

Liikuntaryhmämalli mielenterveyskuntoutujien terveyden edistämiseksi

Opinnäytetyö

Aho-Vinkka Tuomo, Korhonen Juho & Siikki Jani

Huhtikuu 2018
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitajan (AMK) tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Aho-Vinkka Tuomo Korhonen Juho Siikki Jani	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 9.4.2018
	Sivumäärä 39	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Liikuntaryhmämalli mielenterveyskuntoutujien terveyden edistämiseksi		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidajan (AMK) tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Hannu Piispanen		
Toimeksiantaja(t) -		
Tiivistelmä <p>Kansantautien esiintyvyys on huomattavasti yleisempää mielenterveyskuntoutujien keskuudessa kuin valtaväestöllä. Usein fyysinen sairastavuus liittyy psyykkisen sairauden aiheuttamaan heikentyneeseen motivaatioon ja kykyyn huolehtia omasta terveydestä. Psyykinen sairaus voi myös huonontaa aloitekykyä, jolloin liikunnan itsenäinen harrastaminen voi olla haastavaa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda terveyttä edistävä liikuntaryhmämalli mielenterveyskuntoutujille. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa vaihteellinen ohjeistus liikuntaryhmämallin toteuttamista varten, jotta mielenterveyskuntoutusta tarjoavat organisaatiot voisivat aloittaa liikuntaryhmän toteuttamisen käytännössä. Liikunnalla on merkittävä rooli melkein kaikkien kansantautien ehkäisyssä. Ryhmässä liikkuminen osaavassa ohjauksessa taas madaltaa kynnystä osallistua toimintaan sekä lisää sitoutuneisuutta ja motivaatiota liikuntaa kohtaan.</p> <p>Opinnäytetyön toteuttamistapana oli tutkimuksellinen kehittämistoiminta, jonka tuotoksena luotiin liikuntaryhmämalli. Liikuntaryhmämallin suunnittelussa on huomioitu mielenterveyskuntoutujien erityistarpeet ohjauksen, sitoutumisen, motivoinnin sekä liikuntalajien suhteen.</p> <p>Liikuntaryhmämalli on suunnattu mielenterveyskuntoutusta tarjoaville organisaatioille, joiden asiakaskuntaan ei kuulu akuutissa vaiheessa olevia mielenterveyskuntoutujia. Parhaiten liikuntaryhmämalli toimii osana pitkäaikaisten mielenterveyskuntoutujien hoitoa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Mielenterveyskuntoutuja, kansantaudit, terveyden edistäminen, liikuntaryhmämalli sekä tutkimuksellinen kehittämistoiminta		
Muut tiedot Litteenä mallipohja liikuntaryhmän sisällöstä (9 sivua)		

Author(s) Aho-Vinkka Tuomo Korhonen Juho Siikki Jani	Type of publication Bachelor's thesis	Date 9.4.2018
	Number of pages 39	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: X
Title of publication Exercise group model for the mental health rehabilitees for health promotion		
Degree programme Degree programme in nursing (Bachelor's degree)		
Supervisor Piispanen Hannu		
Assigned by -		
<p>Description</p> <p>The incidence of the chronic diseases is more common among the mental health rehabilitees. Physical illnesses among the mental rehabilitees are often related to the poor motivation for exercise and the inability to take care of the physical health. Mental illnesses can also cause dependency which makes independent exercise seem unreasonably challenging.</p> <p>The purpose of the thesis was to create an exercise group model for health promotion of the mental health rehabilitees. The aim of the thesis was to give a step by step guidance for the execution of the exercise group. Physical exercise is one of the most effective ways to prevent the onset of the chronic diseases. Using group exercise among the mental rehabilitees makes it easier for them to participate and improves the motivation towards exercise.</p> <p>The thesis was implemented as an investigative development work the output of which was an exercise group model for the mental health rehabilitees. The special needs of the mental health rehabilitees have been considered in designing of the exercise group model. Special attention has been put into the guidance, commitment, motivation and the chosen exercises which were designed to suit the needs of the mental health rehabilitees.</p> <p>The target group of the thesis was organizations which offer mental health rehabilitation. The exercise group model works best in long term mental health rehabilitation and it is not suggested to use among acute state psychiatric patients.</p>		
<p>Keywords (subjects)</p> <p>Mental health rehabilitee, chronic diseases, health promotion, group exercise model and investigative development active</p>		
<p>Miscellaneous</p> <p>Attached to a template of content of the exercise group as example (9 p.)</p>		

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Keskeiset käsitteet	3
	2.1 Mielenterveyskuntoutuja	3
	2.2 Terveyden edistäminen liikunnan avulla	4
3	Tarkoitus ja tavoitteet	5
4	Liikuntaryhmämallin suunnitteluprosessi	5
	4.1 Precede-Proceed –malli.....	5
	4.2 Ryhmäliikunnan vaikutus kohderyhmän elämänlaatuun	8
	4.3 Mielenterveyskuntoutujien terveysongelmien rajaaminen.....	10
	4.4 Liikunnan ja terveydentilan välinen yhteys	12
	4.5 Ohjausmenetelmät.....	13
	4.6 Sitoutuminen ja motivointi.....	15
	4.7 Liikuntamuotojen valinta	17
	4.7.1 Huomioitavat rajoittavat tekijät	17
	4.7.2 Soveltuvat liikuntamuodot	18
5	Pohdinta	19
	5.1 Liikuntaryhmämallin arviointi	19
	5.2 Eettisyys ja luotettavuus	21
	5.3 Kehittämisehdotukset	22
	Lähteet	24
	Liitteet	31
	Liite 1. Mallipohja liikuntaryhmän sisällöstä	31

Kuviot

	Kuvio 1: Liikuntaryhmän suunnitteluprosessi	7
--	---	---

1 Johdanto

Suomalaisista jo noin joka viides aikuinen kärsii erilaisista mielenterveyden häiriöistä. Vielä 1990-luvulla tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat suurin syy työkyvyttömyyteen, mutta 2000-luvulla mielenterveyden häiriöt ovat nousseet selkeäksi ykköseksi tilastossa. (Työkyvyttömyyseläkettä saaneet 2017.)

Länsimaissa vakaviin mielenterveysongelmiin sairastuneet elävät keskimäärin 15 vuotta alle normaalin elinajanodotteen (Jakobsen ym. 2018., Korkeila & Korkeila 2008). Mielenterveyskuntoutujilla sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisimpiä kuolemansyitä yhdessä epäterveellisten ruokailutottumusten ja heikon fyysisen aktiivisuuden kanssa (Jakobsen ym. 2018). Metaboliset haitat ovat yleisiä skitsofreniaa sairastavilla ja metabolinen oireyhtymä onkin neljä kertaa tavanomaisempi sairaus kuin valtaväestöllä. Epäterveelliset elintavat vaikuttavat negatiivisesti fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. (Korkeila & Korkeila 2008.)

Säännöllisesti toteutettavalla liikunnalla on positiivisia vaikutuksia mielenterveyteen sekä henkiseen hyvinvointiin. Liikuntaa voidaankin pitää yhtenä keinona edistää terveydentilaa ja sopivilla määrillä vaikuttaa myönteisesti miltei kaikkialle kehoon. (Huttunen 2018.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda liikuntaryhmämalli mielenterveyskuntoutusta tarjoaville organisaatioille. Liikuntaryhmämallin tavoitteena on antaa ohjeistus mielenterveyskuntoutusta tarjoaville organisaatioille, jonka avulla he voivat aloittaa liikuntaryhmän toteuttamisen käytännössä.

2 Keskeiset käsitteet

2.1 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveys on WHO:n mukaan määritelty hyvinvoinnin tilaksi, jossa jokainen yksilö ymmärtää oman kykynsä tehdä asioita ja selvitä arkielämän tuottamasta normaalista stressistä. Nykyisin mielenterveyttä käsitellään positiivisen mielenterveyden näkökulmasta. WHO määrittelee positiivisen mielenterveyden täydelliseksi fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi eikä ainostaan sairauden tai heikkouden puuttumiseksi. (Mental health - a state of well-being 2014.)

