



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

”Kehon ja mielen niinku harmoniaa”

Psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutus skitsofreniapotilaan kehotietoisuuteen ja kokemuksiä ryhmään osallistumisesta

Etelä-Kyllönen, Jonna

Rice, Jenni

2012 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

”Kehon ja mielen niinku harmoniaa”

Psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutus skitsofreniapotilaan kehotietoisuuteen ja kokemuksiä ryhmään osallistumisesta

Jonna Etelä-Kyllönen
Jenni Rice
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2012

Jonna Etelä-Kyllönen ja Jenni Rice

”Kehon ja mielen niinku harmoniaa” - Psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutus skitsofreniapotilaan kehotietoisuuteen ja kokemuksia ryhmään osallistumisesta

Vuosi 2012 Sivumäärä 62

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutuksia skitsofreniaa sairastavien henkilöiden kehotietoisuuteen sekä mahdollisia muita vaikutuksia, joita kuntoutujat kokevat ryhmän myötä saavuttaneensa. Tavoitteena oli ohjata Gertrud Roxendalin kehotietoisesta terapian menetelmiä sisältävää ryhmätoimintaa sekä arvioida sen vaikuttavuutta. Roxendalin kehotietoisessa terapiassa pyrkimyksenä on kehontuntemuksen ja -tietoisuuden sekä kehonhallinnan ja itsetuntemuksen lisääntyminen. Työ sisältyy Laurea-ammattikorkeakoulun ja Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Empun yhteistyöhankkeeseen. Hankkeen tavoitteena on mielenterveys- ja päihdepalvelujen arviointi sekä kehittäminen.

Ryhmätoimintaan osallistui viisi espoolaisessa palvelutalossa asuvaa skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Ryhmä toteutettiin helmi-maaliskuussa 2011 yhteensä kahdeksan kertaa neljän viikon aikana. Aineistonkeruumenetelminä käytimme haastattelua ja havainnointia. Haastattelut toteutimme yksilöhaastatteluina ryhmätoiminnan päätyttyä. Havainnointivälineenä käytössä oli liiketesti, joka sisältyy Roxendalin Body Awareness Scale -mittariin. Testi suoritettiin ennen ryhmätoiminnan alkua erikseen sovittuna ajankohtana sekä viimeisen ryhmäkokouksen jälkeen. Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalysimenetelmää hyödyntäen. Liiketestiä analysoimme vertailemalla alku- ja loppumittausten tuloksia toisiinsa.

Haastattelutulosten perusteella voidaan todeta, että psykofyysisellä ryhmätoiminnalla oli vaikutusta tutkittavien kehotietoisuuteen. Erityisesti rentoutuminen ja sen vaikutukset korostuivat haastateltavien kokemuksissa ryhmätoiminnan vaikutuksista puhuttaessa. Osa koki saaneensa ryhmästä voimavaroja omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Ryhmän koettiin lisääneen motivoitumista harjoitteiden käyttöön myös toiminnan ulkopuolella sekä ylipäänsä liikunnan harrastamista kohtaan.

Tutkittavat olisivat olleet motivoituneita jatkamaan ryhmätoiminnassa tai osallistumaan vastaavaan ryhmään tulevaisuudessa. Myös liiketestin tuloksissa on nähtävissä rentoutumisen vaikutukset. Rentoutuminen näkyi asennon ja kehon liikkeiden laadun paranemisena. Useissa liiketestin osioissa ei ollut nähtävissä merkittäviä muutoksi alku- ja loppupisteitä verrattaessa.

Asiasanat: skitsofrenia, psykofyysinen fysioterapia, kehotietoisuus, kokemuksellisuus, ryhmätoiminta

Jonna Etelä-Kyllönen and Jenni Rice

"Body and mind in harmony" - Effect of psychophysical group activity on schizophrenia patients' body awareness and experiences of participating in the group

Year	2012	Pages	62
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to find out what kind of impacts psychophysical group therapy has on body awareness of schizophrenia patients and other possible effects they experienced during the group activity. The aim was to introduce group activity based on Gertrud Roxendal's Body Awareness Therapy and evaluate its effects. The aim of Roxendal's Body Awareness Therapy is to increase body sensation, awareness, control and self-knowledge. The thesis is a part of a project between Laurea University of Applied Sciences and Espoo City's mental health and intoxicant abuse centre Emppu. The aim of the project is to evaluate and develop mental health and intoxicant abuse services.

Group activity was attended by five schizophrenia patients living in service housing. The group met eight times within four weeks in February-March 2011. The research methods used in this thesis are interviews and observation. The interviews were conducted after the final group meeting as individual interviews. As an observation method we used a movement test which is included in Roxendal's Body Awareness Scale. The movement test was carried out both before the first group session and after the last one. The interview material was interpreted using inductive content analyses. The movement test was analysed by comparing the results between the first and the second test.

The interview results show that the psychophysical group therapy had an effect on the schizophrenia patients' body awareness. Relaxation and its impacts were emphasized when talking about the effects of group activity. Some of the group members felt that the group gave them resources to help them take care of their own wellbeing. Some got motivated to use the group exercises outside the group and some felt their motivation towards exercising in general increased.

The group members felt motivated to continue participating in the group activity or participating in a similar group in the future. The movement test results also show the effects of relaxation. Relaxation could be seen in the improved quality of posture and bodily movements. Many parts of the movement test did not show any significant changes when comparing the results of the initial and final tests.

Key words: schizophrenia, psychophysical physiotherapy, body awareness, experiential point of view, group activity

Sisällys

1 Johdanto	7
2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	8
3 Teoreettinen viitekehys.....	9
4 Skitsofrenia	10
4.1 Diagnoosi.....	10
4.2 Kliiniset piirteet	11
4.3 Käytettävissä olevat hoitomuodot.....	12
5 Psykofyysinen fysioterapia	12
5.1 Kokemuksellinen näkökulma.....	14
5.2 Kehollisuus.....	15
5.3 Kehotietoisuus	16
5.4 Kehonkuva	18
5.4.1 Kehonkuvan häiriintyminen	18
5.4.2 Skitsofreniapotilaan kehonkuva	19
5.5 Roxendalin kehotietoinen terapia	20
5.5.1 Kehotietoisuuden terapian hyödyntäminen	22
5.5.2 Body Awareness Scale	23
6 Ryhmämuotoinen toiminta.....	23
6.1 Ryhmän sisäiseen toimintaan vaikuttavat tekijät	24
6.2 Terapeutin rooli ryhmässä	25
7 Tutkimuksen toteutus	25
7.1 Kohderyhmä	26
7.2 Ryhmätoiminnan kokonaisaikataulu.....	27
7.3 Ryhmätoiminnan sisältö	27
7.4 Aineiston hankintametodit.....	29
7.5 Aineiston analysointi	31
8 Luotettavuus ja eettisyys	34
9 Tutkimustulokset.....	37
9.1 Kehotietoisuuden muutokset	38
9.2 Ryhmätoiminnan motivoima	40
9.3 Ryhmän mieluisuus.....	42
9.3 Liiketestin tulokset koko ryhmällä	43
9.4 Liiketestin mittaustulokset case-esimerkillä	45
10 Johtopäätökset	47
11 Pohdinta	48
11.1 Tulosten tarkastelua ICF-malliin peilaten	50
11.2 Jatkotutkimusaiheita.....	50

Lähteet	52
Kuviot	55
Taulukot	55
Liitteet	56
Liite 1. Haastattelurunko	57
Liite 2. Liiketesti	58
Liite 3. Tutkimuslupa	60
Liite 4. Suostumus opinnäytetyötutkimukseen osallistumisesta	61
Liite 5. Liiketestin osa-alueiden yhteenlaskettujen pisteiden keskiarvot alku- ja loppumittauksissa kaikilla ryhmään osallistujilla	62

1 Johdanto

Skitsofrenia on sairaus, joka vaikuttaa henkilön psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Sairauden oireet ovat hyvin vaihtelevia riippuen sen muodosta ja vaikeusasteesta. Keskeisin hoitomuoto on lääkitys, jonka lisäksi tarvitaan moniammatillista kuntoutusta. (Isohanni, Honkanen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 73, 77.) Yhtenä kuntoutusmuotona voidaan hyödyntää psykofyysisen fysioterapian menetelmiä. Psykofyysisellä fysioterapialla pyritään aktivoimaan asiakkaan minuutta tukevia tekijöitä niin, että asiakas pystyy saavuttamaan paremman yhteyden itseensä ja ymmärtämään kehollisten reaktioiden merkityksiä (Simula 2007, 79). Psykofyysinen fysioterapia pohjautuu kokemukselliseen näkökulmaan. Sen yhteydessä käytetään elävästä kehosta puhuttaessa sekä sanoja ruumis että keho. Tässä työssä käytämme sanaa keho, koska meille se on luontevampi käsite elävästä ihmisestä puhuttaessa.

Skitsofreniapotilaiden kuntoutuksessa positiivisia tuloksia on saatu esimerkiksi ruotsalaisen Gertrud Roxendalin kehittämästä kehotietoisesta terapiasta eli basic body therapy. Terapian yhtenä tavoitteena on kehotietoisuuden lisääntyminen (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 269, 445.) Kehotietoisuuden käsite on laaja ja moniulotteinen. Herrala, Kahrola & Sandström (2010, 32) määrittelevät sen syväksi ja kokonaisvaltaiseksi itsen tiedostamiseksi, hahmottamiseksi, hallinnaksi ja ymmärrykseksi.

Opinnäytetyömme aiheena on psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutus ympärivuorokautista hoitoa saavien skitsofreniaa sairastavien henkilöiden kehotietoisuuteen sekä kokemukset ryhmään osallistumisesta. Työ sisältyy Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskuksen ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyöhankkeeseen (Emppu), jonka tavoitteena on mielenterveys- ja päihdepalvelujen arviointi ja kehittäminen. Mielenterveys- ja päihdepalvelut jaetaan kolmeen osaan: akuutti-, hoito- ja tukivaiheeseen. Toteutimme opinnäytetyömme hoitovaiheen psykiatrisen kuntoutuksen yksikössä espoolaisessa palvelutalossa.

Tutkimusaineiston keräsimme helmi-maaliskuussa 2011. Tällöin toteutimme opinnäytetyön toiminnallisen osuuden ohjaamalla psykofyysistä ryhmätoimintaa viidelle skitsofreniapotilaalle kaksi kertaa viikossa kuukauden ajan. Toiminta toteutettiin palvelutalon tiloissa. Ryhmään kuului neljä naista ja yksi mies. He olivat iältään 22 - 42-vuotiaita. Ryhmätoiminnan sisällön suunnittelussa hyödynsimme Roxendalin kehotietoisesta terapian harjoitteita. Aineistonkeruumenetelminä käytimme yksilöhaastattelua sekä Roxendalin Body Awareness Scale -mittariin sisältyvää liiketestiä. Haastattelut toteutimme ryhmätoiminnan päätyttyä ja liiketestit ennen ensimmäistä ryhmäkokoontumista sekä viimeisen kerran jälkeen. Käytimme työssä laadullista tutkimusmenetelmää. Haastattelujen analysoinnissa hyödynsimme aineistolähtöistä sisällönanalyysia ja liiketestien tuloksia arvioimme vertaamalla alku- ja lopputestin pisteitä toisiinsa.

2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutuksia mielen-terveyskuntoutujan, tässä tutkimuksessa skitsofreniaa sairastavien henkilöiden, kehotietoisuuteen sekä mahdollisia muita vaikutuksia, joita kuntoutujat kokevat ryhmän myötä saavuttaneensa. Lisäksi selvitämme skitsofreenikoiden kokemuksia psykofyysisestä ryhmätoiminnasta, johon he tämän tutkimuksen yhteydessä osallistuivat. Teemme tutkimuksen kokemuksellisesta näkökulmasta, sillä toimintaa arvioitaessa merkityksellistä ovat kokemusperäinen ohjaus ja kuntoutujan kokemukset ryhmän vaikuttavuudesta (Psyfy 2010).

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat:

Millainen vaikutus psykofyysisellä ryhmätoiminnalla on skitsofreniapotilaan kehotietoisuuteen? Millaisia vaikutuksia skitsofreniapotilaat kokevat saaneensa psykofyysisestä ryhmätoiminnasta? Miten ryhmän jäsenet kokevat psykofyysisen ryhmätoimintaan osallistumisen?

Tavoitteenamme oli ohjata psykofyysisen fysioterapian menetelmiä sisältävää ryhmätoimintaa sekä arvioida sen vaikuttavuutta. Ryhmä kokoontui yhteensä kahdeksan kertaa neljän viikon aikana. Harjoitteiden avulla pyrimme vaikuttamaan skitsofreniapotilaan kehotietoisuuteen, kuten kehonhallinnan paranemiseen tai heikosta kehon käytöstä seuranneiden oireiden lievittymiseen. Toteutuksen kannalta tärkeänä tavoitteena pidimme asiakaslähtöisen ja luottamuksellisen ilmapiirin luomista.

Ryhmän päätyttyä haastattelimme jokaista ryhmään osallistujaa henkilökohtaisesti. Haastattelurunkona käytimme teemahaastattelua (Liite 1), jonka avulla selvitimme ryhmäläisten kokemuksia toimintaan osallistumisesta ja koetuista ryhmätoiminnan vaikutuksista. Haastattelun tukena käytimme havainnointi- ja arviointivälineenä Roxendalin (1987) kehittämää liiketestiä (Liite 2), joka on osa Body Awareness Scale-mittaria. Liiketestillä pyrimme ensisijaisesti saamaan tietoa ryhmätoiminnan vaikutuksesta skitsofreniapotilaiden kehotietoisuuteen, kehonhallintaan keskittyen.

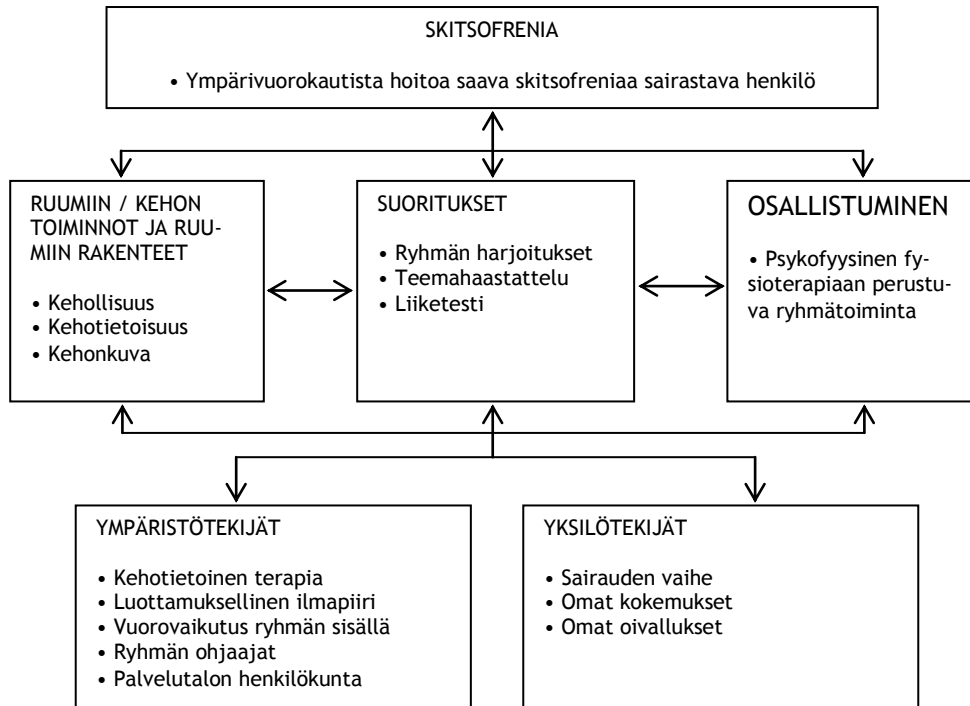
3 Teoreettinen viitekehys

Vuonna 2001 on julkaistu kansainvälinen ICF-malli (International Classification of Functioning, Disability and Health), jolla luokitetaan toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä. Käsi-
tejärjestelmällä mahdollistetaan toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden systemaattinen ja laaja-alainen kuvaaminen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 96.) Järjestelmä määräytyy eri käsitteiden vuorovaikutuksen tuloksena, jolloin yhden osatekijän muutos saattaa näkyä yhdessä tai useammassa muussa osatekijässä. Vuorovaikutus on dynaamista eikä se ole ennustettavissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 98 - 99; World Health Organization 2004, 18 - 19.) Tutkimuksemme teoreettinen viitekehys pohjautuu kyseiseen käsitelmalliin, joka on esitetty kuviossa 1.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisistä arjen tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-aikana (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92). Toimintakyky ja toimintarajoitteet ovat yläkäsitteitä ICF-mallissa. Kun toimintakyky kattaa kaikki kehon toiminnot, suoritukset ja osallistumisen, toimintarajoitteet sisältävät kehon vajavuudet sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteet. (World Health Organization 2004, 3.) Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden lisäksi ICF-malli jakautuu tilannetekijöihin, joilla viitataan erilaisiin yksilön ominaisuuksiin (yksilötekijät) ja ympäristötekijöihin, jotka kattavat fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön piirteitä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 97).

Ruumiin tai kehon toiminnot ovat elinjärjestelmän fysiologisia sekä psyykkisiä toimintoja ja ruumiin rakenteilla viitataan sen anatomisiin osiin, kuten elimiin ja raajoihin (Järvikoski & Härkäpää 2011, 96). Viitekehyksessämme painottuu kehon toimintojen psyykinen ulottuvuus kehollisuus, kehotietoisuus ja kehonkuva -käsitteiden kautta. Suoritukset muodostuvat yksilön tekemistä tehtävistä ja toiminnoista, joita tutkimuksemme viitekehyksessä ovat ryhmän harjoitukset, teemahaastattelu ja liiketesti (Järvikoski & Härkäpää 2011, 96 - 97). Osallistumisella viitataan yksilön osallisuuteen erilaisissa elämäntilanteissa sekä kykyyn ylläpitää sosiaalisia rooleja (Järvikoski & Härkäpää 2011, 96 - 97). Osallistuminen osa-alue sisältää psykofyysiseen fysioterapiaan perustuvan ryhmätoiminnan.

Ympäristötekijöillä tarkoitetaan yksilön ulkopuolisia tekijöitä välittömässä lähiympäristössä sekä kauempana yhteiskunnallisella tasolla (Järvikoski & Härkäpää 2011, 97). Ympäristötekijöitä ovat kehotietoinen terapia, luottamuksellinen ilmapiiri, vuorovaikutus ryhmän sisällä, ryhmän ohjaajat ja palvelutalon henkilökunta. Yksilötekijät ovat yksilön ominaisuuksia ja hänen elämänsä tai elämistään määrittäviä tekijöitä, kuten sukupuoli, ikä ja ammatti. Fyysiset ja psyykkiset resurssit sisältyvät myös yksilötekijöihin, kuten elämäntavat, yleiskunto ja erilaiset elämäntapahtumat. (World Health Organization 2004, 19; Järvikoski & Härkäpää 2011, 98.) Tutkimuksessa merkittäviä yksilötekijöitä ovat sairauden vaihe, omat kokemukset ja omat oivallukset.



Kuvio 1. Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen käsitteitä ICF-malliin mukautettuna.

4 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava, psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö. Sen esiintyvyys vaihtelee, mutta elinaikanaan noin yksi prosentti ihmisistä sairastuu skitsofreniaan. Perinnöllinen alttius sairastumiselle on merkittävä riskitekijä. (Arajärvi 2006, 7.) Alttiuden skitsofrenian puhkeamiselle katsotaan johtuvan varhaisesta keskushermoston kehityksen häiriöstä. Mikäli henkilöllä on tämä perinnöllinen alttius, voi taudin laukaisijana olla erilaiset stressitekijät, kuten normaaliin aikuistumiseen tai parisuhteen syntyyn liittyvät kehitykselliset tekijät tai esimerkiksi alkoholin tai huumeiden käyttö. (Skitsofrenia 2008 b.)

Skitsofrenian tausta on moninainen ja vielä puutteellisesti tunnettu. Hoito on kehittynyt hyvin, mutta silti häiriö aiheuttaa edelleen paljon sekä kärsimystä että toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua niin potilaille kuin heidän omaisilleen. Sairaus vaikuttaa kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Skitsofrenialle tunnusomaista on mielen toimintojen kokonaisuuden pirstoutuminen. Sairastunut oirehtii jopa vuosikymmeniä ja oireet voivat vaihdella suuresti. Yksittäinen oire ei ole tunnusomaista skitsofrenialle, vaan sairastuneella on merkittäviä vaikeuksia monissa toiminnoissa. (Isohanni ym. 2007, 73.)

4.1 Diagnoosi

Skitsofrenia luokitellaan tautiluokituksen (ICD-10) mukaan ryhmäksi häiriöitä, joita ovat muun muassa ajattelun ja havaitsemisen vääristymät sekä tunteiden latistuminen tai asiaankuulu-

mattomuus. Skitsofreniaan liittyy myös kuuloharhat, ajatusten kaikuminen, siirto, riisto ja levittäminen sekä ajatus-, havainto- ja suhteuttamisharhat, ja passiivisuus. (Isohanni ym. 2007, 75.) Skitsofrenia jaetaan päämuotoihin, joista nykyisin yleisemmin diagnosoidaan paranoideinen skitsofrenia. Sen keskeisin piirre on vainoharhaisuus. Kaksi muuta yleistä muotoa ovat katatoninen ja hebefreeninen skitsofrenia. Hebefreeninen on oireiltaan vaikein skitsofrenian muoto. Sen oireita ovat muun muassa vaikeat hallusinaatiot ja runsas toimintakyvyn taantuminen, muun muassa hygieniasta, ruokataloudesta sekä siisteydestä huolehtiminen vaikeutuvat. Katatonisen skitsofrenian tyyppioireita ovat stupor- ja kiihtymystilojen vuorottelemineen. Katatonisen stuporin tilassa skitsofreniaa sairastava makaa paikallaan liikkumatta ja on puhumaton, kun taas päinvastaisessa tilassa hän liikkuu ja puhuu lakkaamatta ja on harhainen. Katatoninen skitsofrenia on nykyisin harvinainen. (Isohanni & Joukamaa 2011.)

Välttämätön ehto skitsofreniadiagnosille on, että vähintään kaksi viidestä mahdollisesta tyyppillisestä oireesta esiintyy huomattavissa määrin yhtäjaksoisesti yli kuukauden ajan. Tyyppioireisiin luetaan hajanainen puhe, harhaluulot, aistiharhat, pahasti hajanainen tai katatoninen käytös sekä negatiiviset oireet (tunneilmaisujen selvä latistuminen, puheen selvä köyhtyminen tai tahdottomuus). Tyypillistä on, että näiden oireiden lisäksi vähintään kuuden kuukauden ajan ilmenee sosiaalisessa sekä ammatillisessa toimintakyvyssä heikentymistä. (Huttunen 2010.)

