



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Liikunnanohjaus Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa vuonna 2014

Mäkelä, Jatta

2014 Laurea Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Liikunnanohjaus Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa
vuonna 2014

Jatta Mäkelä 1301017
Hoitotyön koulutus,
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2014

Jatta Mäkelä

Liikunnanohjaus Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa vuonna 2014

Vuosi 2014 Sivumäärä 75

Tämä opinnäytetyö tehtiin Suomen Mielenterveysseuran Mielenterveysalan liikunnan koordinointi- ja kehittämishankkeessa. Tarkoituksena oli saada ajankohtaista tietoa Uudenmaan psykiatristen sairaaloiden aikuispotilaiden liikunnanohjauksesta. Kysely kohdistettiin liikunnanohjaajille ja fysioterapeuteille. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka paljon liikunnanohjaajia ja fysioterapeutteja työskentelee Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa, millaista on liikunnanohjaus näissä sairaaloissa sekä mitkä ovat liikunnanohjauksen kehittämishaasteet. Kyselytutkimus suoritettiin kaikissa Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa ja psykiatrisia osastoja sisältävissä sairaaloissa, joissa oli psykiatrisille aikuispotilaille suunnattua omaa liikunnanohjaus- ja fysioterapiatoimintaa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista induktiivisen sisällönanalyysin menetelmää. Yhteensä 26 liikunnanohjaajaa/fysioterapeuttia vastasi kyselyyn. Tuloksissa liikunnanohjaus oli suurelta osin monipuolista ryhmäohjausta, mutta myös yksilöllistä ohjausta. Suurimmiksi liikunnanohjauksen haasteiksi muodostuivat liikunnan tärkeyden sivuuttaminen, potilaiden motivointi ja yhteistyö potilaan liikunnan pariin saamiseksi, liikunnan jatkuvuuden turvaaminen sekä tarpeelliset resurssit ohjauksen toteuttamiseksi. Opinnäytetyöhön liittyen kartoitettiin myös psykiatristen sairaaloiden ja psykiatrisia osastoja sisältävien sairaaloiden määrä Uudellamaalla. Kartoituksen perusteella sairaaloita on yhdeksän, ja näissä toimii yhteensä 10 liikunnanohjaajaa ja 25 fysioterapeuttia. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuloksia voitaneen hyödyntää sekä liikunta- ja fysioterapiatoiminnassa, että psykiatrisessa hoidossa liikunnan paremmaksi integroimiseksi osaksi potilaan hoitoa ja kuntoutusta.

Asiasanat (ysä): ohjaus, potilasneuvonta, liikuntaneuvonta, liikunnanohjaajat, fysioterapeutit, liikunta, terveys, mielenterveys, psykiatriset potilaat

Jatta Mäkelä

Exercise counselling in the psychiatric hospitals of Uusimaa in the year 2014

Year	2014	Pages	75
------	------	-------	----

This thesis was part of the development project focusing on exercise counselling in the field of mental health care coordinated by the Finnish Association for Mental Health. The aim was to receive current information about the exercise counselling for adult patients in psychiatric hospitals of Uusimaa. The inquiry was directed to exercise counsellors and physiotherapists. The study discussed how many exercise counsellors and physiotherapists are working in the psychiatric hospitals of Uusimaa, what kind of exercise counselling is provided in these hospitals and what are the development challenges of exercise counselling. The questionnaire inquiry was made in every psychiatric hospital and hospitals with psychiatric wards which had their own exercise counselling and physiotherapy activity aimed to psychiatric patients.

Qualitative method with inductive contents analysis was used as a research method. All together 26 exercise counsellors/physiotherapists answered the inquiry. In the results exercise counselling was mostly counselling for different kind of groups, but also individual counselling. Ignoring the importance of exercise, motivating patients and collaborating in order to make patients spend time exercising, ensuring the continuation of exercise as well as the necessary resources to execute counselling, were regarded as the biggest challenges in exercise counselling. The number of psychiatric hospitals and hospitals with psychiatric wards of Uusimaa, were also mapped out related to the thesis. Based on the mapping, there are 10 exercise counsellors and 25 physiotherapists working in nine hospitals. The results of this thesis may be used both with exercise and physiotherapy activities and in psychiatric treatment for integrating exercise better as a part of patients' care and rehabilitation.

Keywords (ysa): counselling, patient education, exercise counselling, exercise counsellors, physiotherapists, exercise, health, mental health, psychiatric patients

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Ohjaus.....	7
	2.1 Potilaan ohjaus hoitotyössä	8
	2.2 Liikunnanohjaus	10
	2.2.1 Liikunnanohjaaja	13
	2.2.2 Fysioterapeutti	14
3	Liikunta ja terveys.....	15
4	Liikunta ja mielenterveys	17
5	Psykiatrinen potilas.....	20
	5.1 Masennus.....	21
	5.2 Ahdistus.....	23
	5.3 Skitsofrenia.....	24
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	25
7	Tutkimusaineisto ja analyysimenetelmät.....	26
8	Tulokset.....	27
	8.1 Tutkimuskysymys 1: Kuinka paljon liikunnanohjaajia ja fysioterapeutteja työskentelee Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa?.....	28
	8.2 Tutkimuskysymys 2: Mitä liikunnanohjaus on Uudenmaan psykiatrisissa..... sairaloissa ja psykiatrisilla potilailla?	31
	8.3 Tutkimuskysymys 3: Mitä ovat liikunnanohjauksen kehittämishaasteet..... Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa?	39
9	Pohdinta	43
	9.1 Tulosten tarkistelu	43
	9.2 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus	47
	9.3 Muut huomiot	48
	Lähteet	50
	Taulukot	55
	Liitteet.....	56

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyönä tehty tutkimus sai alkunsa tarpeesta selvittää Suomen psykiatristen sairaaloiden liikunnanohjauksen tilannetta. Koko Suomen kattavasta tutkimusaineistosta olisi muodostunut käytettävissä olevaan aikaan ja kyseessä olevaan ammattikorkeakoulutasoiseen tutkimukseen nähden liian suuri, joten tutkimus rajattiin koskemaan Uudenmaan psykiatrisia sairaaloita. Opinnäytetyö tehtiin Suomen Mielenterveysseuran Mielenterveysalan liikunnan koordinointi ja kehittämishankkeessa. Aiemmin tällaista kartoitustutkimusta oli vuonna 2006 tehnyt nykyinen Suomen mielenterveysseuran projektipäällikkö Satu Turhala. Sitä edelliset kartoitukset oli tehty vuosina 1984, 1989, 1999 ja 2001 (Turhala 2006, 36-40). Psykiatrisessa sairaalahoidossa ja -kuntoutuksessa viime vuosien aikana tapahtuneiden rakenne- ja uudelleenorganisointimuutosten vuoksi toivottiin tehtäväksi uutta kartoitusta nykyisen liikunnanohjaustilanteen selvittämiseksi. Suomen Mielenterveysseura toimii yhteistyössä opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa alan liikuntatoimen kehittämiseksi, joten tällä opinnäytetyöllä oli omalta osaltaan tehtävänä tuottaa uutta ja huomion arvoista tietoa liikunnanohjauksesta psykiatriassa. Laajemmin ajateltuna aihe liittyy keskusteluun siitä, miten liikunnan tiedetyt terveysvaikutukset saataisiin kaikkien ulottuville.

