

Suvi Huhtanen ja Minna Ojala

”Olen tietoisempi kehostani”

Psykofyysisten fysioterapiaharjoitteiden vaikutukset
mielenterveyskuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin
voimavaroihin

Opinnäytetyö

Syksy 2011

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Fysioterapian koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Fysioterapian koulutusohjelma

Suvi Huhtanen ja Minna Ojala

Työn nimi: ”Olen tietoisempi kehostani”: Psykofyysisten fysioterapiaharjoitteiden vaikutukset mielenterveyskuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin

Ohjaajat: Koulutusohjelmapäällikkö Riitta Kiili, lehtori Liisa Lähdesmäki

Vuosi: 2011 Sivumäärä: 69 Liitteiden lukumäärä: 3

Mielenterveyden ongelmat ovat kansanterveydellinen uhka Suomessa sekä maailmalla. Valtio on panostanut mielenterveystyöhön jo vuosia erilaisin hankkein, minkä seurauksena mielenterveysongelmien määrä on pysynyt samana jo useita vuosia. Kuitenkin itsemurhien määrä on edelleen Suomessa Euroopan korkeimpia. Mielenterveysongelmat tuovat huomattavia kustannuksia valtiolle. Lähes puolella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä syynä ovat mielenterveydelliset syyt.

Mielenterveyskuntoutus tapahtuu moniammatillisesti yhteistyössä sosiaali- ja terveydenalan ammattilaisten kanssa. Fysioterapia on yksi mielenterveyskuntoutuksen osa, josta erityisesti psykofyysinen fysioterapia on keskittynyt kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen. Psykofyysistä fysioterapiaa käytetään muun muassa mielenterveysongelmista kärsivien kuntoutuksessa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa fysioterapeuteille sekä muille alan ammattilaisille psykofyysisten harjoitteiden vaikutuksista mielenterveyskuntoutujien voimavaroihin. Tavoitteenamme on selvittää The Comprehensive Body Examination (CBE)- testistön avulla mielenterveysongelmista kärsivien kuntoutujien psyykkisiä ja fyysisiä voimavaroja, tulosten pohjalta suunnitella ja ohjata ryhmäläisille sopivia psykofyysisiä harjoitteita sekä selvittää minkälaisia vaikutuksia ohjatuilla harjoitteilla on ryhmäläisten psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin.

Opinnäytetyössämme tutkimme CBE- testistön avulla psykofyysisten harjoitteiden vaikutusta mielenterveyskuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin. Käytämme myös Ojaseen sovellettua kyselylomaketta sekä tekemäämme palautekyselyä selvittämään kuntoutujien kokemuksia harjoitteiden vaikutuksista psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Tutkimustulosten mukaan harjoitteilla oli myönteistä vaikutusta ryhmäläisten psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin. Subjektiiivisten tuntemusten perusteella harjoitteet edistivät psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia osittain.

Avainsanat: mielenterveys, mielenterveysongelmat, psykofyysinen fysioterapia, psyykkiset ja fyysiset voimavarat

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of health care and Social work

Degree programme: in Physiotherapy

Authors: Suvi Huhtanen and Minna Ojala

Title of thesis: "I am better aware of my body": Effects of psychophysical exercises on physical and mental resources of people recovering from a mental disorder

Supervisor(s): Riitta Kiili, Head on degree Programme in Physiotherapy and Liisa Lähdesmäki lecturer

Year: 2011

Number of pages: 69

Number of appendices: 3

Mental health disorders are a threat to public health in Finland and worldwide. The state has invested in mental health work by various projects for several years. Consequently the number of people with mental health disorders has remained stable for several years. However, the suicide rate in Finland is still among the highest in Europe.

Mental health disorders bring significant costs to the state. Nearly half of retired due to disability are mental health reasons. Mental health rehabilitation is a multi-professional co-operation with social and healthcare professionals. Physiotherapy is one part of the mental health rehabilitation, which specifically psychophysical physiotherapy has focused on the comprehensive rehabilitation. Psychophysical physiotherapy is used, inter alia, in mental health rehabilitation.

Purpose of this thesis is to provide information to physiotherapists and other professionals about effects of psychophysical exercises to people recovering from a mental disorder. The aim of this thesis is to examine with The Comprehensive Body Examination (CBE) physical and mental resource of people recovering from a mental disorder. Based on results is planned and directed appropriate psychophysical exercises to the group. Effects of exercises to mental and physical resources of the group is examined.

In the thesis we examine with the CBE how psychophysical exercises effects on physical and mental resource of people recovering from a mental disorder. We also use Ojanen's applied questionnaire and our own feedback questionnaire to find out how the exercises effect. According to the results the exercises has positive effect to mental and physical resources of the group. Based on subjective feelings the exercises advanced partly mental and physical health.

Keywords: Mental health, mental health disorders, psychophysical physiotherapy, mental and physical resources

Sisältö

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
Sisältö	5
JOHDANTO	7
1 MIELENTERVEYS.....	9
1.1 Mielenterveysongelmat kansanterveydellinen uhka maailmanlaajuisesti ..	10
1.2 Mielenterveysongelmien määrä hiljalleen vähenemässä Suomessa	10
1.3 Mielenterveysongelmien syinä yksilön sisäiset tai ulkoiset tekijät	12
2 MIELENTERVEYDEN ONGELMIA JA HÄIRIÖITA	13
2.1 Ahdistuneisuus.....	13
2.2 OCD eli pakko-oireinen ahdistuneisuushäiriö	13
2.3 Masennus eli depressio	14
2.4 Skitsoaffektiivinen häiriö.....	14
2.5 Skitsotyyppinen häiriö	15
2.6 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	15
2.7 Syömishäiriö.....	16
3 YKSILÖN PSYYKKISET JA FYYSISET VOIMAVARAT SEKÄ KUNTOUTUS.....	17
4 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA.....	19
4.1 Tunteiden ilmeneminen fyysisessä olemuksessa.....	20
4.2 Kehon asento osana psykofyysistä fysioterapiaa.....	22
4.3 Nivelten liikkuvuus osana psykofyysistä fysioterapiaa	23
4.4 Lihaskoostumus osana psykofyysistä fysioterapiaa	23
4.5 Hengitys osana psykofyysistä fysioterapiaa.....	25
4.6 Rentoutuminen.....	27
4.7 Kehontuntemus.....	31
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	33
5.1 Tutkimusongelmat.....	33
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	34
6.1 Kohderyhmä.....	34

6.2 Ryhmätoiminta	34
Harjoittelukerrat.....	36
6.3 Tutkimusote	37
6.4 Tutkimusmenetelmät.....	38
6.4.1 The Comprehensive Body Examination- Kehon kokonaisvaltainen tutkimusmenetelmä.....	38
6.4.2 Ojaseen liikunta-, harrastukset - ja hyvinvointi- kysely.....	41
6.4.3 Palautekysely.....	42
6.5 Aineiston analyysi	42
7 TULOKSET	44
The Comprehensive Body Examination (CBE)	44
7.1 Hyvinvointikysely.....	52
7.2 PALAUTEKYSELY.....	57
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	58
9 POHDINTA	59
LÄHTEET	66
LIITTEET	70

JOHDANTO

Mielenterveysongelmat ovat yleinen ongelma koko maailmassa. Maailmanlaajuisesti mielenterveysongelmat kattoivat vuonna 1990 kaikista sairauksista jopa 11 prosenttia. Luvun on ennustettu nousevan lähitulevaisuudessa. (Promoting mental health. [Viitattu 9.9.2011].) Suomalaisista noin neljäsosa kärsii jossain vaiheessa elämänkaartansa psyykkisistä oireista. Heistä 15–20 prosentilla on todettu diagnosoitava mielenterveyden häiriö. Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat esimerkiksi masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt sekä alkoholin ongelmakäyttö. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16.) Masennuslääkkeiden käyttö, työkyvyttömyyseläkkeet ja sairauslomien käyttö mielenterveysongelmien yhteydessä ovat lisääntyneet Suomessa viimeisen 10 vuoden aikana huomattavasti. (Joukamaa, Heikkinen & Lönnqvist 2007, 672.) Mielenterveysongelmat ovat yksi suurimpia työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen syitä. (Eskola 2007, 40).

Psykiatrisen hoidon ja mielenterveyspalvelujen käyttö on Suomessa vähäistä ja tavoittaa vain osan hoitoa tarvitsevista. Arviolta yli puolet jää vaille mitään hoitoa. (Joukamaa, Heikkinen & Lönnqvist 2007, 672.) Mielenterveyskuntoutujista yli puolet on sitä mieltä, että psykiatrisen hoito painottuu liikaa lääkkeisiin. Terapian ja kuntoutuksen saaminen koetaan usein hankalaksi. (Vuorela 2009.) Suomessa on viime vuosina ymmärretty mielenterveysongelmien uhka kansanterveyden kannalta ja kehitystä parempaan suuntaan on tapahtunut muun muassa erilaisin hankkein ja terveysohjelmin. (Pirkola & Lönnqvist 2002.)

Mielenterveyskuntoutukseen kuuluu erilaiset terapiat kuten fysioterapia (Jaakkola 2007, 28). Psykofyysinen fysioterapia on yksi fysioterapian osa-alue, jonka lähtökohdaksi on yksilön mielen, kehon sekä ympäristön erottamaton vuorovaikutus ja yhteys toisiinsa (Rautamies 2005, 55). Sen mukaan yksilön tunteilla on tärkeä vaikutus kehon fysiologisissa reaktioissa. Keho voi reagoida tunteisiin fysiologisin muutoksilla, toisaalta keholliset kokemukset voivat kertoa tunteista. Psykofyysisistä fysioterapioista voidaan käyttää kaikilla kuntoutuksen alueilla, erityisesti osana mielenterveyskuntoutusta. (Wickström 2004, 25.)

Psykofyysisen fysioterapian päätavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Siinä tavoitellaan kivun lievittymistä, rentoutumista, stressin hallintaa, kehonkuvan eheytymistä, sekä ruumiinhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntymistä. Psykofyysisessä fysioterapiassa tutkimuksen ja havainnoinnin kohteena ovat hengitys, asento, liikkuvuus, kipu, rentoutumiskyky sekä ruumiinkuva. Käytettäviä menetelmiä ovat esimerkiksi hengitysharjoittelu, manuaalinen käsittely, rentoutustekniikat sekä kehonhahmotusharjoitteet. (Psykofyysinen fysioterapia [Viitattu 13.9.2011].)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa alan ammattilaisille psykofyysisten harjoitteiden vaikutuksista mielenterveyskuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin. Työmme tavoitteena on selvittää CBE- testistön avulla mielenterveyskuntoutujien psyykkisiä ja fyysisiä voimavaroja. Tavoitteena on myös selvittää harjoitteiden vaikutuksia ryhmäläisten psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin.

1 MIELENTERVEYS

Mielenterveydellä tarkoitetaan yksilön jatkuvaa elämää ohjaavaa voimavaraa. Sen avulla ihminen kokee elämänsä mielekkääksi, säännölliseksi, tuntee itsensä tärkeäksi ja tarpeelliseksi sekä pystyy luovaan ja joustavaan ajatteluun. Sen tehtävänä on edistää yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä vaikutusta sosiaalisissa verkostoissa, yhteisöissä ja yhteiskunnassa. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 13–28.) Mielenterveydeltään vakaa ihminen pystyy ihmissuhteisiin ja vuorovaikutukseen, välittämään ja rakastamaan sekä ilmaisemaan ja hallitsemaan tunteitaan. Hän suoriutuu työnteosta ja pystyy huolehtimaan itsestään. Vaikeuksien ja ahdistuksen kohtaamiseksi sekä niistä selviämiseksi henkilöllä on puolustusmekanismeja ja selviytymiskeinoja. Mielenterveysongelmista kärsivällä henkilöllä on vaikeuksia yleensä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja tunne-elämässään. Hänellä ei ole sopivia puolustusmekanismeja vaikeiden tilanteiden varalta tai ne ovat pettäneet jo aikaisemmin. Tärkeä mielenterveyden tunnusmerkki on todellisuudentaju. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilö osaa erottaa oman ajatusmaailman ja ulkoisen todellisuuden tapahtumat vaikeissakin elämäntilanteissa. Todellisuudentajun heikkenemistä pidetään usein merkinä mielenterveyden ongelmista. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 26–30.)

Yksilön mielenterveyden syntyyn ja kehitykseen vaikuttaa kolme tekijää; yksilön sisäinen kehitys, sosiaalinen ympäristö sekä perimä. Nämä kaikki kolme ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Perimä eli geenit aktivoituvat ja ilmentävät itseään aina sosiaalisen ympäristön vaikutusten johdosta, jonka takia ympäristön tekijät määräävät pitkälti geenien vaikutuksen esimerkiksi mielenterveyden synnyssä. Yksilön sisäisen kehityksen tulosta ovat hyvä oppimiskyky, ongelmanratkaisutaito, ristiriitojen käsittelytaito sekä vuorovaikutus- ja ihmissuhdetaidot. Nämä suojaavat ja ovat rakentamassa hyvän mielenterveyden perustaa. Yksilön mielenterveyttä ylläpitäviä ulkoisia tekijöitä ovat ruoka, asunto, sosiaalinen tuki sekä turvalliset ihmissuhteet ja ympäristö. Myönteisillä varhaisilla ihmissuhteilla on tärkeä merkitys turvallisuuden tunteen sekä mielenterveyden synnyssä ja kehityksessä. Itsensä hyväksyminen sekä muiden antama hyväksyntä lujittavat itsetuntoa. Hyvät työ- ja koulutusmahdollisuudet sekä yhteiskunnan toimivuus kuuluvat myös ulkoisiin

suojaaviin tekijöihin ja rakentavat mielenterveyden vankkaa pohjaa. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 26–30.)

1.1 Mielenterveysongelmat kansanterveydellinen uhka maailmanlaajuisesti

Mielenterveyden häiriöt ovat yksi suurimmista kansanterveyttä uhkaavista riskitekijöistä niin maailmanlaajuisesti kuin kansallisestikin tällä hetkellä. WHO:n arvion mukaan vuoteen 2020 mennessä teollistuneissa valtioissa depressio on toiseksi suurin kansanterveysongelma heti sydän- ja verisuonisairauksien jälkeen. (Eskola 2007, 39.) EU:n aikuisväestöstä ja nuoruusikäisistä jopa 20 prosenttia kärsii jossain vaiheessa elämänkaartansa mielenterveyden ongelmista. Mielenterveysongelmat ja kuolleisuusluvut ovat välittömässä yhteydessä toisiinsa. EU:n alueella tehdään arviolta yli 40 000 itsemurhaa vuodessa. Itsemurhaluvut ylittävät selvästi esimerkiksi onnettomuuksista aiheutuvien kuolleiden määrän. Mielenterveysongelmien määrä näkyy myös Suomen valtion kuluissa. Niiden kokonaiskustannuksen on laskettu olevan jopa 3-4 prosenttia bruttokansantuotteesta. Työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen yleisin syy on nykyään mielenterveyden ongelmat. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 28.)

1.2 Mielenterveysongelmien määrä hiljalleen vähenemässä Suomessa

Tänä päivänä Suomessa on ymmärretty mielenterveydellisten ongelmien suuri uhka kansanterveyden kannalta. Yhteiskunta ja valtio ovat alkaneet huolehtia kansan terveydestä erilaisin hankkein ja terveysohjelmin. Tällä hetkellä useat asiat mielenterveyden osalta ovat maassamme kehittymässä parempaan suuntaan tai ovat samalla tasolla edellisiin väestötutkimuksiin verraten. (Pirkola & Lönnqvist 2002.) Esimerkiksi itsemurhakuolleisuus on laskenut tasaisesti 1990-luvulta lähtien. Vuonna 1991 itsemurhan tehneitä oli 1493, joista miehiä oli 1190, kun taas vuonna 2009 itsemurhan tehneitä oli 1034, joista miehiä oli 761. (Itsemurhan tehneet iän ja sukupuolen mukaan 2009).

Itsemurhien määrä Suomessa on laskenut, mutta maamme on edelleen Euroopan itsemurhatilastoissa kärkimaiden joukossa. Suomessa tehdyn Terveys-2000 - tutkimuksen mukaan tärkeimpänä syynä itsemurhatilastojen myönteiselle kehitykselle pidetään depression havaitsemista sekä hyvää ja uudistunutta hoitoketjua. Tutkimuksen mukaan viimeisen vuoden aikana vakavasta depressiosta kärsi viisi prosenttia vastanneista. Masennus oli naisilla selvästi yleisempää kuin miehillä. Vakavasta työuupumuksesta kärsi 2-6 prosenttia kansalaisista ja lievää työuupumista ilmeni joka neljännellä henkilöllä. Vuonna 1997 vastaavasti vakavasta työuupumuksesta kärsi seitsemän prosenttia, lievää työuupumusta todettiin 48 prosentilla. Terveys-2000 -tutkimuksesta saadut luvut ovat siis laskeneet vuoden 1997 lukuihin verrattuna huomattavasti. (Pirkola & Lönnqvist 2002.) Aikaisemman suomalaisia koskevan Mini-Suomi -tutkimuksen mukaan joka neljäs suomalainen kärsi jostakin mielenterveyden häiriöstä. Psykiatrisen hoidon käyttö mielenterveydellisistä ongelmista kärsivien keskuudessa oli tutkimuksen mukaan vähäistä. Vain viidesosa oli riittävässä psykiatrisessa hoidossa ja yli puolet on kokonaan ilman hoitoa. Terveys-2000-tutkimuksessa määrät osoittautuivat samoiksi eikä niissä ole tapahtunut muutosta verrattuna aiempiin tutkimuksiin. (Joukamaa, Heikkinen & Lönnqvist 2007, 672–673.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan vuonna 2009 Suomessa psykiatrista laitoshoidon tarvisi yhteensä noin 30 600 potilasta. Edelliseen vuoteen verrattuna laskua tapahtui noin neljä prosenttia. Määrällisesti sairaanhoitopiirien välillä oli eroja. Vähiten potilaita suhteutettuna alueen väkilukuun oli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella, eniten potilaita oli Etelä-Karjalassa. Sukupuolijakauma vaihteli ikäryhmittäin. Kaikista ikäryhmistä miesten osuus oli 51 prosenttia, naisten osuus oli taas suurempi 15–24-vuotiaiden sekä ikääntyneiden kohdalla. Hoitopäiviä oli yhteensä 1560 000 eli edelliseen vuoteen verrattuna laskua tapahtui kahdeksan prosenttia. (Forsström & Pelanteri 2011.)

Vaikka mielenterveysongelmien uhka yhtenä suurimpana kansantautina on tiedostettu, kokevat suomalaiset niistä julkisesti puhumisen vaikeaksi esimerkiksi työpaikalla. Vuonna 2009 Mielenterveyden Keskusliiton sekä HELMI Ry:n tekemän kyselyn mukaan työelämässä ei ollut sopivaa puhua mielenterveydestä tai sen

mahdollisista häiriöistä. Sairastavat henkilöt olivat kokeneet syrjintää sekä sopimatonta käytöstä muilta työtovereilta sekä työnantajalta. Kyselyyn vastanneista mielenterveyshäiriöistä kärsivistä 70 prosenttia oli sitä mieltä, että psykiatrinen hoito painottuu liikaa lääkkeisiin. Kuntoutuksen ja terapian saaminen oli usein koettu hankalaksi. Kyselyn mukaan sairastuneen ja työnantajan välistä suhdetta tulisi parantaa esimerkiksi niin, että työyhteisö ja työnantaja olisivat yhteydessä sairauslomalla olevaan työtoveriin, jotta välttyttäisiin työyhteisön ulkopuolelle jäämisen ja syrjäytymisen tunteelta. Työhön paluuta voitaisiin helpottaa esimerkiksi työaikajoustoilla, toimenkuvan kevennyksillä sekä avoimilla keskusteluilla työnantajan, työntekijän ja terveydenhuollon välillä. Lähes puolet vastaajista olisi toivonut järjestelyjä työtehtävissä kuitenkin niitä saamatta. Kyselyyn vastasi yli 400 mielenhäiriöistä kärsivää, yli 200 työterveyslääkärinä sekä lähes 200 yrityksen esimiestä. (Vuorela 2009.)

1.3 Mielenterveysongelmien syinä yksilön sisäiset tai ulkoiset tekijät

Mielenterveyttä voivat heikentää yksilön sisäiset tekijät, ulkoiset tekijät tai niiden yhteisvaikutus. Mielenterveyttä heikentäviä sisäisiä tekijöitä voivat olla esimerkiksi synnynnäinen sairaus tai vamma sekä avuttomuuden tunne. Myös huono itsetunto, haavoittuvuus, eristäytyneisyys sekä vieraantuminen voivat heikentää mielenterveyttä ja aiheuttaa syrjäytymistä. Huonot ihmissuhteet sekä roolimallit, huono sosiaalinen asema tai seksuaaliset ongelmat voivat olla syinä tai osasyinä mielenterveyden järkkymiseen. Yksilön ulkoisia mielenterveyshäiriöiden syitä voivat olla esimerkiksi nälkä ja puute sekä suojattomuus ja kodittomuus. Erot ja menetykset, hyväksikäyttö ja väkivalta sekä perheessä ilmenevät psyykkiset häiriöt voivat vaarantaa hyvän mielenterveyden kehityksen. Myös päihteet, kulttuuriset ristiriidat, leimaaminen, kiusaaminen, työttömyys, köyhyys tai muu haitallinen ympäristö ovat riskitekijöitä mielenterveyden kannalta. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 26–30.) Yhteiskunnalliselta kannalta ajateltuna mielenterveyden ongelmat kasvattavat valtion ja kuntien menoja aiheuttaen työkyvyttömyyttä, köyhyyttä, kuolleisuutta, häpeää, syrjäytymistä ja syrjintää sekä yleisesti huonoa elämänlaatua. Niihin liittyy myös usein asunnottomuutta, rikollisuutta, alkoholismia sekä huumeiden käyttöä. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 13–28.)

2 MIELENTERVEYDEN ONGELMIA JA HÄIRIÖITÄ

Mielenterveyden järkkyyessä on kysymys psyyken oireista, häiriöstä tai ongelmasta. Tilaa kutsutaan häiriöksi, kun oireet ovat pitkäkestoisia, yksilön hallitsemattomissa, toimintakykyä haittaavia ja suhteettomia mahdollisiin ulkoisiin syihin nähden. Mielenterveyden häiriöt diagnosoidaan oireiden mukaan. Oireita ja ongelmia voi kuitenkin esiintyä, vaikka varsinaisen mielenterveyden häiriön kriteerit eivät täyty. Nämä tilat aiheutuvat usein kovasta psyykkisestä paineesta ja ovat yksilölle merkittävä taakka. Toisinaan nämä ongelmat jäävät kuitenkin tunnistamatta ja vaille hoitoa. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 32.)

