

Ahola Tuuli & Pihkapuro Jenna

KEHOTIETOISUUTTA RYHMÄSSÄ

Fysioterapeuttinen ryhmäkokonaisuus psykoosipotilaille

KEHOTIETOISUUTTA RYHMÄSSÄ

Fysioterapeuttinen ryhmäkokonaisuus psykoosipotilaille

Ahola Tuuli & Pihkapuro Jenna
Opinnäytetyö
Kevät 2020
Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Tekijät: Ahola Tuuli ja Pihkapuro Jenna

Opinnäytetyön nimi: Kehotietoisuutta ryhmässä - Fysioterapiaryhmä psykoosipotilaille

Työn ohjaaja: PPSHP: Iita-Mari Herva, Marika Heiskanen, Antti Sillanpää

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: kevät 2020

Sivumäärä: 42

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin käyttöön psykoosipotilaille tarkoitettu kirjallinen ryhmäkokonaisuus. Tuotosta alettiin suunnitella PPSHP: n osasto 84:n tarpeesta saada osastolle ryhmäkokonaisuus, jota myös hoitohenkilökunta voi ohjata psykoosipotilaille muun muassa psykoosipotilaan kehonkuvaa hämärtävien oireiden lievittämiseksi. Kyseisellä osastolla on varsin rajalliset mahdollisuudet käyttää fysioterapeutteja, joten myös tällä tavalla toteutettu terapia on tehokasta resurssien käyttöä sekä potilaat voivat tehdä harjoitteita myös itsenäisesti. Ryhmäkokonaisuutta voidaan muokata aina uuteen toimintaympäristöön ja kohderyhmään sopivaksi niin yksikkö- / ryhmäkohtaisesti kuin yleisemminkin.

Opinnäytetyö tehdään ensisijaisesti PPSHP: n osaston 84 potilaiden tarpeeseen. Laatuksikriteerejä kokonaisuudelle ovat ohjausten selkeys ja progressiivisuus, harjoitusvaihtoehtojen monipuolisuus ja turvallisuus sekä harjoituskokonaisuuden sovellettavuus uusille potilasryhmille.

Tietoa haettiin keskeisistä tietokannoista, kuten Pedrosta ja PubMedistä, kirjallisuudesta sekä opinnäytetyötä ohjaavalta osaston fysioterapeutilta. Tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuva ryhmäkokonaisuus. Keräsimme palautetta osaston henkilökunnalta sekä potilailta. Potilailta sekä henkilökunnalta saatu palaute oli anonyymiä. Saimme paljon ohjeistusta osaston fysioterapeutilta, joka kommentoi kulloinkin tuotoksiamme ja muokkasimme palautteen avulla kokonaisuutta paremmaksi. Tulimme siihen tulokseen, että ryhmäkokonaisuus on monipuolinen ja muokattavissa kulloisellekin ryhmälle sopivaksi.

Asiasanat: Suljettu ryhmä, skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, monimuotoinen psykoositila, psyko-fyysinen fysioterapia, terapeuttinen harjoitteluryhmä, paranoidinen skitsofrenia, psykoosihäiriö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme of physiotherapy

Author(s): Ahola Tuuli and Pihkapuro Jenna

Title of thesis: Physiotherapy group for psychotic patients

Supervisor(s): Northern Ostrobothnia Hospital District: Iita-Mari Herva, Oulu University of Applied Sciences: Marika Heiskanen, Antti Sillanpää

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2020

Number of pages: 42

The purpose of the Thesis is to produce a collection of physiotherapy exercises as a pilot group for a psychotic patient group. It is meant to be directed later by the nursing staff of psychiatry of the Northern Ostrobothnia Hospital District. The physiotherapists' resources of psychosis department 84 are quite limited so it is effective to use the nursing staff for arranging physiotherapy group therapies, although they do not require physiotherapeutic knowledge or skills. The progressive group can be modified that it is suitable for different operating environments and target groups. The Thesis is primarily made for the need of the patients of the department 84 in the Oulu University Hospital. The quality criteria for the collection are as follows: detailed, clear and progressive guiding diverse and sufficient exercising options, supporting the rehabilitee's treatment plan using the exercises and the applicability of the exercises for new patient groups. The Database was made according to different sources like literature, certain contact persons of the Oulu University Hospital and the Physiotherapy database Pedro. We received a lot of instructions from the physiotherapist in the department. Also, between the group meetings we analyzed the need of modifying and made the necessary changes. We collected feedback from patients and staff of the department. The feedback from the patients was anonymous. We came up with the result that the group collection is diverse and it is customizable for each selected group.

Keywords: Closed group, schizophrenia, delusional disorder, multiple psychosis, psychophysical physiotherapy, therapeutic training group, paranoid schizophrenia, psychotic disorder

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PSYKOOSI JA SEN VAIKUTUS TOIMINTAKYKYYN	8
2.1	Toimintakyvyn muutokset psykoosisairauksien eri vaiheissa	10
2.2	Sisäinen ja ulkoinen vuorovaikutus	11
3	PSYKOOSIPOTILAAN KUNTOUTUS JA FYSIOTERAPIA	12
3.1	Psykofyysinen fysioterapia osana kuntoutusta	12
3.1.1	Fysioterapiamenetelmiä psykoosipotilaille	14
3.2	Ryhmänohjaus mielenterveyskuntoutuksessa.....	15
4	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ.....	18
4.1	Tavoite ja tarkoitus	19
4.2	Projektiorganisaatio ja toimeksiantaja	19
4.3	Kohderyhmä ja hyödynsaajat	20
5	PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	21
5.1	Kehotietoisuutta ryhmässä -kokonaisuus	23
5.1.1	Harjoitusten valinta.....	25
5.1.2	Purkuharjoitus	28
6	RYHMÄKOKONAISUUDEN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET	30
6.1	Eettisyys.....	32
7	POHDINTA	33
	LÄHTEET.....	35

1 JOHDANTO

Psykoottisessa häiriössä todellisuudentaju eli realiteettitestausta on vakavasti häiriintynyt (Salokangas ym. 2007, 18.) ja se vaikuttaa toimintakykyyn alentavasti. Psykoottisiin häiriöihin liittyy kohonnut riski sydän- ja verisuonisairauksiin ja diabetekseen sekä lihavuuteen. Ennenaikaisen kuoleman riski on suurempi kuin muulla väestöllä. (Keinänen 2018, 6 – 7.) Lisäksi skitsofreniaan, joka on psykoottisista häiriöistä yleisin (Huttunen 2017, viitattu 9.12.2019.), liittyy heikentynyt keuhkojen toimintakyky ja lisääntynyt riski hengityselimistönsairauksiin (Partti, Vasankari, Kanervisto, Perälä, Saarni, Jousilahti, Lönnqvist & Suvisaari 2015, viitattu 5.12.2019).

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos määrittelee psykoosin keskeisiksi kuntoutusmuodoiksi oireidenhallintaryhmät, arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelun, ammatillisen kuntoutuksen ja psykoterapeuttiset hoitomuodot. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018, viitattu 20.4.2019.) Fyysisen aktiivisuuden integroimisella mielenterveyskuntoutukseen voi olla positiivisia vaikutuksia potilaiden sosiaalisuuteen ja mielenterveyteen sekä sillä voi olla merkittäviä vaikutuksia potilaan käyttäytymisen muutokseen (Richardson, Faulkner, McDevitt, Skrinar, Hutchinson, Piette 2005.). Fyysinen aktiivisuus lisäksi vähentää psykiatrisia oireita, kehittää kognitiota sekä kardiorespiratorista kuntoa (Stubbs, Vancampfort, Hallgren, Firth, Veronese, Solmi, Brand, Cordes, Malchow, Gerber, Schmitt, Correll, De Hert, Gaughran, Schneider, Kinnafick, Falkai, Möller, Kahl, 2018, viitattu 5.12.2019). Skitsofrenian määritelmään kuuluu olennaisena psykoosin oireita (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018, viitattu 20.4.2019) joihin moniammatillisessa hoidossa fysioterapialla on tarjota lisäarvoa. (Vancampfort, Probst, Skjaerven, Catalán-Matamoros, Lundvik-Gyllensten, Gómez-Conesa, Ijntema, De Hert, 2012.) Fysioterapiassa kehokeskeinen ryhmäterapia voi vähentää skitsofreniaa kroonisesti sairastavien potilaiden negatiivisia oireita. (Röhrich & Priebe 2006.)

Opinnäytetyömme aihe lähti kiinnostuksestamme perehtyä psykofyysiseen fysioterapiaan mielenterveyskuntoutujilla. Aiheemme psykoosipotilaiden ryhmäterapiaan tuli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrisen poliklinikan tarpeesta kehittää ryhmätoimintaa aikuispsykiatrisella osastolla. Osasto 84 on 14-paikkainen suljettu osasto, joka toimii moniammatillisena psykoottistasoisten sairastuneiden potilaiden tutkimus-, hoito- ja kuntoutusosastona. (Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri, Viitattu 21.4.2019.) Tavoitteena oli suunnitella ja ohjata pilottiryhmä psykoosipotilaille osastolle 84 ja tuottaa sähköinen ja tulostettava ryhmäkokonaisuusohjeistus hoitohenkilökunnan

käyttöön. Tarkoitus oli, että pilottiryhmän jälkeen kuka tahansa hoitohenkilökunnasta voi jatkaa uusien ryhmien vetämistä ohjeistuksien mukaan.

2 PSYKOOSI JA SEN VAIKUTUS TOIMINTAKYKYYN

Psykoosia voidaan luokitella toiminnalliseen ja elimelliseen. Toiminnallisia eli funktionaalisia psykooseja ilmenee skitsofreniassa, harhaluuloisuushäiriössä, psykoottisessa masennuksessa tai maniassa, sekä monimuotoisissa ja lyhytkestoisissa psykoositiloissa. Elimelliset psykoosit kehittyvät yleensä aivosairauksien, kuten aivoverenvuodon tai kasvaimen, tai päihteiden käytön seurauksena. Äkillisesti alkaneissa psykooseissa, joissa oireita ovat sekavuus, orientoituneisuuden häiriöt ja näkö-, maku- tai tuntoaistiharhat, ovat todennäköisesti peräisin aivoperäisistä syistä. Huumeista taas amfetamiini voi aiheuttaa paranoidista skitsofreniaa muistuttavia oireita. Cannabis voi mahdollisesti laukaista skitsofreenisen psykoosin. (Salokangas ym. 2007, 18 – 19.)