Erilaiset psykiatriset sairaudet vaikuttavat alentavasti potilaan yleiseen toimintakykyyn ja siihen kuinka potilas jaksaa harrastaa liikuntaa. Potilas saattaa hahmottaa itseään kehollisestikin erilailla ja useasti tarvitsee tavallista enemmän jonkun kehotusta, rohkaisua ja tukea liikkeelle lähtemiseen. Liikunnanohjaus on kaikille psykiatrisille potilaille, lukuun ottamatta aivan akuuteinta huonon voinnin vaihetta, osa hoitoa ja kuntoutumista tai ainakin pitäisi olla. Tästä huolimatta ei liikuntaa juurikaan tuoda esiin psykiatristen sairauksien hoitosuosituksissa. Käypä hoito-suosituksissa* ainoastaan masennuksen kohdalla selkeästi suositellaan aina hoito- ja kuntoutuselementiksi myös liikuntaa, ellei tähän ole lääketieteellisiä vasta-aiheita (Depression käypä hoito 2013). Skitsofrenian käypä hoito- suosituksessa mainitaan, että liikunta saattaa lievittää skitsofreniapotilaiden negatiivisia oireita ja olla avuksi positiivistenkin oireiden kanssa selviämässä, mutta luotettavaa tutkimustietoa tästä puuttuu (Skitsofrenian käypä hoito 2013). Ahdistuksen hoidossa liikuntaa on suositeltu niin lyhytkestoisiin kuin pitkän aikavälinkin ahdistusoireisiin. Liikunta voi vähentää yleistynyttä ahdistuneisuutta sekä alttiutta paniikkikohtauksille sekä sen avulla elimistö voi luonnollisella tavalla purkaa kiihtymystilaansa. Säännöllinen liikunta vaikuttaa suoraan myös kehon fysiologisiin ilmiöihin, jotka voivat olla taustatekijöinä muun muassa ahdistukselle. (Vuori, Taimela & Kujala 2011; Bourne 2000, 79; Bäckmand 2006.) Psykiatrisilla potilailla on usein myös monia somaattisia ongelmia, kuten diabetesta, kohonneita rasva-arvoja sekä paino-ongelmia lääkitysten helposti lisätessä ruokahalua. Liikunnalla on todetusti monia terveysvaikutuksia, jotka vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn (ACSM 2010, 9; hel.fi, itsehoito). Pelkästään jo näiden vaikutusten takia olisi tärkeää liittää liikunta vakituisesti osaksi psykiatristen potilaan hoitoa. Lisäetuna tulevat sitten liikun-

nan psyykkisen terveyden vaikutukset. (*Käypä hoito suositukset ovat Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin yhdessä erikoislääkäriyhdistyksen kanssa laatimia riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia.)

2 Ohjaus

Ohjauksen käsite liittyy tähän opinnäytetyöhön keskeisesti, joten on tärkeää määritellä alkuun, mitä sillä yleisesti tarkoitetaan. Mitä on ohjaaminen ja ohjaus, kuinka ohjataan ja mitä on hyvä tai ehkä huono ohjaus?

Sanalle ohjaus löytyy suomen kielen sanakirjoista huonosti hyviä sellaisia merkityksiä, joita voisi tässä yhteydessä ohjaamiseen liittyen käyttää. Sanamuodolle ohjata sen sijaan löytyy merkityksiä, kuten opastaa, neuvoa, johtaa, johdattaa, suunnata. Näistä saadaan parempi käsitys asiayhteyteen liitettynä, kuten ohjata ihminen terveisiin elämäntapoihin, ohjata jonkun opintoja, saattaa joku kulkemaan haluttuun suuntaan, ohjata vanhuksen vapisevaa kättä ja yrittää ohjata lapsen huomio toisaalle. Ohjauksen rinnalla on käytetty myös käsitteitä tiedon antaminen, informointi, mentorointi sekä opetus ja terveysneuvonta, vaikka nämä eivät ole synonyymeja keskenään. (Jokelainen 2013; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007, 5; Karjalainen 2010, 31; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 16; suomisanakirja.)

Mitä osaava ohjaaminen on ja millainen on osaava ohjaaja? Tätä on Jyväskylän ammattikorkeakoulun väitöstutkimuksessaan vuonna 2012 tutkinut Kirsti Vänskä. Hänen tutkimukseensa osallistui terveysalalla ohjaustyötä tekeviä oman alansa asiantuntijoita, jotka oli kollegoidensa taholta määritelty osaaviksi ohjaajiksi. Tutkimustulosten mukaan osaava ohjaaminen muodostuu neljästä eri ohjauksen elementistä sekä situationaalisesta ohjausosaamisesta. Ohjauksen eri elementeiksi muodostuivat käsitys ohjauksesta, käsitys ohjattavasta, käsitys ohjaustoiminnasta sekä käsitys ohjaajuudesta. Situationaalinen ohjausosaaminen nähtiin ohjattavan elämismaailmaan ja toimintaympäristöön kiinnittyvänä sekä oman ohjaustoiminnan tietoisena valintana, sopivaksi tilanteeseen ja ohjattavalle ”räätälöitynä”. Tutkimuksen tuloksissa osavilla ohjaajilla oli herkkyyttä havaita nonverbaalista viestintää, kuunnella ja olla läsnä. Osaava ohjaaja osasi eläytyä myös ohjattavan elämäntilanteeseen. Osaavilla ohjaajilla oli toisaalta liiankin positiivisia käsityksiä ohjattavistaan aktiivisina, osallistuvina ja yhteistyöhalukkaina tasavertaisina kumppaneina. Ohjaus perustettiin näille siis hiukan ”vinoon kaatuville peruskiville”, jolloin ohjauksen sopivuus ja lopputulos epäilemättä osin kyseenalaistuu.

Kehitettävänä alueina ohjaamisessa Vänskän tutkimuksessa nousivat esiin muun muassa ohjaajien parempi oman toiminnan ja lähestymistapojen tunnistaminen sekä oppimisajattelun syventäminen ohjaamisessa. Ohjaajat eivät aina mieltäneet ohjauksessa oppimista ohjausajat-

teluun liittyväksi tai tienneet erilaisista oppimisen lähestymistavoista ohjaukseen liittyen. Jatkomietinnän aiheeksi tutkimuksesta nousivat myös ohjattavan olemassa oleva tai puuttuva motivaatio, sekä miten tämä tulisi ohjaajana huomioida.

Ohjausilmioitä ohjaajan näkökulmasta on ammattitaitoa edistävään harjoittelun ohjaukseen liittyen tutkinut Katja Luojus Tampereen yliopistolla vuonna 2011. Tutkimuksen tuloksena tuotettiin ammattitaitoa edistävän harjoittelun ohjauksen toimintamalli. Tuloksissa todettiin muun muassa arviointikriteereiden käytön auttavan tavoitteellisessa ohjaamisessa sekä tavoitteellisten ohjaajien osaavan tunnistaa paremmin opetussuunnitelman tavoitteita. Tavoitteelliset ohjaajat antoivat enemmän palautetta sekä ohjaus suuntautui paremmin juuri opiskelijan oppimistavoitteisiin. Tulosten perusteella todettiin, että ohjaajille suunnattujen koulutusinterventioiden tulisi olla osa terveysalan toimintayksiköiden kehittämistoimintaa.

