

Veera Gustafsson

FYSIOTERAPIAN MERKITYS PÄIHDEKUNTOUTUKSESSA
Artikkeli-opinnäytetyö

Fysioterapian koulutusohjelma
2018

FYSIOTERAPIAN MERKITYS PÄIHDEKUNTOUTUKSESSA

Artikkeli-opinnäytetyö

Gustafsson, Veera
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Tammikuu 2018
Sivumäärä: 35
Liitteitä: 0

Asiasanat: päihderiippuvuus, moniammatillisuus, fyysinen aktiivisuus, psykofyysinen fysioterapia

Opinnäytetyön tarkoitus on saattaa yhteen eri lähteistä koottu tieto fysioterapian merkityksellisyydestä moniammatillisessa päihdekuntoutuksessa. Työ koostuu teoriaan painottuvasta tekstikokonaisuudesta sekä tämän pohjalta kirjoitetusta artikkelista. Teoriaosuus on pohjustettu järjestelmällisellä tiedonhaulla ja siihen on yhdistetty ajankohtaiset aiheet, kuten sote-uudistus. Artikkelikiiteyttää teoriaosuuden pääasiat tiiviiksi ja helposti omaksuttavaksi tekstiksi.

Kuntoutuminen on kokonaisvaltainen prosessi, jossa huomioidaan mahdollisimman laajasti kuntoutujaan vaikuttavat tekijät. Tuloksellisuuden kannalta tarkoituksenmukaisinta on käyttää moniammatillista tiimiä kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Näin voidaan arvioida myös laajemmin tavoitetta tukevaa toimintaa. Opinnäytetyön tavoitteena onkin nostaa esiin fysioterapeuttinen näkökulma päihdekuntoutukseen.

Päihderiippuvuutta käsitellään työssä diagnosoitavana sairautena, joka ilmenee sekä fyysisenä että psyykkisenä. Riippuvuuden syntymekanismit voidaan karkeasti jakaa perintö- ja ympäristötekijöihin, kuitenkin todellisuudessa sairauden tausta on moniulotteisempi. Päihteidenkäyttö vaikuttaa fyysiseen sekä psyykkiseen terveyteen ja toimintakykyyn monen tekijän kautta. Pääasiassa teoria painottaa alkoholismia, mutta tieto on sovellettavissa myös muihin päihderiippuvuuksiin.

Fysioterapian näkökulma esitellään psykofyysisen fysioterapian ja fyysisen aktiivisuuden kautta. Kehon, mielen ja ympäristön yhteyttä ja vuorovaikutustapoja korostava lähtökohta antaa viitekehykset kohdata päihdekuntoutuja koko elämäntilanne huomioiden. Kohderyhmälle sovellettua liikkumista hyödyntämällä voidaan vaikuttaa päihteidenkäyttöä seuraaviin terveyshaittoihin ja upottaa mukaan elementtejä perinteisestä fysioterapiasta kattavammin toimintakykyä tukemaan. Ryhmämuotoisena sosiaaliset vaikutukset ja vertaistuki ovat kuntoutujalle ensiarvoisia. Opinnäytetyö muodostaa edellä mainittuihin tietoihin nojaten pohjan, jota on mahdollista jatkaa tutkimuksista moniin käytännön toteutuksiin.

SIGNIFICANCE OF PHYSIOTHERAPY IN SUBSTANCE ABUSE REHABILITATION

Thesis with an article

Gustafsson, Veera

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in physiotherapy

January 2018

Number of pages: 35

Appendices: 0

Keywords: substance abuse, multi-professional, physical activity, psychophysical physiotherapy

The purpose of this bachelor's thesis is to combine together information about the significance of physiotherapy in substance abuse rehabilitation gathered from various sources. The thesis consists of two parts, a more thorough theory focused part and an article based on this. The theoretical part is grounded in systematic information retrieval and is combined with current topics such as the social welfare and healthcare reform. The article condenses the main points of the theoretical part into a compact and comprehensible text.

Rehabilitation is a comprehensive process in which the factors affecting the rehabilitee should be taken into account as extensively as possible. In order to reach the optimal outcome, the use of a multi-professional team in planning and executing the rehabilitation plays a key role. This way the actions that support achieving the goal can also be assessed more widely. Therefore the objective of this thesis is to highlight the physiotherapeutic point of view in substance abuse rehabilitation.

In this thesis, substance addiction is handled as a diagnosable condition that has both a mental and a physical dimension. The causes of addiction can roughly be attributed to hereditary and environmental factors, though in reality, the background of the condition is more complex. Substance abuse affects physical and mental health as well as functional ability in multiple ways. The thesis focuses mainly on alcoholism but is also applicable to other kinds of substance addiction.

Physiotherapeutic point of view is presented here through psychophysical physiotherapy and physical activity. A perspective that emphasizes the connection and interaction between body, mind, and environment gives a framework to face a rehabilitee taking into account their entire life situation. Making use of physical activity planned for specifically this target group can be helpful in reducing the health risks of substance abuse. This also makes it possible to use elements of traditional physiotherapy to more comprehensively support the individual's functional ability. The social effects of a group setting, as well as peer support, are of crucial importance to a rehabilitee. Based on the abovementioned information, the thesis forms a basis for practical applications and future research.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT.....	7
2.1	Kuntoutus ja kuntoutuminen käsitteinä	7
2.2	Moniammatillinen päihdekuntoutus	7
2.3	Fysioterapia päihdekuntoutuksessa.....	8
2.4	Tarkoitus ja tavoitteet	8
2.5	Menetelmät	9
3	PÄIHDERIIPPUUUS.....	11
3.1	Alkoholinkäytön kehitys Suomessa.....	11
3.2	Riippuvuuden syntymekanismit.....	12
3.3	Päihteidenkäytön vaikutukset terveyteen ja toimintakykyyn	13
3.4	Päihdepalvelujärjestelmä	15
3.5	Päihdepolitiikka ja sen menetelmät hyvinvointipolitiikan viitekehyksessä. 16	
4	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA.....	18
4.1	Kokonaisvaltainen käsitys ihmisestä	18
4.2	Kehonkuva & kehotietoisuus.....	18
4.3	Hengitys	20
4.4	Kosketus.....	21
4.5	Tutkimuksia ja käytännön toimintamalleja.....	22
5	LIKKUMINEN KUNTOUTUMISEN TUKENA.....	24
5.1	Fyysinen aktiivisuus mielenterveyden edistäjänä.....	24
5.2	Liikkumisen fyysiset terveysvaikutukset.....	26
5.3	Tasapaino- ja koordinaatiohäiriöt	27
5.4	Liikkumisen sosiaaliset ulottuvuudet.....	28
5.5	Motivointi – liikunta arjen voimavaraksi.....	30
6	POHDINTA.....	31
6.1	Fysioterapian käyttömahdollisuudet päihdekuntoutuksessa	31
6.2	Itsearviointi	34
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Työssä käsitellään päihderiippuvuuteen vaikuttavia tekijöitä ja sen yhteiskunnallisia vaikutuksia hyvinvointipolitiikan näkökulmasta. Sote-uudistuksen vielä tarkasti määrittelemättömät vaikutukset päihdehuollon palvelujärjestelmään ja uudistuva alkoholi-laki tekevät asiasta ajankohtaisen. Alkoholista koituvat haittakustannukset nousevat vuosittain miljardiin euroon ja muista päihteistä aiheutuvat haitat puoleen tästä, joten tämä koskettaa jokaista suomalaisen yhteiskunnan jäsentä. (Päihdehaittakustannukset 2010)

Tuoreen marraskuussa 2017 julkaistun Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen tiedotteen mukaan alkoholi on edelleen yksi kärkitekijä ennenaikaisissa kuolemissa. Suomessa menetettyjä elinvuosia on miesten osalta 562 vuotta 100 000 asukasta kohden, naisilla vastaava luku on 142. Pohjoisen ulottuvuuden maiden vertailussa Suomella olisi parannettavaa itsemurhien ehkäisyssä ja alkoholikuolemien vähentämisessä. (Jousilahti, Vienonen, Mackiewicz, Koistinen & Vohlonen 2017)

Alkoholin riskikäyttäjää on Suomessa yli 600 000 ja 26-54 -vuotiailla naisilla se on rajussa nousussa. Nuorten alkoholinkäyttöön liittyvät mielipidekyselyt näyttävät positiivisempaa suuntaa, mutta huumausaineiden käyttötilastot heidän kohdallaan ovat nousussa. Ero päihteitä runsaasti ja vähän käyttävien välillä näyttää kasvavan, joka voi ennakoita suuremman määrän riskikäyttäjistä sairastuvan päihderiippuvuuteen. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016 2016, 20, 48-50)

Päihteidenkäyttö ei kosketa vain yksilöitä, vaan vaikuttaa koko elinympäristöön. Vuonna 1991 syntyneiden lapsien perheistä 11 prosentilla todettiin toisella vanhemmista päihdehäiriö lapsen 18 ikävuoteen mennessä. Päihdehäiriöisten lapset kärsivät muita enemmän esimerkiksi vanhempien mielenterveysongelmista. (Jääskeläinen, Holmila, Notkola & Raitasalo 2016, 288-299)

Päihderiippuvaisilla on addiktion lisäksi usein muita sairauksia. Alkoholin vaikutuksia terveyteen ja toimintakykyyn käsitellään tarkasti sekä fyysiseen että psyykkiseen

terveyteen liittyen. Yleistä onkin riippuvuuden yhteydessä todettu kaksoisdiagnoosi, jolloin päihdehäiriön lisäksi samalla henkilöllä on jokin mielenterveyteen liittyvä sairaus.

Toimintakykyä rajoittavia tekijöitä käsitellään fysioterapian näkökulmasta ihmisen kokonaisvaltaisuutta korostavalla otteella. Keskiössä on voimavarojen huomioiminen osana terapiaprosessia. Ihmisen kohtaaminen tasavertaisena yksilönä on perusoikeus ja lähtökohtana hyvän vuorovaikutusuhteen luomiselle päihderiippuvaisen asiakkaan kanssa. Turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri on ensiarvoista tuloksellisuuden kannalta.

Varsinaisina terapiakeinoina tuodaan esiin käyttäjänsä erityispiirteet huomioiva fyysinen aktiivisuus ja psykofyysinen fysioterapia. Erilaisiin liikuntamuotoihin voi sisällyttää monia perinteisen fysioterapian elementtejä. Päihderiippuvaisilla on useita neurologisia oireita ja ongelmia, joten mielekkääseen liikkumiseen yhdistettynä esimerkiksi tasapainoharjoittelu sujuu jouhevammin. Psykofyysisen fysioterapian lähtökohtia, kuten hengitys- ja kehotietoisuusharjoituksia, voi liittää liikuntatuokion loppuun venytelyn yhteyteen tai omana rentoutumisharjoituksenaan.

Ajatus opinnäytetyöstä syntyi henkilökohtaisesta ammatillisesta tarpeesta saada aiheesta lisätietoa ja vastaavasti työmaailmassa ilmenneestä kiinnostuksesta saada tietoa siitä, miksi fysioterapiaa tulisi päihdekuntoutuksessa hyödyntää. Kyse on ammatilliset rajat ylittävästä monitieteellisestä näkökulmasta, jossa ihmisen toimintakyky muodostuu monesta eri osa-alueesta. Näen työn suurelta osin uuden ajatusmallin herättelijänä, jonka vuoksi kohdeyleisö on otettu laajasti huomioon. Ennen muutokseen tähtäävää toimintaa tarvitaan aihetta avaavaa tietoa ja sen pohjalta rakentavaa keskustelua.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kuntoutus ja kuntoutuminen käsitteinä

Kuntoutuminen itsessään ei ole uusi asia, vaan kyseinen käsite on vakiintunut vuosikymmenien aikana. Sen merkitys ja toteutustavat ovat kuitenkin vaihdelleet suuresti. Sote-uudistuksen myötä aihe on ollut jälleen esillä, vaikka sen asema ei ole näkyvä valmistelutyössä ollutkaan. Nykykäsityksen mukaan tärkeää on ihmisen oma aktiivisuus ja realististen tavoitteiden asettaminen, jotka ovat kuntoutujalle itselleen merkityksellisiä. Ammatillaiset suunnittelevat tavoitteita tukevia kuntoutustapoja, joissa pyritään hyödyntämään vuorovaikutuksellisuutta ja kuntoutujan omia voimavaroja. (Autti-Rämö, Salminen, Rajavaara & Ylinen 2016,)

Fysioterapiassa kuntoutumista on perinteisesti käsitelty fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta. Ihminen on kuitenkin enemmän kuin osiensa summa, jolloin tulee tarkastella kaikkia toimintakyvyn osa-alueita. Kuntoutumisessa ei ole kyse vain polven liikelaajuudesta tai harrastetun terveysliikunnan määrästä, vaikka se tavoitteena olisikin. Kuntoutuminen tulisi nähdä kokonaisvaltaisena prosessina, jossa huomioidaan mahdollisimman laajasti kuntoutujaan vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset tekijät.