Oireiden mukaan psykoottisia tiloja voidaan luokitella kolmeen eri tyyppiin: epäluuloinen psykoosi, hajanainen ja kiihtynyt psykoosi ja masennusoireinen psykoosi. Epäluuloisissa psykooseissa ominaista on vainoharhaisuus, vihamielisyys ja grandioottiset harhat eli erilaiset suuruuskuvitelmat. Hajanaisissa ja kiihtyneissä psykooseissa potilaan ajatuksen kulku ja puhe on sekavaa ja epäloogista, ajan- ja paikantaju on häiriintynyt ja tunnetilojen hallinta on vaikeaa. (Huttunen 2017, viitattu 9.12.2019) Psykoosin psykologiaa voidaan tarkastella sen ilmenemismuotojen kautta eli fenomenologispsykologisen käsitteen kautta. Harhaluuloissa henkilön aistimukset ovat oikeat, mutta niiden tulkinta on virheellinen. Harhaluulo voi koskea henkilön kehon ulkonäköä, jolloin hän kokee oman ulkonäön rumaksi tai kasvopiirteensä poikkeavaksi. Suuruusharhaisissa eli grandioottisissa harhaluuloissa henkilö voi kokea esimerkiksi tehtäväkseen pelastaa maailman perikadolta Jumalan määräämänä. Muita yleisiä kuvitelmia on, että henkilö kykenee hallitsemaan säätä tai luomaan telepaattisia yhteyksiä maailman johtajiin, eläviin tai kuolleisiin. Skitsofreenisiin harhaluuloihin on yleistä, että henkilö kokee, että hänen fyysinen koskemattomuutensa on ylitetty – ajatuksia kiskotaan päästä tai niitä istutetaan päähän, tai ajattelu on suoraan ulkoisessa kontrollissa. Näkö- ja kuulohallusinaatioita taas ei voida liittää psykoosiin, ellei niihin liity harhaluuloja. Hallusinaatiot ja illuusio voidaan erottaa sillä, että illuusiossa henkilö tulkitsee toisten ihmisten ilmeet irvistykseksi inhosta tai hän näkee viestejä ja merkkejä auton rekisterinumerossa tai yritysten tarroissa. (Cullberg 2005, 41 – 49.) Haju- ja makuhallusinaatioissa aistimusten tulkinta on riippuvainen psykologisesta tilanteesta ja voi olla vaikea arvioida, onko kyseessä harhaluulo vai hallusinaatio. Epämielittävät hajuhallusinaatiot voivat viitata depressiiviseen psykoosiin. (Cullberg 2005, 58.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (2019a, viitattu 2.6.2019.) määrittelee toimintakyvyn ihmisen kyvyksi selviytyä hänelle merkityksellisistä ja välttämättömistä päivittäisistä toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakyvyn ulottuvuuksia ovat fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Potilaan toimintakykyä voidaan kuvata kansainvälisellä ICF-luokituksella, joka perustuu biopsykososiaaliseen malliin. ICF:ssä toimintakyvyn ajatellaan olevan yläkäsite, jonka "alle" kuuluu kaikki ruumiin tai kehon toiminnot, suoritukset ja osallistuminen (Suomen fysioterapeutit 2019a). ICF sisältää myös kontekstuaalisia tekijöitä kuvaavan osan, johon kuuluu yksilö- ja ympäristötekijät. Ympäristötekijöihin sisältyy muun muassa tuki ja keskinäiset suhteet. Yksilötekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja elämäntyyli. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b, viitattu 11.6.2019). ICF:n kuntoutuksen ydinlistan avulla kuvataan asiakkaan toimintakykyä. Arvioitavia kohteita ruumiin ja kehon toiminnoista ovat esimerkiksi b152 Tunne-elämän toiminnot, b710 Nivelten liikkuvuustoiminnot b730, Lihasvoiman ja tehon tuottotoiminnot. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2019c, Viitattu 5.6.2019)

Psykoosin spesifejä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat (ruumiin / kehon toiminnot, rakenteet, (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019e, viitattu 3.1.2020)), hajanainen puhe ja käytös ((suoritukset ja osallistuminen) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019e, viitattu 3.1.2020) sekä sairaalloiset kokemukset todenperäisyydestä ((rakenteet ja suoritukset) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019e, viitattu 3.1.2020)). Epäspesifeihin oireisiin luokitellaan ahdistuneisuus, masentuneisuus, levottomuus, aggressiivisuus, ihmissuhteista vetäytyminen, väsyneisyys ja aloittekyvyttömyys (ruumiin/ kehon toiminnot, rakenteet, (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019e, viitattu 3.1.2020)) (Salokangas ym. 2007, 18.). Toimintakyvyn aleneminen ilmenee herkimmin ihmissuhteissa riitautumisena ja vetäytymisenä, opiskelu- ja työkyvyn heikkenemisenä sekä hygienian ja perustarpeiden laiminlyömisinä (Salokangas ym. 2007, 18.). Tämä toimintakyvyn aleneminen ilmenee siis osallistumisen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019e, viitattu 3.1.2020) tasolla. Skitsofreniassa esiintyy lisäksi ahdistus- ja mielialaoireita sekä itsetuhoisuutta (Käypähoito 2015, viitattu 27.11.2019.). Psykoottisilla henkilöillä voi olla haasteita työstää ja hoitaa mahdollista masennusta (Cullberg 2005, 36.). Lisäksi kognitiivisina haasteina on tavallisia häiriöt toiminnanohjauksessa, tiedon prosessoinnissa ja tarkkaavaisuudessa (Tuulio-Henriksson 2014, viitattu 5.12.2019.). ICF: ssä edellä mainitut lukeutuvat kehon toiminnoissa mielen toimintoihin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019e, viitattu 4.1.2020)

2.1 Toimintakyvyn muutokset psykoosisairauksien eri vaiheissa

Skitsofreniassa on tunnistettavissa eri vaiheita. Ennakkovaihe eli prodromaalivaihe voi kestää kuu-kausia tai jopa kolme vuotta ennen varsinaista akuuttivaihetta. Ennakko-oireita ovat masentuneisuus ja mielialanvaihtelut ja erilaiset kognitiiviset häiriöt. Asianmukaiset tukihoidot, lääkitykset ja psykoterapia voivat estää ensipsykoosin ilmenemisen. (Huttunen 2018, viitattu 9.12.2019.) Ennakko-oireiden jälkeen seuraa negatiiviset oireet (Isohanni & Heinimaa 2000.). Negatiivisia oireita ovat tyhjät ilmeet, monotoninen ja yksitavuinen (eng. *monosyllabic*) puhe, ja mielenkiinnonpuute maailmaa kohtaan. Toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat myös tunne-elämän latistuminen, niin että potilaalla on heikentynyt responsoiminen tunteisiin ja niiden ilmaisemiseen, tahdottomuus aktiiviseen toimintaan ja tavoitteisiin, sekä anhedoniaa eli kyvyttömyyttä tuntea ja näyttää mielihyvää. (Mitra, Mahintamani, Kavoor, Nizamie 2016.) Erityisesti psykoosin negatiivisilla oireilla on todettu olevan suurempi vaikutus potilaan toimintakykyyn kuin positiivisilla oireilla. (Rabinowitz, Levine, Garibaldi, Bugarski-Kirola, Berardo, Kapur 2012.) Positiiviset oireet hallitsevat psykoosin akuuttivaihetta (Kauranen 2017, 537.) ja ne voivat ennakoida sairaalahoidon tarvetta. Positiivisia oireita ovat hallusinaatiot, harhaluulot ja hajanainen puhe ja käyttäytyminen. (Cullberg 2005, 168.) Toipumisvaiheessa, joka on yksilöllinen prosessi, potilas saavuttaa hyvän voinnin. Psykoottisen vaiheen uusiutuminen eli relapsi voi tapahtua kerran tai useammin elämässä. (Mielenterveystalo.fi 2020, viitattu 7.1.2020)

Skitsofrenian akuuttien oireiden ja ensimmäisen sairausepisodin alkaessa myös kognitiivinen toimintakyky heikkenee, mikä monesti johtaa työnteon ja opiskelun keskeytymiseen. Sen jälkeen kognitiivinen suorituskyky pysyy sairauden kuluksa samankaltaisena. Joskus tasapainoisella lääkehoidolla ja muulla kuntoutuksella kognitiivinen toimintakyky voi myös kohentua. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä taas kognitiiviset kyvyt ovat parempia kuin muissa psykoosisairauksissa, mutta myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla sairauden puhkeamista voi edeltää yksittäisen kognitiivisen toiminnon lievä heikkeneminen. Yleisimmin ongelmat liittyvät kielelliseen muistiin ja toiminnanohjaukseen. (Tuulio-Henriksson 2014. 5.12.2019.)

2.2 Sisäinen ja ulkoinen vuorovaikutus

Vuorovaikutus voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoiisiin tekijöihin niin, että ulkoiset havaittavissa olevat tapahtumat muodostavat sisäisen subjektiivisen kokemuksen, sekä niihin liittyvät muistot ja mielikuvat. (Mäntymaa & Tamminen, 1999, viitattu 27.5.2019.) Psykoosipotilailla sisäistä vuorovaikutusta Cullberg (2005, 240 – 242.) kuvaa sisäisten ja ulkoisten virtojen tunnistusfunktioiden -teorian avulla. Hän kuvailee metaforisesti henkilön minä -kokemusta eräänlaisena kalvona, jonka jommallekummalle puolelle kohdistuu paine riippuen siitä, onko sisäinen vai ulkoinen paine hallitsevassa asemassa. Optimaalisessa tilassa ihmisen sisäiset ja ulkoiset paineet ovat tasapainossa, jolloin myös minä -kokemus on vahvimmillaan. Biologinen eli sisäinen paine on suuri, kun dopamiini- tai serotoniinijärjestelmä toimii yliaktiivisesti tai aivot ovat altistuneet reseptoriaktiivisille huumeille. Ulkomaailman psykologinen paine on taas voimakas stressitilanne, johon henkilö on voinut rakentaa voimakkaan reaktiotaipumuksen uhkaavia signaaleja vastaan. Tällaiset voivat olla psykoosin laukaisevia tekijöitä. Jos taas ulkomaailman paine on vähäistä, sisäiset paineet kasvavat suuremmiksi, jolloin sisäiset impulssit tulkitaan psykoottisesti väärin. Se näkyy sillä, että henkilö sulkee itsensä ulkoisilta ärsykkeiltä.

3 PSYKOOSIPOTILAAN KUNTOUTUS JA FYSIOTERAPIA

Käypähoitosuosituksessa psykoosin kuntoutuksen keskeisenä pidetään sitä, että erilaisten hoitojen yhdistäminen muodostaa potilaan toipumista edistävän kokonaisuuden, joka vastaa hänen tarpeitaan. Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteina on poistaa tai lievittää oireita, estää uudet psykoosijaksot tai vähentää niiden määrää ja kohentaa potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua. Psykoosijaksojen uusiutumista pyritään ehkäisemään tukemalla potilaan hoitomyöntyvyyttä ja vahvistamalla potilaiden valmiuksia havaita psykoosia ennakoivia oireita. Skitsofrenian negatiivisia oireita voidaan lievittää psykofyysisillä menetelmillä, jotka edistävät muun muassa ruumiinkuvan hahmotusta. (Käypähoito 2015, viitattu 27.11.2019.) Fysioterapiassa keskeistä on edistää yksilön aktiivista osallistumista yhteiskunnassa ylläpitämällä ja palauttamalla potilaan terveyttä, liikkumiskykyä, fyysistä aktiivisuutta ja toimintakykyä. (Suomen fysioterapeutit, viitattu 30.11.2019.)

3.1 Psykofyysinen fysioterapia osana kuntoutusta

Psykofyysinen fysioterapia on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistämistä tavoitteleva fysioterapian erikoisala. Terapia perustuu holistiselle eli ihmisen kokonaisvaltaisuutta korostavalle ihmiskäsitykselle. Asiakkaiden kanssa on olennaista ymmärtää kehon ja mielen muodostama kokonaisuus, jossa ne ovat koko ajan vuorovaikutuksessa keskenään. Terapiassa opitaan kokemuksellisesti, minkä avulla asiakas saa ratkaisumalleja ja keinoja selviytyä elämässään. (PSYFY, viitattu 3.4.2019) **Fysioterapiaprosessi** alkaa asiakkaan tutkimisesta ja arvioinnista (Suomen fysioterapeutit, viitattu 2.6.2019.), jossa selvitetään potilaan toiminta- ja työkykyä sekä niihin yhteydessä olevia ympäristötekijöitä. (Savolainen & Partia 2018, 11.) Näiden pohjalta tehdyistä johtopäätöksistä laaditaan fysioterapiasuunnitelma, joka sisältää tavoitteet, menetelmät ja fysioterapian ajoituksen (Suomen fysioterapeutit, viitattu 2.6.2019.) Suunnitelma laaditaan yhdessä potilaan tai hänen läheistensä kanssa. (Savolainen & Partia 2018, 12.) Toteutusvaiheessa työskennellään potilaan kanssa tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteiden saavuttamista seurataan väliarvioinneilla, jolloin voidaan tehdä tarvittavia muutoksia terapian toteutukseen. Fysioterapiaprosessin loppuvaiheissa arvioidaan toimintakyvyn muutoksia suhteessa tulotilanteeseen ja tavoitteeseen. Tarvittaessa potilaan kanssa laaditaan jatkosuunnitelma. (Suomen fysioterapeutit 2019b, viitattu 2.6.2019.)