4.2 Kliiniset piirteet

Havaintokyvyn, ajatustoiminnan, käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriintymiseen liittyvät oireet ovat tunnusomaisia skitsofreniaa sairastavalla henkilöllä. Sairastuneet kärsivät sosiaalisen toimintakyvyn alueen ongelmista, kuten ihmisuhteisiin, työhön, opintoihin tai itsestä huolehtimiseen liittyvistä vaikeuksista. Jos henkilö on sairastunut lapsena tai nuorena, hän ei todennäköisesti saavuta sitä tasoa näillä toimintakyvyn alueilla, mihin hän terveenä olisi kykeneväinen. Jos sairaus alkaa aikuisiällä, toimintakyky taantuu sairastumista edeltäneen tason alapuolelle. (Isohanni ym. 2007, 77.)

Oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet ovat psyykkisten toimintojen häiriintymistä, kuten aistiharhoja, harhaluuloja, hajanaista puhetta ja käytöstä. Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan normaaliens psyykkisten toimintojen heikentymistä tai puuttumista. Näitä ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, tunneilmaisun latistuminen, toimintakyvyn aleneminen ja anhedonia. Anhedonialla tarkoitetaan mielihyvän menetystä. (Isohanni ym. 2007, 77; Arajärvi 2006, 7.)

Skitsofreniaa sairastavalla oman kehon viestien tunnistaminen voi olla vaikeaa. Kehon tunnepalaute on heikentynyt ja keho voi olla jatkuvasti stressi- ja jännitystilassa. Myös muiden ih-

misten kehon viestien ja kasvojen ilmeiden tunnistaminen voi tuottaa hankaluuksia, mikä aiheuttaa vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä. Motoristen toimintojen heikkeneminen on tyypillistä skitsofreniapotilaalle, mikä vaikuttaa psykomotoriseen sujuvuuteen ja nopeuteen, käsien tahdonalaisiin liikkeisiin sekä liikkeiden koordinaatioon. (Meronen 2008, 5.) Kiputunteukset voivat olla häiriintyneet, jolloin tahaton itsensä vahingoittaminen on mahdollista. Erilaiset kiputilat ovat myös tyypillisiä piirteitä. Skitsofreniapotilailla on usein vääristynyt kehonkuva sekä häiriöitä kehonhahmotuksessa ja tavassa liikkua. Lääkitys voi osaltaan vaikuttaa psykoottisen henkilön psykomotoriseen toimintaan aiheuttaen muun muassa hidastuneisuutta. (Talvitie ym. 2006, 444 - 445.)

4.3 Käytettävissä olevat hoitomuodot

Skitsofreniaa ei enää pidetä elinikäisenä sairautena. Sairastuneita hoidetaan ja kuntoutetaan jatkuvasti. Ennusteet myös paranevat koko ajan lääkityksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittyessä. Yleisesti ajatellaan, että yksi kolmasosa sairastuneista paranee, toinen kolmasosa skitsofreniaa sairastavista kärsii lievistä, mutta pitkäaikaisista oireista ja loppu kolmasosa sairastaa vaikeita, kroonisia oireita. (Rissanen 2007, 25.) Sairastavien hoito jatkuu useimmiten aktiivisten sairausjaksojen välillä. Potilaan ja lähiympäristön tarpeet huomioon ottaen keskeisiä hoidon muotoja ovat biologiset, psykoterapeuttiset ja psykososiaaliset muodot. Tärkeää on pyrkiä lievittämään oireita, parantamaan toimintakykyä ja tukemaan skitsofreniapotilasta ja hänen läheisiään. Tavoitteena on myös estää tai lievittää uusia psykoosijaksoja. (Isohanni ym. 2007, 106.)

Skitsofreniaa sairastavan henkilön hoidossa käytetään psykoosilääkitystä, jolla yritetään estää sairauden kroonistuminen. Lääkityksellä pyritään pienimpään tehokkaaseen määrään, jotta haittavaikutukset voitaisiin minimoida. Sopivan lääkkeen ja sen annoskoon löytäminen on usein hankalaa ja vaatii useita lääkekokeiluja ennen kuin yksilölle sopiva lääke löytyy. (Skitsofrenia 2008 a.) Skitsofreniapotilaan hoito on usein yhdistelmä monia hoitomuotoja. Hoidolle on erityisen tärkeää, että sen suhde on pitkäjänteinen ja joustava. Tällä pyritään turvallisuudentunteen saavuttamiseen. (Isohanni & Joukamaa 2011.) Huomioitavaa on tunnistaa sairauden jakso, joita ovat akuutti-, tasaantumis- ja vakaavaihe (Isohanni ym. 2007, 110 - 112). Kotona asuvien pitkäaikaishoito vaatii skitsofreniaa sairastavan omaisilta paljon. Kodista on tärkeää löytyä tuki ja turva, mutta myös mahdollisuus yksin oloon. (Skitsofrenia 2008 a.)

5 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapian tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen (Psykofyysinen fysioterapia 2012). Huolimatta siitä, mikä kuntoutujan toimintakyvyn ongelma on, huomioidaan terapiassa sekä psyykinen, fyysinen että sosiaalinen osa-alue. Terapian lähtökohtana on kehon, mielen ja ympäristön keskinäinen yhteys ja vuorovaikutus. (Tal-

vitie ym. 2006, 265.) Tavoitteena terapiassa voivat olla esimerkiksi kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta, kehonkuvan eheytyminen, kehonhallinnan, vuorovaikutuksen tai itsetuntemuksen lisääntyminen. Tarkemmat tavoitteet asetetaan aina kuntoutujan valmiudet, voimavarat ja elämäntilanne huomioiden. (Psykofyysinen fysioterapia 2012).

Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä voidaan hyödyntää monipuolisesti erilaisilla asiakasryhmillä. Menetelmiä käytetään muun muassa pitkittyneiden tuki- ja liikuntaelinoireiden hoidossa, psyykkisten sairauksien kuten skitsofrenian, masennuksen ja syömishäiriöiden hoidossa, sekä osana neurologista, esimerkiksi aivoinfarktin jälkeistä kuntoutusta. (Talvitie ym. 2006, 265; Psykofyysinen fysioterapia 2012.) Psykofyysinen fysioterapia on lähtöisin ruotsalaisen ja norjalaisen fysioterapian perinteistä. Menetelmät ovat kehittyneet fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyön tuloksena. Suomessa kiinnostus psykofyysiseen fysioterapiaa kohtaan kasvoi voimakkaasti 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen myötä. (Psykofyysinen fysioterapia 2012.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa asiakkaan kuva omasta kehostaan ja asenne omaa kehoa kohtaan ovat merkittävässä asemassa (Simula 2007, 79) Terapian onnistumisen edellytyksenä on kuntoutujan oma oivallus ja oppiminen (Psykofyysinen fysioterapia 2012). Ilman tietoisuutta kehollisten kokemusten aistiminen, kokeminen ja tunteminen jäävät jäsentymättömiksi ikään kuin ne olisivat itsestä irrallisia, itsen ulkopuolelle asetettuja kokemuksia. Psykofyysinen fysioterapia lähestyy asiakkaan minuutta tukevia tekijöitä auttamalla tätä saavuttamaan parempi yhteys itseensä ja ymmärtämään kehollisten reaktioiden merkitystä. Asiakkaan elinvoimaisuus lisääntyy ja parantaa eläytymis- ja ilmaisukykyä, kun yhteys löytyy. (Simula 2007, 79.)

Menetelminä psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään manuaalista käsittelyä sekä terapeutista harjoittelua, johon sisältyy hengitysharjoitukset, rentoutustekniikat, kehonhahmotusharjoitukset, vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet sekä toiminnalliset harjoitukset. Terapiaa toteutetaan sekä yksilö- että ryhmäterapiana. Arviointi- ja tutkimusmenetelminä ovat haastattelu, havainnointi ja mittaaminen. Arvioitavia osa-alueita ovat muun muassa hengitys, kipu, jännittyneisyys, asento, liikkeenhallinta, kehonkuva ja vuorovaikutus. Terapian tulosten arvioinnista tärkeässä asemassa on kuntoutujan itse kokema muutos. (Psykofyysinen fysioterapia 2012.)

Terapian onnistumisen kannalta olennaista on myös terapeutin ja kuntoutujan välisen luottamuksen syntyminen. Luottamuksellisessa suhteessa kuntoutujan edellytykset kehittää aistimus omasta ruumiistaan ja sen suhteesta ympäröivään maailmaan paranevat. Kun luottamus saavutetaan, on tietoisuuden ja kokemuksen alueet todellisempia. Kehon ja elämän välisen suhteen ymmärtäminen mahdollistuu, kun tiedostus omasta kehosta on olemassa. Kehotietoisuut-

ta voi kehittää harjoittelulla, jolloin yksilö oppii eriyttämään erilaiset kehon aistihavainnot ja tuntemukset. Kehon suhteen tutkiminen ympäröivään maailmaan nähden toimii välittäjänä kokemukseen kehosta. Merkitykset syntyvät kehollisten kokemusten kautta. Siihen liittyy tietoisuus eletyistä kokemuksista ja ylipäänsä olemassa olo. Näin on mahdollista oppia muuttamaan kokemukset symboliseen muotoon eli liikkeiksi, toiminnaksi, kuviksi, sanoiksi ja ajatuksiksi. (Immonen-Orpana 2010, 4.)

5.1 Kokemuksellinen näkökulma

Psykofyysinen fysioterapia pohjautuu kokemukselliseen näkökulmaan. Fenomenologisen eli kokemuksellisen näkökulman tavoite on ymmärtää ihmisen välitöntä, aiheeseen uppoutunutta kokemista. Tunteva ja intuitiivinen suhde elämäntilanteeseen kiinnostavat fenomenologisesta näkökulmasta ajateltuna enemmän kuin esimerkiksi tiedollinen ja uskova ymmärtäminen, vaikka ne kaikki ovat eläviä kokemuksia. Fenomenologisen tutkimustilanteen tarkoitus ei ole saada ihmisiä pohtimaan, arvioimaan ja tarkastelemaan. Kuitenkin tutkijalla on lupa olla kiinnostunut elävistä kokemuksista, joita nämä ihmiset ovat rakentaneet. Kokemuksellinen tutkiminen voi olla sellaisten kokemusten tutkimista, jotka muodostuvat psyykkisessä, henkisen yksilöllistävässä ja henkisen yleistävässä tajunnallisessa toiminnassa. Kokemuksen tajuaminen voi kohdistua ihmisen kehoon, elämänmuotoon tai aistein havaittavaan todellisuuteen, mutta se voi olla myös ihmisen mielessä rakentunutta. Ymmärtäminen puolestaan voi olla aiheeseen uppoutunutta tai sitä rakentavaa. Fenomenologinen tutkiminen vaatii kiinnostuksen muuhunkin kuin omaan elämään, esimerkiksi yleisesti ottaen toisiin ihmisiin ja heidän kokemuksiinsa. (Perttula & Latomaa 2005, 134 - 135, 139.)

Kokemusperäinen ohjaus liittyy ihmisten väliseen auttamissuhteeseen, jolloin lähtökohtana on toisen ihmisen kunnioittaminen. Auttamissuhdetta on kuvattu monin suhdelausein, kuten ”kokemusperäinen ohjaus syntyy induktiivisesti asiakkaan tilanteessa”, ”ohjaus on kysymistä ja vastaamista ohjauksen osapuolien välillä” tai ”ohjaus edistää ihmisen kehittymistä eri alueilla”. Voidaan todeta, että kokemusperäiseen ohjaukseen perustuu ohjaava kuntoutus, joka on asiakkaan kuntotutumista tukevaa ja edistävää, sosiaalista ja kommunikatiivista toimintaa. Luottamus mielenkuntoutujan kyvykkyyteen oppia ja kehittyä merkitsee ohjaajalta asennetta, jossa kuntoutujan kokemusten ymmärtämisellä, tulkinnalla ja kuntoutumisella on osansa. Hänen on hyvä tunnistaa ja hyödyntää asiakkaansa voimavaroja ja osoittaa tämän oppimista. Asiakkaan vahvistuminen ja voimaantuminen ovat ohjaajan auttamisen keskeisiä pyrkimyksiä. Kokemusperäinen ohjaus sisältää myös yllätyksellisyyttä, tämänhetkisyysyden ylittämistä, satumanvaraisuutta, mielikuvituksellisuutta ja spontaaniutta. (Mattila 2002, 199 - 203.)

Aiheita, joista voi kokemusta tutkia, on ihmisen elämäntilanteiden laajuinen määrä. Elämäntilanteet ovat yksilöllisiä ja kokonaisia, vaikka ne eivät ehyeltä tuntuisikaan. Kokemusten ku-

vaustapoja, joilla tutkittavat saadaan ilmaisemaan kokemuksiaan, ovat muun muassa teksti, kuvat, piirrookset, puhe, liike, eleet ja ilmeet. Kokemuksen tutkimisen seurauksena ilmeneviin aineistoihin on pystyttävä palaamaan eli aineiston on oltava jollakin tavalla dokumentoitua. Esimerkiksi puhe ja liikkuminen on tallennettava nauhoittamalla tai videoiden, jotta ne kelpaavat tutkimusaineistoksi. (Perttula & Latomaa 2005, 138 - 140.) Kun fysioterapiassa tehdään fenomenologisesta näkökulmasta tutkimusta, työskennellään ruumiin ja kehotietoisuuden kanssa. Liike ja liikkeen kokeminen sekä asiakkaan ja fysioterapeutin välinen vuorovaikutus korostuvat. (Immonen-Orpana 2010, 3.) Luottamuksen saavuttaminen on erityisen tärkeää, itse asiassa se on prosessin ydin. Tähän vaikuttaa vahvasti tutkittavien asioiden arkaluontoisuus. Silti tietoa on kerättävä, jotta hoidon kehittäminen on mahdollista. (Janhonen & Nikkonen 2003, 125 - 126.)

5.2 Kehollisuus

”Keho on ihmisen kokemusmaailman perusta.” Kehossa ihminen kokee maailman sellaisena kokemuksena, jollaisena se hänelle ilmenee. Kehoa voidaan kutsua maailmassa olemisen keskeiseksi. Keho on myös minän perusta. (Koski 2003.) Kehon keskeistä merkitystä ei aina tiedosteta. Keho on aina ollut läsnä, joten sen olemassaolo on oman olemassaolomme kannalta itsestäänselvyys. Koski (2003) toteaa kehon olevan liian lähellä ihmistä itseään, jotta hän aina ymmärtäisi merkityksen, joka keholla on. Usein kehon merkittävyys tiedostetaan silloin, kun keho ei toimikaan totutulla tavalla esimerkiksi sairauden, vammautumisen tai toimintakyvyn heikkenemisen myötä. (Koski 2003.) Esimerkiksi murtunut yläraaja voi aiheuttaa tasapainon heikentymistä ja aiheuttaa näin liikkumisen epävarmuutta sekä fyysisesti että psyykkisesti. Masennus voi muuttaa kokemusta kehosta saaden aikaan esimerkiksi voimatonta ja raskasta olotilaa, jolloin esimerkiksi päivittäisistä toiminnoista selviäminen voi tuntua mahdottomalta. (Talvitie ym. 2006, 269.)

Lapsi varastoi kehollisia kokemuksia aina sikiökaudelta asti. Syntymän jälkeen, perustarpeiden tyydyttymisen turvin, lapsi alkaa vähitellen koota itseään kokonaiseksi ihmiseksi. Se, miten lasta kosketetaan, kertoo ympärillä olevien ihmisten asenteista lasta kohtaan. Liian varovaiset ja löysät otteet saavat pienen lapsen tuntemaan olonsa turvattomaksi, kun taas kovakouraiset otteet kertovat hyväksymättömyydestä ja luovat myös turvattomuutta. Psykomotoristen taitojen ja aistitoimintojen kehittymisen myötä lapsi alkaa hahmottaa oman kehonsa toimintaa ja erilaiset toiminnot, esimerkiksi istuminen, syöminen ja käveleminen, saavat nimen. Käsitteellisen ajattelun ja muun psykomotorisen kehityksen myötä mahdollistuu kehonkuvan kehittyminen. Lapsi hahmottaa vähitellen oman erillisyytensä suhteessa ulkomaailmaan. (Herrala ym. 2010, 27 - 28.)

Kehollisuudesta ja kehollisuuden tiedostamisesta puhuttaessa käytetään eri lähteistä riippuen

vaihtelevia termejä. Taulukossa 1 esitetään kehonkuvan (body image) ja kehotietoisuuden (body awareness) synonyymeina esiintyviä käsitteitä. Tässä työssä käytämme termiä kehotietoisuus, jonka kehittymiseen kehonkuva osaltaan vaikuttaa. Herrala ym. (2010, 26) toteavat, että kehonkuvan muodostumisen myötä hahmottuu koti, jossa ihminen asuu ja elää. Kehontuntemisen (tiedostamisen) kautta puolestaan löytyvät ne mahdollisuudet ja tavat, joilla tätä elämän varrella muokkautuvaa kotia asutaan. Kehonkuvan muodostuminen on näin ollen edellytys kehon tuntemiselle. Skitsofreniapotilailla kehonkuvan erilaiset häiriöt ovat tyyppillisiä. (Talvitie ym. 2006, 444).

Taulukko 1. Kehonkuvan ja Kehotietoisuuden synonyymeina käytettäviä termejä (Herrala ym. 2010, 28).

<i>Kehonkuva (Body Image)</i>	<i>Kehotietoisuus (Body awareness)</i>
<i>Kehonkaava Ruumiinkaava Kehonkaavio Ruumisminä Omakuva Kehokuva Fyysinen minäkuva Ruumiin psykologinen kokeminen</i>	<i>Ruumiintunteminen Ruumiin hahmotus Ruumiintuntemus Ruumiin tunteminen Ruumiin tiedostaminen Kehon hahmottaminen</i>

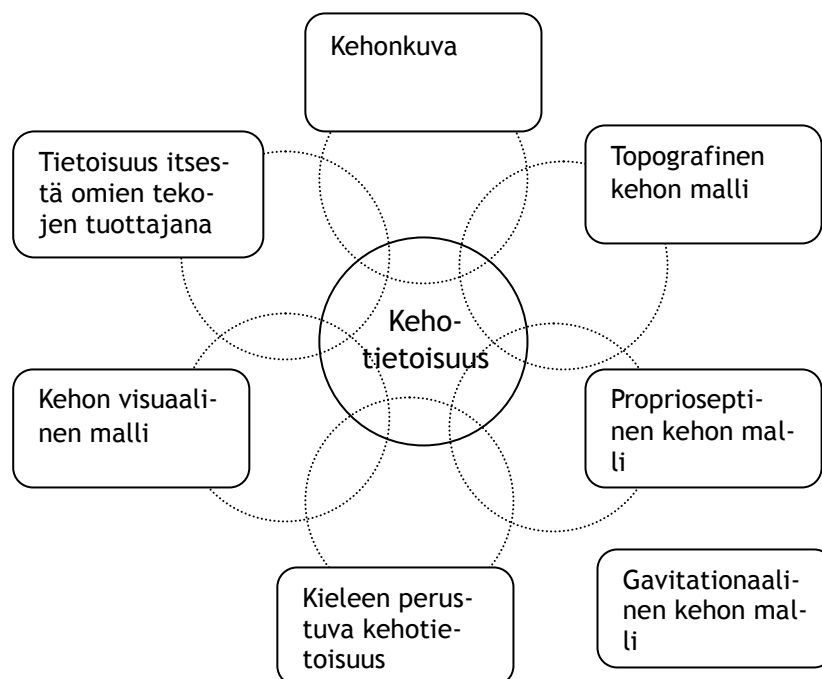
5.3 Kehotietoisuus

Kehotietoisuutta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta ja näin ollen sen määritelmä on hyvin laaja ja moniulotteinen. Talvitie ym. (2006, 270) määrittelee kehotietoisuuden ja kehontuntemuksen tarkoittavan kehonelämykseen ja liikkeeseen liittyviä asioita, kuten kykyä ohjata ja hallita kehon liikkeitä ja asentoja. Herrala ym. (2010) mukaan kehotietoisuus tarkoittaa syvää ja kokonaisvaltaista itsen tiedostamista, hahmottamista, hallintaa ja ymmärtämistä. Kehotietoisuuden syvyyteen vaikuttavat yksilön elämäkokemukset ja selviytymisstrategiat. Kehotietoisuuden kehittymiseksi tarvitaan tietoisuus itsestä toimintojen tuottajana. ”Kuka tekee” -kyky alkaa tulla esille noin kahden kuukauden ikäisellä pikkulapsella. Tähän sisältyy tietoisuus omasta tahdosta ja käsitys kehon kuulumisesta itselle. (Herrala ym. 2009, 32 - 33.) Sandström (2009, 2010) tarkastelee kehotietoisuuden käsitettä eri tutkimusten näkökulmasta ja jakaa sen seuraaviin osa-alueisiin:

1. Visuaalinen tietoisuus, joka perustuu näköhavaintoihin omasta ja muiden kehoista. Kyky tunnistaa ihmiskehon muoto, kokonaisuus ja eri osien liike. Kyky tunnistaa omat ja muiden kasvot sisältyy visuaaliseen tietoisuuteen.

2. Asento- ja liikeaistiin (proprioseptio) perustuva tietoisuus kehon eri osien asennoista ja liikkeistä suhteessa toisiinsa.
3. Kosketustuntoon pohjautuva tietoisuus kehon rajoista.
4. Tasapainoelinten välittämä tietoisuus painovoimasta. Havainto kehon asennosta suhteessa painovoimalinjaan syntyy kun tähän tietoisuuteen yhdistetään proprioseptio sekä näkö tieto.
5. Tietoisuus eri kehonosien nimistä ja ymmärrys niiden tarkoituksesta. Tämä tietoisuus perustuu kieleen ja sen käsitteisiin.
6. Kieleen ja käsitteisiin perustuva kyky nimetä kehon eri osat ja ymmärtää mitä niille voi tehdä.
7. ”Kuka tekee” järjestelmä eli tietoisuus itsestä toimintojen tuottajana.
(Sandström 2010, 38; Sandström 2009.)

Herrala ym. (2010) määritelmän mukaan kehotietoisuus muodostuu seitsemän eri osa-alueen vaikutuksesta (kuvio 2). Työmme viitekehyksessä tulee esille erityisesti kehonkuvan vaikutus kehotietoisuuteen.



Kuvio 2. Kehotietoisuuteen vaikuttavat tekijät (Herrala ym. 2010, 34).

