

Laura Karppi

IKÄÄNTYVIEN NÄKÖVAMMAISTEN HYVINVOINTIRYHMÄ

”Ryhmä on antanut hiljaista liikettä.”

Fysioterapian koulutusohjelma

2012

IKÄÄNTYVIEN NÄKÖVAMMAISTEN HYVINVOINTIRYHMÄ

Karppi, Laura
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Tammikuu 2012
Ohjaaja: Keckman, Marjo
Sivumäärä: 38
Liitteitä: 5

Asiasanat: hyvinvointi, ikääntyminen, näkövammaisuus, psykofyysinen fysioterapia

Näkövammaisten lukumäärän odotetaan lähivuosina kasvavan rähähdysmäisesti ikääntyvän väestön kasvaessa. Nyt jo näkövammaisten määrä on merkittävä, mutta he jäävät vähäiselle huomiolle. Tämän kehittämistyön aiheena ovat ikääntyneet näkövammaiset ja työn tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa yhteistyössä Porin evankelis-luterilaisen seurakunnan diakoniatyön kanssa hyvinvointiryhmä sekä kehittää yhteistyötahon kohderyhmälle suunnattua toimintaa. Hyvinvointiryhmän tavoitteina oli ikääntyneiden näkövammaisten hyvinvoinnin tukeminen ja kehittäminen.

Ryhmään osallistui seitsemän 61-85-vuotiasta naista, jotka rekrytoitiin seurakunnan asiakkaista. Ohjaajana toimi opinnäytetyön tekijä. Puolentoista tunnin pituisia ryhmäkertoja järjestettiin kerran viikossa viiden viikon ajan. Ryhmäkerroilla käsiteltiin hyvinvointia luentojen muodossa sekä tehtiin hyvinvointia tukevia kehollisia harjoitteita. Ryhmäkertojen tavoitteina oli selvittää miten psykofyysinen fysioterapia sekä motivoiva keskustelu vaikuttavat ikääntyneiden näkövammaisten voimavaroihin, kehotietoisuuteen sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen että yksinäisyyteen.

Osallistujat arvioivat hyvinvointiaan ja terveyttään RAND-36-elämänlaatumittarilla, jonka tulosten keskiarvo oli 486/800 pistettä. Parhaiten arvioitiin sosiaalinen toimintakyky sekä psyykkinen roolitoiminta. Huonoiksi osallistujat arvioivat koetun terveytensä, fyysisen toimintakyvyn ja fyysisen roolitoiminnan. Muina mittareina kehittämistyössä käytettiin Hyvinvointi-VAS:a sekä alkua- ja loppuhaastatteluja. Hyvinvointi-VAS:illa mitattuna yksittäisen ryhmäkerran vaikutus hyvinvointiin oli positiivinen. Ryhmän koettiin edistäneen hyvinvointia ja siitä saadut kokemukset olivat positiivisia. Hengitys- sekä rentoutusharjoitteista koettiin olevan positiivisia vaikutuksia stressiin, unettomuuteen, lihasjännityksiin sekä oman kehon havainnointiin. Vertaistuki koettiin ryhmässä hyväksi sekä hyvin merkittäväksi ja tärkeäksi.

Kokeiltu malli ja menetelmät sopivat kohderyhmälle hyvin. Koska väestö ikääntyy tulevana vuosina ja ikääntyneiden näkövammaisten määrä tulee kasvamaan huomattavasti, tarvetta ja kysyntää tämän tyyppisille ryhmille tulee olemaan tulevaisuudessa. Ryhmä sopii hyvin seurakunnan tai muiden vastaavien järjestöjen tai yhdistysten tarjontaan. Yhteistyökumppani oli erittäin tyytyväinen hyvinvointiryhmään, mutta resurssipulan vuoksi ryhmän toteutus jää vielä suunnittelun tasolle.

WELL-BEING GROUP FOR AGED VISUALLY IMPAIRED PEOPLE

Karppi, Laura

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in physiotherapy

January 2012

Supervisor: Keckman, Marjo

Number of pages: 38

Appendices: 5

Keywords: well-being, ageing, visual impairment, psychophysical physiotherapy

The amount of visually impaired people will be growing significantly during the next few decades because of the ageing of the population. Also now the number of the visually impaired people is remarkable but they are poorly paid attention to. The subject of this Bachelor's thesis is aged visually impaired people. The purpose of this thesis was to plan and implement a well-being group in co-operation with The Evangelical Lutheran Church of Pori and social work. The purpose of the group was to support and develop individual's well-being and to develop the activity for aged visually impaired people offered by the partner.

There were seven 61-85 years old women who were asked to join in by the parishioners in the group. The group instructor was the writer of this thesis. There were five one and a half hour meetings once a week during five weeks period. The group included lectures of the well-being, practical exercises supporting the well-being and also a lot of conversations. The aim of the group was to find out how psychophysical physiotherapy and motivated conversation would effect on the resources, body awareness, social life and loneliness of the aged visually impaired people.

The participants were evaluating their well-being and health by the RAND-36-Measure of Health-related Quality of Life indicator. The average result was 486/800 points. The highest score were given in social functioning and emotional role functioning. The lowest score were given in general health perceptions, physical functioning and physical role functioning. Other indicators used were Well-being-VAS and individual interviews at the start and at the end of the process. The effect of the single group meeting on well-being was positive measured by the Well-being-VAS. It was experienced the group meetings increased the well-being of the participants and their experiences were positive. They felt breathing and relaxation exercises caused positive effects on stress, sleeplessness muscular tensions and observing own body. It was felt in the group that the peer support was very important for them.

The method was suitable for the focus group. Because of the population will be ageing during the next years and the number of the visually impaired people will increase there will be more and more need for this kind of group activity. The group is suitable for the parishment or other organizations. The co-operative was very satisfied to well-being group. There is not such a group at the moment due to lack of resources.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	6
3	IKÄÄNTYMINEN JA NÄKÖVAMMAISUUS	7
	3.1 Normaali näön heikkeneminen.....	8
	3.2 Näkövamman yleisimmät aiheuttajat aikuisiässä.....	9
	3.3 Ikääntyvien näkövammaisten toimintakyky.....	11
4	HYVINVOINTI	12
	4.1 Terveys ja terveyslähtöisyys	14
	4.2 Ikääntyvien näkövammaisten elämänlaatu.....	15
5	KEHOLLISUUS JA PSYKOFYYSINEN LÄHESTYMISTAPA	16
	5.1 Kehonkuva ja kehotietoisuus.....	17
	5.2 Menetelmät ja arviointi	18
6	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	21
	6.1 Kehittämistyön eteneminen	21
	6.2 Osallistujien valinta.....	22
	6.3 Työn arviointimenetelmät	22
	6.4 Ryhmän toteutus ja sisältö.....	23
7	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET.....	24
	7.1 Esitiedot	24
	7.2 Rand36-tulokset.....	26
	7.3 Hyvinvointi-VAS	27
	7.4 Loppukyselyt.....	30
8	POHDINTA.....	31
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ikääntyminen tuo elämään monia haasteita fyysisten toimintojen heiketessä. Ikääntyessä rasittavia tekijöitä on yhtäläillä verrattuna aikuisuuteen, mutta käytössä olevat psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset voimavarat vähenevät. Ikääntyminen rasittaa kehoa, mutta sen lisäksi myös mieltä. Masennus on vanhuusiän yleisin mielenterveyden häiriö ja diagnosoitua masennusta on eläkeikäisistä noin 2,5-5 %:lla. Sen lisäksi lievempiä oireita eli niin kutsuttua masentuneisuutta ilmenee 15-20%:lla. (Leinonen & Koponen 2010, 159.) Masennus ja masentuneisuus ovat yleisempiä ikääntyneillä naisilla kuin miehillä. 75–84-vuotiaista miehistä noin 20 %:lla ja naisista noin 30 %:lla ilmenee masentuneisuutta. Yli 84-vuotiailla sitä ilmenee noin 40 %:lla. (Duodecim Terveyskirjaston www-sivut 2011.)

Psyykkisen hyvinvoinnin edellytyksiä ovat mielenterveys ja elämän tarkoituksenmukaisuuden kokeminen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki, 2006, 32-41.) Elämän tarkoituksettomuuteen liittyvät usein kokemus elämän tarpeettomuudesta sekä yksinäisyyden tunne ja huono toimintakyky. Elämän kokeminen tarkoitukselliseksi lisää elämänhalua ja sitä kautta hyvinvointia. Läheiset ihmiset, mielekäs harrastus ja toiminta, optimisuus ja huumori, muistelu, luovuus sekä hengellinen ja filosofinen pohdiskelu virkistävät mieltä, lisäävät merkitystä ja tarkoituksellisuuden tunnetta elämään ja näin ehkäisevät masentuneisuutta. (Read 2008, 231-238.)

Suomessa väestö ikääntyy tulevien vuosien aikana ja ikääntyneiden määrä kasvaa huomattavasti. Näkövammaisten lukumäärä tulee myös kasvamaan ja peräti kaksinkertaistumaan. Suomessa olevien näkövammaisten tarkkaa lukumäärää ei tiedetä, mutta heitä arvioidaan olevan 80 000, joista 70 000 on yli 65-vuotiaita. Kaikista näkövammaisista noin 10 000 on sokeita ja loput eri tavoin heikkonäköisiä. Näkövamma tuo oman haasteensa ikääntymiseen ja tässä työssä halutaankin keskittyä ikääntyneisiin näkövammaisiin erityisryhmänä. (Ojamo 2009, 1-3)

Lihaskännitykset ovat yleisiä ongelmia valtaosalla ihmisistä. Lihaskännitykset vaikuttavat hengitykseen häiriten sen vapaata virtausta. Lihaskännityksillä, hengitysvaike-

uksilla ja tunneperäisillä asioilla on aina yhteys toisiinsa. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010, 22-23.) Työssä menetelminä käytetään psykofyysistä fysioterapiaa sovellettuna ja työtavoissa korostuu kokemuksellisuus ja kehotietoisuus, sillä muutos kytkeytyy kokemuksiin. Harjoitteita tehtäessä keskitytään siihen miten kukin harjoitteen kokee ja miltä hänestä tuntuu, jotta kehossa tapahtuvia muutoksia havaittaisiin. (Jaakkola 2009, 8.) Hengitys-, rentoutus- ja ruumiinkuvaharjoitteiden, tunteiden tunnistamisen sekä keskustelun avulla pyritään tukemaan koko ihmisen hyvinvointia. (Jaakkola 2007, 6.)

Työn kohderyhmä on ikääntyneet näkövammaiset ja yhteistyökumppanina toimii Porin evankelis-luterilaisen seurakunnan diakoniatyö ja diakoniatyöntekijä Kristiina Isokorpi. Useimmat ikääntyneiden näkövammaisten toiveet järjestö- ja yhdistystoimintaan liittyvät yksinäisyyden lieventämiseen, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja yhdessä tekemiseen. (Räisänen 2002.) Hengellisyyden merkitys korostuu usein ikääntyessä ja hengellisyyden näkyminen arjessa lisää tarkoituksen tunnetta elämässä. (Read 2008, 237.) Seurakunnalla on paljon ikääntyneitä asiakkaina ja heistä osalla on näkövamma. Seurakunta järjestää näkövammaisille suunnattua hengellistä toimintaa, joka toteutetaan ryhmämuotoisena kerran viikossa. Näkövammaisten kerhossa kävijät ovat iältään noin 60-85-vuotiaita ja heitä osallistuu kerhoon toistakymmentä. Diakoniatyöntekijä tekee myös kotikäyntejä tai häntä voi käydä tapaamassa seurakunnan tiloissa.

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kehittää ja toteuttaa ikääntyvien näkövammaisten hyvinvointia tukevaa ryhmätoimintaa sekä monipuolistaa yhteistyötahon tarjontaa. Työ koostuu ryhmän suunnittelusta ja toteutuksesta. Suunnittelun ohessa tuotettu materiaali jätetään yhteistyötahon käyttöön. Ryhmässä käsitellään hyvinvointia

luentojen ja keskustelun muodossa sekä tehdään hyvinvointia tukevia harjoitteita psykofyysistä fysioterapiaa soveltaen. Ryhmä toteutetaan yhteistyössä Porin evankelis-luterilaisen seurakunnan diakoniatyön kanssa, tavoitteena monipuolistaa seurakunnan tarjoamaa, erityisesti näkövammaisille, suunnattua toimintaa.

Ryhmän toteutuksen tavoitteina on tarjota välineitä yksilön hyvinvoinnin kehittämiseen sekä selvittää miten psykofyysisen fysioterapian menetelmät ja motivoiva keskustelu vaikuttavat ikääntyneiden näkövammaisten voimavaroihin, kehotietoisuuteen sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen että yksinäisyyteen ja sitä kautta hyvinvointiin

Kehittämistyöllä pyritään tarjoamaan välineitä yksilön hyvinvoinnin kehittämiseen ja saamaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

- minkälaiseksi osallistujat kokevat hyvinvointinsa?
- miten osallistujat kokevat yksittäisellä ryhmäkerralla olevan vaikutusta heidän hyvinvointiinsa?
- miten osallistujat kokevat ryhmän kokonaisuutena ja sen vaikutukset omaan hyvinvointiin?

3 IKÄÄNTYMINEN JA NÄKÖVAMMAISUUS

Vanheneminen ilmiönä on biologisen lisäksi sosiaalinen, johon vaikuttavat terveys, biologiset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Vanhenemiseen kuuluu lukuisia biologisia muutoksia, jotka ajan myötä näkyvät kaikilla, mutta ilmenevät yksilöllisesti riippuen muiden muassa elämäntavoista ja elimistön normaaleista vanhenemismuutoksista. Ruumiin rakenne ja koostumus muuttuu, luusto heikkenee, kestävyys ja nopeus vähenevät sekä asennonhallinta vaikeutuu. Vaikutus esimerkiksi yksilön tiedonkäsittelymahdollisuuksiin ja – toimintoihin sekä sosiaalisiin aktiviteetteihin tulee fyysisten ja fysiologisten muutoksien myötä. (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen & Ruoppila 2006, 206.) Fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn

heiketessä sosiaalinen toimintakyky saattaa rajoittua. Sosiaalinen toimintakyky koostuu yksilön mahdollisuuksista, voimavaroista, kyvyistä ja taidoista toimia sosiaalisissa ympäristöissä ja erilaisissa rooleissa, jotka vaihtelevat elämän edetessä. Tukevia asioita voivat olla mielekäs työ ja harrastukset, myönteinen näkemys elämästä ja tyydyttävä rooli lähipiirissä. Eläkkeelle jääminen on yksi sosiaalisen elämän ongelmakohta, sillä usealla ihmisellä sosiaalinen ympäristö rakentuu pitkälti työelämän ympärille. Työn loppuessa sosiaalisten kontaktien eteen saa tehdä enemmän töitä ja olla aktiivisempi. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 41-42.)

