryhmiä.

Liikunta ehkäisee aivoverenkiertohäiriön uusiutumista, mutta olisi mielenkiintoista tietää jatkossa, kuinka monta prosenttia ryhmään osallistujista on jatkanut päivittäistä tai viikoittaista liikuntaa ja miten nämä liikunnan tuomat hyödyt ovat näkyvissä. Onko liikunta mahdollisesti lisääntynyt ja minkälaiseen fyysiseen sekä henkiseen kuntoon ohjattavamme ovat päässeet? Minkälaisia vaikutuksia liikunnan mahdollisella vähentymisellä tai jopa lopettamisella on AVH potilaalle tai Parkinsonin tautia sairastavalle?

Mielenkiintoista olisi tehdä jatkotutkimusta vanhojen ryhmien kokoontumisesta jatkossa. Voisiko pidempään toimivissa ryhmäkokoontumisissa tapahtua enemmän ryhmäytymistä? Liikunnan vaikutuksista terveyteen näiden sairastuneiden osalta saisi myös pidempiaikaista tietoa vertailemalla ryhmiä, joissa olisi lyhyemmän ja pidemmän aikaa liikuntaa harrastaneita entisiä ryhmäläisiä.

LÄHTEET

Alen, M. & Mäkinen, T. 2013. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Liikuntalääketiede. 3.- 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.275.

Brain, A Journal of Neurology 2014;D=!:10.1093/brain/awu323) Uutispalvelu Duodecim. Saatavissa
<http://brain.oxfordjournals.org/content/early/2014/11/16/brain.awu323> [viitattu 24.10.2015].

Carr, J. & Shepherd, R. 2003. Stroke rehabilitation. First edition. Australia. Elsevier Science Limited.

Duodecim. Terveyskirjasto. Parkinsonin tauti. Päivitetty 25.5.2015. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055 [viitattu 22.9.2015].

Fenomenologinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Koppa. Päivitetty 2.12.2015. Saatavissa:
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/fenomenologinen-tutkimus> [viitattu 17.5.2015].

Heiskanen, J. Mälkiä E. & Rintala, P. 2002. Etenevät neurologiset häiriöt. Teoksessa Uusi Erityisliikunta. Liikunnan sovellukset erityisryhmille. Mälkiä, E. & Rintala, P. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu nro 154. Tampere. Tammer-paino Oy.46 – 49.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna. Kariston kirjapaino Oy.

Hirvensalo, M. & Leinonen, R. 2007. Liikuntaneuvonta. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. toim. Lyyra T-M. Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Tampere. Tammer-paino Oy. 235 – 240.

Iivanainen, A. Jauhiainen, M & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen. 1. painos. Helsinki: Tammi.

Isomöttönen, H. & Ojala, U. 2009. Parkinsonin tautia sairastavien kokemuksia vertaistuen eri muotojen tärkeydestä ja tyytyväisyys saatuun vertaistukeen. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6357/Isomottonen_%20Henna%20ja%20Ojala_%20Ulla.pdf?sequence=1 [viitattu 10.9.2015].

Jehkonen, M. & Liippola, P. Aivoverenkiertohäiriön aiheuttamat neuropsykologiset häiriöt. Aivoliitto. Saatavissa: <http://www.aivoliitto.fi/files/1998/symbook.pdf> [viitattu 9.9.2015].

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176. Suomen yliopistopaino Oy.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Järvinen, A., Kotila, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. O. & Sivenius, J. 2001. Aivoverenkiertohäiriöt. Toipuminen ja kuntoutus. Teoksessa Neurologia. (toim.), Soinila, S. Kaste, M. Launes, J. & Somer, H. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy. 296 – 297.

Koivunen, S. 2000. Liikunta. 2000. Teoksessa Parkinsonin tauti. Oireet, erityisongelmat, hoito, kuntoutus. (toim.) Rinne, U. K. Marttila, R. & Pasila, A. Lauttapaino Oy. 31 – 33.