Mielenterveyskuntoutujan käsitteen täyttää henkilö, jolla on yksi tai useampi mielenterveydellinen häiriö. Nämä häiriöt haittaavat henkilön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, joiden haittoja kuntoutuksella pyritään estämään ja hillitsemään. (Ruuskanen 2006, 10.) Lisäksi he tarvitsevat apua asumiseen liittyvissä järjestelyissä, koska lähtökohtana olisi, että mielenterveyskuntoutujat asuisivat kotona. Jos tämä ei ole mahdollista, heille voidaan järjestää mielenterveyskuntoutujille suunnattuja asumispalveluita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 13.)

Mielenterveyskuntoutujilla on yleensä vuosien hoitohistoria psykiatrisesta sairaanhoidosta. On yleistä, että heillä on lisäksi päihderiippuvuus tai jokin persoonallisuuden häiriö. (Mattila 2009, 95.) Mielenterveyden häiriöihin kuuluu monesti sairaudentunnottomuus ja on mahdollista, että he kokevat itse olevansa terveitä. Yhteistyökyvyttömyys ja hoito-ohjeiden noudattamisen vaikeus ovat tyypillisiä piirteitä mielenterveyskuntoutujalle. Erilaiset mieliteot ja hoitoon sitoutumisen vaikeus sekä mahdollinen ajoittainen vihamielinen

asenne hoitoa kohtaan ovat tavanomaisia tunnusmerkkejä psyykkisesti sairastuneelle henkilölle. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 96.) Tässä opinnäytetyössä mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jolla ei ole akuutissa vaiheessa olevaa mielenterveysongelmaa tai päihdeongelmaa.

2.2 Terveyden edistäminen liikunnan avulla

Terveyden edistäminen on monimuotoinen käsite ja se voidaan määritellä arvojen, toiminnan ja tulosten perspektiivistä. Terveyden edistämisessä keskeistä on saadut vaikutukset. Saavutettavat tulokset, kuten terveelliset elämäntavat, eivät itsessään ole riittävän merkityksellisiä, elleivät ne realisoidu väestön parempana terveytenä ja hyvinvointina. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Terveyden edistäminen kuuluu osaksi kansanterveystyötä, jota puolestaan ohjaa kansanterveyslaki. Valtioneuvosto on antanut oman linjauksensa, jossa se kehottaa edistämään terveyttä edistävää liikuntaa ja ruokavaliota. (Terveyden edistäminen n.d.)

UKK-instituutti on lanseerannut liikuntapiirakan suomalaisille 18-64-vuotiaille. Sen mukaan kestävyyskuntoa tulisi harjoittaa viikon aikana 2 tuntia 30 minuuttia reippaalla tai 1 tunti 15 minuuttia rasittavalla tasolla. Lihaskuntoa ja kehonhallintaa tulisi liikuntapiirakan mukaan harjoittaa 2 kertaa viikossa. Yli 65-vuotiailla liikuntapiirakan määrät ovat miltei samankaltaiset. Lihaskuntoa, notkeutta ja tasapainon kehittämistä tulisi harjoittaa viikon aikana 2-3 kertaa. (Liikuntapiirakka 2017.)

Liikunnalla on mahdollista saavuttaa terveyshyötyjä monella eri tasolla. Liikunnan tuomien fyysisten terveysvaikutusten lisäksi liikunnasta saadaan iloa ja yhdessä harrastaen, sillä edistetään myös sosiaalisia suhteita. Terveyttä

edistävää liikuntaa tuetaan hallinnollisella tasolla sosiaali- ja terveystieteiden sekä opetus- ja kulttuuriministeriön toimesta. (Liikunta n.d.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään terveyden edistämiseen liikunnan avulla. Keskiössä ovat liikunnalla saavutettavat fyysiset terveyshyödyt.

3 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luoda liikuntaryhmämalli mielenterveyskuntoutusta tarjoaville organisaatioille. Liikuntaryhmämallin tavoitteena on antaa ohjeistus mielenterveyskuntoutusta tarjoaville organisaatioille, jonka avulla he voivat aloittaa liikuntaryhmän toteuttamisen käytännössä.

4 Liikuntaryhmämallin suunnitteluprosessi

4.1 Precede-Proceed –malli

Precede-proceed malli perustuu yli 40 vuoden pitkäjänteiseen työhön, jonka uranuurtajia ovat olleet amerikkalaiset Lawrence Green ja Marshall Kreuter. Kyseistä mallia on käytetty erityisesti terveyskasvatuksessa ja sen seurannassa. Mielenterveyskuntoutujille tehdyissä tutkimuksissa mallia on jo käytetty Suomessa (Alatalo, Huiskonen, Paananen, Suokas, Torstensson & Viitanen 2007) ja ainakin Kanadassa (Yeo, Berzins & Addington 2006).

Precede-proceed mallin tavoitteena on selittää terveyskäyttäytymistä ja -ympäristöjä. Mallin avulla voi suunnitella ja arvioida toimenpiteitä, jotka vaikuttavat sekä käyttäytymiseen että elinoloihin. Sen sisälle voidaan sijoittaa mikä

tahansa terveyteen liittyvä asia ja tarkastella sitä mallia apuna käyttäen. Mallin käyttö mahdollistaa seurannan pitkälläkin aikavälillä. Suomessa mallia on lähinnä käytetty tarkasteltaessa liikuntaa ja tupakointia. Alkuperäisessä precede-proceed mallissa on kahdeksan eri vaihetta, jotka jakautuvat tasan suunnittelu- ja toteutusvaiheen kesken. (Tapley & Patel 2016, 47-48.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään precede-vaiheeseen, jonka tuotoksena on käyttöönottoa vaille valmis liikuntaryhmämalli. Precede-vaiheita on neljä, jotka käsittävät suunnitteluvaiheen. Ensimmäisessä vaiheessa täytyy tehdä sosiaalinen arviointi, jossa määritellään kohderyhmän elämänlaatuun liittyvät tekijät ja heidän mahdolliset sosiaaliset ongelmansa. Toisessa vaiheessa rajataan kohderyhmän terveysongelmat sairauksien, toimintakyvyttömyyden ja kuolleisuuden perusteella, jotka linkittyvät sosiaalisessa arvioinnissa esiin nousseisiin ongelmiin. Toisessa vaiheessa arvioidaan myös terveyskäyttäytymisen ja ympäristön riskitekijöitä, joilla nähdään olevan yhteyttä epidemiologisiin ongelmiin. Tämän jälkeen tulisi määrittää tavoitteet, jotka ohjaavat toimintaa. (Tapley & Patel 2016, 49-50.) Käyttäytymisen ja terveyden väliset syy-yhteydet kuuluvat olennaisena osana tämän vaiheen käsittelyyn.

Kolmannessa vaiheessa suoritetaan ekologinen ja kasvatuksellinen arviointi. Siinä tarkastellaan käyttäytymiseen ja ympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutuksia terveyskäyttäytymiseen ja elämänlaatuun. Tämän vaiheen jäljet johtavat yleensä juuri niihin asioihin, joita pyritään muuttamaan käyttäytymisen ja ympäristötekijöiden osalta. On tärkeää arvioida altistavat, vahvistavat ja mahdollistavat tekijät, jotka liittyvät yksilön ja yhteisön käyttäytymiseen. Neljänten vaiheeseen kuuluu hallinnollinen ja poliittinen arviointi. Käytännössä tarkoituksena on arvioida käytössä olevat resurssit ja mahdolliset rajoitteet sekä halukkuus toimeenpanna terveyttä edistävä ohjelma. (Tapley & Patel 2016, 50-51.)

Alla olevaan kaavioon on koottu liikuntaryhmän toteuttamista edeltävät vaiheet. Kaaviota hyödyntämällä mikä tahansa mielenterveyskuntoutusta tarjoava organisaatio pystyy ensin arvioimaan oman kykynsä aloittaa liikuntaryhmän toteuttaminen. Tämän jälkeen organisaatio voi liikuntaryhmämallin avulla aloittaa liikuntaryhmän toteuttamisen käytännössä. Tässä opinnäytetyössä mielenterveyskuntoutusta tarjoavalla organisaatiolla tarkoitetaan aikuispsykiatrisia asumispalveluita tarjoavaa yksikköä, jonka asukaskunta koostuu pitkäaikaisista mielenterveyskuntoutujista.