Näkövammaisuus ei tarkoita samaa kuin sokea, sillä näkövammaisuuden määrittelyn alle sopivat kaikki, joilla näöntarkkuus on laseilla korjattuna alle 0.3. Sokealla näöntarkkuus on alle 0.05 tai näkökenttä on halkaisijaltaan alle 20°. Virallisen määrittelyn näkövammaisuudesta tekee aina silmälääkäri. Näkövammaiseksi ei luokitella ihmistä, jolla toisessa silmässä on normaali näkö tai jos näkö voidaan korjata silmälaseilla normaaliksi. Näkövammaisena pidetään henkilöä, jolle heikentynyt näkökyky aiheuttaa huomattavaa haittaa jokapäiväisissä toiminnoissa. Vamman aiheuttamaan haittaan vaikuttavat muun muassa vammautumisen ikä, vamman kesto, henkilön psyykinen sopeutumiskyky, uusien asioiden omaksumiskyky, elämäntapa, näkökyvylle asetetut vaatimukset sekä ympäristön ja oman toimintakyvyn yhteensopivuus. (Ojamo 2009, 1-3)

3.1 Normaali näön heikkeneminen

Näkö muuttuu iän myötä kaikilla. Parhaimmillaan muutos näössä tapahtuu asteittain ja melko huomaamattomasti näköaistin hiljalleen heikentyessä. Suurin osa ikääntyvistä säilyttää normaalin näön ja kärsii ikänäöstä, joka tarkoittaa näkökyvyn normaalia heikkenemistä. (Ojamo 2009, 1-3.) Normaalissa näössä lähelle näkeminen edellyttää silmän mukauttamista eli akkommodaatiota, jossa mykiön muodonmuutoksella eri etäisyyksiltä tulevat valonsäteet kohdentuvat verkkokalvolle. Akkommodaatiokyvyssä on rodullisia eroja, pohjoiseurooppalaisilla se on paras ja eteläeurooppalaisilla huonoin. Iän myötä mukauttamiskyky vähenee, mikä aiheuttaa lähipisteen siirtymistä kauemmas. Käytännössä lähipisteen siirtyminen kauemmas ja ikänäköisyyden alkaminen tapahtuu normaalitaitoisella suomalaisella 42- 44-vuotiaana. Oireina huoma-

taan muun muassa valon tarpeen ja lukuetaisyyden kasvaminen, nopea lukemiseen väsyminen ja rivien yhteensulautuminen. Kaukotaitoisilla oireet saattavat alkaa aiemmin. Näkemistä helpottaa riittävä valon määrä sekä tarkennettavan kohteen loiton-taminen. Ikänäköisyyttä voidaan kompensoida lukulaseja käyttämällä. (Saari & Korja 2011, 309.)

3.2 Näkövamman yleisimmät aiheuttajat aikuisiässä

Näkövammaisia on maailmassa 180 miljoonaa, joista 40- 45 miljoonaa on sokeita ja 124 miljoonaa omaa heikon näkökyvyn. Kolme maailmanlaajuisesti merkittävintä näkövammautumisen aiheuttajaa ovat korjaamaton taittovirhe, kaihi ja glaukooma. Vuonna 2010 arvioituna kolme merkittävintä sokeutumisen aiheuttajaa ovat kaihi, glaukooma ja silmänpohjan ikärappeuma. (WHO:n www-sivut 2011) Näkövamman aiheuttajat Suomessa eroavat maailmanlaajuisesti merkittävimmistä. Aikuisiällä alkavan näkövamman selvästi yleisin aiheuttaja Suomessa on silmänpohjan ikärappeuma eli makuladegeneraatio, jonka osuus kaikista näkövammoista vuonna 2006 oli 42,3 %. (Rudanko 2011, 489.) Kaaviosta 1 selviää muut suurimmat näkövamman aiheuttajat Suomessa.

Kaavio 1. Näkövamman viisi suurinta aiheuttajaa Suomessa vuoden 2006 tietojen pohjalta. (Rudanko 2011, 489.)



Silmänpohjan ikärappeumaa on kahta muotoa, joista atrofista eli kuivaa sairastaa 90% rappeumapotilaista. Kuiva muoto etenee hitaasti vuosikymmenien aikana ja rappeuttaa pigmenttiepiteeliä ja valoastinsoluja. Kosteaa eli eksudatiivinen muoto etenee nopeasti viikkojen ja kuukausien aikana ja se voi syntyä kuivan muodon pohjalta. (Duodecim Terveystieteen www-sivut 2011) Sairaudesta aiheuttaa sekä lähi- että kaukonäön heikentymistä. Riskitekijöitä ovat tupakointi, perhehistoria ja ikä. Sairauteen ei ole löydetty tehokasta keinoa ennaltaehkäisyyn eikä hoitoon. (WHO:n www-sivut 2011)

Verkkokalvon perinnöllinen rappeuma on diagnoosiryhmä, johon kuuluu joukko sairauksia. Näille on tyypillistä hitaat ja usein etenevät verkkokalvomutokset. Sairauksiin kuuluu näkökentän alueellinen asteittainen hämärtyminen tai kaventuminen, joka voi johtaa putkinäön syntymiseen. Oireet alkavat usein hämäräsokeutena. Muita sairauksiin liittyviä oireita ovat alentunut näöntarkkuus, heikentynyt värinäkö, häikäisyalttius ja heikentynyt kontrastiherkkyys. Tehokkaaksi osoittautunutta hoitoa ei ole. (Ojamo 2009, 24-25.)

Näkörajojen ei-synnynnäisiin vikoihin kuuluvat kaikki ne näköhermojen ja muiden näkörajojen viat, jotka eivät ole synnynnäisiä kehityshäiriöitä. Ryhmään kuuluvat muiden muassa näköhermon pään turvotus, näköhermon tulehdus ja surkastuma, näköhermojen risteyksen viat, näkökeskuksen viat sekä muut sairaudet. Sairauksille yhteistä ovat näkökentän puutokset ja muita oireita voi olla heikentynyt näöntarkkuus, värinäköhäiriö, näkökentän supistuminen. Täydellinen sokeus on mahdollinen. (Ojamo 2009, 25.)

Diabeetikoiden näköä seurataan, sillä sairaus on tavallisin sokeuteen johtavista yleissairauksista (Hyvärinen 2008, 172). Diabeettinen retinopatia on diabetekseen liittyvä yleisesti keski-ikässä alkava sairaus, joka liittyy nuoruusiässä alkaneeseen diabetekseen. Verkkokalvolle ja näköhermon päähän muodostuu uudisverisuonia, jotka voivat aiheuttaa silmänsisäistä verenvuotoa ja sidekudoksen kehittymistä. Tämä voi johtaa verkkokalvon irtaumaan ja näön menetykseen. Hoitamattomana noin puolet sairastavista sokeutuu viiden vuoden kuluessa. (Summanen & Saari 2011, 406.)

Glaukoomassa, joka tunnetaan myös nimillä viherkaihi ja silmänpainetauti, silmänpaineen kohoaminen aiheuttaa näköhermon pään kovertumisen, joka saa aikaan näköhermovaurion ja siihen liittyviä eteneviä näkökenttävaurioita. Sairauden alkuvaiheessa näkökenttäpuutoksia on miltei mahdotonta havaita itse. Sairaus on edennyt pitkälle, kun potilas huomaa itse näkökenttäpuutoksia. Sairautta esiintyy pääosin yli 60-vuotiailla, mutta synnynnäinen viherkaihi tai joitakin glaukooman muotoja voi esiintyä alle 40-vuotiaillakin. Vain pieni osa glaukoomaa sairastavista on näkövammaisia. Glaukoomaa hoidetaan lääkkein, laserin ja leikkausten avulla tavoitteena paineen alentaminen. (Airaksinen & Tuulonen 2011, 280-290.)

3.3 Ikääntyvien näkövammaisten toimintakyky

Näkökyky on oleellinen fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kannalta, sillä näön ja muiden aistien heikentyminen voi heikentää tasapainoa ja vähentää liikkumisen varmuutta. Näön heikentyminen usein myös hankaloittaa tai estää tarkkojen näkemistä vaativien päivittäisten toimintojen suorittamista, kuten tekstien lukeminen ja puhelimen käyttö. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 41.) Iän myötä sairauksien riskit ja sairastavuus kasvavat; joihinkin sairauksiin liittyy osana näön heikkeneminen. Neurologiset sairaudet, kuten aivoverenkiertohäiriöt, aivokasvaimet ja MS-tauti aiheuttavat osan näkövammoista ja alentavat toimintakykyä myös muin tavoin. (Duodecim Terveysportin www-sivut 2011) Pitkäaikaissairaus ja siihen mahdollisesti liittyvä pysyvä toimintakyvyn aleneminen, kuten näkövamma, voi olla hyvinvointia uhkaava tekijä. Aikuiselle näkövammautuminen on aina jonkinlainen kriisi, vaikkakin kaikki kokevat asian omalla tavallaan. Yksilön suhtautuminen vammaan ja vammautumiseen vaikuttaa siihen, tuleeko näkövammaisuudesta ristiriidaton osa elämää. (Ritvanen 2009, 58.) Näkövammaisia saattaa olla vuoteen 2020 mennessä jopa puolet nykyistä enemmän. Ikääntyneiden näkövammaisten henkilöiden ryhmä on näkövammaisista suurin ja usein ryhmään kuuluvat ovat monivammaisia tai monisairaita. (Duodecim Terveysportin www-sivut 2011) Näkövammaisten kokemuksia tutkittaessa liikkuminen sujuu tutuissa paikoissa pääsääntöisesti hyvin, mutta opasapua tarvitaan vieraissa sisä- ja ulkotiloissa. Toimintakyky rajoittaa usein harrastuksia, osasta joudutaan luopumaan kokonaan, osa onnistuu avustajan kanssa. Tarkkuutta vaativat harrastukset kuten käsityöt ja rakentelupuuhat jäävät usein näkövamman myötä.

Liikkumisen apuväline on käytössä useimmilla ikääntyneillä näkövammaisilla. Niistä käytetyimmät ovat kävelykeppi ja rollaattori sekä joillakin on käytössä valkoinen keppi. (Räisänen 2001, 85.)

Näkövamma on eristävä vamma ja usein näkövammaiset ovat riippuvaisia läheistensä sosiaalisesta tuesta. Näkövammaisten toiminta ja osallistuminen tapahtuu ensisijaisesti lähiyhteisön parissa. (Ritvanen 2009, 54.) Omatoimista toimintaa ja asioiden hoitoa hankaloittavia tekijöitä on paljon näkövammaisen arjessa. Pro gradu- tutkielmassa ”Sormi on se parempi silmä” tehtyjen haastattelujen perusteella todettiin näkövammaisten kokevan yhteiskunnan tekevän heistä toimintakyvyttömämpiä jättämällä huomioimatta ryhmän erityistarpeet esimerkiksi erilaisissa automaateissa, palveluissa ja mainonnassa. Pienetkin asiat arjen askareissa, kuten kaupassa hedelmäva’an käyttäminen ja apteekissa vuoronumerojärjestelmän käyttö voivat rajoittaa toimintaa ja vaatia avustusta sekä lisätä yksilön kokemusta toimintakyvyttömyydestä. Tutkimuksen mukaan näkövammaisen saa apua usein vähemmän kuin hän tarvitsisi ja apua saadaan useimmiten perheenjäseneltä, joko puolisoilta tai lähisukulaisilta. Osa avuntarpeesta jää täyttämättä sen vuoksi, ettei läheisiä haluta vaivata. Kunnallisista palveluista käytetyimpiä ovat Keski-Suomessa kuljetus- ja kotipalvelu. Kauppa-, pankki-, posti- ja automaattiasioinnit vaativat useimmiten avustusta. (Räisänen 2001, 83-84.) Näkövammaisten kuntoutuksen tavoitteisiin sisältyvät sairauksien alentaman toimintakyvyn palautuminen sekä turvattomuuden ja elämänhallintaan liittyvien psyykkisten ongelmien ratkominen. Kuntoutus ymmärretään aiempaa kokonaisvaltaisemmin ja sillä tavoitellaan hyvinvoinnin ja työkyvyn edistymistä sekä toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen liittyvää muutosta. (Räisänen 2009, 63.)

4 HYVINVOINTI

Hyvinvointi on epätavallinen yhteiskuntatieteellinen käsite, sillä se määritetään monin eri tavoin. Käsite on kytköksissä historiaan ja olosuhteiden muuttuessa se tulisi määritellä uudelleen. Usein riippuen asiayhteydestä ja käyttötarkoituksesta käyttäjä määrittää käsitteen ja rajaa siihen kuuluvat asiat itse. Hyvinvointikäsite sisältää aja-

tuksen hyvästä yhteiskunnasta ja siitä, että yhteiskunta pyrkii edistämään ihmisen parasta. Taloudellis-poliittinen järjestelmä on eräs hyvän hyvinvoinnin taustatekijöistä. (Allardt 1976, 16-19.)

Tässä työssä hyvinvointi ymmärretään tilana, jossa ihmisellä on mahdollisuus saada keskeiset tarpeensa tyydytetyiksi. Tarpeiden avulla päästään tiettyyn tavoitteeseen, joka edesauttaa hyvinvointia. Tarpeet määräytyvät arvojen kautta. Ihminen tavoittelee niitä asioita, joita hän pitää arvossa, joista on pula tai joita ei aina ole olemassa. Hyvinvointiin liittyy pyrkimys onnellisuuteen ja hyvinvoinnin aste määräytyy siitä, miten hyvin tarpeet ovat tyydytty. Tarpeiden tyydyttämättä jättäminen merkitsee huonoja olosuhteita. (Allardt 1976, 23-28.) Hyvinvointiin kuuluu kolme erityyppistä tarpeiden luokkaa: having eli elintaso, loving eli yhteisyyssuhteet ja being eli itsensä toteuttamisen muodot. Elintaso koostuu aineellisista ja persoonattomista resursseista, joiden avulla yksilö voi ohjailta elinehtojaan. Elintaso liittyy tarpeisiin, joiden tyydytys on määritelty aineellisten tai persoonattomien resurssien esiintymisen avulla. Tällaisia tarpeita ovat muiden muassa tulot, asumistaso, työllisyys, koulutus ja terveys. Yhteisyyssuhteet käsittävät erityyppisiä sosiaalisia suhteita ja verkostoja, joihin ihminen kuuluu. Yksilöllä on tarve vastavuoroiseen huolenpitoon, rakkauteen sekä läheisiin suhteisiin. Yhteisyyssuhteisiin kuuluvat paikallisyhteys eli yhteisöllisyys samassa ympäristössä asuvien ihmisten kesken, perheyhteys ja ystävyysuhteet. Viimeiseen ryhmään eli itsensä toteuttamisen muotoihin kuuluvat status, korvaamattomuus, poliittiset resurssit sekä mielenkiintoinen vapaa-ajan toiminta. Mitä vaikeammin yksilö on korvattavissa, sitä enemmän hän on persoona. Korvaamattomuus voi esiintyä esimerkiksi työyhteisössä, perheessä tai ystäväpiirissä. (Allardt 1976, 39-49.)