Koivunen, S., Nurmi, U., Piitisjärvi, T. & Virtanen, T. Liikunta ja Parkinsonin tauti. Suomen Parkinsonliitto ry. Saatavissa: http://www.parkinson.fi/sites/default/files/liikuntaopas_0.pdf [viitattu 3.9.2015].

Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. 2008. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Suomen akatemia. Saatavissa:

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1629885940/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf> [viitattu 26.10.2015].

Kukkonen-Harjula, K. Kallinen, M. & Ale'n, M. 1997. Liikunta osana keskeisten kansantautien hoitoa ja kuntoutusta. Teoksessa Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. toim. Era, P. Jyväskylä. Kopijyvä Oy. 118.

Kuntoutusportti. Yleistä kuntoutuksesta. Päivitetty 22.9.2014. Saatavissa: http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/yleista_kuntoutuksesta/ [viitattu 18.10.2015].

Käypä Hoito-suositus. Duodecim. Parkinsonin tauti. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Päivitetty 29.10.2015. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi50042.pdf> [viitattu 22.9.2015].

Laadullinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Koppa. Päivitetty 2.12.2015. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus> [viitattu 17.5.2015].

Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Virsta. Saatavissa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/> [viitattu 27.10.2015].

Laine, I. & Sumell, N. 2014. Vertaistuen ja sosiaalisen tuen merkitys Parkinsonin taudin kanssa selviytymisessä. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70719/NinaSumell_IidaLaine.pdf?sequence=1 [viitattu 13.9.2015].

Liippola, P. & Lumimäki, V. 2013. Liikunta aivoverenkiertohäiriön jälkeen. Aivoliitto. Saatavissa: http://www.aivoliitto.fi/files/1089/Aivoliitto_Liikunta_hairion_jalk_V5.pdf [viitattu 26.10.2015].

Lönroos, E. 2008. Geriatrien kuntoutus. Teoksessa Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. (toim.) Hartikainen, S. & Lönroos, E. Helsinki. Edita Prima. 279 - 280.

Marttila, R. 2000. Parkinsonin taudin kulku. Teoksessa Parkinsonin tauti. Oireet, erityisongelmat, hoito, kuntoutus. (toim.) Rinne, U. K. Marttila, R. & Pasila, A. Louttapaino Oy. 16 - 17.

Marttila, R. 2000. Parkinsonin taudin mahdolliset syyt. Teoksessa Parkinsonin tauti. Oireet, erityisongelmat, hoito, kuntoutus. (toim.) Rinne, U. K. Marttila, R. & Pasila, A. Louttapaino Oy. 9 - 10.

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Peer Support in Different Illness Groups. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalipolitiikan ja Sosiaalipsykologian laitos. Kuopion yliopisto. Saatavissa http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1303-5/urn_isbn_978-951-27-1303-5.pdf [viitattu 24.10.2015].

Moisio, M. 2012. Ryhmävoimaa 2010 -2012. Ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa aivoverenkiertohäiriön sairastaneille ja Parkinsonin tautia sairastaville. Loppuraportti. Suomen Parkinsonliitto Aivoliitto ry. Saatavissa: http://www.aivoliitto.fi/files/1191/Ryhmavoimaa_hankeraportti2012web.pdf [viitattu 7.10.2015].

Mäkipää, AE. 2014. Tukea itsenäiseen selviytymiseen AVH-ryhmästä: kokemuksia aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden voimaannuttavasta ryhmästä ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/71372> [viitattu 10.9.2015].

Nupponen, R. & Suni, J. 2011. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Terveysliikunta. toim. Fogelholm, M. Vuori, I. & Vasankari, T. Duodecim. 2. uudistettu painos. Keuruu. Otavan Kirjapaino. 212.

Paltamaa, J. 2000. Fysioterapia. Teoksessa Parkinsonin tauti. Oireet, erityisongelmat, hoito, kuntoutus. (toim.) Rinne, U. K. Marttila, R. & Pasila, A. Louttapaino Oy. 29.