Roxendal (1987) jakaa kehotietoisuuden liike- ja kokemusaspektiin. Liikeaspektin kolme ulottuvuutta ovat liikemallit, kehon hallinta ja kehonkontrolli. Liikemalleilla tarkoitetaan psyko-motorisen kehityksen myötä opittua liikkeiden hienosäätöä, esimerkiksi lusikan vientiä suuhun tai tanssijan hallittuja käden liikkeitä. Hyvän kehonhallinnan avulla asennon säilyttäminen (seisomatasapaino) ja asennosta toiseen siirtyminen (istumasta seisomaan nousu) sujuvat vai-

vattomasti ja mahdollisimman vähän elimistöä kuormittaen. Kehon kontrolli kehittyy omaa tahtiaan (esimerkiksi ulostamisen säätely), mutta tietoinen kehittäminen on mahdollista. Esimerkiksi hengityksen säätelyä tai kutituksen ja kivun sietoa voi harjoittaa. (Herrala ym. 2010, 32 - 33.)

Kokemusaspekti viittaa tietoiseen toimintaan, jossa huomio keskittyy itsen seuraamiseen ja kuuntelemiseen. Ihminen tulee näin tietoiseksi omasta kehostaan ja sen eri osista. Tietoisuus kehon eri osien käyttömahdollisuuksista ja voimavaroista, kehon huoltamisen tärkeydestä sekä mielihyvää ja mielihäpä tuottavista seikoista sisältyvät kokemusaspekti-käsitteeseen. (Herrala ym. 2010, 33 - 34.) Tutkimuksemme toteutuksessa käytämme Roxendalin määritelmää kehotietoisuudesta.

5.4 Kehonkuva

Herrala ym. (2010) määrittelevät kehonkuvan tarkoittavan ihmisen itseensä liittämien havaintojen, asenteiden ja uskomusten systeemiä. Se siis tarkoittaa havaintoja, kokemuksia ja käsitteitä omasta kehosta. Lisäksi siihen liittyy sisäisiä kokemuksia, mentaaleja mielikuvia, uskomuksia ja asenteita, joiden intentionaalinen kohde on ihmisen oma keho. Sandström (2010) toteaa, että kehonkuvassa yhdistyvät emotionaalinen ja fyysinen minäkäsitys. Se sisältää sekä tietoisuuden kehon rakenteesta (pituus, painos, ihon väri, sukupuoli) että oman kehon kokeamiseen liittyvät tunteet. Kehonkuva käsittää realistisen näkemyksen itsestä, mutta myös ideaaliminän ja uskomukset siitä, mitä toiset ajattelevat. (Sandström 2010, 20.) Gallagher (2005) määrittää kehonkuvan ominaisuudet seuraavalla tavalla. Kehonkuva on:

- mahdollinen tiedostaa
- yksilötasolla toimiva
- tunteen kehon omistamisesta tuottava
- abstrakti ja osista koostuva
- itsen ympäristöstä erottava
- ei toimintojen tuottamiseen osallistuva (Gallagher 2005, 18; Sandström 2010, 27.)

5.4.1 Kehonkuvan häiriintyminen

Elementtejä kehonkuvan muodostumiselle ovat havaintokokemukset omasta kehosta, käsitteellinen ymmärrys omasta kehosta ja tunneasenne omaa kehoa kohtaan. (Herrala ym. 2010, 31.) Sosiaalisessa kanssakäymisessä tunneasenne omaa kehoa kohtaan on tärkeässä asemassa. Negatiivinen kehonkuva vaikuttaa halukkuuteen olla kontaktissa muiden kanssa ja voi näin ollen aiheuttaa sosiaalisia ongelmia sekä johtaa psyykkiseen sairastumiseen kuten syömishäiriöihin ja masennukseen. (Sandström 2010, 20.)

Eheän kehonkuvan edellytyksenä on, että keho pystyy välittämään mielelle kaikki liikkumiseen ja kokemiseen liittyvät tuntemukset ja vastaavasti mielen on kyettävä vastaanottamaan tieto ja käsittelemään sitä. Mieli antaa kehosta tuleville viesteille tunnesisällön, mistä johtuen oman kehon viestit koetaan merkittäviksi. Mieli synnyttää myös sellaisia tuntemuksia, fantasioita, tilanteiden ennakoiteja, haaveita ja ajatuksia, jotka eivät vastaa todellisuutta, mutta jotka normaalisti pystytään erottamaan siitä. Kehonkuvan eheyteen tuhoisimmin vaikuttaa todellisuudentajun menettäminen. (Sandström 1999b.)

Tietoisuus kehonkuvan muodostumiseen vaikuttavista tekijöistä ei vielä riitä kertomaan sitä, millä tavoin tämä kokonaisuus voi eri tilanteissa vaurioitua. Kehonkuvan häiriötä on pyritty selittämään anatomisen, fysiologisen ja psykologisen tietämyksen avulla. Eri näkökulmista johtuen samasta sairaudesta johtuvat kehonkuvan häiriöt voidaan luokitella monella eri tavalla. Eniten tietoa on neurologisten ja psykiatristen potilaiden kehonkuvan häiriöistä. (Sandström 1999b.)

5.4.2 Skitsofreniapotilaan kehonkuva

Skitsofreniapotilailla ilmenee tyypillisesti eriasteisia kehonkuvan häiriöitä ja harhaluuloja. Yleisiä oireita ovat kehonkuvan vääristyminen sekä häiriöt kehonkielessä, kehon kokemisessa ja tavassa liikkua. Psykoottiselle henkilölle on tyypillistä jäykkä kävelytyyli ja häiriintynyt kävelyrytmi. Raajojen liikkeet voivat olla nopeita heittoja ja liikkuminen harkitsematonta. Häiriöt kehonhallinnasta voivat kertoa siitä, että potilas kokee identiteettinsä puutteelliseksi. Esimerkiksi oman kehon rajat voivat olla häilyvät ja kivun tunteminen puutteellista. (Talvitie ym. 2006, 445.) Potilas voi menettää kokonaan normaalin tiedon kehostaan ja sen toiminnosta ja vaikeimmissa tapauksissa jopa kokea olevansa oman kehonsa ulkopuolella. (Talvitie ym. 2006, 444 - 445.)

McGilchrist ja Cutting (1995) tutkivat psyykkisesti sairailta potilailla ilmeneviä kehoon liittyviä harha-aistimuksia. Tutkimukseen osallistui 100 depressiivistä, 100 maanista, 100 kroonisesti skitsofreenista ja 250 akuutisti skitsofreenista potilasta. Eniten harhoja todettiin olevan skitsofreenikoilla ja vähiten maanisilla potilailla. Koetut harha-aistimukset jaoteltiin ”kognitiivisiksi” ja ”aistimuksellisiksi” harhoiksi. (Sandström 1999b.) Ilmenneet harha-aistimukset esitellään taulukossa 2. Skitsofrenian yhteydessä harhojen kohteena olivat useimmiten kehon rakenteet, kun taas depressiivisillä potilailla harhat liittyivät kehon toimintaan. Vaikein tilanne todettiin olevan skitsofrenian akuutissa vaiheessa, jolloin yhteys mielen ja kehon välillä näytti hajonneen kokonaan. (Sandström 1999b.) McGilchristin ja Cuttingin tutkimuksessa pyrittiin paikantamaan myös harha-aistimuksia tuottavat aivoverkostot. Skitsofreenikoiden kohdalla todettiin harha-aistimusten esiintyvän yleensä vasemmalla puolella kehoa, joten virhetoiminta paikantuu todennäköisesti oikeaan aivopuoliskoon. Tutkijat päättelivät myös, että skitsofree-

nikoiden harha-aistimusten liittyessä kehonosiin, tapahtuu neuraalisen kehonkuvan kokoaminen oikeassa aivopuoliskossa. (Sandström 1999b.)

Taulukko 2. Tutkimuksessa ilmenneet kehoon liittyvät harha-aistimukset skitsofreenikoilla (Sandström 1999b).

SAIRAUDEN VAIHE	”Kognitiiviset” harhat	”Aistimukselliset” harhat
KROONINEN SKITSOFRENIA	esineen työntyminen kehoon (N=16) toiminnan estyminen jonkun muun toimesta (”naulaaminen”) (N=14) kehonosan puuttuminen (N=13) implantti elimistössä (N=12)	
AKUUTTI SKITSOFRENIA	esineen työntyminen kehoon (N=16) rakenteen tai ihonvärin muuttuminen (N=13) ”naulatuksi” tuleminen (N=10) implantti elimistössä (N=9) kehon osien irtoaminen (N=9) sairaus (N=8) kehonosan puuttuminen (N=8)	kehon osan kutistuminen tai suureneminen (N=8) kipu tai kehon leikellyksi tuleminen (N=6) lyödyksi tuleminen (”jäljet selässä”)(N=5) kummallisia tuntemuksia (N=5)

5.5 Roxendalin kehotietoinen terapia

Gertrud Roxendalin kehotietoisesta terapian (body awareness therapy) lähtökohtana on kehontuntemuksen ja - tietoisuuden vahvistaminen, joiden kautta vaikutetaan myös kehon hallintaan sekä itsetuntemukseen. Kehontuntemuksella ja kehotietoisuudella tarkoitetaan kehonelämykseen ja liikkeeseen liittyviä asioita, kuten liikkeiden hallintaa sekä kykyä ohjata kehon liikkeitä ja asentoja. Kehon hallinnalla puolestaan tarkoitetaan ihmisen kykyä ohjata ryhtiä, liikkeitä ja lihasten jännitystä. (Talvitie ym. 2006, 270.)

Kehotietoisessa terapiassa on kaksi tasoa, perus- ja edistynyt taso (basic and advanced body awareness therapy). Perustasolla huomio kiinnittyy liikkumisen peruselementteihin ja kehonhallintaan, kuten ryhtiin, kävelyyn, hengitykseen ja päivittäisessä elämässä tarvittaviin liik-

keisiin. Edistyneellä tasolla keskitytään yksilön kekokokemusten ja liikemallien ainutlaatui- seen yksilöllisyyteen. Perustason terapian yleisinä tavoitteina on parantaa kehotietoisuutta sekä vähentää kehon toimintahäiriöitä. Yksityiskohtaisemmat tavoitteet perustasolla ovat lisääntynyt kehon tiedostaminen, parantunut kehon hallinta, kehonkuvan uudelleen muodostuminen sekä heikosta kehon käytöstä aiheutuneiden oireiden lievittyminen. Edistyneellä tasolla tavoitteita ovat liikemallien tiedostamisen lisääntyminen, nonverbaalisen viestinnän parantaminen sekä harjoitusmotivaation kasvaminen. (Roxendal 1985, 11 - 12.) Kehotietoinen terapia sisältää kolmenlaisia harjoitteita: identiteettiä aktivoivia, kehon rajojen tuntemista lisääviä sekä eheyttäviä harjoitteita. Ensimmäinen huomio ei ole lihasjännityksissä. Rentoutuminen ja jännitystilojen laukeaminen tapahtuu yleensä, kun kehoon eri ulottuvuudet aktivoituvat. (Talvitie ym. 2006, 272.) Opinnäytetyössämme sekä siihen liittyvässä ryhmätoiminnassa keskityimme perustason terapiaan.

Perustason kehotietoisien terapian keskeiset vaikutusalueet ovat:

1. Kontakti alustaan

Kontakti alustaan on tärkeä osa motorista toimintaa ja käyttäytymistä. Turvallinen kontakti antaa edellytyksen tasapainolle ja rentoutumiselle, jotka puolestaan mahdollistavat kaikissa liikkeissä tarvittavan hyvän koordinaation. Suhdetta alustaan harjoitetaan suuntaamalla asiakkaan huomio kehon ja alustan kontaktipintaan sekä kehon painon kokemiseen eri asennoissa. Esimerkiksi kantapäähän kohottaminen ja polvien koukistaminen parantavat kontaktia alustaan. (Roxendal 1997, 78; Immonen-Orpana 2011.)

2. Suhde kehon keskilinjaan

Tasapainoisessa asennossa keho asettuu keskiviivan eli luotisuoran ympärille. Keskilinjasta poikkeaminen aiheuttaa asentovirheitä, joista voi seurata muun muassa lihasjännitystä, kiputiloja, nivelten kulumista ja tasapaino-ongelmia. Harjoitteiden avulla pyritään tasapainottamaan asentoa suhteessa kehon keskilinjaan. (Roxendal 1997, 81 - 82; Immonen-Orpana 2011.)

3. Kehon liikekeskukset

Ihmiskeho voidaan jakaa kahteen toiminnalliseen liikekeskukseen. Alempi liikekeskus, johon kuuluvat lantio ja alaraajat, edustaa voimaa ja stabiliteettia. Ylempään liikekeskukseen kuuluvat pää, hartiat, rintakehä ja yläraajat edustavat kommunikaatiota sekä tunteiden ilmaisua. Nämä kaksi liikekeskusta yhdistyvät navan ja rintalastan välillä, kohdassa joka edustaa kehon tasapainopistettä. Liikekeskus harjoitteet aloitetaan tästä ns. yhteisestä liikekeskuksesta. (Roxendal 1997, 83 - 84; Immonen-Orpana 2011.)

4. Hengitys

Hengitys mukautuu kehon liikkeisiin ja hengityksen rytmi muuttuu fyysisen aktiivisuuden tason

mukaan. Myös tunteet ja mielialat vaikuttavat hengityksen kulkuun. Hengitysharjoituksissa huomio kiinnitetään usein aluksi hengitykseen luontaisen rytmin tunnistamiseen. (Roxendal 1985.) Harjoitusten avulla pyritään tiedostamaan asiakkaalle, mitkä kehon osat liikkuvat hengittäessä. (Roxendal 1997, 85 - 86; Immonen-Orpana 2011.)

5. Kehonrajat

Kehonrajoilla tarkoitetaan yksilön kokemusta oman kehonsa rajoista suhteessa ympäristöön. Rajojen tunteminen on edellytys ympäristön hahmottamiselle. Kehotietoisuus terapiassa kehon fyysiset rajat ovat toistuvasti kontaktissa ympäristöön, esimerkiksi lattialla pyöriessä (Roxendal 1985, 13; Immonen Orpana 2011.). Kehonrajojen tunnistamista kehittävässä harjoitteissa ärsykeitä annetaan eri aisteille, jotta asiakas saisi toistuvia tuntemuksia eri kehon osistaan ja ääriviivoistaan. Apuvälineenä voidaan käyttää esimerkiksi palloa, mikäli potilaan on vaikea koskettaa itseään tai ei siedä toisen ihmisen kosketusta. (Immonen-Orpana 2011.)

6. Lihaksiston jännitys ja rentous

Lihaksiston jännittyneisyys on usein osa monitahoista ongelmaa, johon liittyy sekä psyykkistä, fyysistä että sosiaalista jännitystä. Yhden lihasryhmän liiallinen jännittyneisyys viittaa usein toisen lihasryhmän heikkouteen. Lihaskäytystä voidaan havaita kolmella tasolla: kyvyssä rentouttaa lihakset, kyvyssä suorittaa koordinoituja liikkeitä rentoutuneesti sekä raskaissa fyysisissä ponnistuksissa. (Roxendal 1997, 89; Immonen-Orpana 2011.)

5.5.1 Kehotietoisen terapian hyödyntäminen

Kehotietoinen terapia on alun perin kehitetty kuntoutusmuodoksi sellaisten sairauksien hoitoon, joiden oireisiin kuuluu erilaiset kehotietoisuuden häiriöt. Sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi psykoottisten tilojen hoidossa, joihin liittyy ongelmia kehonkuvassa, kehon tiedostamisessa tai psykomotorisessa käyttäytymisessä. Terapiaa voidaan hyödyntää myös hoidettaessa neurologisia oirekuvia, joihin voi liittyä esimerkiksi kehon hallinnan häiriöitä sekä psykosomaattisia oireita. (Roxendal 1985, 10.) Skitsofreniapotilaiden hoidossa kehotietoisesta terapiasta on saatu positiivisia tuloksia. (Talvitie ym. 2006, 445). Skitsofrenian hoidossa sitä voidaan käyttää yhtenä kuntoutusmuotona, yhdessä lääkehoidon, sosiaalisen kuntoutuksen ja psykoterapian kanssa. (Roxendal 1985, 10.)

Hedlund & Gyllensten (2009) tutkivat skitsofreenikoiden kokemuksia Roxendalin kehotietoisesta terapiasta. Tutkimukseen osallistui 11 skitsofreniaa sairastavaa henkilöä, jotka olivat osallistuneet terapiaan vähintään vuoden ajan. Kaikki tutkittavat saavuttivat terapian avulla positiivisia sekä lyhyen että pitkän aikavälin tuloksia. Positiivisia tuloksia raportoitiin liittyen kehon hahmotukseen ja itsetuntoon, sosiaaliseen käyttäytymiseen, ajattelukykyyn ja olotilaan. Tuloksissa ilmenee muun muassa lisääntyneitä hyvinvoinnin tunteita, ahdistuksen, pelon

ja stressin vähentymistä, kohonnutta aktiivisuutta, itsetunnon paranemista, vähentynyttä häpeän tunnetta sekä parantunutta tasapainoa ja asennonhallintaa. (Hedlund & Gyllensten 2009, 5, 26.)

5.5.2 Body Awareness Scale

Body Awareness Scale on The Comprehensive Psychopathological Rating Scalen pohjalta kehitetty kehotietoisen terapian työväline, jonka avulla saadaan tietoa asiakkaan kehotietoisuudesta, kehon hallinnasta ja toimintahäiriöistä. Mittarin sisältöä voidaan hyödyntää psykofyysisen fysioterapian, etenkin kehotietoisen terapian, sisältöä ja seuranta suuniteltaessa sekä terapian vaikuttavuutta mitattaessa. Mittaria voidaan käyttää osana kokonaishoidon suunnittelua, joten siinä käytetyn kielen tulee olla ymmärrettävää myös muulle hoitohenkilökunnalle. Mittarin avulla saadaan tietoa sekä asiakkaan subjektiivisista tuntemuksista ja asenteista kuten kivuista, huolista ja suhtautumisesta harjoitteita kohtaan sekä arvioijan objektiivisista havainnoista. (Roxendal 1985, 16 - 17.)

Body Awareness Scale koostuu haastattelusta ja havainnoinnista. Kehonkäyttö - ja hahmottamiskyvyn havainnoimisen mahdollistamiseksi mittari sisältää liiketestin, jonka avulla voidaan havainnoida kuntoutujan kykyä käyttää omaa kehoaan. (Roxendal 1993, 27.) Liiketestin koostuu jokapäiväisessä elämässä tarvittavista yksinkertaisista liikkeistä, joiden avulla arvioija voi havainnoida asiakkaan kehonhallintaa ja liikemalleja. Esimerkkinä liiketestin sisällöstä ovat erilaiset kävelyharjoitukset, joiden aikana arvioija tarkkailee suhdetta alustaan ja kehon keskilinjaan, psykomotorisia oireita sekä assosiaatioliikkeiden ilmenemistä. (Roxendal 1985, 20 - 21.)

6 Ryhmämuotoinen toiminta

Yksilölle ryhmätilanne on merkittävä asia, sillä ihmisen ”minä” syntyy ”meistä”. Ihminen peilaa itseään ryhmän muihin jäseniin ja havaitsee näin omia tapojaan toimia suhteessa muiden tapoihin. Ihmisen oman yksilöllisyyden löytymiseen vaikuttaa myös samastuminen, sillä hän pyrkii olemaan itselleen tärkeän kohteen kaltainen. Ryhmässä oleminen vaikuttaa yksilön itsetuntemukseen, koska ryhmältä saa paljon virikkeitä ja palautetta. Kun ryhmä on tuttu ja turvallinen, uskalletaan yksilö tarkastella omaa toimintaansa ja tapaansa tuntea, ajatella, tehdä havaintoja, kuunnella, keskustella ja käyttäytyä. Itsetuntemusta kehittää kanssakäyminen ja toimiminen ryhmässä. (Rovio, Lintunen & Salmi 2009, 14-16.) Kokoontuvan ryhmän koolla on myös merkittävä vaikutus sen toimintaan. Pienessä ryhmässä jokainen osallistuja kykenee vuorovaikutukselliseen suhteeseen ryhmän muiden jäsenten kanssa. Pienryhmä mahdollistaa turvallisuudentunteen ja tilan omille ajatuksille. (Rovio 2007, 173.)

Ryhmän jäseniä yhdistää usein sama ongelma tai tavoite, minkä takia he osallistuvat ryh-

mään. Tämä saa aikaan normaaliuden tunteen. Ryhmäläinen kokee, että ei ole ainoa ongelman kanssa elävä, ja että ryhmätapaamisten päämäärä tai tavoite on kaikilla sama. Itsetuntoa kohottavaa voi olla se, kun ryhmän jäsen saa auttaa toista jäsentä oman kokemuksensa ja tietotaitonsa perusteella, koska jokaisella on aiheesta henkilökohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä. Ryhmässä syntyvä vuorovaikutus parantaa samalla myös ryhmäläisten ihmissuhdetietoja. Ryhmä kehittyy koko ajan, koska sen dynamiikka vaikuttaa sisäisten rakenteiden elämiin ja muuttumiseen. (Saastamoinen 2007, 73.)

6.1 Ryhmän sisäiseen toimintaan vaikuttavat tekijät

Ryhmän toiminnan lähtökohtiin vaikuttaa se ympäristö, jossa ryhmä toimii. Ympäristöstä voidaan erottaa fyysinen, sosiaalinen ja yhteiskunnallinen osa (Rovio ym. 2009, 17). Mielenterveyskuntoutujista muodostuva ryhmä saattaa tarvita erityistä huomiota ryhmätoiminnan fyysisen ympäristön suhteen, sillä turvallinen ja levollinen ilmapiiri vaikuttaa ryhmän ihmissuhteisiin. Esimerkiksi valmiit tilajärjestelyt saattavat rauhoittaa kuntoutujat ryhmän toimintaan paremmin kuin järjestelyiltään keskeneräinen tila. Tärkeää on myös kokoontua kerta kerralla samassa tilassa, jos se vain on mahdollista. Sosiaalisen ympäristön tärkeä elementti on ohjaajan aktiivisuus ryhmäläisten suhteen, joka tarkoittaa jokaisen ryhmäläisen yksilöllistä huomiointia. Ohjaajan kannattaa olla samanarvoinen ryhmäläisten keskuudessa, vaikka hän samanaikaisesti ohjaa ryhmän toimintaa ja viestittää turvallisuutta. (Lilja 2007, 95 - 96.)

Ryhmän sisälle syntyy erilaisia ihmissuhdejärjestelmiä, joihin vaikuttavat monenlaiset ryhmäprosessit, kuten vuorovaikutus-, kommunikaatio- ja yhteistyöprosessi (Rovio ym. 2009, 17). Ihmissuhdejärjestelmät ovat ihmisiä erilaisissa asemissa suhteessa toisiinsa. Näitä suhdejärjestelmiä ovat kommunikaatio-, tunnesuhde-, normi-, rooli- ja valtasuhteet. Niiden tarkoitus on ohjata ja suunnata ryhmän toimintaa. Kommunikaatiosuhteet paljastavat ryhmän viestintäväylät, tunnesuhteet sekä tunnepohjaiset hyväksynnän ja torjunnan liittoumat. Normit saavat ryhmän jäsenet toimimaan yhdenmukaisesti. Ne ohjaavat ja sitovat ajattelua sekä yhdenmukaistavat käyttäytymistä. Normisuhteista voi havaita normien luojat, vartioijat, uudistajat, rikkojat ja noudattajat. Roolisuhteet ilmaisevat tehtäväjaon sekä aseman ryhmässä. Valtasuhteiden syntymiseen tarvitaan vallankäyttäjää ja alistuja. Valtasuhteet kertoo näin ollen ryhmän jäsenten valta-asetelmista suhteessa toisiinsa. (Rovio 2007, 177 - 180.)