Akateemista ohjausta ovat Tampereen yliopistolla Soini ja Pyhältö tarkastelleet empiirisen tutkimuksen valossa vuonna 2012. He ovat tuoneet esiin muun muassa sen, kuinka ohjaajan ja ohjattavan keskinäinen suhde on tärkeä ohjaamisen ohjaamisprosessin onnistumiselle. Ohjauksessa voidaan Soinin ja Pyhällön mukaan rakentaa vuorovaikutusta, joka tukee hyvinvointia. Tärkeää on myös vastavuoroinen yhteistyösuhde. Väitöstutkimuksen ohjauksessa epäkohtana tulee yllättäen esiin liian vähäinen ohjaaminen johtuen siitä, että tutkijoiden ajatellaan olevan älykkyytensä, kyvykkyytensä ja asiantuntijuutensa vuoksi pystyviä itsekseen toimimaan lineaarisella ja vahvalla tavalla. Ohjausta siis todetaan tarvittavan akateemisessakin maailmassa, jotta päästään haluttuun lopputulokseen.

2.1 Potilaan ohjaus hoitotyössä

Mitä potilaan ohjaaminen hoitotyössä sisältää? Tätä asiaa on syytä hieman avata, jotta päästään käsitykseen siitä, onko potilaan ohjaamisessa jotain erilaista verrattuna yleiseen ohjauksen käsitteeseen vai onko niissä paljonkin samaa.

Käytän tässä opinnäytetyössä sanaa potilas, koska liikunnanohjauksen kyselytutkimus tehtiin juuri sairaalapotilaita koskien. Asiakas-käsitettä käytetään yleensä ennalta ehkäisevässä terveydenhuollossa ja potilasta henkilöstä, joka on sairaalahoidossa (Vänskä 2012, 26). Yleisimmin psykiatrisissa sairaaloissa käytetään nimitystä potilas, kun henkilö on akuutin tilanteen tai sen jälkeen jatkokuntoutumisen vuoksi sairaalassa osastohoidossa. Jotkin osastot käyttävät myös sanaa kuntoutuja, kun potilas on jo hieman edennyt hoidossaan ja varsinainen kuntoutuminen alkaa. Asiakas-käsitettä käytetään psykiatriassa yleensä, kun hoito tapahtuu avohoidossa.

Sairaanhoitajan työssä potilasohjaus on ”punainen lanka”, joka kulkee hoitosuhteessa mukana koko hoitoprosessin ajan. Ohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan luovuus ja oman persoonan käyttö. Ohjaustilanteissa tulee muistaa, että potilasta saattaa jännittää ja sairaus saattaa tuoda mukanaan epävarmuuden tunnetta, ahdistusta ja pelkoakin, jotka on ohjaajan huomioitava. Hyvä ohjaus edistää paranemista ja lisää potilastyytyväisyyttä, samoin se voi tuoda onnistumisen kokemuksen ja hyvää mieltä myös ohjaajalle. (Ohtonen, 2006.)

Hoitotyön potilaan ohjaamisessa ovat nykyaikana vallalla ajatukset tasa-arvoisesta ohjaussuhteesta, potilaan kuuntelemisesta sekä pyrkimyksestä edistää hänen omaa kyvykkyyttään ja aktiivisuuttaan oman elämänsä parantamiseksi. Potilasta ohjataan myös osallistumaan oman hoitonsa ja kuntoutuksensa päätöksentekoon. Tuloksellisen ohjauksen on arvioitu voivan vaatia useampia ohjauksetoimia. (Kyngäs ym. 2007, 25; Vänskä ym. 2011, 51.)

Hyvän ohjauksen mahdollistamiseksi tulee tietää, mitä potilas jo tietää ja osaa ennalta. Ohjaajan tulee kartoittaa mitä potilaan täytyy ja mitä hän haluaa tietää, mihin hän toivoo ohjausta ja miten. Ohjattavan ja ohjaajan yhteinen näkemys siitä, mitä lähdetään tavoittelemaan, parantaa potilaan tyytyväisyyttä sekä sitoutumista hoitoon ja kuntoutukseen. Onnistunut ohjaus voi rakentua ainoastaan riittävien ja asianmukaisten taustatietojen varaan. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Hyvä potilasohjaus tapahtuu tutkittua ja hyväksi havaittua tietoa käyttäen (Ohtonen 2006).

Ohjaukseen kuuluu erilaisia elementtejä tilanteesta riippuen. Näitä ovat tiedon antaminen, oppiminen, neuvonta, konsultaatio ja terapia. Ohjauksen tavoitteet määrittävät sen, millaisia keinoja ja lähestymistapoja otetaan käyttöön. (Vänskä ym. 2011, 19.) Arvion mukaan potilaat muistavat 75 % siitä, mitä ovat nähneet ja vain 10 % kuulemastaan. Mikäli asia on käyty läpi sekä kuulo- että näköaistia käyttämällä, on muistamisen tulos jo 90 %. Tämän perusteella suositetaan yleensä ohjausmetodeja, joissa yhdistyy useita ohjaustapoja. Ohjausmenetelmä on tietenkin tärkeää valita potilaan mukaan. Joku voi ilmaista itseään paremmin sanattomasti ja joku hahmottaa asioita parhaiten visuaalisesti. Keskeisten ohjattavien asioiden kertaaminen lopuksi on tärkeää ohjausmenetelmästä riippumatta. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Tärkeää ohjauksessa on yhdessä potilaan kanssa muotoilla sopivat, ei liian vaativat tavoitteet. Tavoitteiden tulisi aina olla sovitettu potilaan sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Tavoitteet voivat olla lääketieteellisiä, henkilökohtaisia tai vaikka sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyviä. Tavoitteissa voi olla mukana suoritustavoitteita sekä oppimistavoitteita. Oppimistavoitteet johtavat yleensä parempaan tulokseen kuin suoritekeskeiset. Suoritustavoite voi olla esimerkiksi painon pudottaminen, oppimistavoite ravinnon laatuun ja määrään huomion kiinnittäminen (esimerkiksi ruokajuomaksi vesi mehun sijaan). (Kyngäs ym. 2007, 75-77.)

Potilaan ohjaamisesta on tehty useita tutkimuksia potilaan näkökulmasta. Varsinkin uusissa sairaustilanteissa ohjaamisen tarve ja ohjausajan pituus korostuu. Potilaalla täytyy olla tilaa käsitellä tunteitaan, joita uusi sairaus mahdollisesti herättää. Ohjaajan on huomioitava tämä. Ohjauksen saamisen on tutkimuksissa todettu myös sitouttavan potilasta paremmin hoitoonsa. Ohjaussisällöstä ja käytettävistä ohjausmenetelmistä on tärkeää sopia yhdessä ohjattavan kanssa, jotta ne perustuisivat potilaan yksilölliseen tilanteeseen. Ohjaus on myös ajoitettava oikein. Sen tulisi olla kannustavaa, rohkaisevaa ja sitä tulisi aina antaa ymmärrettävässä muodossa. Itsehoitomenetelmien opetus kuuluu myös ohjaukseen, koska ne parantavat hallinnan tunnetta ja auttavat selviämään sairauden oireiden kanssa. Potilaita, jotka kokevat hallinnan tunteensa heikoksi, pitäisi erityisesti tukea ohjauksen aikana. (Kiviaho-Tiippa 2012; Mäkeläinen 2009; Lunnela 2011.)