2.2 Moniammatillinen päihdekuntoutus

Moniammatillisen yhteistyön taustalla on ajatus asiakkaan tarpeiden huomioimisesta kokonaisvaltaisesti. Eri alojen ammatillaiset työskentelevät tiiminä tuoden oman erikoisosaamisensa yhteiseen käyttöön. Näin tuloksellisuus paranee, kun pystytään arvioimaan laajemmin tavoitetta tukevaa toimintaa. Kuntoutuksen toimintatapoja tarkastellessa tärkeintä olisi varmistaa prosessin sujuva eteneminen ja kuntoutuksen oikea-aikainen järjestäminen. (Autti-Rämö ym. 2016) Moniammatilliselta tiimiltä tämä vaatii saumatonta yhteistyötä ja järkevää vastuunjakoa, jotka tukevat tehtyä kuntoutussuunnitelmaa.

Päihdetyö on laaja käsite, joka pitää sisällään eriytyneempiä osa-alueita. Se on nykyaikana yhä moniammatillisempaa ja monet alueet vaativat eri alan osaajia.

(Orjasniemi 2014, 5) Myös päihdeongelmaisen hoitopaikan tiukoista laatukriteereistä nousee esiin vahvana teemana yhteistyö monien eri tahojen kanssa. (Eskola 2003, 200-202) Päihdekuntoutuksessa työskentelee esimerkiksi sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä ja lääkäreitä. Fysioterapeutti ei kuulu lähtökohtaisesti päihdehoidon moniammatillisiin osajiin.

2.3 Fysioterapia päihdekuntoutuksessa

Fysioterapian määritellään perustuvan terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Taustalla toimii fysioterapiatiede, joka tarkastelee ihmisen toimintakykyä sekä liikkumista painottaen toiminnan heikkenemistä ja häiriöitä. Fysioterapian osa-alueita ovat mm. terveyden edistäminen, neurologiset toiminta-häiriöt, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet, eri ikäryhmille suunnattu fysioterapia, laaja liikunta-osaaminen ja psykofyysinen fysioterapia. Opinnoissa ja työssä sovelletaankin monen muun tieteenalan tutkimusta, jotta pystytään kokonaisvaltaisesti arvioimaan asiakasta omassa toimintaympäristössään. (Autti-Rämö 384)

Fysioterapeutin rooli päihdekuntoutuksessa on vielä vähäinen, vaikka psykofyysinen näkökulma ihmiseen saa kasvavin määrin puolestapuhujia sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten parissa. Päihdekuntoutuksessa tavoitellaan itseohjautuvaa omatoimisuutta ja sisäistä motivaatiota parempaan toimintakykyyn elämän kaikilla osa-alueilla. Päihderiippuvuutta seuraavat kuitenkin lukuisat rajoitteet, häiriöt ja sairaudet, joihin fysioterapian keinoin voitaisiin vaikuttaa ja näin kohentaa kuntoutujan elämänlaatua.

2.4 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella jo olemassaolevaa tietoa fysioterapiasta ja päihdekuntoutuksesta näiden yhdistämisen näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa selkeä ajanmukainen tekstikokonaisuus, joka avaa aiheen merkityksellisyyttä monelta eri kannalta. Kohderyhmänä ovat päihdekuntoutuksessa työskentelevät sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset sekä alan opiskelijat, mutta teksti on kirjoitettu selkeästi ja

käsitteitä avaten myös omaiset ja sairastuneet itse huomioiden. Osatavoitteena mukana kulkee ajatus siitä, että työ synnyttäisi keskustelua päihdehoidon nykymuodosta ja sen kehityssuunnista sekä opiskelijoiden että ammattilaisten kesken. Helposti omaksuttava selkeä tietopaketti tavoittaa uusia ihmisiä todennäköisemmin kuin itsenäinen työläs tiedonhaku monesta eri lähteestä.

2.5 Menetelmät

Opinnäytetyö on teoreettinen katsaus oman aihepiirinsä taustavaikuttajiin ja pyrkii vastaamaan kysymykseen, onko fysioterapia merkittävä kuntoutusmuoto päihderiippuvuuteen liittyvissä toimintakyvyn ongelmissa. Kyseessä ei kuitenkaan ole tutkimus, vaan jo olemassaolevan tutkitun tiedon yhdistämistä uudeksi kokonaisuudeksi. Tiedon levittämisen näkökulmasta opinnäytetyön pohjalta tuotetaan artikkeli, jossa pääasiat kootaan tiiviiksi, mutta kansantajuiseksi ja helposti lähestyttäväksi tekstiksi. Julkaisupaikoiksi on alustavasti pyydetty muutamia päihdetyön johtavien tahojen julkaisuja.

Tiedonhakuun käytetään Finnan omia kokoelmia sekä kansainvälisiä e-aineistoja. Hakusanoina ovat aluksi päihdekuntoutus, päihderiippuvuus, päihdetyö, fysioterapia, psykofyysinen fysioterapia, moniammatillinen kuntoutus, soveltava liikunta sekä näiden englanninkieliset käännökset. Osumien perusteella käytetään näiden lähdetietoja sekä tarkennuksia yläkategoriaan, kuten hengitys tai koordinaatiohäiriö. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut ovat aktiivisesti mukana koko kirjoittamisen ajan päihdepolitiikan ja päihdeisiin liittyvien tilastotietojen kautta.

Sisällöllisesti työssä esitellään päihderiippuvuuden taustat, jotta erilaisista ammattitaustoista tulevat lukijat saavat kattavat ajantasaiset perustiedot aiheesta. Aiheen rajaamisen vuoksi käsitellään pääasiassa alkoholia ja alkoholismia, mutta alkoholin aiheuttama riippuvuuskäyttäytyminen ja haitat ovat verrattavissa myös muihin päihdeisiin. Työn antamia tietoja voi siis hyödyntää moniulotteisemmalla tasolla päihdehoidossa, jonka vuoksi nimeen valikoitui yleisluontoisemmin päihdekuntoutus. Vaikka toteutettu terapia ja kuntoutus tapahtuisi yksilötasolla, on tärkeää huomioida nämä osana laajempaa kokonaisuutta. Fysioterapia itsessään on päihdekuntoutuksessa

niin vähäistä, että muutoksen aikaansaamiseksi pitäisi asia tuoda esiin päihdekuntoutusjärjestelmän ja hyvinvointipolitiikan tasolla suuremmassa mittakaavassa. Tästä johtuen näitä tekijöitä on huomioitu myös työssä. Rajaamisen vuoksi tarkat päihteiden käyttötilastot ja tämänhetkisiä suurimpia muuttuvia tekijöitä ei ole käsitelty pintapuolta tarkemmin. Nämä tiedot ovat helppo lukijan tarkistaa ja ne eivät ole kokonaisuuden kannalta relevantteja. Päihteidenkäytön rajussa nousussa oleva kehitys naisten osalta, muovaantuvat asenteet ja yleinen ilmapiiri olisivat jo itsessään täysimittaisen opinnäytetyön aihe.

Fysioterapian osalta lukijan on olennaista ymmärtää psykofyysisen fysioterapian taustat ja käsite itsessään lähestymistapana, eikä niinkään yhtenä terapiamenetelmänä. Käsiteltäessä kokonaisuutena fysioterapiaa päihdekuntoutuksessa lähtökohtana onkin nimenomaan kokonaisvaltainen ihmiskäsitys, jossa ympäristö, keho ja mieli elävät rinnakkain vuorovaikutuksessa toisiinsa. Tämä on siis lähtökohta tehtävälle fysioterapialle, ei toimintatapa. Itse fysioterapia sisällytetään sovellettuun liikkumiseen, sillä päihdekuntoutujien fyysisen aktiivisuuden ollessa alhainen, on tarkoituksenmukaisempaa tavoitella aktiivisuutta kokonaisuutena. Liikuntaan voi upottaa yksityiskohdaisempia perinteisen fysioterapian ja rentoutumisen kautta voimavaroja edistäviä elementtejä kokonaiskuvan ollessa laajempi.

Työssä on nähtävissä kokemus ja osaaminen Somebody®-menetelmästä aihepiirin käsittelytavassa. Erityisesti kokemus ryhmien ohjaamisesta päihde- ja mielenterveysalueella on vaikuttanut vuorovaikutuksen ja sosiaalisten taitojen tuomiseen esille liikkumista käsittelevässä osiossa. Kokonaisuutena tästä kumpuava osaaminen näkyy koko tekstissä ihmisen psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä puolta tasapainoisesti korostavana näkökulmana. Monipuolisten käyttömahdollisuuksien ja etenkin moniammatillisuuden vuoksi teoria on myös pohdinnassa nostettu näkyville.

Artikkeli kirjoitetaan a-klinikkasäätiön Tiimi-julkaisun ohjeistuksen mukaisesti. Tiimi on päihdetyön erikoislehti, joka seuraa aktiivisesti päihdetyöhön kytkeytyviä ajankohtaisia ilmiöitä ja kehityssuuntia. Tiimi julkaistaan viisi kertaa vuodessa ja on kiinnostunut julkaisemaan opinnäytetyön pohjalta tuotetun artikkelin. Artikkelin kokonaispituus on enintään 8000 merkkiä eikä viitteitä sisällytetä tekstiin, lopussa voi olla muutama alaviite, mutta nämäkin suositellaan jättämään pois. Kyseessä ei siis ole

tutkimuksellinen teksti, vaan kansantajuisella yleiskielellä kirjoitettu naseva artikkeli. Lukijakunnalla oletetaan olevan perustiedot päihderiippuvuudesta, joten näitä ei tule sisällyttää tekstiin.

3 PÄIHDERIIPPUVUUS

Alkoholinkäytön ajatellaan olevan tiivis osa suomalaista kulttuuria. Pohjalainen kansa tunnetaan kotipolttoisestaan ja monet Suomessa vierailevat tutustuvat eksoottiseen saunaan huurteinen olut tai koskenkorvaryyppy kädessään. Suomalainen sahti eli suodattamaton olut on rekisteröity Euroopan unionin aidoksi perinteiseksi tuotteeksi vuonna 2002. (Euroopan komission www-sivut 2002) Kulttuurinen ihannointi kätkee kuitenkin taakseen totuuden, joka koskettaa reilusti yli viidesosaa suomalaisista.

3.1 Alkoholinkäytön kehitys Suomessa

Alkoholinkäyttöä on säännöstelty ja rajoitettu aikanaan voimakkaastikin Suomessa valtion toimesta. Viime vuosisadalla toimi aktiivisesti raittiusliike, yritettiin kieltoakia ja vielä 50-luvulla käytettiin ostomääriä rajoittavaa viinakorttia. Tämän jälkeen käyttömäärät ovat olleet pitkällä aikavälillä katsoen melko tasaisessa nousussa muutamia piikkejä lukuunottamatta. Näitä olivat mm. 90-luvun lama ja vuoden 2004 alkoholi-verouudistus, jolloin sitä alennettiin Viroon suuntautuneen olutmatkailun hillitsemiseksi. Tämä kuitenkin johti lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön ja verotusta on korotettu viidesti sen jälkeen. (Valtiovarainministeriön www-sivut 2017)

50 vuoden aikana alkoholinkulutus asukasta kohden on tuplaantunut. Kun vielä 60-luvun puolivälissä luku oli vajaa 5 litraa sataprosenttista alkoholia yli 15-vuotiasta asukasta kohden, on se vuonna 2016 ollut lähes 11 litraa. Tätä selittää mm. naisten osalta alkoholikulttuurin muokkaantuminen, joka on huomattavasti vapaampaa nykypäivänä. Nuorten alkoholinkäyttö on kuitenkin näyttänyt tällä vuosikymmenellä positiivista suuntaa. 14-20 vuotta täyttäneiden humalahakuinen juominen vähintään kerran kuukaudessa on vielä 2010 ollut 35-42% ja vuonna 2016 laskenut 29-32 prosenttiin. Nuorten alkoholikäyttäytymisessä tapahtunut muutos ei kuitenkaan poista

sitä, että Suomessa on yhä jopa 600 000 alkoholin riskikäyttäjää ja naisten osuus näissä on selvästi kasvussa. Aikuisista 20-64-vuotiaista miehistä 20-25% käyttivät vuonna 2015 alkoholia humaltuakseen viikoittain ja naisilla sama luku oli 5-7%, joista 25-54-vuotiailla se on jyrkässä nousussa. Raittiiden henkilöiden osuuksia tarkastellessa tulee sama tulos. Miesten määrä on vuodesta 82 muuttunut vain kaksi prosenttiyksikköä (13% -> 11%) vuoteen 2015 mennessä, kun naisilla se on laskenut yli puolella 17 (32% -> 15%) prosenttiyksikköä. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016 2016, 17, 68-69, 72)

3.2 Riippuvuuden syntymekanismit

Alkoholiriippuvuus F10.2 on asteittain kehittyvä aivojen sairaus, jonka diagnostisia kriteereitä ovat mm. voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia, heikentynyt kontrollointikyky, vieroitusoireyhtymä ja käytön jatkaminen haitoista huolimatta. Tämän lisäksi riippuvuutta voidaan määritellä sen vaiheen mukaan, eli onko kyseessä käytön aktiivinen vai passiivinen eli vieroittunut tila. (Käypä hoito -suositus 2017) Alkoholinkäyttö on hauskaa ja se tuottaa positiivisia tunteita, mitä pidetään yhtenä tärkeänä tekijänä sen käyttöön liittyen. Nämä joko tiedostetut tai tiedostamattomat vaikutukset ohjaavat käyttöä ja synnyttävät halun saada sitä lisää. Tämän vuoksi keskeisenä selittävänä tekijänä alkoholinkäytölle voidaan pitää alkoholia itse muiden syiden ollessa toissijaisia. Alkoholiriippuvuudesta puhuttaessa syntymekanismit voidaan karkeasti jakaa perintö- ja ympäristötekijöihin. Sairauden kehittymistapojen yhteisiä osia ovat neuropsykologinen sopeutuminen, alkoholinkäytön varhainen aloitusikä ja suurkulutus.