Ryhmäprosessit ja ihmissuhteet vaikuttavat ryhmän kiinteyteen ja ryhmän ja sen yksilöiden suoriutumiseen. Ohjaajan tulisi kartoittaa ryhmän muodostuessa, millaisia osallistujien ominaisuuksia, kykyjä ja resursseja ryhmän sisältä löytyy. (Rovio ym. 2009, 17.) Uskomme, että psykofyysisen toiminnan ryhmässä korostuvat vain osa prosesseista sekä ihmissuhdejärjestelmistä ja muut ovat toissijaisia vaikuttajia. Näin siitä syystä, että ryhmätoiminta on lyhytkestoinen sekä paljon yksilöllisiä harjoituksia sisältävä, jolloin esimerkiksi valtasuhteiden muo-

dostumiselle ei ole tilaa.

6.2 Terapeutin rooli ryhmässä

Kun on kyse skitsofreniapotilaiden muodostamasta ryhmästä, terapeutin valmistautuminen ja asennoituminen ryhmään korostuu. Hänen on valmistauduttava henkisesti ryhmän kohtaamiseen ja siihen, että ryhmän jäseniltä tulevat virikkeet saattavat olla hyvin huomaamattomia. Niiden aistiminen on tärkeää, jotta hän voi vastata virikkeisiin ja puolestaan mielenterveyskuntoutuja saa vastata omalla tavallaan. Terapeuttinen tapahtuma kulkee omalla painollaan ja onnistuessaan toteuttaa tarkoituksensa, vaikka se ei toteutuisikaan suunnitellulla tavalla. Ryhmän tilaan täytyy jokaisen terapeutin ja ryhmän vetäjän suhtautua sellaisena kuin se näyttäytyy. Osaava ohjaaja suhteuttaa toimintansa ryhmän toimintakyvyn mukaan ja on itse yksi ryhmän jäsen. (Parvia 1995, 116, 122.)

Terapeuttisen kohtaamisen onnistumisesta kertoo se, kun asiakas kykenee tunnistamaan omia tarpeitaan ja löytämään voimavarojaan ja sitä kautta elämänhallinnan tunteensa. Voimaantumisen kokemuksen synnyttäminen auttaa mielenterveyskuntoutujaa kohtaamaan päivittäisen elämänsä ongelmia. (Simula 2007, 80.) Voimaantuminen syntyy ihmisessä itsessään ja se on yhteydessä näkökulmiin, jotka mahdollistavat yhteyden toimintaympäristöön. Näkökulmia ovat valinnanvapaus, ilmapiiri, arvostus ja turvallisuus. Voimaantuminen on kosketuksissa myös henkilökohtaiseen sekä ympäristön hyvinvointiin ja minän vahvistumiseen. Sille ominaista on opetella itsensä ja toimintansa kontrollia ja hallintaa. Voimaantunut henkilö haluaa saada käyttöönsä niin aineellisia kuin henkisiäkin resursseja eli voimavaroja. (Herrala ym. 2010, 151.)

Terapeuttinen vuorovaikutuksellinen tukeminen keskittyy elämään tässä hetkessä ja lähitulevaisuudessa. Suhteessa korostuu kuuntelu ja ihmisen tukeminen. (Simula 2007, 80.) Suhde sisältää onnistuneen dialogin, jossa tärkeää on luottamuksellisen suhteen syntyminen. Tällöin vuorovaikutuksesta ovat vastuussa niin terapeutti kuin asiakas, jotka määrittelevät vuorovaikutuksellisen kuuntelun yhdessä. Parhaimmillaan yhdessä toimiminen johtaa johonkin kokonaan uuteen näkökulmaan tai ratkaisuun, johon ei etukäteen osattu valmistautua. (Herrala ym. 2010, 149.)

7 Tutkimuksen toteutus

Osa opinnäytetyöstämme on toiminnallista tutkimusta, sillä siihen liittyy oleellisesti tutkimukseen osallistujille järjestämämme ryhmätoiminta. Kuitenkin työn sisällön selvitykseen käytämme laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää haastattelun ja havainnoinnin keinoin. Myös liiketesti analysoidaan kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla, sillä se toimii tukena haastattelulle. Kun peruslähtökohtana on tehdä laadullinen tutkimus, on haastatte-

luun ja havainnointiin mahdollista liittää jokin suhteellisen pieni määrällinen mittaus (Metsämuuronen 2003, 208). Hirsijärven & Hurmeen (2010, 39) mukaan haastattelun ja havainnoin tuloksien yhdistäminen lisää tutkimuksen moniulotteisuutta ja luotettavuutta. Toiminnallinen tutkimus sisältää ammatillisella kentällä järjestettävän pienimuotoisen käytännön toiminnan, mutta toiminnallisen osuuden toteuttaminen tarvitsee tietoperustaa ja teoreettisen viitekehysten. Toiminnallisen opinnäytetyön etuna on saada toiminnasta sellaista tietoa, mitä ei vielä koskaan ole kirjoitettu (Metsämuuronen 2003, 181; Vilka & Airaksinen 2004, 9, 30, 63). Ennen tutkimuksen toiminnallisen osuuden toteuttamista eli psykofyysiseen fysioterapiaan pohjautuvan ryhmän järjestämistä, perehdyimme huolellisesti aiheeseen liittyvään lähdemateriaaliin ja tutkimuksen kannalta tärkeisiin käsitteisiin. Luvan tutkimukselle myönsi Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisyksikkö (Liite 3).

Opinnäytetyön toiminnalliseen osuuteen on suositeltavaa hankkia toimeksiantaja. Tällä tavoin tutkijat voivat luoda suhteita ja saada mahdollisuuden kokeilla ja kehittää omia taitojaan työelämän keskellä. Työelämälähtöinen opinnäytetyö tukee ammatillista kasvua, jolloin opiskelun myötä opittuja tietoja ja taitoa pääsee peilaamaan sen hetkiseen työelämään ja työelämän tarpeisiin. (Vilka & Airaksinen 2004, 16-17.) Kiinnostuksemme perehtyä psykofyysiseen fysioterapiaan opintojen tarjoamaa opintopistemäärää enemmän vei meidät etsimään tutkimuksellemme toimeksiantajan. Tätä kautta mahdollistui tilaisuus tehdä tutkimus, joka osaltaan on toiminnallinen, ja jossa meillä on aito kohderyhmä käytännön toimintaan osallistumista varten.

7.1 Kohderyhmä

Koulullamme alkoi vuonna 2010 hanke yhteistyössä Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Empun kanssa. Hankkeen tavoitteena on mielenterveys- ja päihdepalvelujen arviointi ja kehittäminen. Mielenterveys- ja päihdepalvelut pitävät sisällään kolme toimintayksikköä, jotka ovat akuuttivaihe, hoitovaihe ja tukivaihe. Akuuttivaiheeseen kuuluvat avotyö, katkaisu- ja vieroitushoidot sekä ehkäisevä työ. Hoitovaihe sisältää avohoitoa, mielenterveys- ja päihdepotilaiden kuntoutusta ja psykiatrasta kuntoutusta. Tukivaiheen työ on asumisen tukemista, vastaanottokotityötä ja kuntouttavan asumisen työtä. Hankkeeseen liittyvien opinnäytetöiden tarkoitus on kerätä asiakkaiden, työntekijöiden ja yhteistyökumppanien kokemuksia palveluista hyödyntämällä erilaisia menetelmiä. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimusten on tarkoitus arvioida eri kuntoutusyksiköiden toimintaa tai olla mahdollisesti työstämässä jotakin muuta yksiköille sopivaa toimintaa. (Kurronen 2010.)

Opinnäytetyömme aihe keskittyy mielenterveyspalvelujen hoitovaiheen toimintaan. Koska olimme kiinnostuneita mielenterveyskuntoutujien fysioterapiasta ja tutustuttuamme Emppuhankkeeseen, selvitimme mahdollisuuttamme tehdä opinnäytetyö osana kyseistä hanketta.

Empun ja Laurean yhteistyökokouksessa saimme ohjeistuksen ottaa yhteyttä erääseen Espoon kaupungin palvelutaloon, jonka nimeä emme opinnäytetyössämme tuo esille. Talossa on osasto skitsofreenikoille. Osasto kiinnostui halukkuudestamme järjestää ryhmätoimintaa pienelle ryhmälle asukkaita, jotka samalla osallistuisivat tutkimukseemme. Lopulta tutkimusryhmä muodostui ei-satunnaisesti valitusta otannasta (n) kyseisen palvelutalon osastolta. Palvelutalon henkilökunta valitsi tutkimukseen osallistuvat viisi jäsentä, joista neljä on naisia ja yksi mies. Iältään he olivat 22 - 42-vuotiaita. Keski-ikä ollessa 30,8 vuotta. Laadullista aineistoa koottaessa on usein perusteltua, että koehenkilöt on kutsuttu tutkimukseen harkinnan mukaan. Tällöin pystytään tutkimaan tutkimuksen kannalta oleellisia henkilöitä (Metsämuuronen 2003, 31).

7.2 Ryhmätoiminnan kokonaisuikataulu

Saatuamme tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen valmiiksi sekä tutkimusryhmään osallistujat palvelutalon henkilökunnan jäsenen avustuksella valituiksi, aloitimme toiminnallisen osuuden eli ryhmätoiminnan viikolla seitsemän vuonna 2011. Ryhmä kokoontui kaksi kertaa viikossa yhteensä kahdeksan kertaa, jolloin aikataulun mukaisesti ryhmätoiminnan viimeinen kokoontuminen oli viikolla 10 vuonna 2011. Ennen ensimmäistä kokoontumista kävimme esittäytymässä ryhmään osallistujille ja kertomassa tutkimuksen sisällöstä. Samalla teimme jokaiselle osallistujalle liiketestin. Kyseisen testin tehtiin myös viimeisen tapaamiskerran jälkeen.

Teemahaastattelut pidimme viikon 11 alussa. Halusimme haastatella eri päivänä kuin ryhmän viimeinen kokoontuminen oli, jotta mahdolliset välittömät ryhmän jälkeiset kokemukset ja ajatukset eivät olisi vaikuttaneet tutkimustuloksiin. Tällöin olisi mahdollista saada luotettavampaa tietoa ajatellen ryhmätoiminnan kokonaisvaikutuksia henkilön kehotietoisuuteen ja motivaatioon. Ryhmä kokoontui joka kerta samassa paikassa, palvelutalon ryhmätilassa, jolloin se oli tuttu paikka lähellä jokaisen tutkimukseen osallistujan omaa huonetta. Ryhmätila oli rauhallisella paikalla rakennuksen alakerrassa, jolloin ulkoa tulevat äänet eivät kantautuneet ryhmätilaan. Tämä mahdollisti hyvän ympäristön jokaiselle keskittyä vain ryhmän sisäisiin tapahtumiin ja tekemiseen. Myös haastattelut teimme jokaiselle ryhmäläiselle samassa tilassa.

7.3 Ryhmätoiminnan sisältö

Ryhmäkerroilla käyttämämme harjoitteet perustuvat Roxendalin perustason kehotietoisen terapian vaikutusalueisiin, joita ovat kontakti alustaan, suhde kehon keskilinjaan, kehon liikekeskukset, hengitys, kehonrajat sekä lihaksiston jännitys ja rentous. Harjoitteiden suunnittelussa käytimme apuna Roxendalin ja Winbergin (2002) teosta *Levande Människa - Basal-*

Kroppskännedom för rörelse och vila.

Ryhmäkertojen rakenne oli jokaisella kerralla sama. Aloitimme makuulla tehtävistä harjoit- teista, joiden jälkeen siirryimme seisten tehtäviin harjoituksiin. Lopuksi teimme muutamia venyttelyliikkeitä. Samanlaisella tuntirakenteella ja samojen harjoitteiden käytöllä halusim- me mahdollistaa oppimisprosessin, harjoitteiden tarkoituksen oivaltamisen ja onnistumisen kokemusten saavuttamisen. Kertojen edetessä otimme mukaan muutamia uusia harjoitteita ja osassa jo tutuksi tullessa harjoitteessa siirryimme seuraavalle tasolle, jotta harjoittelussa säilyisi haastavuus eikä se kävisi rutiininomaiseksi. Osa ryhmäläisistä myös toivoi vaihtelua harjoitussisältöön. Perustason kehoterapian harjoitteet näyttävät yksinkertaisilta, mutta oi- kean tavan löytäminen voi viedä aikaa. Ajatuksena on, että kaikki liikkeet lähtevät kehon lii- kekeskuksesta. Tämän ajatuksen oivaltaminen ja tunteminen kehossa vaatii useita harjoitus- kertoja. (Roxendal & Winberg 2002, 96.)

Harjoitteet aloitetaan makuuasennosta, koska makuuasennossa keskittyminen oman kehon viesteihin helpottuu ja viestejä kuuntelemalla voi oppia tuntemaan itseään uudella tavalla. Makuulla tehtävät harjoitteet toimivat myös valmistelevina harjoitteina seuraaville harjoituk- sille. (Roxendal & Winberg 2002, 103.) Makuulla tehtävät harjoitteet aloitettiin jokaisella ker- ralla läsnäoloon ja mielen rauhoittumiseen tähtäävällä harjoitteella. Tässä harjoitteessa huomio siirrettiin rauhallisessa tahdissa ympäri kehoa tarkastellen erityisesti asentoa, kehon eri osien kontaktipintaa lattiaan sekä kehossa mahdollisesti esiintyviä puolieroja. Tietoisien läsnäolon ja alustakontaktin lisäksi makuulla tehtävissä harjoitteissa korostui keskilinjan ja liikekeskusten harjoittaminen. Esimerkki makuulla tehtävästä harjoitteesta, jossa harjoite- taan keskilinjan, liikekeskuksen ja liikkeen virtauksen löytämistä:

Makaa selinmakuulla, kädet vartalon vierellä. Vie jalat suorana kiinni toisiinsa ja paina niitä toisiaan vasten. Ajattele, että voima joka vie jalkoja yhteen, ei tule ainoastaan jaloista vaan sisältä päin, koko kehosta. Päästä sitten jalat ihan rennoiksi. Jatka omaan tahtiin vuorotel- len painaen jalkoja toisiaan vasten ja sitten rentouttaen. Tee liikkeet tasaisella rytmillä. (Roxendal & Winberg 2002, 107.)

Hengitysharjoitteita otimme mukaan varovasti, sillä hengityksellä ja tunteilla on voimakas yhteys. (Roxendal & Winberg 2002, 74.) Hengitys huomioitiin aluksi tarkkaillen, yrittämättä vaikuttaa sen kulkuun. Joidenkin harjoituskertojen jälkeen yhdistimme hengitykseen mmm- äänteen. Harjoitteessa tavoitteena oli tuntea, kuinka ääni lähtee syvältä, kehon yhteisestä liikekeskuksen alueelta. Myöhemmin yhdistimme hengityksen myös liikkeeseen, pyrkimyksenä yhdistää hengitys ja liike virtaavaksi kokonaisuudeksi.

Seisomaharjoitteet aloitettiin jokaisella harjoittelukerralla hyvän seisoma-asennon hakemisel-

la. Roxendal & Winberg (2002, 128) toteavat, että samalla tavoin kuin talon rakentaminen aloitetaan alhaalta ylöspäin, aloitetaan myös hyvän seisoma-asennon muodostaminen. Tärkeää on seisoma-alustaan ankkuroituminen, jotta asennon ylöspäin kasvaminen on mahdollista, sekä keskilinjan tasapainon löytäminen. Keskilinja kulkee jalkaterien välistä, keskeltä kehoa, päälle. Ankkuroitunut ja keskilinjan molemmin puolin tasaisesti jakautunut keho pystyy rentoutumaan seisoma-asennossa rasittumatta. (Roxendal & Winberg 2002, 128.) Teimme seiso-ohjelmat piirissä seisten. Tukevan seisoma-asennon muodostaminen aloitettiin etsimällä hyvä ja tasapainoinen asento jaloille, polville ja lantiolle pyrkien samalla päästämään irti ylimääräisistä jännityksistä. Tämän jälkeen pyrittiin löytämään selän, pään ja yläraajojen vapautunut ja tasapainoinen asento. Tavoitteena oli löytää tunne kehon kokonaisuudesta. (Roxendal & Winberg 2002, 128 - 129.) Ankkuroitumisen ja keskilinjan hahmottamisen lisäksi seisten tehtävissä harjoitteissa korostuivat kehonliikekeskukset, kehon jännitys ja rentous sekä liikkeen virtaus. Esimerkki seisten tehtävästä harjoitteesta, jossa harjoittelun kohteena on ankkuroituminen sekä keskilinjan ja liikkeen virtauksen löytäminen:

Seiso lantion levyisessä haara-asennossa, paino jalkojen etuosalla. Polvet ovat vapaat, suorassa, mutta ei lukkoasennossa. Kädet roikkuvat vapaana vartalon molemmin puolin ja katse lepää lattiasa muutaman metrin päässä. Siirrä painoa eteenpäin, nouse seisoamaan varpaille ja laskeudu sitten takaisin alas. Jatka tasaista, rauhallista liikettä ylös-alas ilman keskeytyksiä. Varpaille noustessa kiinnitä huomio kehon keskusta. Laskeudu rauhallisesti, ilman keinahdusta kantapäillä. Ylösnousu ja alastulo muodostavat yhtenäisen, kehon keskilinjaa pitkin kulkevan liikkeen, joka jatkuu tasaisena ja pysähtyy vasta, kun sinä niin päätät. (Roxendal & Winberg 2002, 134.)

Päätimme harjoittelun muutamiiin rentouttaviin venyttelyliikkeisiin, sillä ryhmäläiset kokivat osan seisten tehtävistä harjoitteista lihaksia väsyttäväksi. Halusimme päättää harjoittelun rauhallisiin venyttelyihin, jotta olo ryhmäkokoontumisen jälkeen olisi hyvä ja rentoutunut. Venyttelyjen jälkeen varasimme aikaa ryhmäläisten mietteille ja kysymyksille. Ryhmäkertojen edetessä keskustelua syntyi enemmän kuin ensimmäisillä kokoontumiskerroilla.

7.4 Aineiston hankintametodit

Havainnointia ja haastattelua voidaan pitää eräänlaisina tutkimuksen perusmenetelminä (Metsämuuronen 2003, 187). Haastattelu on niin ikään sosiaalinen vuorovaikutustilanne, kun havainnointi voi tutkimusmenetelmänä olla hyvin yksipuolinen. Tutkimushaastattelulla on välillinen arvo tutkimusprosessissa, jolloin sillä on osa laajemmassa tieteellisen päättelyn ketjussa. Haastattelun merkityksen kannalta huomionarvoinen seikka on, että haastattelu toimintana perustuu käsitteisiin, merkitykseen ja kieleen. Lisäksi sekä haastateltava että haastattelija tuovat tilanteeseen aiemmat kokemuksensa ja näihin suhteutettuna haastattelu tulkitaan.

(Hirsijärvi & Hurme 2010, 41.)

Tutkimuksessamme pyrimme haastattelulla selvittämään, miten ryhmäläiset kokivat ryhmätoiminnan vaikuttaneen heidän kehotietoisuuteensa, millaisia muita vaikutuksia he kokivat psykofyysisellä ryhmätoiminnalla saavuttaneensa sekä miten he kokivat itse psykofyysisen ryhmätoiminnan. Metsämuurosen (2003, 187) mukaan muun muassa emotionaalisten asioiden tutkimiseen ja tutkittavien alueiden kartoitukseen haastattelu sopii hyvin, vaikka menetelmänä se on monin tavoin työläs. Käytimme puolistrukturoitua haastattelumenetelmää, jota nimitetään myös teemahaastatteluksi (Hirsijärvi & Hurme 2010, 47; Vilkkä & Airaksinen, 2004, 63). Se sopii erityisen hyvin haastattelumuodoksi, kun tutkitaan intiimejä ja arkoja aiheita. Haastattelun sisältö perustuu ennalta määritettyihin teemoihin, mutta kysymysten muotoa tai esittämisjärjestystä ei tarvitse määritellä tarkasti. (Metsämuuronen 2003, 189.) Haastattelu saa edetä nimettyjen teemojen varassa, jolloin tutkittavan ääni saadaan kuuluviin eikä haastattelu ole täysin tutkijan näkökulman varassa. Teemahaastattelu mahdollistaa sen, että tutkittavien tulkinnat ja asioille antamat merkitykset ovat tärkeitä. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 48.)

Haastattelimme ryhmäläiset yksilöllisesti ja nauhoitamme jokaisen tutkimushaastattelun. Kukin haastattelu oli kestoltaan noin 10 minuuttia. Jaoimme haastattelut siten, että joka toisessa haastattelussa toisella meistä oli päävastuu johtaa haastattelun kulkua ja toinen tarkkaili ja osallistui keskusteluun vähemmän. Koska haastattelemamme aihe oli arka, ei vuorovaikutuksellinen suullinen haastattelu välttämättä ollut tutkittaville helppo. Tutkittavien yksityisyyttä pyrittiin suojaamaan sillä, että haastattelut olivat nimenomaan yksilöhaastatteluja. Toivon mukaan tämä myös lisäsi tunnetta kertoa kokemuksista luottamuksellisesti. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 211.) Nauhoituksen avulla raportointi on mahdollista tehdä tarkkaan, koska haastatteluihin on helppo palata jälkikäteen ja käyttää raportointia muistiapuna (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 14). Koimme haastateltavien olevan haastattelutilanteessa melko avoimia, vaikka osalla oli havaittavissa pientä jännitystä. Etenkin kaksi ryhmään osallistujaa oli hyvin monisanaisia ja kertoivat kokemuksistaan tarkasti. Loput ryhmäläiset olivat lyhytsanaisempia, mutta kuitenkin jokainen ryhmään osallistuja vastaili kysymyksiin sen mukaan, miten osasi. Mielestämme tunnelma haastattelutilanteessa oli luottamuksellinen ja haastattelut antoivat enemmän vastauksia tutkimukselle kuin osasimme odottaa.