Skitsofrenia ja siihen annettava lääkehoito saavat aikaan yksilölle moninaisia motorisia ongelmia. Usein sairastavan kehonkuva on vääristynyt ja kehon viesteihin liittyy harhaluuloja. Kehosta saatu sensorinen palaute voi olla vääristynyt tai puutteellinen. Tämä tulee ilmi liikkumisessa lisääntyneenä ja koordinoimattomana motorisena toimintana. Sensorisen palautteen puuttumisen vuoksi henkilö hakee liikkumisesta lisää sensorisia tuntemuksia. Hän voi tehdä ylimääräisiä, nopeita liikkeitä, toistuvia liikesuunnanmuutoksia, askelkontaktin voimistamista tai korostunutta vartalon sivutaisliikettä. (Kauranen 2017, 538 – 539.) Skitsofreniapotilailla on huomattavia haasteita säilyttää seisoa tasapainoa, asentohuojunta on keskimääräistä korkeampaa ja he kaatuilevat enemmän (Teng, Chen, Lou, Wang, Wu, Ma & Chen 2016, viitattu 4.1.2020.; Aphorp, Bolbecker, Bartolomeo, O'Donnell & Hetrick 2019, viitattu 4.1.2020.). Fysioterapialla hoidetaan myös neuroleptien aikaansaamia sivuvaikutuksia, joista keskeisimpiä ovat ekstrapyramidaalijärjestelmän häiriöt. Nämä häiriöt tulevat ilmi erityisesti erityyppisissä kävely- ja tasapainosuorituksissa. Sen vuoksi näitä taitoja harjoitellaan fysioterapiassa eri harjoituksin. (Kauranen 2017, 539 – 540.) Monipuolisella liikunnalla liikehallintaa eli motorisia taitoja (tasapaino, reaktio- ja koordinaatiokyky sekä suuntautumisen- ja liikeaistikyky) voidaan kehittää aikuisiällä. Tasapainoharjoittelun tulisi olla monipuolista niin, että se kehittää staattista ja dynaamista tasapainoa. Samalla tasapainoharjoittelu kehittää liikeaistikykyä eli proprioseptiikan havainnoinnin herkkyyttä. Suuntautumiskyky tarkoittaa liikkeen nopeaa aloittamista ja lopettamista, sujuvaa koordinoitua liikettä ja kykyä määrittää kehon asentoa ja liikettä tilan ja ajan suhteen. (Väyrynen & Saarikoski 2016, viitattu 9.12.2019.).

Skitsofreniapotilailla fyysinen aktiivisuus on vähäistä, mikä johtaa sydän- ja verisuonisairauksiin ja ennenaikaisiin kuolemiin. Tutkimuksen mukaan kehon havainnointi, negatiiviset odotukset ja sairauden oireet ovat esteitä fyysiselle aktiivisuudelle. Spesifisti tutkimuksessa luokiteltuja haasteita ovat vaikeudet sosiaalisissa tilanteissa, väsyneisyys, tyytyväisyys inaktiivisuuteen, somaattiset oireilut, epäonnistumisen pelko, motivaation puute, epäusko omiin kykyihin ja väärin tulkitut informaatiot omasta kehosta. Oman kehon havainnoinnissa esimerkiksi skitsofrenikolla voi olla haastavaa havainnoida aerobisen liikunnan eri rasiustasoa ja tarkentaa kipukohtia. (Rastad, Martin & Åsenlöf 2014, viitattu 30.11.2019.) Vääristyneet keholliset kokemukset voivat aiheuttaa sekä kehollisia harjoja, että normaalien kehontuntemusten tulkitsemista väärin. Ne voivat myös estää potilaan sitoutumisen fysioterapiaan. Voi olla eduksi tarjota turvallisia ja jäsenneiltyjä harjoitteita vakaassa ympäristössä. Vaikka skitsofreniapotilaat ovat heterogeeninen ryhmä, sairauden vakavuudesta huolimatta he pystyvät vastaamaan sekä ekstrinsiseen (ulkoiseen), että intrinsiseen (sisä-

seen) tavoitteenasetteluun. (Probst, Skjaerven 2018, 264) Fysioterapiassa psykoosikuntoutuksessa käytettyjä liiketerapia menetelmiä ovat esimerkiksi Basic Body Awareness, Tai Chi, jooga ja Alexander tekniikkaa (Physio-pedia, viitattu 30.11.2019.).

3.1.1 Fysioterapiamenetelmiä psykoosipotilaille

Seuraavat harjoittelumuodot kuuluvat fysioterapianimikkeistössä terapeuttisen harjoittelun alakategoriana toimintakyvyn ja liikkumisen harjoitteluun. (Suomen Kuntaliitto, Suomen fysioterapeutit ry & FYSI ry 2007, 3.). **Psykomotorisen fysioterapian** menetelmät ja tavoitteet ovat myös oleellisia skitsofreenikoille, ahdistuneille ja masentuneille. Menetelmässä käytetään laajasti fyysisiä aktiviteettejä sekä liikettä, kehon ja aistien havainnointia, joilla kehitetään kognitiivisia ja psykososiaalisia kykyjä. (Probst 2017, viitattu 30.11.2019.) Psykomotoriseen terapiaan sisältyy kekokokemuksia (omasta kehosta saadut havainnot, oman kehon hyväksyminen, keho psyykkisen kokemuksen peilinä) materiaalikokemukset (ympäristön tilaan ja välineisiin liittyvät kokemukset, fyysikaalisten lainalaisuuksien ymmärtäminen) ja sosiaaliset kokemukset (pelisäännöt, toisen henkilön läheisyys ja etäisyys, yhteistoiminta) (Zimmer 2011, 20 – 21).

Kehotietoisuusterapia on tarkoitettu hoidoksi sellaisissa sairauksissa, joissa patologiseen kuvaan kuuluu olennaisesti kehotietoisuuden häiriöt. Tätä hoitoa voidaan käyttää psykoottisissa tiloissa, joissa on häiriötä kehotietoisuudessa, kehonkuvassa ja psykomotorisessa käyttäytymisessä. Yleisiä kehotietoisuusterapian tavoitteita ovat kehittynyt kehotietoisuus ja kehoallisten toimintahäiriöiden vähentyminen. (Roxendal 1985, 10 – 12, viitattu 17.4.2019) Kehonhahmotusteoria perustuu siihen, että ihmisen varhaisin muisti on motorinen muisti. Teoriassa yhdistellään menetelmiä tai chistä, joogasta, Alexander tekniikasta ja Feldenkreis -menetelmästä. Kehonhahmotusharjoitukset tehdään samalla tavoin kuin lapsen luonnollinen motorinen ja fyysinen kehitys etenee. Tavoitteena on sopeuttaa ihmisen kuvitelmia hänen todelliseen kuvaansa, oppia tuntemaan, löytämään ja kuuntelemaan itseään. (Rissanen 2007, 162 – 163.) Mielikuvilla tarkoitetaan tunneperäisesti ladattuja kuvia joko itsestä tai toisesta. Erilaiset kehontuntemukset, miellelyhtymät ja tunnelmat saavat niitä aikaan ja niiden avulla muodostuu vähitellen mieleen elävä kuva itsestä tai toisesta. Jotta ihminen kestää yksinäisyyttä ja muita haastavia tilanteita sekä tunteita, hän luo rauhoittavia, kannattelevia ja itseä kohtaan myötätuntoisia mielikuvia. Tällainen hyväksyntä ja myötätuntoinen läsnäolo voi daankin löytää hengitystä kuunnellen. (Martin, Seppä, Lehtinen & Törö 2014).

Tietoinen läsnäolo on nykyhetkessä läsnä olemista, havainnointia ja keskittymistä ilman tuomitsemista. Tietoisien läsnäolon harjoittelun määrän ja stressi- ja mielialaoireiden helpottamisen välillä on löydetty annos-vastesuhde. Harjoittaminen muuttaa aivoja rakenteeltaan ja toiminnaltaan. (Raevuori 2016, viitattu 5.4.2019) Läsnäolotaitoja kehittävä **MBSR** (Mindfulness-based Stress Reduction) -menetelmän on todettu helpottavan ahdistuneisuuden ja masennuksen oireita, sekä parantavan itsetuntoa (Golding & Gross 2010, viitattu 6.11.2019.). Leena Pennasen mukaan menetelmässä keskeistä on keho mieli -yhteys ja hyväksyvä läsnäolo. Kehon tuntemukset, tunnetilat ja ajatukset ovat muuttuvia asioita, joihin menetelmällä opetellaan olematta tarrautumatta vaan ne tulevat ja menevät, mistä seuraa hyväksyvää läsnäoloa siinä hetkessä. Menetelmää on sovellettu masennuksen, ahdistuksen, paniikkihäiriöiden ja kivunhoidossa. (Kortelainen, Saari & Väänänen 2014, 97 – 101.)

Hengitysharjoitukset voivat toimia psykoottisilla yhtenä selviytymisstrategiana (Smith, Nathan, Juniper, Kingsep & Lim 2003, 48, viitattu 5.12.2019.) ja lisäksi sitä voidaan yhdistää keho havainnointiin ja lihasten jännitys-rentousharjoituksiin. (Smith et al 2003, 90 – 91, viitattu 5.12.2019.) Rauhallinen ja rento hengitysfrekvenssi on 10 – 14 sisään- ja uloshengitystä minuutissa. Tällöin hapen ja hiilidioksidin tasot pysyvät tasapainossa. Ylihengittäminen eli hyperventilointi nostaa veren happipitoisuutta ja aiheuttaa mm. huimausta, epätodellista oloa, kehon ääriosien tunnottomuutta ja kihelmöintiä ja lihasten jäykkyyttä. Ylihengittäminen on yleistä ahdistuneena ja stressaantuneena. Tämän vuoksi oman hengityksen säätely on tärkeää ja toimii rentoutumismenetelmänä. (Smith et al 2003, 125 – 130, viitattu 5.12.2019.)

3.2 Ryhmänohjaus mielenterveyskuntoutuksessa

Lyhytkestoinen ryhmäterapia vaatii huolellista valmistautumista ja suunnittelua. Ryhmälle on tärkeä muodostaa selkeät tavoitteet, jotka sisältävät oireiden helpottamista, selviytymistä paremmin sosiaalisista ja interpersonallisista kykyjä vaativista tilanteista ja saada oivalluksia itsestään ja ihmis-suhteistaan. Lyhytkestoinen ryhmäterapia voi toimia valmistelevana terapiamuotona pitempikestoisille ryhmille ja yksilöterapiaille. (Pölonen & Sitolahti 2003. 360 – 365.) Yleisesti psykoosipotilaille tarkoitetuissa ryhmäterapioissa tavoitteena on tietoisuuden kehittäminen itsestä, sosiaalisten taitojen kehittäminen ja eristäytymisen vähentäminen vuorovaikutusharjoitusten kautta. Ryhmäterapia on erityisen hyödyllistä muiden kuntouttavien toimien yhteydessä. (Koukourikos & Pasmatz 2014.)