Syöminen ja juominen ovat elämää ylläpitäviä toimintoja, joihin ihmisellä on luonnollinen tarve. Näiden ajatellaan aktivoivan aivojen mielihyvämekanismeja samalla tavoin kuin alkoholin juomisenkin ja siitä johtuen hermosolut vapauttavat dopamiinia etuaivojen accumbens-tumakkeissa. Mielihyvän saaminen johtaa toistavaan kaavamaiseen käyttäytymiseen positiivisten vaikutuksien saavuttamiseksi. Todellisuudessa alkoholi ei kuitenkaan vaikuta edistävästi esimerkiksi mielenterveyteen, vaan vaikutuksen alaisena esiintyvistä myönteisistä tunteista huolimatta voi lisätä masennuksen määrää. Monia yleisesti hyväksytyjä selityksiä alkoholin nauttimiselle

onkin stressi tai uniongelmat, mutta alkoholilla ei ole todettu olevan ainakaan positiivisia vaikutuksia stressin fysiologisille oireille ja vaikka unensaanti helpottuisi, itse uni on huonolaatuisempaa. Toistuvasti käytettynä aivot sopeutuvat alkoholiin eli adaptoituvat, jolloin toleranssi kasvaa ja päinvastaisena reaktiona tietyt vaikutukset tulevat esiin herkemmin. Tämän ilmiön nähdään olevan tärkeässä asemassa alkoholi-riippuvuuden syntyyn. (Kiiänmaa 2015, 36-37)

Alkoholismiin voi sairastua kuka tahansa, mutta perinnöllinen alttius kasvattaa riskiä jopa 50%. Pelkät perintötekijät eivät kuitenkaan tee kenestäkään alkoholista, vaan ympäristö- ja elämäntekijät ovat merkittävässä roolissa sairauden synnyssä. Merkittävimpiä ympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat varhainen käytön aloitus, kaveripiiri ja kotiympäristö. Poikkeuksena tässä on myöhään aikuisiällä syntyvä alkoholismi. Perintötekijöillä on kuitenkin ympäristötekijöitä vahvempi vaikutus sairauden syntyyn. Voisi siis sanoa, että alkoholinkäytön aloittaminen, etenkin nuorella iällä, on seurausta ympäristöstä, mutta se miten tilanne kehittyy on taas vahvasti perinnöllisistä taipumuksista kiinni. (Latvala 2015, 34-35, Kiiänmaa 2015, 39)

3.3 Päihteidenkäytön vaikutukset terveyteen ja toimintakykyyn

Sydän- ja verisuonitauteja kutsutaan Suomessa yleisyytensä perusteella kansantaudeiksi. Jatkuva alkoholinkäyttö suurentaa riskiä sairastua näihin ja altistaa sydämen rappeutumiselle. Verenpaineen kohoaminen ja rytmihäiriöt seuraavat vähänkin runsaampaa alkoholinkäyttöä. Toistuva humalahakuinen juominen lisää aivoverenkier-ron ja aivoinfarktin riskejä. Alkoholilla altistaa kaloripitoisuutensa vuoksi lihomiselle, jolla taas on vaikutus metabolisen oireyhtymän syntyyn. (Huttunen 2015)

Alkoholiriippuvuuteen ja pitkään jatkuneeseen päihteidenkäyttöön liittyvät usein neurologiset ja psykiatriset ongelmat. Neurologisia toimintakyvyn häiriöitä ovat esimerkiksi tasapaino- ja koordinaatiohäiriöt, joiden lisäksi aivovammat ovat muuhun väestöön verrattuna kolme kertaa yleisimpiä. Masennus, uniongelmat ja ahdistuneisuushäiriöt taas ovat alkoholisteilla yleisiä psykiatrisia ongelmia. (Huttunen 2017)

Kaksoisdiagnoosiksi kutsutaan hyvin yleistä tilaa, jossa henkilöllä on todettu sekä päihderiippuvuus että jokin mielenterveydellinen häiriö. (Aalto 2009)

Aivovammoista puolet syntyvät alkoholin vaikutuksen alaisena ja tyypillisin ryhmä tässä on 20-35 -vuotiaat miehet. Vuosittain vammaa saa 15 000-20 000 henkilöä ja kun näistä puolet ovat aiemmin mainitusta ikäryhmästä, kyse on yksilön lisäksi myös kansantaloudellisesti merkittävästä asiasta. (Aivovamman käypähoito -suositus 2017) Alkoholisteilla aivovamma altistaa epilepsialle ja dementialle, jolloin tilat ovat pysyviä henkilön raitistuessakin. Vamman laadusta ja sijainnista riippuen se aiheuttaa kantajalleen mm. halvauksia, aisti-, tunto- ja puhehäiriöitä sekä luonteessa tapahtuvia muutoksia. Pahimmillaan aivovamman saanut henkilö vaatii ympärivuorokautista laitoshoidoa, joka tulee yhteiskunnalle kalliiksi. (Hillbom 2015, 319) Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin aivovaurioita koskevan konsensuslausuman mukaan jokaisella on oikeus kuntoutukseen ja asianmukaiseen hoitoon moniammatillisessa ympäristössä. Arkielämän toimintoihin liittyvän fysioterapian nähdään olevan tehokainta luonnollisessa ympäristössä, eli parhaassa tapauksessa kotona tai päihdekuntoutujasta puhuttaessa mahdollisesti jopa päihdekuntoutuksen asumisyksikössä. (Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus 2008, 6-7, 9-10)

Aivovammaan usein liittyy tasapaino- ja koordinaatiohäiriöitä, mutta nämä ovat myös tyypillisiä itsenäisiä päihteenkäytöstä aiheutuneita oireita, jotka vaikuttavat haitallisesti kuntoutumiseen ja toimintakykyyn arkielämässä. Aktiivinen pitkään jatkunut alkoholinkäyttö vähentää pikkuaivoissa solumassan määrää, jonka seurauksena tasapaino häiriintyy ja esimerkiksi käsien liikkeiden koordinoiminen vaikeutuu. Jatkuvan käytön seurauksena on todettu myös muutoksia muistissa, motoriikassa ja päätelykyvyssä, joiden pysyvyys riippuu muutoksien suuruudesta. (Päihdelinkin www-sivut 2005)

Alkoholinkäyttö ja psyykinen sairastavuus kulkevat käsi kädessä. Alkoholinkäyttö itsessään aiheuttaa psyykkisiä oireita niin päihtymystilassa, vieroitusvaiheessa kuin jäännösoireina käytön jälkeenkin. Psyykinen sairaus taas lisää alkoholinkäyttöä itselääkitsemisen muodossa. Kaksoisdiagnoosina riippuvuuden lisänä voi olla mieliala-, ahdistuneisuus- tai persoonallisuushäiriö tai skitsofrenia. Pitkään jatkuneella alko-

holinkäytöllä voi olla lähes mitä tahansa psyykkistä sairautta muistuttavia seurauksia, mutta tarkoituksenmukaisen hoidon takaamiseksi nämä ovat tärkeä erotella oikein. (Mäkelä 2003, 183) Alkoholiriippuvaisista jopa 60%:lla on jonkinasteisia uni-ongelmia. Yleisintä on liian lyhyt unijakso tai huono unenlaatu. Uniongelmat altistavat retkahdukselle, kun niitä yritetään lääkittää itse alkoholilla. (Telakivi 2003, 374)

Alkoholista aiheutuvia terveyshaittoja on ennen mainittujen lisäksi lukuisia. Jatkuva käyttö altistaa aineenvaihdunnallisille ongelmille, hormoni- ja ravitsemushäiriöille, erilaisille syöville, alkoholisairauksille ja ennen aikaiseen kuolemaan. Oman terveytensä lisäksi alkoholisti vaarantaa myös ympäristön terveyden. Alkoholistin läheiset oireilevat monin tavoin ja äidin päihteidenkäyttö voi aiheuttaa sikiölle eriasteisia vaurioita. (Huttunen 2015)

3.4 Päihdepalvelujärjestelmä

Päihdepalvelujärjestelmä pitää sisällään erilaiset päihdeongelmallisille suunnatut sosiaali- ja terveyshuollon palvelut. Käytännössä nämä tarkoittavat perusterveydenhuoltoa, erikoissairaanhoidtoa, sosiaalihuoltoa, katkaisu- ja kuntoutusyksiköitä asumispalveluineen, neuvontaa ja ehkäisevää työtä sekä erilaisia matalan kynnyksen toimintoja. Käsite päihdehuollon erityispalvelut kattaa kaikki päihdeongelmaisten hoitoon erikoistuneet palvelut. (Partanen 2015, 485) Näiden lisäksi suuri palveluntuottajaryhmä on kolmas sektori. Kolmas sektori sisältää vapaaehtoistoimijat ja voittoa tavoittelemattomat organisaatiot, kuten yhdistykset. Suomessa aktiivisia päihdetyöhön keskittyneitä toimijoita ovat mm. a-kilta, a-klinikka ja sininauhaliitto. Kolmas sektori järjestää kuntoutuspalveluja, mutta myös vertaistuki- ja viriketoimintaa sekä edistää yhteiskunnallisella tasolla toimintaperiaatteidensa mukaista vaikuttamista. Sillä on merkittävä osuus hyvinvoinnin tuottamisessa osana terveydenhoitojärjestelmää. (Ala-Nikkola ym. 2016)

Päihdehuoltolaissa määritellään, että ”kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. -- Päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja

palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. --” (Päihdehuoltolaki 41/1986, 1 §, 3 §)

Päihdepalvelujärjestelmä on murroksessa ja kehityksen alla sote-uudistuksen myötä. Vuonna 2005 aloitettu kehittämistyö sosiaali- ja terveysjärjestelmien rakenteiden muuttamiseksi ja näiden yhdistämiseksi tulee järjestämisvastuun osalta voimaan 1.1.2020. Sote-uudistuksen tavoitteena on luoda toimivampi sosiaali- ja terveyshuollon verkosto, jossa palvelut ovat yksilöllisempiä ja palvelut sovitetaan asiakkaan tilanne huomioiden tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi. Järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnalle ja julkisen puolen palveluiden rinnalle nousee nykyistä näkyvämmiin yksityiset palveluntuottajat. (Partanen 2015, 483-484)

Päihdepalvelujärjestelmä kolmas sektori mukaanlaskien tuottaa kuntoutuspalveluja, joiden tulee täyttää päihdepalvelujen yleiset laatuvaatimukset. Työskentely on asiakaslähtöistä, jossa asiakas osallistuu aktiivisesti oman kuntoutukseen eri toteutusvaiheisiin. Perusoikeudet ja edellytykset käyttää palvelujat ovat huomioitava. Erilaisissa asumis- ja majoitusratkaisuissa on toteuduttava itsemääräämisoikeus ja tilojen taso sekä päihdehuollossa työskentelevien henkilöiden hyvinvointi ja ammattitaso on varmistettava. (Päihdepalvelujen laatusuosituksen 2002, 15-22)

3.5 Päihdepolitiikka ja sen menetelmät hyvinvointipolitiikan viitekehityksessä

Hyvinvointia voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta, kuten laajana ilmiönä valtiollisesti tai mikrotasolla ihmisten terveyttä ja onnellisuutta tutkimalla. Hyvinvointipolitiikan käsite on itsessään uusi ja sillä tarkoitetaan lähes samaa kuin aiemmin sosiaalipolitiikasta puhuttaessa. Kyse on väestön hyvinvointiin ja sen ylläpitoon suunnatusta toiminnasta, joka sisältää myös suunnittelu- ja hallintojärjestelmän hyvinvointipalveluineen. Yhteiskuntapolitiikka voidaan ymmärtää osittain mukaan sulautuvana osa-alueena, kun ajatellaan hyvinvointia kulttuurin ja talouden näkökulmasta.