Perustietoa AVH:sta. Afasia. Aivoliitto. Saatavissa: http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustietoa_avh_sta/afasia [viitattu 9.9.2015].

Perustietoa AVH:sta. Aivoverenkiertohäiriö. Aivoliitto. Saatavissa:

http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/perustietoa_avh_sta [viitattu 20.6.2015].

Perustietoa AVH:sta. Nuoret AVH:n sairastaneet. Aivoliitto. Saatavissa:

http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/nuoret_avh_n_sairastaneet [viitattu 22.9.2015].

Piittisjärvi, T. 2013. Ryhmämuotoisen liikuntaneuvonnan vaikutus Parkinsonin tautia sairastavan ja aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden omaehtoiseen liikuntaan, seuranta tutkimus. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/69086/Piittisjarvi_Taina.pdf?sequence=1 [viitattu 13.9.2015].

Portin, R. 2000. Kognitiiviset oireet. Teoksessa Parkinsonin tauti. Oireet, erityisongelmat, hoito, kuntoutus. (toim.) Rinne, U. K. Marttila, R. & Pasila, A. Louttapaino Oy. 14 - 15.

Ristinen, S. Parkinsonin taudin erityisongelmat. Teoksessa Parkinsonin tauti. Oireet, erityisongelmat, hoito, kuntoutus. (toim.) Rinne, U. K. Marttila, R. & Pasila, A. Louttapaino Oy. 44.

Ryhmävoimaa- hanke. Aivoliitto. Saatavissa:

<http://www.aivoliitto.fi/files/1006/Ryhmavoimaa.netti.pdf> [viitattu 7.10.2015].

Salmela, S. & Matilainen, I. 2007. Neuvontakeskustelu. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. toim. Lyyra T-M. Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Tampere. Tammer-paino Oy. 218 - 223.

Savolainen, J. 2011. Ryhmävoimaa! Liikuntaneuvonta ryhmä Parkinsonin tautia sairastaville ja aivoverenkiertohäiriön sairastaneille. Saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/35780/savolainen_johanna.pdf?sequence=1 [viitattu 13.9.2015].

Sulkava, R. 2008. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito ja kuntoutus. Teoksessa Geriatria arvioinnista kuntoutukseen, toim. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. Helsinki. Edita Prima. 314.

Kuntoutus Parkinsonin taudin eri vaiheissa.2004 Kuntoutusmallin kehittäminen Parkinsonin taudin eri vaiheissa – projekti 2001-2004. Suomen Parkinsonliitto ry. Saatavissa <https://www.parkinson.fi/sites/default/files/Loppuraportti.pdf> [viitattu 18.10.2015].

Stat. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Saatavissa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/> [viitattu 18.9.2015].

Tutkittavien itsemääräämisoikeus. Tampereen yliopisto. Päivitetty 25.9.2013. Saatavissa: <http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet/itsem.html> [viitattu 21.9.2015].

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Vammaispalvelujen käsikirja, vertaistuki. Päivitetty 24.7.2015. Saatavissa <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/vertaistuki> [viitattu 9.9.2015].

Teräväinen, H. 2000. Parkinsonin taudin oireet. Teoksessa Parkinsonin tauti. Oireet, erityisongelmat, hoito, kuntoutus. (toim.) Rinne, U. K. Marttila, R. & Pasila, A. Lauttapaino Oy. 13.

Ukk-instituutti. Soveltavat viikoittaiset liikuntapiirakat. Saatavissa http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikunnan-suositukset/soveltavat_liikuntapiirakat [viitattu 6.9.2015].

UKK- instituutti. Täytettävä liikuntapiirakka. Soveltava viikottainen liikuntapiirakka. Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/599-SLP_alentunut_toimintakyky.pdf [viitattu 7.10.2015].