Kuvio 1: Liikuntaryhmän suunnitteluprosessi

4.2 Ryhmäliikunnan vaikutus kohderyhmän elämänlaatuun

Uusien asioiden omaksuminen saattaa olla vaikeaa ja jopa pelottavaa mielen-terveyden häiriöistä kärsiville. Mielen-terveyskuntoutujien aktivointi sekä in-
nostuksen luominen uutta toimintaa kohtaan onkin tästä syystä todella tär-
keää. Ryhmässä liikkumisen on todettu alentavan osallistumisen kynnystä ja
vaativan vähemmän motivoitumista. (Fagerström 2008, 44.) Kukkonen-Har-
jula (2012) julkaisemassa esityksessä depression hoidossa ryhmäliikuntaa ko-
rostetaan ja tätä tukevat hoitosuositukset Englannista (NICE 2009) ja Skotlan-
nista (SIGN 2010).

Ryhmässä toteutettavalla liikunnalla on monia edullisia vaikutuksia liikun-
nan omaksumiseen ja harrastuksen jatkamiseen. Yleensä liikuntaryhmien toi-
minnoissa on keskitytty liikuntataitoihin tai psyykkiseen ja sosiaaliseen tu-
keen, ei niinkään sen terveyskasvatukselliseen sanomaan. (Vuori 2003, 151-
152.) Mielen-terveyskuntoutujien parissa ryhmiä käytetäänkin usein nimen-
omaan sosiaalisten taitojen harjoitteluun sekä psyykkisten oireiden hallintaan
(Kuhanen ym. 2010, 110–111).

Ryhmäliikunta on myös oiva keino vaikuttaa liikkujan tietoihin, taitoihin ja
asenteisiin, sekä tunnistaa jo olemassa olevia liikuntamahdollisuuksia ja kei-
noja liikkumattomuuden vähentämiseen (Vuori 2003, 151-152). Ryhmästä saa
myös runsaasti erilaisia virikkeitä ja palautetta, jotka omalta osaltaan auttavat
kasvattamaan yksilön itsetuntemusta. Ryhmässä, jossa on turvallinen ilma-
piiri, yksilön on helppo miettiä omia tuntemuksiaan, tehdä havaintoja ja olla
vuorovaikutuksessa. Toiminta ja vuorovaikutus ryhmässä lisää yksilön itse-
tuntemusta. (Rovio, Lintunen & Salmi 2009, 14-16.)

Ryhmäliikunnan käyttäytymistieteellisten näkökohtien ja perusteiden kannalta ryhmässä toimiminen saattaa saada aikaan merkittäviä etuja. Ryhmään kuuluville se mahdollistaa toisilta jäseniltä oppimisen, laajentaa ja avartaa näkemyksiä, antaa mahdollisuuden vaihtaa kokemuksia, lisää tietoa ja ongelmanratkaisukykyä, saa tukea sekä voi antaa sitä muille, parantaa vuorovaikutussuhteita ja voi luoda jopa uusia kaveruus- ja ystävyysuhteita. Toiminnan ohjaajat ja maksajat taas saavat vastineeksi voimavarojen tehokkaan hyödyntämisen. Erilaisia liikunnan edistämisen toimintoja ja vaikuttavuutta arvioi-
dessa ryhmäliikunta on todettu huokeaksi vaihtoehdoksi. (Vuori 2003, 153.)

Ryhmässä liikkumisen edut eivät kuitenkaan tule automaattisesti. Tämä vaatii ohjaajilta ammattitaitoa ja herkkyyttä. Ohjaajien tulee tuntea ryhmän jäsenten odotukset, tavoitteet, liikunnan muutosvaihemalli, liikuntataidot ja fyysinen kunto. (Vuori 2003, 154-155.) Ryhmän ohjaajaan kohdistuu myös paljon erilaisia odotuksia ja toiveita. Niinpä ohjaajan tulee olla riittävän jämäkkä ja määrätietoinen, joka edesauttaa turvallisuuden tunteen vahvistumista ryhmässä. Toisin sanoen ryhmä tarvitsee turvallisuuden tunnetta. (Kopakkala 2005, 58, 63, 66, 145.)

Ohjaajan tulee olla myös tietoinen ryhmäprosessien eri vaiheista. Edellä mainitut asiat täyttyvät parhaiten, jos kyseinen ryhmä kokoontuu vain liikuntaa varten. Jos kyseessä on jollakin muulla tavoin muodostunut ryhmä, jota käytetään liikunnan edistämiseen, tilanne on haastavampi. Eri ryhmäprosesseja ovat yhteenkuuluvuus, normien sekä roolien ja statuksen muodostuminen, ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen, yhteistoiminnan ja sosiaalisen tuen kehittyminen. Nämä eri prosessit eivät synny heti, vaan kehittyvät asteittain ryhmän muodostumisen jälkeen. Yhteenkuuluvuuden tunne on erityisen tärkeää jo heti ryhmän alkuvaiheessa, koska se edistää jäsenten sitoutumista ja pysymistä ryhmässä. (Vuori 2003, 154-155.)

4.3 Mielenterveyskuntoutujien terveysongelmien rajaaminen

Suomessa psykoosisairauksiin liittyviä fyysisiä ongelmia on kartoitettu Psykoosit Suomessa – tutkimuksella, joka sisältyy Terveys 2000-tutkimukseen. Siihen osallistui 8000 satunnaisesti valittua 30 vuotta täyttäneitä henkilöä. Osallistuneiden henkilöiden terveydentilaa tarkasteltiin laajasti ja siitä saatua tietoa on käytetty psykoosia sairastavien fyysisten ongelmien tutkimiseen. Tulokset osoittavatkin, että skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastavat ovat riskiryhmässä sairastua fyysisiin sairauksiin. (Suvisaari 2008, 4.) Metabolisen oireyhtymän sairaudet, joihin kuuluu vyötärölihavuus, dyslipidemia eli hypertriglyseridemia, matala HDL-kolesteroli, koholla oleva verenpaine ja diabetes ovat yleisimpiä somaattisia sairauksia psyykkistä sairautta sairastavilla (Heiskanen 2015).

Sydän- ja verisuonitauteihin sairastumisen riski nousee 2-3 kertaiseksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja skitsofreniaa sairastavilla. Riski korostuu etenkin nuoremmilla henkilöillä. (De Hart ym. 2011.) Dyslipidemia on suurin yksittäinen riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn (De Hart ym. 2009.) Dyslipidemian oireisiin kuuluu hypertriglyseridemia sekä matala HDL-kolesteroli. Hypertriglyseridemiällä tarkoitetaan veressä kiertävien rasvojen eli triglyseridien liiallista pitoisuutta. Raja-arvona tälle pidetään 2 mmol/l ja jos tämä ylittyy, on kyseessä hypertriglyseridemia. (Mustajoki 2018). HDL-kolesteroli tarkoittaa "hyvää kolesterolia", joka toimii kolesterolin pois viejänä eri kudoksista ja valtimoiden seinämistä. Dyslipidemiassa HDL-arvon ollessa matala jää kolesteroli kudoksiin ja valtimoihin, mikä voi aiheuttaa valtimokovettumataudin. (Eskelinen 2016). Dyslipidemian on tutkittu aiheuttavan yli 3 kertaisen riskin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin henkilöillä, jotka sai-

rastavat skitsofreniaa tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä. Muilla riskitekijöillä, kuten ylipainolla, diabeteksella, korkealla verenpaineella, metabolisella oireyhtymällä ja tupakoinnilla on todettu olevan 1-3 kertainen altistavuus sydän- ja verisuonisairauksille. (De Hart ym. 2009.)

Iso-Britannialaisessa tutkimuksessa selvitettiin vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavien kuolleisuutta sydänsairauksiin ja syöpiin. Tutkimuksessa verrattiin vakavia mielenterveyden häiriöitä, kuten skitsofreniaa ja bipolaarista häiriötä sairastavia henkilöihin, joilla ei ollut psykiatrasta diagnoosia. Vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavilla todettiin suurentunut riski kuolla sepelvaltimosairauksiin ja sydäninfarktiin sekä keuhkosyöpään. (Osborn ym. 2007.)