Hyvinvointiin liittyy läheisesti käsitteet onni ja onnellisuus sekä elämänlaatu. Onni liittyy ihmisen subjektiivisiin kokemuksiin ja tunteisiin; onnellisuuden aste riippuu siitä, miten onnelliseksi ihminen itsensä kokee ja tuntee. Onni on hyvinvointia hetkellisempi ja katoavaisempi tila. Hyvinvointi ja onni eroavat toisistaan niin, että hyvinvointia tutkitaan havainnoimalla objektiivisesti havaittavia todellisia olosuhteita ja ihmissuhteita, onnen tutkimisessa taas keskitytään asenteisiin ja subjektiivisiin tunteisiin. (Allardt 1976, 32-35.) Hyvinvointi ja elämänlaatu kuvaavat osittain samoja asioita, mutta hyvinvointi on yläkäsite, johon yhtenä osa-alueena sisältyy elämän-

laatu. Elämänlaatu ymmärretään usein yksilön onnellisuutta ja tyytyväisyyttä omaa elämäänsä kohtaan kuvaavaksi käsitteeksi. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 39.) Elämänlaatua käytetään usein kokoavana käsitteenä kaikelle sille, mikä on ihmiselle hyväksi. Sen merkitsee tarpeentyydytystä, jota ei ole määritelty aineellisten ja persoonattomien resurssien, kuten tulot ja asunto, perusteella. (Allardt 1976, 36.) Elämänlaatu on onnen tavoin subjektiivinen kokemus ja se perustuu yksilön omakohtaiseen kokemukseen. Elämänlaadun merkitys ja sisältö vaihtelevat ikäkausittain ja elämäntilanteittain. (Kattainen 2010, 191-192.) Kun ihminen ymmärtää elämän koostuvan koko elämän mittaisista prosesseista, joiden tuloksena on hyvä ja mielekäs elämä, hän elää pidempään, tekee myönteisiä ratkaisuja ja kokee psyykkisen terveytensä hyväksi. Siitä seuraa myös elämänlaadun kokeminen hyväksi. (Lindström & Eriksson 2010, 34.)

4.1 Terveys ja terveyslähtöisyys

WHO:n vuonna 1998 päivitetyn terveyden määritelmän mukaan ”Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin dynaaminen tila eikä vain taudin tai heikkouden puuttumista.”(WHO 1998, terveyden määritelmä.). Terveys kuuluu yhtenä suurena osana hyvinvointiin. Terveys on suhteellista ja siihen vaikuttavat yksilölliset ratkaisut, elämäntavat, psyykkinen hyvinvointi, työolosuhteet, elinympäristö ja yhteiskunnalliset päätökset. Mittatulosten ohessa tärkeää on yksilön subjektiivinen kokemus terveydestä. Ihminen voi kokea elämänsä mielekkääksi ja olevansa hyvinvoiva, vaikka hän sairastaisikin. Kokemuksellinen terveys on myös sidonnainen kulttuuriin ja väestöryhmiin. (Pietilä 2010, 15.)

Terveys ymmärretään usein sairauden puutteena ja sairaan vastakohtana. Terveyskäsite on aiemmin kytketty tiukasti sairauteen ja sairastavuuteen sekä niiden puutteeseen. Aaron Antonovskyn teoreettinen näkökulma, salutogeneesi eli terveyslähtöisyys, peräänkuuluttaa terveyden syntyä ja terveyslähtöisyyttä sekä voimavaroja, jotka tuottavat ja ylläpitävät terveyttä. Antonovskyn teoriassa pureudutaan siihen, mitkä voimavarat edistävät terveysprosessia kohti hyvinvointia ja elämänlaatua niin yksilö, ryhmä- ja yhteiskuntatasoilla. Salutogeneesiin liittyy suhtautuminen elämään ja op-

timistisuus, elämän tarkoituksenmukaisuuden tunnistaminen ja omien sekä ympäristön voimavarojen käyttöönotto. (Lindström & Eriksson 2010, 32-34.)

Koherenssin tunne tarkoittaa elämäntilanteen tunnetta ja sitä, että luottaa elämän hallittavuuteen, ymmärrettävyyteen ja mielekkyyteen. Koherenssin tunteessa ihminen pystyy käyttämään voimavarat hyväkseen, joten se sisältyy tärkeänä osana hyvinvointiin, mielenterveyteen ja terveyteen kokonaisuudessa. Voimakkaan koherenssin tunteen katsotaan olevan sidoksissa hyvään elämänlaatuun, sillä se vähentää stressiä ja sillä on pitkällä aikavälillä merkitystä terveyden ylläpitoon ja sairauksista selviämiseen. (Lindström & Eriksson 2010, 42.)

4.2 Ikääntyvien näkövammaisten elämänlaatu

Suuri osa suomalaisista ikääntyvistä kokee itsensä yksinäiseksi toisinaan, 39%, ja osa kärsii siitä usein tai aina, 5%. Yksinäisyyden kokemukseen vaikuttaa elinympäristö, esimerkiksi asuuko maalla vai kaupungissa ja asuuko kotona vai onko laitoshoidossa. Laitoshoito lisää yksinäisyyden kokemusta. (Routasalo 2009, 184.) Ikääntyvien elämänlaatuun vaikuttavat olennaisena osana heitä ympäröivät ihmiset ja heidän mukanaan tuleva sosiaalinen aktiivisuus, joka ylläpitää hyvinvointia. Useat ikääntyvät asuvat vielä kotonaan. Suuri osa asuu yksin, mutta muut joko puolisonsa kanssa, jos tämä on elossa, lähisukulaisten kanssa tai esimerkiksi vanhainkodissa. Sukulaiset, ystävät, naapurit ja kotihoidon henkilökunta, ovat ikääntyvää lähellä ja tärkeässä osassa hänen elämässään. (Kattainen 2010, 193-194.) Ikääntyessä arkielämän sujuvuus ja siinä pärjäävyys ovat suuressa osassa. Itsenäisyyden ja oman elämän hallitsemisen tunteet sekä omassa kodissa asuminen ovat ikääntyvälle arvokkaita asioita ja osoittavat hänen olevan hyödyllinen. Myös vapaus päättää omista asioista mahdollisimman pitkään luo mielekkyyttä elämään. Nämä yllä mainitut asiat liittyvät elämän tarkoitukselliseksi kokemiseen. Elämän tarkoitukselliseksi kokeminen lisää elämänlaatua ja sitä kautta myös hyvinvointia. (Kattainen 2010, 193.)

Iloa tuottaviksi asioiksi koetaan usein ihmissuhteet, kuten lähisukulaiset ja tuttavat sekä terveys, usko ja hengelliset asiat. (Räisänen 2001, 86.) Ikääntyminen aiheuttaa muutoksia omassa kehossa sekä omassa ympäristössä. Suhtautuminen omassa itsessä

ja toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin, kuten oman roolin muuttumiseen ja menetyksiin, vaikuttavat ikääntyvän hyvinvointiin. Kansallisissa linjauksissa korostetaan ikääntyvien terveyttä ja toimintakykyä, varhaista puuttumista ja arkielämää helpottavia toimintamalleja terveyden edistämiseksi. Terveyden edistämisen tavoitteena onkin, että ikääntyneet voivat asua kotona mahdollisimman pitkään ja elää hyvää elämää. (Pietilä 2010, 13.)

Näkövammaiset kokevat näön heikkenemisen ikääntymiseen liittyväksi luonnolliseksi asiaksi, mutta se myös koetaan pelottavaksi ja elämää rajoittavaksi ominaisuudeksi. (Räisänen 2001, 82.) Normaaliin ikääntymiseen liittyy paljon muutoksia, jotka voivat horjuttaa mielen tasapainoa, mutta näkövamma tuo ikääntymiseen oman haasteensa. Näkövammaisten keskuudessa masennuksella on korkeampi esiintyvyys kuin normaalinäköisillä. Näkövamma aiheuttaa näön puuttumisen myötä mahdollisia toimintakyvyn ongelmia, mitkä osaltaan lisäävät riskiä sairastua masennukseen. (Evans, Fletcher & Wormald 2007, 283.) Vanhuuden mielenterveyshäiriöihin altistavia tekijöitä ovat aistijärjestelmien ja aivojen vanhenemismuutokset, elinten ja elinjärjestelmien muutokset, eläkkeelle siirtyminen ja siihen liittyvät roolimutokset, yksinäistyminen ja tuen väheneminen (Therapica Fennican www-sivut 2011)

5 KEHOLLISUUS JA PSYKOFYYSINEN LÄHESTYMISTAPA

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian menetelmä ja erikoisala, joka on kehittynyt psykiatrien, psykologien ja fysioterapeuttien yhteistyönä ja jossa ihmistä pyritään tarkasteleman kokonaisuutena. Menetelmä perustuu näkemykseen, jossa ihmisen mieli, keho ja ympäristö ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa ja henkinen epätasapaino voi oireilla ruumiillisesti. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265-267) Psykofyysisen fysioterapian avulla tavoitellaan ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistämistä kipua lievittäen, rentoutumista ja stressin hallintaa parantaen, ruumiinkuvaa eheyttäen sekä ruumiinhallintaa, vuorovaikutusta ja itsetuntemusta lisäten. Menetelmä eheyttää koko ihmistä ja se tuo selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja arkeen sekä siinä huomioidaan erityisesti kuntoutujan voimavarat, valmiudet ja

elämäntilanne. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian www-sivut 2011) Menetelmä sisältää perinteisen fysioterapian tapaan ruumiillisia harjoitteita, joilla vaikutetaan kehon kautta mieleen ja sitä kautta ihmisen koko toimintaan arjessa sekä erilaisissa ympäristöissä. (Jaakkola 2009, 8.).

Terapiaa voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäterapiana. Ryhmäterapiassa kuntoutuja kohtaa ihmisiä, harjoittaa yhteistyötaitojaan toisten osallistujien kanssa, kuulee paljon erilaisia ajatuksia ja mielipiteitä, saa vertaistukea ja huomaa ettei ole yksin vaivojensa kanssa. Fysioterapeutin tulee tuntea ryhmän sisäinen vuorovaikutus, tunnistaa heikko- ja voimakastahtoiset osallistujat ja luoda luottamusta herättävä ilmapiiri. Keskusteltaessa ohjaajan on hyvä vetäytyä taka-alalle ja antaa tilaa osallistujille ilmaista itseään ja tukea toisiaan. Ryhmän kokoamisessa tulee huomioida ryhmäkoko, osallistujien sukupuoli ja homo- tai heterogeenisyys, mahdolliset häiriötekijät ja osallistujien vaihtuvuus. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 448-449.)

Fysioterapeuttisessa harjoituksessa tulisi fyysisen suorituksen ohella suunnata huomio sen herättämiin tuntemuksiin ja ajatuksiin, sillä keholla on muisti, johon tallentuu erilaisia fyysisiä viestejä yksilön kokemuksista. Kokemusten herättämät reaktiot voivat olla tiedostamattomia tai tietoisia, jotka ilmenevät kehossa muiden muassa lihasjännityksinä, ihottumina, päänsärkyinä tai huimauksena. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 15-17.) Jos kuntoutujan elämään liittyviä sosiaalisia ja psyykkisiä asioita ei millään tavoin käsitellä, vaan korostetaan vain fyysisyyttä, jää kuntoutuja yksin tuntemustensa kanssa ja myös ulkopuoliseksi terapian suunnittelusta. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 27-31.)

5.1 Kehonkuva ja kehotietoisuus

Kehonkuva eli ruumiinkuva tarkoittaa ihmisen käsitystä itsestään yksilönä ja itsestään suhteessa muihin ihmisiin ja ympäristöön. Kehonkuvan kehitys lähtee syntymästä. Noin kouluiässä kaikki kehonkuvaa vaadittavat elementit, kuten aistit, ovat riittävän kehittyneet, mutta kehitys ei pysähdy siihen, vaan voi jatkua vanhuuteen asti. Kehonkuva kehittyy ruumiintoimintojen kautta kohti kehollisempaa, syvempää ja tietoisempaa näkemystä itsestä. Kehonkuvaan liittyvät yksilön kyvyt tunnistaa

oma paikkansa ja asemansa eri yhteisöissä, arvioida kehoaan erilaisten kokemusten, havaintojen ja uskomusten perusteella sekä käydä vuoropuhelua omien käsityksiensä ja todellisuuden kesken. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 27-31.)

Kehotietoisuus on yksilön kokonaisvaltainen käsitys omasta itsestään, kehostaan, asennoista ja liikkeistä, liikkeen edellytysten tietämisestä ja tunnetilojen ruumiillisista reaktioista. (Roxendal 1987, 29-30.) Kehotietoisuuteen sisältyy kehon hallinta ja kontrolli, liikemallit sekä käsitys, elämys ja kokemus ruumiista. Kehotietoisuusharjoittelussa ollaan läsnä omassa kehossa ja kuunnellaan sen lähettämiä viestejä. Kuntoutuja harjoittelee fysioterapeutin ohjaamana tunnistamaan asentoaan, liikkeitään, liikkumistaan ja tunteitaan. Samalla pohditaan, miten tunne tai elämän tapahtumat saattavat olla yhteydessä kehon kipuihin ja jännityksiin. (Jaakkola 2007, 9 kirja 2)

Tunnekokemus näkyy ajatusten lisäksi myös kehossa, minkä vuoksi psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään paljon kehotuntemusharjoittelua. Kehotuntemus sisältää kaikki tilanteet, joissa ihminen toimii sekä sen, miten hän käyttää kehoaan ja hahmottaa persoonallisuutensa piirteitä. Tunteet voivat ilmetä erilaisina ilmeinä tai niiden puutteena, fyysisenä reaktiona kuten väsymys tai kipu. (Ilmarinen & Mikkonen 2007, 102.) Kysymyksen: ”*Missä ja miten tunne tuntuu ruumiillisesti?*” avulla pyritään tiedostamaan ja tunnistamaan tunteita, sillä tunteet ovat aina myös ruumiillisia. Harjoittelun avulla on mahdollista oppia kuuntelemaan omaa kehoa ja sen lähettämiä viestejä, levon tarvetta, kipua, hyvää tai pahaa oloa sekä tunteen ilmenemistä kussakin kehon kokemuksessa. (Jaakkola 2007, 9.)