Talous, hallinto ja resurssit ovat välttämättömiä hyvinvointipolitiikan käytännön organisoinnissa. (Niemelä 2010, 13-17)

Hyvinvointipolitiikka pitää sisällään sosiaalipolitiikan ydinalueet, joissa yhtenä osana on päihdepolitiikka. Tähän kuuluvat alkoholipoliittiset menetelmät painottavat käytöstä aiheutuvien haittojen ehkäisyä yksilön ja yhteiskunnan tasolla. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos THL on tiivistänyt aiheesta kuluneina vuosikymmeninä nousseissa määrin tehtyjen tutkimuksien tuloksia menetelmien arvioimiseksi. Vaikuttavimpia alkoholipoliittisia menetelmiä nykykäsityksen mukaan ovat alkoholin hinta- ja verotustoimet sekä saatavuuden rajoittaminen. Näillä keinoilla pystytään vaikuttamaan alkoholin riskikäyttöön koko väestöön kohdistuvalla tasolla. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015)

Tällä hetkellä hyvinvointipolitiikkaan liittyvä polttava aihe on alkoholilain kokonaisuudistus. Lain lähetekeskustelu oli syyskuussa 2017, jolloin se annettiin eteenpäin sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnalle. Eri valiokunnat ovat velvollisia antamaan tähän liittyen lausuntonsa, jonka teki viimeisenä hallintovaliokunta eduskunnassa marraskuussa 2017. Hallituksen esitys alkoholilain (HE 100/2017 vp) tulisi muuttamaan perustuslakia, jonka perustuslakivaliokunta lausunnossaan (PeVL 48/2017 pv) hyväksyi väestön terveyden kohdentuvana toimenpiteenä. Lait ovat tarkoitettuja astumaan voimaan heti vuoden 2018 alusta tai mahdollisimman pian tämän jälkeen. Lain pääkohdat käsittelevät alkoholin saatavuutta päivittäistavarakaupoista juomien alkoholiprosenttiin liittyen, anniskelulupien yhtenäistämistä, mainostusta ja alkoholin valmistustapaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2017)

Väestön näkemystä alkoholipoliittisista menetelmistä mitataan vuosittain THL:n toimesta tehdyllä mielipidekyselyllä. Alkoholilain kokonaisuudistukseen liittyen 43% väestöstä pitäisi vahvan oluen vain Alkon myymälöissä. Väljempää linjaa alkoholipolitiikkaan kokonaisuudessaan halusi selvänä vähemmistönä 30-31% vastaajista. Eroja selittää sukupuoli, ikä, koulutus-, työ- ja taloustilanne sekä asuinpaikka. Suurin vastaajien välinen ero oli kuitenkin oma alkoholinkäyttö. Vapaampaa alkoholinkäyttöä kannattavissa yli 60% oli alkoholia paljon käyttäviä ja usein humaltuvia henkilöitä. Kohtuudella alkoholia nauttivista noin neljäsosa oli väljemmän alkoholipoliittisen linjauksen kannalla. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2017)

4 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

4.1 Kokonaisvaltainen käsitys ihmisestä

Psykofyysinen fysioterapia on enemmän kuin toimintatapa tai menetelmä. Se on lähestymistapa, jonka kautta asiakasta ja omia työskentelytapoja katsotaan. Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan toteuttaa lähes kaikissa terapiatilanteissa, sillä kyseessä on tapa nähdä ihminen kokonaisvaltaisena toimijana. Perinteisen fyysisistä toimintakykyä tukevan terapian rinnalla kulkee tavoite vahvistaa laaja-alaisesti erilaisista lähtökodista olevien kuntoutujien voimavaroja. Tätä voi hyödyntää kaikilla fysioterapian osa-alueilla: tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, neurologisessa fysioterapiassa esimerkiksi aivoinfarkti-potilaille, stressin fyysisissä oireissa tai mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa. Avainasemassa ovat kehon, mielen ja ympäristön keskinäinen yhteys ja vuorovaikutustavat.

Lähtökohtana on kokemuksellinen oppiminen, jossa tavoitteena on löytää yksilöllinen tapa purkaa jännitystiloja ja tukea arjessa selviytymisen keinoja. Tarkastelun alla ovat siis ihmisen omat henkilökohtaiset kokemukset ja elämykset, jotka toimivat ponnahduslautana kehotietoisuuden ja itsetuntemuksen vahvistamiseen. Fysioterapeutilla pitää olla ymmärrys omasta ihmiskäsityksestään, jotta voi ymmärtää vastaavasti toisen henkilön kokemuksista kumpuavaa, mahdollisesti paljonkin toisistaan eriävää käsitystä. Asiakkaan muodostama mielikuva omista mahdollisuuksistaan ja voimavaroistaan kuntoutumiseen vaikuttaa merkityksellisesti motivoitumiseen ja sitoutumiseen. Psykofyysistä fysioterapiaa arvioidessa onkin avainasemassa kuntoutujan oma kokemus toimintakyvyn kehittymisestä ja vahvistumisesta eri osa-alueilla. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265-267)

4.2 Kehonkuva & kehotietoisuus

Ihminen saa ensikosketuksen emotionaalisiin kokemuksiin jo sikiöaikana äidin kautta. Vaikka kognitiivinen ajattelukyky ja muistitoiminnot eivät ole vielä kehittyneet, jäävät

nuo kokemukset talteen niin sanottuun kehon omaan muistiin. Lapsi aistii äidin kautta ympäristöstään kumpuavan hyvänolontunteen käymällä dialogia esimerkiksi kosketuksen tai rytmien kautta ja nämä muovaavat muiden kokemusten ohella kehonkuvaa koko eliniän ajan. Kehonkuvan kautta ihminen katsoo itseään suhteessa muihin ja ympäristöönsä luoden samalla käsitystä itsestään. Sen muodostumiseen vaikuttaa kuitenkin monia eri tekijöitä ja se onkin kaikkien niiden käsitysten, havaintojen, asenteiden, kokemusten ja uskomusten summa, jotka ihminen yhdistää omaan kehoonsa. (Herrala, Kahrola & Sandström 2011, 25-31) Kehonkuva ei ole staattinen, vaan elää dynaamisesti siihen vaikuttavien tekijöiden kanssa. Painonvaihtelut tai sairastuminen muokkaavat kokemusta siitä, miltä keho itsestä tuntuu ja näyttää.

Kehotietoisuus on itsensä havainnoimista, tuntemista ja ymmärtämistä. Tieto syntyy erilaisista aistimuksista, jotka voivat ilmetä esimerkiksi vahvasti konkreettisina kipuina tai hienovaraisemmin kehon muodoista tai asennosta. (Siljamäki, Kalaja, Perttula & Kokkonen 2016, 40-46) Olenainen osa kehotietoisuutta ovat tunteet, sillä ne pitävät sisällään sekä subjektiivisen kokemuksen että kehollisen liikeimpulssin. Tunteiden kehollinen ilmeneminen voi näkyä esimerkiksi lihasjännityksinä tai pinnallisena hengityksenä. Kehotietoisuuden voi nähdä olevan ensiarvoisessa asemassa, kun on tarkoituksena on saada kosketus omiin tunteisiin. Näiden tiedostaminen voi auttaa erityisesti sellaisten tunteiden käsittelyssä, jotka ovat erityisen haastavia tai tuntuvat vaikeilta hyväksyä. Kehotietoisuutta voidaan harjoitella erilaisilla menetelmillä ja syvä tietoisuuden tila edellyttää itsetuntemuksen kasvua samassa suhteessa. (Thornquist & Bunkan 1991, 20)

Kehotietoisuus liittyy tiiviisti kehollisuuteen. Kehollisuuden tarkasteleminen kehofenomenologisesta näkökulmasta painottaa ihmistä aktiivisena toimijana, jossa huomioidaan kokemuksellisuus elämäkulussa. Kehollisen tiedon tunnistaminen ja etenkin ymmärtäminen on olennaista esimerkiksi liikkumisen kannalta. Erilaisten reaktioiden alkuperän tunnistaminen vahvistaa itsetuntemusta ja auttaa ohjautumaan omaa hyvinvointia edistäviin toimintoihin. Kokemuksellinen kehon hiljainen tieto herättää kasvavaa kiinnostusta ja siitä etsitään yhä useammin väylää purkaa laajemmin tunnekokemuksia. (Parviainen 2016, 10-15) Kehollisuutta korostavassa Somebody®-menetelmässä kehon toiminnan havainnointi ja siitä saatava hyöty yhdistetään laajemmin vaihteleviin sosiaalisiin ympäristöihin. Liikkeet, tasapaino, kipu tai asennot

kertovat kehon reagoinnista ja näiden tunnistaminen kehittää omia tapoja toimia vuorovaikutustilanteissa. Kehollisten harjoitusten kautta kehotietoisuuden kehittäminen rakentaa positiivisempaa suhdetta omaan itseensä kokonaisuutena henkilökohtaisella tasolla ja erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. (Vaininen, Kantonen & Keckman 2017, 12-13) Kehollisten viestien ja aistimusten aktiivinen havainnointi on haastavaa ja sen tulisikin olla ammattimaisesti ohjattua. Reflektointi on ensiarvoista tiedon jäsentämisen kannalta eikä vertaismuotoista keskustelua sekä ohjaajan palautetta tulisi vähensyä.

4.3 Hengitys

Lähestymistavan lisäksi psykofyysinen fysioterapia voi keskittyä yksityiskohtaisemmin tälle ominaisiin terapeutisiin lähtökohtiin, kuten hengitykseen ja kosketukseen. Turvallisen ja luottamuksellisen suhteen luomiselle on annettava myönteiset kasvuolosuhteet, jonka vuoksi käytettävään tilaan tulee kiinnittää erityishuomiota. Tämä auttaa myös harjoitusten tekemisessä, jotka usein vaativat keskittymistä ja rauhallista ilmapiiriä.