Vyötärölihavuus altistaa useille sairauksille, kuten tyypin 2 diabetekselle, verenpainetaudille, sydänsairauksille ja joillekin syöpätaudeille (Mustajoki 2017). Vyötärölihavuuden riskin on todettu olevan 3-4 kertaa suurempi skitsofreniaa sairastavilla kuin valtaväestöllä. Masennukseen tai bipolaarihäiriöön sairastuneilla riski on 1-2 kertaa valtaväestöä suurempi. (De Hart ym. 2011). Psykelääkkeistä erityisesti klotsapiinin ja olantsapiinin osuus painonnousuun sekä vyötärölihavuuteen on merkittävä (Lund ym. 2011). Ketiapiinilla ja risperidonilla on todettu olevan myös kohtalainen riski painonnousulle. Lisäksi monet muut psykelääkkeistä altistavat painon nousulle. (De Hart ym. 2011; Lund ym. 2011.)

Tyypin 2 diabeteksen esiintyvyys on 4-5 kertaa suurempi skitsofreniaa sairastavilla kuin valtaväestöllä (Suvisaari 2008, 4). Heillä on todettu jo ennen psykoosilääkehoidon aloittamista metabolisia muutoksia elimistössä, jotka altistavat tyypin 2 diabetekselle (Smith ym. 2008). Psykelääkkeiden vaikutukset

diabeteksen puhkeamiseen ovat kiistattomat. Varsinkin klotsapiini nosti pelkästään viiden vuoden aikavälillä skitsofreniaa sairastavien nuorten aikuisten riskiä sairastua diabetekseen melkein 40 prosenttia. (Lund ym. 2011.)

4.4 Liikunnan ja terveydentilan välinen yhteys

Pattyn ym. (2012) meta-analyysissä tarkasteltiin liikunnan vaikutuksia metabolisen oireyhtymän kardiovaskulaarisiin riskitekijöihin. Meta-analyysin aineistona oli yhdeksän tutkimusryhmää, joihin osallistui yhteensä 206 henkilöä. Kaikissa yhdeksässä tutkimusryhmässä liikunnalla oli myönteinen vaikutus kardiovaskulaarisiin riskitekijöihin. Tutkimusryhmissä havaittiin laskua verenpaineessa, veren sokeripitoisuudessa ja triglyserideissä. Myös vyötärön ympärysmitta pieneni, hyvän HDL-kolesterolin pitoisuus kasvoi sekä hapenotto- ja keuhkojen toiminta parani.

Aerobisella liikunnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia veren rasva-arvoihin. Leon & Sanchez (2001) tekivät tutkimuskatsauksen, jossa he hyödynsivät 51 tutkimusta. Tutkimuksissa osallistujat harrastivat kohtuullisesti kuormittavaa tai raskasta aerobista liikuntaa vähintään 12 viikkoa. Useimmin tutkimuksissa havaittu muutos veren kolesteroleissa oli HDL-kolesterolipitoisuuden kasvaminen. Myös LDL-kolesterolin sekä triglyseridien pitoisuuden laskua havaittiin tutkimuksissa usein.

Thomas ym. (2007) selvittivät liikunnan vaikutuksia tyypin 2 diabetekseen. Heidän aineistonsa koostui neljästätoista satunnaistetusta kontrolloidusta tutkimuksesta, joissa oli yhteensä 377 osallistujaa. Osallistujat oli jaettu kahteen ryhmään, joista toista oli kehoitettu lisäämään fyysistä aktiivisuuttaan ja toinen oli kontrolliryhmä. Tutkimusjaksojen pituus vaihteli kahdeksasta viikosta kahteentoista kuukauteen. Tutkimusten tuloksista selvisi, että liikunta paransi

glykeemistä kontrollia alentaen veren sokeripitoisuutta merkittävästi. Lisäksi liikunta vähensi rasvakudoksen määrää sekä ihon alta että sisäelinten ympäriltä. Liikunta myös paransi insuliinivastetta ja alensi veren triglyseridipitoisuutta.

Myös voimaharjoittelulla on todettu olevan suojaava vaikutus sydänsairauksia ja tyypin 2 diabetesta vastaan. Shiroman ym. (2017) tutkimuksessa seurattiin yli 35 000 tervettä naista, jotka olivat vuonna 2000 osallistuneet terveystarkastukseen. Vuonna 2014 tutkimuksessa mukana olleilla voimaharjoittelua harrastavilla naisilla todettiin 30% pienempi riski sairastua tyypin 2 diabetekseen sekä 17% pienempi riski sairastua sydänsairauksiin verrattuna voimaharjoittelua harrastamattomiin naisiin. Voimaharjoittelua ja aerobista liikuntaa harrastavilla naisilla oli myös pelkästään aerobista liikuntaa harrastavia naisia pienempi riski sairastua.

4.5 Ohjausmenetelmät

Tutkimusnäyttöä juuri mielenterveyskuntoutujille sopivista ohjausmenetelmistä ei löytynyt mittavasta hakuprosessista huolimatta. Alla olevien ohjausmenetelmien käyttö soveltuu kuitenkin mielenterveyskuntoutujien parissa toteutettavan liikunnan ohjaamiseen sairauden haasteet huomioiden. Pöyry on pro gradu -tutkielmassaan koonnut Varstalan (2003) luomia oppiaineksen ja opetusprosessin erilaisia vaiheita taulukkomuotoon. Opetusmenetelmiä on yksitoista erilaista, joista mielenterveyskuntoutujien ohjaamiseen parhaiten soveltuvia oli kolme, jotka ovat komento-, tehtävä- ja eriytyvä opetustyyli.

Komento-opetustyylin hyviä puolia ovat opetettavan asian nopea käytäntöönpano sekä ohjaajan mahdollisuus tarkkailla, korjata ja antaa palautetta tarvit-

taessa (Pöyry 2006, 94). Komento-opetuksen etuja ovat myös osallistujien vähäinen passiivisuus ja mahdollisimman iso toistomäärä harjoituksessa. Opetustapaa oikein käytettynä on mahdollista saada motivoivaa opetusta ja positiivisia kokemuksia opetettaville. (Mosston & Ashworth 2008, 76- 93.)

Tehtäväopetus eli harjoitustyyli on hyödyllinen, mikäli toiminnassa on eri suorituspisteitä, joihin ohjaaja antaa erilliset ohjeet. Kuten edellisessäkin opetustavassa, myös tässä ohjaaja pystyy havainnoimaan, korjaamaan ja antamaan palautetta suorituksista. Kyseinen opetustyyli vaatii osallistujilta hieman enemmän itsenäistä toimintaa. (Pöyry 2006, 94.)

Osallistujien erilaisista taustoista riippuen voi olla tarpeen hyödyntää eriytyvää opetustyyliä. Tällöin kukin osallistuja saa omaan taitotasoonsa suhteutettuna erilaista ohjausta ja pystyy etenemään omaan tahtiin suorituksia tehdesään. Osallistuja arvioi suorituksen jälkeen suoritetta omaan tasoonsa nähden ja näin ollen pystyy tarvittaessa nostamaan tai laskemaan vaikeusastetta. (Pöyry 2006, 94.)

Koska mielenterveyskuntoutujilla on haasteita omatoimisuuden, itseohjautuvuuden sekä päättämisen- ja aloitekyvyn kanssa ensimmäisenä mainittu komento-opetus on selkein ohjaustyyli. Nopea toiminnan aloittaminen ja vähäinen passiivinen aika mahdollistavat jatkuvan ohjauksen ja toiminnan etenemisen tauoitta. Siksi se myös vaatii vähiten omaa aloitekykyä osallistujilta ja sillä onkin hyvä aloittaa liikuntaryhmän toiminta.

Liikuntaryhmän edetessä tehtäväopetusta voidaan myös hyödyntää osallistujien oppimisen näkökulmasta. Tällä tyyllillä osallistujat saavat enemmän vastuuta omasta tekemisestään ja paljon toistoja eri liikuntaharjoitteista, mitkä

edistävät uusien taitojen oppimista. (Jaakkola 2010, 17.) Eriytyvää opetustyyliä on hyvä käyttää, mikäli osallistujilla on selkeästi eri lähtötasot liikuntaan. Tämä opetustyyli lisää autonomian tunnetta, koska jokainen osallistuja pystyy vaikuttamaan omaan suoritukseensa haluamallansa tavalla. (Sanchez, Byra & Wallhead 2012.)