5.2 Menetelmät ja arviointi

Psykofyysisen fysioterapian työtavoissa korostuu kokemuksellisuus sekä kehotietoisuus. Ruumiillisten harjoitteiden ja kokemuksellisuuden kautta edetään kohti tunteiden tunnistamista ja täten koko ihmisen tukemista. (Jaakkola 2007, 6.) Menetelmät ovat samankaltaisia kuin perinteisessä fysioterapiassa: terapeutin harjoittelu, ohjaus ja neuvonta. Terapeutin harjoittelun toteuttaminen ja itse harjoitteet ja niiden painotusalueet eroavat hieman perinteisestä fysioterapiasta. Psykofyysisessä fysioterapiassa terapeutin harjoitteluun kuuluvat manuaaliset käsittelyt, rentoutustekni-

kat, hengitys-, ruumiinhahmotus-, vuorovaikutusta vahvistavat ja toiminnallisuuteen tähtäävät harjoitteet. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian www-sivut 2011) Muutosta ihmisessä tapahtuu sisältä päin, esimerkiksi kehon tunnistamisessa, hyväksymisessä ja käyttötavoissa, tunteissa, ajattelussa, asenteissa ja tahtotilassa sekä olemassaolon kokemisessa. Muutos kytkeytyy aina kokemukseen. Muutoksessa korostuu ihmisen oma kokeminen, elämys, oppiminen ja oivallus. (Jaakkola 2009, 8.)

Yksilön kehon asento muokkautuu vuosien mittaan kehityksen myötä omanlaiseksi. Asentoon vaikuttavat lihasjännitykset, joiden uskotaan olevan seurausta tunne-elämän tukehduuttamisesta. Kovin jännittynyt asento voi olla puolustusmekanismi ja näin ollen seurausta koetuista tunteista ja tapahtumista. (Ilmarinen & Mikkonen 2007, 101.) Stressi on nykypäivänä yksi suuri ihmisiä koetteleva ongelma, joka saa aikaan muun muassa lihasjännityksen kohoamista kehossa. Stressillä on suuri rooli unettomuuden, hermostuneisuuden ja ahdistuksen kokemuksissa ja se on myös laajempien terveysongelmien aikaansaaja. Fyysinen aktiivisuus ja rentoutusharjoitteet ovat eräitä keinoja stressin ehkäisyssä ja lievittämisessä. Rentoutusharjoituksilla on positiivisia vaikutuksia unettomuuteen ja ahdistukseen sekä se saattaa auttaa kivun lievittämisessä. (Rehabilitation Reference Centerin www-sivut 2012) Rentoutuessa kehossa aktivoituu hyvänolonhormonin, endorfiinin, erityis. Rentoutuminen ymmärretään sekä fyysisenä ilmiönä eli lihasjännitysten lievittymisenä että psyykkisenä ilmiönä. Keskittynyt rentoutuminen on tehokasta ja hyödyllistä, sillä kahdenkymmenen minuutin hyvä rentoutuminen vastaa neljän tunnin unta. (Kataja 2003, 35-45 ja 172.) Rentoutustekniikoiden kirjo on suuri, mutta kaikille tekniikoille yhteistä on passiivinen suhtautuminen mielessä liikkuviin ajatuksiin ja mielen kohdistaminen tiettyyn asiaan, kuten mielikuva, toiminta tai vaikkapa hengitys. (Vainio 2009.)

Hengityksen vapaa virtaus häiriintyy hengityslihasten ollessa aiheettomasti jännittyneinä. Uhka, jännitys ja tunteiden tukahduttaminen voivat lisätä hengityslihasten jännittyneisyyttä, joten ihminen reagoi hengityksellään ollessaan varuillaan. Hengityksellä ja apuhengityslihakseen kuuluu keskeisimpänä pallea sekä lisäksi monta lihasta ylävartalon alueelta. Pallea on tasapainoisen hengityksen keskeisin tekijä ja tasapainoisessa hengityksessä on tärkeää, että selkä-, vatsa- ja lantiolihakset ovat tasapainossa. Lihasjännitys vaikeuttaa pallean toimintaa ja pallean ollessa supistuneena jatkuvasti, keuhkojen tila pienenee. Apuhengityslihakset otetaan käyttöön automaattisesti ener-

giantarpeen lisääntyessä, kuten fyysisessä ponnistelussa tai suuttumuksen tunteessa. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank, 2010, 22-23) Hengitysharjoitteita on erityyppisiä ja tässä työssä keskitytään käyttämään lepo hengitysharjoitteita, joissa opetellaan huomioimaan hengityksen luonnollista rytmiä sekä annetaan kehon itse hengittää. Lepo hengitysharjoitteiden lisäksi kokeillaan hengityksen yhdistämistä liikkeisiin. Tässä ulos- ja sisäänhengitys edustavat eri liikesuuntia ja niillä rytmitetään haluttu liike. (Roxendal 1987, 86-88.)

Fysioterapiassa ollaan paljon läheisessä kontaktissa asiakkaaseen, sillä kosketus on osa vuorovaikutusta ja välittämisen ilmaisua. Kosketus on hyödyllinen väylä terapeuttisena vaikutuskeinona. Kosketuksella voidaan rauhoittaa, sillä se lisää rauhoittavan autonomisen hermoston toimintaa ja hillitsee stressireaktioita elimistössä. Kosketuksella viestitään erilaisia tunteita ja se tuo lepoa ruumiille, tilaa mieleen ja rohkaisee kohti uusia haasteita. Kosketus on läheisesti yhteydessä hengitykseen, rauhoittava kosketus tynnyttää hengitystä, mutta kosketuksen puute ja äkillinen kosketus saavat helposti hengityksen salpautumaan. Parhaimmillaan kosketus viestii turvallisuutta, rauhoittumista ja lohtua. Sillä voidaan poistaa epämiellyttäviä tunteita sekä jännitystä ja kipua. Kosketuksen tulee olla miellyttävää ja toista kunnioittavaa. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank, 2010, 75)

Arviointia toteutetaan haastattelun, havainnoinnin ja erilaisten mittarien avulla. Arvioinnin kohteena voivat olla muiden muassa hengitys, rentous/jännittyneisyys, liikkuvuus, asennot, kipu, liikkeen hallinta vuorovaikutus, ruumiin kuva ja rentoutumiskyky. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian www-sivut 2011) Fysioterapian vaikuttavuuden arviointina objektiivisen arvioinnin rinnalle nousee potilaan oma kokemus ja palaute, sillä vain ihminen itse voi kertoa miten hän kokee, miltä hänestä tuntuu ja mitä hänessä tapahtuu (Jaakkola 2009, 8.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa keskitytään erityisesti siihen, että ohjaaja kuuntelee, tukee ja antaa kuntoutujalle aikaa sekä tilaa itse oivaltaa ja saada onnistumisen kokemuksia. Tällöin kuntoutuja on osallisena omassa kehityksessään saaden tukea vuorovaikutuksesta ja ammattihenkilön tietotaidosta ja osaamisesta. (Jaakkola 2007, 9) Voimavarojen löytämisessä avainasemassa on läsnä oleva kohtaaminen, johon kuuluvat kiinnostus, empatia, kunnioitus ja herkkyys. Keskustelu ja kuulluksi tuleminen

tunne ovat tärkeitä potilaalle ja usein fysioterapian rinnalla potilas voi tarvita erillistä keskusteluterapiaa. (Jaakkola 2009, 8-9.)

6 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

6.1 Kehittämistyön eteneminen

Työ ideoitiin Satakunnan ammattikorkeakoulun järjestämällä opinnäytetyötorilla syyskuussa 2010 yhdessä Porin evankelis-luterilaisen seurakunnan diakoniatyöntekijän Kristiina Isokorven kanssa. Loppuvuoden 2010 aikana sovittiin aiheen tarkka rajaus ja aikataulutus sähköpostin välityksellä. Alkuvuonna 2011 tutustuttiin aiheeseen tietoa hakien. Ryhmään osallistuvien rekrytoinnin hoiti yhteistyökumppani seurakunnan asiakkaista sekä soittamalla että seurakunnan kerhon yhteydessä mainostamalla. Ryhmäkoon tavoite oli 6-8. Suunnittelusta vastasi opinnäytetyön tekijä ja se tapahtui maaliskuu- toukokuussa 2011.

Huhti- ja toukokuussa 2011 osallistujille järjestettiin alkuhaastattelut (LIITE 1), jotka jaettiin kahdelle päivälle. Haastattelut järjestettiin yhteistyötahon tiloissa ja niissä kartoitettiin muun muassa kokemusta omasta hyvinvoinnista sekä yleisiä, ryhmän järjestämiseen liittyviä asioita, kuten sairaudet ja lääkitys. Ensimmäinen haastattelupäivä järjestettiin maaliskuussa 2011, johon osallistui neljä henkilöä. Toinen haastattelupäivä järjestettiin aikatauluongelmien vuoksi toukokuussa, seitsemän viikkoa myöhemmin ja neljä päivää ennen ensimmäistä ryhmäkertaa. Jälkimmäiseen haastattelupäivään osallistui kolme henkilöä.

Ryhmäkerrat, viisi tapaamista, järjestettiin kerran viikossa aikavälillä 4.5.-1.6.2011. Opinnäytetyön kirjoittaminen tapahtui välillä 4.5.-30.10.2011 painottuen syksyyn. Taulukossa 1 on esitetty kehittämistyön eteneminen.

Taulukko 2. Projektin eteneminen.

<p>2010</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syyskuu: projektin ideoinnin aloittaminen opinnäytetyötorilla • Loppuvuosi: aiheen hionta ja lopullinen muotoutuminen
<p>2011</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tammi- huhtikuu: tiedon hankinta • Maaliskuu: osallistujien rekrytointi, ensimmäinen haastattelupäivä • Huhtikuu: ryhmäkertojen sisällön suunnittelu • Toukokuu: ryhmäkertojen sisällön suunnittelu, toinen haastattelupäivä, ensimmäinen ryhmäkerta • Kesäkuu: viimeinen ryhmäkerta • Loka- joulukuu: opinnäytetyön kirjoittaminen • Tammikuu: valmiin opinnäytetyön esittäminen

6.2 Osallistujien valinta

Kohderyhmänä olivat 60-80-vuotiaat näkövammaa sairastavat henkilöt. Porin evankelis-luterilainen seurakunta järjestää näkövammaisille suunnattua henkistä toimintaa, joten seurakunnan diakoniatyöntekijällä oli kontakteja kohderyhmään kuuluviin. Ryhmään pyrittiin saamaan 6-8 osallistujaa, jotta koko olisi toteutuksen kannalta ihanteellinen. Ryhmään valittiin seurakunnan asiakaskunnasta seitsemän henkilöä. Kaikki osallistujat olivat naisia ja iältään 61- 85-vuotiaita. Yksi osallistujista perui viimehetkellä ja mukaan saatiin uusi osallistuja toisesta ryhmäkerrasta lähtien. Osallistujien homo- tai heterogeenisyydellä tai osallistujien valintatavalla ei ollut suurta merkitystä, sillä kyseessä oli projekti, eikä tutkimus.

6.3 Työn arviointimenetelmät

Kullekin osallistujalle tehtiin alkuhaastattelu (LIITE 1), jossa selvitettiin ikä, sairaudet, lääkitykset, apuvälineet, näkövamman ”laajuus” ja kuinka pitkään on sairastanut,

sosiaalisten kontaktien määrää, päivittäistä aktiivisuutta sekä mielipidettä näkövammaisille suunnatuista ryhmistä.

Lisäksi käytettiin RAND-36-mittaria (LIITE 2) selvittäessä kokemusta omasta terveydestä ja elämänlaadusta. RAND-36:ssa käsitellään monin kysymyksin myös tunne-elämää ja mahdollista masentuneisuutta. Kyselyssä kartoitetaan hyvinvointia ja toimintakykyä kahdeksan eri ulottuvuuden kautta, jotka ovat: koettu terveys, fyysinen toimintakyky, psyykkinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus kivuttomuus, roolitoiminta/fyysinen ja roolitoiminta/psyykkinen. Tarmokkuudessa selvitetään vireystilaa ja energiatasoa viimeisen neljän viikon aikana. Roolitoiminta/fyysinen tarkoittaa fyysisten terveysongelmien aiheuttamia rajoituksia tavanomaisista rooleista suoriutumisesta ja roolitoiminta/psyykkinen samaa, mutta tunneperäisten ongelmien aiheuttamina. (Aalto, Aho & Teperi 1999, 6.)

Ryhmäkerroilla käytettiin mittarina Hyvinvointi- VAS:ia, jolla mitattiin sen hetkistä koettua hyvinvointia. Siinä sovellettiin ideaa kipuvAS-janasta, jossa olo arvioidaan asteikolla 0-10, 0 on huonoin mahdollinen hyvinvoinnin tila ja 10 paras. Hyvinvointi-VAS:ssa käytetään kysymyksiä: Miltä oma tämänhetkinen hyvinvointi ja olo tuntuu? Ja missä se tuntuu? *Esimerkiksi Hyvinvointi- VAS: 2. Tuntuu huonolta koko kehossa, sillä vanhuus vaivaa ja käsi on kipsissä.*

6.4 Ryhmän toteutus ja sisältö

Alkuhaastatteluja varten kokoonnuttiin kahdessa pienryhmässä tutustumaan ohjaajaan ja muihin ryhmäläisiin. Tarkoituksena oli saada haastattelut sujumaan aikaa säästäen ja samalla tutustuttaa osallistujia toisiinsa. Tilaisuudessa myös esiteltiin ryhmä, sen tarkoitus ja tulevat aiheet. Ryhmän esittelyn yhteydessä annettiin aikataulu sekä aiheeseen virittävä tehtävä (LIITE 3), jonka tarkoituksena oli saada osallistujia pohtimaan omaa hyvinvointiaan ja kehoaan ennen ensimmäistä ryhmäkertaa.

Ryhmä järjestettiin yhteistyötahon tiloissa, joka oli lähes kaikille osallistujille entuudestaan tuttu. Ryhmä kokoontui kerran viikossa viiden viikon ajan, aikavälillä 4.5.-1.6.2011. Ryhmään kuului seitsemän henkilöä, joista kullekin ryhmäkerralle osallistui vaihtelevasti 5-6 henkilöä. Ryhmäkerrassa käytettiin keskustelevaa ohjaustyylä.