Tieteellinen havainnointi eli observointi ei ole vain näkemistä, vaan se on pikemminkin tarkkailua. Havainnointi voi olla hyvin systemaattista ja etukäteen tarkasti suunniteltua tai se voi olla hyvin vapaata, tutkittavan kohteen toimintaan mukautunutta. Käytännössä on paljon näiden kahden havainnointilajin välimuotoja, joita on käytössä niin laadullisissa kuin määrällisissä arvioinneissa. (Hirsijärvi ym. 2010, 214.) Toiminnallisessa tutkimuksessa observointi on usein subjektiivista, kun joissakin tutkimuksissa se saattaa olla hyvin objektiivista tarkkailua.

Objektiivisuuden ja subjektiivisuuden määrään vaikuttavat tutkimuskohde ja tutkimusstrategia. Subjektiivisessa havainnoinnissa tutkija ei ainoastaan tarkkaile kohdettaan, vaan on jollakin tavalla mukana tilanteessa. (Metsämuuronen 2003, 190.)

Ryhmätoiminnan vaikutusta mielenkuntoutujan kehotietoisuuteen arvioimme liiketestin avulla havainnoiden. Havainnointitapamme oli systemaattisen ja osallistuvan havainnoinnin välimuoto. (Hirsijärvi ym. 2010, 215; Vilka 2006, 42). Vilkan (2006) mukaan osallistuvalla havainnoinnilla olennaista on se, että tutkijalle tutkimuskohde on tuttu ja näiden välille on muodostunut vuorovaikutussuhde. Tutkija osallistuu kohteensa toimintaan tutkittavien ehdoilla ja ennalta sovittuna ajanjaksona. Observointi on valitun näkökulman avulla etukäteen suunniteltua. On suositeltavaa, että osallistuvaa havainnointia suunnataan esimerkiksi tutkimusongelman kannalta mielekkäisiin asiasisältöihin. (Vilka 2006, 42, 44 - 45.) Tällöin tarkkaillaan erityisesti rajattuja kohteita. Tutkijan on kyettävä pitämään erillään havainnot ja omat tulkinnat niistä, jotta tarkkailu olisi luotettavaa. (Hirsijärvi ym. 2010, 217.)

Systemaattiselle havainnoinnille tyypillistä on, että sen aikana havainnoidaan ennalta määrättyjä asioita eikä tutkija osallistu tutkimuskohteensa toimintaan. Tutkimuksen kohteena ovat erityisesti esimerkiksi tietyt liikkeet ja liikesarjat eivätkä sattumanvaraiset toiminnot. (Vilka 2006, 43; Hirsijärvi ym. 2010, 215.) Tutkimuskysymyksemme mukaisesti olimme kiinnostuneet nimenomaan psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutuksista skitsofreniaa sairastavan henkilön kehotietoisuuteen, joten havainnointimme kiinnittyi erityisesti tutkittavan liikkeisiin, liikkumiseen ja asentoon sekä näissä tapahtuviin mahdollisiin muutoksiin. Toinen meistä toimi ulkopuolisena tarkkailijana testin ajan, kun toinen osallistui tutkittavan toimintaan ohjeistamalla häntä suusanallisesti liiketestin osioiden tekemiseen. Testiajankohdat oli jokaisen ryhmään osallistujan kanssa etukäteen sovittuja. Erityisesti lopputestin aikaan osallistuvan havainnoinnin tapaan olimme tutkittavien kanssa tuttuja ja vuorovaikutussuhde oli syventynyt.

7.5 Aineiston analysointi

Teemahaastatteluilla kerätyn aineiston materiaalin analysoimme aineistolähtöisen sisällönanalyysimenetelmän keinoin. Nauhoitetut haastatteluaineistot kirjoitimme tekstiksi. Tämä tarkoittaa aukikirjoittamista sanasta sanaan eli litterointia. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 138.) Puhtaaksikirjoittamisen jälkeen luimme litteroituja haastatteluja ja perehdyimme niiden sisältöön. Ennen analyysiprosessin aloittamista analyysiyksikön määrittäminen on tärkeä tehtävä sisällönanalyysissä. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lauseen osa tai esimerkiksi ajatuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 110; Janhonen & Nikkonen 2003, 25.) Valitsimme aineistomme analyysiyksiköksi lauseen osan. Tekstiä pelkistetään etsimällä aineistosta tutkimustehtävälle olennaisista ilmauksista. Ilmauksia voidaan korostaa alleviivaamalla niitä aineistosta ja siirtää ne sen jälkeen listaksi erilliselle konseptille. (Tuomi & Sarajärvi 2011,

109.) Teimme tutkimuskysymystemme kannalta oleellisista alkuperäisilmauksista pelkistettyjä ilmauksia, joita hyödynsimme analyysin seuraavissa vaiheissa.

Aineisto ryhmitellään etsimällä pelkistetyistä ilmauksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Ilmaisut järjestetään merkityksensä perusteella luokkiin. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään eli klusteroidaan alaluokaksi ja nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 28.) Luokkia muodostettaessa aineisto tiivistyy, sillä tähän asti yksittäisinä tekijöinä esiintyneet ilmaisut klusteroidaan yleisimpiin käsitteisiin. Alaluokkien ryhmittelyä seuraa abstrahointiprosessi, jolloin erotetaan ja valikoidaan tutkimuksen kannalta olennaista tietoa muodostaen siitä teoreettisia käsitteitä. Abstrahointia eli luokitusten yhdistämistä jatketaan, kunnes se ei ole enää aineiston sisällön kannalta mahdollista. Abstrahoimalla voidaan muodostaa alaluokista yläluokkia, yhdistää niistä pääluokkia ja vielä mahdollisesti ryhmitellä pääluokat yhdistäväksi luokaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 110 - 111.) Taulukossa 3 on esimerkkinä osa tekemäämme aineiston analyysiä. Tämä osa on valittu sattumanvaraisesti koko luokitellusta aineistosta.

Taulukko 3. Esimerkki haastatteluaineiston luokittelusta.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"no ainaskin sillon ker- ran se tuntu ihan hyväl- tä, et se toimi" (onko auttanut siinä hetkessä, ku tehny näitä liikkeitä, ku äänet huutanu)	harjoittelusta hyötyä har- hoja vastaan	Voimavarojen hyödyntäminen	Psyykinen toimintakyky	Kehotietoisuus
"ei, muutenkin jos mä oon yksin huoneessa mulle tulee niin kauhee olo" (tekeekö nukku- maan mennessä)	itsenäisestä harjoittelusta apua huonoon oloon			
"no sen takia, et mä oon kuitenki aina paremmin sit ku mä lähen täältä, mut sillon, ku mä tuun tai mä voin huonosti, ku mä oon yksin, et niinku ois jotaki tekemistä tai silleen"	parempi vointi ryhmän jälkeen	Välittömät tunne- tilan muutokset		
"jonku aikaa se se tuo jokski ajaks niinku hyvän olon"	hetkellinen hyvä olo ryh- mätoiminnan jälkeen			
"joo se oli niinku mun kunnolle hyvä, et oli kiva istahtaa sen jäl- keen. Vähä levätä. Tuli sellanen hyvä olo"	ryhmäkertojen jälkeen olo hyvä			

"no periaatteessa, mut sit se ääni tuhoaa kaiken" (suhtautuminen omaan kehoon)	periaatteessa muuttunut suhtautuminen kehoon, mutta ääniharhat pilaavat tunteen			
"no oon mä vähä aikaa niinku aatellu, että mä oon aika arvokas, mutta tota... en mä sit ookaan huomannu arvostaa sitä sit enempää"	ajattelu omasta arvokkuudesta hetkellisesti lisääntynyt			
"no just toi tommone rentoutustekniikka"	Harjoitteiden rentouttavuus oli mielekästä	Rentoutumisen merkitys	Rentoutuminen	
"se oli semmosta... semmosta rentoutumista"	Harjoitteiden tavoitteena rentoutuminen			
"no se oli vähä niinkun semmonen rentoutus" (mikä oli mukavaa)	Rentoutuminen oli mukavaa			
"no se, et jos nyt sattuu olemaan niinku pikkasen huono olo, et saattaa auttaa, ku yrittää rentoutua ja silleen"	Rentouttavista harjoitteista apua huonoon oloon			
"sellanen rento ja rauhallinen" (olo ryhmäkerrojen jälkeen)	Ryhmän jälkeen rento ja rauhallinen olo			
"joo no silleen ku menee nukkuun niin on hyvä olo silleen rauhoittava olo"	Ryhmätoiminnan jälkeen nukkumaan mennessä hyvä ja rauhallinen olo			
"ei kyl välillä... mä oon joskus vähä huono rentoutuu"	Rentoutuminen haastavaa	Kyky rentoutua		
"noo mun mielest, niist oli just se, et se et tota se rentoutuminen ainaki jotenki helpottu ja silleen"	Rentoutumisen helpottuminen harjoittelun myötä			
"niin, se on se on, et siinä on oppinu uusia tekniikoita"	Uusien rentoutustekniikoiden oppiminen			
"e" (muutoksia kyvyssä rentoutua)	Ei muutoksia kyvyssä rentoutua			
"No se on niinku onnistunu tässä, se rentoutti se hetki, ku sai olla tossa lattialla... hengitellä ja tehä niit liikkeitä. Se se rentoutti."	Makuuharjoitusten rentouttavuus			

Yhdistetyistä luokista syntyy lopulta vastauksia tutkimuskysymyksiin. Toisin sanoen yleiskäsitteiden avulla syntyy kuvaus tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 112.) Kun tutkimustulokset on analysoitu, tutkimus ei kuitenkaan ole vielä valmis, vaan tuloksia on hyvä selittää

ja tulkita. Tulkitessa tutkija pohtii aineiston analyysistä esiin nousevia merkityksiä ja pyrkii tekemään niistä päätelmiä. (Hirsijärvi ym. 2010, 229.) Uutta teoriaa muodostetaan vertaamalla teoriaa ja johtopäätöksiä koko ajan alkuperäisaineistoon. Lopulta tuloksissa esitetään esimerkiksi aineistoa kuvaavat teemat tai käsitejärjestelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 112 - 113.)

Käyttämämme liiketesti arvioi psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikuttavuutta skitsofreenikoiden kehotietoisuuteen, kehonhallintaan keskittyen. Liiketestin jokainen osio on pisteytetty nolosta kolmeen pisteeseen. Pisteitä voi antaa puolen pisteen tarkkuudella. Testin lopussa kaikki kahdentoista osion pisteet lasketaan yhteen, jolloin maksimipistemäärä on 36. Mitä vähemmän lopullinen pistemäärä on, sitä selkeämpää, vaivattomampaa ja eriytyneempää liikkuminen ja kehonhahmotus ovat. Laskimme koko ryhmän alkutestin jokaisen kahdentoista osan pisteet yhteen sekä samalla tavoin toimimme lopputestin pistelaskun kanssa. Sijoitimme alku- ja lopputestin pisteiden keskiarvot kunkin liiketestin vaiheen osalta Microsoft Excel 2010-taulukkolaskentaohjelmaan. Yhden testin osion maksimipistemäärän keskiarvo on kolme (3) pistettä. Tämän jälkeen pystyimme vertailemaan osioiden alku- ja lopputestien osioita keskenään havaitaksemme mahdollisia muutoksia osa-alueilla. Tuomme tulosten käsittelyssä esiin osan näistä kahdestatoista vaiheesta ja niissä tapahtuneista muutoksista pylväsdiagrammeina. Osiot on valittu esittelyyn sen perusteella, että ne kuvasivat joitakin kehotietoisien terapian vaikutusalueita selkeästi ja näillä osa-alueilla muutokset olivat merkittävimpiä alku- ja loppupisteitä verrattaessa. Lisäksi otimme ryhmäläisten joukosta yhden henkilön alku- ja lopputestin ja tämän niin kutsutun case-henkilön koko testin esittelemme esimerkkinä tulosten yhteydessä.

8 Luotettavuus ja eettisyys

Perinteisesti luotettavuutta kuvataan kahdella termillä, jotka ovat reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetilla viitataan mittaustulosten toistettavuuteen. Validiteetti kertoo sen, mita taanko juuri niitä ominaisuuksia, joita on tarkoitus mitata. (Metsämuuronen 2003, 42 - 43; Hirsijärvi ym. 2010, 231.) Validius voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoinen validius viittaa tutkimuksen yleistettävyyteen. Sisällön validiteetilla tarkoitetaan käsitteellisyttä ja teoreettisuutta. Sillä tutkitaan käytetyn mittarin ja ylipäänsä tutkimuksessa käytettyjen käsitteiden teorian mukaisuutta, että juuri ne käsitteet muodostavat kyseisen teorian eikä mikään muu muuttuja. (Metsämuuronen 2003, 86 - 87; Hirsijärvi & Hurme 2010, 188.)

Tutkijoiden on kyettävä vaitiolovelvollisuuteen ja tutkimusaineiston varjeluun sivullisten ulottuvilta. On tärkeää, että kukaan muu ei voi tunnistaa tutkimukseen osallistujia tutkimuksesta kuvattujen kokemusten perusteella kuin he itse. Arkaluontoiset asiat aiheuttavat ihmisille usein syyllisyyttä ja häpeää, jolloin niistä ei ole luonnollista puhua. Tämän vuoksi niiden tutkiminen on tavallista vaikeampaa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 125 - 126.) Säännölliset ko-

koontumiset voivat helpottaa tutkijoiden ja tutkimukseen osallistujien välisen luottamuksen syventymistä, jolloin ryhmän sisäinen vuorovaikutus monipuolistuu ja arkojenkin aiheiden käsittely haastatteluissa mahdollistuu. (Hirsjärvi ym. 2010, 205.) Haastattelumme sisälsi tutkitaville hyvin henkilökohtaisia aiheita, jotka todella saattoivat herättää heissä häpeän tunteita. Mielestämme onnistuimme luomaan melko luottamuksellisen suhteen kohderyhmäämme ryhmätoiminnan edetessä. Koimme, että haastattelut sujuivat kohtalaisen avoimissa tunnelmissa jokaisen ryhmäläisen osalta. Kysymyksemme olivat haastavia ja kokemusperäisiä, joten niihin vastaaminen ei varmastikaan ollut helppoa.

Haastattelun laadukkuutta voidaan parantaa arvioimalla tutkijoiden tekemää haastattelurunkoa. Vaihtoehtoisten lisäkysymysten ja mahdollisten syvempää pohdintaa tarvitsevien teemojen etukäteen suunnittelu vahvistaa hyvää haastattelun muodostumista. Kuitenkin on muistettava, että kaikkeen on mahdotonta varautua. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184.) Haastattelurunkomme sisältää lisäkysymyksiä ja joidenkin ilmiöiden syvempää tarkastelua, mutta haastattelut tehtyämme voimme todeta, että parantamisen varaa olisi ollut. Lisäkysymyksistä huolimatta saimme haastateltavilta liian usein ”kyllä” ja ”ei” vastauksia mahdollisten kuvailevien vastausten sijaan.

Haastattelurungon lisäksi haastattelukoulutuksella voidaan parantaa aineiston laatua. Haastattelukoulutuksella varmistetaan, että haastattelijat ovat itse sisäistäneet haastattelurungon kokonaisuuden. Haastattelutilanteessa on tärkeää huolehtia, että välineistö, kuten nauhurit ja mikrofonit ovat kunnossa. Litterointi on syytä tehdä mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, jotta keskustelut ovat vielä mahdollisimman tuoreena mielessä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184 - 185.) Valmistuimme haastatteluihin perehtymällä huolellisesti teknisen välineistön käyttöön sekä sisäistämällä laatimamme haastattelukysymykset. Meidän olisi ollut hyvä käydä tarkemmin läpi itse konkreettista haastattelutilannetta ja varautua ”kyllä” ja ”ei” - vastauksien jatkokysymyksiin huolellisemmin. Yleisesti ottaen haastatteluaineiston luotettavuutta kuvaavat kaikkien tutkimukseen osallistujien haastattelu, selkeä tallenteiden kuuluvuus sekä litteroinnin kokoaikainen samojen sääntöjen noudattaminen ja johdonmukainen luokittelu. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 184 - 185.)

Haastattelun tukena käyttämämme liiketesti on kehitetty nimenomaan arvioimaan kuntoutujan kykyä käyttää omaa kehoaan. Mittari on kansainvälisesti käytössä oleva kehotietoisien terapian vaikuttavuutta arvioiva mittari, joten tutkimuksessa havainnoinnin apuvälineenä toimiva mittaria voidaan pitää validina yleistettävyytensä kannalta sekä reliaabelina toistettavuutensa ansiosta. Jaoimme testin tekemisen niin, että sama tutkija oli päävastuussa havainnoinnista kaikkien osallistujien kohdalla sekä alku- että loppumittauksessa toisen tutkijan ohjeistaessa testin kulkua. Kiinnitimme huomiota siihen, että ohjeistimme jokaisen testin suorittajan samalla tavoin huomioiden tarkasti Roxendalin liiketestin suorittamiseen annetut ohjeet.

Liiketestin luotettavuutta saattoi heikentää meidän kokemattomuus sen tekemiseen. Välitön tiedon tallentaminen havainnoinnin pohjalta oli haastavaa, koska testin osioissa on monia pieniä yksityiskohtia, joita on kyettävä samanaikaisesti huomioimaan. Havainnointimme etu kuitenkin on se, että testin avulla saimme välitöntä, suoraa tietoa yksilöiden toiminnasta. (Hirsijärvi ym. 2010, 213 - 214.) Testin tekemistä kyseisinä päivinä saattoi häiritä tutkittavien taudin vaihe, sillä sen oireet ovat muuttuvia ja harhat hyvin yleisiä. Jollakulla olisi testin tekeminen eri päivänä voinut onnistua heikommin tai paremmin riippuen taudin vaiheesta. Tällöin on todettava, että alku- ja loppumittausten vertailusta saadut tulokset eivät ole täysin luotettavia, koska tutkimuksesta riippumattomat muuttujat saattoivat vaikuttaa testin tuloksiin.

Tutkimuksen merkittävään osaan, ryhmätoimintaan, liittyy joitakin erityistä arvostelua aiheuttavia elementtejä. Tyypillisesti toimintatutkimukseen suhtaudutaan kriittisesti, koska sen tutkimuskohde on tilanteeseen sidottu ja spesifi. Tällöin otos on rajoitettu eikä se näin ollen ole edustava. Tutkimuksen muuttujia on vaikea kontrolloida ja tulosten yleistäminen on lähes mahdotonta. (Metsämuuronen 2003, 183.) Tuloksi voidaan kuitenkin verrata muihin mahdollisiin tutkimuksiin, joissa kohteena on ollut samankaltaisia ilmiöitä. Tutkimuksemme kannalta tilannesidonnaisuus ja spesifisyys ovat olennaisia seikkoja, sillä toiminnallinen osuutemme koostuu ryhmätoiminnasta kahdeksan kertaa kuukauden ajan samassa paikassa samaan kelloaikaan. Mutta tutkimuskysymyksemme perustuvat tämän ryhmän vaikuttavuuteen erilaisissa seikoissa. Näin ollen toimintatutkimus toisinaan vaatii näitä tiettyjä elementtejä, joista sitä kritisoidaan. Opinnäytetyömme otos on hyvin pieni, jolloin sen edustavuus kärsii väistämättä.

Luotettavuuden parantamiseksi pyrimme kuvailemaan tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheita mahdollisimman tarkasti, kuten että selostimme aineiston keräämiseen liittyviä olosuhteita ryhmätoiminnan järjestämisestä haastattelutilanteisiin sekä aineiston analysoinnin eri vaiheita. Runsas ja elämänläheinen aineisto tekee analyysivaiheesta tutkimuksen ehkä mielenkiintoisimman osan, mutta samalla todella haastavan. Tulkintavaiheessa on mahdollista kohdata monenlaisia ongelmia, kuten kielellisten ilmausten vaikutuksia tulosanalyysiin. Kannattaa pohtia muun muassa tutkijan kielenkäytön vaikutuksia aineiston keruun vaiheisiin ja siitä saattuihin tuloksiin sekä miten tutkija on itse ymmärtänyt tutkittaviaan haastattelutilanteissa. (Hirsijärvi ym. 2010, 229, 232.)

Tutkijoiden mahdollinen vaikutus aineistosta saatavaan tietoon on huomioitava arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen on pyrittävä paljastamaan tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa mahdollisimman hyvin, jolloin jo tiedonkeruuvaiheessa sekä tuloksia tulkitessa on oltava varovainen mahdollisten tutkijoiden omien tulkintojen kanssa. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 189.) Tutkijan on pystyttävä perustelevaan tapaansa pelkistää ja luokitella ai-

neisto osoittaen yhteys tulosten ja aineiston välillä (Janhonen & Nikkonen 2003, 37). Olemme analysoineet haastatteluaineistoa niin yhdessä kuin erikseen. Olemme palanneet alkuperäisilmauksiin ja niistä muodostamiimme luokkiin useamman kerran ja punninneet luokkien vastaavuutta alkuperäissanomien kanssa. Näin uskomme, että mahdollisilta omilta tulkinnoilta on välttytty ja luokat ovat johdettu haastatteluiden ilmiöistä.

Haastatteluaineiston reliabelius koskee enemmän tutkijoiden toimintaa kuin haastateltavia. Tämä tarkoittaa tutkijoiden analyysin luotettavuuden arviointia. Kaikki käytössä oleva aineisto on huomioitava ja tiedot litteroitava oikein. Tulosten on mahdollisimman pitkälle peilattava haastateltujen ajatuksia. Kuitenkin on hyvä erottaa se, että haastattelujen tulokset ovat aina haastattelijoiden ja haastateltavien yhteistoiminnan seurasta. (Hirsijärvi & Hurme 2010, 189.)

Opinnäytetyömme alkuvaiheeseen liittyi muutamia eettisyyden kannalta merkittäviä seikkoja, jotka koskivat muun muassa lupa-asioita ja tutkittavien itsemääräämisoikeutta. Tutkimusluvan haimme ohjeiden mukaisesti opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen. Halusimme korostaa tutkimukseen osallistuville osallistumisen vapaaehtoisuutta. Ihmisarvon kunnioittamisen tuli olla tutkimuksen lähtökohtana. Tämä sisältää itsemääräämisoikeuden tarkoittaen sitä, että tutkittavilla on mahdollisuus päättää halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. (Hirsijärvi ym. 2007, 25.) Pyysimme osallistujilta allekirjoitetun suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (Liite 4). Suostumuksesta ilmenee tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja riskit. Suostumuksessa muistutetaan myös siitä, ettei tutkimuksen osallistujien henkilötietoja julkisteta, ja että heistä kerätty aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. (Eettinen toimikunta 2007.)

Tutkija ei saa tutkimuksellaan vahingoittaa tutkimukseen osallistujia. Parhaimmillaan tutkimus voi edistää siihen osallistujien tietoisuutta tutkittavasta asiasta, vaikka he eivät muuten hyötyisikään tutkimuksesta. (Janhonen & Nikkonen 2003, 39.) Tässä opinnäytetyössä tiedonantajista moni koki myös hyötynensä tutkimuksesta siinä järjestetyn ryhmätoiminnan kautta. Pyrimme aineiston keruun, analyysin, kaikkien tietojen tallentamisen ja arvioimisen tekemään mahdollisimman huolellisesti. Olemme toimineet puolueettomasti ja rehellisesti läpi tutkimuksen. Lähdetieto on referoimaamme tekstiä ja tuomme siinä ilmi alkuperäisten aineistojen tiedot. Tutkimustulokset olemme esittäneet analysoinnin mukaisesti ja niistä olemme tuoneet esiin kaikki oleelliset tiedot. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3, 5.)