2.1 Ahdistuneisuus

Lähes jokainen ihminen on elämän vaikeissa tilanteissa kokenut ahdistavaa tunnetta. Ahdistuneisuushäiriöstä voidaan puhua, jos ahdistuneisuus jatkuu pidempään ja haittaa selvästi suoriutumista jokapäiväisestä elämästä aiheuttaen toimintakyvyn heikentymistä ja sairastavuutta. Ahdistuneisuushäiriöt ovat tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä masennuksen ohella. Jossain elämänkaarensa vaiheessa noin 25 prosenttia suomalaisista kärsii eriasteisista ahdistuneisuushäiriöistä. Ne ovat usein pitkäkestoisia jopa eliniän kestäviä ja usein niiden kanssa esiintyy samanaikaisesti muita mielenterveysongelmia. Hoitona käytetään usein lääkehoitoa sekä psykoterapian eri muotoja. (Lepola, Koponen & Leinonen 2008, 77–79.)

2.2 OCD eli pakko-oireinen ahdistuneisuushäiriö

OCD on ahdistuneisuushäiriö, jonka oireena ovat pakkoajatukset ja -toiminnot. Epämiellyttävät, ahdistavat ja vieraalta tuntuvat pakkoajatukset tunkeutuvat mieleen joka hetki eikä henkilö saa poistettua niitä mielestään. Toistuvilla pakkotoiminnoilla henkilö yrittää vähentää ja lievittää pakkoajatuksiinsa liittyvää ahdistusta. Yleisimpiä pakkoajatuksia ovat likaantuminen tai tartunnan saamisen pelko, pakonomainen epäily ja aggressiiviset pakkoajatukset. Tavallisimpia

pakkotoimintoja ovat puolestaan tarkistaminen, peseminen, laskeminen ja kyseleminen. (Koponen 2007, 261.)

2.3 Masennus eli depressio

Masentuneen tunnetilan kokee meistä lähes jokainen elämänkaarensa aikana. Hetkellinen masennuksen tunne on mielen normaali reagoititapa erilaisen pettymyksen tai menetyksen kohdatessa. Se motivoi ratkaisemaan ongelmia ja irrottautumaan pettymyksen aiheuttajasta tai menetetyistä kohteesta. Masentuneesta mielialasta puhutaan, kun tunnetila on muuttunut pysyvämmäksi, viikkoja tai kuukausia kestäväksi jaksoksi. Kun masentuneen mielialan lisäksi henkilöllä on muitakin depressioniin liittyviä oireita, kuten mielihyvän menetys, uupumus, itsearvostuksen menetys, itsetuhoiset ajatukset ja käytös tai unihäiriöt, puhutaan masennusoireyhtymästä eli masennustilasta. Masennustila luokitellaan mielialahäiriöksi. Masennuksen yhteydessä voi esiintyä myös muita mieliala- ja mielenterveyshäiriöitä. (Isometsä 2007, 157–159.) Suomessa tehdyn terveys 2000 -kyselyn mukaan suomalaisista viisi prosenttia oli kärsinyt vakavasta masennustilasta viimeisen vuoden aikana (Pirkola & Lönnqvist 2002).

2.4 Skitsoaffektiivinen häiriö

Skitsoaffektiivinen häiriöön kuuluu sekä skitsofrenian että kaksisuuntaisen mielialahäiriön piirteitä. Tautiluokituksessa se erotetaan erilliseksi omaksi häiriöryhmäkseen. Skitsoaffektiivisessä häiriössä ilmenee vakava mielialahäiriön jakso, jossa korostuu mania tai depressio tai molemmat yhtä aikaa. Siinä erottuu myös selvästi skitsofrenialle tyypillinen oirejakso harhaluuloineen ja aistiharhoineen. Skitsoaffektiivinen häiriö on harvinaisempi kuin skitsofrenia. Häiriön määrästä väestössä ei ole vielä tarkkaa tietoa. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 145–146.)

2.5 Skitsotyyppinen häiriö

Skitsotyyppiselle häiriölle on ominaista useat skitsofrenian piirteet, mutta siinä ei esiinny aistiharhoja, harhaluuloja tai voimakkaita käyttäytymisen häiriöitä. Ominaisia piirteitä ovat esimerkiksi poikkeava käytös sekä ajattelun ja tunteiden poikkeavuudet, jotka muistuttavat usein skitsofreenikolla tavattuja käyttäytymismalleja. Oireina voi olla myös tunteiden kylmyyttä ja asiattomuutta, kyvyttömyyttä nauttia, outoa tai erikoista käytöstä, sosiaalista vetäytymistä sekä vainoharhaisia tai kummallisia ajatuksia, joita ei kuitenkaan lueta harhaluuloiksi. Oireina voi olla myös pakkomielteitä, ajatus- ja tai havaintohäiriöitä sekä satunnaisia ohimeneviä psykoottisia jaksoja. Häiriölle ei ole selvää alkua. Sen kulku ja kehitys muistuttavat persoonallisuushäiriön kulkua. (Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10 tautiluokituksen mukaan 2008.)

2.6 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluu maanisten ja depressiivisten tai sekamuotoisten jaksoiden vaihtelu. Maanisessa jaksossa yksilön psyykkiset toiminnot muuttuvat merkittävästi normaalista. Tällöin yksilössä näkyy nopeasti vaihtuvaa päämääriin kohdistuvaa suuruusmielikuvien värittämää aktiivisuutta sekä merkittävästi kohonnutta energisyyttä. Maniassa unen tarve on vähentynyt sekä vireystila kohonnut merkittävästi normaalista. Tämä näkyy vuolaana puheliaisuutena sekä korostuneena toimeliaisuutena. Mieliala voi olla hyvin iloinen tai voimakkaan ärtyisä. Psykoottisessa maniassa yksilöllä ilmenee myös harhaluuloja tai aistiharhoja. Sekamuotoisessa jaksossa masennusoireet sekä manian oireet vaihtelevat nopeasti ja voivat ilmetä yhtä aikaa. Tila on yksilölle hyvin tuskallinen, jopa kaaottinen kokemus voimakkaiden mielialanvaihteluiden vuoksi. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso on tavallisen masennustilan kaltainen. Se esiintyy kuitenkin hieman lyhyempinä ajanjaksoina kuin tavallinen masennus. Usein psykoottisia oireita, psykomotorista hidastumista sekä epätyypillisiä masennusoireita ilmenee kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson kohdalla enemmän kuin tavallisen masennusjakson kohdalla. (Isometsä 2007, 196–201.)

2.7 Syömishäiriö

Syömishäiriö tarkoittaa poikkeavaa syömiskäyttäytymistä. Siihen liittyy aina psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn häiriintyminen. Tunnetuimpia syömishäiriöitä ovat anorexia nervosa eli laihuushäiriö sekä bulimia nervosa ahmimishäiriö. Kolmas diagnoosi on epätyypillinen syömishäiriö. Laihuushäiriössä henkilö on tarkoituksellisesti aiheuttanut nälkiintymistilan, jota pitää yllä syömättömyydellä. Takana on usein pelko lihomisesta ja ruumiinkuvan vääristyminen, jonka seurauksena henkilö alkaa sairaalloisesti laihduttaa ja tarkkailla ruokavaliotaan, joka usein johtaa totaaliseen syömättömyyteen. (Suokas & Rissanen 2007, 355–356.) On olemassa myös epätyypillinen laihuushäiriö, johon voi kuulua esimerkiksi oksentamista, nesteenoistolääkkeiden käyttöä, viiltelyä ja muuta itsetuhoista käyttäytymistä (Anoreksian ja epätyypillisen laihuushäiriön oireet [Viitattu 7.8.2011]).

Ahmimishäiriössä esiintyy muilta salattuja toistuvia ahmimiskohtauksia, joiden aikana henkilö menettää kokonaan syömisen hallinnan. Ahmimishäiriöön liittyy myös usein pelko lihomisesta, jonka takia henkilö pyrkii estämään pelkäämäänsä painonnousun esimerkiksi oksentamalla, paaston tai sairaalloisen liikunnan avulla. Kuten laihuushäiriössä, ahmimishäiriöstä kärsivällä sairauden taustalla on liiallinen huoli omasta kehonkuvasta ja painosta. Myös ahmimishäiriöön voi liittyä itsetuhoista käyttäytymistä. (Anoreksian ja epätyypillisen laihuushäiriön oireet [Viitattu 7.8.2011].)

3 YKSILÖN PSYYKKISET JA FYYSISET VOIMAVARAT SEKÄ KUNTOUTUS

Voimavara-käsitteellä tarkoitetaan ihmisen kykyä tunnistaa ongelmiaan ja löytää keinoja käsitellä ja ratkoa niitä. Voimavara voi olla myös väline, jonka avulla yksilö voi hallita ja viedä elämäänsä eteenpäin. Voimavaroja tarkastellaan usein psyykkisestä, fyysisestä sekä sosiaalisesta näkökulmasta. Niihin vaikuttavat sekä yksilön ulkoiset että sisäiset tekijät, joita on tarkasteltu jo aiemmin kappaleessa kaksi. (Lilja 2005, 134–135.) Opinnäytetyössämme keskitymme tarkastelemaan yksilön voimavaroja psyykkisestä ja fyysisestä näkökulmasta.

Psyykkisiin voimavaroihin vaikuttavat kokemus omasta terveydestä ja elämän tärkeydestä. Eheä persoonallisuus, identiteetin löytäminen sekä positiivinen minäkuva vahvistavat itsetuntoa sekä rohkaisevat ja auttavat löytämään selviytymiskeinoja ja voimavaroja. Psyykinen voimavaratekijä on kokemus esimerkiksi omasta pätevyydestä ja kykenevyydestä, jolla on suora vaikutus itsearvostukseen. (Lilja 2005, 134–135.)

Fyysisten voimavarojen perustana on kokemus omasta kehosta sekä oman ainutkertaisen kehon ja persoonallisuuden hyväksyminen. Ikä sekä kokemus omasta terveydentilasta vaikuttavat myös fyysisiin voimavaroihin. Fyysisten voimavarojen tunnistaminen, liikunnan ilon löytäminen sekä kehollisen itseilmaisun kehittäminen voimaannuttavat yksilöä. Läheisyyden ja yhteenkuulumisen tunne, rentoutumisen taito sekä tunteiden ja kehon reaktioiden jatkuvan vuorovaikutuksen tunnistaminen edistävät myös hyvinvointia ja voimaantumista. Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavaratekijät toimivat vuorovaikutuksessa keskenään. Kehonkuva -harjoitteilla voidaan parantaa yksilön kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Lilja 2005, 134–135.)

Voimavarasuuntautuneen mielenterveyskuntoutuksen ja terapian tavoitteena on kuntoutujan voimavarojen ja mahdollisuuksien etsiminen ja käyttöön saaminen. Voimavarasuuntautuneessa asiakastyössä keskitytään jo olemassa oleviin toimiviin asioihin sekä motivaatioon ja sen tukemiseen, ei niinkään syiden

ymmärtämiseen tai analysoimiseen. Terapeutin tehtävänä on etsiä kuntoutujan kanssa yhdessä yksilöllisiä voimavaroja sekä rohkaista yksilöä ottamaan niitä käyttöön. Useimmiten nämä voimavarat löytyvät tavallisten ja pienten arkiaskareiden parista. Vain kuntoutuja itse on niiden suhteen asiantuntija. Voimavarasuuntautuneessa kuntoutuksessa kuntoutujan oma tavoitteen asettelu ja mielenkiinnon kohteet ovat avainasemassa. Kuntoutuksessa keskitytään jo olemassa oleviin myönteisiin asioihin sekä tapahtuvaan myönteiseen kehitykseen. (Riikonen & Vataja 2007, 806–807.)

4 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala. Sen juuret ulottuvat norjalaisen ja ruotsalaisen fysioterapian perinteeseen. Suomessa psykofyysisen fysioterapian kehitys alkoi 1980-luvulla koulutusmahdollisuuksien lisääntymisen myötä. Psykofyysinen fysioterapia on kehittynyt vähitellen terveydenalan ammattilaisten yhteistyön kautta. Se on syntynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyön tuloksena. Psykofyysisen fysioterapian päätavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Tavoitteena ovat kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta, ruumiinkuvan eheytyminen sekä ruumiinhallinnan, vuorovaikutuksen, itsetuntemuksen lisääntyminen. (Psykofyysinen fysioterapia [Viitattu 21.5.2011].)

Joukamaa (2008, 129–134) kirjoittaa, että psykofyysisen lähestymistavan mukaan fyysisissä sairauksissa on usein mukana psyykkisiä ja sosiaalisia ominaisuuksia. Nämä voivat vaikuttaa sairauden alkamiseen, oireisiin, ennusteeseen tai toipumiseen. Vakavaan fyysiseen sairauteen voi liittyä mielenterveyden häiriö tai epäspesifejä oireita, mitkä vaikuttavat selvästi ruumiillisesti ilmenevien oireiden rinnalla. Tätä ihmisen tapaa oirehtia kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla kutsutaan psykofyysiseksi, psykosomaattiseksi tai kokonaisvaltaiseksi oirehdinnaksi.

Psykofyysisessä lähestymistavassa huomioidaan emootiot eli tunteet, jotka vaikuttavat kehon fysiologisiin muutoksiin. Emootiot ovat hyvin tärkeitä kokonaisvaltaisen terveyden tasapainon ylläpidossa. Keho reagoi tunteisiin erilaisilla fysiologisilla muutoksilla, toisaalta tunteet ovat kehossa fyysisinä tuntemuksina. Voimakkaat ja ristiriidassa olevat tunteet voivat horjuttaa tai muuttaa ihmisen fysiologista tasapainoa. Ihmisen tulee pystyä hallitsemaan tunteitaan hyvän fysiologisen tasapainon ja elämänhallinnan ylläpitämiseksi. Psykofyysisen lähestymistavan yhtenä tavoitteena on auttaa asiakasta havainnoimaan ja tunnistamaan omien tunteidensa, ajatustensa, mielikuviansa, tuntemustensa sekä kehon liikkeiden välillä syntyviä yhteyksiä. (Wickström 2004, 25.)

Tärkeitä psykofyysisen fysioterapian asiantuntijuutta vaativia sairauksia ovat esimerkiksi pitkittyneet tuki- ja liikuntaelämistön oireet ja kiputilat, syömishäiriöt, posttraumaattiset stressireaktiot, neurologiset toimintahäiriöt, jännittyneisyys, uupumus, masennus ja erilaiset psykiatriset sairaudet. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteet määräytyvät aina yksilöllisesti kuntoutujan voimavarojen, valmiuksien ja elämäntilanteen mukaan. Psykofyysisen fysioterapian arviointi- ja tutkimismenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi ja mittaaminen. Tutkittavia asioita ovat esimerkiksi hengitys, kipu, jännittyneisyys, asento, liikkuvuus, liikkeen hallinta rentoutumiskyky, ruumiinkuva ja vuorovaikutus. Tulosten arvioinnissa tärkeää on kuntoutujan itse kokema muutos tilassaan. Terapiamenetelmiin kuuluvat terapeuttinen harjoittelu, ohjaus ja neuvonta. Terapeuttista harjoittelua ovat esimerkiksi rentoutus- ja hengitysharjoitteet, manuaaliset käsittelyt, kehontuntemisharjoitteet sekä toiminnalliset harjoitteet. (Psykofyysinen fysioterapia [Viitattu 17.7.2011].)

Wickström (2004, 25–27) toteaa, että tärkeintä terapian onnistumiselle on kuntoutujan oma oppiminen ja oivaltaminen. Terapia voi toteutua yksilöllisesti tai ryhmässä. Usein psykosomaattiset oireet kertovat kyvyttömyydestä hallita omaa elämäntilannettaan. Psykosomaattinen oire edustaa usein taustalla olevaa tunnetta, jota ei kuitenkaan haluta ymmärtää tai tulkita, jonka seurauksena se näkyy kehossa ruumiillisena tuntemuksena. Psykofyysisessä fysioterapiassa terapeutti toimii herkkänä aistikanavana asiakkaan esiin tuomille tunteille ja ajatuksille. Asiakkaan kanssa terapeutti pyrkii luomaan turvallisen hoitosuhteen sekä toimimaan luotettavana puhekanavana. Fysioterapeutti auttaa asiakasta löytämään uusia strategioita ongelmien ja vaikeuksien kohtaamiseen, sekä tarvittaessa ohjaa asiakasta eteenpäin avun hakemisessa.

4.1 Tunteiden ilmeneminen fyysisessä olemuksessa

Länsimaisessa kulttuurissa tunteiden peittämistä pidetään nykyään riskitekijänä terveydelle. Tunteisiin suhtautuminen on hyvin kulttuurisidonnaista. Erilaisissa perheissä kasvaneilla voi olla erilaisia käsityksiä siitä, miten tärkeää tunteiden ilmaiseminen on. Eräs näkemys on, että ihminen purkaa tunteitaan ja näyttää

voimakkaat tunteet vain, jos hän kokee sen helpottavan tai parantavan oloaan. Toisaalta itsehillintä on yksi keskeinen tekijä ihmisen menestymisessä. Huonon itsehillinnän on todettu olevan yhteydessä sosiaalisiin ongelmiin, kuten väkivaltaiseen käyttäytymiseen, päihteiden käyttöön ja ylipainoon. Toisaalta alakuloinen mieliala ja ahdistuneisuus heikentävät itsehillintää, koska ihminen pyrkii tuolloin ensisijaisesti palauttamaan paremman mielialansa. Voimakkaiden tunteiden hillitsemistä voidaan pitää tärkeänä lajin säilymistä edistävänä ominaisuutena eikä pelkästään kulttuurin tuomana rajoitteena itsensä ilmaisulle. (Svennevig 2005, 34–35.)

Ihmisen tunnetila, mielentila, aikomukset ja estot näkyvät ulkoisessa olemuksessa sekä asennoissa. Fyysinen olemus on ikään kuin psyykkisen tilan ruumiillistuma. (Svennevig 2005, 39). Joskus henkilö voi kokea olonsa kiusaantuneeksi siitä, että keho ilmentää tunteita tahdosta riippumatta. Usein ei voida tietää etukäteen, miten keho reagoi uusiin haasteisiin. Kehon reaktioita tarkastellessa saadaan informaatiota siitä, miten tunteet ilmenevät fyysisessä olemuksessa. Asento tai lihasten jännittäminen kuvaavat tiettyä psyykkistä tilaa. Työasentojen tai muiden toistuvien asentojen aikaansaama lihasjännitys voi laueta liikunnalla. Asentovirheiden taustalla voi kuitenkin olla myös psykologisia tekijöitä, jolloin asentoa ei voida muuttaa ennen kuin psyykkisessä tilassa tapahtuu muutosta. (Svennevig 2005, 108–110.)

Ihminen pystyy psyykkisesti tiedostamaan tunteitaan ja ongelmiaan, mutta joskus keho voi joutua tiedostamattomien torjuttujen elämysten ja tunteiden säiliöksi. Ihmisen torjuessa jonkin tunteen, muissa elinjärjestelmissä voi tapahtua muutoksia. Tällainen muutos voi olla esimerkiksi hengityksen pidättäminen. Pitkäkestoisena stressi voi johtaa tilanteeseen sopeutumiseen, jolloin jo syntyneet lihasjännitykset voivat lisääntyä entisestään. Samalla hengitys vaikeutuu, hormonieritys häiriintyy ja adrenaliinin erityis kiihtyy. Tällaisen tilan jatkuessa pitkään voi normaaliin tasapainotilaan pääseminen estyä. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 140.)

Psykosomaattiset oireet kertovat kyvyttömyydestä hallita omaa elämäntilannetta. Esimerkiksi kipeän olkapään parantuessa tilalle voi tulla esimerkiksi vatsaoire,

jolloin hoidettu ensioire voi muuttua eri muotoon. Tällaisessa tapauksessa ihminen voidaan siirtää hoitoon eri osastolle, joten häntä hoitanut henkilökunta vaihtuu. Tästä syystä on hankalaa huomata taustalla olevia psyykkisiä tekijöitä. On tärkeää ottaa huomioon, että psykosomaattisesti oireileva potilas ei ole välttämättä valmis tiedostamaan, että ongelmat voivat johtua tunteiden sietämättömyydestä. Monet fyysiset oireet voivat olla helpompia kestää kuin psyykkisesti ahdistavat ja hajottavat tunteet. Potilaan motivaatio paranemiseen sekä elämäntilanteen kehittämiseen muuttuu, kun oireisiin vaikuttavat tekijät muuttuvat. Tällöin potilas alkaa kokea itsensä ja elämäntilanteensa mielekkäämmiksi. (Wickström 2004, 25–27.)

Suomalaiset kärsivät paljon selkä- ja niskahartia -alueen kivuista. Elimellinen syy näihin kipuihin löytyy vain 10–15 prosentilla kivuista kärsivistä. 85 prosenttiin kivuista ei löydetä mitään lääketieteellistä syytä. Kivut voivat johtua muun muassa tunteiden tukahduttamisesta. Esimerkiksi työn vaatiessa voimavaroja ihminen väsyä. Fyysiset kipuoireet syntyvät usein rasitusväsymyksestä. Staattinen lihasjännitys synnyttää kipua, sillä lihaksen hapentarve lisääntyy ja verenkierto häiriintyy. Kireät lihassäikeet puristavat verisuonia kasaan ja verenkierto heikkenee. Tästä seuraa hapenpuute ja siitä johtuva kipu lihaksessa, joka voi jatkua pitkäänkin. Pahimmillaan lihaksen lähellä kulkeva hermo voi joutua myös puristuksiin. (Svennevig 2005, 37–38.)

4.2 Kehon asento osana psykofyysistä fysioterapiaa

Asento muodostuu kokonaisuudesta, johon kuuluu hengitys, eleet, ilmeet, liikkeet, ajatukset, mieliala, tunteet sekä vuorovaikutus ympäristön kanssa. Rakenteellisesti tasapainoinen asento mukautuu joustavasti ja huomaamattomasti lepoon ja liikkeeseen. (Herrala ym. 2008, 88–90.) Ihmisen asento kertoo usein henkilön psyykkisestä tilasta. Asentoon vaikuttavat myös luonteenpiirteet, ravinto, työ ja tavat. Asento voi kertoa jotain senhetkisestä tunnetilasta. Väsyneenä ihmisten ryhti on painuneena alaspäin, ja energisinä he taas ovat ylpeänä pystyssä. Pääpiirteissään asento kuitenkin pysyy samankaltaisena päivästä toiseen. Rentoutuneella ihmisellä on usein joustava asento, mikä näkyy erityisesti

selinmakuulla. Vastakohtana kivuista, jännittyneisyydestä ja ahdistuksesta kärsivillä on ongelmia löytää hyvä asento selinmakuulla. Pitkään jatkunut vääränlainen asento voi johtaa ja edesauttaa ongelmia myös liikkeissä. Pienet paikalliset muutokset asennossa voivat vaikuttaa esimerkiksi kehon tasapainoon, liikkuvuuteen sekä hengitykseen. (Ekerholt 2010, 66.)