Ryhmäkerran kesto oli noin puolitoista tuntia ja se alkoi vapaamuotoisella kuulumisten vaihdolla, jonka avulla tuettiin ryhmäytymistä ja toisiin tutustumista. Alussa kysyttiin sen hetkistä hyvinvointia joko sanallisesti tai hyvinvointi- VAS:n avulla. Joka kerralla oli valittuna aihe, josta ohjaaja luennoi. Luennoinnin päämääränä oli jakaa tietoa ja herättää ajatuksia. Luennon aikana ja jälkeen aiheesta keskusteltiin sekä jaettiin omakohtaisia kokemuksia. Keskusteluun käytettiin paljon aikaa, jotta kaikilla oli mahdollista käsitellä aihetta ääneen ja tuoda omat näkemyksensä esiin. Tässä tarkoituksena oli vertaistuki, kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen. Luennoinnin jälkeen tehtiin aiheeseen liittyviä ja kehontuntemusta lisääviä harjoituksia, jotta kokemuksia saataisiin koettua ja käsiteltyjä asioita kokeiltua oman kehon kautta. Lopuksi oli loppurentoutuminen, jolla pyrittiin rauhoittamaan keho ja mieli sekä tuottamaan mielihyvää. Ennen kotiin lähtöä kysyttiin sen hetkinen hyvinvointi uudelleen Hyvinvointi- VAS:n avulla, jotta koetun hyvinvoinnin muutosta voitaisiin seurata. Hyvinvointi- VAS otettiin käyttöön kolmannella ryhmäkerralla ja sen avulla saatiin yksi menetelmä kuvaamaan ryhmäkertojen vaikutusta koettuun hyvinvointiin.

Ryhmäkertojen aiheet olivat: hyvinvointi ja sen merkitys; keho, sen kuunteleminen ja asennot; kipu, masennus ja kosketus; hengitys ja rentoutuminen sekä aistikävely. Lisää ryhmäkertojen sisällöstä on kerrottu työn lopussa taulukossa (LIITE 4).

Viimeisellä kokoontumiskerralla tehtiin loppuhaastattelu, jonka avulla selvitettiin mielipiteitä ryhmän sisällöstä, harjoitteiden hyödyllisyydestä, vaikutuksesta psyykkiseen hyvinvointiin ja ruumiintuntemukseen, vertaistuen merkityksestä, ohjaajan onnistumisesta sekä osallistumisen mahdollisuuksista.

7 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

7.1 Esitiedot

Ryhmään kuului seitsemän osallistujaa, joista yksi liittyi ryhmään toisella kerralla. Yhdellä osallistujista oli paljon poissaoloja ja muilla satunnaisia, joten ryhmän toteutuseroilla oli mukana kerrasta riippuen viisi tai kuusi osallistujaa. Ryhmä eteni

suunnitelman mukaan, mutta muokkautui alkuperäissuunnitelmaa keskustelevalmaksi. Ryhmäkerrat järjestettiin yhtä lukuun ottamatta Porin evankelis-luterilaisen seurakunnan diakoniatyön tiloissa, viimeisellä kerralla oltiin ulkona.

Alkukyselyssä selvitettiin myös näkövamman aiheuttaja, sen kesto, laajuus sekä henkilön käyttämät apuvälineet. Osa vastaajista ei tiennyt näkövamman laajuutta, mutta yhdellä se oli 75% ja kolmella 100%. Kaikilla ei selvää diagnoosia eli aiheuttajaa vastausten perusteella ilmennyt. Yhtään sokeaa ei ryhmään kuulunut. Silmänpohjan rappeumaa sairastaa neljä seitsemästä vastaajasta, kahdella on kaihihileikkauksen jälkeen tullut näkövamma, yhdellä on silmänpainetauti ja yhdellä putkinäkö. Yhden henkilön näkövamman aiheuttaja ei ole tiedossa. Näkemiseen liittyvinä apuvälineinä suurella osalla on erilaisia suurennuslaseja, muutamalla lukuteline tai –televisio ja kahdella on käytössä valkoinen keppi. Muina apuvälineinä löytyy muiden muassa kuulolaite, pyörätuoli, rollaattori ja kävelykeppi sekä pienapuvälineitä.

Taulukko 3. Näkövamman aiheuttajat ja siihen liittyvät asiat.

Henkilö, ikä	Diagnoosi	Näkövamman kesto vuosina	Näkövamman laajuus	Apuvälineet
A, 85 v	Silmänpohjan rappeuma	40 vuotta	100%, erottaa värejä ja hahmoja	Kuulolaite, rollaattori, pyörätuoli, avustaja 4krt/vk
B, 85 v	Oik. kaihi leikattu, molemmissa silmissä silmänpohjan rappeuma	ei tiedossa	Näkee hahmot melko tarkasti, tarkka katsominen aiheuttaa silmien kirvelyä ja päänsärkyä	Suurennuslasi, kuulolaite, tarttumispihdit, rollaattori
C, 80 v	Molemmista silmistä kaihi leikattu, vas. silmänpohjan rappeuma	6 vuotta	Vasen reuna näkökentästä käytössä, kirkas valo häikäisee ja vaikeuttaa näkemistä	Suurentavat lasit, lukuteline
D, 61 v	Putkinäkö, aiheuttaja ei tiedossa	15 vuotta	100% nyt, pahentunut hiljalleen vuosien kuluessa	Valkoinen keppi, erilaisia suurennuslaseja, lukutelevisio
E, 67 v	Oik. silmänpohjan rappeuma, vas. Voimakas likinäkö	8 vuotta	Oikealla silmällä näkökentässä varjoalueita	Kävelykeppi, erilaisia suurennuslaseja, kuulolaite, kuljetusapu kauppaan 1x/vk
F,	Ei tiedossa	Useita vuosia	75%,	Rollaattori, keppi,

84 v			tarkkuusnäkö heikko, erottaa hahmoja	suurennuslasi, lukuteline, tarvitsisi kotiapua, mutta ei tällä hetkellä ole
G, 82 v	Silmänpainetauti	Useita vuosia	100 %, silmän hidasta ja vaikeaa mukautua erilaisiin valoisuuksiin, erottaa kasvonpiirteet	Valkoinen keppi, suurennuslasit, kuulolaite, napinompeluväline

Kyselyssä selvitettiin myös osallistujien aktiivisuutta. Seitsemän vastaajista asuu yksin, yksi veljiensä kanssa yhdessä. Osa on tiiviisti yhteydessä läheisiin ihmisiin ja on tekemisissä heidän kanssaan henkilöstä riippuen joko päivittäin tai viikoittain. Muutamalla yhteydenpito on kuukausittaista tai harvempaa. Yksi vastaajista ei kaipaa arkeensa lähipiiriä ja haluaa olla rauhassa ollen sukulaisiinsa yhteydessä vain tarvittaessa. Päivään kuuluu kaikilla päivittäisten toimintojen lisäksi television kuuntelu tai katselu ja radion kuuntelu, jotkut kuuntelevat äänikirjoja. Ulkoilu joko yksin tai ystävän kanssa on useimmilla päivittäistä. Harrastuksiksi luetellaan muiden muassa: äänikirjojen kuuntelu, käsityöt näön sallimissa rajoissa, kuntosali, ulkoilu, sauvakävely, erilaiset kerhot sekä teatteri ja konsertit. Seurakunnan tai yhdistysten järjestämässä kerhoissa käyvät kaikki. Kerhojen olemassaoloa pidetään tärkeänä, sillä silloin on ”päämäärä, johon mennä”. Yhdistysten tarjonnasta kysyttäessä siihen ollaan tyytyväisiä. Lähes kaikki ovat tyytyväisiä nykyiseen tarjontaan ja sen määrään. Osalla olisi aikaa ja halua käydä enemmänkin kerhoissa, mutta esteenä ovat esimerkiksi kaukana asuminen ja kuljetusongelmat. Kolme seitsemästä käy Viikkarin Valkamassa järjestetyssä päivätoiminnassa, jossa on mahdollisuus saunaan, syödä, seurustella ja nauttia ohjatusta toiminnasta. Kaikki vastaajat käyvät seurakunnan järjestämässä näkövammaisten kerhossa ja sitä pidetään hyvänä. Hengellisyys näkyy muutamalla vahvasti arkipäivässä ja hengelliset tv- ja radiokanavat ovat tärkeitä heille; ne ”antavat voimia elää”.

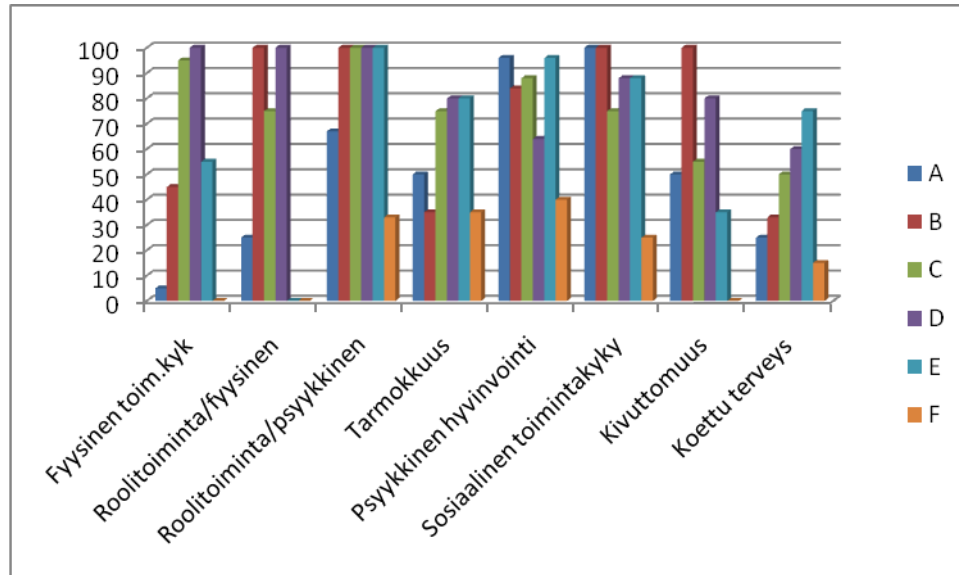
7.2 RAND-36-tulokset

Koettua terveyttä ja elämänlaatua selvittämään käytettiin RAND-36-mittaria. Tiedot on kerätty kuudelta osallistujalta, seitsemännelle osallistujalle ei tehty kyselyä, sillä hän liittyi ryhmään sen ollessa käynnissä. Kyselylomakkeessa esitetään kysymyksiä

kahdeksaan osa-alueeseen liittyen, ja vastaukset on eritelty osa-alue kerrallaan (Taulukko 3). Vastauksissa on suurta vaihtelua, kokonaispisteiden vaihdellessa välillä 148-613 pisteen välillä. Keskiarvo on 486/ 800 pisteen maksimista. Vuonna 1995 tehdyssä tutkimuksessa 18-79-vuotiaiden henkilöiden vastausten keskiarvo oli 596 pistettä. Näin ollen kohderyhmän vastaukset ovat siihen nähden alemmat. Ikähaitari tutkimuksessa on tosin suuri, joten tulos ei ole täysin verrattavissa, vaan lähinnä suuntaa antava. (Aalto, Aho & Teperi 1999, 22.)

Henkilön F vastaukset erosivat selvästi muiden vastauksista ollessaan huomattavasti matalammat. Fyysiseen toimintakykyyn ja roolitoimintaan liittyvissä kysymyksissä henkilön A vastaukset erottuvat ollen huomattavasti alhaisemmat muihin vastauksiin verrattuina. Koko ryhmän vastauksia yhdessä tarkasteltaessa suurin yhtenäisesti matalaksi arvioitu osa-alue on ”koettu terveys”, ”fyysinen toimintakyky” ja ”roolitoiminta/fyysinen”. Korkeimmat pisteet ovat saaneet keskiarvon perusteella ”roolitoiminta, psyykinen” ja ”sosiaalinen toimintakyky”.

Taulukko 4. Koettu elämänlaatu ja terveys lähtötilanteessa.



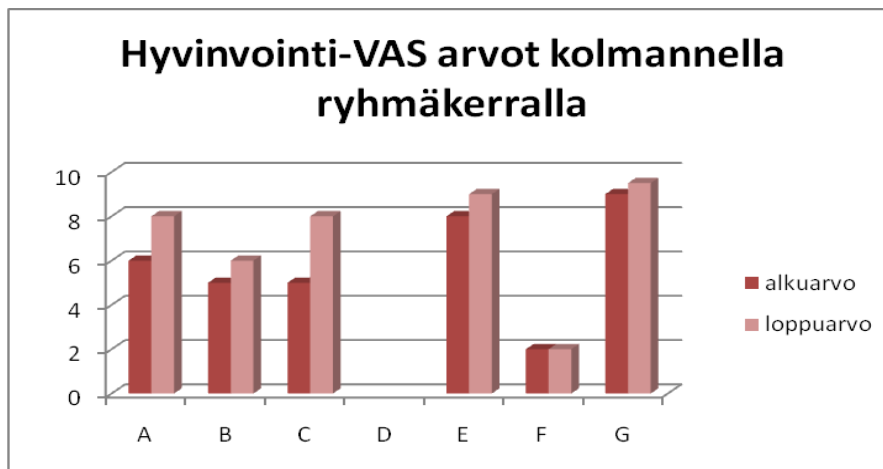
7.3 Hyvinvointi-VAS

Hyvinvointi-VAS oli käytössä kolmella viimeisimmällä ryhmäkerralla. Siinä arvioitiin sen hetkistä hyvinvointia asteikolla 0-10 ryhmäkerran alussa sekä lopussa. Tau-

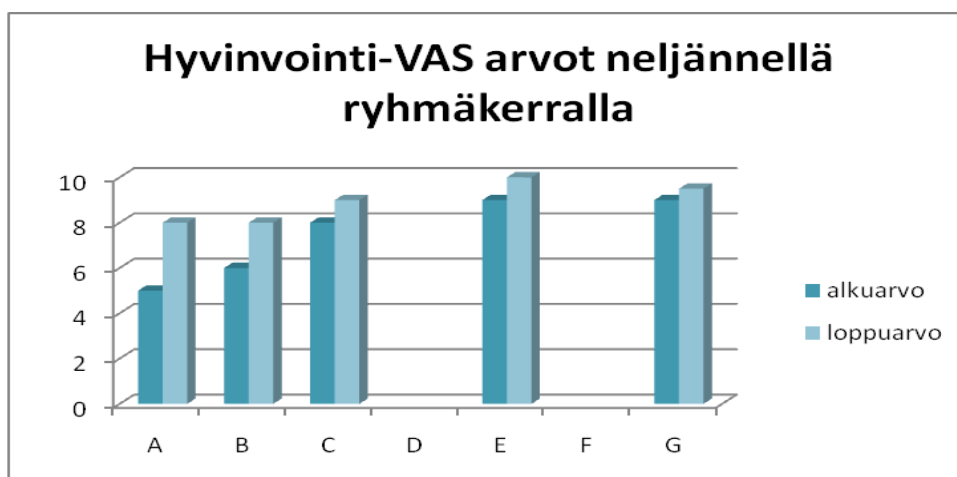
lukoissa 5, 6 ja 7 on esitetty ryhmäkertojen Hyvinvointi-VAS-arvot. Kolmannen ryhmäkerran aiheena oli kipu, masennus ja kosketus, neljännen hengitys ja rentoutuminen sekä viidennen aistikävely. Yhtä poikkeusta lukuun ottamatta (Taulukko 5, henkilö F) Hyvinvointi-VAS oli ryhmäkerran lopussa suurempi kuin alussa. Arvot vaihtelivat suuresti osallistujien välillä sekä saman osallistujan vastausten välillä eri ryhmäkerroilla. Kolmannella ja neljännellä ryhmäkerralla osallistujien arvioissa on eniten vaihtelua.