Potilaiden ohjaus ei aina ole ongelmaton ja siinä saatetaan tehdä myös virheitä. Ongelmia tai virheitä ohjauksessa voivat aiheuttaa ohjaajien tiedon puute tai väärä tieto, resurssien puute, heikot ohjaustaidot tai ohjaajan kielteinen asenne. (Kiviaho-Tiippa 2012; Laanterä 2011.)

Kääriäisen vuonna 2007 Oulun yliopistolla tekemässä Lääketieteellisen tiedekunnan väitöstudiumissa ”Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen” tuli esiin mielenkiintoisia seikkoja ohjaukseen liittyen. Potilasohjauksen resurssit olivat tutkimuksen mukaan kohdalliset, mutta ohjaukseen käytetty aika riittämätöntä. Hoitohenkilökunta hallitsi hyvin ohjausmenetelmistä vain suullisen potilaan ohjaamisen eikä ohjauksessa aina ollut otettu huomioon potilaan taustatekijöitä. Sosiaalisen tuen osalta ohjaus koettiin osin riittämättömäksi sairaalahoidon aikana. Vaikka ohjaus koettiin kokonaisuudessaan Kääriäisen tutkimuksessa laadultaan hyväksi, ohjauksella oli kolmanneksen potilaista vain vähän tai ei lainkaan vaikutusta. Vuorovaikutus ohjauksessa toteutui hyvin.

Kääriäisen tutkimuksen tulokset yhdistettiin ”ohjauksen laadun hypoteettiseksi malliksi”. Laadukas ohjaus tämän mallin mukaan on ”hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa”.

2.2 Liikunnanohjaus

Liikunnanohjaus on tässä opinnäytetyössä keskeinen käsite. Eroaako se sitten jotenkin tai suuresti ohjauksen ja potilaan ohjauksen käsitteistä? Liikunnanohjaus on ohjausta, jossa ohjaaminen keskittyy potilaan ohjaamiseen tietyllä terveyden- ja hyvinvoinnin alueella eli liikkumisessa. Liikunnanohjauksessa pätevät samat hyvän ohjauksen käytännöt kuin muussakin poti-

laan ohjaamisessa. Tässä on hyvä erottaa toisistaan käsitteet liikuntaan ohjaaminen ja itse liikunnanohjaus. Lähtökohtaisesti potilaiden liikuntaan ohjaaminen tai ainakin liikkumisen tärkeyden esille tuominen ja siihen kannustaminen, kuuluu psykiatrisissa sairaaloissa kaikille mielenterveyden ammattilaisille eli muun muassa sairaanhoitajille, mielisairaanhoitajille, lähihoitajille ja lääkäreille. Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa keskitytään kuitenkin fysioterapeutteihin ja liikunnanohjaajiin, jotka tekevät fyysiseen hyvinvointiin ja liikuntaan liittyen käytännön ohjaustyötä itse ohjaustilanteessa.

Liikuntaa voidaan ohjata ryhmissä ja yksilöllisesti. Liikunnan ammattilaisten taholta liikuntaa ohjataan sairaaloissa tällä hetkellä nimikkeillä liikunnanohjaaja, liikuntaterapeutti, kuntohoitaja ja fysioterapeutti. Muukin hoitohenkilöstö, osastotoiminnan luonteesta riippuen, saattaa kuitenkin olla ohjaamassa potilaille ainakin perusliikuntaa. (Turhala 2006.) Psykiatrisissa sairaaloissa liikunta huomioidaan potilaan hoitosuunnitelmassa ja mahdollisessa viikko-ohjelmassa psyykkisen voinnin ja yleisen sairaustilanteen mukaan.

Yleensä ainakin psykiatristen sairaaloiden kuntoutusosastoilla sairaanhoitajat, mielisairaanhoitajat ja lähihoitajat ovat vetämässä potilaille yhteisiä kävelyryhmiä sekä ohjaavat tarvittaessa potilaalle heidän yksilöllisestä fysioterapiasta saamiaan osastolla tehtäviä liikeharjoitteita. Potilasta myös ohjataan ja tuetaan voinnin mukaan osallistumaan erilaisiin fysioterapiin ja liikunnanohjauksen ryhmiin. Auroran sairaalan psykiatrisella kuntoutusosastolla työskentelevä osastonlääkäri, psykiatri Rehn suosittelee liikuntaa kaikille potilailleen jossain muodossa. Tässä hän kuitenkin huomioi potilaat yksilöllisesti siinä, minkälaista liikuntaa kenellekin suosittaa. Ahdistuneille ja jännittäjille Rehn suosittelee esimerkiksi rentoutusryhmää. Uintia ja kuntosalia hän suosittelee oikeastaan kaikille potilaille. Rehnin mielestä on myös tärkeää, että ”potilas saa useammalta eri taholta tietoa liikunnan merkityksestä vointiin”. (Rehn, 2014.)

Akuuttipsykiatriassa hoitajat ovat käytännönkin syistä usein mukana potilaan liikuttamisessa, mikäli potilaalla ei ole vielä omia ulkoilulupia vointinsa epävakauden takia. Tällöin hoitaja voi ulkoilla potilaan kanssa, mikäli potilaan vointi sen sallii. Akuuttipsykiatrian osastoiltakin voidaan potilaita ohjata osallistumaan mukaan esimerkiksi kuntosaliryhmään, kun vointi sen sallii. (Peiju 2006.) Osastoilla on erilaisia käytäntöjä, mutta yleensä liikunnan mahdollistuminen kyllä huomioidaan jollain tavalla.

Puhuttaessa liikuntaan ohjaamisesta, tarkoittaa se esimerkiksi Auroran psykiatrisella kuntoutusosastolla sitä, että hoitaja osoittaa potilaalle tietyn fysioterapiatoimintojen liikuntaryhmän, josta ajattelisi tämän voivan hyötyä ja kannustaa potilasta osallistumaan. Tähän liittyy usein myös kehotus kokeilemaan, vaikka potilasta ei heti mikään liikkuminen kiinnostaisikaan. Liikunnan katsotaan myös kuuluvan yleisesti psykiatriseen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan.

Psykiatrisella osastolla liikuntaan ohjaamiseen kuuluvat usein myös käytännön toimet eli potilaan liikuntaan saattaminen henkilökohtaisesti. Muutoin voisi käydä niin, ettei potilas ehkä koskaan pääsisi perille esimerkiksi venyttelyryhmään. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishankkeen loppuraportissa vuodelta 2006 todetaankin, että ”osallistuminen on saat- taen varmistettava”. Motivointi liittyy myös oleellisesti psykiatrisen potilaan liikuntaan oh- jaamiseen (Remes 2013). Tämä on sinänsä mielenkiintoista, koska itse asiassa termi motivaatio tulee sanasta ”movere”, joka on latinaa ja tarkoittaa ”liikkua” (Jaakkola, Liukkonen & Sääkslahti 2013, 145).