9 Tutkimustulokset

Haastattelujen ja liiketestien avulla pyrimme saamaan vastauksia tutkimuskysymyksiin, jotka käsittelevät ryhmätoiminnalla saavutettuja vaikutuksia sekä kokemuksia ryhmään osallistumisesta. Haastatteluaineiston perusteella saimme vastaukset tutkimuskysymyksiin ja näistä vas-

tauksista muodostui kolme pääluokkaa: kehotietoisuus, motivoituminen ja ryhmään osallistuminen. Lopuksi vielä teimme pääluokkia yhdistävän luokan: kehotietoisuutta tukevaan ja edistävään ryhmään osallistuneiden kokemuksia ryhmätoiminnasta ja sen koetuista vaikutuksista.

Liiketestien tulokset antoivat lisätietoa psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutuksista kehotietoisuuteen, kehonhallintaan tarkastellen. Aineiston analyysissä emme käsitelleet tuloksia yksilötasolla, vaan tarkastelimme niitä kokonaisuutena. Tästä syystä emme myöskään vertaile haastattelujen ja liiketestien tuloksia keskenään. Seuraavissa kappaleissa käsittelemme haastattelujen tuloksia muodostamiemme luokkien avulla.

9.1 Kehotietoisuuden muutokset

Haastatteluaineistosta muodostunut ensimmäinen pääluokka (Kuvio 3) on, kehotietoisuus, joka sisältää rentoutumisen, kehon hallinnan, kokemusaspektin ja psyykkisen toimintakyvyn käsitteet. Kehon rentoutuminen nousi merkittävään asemaan puhuttaessa harjoitteiden vaikutuksista sekä ryhmästä saaduista kokemuksista. Osa haastateltavista koki rentoutumisvaikutusten näkyvän myös ryhmän jälkeen. Yksi haastateltava kertoi rentouttavilla harjoitteilla olevan positiivinen vaikutus huonoon oloon:

No se, et jos nyt sattuu olemaan niinku pikkasen huono olo, et saattaa auttaa, ku yrittää rentoutua ja silleen.

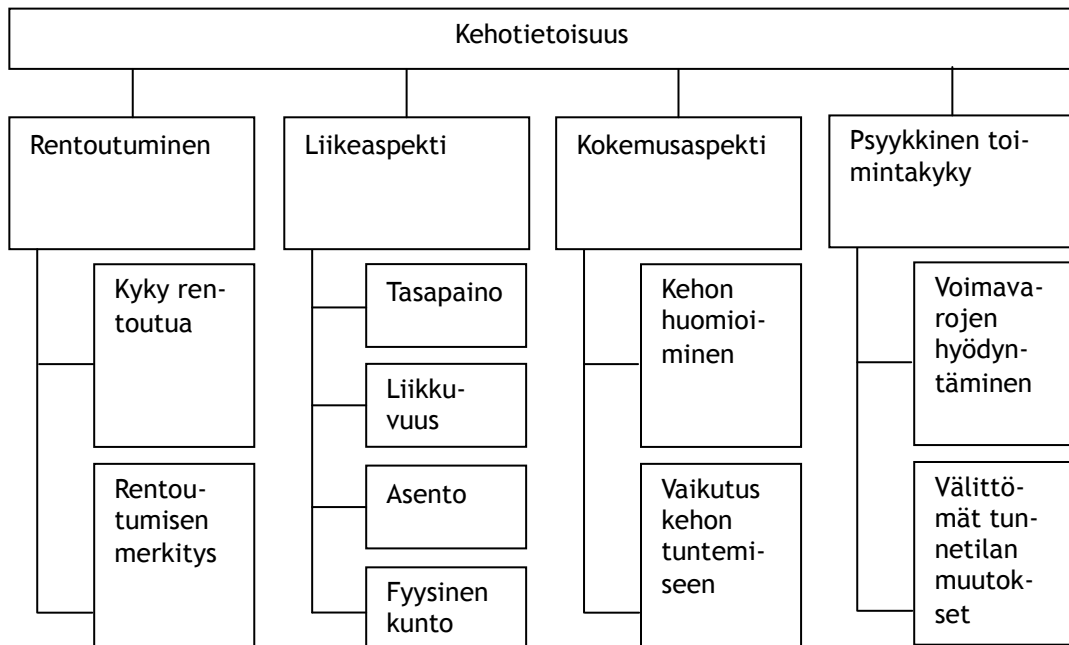
Tutkimukseen osallistujista osa oli sitä mieltä, että rentoutumisen vaikutukset näkyivät rauhallisena olona ryhmäkertojen jälkeen, kuten haastateltavamme totesi:

Joo no silleen, ku menee nukkuun, niin on hyvä olo, silleen rauhottava olo.

Yksi ryhmäläinen koki rentoutumisen haastavaksi ja toinen tuns rentoutumisen helpottuneen harjoittelun myötä:

Noo mun mielest, niist oli just se, et se, et tota se rentoutuminen ainaki jotenki helpottu ja silleen.

Eräs haastateltava piti merkittävänä saavutuksena uusien rentoutustekniikoiden oppimista.



Kuvio 3. Kehotietoisuus-päälukan ylä- ja alaluokat.

Haastattelussa kävi ilmi, että ryhmään osallistujat eivät kokeneet psykofyysisen ryhmätöinnin vaikuttaneen heidän tasapainoonsa ja kehon liikkuvuuteen. Haastateltavista kaksi tunti harjoittelun vaikuttaneen jollain tavalla heidän asentoonsa (ryhti). Toinen heistä koki harjoitusten vaikeuttavan hyvän asennon ylläpitoa. Osa haastateltavista havaitsi kehon huomioimisessa tapahtuneen muutoksia. Yksi kertoi huomaavansa kehon jännittymisen aikaisempaa herkemmin. Toinen koki tiedostavansa kehon eri osien olemassa olon aikaisempaa paremmin:

Et niinku tuntee kehonsa ja opettelee tietää, missä on esimerkiksi pakarat tai... missä yleensä kaikki on. Ei meistä kukaan varmaa ajattele, että meillä on korvannipukat, meillä on olkapäät, rintakehä, rinnat, vatsa, alapää, reidet... Ei moni aattelekaan tommosia asioita.

Moni kertoi huomioivansa polvien yliojentumisen ja pyrkineensä vaikuttamaan siihen:

Kyl mä tuolla tota seison jossai, niin katon, ettei polvet mee lukkoon.

Haastattelussa nousi esiin arvokkuuden-käsite. Tätä kuvaili yksi haastateltavistamme sanoen:

No miten arvokas se on niinku ihminen, miten moninaiisii juttuja voi oppii kehon kautta.

Eräs ryhmään osallistuja koki positiivisena harjoitteiden kautta lisääntyneen kehon tuntemi-

sen:

Kiva, et saan semmosta niin sanottua pientä opastusta sen kehon kanssa, nii se on tuntunu hyvältä.

Osa ei kokenut oppineensa uutta suhtautumisessaan kehoonsa.

Monilla ryhmäläisistä harjoittelu näkyi parantuneena mielialana välittömästi ryhmätapaamisten jälkeen. Tähän liittyen haastateltavat kertoivat seuraavanlaisia asioita:

Jonku aikaa se se tuo jokski ajaks niinku hyvän olon.

Joo, se oli niinku mun kunnolle hyvä, et oli kiva istahtaa sen jälkeen. Vähä levätä. Tuli sellanen hyvä olo.

Eräs haastateltava koki saaneensa ryhmätapaamisista apua huonoon oloonsa:

No sen takia, et mä oon kuitenkin aina paremmin sit, ku mä lähen täältä, mut silloin ku mä tuun tai mä voin huonosti, ku mä oon yksin—

Yhdelle haastateltavista ryhmätoiminta antoi voimavaroja ja keinoja vaikuttaa omaan oloonsa. Hän kertoi hyödyntävänsä oppimiansa harjoitteita:

Ja mä oon alkanu niinku tekee sit, niinku matkii tota teijän juttuu silleen, et nyt tuntuu tossa noin ja tunneta silleen tolleen käsiin just ja kaikkeen. Mä niinku puhun silleen itelleni mulla on helpompi olla.

9.2 Ryhmätoiminnan motivoima

Haastattelujen perusteella motivoituminen (Kuvio 4) kattaa orientoitumisen harjoitteluun sekä harjoittelun jatkumiseen. Ryhmätoiminnan tavoitteista puhuttaessa tulee esiin kehon ja mielen tasapainon etsiminen. Eräs ryhmäläinen totesi:

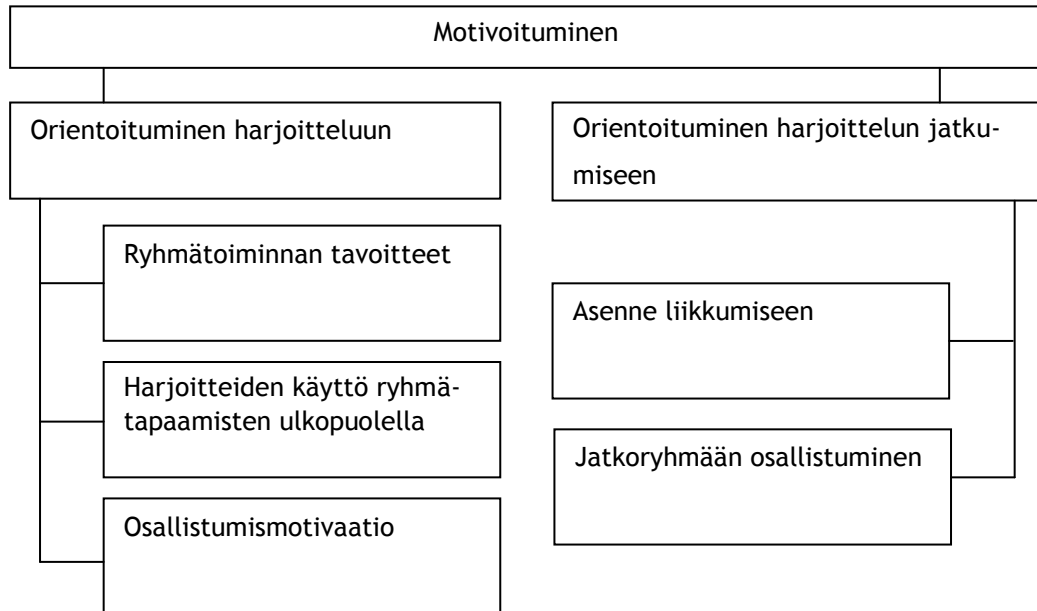
Kyl mä aloin sit niinku aatteleen, että tää on semmosta kehon ja mielen niinku harmoniaa.

Yksi ryhmäläisistä puolestaan oli asettanut ennen ryhmän alkua itselleen tavoitteen, josta hän kertoi:

Mä ajattelin silleen, että mä pystyn ajattelemaan mun kehoa paremmin, niin—

ku tai silleen saada se balanssiin ja silleen, et mä oisin niinku tasapainoinen ihminen.

Hän myös koki päässeensä tavoitteeseensa, mutta pitää saavuttamiensa positiivisten vaikutusten ylläpitoa paljon keskittymistä vaativana.



Kuvio 4. Motivoituminen muodostui kahdesta yläluokasta, joista ensimmäisessä on kolme ja toisessa kaksi alaluokkaa.

Yksi ryhmäläinen kertoi ryhmätoiminnan innoittaneen häntä tekemään harjoitteita myös ryhmätapaamisten ulkopuolella sekä jatkossa harjoittelemaan ryhmässä oppimiensa harjoitteiden kaltaisia harjoituksia yhdessä henkilökunnan jäsenen kanssa. Osallistumismotivaatioon vaikutti oleellisesti kokoontumispaikan sijainti. Eräs haastateltava totesi:

En mä tosiaan tahdo lähteä mihkää muua... missään muussa, ku tässä.

Osalla ryhmäläisistä asenne liikkumiseen on hieman muuttunut ryhmätoiminnan myötä. Yksi haastateltava kertoi harjoittelun antaneen hänelle positiivisen liikuntakokemuksen. Osassa ryhmäläisiä harjoittelu herätti myös ajatuksen halusta alkaa huolehtia kunnostaan liikkumalla. Eräs ryhmään osallistuja kuvaili:

No tullu sellanen niinku pieni into justinsa, et rupeis tekee jotai lihasliikkeitä itekseenkin.

Myös mahdolliseen jatkoryhmään osallistuminen koettiin mielekkäänä vaihtoehtona.

9.3 Ryhmän mieluisuus

Kolmas pääluokka (Kuvio 5), ryhmään osallistuminen, muodostuu yläluokista, jotka ovat: sosiaalinen tuki ja kokemuksia ryhmätoiminnan toteutuksesta. Sosiaalisessa tuessa korostuvat sosiaalinen vuorovaikutus, ryhmämuotoinen toiminta sekä yksilöllisen ohjauksen tarve. Pääosa ryhmään osallistujista koki ryhmämuotoiseen toimintaan osallistumisen mieluisana ja toi esiin muiden ryhmäläisten läsnäolon merkityksen ryhmässä viihtymiselleen. Eräs haastateltava toteutti näin:

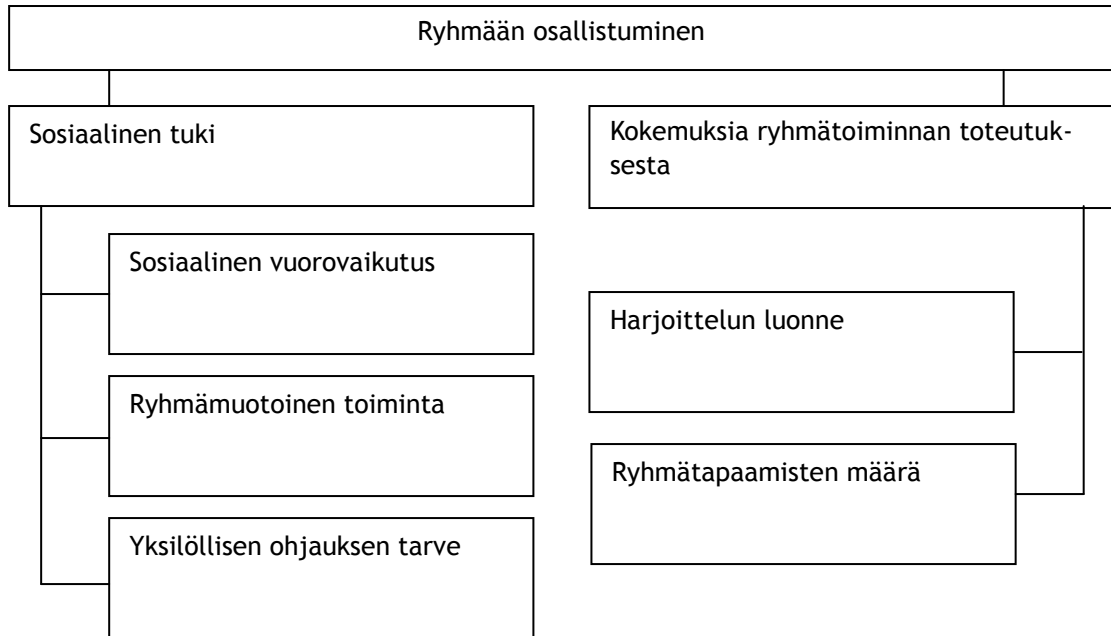
No mun mielestä jotenkin mukavaa, niinku tehä yhessä juttuja ja silleen, että niinku muitaki siinä.

Eräs toinen ryhmään osallistuja koki ryhmän tarjoavan turvan, jolloin yksilö ei ole liiallisen huomion kohteena. Yksi haastateltavista koki muiden läsnäolon omaa keskittymistä häiritseväenä tekijänä ja toivoi runsaampaa yksilöllistä ohjausta. Hän uskoi, että olisi hyötynyt enemmän yksilöterapiana toteutetusta toiminnasta.

Käsiteltäessä kokemuksia ryhmätoiminnan toteutuksesta harjoitesisällön osalta mielipiteissä oli hajaantumista. Yksi ryhmäläinen nosti esiin toiveen monipuolisemmista harjoitteista, kun taas toinen sanoi:

Ei tässä ois voinu tehdä enempää, kyl tääl käytiin kroppa ihan niinku läpi.

Kaikki ryhmään osallistujat kertoivat haastattelussa, että harjoitteiden tekeminen makuulla oli miellyttävämpää kuin seisten tehtävät harjoitteet. Osa koki seisomaharjoitteet rankoiksi. Suurin osa ryhmäläisistä koki sekä viikoittaisen että kokonaisharjoittelumäärän sopivaksi. Yksi haastateltava koki, että kaksi kertaa viikossa toteutettu harjoittelumäärä oli liikaa.

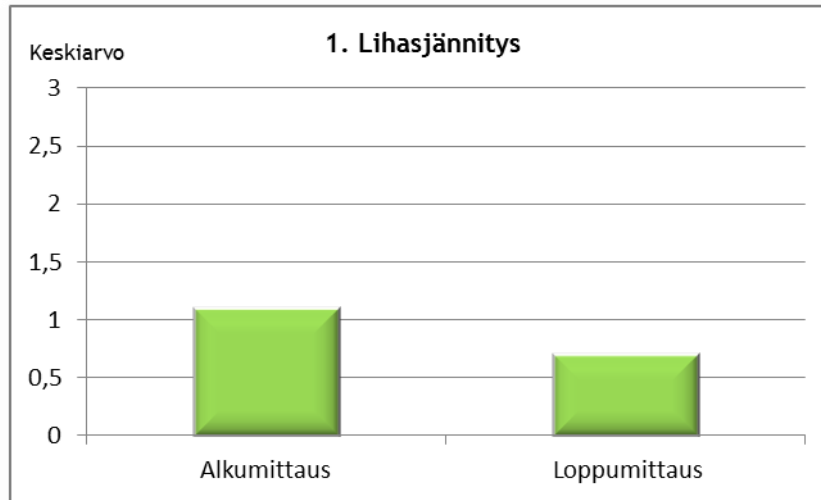


Kuvio 5. Ryhmään osallistuminen-päälukka ja sen yläluokat sosiaalinen tuki ja kokemuksia ryhmätoiminnan toteutuksesta muodostuvat viidestä alaluokasta.

9.3 Liiketestin tulokset koko ryhmällä

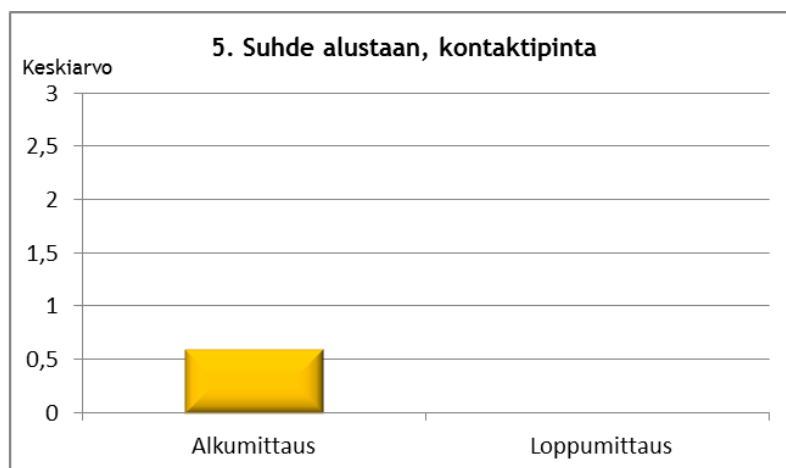
Kehotietoisien terapian arvioinnissa käytetään Body Awareness Scale -mittaria, johon liiketesti sisältyy. Testin avulla voidaan havainnoida kehonhallintaa ja liikemalleja. Kehotietoisien terapian perustason keskeisiä vaikutusalueita ovat kontakti alustaan, suhde kehon keskilinjaan, kehon liikekeskukset, hengitys, kehonrajat sekä lihaksiston jännitys ja rentous. Liiketestiä voidaan käyttää kartoittaessa tilannetta joillakin näistä perustason osa-alueista. Tuomme tekstissä tarkemmin esille kolme liiketestin osa-aluetta. Valitsimme nämä osa-alueet tarkasteluun siitä syystä, että ne kuvasivat joitakin kehotietoisien terapian vaikutusalueita selkeästi. Näillä osa-alueilla muutokset olivat merkittävimpiä alku- ja loppupisteitä verrattaessa. Kaikki tulokset ovat nähtävissä liitteessä viisi (5).

Testin ensimmäinen osa, lihasjännitys, kuvaa lihaksiston jännitys ja rentous -osa-aluetta. Lihasjännitys-osassa havainnoidaan lihasjännityksen astetta kasvojen ilmeissä, asennossa ja liikkeissä. Nolla pistettä kuvaa vapaata ja vaivatonta liikkumista sekä istumista, kun taas kolme pistettä kertoo huomattavasta jännityksestä, joka näkyy muun muassa jäykkänä ja suorana istumisena tuolin etureunalla. Koko ryhmän yhteispisteiden keskiarvo lihasjännitys-osiassa oli alkumittauksissa 1,1 pistettä ja loppumittauksissa 0,7 pistettä (Kuvio 6).



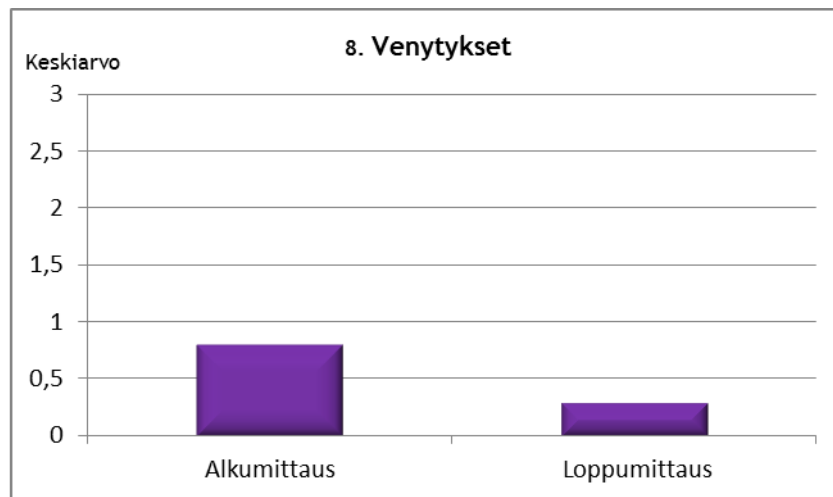
Kuvio 6. Lihasjännitys-osion loppumittauksen pisteet vähenivät tarkasteltaessa koko ryhmää alkumittaukseen verraten.