Keskiarvoja laskettaessa kolmannen kerran keskiarvo alussa on 5,8 ja lopussa 7,1. Vastaavat arvot neljänneltä kerralta ovat 7,4 ja 8,9. Viimeisellä eli viidennellä ryhmäkerralla hyvinvointi arvioitiin hyväksi ja kaikkien osallistujien alkuarvo on 8 ja loppuarvot ovat 9.5-10. Keskiarvo viidennellä kerralla on 8,3 ja 9,8. Keskiarvojen perusteella nähdään kehitystä ryhmän hyvinvoinnissa kertojen edetessä. Tarkimmin Hyvinvointi-VAS-mittarin avulla on nähtävissä yksittäisen ryhmäkerran vaikutus senhetkiseen hyvinvointiin, mutta taulukoissa on nähtävissä myös kehitys hyvinvoinnissa ryhmän edetessä.

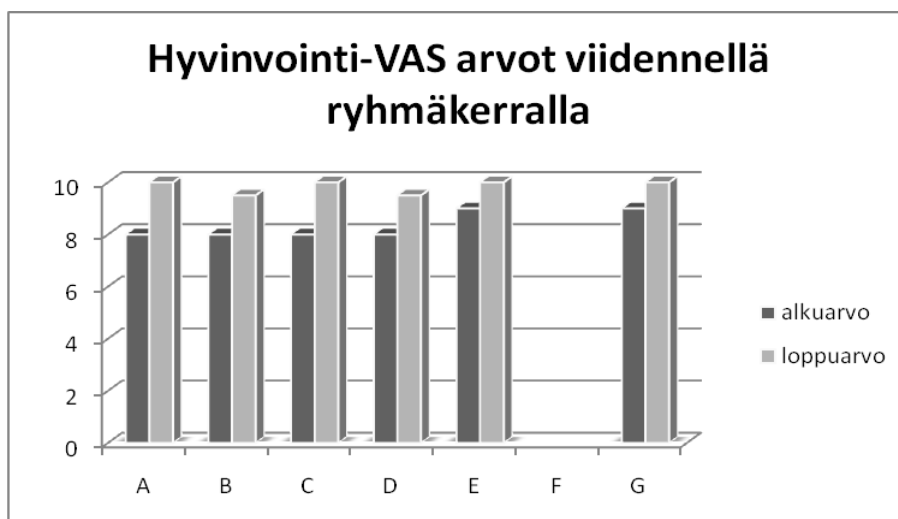
Taulukko 5. Hyvinvointi-VAS-arvot kolmannella ryhmäkerralla.



Taulukko 6. Hyvinvointi-VAS-arvot neljännellä ryhmäkerralla.



Taulukko 7. Hyvinvointi-VAS-arvot viidennellä ryhmäkerralla.



Hyvinvointi-VAS:n kuului sanallinen osio, jossa arvioitiin omaa hyvinvointia ja sen aikaan saamia tunteita kehossa. Vastauksissa on nähtävissä yksittäisen ryhmäkerran vaikutus senhetkiseen hyvinvointiin. Ryhmäkertojen alussa osallistujat arvioivat hyvinvointiaan muun muassa seuraavasti:

”Iloinen ja kevyt olo koko vartalossa.”, ”Heikko olo ja mieli matalalla, päähän särkee ja huimaa.”, ”Rasittunut olo, tuntuu kipua polvessa ja nilkassa.”, ”Tuntuu huonolta koko kehossa, sillä vanhuus vaivaa ja käsi on kipsissä.”, ”Ihan hyvä olo, mieliala on korkealla, sillä kevät on ihanaa!” ja ”Hyvä ja raukea olo ja se tuntuu vatsassa, sillä se on täysi.”.

Myös lopussa omaa olotilaa arvioitiin sanallisesti ja näin osallistujat kokivat hyvinvointinsa ryhmäkerran päätteeksi:

”Hyvä olo, ryhmäkerta oli täysi kymppi! Nyt on mukava ja pirteä olo.”, *”Olo on hyvä ja se tuntuu koko kehossa sekä erityisesti hartioissa, jota hierottiin pallolla.”*, *”Kevyt olo rinnassa ja päässä.”*, *”Olo on edelleen heikko, mutta mieli on hyvä nyt.”*, *”Hyvä olo, ihana olotila.”*, *”Pirteämpi olo.”*, *”Hengitysharjoitukset tekivät olon paremmaksi.”*, *”Väsymys meni ja piristyi. Hengityksen huomaa nyt paremmin.”* ja *”Hengitysharjoitukset auttoivat koko vartaloon, olo on parempi ja vetreämpi.”*

7.4 Loppukyselyt

Viimeisellä kerralla paikalla oli kuusi osallistujaa, jotka vastasivat loppukyselyihin. Loppukyselyiden mukaan ryhmän ilmapiiri oli hyvä ja ystävällinen sekä ryhmäkoko koettiin sopivaksi. Pienehkö ryhmäkoko lisäsi yhteenkuuluvuuden tunnetta ja mahdollisti vuorovaikutuksen ryhmäläisten välillä. Kaksi osallistujista kertoi kokeneensa toiset samanarvoisiksi ja moni koki samanlaisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunteita yhteisen ominaisuuden, näkövamma vuoksi. Muiden vastauksissa heijastui samankaltaiset ajatukset. Vertaistuen merkitys osallistujille oli suuri. Suurimman osan odotukset ryhmästä toteutuivat, mutta osa ei ollut osannut asettaa odotuksia. Kaikki olivat kuulleet ja innostuneet asiasta diakoniatyöntekijän toimesta. Tapaamiskertojen määrään oli tyytyväisiä viisi kuudesta, yksi olisi toivonut ainakin yhden kerran lisää. Ryhmäkertojen tiheyteen ja ajoitukseen kaikki olivat tyytyväisiä.

Harjoitukset koettiin hyväksi ja kaksi oli kokeillut joitakin kotona. Kaikki kokivat harjoitteilla olleen vaikutusta lihasjännityksen, hengityksen tai molempien tiedostamiseen. Ruumiintuntemuksen lisääntymistä kysyttäessä yhden mukaan siinä ei ollut tapahtunut muutoksia, muilla oli herännyt ajatuksia aiheeseen liittyen ja oman kehon havainnointi oli lisääntynyt. Neljä kuudesta koki harjoitteilla, kuten rentoutus, olleen vaikutusta stressiin. Yöuni oli parantunut kertoman mukaan yhdellä illalla tehtyjen rentoutusharjoitteiden myötä. Kaksi ei kokenut harjoitteilla olleen vaikutusta stressiin. Ohjaajan suoriutumiseen oltiin tyytyväisiä ja hyvän ohjaajan ominaisuuksiksi listattiin: ”pitää ohjaket itsellään, vaikka keskustelu rönsyilee” , huomioi kaikki

ryhmän jäsenet, puhuu selvästi, kehottaa määräämisen sijaan, tietää mistä puhuu, korjaa virheet sekä ”pitää ryhmän koossa henkisesti ja esittää asiat oikealla tavalla”.

Kokonaisuudessaan ryhmä koettiin mukavaksi, tärkeäksi ja piristäväksi virikkeeksi. Muutama koki ohjatun toiminnan olevan erityisen tärkeää ja siitä saa syyn lähteä pois kotoa, muuten ei välttämättä tulisi lähdettyä mihinkään. Ryhmän jäsenten samankaltaisuus ja juuri näkövamma yhdistävänä tekijänä koettiin tärkeäksi. Keskustelua syntyi paljon ryhmäkertojen aiheisiin liittyen, mutta myös henkilökohtaiseen elämään, omaan toimintaan, etuuksiin ja eri yhdistysten tarjontaan liittyen. Oli havaittavissa, että itsensä kokeminen toisten kanssa samankaltaiseksi lisäsi uskallusta ja rohkaisi kertomaan omia kokemuksia. Moni asuu yksin, eikä välttämättä ole vuoro-vaikutuksessa monen ihmisen kanssa viikoittain. Se sekä vertaistuen tärkeys näkyi ryhmäkerroissa niiden muuttuessa entistä keskustelevimiksi.

Osallistujien omin sanoin ryhmän hyödyistä sekä vertaistuesta kysyttäessä vastattiin:

”Ryhmä on antanut hiljaista liikettä”, ”Tuntuu hyvältä, kun ympärillä on samankaltaisia ihmisiä. Täältä on saanut myös paljon hyviä vinkkejä (liittyen näkövammaisen elämään).” sekä *”Olisi hienoa päästä vielä tämän ryhmän kanssa yhteen.”*

8 POHDINTA

Fysioterapiaopintoihin kuuluu kahden opintopisteen verran psykofyysistä fysioterapiaa ja kiinnostuin siitä koulussa. Halusin tehdä opinnäytetyöni aiheesta, jossa voisin soveltaa psykofyysistä fysioterapiaa. Opinnäytetyön yhteistyökumppani löytyi Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetyötorilta, jossa aihe ideoitiin yhdessä yhteistyötahon kanssa. Innostuin aiheesta, sillä se on mielenkiintoinen ja ajankohtainen, sillä hyvinvointi on paljon esillä ja ihmisten mielissä. Näkövammaiset ovat erityisryhmänä melko näkymätön, eikä huomio kiinnity heihin vielä kovinkaan paljoa. Nä-

kövammaisten määrä kuitenkin tulevina vuosina lisääntynee ja heille suunnattuihin hyvinvointipalveluihin tulisi panostaa.

Ennen ryhmätilanteita järjestetyissä alkuhaastatteluissa mitattiin osallistujien kokemuksia terveydestään ja hyvinvoinnistaan. RAND-36-tulosten perusteella ryhmä kokonaisuudessaan kokee terveytensä, fyysisen toimintakykynsä ja mahdollisuutensa toimia tavanomaisten roolien mukaan jonkin fyysisen rajoituksen mukaan huonoiksi. Mielialaan liittyvät kysymykset, kuten sosiaalinen toimintakyky ja psyykkinen rooli-toiminta oli arvioitu hyväksi. Piste-erot vastaajien välillä olivat suuria muutaman vastaajan erottuessa selkeästi huonommilla vastauksilla. Tähän vaikuttavat todennäköisesti näkövamma lisäksi, muut sairaudet ja niiden aiheuttamat toimintakyvyn alentumat sekä asennoituminen elämään. Yleisesti ottaen fyysisiä ominaisuuksia huomioimatta hyvinvointi arvioitiin hyväksi. Vammat, sairaudet sekä ikä alentavat fyysisiin ominaisuuksiin liittyviä tuloksia, mutta toimintakykyyn nähden ryhmä arvioi hyvinvointinsa melko hyväksi.

Yksittäisen ryhmäkerran vaikutuksen arviointiin käytettiin kolmella viimeisellä kerralla Hyvinvointi-VAS-mittaria. Se oli oiva väline seuraamaan hyvinvoinnin kehitystä ryhmäkerran aikana sekä ryhmän edetessä. Lähes poikkeuksetta ryhmäkerran aikana hyvinvointi oli kohentunut joko yhdellä tai kahdella numerolla sekä sanalliset vastaukset muuttuneet positiivisimmiksi. Ryhmän vaikutus hetkelliseen hyvinvointiin voidaan osoittaa olevan varsin merkittävä sekä numeerisilla arvoilla, että sanallisilla kommentaareilla arvioituna. Selvää muutosta hyvinvoinnissa nähtiin myös tarkasteltaessa ryhmäkertojen alkuarvoja kolmelta eri kerralta keskiarvon ollessa kolmannen kerran alussa 5,8 ja viidennellä 8,3. Edellä mainittujen tulosten perusteella ryhmällä voidaan olettaa olevan positiivista vaikutusta yksilön hyvinvointiin. Olisi ollut hyvä ottaa mittari käyttöön ryhmän ensimmäiseltä kerralta lähtien. Vastauksiin olisi saatu tarkkuutta ja luotettavuutta käyttämällä paperiversiota VAS-janasta, jolloin numeeriset arvot ja niiden aikaansaamat mielikuvat eivät olisi vaikuttaneet arviointiin. Nyt VAS-arviointi suoritettiin mielikuva-arviona, mikä saattaa vaikuttaa luotettavuuteen ja toistettavuuteen negatiivisesti. Vastausten keskiarvoon ja luotettavuuteen vaikuttaa myös osallistujien vaihteleva määrä sekä ketkä olivat arvioimassa.

Kehotietoisuuden voidaan arvioida muuttuneen jonkin verran, vaikka yksi osallistujista ei kokenut muutoksia. Muilla osallistujilla oli vähintäänkin herännyt ajatuksia aiheeseen liittyen, mutta moni koki oman kehon havainnoinnin lisääntyneen. Kaikki kokivat harjoitteilla olleen vaikutusta lihasjännityksen, hengityksen tai molempien tiedostamiseen. Erään osallistujan sanoin: ”*Ryhmä on antanut hiljaista liikettä*”. Hengitys- ja rentoutusharjoitteista osallistujat olivat erityisen innostuneita ja niistä on ollut osallistujille hyötyä kotona nukahtamisen helpottumisena. Neljä kuudesta koki harjoitteilla olleen vaikutusta stressiin sekä he kokivat yönun laadun ja pituuden parantuneen. Harjoitteet olivat hyödyllisiä ja niitä olisi voinut olla enemmänkin. Hyvinvoinnin koettiin parantuneen ja sen edistämiseen sekä ylläpitoon annettiin välineitä. Kaikille osallistujille annettiin lyhyt kooste ryhmässä käsitellyistä asioista ja muutama harjoitusvinkki.