Suljetussa ryhmässä potilaat osallistuvat niin, että uusia potilaita ei tule mukaan toteutuksen aikana. (Probst & Skjaerven 2018, 95) Suljetun ryhmän etuja on sen pysyvyys ja koheesio eli kiinteys. Säännöllisesti tapahtuvat tapaamiset tulevat helpommin osaksi osallistujien arkirutiinia. Pieniryhmässä osallistujia on 5 – 12 ja sen etuna on se, että yhteishenki kehittyy helpommin ja sen myötä aiheuttaa myös positiivista ryhmäpainetta osallistujille. Lisäksi pienryhmän ominaisuuksia ovat aktiivisuus ja jatkuva osallisuus, ryhmän muodostuminen osallistujien näköiseksi ja se antaa mahdollisuuden osallistujille kehittää itsenäisyyttään. Normaalisti psykoterapeuttiset ryhmät kestävät 1,5 tuntia, jolloin ryhmässä on aikaa lämmittelylle ja virittäytymiselle sekä terapian intensiivisyys kestää koko tapaamisen ajan. (Niemistö 2004, 53 – 61.) Toisen ihmisen kanssa yhdessä liikkuminen on merkittävää potilaalle ja sen edellytyksenä on jaettu kokemus liikkumisesta ja olemisesta. (Probst & Skjaerven 2018, 95)

Ryhmänohjauksessa ohjaajat voivat arvioida osallistujien välisen vuorovaikutuksen ja toimintakyvyn kehitystä havainnoimalla, kuinka paljon kukin osallistuu, kuka reagoi kenenkin sanomisiin, millaista vuorovaikutus on ja mikä on sen suhde toiminnan tarkoitukseen sekä mitä vuorovaikutustilanteet merkitsevät yksilöille ja ryhmälle. (Juntunen 2016, 26.) Skitsofrenian kuntoutuksessa ryhmämuotoinen kognitiivis-behavioraalinen terapia voi lievittää sosiaalista ahdistuneisuutta, sosiaalisia pelkoja ja masentuneisuutta. (Käypähoito, viitattu 27.11.2016.)

Ammatillisessa vuorovaikutuksessa potilaat arvostavat ammattilaisen asiantuntemusta ja haluavat tulla ymmärretyiksi ja kuulluiksi. Ammattilaisella on tarpeen olla sekä asiakas- että asiantuntijakeskeisiä vuorovaikutustaitoja mielenterveystyössä. Ammattilainen on tasavertainen asiakkaan kanssa ja pyrkii aktiivisesti saamaan aikaan yhteistä ymmärrystä asiakaskeskeisessä keskustelussa. Asiantuntijakeskeisessä keskustelussa tavoitellaan asiallisen ja ymmärrettävän tiedon välittämistä, jotta potilas pystyisi tekemään luottavaisesti omat päätöksensä. (Vuorilehto, Larri, Kurki, Hätönen & Ranta 2014, 55.) Päivi Rissanen kertoo omasta kokemuksestaan Skitsofreniasta kuntoutuminen –kirjassaan (2007, 58 – 59.), että hänelle vaikein suhde työntekijään oli silloin, kun työntekijä yritti ohjata häntä tiettyyn asiakasnäkemykseen. Työntekijän on annettava potilaan olla heikko, jotta hän voi tutustua itseensä huonokuntoisena ja jolloin hän pääsee turvallisessa ympäristössä etsimään omia selviytymiskeinoja. Ihminen pyrkii uusissa vuorovaikutustilanteissa tunnistamaan vihjeiden kautta, mihin rooliin toinen ihminen sopii ja minkä roolin voisi itse omaksua. Sen jälkeen pyritään kohdistamaan odotuksia itsen ja toiseen näissä rooleissa toimimisesta. (Martin,

Seppä & Nissinen 2017) Sosiaalisten taitojen harjoittelu voi olla toimiva keino psykoosin negatiivisten oireiden hoidossa. (Turner, McGlanaghy, Cuijpers, Van Der Gaag, Karyotaki, MacBeth 2018.)

Kognitiivisen työtavan tavoitteena on tukea kuntoutujaa ymmärtämään tunteiden olemassaolon merkitystä ja niiden yhteyttä sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Tunteisiin voi liittyä myös kehoreaktioita, kuten kiihtynyt syke tai lihasten jännittyminen, joita voi olla vaikea tunnistaa. Kuntoutujaa on rohkaistava tutkimaan omia tunteitaan ja hyväksymään negatiivisiakin tunteita. (Haravuori, Muinonen, Kanste, Marttunen 2016, 153 - 154.) Vakaviin psykiatrisiin häiriöihin, kuten skitsofreniaan, masennukseen ja ahdistushäiriöön liittyy usein tunnejärjestelmän häiriöitä, jolla on merkitystä toiminnanohjaukseen (Nummenmaa 2016, 725). Kognitiivinen kuntoutus parantaa skitsofreniapotilaiden toiminnanohjausta, keskittymiskykyä, sosiaalista kognitiota ja parantaa toimintakykyä yhdistettynä muuhun kuntoutukseen (Oksanen 2013, viitattu 1.12.2019.). Psykofyysisessä harjoittelukokonaisuudessamme osallistuja on *konstruktivinen oppija*. Tällöin hän on aktiivisessa roolissa keräten uutta tietoa vanhan lisäksi. Hän ohjaa itse oppimistaan ohjaajan luodessa oppimisympäristön ja kysyessä kysymyksiä sekä antaessa palautetta. (Haapsalo, Erämies 2020, viitattu 6.1.2020)

4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Teimme opinnäytetyönämme toiminnallisen opinnäytetyön, joka on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö perustuu toimeksiantoon, jossa haetaan ratkaisua johonkin konkreettiseen ongelmaan. Tavoitteena on siis luoda jokin tuotos toimeksiantajalle. Toiminnallista opinnäytetyötä työstetään projektityyppisesti. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu(a), viitattu 9.12.2019.) Tuotoksena teimme Kehotietoisuutta ryhmässä -ryhmäkokonaisuuden Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrisen poliklinikan osastolle 84. Prosessin onnistumisen vuoksi tärkeitä asioita ovat hyvä aihe ja se, että tekijällä on aiheosaamista, suunnitelmallisuus, aikataulun hallitseminen, yhteistyön ja vuorovaikutuksen taitaminen, dokumentointiosaaminen sekä prosessin ohjaaminen. (Centria, kirjasto- ja tietopalvelu 2019a. Viitattu 6.1.2020) Kehittämistyön vaiheita ovat ideointi- ja suunnitteluvaihe, toteutus, arviointi ja raportointi (Salonen 2013, 32).

Vilkan ja Airaksisen (2004, 70) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä selvitys on osa produktin toteutustapaa. Yleensä käytetään selvitystä siksi, että halutaan joko tapahtuma tai tilaisuus kohde-ryhmä- tai asiakaslähtöisesti. Selvityksellä hankitaan esimerkiksi teemahaastattelun keinoilla tieto, jota ei ole julkaistu, yhdeltä tai useammalta asiantuntijalta. Selvitystä kevyempi ja usein riittävä tapa on konsultointi. Se voi olla esimerkiksi asiantuntijahaastattelujen tekeminen. Aineistoa voi kerätä kyselemällä aihepiiriin liittyviä yksityiskohtia sekä asioita. Tuotettaessa produktia tätä tietoa käytetään kuin lähdeaineistona. Opinnäytetyön luotettavuuden vuoksi konsultaation antajien nimiä tulee voida käyttää opinnäytetyön raportissa (Vilka ja Airaksinen 2004, 71-72). Konsultoimme PPSHP:n kahta psykofyysistä fysioterapeuttia opinnäytetyön alkuvaiheessa, sekä prosessin edetessä aina opinnäytetyön valmistumiseen asti.

Vilkan ja Airaksisen mukaan opinnäytetyön onnistumisen perustana on tarkasti kirjoitettu toimintasuunnitelma. Suunnitelmalla pystytään arvioimaan opiskelijan valitseman menetelmän sekä aineiston palvelevuutta suhteessa tavoitteisiin sekä selvityksen ja aineiston keräämisen ajoituksen oikeellisuutta. Myöhässä saatu tieto ei selkiytä mahdollisten valintojen verkostoa, joka opiskelijalla on hänen tehdessä produktia, ja ei siten jouda kasvattamaan opiskelijan aiheeseen liittyvää ymmärrystä (Vilka ja Airaksinen 2004, 72). Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi on kokeilua, vertailua, etsimistä, löytämistä ja käytännöllisten asioiden huomaamista. (Vilka ja Airaksinen 2004, 73)

4.1 Tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykoosipotilaille neljän kerran ryhmäkuntoutuskokonaisuus, joka annetaan heidän käyttöönsä sähköisessä .pdf -muodossa. Tavoitteiden määrittelyssä on huomioitu kohderyhmän ja hyödynsaajien tarpeet ja ne pyrittiin luomaan selkeiksi ja saavutettaviksi (Silfverberg, 6, viitattu 16.11.2019.). Tavoitteena oli luoda ryhmäkokonaisuus laajan tietoperustan pohjalta ja valita sellaisia harjoituksia, jotka tukevat tutkitusti psykoosipotilaan kuntoutusta.

Ryhmäkokonaisuudelle on määritelty laatukriteerit, joilla kuvataan tuotoksen olennaisia ominaisuuksia ja laatua (Idänpään-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä, 2000, viitattu 4.12.2019). Laatukriteerit olivat helppo toteutettavuus, selkeä ohjeistus, sovellettavuus usealle potilasryhmälle sekä ryhmäkokonaisuuden progressiivisuus. Tavoitteena oli, että Kehotietoisuutta ryhmässä -ryhmäkokonaisuutta voi ohjata ammattiryhmästä riippumatta kuka tahansa sairaalan hoitohenkilökunnasta sekä ryhmäkokonaisuutta pitää voida soveltaa ja kehittää erilaisille potilasryhmille. Ryhmäkokonaisuuden harjoitusten tavoitteina on kehittää ryhmään osallistuvien motorisia taitoja ja parantaa kehotietoisuutta, läsnäolotaitoja sekä palauttaa vuorovaikutusta itseensä ja ympäristöön.

Opinnäytetyön tekijöiden tavoitteina on kehittää omaa osaamista tiedonhankinnassa, kirjoittamisessa, projektityöosaamisessa, mielenterveyskuntoutujien ryhmäohjauksessa ja psykofyysisen fysioterapiaoosaamisen vahvistaminen.

4.2 Projektioorganisaatio ja toimeksiantaja

Projektioorganisaatio koostuu ohjausryhmästä, varsinaisesta projektioorganisaatiosta ja yhteistyökumppaneista, joiden roolit ja vastuu määritellään projektissa selkeästi. Ohjausryhmänä toimi kaksi opettajaa Oulun ammattikorkeakoulusta sekä fysioterapeutti Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä, jotka arvioivat opinnäytetyön tuloksia ja tukevat opinnäytetyön suunnittelua. Projektioorganisaation projektipäälliköinä ovat opinnäytetyöntekijät, jotka jakavat vastuut opinnäytetyön suunnittelusta, toteuttamisesta, projektin seurannasta ja sisäisestä arvioinnista. Tukiryhmää ovat opinnäytetyöntekijöiden perhe ja ystävät, jotka ovat olleet mukana ryhmäkokonaisuuden testaamisessa. (Silfverberg, 50 – 51, viitattu 16.11.2019.)

4.3 Kohderyhmä ja hyödynsaajat

Opinnäytetyön kohderyhmä on määritelty sen mukaan, ketkä ovat ryhmäkokonaisuuden käyttäjiä (Silfverberg, 39, viitattu 16.11.2019.) eli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian hoitohenkilökunta. Hyödynsaajina ovat he, jotka käyttävät harjoittelukokonaisuutta (Silfverberg, 39, viitattu 16.11.2019.) eli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrinen, hoitohenkilökunta ja potilaat. Kehotietoisuutta ryhmässä -ryhmäkokonaisuus jää PPSHP: n aikuispsykiatrian käytettäväksi ja sitä voi hyödyntää kuka tahansa psykiatrian hoitohenkilökunnasta ja tarvittaessa sitä saa soveltaa ja kehittää eteenpäin myös muille potilasryhmille. Ryhmäkokonaisuuden yksittäisiä harjoituksia voi hyödyntää myös yksilöohjauksissa. Ryhmäkokonaisuutta voidaan jakaa muille psykiatrisille sairaaloille käytettäväksi ja kehitettäväksi, jolloin siitä hyötyvät myös muut mielenterveysalan ammattilaiset. Ryhmään osallistujat hyötyvät opinnäytetyön tuotoksesta. Ryhmäkerrat sisältävät vuorovaikutus-, läsnäolo- ja kehotietoisuusharjoituksia, joiden on tarkoitus vaikuttaa psykoosipotilaiden oireisiin niitä vähentävästi. Ryhmäkokonaisuuden harjoituksilla pyritään tuomaan potilasta enemmän tietoiseksi omasta kehostaan, liikkeistä ja hengityksestä. Opinnäytetyön raportti tulee kaikkien saataville Theseus –palveluun, jolloin hyödynsaajina ovat myös muut alan ammattilaiset ja opiskelijat, jotka hakevat tietoa psykoosista ja sen fysioterapeuttisesta kuntoutuksesta. Voidakseen ohjata harjoitteita tulee ohjaajan kuulua hoitohenkilökuntaan.