Liikuntaneuvonta on termi, jota myös käytetään liikuntaan ohjaamisesta edeltäen itse varsi- naista liikunnanohjaustilannetta. Lääkärin käsikirjassa vuodelta 2013 keskeiseksi asiaksi lii- kuntaneuvonnassa on todettu se prosessi, jossa potilasta tuetaan vähitellen myönteisiin muu- toksiin liikuntatottumuksissaan. Tavoitteena voi alkuun olla vain kiinnostuksen herääminen tai liikunnan asenteiden muokkaaminen. (Aittasalo 2013.) Avuksi liikuntaneuvontaan on tervey- denhuoltohenkilöstölle kehitetty muun muassa liikkumisresepti ja liikuntapiirakat (*UKK- instituutti 2013, liikkumisresepti, liite 2; UKK-insituutti 2009, liikuntapiirakka; UKK-instituutti 2009, soveltava liikuntapiirakka, liite 3). Liikkumisresepti sisältää liikuntaneuvonnan ydinkoh- dat, joiden avulla potilasta voidaan suullisesti neuvoa liikkumisreseptiä täytettäessä. Liikun- tapiirakoissa on määritelty suositeltavat terveysliikunnan muodot ja määrät.

(* UKK-instituutti on sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijakeskus terveysliikunnan alalla.)

Liikuntaneuvontaa antavan henkilön ja liikkumistilanteen liikunnanohjaajan välinen vuorovai- kutus sekä tieto toistensa tekemisistä ovat tärkeitä, jotta potilaan ohjaamisessa ei tule katko- ja tai vääryimmäryksiä. Liikuntaneuvontaa antava henkilö tarvitsee tiedon siitä, minkälai- seen liikuntaryhmään on potilasta lähettämässä. (Fogelholm, Vuori & Vasankari 2011, 224- 225.) Pelokasta tai ahdistunutta potilasta ajatellen on esimerkiksi tärkeää tietää, kuinka pal- jon muita potilaita liikuntaryhmässä on tai kuinka kauan ryhmä kestää. Hoitajan on turha oh- jata potilasta tunnin kestävään ryhmään, mikäli hänen psyykinen vointinsa ei salli keskitty- mistä tekemiseen 30 minuuttia kauempaa. Liikuntaneuvontaa voi antaa esimerkiksi lääkäri, joka ensin kertoo potilaille, miksi hänen olisi tärkeää harrastaa liikuntaa ja mihin liikunta voinnissaan vaikuttaa sekä minkälainen liikunta voisi juuri hänen tilanteessaan olla paras vaih- toehto. Kun hoitaja psykiatrisella sairaalaosastolla on tämän jälkeen vielä ohjannut potilaan sovittuun liikunta- tai fysioterapiaryhmään, aloittaa liikunnanohjaaja tai fysioterapeutti var- sinaisen ohjaustyön. Liikunnanohjauksen päätyttyä tulisi varsinkin psykiatristen potilaiden ollessa kyseessä kohdistaa huomiota siihen, miten liikunnan harrastaminen saataisiin jatku- maan ohjaustilanteiden ja sairaalahoidon päättymisen jälkeen. Tämä tulee esille niin Auroran sairaalan lääkäri Rehnin mietteissä tältä vuodelta, kuin Suomen Mielenterveysseuran liikunnan kehittämishankkeen loppuraporttissakin vuodelta 2006.

Erilaiset ryhmät ja niiden organisointi sekä ohjaaminen muodostivat suurimman osan liikunnan ohjaustoiminnasta Turhalan vuoden 2006 psykiatristen sairaaloiden liikuntatoiminnan kartoitustutkimuksen tuloksissa. Kyseisessä tutkimuksessa kysyttiin liikunnanohjauksen sen hetkistä tilanteesta juuri ohjaajien näkökulmasta. Tällöin Suomen psykiatrisissa sairaaloissa toimi monenlaisia liikuntaryhmiä. Näitä olivat muun muassa kuntosali-, jumppa-, vesiliikunta-, pallo- ja erilaiset ulkoliikuntaryhmät. Suosituimpia ryhmätoimintoja olivat kuntosali, pallopelit, kävely, sauvakävely sekä vesiliikunta. Liikuntatoiminnan haasteiksi Turhalan tutkimuksessa nousivat tällöin muun muassa henkilökunnan vähyys ja sijaispuute, asiakkaiden haastavuus ja motivoinnin vaikeus sekä taloudellisten resurssien vähyys.

Remes tutki vuonna 2013 liikuntapedagogiikan pro gradu- tutkielmassaan masennusta kokevien nuorten aikuisten liikunnan ja mielenterveyden välistä yhteyttä. Tutkimuksen lähestymistapana oli toimintatutkimus, jossa hän suunnitteli ja toteutti liikuntakurssin kyseessä olevalle kohderyhmälle. Tämän tutkimuksen tuloksissa nousivat esille, että liikunnanohjaajan tulee olla kannustava ja innostunut sekä tarjota osallistujille runsaasti henkilökohtaista ohjausta. Tuloksissa todettiin myös, että ohjaajan tulee painottaa ryhmäläisille omaan tahtiin tekemistä sekä suosia vuorovaikutuksellisia opetusmuotoja ohjaamisessa. Remeksen tuloksissa mainittiin myös, että aikataulusta tulee olla selkeä kirjallinen versio ja ettei tapaamisille ole suotuisaa tarjota valinnaisuutta. Liikuntakurssin tulisi olla pidempi sekä sisältää järjestelmällistä motivoivaa liikuntaneuvontaa, jotta liikuntaharrastus jatkuisi myös omalla ajalla. Liikuntaneuvontaan tulisi Remeksen mukaan sisältyä liikkumisen esteiden ennakointia, ongelmanratkaisutaitojen harjoittelua sekä konkreettisten liikkumista edistävien tekijöiden suunnittelua.

2.2.1 Liikunnanohjaaja

Liikunnanohjaajan 2-vuotisen perustutkinnon, liikuntaneuvojan, pakolliset osiot ovat liikunnanohjaus, liikuntaneuvonta ja liikuntatapahtuman järjestäminen. Näin lukee opetushallituksen määräyksessä 21/011/2010. Liikunnanohjauksen perustutkinnon käyneestä liikunta-alan ammattilaisesta voidaan käyttää myös nimikettä liikuntaterapeutti. Kuntohoitaja puolestaan on vanhempi liikunnanohjauksen nimike, jota edelleen myös osin käytetään. Liikunnanohjaaja- nimike viittaa ammattikorkeakoulutasolla käytävään tutkintoon, jonka kesto on 3,5 vuotta (Ammattinetti 2014, Haaga-Helia Ammattikorkeakoulun koulutusohjelmakuvaus).

Käytän tässä yhteydessä nimikettä liikunnanohjaaja kuvaamaan kaikkia edellä mainittuja. Tämä siksi, että sisällöllisesti liikunnan perusohjaukseen pätevät nimikkeestä riippumatta tiedetyt perusasiat. Opetushallitus on vuoden 2010 määräyksessään kuvannut näitä liikunnanohjaajan perustutkinnon ammattitaitovaatimuksia. Otan tässä esiin muutamia näistä.

Liikunnanohjauksen perusteet suorittanut ammattilainen osaa suunnitella ja ohjata niin yksittäisiä ohjaustunteja kuin suuremman liikunnanohjauskokonaisuuden. Hän osaa ohjata liikuntaa erilaisissa ympäristöissä erilaisille asiakkaille. Ammattinsa osaava liikunnanohjaaja osaa myös motivoida ja kannustaa. Hänen tulee olla esimerkillinen ja vastuullinen sekä huomioida, että ohjaus toteutuu turvallisesti terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi. Ammattinsa osaava liikunnanohjaaja käyttää työssään eri liikuntamuotojen ja -lajien perustietoja ja -taitoja. Hän osaa myös arvioida omaa toimintaansa ja on avoin palautteelle. (Määräys 21/011/2010.)