Testissä on viisi eri osiota, joissa tarkastellaan eri näkökulmista suhdetta alustaan. Suhdetta alustaan havainnoidaan kävellessä, painonsiirrossa, makuulla, istuen sekä kontaktipintaa tarkastellen. Suurimmat muutokset näissä osioissa tapahtui suhde alustaan kontaktipinta sekä suhde alustaan makuulla -osioissa, joissa muutosta ilmeni yhtä paljon (0,6 pistettä). Tuomme lähempään tarkasteluun ”suhde alustaan, kontaktipinta” -osion. Kontaktipinta kertoo kehon ja alustan välisen kontaktipinnan suuruudesta. Tulos on nolla pistettä, mikäli henkilö kykenee istumaan ja makaamaan rentoutuneella ja toimivalla kontaktipinnalla. Kolme pistettä tulee, jos istuminen ja makaaminen alustalla onnistuvat vain hetken tai henkilö kieltäytyy istumasta tai makaamasta lattialla. Kuvio 7 esittää kontaktipinnan laadussa tapahtunutta muutosta. Alkumittauksessa ryhmäläisten yhteispistemäärän keskiarvo oli 0,6 pistettä ja loppumittauksessa nolla pistettä.



Kuvio 7. Koko ryhmän alkumittauksen pistemäärän keskiarvoa verrattaessa loppumittauksen pisteisiin, huomataan, että loppumittauksessa jokainen kykeni istumaan ja makaamaan rentoutuneella ja toimivalla kontaktipinnalla.

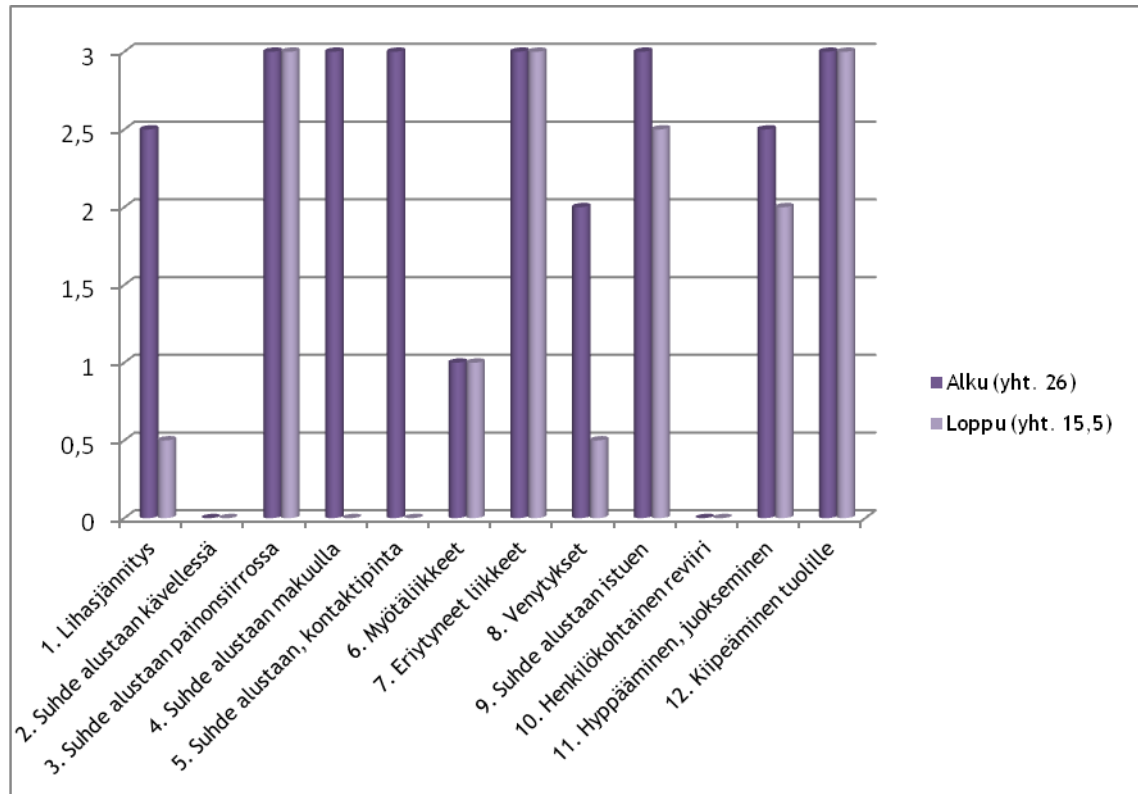
Yksi kehotietoisen terapian perustason osa-alueista on kehon liikekeskukset. Tätä osiota voidaan arvioida esimerkiksi testin osalla kahdeksan, venytykset. Osio kertoo henkilön kyvystä venyttää koko vartaloon selinmakuulla tai seisten. Venytyksen näkyessä käsivarsissa, vartalossa ja jaloissa tulee pisteitä nolla. Mitä vähemmän venytys näkyy kehon liikekeskusten alueilla, sitä enemmän pisteitä kertyy. Jos henkilö ei osallistu venytysharjoitukseen, pisteitä karttuu kolme. Ryhmään osallistujat saivat alkumittauksessa pistemäärän keskiarvoksi 0,8 pistettä ja loppumittauksen pistemäärän keskiarvoksi tuli 0,3 pistettä (Kuvio 8).



Kuvio 8. Ryhmäläisten kyky venyttää vartaloon parani loppumittauksessa verrattuna alkumittaukseen.

9.4 Liiketestin mittaustulokset case-esimerkillä

Valitsimme kyseisen henkilön case-esimerkiksi, koska alku- ja loppumittauksia verrattaessa hänen kohdallaan muutokset olivat merkittävimpiä. Hänen kehonhallintaa arvioidakseen testi oli tarpeeksi herkkä, joten se sopi sen mittaamiseen hyvin. Muiden ryhmäläisten liikkumisen ja kehonhahmotuksen ongelmat olivat sen verran pieniä, ettei testi joiltakin osin ollut tarpeeksi tarkka niiden havainnoimiseen. Kuvio 9 esittelee case-henkilön alku- ja loppumittauksen tulokset kaikilla testin osa-alueilla. Suurimmat muutokset testien välillä case-henkilön kohdalla olivat testissä suhteessa alustaan makuulla ja kontaktipinnassa. Testin osa numero neljä, suhde alustaan makuulla, kuvaa henkilön kykyä ja halua mennä makuulle lattialle tai matolle. Case-henkilömme sai alkumittauksessa tästä osiosta kolme pistettä, sillä hän ei suostunut menemään makuulle. Ryhmän loputtua mittauksessa hän asettui vaivatta makuuasentoon ja sai näin ollen nolla pistettä. Alkumittauksessa ilmennyt kieltäytyminen makuulle menoon, on nähtävissä myös suuressa piste-erossa verrattaessa kontaktipinnan alku- ja loppupisteitä. Alkumittauksessa hän sai kolme pistettä, kun taas loppumittauksessa case-esimerkki kykeni istumaan ja makaamaan toimivalla kontaktipinnalla rentoutuneesti ja sai nolla pistettä.



Kuvio 9. Liiketestin jokaisen osan alku- ja loppumittauksen pisteet Case-esimerkillä.

Lihasjännitystä tarkkailtiin koko mittauksen ajan. Case-esimerkin kasvojen ilmeet sekä koko kehon asento olivat jännittyneet ja jäykät sekä istuessa että liikkuen alkumittauksen aikana. Hän sai 2,5 pistettä, koska kriteerit kolmeen pisteeseen eivät täysin täyttyneet. Loppumittauksessa henkilö oli huomattavasti rentoutuneempi. Hänen asennossaan, liikkeissään ja kasvojen ilmeissä oli nähtävissä vain hyvin lievää jännitystä. Liikkuminen ja asento eivät olleet täysin vapautuneita, joten pisteiksi tuli 0,5.

Venytyks-osiosta tarkastellaan henkilön kykyä venyttää vartaloaan. Alkumittauksessa casehenkilö sai tästä osiosta kaksi pistettä. Venytys näkyi jaloissa. Hän ojensi käsivartensa, mutta ei venyttänyt niitä. Loppumittauksessa voitiin havaita venytys sekä jalkojen että käsivarsien alueilla. Venytys vartalon alueella oli kuitenkin hyvin vähäistä, joten annoimme hänelle puoli pistettä.

Kahdessa testin osiosta casehenkilö suoriutui hyvin. Suhde alustaan kävellessä sekä henkilökohtainen reviiiri -osioissa henkilö sai pisteeksi nolla kummallakin testikerralla. Suhde alustaan kävellessä -kohdasta saa nolla pistettä polvien jouston ollessa normaalia kävelyn aikana. Henkilökohtainen reviiiri kuvaa testissä henkilökohtaisen tilan tarvetta. Pisteitä tulee nolla, mikäli henkilö kykenee olemaan muiden läheisyydessä, jopa käsivarren mittaa lähempänä. Myöskään myötäliikkeet-osiosta ei tapahtunut muutoksia vaan henkilö sai mittauksista alussa ja lopussa

yhden pisteen. Myötäliikkeillä tarkoitetaan pään, vartalon, hartioiden ja käsien myötäliikkeitä kävellessä. Case-henkilöllä pää ja vartalo olivat lähes liikkumattomia kävelyn aikana.

Case-esimerkillä oli havaittavissa vähäisiä muutoksia positiiviseen suuntaan mittausten välillä suhde alustaan istuen ja hyppääminen sekä juokseminen -osoissa. Suhteesta alustaan istuen huomioidaan kykyä istuutua ja istua lattialla. Hyppäämistä ja juoksemista arvioidaan puolestaan siltä kannalta, kuinka henkilö pystyy jättämään lattian hypellessään. Tässä osiossa havainnoidaan sekä juoksua, hölkkää että erilaisia hyppyjä.

Kolmesta liiketestin osasta case-esimerkki sai molemmilla mittauskerroilla täydet kolme pistettä. Näitä olivat suhde alustaan painonsiirrossa, eriytyneet liikkeet sekä kiipeäminen tuolille. Suhteesta alustaan painonsiirrossa kertoo kyky siirtää painoa jalalta toiselle, joka on edellytys turvalliselle ja tasapainoiselle kävelylle. Osiossa odotetaan, että henkilö selviytyy kolmesta tehtävästä, joita ovat haaraseisonnassa painon siirtäminen jalalta toiselle, yhdellä jalalla seisten toisen jalan heiluttaminen heilurina vartalon edessä sekä yhdellä jalalla seisominen vähintään 15 sekunnin ajan. Case-henkilömme ei suoriutunut edellä mainituista tehtävistä.

Eriytyneet liikkeet-osio kuvaa kykyä liikuttaa tiettyä kehonosaa muiden ollessa paikallaan sekä suoriutumista resiprokaaliliikkeistä. Resiprokaaliliike näkyy vartalon diagonaalisuutena, esimerkiksi myötäliikkeinä kävelyn aikana. Case-henkilömme ei selviytynyt resiprokaaliliikkeistä alku- eikä loppumittauksessa. Kiipeäminen tuolille -osiossa tehtävänä on kiivetä tuolille seisomaan. Tätä tehtävää case-henkilö ei suostunut yrittämään kummallakaan testikerralla.

10 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten perusteella kehon rentoutuminen nousi merkittävään asemaan puhuttaessa harjoitteiden vaikutuksista sekä ryhmästä saaduista kokemuksista. Monet pitivät rentoutumista itselleen tärkeänä saavutuksena. Rentoutuminen sai erilaisia merkityksiä eri osallistujien taholta. Tärkeinä asioina mainittiin esimerkiksi rentoutustekniikoiden oppiminen, huonon olon helpottuminen rentoutumisen myötä sekä rauhoittunut olo ryhmäkertojen jälkeen. Vuonna 2003 julkaistussa Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin tutkimuksessa, ”Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist”, havaittiin vaikutus kykyyn tiedostaa ero rentoutuneen ja jännittyneen kehon välillä. Myös kyky käsitellä ja vaikuttaa kehon jännittyneisyyteen parani osalla tutkittavista. (Gyllensten, Hansson & Ekdahl 2003, 178.) Hedlundin ja Gyllenstenin (2010) tutkimuksessa ”A experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia” tutkittavat kokivat positiivisia muutoksia tunnetiloissa. Terapiakertojen jälkeen he tunsivat olonsa rentoutuneemmaksi, vahvemmaksi ja elinvoimaisemmaksi. Myös kyky sietää negatiivisia tunteita, kuten ahdistusta ja epämuksuuden tunnetta lisääntyi. (Hedlund & Gyllensten 2010, 8.)

Kukaan tutkimukseen osallistuja ei kokenut harjoittelun vaikuttaneen kehon liikkuvuuteen tai

tasapainoon tällä ajanjaksolla. Sen sijaan asennossa ja kehon huomioimisessa havaittiin muutoksia. Parannusta koettiin tapahtuneen seisoma-asennossa sekä ryhdin osalta että polvien yliojennusta välttämällä. Myös kehon jännittyneisyyden havaitsemisessa ilmeni muutoksia. Gyllenstenin ym. (2003, 173) tutkimuksesta nousee esille terapian yleisimpänä vaikutuksena muutokset tasapainossa ja asennossa. Myös Hedlundin ja Gyllenstenin (2010) tutkimuksessa huomattiin muutoksia asennossa ja kehon tiedostamisessa. Seitsemän kahdeksasta tutkimukseen osallistuneista huomasi muutoksia ryhdissä, tasapainossa ja kehon liikkuvuudessa. Lisäksi parannusta tapahtui liikemallien tiedostamisessa ja suhteessa omaan kehoon sekä kyvyssä olla läsnä henkisesti. (Hedlund & Gyllensten 2010, 10.)

Ryhmätoiminnan välittömänä vaikutuksena osa henkilöistä koki kohentuneen mielialan. Harjoittelu vaikutti mielialaan rauhoittavasti ja hyvää oloa tuoden. Säännöllinen psykofyysinen ryhmäharjoittelu sai osan tutkimukseen osallistujista harkitsemaan itsenäisen liikuntaharrastuksen aloittamista. Yksi kertoi tehneensä ryhmässä oppimiaan harjoituksia vapaa-ajallaan ja saaneen tästä apua huonoon oloonsa. Myös Hedlundin ja Gyllenstenin tutkimukseen osallistuneet henkilöt kertoivat hyötynensä harjoitteiden itsenäisestä käytöstä. Harjoitusten avulla he kykenivät muun muassa lievittämään ahdistusta, stressiä ja pelkoja. (Hedlund & Gyllensten 2010, 9 - 10.) Ryhmään osallistumisen kannalta pidettiin tärkeänä kokoontumispaikan läheisyyttä, jolloin sinne saapuminen oli vaivatonta. Suurin osa piti positiivisena tutkimuksen ryhmämuotoista toimintaa. Ryhmä koettiin suojaavana tekijänä, jolloin huomio ei kohdentunut liiaksi yksilöihin.

Liiketestin tuloksista voidaan nähdä, että suurimmat muutokset ovat tapahtuneet osa-alueilla, joissa kehon rentous ja jännittyneisyys joillain tavoin ilmenevät. Kehon rentoutuminen tuli esiin lihasjännitys, venytykset sekä suhde alustaan makuulla, istuen ja kontaktipinta-osoissa. Muilla liiketestin mittaamilla alueilla muutokset eivät ole merkittäviä.

11 Pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutuksia skitsofreniapotilaan kehotietoisuuteen sekä kokemuksia ryhmätoiminnasta ja sen vaikutuksista. Tutkimusmenetelmien avulla saimme kerättyä vastauksia kysymyksiin. Liiketestistä vastasi osaltaan kysymykseen kehotietoisuudesta keskittyen erityisesti kehonhallintaan. Haastatteluilla saimme tietoa siitä, miten osallistujien oman kokemuksen mukaan ryhmä vaikutti heidän kehotietoisuuden eri osa-alueisiin. Lisäksi haastatteluiden tuloksista kävi ilmi, millä eri tavoin tutkimukseen osallistujat kokivat ryhmätoiminnan, ja mitä vaikutuksia ja merkityksiä sillä heille oli.

Tutkimus vahvistaa osaltaan käsitystä Roxendalin kehotietoisuuden terapian soveltuvuudesta osaksi skitsofreniapotilaan kuntoutusta. Otanta oli kuitenkin sen verran suppea, ettei tuloksis-

ta voi tehdä kovin luotettavia tai laaja-alaisia johtopäätöksiä. Henkilökohtaisella tasolla pidämme kuitenkin tuloksia merkittävänä, sillä jokainen tutkittava koki hyötynensä ryhmästä jossain määrin. Mielestämme esimerkiksi kokemukset voimavaraistumisesta ryhmäharjoittelun myötä ja motivoitumisesta liikuntaa kohtaa ovat tärkeitä yksilöä koskettavia seikkoja. Mukavaa oli huomata, että ryhmätoiminnan positiivinen vaikutus heijastui joidenkin osallistujien kohdalla myös ryhmän ulkopuolelle.

Liiketestiä ja haastattelujen tuloksia verrattaessa voidaan nähdä joiltain osin yhtymäkohtia omien havaintojemme ja tutkittavien kokemusten välillä. Parhaiten esiin tulee harjoittelun myötä saavutettu rentoutuminen. Haastatteluissa kävi ilmi, että haastateltavat kokivat rentoutumisen helpottuneen ja rentoutuneen olon säilyneen välittömästi ryhmän jälkeen. Liiketestiä tuloksissa rentoutuminen tuli esiin lihasjännityksen vähenemisenä ja kontaktipinnan laadun paranemisenä. Liiketestiä tuloksia tarkasteltaessa huomasimme, ettei testi kaikkien tutkittavien kohdalla ollut tarpeeksi herkkä havainnoimaan niitä seikkoja, joita testillä yritetään selvittää. Joidenkin tutkittavien kohdalla oli nähtävissä jo alkumittauksessa, ettei testillä pystytty mittaamaan kaikkia liikkeissä ja liikkumisessa esiintyviä pieniä, sairauden mukanaan tuomia keuhonhallinnan häiriöitä. Herkempää mittaria käyttäen olisi alku- ja loppumittauksen välillä mahdollisesti ilmennyt merkittävämpiä muutoksia.

Kokonaiskestoltaan ryhmätoiminta oli varsin lyhyt, mistä johtuen mitattavat muutokset keuhonhallinnassa saattoivat jäädä vähäisiksi. Pidemmällä terapiajaksoilla liiketestiä nähtävät vaikutukset olisivat saattaneet olla selvempiä. Jotkut liiketestiä suorituksista sisältyivät viikoittain ryhmässä toteutettuihin harjoitteisiin. Näitä olivat muun muassa venytykset, suhde alustaan makuulla ja myötäliikkeet. Osa testiä sisällöstä, esimerkiksi tuolille nousu ja hypääminen, eivät kuuluneet lainkaan harjoitteiden sisältöön. Tämä saattaa osaltaan selittää, miksi joillakin testiä osa-alueilla muutoksia tapahtui enemmän.

Tutkimuksen onnistumisen edellytyksenä oli, että tutkittavat osallistuivat aktiivisesti ryhmätoimintaan koko terapiajakson ajan. Osallistuminen oli vapaaehtoista, joten motivoitumisella oli suuri sitoutumiseen vaikuttava merkitys. Tutkijoina ja ryhmänvetäjinä meillä oli vastuu luoda sellainen ilmapiiri, että ryhmäläiset kokivat osallistumisen helppona ja miellyttävänä. Ryhmäläisten luottamuksen saavuttaminen oli erityisen tärkeää sekä haastatteluiden että itse ryhmätoiminnan kannalta. Psykofyysisen ryhmän olennainen osa on, että asiakas uskaltaa tuoda esille omia havaintojaan ja ilmaista mielipiteitään. Koemme onnistuneemme luontevan ilmapiirin luomisessa: ensimmäisillä kerroilla oli havaittavissa jännitystä ja varautuneisuutta, mutta toiminnan edetessä tunnelma vapautui. Motivoituminen ja positiivinen kokemus ryhmästä näkyi muun muassa siinä, että toiminnan päättyessä osa ryhmäläisistä olisi toivonut ryhmän jatkuvan.

11.1 Tulosten tarkastelua ICF-malliin peilaten

Tässä tutkimuksessa tutkittavien toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia voi peilata ICF-malliin sovitettuna teoreettisen viitekehyksen käsitteisiin. Mallia tarkasteltaessa tutkimuksen toteutuksen ja sen tulosten valossa voi havaita eri osa-alueiden keskinäisen vuoropuhelun. Osallistuminen psykofyysiseen fysioterapiaan perustuvaan ryhmätoimintaan vaikutti niin yksilötekijöihin (omat kokemukset ja oivallukset) kuin yksilön kehon toimintoihin (kehotietoisuus). Psykkiset tekijät kehon toiminnoissa puolestaan olivat yhteydessä yksilötekijöihin. Yksilötekijöistä sairauden vaiheella saattoi vaikuttaa suorituksiin, joita ovat ryhmän harjoitukset, teemahaastattelu ja liiketesti. Ympäristötekijöillä (muun muassa luottamuksellinen ilmapiiiri, ryhmän ohjaajat ja palvelutalon henkilökunta) oli merkitys niin suorituksiin kuin ryhmätoimintaan osallistumiseen.

Kun teemahaastatteluiden tuloksia arvioi ICF-mallin käsitteisiin ja osatekijöihin pohjaten, kävi ilmi, että useat ryhmään osallistujat olivat oivaltaneet (yksilötekijä) rentoutumisen merkityksen omalle keholleen. Voidaan olettaa, että oivallus oli nimenomaan seurausta ryhmään osallistumisesta ja suoritetuista harjoitteista (osallistuminen ja suoritukset). Harjoituksilla oli näin ollen merkitys kehotietoisuuteen (kehon toiminnot). Osallistumisen ja harjoitteiden aiheuttamista kehotietoisuuden muutoksista kertoo myös koetut muutokset kehon asennon (ryhti ja polvien yliojentuminen) ja kehon eri osien tiedostamisessa. Ryhmään osallistuminen sai joillain osallistujilla aikaan oivalluksen (yksilötekijä) liikunnan tärkeydestä ja motivoi näin itsenäiseen harjoitteluun. Vuorovaikutus ryhmän sisällä (ympäristötekijä) muodosti yhteyden ryhmään osallistumista kohtaan, sillä useat tutkittavista pitivät tärkeänä ryhmämuotoista toimintaa yksilöterapiassa sijaan.