5 PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Opinnäytetyön ideointi alkoi tammikuussa 2019, jolloin tapasimme PPSHP: n psykiatrisen fysioterapeutit. Tapaamisissa keskustelimme omista tavoitteistamme ja heidän tarpeistaan aikuispsykiatrisella osastolla, joiden mukaan saimme aiheen rajattua psykoosipotilaiden ryhmäkokonaisuudeksi. Ryhmä suunniteltiin lyhytkestoiseksi suljetuksi ryhmäksi. Lyhytkestoiselle ryhmälle määritellään Suomessa minimissään 12 tapaamiskertaa (Pölonen & Sitolahti 2003, 361), mutta päädyimme opinnäytetyössämme neljään ryhmätapaamiseen, koska osaston potilaiden vaihtuvuus on suuri, joten oli todennäköisempää saada lyhytkestoinen ryhmä pysymään vakiona koko ryhmäkokonaisuuden ajan. Valitsimme suljetun ryhmän, koska se tarjoaisi osallistujille turvallisemman ympäristön harjoitusten tavoitteiden saavuttamiseksi kuin avoin ryhmäkokonaisuus.

Opinnäytetyön tekeminen alkoi maaliskuussa 2019 tietopohjan kokoamisella ja opinnäytetyösuunnitelman kirjoittamisella. Opinnäytetyön tietoperustan voi rakentaa käyttäen hyväksi keskeisiä käsitteitä, jollei löydy sujuvasti valmiista teoreettista mallia tai auktoriteetin muodostamaa ajattelukokonaisuutta viitekehyyksiksi. Tätä varten tarvitaan keskeisten käsitteiden tunnistamista, sen pohtimista, mikä niiden merkitys on alalla sekä käsitteiden välisten yhteyksien aukikirjoittamista. (Vilka ja Airaksinen 2004, 73) Suunnitelmaan kuvailtiin keskeisiä aiheeseen liittyviä käsitteitä ja kuvasimme ilmiöitä luoden näin riittävän kirjallisen perustan pilottiryhmän ohjaukselle sekä tuotteen kehittämiseksi. Tietopohjaan valitsimme keskeisiksi käsitteiksi psykoosi, psykoosisairauksien psykofyysinen fysioterapia, ryhmäterapia psykoottisissa häiriöissä, suljettu ryhmä mielenterveyskuntoutuksessa ja kehotietoisuus psykiatrisessa kuntoutuksessa. Keskeiset käsitteet rajautuivat ryhmäkokonaisuuden laatukriteerien ja potilasryhmän vaatimusten mukaan. Työelämäraportissa tietopohja ei ole niin laaja kuin tutkimusluontoisessa opinnäytetyössä, mutta siihen kootaan kuitenkin kaikki kehitettävän toiminnan kannalta oleellinen tieto (Centria, Kirjasto- ja tietopalvelu 2019b. Viitattu 6.1.2020). Projektisuunnitelma ja siihen liitetyt tutkimuslupahakemus ja yhteistyösopimus lähetettiin PPSHP: lle hyväksyttäväksi heinäkuun alussa, jonka jälkeen aloitimme opinnäytetyön toteutusvaiheen eli ryhmäkokonaisuuden suunnittelun. Syksyllä teimme vielä tutkimuslupahakemukseen lisäselvityksen ryhmäkokonaisuuden suunnittelusta ja palautteiden keruumenetelmistä, jonka jälkeen saimme luvan ohjata pilottiryhmän.

Vilkan ja Airaksisen (2004, 75) mukaan opinnäytetyön idea ja toteutuksen kohderyhmä määräävät paljolti opinnäytetyön toiminnallisen osuuden toteutustavan. Harjoituksia suunnitellessamme suunnittelu luisui välillä pois päin omalta alaltamme. Suoraan psykofyysisestä fysioterapiasta oli jokseenkin haastavaa löytää suoraan monipuolisesti harjoitteita, jolloin haimme harjoitteita esimerkiksi hengitysterapian kirjasta, sekä muista tutkittuun näyttöön perustuvista liikunta ja kehotietoisuus menetelmistä. Vilkan ja Airaksisen (2004, 76) mukaan onkin hyvä pohtia valmiuksia, joita koulutusohjelmassa on annettu sekä valmiuksia, jotka ovat henkilökohtaisia. Heidän mukaansa on hyväksi suunnata opiskelijaa esittämään työssään vain asioita, joissa tämä voi osoittaa asioiden syventämistä ja niin hyvää avarampaa oman alan kokonaisuuden hallintaa kuin mahdollista.

Toteutusvaihe aloitettiin heinäkuussa kartoittamalla näyttöön perustuvia fysioterapiamenetelmiä psykoosipotilaille ja näiden perusteella kokosimme yhteen useita yksilö-, pari- ja ryhmäharjoitusvaihtoehtoja. Testaamalla harjoituksia itse ja ohjaamalla niitä lähipiirille, saimme kokemuksia harjoitusten toimivuudesta ja niiden ohjattavuudesta. Kävimme jatkuvaa keskustelua myös PPSHP:n työnohjaajan kanssa ryhmäkokonaisuuden kehittämistä sähköpostitse. Pilottiryhmä ohjauksen jälkeen kirjoitimme puhtaaksi Kehotietoisuutta ryhmässä -ryhmäkokonaisuuden Canva -palvelun avulla ja keräsimme hoitohenkilökunnalta palautteet Webropol -kyselyllä ryhmäkokonaisuuden laatuksien täyttymisestä.

Ohjasimme neljän kerran pilottiryhmän osaston 84 potilaille. Pilottiryhmän ohjaamisen tavoitteena oli saada kokemusta harjoitusten ohjaamisesta sekä niiden toimivuudesta kyseiselle potilasryhmälle. Pilottiryhmän oli tarkoitus olla suljettu ryhmä, mutta osaston potilasvaihtuvuuden vuoksi jouduimme soveltamaan ryhmäkokonaisuutta sopivaksi avoimeen ryhmään, jossa potilaat vaihtuivat joka ryhmätapaamisella. Osallistuvien potilaiden määrä vaihteli jokaisella ryhmäkerralla, mutta myös hoitohenkilökunnasta osallistui ryhmään joka kerralla 2-3 henkilöä, joten jokaisella ryhmäkerralla osallistujia oli vähintään 4. Potilasvaihtuvuuden ansiosta pääsimme testaamaan ryhmäkokonaisuuden toimivuutta eri tavoin oireileville potilaille sekä kuinka ryhmäkokonaisuuden harjoituksia pystytään soveltamaan myös ryhmän uusille osallistujille. Huomioimme myös ryhmäkokonaisuuden kehittämisen lisäämällä harjoitusten monipuolisuutta ja soveltuvuutta.

5.1 Kehotietoisuutta ryhmässä -kokonaisuus

Kehotietoisuutta ryhmässä on neljän kerran ryhmäkokonaisuus ja yhden ryhmätapaamisen kesto on 45 minuuttia. Ryhmäkokonaisuudelle suunniteltiin ensin rakenne ja mitä sen tulisi sisältää, mikä auttoi varsinaisen sisällön suunnittelussa. Aluksi kehitimme jokaiselle ryhmätapaamiselle oman teeman (kuten oman kehon ja reviirien vahvistaminen, tietoinen hengitys ja liike, tasapaino ja koordinaatio), mutta päädyimme työnohjaajan suosituksesta siihen, että jokaisen ryhmätapaamisen harjoitukset ovat mahdollisimman monipuolisia. Tällä tavalla olisi helpompi huomioida eri tavoilla oireilevia potilaita ja sisällyttää progressiivisuus harjoituksiin.

Kehotietoisuutta ryhmässä -kokonaisuuden sivuilla 1 - 3 on esittely, joka sisältää ryhmäkokonaisuuden tavoitteet, kohderyhmän, sopivat ryhmäkoot, ryhmäkokonaisuuden rakenteen ja käyttöohjeen sekä lyhyen ohjeistuksen ryhmän ohjaamiseksi. Lopuksi esittelyosiossa on lista ryhmäkokonaisuudessa käytetyistä välineistä (KUVIO 1).



KUVIO 1. Luettelo tarvittavista välineistä Kehotietoisuutta ryhmässä – ryhmäkokonaisuudesta.

Ryhmätapaamisen rungoksi muodostimme kolmen harjoituksen mallin (KUVIO 2). Jokainen ryhmätapaaminen on jaettu kolmeen osaan (1/3 – 3/3). Joissakin osissa on harjoitusvaihtoehtoja (a.-c.), joista ryhmän ohjaaja valitsee ryhmälle sopivan harjoituksen. Myös harjoitusvaihtoehtojen (a.-c.) liikkeitä voi yhdistellä ja varioida keskenään. Harjoituksen otsikon alle on kirjoitettu harjoituksen tavoitteet, siinä tarvittavat välineet ja arvioitu kesto. Harjoitukset on merkattu värikoodein niiden

vaativuuden mukaan, mikä auttaa ohjaajaa harjoitusten valinnassa. Harjoitusten valinnassa ohjeisesta huomioimaan myös ryhmän dynamiikkaa, osallistujien taitoja ja toimintakykyä sekä ohjaajan omat ohjaustaidot.



KUVIO 2. Ryhmätapaamisten runko on esitelty Kehotietoisuutta ryhmässä -kokonaisuuden ensimmäisellä sivulla.

Ensimmäisellä ryhmätapaamisella esitellään ryhmäkokonaisuuden lähtökohdat. Ryhmää muodostettaessa osallistujille kerrotaan ryhmäkertojen ajankohdat ja ryhmätapaamisten määrä, jolloin potilaalla on mahdollisuus asennoitua työstämään ryhmässä hänelle tärkeitä asioita. Jos lyhytkestoisessa ryhmässä on kaksi ohjaajaa, alkuohjeet annetaan yhteisesti, jolloin he esittäytyvät tasavertaisina ohjaajina ryhmäläisille. Suljetussa ryhmässä ryhmän tavoitteet tulee esittää osallistujille heti ensi tapaamisella. Lyhytkestoisessa ryhmäterapiassa on saatava ryhmä kiinteytymään nopeasti, missä voi auttaa ryhmän yhteinen ongelmanratkaisu (Pölonen & Sitolahti 2003, 361 - 365), minkä vuoksi valitsimme ensimmäiselle ryhmätapaamiselle helpohkoja ryhmäharjoituksia. Lisäksi ensimmäisellä kerralla luodaan ryhmälle yhteiset pelisäännöt, jotka kirjataan ylös paperille kaikkien nähtäville. Pelisäännöt ovat nähtävillä jokaisella ryhmäkerralla. Puitteiden rajaaminen ja ulkoisten ja sisäisten rakenteiden kiinteys tuo ryhmään pysyvää turvallisuutta, jolloin ryhmän varsinaisiin terapeuttisiin tavoitteisiin jää enemmän energiaa (Pölonen & Sitolahti 2003, 152.).