4.6 Sitoutuminen ja motivointi

On todettu, että skitsofreniapotilaiden kuntoutusohjelmassa tulisi keskittyä motivaation puuttumisen korjaamiseen sekä heikentyneen kognitiivisuuden vahvistamiseen (Rychkova & Kholmogorova 2017). Motivaation puuttuminen on suuri riskitekijä, joka vaikuttaa skitsofreniaan liittyvään toimintahäiriöön ja heikentää henkilön sitoutumista hoitoon (Schlosser ym. 2014).

Muutkin mielenterveyden häiriöt tuovat oman haasteensa liikkumiseen heikentyneen sitoutumisen ja motivaation vuoksi. Sitoutumisen luomiseksi on tärkeää, että liikuntalajit ovat sopivan haastavia, jotta ryhmäläisten kynnys osallistua ei ole liian korkea. Remes (2003) viittaa pro gradu -tutkielmassaan Buckworthin ja Dishmanin (2002) teokseen, jossa nimenomaan pystyvyyden tunnetta pidetään ensisijaisen tärkeänä sitoutumisen luomiseksi. Tämä tarkoittaa sitä, että osallistuja pitää omia kykyjään riittävinä selvitäkseen erilaisien tilanteiden vaatimuksista. (Remes 2013.)

Ruuskanen viittaa pro gradu – tutkielmassaan Pikkaraisen (2003) pro gradu -tutkimukseen, jossa käsitellään keinoja motivoida mielenterveyskuntoutujia liikkumaan. Liikuntaryhmän ohjaajien tavanomaisimmat motivointikeinot olivat hyödyntää asiakkaiden mielenkiinnonkohteita lajien valitsemisessa sekä tehdä liikuntaharjoitteista kiinnostavia ja mielekkäitä. Muita käytettyjä keinoja

oli muun muassa hyödyntää osallistujia lähellä olevia liikuntapaikkoja, suorituksesta palkitseminen, henkilökohtainen palautteen anto sekä liikkumisen myönteisistä terveyshyödyistä kertominen. Ruuskasen (2006, 32) mukaan tärkeimmät motivoivat tekijät ryhmäliikuntaan olivat sosiaalinen vuorovaikutus sekä ryhmässä toimiminen. (Ruuskanen 2006, 15.)

Motivaation luomiseksi on myös hyvä asettaa henkilökohtaiset tavoitteet, joita kohti lähdetään tekemään töitä. Tavoitteet voidaan vielä pilkkoa pienempiin osatavoitteisiin, mikä helpottaa lopullisen tavoitteen saavuttamista. (Kauppila 2003, 55.) Tavoitteita ei kannata asettaa liian korkealle, mutta ei kannata myöskään aliarvioida itseään. Olisikin hyvä, jos ohjaaja pystyisi auttamaan osallistujia sopivan tasoisten tavoitteiden laatimisessa.

Motivoivaa haastattelua voidaan myös käyttää työkaluna. Onnistuneella suullisella viestinnällä voidaan luoda ja vahvistaa ihmisen motivaatiota. Motivoivan haastattelun periaatteita ovat empatian osoittaminen sekä ihmisen omien kykyjen ja itseluottamuksen vahvistaminen. Ihmisen toiminnan ja arvojen välisen ristiriidan havaitseminen ja korostaminen toimii myös motivaationa elämäntapamuutoksissa. Väittelyä tulee motivoivassa haastattelussa pyrkiä välttämään ja vastarintaa voidaan pehmentää myötäilemällä. Mikäli vastarinta on voimakasta, voidaan aiheen käsittely jättää hetkeksi ja palata siihen myöhemmin. (Järvinen 2014.)

Mielenterveyskuntoutujien liikuntaa suunnitellessa myös ohjaajan motivoituneisuudella on iso merkitys. Remes (2013) viittaa pro gradu – tutkielmassaan Ojasen ja Ylénin (1999) teokseen, jossa tutkitaan liikunnan ja mielenterveyden välisiä yhteyksiä. Kyseisessä teoksessa motivoituneet ohjaajat ovat osoittautuneet yhdeksi tärkeimmistä asioista, jotta liikuntainterventiosta on saatu onnistunut.

4.7 Liikuntamuotojen valinta

4.7.1 Huomioitavat rajoittavat tekijät

Psykkisiä sairauksia, kuten skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja masennusta sairastavilla henkilöillä tulee ottaa huomioon mahdollisesti liikuntaa rajoittavia tekijöitä, kun liikuntaryhmää suunnitellaan. Esimerkiksi skitsofreniassa suurimpia ongelmia on havaittu olevan tarkkaavaisuuteen, oman toiminnan ohjaukseen sekä muistiin liittyvissä asioissa. Sairauteen liittyy myös ongelmia aloitekyvyssä sekä joustavasti ja suunnitelmallisesti toimimisessa. (Mielenterveyden ongelmiin liittyvät tiedonkäsittelyn vaikeudet n.d.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaiheessa haasteiksi nousevat keskittymisvaikeudet, impulsiivisuus ja herkkyyys häiriötekijöille. Myös päätöksen teko ja omaan toimintaan liittyvä arviointi ja suunnittelu hankaloituvat. Masennusvaiheessa esille nousee aloitekyvyn heikentyminen. Pelkkään masennukseen liittyy samoja tekijöitä, kuin edellä mainituissakin mielenterveyden ongelmissa. Aloitekyvyssä ja päätöksen teossa ilmenee suurimmat vaikeudet. (Mielenterveyden ongelmiin liittyvät tiedonkäsittelyn vaikeudet n.d.)

Myös mielenterveyskuntoutujien lääkitys vaikuttaa liikunnan harrastamiseen ja liikuntamuotojen valintaan. Psykoosilääkkeiden haittavaikutuksina saattavat usein olla motoriset ongelmat, kuten levottomuus, vapina, lihasjäykkyys ja pakkoliikkeet. Ahdistus- ja unilääkkeiden haittoina voi ilmetä koordinaation heikentymistä mikä saattaa lisätä kaatumisriskiä. Muistitoimintojen heikentyminen tulee myös ottaa huomioon mielenterveyskuntoutujien liikuntaa suunnitellessa. (Huttunen 2017.)

4.7.2 Mielenterveyskuntoutujille soveltuvat liikuntamuodot

Tutkimusten mukaan kansantautien ehkäisemiseksi kannattaa harrastaa monipuolisesti eri liikuntamuotoja. Pattyn ym. (2012) meta-analyysissä dynaamisella kestävyysharjoittelulla todettiin myönteisiä vaikutuksia sydänsairauksien riskiin, mutta vastusharjoittelun ja dynaamisen kestävyysharjoittelun yhdistelmän sekä pelkän vastusharjoittelun hyödyistä olisi tarvittu lisää näyttöä. Tätä näyttöä on myöhemmin saatu Shiroman ym. (2017) tutkimuksesta, jossa voimaharjoittelun ja aerobisen liikunnan yhdistelmällä havaittiin pelkkää aerobista liikuntaa parempi suoja tyyppin 2 diabetesta ja sydänsairauksia vastaan.

Osassa tutkimuksista ei ole eritelty tarkemmin, mitä liikuntalajeja osallistujat olivat harrastaneet. Aerobinen liikunta oli määritelty Thomasin ym. (2007) tutkimuskatsauksessa toistuvaksi sykliseksi liikkeeksi, joka aiheutuu suurten lihasten supistumisesta aerobista energiaa hyväksi käyttäen. Pattyn ym. (2012) meta-analyysissä ei tarkennettu, mitä dynaaminen kestävyysharjoittelu tarkoittaa. Shiroman ym. (2017) tutkimuksessa oli eritelty aerobisen liikunnan muodoista esimerkiksi käveleminen, juokseminen, tennis, uinti ja portaiden kiipeäminen. Voimaharjoittelulla tarkoitettiin tutkimuksessa luustolihaksia vahvistavaa liikuntaa, mitä ei tarkennettu sen enempää.