Ihmisen asento on avoin ja luottavainen, kun makuuasennossa tukipinta on koko kehon laajuinen ja keho lepää kokonaan alustaa vasten. Suljettu asento ja pieni tukipinta voivat kertoa turvattomuudesta ja kontrollin tarpeesta. Yhtenä rentoutumisen ja tasapainon edellytyksenä pidetään laajaa kosketusta alustaan. Pieni tukipinta voi näkyä epävarmuutena asennoissa ja liikkeissä ja pahimmillaan se voi johtaa kompensoiviin asento- ja liiketottumuksiin. Toisaalta myönteisiksi koetut tilanteet voivat pienentää tukipinnan tarvetta. (Herrala ym. 2008, 94.)

4.3 Nivelten liikkuvuus osana psykofyysistä fysioterapiaa

Nivelten liikkuvuuden perusteella saadaan tietoa lihasten kunnosta. Jännittyneet lihakset muuttuvat jäykiksi ja estävät liikkeen virtauksen kehossa. Sidekudokset lyhenevät ellei liikkeitä tehdä koko liikelaajuudella. Tämä johtaa kehon liikkuvuuden rajoittumiseen ja aiheuttaa kipuja heikentäen toimintakykyä. Huono liikkuvuus kehon yksittäisissä nivelissä rasittaa tuki- ja liikuntaelimistöä aiheuttaen kipuja. (Bunkan 2003, 80, Heinosen & Valkaman 2010, liite 3 mukaan.) Toisen ihmisen liikuttaessa raajaa passiivisesti, vain lihasten ja niitä ympäröivien kudosten biomekaanisten tekijöiden, kuten kudoksen joustavuuden pitäisi aiheuttaa liikevastusta. Rentoutuminen ei onnistu, jos liikkeessä tuntuu avustusta tai vastustusta. (Herrala ym. 2008, 75.)

4.4 Lihaskoostumus osana psykofyysistä fysioterapiaa

Lihasten suuri jännittyneisyys voi olla merkki ihmisen psykologisesta puolustusreaktiosta. Toisaalta alhainen lihasjäntevyys saattaa ilmetä henkilön antautuessa impulssien ja tunteiden valtaan. Lihaksissa saattaa tapahtua

muutoksia niiden reagoiessa henkiseen kuormitukseen. (Bunkan 2003, 80, Heinosen & Valkaman 2010, liite 3 mukaan.) Iho, lihakset ja kehon toiminta ilmaisevat ihmisen sisäistä ja ulkoista olotilaa. Ihon väriin vaikuttaa esimerkiksi tunnetilat. Rentoutuneen ihmisen iho on yleensä lämpimämpi kuin stressaantuneen. Lihasten ollessa rennot veri pääsee virtaamaan eri puolille kehoa paremmin. Tästä syystä myös iho ja sen alaiset kudokset tuntuvat lämpimiltä. Etenkin kehon ääreisosat lämpenevät rentoutuessa normaalia helpommin. (Herrala ym. 2008, 70.)

Joillakin ihmisillä stressi voi ilmetä myös voimakkaana hikoiluna, ja erilaiset tunnetilat voivat kostuttaa ihoa. Tämä johtuu autonomisen ja endokriinisen järjestelmän toiminnasta. (Herrala ym. 2008, 70.) Katajan (2004, 39) mukaan tahdonalaiset lihakset ovat normaalisti jatkuvassa supistustilassa, vaikka ne eivät tee varsinaista lihastyötä. Tätä tilaa kutsutaan lepotonukseksi. Tunnetiloilla, mielialalla ja ajatuksilla on vaikutusta lepotonus-tasoon. Monet psyykkiset tilat vaikuttavat negatiivisesti lepotonus-tasoon. Psykkisesti jännittyneen ihmisen tonus ei välttämättä ole muita korkeampi, mutta reagointi on herkkää ja voimakasta. Kestojännityksestä puhutaan silloin, kun lepotonus on lisääntynyt.

Lihasten kireyteen vaikuttavat lihaksen supistumiskyky, terveystilanne, ammatti, rasvan määrä, verenkierto, sidekudosmuutokset ja tunnetilat. Käsin tunnustelemalla eli palpoimalla saadaan tietoa lihaksesta. Terve lihas on pehmeä ja joustava eikä sen käsittely tuota kipua. Lihasten kireys tai liiallinen aktiivisuus voi johtua yksilöllisestä harjoittelusta tai käyttäytymismalleista. Ihmisellä on usein tapana reagoida ikäviin tilanteisiin jännittämällä tiedostamattomasti lihaksiaan. Kroonistuessa tällainen toimintatapa voi vaikuttaa myös asentoon. Osa ihmisistä voi reagoida samankaltaiseen tilanteeseen lamaantumalla, jolloin lihakset voivat heikentyä tai pahimmillaan surkastua. Ihmisen kyky mukautua opittuun toimintatapaan heikkenee, jolloin myös psyykkiset reagoitimet voivat muuttua. Tällöin voi ilmetä esimerkiksi passiivisuutta, masennusta ja minän heikkoutta. (Herrala ym. 2008, 74–75.) Normaalisti lihaskipu yhdistetään kireisiin lihaksiin, mutta myös veltot lihakset voivat olla kivuliaat. Useimmiten subjektiivisen kivun kokemisen ja palpaatioissa esiintyvän lihasten arkuuden välillä on yhteys. (Bunkan 2003, 80, Heinosen & Valkaman 2010, liite 3 mukaan).

4.5 Hengitys osana psykofyysistä fysioterapiaa

Herralan ym. (2008, 77) mukaan hengitys on yleensä automaattista ja tiedostamatonta. Siitä voi kuitenkin tulla tietoiseksi ja siihen pystytään vaikuttamaan tahdonalaisesti. Hengityksen rytmiä ja syvyyttä voidaan muuttaa ja sitä voidaan myös pidättää tiettyyn rajaan asti. Hengitystä säätelee autonominen hermosto, joka jakautuu sympaattiseen ja parasympaattiseen osaan. Nämä osat vaikuttavat hengitykseen päinvastaisilla tavoilla. Sympaattinen hermosto aktivoituu nopeaa toimintaa vaativissa tilanteissa kun taas parasympaattinen hermosto hidastaa sykettä, supistaa keuhkoputkia ja nopeuttaa ruuansulatusta. Autonominen hermoston tasapainoinen toiminta voi häiriintyä esimerkiksi stressitilanteissa. Pelko ja ahdistus lisäävät stressiä ja siten sympaattinen hermosto aktivoituu. Tilanteen jatkuessa pitkään rentoutuminen, nukkuminen ja virkistyminen vaikeutuvat.

Hengitys on tunteiden tulkki, josta pystytään päättämään ihmisen tuntemuksia ja olotilaa ilman puhetta. Hengitys toimii yhteydessä kehon ja mielen välillä. Terapiatilanteessa asiakkaan lukkiutuneita tunteita voidaan käsitellä kehollisten harjoitteiden avulla. (Hakanpää & Peltonen 2004, 32.) Hengitys voi olla monella tavalla epätasapainossa. Se voi olla liian vähäistä tai voimakasta. Epätasapainossa oleva hengitys tulee esille useimmiten erilaisten tunnetilojen yhteydessä kuten ahdistuneisuudessa, paniikkihäiriössä, jännityksessä, psykosomaattisessa oireilussa tai kiputiloissa. (Herrala ym. 2008, 83–84.) Erityisesti pallean ja ristiselkään liittyvien lihasten kireys ilmaisee tunnetilaa (Wikström 2004, 27). Hengityksen ollessa jännittyntä, vatsan alueen hengitysliike voi lukkiutua. Tällöin kaula- ja niskalihakset aktivoituvat auttamaan hengitystä. Lihasten jännitys ja kireys voi muuttaa pään asentoa ja aiheuttaa sitä kautta päänsärkyä ja leukanivelten kireyttä. (Herrala ym. 2008, 83–84.)

Hakanpään ja Peltosen (2004, 32–34) tekemän opinnäytetyön mukaan, hengitysharjoituksia käytetään psykofyysisessä fysioterapiassa, koska hengityksen harjoittaminen on tärkeä osa mielenterveyskuntoutujan fysioterapiaa. Mielenterveyskuntoutuja voi purkaa hengitysharjoituksilla turvallisesti aggressioitaan sekä vahvistaa olemustaan. Tutkimuksessa haastateltiin

fysioterapeutteja, jotka kertoivat hengityksen näkyvän asennossa, ryhdissä sekä liikkeessä. Tunteiden ja hengityksen välinen vuorovaikutus on suuri, ja se pitää muistaa myös potilasta tutkittaessa. Potilaan huomattaessa tunteiden merkityksen hengitykseen, hän voi yrittää hallita hengitystä. Tutkimuksen fysioterapeutit eivät käyttäneet tutkimiseen mittaria, jotta potilas ei tuntisi reviiiriään uhatuksi. Psykofyysisessä fysioterapiassa ollaan kiinnostuneita siitä, miltä hengittäminen tuntuu ja mitä ajatuksia tai tunteita se herättää.

Hengitys kertoo potilaan voimavaroista. Esimerkiksi tiheä ja pinnallinen hengitys voi kertoa potilaan heikoista voimavaroista. Potilaan voimavarojen määrittäminen hengityksen avulla vaatii monta tapaamista, jotta tutkimistilanne ei vääristäisi hengitystä. Hengitysharjoitusten valintaan vaikuttavat terapiajakson pituus, kerralla käytettävä aika sekä potilaan voimavarat. Jos terapiakäyntejä on vähän tai potilaan voimavarat ovat heikot, niin harjoitukset tehdään kevyempinä eikä kaikkiin ongelmiin kiinnitetä huomiota. Hengitysharjoituksia voidaan tehdä, kun potilas ei ole sairautensa akuutissa vaiheessa. Potilaalla pitää olla tuntemus kehonsa rajoista pystyäkseen hahmottamaan hengityksen kehossaan ja harjoittelemaan tarkoituksen mukaista hengitystä. (Hakanpää & Peltonen 2004, 33.)

Hakanpää ja Peltonen (2004, 33–34) kirjoittavat, että hengitysharjoitusten tärkeimmät tavoitteet ovat opettaa kuntoutuja kuuntelemaan omaa hengitystään ja havainnoimaan sen kulkua kehossa. Hengityksen kuuntelemisella tarkoitetaan hengitysliikkeen tunnistamista kehossa, esimerkiksi miltä hengitys tuntuu ja mitä tunteita se herättää. Hengityksen syventyminen on myös yksi tärkeä tavoite, jotta keuhkotuuletus kasvaa ja rentoutuminen mahdollistuu. Tavoitteiden asettamiseen vaikuttaa luonnollisesti kuntoutujan mielenterveyden tila ja voimavarat. Heikot voimavarat omaavan kuntoutujan on parempi osallistua yksilöterapiaan ryhmän sijaan. Yksilöterapiassa harjoitteisiin on helpompi keskittyä ja fysioterapeutti voi ohjata harjoitteita manuaalisesti. Toisaalta ryhmä tukee yksilön itsetuntoa ja hän saa siellä vertaistukea. Itseluottamusta vahvistaa myös se, kun potilas huomaa pystyvänsä sitoutumaan ryhmään sekä toisaalta luopumaan siitä ja käyttämään hyväksi sen tuomaa tukea. Fysioterapiatilanteen tunnelma on terapiajakson kannalta tärkeää. Terapeutin suhtautuminen potilaaseen ja läsnäolo tilanteessa ovat avainasemassa. Tarkoituksenmukainen hengitys sopeutuu liikkeisiin ja

tunteisiin niiden muuttuessa. Esimerkiksi liikkussa hengitystiheys sekä kertahengitystilavuus kasvavat.

Rauhallisesti ja syvään hengitettäessä parasympaattinen hermosto aktivoituu, ja sen ansiosta turvallisuuden tunne lisääntyy, ahdistuneisuus vähenee, keho rentoutuu sekä voimavarat lisääntyvät. Yhtä aikaa syntyy myös kokemus kyvystä pystyä vaikuttamaan omaan elämään ja hallitsemaan sitä. (Herrala ym. 2008, 85.) Stressaantunut ihminen hengittää pinnallisesti, jolloin kurkunpään lihakset supistuvat ja hengitys on nopeaa, jopa katkonaista. Vääränlaisesta hengitystekniikasta kertoo nopea ja matala hengitys, jossa käytetään vain rintakehän yläosaa. Tällöin pallea ei laajene sisäänhengityksessä. (Kataja 2004, 54.)

Taiwanissa on tehty vuonna 2009 tutkimus, jossa selvitettiin kotona tehtyjen hengitysharjoitteiden vaikutuksia masennuspotilaisiin, joilla on sepelvaltimotauti. Tutkimukseen osallistui yhteensä 62 osallistujaa. Osallistujat jaettiin kahteen ryhmään. Toinen ryhmä teki hengitysharjoitteita aktiivisesti ja omatoimisesti kotona, toinen ryhmä ei tehnyt hengitysharjoituksia vaan sai muuta tukea puhelimen välityksellä. Tutkimustulosten mukaan masennusoireet pienenevät merkittävästi enemmän testiryhmällä kuin kontrolliryhmällä. Tutkimus osoittaa, että yksinkertainen rentoutustekniikka, kuten syvä hengitys, voi säännöllisellä neljän viikon harjoittelulla vähentää masennusoireita sepelvaltimotautia sairastavilla. Tutkimuksen mukaan masennus voi vähentyä jo kahden viikon kotona tehdyllä harjoittelulla. (Chung, Tsai, Liu, Chou, Lin ym. 2010.)

4.6 Rentoutuminen

Kun keho rentoutuu, elimistön hapenkulutus vähenee, syke ja hengitystiheys laskevat sekä ääreisverenkierto kasvaa. Nämä muutokset kertovat sympaattisen hermoston toiminnan hiipumisesta ja parasympaattisen hermoston aktivoitumisesta. Tällöin aivojen tunteista vastaavat limbiset alueet alkavat lievittää stressin ja ahdistuksen tunteita. Lihasten rentoutuksen onnistuessa myös diastolinen ja systolinen verenpaine laskevat. Rentoutumista tarkastellessa

voidaan mitata muutoksia kemiallisissa reaktioissa kuten typpioksidin suurentunut määrä veressä sekä dopamiinin ja serotoniinin määrien kasvaminen aivoissa. Typpioksidi laajentaa verisuonia, serotoniini ja dopamiini toimivat aivojen hyvänmielen välittäjäaineena. (Herrala ym. 2008, 171–172.) Rentoutuminen on tärkeä tekijä kaikissa menetelmissä, joiden avulla pyritään muuttamaan kehon ja mielen tasapainoa. (Kataja 2003, 24–25).

Rentoutusmenetelmät

Rentoutusmenetelmät jaetaan yleensä kahteen päätyyppiin, aktiivisiin menetelmiin sekä rauhoittumis- ja suggestiomenetelmiin. Aktiivisissa rentoutusmenetelmissä lihasta pyritään jännittämään ja sen jälkeen laukaisemaan jännitys, tai manipuloimaan ulkoisen ärsykkeen avulla. Lihasta jännittäessä tai ulkoisesti manipuloimalla syntyy paine nivelpinnoille, josta lähtee ärsykeitä tuntohermoihin. Tällä tavoin ne aktivoivat hermolihasjärjestelmää. (Kataja 2004, 52.)

Jacobsonin progressiivinen rentoutustekniikka on aktiivinen ja perustuu jännitysrentoutustekniikkaan. Siinä supistetaan ja rentoutetaan vuoronperään vartalon, raajojen ja kasvojen lihaksia. Jacobsonin rentoutuksessa lihasta supistetaan isometrisesti, jonka jälkeen se rentoutetaan. Lihakset käydään läpi systemaattisesti vuoronperään. (Herrala ym. 2008, 172.) Jacobson on osoittanut, että lihasjännitys on negatiivisten tunnetilojen ilmaisin. Tästä syystä tunnetiloihin voidaan vaikuttaa laukaisemalla lihasjännitys. (Kataja 2004, 25–26.) Rentoutumista voidaan harjoittaa myös venyttelyiden avulla. Lihasten venytyksillä poistetaan aineenvaihdunnan kuona-aineita lihaksista. Venytyksen avulla voidaan laukaista niin pitkäaikaista liikajännitystä kuin lyhytaikaista kivun aiheuttamaa lihaskramppeja. Staattista venytystä käytetään silloin, kun aktiivisella liikkeellä ei saada lihasta rentoutumaan. (Kataja 2004, 77.)

Katajan (2004, 98) mukaan itsesuggestio-menetelmistä tunnetuin on Johannes Heinrich Schultzin metodi. Se perustuu harjoitteluun ajattelun ja keskittymisen avulla. Menetelmässä käydään kaikki päälihasryhmät läpi yleensä jaloista ylöspäin edeten. Ulkopuolinen henkilö tai äänite ohjaa ihmistä keskittämään ajatukset tiettyyn kehon osaan ja tuntemaan, miltä rento lihas tuntuu. Samalla ihmisen on

tarkoitus oppia aistimaan erilaisia tuntemuksia lihaksissa kuten painon, lämmön ja rentoutumisen tunnetta. Tässä menetelmässä hengityksen rauhoittamisella ja ajatuksen keskittämällä on keskeinen asema.

Rentoutumisen hallinta on oppimisprosessi, johon tarvitaan paljon harjoittelua. Rentoutumistilan saavuttamisen tärkein edellytys on keskittyneisyys. Tietoisien huomion siirtyessä syrjään lyhyeksikin ajaksi avataan tie mielen rentoutumiselle. Tällöin ajatus siirretään yhteen asiaan, esimerkiksi hengityksen havainnointiin. (Kataja 2004, 33.) Rentoutuminen on yksilöllistä, ja sen takia onkin tärkeää kokeilla erilaisia rentoutusmenetelmiä löytääkseen itselle sopivimman. Aluksi täytyy saada konkreettinen kokemus mielen ja kehon rauhoittumisesta. Tämän jälkeen kehon tuntemuksia havainnoidaan, esimerkiksi miten jännittynyt lihas pehmenee. Näiden jälkeen tarkkaillaan omia tunteita ja mielikuvia sekä niiden yhteyksiä kehollisiin aistimuksiin. Tällöin pyritään huomaamaan muun muassa missä kehon osassa jännitys tuntuu ja mitkä asiat rentouttavat lihaksia. Rentoutumisen hallitseminen auttaa ihmistä soveltamaan myös käytännön tilanteissa eri rentoutumisen malleja. (Herrala ym. 2008, 174–176.)

Rentoutumisen vaikutukset

Katajan (2004, 25–28) mukaan rentoutumisen aikana elimistössä tapahtuu monia asioita samaan aikaan riippuen siitä, mitä rentoutumistapaa käytetään. Aktiivisissa rentoutusmenetelmissä vaikutus tapahtuu lihaksiston välityksellä. Lihaksisto aktivoi hermostoa sekä hermoyhteyksiä. Rauhoittumis- ja mielikuvamenetelmissä vaikuttaminen tapahtuu enimmäkseen psyykkisten mekanismien välityksellä. Limbinen järjestelmä muistaa myös ikävät tunnekokemukset, koska emootiot ovat tallentuneena sinne. Tällöin tietoisuuteen voi nousta rentoutumista estäviä muistoja. Rentoutumisen aikaisia fysiologisia muutoksia on tutkittu mittaamalla erilaisten rentoutusharjoitusten vasteita. Useimmissa rentoutusmenetelmissä hengitystiheys ja sydämen lyöntitiheys vähenevät. Myös lihaksen lämpötila kasvaa rentoutumisen aikana. Ihon lämpötilan kohoaminen voidaan selittää verisuonten laajenemisella ja lisääntyneellä veren virtauksella.

Rentoutumisen oppiminen lieventää jännitysoireiden voimakkuutta ja kestoja (Herrala ym. 2008, 174–176). Erityisesti stressistä johtuva lihasjännitys on selvästi alentunut tai hävinnyt kokonaan eri rentoutusmenetelmiä käytettäessä (Kataja 2004, 35). Pitkittynyt jännittyneisyys voi aiheuttaa jännityskierteen, mutta onnistunut rentoutuminen voi pysäyttää tilanteen ja estää vakavan sairastumisen. Rentoutuneena ihminen pystyy paremmin käsittelemään asioita, jotka muuten tuntuivat ylitsempääsemättömiltä. Rentoutumisen taito auttaa saavuttamaan mielen ja kehon tasapainon. Tällöin ihminen soveltaa usein tiedostamattaan erilaisia rentoutumisen malleja. Kun rentoutumisesta on tullut osa elämää, ihmisen on helpompi kohdata vastoinkäymisiä ja haastavia tilanteita ilman mielen tasapainon suurta järkkymistä. (Herrala ym. 2008, 174–176.)

Rentoutumisen aikana tai sen seurauksena kipu ja särky voivat vähentyä ja jännityksen sekä stressin merkit voivat lievitä. (Herrala ym. 2008, 171.) Ihmisen rentoutuessa ahdistuneisuus lievittyy, mieliala tasoittuu sekä herkkyys ärsykkeille kasvaa ja vireystila aktivoituu. Rentoutumisharjoitteet riittävät avuksi erityisesti ihmisille, joilla ei ole tarvetta psyykkiseen muutokseen. Kehon rauhoittuminen ja hiljeneminen mahdollistavat lihasten jännitysten aistimisen. (Svennevig 2005, 110.)

Vuonna 2002 Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin keho-mieliterapioiden käyttöä aikuisten sairauksien hoidossa. MBT eli Mind and Body Therapies sisältävät rentoutumistekniikoita, joogaa, tai chi:tä ja gigong:a. Tutkimuksessa selvitettiin myös, mitkä sairaudet ovat yhteydessä MBT:n käyttöön ja mitä sairauksia MBT:llä on hoidettu yhdysvaltalaisen aikuisväestön keskuudessa. Tutkimukseen osallistui 31 044 aikuista. (Bertisch, Wee, Phillips & McCarthy 2009.) Tutkimuksen päätulos oli, että vastaajista noin 16 prosenttia on käyttänyt vähintään yhtä terapiamuotoa viimeisen vuoden aikana. Rentoutuskeinot olivat yleisesti käytettyjä. Aikuiset, joilla on kasvo- tai niskakipu, ahdistuneisuutta, masennusta tai allergioita käyttivät useimmin MBT- terapiaa. Ahdistuneisuuteen ja masennukseen käytettiin useimmiten rentoutustekniikoita. Suurin osa MBT:n käyttäjistä oli sitä mieltä, että se helpottaa jonkin verran heidän kuntoaan. Yleisesti kivusta, ahdistuneisuudesta, masennuksesta tai unettomuudesta kärsivät henkilöt

käyttävät MBT- terapiaa todennäköisemmin kuin henkilöt, joilla ei ole edellä mainittuja ongelmia. (Bertisch ym. 2009.)