Tapamme hengittää on sekä tiedostettua että tiedostamatonta. Se siis tapahtuu automaattisesti, mutta halutessaan siihen voi tahdonalaisesti vaikuttaa. Hengityselimistön toiminta perustuu kaasujen vaihtoon. Nenää tai suuta pitkin happi kulkeutuu nielusta kurkunpäähän, josta jatkaa edelleen matkaansa henkitorven ja keuhkoputkien kautta keuhkoihin. Keuhkoputket muuttuvat pienemmiksi haaroiksi, jolloin rintakehän ja pallean toiminnan seurauksena kaasut vaihtuvat keuhkorakkuloissa. Hengitys kuljettaa happea sydän- ja verenkiertojärjestelmän avulla kaikkialle kehoon ja vastavasti poistaa kehosta aineenvaihdunnassa muodostunutta hiilidioksidia. Näiden keskeisten tehtävien lisäksi hengityksellä on merkittävä rooli selkärangan alueen tuki- ja liikuntaelinten toiminnassa, asennonhallinnassa, kehon nestekierrossa, sykkeen säätelyssä ja ruuansulatuselimistön toiminnassa. (Martin, Seppä, Lehtinen & Törö 2014, 36-38)

Hengityksellä on suuri vaikutus ihmisen psykofyysiseen hyvinvointiin. Tunteidensäätely hengitystä hyödyntäen on yksi näistä. Hengitysrytmiä muuttamalla on mahdollista pitää haastavia tunteita tiedostamattomana tai tuoda tunteita käsiteltäväksi sekä rauhoittaa kehoa ja mieltä. Tähän liittyen voidaan käyttää käsitteitä pieni ja suuri hengitys. Pienellä hengityksellä tarkoitetaan keuhkojen sekä rintakehän alueella tapahtuvaa toimintaa. Niskahartia-alueen ja vatsan lihasten tulisi olla rentoutuneita, jotta tärkein hengitysilihaksemme pallea pääsee vapaasti liikkumaan. Näiden lihasten jännitystilojen seurauksena pieni hengitys häiriintyy aiheuttaen muutoksia koko kehoon. Vapaasti virtaava suuri hengitys voi kulkea päästä jalkoihin kattaen laajasti koko kehon. Tämän toimimiseksi monien lihasten on tehtävä saumattomasti keskenään töitä. Voimakkaat emotionaaliset tilat ja kokemukset näkyvät suuressa hengityksessä selkeämmin ja vaikuttavat kehollisesti laajemmalla alueella. (Herrala 2011, 82-83)

4.4 Kosketus

Kosketus on ensimmäinen tapa viestiä, jonka lapsi syntyessään oppii. Kosketus voi viestittää läsnäoloa, aikaa, kuuntelua ja ilmeitä. Nämä ovat sidoksissa ympärillä vallitsevaan kulttuuriin ja sen suhteeseen kosketukseen. Tunneperäistä kosketusta voi opiskella kuten muitakin taitoja, jolloin siitä tulee keskeinen vuorovaikutuksen väline, jolla voi luoda luottamuksellinen ja turvallisen ilmapiirin. Kosketuksen välittämään viestiin voi vaikuttaa sen rytmiä, voimakkuutta ja jatkuvuutta säätelemällä. (Jakonen 2004, 40, 43-45)

Kosketus viestittää tunnetiloja toisiinsa yhteydessä olevien henkilöiden välillä. Kosketuksen välittämä tunnetila voi tilanteeta riippuen vaihdella hyvin neutraalista kädenpuristuksesta intiimiin kanssakäymiseen. Fyysinen, iholta iholle kulkeva kosketus aiheuttaa aistimuksia eri tasoilla. Iho viestittää lämpötilallaan, kosteudellaan, värillään ja ihokarvojen asennolla tunnetiloja koskettajalle. Lihakset reagoivat kosketukseen esimerkiksi rentoutumalla ja mieli voi rentoutua. Kosketuksesta syntyvän kokemuksen ääreen voi pysähtyä ja vertailla siitä syntyneitä aistimuksia omaan tunnemuistivarastoon. (Herrala 2011, 71-72)

Psykiatrisilla potilailla kulttuurin lisäksi vaikuttavat muita enemmän kokemukset ja yksilölliset tekijät. Kosketus voi aiheuttaa myös mielikuvia torjunnasta, halveksunnasta ja välinpitämättömyydestä. (Jakonen 2004, 40, 43) Fyysinen, suora kosketus ei aina olekaan tarpeen tai tarkoituksenmukaista. Kaikille kosketusta vaativa tilanne ei ole miellyttävä tai se herättää negatiivisia aistimuksia. Erilaiset välineet, kuten hierontapallo, mahdollistavat kosketuksen ilman välitöntä kontaktia toiseen ihmiseen. (Herrala 2011, 72) Välillisen kosketuksen kautta voidaan harjoitella miellyttävän kosketuksen käyttöä tai sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi ryhmätilanteissa. Ihmisen reaktiota kosketukseen tai siihen liittyviä kokemuksia ei voi konkreettisesti nähdä, jolloin toisilleen tuntemattomien henkilöiden kesken välineellinen kosketus mielekkäämpää.

Hieronta koetaan usein miellyttävänä asiana ja se onkin perinteinen fysioterapian menetelmä. Hieronnan ja kosketuksen seurauksena kehoon vapautuu oksitosiinia, joka saattaa osittain selittää positiivisia tuntemuksia. Tämä voi olla yksi syy hieronnan stressiä, ahdistusta ja masennusta lieventäviin vaikutuksiin. Kosketuksen kautta omien rajojen tunnistaminen on helpompaa ja on mahdollista oppia havaitsemaan lihasten jännitystason. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 280-281)

4.5 Tutkimuksia ja käytännön toimintamalleja

Jacques Dropsyn teorioihin perustuen ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal kehitti yhden tunnetuimmista pohjoismaisista psykofyysisen fysioterapian menetelmistä. Basic Body Awareness -terapiassa tavoitteena on valjastaa ihmisen voimavarat terveyttä edistävään käyttöön. BBAT:n on tutkitusti todettu vaikuttavan positiivisesti monien mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja stressiin. Menetelmää voidaan käyttää myös ennaltaehkäisevästi monilla eri terveydenhuollon osa-alueilla. Itse menetelmä perustuu kokemuksellisen oppimisen kautta kuntoutujan omiin havaintoihin, joita saadaan yksinkertaisten liikeharjoitusten kautta. Tasapainon, hengityksen ja tietoisien liikkumisen lisäksi voidaan tehdä esimerkiksi pehmytkudoskäsittelyjä. Terapiaa voidaan toteuttaa yksilöterapiana tai ryhmissä. Menetelmä sisältää myös

luotettavat arviointimenetelmät tehokkuuden mittaamiseen. (Psyfy ry:n www-sivusto 2017)

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin fysioterapeuttien näkemystä toteutetusta hoidosta yleisestä ahdistuksesta kärsivien potilaiden kanssa. Haastatellut 10 fysioterapeuttia toimivat kaikki psykiatriassa tai perusterveydenhuollossa. Ahdistuksen tunnistamista ja järjeistämistä koskeva pääkategoria heijastaa ajatusta siitä, että fysioterapia toimii välittömän ja aistittavan kehollisen kokemuksen läpi auttaen henkilöä ymmärtämään ja käsittelemään ahdistustaan. Viisi alakategoriaa käsittelevät näiden tarkempia määritelmiä koskien kehoa ahdistuksen areenana, yhteyden löytämistä itseensä, juurtumista, kehollisten kokemusten ymmärtämistä ja itseluottamusta ahdistuksen käsittelyyn. Menetelminä haastatellut fysioterapeutit olivat käyttäneet muun muassa hierontaa, hengitys- ja kehotietoisuusharjoituksia. Tutkimuksessa todettiin aistihavaintojen tunnistamisen antavan mahdollisuuden löytää teitä elää ahdistuksen kanssa ja käsitellä siitä aiheutuvia oireita paremmin. (Danielsson, Sherman & Rosberg 2013)

Brittiläisessä tutkimuksessa selvitettiin fysioterapeuttien käyttämiä lähestymistapoja ahdistushäiriöiden hoidossa. Tutkimukseen valittiin 80 fysioterapeuttia, joista haastateluun vastasi 71%. Liikkuminen, erityisesti aerobinen liikunta, oli suosituin terapia-
muoto ja toiseksi tuli rentoutuminen. Näiden koettiin olevan toimivinta ryhmämuotoisena. Lisäksi vastanneet käyttivät hierontaa ja hengitysharjoituksia. Näyttöön perustuvaa terapiaa toteutti alle puolet, mutta käytännössä työ oli tehokasta. Tuloksia arvioitiin yleisimmin subjektiivisilla mittareilla ja kysymyksillä. (Walker & Shepherd 2001)

Conatyn tutkimusartikkeli käsittelee fysioterapian yleistä viitekehystä päihderiippuvaisilla asiakkaila. Keskiössä on kohderyhmällä eniten esiintyvät oireet ja näihin vastaaminen fysioterapian keinoin. Monet alkoholinkäytöstä aiheutuneet neurologiset tilat ovat hoidettavissa ja fysioterapian voidaan olettaa olevan tehokasta sekä tuovan positiivisia tuloksia toteutetun terapian aikana. Erityisesti painotettiin fysioterapeutin tapaa kohdata asiakas ja välittää positiiviset odotukset myös heihin. (Conaty 1992)

Tutkimuksissa fysioterapialla on siis todettu olevan muun hoidon ohella merkittäviä mielenterveydellisiä vaikutuksia. Päähdekuntoutujalla voimavarat ovat vähissä ja taustalla saattaa olla kaksoisdiagnoosi, joka vaikeuttaa arjessa jaksamista. Tutkimustuloksia hyödyntämällä voisi fysioterapialla lisätä kuntoutujan itsetuntemusta, vireystilaa ja elämänhallintaa.

5 LIKKUMINEN KUNTOUTUMISEN TUKENA

Soveltava liikunta käsitteenä tarkoittaa perinteisten liikuntamuotojen ja -mallien soveltamista ryhmän tai yksilön toimintakyvyn sekä tavoitteiden mukaan. Aiemmin käsitettä käytettiin kuvaamaan erityisesti vammaisliikuntaa, mutta liikuntamuotoja voidaan soveltaa myös muille ryhmille. Jotta liikunta olisi mielekästä eikä tulisi epäonnistumisen kokemuksia vaan päinvastoin, tulee se sovittaa jokaisen osallistujan tasoa vastaavaksi. Kohderyhmälle sovellettuun liikuntaan voidaan upottaa harkittuja elementtejä, kuten tasapainoa edistäviä harjoituksia tai liikuntamuotoja. (Huovinen & Rintala 2007, 196-197) Liikunta on nähtävä kattavana ja ensiarvoisena eri toimijoiden alueena, jonka mahdollisuuksiin kaikkien osapuolten on annettava panoksensa. Tämä alue ei ole pakollinen taloudellinen menetys, vaan sijoittamista yhteiseen hyvinvointiin. (Vuori, I. 2013, 644)

5.1 Fyysinen aktiivisuus mielenterveyden edistäjänä

Liikunnan vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin ovat kiistattomat. Liikunta vaikuttaa muun hoidon ohella positiivisesti esimerkiksi masennukseen ja ahdistukseen, minkä lisäksi se vahvistaa itseluottamusta ja nostaa vireystasoa. Verrattaessa liikuntaa harastaneiden masentuneiden henkilöiden muodostamaa ryhmää ei-aktiiviseen vertailuryhmään todettiin, että fyysinen harjoittelu vähensi masennusoireita merkittävästi. (Lawlor & Hopker 2001) Vähäinen fyysinen aktiivisuus on myös nuorilla henkilöillä yhdistetty tunne-elämän häiriöihin, sosiaalisiin ongelmiin sekä tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöihin.

Mekanismeja, joilla liikunta psyykkiseen terveyteen vaikuttaa, on tutkittu paljon. Tutkimukset painottavat pitkäkestoista ja matalatehoista aerobista liikuntaa. Yhteistä selkeää tekijää ei kuitenkin ole toistaiseksi löydetty, vaan vaikutuksen ajatellaan olevan monen tekijän summa. Liikunnan mielialaa parantavat vaikutukset tulevat esiin usein jo liikunnan aikana, joten kuntoa kohottavat tekijät eivät ole mukana laskuissa. Yhden teorian mukaan, liikunnan aikana noussut kehon lämpötila lievittää masennuksen ja ahdistuksen tunteita. Sympaattisen hermoston toiminnan kautta sydämen lyöntitaajuus voi pienentyä ja tätä kautta vähentää elimellisiä ahdistusoireita. Fysiologisesti aivojen endorfiinien ja monoamiinien tuotannon kiihtyminen ja kortisolipitoisuuden vähentyminen veressä on yksi käytössä oleva selitysmalli. Liikunnan aikana ja sen jälkeen esimerkiksi serotoniinia eli niin kutsuttua mielihyvähormonia erittyy enemmän, joka osaltaan vaikuttaa positiiviseen tunnekokemukseen. Dopamiinin taas voi olettaa olevan keskeisesti yhteydessä aloitekykyyn, sekä mielihyvän kokemisen heräämiseen ja voimistumiseen. (Partonen 2013, 511)

Psykologisia selitysmalleja fyysisen aktiivisuuden vaikutuksista psyykkiseen terveyteen on useita, eivätkä nämäkään sulje toisiaan pois, vaan kulkevat rinnatusten. Käsite diversio tarkoittaa huomion suuntaamista pois epämiellyttävistä tuntemuksista ja tämän ajatellaan antavan paremman olon liikunnan jälkeen. Kun mahdolliset kivut tai ahdistavat tunnetilat jäävät metsäpolun varrelle, on tilaa positiivisille kokemuksille. Toinen psykologinen selitys edellyttää liikunnan yksilöllisten tekijöiden huomiointia. Liikunnan ollessa itsetuntoa kohottavaa ja antaessa onnistumisen kokemuksia, aiheuttaa se positiivisen kierteen psyykkiseen olotilaan. Tähän liittyy myös erilaiset hallinnan kokemukset esimerkiksi tavoitteen saavuttamisesta tai yönunen laadun ja keston parantumisesta. (Rintala, Huovinen & Niemelä 2012, 190-191, UKK-instituutin www-sivut 2012)

Liikunnan vaikutuksissa mielen hyvinvointiin on kuitenkin huomioitava, että liikunnan on oltava omaehtoista. Pakottamalla lenkille vointi ei kohene, vaan sen mielekkyys ja liikkujalle sopivaksi suunnattu taso on olennaisessa asemassa. Liikunnan merkitys ja sopivat toteutustavat ovat siis hyvin yksilöllisiä, mutta sitäkin merkittävämpiä tekijöitä hyvinvoinnin lisäämiseen nähden. Etenkin kaksoisdiagnoosin saaneilla asiakkaila päihdekuntoutujan psyykkistä terveyttä ja yleisesti elämänlaatua

sekä voimavaroja vahvistavana tekijänä liikunta oikein ohjattuna on kokonaisvaltaisen hoidon kannalta tarkoituksenmukaista ja tutkittua.