5.1.1 Harjoitusten valinta

Etsimme useita näyttöön perustuvia ryhmä- ja yksilöharjoituksia, joita kokeilimme itse ja sovelsimme kohderyhmälle sopivaksi. Testasimme harjoituksia ohjaamalla niitä ystäville ja perheelle, jolloin saimme itse kokemusta harjoitusten ohjaamisesta. Harjoitusten kehittämisessä huomioimme potilasryhmän erityisvaatimuksia ja -haasteita, kuten psykoosin negatiiviset ja positiiviset oireet, kognitiiviset muutokset sekä muut epäspesifit oireet, kuten ahdistuneisuus ja masennus. Harjoitukset pyrittiin luomaan mahdollisimman konkreettisiksi hyödyntämällä liikuntavälineitä ja selkokieliä sekä jättämällä pois mielikuvia vaativat harjoitukset. Konkretisoimalla pyrittiin siihen, että potilaiden harhaluulot ja / tai aistiharhat eivät vaikuttaisi yksilön kykyyn tehdä harjoituksia sekä ohjaukset olisivat helpommin ymmärrettävissä. Harjoitusten esittämistä varten otettiin kuvia, jotka liitettiin osaksi harjoitusten ohjeistusta.

Pilottiryhmän eri harjoituskertojen välillä ilmeni jatkossa huomioon otettavia asioita. Potilaiden oireiden monimuotoisuus vaikutti siihen, minkä tyyppisiä ohjausvariaatioita laitoimme ryhmäkokonaisuuteen tarjolle. Huomioon otettavia asioita olivat esimerkiksi potilaan rauhattomuus ja miten siihen vaikutetaan eri alkuasunnoilla, ohjauksen selkokieliä, välineiden määrä sekä hengityksen ohjaaminen. Harjoitusten monipuolisuudella pyrittiin saamaan jokaisesta ryhmätapaamisesta sellainen, että se tarjoaisi monipuolisia kokemuksia motoriikasta ja kehon havainnoimisesta. Jokaisella ryhmätapaamisella on yksilö-, pari- ja ryhmäharjoituksia.

Ryhmäkokonaisuuden **yksilöharjoituksina** on esimerkiksi oman kehon rajausharjoituksia, jotka toistuvat seuraavilla ryhmäkerroilla osana ryhmäharjoituksia ja loppurentoutuksia. Oman kehon rajaamisen tavoitteena oli vahvistaa potilaan turvallisuuden tunnetta ja kehittää kehotietoisuutta. Kehotietoisuusharjoituksina käytimme lisäksi jännitys-rentousharjoituksia ja hengitys- ja läsnäoloarjoituksia liikkeen avulla. Lisäksi yksilöharjoituksina oli myös liikkuvuus- ja tasapainoharjoituksia kepin kanssa (KUVIO 3.).



KUVIO 3. Tasapainoharjoistus kepin kanssa.

Pariharjoituksina ryhmäkokonaisuudessa on esimerkiksi painonsiirto harjoituksia vastuskuminauhalla (KUVIO 4.) ja tasapaino- ja koordinaatioharjoituksia jumppapallolla. Työnohjaajan oman kokemuksen mukaan ryhmänohjauksissa pariharjoitukset sopivat erityisesti hajanaisille potilaille, joilla on haasteita keskittyä harjoitukseen., minkä vuoksi pariharjoituksia on harjoitusvariaatioina jokaiselle ryhmäkerralle. Pariharjoitusten tavoitteena oli myös kehittää sosiaalisia vuorovaikutustaitoja, sillä liikkeitä tuli suorittaa yhtäaikaisesti huomioiden parin liikkeitä.



KUVIO 4. Kuva Kehotietoisuutta ryhmässä pariharjoituksessa, jossa harjoitellaan painonsiirtoa ja motoriikkaa.

Ryhmäharjoituksina on ensimmäisillä ryhmäkerroilla ryhmädynamiikkaa ja ryhmän sisäistä turvallisuutta kehittäviä harjoituksia. Ensimmäisillä ryhmäkerralla ryhmäharjoituksessa tutustutaan tiilaan ja toisiin ryhmäläisiin kopittelemalla hernepusseilla tai potkimalla palloa. Ryhmäharjoitusten tarkoituksena on antaa potilaille rohkaisevia kokemuksia sosiaalisesta kanssakäymisestä ryhmässä. Ryhmäharjoituksena oli myös leikkimielinen Kapteeni käskee -harjoitus, joka on tuttu monelle lapsuudesta. Harjoituksen tavoitteena oli edistää ryhmäytymistä, kehittää motoriikkaa, läsnäolotaitoa ja vuorovaikutusta ympäristöön. Ryhmäkokonaisuuden kolmannella on myös vaativampia ryhmäharjoitusvaihtoehtona myös reviiiriharjoitus, jossa osallistujat voivat kehittää oman tilan hallintaa ja omaa turvallisuuden tunnetta ryhmässä, sekä osallistuja oppii tunnistamaan oman jännityksen, sekä hyödyntämään jo käytettyjä rentoutus menetelmiä, kuten oman kehon rajaamista.

Hengitysharjoituksia sijoitimme osaksi rentoutus- ja kehonhavainnointiharjoituksia sekä sisällytimme hengityksen havainnointia ja ohjausta motorisiin harjoituksiin. Myös hengitysharjoituksissa käytimme konkreettisia menetelmiä yhdistämällä niihin helppoja liikkeitä ja havainnoimalla oman hengityksen liikkeitä tunnustelemalla omin käsin rintakehältä tai alimmilta kylkiluilta. Hengityksen havainnointia ohjataan myös eri rasiustasoissa rauhallisesta hengityksestä pieneen hengästymiseen. Tarkoituksenamme oli siis antaa potilaille työkaluja rentoutumiseen hengityksen avulla sekä paikallaan oltaessa, että liikkeessä. Hengityksen havainnointi oli myös osa kehon havainnoinnin harjoittelua., jonka tavoitteena antaa osallistujille kokemusta liikkeestä tapahtuvaa hengästymistä ja näin lisätä omaa kehotietoisuuttaan.

Hengityksellä on monia erilaisia tehtäviä. Sen keskeinen tehtävä on tuoda happea jokaiseen kehonosaan ja lihasten työskentelyn seurauksena aineenvaihdunnassa muodostuneen hiilidioksidin vapauttaminen pois kehosta. Hengityslihakset tukevat myös kehon asentoa ja työskentelevät raskaassa fyysisessä liikunnassa. Hengittämisen tasapainoisuus sekä siihen yhteydessä oleva tarkoituksellinen hengityslihasten käyttäminen liittyvät joustaviin liikkeisiin, sujuvuuteen sekä koko elimistön hyvään koordinaatioon. Tunteita voidaan säädellä hengityksellä. Jos pidätetään hengitystä tai hyperventiloidaan, pystytään pitämään sietämättömiä tunteita pois tietoisuudesta. Kun hengitetään rauhallisesti, saadaan tilaa tunteiden tunnistamiselle ja ilmaisemiselle sekä tyydynytetään sekä mieltä että kehoa. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö, Lillrank 2010, 15-16) Psykoosipotilailla esiintyy stressaantuneisuutta, joten he tarvitsevat keinoja rentoutua.

Haastavuustasoja harjoitteille määrittelimme eri perustein. Yksi oli se, kuinka kauan mahdollisesti levoton potilas pystyy keskittymään harjoitteisiin. Toiseksi huomioimme yksilölliset nivelten liikelaajuudet ja sen vaikutuksen siihen, mitä potilas pystyy tekemään. Laitoimme harjoituksiin eri alkuasentovaihtoehtoja, joita voidaan käyttää potilaan mielentilaan sopivasti. Esimerkiksi passiivinen potilas voi hyötyä enemmän seisoma- kuin makuuasennosta ja ylivilkas voi tarvita makuuasentoa. Myös siinä on eroja potilaiden kesken, miten he pystyvät keskittymään omaan kehoonsa. Tämän vuoksi harjoituksissa voidaan vaihdella sitä, kuinka paljon kiinnitetään ympäröivään tilaan huomiota ja kuinka paljon omaan kehoon. Välineitä käytimme helpottaaksemme ohjeiden noudattamista, koska potilaalla voi olla vaikeuksia noudattaa ohjeita, joissa hyödynnetään mielikuvia tai ohjeita, jotka voivat tuntua potilaasta muilla tavoilla epämääräisiltä. Osaston ohjaavan fysioterapeutin mukaan mielikuvilla voidaan myös vahingossa aktivoida potilaan oireita. Potilaiden kesken on myös eroja siinä, miten he reagoivat toisiin ihmisiin. Sosiaalista haastetta saa tarvittaessa pari- tai ryhmäharjoituksin.

5.1.2 Purkuharjoitus

Jokaisen ryhmäkerran loppuun on purkuharjoitus, jonka avulla osallistujat voivat sanoittaa kokemuksensa senkertaisesta tapaamisesta yhdellä tunnesanalla. Samalla myös ohjaajat saavat palautetta osallistujien kokemuksista. Harjoituksen tavoitteena on tukea sosiaalista kognitiota, johon kuuluu tunteiden prosessointi eli tunteiden havainnointi, tunnistaminen ja säätely (Javed & Charles 2018). Tunnesanat (KUVIO 3) valittiin Petri Pellisen tunnekartasta (Gudsson 2016, 3.) sen perusteella, että tunnesanat antaisivat mahdollisuuden sanoittaa sekä positiivisia että negatiivisia tunteita. Tietoiset tunnekokemukset tukevat kognitiivisten taitojen kehitystä – oman tunnekokemuksen tunnistaminen mahdollistaa esimerkiksi havainnoimaan oman ahdistuksen tunteen syitä ja hankkimaan apua ahdistuneisuuden lievittämiseen (Nummenmaa 2016, 729). Skitsofreniapotilailla tunteiden hallinnan parantumisella on yhteys toimintakyvyn paranemiseen (Pena, Ibarretxe-Bilbao, Sanchez, Uriarte, Elizagarate, Gutierrez, Ojeda 2018).

Iloinen <ul style="list-style-type: none"> • saan lohtua • pidän huolta (itsestä) 	Halu <ul style="list-style-type: none"> • odotan • unelmoin • onnistuin 	Pettymys <ul style="list-style-type: none"> • en onnistunut • huolestuttaa 	Pelko <ul style="list-style-type: none"> • en usko • epäilen
Hyväksyntä <ul style="list-style-type: none"> • kelpaan • saan olla 	Ärtymys <ul style="list-style-type: none"> • jännittää • haluan eroon 	Ahdistus <ul style="list-style-type: none"> • pelottaa • epäilen 	Uskallus <ul style="list-style-type: none"> • voin luottaa • osaan

KUVIO 3. Kehotietoisuutta ryhmässä purkuharjoituksen tunnesanat ovat valittu Petri Pellisen SDG*tunnekartasta.

Purkuharjoitusten palautteisiin (TAULUKKO 1.) sisältyy myös pilottiryhmän ohjaajien eli opiskelijoiden sekä osaston henkilökunnan palautteita. Saamamme palautteen perusteella pilottiryhmäkerrat koettiin pääasiassa miellyttävinä. Eniten vastauksia keräsi halu (32%), toisena ilo (28%) ja kolmantena hyväksyntä (20%). Ryhmään osallistujat osallistuivat hyvin purkuharjoitukseen ja löysivät hyvin sopivia tunnesanoja vastaamaan heidän kokemuksiaan.

TAULUKKO 1. Purkuharjoituksen osallistujien vastaukset esitettynä prosenttilukuina.

Tunnesanat	%
Ärtymys	0
Ahdistus	4
Pelko	0
Pettymys	0
Halu	32
Uskallus	16
Ilo	28
Hyväksyntä	20

6 RYHMÄKOKONAIKUUDEN ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Seurasimme tavoitteiden saavuttamista koko opinnäytetyön prosessin ajan olemalla tiiviisti yhteydessä osaston 84 työnhajaajaan, joka ohjasi tuotoksen muodostumista määrittelemiemme laatu-kriteerien mukaiseksi. Tuotoksen valmistuttua lähetimme ryhmäkokonaisuuden ja Webropol -palautekyselyn laatu-kriteerien täyttymisestä hoitohenkilökunnalle. Onnistuimme luomaan Kehotietoisuutta ryhmässä –ryhmäkokonaisuuden laatu-kriteerien mukaan. Aikataulullisesti opinnäytetyöprosessissa oli haasteita tuotoksen valmistumisessa sekä raportin kirjoittamisessa sovitussa aikataulussa ja opinnäytetyö valmistui myöhemmin, mitä oli suunniteltu.