Vuori, I. 2011. Valtimoita ahtauttavat sairaudet. Teoksessa Terveysliikunta. (toim.) Fogelholm, M. Vuori, I. & Vasankari, T. Duodecim. UKK-instituutti. Keuruu. Otavan kirjapaino. 144 - 145.

Vuori, I. Taimela, S. & Kujala, U. 2013. Liikuntalääketiede. 3.- 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vuori, I. 2015. Liikuntaa lääkkeeksi. Helsinki: Readme.fi.

Väätäinen, H. 2012. Ryhmäharjoittelusta vertaisvirtaa ja elämisen rikkautta. 20 – 22. Aivot Avot. Pohjoissavolaista aivoterveyttä edistämässä. Kuopio: Aivohuoltamo.fi. Saatavissa: http://aivohuoltamo.fi/AIVOT_AVOT_lehti.pdf [viitattu 26.10.2015].

Täytettävä

LIIKUNTAPIIRAKKA



UKK-instituutti

Soveltava viikoittainen

LIIKUNTAPIIRAKKA



Paranna **kestävyyskuntoa** liikkumalla useana päivänä viikossa yhteensä ainakin 2 t 30 min reippaasti **tai** 1 t 15 min rasittavasti.

Lisäksi

kohenna **lihaskuntoa** ja kehitä **liikehallintaa** ainakin 2 kertaa viikossa.

Laadittu yhteistyössä Suomen MS-liiton kanssa.

UKK-instituutti

TERVEYSLIIKUNNAN SUOSITUS AIKUISILLE, JOILLA SAIRAUS TAI TOIMINTAKYVYN ALENEMINEN VAIKEUTTAA LIIKKUMISTA JONKIN VERRAN.

Terveysliikunnan suositus

aikuisille, joilla sairaus tai toimintakyvyn aleneminen vaikeuttaa liikkumista jonkin verran.

Terveysliikunta on liikkumista, joka edistää terveyttä ja toimintakykyä sekä kohentaa mielialaa.

Terveyttä edistää vähintään 10 minuutin reipas **kestävyystyyppinen liikkuminen**, jota kertyy viikossa yhteensä ainakin 2 tuntia 30 minuuttia. Vaihtoehtona on rasittavampi **kestävyysliikunta**, jota kertyy viikossa yhteensä ainakin 1 tunti 15 minuuttia. Myös näiden yhdistelmä on mahdollinen.

Lisäksi kaikki tarvitsevat lihaskuntoa ja liikehallintaa kohentavaa liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa.

- Liiku monipuolisesti mahdollisimman monena päivänä, ainakin kolme kertaa viikossa.
- Terveysten kannalta vähäinkin säännöllinen liikkuminen on parempi kuin ei ollenkaan.
- Terveyshyödyt lisääntyvät, kun liikut pidemmän aikaa tai rasittavammin kuin liikuntapiirakassa suositellaan.
- Soveltavan liikunnan apuvälineet mahdollistavat vaativampien liikuntamuotojen harrastamisen. Kysy lisää oman kunnan liikuntatoimista tai www.valineet.fi

Kestävyysliikunta

- reipasta liikkumista lievästi hengästyen tai
- rasittavaa liikkumista selvästi hengästyen.
- Kehittää hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa.
- Edistää sydämen, verisuonten ja keuhkojen terveyttä.
- Parantaa veren rasva- ja sokeritasapainoa.
- Auttaa myös painonhallinnassa.

Lihaskuntoa ja liikehallintaa kohentava liikunta

- 8–10 liikettä suurilla lihasryhmillä
- 8–12 toistoa kutakin liikettä kohden
- Parantaa lihasvoimaa ja kestävyyttä.
- Parantaa notkeutta ja tasa-painoa.
- Lisää luun lujuutta.

Liikkuminen sopii kaikille. Kerää kokonaisuus oman maun mukaan!