5.2 Liikkumisen fyysiset terveysvaikutukset

Puhuttaessa liikunnan vaikutuksista terveyteen nousee esiin käsite terveyskunto. Tämä pitää sisällään terveyden, liikunnan ja fyysisen kunnon väliset yhteydet kokonaisvaltaisesti. Sen avulla perinteinen suorituskeskeinen kunto-käsite väistyy antaen tilaa hyvinvointiin liittyvälle arjen toimintakykyä ja terveyttä koskevalle lähtökohdalle. Yksilöllisesti määriteltynä riittävä terveyskunto vaikuttaa myönteisesti ja vastaavasti sen puute altistaa sairauksille ja erilaisille toimintakyvyn ongelmille. Päihdekuntoutujilla on suurentunut riski sairastua hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksiin ja metaboliseen oireyhtymään. Kestävyysliikunnan on todettu olevan keskeinen tekijä näiden ehkäisyssä ja hoidossa. Verenkierto- ja hengityselimistön hyvä kunto on yhteydessä ylipainoon, rasva-arvoihin, sokeri-aineenvaihdunnan häiriöihin ja matalampaan verenpaineeseen. (Suni, J. & Vasankari, T. 2014, 32-34)

Metabolisella oireyhtymällä tarkoitetaan tilaa, jossa samalla henkilöllä on yhtäaikaaisesti useita keskivartalolihavuudesta johtuvia terveydellisiä riskitekijöitä. Lihavuuden määrittely tapahtuu yleisesti painoindeksin avulla, jossa lasketaan kehon painon suhde pituuteen ja metabolisessa oireyhtymässä vyötärön ympärysmittan pituus-arvolla. (Mustajoki 2017) Painoindeksillä arvioituna lievän lihavuuden raja-arvot ovat 25,0-29,9. Tällä ei vielä ole merkittävää haittaa terveyden kannalta, mutta se toimii riskitekijänä ja heikko painonhallinta altistaa lisälihavuudelle. Liikunnalla on merkitystä painonhallintaan energiankulutuksen lisäämisen ja psyykkisessä hyvinvoinnissa tapahtuvien hyvinvointitekijöiden muutoksen kautta. Vaikka paino ei pelkän liikunnan kautta muuttuisikaan, on riittävällä terveyskunnolla suuri rooli yksilön hyvinvoinnin kannalta. Jos verrataan hyväkuntoista ylipainoista henkilöä ja huonokuntoista normaalipainoista, saattaa ylipainoisella harrastetun liikunnan vuoksi olla parempi terveys kuin vertailukohteella. Liikunnassa tulee kuitenkin ottaa huomioon lihavuudesta aiheutuvat erityispiirteet, kuten taustalla olevat kielteiset kokemukset, sairaudet ja nivelten kuormittuminen. (Fogelholm & Kaukua 2014, 427-434)

Fyysinen aktiivisuus edistää sydänterveyttä sen rakenteen ja ominaisuuksien kautta. Hapen kuljetuksessa sydämen rooli on keskeinen ja jo 10 sekunnin tauko sydämen toiminnassa aiheuttaa ihmiselle tajuttomuuden. Kestävyysliikunnan seurauksena sydämen tilavuus kasvaa ja näin ollen kehittää riittävää verenkiertoa suuressakin rasituksessa. Yhtenä merkinä parantuneesta sydäntoiminnasta on madaltunut leposyke. Voimaharjoittelu vaikuttaa aktiivisen toiminnan sijaan sydämen fyysiseen vahvuuteen kasvattamalla sydänkammioiden seinämien paksuutta. Sydämen lisäksi muu verenkiertoelimistö hyötyy säännöllisestä liikuntaharrastuksesta. Valtimosairauksiin liittyvä tutkimustieto on kehittynyt ja lisääntynyt kuluneiden vuosien aikana merkittävästi. Toistuva fyysinen aktiivisuus suojaa verisuonistoa sepelvaltimotaudilta ja varhaisilta valtimonkovettumiin liittyviltä toimintahäiriöiltä. (Alen & Rauramaa 2014, 39-43)

Tuki- ja liikuntaelimeihin kuuluvat lihakset, luut, nivelet, ligamentit ja jänteet. Näiden tarkoituksena on nimensä mukaan tukea sekä suojata muita elimiä sekä tuottaa ihmisen erilaiset liikkeet ja asennot, kuten pystyasento tai kävely. (Alen & Rauramaa 2014, 34) Tuki- ja liikuntaelimeiden sairaudet koskettavat suorasti yli miljoonaa suomalaista ja ovat näin merkittävässä asemassa kansanterveydellisesti ajateltuna. Laajuudeltaan erottuvana ryhmänä tässä ovat työikäisten lanneselkä-sairaudet, niskahartia-oireyhtymä ja nivelrikot. Olennaisina altistavina osatekijöinä pidetään fyysisen aktiivisuuden puutetta ja runsasta alkoholinkäyttöä. Liikunnan lisääminen vähentää keskeisesti tule-lähtöistä oireilua ja ennaltaehkäisee näiden syntyä. Kuntoutusmuotona liikunnalla voidaan vaikuttaa hyvinvointiin samalla yleisemmällä tasolla muihin sairauksiin liittyen sen ennaltaehkäisevän ja terveyttä edistävän toiminnan kautta. (Bäckmand & Vuori 2010, 8-11)

5.3 Tasapaino- ja koordinaatiohäiriöt

Päihderiippuvuuden aiheuttamissa toimintakyvyn häiriöissä mainitaan olennaisena osa-alueena tasapainoon ja koordinaatiokykyyn liittyvät ongelmat. Säännöllisellä ja monipuolisella liikunnalla näitä voidaan ehkäistä sekä jo syntyneiden häiriöiden aiheuttamia oireita vähentää vaikuttamalla mm. asennonhallinnan ominaisuuksiin. Liikunnan tulisi kuitenkin olla oikein ohjattua, jotta tuloksellisuus olisi tilannetekijät

huomioiden mahdollisimman korkealla. Tavoitteiden määrittelyn ja tehtävien suoritusten tulee olla tarkoituksenmukaisesti suunniteltuja sekä progressiivisesti eteneviä, mutta kuitenkin saavutettavissa.

Tasapaino on monen saumatonta yhteistyötä vaativan eri osatekijän summa. Siihen vaikuttavat tukipinta, koordinaatio, ympäristö, tuki- ja liikuntaelimistö sekä tuntoaisti. Tukipinnalla, eli pinta-alalla johon keho tukeutuu ja on kontaktissa, on suuri merkitys tasapainon kannalta. Lisäksi tulee huomioida erilaiset ennakoivat, joilla henkilö valmistautuu esimerkiksi nähtävissä olevan alustan muutoksiin. Tasapaino on kykyä kontrolloida kehon asentoa, massaa ja painopistettä näitä tekijöitä hyödyntäen. Asennonhallintaan ja kontrollointiin vaikuttaa hermolihasjärjestelmä, jolla kehon asentoa ja painopistettä säädetään. Painopiste sijaitsee yleensä kehossa, mutta liikkussa paikka muuttuu ja voi olla erilaisissa taivutuksissa kehon ulkopuolellakin. (Kauranen 2017, 316-317)

Yleisellä tasolla koordinaatiolla tarkoitetaan yhteistoimintaa, jossa useammat lihakset toimivat järjestelmällisesti jonkin liikkeen tai suorituksen tuottaakseen. Koordinaatiokyvyn häiriöiden juuret löytyvät usein keskushermostosta tai tuki- ja liikuntaelimistöstä. Liikkeen koordinaatioon liittyvät ongelmat johtuvatkin usein pikkuaivoista, jotka ohjailevat agonisti-antagonistiparien toimintaa. (Kauranen 2017, 314) Tällä tarkoitetaan liikkeen pääsuorittaja-lihasta ja tämän liikettä estävää vastaparia. Aiemmin todettiin pikkuaivoissa syntyvän runsaan ja säännöllisen alkoholinkäytön seurauksena muutoksia, joita voidaan pitää perimmäisenä syynä koordinaation häiriöille. Käytännön elämässä koordinaatio-ongelmat ilmenevät esimerkiksi perusliikkumisessa, ruuanlaitossa ja pukemisessa. Kyseessä on siis vakavimmillaan suurta toiminnallista haittaa aiheuttava häiriö, joka vaikuttaa myös elämänlaadullisiin spekseihin.

5.4 Liikkumisen sosiaaliset ulottuvuudet

Vuonna 2012 Järvenpään sosiaalisairaalassa haastateltiin 80 diagnoosin saanutta päihderiippuvaista toimintakyvyn kartoittamiseksi. Tutkimuksessa ilmeni, että haastatellut kokivat aktivoitumisen ja vertaistuen tärkeimmiksi osa-alueiksi

kuntoutumisessa. Vertaistuki sisälsi sekä erilaiset ohjatut ryhmät että vapaamuotoisen oleskelun. Aktivoitumiseen kuuluivat mm. harrastuksien löytyminen ja rentoutuminen. (Kaskela, Henriksson, Tourunen & Pitkänen 2014) Liikkuminen käsitetään usein fyysiseksi mitattavaksi suoritukseksi, jossa on mahdollisesti tarkkaan asetetut tavoitteet. Liikkumisen sosiaalinen ulottuvuus on kuitenkin merkittävässä roolissa etenkin päihdekuntoutuksessa, jossa ryhmässä toteutettuna täyttyy samalla yksi vertaistuen muoto.

Sosiaalistaminen on käsite prosessille, jonka avulla ulkopuolella oleva tuodaan osaksi yhteisön normeja, arvoja ja käyttäytymismalleja. (Telama & Polvi 2013, 629) Ihmisen menettäessä esimerkiksi päihteistä johtuen asemansa ja vaikutusmahdollisuutensa, putoaa hän helposti pois tutusta sosiaalisesta verkostosta. Sosiaalisten taitojen uudelleenoppimista tai päinvastoin taitojen rapistumista aikuisilla ei ole juurikaan tutkittu. Tässä kohtaa tulee ymmärtää, että sosiaalisuus ei ole yhtä kuin hyvät sosiaaliset taidot. Vaikka tulisi kaikkien kanssa toimeen, pitää tilanteita lukemalla ymmärtää esimerkiksi vetäytymisen merkitys. Sosiaaliset taidot sisältävät myös kyvyn ymmärtää toista ihmistä ja tuntea empatiaa. Yhteisössä tai yhteiskunnassa vallitsevat säännöt ja toimintatavat antavat omat määritelmänsä ja vaatimuksensa sosiaalisille taidoille, joita tulee osata soveltaa ympäristön mukaan. (Keltikangas-Järvinen 2010, 20-24)

Liikunta tarjoaa harrastajalleen monia sosiaalisia elämyksiä ja kokemuksia. Yhteisöllisyys ja toverien kanssa saavutetut tavoitteet vahvistavat sisäistä tarpeellisuuden tunnetta. Vuorovaikutuksellinen säännöllinen harrastaminen tuo esiin enemmän epäitsekkyyttä ja auttamisenhalua kuin inaktiivisilla henkilöillä. Ristiriitatilanteiden ratkominen, moraalikysymysten pohtiminen ja yhteistyön välttämättömyys parantavat valmiuksia selvitä haastavissakin tilanteissa muissa sosiaalisissa ympäristöissä. Liikunta itsessään ei kuitenkaan edistä toivottuja muutoksia käytöksessä, vaan se on täysin riippuvaista toiminnan sisällöstä. Tärkeitä alueita liikunnan suunnittelussa onkin vuorovaikutukselliset ohjausmenetelmät, vastuunjako ja oma-aloitteisuus, positiivisesta käytöksestä palkitseminen ja sopiva kilpailullisuus. (Telama & Polvi, 628-638)

Tunne siitä, että on tarpeellinen ja onnistumisen kokemukset vahvistavat itsetuntoa. Päihdekuntoutujan omanarvon tunne on usein alentunut ja arvottomuuden tunnetta lisää syyllisyys sekä tarpeettomaksi itsensä kokeminen. Pystyvyys ja yhteenkuuluvuus luovat tämän kautta pohjaa aktiivisuudelle muillakin elämän alueilla. Vertaistuen toteutuminen liikunnallisessa toiminnassa tuo vuorovaikutussuhteisiin uusia tasoja ja kokemuksia.