Kehitimme ryhmään **progressiivisuutta** motorisen oppimisen konstruktivisen oppimiskäsityksen menetelmillä huomioiden kohderyhmän kognitiiviset haasteet. Konstruktivisen oppimiskäsityksen mukaan uutta tietoa omaksutaan käyttämällä aiemmin opittua ja samaa asiaa voidaan käsittää ja tutkia monella eri tavalla (Jyväskylän ammattikorkeakoulu(b), viitattu 10.12.2019.), minkä vuoksi ryhmäkokonaisuuteen valituissa harjoituksissa on samankaltaisia harjoituksia, jotka toistuvat hiukan erilaisina eri ryhmäkerroilla. Esimerkiksi motoriset harjoitukset ja hengitysharjoitukset ovat ensimmäisillä ryhmäkerroilla omina harjoituksinaan, kunnes viimeisillä ryhmäkerroilla ne yhdistetään samaan harjoitukseen.

Olisimme toivoneet suurempaa potilasosallistujamäärää pilottiryhmään, mutta olemme tyytyväisiä saatuamme kuitenkin käsitystä psykoosin oirekirjon monimuotoisuudesta. Osastolla oli haasteita potilaiden vaihtuvuudessa sekä muutoksissa. Ainakaan tässä yksikössä tällä kertaa suljettu ryhmä ei toteutunut. Ryhmäkokonaisuuden haasteena on progressiivisesti etenevät harjoitukset, kuten hengitysharjoitukset ja vaativammat läsnäoloharjoitukset. Ryhmäkokonaisuuden harjoituksien tavoitteena oli, että progressiivisuus näkyy siinä, että perusharjoituksia (kehon rajaaminen) toistetaan jokaisella ryhmäkerroilla ja suoritusten muuttuessa sujuvammiksi niihin voidaan liittää vaativampia tietoisuustaitoharjoituksia.

Ryhmäkokonaisuuden harjoitukset suunniteltiin niin, että niitä voidaan myös soveltaa ja muokata eri potilasryhmille sopiviksi. Tämän mahdollistaa eri alkuasunnoissa liikkuminen. Jotta ryhmäkokonaisuus olisi **helposti ohjattavissa** koko hoitoalan henkilökunnalle, harjoitukset suunniteltiin myös kohtuullisen helpoiksi, niin että niissä ei tarvita fysioterapeuttista osaamista, kuten ryhdin tai asen-

nonhallinnan arviointia ja ohjausta. Kaikki harjoitukset on luokiteltu omiin vaativuusluokkiin sen mukaan, kuinka haastavia ne ovat kohderyhmälle motorisesti, kognitiivisesti tai kuinka turvallista ja luottavaista ryhmädynamiikkaa ja ympäristöä ne vaativat. Haastavimmat harjoitukset vaativat myös ohjaajalta osaamista ja herkkyyttä tulkita ryhmän toimintaa. **Selkeä ohjeistus** pyrittiin saamaan käyttämällä selkokielisyyttä, jolloin harjoitukset olisivat helposti ymmärrettävissä sekä ohjattavissa. Selkokieli on sisällöltään, rakenteeltaan ja sanastoltaan yleiskieltä helpompaa ja siinä on käytetty yksinkertaisia virkerakenteita. (Selkokeskus 2017, viitattu 9.12.2019.) Toiminnalliseen osuuteen kuuluu usein tekstiosuuksia kuten, ohjeistuksia, opastuksia ja suunnitelmia, jotka tulee myös kirjoittaa toiminnalliseen osioon ja kohderyhmään sopiviksi (Vilka ja Airaksinen 2004, 77). Ryhmäkokonaisuudesta pyrittiin saamaan helposti ymmärrettävä niin, ettei siinä ole fysioterapian jargonia, vaan yleiskieltä, joka on kaikkien ammattialojen ymmärrettävissä.

Webropol -kyselyllä selvitettiin hoitajien arviointia laatukriteerien täyttymisestä arvoasteikolla 1 – 4 (1=huono, 2=keskinkertainen, 3= ihan hyvä, 4= hyvä) sekä lopuksi vapaaehtoinen vapaamuotoinen teksti muulle palautteelle. Kysely oli anonymi ja se oli avoinna kaksi viikkoa. Saimme kyselylomakkeeseen kolme vastausta, joiden mukaan harjoitusten sovellettavuus ja selkeys sekä ryhmäkokonaisuuden progressiivisuus arvioitiin ihan hyviksi (TAULUKKO 2.). Avoimia vastauksia ei ollut yhtään.

Taulukko 2. Webropol -kyselyn kysymykset ja vastauksien keskiarvot. (n=3).

Kysymykset	Keskiarvo vastauksista
Onko ohjeistus yksityiskohtainen ja selkeä?	3,3
Materiaalin ulkoasu?	3,7
Tarjoaako ohjeistus mahdollisuuden progressiiviseen ryhmänohjaukseen?	3,7
Onko harjoitusvaihtoehtoja riittävästi?	3,3
Tukevatko harjoitukset kuntoutujien hoitosuunnitelmaa?	3,3
Onko ryhmäkokonaisuus sovellettavissa muillekin potilasryhmille?	3,3

Työnohjaajan palautteen mukaan tuotosta voidaan hyödyntää osastotyössä osana potilaiden hoitoa ja kuntoutusta sellaisenaan sekä ryhmäkokonaisuudesta voidaan ottaa yksittäisiä harjoituksia käyttöön muihin ryhmätoimintoihin ja yksilöohjauksiin. Ryhmään osallistuneelta hoitohenkilökunnalta saimme palautetta, että harjoitukset olivat voimaannuttavia ja potilaat keskittyivät seuraamaan ohjeistusta ja tekemään harjoituksia hyvin huolimatta siitä, että osalla heistä oli keskittymiseen liittyviä haasteita.

6.1 Eettisyys

Opinnäytetyön prosessissa on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön mallia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.), sekä fysioterapeuttien ammattietiikkaa (Suomen fysioterapeutit 2014, viitattu 5.1.2020.). Opinnäytetyötä varten laadittiin tutkimuslupasopimus, jossa selvitettiin opinnäytetyön suunnitelmaa ja tuotoksen eettisyyttä. Näin varmistettiin, että opinnäytetyö tulee noudattamaan hyvää etiikkaa myös potilasohjauksessa.

Mielenterveyden ja sairauksien hoito perustetaan ihmisarvon kunnioittamiselle, potilaan itsemääräämisoikeudelle, oikeudenmukaiselle kohtelulle sekä vapaaehtoiselle hoidolle. Vain silloin, kun laissa tarkasti säädetään tilanteista, saadaan toimia potilaan tahdosta riippumattomasti. (ETENE 2009, 9-10, Viitattu 6.1.2020) Stigma on ei-toivottua sosiaalista leimautumista aiheuttaen häpeää ja kärsimystä sekä itsearvostuksen alenemista. Ne, jotka kärsivät psykoosisairaudesta, joutuvat useammin kasvokkain ennakkoluulojen ja leimaamisen kanssa verrattuna kaikkiin muihin psykiatrisia häiriöitä sairastaviin. (Mielenterveystalo.fi 2020. Viitattu 7.1.2020) Opinnäytetyötä tehdessä potilaiden yksityisyyttä onkin suojattu tarkasti. Opinnäytetyöprosessissa huolehdittiin potilaiden itsemääräämisoikeudesta luomalla potilaiden suostumuslomake pilottiryhmään osallistumista varten. Pilottiryhmään osallistuvien potilaiden yksityisyydensuojasta huolehdittiin niin, että emme keränne mitään yksityiskohtaista tietoa pilottiryhmästä. Osaston hoitohenkilökunta teki tarvittavat potilaskirjaukset, jolloin opinnäytetyöntekijät eivät käsitelleen potilastietoja Pilottiryhmän purkuharjoituksen vastauksien keruussa ei käytetty potilaiden nimiä ja opinnäytetyössä purkuharjoituksen vastaukset on esitetty prosenttilukuina.

7 POHDINTA

Fysioterapiaryhmäkokonaisuuden kehittämisen psykoosipotilaille koimme erittäin tärkeäksi ja hyödylliseksi ja haluamme tietenkin, että ryhmäkokonaisuus tulee käyttöön. Toivomme rohkaisevaa ja kuntoutuksen tärkeyttä korostavaa asennetta ”markkinoitaessa” ryhmäkokonaisuutta myös sairaanhoitajille. Potilaille ryhmäkokonaisuus on tärkeä siten, että heidän kuntoutumisestaan voi näin tulla monipuolisempaa ja he voivat saada harjoitteita tehtäväksi myös itsenäisesti. Koko moniammatillisen tiimin sitoutuminen kuntouttavaan hoitotyöhön on tärkeää siksi, että potilaan kuntoutumista ja toimintakykyä voidaan edistää asiakaslähtöisesti.

Haasteita oli osaston potilaiden vaihtuvuudessa ja muutoksissa, minkä vuoksi mietimmekin, onko suljettua ryhmää mahdollista toteuttaa progressiivisesti. Ainakaan tässä yksikössä tällä kertaa suljettu ryhmä ei toiminut. Progressiivisuuden muodostuttua ongelmaksi, mietimme, että ehkä tavoitetta olisikin parempi laskea sisällyttäen harjoitusten progressiivisuus yksilölle tehtäviin terapioihin, jolloin ryhmän vaihtuvuus ei olisi yksilön ongelma. Tai jos on olemassa kuntoutusyksiköitä, joissa potilasvaihtuvuus ei ole niin suurta tai potilasmäärä on jatkuvasti suurempi, progressiivisuus lienee helpompi pitää kokonaisuudessa mukana.

Opinnäytetyö on ollut laajin projekti opiskelujen aikana, jonka olemme tehneet. Ajallisesti teimme opinnäytetyötämme kokonaisuudessaan noin vuoden, josta työn ideointia ja suunnittelua tehtiin lähes puoli vuotta ja toiset puoli vuotta varsinaista opinnäytetyön toteutusta ja raportin kirjoitusta. Suunniteltu aikataulu oli tiukka ja vaati joustamista kaikilta projektiorganisaation jäseniltä. Toimeksiantajan kanssa huomasimme, että kokonaisuutta laadittaessa kasvokkain tapaaminen silloin tällöin on tärkeää yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi, joka Word –dokumenttia kommentoitaessa oli välillä hukassa.

Pilottiryhmän vetäminen kehitti ryhmänohjaustaitojamme. Oli tärkeää luoda oppimiselle sopiva ympäristö, joka on hyväksyvä ja riittävän rauhallinen. Ryhmäkokonaisuuden ohjaustapaa pyrittiin muokkaamaan ymmärrettäväksi ja osallistujien tavoitteita tukevaksi. Kehitettäviä asioita olivat selkokielisyys sekä harjoitteiden sujuva, ulkoa opittu vetäminen. Ohjaustapaa tulee kyetä muokkaamaan yksilökohtaisestikin ja olikin tärkeää, että pilottiryhmässä oli potilaita tuntevaa henkilökuntaa avustamassa ohjaamisessa. Myös harjoitusten tekojärjestystä tuli muokata alkuperäisestä, sillä osaston fysioterapeutin mukaan ainakin alkuun oli hyvä sijoittaa harjoitus, joka auttoi potilasta

orientoitumaan harjoitteluhetkeen. Käytännössä harjoituskokonaisuus on kokoelma erilaisia harjoituksia, joissa vähintään harjoituskertakohtainen tekemisjärjestys jää ohjaajan päätettäväksi.