4.7 Kehontuntemus

Jännitys ja rentous kuuluvat jokaisen ihmisen elämään ja ne ovat luonnollisia olotiloja. Ne syntyvät ihmisen reaktioista joko ulkoisissa tai sisäisissä tilanteissa. Liian kova tai liian pitkään kestävä jännitys voi tuntua fyysisesti ja psyykkisesti epämiellyttävältä. Tuntemuksia voi esiintyä missä tahansa kehossa joko epämääräisenä tai keskittyä johonkin tiettyyn kohtaan. Tuntemukset jaetaan fyysisiin ja psyykkisiin tuntemuksiin. Fyysisiä tuntemuksia voivat olla esimerkiksi sydän- ja vatsaoireet, huimaus sekä vapina. Psyykkisiin oireisiin kuuluvat muun muassa ahdistuksen tunne, hapen puute, keskittymiskyvyn heikkeneminen, levottomuus ja unettomuus. Myös autonominen hermosto voi reagoida jännitykseen esimerkiksi hikoilulla. Liiallisen stressin ja jännittämisen jatkuessa katkeamatta ilman rentoutumista ihmisen voimavarat vähenevät ääriarajoilleen. Tunteisiin liittyvät jännitykset voivat olla monen eri tekijän aikaansaamia. (Herrala ym. 2008, 166–168.)

Franssila (2007, 20–21) toteaa, että fysioterapiassa on kiinnitetty liian vähän huomiota oman kehon arvostamiseen ja sen merkitykseen sairaudessa, kuntoutumisessa ja harjoittelussa. Kiinnostavia kysymyksiä on esimerkiksi, miten oman kehon arvostaminen vaikuttaa harjoitteluun sitoutumiseen tai sitoutumattomuuteen? Oman kehon arvostamisesta kertoo paljon elämäntapa, jossa ihminen laiminlyö kehonsa viestit ja tulee aina uudelleen fysioterapeutin vastaanotolle saman ongelman kanssa. Sairaus kuitenkin pakottaa huomaamaan kehon tai sen osan. Esimerkiksi seisomaan noustessa huomataan jalan ontuminen ja aletaan miettiä, mistä se johtuu. Tällöin kehosta tulee tietoisien tarkastelun kohde ja oman kokemuksen käsitteellistäminen ja asiasta puhuminen tulee mahdolliseksi. Terapiasta saamien tulosten arvioinnissa ei ole tärkeintä se, onko sairaus konkreettisesti parantunut, vaan se miten kokemus sairaudesta on muuttunut.

Kehontuntemuksen harjaannuttaminen edellyttää pysähtymistä ja huomion kiinnittämistä itseensä. Keskittyessä kuuntelemaan omaa kehoa, tullaan tietoisiksi omasta sisäisestä maailmasta ja siitä, mitä kehossa tapahtuu. Pysähtymisen avulla syntyy sisäisiä kokemuksia ja keho tulee uudella tavalla tietoisuuteen. Erityisen tärkeää on harjoitella keskittymistä ja sisäistä kokemista liikkeessä. Kun oman kehon kanssa oppii toimimaan, kyky kuunnella itseään herkistyy ja laajenee kaikkeen toimintaan. (Klemola 2004, 51–77.)

Moision psykiatrisessa sairaalassa tehtiin vuonna 2002 tutkimus, jossa tutkittiin nonverbaalisuuden ja kehollisuuden merkityksiä skitsofreniaa sairastavilla. Ryhmässä oli viisi osallistujaa. Toiminnan tavoitteena oli potilaiden yksilöllinen kehohallinnan, ilmaisun ja nonverbaalisen viestinnän harjaantuminen. Tarkoituksena oli saada edellä mainitut kolme ominaisuutta siirtymään voimavaroiksi arkielämän tilanteisiin. Tutkimustulosten mukaan kuntoutujien eleiden ja ilmeiden käyttö puheessa lisääntyi ryhmän aikana. Myös vertaistuki ja positiivisen palautteen saaminen oli tärkeää. (Kuha-Putkonen, Rouhiainen, Hämäläinen, Väisänen, Kontunen & Valto 2003, 29–31.)

Australiassa vuonna 2010 tehdyssä tutkimuksessa verrattiin huomionkiinnittämisen ja rentoutumisen vaikutuksia kipuun. Tutkimus tarkasteli keskittymisharjoitteiden vaikutuksia kivun luokitukseen, kynnsarvoihin sekä sietokykyyn. Tutkimukseen osallistui 103 ensimmäisen vuoden psykologian opiskelijaa. Tulosten mukaan keskittymisharjoitteet voivat lisätä keskittymiskykyä, vähentää ylitarkkaavaisuutta sekä tuottaa muutoksia kivun aistimisessa. Keskittymisharjoitteita tehneet kertoivat testin aikana kivusta myöhemmin kuin muut. Tämä osoittaa, että manipuloimalla keskittymistä voidaan vaikuttaa yksilön tapaan reagoida kivuliaisiin tehtäviin. (Sharpe, Nicholson Perry, Rogers, Dear, Nicholas & Refshauge, 2010.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tarkoituksena on tuottaa tietoa fysioterapeuteille sekä muille alan ammattilaisille psykofyysisten harjoitteiden vaikutuksista mielenterveyskuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin. Mielenterveysongelmista julkisesti puhuminen esimerkiksi työpaikalla on vaikeaa Suomessa, joten julkinen keskustelu mielenterveysongelmista ja niiden tunnetummaksi tuominen alan ammattilaisille on tärkeää.

Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää CBE- testistön avulla mielenterveysongelmista kärsivien kuntoutujien psyykkisiä ja fyysisiä voimavaroja, tulosten pohjalta suunnitella ja ohjata ryhmäläisille sopivia psykofyysisiä harjoitteita sekä selvittää minkälaisia vaikutuksia ohjatuilla harjoitteilla on ryhmäläisten psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin.

5.1 Tutkimusongelmat

1. Minkälaisia vaikutuksia psykofyysisen fysioterapian harjoitteilla on mielenterveysongelmista kärsivien kuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin?
2. Miten ryhmäläiset ovat kokeneet harjoitteiden vaikuttavan?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme prosessi alkoi syksyllä 2010. Prosessi kesti kokonaisuudessaan vuoden verran, josta kolme kuukautta kului intervention toteuttamiseen. Interventioon osallistujat olivat avopuolen mielenterveyskuntoutujia.

6.1 Kohderyhmä

Tutkimuksemme kohderyhmä muodostui päivätoiminnassa käyvistä mielenterveyskuntoutujista. Heillä kaikilla on useampia mielenterveyden ongelmia. Ryhmän muodostaminen tapahtui yhteistyössä päivätoiminnassa käyvän yhteyshenkilömme kanssa. Ryhmään otettiin viisi ensimmäiseksi ilmoittautunutta henkilöä, kolme naista ja kaksi miestä. Kuntoutujat tiesivät toisensa päivätoiminnan kautta. Halukkaita ryhmään olisi ollut enemmän, mutta rajasimme tarkoituksella ryhmän koon viiteen henkilöön. Tällöin pystyimme tarkempaan havainnointiin ja ohjaamiseen, ottamaan jokaisen yksilölliset tarpeet huomioon mahdollisimman hyvin sekä panostamaan omaan oppimiseemme ja kehittymiseemme psykofyysisen fysioterapian ryhmän ohjaajina. Pienemmässä ryhmässä tunnelma oli myös turvallisempi ja luotettavampi, jolloin tunteista sekä muista asioista uskaltauduttiin keskustelemaan avoimesti. Kuntoutujat olivat iältään 26–52-vuotiaita.

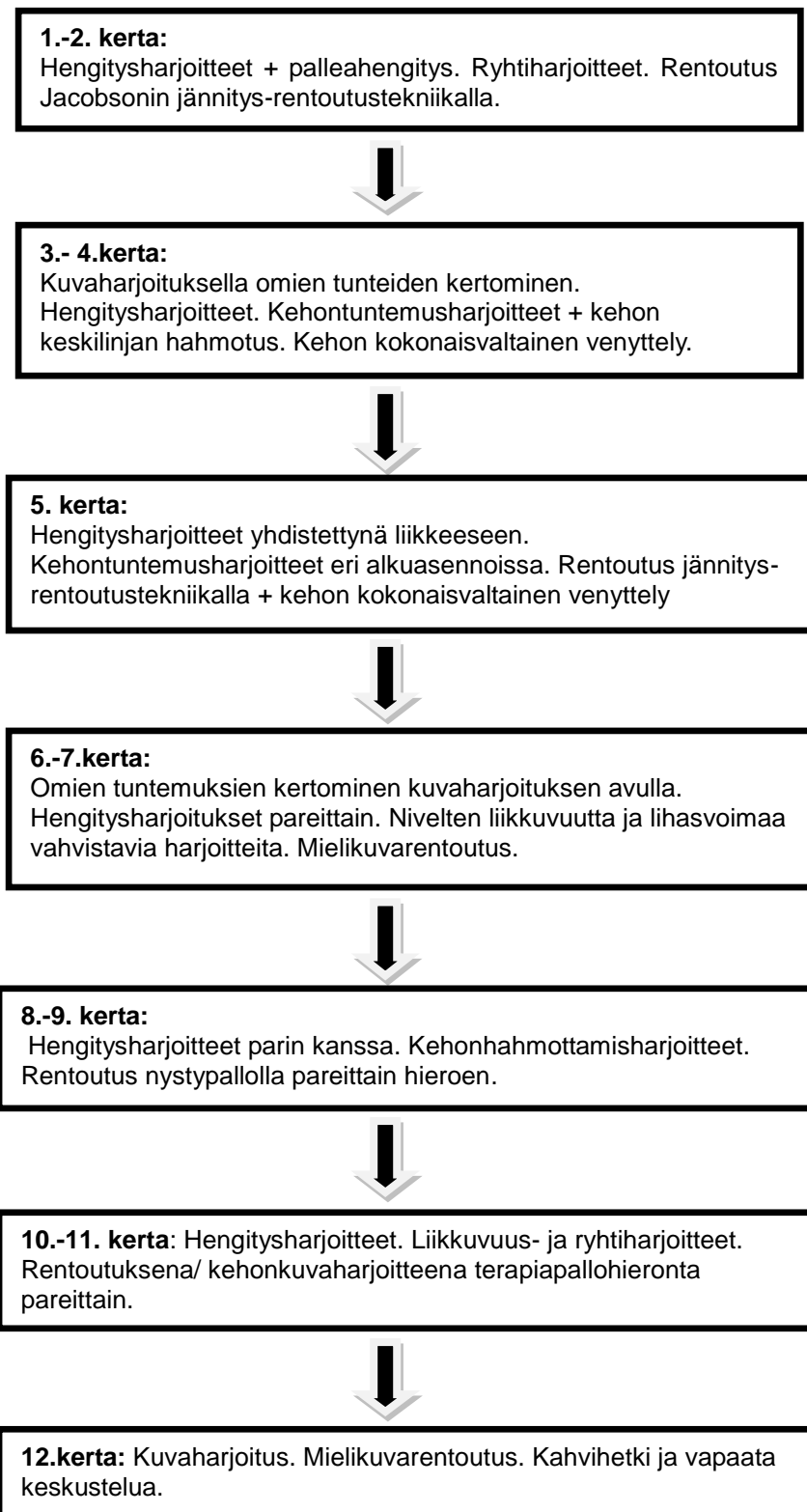
6.2 Ryhmätoiminta

Ryhmä kokoontui kevään aikana 12 kertaa ajanjaksolla 3.2.2011- 21.4.2011 kerran viikossa, jonka lisäksi jokaiselle ryhmäläiselle pidimme alku- ja loppumittauskerran. Ryhmän jokaisen harjoittelukerran kesto oli 1,5 tuntia. Kokoonnuimme Seinäjoen ammattikorkeakoulun Koskenalantien toimipisteessä fysioterapian luokassa. Ryhmätoiminta muodostui erilaisista hengitys-, kehontuntemus-, liikkuvuus- sekä rentoutusharjoitteista. Käytimme myös kuvaharjoitusta, jonka avulla jokainen sai ilmaista senhetkistä olo- ja tunnetilaansa.

Tammikuussa teimme ryhmäläisille alkumittaukset CBE- testistöllä, jonka avulla halusimme saada tietoa yksilön psyykkisistä ja fyysisistä voimavaroista tutkimalla neljää eri muuttujaa. Niitä ovat asento, hengitys, liikkuvuus sekä lihaskoostumus. Tällöin ryhmäläiset täyttivät myös alkukyselyn, joka on osa Ojasen (1994) laatimaa liikunta, harrastukset ja hyvinvointikyselyä. Kyselyllä haluttiin saada selville ryhmäläisten oma mielipide fyysisestä kunnostaan, liikunnan määrästä, ahdistuneisuudesta, mielialasta sekä tyytyväisyydestä elämään. Alkutesitit pidettiin jokaiselle erikseen. CBE- testistä sekä Ojasen kyselystä saatujen tietojen avulla suunnittelimme 12 kerran ryhmätuokiot.

Ensimmäisellä ryhmäkerralla esittelimme ja kerroimme ryhmäläisille tulevien kertojen sisällöstä ja tavoitteista sekä keskustelimme heidän toiveistaan ja tavoitteistaan. Esittelimme kuntoutujille psykofyysisen fysioterapian peruslähtökohtia sekä siinä käytettäviä harjoitteita ja niiden tavoitteita. Harjoittelukertojen runko oli pääosin sama. Tunnin aluksi jokainen kuvasi omaa olotilaansa ja kuulumisia kuvaharjoituksen avulla tai vapaalla sanalla. Sen jälkeen vuorossa oli harjoituksia. Tunti lopetettiin aina rentoutuksella.

Harjoittelukerrat



Kuvio 1. Harjoittelukerrat

Ensimmäisillä kerroilla ohjasimme ryhmäläisille hengitysharjoitteita selinmakuulla. Ryhmäläiset opettelivat tiedostamaan ja havainnoimaan hengitystään sekä sen kulkua kehossa. Ohjasimme heille palleahengityksen, jota opeteltiin tunnistamaan oman käden sekä vatsan päällä olevan kirjan avulla. Rentoutusharjoitteet aloitimme aktiivisilla rentoutusmenetelmillä kuten Jacobsonin jännitysrentoutustekniikalla sekä kehon kokonaisvaltaisella venyttelyllä. Venyttelyohjeet annoimme jokaiselle ryhmäläiselle kirjallisena kotiin. Kehontuntemusharjoitteet aloitettiin selinmakuulla esimerkiksi tunnistamalla oman kehon keskilinjaa. Intervention edetessä hengitysharjoitteissa siirryttiin vaativampiin kuten hengityksen ja liikkeen tai äänen yhdistämiseen sekä pariharjoitteisiin. Kun aktiivisia rentoutusmenetelmiä oli harjoiteltu useamman kerran, siirryttiin mielikuvarentoutuksen pariin. Harjoitteluprosessin edetessä kehontuntemusharjoitteita toteutettiin eri alku-asennoissa. Niihin yhdistettiin myös erilaisia liikkeitä. Lähes joka kerralla ohjasimme ryhmäläisille myös liikkuvuus ja ryhti-harjoitteita esimerkiksi kepin ja terapiapallon avulla. Kuvaharjoituksen avulla opeteltiin ilmaisemaan omia sen hetkisiä tunnetiloja ja mielialaa sekä ajatuksia. Toteutimme kuvaharjoituksen useita kertoja intervention aikana.

6.3 Tutkimusote

Opinnäytetyössämme käytimme kvantitatiivista tutkimusotetta. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa selvitetään lukuihin ja prosenteihin liittyviä ongelmia. Asioita kuvataan numeroin, ja tuloksia voidaan havainnollistaa esimerkiksi taulukoiden ja kuvioiden avulla. (Heikkilä 2008, 16.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija saa tulokset numeerisesti tai hän ryhmittelee laadullisen aineiston numeeriseen muotoon. Tutkija selittää tärkeän numerotiedon myös sanallisesti, tällöin tutkija pystyy kuvaamaan asioiden asiayhteydet tai erot. (Vilka 2007, 14.) Heikkilä (2008, 16) toteaa, että määrällisen tutkimuksen avulla saadaan kartoitettua asioiden sen hetkinen tilanne, mutta ei pystytä tarpeeksi selittämään niiden syitä. Opinnäytetyössämme on joitain laadullisen tutkimuksen piirteitä, koska olemme käyttäneet palautekyselyssä avoimia kysymyksiä suljettujen kysymysten lisäksi.

6.4 Tutkimusmenetelmät

Käytimme opinnäytetyössämme kolmea tutkimusmenetelmää. Niitä ovat The Comprehensive Body Examination-testistö, Ojasen hyvinvointikysely sekä itse laatimaamme palautekysely. Niiden avulla saimme vastaukset tutkimusongelmiimme.

6.4.1 The Comprehensive Body Examination- Kehon kokonaisvaltainen tutkimusmenetelmä

The Comprehensive Body Examination (CBE) tarkoittaa ruumiillista voimavarojen tutkimista. Taustalla on ajatus kehon ja mielen erottamattomuudesta. Kehoa ja sen asentoja tutkimalla saadaan tietoa ihmisen voimavaroista. Voimavarojen tutkimisen kehittäminen alkoi jo 1960-luvulla ja sitä kehitetään koko ajan. Berit Heir Bunkanin kehittämässä tutkimistavassa tarkastelun kohteena on asento, hengitys, liikkuvuus ja lihasten koostumus. Tutkimismenetelminä käytetään havainnointia, passiivisia liikkeitä ja käsillä tunnustelua. CBE:ssä asentoa tarkastellaan seisten ja selinmakuulla. Tarkkailun kohteina ovat selkärangan kyfoosi ja lordoosit sekä pään, hartioden, olkapäiden ja polvien asennot. Tapaa hengittää havainnoidaan myös eri alkuasennoissa. Liikkuvuutta arvioidaan raajojen passiivisia liikkeitä tarkastelemalla, vastustaako tai avustaako tutkittava liikettä. Lihaksia tutkitaan käsin palpoimalla arvioiden lihaksen keskikohdalta esimerkiksi koostumusta, jännittyneisyyttä tai velttoutta. Kehollinen voimavaratutkiminen antaa tietoa voimavaroista ja ohjaa terapian sisällön valitsemista. Tutkimuksen reliabiliteetti on todettu korkeaksi, joten mittari on luotettava eli validi, kun testaajana on kokenut fysioterapeutti. (Rautamies 2005, 54–55.)

CBE -tutkimusmenetelmä on julkaistu kirjana. Kirja on tarkoitettu psykofyysisen fysioterapia-alan ammattilaisille. Kirja sisältää tarkan mittausmenetelmän yksilön kokonaisvoimavarojen arviointiin. (Heinonen & Valkama 2010, 7-11.) CBE- testistö on jaettu 14 eri osioon, jossa tarkastellaan neljää edellä mainittua pääaluetta. Metodia käytetään tutkittaessa pitkäaikaisesti niin fyysisesti kuin psyykkisestikin sairaita ihmisiä. Testin mukaan on tärkeää, että koko kehoa tutkitaan ja hoidetaan

kokonaisvaltaisesti ihmisillä, jotka ovat kärsineet ongelmistaan jo pitkään. Asento, hengitys, liike ja lihasten toiminta ovat yhteydessä toisiinsa. Ongelma jollain osa-alueella voi vaikuttaa muuhun kehoon. (Ekerholt 2010, 64–66.)

Tutkimukset ja kliininen kokemus ovat osoittaneet, että CBE:stä on tehtävä koko testistö, jotta saadaan riittävä kuva ihmisen tilasta. Tällä tavoin häntä voidaan hoitaa optimaalisesti. Käytännön tutkimisessa eri osiot on tutkittava luotettavasti ja tarkasti. Tutkijan on kuitenkin pystyttävä tarkastelemaan kehoa ja persoonaa myös kokonaisuutena, mikä tekee tutkimisesta haastavaa. Lisäksi on tarpeellista saada tutkittavan sairashistoria ja tietoa hänen sosiaalisesta toiminnastaan hoitoa suunnitellessa. Jokaisen osion pisteytys on erikseen testipaketissa. Pisteytyksessä luku 0 tarkoittaa ideaali tilaa, kun 6 yksikköä positiiviseen tai negatiiviseen osoittaa poikkeavuutta ideaalista. Kokeneet terapeutit käyttävät testistön tekemiseen aikaa noin 40 minuuttia. (Ekerholt 2010, 64–66.) Käytännön kokemus on osoittanut, että kehon liikkuvuus ja hengitysosoiden löydökset ovat luotettavimpia kuvaamaan tutkittavan tilannetta kuin asento ja lihaskoostumusosoiden löydökset (Bunkan 2003, 80, Heinosen & Valkaman 2010, liite 3 mukaan).

Testistön asentoa tarkastelevassa osuudessa havainnoidaan erikseen kehon ääreisosia ja keskivartaloa. CBE- testissä osa kohdista testataan kahdessa eri asennossa, sekä seisten että selinmakuulla. Monilla ihmisillä voi ilmetä lieviä yksittäisiä asentomuutoksia kehossa, mutta ne eivät ole yhteydessä henkilön psyykkisiin vaivoihin. Tästä syystä onkin tärkeää, että testistö sisältää useita osioita asennon havainnointiin liittyen erityisesti luotettavuuden kannalta. Testin useissa kohdissa on poikkeavuuksia henkilöillä, joilla on kroonisia kiputiloja tai psyykkisiä ongelmia. Näillä poikkeavuuksilla voi olla yhteys vaivaan tai ne voivat olla tärkeitä osatekijöitä huomioidessa tulevaa hoitoa. (Ekerholt 2010, 66–67.)

Hengitysosiossa tarkastellaan hengityksen vaihtelevuutta, jännittyneisyyttä ja rintakehän asentoa sekä hengitysliikettä selinmakuulla ja seistessä. Hengityksen vaihtelevuutta tarkastellaan aktiivisen hiihtoliikkeen aikana. Vapaa hengitys kertoo kyvystä tunteiden hienosäätöön, kun rajoittunut hengitys voi olla yhteydessä psyykkisiin ongelmiin. Myös kroonisesta kivusta kärsivillä voi olla rajoittunut

hengitys, etenkin jos kivut ovat niskan ja hartioiden alueella. Selinmakuulla hengitys syvenee pystyasentoon verrattuna. (Ekerholt 2010, 68–69.)

CBE:ssä liikettä tarkastellaan kolmesta näkökulmasta. Liikkeen vastustamista, avustamista sekä motorisia häiriöitä pyritään huomioimaan. Näitä huomioidaan esimerkiksi viemällä testattavan olkaniveltä passiivisesti abduktioon ja antamalla sen pudota vapaasti alas. Sekä nosto- että pudotusvaiheessa havainnoidaan avustaako tai vastustaako testattava liikettä, tai onko liike muuten normaali. Testiin sisältyy myös rintakehän kierron laajuuden ja vastustuksen tarkkailu, tasapainoilu yhdellä jalalla 15 sekunnin ajan sekä motorinen ylivilkkauksen ja outojen liikkeiden tarkkailu koko testin tekemisen ajan. Ihminen ilmaisee usein itseään paremmin kehonkielellä kuin sanoin, eli liike, fyysinen ja psyykkinen olemus ovat läheisessä yhteydessä toisiinsa. Liikkeisiin voi vaikuttaa kipu, pelko tai motivaatio sekä anatomiset ja fysiologiset rajoitteet. Tästä syystä on tärkeää tutkia liikkeitä ja toimintoja, jotta saadaan selville, kuinka kipu ja vaivat ilmaisevat itseään kehossa. Liikkeen laajuutta, joustavuutta ja kykyä rentoutua tutkitaan myös tässä osiossa. Kivusta kärsivillä henkilöillä on usein suuria ongelmia näillä osa-alueilla. Erityisesti ongelmia on laajoista lihaskivuista kärsivillä. Kipu vaikuttaa kykyyn rentoutua. (Ekerholt 2010, 69–70.)