Ihmisten suhtautuminen luonnossa tai ulkona liikkumiseen on yleensä myönteistä, sillä melkein jokaisella on aikaisempia positiivisia kokemuksia luonnossa liikkumisesta. Jo muutaman tunnin luonnossa liikkuminen voi nostattaa mielenterveyskuntoutujan huonoa itsetuntoa. Siinä myös irtaannutaan arkiruutiineista ja törmätään luonnossa oleviin nähtävyyksiin, mitkä ovatkin myönteisiä elämyksiä. Luonnossa liikkuminen sopii kaikille fyysisestä kunnosta riippumatta. Rasitusta siinä tulee kuljetun matkan pituudesta sekä maaston

vaikkeudesta. Voidaankin sanoa, että siinä tulee fyysistä kuormitusta kuin itsestään. Retkeilemällä luonnossa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä henkilöistä voi tulla esiin uusia puolia. Se tarjoaa positiivisia elämyksiä ja ryhmässä tehtynä siellä saa hyviä sosiaalisia kontakteja. (Teini 1995, 84.) Luontoympäristö saa ihmisessä aikaan positiivisia reaktioita, joiden seurauksena stressi lievittyy ja mieliala nousee (Salonen 2005, 60).

Tällä hetkellä tutkitun tiedon perusteella ei siis ole eriteltävissä lajeja, jotka olisivat terveyshyödyiltään erityisen hyviä mielenterveyskuntoutujille. Myös liikunnan harrastamisen keston sekä saavutettavien terveyshyötyjen annosvaste suhteen on todettu vaativan vielä lisää tutkimista (Leon & Sanchez 2001). Kuitenkin näyttöön perustuen voidaan pitää suositeltavana sisällyttää liikuntaryhmään sekä voimaharjoittelua että aerobista liikuntaa (Shiroma ym. 2017). Liikuntaryhmään soveltuvia liikuntalajeja valittaessa tulisikin painottaa osallistujille mieluisia lajeja, jotta ryhmään osallistuminen olisi mielekästä. Myös käytettävissä olevia liikuntaympäristöjä, kuten kuntosaleja sekä uima- ja liikuntahalleja kannattaa hyödyntää sisällön suunnittelussa.

5 Pohdinta

5.1 Liikuntaryhmämallin arviointi

Tätä opinnäytetyötä tehdessä punaisena lankana oli tuottaa liikuntaryhmämallin perusta, joka tarjoaisi laajan tietopohjan toteuttaa mielenterveyskuntoutujien liikuntaa. Tutkittua tietoa juuri mielenterveyskuntoutujien liikunnasta oli niukasti, joten tämän mallin luomisessa on käytetty tutkimustietoa

liikunnan fysiologisista vaikutuksista yleisesti ihmisillä. Mielen­terveyden häiriöistä kärsivillä liikunnan terveyshyödyt ovat samanlaiset kuin kellä tahansa muulla, joten tietoa liikunnan vaikutuksista voidaan pitää validina. Mielen­terveyskuntoutujien yleisimpiä fyysisiä sairauksia on tutkittu, mutta tietoa liikunnan vaikutuksista näiden sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon ei juurikaan ollut saatavilla mielen­terveyskuntoutujien parista.

Mielen­terveyden häiriöiden yhteyttä fyysiseen sairastavuuteen on tutkittu paljon ja riski onkin moninkertainen valtaväestöön verrattuna. Tässä työssä edellä mainitut sairaudet ja niiden riskit on tuotu kattavasti ja selkokielellä esille. Näistä liikuntaryhmän toteuttajan olisikin hyvä tehdä seuranta­mahdollisuuksien mukaan.

Aerobisen, anaerobisen ja voimaharjoittelun vaikutuksista mielen­terveyskuntoutujalle ei ollut yksiselitteistä näyttöä. Näiden yhdistämisestä tai tietyn liikuntamuodon käytöstä oli ristiriitaista tietoa. Tässä opinnäytetyössä onkin kartoitettu kaikkien edellä mainittujen liikuntamuotojen etuja ja hyödynnetty UKK-instituutin lanseeraamaa liikuntapiirakkaa kestävyden, lihaskunnon ja keuhonhallinnan osalta. Myöskin luonnossa liikkuminen on huomioitu, koska luontoliikunnalla on tutkitusti ihmismieltä rauhoittava vaikutus ja se on myöskin kustannustehokasta. Sen kuormittavuuden voi jokainen myös itse määritellä, joten myös lähtötasoltaan heikkokuntoisten on helpompaa lähteä liikkumaan.

Tässä työssä mielen­terveyskuntoutujien sairauden luonteeseen ja lääkityksen haittavaikutuksiin kohdistuvat mahdolliset rajoitteet on otettu huomioon. Isoimpana haasteena on saada mielen­terveyskuntoutujat motivoitumaan ja sitoutumaan liikunnan harrastamiseen. Suurimpina motivoivina tekijöinä esille

voidaan nostaa ryhmässä toimiminen ja yhteenkuuluvuudentunne sekä vertaistuki.

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaihetta tai -kohdetta valitessa tulee ottaa huomioon sen yhteiskunnallinen merkittävyys. Valinnassa tulee huomioida syyt, miksi tutkimuksen käynnistäminen kannattaa aloittaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 24.) Tämän opinnäytetyön aiheen kohdalla mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja liikunnan hyödyntäminen yhtenä hoitomuotona tukivat aiheen valintaa. Opinnäytetyön aihevalintaan vaikutti myös tekijöiden omat havainnot liikunnan vähäisestä hyödyntämisestä käytännön mielenterveyshoitotyössä.

Tutkimuseettisten sääntöjen noudattaminen, tarkkuus, rehellisyys ja yleinen huolellisuus ovat kehittämistyön eettisyyden kannalta keskeisiä asioita. (Hirsjärvi ym. 2009, 24.) Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään paljon kansainvälisiä lähteitä, ja se oli osittain ainoa mahdollisuus, koska kotimaisia tutkimuksia aiheesta oli hyvin rajallisesti. Myös teoreettiseen viitekehykseen kerättiin tietoa pääosin kansainvälisistä tietokannoista ja lähteiden luotettavuutta arvioitiin jatkuvasti.

Tietokantoina tutkimusten etsimiseen käytettiin Cinahlia, Medicia, Terveysporttia ja Pubmedia. Hakusanojen valinnalla pyrittiin yhdistämään mielenterveyden häiriöt, näihin liittyvä fyysinen sairastavuus sekä liikunnan terveysvaikutukset. Käytettyjen lähteiden soveltuvuus opinnäytetyöhön valittiin saatujen hakutulosten otsikoiden sekä tiivistelmien perusteella. Tarkoituksena oli, että käytettyjen tutkimusten koehenkilöt olisivat olleet mielenterveyskun-

toutujia. Tällaisia tutkimuksia ei kuitenkaan ollut kaikkiin tarvittaviin teoriaosuuksiin saatavilla, jolloin on jouduttu käyttämään myös sellaisia tutkimuksia, joiden koehenkilöt eivät ole olleet mielenterveyskuntoutujia.

Lähdemerkintöjen huolellisuus ja viittaukset kuvaavat hyvin tämän opinnäytetyön rehellisyyttä. Kolmen tekijän motivoituneisuuden ja sujuvan yhteistyön ansiosta työskentely on ollut huolellista ja tarkkaa. Lähdemerkinnät ja tekstiviitteet on tarkastettu moneen kertaan kaikkien kolmen tekijän toimesta.

Lähdekritiikillä ja lähteiden merkitsemisellä varmistetaan tutkimus- ja kehittämistöiden luotettavuus. Lähdekritiikkiä vaaditaan jo ennen kuin tutkimukseen perehdytään sen tarkemmin. On myös syytä tarkastella tutkimuksen kirjoittajaa, hänen tunnettavuuttaan sekä arvostustaan. Tutkijan olisi suotavaa käyttää uusia lähteitä, koska niistä löytyy tuorein tutkittu tieto. Myös aikaisempiin tutkimuksiin perehtyminen saattaa auttaa tutkijaa oivaltamaan, miten tutkittu tieto on kehittynyt vuosien saatossa. (Hirsjärvi ym. 2009, 113-117.) Tässä opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään enintään 10 vuotta vanhoja lähteitä. Pääosin tässä onnistuttiin, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Yli 10 vuotta vanhoja lähteitä käytettäessä huomioitiin tarkasti, että ne ovat edelleen yleisesti luotettavina pidettyjä ja joita käytetään yhä useissa tieteellisissä julkaisuissa.