Aiheen rajaaminen oli haastavaa, sillä aihe ei voinut olla liian laaja, jolloin tekeminen olisi ollut hankalaa, mutta tarkka rajaaminen taas aiheutti ongelmia tiedonhankinnassa. Yhteistyökumppanin ja opinnäytetyön ohjaajan avulla rajaaminen lopulta onnistui haluttuun muotoon. Tavoitteiden asettelu oli hankalaa, mutta työn edetessä nekin selvenivät. Suppeaksi rajatun aihevalinnan vuoksi tiedon löytäminen osoittautui varsin haastavaksi. Ikääntyneiden näkövammaisten hyvinvointia on tutkittu ilmeisen vähän, mutta aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys oli nostettu useissa lähteissä esille. (Suomen näkövammaisten keskusliiton [www-sivut](http://www.sivut)) Työn ydin eli hyvinvointi osoittautui käsitteenä tarkasti määrittelemättömäksi ja moninainen tulkintatapa hankaloitti työn perustan luomista. Hyvinvoinnista ei ole olemassa yksiselkoista määrittelyä, vaan käsitteen ymmärtäminen riippuu aina siihen liitetystä aiheesta ja käytötavasta.

Ryhmätilanteita oli viisi kappaletta aikataulujen yhteensovittamisesta johtuvien ongelmien vuoksi. Ajankäytön arvioiminen ryhmätilanteissa oli haastavaa, eikä kaikkia suunniteltuja asioita aina ehditty käsitellä loppuun. Ryhmäkerta koostui alkusanoista, luennosta, käytännön harjoitteista, jotka sijoitettiin luennon sekaan, loppurentoutumisesta ja ryhmäkerran yhteenvedosta sekä vapaasta keskustelusta. Ryhmän toteutus oli suunniteltu keskustelevaksi, mutta keskusteluun kului yllättävän paljon aikaa. Keskustelu pysyi useimmiten luennolla käsitellyn aiheen ympärillä ja ryhmäläisillä tuntui riittävän asiaa. Vaikutti siltä, että osalle ryhmäkerta oli odotettu sosiaalinen tilanne ja siitä haluttiin ottaa kaikki hyöty irti muun muassa keskustelemalla kanssa

osallistujien kesken. Viisi kertaa kokonaisuutena on lyhyt jakso ryhmän kestolle. Vähäinen ryhmäkertojen määrä hankaloitti aiheiden rajaamista, jolloin yhdelle kerralle piti yhdistää useampi aihekokonaisuus ja toteutus jäi kustakin aiheesta pintaraappaisuksi. Jos aikaa olisi ollut enemmän tai aiheiden rajaus olisi ollut tarkempaa, kuttakin aihetta olisi voitu käsitellä perusteellisemmin.

Ryhmäläiset kokivat saavansa toisistaan vertaistukea ja ”yhteneväisyyden” kokemus ja näkövamma yhdistävänä tekijänä tuntuivat olevan sekä loppuhaastattelun että havaintojen perusteella äärimmäisen tärkeää monille. Keskustelua syntyi etenkin ennen ja jälkeen ryhmäkertaa henkilökohtaisesta elämästä ja ryhmän alku toimi eräänlaisena sosiaalisena tiedonjakotilanteena. Osallistujat saivat toisiltaan tietoa esimerkiksi erilaisista tapahtumista, etuuksista, tavoista toimia ja suosituista kaupoista ja palveluista. Ryhmän ilmapiiri koettiin ystävälliseksi, siellä oli helppoa olla sekä ryhmäkokoo oli sopiva. Osallistujat olivat tyytyväisiä ohjaajan rooliin ja suoritukseen. Keskustelulle olisi voitu varata aikaa enemmän tai vaihtoehtoisesti jaksottaa se tarkemmin, esimerkiksi aina tietyn aihekokonaisuuden jälkeen seuraa keskusteluosuus. Ryhmän osallistujat toivoivat ryhmälle jatkoa, sillä se koettiin mukavaksi, tärkeäksi ja piristäväksi virikkeeksi. Ohjattu toiminta helpottaa kotoa pois lähtemistä, sillä on jokin päämäärä, johon mennä.

Hyviä kokemuksia on saatu muista samantyyppisistä ryhmistä. Rentoutuminen mielenterveyden tukena- ryhmässä, jossa osallistujat kokivat voivansa hyödyntää ryhmässä opittuja asioita arkielämässä. Tulosten perusteella rentoutusharjoittelulla voi olla vaikutusta osana mielenterveyspotilaiden terveyden edistämistä. (Malmberg & Wiksten 2009) Marianne Salosen järjestämässä kehontuntemusryhmässä ohjattiin viittä työikäistä naista kymmenen viikon ajan tunnin mittaisissa jaksoissa. Ryhmässä tehtiin kehontuntemus- ja rentoutusharjoitteita, pidettiin tietoisuuksia ja keskusteltiin harjoitteiden herättämistä ajatuksista ja tunteuksista. Tulosten perusteella osallistujien kehontuntemuksessa tapahtui kehitystä: tukipinta-alan laajeneminen, rentoutumiskyvyn paraneminen, kehonkuvan selkiintyminen, kehon tiedostamisen lisääntyminen, positiiviset muutokset hengityksessä sekä sosiaalisten voimavarojen lisääntyminen. (Salonen 2008) Edellisten kokemusten ja tulosten sekä omien tulosten, kokemusten ja havaintojen myötä voidaan osoittaa, että kyseessä oleva ryhmätoiminta on perusteltua ikääntyvien näkövammaisten hyvinvointia lisäävänä ja ylläpitävänä

toimintana ja sille tuntuu olevan tarvetta ja kysyntää. Tällaisia palveluita tarvitaan enemmänkin ja tämäntyyppiseen toimintaan seurakuntien ja yhdistysten olisi hyvä suunnata resursseja.

Ryhmää voitaisiin järjestää muutaman kerran vuodessa pienempinä pätkinä, jolloin samat osallistujat seuraisivat alusta loppuun ja aiheet etenisivät ryhmän mukana. Tai vaihtoehtoisesti syksystä kevääseen jatkuva yhtenäinen ryhmä, johon voisi liittyä esimerkiksi joka neljäs kerta. Tällöin ryhmän osallistujamäärä eläisi, aiheet olisivat osittain samoja, mutta sisältäisivät aina syvennystä. Jälkimmäinen vaihtoehto olisi siinä mielessä parempi, että liittyminen ryhmään onnistuisi ensimmäistä vaihtoehtoa helpommin. Ongelmana siinä on se, että ryhmään aiemmin liittyville samat aiheet toistuisivat noin neljän viikon välein. Toisaalta, jos ryhmään kuuluisi neljä pääaihetta, joista aina käytäisiin läpi perusteet ja sitten syvennettäisiin, olisi ryhmä mielenkiintoinen sekä uusille että vanhoille osallistujille.

Tämän työn tekemisestä mielenkiintoisen teki se, että siinä sai luoda uutta ja soveltaa psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ikääntyviin näkövammaisiin. Toteutus onnistui hyvin ja siitä opittiin paljon vastaisuuden varalle. Osallistujien koostuminen näkövammaisista toi uuden ulottuvuuden ryhmänohjaukseen. Nyt istumajärjestyksen, käytettävän tilan, välineiden ja musiikin, valon määrän, paikan vaihtamisten ja ohjaajan sijoittumisen suunnitteluun tuli kiinnittää erityisesti huomiota. Ryhmän ohjaaminen vaatii erityisosaamista, johon alan ammattihenkilö voisi kouluttaa ohjaajia ja fysioterapeutti voisi olla mukana asiantuntijana. Yhteistyökumppanin kokemukset toiminnasta olivat hyvät ja ryhmää pidettiin hyödyllisenä ja tarpeellisenä. Resurssipulan vuoksi ryhmän jatkoon toteutus jää suunnittelun tasolle. Suosittelen ryhmän järjestämistä saatujen kokemusten perusteella. Seuraavalla toteutuskerralla RAND-36-lomake on hyvä olla käytössä sekä alussa että lopussa ja kehitystä hyvinvointiin seurata säännöllisin väliajoin. Ryhmäkoko voi olla hieman seitsemää suurempi, mutta korkeintaan kymmenkunta. Kerran viikossa kokoontuminen koettiin sopivaksi ja sitä suosittelen jatkossakin.

LÄHTEET

- Aalto, A-M., Aho, R.A. & Teperi, J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Airaksinen, J. & Tuulonen, A. 2011. Teoksessa: K. M. Saari (toim.) Silmätautioppi. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy/Kandidaattikustannus Oy, 280-290.
- Crewe, JM., Morlet, N., Morgan, WH., Spilsbury, K., Mukhtar, A., Clark, A., Ng, JQ., Crowley, M. & Semmens, JB. 2011. Quality of life of the most severely vision-impaired. *Clinical & Experimental Ophthalmology* vol. 39, issue 4, 336-343.
- Duodecim, Lääkärin tietokannat. Lea Hyvärinen 2009, Näkövammaisuus, http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00936&p_haku=n%E4k%F6vamma © 2011 Kustannus Oy Duodecim. 13.10.2011.
- Duodecim Terveystieteen www-sivut. Viitattu 12.8.2011. <http://www.terveysportti.fi>
- Evans, J.R., Fletcher, A.E. & Wormald, R.P.L, 2007. Depression and Anxiety in Visually Impaired Older People. *Ophthalmology*, 114:2, 283-288.
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. WSOY.
- Hyvärinen, L. 2008. Näön vanheneminen. Teoksessa: E. Heikkinen, T. Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 2. painos. Keuruu: Duodecim, 173-180.
- Ilmarinen, J. & Mikkonen, A. 2007. Tunne kehossa, keho tuntee – kokemuksia kehontuntemusharjoittelun soveltamisesta uupuneille ja masentuneille varhaiskuntoutujille. Teoksessa: M-L. Lähteenmäki, R. Jaakkola (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia 2 – Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen*. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Jaakkola, R. 2007. Psykofyysisen fysioterapian opiskelusta, s 6-12. Teoksessa: M-L. Lähteenmäki, R. Jaakkola (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia - Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista*. 2.painos. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Jaakkola, R., 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa: M-L. Lähteenmäki, R. Jaakkola (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia 2 – Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen*. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Jaakkola, R. 2009. Psykofyysisestä fysioterapiasta ja erikoistumisopinnoista vuonna 2008. Teoksessa: M-L. Lähteenmäki, R. Jaakkola (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia 3- Kokemus kehossa*. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima.

Kattainen, E. 2010. Ikääntyvien elämänlaadun edistäminen - ennakoivat kotikäynnit ikääntyvien terveyden edistämisen työmenetelmänä. Teoksessa: A-M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen - Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY, 191-212.

Leinonen, E. & Koponen, H. 2010. Vanhusten mielialahäiriöt. Teoksessa: Geriatria. 2. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, 159-165.

Lindström, B. & Eriksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa: A-M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen - Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY, 32-49.

Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. WSOY.

Näkövammaisten Keskusliiton www-sivut. Viitattu 20.8.2011. <http://www.nkl.fi>

Malmberg, M. & Wiksten, S. 2009. Opinnäytetyöraportti: Rentoutuminen mielenterveyden tukena – EMY:n jäsenten kokemuksia rentoutumisryhmästä. Laurea-ammattikorkeakoulu: Laurea Otaniemi.

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

Ojamo, M. 2009. Näkövammarekisterin vuosikirja 2009. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos: Näkövammaisten keskusliitto ry.

Pietilä, A-M. 2010. Terveyden edistämisen lähtökohtia – katsaus kirjan ydinsisältöihin. Teoksessa: A-M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen - Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY, 10-14.

Pietilä, A-M., Länsimies- Antikainen, H., Vähäkangas, K., Pirttilä, T. 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa: A-M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen - Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY, 15-31.

Read, S. 2008. Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa: E. Heikkinen, T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. painos. Keuruu: Duodecim, 231-241.

Rehabilitation Refrence Centerin www-sivut. Relaxation Therapies (Alternative Therapy). Viitattu 6.1.2012.

Ritvanen, P. 2009. Järjestö jäsenen asialla. Jäsenten hyvinvointi ja odotukset Näkövammaisten Keskusliittoa kohtaan. Näkövammaisten keskusliitto ry. S-paino Oy.

Routasalo, P. 2009. Yksinäisyyden lievittyminen. Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOYpro Oy, 184-195.

Roxendal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden.. Lund: Studentlitteratur.

Räisänen, M. 2001. ”Sormi on se parempi silmä”: ikääntyneiden näkövammaisten arkipäivän toiminnoista suoriutuminen Keski-Suomen alueella. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 15.10.2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-2001874989>

Salonen, M. 2008. Fysioterapian opinnäytetyöraportti: Kehontuntemusharjoitteilla toimivampaan kehon ja mielen yhteistyöhön. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Summanen, P. & Saari, K., M. 2011. Yleistaudit ja silmä. Teoksessa: Silmätautioppi. Otavan kirjapaino Oy/Kandidaattikustannus Oy, Keuruu. toim. K. Matti Saari (s.392-422.)

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian www-sivut. Viitattu 22.9.2011. <http://www.psyfy.net>,

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Edita Helsinki.

Therapica Fennican www-sivut. Vanhusten psyykkiset häiriöt. Viitattu 12.12.2011.

Thornquist, E. ja Bunkan, B. 1991. What is Psychomotor Therapy? Norwegian University Press, Oslo.

Vaino, A. 2009. Rentoutuminen. Kustannus Oy Duodecim.

WHO:n www-sivut. Viitattu 10.10.2011. <http://www.who.int/blindness>

ALKUHAASTATTELU

Ikä: _____ Sukupuoli: _____

Sairaudet: _____

Lääkitys: _____

Miten asut? _____

Tarvitsetko kotiapua, jos niin mitä ja kuinka usein?

Mitä apuvälineitä tarvitset? _____

Kuinka kauan sinulla on ollut näkövamma ja minkä asteinen se on?

Kuinka usein läheisesi (sukulaiset, ystävät, tuttavat) vierailevat luonasi tai sinä heidän luonaan? _____

Mistä asioista päiväsi koostuu?

Mitä harrastuksia sinulla on? _____

Mitä mieltä olet seurakunnan ja yhdistysten tarjoamasta toiminnasta näkövammaisille?