5.5 Motivointi – liikunta arjen voimavaraksi

Päihdekuntoutuksessa yksi suurimpia haasteita on kuntoutujan motivointi. Kun kuntoutujat ovat lähteneet mukaan toimintaan, toimii jo positiiviset tunnekokemukset ja elämykset itsessään motivoinnin keinoina. Onnistuminen, tavoitteiden saavuttaminen ja esimerkiksi noussut vireystila saavat aikaan muutosta passiivisesta aktiivisempaan arkeen. Jotta tähän tilanteeseen päästää, pitää kuntoutujat saada ensin havahduttamaan muutoksen mahdollisuuteen.

Motivaatiota on perinteisesti pidetty päihdekuntoutujan vastuulla olevana ominaisuutena, jota mustavalkoisesti joko on tai ei ole. Se on ollut välttämätön edellytys hoidon onnistumiselle eikä kuntoutukseen osallistuvilla ammattilaisilla ole koettu olevan siihen osaa. Nykyään uuden tutkimuksen valossa motivaatio on saanut uudenlaisia määritelmiä. Se on muutoksen avaintekijä, johon kuntoutujan ympäristö ja ohjaustyyli voivat vaikuttaa. Kuntoutujan kanssa toimivan henkilön tehtävänä onkin herättää motivaatiota ja voimistaa sitä tarkoituksenmukaisilla keinoilla. Motivaatio ei ole staattinen tila, vaan siihen vaikuttamalla tuetaan kuntoutujaa epäilyksen kohdalla ja vahvistetaan tavoitteisiin pääsyä. Päihteistä luopuminen tulee nähdä omien etujen mukaisena toimintana. Ongelmakäyttäytymisen ja omien mahdollisuuksien tunnistaminen hienovaraisella ohjailulla on tässä tärkeässä asemassa. (Miller 1999)

Motivoiva haastattelu sai alkunsa 1980-luvulla. Pääperiaatteena voidaan pitää kuntoutujan omia oivalluksia tarkkaan asetelluilla kysymyksillä, joilla pyritään löytämään motiiviristiriitoja. Päihteidenkäytössä klassikkoesimerkki on käyttö itsessään, joka tuo nopean tyydytyksen mutta aiheuttaa monenlaisia ja moninkertaisia haittoja

positiivisiin vaikutuksiin nähden. Jos halutaan saada aikaan muutos, on kuntoutuja saatava näkemään käytön lopettamisen myönteiset puolet käyttöä vahvempana. Tämä voi vaikuttaa yksinkertaiselta, mutta käytäntö ei sitä juurikaan ole. Tärkeimpiä muistettavia periaatteita on kuitenkin luottamuksellinen ja empaattinen vuorovaikutussuhde, jossa vältetään kontrollointia ja selkä seinää vasten laittamista. Usko muutoksen voimaan on säilytettävä ja tuotava myös kuntoutujalle itselleen esiin. Kaikki on kuitenkin kiinni kuntoutujasta itsestään ja hänen ymmärryksestään omien etujen mukaiseen toimintaan. (Koski-Jännes 2002, 42, 59-60)

Motivoivan haastattelun keinoja on mahdollista soveltaa myös liikunnan ohjaamiseen ja aloittamiseen. Pakkotoiminnan sijaan kuntoutujan tulee itse nähdä, mitä hyötyä ja positiivista sen avulla voidaan saavuttaa. Sisäinen, ihmisestä itsestään lähtöisin oleva motivaatio kantaa ulkoisia keinoja pidemmälle.

6 POHDINTA

6.1 Fysioterapian käyttömahdollisuudet päihdekuntoutuksessa

Fysioterapian käyttö päihdekuntoutuksessa olisi teoriaan pohjautuen tarkoituksenmukaista ja perusteltavissa. Päihdekuntoutuksessa on kyse ihmisestä, jota ei voi jakaa osiin ja hoitaa näin syntyvistä paloista vain yhtä osaa. Alkoholisteille suunnattu Antabus®-lääkitys saattaa estää alkoholinkäytön tästä seuraavalla voimakkaalla pahoinvoinnilla, mutta se ei tarkoita ihmisen olevan valmis jatkamaan elämää eteenpäin.

Nummenmaa painottaa liikkumisessa tunnejärjestelmää, jota voidaan tietoisesti säädellä. Omien tunteiden tiedostaminen ja niiden alkuperän tunnistaminen on ensiarvoista motivoivassa liikkumiskokemuksessa, joka kannustaa jatkamaan itseohjautuvaa liikkumista. (Nummenmaa 2016, 39) Tunnejärjestelmän lisäksi kehon reaktioiden tunnistamiselle tulisi antaa enemmän liikuntaharrastuksissa sijaa. Kehollisuutta ja sen viestejä ymmärtämällä on mahdollista lisätä aktiivisuutta passiivisiin elämäntapoihin,

kun tunnistetaan paremmin omaa hyvinvointia edistävät tekijät. (Parviainen 2016, 10-15) Psykofyysisen fysioterapian lähtökohtia hyödyntäen tunnetaitoja sekä kehotietoisuutta voidaan kehittää ja näin ollen parantaa koko elämänlaatua uusien terveyttä edistävien tapojen myötä.

Kokonaisvaltaisessa kuntoutuksessa tulee asiakkaan voimavarat kartoittaa kaikki elämän osa-alueet huomioiden. Peelen työhön pohjautuen Oksanen esittää (Peele 2004, Oksanen 2014, 162-163), että ne voidaan jakaa viiteen yläkategoriaan. Näitä ovat kesettyt vastoinkäymiset ja voitettut vaikeudet, jossa mainitaan olennaisena osana sairaudet ja terveysongelmat sekä läheisyys ja tukea antavat ihmissuhteet, johon kuuluvat myös ystävyysuhteet ja ryhmät. Ryhmämuotoinen fyysinen aktiivisuus edellä esitetysti edistää terveyttä monesta eri näkökulmasta ja antaa vahvaa sosiaalista tukea kuntoutujalle. Onnistumisen kokemukset antavat itseluottamusta ja uskoa selvitä myös tulevaisuuden haasteista. Neljäs yläkategoria on vapaa-aika, johon sisällytetään harrastukset ja mielenkiinnon kohteet, rentoutuminen sekä liikuntatottumukset. Erilaisiin liikuntamuotoihin tutustuminen sekä liikuntatottumusten vakiinnuttaminen on merkittävä hyvinvoinnin lähde kuntoutujalle. Rentoutuminen on koettu tärkeäksi osa-alueeksi kuntoutusprosessissa. Kehoa ja mieltä rauhoittavat psykofyysiset lähtökohdat tukevat kokonaisvaltaista rentoutumista, joka tulisi huomioida kuntoutusmuotoja suunniteltaessa.

Viimeisimpänä Oksanen mainitsee selviytymiskeinot, joihin kuuluvat sosiaaliset taidot, tunne-elämän joustavuus, stressinsietokyky ja sisäisen tutkinnan taito. Sosiaaliset taidot ovat tärkeässä roolissa ryhmämuotoisessa liikunnassa ja niiden vahvistaminen voi olla yksi didaktinen päämäärä liikunnan ohjauksessa suunnitelmassa. Kehollisuuden huomioiminen ja kehotietoisuuden edistäminen vaikuttaa kykyyn tunnistaa sekä käsitellä tunteita. Tunnetaitojen kehittäminen vaikuttaa tapaamme kohdata tunteet ja lisää joustavuutta. Stressinsietokyky voi päihdekuntoutujalla olla alentunut ja keinot sen käsittelyyn vähissä. Stressin fyysiseen ilmenemiseen voidaan vaikuttaa autonomisen hermoston kautta erilaisilla psykofyysisistä näkökulmaa hyödyntävillä rentoutusharjoituksilla, jotka lisäävät hallintaa myös stressin psyykkiseen oireiluun. Tarkoituksenmukaisesti valitut liikuntamuodot tukevat stressinhallintaa ja tunnetaidot toimivat tässä tiiviissä yhteistyössä.

Somebody® on vuorovaikutuksellisen ohjaustyön työväline, joka korostaa kehollisuutta osana psykososiaalista ohjausta. Menetelmän lähtökohdat pohjautuu osittain psykofyysiseen fysioterapiaan sosiaali- ja ohjaustyön sekä kehotietoisuus- ja tietoisuustaitojen teorian lisäksi. Kehittäjät ovat tuoneet yhteen erilaisia näkökulmia luoden uuden työvälineen kehotietoisuus-, tunne- ja vuorovaikutustaitojen kehittämiseen. (Vaininen, Kantonen & Keckman 2017, 12-13) Päihdekuntoutuksessa menetelmällä voisi olla paljon annettavaa tunnetaitojen, sosiaalisten taitojen ja itsetuntemuksen kehittämässä kehollisuutta painottavien harjoitteiden kautta. Somebody®-käsikirjassa myös liitetään menetelmä laajempaan kontekstiin, kuten yksilöön osana yhteisöjä ja yhteiskuntaa. Oman toiminnan tarkastelu ja kehittäminen ohjaa tapaa olla vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa sekä antaa mahdollisuuden muutokselle sen laajemmassakin merkityksessä. Menetelmä antaa tilaisuuden uudentilaiselle moniammatillisuudelle, jossa esimerkiksi fysioterapeutti ja sosionomi pystyvät hyödyntämään samaa koulutusta eri näkökulmista yhteiselle kohderyhmälle.

Fysioterapia tulisi nähdä merkittävänä mahdollisuutena päihderiippuvaisen voimavaroja ja terveyttä edistävässä kuntoutuksessa. Kuntoutusmuodosta ja -paikasta riippuen järjestetään viriketoimintaa, vertaistukiryhmiä sekä harjoitellaan normaaliin arkielämään kuuluvia taitoja. Psykososiaalinen työote toteutuu monissa paikoin. Kuntoutujan palautuminen ja eheytyminen kokonaisuutena tulisi kuitenkin huomioida mahdollisimman laajaa näkökulmaa hyödyntäen. Fysioterapeutti toimintakyvyn ammattilaisena olisi arvokas lisä moniammatilliseen kuntoutustiimiin.

Aihepiiriä ja sen laajuutta ajatellen kehitysideoita on lähes loppumattomasti. Käyttötilastoja fysioterapiasta osana päihdekuntoutusta ei oman tiedonhaun perusteella ole, joten tämä olisi merkittävä tutkimustyön aihe esimerkiksi haastattelumuotoisena kohderyhmänä päihdekuntoutusyksiköt. Sama tilanne on päihde- ja mielenterveyskuntoutujien määrässä fysioterapeuttien vastaanotolla muista syistä, kuten tule-sairauksista. Näiden yleisyyden huomioonottaen määrä on varmasti suuri, joten tähän liittyvä kohtaaminen ja vuorovaikutus voisi olla kehityksen kohteena. Itse fysioterapiaa ajatellen erilaisten ryhmä- tai yksilötoimintojen ohjaaminen ja niiden tuloksellisuuden arviointi tuottaisi arvokasta tietoa.

6.2 Itsearviointi

Kirjoittaminen itsessään ei tuottanut suuria vaikeuksia, mutta suorasti tietystä aiheesta pysyminen oli haastavaa. Aihepiirissä kaikki tuntuu liittyvän kaikkeen, joten teksti ja etenkin ajatukset lähtivät helposti sivuraiteille. Itse aihe on todella mielenkiintoinen ja uusien tietojen löytäminen herätti innon lähteä tutkimaan syvemmin asioita, joita työhön ei ollut aikaa tai tarkoituksenmukaista ottaa mukaan. Kirjoittamiseen keskittyminen olikin selkeästi henkilökohtaisesti suurin haaste. Rajaaminen työtä kokonaisuutena katsottuna oli kuitenkin loppujen lopuksi onnistunut, kun tarkoituksena oli tuoda esiin eri tekijöiden yhteisvaikutuksia. Paljon olennaisia asioita jäi kuitenkin pois tiukan aikataulun vuoksi, esimerkiksi psykofyysisen fysioterapian ja päihdekuntoutujan kohtaamisen sekä vuorovaikutuksen osalta.