Turhala kartoitti psykiatristen sairaaloiden liikuntatoimintaa vuonna 2006, jolloin liikuntaa ohjaavista henkilöistä suurin osa oli ammattinimikkeeltään liikunnanohjaajia ja liikuntaterapeutteja. Erottelematta liikuntaa ohjaavien ammattinimikkeitä, vei samaisessa tutkimuksessa erilaisten liikuntaryhmien organisointi lähes 80 % liikunnanohjaajien työajasta.

2.2.2 Fysioterapeutti

Fysioterapeutti on liikkumis- ja toimintakyvyn asiantuntija, jonka tavoitteena on eri menetelmin ohjata ja auttaa potilasta saavuttamaan hänelle optimaalinen toiminta- ja liikkumiskyky. Fysioterapeutti arvioi potilaan liikkumis- ja toimintakykyä havainnoimalla, haastattelella ja manuaalisesti tutkimalla. Hän voi käyttää apunaan myös erilaisia testauksia, mittauksia tai lomakekyselyitä. Fysioterapeutin tavoitteena on ohjata ja neuvoa potilasta kohti terveyttä ja parempaa toimintakykyä. Joskus fysioterapeutin toimenkuvana on vain auttaa potilasta säilyttämään nykyinen fyysinen tilanne tai auttaa hidastamaan kunnon heikkenemistä. Fysioterapeutin toimenkuvaan kuuluu usein erilaisten liikeharjoitteiden ohjaamista, joiden tarkoituksena on lisätä lihasvoimaa, nivelliikkuvuutta, kestävyyttä tai rentoutusta. Fysioterapeutti voi myös yksilöhoidoissa käyttää fysikaalisen hoidon laitteita, kuten lämpö- tai sähkölaitteita. Tärkeä osa fysioterapeutin työtä on aktivoida potilasta ja ohjata häntä ottamaan vastuuta omasta toimintakyvystään sekä terveydestään. (Ammattinetti 2014, Mäkeläinen 2014.)

Psykiatrisessa sairaalassa fysioterapeutilla on hiukan erilainen rooli kuin esimerkiksi terveysasemalla. Työn painottuminen lienee erilaista, koska psykiatrisessa sairaalassa, kuten Auroran sairaalassa, potilaille järjestetään paljon ryhmämuotoista liikuntaa ja fysioterapiatoimintaa, jolloin ryhmien suunnitteluun ja ohjaamiseen kuluu runsaasti työaikaa. Ryhmämuotoisen toiminnan kautta mahdollistuu myös se, että voidaan tarjota fysioterapia- ja liikuntapalveluita suuremmalle potilasmäärälle. Terveysasemalla työnkuva painottuu yleensä enemmän yksilötapaamisiin.

Tammikuussa 2014 julkaistussa tutkimuksessa Stubbs, Soundy, Probst, De Hert, De Herdt ja Vancampfort tutkivat fysioterapeutin roolia skitsofreniaa sairastavan potilaan hoidossa. 115 fysioterapeuttia vastasi kyselytutkimukseen, jonka tuloksissa todettiin fysioterapeutin rooli fyysisen terveyden ammattilaisena tärkeäksi moniammatillisessa työryhmässä, joka osallistuu skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoitoon. Samoin tutkimustuloksissa todettiin fysioterapeuttien olevan tärkeässä roolissa skitsofreniapotilaiden terveyden edistämisessä. Fysioterapeuttien katsottiin tutkimuksessa olevan avainroolissa kurottaessa kiinni fyysisen ja psyykkisen terveyden välistä kuilua sekä heidän toiminnallaan katsottiin olevan vaikutusta muun muassa skitsofreniapotilaan minuuden kokemukseen potilaan itsevarmuutta kohottamalla.

3 Liikunta ja terveys

”Liikuntaan ohjaaminen kuuluu terveydenhuollon tehtäviin” (Vuori, 2013). Terveystoimihenkilöstön velvoitteena on osana sairauksien ehkäisyä ja hoitoa sekä kuntoutusta ohjata ihmisiä liikunnan pariin. Professori Ilkka Vuori toteaa lääkärilehden 23/2013 artikkelissa, että liikunnalla on sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa samankaltaisia vaikutuksia kuin lääkkeillä. Liikunnan edistämisen lisääminen terveydenhuollossa kaipaa Vuoren mukaan kuitenkin muutosta ajatteluun, jossa liikunta tulisi mieltää ”terveyden ja toimintakyvyn säilymiselle välttämättömäksi biologiseksi stimulukseksi eikä vain harrastukseksi”. Terveystoimihenkilöstön kehitystyötä liikunnan edistämiseksi ja hyödyntämiseksi hoidon osana tulee Vuoren mukaan tehdä järjestelmän sisältä käsin. Tällöin terveydenhuollon eri yksiköt, lääkäriyhdistykset, vaikutusvaltaiset lääkärit ja monet muut terveydenhuoltoalan tahot ja ammattilaiset, ovat avainasemassa ja ammatin myötä jopa velvoitettuja kehittämistyöhön liikunnan paremmaksi integroimiseksi hoitoon.

Säännöllisellä fyysisellä aktiivisuudella ja/tai liikunnan harrastamisella on vaikutusta kehomme fyysiseen toimintaan usealla tavalla. Näitä positiivisia vaikutuksia sydän-, verisuoni- ja hengitystoimintoihin ovat muun muassa parempi hapenotto- ja hengityskapasiteetti, vähentynyt hengityksen minuuttitilavuus, pienentyneet sydämen syke- ja verenpaine- ja verensokerilukemat sekä kohentunut kynnyksen liikunnan aikana sairauksien (iskeemiset oireet, katkokävely) esille tuloon. Fyysinen aktiivisuus/liikunnan harrastaminen vaikuttavat myös joihinkin verisuonisairauksien riskitekijöihin suotuisasti. Näitä vaikutuksia ovat HDL-kolesteroliarvojen (”hyvä kolesteroli”) parantuminen sekä seerumin triglyseridiarvojen madaltuminen, kehon vähentynyt kokonaisrasvaprosenttimäärä sekä vähentynyt sisäelinten ympärille kerääntyvän rasvan määrä ja parantunut glukosintoleranssi. Yleisesti ottaen liikunta ja fyysinen aktiivisuus pidentävät odotettua elinikää sekä vähentävät kuolleisuutta. (ACSM 2010, 9; hel.fi, itsehoito.)

Liikunta vaikuttaa suoraan fyysiseen suorituskykyyn. Liikkumalla monipuolisesti ja säännöllisesti lihaskunto säilyy, jolloin ihminen jaksaa paremmin. Riittäväällä liikkumisella vaikutetaan

myös perusaineenvaihdunnan pysymiseen sellaisella tasolla, ettei lihomista tapahdu niin helposti. Liikunta ehkäisee osaltaan osteoporoosia, paksusuolen syöpää sekä sairastumista 2 tyyppin diabetekseen. Liikunnalla on todettu olevan hoidollista hyötyä muun muassa seuraavien sairauksien hoidossa/kuntoutuksessa: kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, aivohalvaus, selkävaivat, astma ja 2 tyyppin diabetes. (Vuori ym. 2011, 668-670; Liikunnan käypä hoito 2012.)