Yksilöllisesti huomioitava: _____

RYHMÄVOIMAA -HANKE

NEUVONTARYHMÄN OHJAUSSUUNNITELMA

KOKOONTUMISPAIKKA:

Toimitila Veturi, kauppiamiehentie 4, toinen kerros, Kouvola

KOKOONTUMISPÄIVÄT:

5.9.2013 klo 13-15

12.9.20123 klo 13-15

19.9.2013 klo 13-15

26.9.2013 klo 13-15

3.10.2013 klo 13-15

10.10.2013 klo 13-15

SEURANTA KOKOONTUMINEN

tammikuu 2014

RYHMÄN NIMI:

Kouvolan Ryhmävoimaa -liikunta neuvontaryhmä

KOHDERYHMÄ:

Kouvolalaiset Parkinsonin tautia sairastavat ja AVH -sairastaneet maksimi 10 henkilöä.
 mitä rajauksia vielä: sukupuoli, sairastumisaikankohhta, ikä, liikuntatottumukset, -tarve

RYHMÄN PERUSTEHTÄVÄ/TAVOITE:

Ryhmän tavoitteena on

- Tukea jäsentensä liikuntaharrastuksen aloitusta
- Antaa tietoa liikunnan myönteisistä vaikutuksista
- Mahdollisuuden kekeilla soveltuva liikuntalajeja
- mahdollisuuden arvioida omia liikuntatottumuksiaan ja asettaa itselleen tavoitteita Laatia oma liikuntaohjelma

Ryhmä tapaa yhteensä kuusi kertaa ja varsinainen tapaaminen kestää kaksi tuntia.
 Kolmen kuukauden kuluttua viimeisestä tapaamisesta onseuranta kokoontuminen

RYHMÄVOIMAA KOUVOLASSA SYKSYLLÄ 2014!

- Oletko aivoverenkiertohäiriön sairastanut tai Parkinsonin tautia sairastava kouvolaalainen?
- Kaipaanko tietoa ja tukea liikuntaharrastuksen aloittamiseen?
- Etsitkö sopivaa liikuntalajia tai -ryhmää?
- Tunnetko em. ryhmiin kuuluvan henkilön, joka voisi hyötyä ryhmämuotoisesta liikuntaneuvonnasta?



Ryhmävoimaa – ryhmämuotoinen liikuntaneuvonta on Suomen Parkinson-liitto ry:n hallinnoimassa yhteishankkeessa Aivoliitto ry:n kanssa tuotettu malli. Hanketta toteutettiin vuosina 2010–2012 ja pilotteina ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa kokeiltiin Porissa, Vaasassa, Mikkelissä, Seinäjoella ja Ranualla. Hanketta tuki Opetus- ja kulttuuriministeriö. Mallissa keskeistä ovat liikunta, ryhmä, neuvonta ja toiminta.

KOUVOLASSA ALKAA LIIKUNTANEUVONTARYHMÄ SYYSKUUSSA 2014!

Jos vastasit yllä olevista kysymyksistä yhteenkin kyllä, jatka lukemista ja tule mukaan! Kouvolaan aloitettiin viime syksynä ryhmävoimaa!-ryhmä ja jatkoa on luvassa tänä syksynä! Nyt etsimme uuteen ryhmään jäseniä. Liikuntaneuvonta on kohdennettu aivoverenkiertohäiriön sairastaneille tai Parkinsonin tautia sairastaville kouvolaalaisille.

Osallistumismaksu on 15 euroa per osallistuja. Maksu käytetään kulukorvauksiin.

Liikuntaneuvontaryhmän toteuttavat Kymenlaakson AVH-yhdistys ry ja Pohjois-Kymen Parkinson-kerho yhdessä KYAMK:n geronomiopiskelijoiden kanssa. **Ryhmä alkaa torstaina 18.9.2014 klo 13.–15.00 Toimitila veturissa Kouvola os. Kauppiemiehenkatu 4, toinen kerros, Kouvola.** Ryhmä kokoontuu torstaisin joka toinen viikko samaan aikaan.