Keskeneräisyyden sietokykyä ei varsinaisesti koeteltu, sillä työ tehtiin niin nopeasti, ettei sille jäänyt aikaa. Sopeutuminen aikataulumuutoksiin on taas selvästi oppimisen paikka. Aina kun kirjoittamiseen tai valmistumiseen liittyi epävarmuutta ja tuli vaihtumista alkuperäiseen suunnitelmaan, meni pitkään saada ajatukset ajan tasalle. Opinnäytetyön aloittamista ja aiheenvalintaa pohtiessa tulee ristiriitaista viestiä. Opinnäytetöitä olen eri aiheista aloittanut muutamankin kerran, joten siltä osin kova itsekritiikki olisi kohdillaan. Nyt tätä työtä ajatellessa syntyi idea ja lähdin lähes samalta istumalta kokoamaan alustavaa lähdepankkia sekä kirjoittamaan, eli toteutus oli itselleni selkeä ja määrätietoinen alusta asti.

Sisällöllisesti opinnäytetyö vastaa alunperin ajateltua tarkoitustaan, vaikka tiukan aikataulun puitteissa monin kohdin olisi parannettavaa jäänytkin. Liikkumista koskeva käsitteistö aiheutti päänvaivaa, mutta koska työssä esiteltyä teoriapohjaa voi käyttää monin tavoin, valikoitui pääotsikoksi liikkuminen ja tekstissä näkyy viittauksia fyysiseen aktiivisuuteen sekä soveltavaan liikuntaan eri osa-alueita painottaen. Soveltava liikunta käsitteenä oli haastava, sillä perinteisesti erityis- ja/tai vammaisliikuntaa sekä liikuntamuotoja painottava merkitys ei varsinaisesti ollut tähän sopiva. Soveltava liikunta -termiä käytetään kuitenkin yhä laajemmin eri konteksteissa, joten se tuotiin esille.

Opinnäytetyön antama hyöty kohderyhmälle jää nähtäväksi, uskon kuitenkin sen löytävän paikkansa aiheesta kiinnostuneiden käsistä, vaikka heitä ei montaa olisikaan. Hyödyt itselle olivat kuitenkin mittavat. Uutta tietoa tuli, mutta paljon oli myös tuttua asiaa, jota kohtaan ymmärrys kasvoi, kuten päihdekuntoutuksen- ja kuntoutujien monitasoisuus. Ammatillista kasvua ajateltuna uuden tiedon lisäksi havahduin myös siihen, miten paljon on näennäistä tietoa, jota en kuitenkaan ole osannut ajatella laajemmalla tasolla osana suurempaa kokonaisuutta.

LÄHTEET

Aalto, M. 2009. Kaksoisdiagnoosi. Viitattu 12.9.2017. <https://www.paihdelinkki.fi>

Aivovamman käypähoito-suositus. Käypähoidon www-sivut 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Neurologisen yhdistys ry:n, Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n, Suomen Neurokirurgisen yhdistyksen, Suomen Neuropsykologisen yhdistyksen ja Suomen Vakuutuslääkärien yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. Viitattu 24.11.2017. www.käypähoito.fi

Ala-Nikkola, T., Sadeniemi, M., Kaila, M., Saarni, S., Kontio, R., Pirkola, S., Joffe, G., Oranta, O. & Wahlbeck, K. How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry* 2016, vol. 16. Viitattu 5.12.2017. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com>

Alen, M. & Rauramaa, R. 2014. Liikunnan vaikutukset elinjärjestelmittään. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. 3.-6. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Alkoholiongelmaisen hoidon Käypä hoito -suositus. Käypähoidon www-sivut 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 13.11.2017. www.käypähoito.fi

Autti-Rämö, I., Rajavaara, M., Salminen, A., Ylinen, A. & Seppälä, O. 2016. *Kuntoutuminen*. Helsinki: Duodecim.

Bäckmand, H. & Vuori, I. 2010. Yleinen ja kallis, mutta ehkäistävä kansanterveysongelma. Teoksessa Bäckmand, H. & Vuori, I. *Terve tuki- ja liikuntaelimityö – opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.11.2017. www.julkari.fi

Conaty, J. (1992). Physiotherapy with alcohol and drug dependent patients: Implications for general settings. *Physiotherapy Canada. Physiothérapie Canada*, 44(1), p. 31.

Danielsson, L. (2013). To sense and make sense of anxiety: Physiotherapists' perceptions of their treatment for patients with generalized anxiety. *Physiotherapy theory and practice*, 29(8), p. 604

Eskola, K. 2003. Päihdeongelmaisen hoitopaikan laatuksiteerit. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2 uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Euroopan komission www-sivut 2002. Maatalous ja elintarvikkeet. Viitattu 25.11.2017. <https://ec.europa.eu/agriculture>

Fogelholm, M. & Kaukua, J. 2014. Lihavuus. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. 3.-6. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- HE 100/2017 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle alkoholilaiksi ja eräksi siihen liit-
tyviksi laeiksi. Viitattu 1.12.2017. <https://www.eduskunta.fi>
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2011. Psykofyysinen ihminen. WSOYpro
Oy.
- Hillbom, M. 2003. Aivot ja alkoholi. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K.
Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2 uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Huovinen, T. & Rintala, P. 2007. Liikunnanopetuksen yksilöllinen toteuttaminen.
Teoksessa Heikinaro-Johansson, P. & Huovinen, T (toim.) Näkökulmia liikuntapeda-
gogiikkaan. 2. uud. p. Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteiden laitos. Porvoo: WSOY.
- Huttunen, J. 2015. Alkoholi ja terveys. Teoksessa Lääkärikirja. Viitattu 12.9. &
22.11.2017. <https://www.terveyskirjasto.fi>
- Jakonen, T. 2004. Hieronta psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä. Lapin ylio-
piston kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Jousilahti, P., Vienonen, M., Mazkiewitz, K., Koistinen, V. & Vohlonen, I. Ennenai-
kaisten kuolemien aiheuttamat elinvuosien menetykset pohjoisen ulottuvuuden
kumppanuusmaissa 2003-2013. Lääkärilehti. 46/2017. Viitattu 4.1.2018.
www.thl.fi/tiedotteet
- Jääskeläinen, M., Holmila, M., Notkola, I-L. & Raitasalo, K. 2016. A typology of
families with parental alcohol or drug abuse. *Addiction research & Theory* 4, 288-
299. Viitattu 11.12.2017. www.tandfonline.com
- Kaskela, T., Henriksson, M., Tourunen, J. & Pitkänen, T. 2014. Toiminta ja vertais-
tuki tärkeitä kuntoutuksessa. *Toimintakyky Paradise*. Viitattu 26.11.2017. *Tiimi*
2/2014, s.24-26. <https://www.a-klinikka.fi>
- Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanomapro Oy.
- Keltikangas-Järvinen, L. 2010. Sosiaalisuus ja sosiaaliset taidot. Helsinki: WSOY.
- Kiiänmaa, K. 2015. Alkoholiriippuvuus ja sen kehittyminen. Psykykinen ja fyysinen
riippuvuus alkoholista. Alkoholiriippuvuuden periytyminen. Teoksessa M. Aalto, H.
Alho, K. Kiiänmaa & L. Lindroos (toim.) Alkoholiriippuvuus. 3 uud. p. Helsinki:
Kustannus Oy Duodecim.
- Koski-Jännes, A. 2002. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa
Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) Kohti muutosta – motivointime-
netelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Kustannusosakeyhtiä Tammi Oy.
- Latvala, A. 2015. Alkoholien käytön aloittaminen – perimän ja ympäristön vaikutus.
Alkoholi ja muut riippuvuudet: riippuvuusriski. Teoksessa M. Aalto, H. Alho, K. Ki-
ianmaa & L. Lindroos (toim.) Alkoholiriippuvuus. 3 uud. p. Helsinki: Kustannus Oy
Duodecim.

Lawlor, DA. & Hopker, SW. 2001. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. Department of Social Medicine, University of Bristol. Viitattu 24.11.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11282860>

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Uusi laajennettu laitos. Mediapinta Oy.

Miller, W. 1999. Enhancing motivation for change in Substance Abuse Treatment. SAMSH/CSAT Treatment Improvement Protocols. Viitattu 27.11.2017 <https://www.ncbi.com>

Mustajoki, P. 2017. Painoindeksi. Viitattu 1.1.2018. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Mäkelä, R. 2003. Alkoholiriippuvuus ja muu psyykinen sairastavuus. Alkoholidiagnoosi vai kaksoisdiagnoosi. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiiänmaa & K. Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2 uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Niemelä, P. 2010. Hyvinvointipolitiikan lähtökohdat ja perusta. Hyvinvointi ja ihmisoikeudet. Hyvinvointipolitiikan teoria. Teoksessa Niemelä, P. (toim.) Hyvinvointipolitiikka. Helsinki: WSOYpro.

Nummenmaa, L. 2016. Aivot, mielihyvä ja liikunta – tunteet ohjaavat liikkumaan. Liikunta & tiede 55, 5/2016. 39-41. Viitattu 11.12.2017. www.lts.fi

Oksanen, J. 2014. Motivointi työvälineenä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Orjasniemi, T. 2014. Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä – kohdeilmioita, menetelmiä, strategioita ja rajapintoja. Rovaniemi: Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C.

Partanen, A. 2015. Päihdetyö osana sosiaali- ja terveyshuoltoa. Teoksessa A. Stormi (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Partonen, T. 2013. Liikunnan vaikutusmekanismit. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. 3.-6. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Parviainen, J. 2016. Keho tietää, kertoo ja kehittää itsetuntemusta. Liikunta & tiede 53, 2-3/2016. 10-15. Viitattu 11.12.2017. www.lts.fi

Peele, S. 2004. Miten voitat riippuvuudet. Helsinki: Rasalas.

PeVL 48/2017 vp. Perustuslakivaliokunta. Valiokunnan lausunto. Viitattu 1.12.2017. <https://www.eduskunta.fi>

Psyfy ry: www-sivusto. 2017. Basic Body Awareness Terapia (BBAT). Viitattu 27.11.2017. www.psyfy.net

Päihdehaittakustannukset 2010. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.1.2018. www.thl.fi/tilastot

Päihdehuoltolaki. 1986. 17.1.1986/41.

Päihdepalvelujen laatusuositukset. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Viitattu 23.11.2017. www.stm.fi

Päihdetilastollinen vuosikirja 2016. 2016. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.11.2017. www.julkari.fi

Rintala, P., Huovinen, T. & Niemelä, S. 2012. Soveltava liikunta. Liikuntatieteellisen seuran julkaisuja nro 168. Tampere: Tammerprint Oy.

Siljamäki, M., Kalaja, M., Perttula, J. & Kokkonen, M. 2016. Lähtökohtana holistinen kehollisuus: Koululiikunnan uudet tuulet. *Liikunta & Tiede* 52, 1/2016. 40-46. Viitattu 11.12.2017. www.lts.fi

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2017. Alkoholilain kokonaisuudistus. Viitattu 1.12.2017. <https://www.stm.fi>

Suni, J. & Vasankari, T. 2014. Terveyskunto ja fyysinen toimintakyky. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) *Terveysliikunta*. 2.-3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

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

Telakivi, T. 2003. Uni ja alkoholi. Kroonisen alkoholinkäytön ja eräiden muiden päihteiden vaikutukset uneen. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Telama, R. & Polvi, S. 2014. Liikunnan sosiaalinen merkitys. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) *Liikuntalääketiede*. 3.-6. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2015. Alkoholipoliittiset menetelmät. Viitattu 1.12.2017. <https://www.thl.fi>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2017. Alkoholipoliittiset mielipiteet 2016-2017. Viitattu 1.12.2017. <https://www.thl.fi>

Thornquist, E. & Bunkan, B. 1991. *What is psychomotor therapy?* Oslo: Norwegian University Press.

UKK-instituutin www-sivut. 2012. Liikunta masennuksen hoidossa. Viitattu 24.11.2017. <https://www.ukkinstituutti.fi>

Vaininen, S., Kantonen, A. & Keckman, M. 2017. *Somebody@-käsikirja – kehotietoisuus voimavaraksi*. Satakunnan ammattikorkeakoulu sarja C, oppimateriaalit 4/2017. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Valtiovarainministeriön www-sivut. Alkoholiverotus. Viitattu 22.11.2017. vm.fi/alkoholiverotus.

Vuori, I. 2013. Elinvuosien menetykset. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. 3.-6. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Walker, J. (2001). Anxiety Disorders: A nation-wide survey of treatment approaches used by physiotherapists. *Physiotherapy*, 87(10), pp. 536-548.

Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. 2008. Konsensuslausuma. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Suomen akatemia. Viitattu 22.11.2017. www.duodecim.fi