LÄHTEET

Apthorp D., Bolbecker AR., Bartolomeo LA., O'Donnell BF. & Hetrick WP. 2019. Postural Sway Abnormalities in Schizotypal Personality. *Schizphr Bull* 45(3), 512 – 521. Viitattu 4.1.2020. doi: 10.1093/schbul/sby141

Centria, Kirjasto- ja tietopalvelu 2019a. Opinnäytetyö- ja kirjoitusohjeet: Opinnäytetyön prosessikuvaus. Viitattu 6.1.2020. <https://libguides.centria.fi/oppariopas/prosessikuvaus>

Centria, Kirjasto- ja tietopalvelu 2019b. Opinnäytetyö- ja kirjoitusohjeet: Rakennemallit ja tietoperusta: 3.2 Tietoperustan kirjoittamisen lähtökohtia. Viitattu 6.1.2020. <https://libguides.centria.fi/oppariopas/rakennemallit>

Cullberg J. 2005. Psykoosit – kokoava näkökulma. *Therapeia-säätiö*. 36 – 242.

ETENE, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2009. Mielenterveysetiikka, sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Viitattu 6.1.2020. <https://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisuja+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d/ETENE-julkaisuja+25+Mielenterveysetiikka+-+Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf>

Goldin P.R. & Gross J.J. 2010. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91. Viitattu 6.11.2019. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0018441>

Gudsson P. 2016. Toinen tunnekarttakirja. Jyväskylä: Petri Pellinen.

Haapsalo M., Erämies S. 2020. Erilaiset oppimiskäsitykset. Opettajankoulutuslaitos. Viitattu 6.1.2020. <https://peda.net/jyu/okl/ko/ktkp010-biologia/eo>

Haravuori H., Muinonen E., Knaste O. & Marttunen M. 2016. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa – opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöön. *Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos*. 153 – 154.

- Huttunen M. 2017. Mitä ovat psykoottiset tilat? Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 9.12.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00025
- Huttunen M. 2018. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 9.12.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148
- Idänpään-Heikkilä U., Outinen M., Nordblad A., Päivärinta E., Mäkelä M. 2000. Laatuksiteerit – Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Helsinki: Stakesin monistamo. Viitattu 4.12.2019. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/muut/Aiheita20-2000.pdf>
- Isohanni M. & Heinimaa M. 2000. Voiko skitsofreniaan sairastumista ennustaa? Lääkärilehti 4 (55), 307 – 308.
- Javed A. & Charles A. 2018. The Importance of Social Cognition in Improving Functional Outcomes in Schizophrenia. *Fronts Psychiatry* 9 (157). doi: 10.3389/fpsyt.2018.00157
- Juntunen V. 2016. Vahvistu – Sosiaalisen kuntoutuksen ryhmätoiminnan käsikirja. 1. painos. Kaajaani. 26.
- Jyväskylän ammattikorkeakoulu(a). Tutkimuksellinen kehittämishanke opinnäytetyönä vs. projektityö. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistoiminta/projektityo-vs-ns-toiminnallinen-tutkimuksellinen-kehittamishanke-opinnaytetyo/>
- Jyväskylän ammattikorkeakoulu(b). Konstruktivismi ja oppiminen. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskasitykset/oppimiskasitykset/konstruktivistinen-oppiminen/>
- Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 537 – 540.
- Keinänen J. 2018. Metabolic changes, inflammation and mortality in psychotic disorders. Helsinki: Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. 6 – 7.
- Koukourikos K. & Pasmazi E. 2014. Groups therapy in psychotic inpatients. *Technological Educational Institute of Athens. Health Science Journal* 8 (3), 400 – 408.

Kortelainen I., Saari A. & Väänänen M. 2014. Mindfulness ja tieteet – Tietoisuustaidot ja kehotietoisuus monitieteisen tutkimuksen kohteena. Tampere University Press. 97 – 101.

Käypähoito. 2015. Skitsofrenia. Duodecim. Viitattu 27.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s11>

Martin, M., Seppä, M. & Nissinen R., 2017. Hengitysterapeutin työkirja. Mediapinta

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

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta Oy

Mielenterveystalo.fi 2020. Stigma eli häpeäleima. Viitattu 7.1.2020. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/Stigma.aspx>

Mielenterveystalo.fi 2020. Psykoosin tunnistaminen. Viitattu 7.1.2020. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/mielenterveys_puheeksi/Pages/psykoosi.aspx

Mitra S., Mahintamani T., Kavoor A. & Nizamie S. 2016. Negative symptoms in schizophrenia. Medknow Publications & Media Pvt. Ltd: Industrial Psychiatry Journal. 25 (2), 135 – 144.

Mäntymaa Mirjami, Tamminen Tuula. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. 115 (22), 2447 – 2453. Viitattu 27.5.2019.

Niemistö, R. 2004. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. 5. painos. Helsinki: Palmenia-kustannus. 53 – 61.

Nummenmaa L. 2016. Tunteiden neurobiologia. Suomen lääkärilehti. 10 (71), 725 – 731.

Oksanen J. 2013. Kognitiiviset kuntoutusohjelmat skitsofreniapotilaiden hoidossa. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 1.12.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nak07941>

Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. Osaston 84 esittelymateriaalit. Viitattu 21.4.2019.

Partti K., Vasankari T., Kanervisto M., Perälä J., Saarni S., Jousilahti P., Lönnqvist J. & Suvisaari J. 2015. Lung function and respiratory diseases in people with psychosis: Population based study. *Br. J Psychiatry*. 207 (1), 37 – 45. Viitattu 5.12.2019. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.141937

Pena J., Ibarretxe-Bilbao N., Sanchez P., Uriarte J.J., Elizagarate E., Gutierrez M., Ojeda N. 2018. Mechanism of functional improvement through cognitive rehabilitation in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 101, 21 – 27. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.03.002>

Physio-pedia. Physiotherapy management strategies in people with schizophrenia. Viitattu 30.11.2019. https://www.physio-pedia.com/Physiotherapy_management_strategies_in_people_with_schizophrenia
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri. Osasto 84. Viitattu 21.4.2019. <https://www.ppshp.fi/Toimipaikat/Psykiatria/Osasto-84/Pages/default.aspx>

Probst M. 2017. *Physiotherapy and Mental Health*. IntechOpen. Viitattu 30.11.2019. <https://www.intechopen.com/books/clinical-physical-therapy/physiotherapy-and-mental-health>

Probst, M. & Skjaerven L. H. 2018. *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry a scientific and clinical based approach*. Puola: Elsevier Ltd. 95 – 264.

PSYFY. Suomen Psykofyysisen fysioterapian yhdistys. Viitattu 3.4.2019. <https://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/esittely/>

Pölönen R. & Sitolahti T. 2003. *Ryhmä hoitaa – Teoriaa ja käytäntöä*. Helsinki: Yliopistopaino. 152 – 365.

Rabinowiz J., Levine S., Garibaldi G., Bugarski-Kirola G., Berardo C & Kapur S. 2012. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: Analysis of CATIA data. *Elsevier B.V: Schizophrenia Research* 137 (1), 147 – 150.

Raevuori. 2016. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/20/duo13356> Viitattu 5.4.2019

Rastad C., Martin C. & Åsenlöf P. 2014. Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia. *Physical Therapy* 94 (10), 1467 – 1479. Viitattu 30.11.2019. <https://doi.org/10.2522/ptj.20120443>

Richardson C., Faulkner G., McDevitt J., Skrinar G., Hutchinson D & Piette J. 2005. Integrating Physical Activity Into Mental Health Services for Persons With Serious Mental Illness. *American Psychiatric Publishing: Psychiatric Services* 56 (3), 324 – 331.

Rissanen P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto. 58 – 163.

Roxendal G. 1985. Body awareness therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy.

<https://pdfs.semanticscholar.org/d34d/8093da1b0237645df9208bc349e526213d66.pdf> Viitattu 17.4.2019. 10 – 12.

Röricht F. & Priebe S. 2006. Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Cambridge University Press: Psychological Medicine* 36 (5), 669 – 678.

Salokangas R., Heinimaa M., Svirskis T., Huttunen J., Laine T., Korkeila J., Ilonen T., Ristkari T., Vaskelainen L., Rekola J., Heinisuo A-M., Heikkilä J., Syvälahti E., Hirvonen J., Parkkola R., Hitala J., Klosterkötter J., Ruhrmann S., Garf von Reventlow H., Linszen D., Dingemans P., Birchwood M. & Patterson P. 2007. *Psykoosille altis potilas*. Helsinki: Kela. 18 – 19.

Salonen K. 2013. Näkökulma tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön – Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. 32.

Savolainen T. & Partia R. 2018. *Fysioterapianimikkeistö – nimikkeistö ja luokitukset*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Selkokeskus. 2017. *Selkokieli – Määritelmä*. Viitattu 9.12.2019. <https://selkokeskus.fi/selkokieli/maaritelma/>

Silfverberg, P. Ideasta projektiksi – Projektin vetäjän käsikirja. Helsinki: Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Viitattu 16.11.2019. http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf 6 – 51.

Smith L., Nathan P., Juniper U., Kingsep P. & Lim L. 2003. Cognitive Behavioral Therapy for Psychotic Symptoms: A Therapist's Manual. Centre for Clinical Intervention: Psychotherapy, Research and Training. 48 – 130. Viitattu 5.12.2019. <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Psychosis%20Manual.pdf>

Suomen fysioterapeutit. Mitä on fysioterapia? Viitattu 30.11.2019. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/fysioterapia-ammattina/mita-on-fysioterapia/>

Suomen fysioterapeutit. 2019a. Fysioterapia osana kuntoutusta. Viitattu 1.6.2019. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/fysioterapia-ja-fysioterapeutti/fysioterapia-osana-kuntoutusta.html>

Suomen fysioterapeutit. 2019b. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Viitattu 2.6.2019. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/fysioterapia-ja-fysioterapeutti/fysioterapia-tieteena.html>

Suomen fysioterapeutit. 2014. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet. Viitattu 5.1.2020. https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/01/Fysioterapeutin_Eettiset_Ohjeet_2014.pdf

Suomen Kuntaliitto, Suomen fysioterapeutit ry & FYSI ry 2007. Fysioterapianimikkeistö. Viitattu 6.1.2020. <https://docplayer.fi/6932395-Fysioterapianimikkeisto-2007.html>

Stubbs, Vancampfort, Hallgren, Firth, Veronese, Solmi, Brand, Cordes, Malchow, Gerber, Schmitt, Correll, De Hert, Gaughran, Schneider, Kinnafick, Falkai, Möller, Kahl. 2018. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). Viitattu 5.12.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30257806>

Teng Y., Cheng C., Lou S., Wang W., Wu J., Ma H & Chen V.C. 2016. Postural Stability of Patients with Schizophrenia during Challenging Sensory Conditions: Implication of Sensory Integration for Postural Control. Viitattu 4.1.2020. doi: 10.1371/journal.pone.0158219

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018. Psykoosit. Viitattu 20.4.2019 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Toimintakyky. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky> Viitattu 2.6.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. ICF-luokituksen rakenne. Viitattu 11.6.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019c. ICF-ydinlistat ja tarkistuslista. Viitattu 5.6.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-ydinlistat-ja-tarkistuslista>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Mielenterveys. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot> Viitattu 20.4.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019e. Viitattu 3. ja 4.1.2020. ICF-luokituksen rakenne. <https://thl.fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>

Turner D., McGlanaghy E., Cuijpers P., vander Gaag M., Karyotaki E. & MacBeth A. 2018. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 44 (3), 475 – 491.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. 6 – 7.

Tuulio-Henriksson A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. *Lääketeiteellinen aikakausikirja Duodecim*. 130 (3), 233 – 40. Viitattu 5.12.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/3/duo11478>

Vancampfort, Probst, Skjaerven, Catalán-Matamoros, Lundvik-Gyllensten, Gómez-Conesa, Ijntema, De Hert. 2012. Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia.

Vilka H., Airaksinen T., 2004. Toiminnallisen opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuorilehto M., Larri T., Kurki M., Hätönen H & Ranta I. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Jyväskylän yliopisto. 55.

Väyrynen P. & Saarikoski R. 2016. Liikeshallinnan harjoittaminen. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 9.12.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tju00210

Zimmer R. 2011. Psykomotoriikan käsikirja – Teoriaa ja käytäntöä lasten psykomotoriseen tukemiseen. VK-Kustannus Oy. 20 – 21.