5.3 Kehittämisehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda liikuntaryhmämalli mielenterveyskuntoutujien terveyden edistämiseksi. Opinnäytetyön tuotoksena luotua liikuntaryhmämallia ei kuitenkaan ole vielä testattu kohderyhmällä. Koska kohderyhmällä on todettu olevan vaikeuksia sitoutua liikunnan harrastami-

seen, jatkotutkimusehdotuksena on arvioida ja tutkia liikuntaryhmämallin toimivuutta mielenterveyskuntoutujien liikkumisen edistämiseksi. Olisi myös tärkeää selvittää missä kuntoutusvaiheessa olevat mielenterveyskuntoutajat hyötyisivät liikunnasta eniten.

Useat opinnäytetyön teoriaosassa käytetyt tutkimukset liikunnan fyysisistä terveysvaikutuksista oli tehty ihmisillä, joilla ei ollut mielenterveyden häiriöitä. Toisena kehittämisehdotuksena on tutkia ja selvittää saavatko mielenterveyskuntoutajat liikunnasta samoja positiivisia fysiologisia muutoksia kuin tutkimuksiin osallistuneet henkilöt sekä millä aikavälillä nämä muutokset ovat havaittavissa. Myös erilaisten liikuntamuotojen vaikutuksia psyykkisiin sairauksiin ja näiden kautta ilmeneviin fyysisiin ongelmiin tulisi testata ja tutkia jatkossa enemmän.

Lähteet

Alatalo, P., Huiskonen, P., Paananen, A., Suokas, A., Torstensson, A & Viitainen, S. 2007. Liian hapokasta – Terveystiedon edistämiskohta 14-18 vuotiaille mielenterveyskuntoutukselle. Helsingin ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.3.2018. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/5836/stadia-1178617564-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Eskelinen, S. 2016. HDL-kolesteroli eli "hyvä kolesteroli" (fP-Kol-HDL). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03083

Fagerström, S. 2008, 44. Ryhmäliikunta arvokas lähteenä. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 26.4.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79130/gradu02702.pdf?sequence=1>

De Hart, M., Schreurs, V., Vancampfort, D & Van Winkel, R. 2009. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. Viitattu 14.3.2018. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00199.x/full>

De Hart, M., Correl, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H-J., Ndeti, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R & Leucht, S. 2011. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. Viitattu 8.3.2018. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x/full>

Heiskanen, T. 2015. Metabolinen oireyhtymä skitsofreniaa ja masennusta sairastavilla. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in

Health Sciences. Viitattu 5.3.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1795-9/urn_isbn_978-952-61-1795-9.pdf

Huttunen, J. 2018. Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 8.3.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934

Huttunen, M. 2017. Psyykenlääkkeet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 26.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00412#s2

Jakobsen, A.S., Speyer, H., Norgaard, H.C.B., Hjorthoj, C., Krogh, J., Mors, O & Nordentoft, M. 2018. Associations between clinical and psychosocial factors and metabolic and cardiovascular risk factors in overweight patients with schizophrenia spectrum disorders. Viitattu 8.3.2018. <http://europepmc.org/abstract/MED/29501386>

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu: Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix02109>

Kauppila, R.A. 2003. Opi ja opeta tehokkaasti. Psyykkinen valmennus oppimisen tukena. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kopakkala, A. 2005. Porukka, jengi, tiimi. Ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Korkeila, J & Korkeila, K. 2008. Elämäntavat ja mielenterveyden häiriöt. Viitattu 8.3.2018. https://thl.fi/documents/974282/1449788/Korkeila_El%C3%A4m%C3%A4ntavat_artikkeli.pdf/7e8b269f-4b3c-4599-90dd-7861386c17b9

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveysshoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Leon, A.S., Sanchez, O.A. 2001. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. Viitattu 10.3.2018. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44835476/Response_of_blood_lipids_to_exercise_alo20160417-15225-ibvv43.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1520701914&Signature=x4DC%2BrUh7rtNpAbkf2SHvJnQ4LU%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DResponse_of_blood_lipids_to_exercise_tra.pdf

Liikunta. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.3.2018. <http://stm.fi/liikunta>

Lund, B.C., Perry, P.J. & Brooks, J.M. 2001. Clozapine Use in Patients With Schizophrenia and the Risk of Diabetes, Hyperlipidemia, and Hypertension. Viitattu 8.3.2018. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/481865>

Mattila, E. 2009. Ohjaava kuntoutus. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.

Mental health: a state of well-being. 2014. World health organization. Viitattu 5.5.2017. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Mielenterveyden ongelmiin liittyvät tiedonkäsittelyn vaikeudet. N.d. Mielenterveystalo. Viitattu 25.3.2018. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/oppimisen_ja_tiedonkasittelyn_opas/Pages/osio2.aspx

Mosston, M. & Ashworth, S. 2008. Teaching physical education. First online edition. Viitattu 25.3.2018. http://www.spectrumof-teachingstyles.org/pdfs/ebook/Teaching_Physical_Edu_1st_Online_old.pdf

Mustajoki, P. 2018. Veren triglyseridit (rasvat). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.3.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00820

Mustajoki, P. 2017. Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 8.3.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00890

Osborn, D., Levy, G., Nazareth, I. 2007. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the united kingdom's general practice research database. Viitattu 5.3.2018. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482163>

Patty, N., Cornelissen, V.A., Toghi Eshghi, S.R. & Vanhees, L. 2013. The effect of exercise on the cardiovascular risk factors constituting the metabolic syndrome. Viitattu 12.9.2017. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs40279-012-0003-z.pdf>

Pöyry, L. 2006, 94. Opetusmenetelmät liikunnanopettajien koulutuksessa. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Viitattu 27.9.2017. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9656/URN_NBN_fi_jyu-2006222.pdf

Remes, L. 2013. Liikunnasta elämäniloa ja energiaa – masennusta kokevien nuorten aikuisten liikuntakurssin suunnittelu, toteutus ja arviointi. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikuntakasvatuksen laitos. Viitattu 22.5.2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42184/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201309192323.pdf?sequence=1>

Rovio, E., Lintunen, T & Salmi, O. 2009. Ryhmäilmiöt liikunnassa. Helsinki: Liikuntatieteellinen Seuran julkaisu nro 163.

Ruuskanen, E-I. 2006, 10, 15, 32. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishanke 2003 -2005. Kuntoutujien kokemuksia liikunnasta ja liikuntaryhtymistä. Pro gradu - tutkielma. Tampereen Yliopisto. Psykologian laitos. Viitattu 5.5.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93424/gradu01045.pdf?sequence=>

Salonen, K. 2005. Mieli ja maisemat. Edita Prima Oy. Helsinki.

Sanchez, B., Byra, M. & Wallhead, T. L. 2012. Students' perceptions of the command, practice, and inclusion styles of teaching. *Physical Education and Sport Pedagogy* 17 (3), 317–330. Viitattu 25.3.2018. [http://www.spectrumofteachingstyles.org/pdfs/literature/Sanchez,%20Byra,%20&%20Wallhead,%202012%20\(Students%27%20Perceptions%20of%20the%20Command,%20P....pdf](http://www.spectrumofteachingstyles.org/pdfs/literature/Sanchez,%20Byra,%20&%20Wallhead,%202012%20(Students%27%20Perceptions%20of%20the%20Command,%20P....pdf)

Savola, E., Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein - Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Viitattu 24.1.2018. http://www.soste.fi/media/pdf/terveyden_edistaminen_esimerkein_2005.pdf

Shiroma, E., Cook, N., Manson, J., Moorthy, MV., Buring, J., Rimm, E., Lee, I-M. 2017. Strength training and the risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. Viitattu 22.2.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5161704/>

Smith, M., Hopkins, D., Peveler, R.C., Holt, R.I.G., Woodward, M & Ismail, K. 2008. First- v. second-generation antipsychotics and risk for diabetes in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Viitattu 5.3.2018. <https://pdfs.semanticscholar.org/5b50/a873d7bb6698e078d1571501e1a5e978bfca.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007:13. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita koskeva kehittämissuositus. Helsinki. Viitattu 5.5.2017. https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Asumista_ja_kuntoutusta_stm+2007+13.pdf/6740f734-8533-482c-9d65-bd86a757e235

Suvisaari J. 2008, 4. Psykoosia sairastavilla muita huonompi fyysinen terveys. Julkaisussa Kansanterveys 4/2008. Kansanterveyslaitos. Viitattu 22.2.2018. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101907/kansanterveys408.pdf?seq>

Tapley, H. & Patel, R. 2016, 47-48. Using the PRECEDE-PROCEED model and servicelearning to teach health promotion and wellness: An innovative approach for physical therapist professional education. Viitattu 9.2.2018.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=b65459af-62ae-4159-857b-ad76e16370c9%40sessionmgr4007>

Teini, P. 1995, 79-84. Kokemuksia eräiden lajien soveltumisesta laitoshoidon yhteyteen. Teoksessa Jalka potkee mieli notkee – Liikunta mielenterveyden tukena. Suomen Mielenterveysseura Oy. Tammisaaren kirjapaino Oy.