Testissä lihakset palpoidaan aina rentoutuneessa asennossa sekä raajoista että keskivartalosta. Testissä tarkastellaan sekä ääreisosien että keskivartalon jännittyneisyyttä ja velttoutta. Esimerkiksi syvästi masentuneella tai epätoivoisella ihmisellä lihakset voivat reagoida ja tulla veltoksi ja iho muuttua hikiseksi. Stressi, kipu ja pelko ovat kaikki elementtejä, jotka voivat vähentää kykyä rentoutua. Ne voivat myös kasvattaa lihasten jännittyneisyyttä, mikä voi johtaa ikävään noidankehään ja pahimmillaan lihasten toimintahäiriöön. (Ekerholt 2010, 71.)

CBE:tä on testattu empiirisesti käytännössä. Norjassa tehdyssä tutkimuksessa CBE:llä tutkittiin pitkäaikaisia kipupotilaita, psykoottisia sekä ei psykoottisia mielenterveyskuntoutujia. Heitä verrattiin verrokkiryhmään, joka koostui tavallisista opiskelijoista. Tulokset osoittivat, että testistön ryhtiosuus on riittävä psykometriseen ryhdin arviointiin. (Friis, Bunkan, Ljunggren, Moen, Oppjordsmoen 1998, 319–326.) Psykometrisellä mittaamisella tarkoitetaan testin käyttötapaa,

jolloin testi esitetään tarkasti määritetyllä tavalla ja tuloksia verrataan jonkin standardointijoukon tuloksiin (Heiskari [viitattu 2.12.2010.]). Samalla tutkimusryhmällä hengitystä testattaessa testistön osuudet osoittautuivat riittäviksi psykometriseen mittaamiseen. (Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Ljunggren & Friis 1999, 361–369.)

Myös liikkuvuutta testattiin samalla kohderyhmällä. Liikkuvuuden osiot olivat myös riittävät psykometriseen mittaamiseen. Liikkuvuudessa erot olivat kuitenkin hyvin merkittävät eri ryhmien välillä. (Bunkan, Ljunggren, Moen, Opjordsjoen & Friis 2000, 33–40.) Lihaskoostumuksen testiosiot ovat hyödyllisiä fysioterapeuteille, fysiatreille sekä psykologeille, jotka haluavat oppia havainnoimaan mielenterveyshäiriöisten lihaskoostumuksen tilaa (Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Ljunggren, Friis. 2003, 21–30). CBE- menetelmän reliabiliteettiä on myös testattu tutkimuksella. Tutkimuksessa muuttujia arvioitiin sattumanvaraisesti sekä systemaattisesti. CBE-mittarilla saavutettiin hyvin tarkkoja arvoja, joten sitä voidaan pitää varsin luotettavana. (Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Ljunggren & Friis 2002, 121–129.)

Validiteetillä tarkoitetaan kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata. Validissa tutkimuksessa ei siis saisi olla systemaattista virhettä, eli tutkittavat ovat ymmärtäneet kyselylomakkeen, kysymykset ja mittarin. Tulokset vääristyvät, jos tutkittava ei ajattelekaan kuten tutkija oletti. Reliabiliteetilla tarkoitetaan luotettavuutta, eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittaustulosten toistettavuutta. Tällöin saman henkilön tutkiminen antaa saman mittaustuloksen riippumatta tutkijasta. Virheiden vaikuttavuus tutkimuksen tavoitteiden kannalta ei ole kovin suuri, vaan tärkeämpää on, että tutkija ottaa kantaa tutkimuksensa satunnaisvirheisiin. (Vilka 2007, 161-162.)

6.4.2 Ojasen liikunta-, harrastukset - ja hyvinvointi- kysely

Jaoimme ryhmäläisille ennen alku- ja lopputestejä kyselyn, johon he vastasivat ennen testaustilannetta. Käytimme Ojasen (1994) laatimasta liikunta, harrastukset ja hyvinvointi -kyselystä viittä osiota. Näissä osioissa kartoitettiin fyysistä kuntoa,

liikunnan määrää, ahdistuneisuutta, mielialaa ja tyytyväisyyttä elämään. Kysely sisälsi viisi kysymystä, joihin oli valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselyssä oli jokaisen kysymyksen kohdalla asteikko 0-100 sekä sanallinen kuvaus joka kymmenyksen kohdalla siitä, miten ryhmäläinen kokee senhetkisen vointinsa. (Ojanen 1994, 135–144.)

6.4.3 Palautekysely

Opinnäytetyössämme käyttämämme palautekysely oli puolistrukturoitu. Se sisälsi suljettuja sekä avoimia kysymyksiä. Suljetut kysymykset olivat dikotomisia eli sisälsivät vain kaksi vastausvaihtoehtoa. Suljetuissa kysymyksissä oli myös monivalintakysymyksiä. Monivalintakysymykseen vastaaja voi valita enemmän kuin yhden vastausvaihtoehdon. Suljetut kysymykset ovat hyödyllisiä, kun vastaaja ei ole kielellisesti lahjakas. Niitä on myös helppo käsitellä ja analysoida. Avointen kysymysten avulla vastaajilta voi saada spontaaneja vastauksia, joita ei etukäteen olisi voitu odottaa. (Heikkilä 2008, 49–51.)

6.5 Aineiston analyysi

CBE- testin tuloksista teimme määrällistä analysointia laskemalla käsin alku- ja lopputestien tulokset jokaisen ryhmäläisen kohdalta erikseen. Laskimme myös testistön eri osioiden pisteet jokaisen ryhmäläisen kohdalta, jotta pystyimme vertailemaan niiden tuloksia alku- ja lopputestien välillä. Eri osioita vertailemalla saimme selville, mitkä osiot olivat muuttuneet eniten intervention aikana. CBE-testistössä tutkittavia osioita oli kahdeksan kappaletta. Jokainen osio sisälsi useamman arvioitavan kohdan. Jokaisen kohdan arviointiasteikko sijoittuu 0-6 pisteen välille. Asteikossa tavoiteltava ihannearvo on nolla. Mitä vähemmän pisteitä henkilö osiosta saa, sitä parempi tulos on ja sitä enemmän voimavaroja henkilöllä on käytössään.

Hyvinvointikyselyn tuloksista teimme myös määrällistä analysointia laskemalla käsin jokaisen ryhmäläisen saaman pistemäärän eri osioista. Ryhmäläiset

vastasivat kyselyyn ennen interventiota sekä sen jälkeen. Tällä tavoin saimme selville, missä osioissa muutosta on tapahtunut ryhmäläisten kokemusten mukaan eniten intervention aikana.

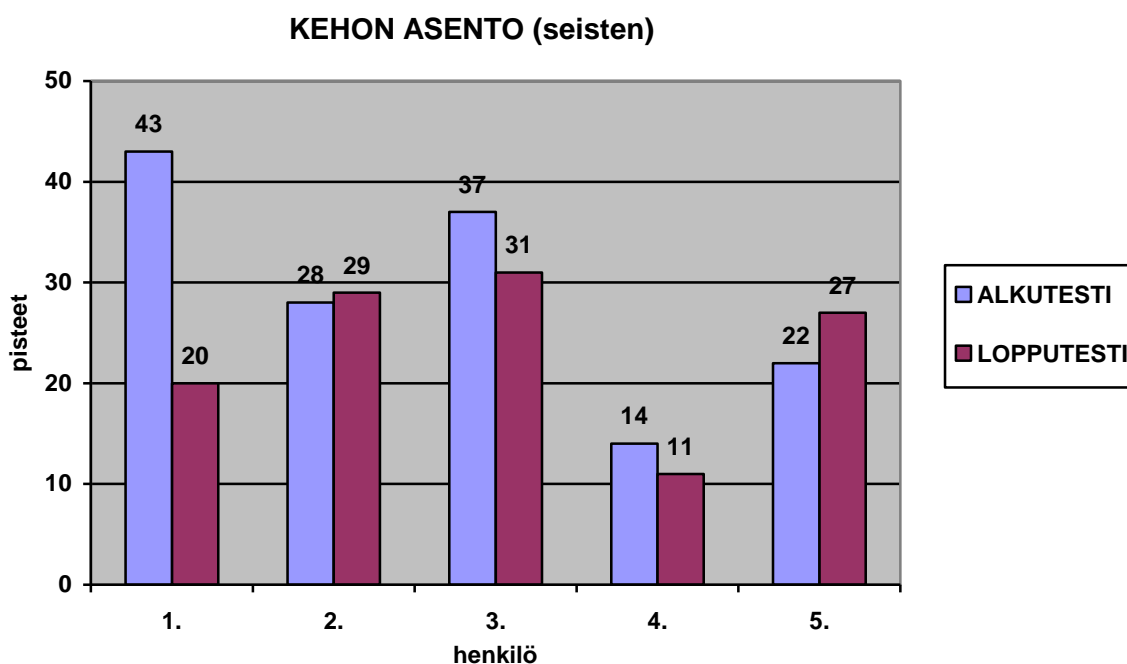
Palautekyselyn analysoimme viimeiseksi. Tarkastelimme sen vastauksista, kuinka moni ryhmäläinen koki psykofyysisistä fysioterapiaharjoitteista olleen hyötyä itselleen. Tarkastelimme myös, kuinka moni koki fyysisen ja psyykkisen hyvinvointinsa muuttuneen ryhmän toiminnan myötä. Lisäksi tarkastelimme, mitkä harjoitteista oli koettu hyödyllisimmiksi ja miten ryhmäläiset kokivat harjoitteiden vaikuttaneen. Palautekyselystä saimme tietoa ryhmäläisten subjektiivisista tuntemuksista ja kokemuksista koskien psykofyysisiä fysioterapian harjoitteita.

7 TULOKSET

Opinnäytetyössämme tutkimukseen osallistuneiden ryhmäläisten mielipiteet ja kokemukset ovat tärkeässä asemassa. Ne vaikuttavat arviointiin koko tutkimuksen onnistumisesta sekä siitä, mitä olisi syytä tehdä toisin, jotta interventiosta saataisiin mahdollisimman suuri hyöty.

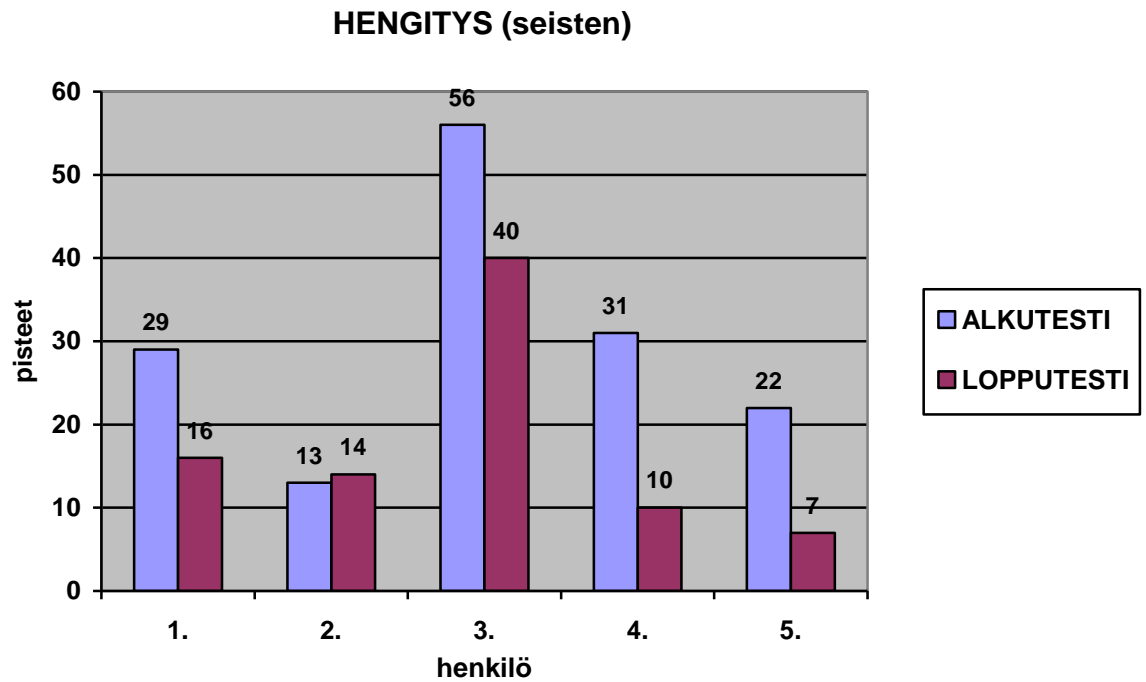
The Comprehensive Body Examination (CBE)

CBE- testin tuloksissa pisteiden lasku tarkoittaa myönteistä kehitystä intervention aikana, pisteiden nousu tarkoittaa vastaavasti muutosta huonompaan.



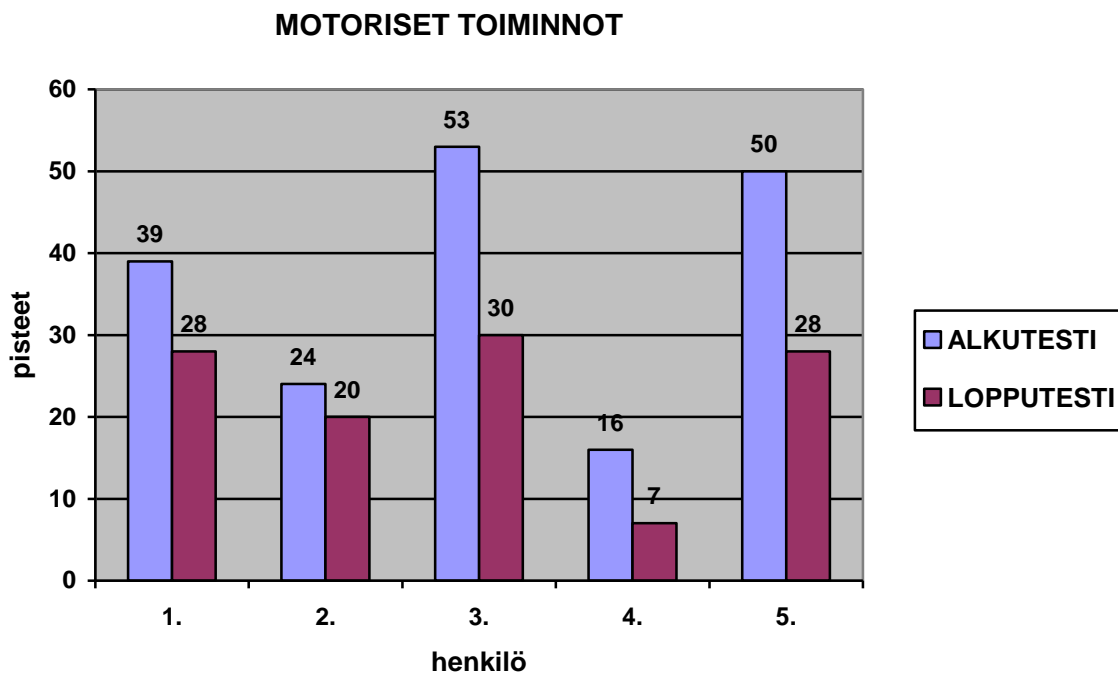
Kuvio 2. Ryhmäläisten asento-osion tulokset alku- ja lopputestauksessa.

Alkumittaustuloksia ja loppumittaustuloksia verratessa kolmella henkilöllä viidestä asento parani seisoma-asennossa tarkasteltaessa 21–53 prosenttia. Kahdella henkilöllä asento huononi 4-23 prosenttia.



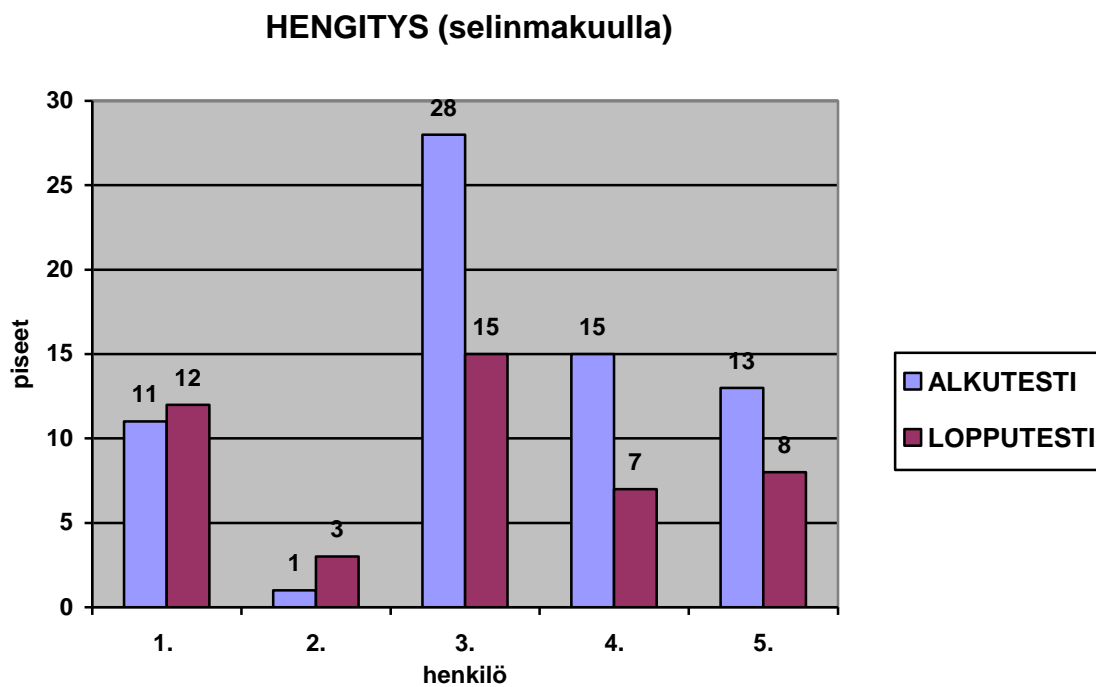
Kuvio 3. Ryhmäläisten hengitys-osion tulokset alku- ja lopputestauksessa.

Hengitystä tarkasteltiin havainnoiden seisoma-asennossa. Hengitysosiossa neljällä henkilöllä viidestä testin tuloksissa tapahtui myönteistä kehitystä 29–68 prosenttia interventio aikana. Yhdellä henkilöllä muutosta huonompaan tapahtui kahdeksan prosenttia.



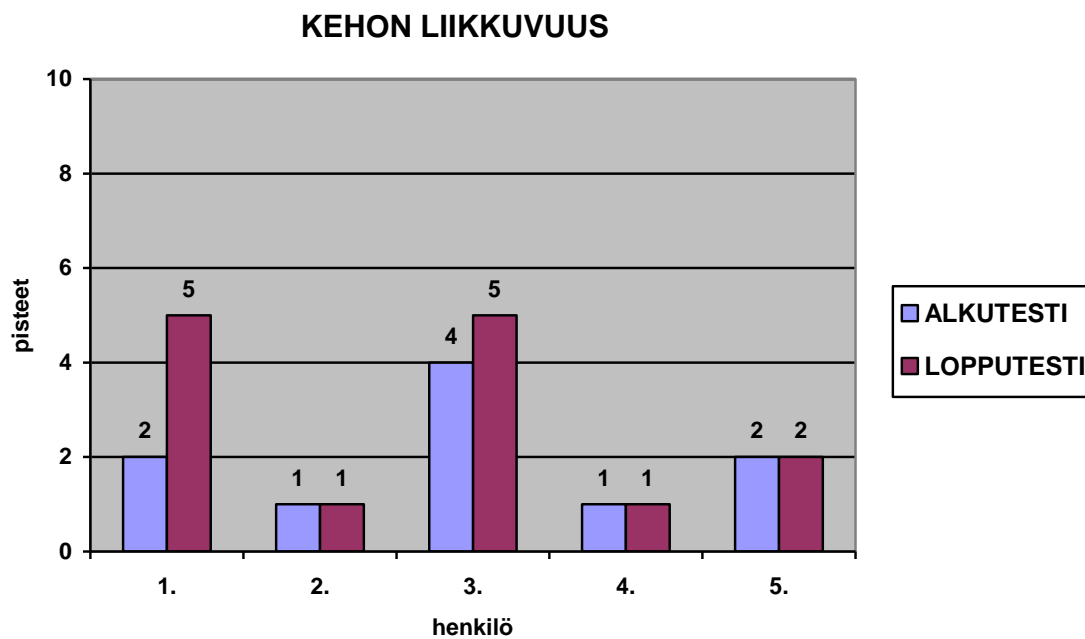
Kuvio 4. Ryhmäläisten motoriset toiminnot-osion tulokset alku- ja lopputestauksessa.

Kaikilla henkilöillä motoriset toiminnot- osuudessa tapahtui myönteistä kehitystä 17–56 prosenttia.



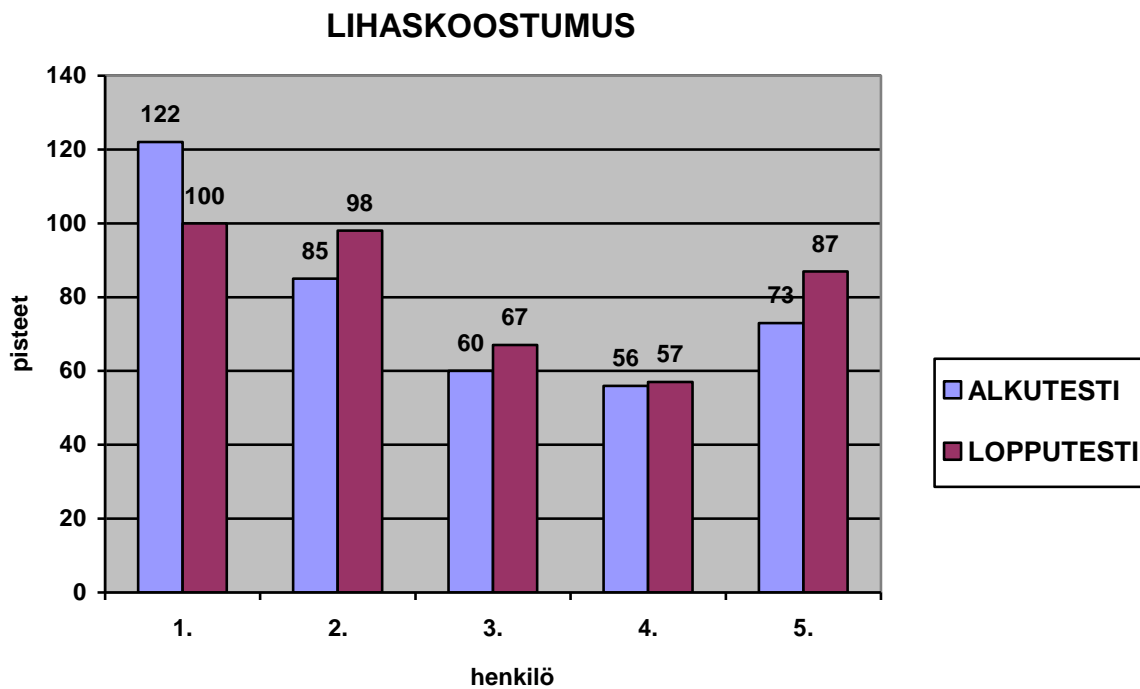
Kuvio 5. Ryhmäläisten hengitys-osion tulokset alku- ja lopputestauksessa.