Mitä toivoisit lisää? _____

RAND 36-ITEM HEALTH SURVEY 1.0 (RAND-36)

Suomenkielinen versio

STAKES/KTL

1. **Onko terveytenne yleisesti ottaen ...**
(ympyröikää yksi numero)

- 1 erinomainen
2 varsin hyvä
3 hyvä
4 tyydyttävä
5 huono

2. **Jos vertaatte nykyistä terveydentilaanne vuoden takaiseen, onko terveytenne yleisesti ottaen ...**
(ympyröikää yksi numero)

- 1 tällä hetkellä paljon parempi kuin vuosi sitten
2 tällä hetkellä jonkin verran parempi kuin vuosi sitten
3 suunnilleen samanlainen
4 tällä hetkellä jonkin verran huonompi kuin vuosi sitten
5 tällä hetkellä paljon huonompi kuin vuosi sitten

Seuraavassa luetellaan erilaisia päivittäisiä toimintoja. Rajoittaako terveydentilanne nykyisin suorittamistanne seuraavista päivittäisistä toiminnoista? Jos rajoittaa, kuinka paljon?
(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	kyllä, rajoittaa paljon	kyllä, rajoittaa hiukan	ei rajoita lainkaan
3. huomattavia ponnistuksia vaativat toiminnot (esimerkiksi juokseminen, raskaiden tavaroiden nostelu, rasittava urheilu)	1	2	3
4. kohtuullisia ponnistuksia vaativat toiminnot, kuten pöydän siirtäminen, imurointi, keilailu	1	2	3
5. ruokakassien nostaminen tai kantaminen	1	2	3
6. nouseminen portaita useita kerroksia	1	2	3
7. nouseminen portaita yhden kerroksen	1	2	3
8. vartalon taivuttaminen, polvistuminen, kumartuminen	1	2	3
9. noin kahden kilometrin matkan kävely	1	2	3
10. noin puolen kilometrin matkan kävely	1	2	3
11. noin 100 metrin matkan kävely	1	2	3
12. kylpeminen tai pukeutuminen	1	2	3

**Onko teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut RUUMILLISEN TERVEYDEN-
TILANNE TAKIA alla mainittuja ongelmia työssänne tai muissa tavanomai-
sissa päivittäisissä tehtävissänne?**

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

- | | kyllä | ei |
|---|-------|----|
| 13. Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämääne aikaa | 1 | 2 |
| 14. Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte | 1 | 2 |
| 15. Terveystilanne asetti teille rajoituksia joissakin
työ- tai muissa tehtävissä | 1 | 2 |
| 16. Töistänne tai tehtävistänne suoriutuminen tuotti
vaikeuksia (olette joutunut esim. ponnistelemaan
tavallista enemmän) | 1 | 2 |

**Onko teillä viimeisen 4 viikon aikana ollut TUNNE-ELÄMÄÄN LIITTYVIEN
vaikeuksien (esim. masentuneisuus tai ahdistuneisuus) takia alla mainittuja
ongelmia työssänne tai muissa tavanomaisissa päivittäisissä tehtävissänne?**

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

- | | Kyllä | ei |
|---|-------|----|
| 17. Vähensitte työhön tai muihin tehtäviin käyttämääne
aikaa | 1 | 2 |
| 18. Saitte aikaiseksi vähemmän kuin halusitte | 1 | 2 |
| 19. Ette suorittanut töitänne tai muita tehtäviänne yhtä
huolellisesti kuin tavallisesti | 1 | 2 |

20. **MISSÄ MÄÄRIN ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet
ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista (sosiaalista)
toimintaanne perheen, ystävien, naapureiden tai muiden ihmisten parissa?**
(ympyröikää yksi numero)

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | ei lainkaan |
| 2 | hieman |
| 3 | kohtalaisesti |
| 4 | melko paljon |
| 5 | erittäin paljon |

21. **Kuinka voimakkaita ruumiillisia kipuja teillä on ollut viimeisen 4 viikon aikana?**
(ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
- 2 hyvin lieviä
- 3 lieviä
- 4 kohtalaisia
- 5 voimakkaita
- 6 erittäin voimakkaita

22. **Kuinka paljon kipu on häirinnyt tavanomaista työtänne (kotona tai kodin ulkopuolella) viimeisen 4 viikon aikana?**
(ympyröikää yksi numero)

- 1 ei lainkaan
- 2 hieman
- 3 kohtalaisesti
- 4 melko paljon
- 5 erittäin paljon

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, miltä teistä on tuntunut viimeisen 4 viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne.

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

	koko ajan	suurim- man osan aikaa	huomat- tavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lain- kaan
Kuinka suuren osan ajasta olette viimeisen 4 viikon aikana ...						
23. tunteut olevanne täynnä elinvoimaa	1	2	3	4	5	6
24. ollut hyvin hermostunut	1	2	3	4	5	6
25. tunteut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voimut teitä piristää .	1	2	3	4	5	6
26. tunteut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi	1	2	3	4	5	6
27. ollut täynnä tarmoa	1	2	3	4	5	6
28. tunteut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi	1	2	3	4	5	6
29. tunteut itsenne "loppuun- kuluneeksi"	1	2	3	4	5	6
30. ollut onnellinen	1	2	3	4	5	6
31. tunteut itsenne väsyneeksi	1	2	3	4	5	6

32. Kuinka suuren osan ajasta ruumiillinen terveydentilanne tai tunne-elämän vaikeudet ovat viimeisen 4 viikon aikana häirinneet tavanomaista sosiaalista toimintaanne (ystävien, sukulaisten, muiden ihmisten tapaaminen)?
(ympyröikää yksi numero)

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | koko ajan |
| 2 | suurimman osan aikaa |
| 3 | jonkin aikaa |
| 4 | vähän aikaa |
| 5 | ei lainkaan |

Kuinka hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa teidän kohdallanne?

(ympyröikää yksi numero joka riviltä)

- | | pitää
ehdotto-
masti
paikkansa | pitää
enimmäk-
seen
paikkansa | en
osaa
samaa | enimmäk-
seen ei
pidä
paikkansa | ehdotto-
masti ei
pidä
paikkansa |
|--|---|--|---------------------|--|---|
| 33. Minusta tuntuu, että sairastun
jonkin verran helpommin kuin
muut ihmiset | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Olen vähintään yhtä terve
kuin kaikki muutkin
tuntemani ihmiset | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Uskon, että terveyteni
tulee heikkenemään | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Terveyteni on erinomainen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

HYVINVOINTIRYHMÄ

KOKOONTUMISET:

- 6.5. klo 10-11.30
- 11.5. klo 13 – 14.30
- 18.5. klo 13 – 14.30
- 25.5. klo 13 – 14.30
- 1.6. klo 13 – 14.30

VARAUDU REIPPAIN
MIELIN! 😊

ALKUTEHTÄVÄT

**MITEN YMMÄRRÄT HYVINVOINNIN
JA MITÄ AISOITA SIIHEN
MIELESTÄSI KUULUU?**

KÄYTÄ AIKAA OMAN KEHOSI
HAVAINNOINTIIN ARKISIA
ASKAREITA TEHDESSÄSI (ESIM.
RUOKAILU, MAKUULLA OLO,
KÄVELY).

**MILTÄ KEHOSI TUNTUU ERI
ASKAREISSA?**

TAPAAMISIIN!

TERVEISIN,
OPISKELIJA LAURA KARPPI

RYHMÄKERTOJEN SISÄLLÖT

LIITE 4

Ryhmäkerta ja aihe	Ryhmän sisältö	Tavoitteet
<p>Ensimmäinen ryhmäkerta 6.5.2011, klo 13-14.30. Hyvinvointi ja sen merkitys, tutustuminen</p>	<p>Ryhmän ja ohjaajan esittely, osallistujien esittäytyminen. Hyvinvointi-VAS.</p> <p>Ryhmäkeskusteluna osallistujien ajatusten läpikäyminen hyvinvointiin liittyen</p> <p>Luennointia ja keskustelua käsitteestä, sen osa-alueista, sitä tukevista asioista ja siihen negatiivisesti vaikuttavista asioista. Väittämiä hyvinvoinnista.</p> <p>Loppurentoutus cd:n avulla.</p> <p>Hyvinvointi-VAS. Ryhmäkerran yhteenveto.</p>	<p>Ryhmään sekä muihin osallistujiin tutustuminen. Senhetkisen hyvinvoinnin mittaaminen.</p> <p>Oman näkemyksen esilletuonti ja muiden näkemysten kuuntelu. Ryhmäytyminen.</p> <p>Tiedon jakaminen ja keskustelun herättäminen. Rentoutuneen tunnelman huominen.</p> <p>Rauhoittuminen, rentoutuminen ja virkistyminen.</p> <p>Ryhmäkerran vaikutuksen mittaaminen.</p>
<p>Toinen ryhmäkerta 11.5.2011, klo 13-14.30. Keho, sen kuunteleminen ja asennot</p>	<p>Kuulumisten vaihtoa, ryhmän aiheen esittely ja Hyvinvointi-VAS.</p> <p>Keskustelumuotoista luennointia oman kehon ja mielen yhteydestä sekä kehonkuvasta. Miten näkövamma on vaikuttanut kehonkuvaan? Harjoitus mielen ja kehon reaktioiden yhteyteen liittyen.</p> <p>Hyvän seisoma- ja istuma-asennon harjoittelu.</p> <p>Loppurentoutus jännitys-rentoutus menetelmällä.</p> <p>Hyvinvointi-VAS ja ryhmäkerran yhteenveto.</p>	<p>Ryhmäytyminen ja rentoutuneen tunnelman huominen. Senhetkisen hyvinvoinnin mittaaminen.</p> <p>Kehon tuntemusten havainnointi ja omien kokemusten esille tuominen. Ryhmäytyminen ja vertaistuki. Tunnetilojen havainnoiminen omassa kehossa.</p> <p>Oman asennon havainnointi ja lihasjännitysten tunnistaminen istuma- ja seisoma-asennoissa.</p> <p>Yksittäisten lihasten jännittyneisyyden havainnointi ja rentouttaminen. Rauhoittuminen.</p> <p>Ryhmäkerran vaikutuksen mittaaminen. Kokemukset ryhmäkerrasta.</p>

<p>Kolmas ryhmäkerta 18.5.2011, klo 13-14.30. Kipu, masennus ja kosketus.</p>	<p>Kuulumisten vaihtoa, ryhmän aiheen esittely ja Hyvinvointi-VAS.</p> <p>Luennointia ja keskustelua kivusta, sen synnystä ja vaikutuksista kehoon. Kipusanastoon tutustuminen. Luennointia masennuksen ja kroonisen kivun yhteydestä, kosketuksen voimasta ja kosketuksen merkityksestä näkövammaiselle.</p> <p>Pariharjoituksena hengityshieronta eli toinen pari painaa kevyesti toista hartioista oman uloshengityksensä tahtiin. Vaihto toisin päin. Lisäksi pallorentoutus nystyräpalloilla 2x5min. Kevyt hieronta parin käsien, hartioiden ja selän alueelle.</p> <p>Hyvinvointi-VAS ja ryhmäkerran yhteenveto.</p>	<p>Ryhmäytymisen vahvistuminen, rentoutuneen tunnelman luominen ja senhetkisen hyvinvoinnin mittaaminen.</p> <p>Tiedon jakaminen ja keskustelun herättäminen. Omien kokemusten kertominen. Vertaistuki. Luottamusta herättävän ja ystävällisen ilmapiirin luominen.</p> <p>Vuorovaikutuksen ja keskinäisen luottamuksen lisääntyminen parityöskentelyn avulla, kosketuksen vaikutuksen kokeminen käytännössä, rentoutuminen, rauhoittuminen ja mielihyvän kokeminen.</p> <p>Ryhmäkerran vaikutuksen mittaaminen. Kokemukset ryhmäkerrasta</p>
<p>Neljäs ryhmäkerta 25.5.2011, klo 13-14.30. Hengitys ja rentoutuminen.</p>	<p>Kuulumisten vaihtoa, ryhmän aiheen esittely ja Hyvinvointi-VAS.</p> <p>Luennointia, keskustelua sekä omia kokemuksia. Aiheet: hengityselimet ja niiden tehtävät, hengityksen yhteys kehoon ja mieleen, sisään- ja uloshengitys sekä niiden havainnollistaminen erilaisin mielikuvin.</p> <p>Hengitysharjoitus 1, jossa mielikuvien avulla muutetaan hengitystä. Hengitysharjoitus 2, jossa keskitytään kehon tuntemuksiin ja eri osiin hengitettäessä.</p>	<p>Ryhmäytymisen vahvistuminen, rentoutuneen tunnelman luominen ja senhetkisen hyvinvoinnin mittaaminen</p> <p>Tiedon jakaminen ja keskustelun herättäminen. Vertaistuki. Luottamusta herättävän ja ystävällisen ilmapiirin luominen. Teoriatiedon havainnollistuminen erilaisin mielikuvin.</p> <p>Kaikkien hengitysharjoitteiden tavoitteina olivat: oman hengityksen havainnointi, vapautuneen ja itselle sopivan hengitystavan löytäminen,</p>

	<p>Hengitysharjoitus 3, jossa yhdistetään hengitys ja kehon liike.</p> <p>Hyvinvointi-VAS ja ryhmäkerran yhteenveto</p>	<p>Ryhmäkerran vaikutuksen mittaaminen. Kokemukset ryhmäkerrasta</p>
<p>Viides ja viimeinen ryhmäkerta 1.6.2011, klo 13-14.30. Aistikävely ja ympäristön merkitys.</p>	<p>Kuulumisten vaihtoa, ryhmän aiheen esittely ja Hyvinvointi-VAS.</p> <p>Ulkona toteutettu mukautettu aistikävely. Aistikävelyssä on tarkoitus keskittyä ympäristön ärsykkeisiin ja havainnoida ympäristöä kaikkia aisteja käyttäen. Keskustelua ympäristön vaikutuksesta hyvinvointiin.</p>	<p>Ryhmäytyminen ja rentoutuneen tunnelman luominen. Senhetkisen hyvinvoinnin mittaaminen.</p> <p>Ympäristön havainnointi keskittyen haju-, tunto-, kuulo- ja makuaistiin. Ympäristön moniulotteinen kokeminen, virkistyminen, vertaistuki, ryhmäytymisen vahvistuminen sekä hyvinvoinnin ja ympäristön vuorovaikutussuhteen pohtiminen.</p>

LOPPUHAASTATTELU

Ryhmän sisältö:

- Minkälainen ilmapiiri ryhmässä on ollut?
- Millaisiksi olet kokenut harjoitteet?
- Toteutuivatko odotukset?

Ruumiintuntemus:

- Onko ruumiintuntemuksesi lisääntynyt harjoitusten avulla?
Miten näkyy arjessa?
- Kiinnitätkö enemmän huomiota lihasjännityksiin tai hengitykseen kuin aiemmin?

Psyykinen hyvinvointi:

- Onko ruumiillisilla harjoituksilla (rentoutus, kehontuntemus) ollut vaikutusta stressiin tai sen hallintaan?

Ryhmä ja vertaistuki:

- Mitä mieltä olet ryhmän koosta?
- Mikä merkitys ryhmän jäsenillä on ollut? (Oletko saanut ryhmästä tukea?)

Ohjaaja:

- Millainen merkitys ohjaajalla on ryhmässä?
- Miten ohjaaja mielestäsi onnistui ryhmäkerroilla?
- Minkälainen on hyvä ohjaaja?

Mahdollisuudet osallistua:

- Mitä mieltä olet tapaamiskertojen määrästä?
- Mitkä seikat vaikuttivat osallistumiseen?
- Mikä innosti lähtemään mukaan ryhmään?