11.2 Jatkotutkimusaiheita

Toteutettu tutkimus voi toimia innoittajana jatkotutkimusaiheille. Mielenkiintoista olisi tutkia ryhmään osallistujien asennetta omaa kehoaan kohtaan. Ryhmätoiminnan aikana kävi ilmi, että osalla tutkimukseen osallistujista oli negatiivisia ajatuksia itsestään ja omasta kehostaan. Psykofyysisessä fysioterapiassa yhtenä tavoitteena on oman kehon ja sen ulottuvuuksien ymmärtäminen ja arvostaminen. Kyseisen asian tutkimisesta tekee haastavan kehittää luotettava tapa mitata sitä. Todennäköisesti kyseistä aihetta voisi tutkia haastattelemalla, mutta näin intiimissä aiheessa tutkijan tulisi olla kokenut ja luottamusta herättävä. Tällöin tutkimukseen osallistujat kykenisivät kertomaan tuntemuksistaan avoimemmin.

Jatkotutkimuksessa voisi myös vertailla keskenään tutkittavien kokemuksia ja tutkijoiden havaintoja terapian aikana tapahtuneista muutoksista. Siinä voisi tarkastella havaintojen yhteneväisyyttä osallistujien kokemuksiin. Skitsofreniapotilaille erilaiset häiriöt kehotietoisuu-

dessa voivat muuttaa epärealistisiksi havaintoja omasta kehosta ja sen toiminnasta. Näin olen olisi mielenkiintoista tutkia, ovatko osallistujien kokemukset tapahtuneista muutoksista nähtävissä myös tutkijoiden havainnoissa. Toisaalta, jos tutkijat havaitsevat muutoksia, tulevatko ne ilmi tutkittavien kokemuksissa.

Tuloksista on nähtävissä, että osa ryhmäläisistä sai lisää motivaatiota kiinnittää huomiota omasta hyvinvoinnistaan huolehtimiseen. Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla selvittää, millä eri tavoin psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutus näkyy skitsofreniapotilaan kokonaisvaltaisessa toimintakyvyssä. Psykofyysisellä ryhmätoiminnalla pyritään vaikuttamaan niin psyykkiseen, fyysiseen kuin sosiaaliseen osa-alueeseen. Mahdollisten jatkotutkimusten lisäksi tutkimuksen päätyttyä ja tuloksista tehtyjen johtopäätösten perusteella koemme, että olisi hienoa saada vastaavanlainen ryhmätoiminta jatkumaan kyseisessä palvelutalossa tulevaisuudessaakin. Toiminta voisi mahdollisesti jatkua yhteistyönä Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijoiden ja palvelutalon skitsofreniaa sairastavien henkilöiden sekä henkilökunnan välillä.

Lähteet

- Arajärvi, R. 2006. Clinical Phenotype and Genetic Epidemiology of Schizophrenia in a Finnish Isolate. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2006/2006a06.pdf. Luettu 14.12.2011.
- Eettinen toimikunta. 2007. Laurea-ammattikorkeakoulun eettiset ohjeet tutkimus- ja kehitystyötä sekä opinnäytetyötä varten. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Gallagher, Shaun. 2005. How the body shapes the mind. United States: Oxford University Press.
- Gyllensten, A., Hansson, L. & Ekdahl, C. 2003. Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. Journal of bodywork and movement therapies. 7 (3) 173 - 183.
- Hedlund, L. & Gyllensten, A. 2010. The Experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. Lund University.
<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=1626199&fileId=1653188>. Luettu 9.12.2010.
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huttunen, M. 2010. Skitsofrenia. Duodecim terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148. Luettu 1.12.2010.
- Immonen-Orpana, P. 2010. Asiakkaan toimintakyky. Toimintakyvyn edistäminen. Osa: Psykkinä toimintoja tukevan fysioterapian työpaja. Luentomateriaali.
- Immonen-Orpana, P. 2011. Ruumiin tuntemisharjoitusten vaikutusalueet Roxendalin mukaan. Luentomateriaali.
- Isohanni, M., Honkanen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2007. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. DUODECIM.
- Isohanni, M. & Joukamaa, M. 2011. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Terapia Fennica.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia_ja_muut_psykoosit. Luettu 14.12.2011.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Koski, T. 2003. Kehollisuus ihmistyön yhteisenä perustana. Fysioterapia. 4/2003. Vol 50. 17 - 19.
- Kurronen, M. 2010. Espoon mielenterveys- ja päihdepalvelujen arviointi ja kehittäminen. Lau-

rea-ammattikorkeakoulu.

Lilja, J. 2007. Kätkeytyä kehossani - Mielenterveyskuntoutujien kehontuntemusryhmän tulosten helmiä. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. Psykofyysinen fysioterapia 2. Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4. 88 - 99.

Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielenkuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Meronen, M. Minä ja Liike - ryhmä. Psykomotoriikka psykiatrisessa kuntoutuksessa. Kehittämistyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.
http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:AkeoV-n18OQJ:www.psykomotoriikka.info/liitteet/Merja%2520Meronen%2520kehittamistyö.pdf+min%C3%A4+ja+liike+psykomotoriikka&hl=fi&pid=bl&srcid=ADGEEsiZLaxwQsBrAM4YYANoG4oK9o_MS69NhWa5ow_7b67Ci0xoFGaBHSnK_Ui73Bpse3_PMuT5BdFwV3a7WUUgkBjdfMXQWqyM8v4mgbAUVu0fS3bod2wWr0Nx CUT72_FEq87ul6Nd&sig=AHIEtbRoCqTBUNJiMWhqqW08aOup4WEC8g. Luettu 1.12.2010.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. International Methelp.

Parvia, R. 1995. Tanssiterapia mielenterveystyössä. Teoksessa Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. (toim.) Jalkapotkee mieli notkee - Liikunta mielenterveyden tukena. SMS-tuontanto. 113 - 129.

Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) 2008. Kokemuksen tutkimus. Merkitys - tulkinta - ymmärtäminen. 3. painos. Lapland University Press / Lapin yliopistokustannus.

Psykofyysinen fysioterapia. 2012. www.psyfy.net. Luettu 20.1.2012.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Mielenterveyden keskusliitto.

Rouhiainen, H. 2003. Nonverbaalisuuden ja ruumiillisuuden saamat merkitykset skitsofreniaa sairastavilla ennen ja jälkeen kehonkieli - ryhmän. Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. 13.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10840/G0000199.pdf?sequence=1>. Luettu 27.1.2011.

Rovio, E. 2007. Ryhmä liikunnan opetuksen kohteena. Teoksessa Heikinaro-Johansson, P. & Huovinen, T. Näkökulmia liikuntapedagogiikkaan. Helsinki: WSOY.

Rovio, E., Lintunen, T. & Salmi, O. (toim.) 2009. Ryhmäilmiöt liikunnassa. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.

Roxendal, G. 1985. Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale, Treatment and Evaluation in Psychiatric Physiotherapy.
http://www.ibk.nu/abstracts/avhandling_roxendal.pdf. Luettu 11.12.2010.

Roxendal, G. 1997. Ett helhetsperspektiv - sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Student litteratur.

Roxendal, G. 1993. BAS-skalan. Body Awareness Scale med BAS-hälsa. 2.painos. Lund: Student litteratur.

Roxendal, G. & Winberg, A. 2002. Levande människa. Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Falköping: Tryckning Elanders Gummessons.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

- Saastamoinen, S. 2007. Kokemuksia ruumiintuntemusryhmästä A-klinikalla. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. Psykofyysinen fysioterapia 2. Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4. 70 - 78.
- Sandström, M. 1999a. Ruumiinkuva. Mistä kaikesta se muodostuu?. Fysioterapia 2/1999. Vol 46. s. 16 - 19.
- Sandström, M. 1999b. Kun ruumiinkuva häiriintyy. Fysioterapia 3/1999. Vol 46. 17 - 20.
- Sandström, M. 2009. Poikkeavasti kehittyvien lasten ja nuorten kuntoutus (poke) tänään. http://www.mahdollisuuslapselle.com/datafiles/userfiles/File/julkaisut/poke_kliininen_2009.pdf. Luettu 20.1.2012.
- Simula, P. 2007. Kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiaryhmästä työterveyshuollossa. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. Psykofyysinen fysioterapia 2. Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4. 79 - 87.
- Skitsofrenia a. 2008. Poliklinikka. <http://www.poliklinikka.fi/hyvan-mielen-kanava/artikkelit/2981031>. Luettu 1.12.2010.
- Skitsofrenia b. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnut/hoi35050>. Luettu 1.12.2010.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Helsinki: Edita.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- World Health Organization. 2004. ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä: Stakes.

Kuviot

Kuvio 1: Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen keskeiset käsitteet ICF-malliin mukautettuna.

Kuvio 2: Kehotietoisuuteen vaikuttavat tekijät.

Kuvio 3: Kehotietoisuus-pääloukan ylä- ja alaluokat.

Kuvio 4: Motivoituminen muodostui kahdesta yläluokasta, joista ensimmäisessä on kolme ja toisessa kaksi alaluokkaa.

Kuvio 5: Ryhmään osallistuminen-pääloukka ja sen yläluokat sosiaalinen tuki ja kokemuksia ryhmätoiminnan toteutuksesta muodostuvat viidestä alaluokasta.

Kuvio 6: Lihasjännitys-osion loppumittauksen pisteet vähenivät tarkasteltaessa koko ryhmää alkumittaukseen verraten.

Kuvio 7: Koko ryhmän alkumittauksen pistemäärää verrattaessa loppumittauksen pisteisiin, huomataan, että loppumittauksessa jokainen kykeni istumaan ja makaamaan rentoutuneella ja toimivalla kontaktipinnalla.

Kuvio 8: Ryhmäläisten kyky venyttää vartaloon parani loppumittauksessa verrattuna alkumittaukseen.

Kuvio 9: Liiketestin jokaisen osan alku- ja loppumittauksen pisteet Case-esimerkillä.

Taulukot

Taulukko 1: Kehonkuvan ja Kehotietoisuuden synonyymeina käytettäviä termejä.

Taulukko 2: Tutkimuksessa ilmenneet kehoon liittyvät harha-aistimukset.

Taulukko 3: Esimerkki haastatteluaineiston luokittelusta.

Liitteet

Liite 1. Haastattelurunko

Liite 2. Liiketesti

Liite 3. Tutkimuslupa

Liite 4. Suostumus opinnäytetyötutkimukseen osallistumisesta

Liite 5. Liiketestin osa-alueiden yhteenlasketut pisteet alku- ja loppumittauksissa kaikilla ryhmään osallistujilla

Liite 1. Haastattelurunko

Teemahaastattelu

RYHMÄTOIMINTA

Millaista koet ryhmään osallistumisen olleen? (onnistumisen - epäonnistumisen kokemukset?)
 Millä mielellä lähdit mukaan ryhmään? (ensimmäisellä kerralla - seuraavilla kerroilla?)
 Miten koit ryhmässä tehdyt harjoitukset? (miellyttävää - epämiellyttävää?)
 Koetko ryhmätoiminnalla olleen vaikutusta muuhun elämääsi? Millaista?
 Oliko ryhmän kokoontumisia mielestäsi riittävästi ja tarpeeksi usein? Miksi?
 Olisitko toivonut ryhmätoiminnan vielä jatkuvan?
 Miten koit muiden ryhmäläisten mukana olon? (olisitko mieluummin tehnyt harjoitteita yksin?)
 Asetitko itsellesi jotain tavoitteita ryhmän suhteen? Saavutitko niitä?
 Voisitko kuvitella osallistuvasi vastaavanlaiseen ryhmään uudelleen? Miksi?
 Onko jotain, mitä olisit vielä toivonut ryhmältä/ryhmässä tehtävän?

KEHOTIETOISUUS (kehonhahmotus ja kehonhallinta) JA ASENNONHALLINTA

Koetko, että ryhmään osallistuminen on vaikuttanut siihen miten huomioit asentoasi ja liik-
 kumistasi?
 Oletko tehnyt ryhmässä tehtyjä harjoituksia/liikkeitä ryhmän ulkopuolella? Miten olet ne ko-
 kenut?
 Koetko, että olet oppinut jotain uutta omasta kehostasi?
 Koetko, että kiinnität kehoosi jollakin tapaa enemmän huomiota kuin aiemmin?
 Koetko ryhmässä tehtyjen harjoitusten vaikuttaneen kehoosi liikkeisiin/liikkumiseen?
 -miten? miten koet muutokset? mitä merkitystä itselle?
 Koetko ryhmässä tehtyjen harjoitusten vaikuttaneen kehoosi asentoon? Miten?
 - Koetko, että kyvyssäsi rentoutua makuulla ollessasi tapahtunut muutoksia
 ryhmän aikana?
 - Koetko, että tasapainossasi on tapahtunut muutoksia ryhmän aikana?
 Koetko, että ryhmässä tehdyt harjoitukset ovat vaikuttaneet siihen miten suhtaudut omaan
 kehoosi?
 Onko asenteessasi liikuntaa kohtaan tapahtunut muutoksia?
 - Koetko ryhmäharjoitusten tuottaneen sinulle mielihyvää?
 - Koetko, että liikunta voisi tuottaa sinulle mielihyvää?

MIKSI? MITEN? MINKÄLAISIA? MITEN KOET MUUTOKSET? MITÄ MERKITYSTÄ ITSELLE?

Liite 2. Liiketesti

Liike / siirtyminen

Kehonhahmotuksen arviointi / Roxendal 1987; Hyks/Psykiatrian poliklinikka 1996/pio käännöksen muunnelma

1. Lihaskäntä

Kuvaa potilaan lihaskäntän astetta kasvojen ilmeissä, asennossa ja liikkeissä.

0 = liikkuu vapaasti ja vaivatta, istuu känttämättä

1 = lievää känttystä kasvojen ilmeissä ja asennossa

2 = kohtalaista känttystä kasvojen ilmeissä ja asennossa. Känttää kaulan ja leuan alueen lihaksia. Ei pysty istumaan mukavasti tapaamisen aikana. Nykiviä tai jäykkiä liikkeitä.

3 = huomattava känttys, istuu jäykkänä ja suorana tuolin etureunalla tai jäykkänä kumarassa asennossa, hartiat koholla

2. Suhde alustaan kävellessä

Kuvaa potilaan tapaa kohdata lattiaa polvea joustaen tai pitämällä etäisyyttä lattiaan kulke-
malla polvet jäykkinä ja hartiat koholla, liioiteltu polvien jousto merkitään "3" ja kirjataan

0 = normaali polvien jousto kävellessä

1 = kävelee suurin polvin ja kompensoi liikkeen lonkan kohotuksella, pyydettäessä pystyy joustamaan polvista, hartiat koholla jonkin verran

2 = kävelee suurin polvin, pyydettäessä koukistaa polvia, mutta ei jousta, hartiat koholla

3 = kävellessä ei joustoja tai kävelee laahustavin askelin suurin polvin, asento jäykkä, hartiat koholla, ei muutosta harjoitusten kautta

3. Suhde alustaan painonsiirrossa

Kuvaa potilaan kykyä siirtää painoa jalalta toiselle, edellytys turvalliselle ja tasapainoiselle kävelyllä

0 = pystyy haaraseisonnassa siirtämään painoa jalalta toiselle. Pystyy yhdellä jalalla seisten heilauttamaan toista jalkaa heilurina vartalon edessä. Pystyy yhdellä jalalla seisten heilauttamaan toista jalkaa heilurina vartalon edessä. Pystyy seisomaan yhdellä jalalla vähintään 15 sekuntia

1 = suoriutuu kahdesta em. tehtävästä

2 = suoriutuu yhdestä em. tehtävästä

3 = ei selviydy em. tehtävistä, kulkee laahustaen

4. Suhde alustaan makuulla

Kuvaa potilaan kykyä ja halua mennä lattialle tai matolle makuulle

0 = asettuu vaivatta makuulle lattialle

1 = lattialle asettautumisessa jonkin verran vaikeuksia ja haluttomuutta

2 = lattialle asettautumisessa suuria vaikeuksia ja haluttomuutta, asettautuu matolle

3 = ei mene makuulle lattialle eikä matolle

5. Suhde alustaan, kontaktipinta

Kuvaa kontaktipinnan suuruuden ruumiin ja lattian välillä istuessa ja makuulla

0 = istuu ja makaa rentoutuneella ja toimivalla kontaktipinnalla

1 = istuu ja makaa enimmäkseen pienellä kontaktipinnalla, esim. kädet ja jalat koukistuneena makuulla

2 = istuu jatkuvasti pienellä kontaktipinnalla tai makaa hyvin pienellä kontaktipinnalla pää ja olkapäät irti alustasta

3 = kykenee istumaan ja makaamaan alustalla vain hetken ja nousee yhtäkkiä ylös tai kieltäytyy istumasta tai makaamasta lattialla

6. Myötäliikkeet

Kuvaa pään, vartalon, hartioiden ja käsien myötäliikkeitä kävellessä

0 = kävellessä vapaa pään asento, myötäliikkeet vartalossa, hartioissa ja käsissä

1 = kävellessä pää ja vartalo lähes liikkumattomia, pientä myötäliikettä hartioissa

2 = kävely jäykkä, ei myötäliikkeitä pään, vartalon ja hartioiden alueella. Pieni myötäliike

käsissä.

3 = pää, vartalo ja kädet liikkumattomia kävellessä

7. Eriytyneet liikkeet

Kuvaa potilaan kykyä liikuttaa tiettyä ruumiinosaa, muiden ollessa paikallaan, resiprokaaliliike näkyy vartalon diagonaalisuutena esim. myötäliikkeet kävelyssä, (ei-resiprokaalinen liike esim. yhtäaikainen tasajalkahyppy ja käsien yhteenlyönti)

0 = suorittaa eriytyneet liikkeet vuorotellen pään, hartioiden, käsivarsien, käsien, lantion, polvien ja jalkojen alueella, suoriutuu resiprokaaliliikkeistä

1 = suoriutuu useimmista eriytyneistä liikkeistä, epäonnistuu vain kahdessa/kolmessa, pystyy suorittamaan resiprokaaliliikkeen

2 = selviytyy noin neljästä resiprokaaliliikkeestä

3 = ei selviydy resiprokaaliliikkeistä

8. Venytykset

Kuvaa potilaan kykyä venyttää koko vartaloa selinmakuulla tai seisten

0 = venytys näkyy käsivarsissa, vartalossa ja jaloissa

1 = venytys näkyy käsivarsien ja jalkojen alueella, mutta ei vartalossa

2 = ojentaa käsivarret, mutta ei venytä, venytys näkyy jaloissa, mutta ei näy hartioissa, lonkissa ja vartalossa

3 = ei osallistu venytysharjoitukseen

9. Suhde alustaan istuen

Kuvaa potilaan kykyä istuutua ja istua lattialla

0 = istuu lattialla mukavasti, ilman vaikeuksia

1 = istumaan meno hieman vaikeaa, istuessa tiettyä vaikeutta

2 = istumaan menossa ja istumisessa vaikeuksia ja vastahakoisuutta

3 = ei istu matolle eikä lattialle

10. Henkilökohtainen reviiiri

Kuvaa potilaan henkilökohtaista tilan tarvetta, liiallinen fyysisen kontaktin tarve merkitään ”3” ja kirjataan

0 = pystyy olemaan muiden läheisyydessä jopa lähempänä kuin käsivarren mitta

1 = tuntee olonsa epämiellyttäväksi ja rauhattomaksi jonkun tullessa 40 cm etäisyydelle

2 = reagoi voimakkaasti ja näyttää epämiellyttävyyden ja aggression reaktioita jonkun tullessa 65 cm etäisyydelle

3 = reagoi voimakkaasti kaikkeen läheisyyteen

11. Hyppääminen, juokseminen

Kuvaa potilaan kykyä jättää lattia hypellessä

0 = juoksee, hölkkää, hyppää tasajalkaa, hyppää vaihtohyppyjä ja yhdellä jalalla

1 = juoksee, hölkkää ja hyppää kahdenlaisia hyppyjä

2 = juostessa tai hölkkätessä jalat ei nouse lattiasta, hypätessä jalka nousee vain vähän, suoriutuu vain yhdenlaisesta hypystä

3 = ei pysty juoksemaan, hölkkämään tai hyppimään

12. Kiipeäminen tuolille

0 = tuolille nousu onnistuu ensi yrittämällä

1 = kiipeää tuolille varovasti tai epäröiden tai ylimääräisen kehotuksen jälkeen, laskeutuu heti alas

2 = kiipeää tuolille avustettuna, ei seiso suorassa ja laskeutuu heti alas


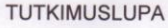

3 = ei kiipeä tuolille

Muuta huomioitavaa:

Pisteet yhteensä:

Keskiarvo:

Liite 3. Tutkimuslupa



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/Kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan 28.1.2011 päivätyn tutkimuslupa-anomuksen mukaisesti.

Hakija: Jonna Etelä, Jenni Pesola

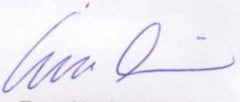
Aihe: Psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutus skitsofreniapotilaan kehonhahmotukseen ja kokemukseen omasta kehosta

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t ei/vät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Edellytämme, että tutkija/t luovuttaa/vat sosiaali- ja terveystoimen Kehittämisyksikön käyttöön maksutta lopullisen tutkimusraportin **kahtena kappaleena**.

Espoossa 1.3.2011



Eeva Honkanummi
va. kehittämispäällikkö

Liite 4. Suostumus opinnäytetyötutkimukseen osallistumisesta

Pyydämme ystävällisesti suostumustanne osallistua opinnäytetyötämme koskevaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen edellyttää, että olette mukana psykofyysisessä ryhmätoiminnassa kahdesti viikossa aikavälillä viikot 7-10 vuonna 2011 ja osallistutte ryhmätoiminnan alussa ja lopussa (vk:lla 6 ja 11) havainnoitaviin liikeharjoituksiin sekä ryhmän päätyttyä yksilöhaastatteluun. Yksilöhaastattelut tullaan äänittämään. Äänitykset tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia psykofyysisen ryhmätoiminnan vaikutusta kehotietoisuuteen sekä osallistujien kokemuksia psykofyysisestä ryhmätoiminnasta. Opinnäytetyön tekijöinä toimivat Jonna Etelä-Kyllönen ja Jenni Rice.

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen tietoinen myös siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia, henkilöllisyyteni jää vain tutkijoiden tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua havainnoidaan ja haastatellaan, ja että haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa hoitooni tai asiakassuhteeseeni.

Päiväys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Liite 5. Liiketestin osa-alueiden yhteenlaskettujen pisteiden keskiarvot alku- ja loppumittauksissa kaikilla ryhmään osallistujilla

LIIKE	Alku	Loppu
1. Lihasjännitys	1,1	0,7
2. Suhde alustaan kävellessä	0	0
3. Suhde alustaan painonsiirrossa	0,7	1
4. Suhde alustaan makuulla	0,6	0
5. Suhde alustaan, kontaktipinta	0,6	0
6. Myötäliikkeet	0,5	0,4
7. Eriytyneet liikkeet	0,6	0,9
8. Venytykset	0,8	0,3
9. Suhde alustaan istuen	0,9	0,6
10. Henkilökohtainen reviiri	0,1	0,2
11. Hyppääminen, juokseminen	1,1	1,1
12. Kiipeäminen tuolille	0,6	0,7
Yhteensä	7,6	5,9