Selinmakuulla suoritettavassa hengitysosiossa kolmella henkilöllä viidestä tapahtui kehitystä 38–53 prosenttia intervention aikana. Kahdella viidestä henkilöstä tulokset huononivat intervention aikana.



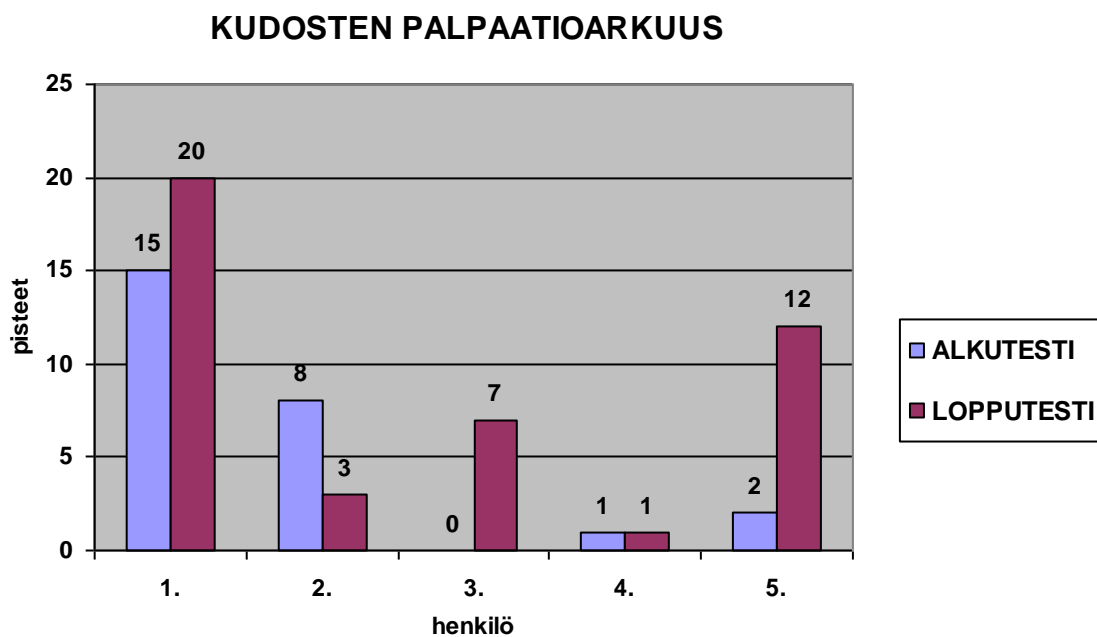
Kuvio 6. Ryhmäläisten liikkuvuus-osion tulokset alku- ja lopputestauksessa.

Ryhmäläisistä kolmella henkilöllä liikkuvuusosion tulokset pysyivät samoina intervention aikana. Kahdella henkilöllä tulokset huononivat intervention aikana.



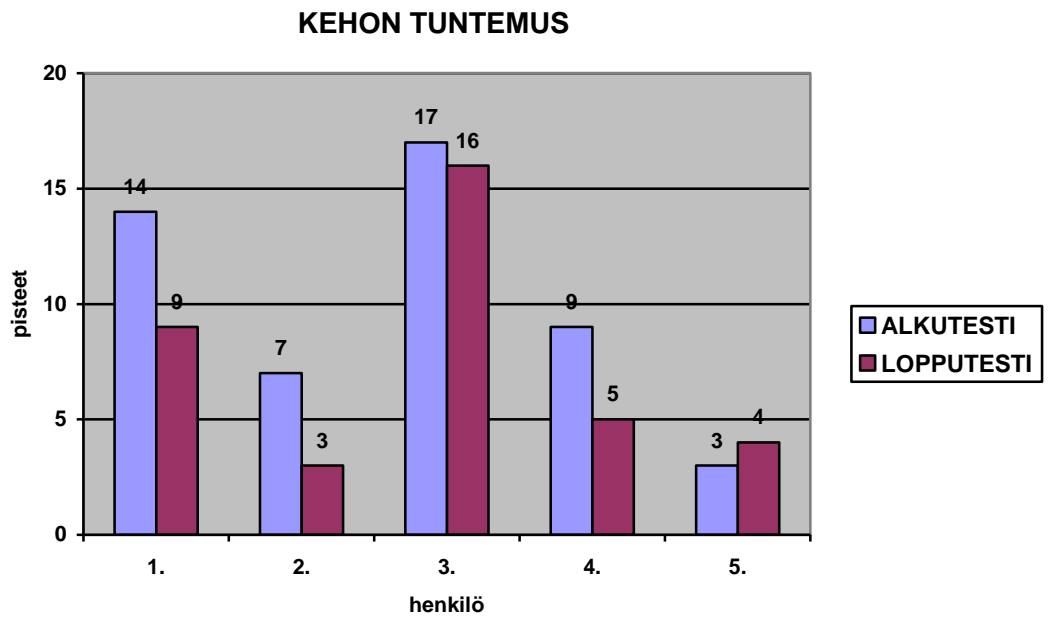
Kuvio 7. Ryhmäläisten lihaskoostumus-osion tulokset alku- ja lopputestauksessa.

Ryhmäläisistä neljällä viidestä lihaskoostumus- osion tulokset huononivat 2-19 prosenttia intervention aikana. Yhdellä henkilöllä tuloksissa tapahtui edistymistä 18 prosenttia.



Kuvio 8. Ryhmäläisten palpaatioarkuus-osion tulokset alku- ja lopputestauksessa.

Kolmella henkilöllä tulokset huononivat huomattavasti intervention aikana. Yhdellä henkilöllä tulos parani 62 prosenttia sekä yhdellä henkilöllä tulos pysyi samana intervention aikana.

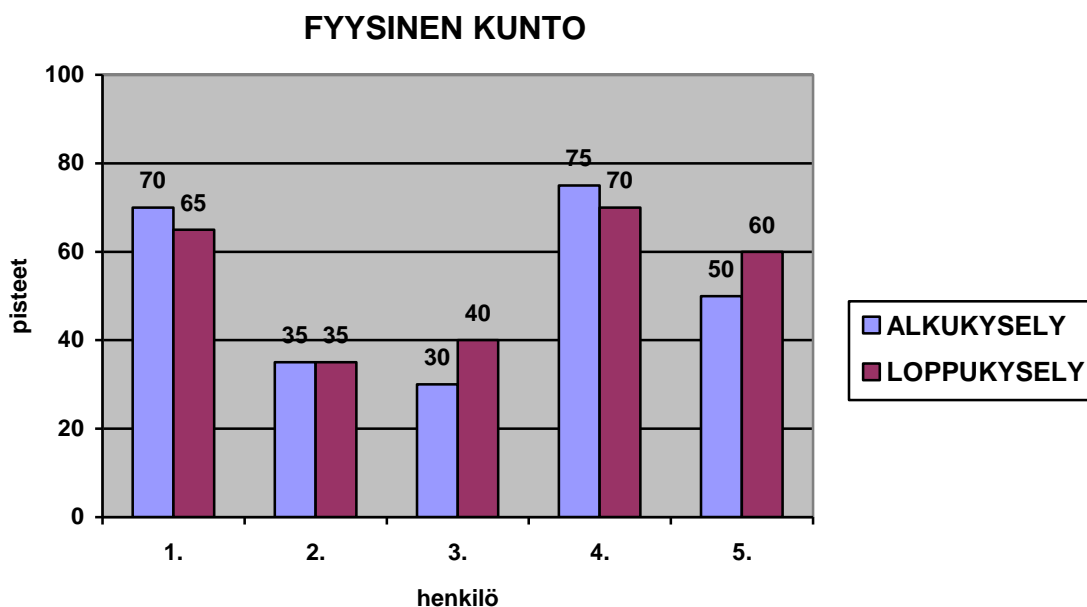


Kuvio 9. Ryhmäläisten kehontuntemus-osion tulokset alku- ja lopputestauksessa.

Kehontuntemusosiossa neljällä viidestä ryhmäläisestä tulokset paranivat 6-57 prosenttia intervention aikana. Yhdellä loppumittauksen tulos huonontui 33 prosenttia intervention aikana.

7.1 Hyvinvointikysely

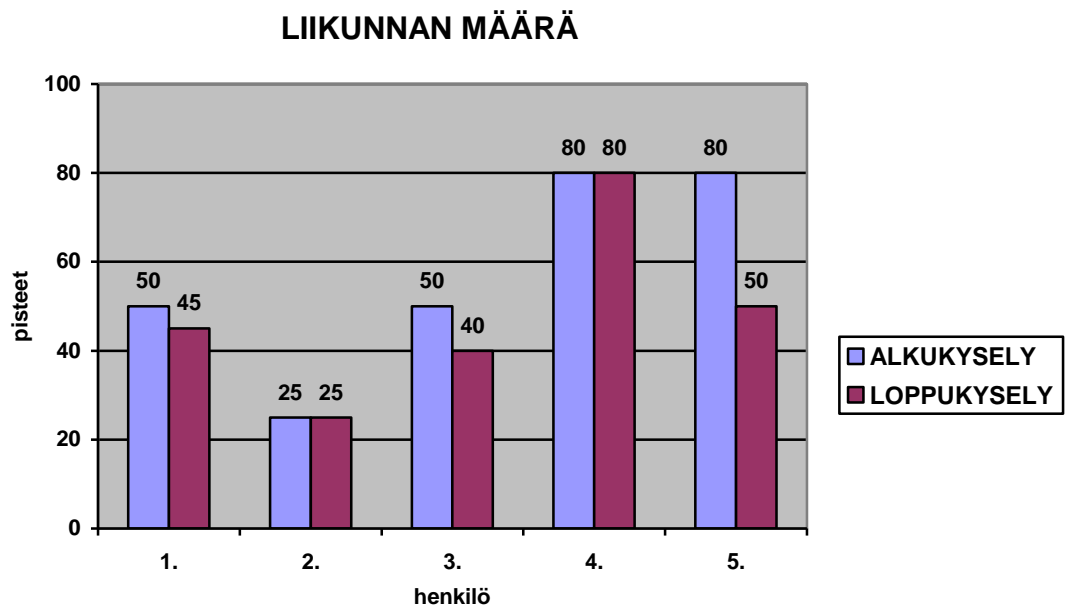
Ryhmäläiset arvioivat fyysistä kuntoaan asteikolla 0-100. Fyysinen kunto- osiossa erittäin hyvä (100) kuvattiin seuraavasti: ”Ikäsiini verrattuna olen erittäin hyväkuntoinen, fyysisesti terve. Huolehdin kunnostani, en ole ylipainoinen.” Erittäin huono (0) kuvattiin seuraavasti: ” Fyysinen kuntoni on erittäin huono. Vähänkin pitempi käveleminen tuottaa jo vaikeuksia. Lyhytaikainenkin työnteko käy raskaaksi.” Eli tämän osion kohdalla pisteiden määrän nousu tarkoittaa kehitystä parempaan, vastaavasti pisteiden lasku kehitystä huonompaan.



Kuvio 10. Ryhmäläisten kokemus fyysisestä kunnostaan alku- ja loppukyselyssä.

Kaksi ryhmäläisistä koki fyysisen kuntonsa nousseen 20–33 prosenttia intervention aikana. Kaksi ryhmäläisistä koki fyysisen kuntonsa heikentyneen 7 prosenttia. Yksi ryhmäläisistä koki fyysisen kuntonsa samanlaiseksi alku- ja loppukyselyssä.

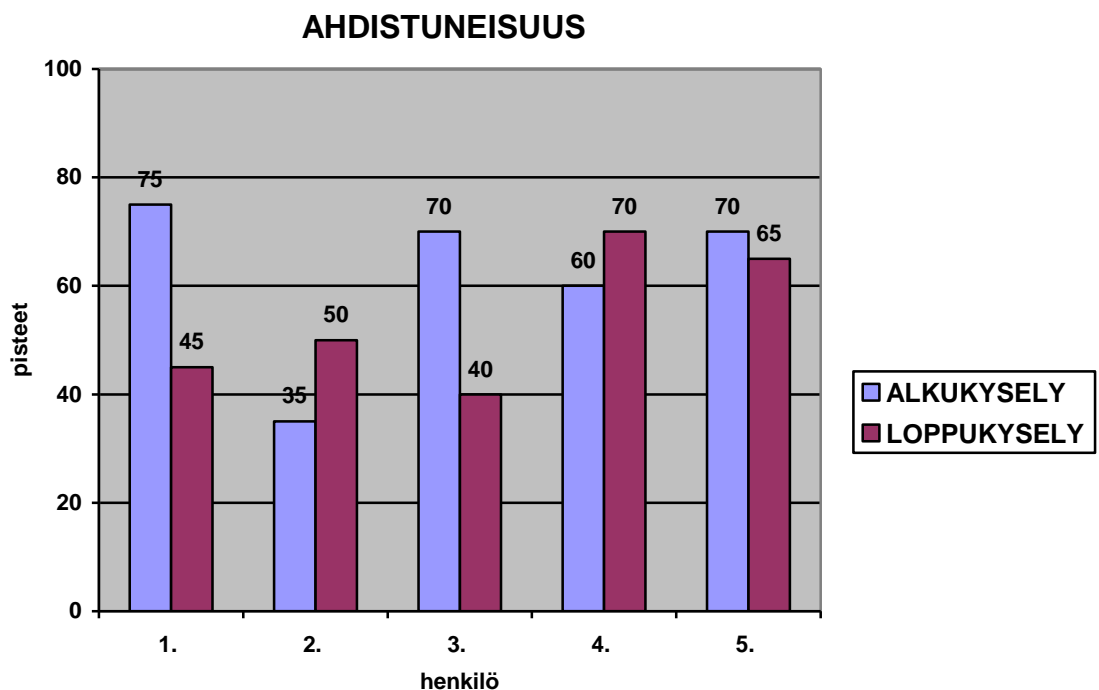
Ryhmäläiset arvioivat harrastamansa liikunnan määrää asteikolla 0-100. Liikunnan määrän kartoituksessa erittäin aktiivinen (100) kuvattiin seuraavasti: ” Olen kilpaurheilija. Harjoittelen lajiani päivittäin. Lajini vaatii voimaa ja nopeutta. Harjoitteet ovat vaativia.” Erittäin passiivinen (0) kuvattiin seuraavasti: ” En harrasta oikeastaan mitään liikuntaa sen lisäksi, mitä työ ja asiointi vaativat.” Eli tämän osion kohdalla pisteiden määrän nousu tarkoittaa kehitystä parempaan, vastaavasti pisteiden lasku kehitystä huonompaan.



Kuvio 11. Ryhmäläisten kokemus liikunnan määrästään alku- ja loppukyselyssä.

Loppukyselyn perusteella ryhmäläiset kokivat liikunnan määrän pysyneen samana tai vähentyneen alkukyselyyn verrattuna. Kaksi henkilöä viidestä kokivat liikunnan määrän pysyneen samana intervention aikana. Kolme henkilöä viidestä koki liikunnan määrän laskeneen 10–30 prosenttia intervention aikana.

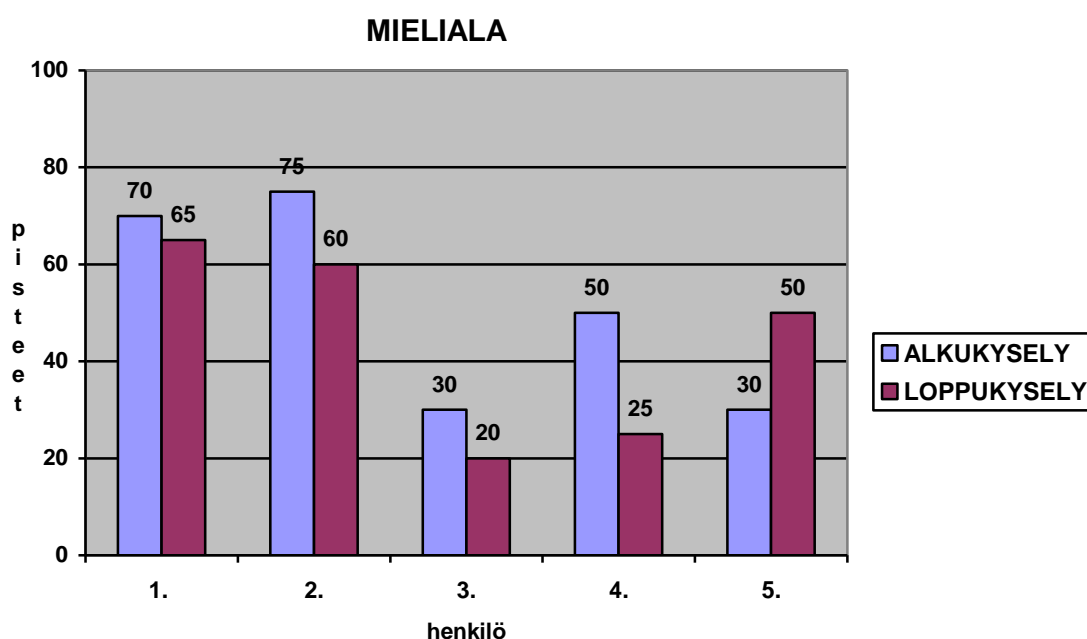
Ryhmäläiset arvioivat ahdistuneisuuttaan asteikolla 0-100. Tässä kysymyksessä asteikko on päinvastainen, eli erittäin ahdistunut (100) kuvattiin seuraavasti: ”Tunnen itseni jatkuvasti erittäin ahdistuneeksi ja jännittyneeksi. Olen kuin kireälle jännitetty viulunkieli.” Erittäin rauhallinen (0) kuvattiin seuraavasti: ”Ahdistus on oikeastaan vain sanana tuttu, sillä minulla on siitä kovin vähän kokemuksia. Olen kertakaikkisen rauhallinen tyyppi.” Eli tämän osion kohdalla pisteiden määrän nousu tarkoittaa muutosta huonompaan, vastaavasti pisteiden lasku kehitystä parempaan.



Kuvio 12. Ryhmäläisten kokemus ahdistuneisuudestaan alku- ja loppukyselyssä.

Ryhmäläisistä kolme koki ahdistuneisuuden laskeneen 7-43 prosenttia intervention aikana. Kaksi ryhmäläisistä koki sen nousseen 17-43 prosenttia intervention aikana.

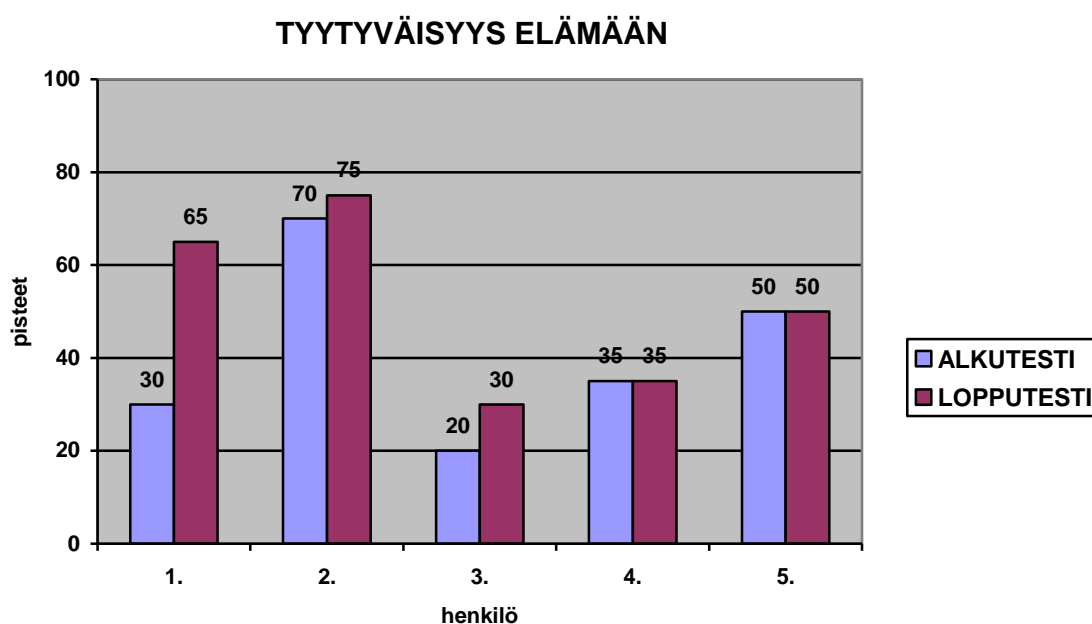
Ryhmäläiset arvioivat sen hetkistä mielialaansa asteikolla 0-100. Mielialan kartoituksessa hyvä mieliala (100) kuvattiin seuraavasti: ”Olen lähes aina iloinen ja hyvällä tuulella. En ole käytännöllisesti katsottuna koskaan huonolla tuulella.” Erittäin huono mieliala (0) kuvattiin seuraavasti: ”Mielialani on erittäin synkkä ja raskas. Oloni on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olisin putoamassa pohjattomaan kuiluun. Mikään ei liikuta tai kiinnosta. En pysty tekemään työtä tai hoitamaan asioitani.” Eli tämän osion kohdalla pisteiden määrän nousu tarkoittaa kehitystä parempaan, vastaavasti pisteiden lasku kehitystä huonompaan.



Kuvio 13. Ryhmäläisten kokemus mielialastaan alku- ja loppukyselyssä.

Loppukyselyyn verrattuna vain yhdellä viidestä mieliala oli noussut alkukyselyyn verrattuna. Neljällä henkilöllä viidestä mieliala laski 7-50 prosenttia intervention aikana. Yhdellä henkilöllä viidestä mieliala nousi 33 prosenttia intervention aikana.

Ryhmäläiset arvioivat senhetkistä tyytyväisyyttä elämään asteikolla 0-100. Tässä osiossa erittäin tyytyväinen (100) kuvattiin seuraavasti: ”Olen erittäin tyytyväinen elämäni. Asiani eivät voisi olla paremmin. Minulla on kaikkea mitä tarvitsen ja toivon.” Erittäin tyytymätön kuvattiin seuraavasti: ”Olen erittäin tyytymätön elämäni. Elämässäni ei oikeastaan mikään ole kohdallaan.” Eli tämän osion kohdalla pisteiden määrän nousu tarkoittaa kehitystä parempaan, vastaavasti pisteiden lasku kehitystä huonompaan.



Kuvio 14. Ryhmäläisten kokemus tyytyväisyydestä elämäänsä alku- ja loppukyselyssä.