Haapakosken Kuopion yliopistolla tekemässä väitöstutkimuksessa vuonna 2009 tarkasteltiin ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä psykologista ohjausta sisältävän laitospainonkehityksen vaikutusta koettuun terveydentilaan, terveyskäyttäytymiseen sekä ilmoitettuun painonkehitykseen. Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että koettu terveydentila oli tutkimuksen lopputilanteessa (5 vuoden kuluttua alkutilanteesta) merkitsevästi parempi niillä, jotka harrastivat liikuntaa useita kertoja viikossa, kuin niillä jotka liikkuvat vain harvoin. Tuloksissa joskin mainitaan, että terveydentilansa hyväksi kokevien joukossa on saattanut olla keskimääräistä terveempiä henkilöitä, jolloin he ovat pystyneet liikkumaan muita paremmin.

Korniloff tutki vuonna 2013 Jyväskylän yliopistossa fyysisen aktiivisuuden ja masennusoireiden sekä sydänmetabolisten riskitekijöiden yhteyttä toisiinsa. Tämän tutkimuksen tuloksissa fyysisesti inaktiivisilla esiintyi useammin terveysriskitekijöitä sekä masennusoireita. Lisäksi niillä, jotka harrastivat vapaa-aikanaan vain vähän liikuntaa, esiintyi viisi kertaa enemmän metabolista oireyhtymää* samanaikaisten masennusoireiden kanssa kuin niillä, jotka harrastivat paljon liikuntaa.

(*Metabolinen oireyhtymä koostuu useista riskitekijöistä, joiden yhdessä katsotaan suurentavan ateroskleroottisten verisuonisairauksien ja diabetekseen sairastumisen vaaraa. Metabolinen oireyhtymä voidaan todeta, kun seuraavista $\frac{3}{4}$ menevät yli suositeltujen raja-arvojen: paastoverensokeri, verenpaine, HDL- ja triglyseridi-rasva-arvot.)

Kun kestävyysliikuntaa harrastetaan 2 tuntia ja 30 minuuttia viikossa, vähintään 10 minuutin pätkissä kohtalaisella teholla eli ainakin lievästi hengästyen, voidaan saavuttaa muutoksia fyysiseen kuntoon. UKK-instituutin mukaan kahden kuukauden kuluttua muutoksia voidaan raportoida lepoverenpaineen ja leposykkeen madaltumisena, kolmen kuukauden kuluttua hengitys- ja verenkiertoelimistön kestävyyskunnan parantumisenä sekä 3-6 kuukauden kuluttua HDL-kolesteroliarvon ("hyvä kolesteroli") parantumisenä. Jo ensimmäisestä liikuntakerästä alkaen ja kun päivittäinen energiankulutus on mahdollisimman suuri, saadaan parannusta hiilihydraatti- ja rasva-aineenvaihduntaan sekä nivelten liikkuvuuteen. (UKK-instituutti 2009.)

4 Liikunta ja mielenterveys

Sanonta ”terve keho, terve mieli” ei ole täysin ”tuulesta temmattu” käsitys. Tästä ei kuitenkaan suoraan voida tehdä sitä päätelmää, että mieli pysyisi aina terveenä fyysisesti terveessä kehossa. Terve keho koostuu useammista tekijöistä, mutta tarkasteltaessa liikunnan osuutta sen aikaansaamiseen ja ylläpitoon tiedetään, että näin oikeasti on (ACSM 2010; Bäckmand 2006; Haapakoski 2009, Korniloff 2013; Liikunnan käypä hoito 2012; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011). Liikunnalla puolestaan on tutkittu olevan yhteyksiä mielenterveyteen. Näin ollen tietynlainen ketju terve keho - liikunta - terve mieli, voidaan nähdä muodostuvaksi.

Psykologian emeritusprofessori Ojanen on todennut, että liikunnan ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteys ei ole selvä asia, koska se toteutuu vain tiettyjen ehtojen vallitessa. Mielenterveysongelmista erityisesti masennukseen liittyy kokemus, ettei oma toiminta tuota tuloksia. Tällöin jätetäänkin ehkä kokonaan yrittämättä, koska ”kuitenkin epäonnistun”. Ojanen toteaa, että esimerkiksi pakkoliikunta ei tuo psyykkistä hyvinvointia. Pakolla tehdyssä on merkittävänä puutteena se hallinnan kokemuksen tunne, joka liikkumisesta tulisi syntyä ollakseen psykologisesti vaikuttavaa. Tarvitaan myös sisäistä motivaatiota, joka saattaa psyykkisen sairauden myötä olla muutenkin hukassa. (Ojanen 2006, 14-26; Ojanen 2009, Ojanen & Liukkonen 2013, 152, 241-254.) Pahimman psykoosin aikana henkilön voi olla jopa vaikea erottaa itseään muusta maailmasta, esimerkiksi harha-ajatusten tai kuuloharjojen väärissä potilaan kokemusmaailmaa (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 187-189; Lönnqvist 2011, 53). Tällöin hallinnan tunteiden tai sisäisen motivaation löytäminen ovat sitäkin kauempana.

Itsestä lähtevän sisäisen motivaation merkitystä skitsofreniaa sairastavilla potilailla suhteessa fyysiseen aktiivisuuteen tutkivat viime vuonna Vancampfort, De Hert, Vansteenkiste, De herdt, Scheewe, Soundy, Stubbs ja Probst. Heidän tutkimuksessaan oli mukana 129 skitsofreniaa sairastavaa potilasta. Tuloksissa sisäisesti motivoituneet potilaat liikkui enemmän kuin potilaat, joilla ei sitä ollut. Tulosten mukaan olisikin hyvä hoidossa huomioida, että potilaille löydettäisiin tapoja tämän sisäisen motivaation herättämiseen ja sitä kautta liikunnan lisäämiseen. Keinoiksi tutkimuksen tuloksissa ehdotettiin potilaalle selkeiden vaihtoehtojen tarjoamista, potilaan oman aloitteellisuuden tukemista, ulkoisten palkkioiden välttämistä ja asianmukaisen informaation antamista liikuntatottumusten muuttamiseksi. Tuloksissa suositeltiin myös käytettäväksi potilaan autonomiaa paremmin tukevia ilmaisuja kuten ”voisi” ja ”valita”, ”pitäisi” ja ”täytyy” tilalla. Kävely todettiin tutkimuksessa liikuntalajiksi, johon skitsofreniaa sairastavilla potilailla oli motivaatiota, joten kävelyryhmiä suositeltiin käytettäväksi.

Psykologian emeritusprofessori Ojasen mukaan paljon ja vähän liikkuvien välillä on melko suuri ero mitattaessa sitä psyykkisen hyvinvoinnin mittareilla. Paljon liikkuvat voivat paremmin. Yksiselitteinen tämä tulos ei kuitenkaan ole, koska lähtökohtaisesti voi olla, että hyvinvoivat lähtevät liikkumaan alun perinkin eri lailla kuin ”pahoinvoivat”. Ojasen mukaan kuitenkin ohjeeksi voi sanoa, että kaikki liikunta edistää hyvinvointia siksi, että se käynnistää niitä psykologisia prosesseja, jotka edesauttavat hyvinvointia. (Ojanen 2009.)