Terveyden edistäminen. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 9.2.2018. <http://stm.fi/terveyden-edistaminen>

Thomas, D., Elliott, E., Naughton, G. 2007, 8-11. Exercise for type 2 diabetes mellitus. Viitattu 4.10.2017. http://www.physioblasts.org/f/public/1194011222_223_FT0_ex_for_ty_2_dm_cochrane_review.pdf

Vuori, I. 2003, 151-155. Lisää liikuntaa! Edita Prima Oy Helsinki.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000, 96. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.

Yeo, M., Berzins, S. & Addington D. 2006. Development of an early psychosis public education program using the precede-proceed model. Viitattu 24.3.2018. <https://academic.oup.com/her/article/22/5/639/563832>

Liitteet

Liite 1. Mallipohja liikuntaryhmän sisällöstä

VIIKKO 1 – Voimaharjoittelu

Alkulämmittely: 10-15 minuuttia.

- Kuntopyörä, kävelymatto tai soutulaite
- Lihastoimintaketjujen aktivointia, esimerkkiliikkeet alla



Lihaskuntoharjoitus: 25-35 minuuttia.

- Ilmakyykky 8-10 toistoa



- Askelkyykky vuorotellen eteen: 8-10 toistoa molemmille jaloille



- Pystypunnerrus vuorokäsin käsipainoilla: 8-10 toistoa molemmille käsillemme



- Kulmasoutu käsipainolla: 8-10 toistoa molemmille puolille



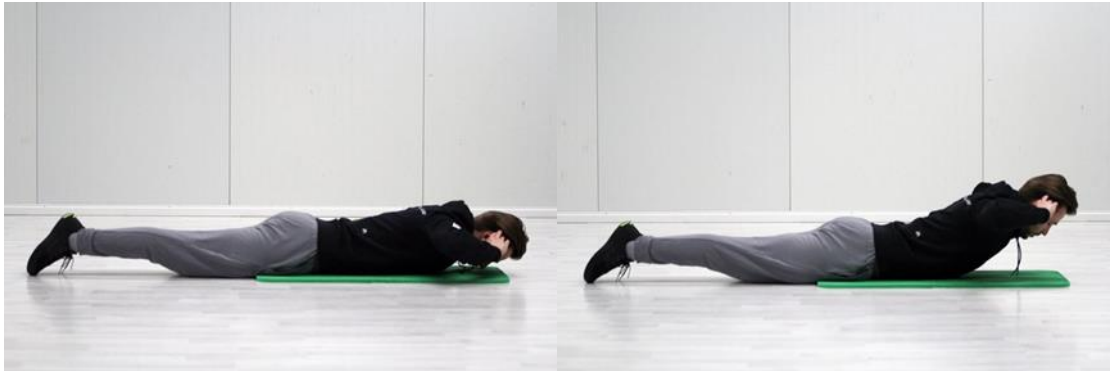
- Penkkipunnerrus tangolla: 8-10 toistoa



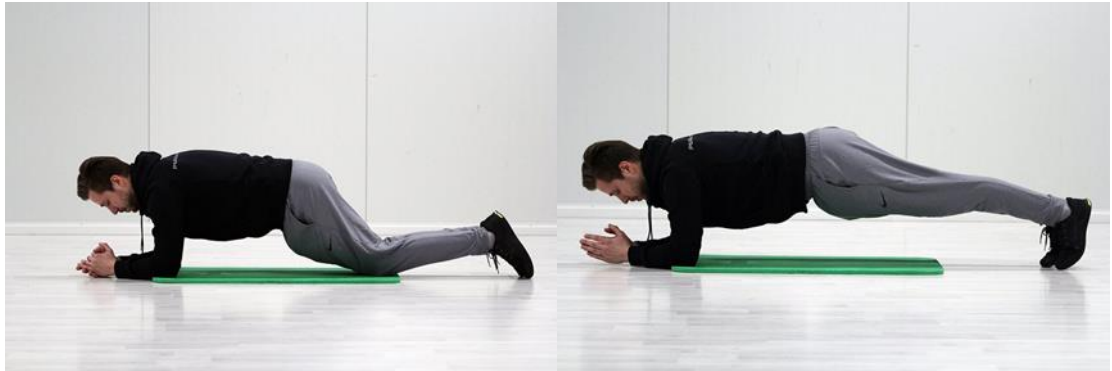
- Vatsarutistus: 8-10 toistoa



- Ylävartalon nostot: 8-10 toistoa



- Lankkupito: 30-60 sekuntia



Loppuverryttely: 5-10 minuuttia

- Kuntopyörä, kävelymatto tai soutulaite
- Mukavalta tuntuvat/kevyet dynaamiset venyttelyt
- Yhteenvedo liikuntakerrasta – fiiliskierros.

VIKKO 2 – Pallopelit, esimerkkinä sähly

Alkulämmittely: 10-15 minuuttia

- Läpsyhippa → Esim. olkapäät ja polvet
- Keppijumppa, esimerkkiliikkeet alla





Tekniikkaharjoittelu: noin 10 minuuttia

- Harjoitetaan pallonhallintaa kuljettamalla palloa salin ympäri
- Harjoitetaan syöttöä ja syötön vastaanottamista parin kanssa

Pienpelit 20-25 minuuttia → esimerkiksi 2vs2 tai 3vs3

- Pelin sääntöjen kertominen → mailan lapa ei saa nousta yli polven, eikä toisen mailaan saa lyödä/painaa/nostaa
- Jaetaan osallistujat tasan kahteen joukkueeseen ja pelataan siten, että kentällä on molemmista joukkueista yhtä aikaa 2 tai 3 pelaajaa osallistujamäärästä riippuen
- Pelialuetta kannattaa rajata sopivan pieneksi, jotta pelissä säilyy riittävä intensiteetti ja pienpelin taitojen kehittämisen rooli kehittyy

Loppuverryttely: 5-10 minuuttia

- Pari kierrosta salia ympäri kävellen
- Dynaamiset venytykset sählymailaa apuna hyödyntäen
- Yhteenvedo liikuntakerrasta – fiiliskierros.

VIIKKO 3 – Ulkoilukerta, esimerkkinä sauvakävely

Huomioitavaa sauvakävelyssä:

- Sauvoja valitessa nyrkkisääntönä on 55cm alle oman pituuden
- Pyri kävelemään mahdollisimman normaalisti
- Sauvojen liike eteen ja taakse, sekä lähellä vartaloa
- Pyri pitämään hartiat alhaalla
- Käsi ojentuu työnnössä suoraksi

Alkulämmittely: 5-10 minuuttia

- Vartalon kierrot sauvoja apuna käyttäen
- Vartalon sivutaivutus
- Lonkankoukistaja- ja takareisivenytykset

Sauvakävelylenkki: 25-30 minuuttia

- Valitaan sopivan pituinen ja haastava lenkki rauhallisessa ympäristössä
- Alkuun rauhallisempi vauhti, samalla hiotaan sauvakävelytekniikkaa
- Mukavaa yhdessä tekemistä -- ryhmätuki keskiössä

Loppuverryttely: 5-10 minuuttia

- Venyttelyt sauvakävelyn pääliharyhmiin. Ohjaaja voi näyttää esimerkiksi, tai hyvänä vaihtoehtona osallistaa potilaita näyttämään vuorostaan jonkin liikkeen.

VIIKKO 4 – Kehonhuolto, osan liikkeistä voi tehdä parin kanssa

- Lonkankoukistajat



- Pakarat



- Etureidet



- Takareidet



- Pohkeet



- Hauikset



- Rintalihakset



- Selkälihakset



- Epäkäslihakset