Kaikki ryhmäläiset kokivat tyytyväisyyden elämään kasvaneen tai pysyneen samana intervention aikana. Kolmella henkilöllä viidestä tyytyväisyys elämään kasvoi seitsemästä prosentista jopa kaksinkertaiseksi intervention aikana. Kahdella henkilöllä tyytyväisyys elämään pysyi samana intervention aikana.

7.2 Palautekysely

Kaikki ryhmäläiset kokivat psykofyysisistä fysioterapian harjoitteista olleen hyötyä itselleen. Yksi ryhmäläisistä koki harjoitteet sekä hyödyllisiksi että hyödyttömiksi. Kolme viidestä ryhmäläisistä koki ryhtiharjoitteista, hengitysharjoitteista sekä rentoutumisharjoitteista olleen hyötyä itselleen. Kehonkuvaharjoitteista kaksi viidestä ryhmäläisistä koki olevan hyötyä itselleen.

Kaikki ryhmäläiset kokivat fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin muuttuneen ryhmän toiminnan myötä. Yksi ryhmäläisistä koki fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin muuttuneen sekä toisaalta pysyneen samana ryhmän toiminnan myötä.

Ryhmäläisten kokemuksia harjoitteiden vaikutuksista:

”Olen saanut uutta virikettä ja ajateltavaa.”

(henkilö 5)

”Olen tietoisempi ruumiistani.”

(henkilö 4)

”Uskallan käyttää selkää, koska tiedän, että se tarvii liikettä.”

(henkilö 4)

”Kehon tuntemus ja rentous on lisääntynyt. Hyvä kokemus.”

(henkilö 1)

”Olen hyväksytty sellaisena kuin olen, ei tarvinnut hävetä itseään.”

(henkilö 2)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

CBE -testistä saatujen tulosten perusteella voidaan olettaa, että psykofyysisillä fysioterapian harjoitteilla on vaikutusta mielenterveysongelmista kärsivien kuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin voimavaroihin. Harjoitteilla oli positiivista vaikutusta kehon asentoon, hengitykseen, motorisiin toimintoihin sekä kehontuntemukseen. Liikkuvuus-, lihaskoostumus- sekä palpoini-osioiden tulokset huononivat intervention aikana.

Hyvinvointikyselyn tulokset osoittivat, että ryhmän tulosten keskiarvon mukaan ryhmäläisten fyysinen kunto nousi, mutta liikunnan määrä laski intervention aikana. Ahdistuneisuuden määrä väheni, mutta mieliala laski. Tyytyväisyys elämään nousi.

Palautekyselystä saatujen vastausten mukaan kaikki ryhmäläiset kokivat psykofyysiset fysioterapian harjoitteet hyödyllisiksi itselleen. Sekä ryhti-, hengitys-, kehonkuva- että rentoutusharjoitteista koettiin olevan hyötyä. Kaikki ryhmäläiset kokivat psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin kohentuneen. He kokivat harjoitteiden vaikuttaneen muun muassa kehon tuntemuksen lisääntymiseen ja rentoutumiseen.

9 POHDINTA

Psykofyysinen fysioterapia, ja sen ajatus kehon ja mielen yhteydestä on ollut alusta lähtien kiinnostuksemme kohteena. Tämän seurauksena valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi psykofyysisen fysioterapian. Suomessa psykofyysinen fysioterapia on vielä melko uusi fysioterapian osa-alue. Mielestämme sillä olisi paljon annettavaa eri sosiaali- ja terveysalan potilasryhmille sekä kuntoutukselle. Opinnäytetyöprosessimme lähti liikkeelle CBE- testistöstä, jonka opettajamme meille esitteli. Kiinnostuimme siitä heti, koska se oli meille koulutuksemme puolesta tuntematon. Halusimme opinnäytetyömme sisältävän laajan asiakkaan tutkimis-osion, koska opintojen aikana tutkimista ei ole harjoiteltu paljon. CBE-testistö on laaja ja vaativa, joten jouduimme käyttämään paljon aikaa sen opetteluun. Syventyminen testistöön oli välttämätöntä, jotta pystyimme toteuttamaan testaamisen mahdollisimman luotettavasti.

Aluksi oli haasteellista löytää ryhmään henkilöitä, jotka hyötyisivät tekemästämme interventiosta. Olimme yhteydessä sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen päivätoiminnassa käyvään yhteyshenkilöömme, joka auttoi meitä kokoamaan ryhmän. Ryhmäläiset tiesivät toisensa päivätoiminnan kautta, mikä vaikutti ryhmäytymiseen positiivisesti. Ensimmäisestä kerrasta lähtien pyrimme luomaan avoimen ja turvallisen ilmapiirin molemmin puoleisella vuorovaikutuksella. Pyrimme kuuntelemaan, keskustelemaan sekä olemaan aidosti kiinnostuneita jokaisen yksilöllisestä tilanteesta. Tämä onnistui mielestämme hyvin, koska erilaisia tunteita ja tuntemuksista ilmaistiin varsin avoimesti intervention edetessä. Välillä myös vaikeita tunnetiloja käsiteltiin yhdessä, mikä vaati ohjaajilta ihmistuntemusta ja ymmärrystä. Intervention aikana opimme, että tunteiden ilmaiseminen ja kokeminen on yksilöllistä. Jokaisen tapaa ilmaista itseään ryhmässä täytyy kunnioittaa.

Useat psykofyysisen fysioterapian harjoitteet ovat haastavampia ohjata kuin esimerkiksi lihasvoimaharjoitteet, jotka ovat konkreettisempia ja selvempiä ohjata ja havainnollistaa. Psykofyysisen fysioterapian harjoitteet edellyttävät oman itsensä sekä kehon kuuntelemista ja tuntemista. Tämän oppiminen vaatii paljon harjoittelua. Ajoittain tietyt harjoitteet tuntuivat vaikeilta ja epäselviltä. Niiden

tarkoitusta sekä vaikutusta kehon ja mielen välillä oli haastavaa ymmärtää. Intervention puolella välissä aloitimme pariharjoitteet. Niissä toisen henkilön koskettaminen tapahtui aluksi välineen avulla, esimerkiksi nystypallolla. Pariharjoitteet aiheuttivat erilaisia tuntemuksia ja reaktioita ryhmäläisissä. Ne ilmenivät esimerkiksi tirsakuntana, liikkeissä hätäilynä sekä epävarmuutena, toisaalta rentoutuneisuutena sekä luottavaisuutena. Myöhemmin pariharjoitteet tehtiin myös ilman välinettä suoran kosketuksen avulla. Ryhmäläiset kertoivat suoran kosketuksen tuntuneen aluksi hieman jännittävältä, epämiellyttävältä ja ahdistavaltakin, mutta harjoitteiden edetessä kosketukseen ja toisen ihmisen läheisyyteen tottui. Tuntemukset intervention viimeisillä kerroilla kosketuksesta olivat mukavat ja miellyttävät.

Aluksi mietimme, pystyvätkö ryhmäläiset sitoutumaan ryhmän toimintaan ja käymään ryhmässä säännöllisesti. Olimme erittäin tyytyväisiä intervention etenemiseen, koska ryhmä pysyi koossa hyvin muutamia poissaolokertoja lukuun ottamatta. Ryhmä pidettiin koulullamme hyvien kulkuyhteyksien päässä torstai iltapäivisin. Valitsimme ajan iltapäivän loppupuolelle, jolloin koulu oli lähes tyhjä oppilaista ja henkilökunnasta. Tämän vuoksi sinne oli turvallista ja helppoa tulla. Tilana meillä toimi pääasiassa yksi fysioterapian luokka. Olimme varanneet luokan etukäteen. Kuitenkin päällekkäisiä varauksia sattui valitettavasti useaan kertaan, jolloin jouduimme joustamaan, sopeutumaan muuttuviin tilanteisiin ja järjestämään uuden tilan nopealla aikataululla. Välillä ulkopuoliset äänet ja muiden ihmisten häirintä hankaloitti ryhmäläisten keskittymistä vaativiin harjoitteisiin.

Oletamme, että kuntoutujat pitivät ryhmää tärkeänä ja hyödyllisenä, koska toimintaan osallistuminen oli aktiivista. Ryhmä kokoontui 12 kertaa kolmen kuukauden aikana viikottain. Meidän sekä ryhmäläisten mielestä kokoontuminen kerran viikossa oli sopiva määrä. Tällöin kokoontumiset eivät kuormittaneet liikaa ryhmäläisten arkea ja voimavaroja. Myös me ohjaajat ehdimme suunnitella jokaisen ryhmäkerran huolellisesti muiden velvoitteiden ohella.

CBE- testistö. Suomessa on käytössä vähän mittareita tai testejä, joilla mitataan mielenterveyskuntoutujien psyykkisiä ja fyysisiä voimavaroja. Tästä syystä valitsimme CBE- testistön yhdeksi opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi, koska se on todistetusti reliabili ja validi mittaamaan kyseisiä muuttujia. Testi kiinnosti

meitä sen haastavuuden takia. Opinnäyteyössämme toteutimme ryhmäläisille alku- ja lopputestauksen CBE:n avulla. Jaoimme tehtävät testauksilanteessa etukäteen keskenämme, jotta testaus etenisi mahdollisimman johdonmukaisesti ja sujuvasti. Alkutestauksilanne oli jännittävä sekä testajille että testattaville. Emme tunteneet toisiamme vielä tällöin. Testi suoritettiin tutkittavien ollessa alusvaatteisillaan, joten tunnelma oli tällöin hieman jännittynyt. Testauksilanne sujui kuitenkin hyvin, osasimme mielestämme olla tilanteessa luonnollisesti ja ammattimaisesti. Alkutestauksessa testistön tekemiseen kului noin tunti. Lopputesteihin kului vain 45 minuuttia, koska tilanne oli alkutestien jälkeen tuttu ja olimme kokeneempia testin tekemisessä.

Kirjallisuuden mukaan kehon liikkuvuus ja hengitysosioiden löydökset ovat luotettavampia kuvaamaan tutkittavan tilannetta kuin asento ja lihaskoostumusosioiden löydökset (Bunkan 2003, 80, Heinosen & Valkaman 2010, liite 3 mukaan). Testiemme tulosten mukaan ryhmäläisillä tapahtui selvää myönteistä kehitystä hengitys-, asento- ja motoriset toiminnot osioissa alku- ja lopputestien välillä. On syytä huomioida, että osioiden tulosten myönteiseen kehitykseen vaikutti harjoitteiden ohella myös alkutesteissä uuden tilanteen tuomat tekijät kuten jännitys, vähissä vaatteissa oleminen sekä vieraat tutkijat. Testeistä saatujen tulosten perusteella pidämme myös asento-osiota ja sen löydöksiä varsin tärkeänä kuvaamaan tutkittavan tilannetta. Huomasimme testien aikana, kuinka paljon kehon asento voi kertoa ihmisestä ja hänen psyykkisistä ja fyysisistä voimavaroistaan.

Ryhmäläisten lihaskoostumusosan tulokset heikkenivät muita osioita enemmän. Pohdimmekin mistä tämä johtuu. Ryhmässä tehtävät harjoitteet olivat kevyitä eivätkä kovin liikunnallisia, joten harjoitteiden voimakkuudesta tulokset eivät voineet johtua. Mielestämme lihaskoostumus- osion tuloksissa näkyi testajien vähäinen kokemus testin teosta alkutestin yhteydessä, toisaalta myös inhimillisillä tilannetekijöillä oli osuutta asiaan. Lopputesteissä uskalsimme jo palpoida kudoksia voimakkaammin, koska alkutestien perusteella meillä oli jo tietoa testattavien kosketusherkyydestä sekä kipukynnyksestä. Myös palpaatioarkuus osion tulosten pistemäärä kasvoi yleisesti ryhmässä alku- ja lopputestejä verratessa. Tämä kertoo myös siitä, että uskalsimme palpoida lopputesteissä voimakkaammin kuin alkutesteisissä.

Liikkuvuusosiossa ei tapahtunut suuria muutoksia alku- ja lopputestin välillä. Tulos oli odotettavissa, koska testattavat saivat hyviä tuloksia liikkuvuusosiossa jo alkutesteissä. Osioissa tapahtui vain kahdella ryhmäläisistä muutaman pisteen muutoksia huonompaan. Nämä voivat johtua myös testaajien inhimillisistä mittausrvirheistä.

Testin tekeminen vaatii todella paljon kokemusta sekä taitoa havainnoida ja palpoida tutkittavien kehon osia, jotta saataisiin luotettavia tuloksia. Olemme pohtineet, olisivatko tulokset olleet erilaisia, jos testi olisi ollut meillä käytössä jo pidempään ja olisimme kokeneempia testin tekemisessä? Suoriuduimme kuitenkin mielestämme testin tekemisestä ja siinä tarvittavasta havainnoinnista ja palpoinnista hyvin tämänhetkiseen taitotasoomme nähden. Mielestämme CBE -testistö on laaja, mutta kattava testi, joka mittaa hyvin ja tarkasti testattavia muuttujia. Mielestämme kyseisiä muuttujia tarkastelemalla saadaan tietoa testattavien kuntoutujien psyykkisistä ja fyysisistä voimavaroista.

Opinnäytetyössämme käyttämän kirjallisuuden perusteella CBE -testistö on ainoa menetelmä Suomessa, millä tutkitaan yksilön psyykkisiä ja fyysisiä voimavaroja. Suomessa sitä on käytetty toistaiseksi vähän, joten valitsimme sen yhdeksi työmme menetelmistä. Uskomme siihen tutustumisesta ja syventymisestä olevan tulevaisuudessa meille paljon hyötyä käytännötyössä.

Ojasen liikunta-, harrastukset - ja hyvinvointi-kysely. CBE -testistö ei mittaa testattavan subjektiivisia kokemuksia, joten hyödynsimme Ojasen hyvinvointikyselyn osioita työssämme mittaamaan mielenterveyskuntoutujien omia mielipiteitä ja kokemuksia psykofyysisen harjoitteiden vaikutuksista. Hyvinvointikyselystä saatujen tulosten perusteella ryhmäläisten fyysinen kunto on noussut intervention aikana yhtä henkilöä lukuun ottamatta kaikilla. Kuitenkin kyselyn mukaan liikunnan määrä ryhmäläisillä on vähentynyt intervention aikana. Nämä kaksi tulosta ovat ristiriidassa keskenään. Tämä laittoi meidät miettimään, ymmärsivätkö ryhmäläiset kyselyn vastausvaihtoehdot oikein. Kyselyn mukaan ryhmäläisten ahdistuneisuus väheni, mutta mieliala laski alkukyselystä loppukyselyyn. Ryhmäläiset kokivat kuitenkin tyytyväisyyden elämään nousseen intervention aikana. Emme olleet käyttäneet kyselyä aikaisemmin, joten kyselyn esitestaaminen olisi ollut ehkä kannattavaa. Tällöin olisimme ymmärtäneet

varsinaisessa testitilanteessa kertoa tarkat ohjeet vastaamisesta. Sanalliset vastausvaihtoehdot eivät olleet riittävän selkeitä, koska vastaajilla oli vaikeuksia löytää omaa tilannettaan kuvaava vastausvaihtoehto.

Palautekysely. Kirjallisuuden mukaan tutkittavien henkilöiden subjektiiviset tuntemukset ovat hyvin tärkeitä terapian ja kuntoutuksen kannalta. Voidaan olettaa intervention vaikuttaneen, jos testattavien sisäisten tuntemusten mukaan muutoksia on tapahtunut. Aina ulkoisia muutoksia ei tapahdu, mutta yksilön sisäinen kokemus muutos on tärkeää psykofyysisessä terapiassa. (Franssila 2007, 20–21.)

Palautekyselyllä halusimme saada tietoa ryhmäläisten yksilöllisistä kokemuksista sekä palautetta ryhmästä ja ohjaajista. Kyselyn mukaan kaikki ryhmäläiset kokivat hyötyvänsä ryhmässä tehdyistä harjoitteista. He kokivat myös psyykkisen ja fyysisen hyvinvointinsa parantuneen ryhmän toiminnan myötä. On tärkeää, että ryhmäläiset ovat kokeneet harjoitteet tärkeiksi ja hyödyllisiksi, sekä omien voimavarojensa kohonneen. Näiden palautteiden perusteella voimmekin olettaa, että valitsimme oikeita harjoitteita ryhmätuntien sisällöksi. Palautekyselyn mukaan ryhmäläiset kokivat meidät reippaina, ymmärtäväisinä sekä helposti lähestyttävinä ohjaajina.

Opinnäytetyömme tutkimustulosten perusteella psykofyysisillä harjoitteilla on ainakin jonkin verran myönteisiä vaikutuksia psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä voimavaroihin. Emme kuitenkaan voi olettaa, että pelkästään ryhmässä tehdyt harjoitteet ovat saaneet aikaan muutoksen tuloksissa. Ryhmäläiset kävivät mielenterveyskuntoutujien päivätoiminnassa säännöllisesti, mikä voi osaltaan vaikuttaa myös tuloksiin. Tuloksiin saattaa vaikuttaa myös ryhmäläisten mieliala vastaus- ja testaushetkellä. Muutokset jokaisen ryhmäläisen tuloksissa olivat mielestämme realistisia, koska ne eivät olleet liian suuria suuntaan tai toiseen. Ryhmäläisten välillä tuloksissa oli suuriakin eroja, mikä kertoo yksilöiden erilaisuudesta jo lähtötilanteessa.

Opinnäytetyöryhmämme koostui vain viidestä henkilöstä, minkä takia arvioimme kaikki tulokset jokaisen yksilön kohdalta erikseen, emmekä kiinnittäneet huomiota ryhmän keskiarvoihin. Järkevämpää oli vertailla ja käsitellä jokaisen yksilön

tulokset omanaan, koska keskiarvoja tarkastellessa ryhmäläisten tulokset ja erot eivät erottuisi toisistaan. Kohderyhmän ollessa pieni emme voi yleistää tuloksia.

Aineiston analyysi. Ryhmän ollessa pieni, aineiston analysointi oli mielestämme järkevintä toteuttaa käsin laskemalla. Prosessin alussa emme osanneet olettaa, että saamme tutkimusmenetelmistä näin paljon tuloksia. Näiden analysoiminen oli työlästä sekä vaati paljon keskittymistä. Numeroiden käsitteleminen vaati paljon tarkkuutta virheiden välttämiseksi. Jälkeenpäin pohdimme, olisiko ollut järkevää käyttää jotain tilastollista tietojenkäsittelyohjelmaa.

Tutkimuksen eettisyys. Pyrimme huomioimaan eettisyyden opinnäytetyössämme alusta lähtien hyvin. Prosessin alussa kerroimme jokaiselle ryhmäläiselle tutkimuksesta ja sen sisällöstä. Kerroimme heille myös, mitä osallistuminen tarkoittaa ja mihin tutkimuksesta saatua tietoa käytetään. Tämän lisäksi jokainen ryhmäläinen allekirjoitti suostumuslupalomakkeen. Osallistuminen ryhmään oli vapaaehtoista, mutta suostumisella toivoimme aktiivista osallistumista. Kerroimme ryhmäläisille, että meitä koskee salassapitovelvollisuus, jolloin ryhmäläisten henkilöllisyys ei tule esille missään tutkimuksen vaiheessa. Ohjaajat kirjoittivat salassapitosopimuksen.

Jatkotutkiminen. Psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia on yleisesti tutkittu melko vähän. Uusien tutkimusten myötä psykofyysisen fysioterapian arvo nousisi mielestämme kokonaisvaltaisen kuntoutuksen piirissä. Tällöin psykofyysisen fysioterapian harjoitteita voitaisiin ehkä hyödyntää enemmän käytännön työssä kaikilla kuntoutuksen osa-alueilla. Tulevaisuudessa olisi ehkä tarpeellista tutkia psykofyysisten fysioterapian harjoitteiden vaikutuksia myös yksilöterapiassa, koska ryhmämuotoisia tutkimuksia on lähivuosina tehty. Mielestämme olisi tärkeää tietää, kuinka moni mielenterveysongelmista kärsivä on saanut psykofyysistä fysioterapiaa osana kokonaisvaltaista hoitoa.

Kehittämisehdotukset. Työtämme voisi kehittää harjoittelemalla CBE -testistön tekemistä useampaan kertaan ennen varsinaista intervention tutkimustilannetta. Tällöin testaustilanteesta ja tuloksista tulisi luotettavampia. Hyvinvointikyselyyn vastaaminen ja sanallisten osioiden tulkitseminen tuotti vaikeuksia ryhmäläisille. Jatkossa kannattaisi ohjeistaa vastaaminen paremmin, jotta tulosten analysointi ja

tulkitseminen helpottuisi. Tutkimustuloksiin pohjautuen mielestämme olisi jatkossa tärkeää, että psykofyysisiä fysioterapian harjoitteita alettaisiin soveltaa enemmän mielenterveyskuntoutujien kohdalla avo- ja laitoshoidossa. Jälkeenpäin ajateltuna työssämme ei olisi ollut välttämätöntä käyttää Ojasen kyselyä, koska saimme vastaukset tutkimusongelmiimme muiden menetelmien avulla. Esimerkiksi fyysinen kunto ja liikunnan määrä osiot olivat opinnäytetyössämme tarpeettomia, koska tavoitteisiimme ei kuulunut fyysisen kunnon kohottaminen.

LÄHTEET

- Anoreksian ja epätyypillisen laihuushäiriön oireet. [Ei päiväystä]. [Verkkosivu]. Turku: Syömishäiriöliitto -SYLI ry. [Viitattu 7.8.2011]. Saatavana: <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot3.html>
- Bertisch, S., Wee, C., Phillips, R. & McCathy, E. 2008. Alternative mind-body therapies used by adults with medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research* 66 (2009), 511-519.
- Bunkan, B. H. 2003. *The Comprehensive Body Examination (CBE). A Psychometric evaluation.* University of Oslo: Faculty of Medicine.
- Bunkan, B. H., Ljunggren, A., Moen, O., Opjordsmoen, S. & Friis, S. 2000. What are the basic dimensions of movements?: A psychometric evaluation of the Comprehensive Body Examination. 4. *Nord J Psychiatry* (55), 33-40.
- Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E. & Friis, S. 2002. Interrater reliability of the Comprehensive Body Examination: *Physiotherapy Theory and Practise* (18), 121-129.
- Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E. & Friis, S. 2003. What are the basic dimensions of muscular consistency?: A psychometric evaluation of The Comprehensive Body Examination [CBE]. 4. *Musculoskeletal Pain* (11), 21-30.
- Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. & Friis, S. 1999. What are the basic dimensions of respiration?: A psychometric evaluation of the Comprehensive Body Examination. 2. *Nord J Psychiatry* (53), 361-369.
- Friis, S., Bunkan, B. H., Ljunggren, A., Moen, O. & Opjordsmoen, S. 1998. What are the basic dimensions of body posture?: An empirical evaluation of the comprehensive body examination 1. *Nord J Psychiatry* (52), 319-326.
- Chung, L-J., Tsai, P-S., Liu, B-Y., Chou, K-R., Lin, W-H., Shuy, Y-K. & Wang, M-Y. 2010. Home-based deep breathing for depression in patients with coronary heart disease: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* (47), 1346-1353.
- Ekerholt, K. 2010. *Aspects of Psychiatric and Psychosomatic Physiotherapy.* Oslo: University College, Faculty of Health Sciences.
- Eskola, J. 2007. *Mielenterveystyö ja yhteiskunnan muutos.* Teoksessa: J. Eskola & A. Karila (toim.) *Mielekäs Suomi: Näkökulmia mielenterveystyöhön.* Helsinki: Edita, 39.