TOIMITAAN RYHMÄSSÄ!

Ryhmävoimaa liikuntaneuvonta tapahtuu pienryhmässä. Ryhmä kokoontuu kuusi kertaa säännöllisesti joka toinen viikko kaksi tuntia kerrallaan. Ryhmä kokoontuu näiden lisäksi vielä kerran tammikuussa 2015. Tapaamisissa arvioidaan liikuntatottumuksia ja pohditaan niissä tapahtuneita muutoksia sairastumisen myötä, keskustellaan liikunnan hyödyistä ja henkilökohtaista motivaatiota. Lisäksi esitellään ja kokeillaan soveltuvia ja turvallisia liikuntalajeja.

LIKUNNAN RIEMUA!

Liikuntatoiminnalla tarkoitetaan harrastuslähtöistä, omaehtoista liikuntaa, jota yksilö toteuttaa hyvinvointinsa ylläpitämiseksi. Sairaudesta huolimatta olisi tärkeää liikkua yksin tai ryhmässä ja löytää itselle sopiva liikuntalaji.

Neuvontaryhmässä voit tutustua Kouvolaan liikuntamahdollisuuksiin ja löytää myös liikuntakavereita. Lisäksi ryhmän tehtävänä on vähentää esteitä ja luoda mahdollisuuksia osallistumiselle.

YHDESSÄ RYHMÄNÄ!

Ryhmä on käytetty menetelmä ja kokemukset puhuvat työtavan puolesta. Ryhmän etuna on erityisesti mahdollisuus vertaistukeen ja -arvioon. Vertaisten kesken on realistisempaa arvioida omia liikuntatottumuksia, asettaa tavoitteita sekä pyytää tarvittaessa tukea haastavissa tilanteissa.

ILMOITTAUTUMISET 7.9.2014 MENNESSÄ:

Järjestösuunnittelija Veijo Kivistö p. 040 5430 009, tai sp. veijo.kivisto@aivoliitto.fi tai järjestösuunnittelija Ilari Huhtasalo p. 0400 856 005 tai sp. ilari.huhtasalo@parkinson.fi
Ilmoittautuneille lähetetään neuvontaryhmän ohjelma ja toimintaohjeet.

TERVETULOLO MUKAAN!



Tuija-Teresia Lehtinen
Kaarina Aapro

Haastattelurunko

Henkilötiedot

- Mies
- Nainen
- Ikä

Ryhmä

- Mikä vaikutti ryhmään tulemiseen?
- Miten odotukset ryhmässä toteutuivat?
- Oletko kokenut saavasi hyötyä ryhmästä?
- Mitä mieltä olet jatkosta?
- Oliko ryhmäkertoja tarpeeksi, vai olisiko niitä pitänyt olla lisää?
- Motivoiko ryhmän tuki?

Ryhmäytyminen

- Mitä mieltä olet yhteisestä avh ja parkinson ryhmästä?
- Saitko ryhmästä tukea?
- Koitko ryhmässä onnistumisia?

Liikuntatottumukset

- Liikuntatottumukset ennen ryhmään tuloa?
- Liikuntatottumukset, nyt. Ovatko liikuntatottumukset muuttuneet?
- Heräsikö kipinä liikuntaan ja mahdollisesti eri lajeihin?

Liikuntaneuvonta

- Onko liikuntaneuvonta vaikuttanut elämääsi?
- Miten koet liikuntaneuvonnan merkityksen heti sairastumisen jälkeen?
- Mikä merkitys on liikuntapiirakan täyttämällä, sekä suunnittelulla terveysliikunnassa?
- Miten liikunta auttaa jaksamisesi?
- Mikä motivoi liikkumaan?

Vertaistuki

- Koetko saaneesi vertiaistukea?
- Mitä odotit ryhmältä?
- Onko ryhmästä löytynyt liikuntakaveria?
- Oletko innostunut etsimään itsellesi jatkossa mahdollista uutta liikuntaryhmää?