- Forsström, J. & Pelanteri, S. 2011. Psykiatrian erikoisalan laitoshoidon tilasto 2009. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 8.2.2011]. Saatavana: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr04_11.pdf
- Franssila, P. 2007. Fysioterapialla mahdollisuus rakentaa kehollista eheyttä. Fysioterapia (1), 19- 21.
- Hakanpää, T. & Peltonen, S. 2004. Hengitys on kehon ja mielen tulkki. Fysioterapia (7), 32- 34.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heinonen, K. & Valkama, T. 2010. Kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen käsikirjan suomentaminen – The Comprehensive Body Examination (CBE). Metropolia Ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Julkaisematon.
- Heiskari, P. Ei päiväystä. Psykologien käyttämien testien laatuluokituksen ja testien käyttäjävaatimusten perusteista. [Verkkajulkaisu]. Testilautakunta. [Viitattu 2.12.2010]. Saatavana: <http://www.testilautakunta.fi/Testimaaritelma.pdf>
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.
- Isometsä, E. 2007. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 196- 201.)
- Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 157–159.)
- Itsemurhan tehneet iän ja sukupuolen mukaan 1921- 2007. 2009. Tilastokeskus. [Verkkosivu]. Saatavana: http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=090_ksyyt_tau_109_fi&ti=Itsemurhan+tehneet+iän+ja+sukupuolen+mukaan+1921-2007&path=../Database/StatFin/ter/ksyyt/&lang=3&multilang=fi
- Jaakkola, R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa: M-L. Lähteenmäki & R. Jaakkola (toim.) Psykofyysinen fysioterapia 2: Kehon tuntemista kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu, 8-11.

- Joukamaa, M., Heikkinen, M. & Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 672.
- Joukamaa, M. 2008. Somatoformiset häiriöt. Teoksessa: U. Lepola, H. Koponen, E. Leinonen, M. Joukamaa, M. Isohanni & P. Hakola (toim.) Psykiatria. Helsinki: WSOY, 129-134.
- Kataja, J. 2004. Rentoutuminen ja voimavarat. 2. painos. Helsinki: Edita.
- Klemola, T. 2003. Taidon filosofia – filosofian taito. Juvenes Print. Tampereen yliopistopaino Oy. 51-77.
- Koponen, H. 2007. Pakko-oireiset häiriöt. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 261.
- Kuha-Putkonen, A-K., Rouhiainen, H., Hämäläinen, S., Väisänen, P., Kontunen, J. & Valto, J. 2003. Kehonkieli-ryhmä skitsofrenian kuntoutuksessa. Fysioterapia (5), 29–31.
- Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004, 17.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2007. Mielenterveys. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 26–30.
- Lepola, U., Koponen, H. & Leinonen, E. 2008. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa: U. Lepola, H. Koponen, E. Leinonen, M. Joukamaa, M. Isohanni & P. Hakola (toim.) Psykiatria. Helsinki: WSOY, 77–79.
- Lilja, K. 2005. Psykofyysinen fysioterapiaryhmä omaisten voimavarojen tukena - Mielenterveyspotilaiden omaisten kokemuksia. Teoksessa M-L. Lähteenmäki & R. Jaakkola (toim.) Psykofyysinen fysioterapia: Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Tampere: Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu, 134-135.
- Ojanen, M. 1994. Liikunta ja psyykinen hyvinvointi. Helsinki: Liikuntatieteellinen Seura Ry, 135–144.
- Pirkola, S. Lönnqvist, J. 6.6.2002. Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset: Psyykinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. [Verkkosivu]. Helsinki: Kansanterveydenlaitos. [Viitattu 7.8.2011]. Saatavana: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/7.4.html>

- Promoting mental health. 2004. [Verkkajulkaisu]. Geneva: World Health Organization. [Viitattu 9.9.2011]. Saatavana: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.
- Psykofyysinen fysioterapia. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. PsyFy r.y. [Viitattu 9.9.2011]. Saatavana: <http://www.psyfy.net/index.php>
- Rautamies, E-L. 2005. Masentuneen ihmisen voimavarojen muutos yksilöllisen fysioterapian aikana soveltaen arvioinnissa Bunkanin voimavaratutkimista. Teoksessa: M-L. Lähteenmäki & R. Jaakkola (toim.) Psykofyysinen fysioterapia: Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Riikonen, E. & Vataja, S. 2007. Voimavarasuuntautuneet neuvonta-, ohjaus- ja terapiamuodot. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 26–30.
- Sharpe, L., Nicholson Perry, K., Rogers, P., Dear, B.F., Nicholas, M.K. & Refshauge, K. 2010. A comparison of the effect of attention training and relaxation on responses to pain. *Pain* (150), 469-476.
- Skitsofrenian diagnostiset kriteerit ICD-10 tautiluokituksen mukaan. 2008. Käypähoitosuositus. [Verkkootikkeli]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 18.3.2011]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=nix00191>
- Suokas, J. & Rissanen, A. 2007. Syömishäiriöt. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 355-356.)
- Svennevig, H. 2005. Kehon mieli: Kehontuntemuksesta itsetuntemukseen. Helsinki: WSOY.
- Svennevig, H. 2004. Tutustu kehoosi - tutustu itseesi. *Fysioterapia* (7), 22-24.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Vuorela, M. 2009. Mielenterveys työelämässä. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto & Mielenterveysyhdistys HELMI ry. Saatavissa: http://www.mielenterveyshelmi.fi/kuvat/Mielenterveyskysely_tulokset_110609.pdf
- Wikström, C. 2004. Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. *Fysioterapia* (7), 25–27.

LIITTEET

LIITE 1 Palautekysely

Palautekysely

1. Oliko kokoontumiskertoja (12) liian paljon ()
sopivasti ()
liian vähän ()
2. Oliko ryhmän kesto (n.60min) liian pitkä ()
sopiva ()
liian lyhyt ()
3. Koetko, että harjoituksista oli sinulle hyötyä? Kyllä ()
Ei ()
4. Mitkä harjoitteet koet olevan itsellesi hyödyllisimpiä?
)
()
ryhtiharjoitteet ()
hengitysharjoitteet ()
kehonkuvaharjoitteet
rentoutusharjoitteet ()
5. Koetko fyysisen/psyykkisen hyvinvointisi muuttuneen ryhmän toiminnan myötä?
Kyllä ()
Ei ()
- jos koet niin miten?

6. Oletko soveltanut ryhmässä tehtyjä harjoitteita myös vapaa-ajalla?
Kyllä ()
Ei ()
- jos vastasit kyllä, mitä harjoitteita olet tehnyt ja minkälaisissa tilanteissa olet niitä käyttänyt?

7. Opitko jotain uutta ryhmässä, mitä?

8. Haluaisitko sanoa jotain

- ohjaajista

- alku ja lopputesteistä

- harjoitteista

9. Muut kommentit/vapaa sana:

KIITOS PALAUTTEESTASI JA LÄMPÖISTÄ KESÄÄ! ☺

*"Istun laiturilla,
katson kaunista järven pintaa.
Pienet sadepisarat tanssivat ulapalla kilpaa.
Kaukaa kuuluu huuto joutsenen,
on sade lakannut aamuinen.
Voin uittaa varpaita vedessä,
ja nauttia auringon lämmöstä.
Kesä, se on vihdoin tässä!"*

LIITE 2: Ojaisen hyvinvointikysely

LIITE 2: Kysely

FYYSINEN KUNTO

1 (5)

Arvioi seuraavalla asteikolla omaa kuntoasi. Älä ota huomioon psyykkistä tai henkistä puolta, vaan arvioi vain fyysinen kunto. Vertaa kuntoasi ikäisiisi. Miten hyvä kuntosi tällä hetkellä on ikäisiisi verrattuna? Huomioi erityisesti se, miten selviydyt fyysistä rasitusta vaativissa tilanteissa. Vedä poikkiviiva janan siihen kohtaa, joka parhaiten vastaa nykyistä kuntoasi.

ERITTÄIN HYVÄ	100	Ikäisiini verrattuna olen erittäin hyväkuntoinen, fyysisesti terve. Huolehdin kunnostani, en ole ylipainoinen.
OIKEIN HYVÄ	90	Fyysinen kunto on oikein hyvä, Pysty ikäisiäni selvästi parempiin suorituksiin, en väsy helposti, minulla ei ole ylipaino-ongelmia.
HYVÄ	80	Kuntoni on hyvä, merkittäviä ongelmia tällä alueella ei ole. Jos ongelmia on, ne ovat tilapäisiä.
MELKO HYVÄ	70	Fyysinen kuntoni on kokonaisuutena melko hyvä, vaikka eräillä alueilla (esim. ylipaino, liikunta) minulla on hiukan ongelmia.
KESKITASOA HIUKAN PAREMPI	60	Kuntoni on keskimääräistä hiukan parempi, mutta se ei ole erityisen hyvä.
KESKITASOA	50	Fyysinen kuntoni vastaa samanikäisten keskitasoa.
KESKITASOA HIUKAN HUONOMPI	40	Kuntoni on keskitasoa hiukan huonompi. Kuntoni ei vielä ole merkittävä ongelma, mutta vaikeuttaa jo hiukan eräitä arkisia toimintoja (esim. siivous, asiointi).
MELKO HUONO	30	Fyysinen kuntoni on melko huono, esim. ylipaino on ongelma. Monet arkiset asiat alkavat vaikeutua.
HUONO	20	Kuntoni on huono. Jaksaminen on jo selvä ongelma. Minulla on runsaasti ylipainoa tai kuntoni on muista syistä huono.
KOVIN HUONO	10	Kuntoni on kovin huono. Ponnistuksen ei tarvitse olla suuri kun se käy voimille. Huono kuntoni on merkittävä ongelma.
ERITTÄIN HUONO	0	Fyysinen kuntoni on erittäin huono. Vähänkin pitempi käveleminen tuottaa jo vaikeuksia. Lyhytaikainenkin työntekokin käy raskaaksi.

LIIKUNNAN MÄÄRÄ

2 (5)

Miten paljon harrastat liikuntaa? Seuraavassa on esitetty useita vaihtoehtoja, joista toivomme sinun valitsevan sen, joka parhaiten vastaa liikuntasi määrää ja laatua tällä hetkellä. Lue vaihtoehto, joka parhaiten vastaa nykyisiä liikuntaharrastuksiasi. Vastaus merkitään vetämällä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan poikki siihen kohtaan, joka on lähinnä oikeaa.

ERITTÄIN AKTIIVINEN	100	Olen kilpaurheilija. Harjoittelen lajiani lähes päivittäin. Lajini vaatii voimaa ja nopeutta. Harjoitteet ovat vaativia.
HYVIN AKTIIVINEN	90	Osallistun harvoin kilpailuihin, mutta harjoittelen paljon. Esim. lenkkeilen tai hiihdän useita kertoja viikossa. Matkat ovat yleensä pitkiä (esim. vähintään 5 km:n juksu kerrallaan)
AKTIIVINEN	80	Liikun usein ja monipuolisesti. Tyypillinen viikko sisältää ainakin kolme tehokasta liikuntakertaa. Liikunta aiheuttaa voimakasta pulssin nousua ja hikoamista.
MELKO AKTIIVINEN	70	Liikuntaan osallistumiseni on säännöllistä. Siihen kuuluu yleensä ainakin kaksi liikuntakertaa (lenkki, jokin pallopeti, jumppa) sekä usein muutakin ulkoilua ja liikkumista.
KOHTALAISEN AKTIIVINEN	60	Liikuntani on säännöllistä, vaikka siihen ei välttämättä kuulukaan selkeitä liikuntatilanteita. Olen hyvin aktiivinen kävelijä tai ulkoilija ja olen tottunut pitämään kunnostani huolta.
OSAKSI AKTIIVINEN OSAKSI PASSIIVINEN	50	Liikuntani ei aina ole säännöllistä, mutta käyn mielelläni ulkoilemassa ja liikkumassa jos vain tilaisuuksia tulee. Liikuntani ei aina ole kovin tehokasta, mutta kertoja voi tulla viikossa usempiakin.
KOHTALAISEN PASSIIVINEN	40	Harrastan kyllä liikuntaa, mutta en erityisen säännöllisesti. Käyn aina silloin tällöin lenkillä tai muuten ulkoilemassa.
MELKO PASSIIVINEN	30	Liikkumisen tahtoo jäädä esim. koiran ulkoiluttamiseen tai aika satunnaisiin lenkkeilyihin. Lähdän kyllä mielelläni mukaan jos sopiva tilaisuus tulee.
PASSIIVINEN	20	Liikkumiseni on aika vähäistä. Pieniä kävelylenkkejä saatan tehdä tai joskus vähän voimistella, mutta paljon muuta ei tule tehdyksi.
HYVIN PASSIIVINEN	10	Liikkumiseni jää melkein siihen, mikä on pakon sanelemaa. Jokus käverit tai puoliso saavat jostaikin tekemään, muuten ei tule juuri mitään tehdyksi.
ERITTÄIN PASSIIVINEN	0	En harrasta oikeastaan mitään liikuntaa sen lisäksi, mitä työ tai asiointi vaatii

AHDISTUNEISUUS

3 (5)

Alla oleva pystysuora jana kuvaa ahdistuneisuuden eri asteita. Ylhäältä alaspäin kuljettaessa voimakas ahdistuneisuus vaihtuu vähitellen levollisuudeksi ja rauhallisuudeksi. Tehtäväsi on valita annetuista vaihtoehdoista se, joka parhaiten kuvaa omaa tilaasi viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Vedä lyhyt poikkiviiva janan siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa tuntemuksiasi.

ERITTÄIN AHDISTUNUT	100	Tunnen itseni jatkuvasti erittäin ahdistuneeksi ja jännittyneeksi. Olen kuin kireälle viritetty viulun kieli.
HYVIN AHDISTUNUT	90	Hermostuneisuus ja jännitystilat ovat minulle tunnusomaisia. Vain hyvin harvoin tunnen itseni levolliseksi tai rentoutuneeksi. Tunnen, että minua revitään joka suuntaan ja että hermoni ovat kireällä.
AHDISTUNUT	80	Minun on vaikea päästä ahdistuksista ja jännitystiloihin eroon. Rentoutuminen on työn ja tuskan takana, mutta onnistuu sentään joskus.
MELKO AHDISTUNUT	70	Minulla on taipumusta jännitystiloihin, joita esiintyy melko usein. Nämä tilat eivät ehkä ole minulle tunnusomaisia tai jatkuvia, mutta ne sävyttävät kuitenkin elämäni.
"SILTÄ VÄLILTÄ" "SEKÄ-ETTÄ"	60	Ahdstuneisuus ja jännittyneisyys ovat minulle tuttuja asioita, vaikka minulla on myös rauhallisia ja levollisia aikoja. Jotenkin vain ahdistus pyrkii pääsemään voitolle.
MELKO RAUHALLINEN	50	Ahdistus ja rauhallisuus kuuluvat molemmat elämäni. En voi sanoa itseäni sen paremmin ahdistuneeksi kuin rauhalliseksi-kaan ihmiseksi. Kumpikin on osa minua.
MELKO RAUHALLINEN	40	Vaikka minulla on aika-ajoin ahdistuksia, niin pääsen niistä aina niskan päälle ja rauhoitun. Levollisuus, hyvät hermot on sittenkin minulle tyypillisempää kuin ahdistus.
RAUHALLINEN	30	Olen aika levollinen ja rauhallinen tyyppi, vaikka joskus hermot ovatkin vähän kireällä. Tätä ei kestä kauan, kun taas rauhoitun.
HYVIN RAUHALLINEN	20	En hevillä ahdistu mistään. Sen verran minulla on tästä asiasta kokemuksia, että tiedän, mitä ahdistus on, mutta yleensä olen rauhallinen, enkä juuri jännitä tai hermostu.
ERITTÄIN RAUHALLINEN	10	Minun on vaikea muistaa koska olisin ollut ahdistunut tai jännittynyt. Olen yleensä mitä rauhallisin ihminen.
ERITTÄIN RAUHALLINEN	0	Ahdistus on oikeastaan vain sanana tuttu, sillä minulla on siitä kovin vähän kokemuksia. Olen kertakaikkisen rauhal-

MIELIALA

4 (5)

Millainen mielialasi on? Oletko iloinen ja hyväntuulinen vai onko sinulla taipumusta synkkyyteen ja huonotuulisuuteen? Arvioi oheisen janan avulla mielialaasi. Älä arvioi mielialaasi juuri tällä hetkellä, vaan anna yleiskuva siitä, millainen mielialasi yleensä on. Vedä poikkiviiva siihen kohtaan, joka kuvaa mielialaasi parhaiten.

ERITTÄIN HYVÄ MIELIALA	100	Olen lähes aina iloinen ja hyvällä tuulella. En ole käytännöllisesti katsoen koskaan huonolla tuulella.
OIKEIN HYVÄ MIELIALA	90	Olen useimmiten hyvällä tuulella. On hyvin harvinaista, että olisin mieli maassa. Jos huonotuulisuutta ilmenee, se menee pian ohi.
HYVÄ MIELIALA	80	Mielialani on yleensä valoisa ja myönteinen. Vaikka tiedän mitä synkkyys tai huonotuulisuus on, se on kuitenkin niin harvinaista, ettei sillä juuri ole merkitystä elämässäni.
MELKO HYVÄ MIELIALA	70	Enimmäkseen mielialani on myönteinen. Vaikka minulla on hiukan taipumusta synkkyyteen se ei ole kovin häiritsevää. Tulen sen kanssa aika hyvin toimeen.
	60	Vaikka huonotuulisuutta joskus esiintyy on parempia hetkiä sittenkin enemmän. Synkkyys ei ole niin voimakasta, että se häiritseisi elämäni merkittävästi. Mielialani on pikemminkin hyvä kuin huono.
KOHTALAINEN MIELIALA	50	Tunnen itseni välillä huonotuuliseksi, mutta sitten taas on aikoja, jolloin olen hyvällä tuulella. Mielialani ei ole niin hyvä, jos ei huonokaan.
MELKO HUONO MIELIALA	40	Vaikka olen taipuvainen synkkyyteen, tulen jotenkin sen kanssa toimeen. Työhöni huonotuulisuudella ja synkkyydellä ei ole suurta vaikutusta.
	30	Työni ja asiani hoidan kohtuullisesti, mutta synkistä ajatuksistani en tahdo päästä eroon. Hyviäkin hetkiä on aika-ajoin, mutta viime aikoina minulla on ollut taipumusta synkkyyteen ja huonotuulisuuteen.
HUONO MIELIALA	20	Synkkä mieliala ei tahdo hellittää. Aivan hetkittäin tuntuu kuin se olisi voitettu asia, mutta sitten se taas saa otteen. Työstäni ja arkisista asioistani selviän, kun pakotan itseni työhön ja tekemiseen. Mielialani on jatkuvasti huono.
OIKEIN HUONO MIELIALA	10	Olen hyvin hyvin vahvasti synkkyyteen taipuva. En ole aivan maassa, mutta paljon ei puutu. Kaikki näyttää synkältä ja toivottomalta. Arkisten asioiden hoitaminen käy vain vaivoin.
ERITTÄIN HUONO MIELIALA	0	Mielialani on erittäin synkkä ja raskas. Oloni on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olisin putoamassa pohjattomaan kuiluun. Mikään ei liikuta ja kiinosta. En pysty tekemään työtäni tai hoitamaan asioitani.

TYTYTYVÄISYYS ELÄMÄÄN

5 (5)

Miten tyytyväinen olet elämääsi tällä hetkellä? Tehtäväsi on arvioida tyytyväisyyttäsi elämään alla olevalla asteikolla. Vedä lyhyt poikkiviiva pystysuoran janan yli siihen kohtaan, joka parhaiten kuvaa sinua.

ERITTÄIN TYTYTYVÄINEN	100	Olen erittäin tyytyväinen elämääni. Asiani eivät voisi olla paremmin. Minulla on kaikkea mitä tarvitsen ja toivon.
HYVIN TYTYTYVÄINEN	90	Olen hyvin tyytyväinen elämääni. Minun on vakea keksiä mitä vielä toivoisin tai haluaisin.
TYTYTYVÄINEN	80	Olen tyytyväinen elämääni. On vain muutamia asioita joihin en ole tyytyväinen. Niistä ei ole minulle paljon harmia.
MELKO TYTYTYVÄINEN	70	Olen elämääni melko tyytyväinen, vaikka elämässäni onkin joitakin kielteisiä asioita.
	60	Eräistä kielteisistä asioista huolimatta arvioni elämäntilanteestani painottuu myönteiseksi.
KOHTALAISEN TYTYTYVÄINEN	50	Tyytyväisyys ja tyytymättömyys vaihtelevat elämässäni ja ovat omalla tavallaan tasapainossa. Joihinkin asioihin olen tyytyväinen, toiset aiheuttavat jatkuvasti tyytymättömyyttä.
MELKO TYTYTYMÄTÖN	40	Eräistä myönteisistä asioista huolimatta arvioni elämäntilanteestani painottuu kielteiseksi.
	30	Olen melko tyytymätön elämääni, vaikka elämässäni onkin joitakin tyydytystä tuottavia asioita.
TYTYTYMÄTÖN	20	Olen tyytymätön elämääni. On vain muutamia asioita, joihin olen tyytyväinen. Ne eivät kovin paljon minua lämmitä.
HYVIN TYTYTYMÄTÖN	10	Olen hyvin tyytymätön elämääni. Minun on vaikea keksiä asioita, joihin olisin tyytyväinen.
ERITTÄIN TYTYTYMÄTÖN	0	Olen erittäin tyytymätön elämääni. Elämässäni ei oikeastaan mikään ole kohdallaan.

LIITE 3 Suostumuslomake

RYHMÄLÄISEN SUOSTUMUS

Olemme kaksi fysioterapia-opiskelijaa Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. Opintoihin liittyen teemme opinnäytetyömme kevään ja kesän 2011 aikana. Työmme aiheena on psykofyysisten harjoitteiden vaikutus kokonaisvoimavaroihin, mielialaan sekä ahdistuneisuuteen.

Minulle on kerrottu opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteista ja toteuttamisesta. Tiedostan, että osallistumiseni tutkittavien ryhmään on täysin vapaaehtoista. Tutkimuksesta saatua tietoa käsitellään luottamuksellisesti. Minua ei voida tunnistaa tutkimustuloksista tai lopullisesta tuotoksesta eikä intimitteettisuojanani vaarannu opinnäytetyön missään vaiheessa. Minulla on mahdollisuus tutustua tutkimustuloksiin ennen opinnäytetyön julkaisemista.

Seinäjoella ____ . ____ . 2010

Ryhmäläisen allekirjoitus ja nimenselvennys

Suvi Huhtanen

Minna Ojala