Ruuskanen teki Tampereen yliopistolla pro gradu-tutkielmansa vuosien 2003 ja 2005 väliseen mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishankkeeseen liittyen, jossa hän tutki kuntoutujien kokemuksia liikunnasta ja liikuntaryhmistä. Tuloksissa liikuntaryhmien todettiin toimineen tärkeänä kuntoutuksen osana ja tukeneen mielenterveyskuntoutujien psyykkistä hyvinvointia. Kuntoutujat olivat myös kokeneet liikunnan harrastamisen tukevan heitä muillakin elämänalueilla. (Ruuskanen 2006).

Psyykkisten sairauksien osalta masennuksen hoidossa on liikunnan vaikuttavuudesta eniten tutkittua tietoa. Liikunnan on todettu nopeuttavan masennuksesta toipumista osana muuta hoitoa (Leppämäki 2006; Tammentie 2012, 11; Toikkanen 2012). Ryhmäliikuntaan osallistumisen kautta saatujen sosiaalisten kontaktien positiivisten mielialavaikutusten on myös katsottu olevan eduksi masennusoireiden lievittämisessä (Leppämäki 2006; Toikkanen 2012). Remksen vuoden 2013 pro gradu-tutkielman tuloksissa liikuntatuokioiden kohensivat nuorten masennusta kokevien aikuisten mielialaa ja he jaksivat paremmin liikuntatapaamisten avulla. Tässä tutkimuksessa havaittiin kuitenkin, ettei lyhyt liikunnan interventiojakso (13 viikkoa) vaikuttanut masennukseen pidemmällä aikavälillä.

Vuonna 2009 Mead, Morley, Campbell, Greig, McMurdo ja Lawlor kokosivat yhteen 25 tutkimusta ”Exercise for depression” -otsakkeen alle. Näissä tutkimuksissa oli depressio-diagnoosin saaneiden potilaiden hoidossa verrattu liikunnan vaikuttavuutta suhteessa muihin hoitoihin tai hoidottomuuteen. Mead ym. tekivät näiden tutkimusten perusteella huomion siitä, että liikunta tuntui vaikuttavan positiivisesti eli lieventävästi masennusoireisiin. Samalla he kuitenkin joutuivat toteamaan, ettei voida sanoa, kuinka tehokasta liikunnan vaikutus on tai mikä olisi tehokkain ja paras liikunnan muoto masennuksen hoitoon. Mead ym. totesivat tutkimusyhteenvedossaan, että liikunnan tulee todennäköisesti toteutua ja jatkua pidemmällä aikavälillä, jotta mielialavaikutukset säilyisivät. Samaa tutkimusta tarkensivat Cooney, Dwan, Greig, Lawlor, Rimer, Waugh, McMurdo ja Mead vuonna 2013, jolloin 37 vastaavaa tutkimustapausta otettiin mukaan katselmukseen liikunnan vaikutuksesta depression hoidossa. Tämän päivitystutkimuskatsauksen tulokset jättivät kysymyksiä edelleen siitä, mikä liikuntamuoto ja kuinka kauan tai useasti sitä tulisi harrastaa, jotta masennus parhaiten lieventyisi. Vuoden 2013 tutkimusyhteenvedon tuloksien perusteella Cooney ym. totesivat, ettei päästä selvään lopputulokseen siitä, auttaako liikunta parantamaan depressiopotilaiden elämänlaatua.

Vaikka ei aina tiedetä miten ja millä aikavälillä, tai millä muodoin ja keinoin liikunta mielen-terveyteen vaikuttaa, on todettu, että liikunnalla on mielenterveyteen positiivisia vaikutuksia. Liikunnan suurin merkitys saattaa olla psyykkisen oireilun ehkäisyssä (Partonen 2011, 509). Amerikan urheilulääketieteellisen yliopiston mukaan liikunta vähentää ahdistus- ja masennusoireita sekä lisää yleisen hyvinvoinnin kokemuksia (ACMS 2010, 10). Fyysinen aktiivisuus/liikunta voi suojata ahdistukselta sekä mahdollisesti vähentää riskiä sairastua masennukseen (Bäckmand 2006). Ahdistuksen hoidossa liikuntaa on suositeltu niin lyhytkestoisiin, kuin pitkän aikavälinkin ahdistusoireisiin (Partonen 2011, 508-510). Liikunta voi vähentää yleistynyttä ahdistuneisuutta sekä alttiutta paniikkikohtauksille sekä sen avulla elimistö voi luonnollisella tavalla purkaa kiihtymystilaansa (Bourne 2000, 79). Liikunta on myös stressinpurkukeino (Lahti 2006, 13). Liikunta voi olla tukemassa potilaan terveyden jäljellä olevaa osaa ja parhaimmillaan sillä onnistutaan kohottamaan mielialaa sekä voidaan saada hallinnan tunnetta omaan elämään (Kuusisto 2009, 41-42; Turhala & Kettunen 2006, 6). Liikunnan psykologiseksi hyödyiksi voidaan katsoa myös unettomuuden vähentyminen, keskittymiskyvyn ja muistin parantuminen sekä itsetunnon kohentuminen, kun on saanut tehtyä jotain ja voi olla itseensä tyytyväinen (Bourne 2000, 79). Liikunta voi olla eräs keino saada mielihyvän kokemuksia, jotka psykiatrisella potilaalla voivat olla hyvin vähissä (Kuusisto 2009, 42).

Viertö tutki Helsingin yliopistolla skitsofrenian ja psykoosisairauksien sekä toiminnallisten rajoitusten ja elämänlaatuun liittyvien tekijöiden välistä yhteyttä vuonna 2011. Hän totesi tutkimuksen tuloksissaan, että psykoosisairauksista skitsofreniaa sairastavilla oli heti skitsoafektiivista häiriötä sairastavien jälkeen huonoin elämänlaatu. Skitsofreniaa sairastavilla oli myös yleisväestöön verrattuna enemmän liikkumiskyvyn rajoituksia sekä huonompi lihasvoima. Tutkimuksessa jo nuorehkoilla skitsofreniaa sairastavilla oli itse ilmoitettuja liikkumiskyvyn rajoituksia, jonka vuoksi tutkimuksen tuloksissa hoitavien henkilöiden suositeltiin kiinnittävän huomiota potilaiden liikkumiskykyyn.

Stressin sietäminen tai tiedossa olevat stressaavat tilanteet ovat mielenterveysongelman miellelle haastavampia kuin terveelle ihmiselle. Liikuntalajeista muun muassa joogaa on suositeltu avuksi stressin hallintaan. Joogaharjoittelun on todettu lisäävän positiivisia psyykkisiä tuntemuksia, auttavan ahdistuneisuuteen, masennukseen ja uniongelmiin. Joogalla on todettu voivan olla hyötyä myös skitsofrenian hoidossa muuhun hoitoon yhdistettynä. (Balasubramaniam, Telles & Doraiswamy 2013; Keränen 2013.)

Joskus mielenterveystilanteen takia kehokin on aivan jumissa. Tällöin saattaa psykiatrisessa sairaalassa potilaan psykofyysiseen fysioterapiahoitoon kuulua hierontaa, jotta lihaksia saadaan rentoutettua. Jakonen tutki hierontaa psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä Lapin yliopistossa vuonna 2004. Tutkimustulokset olivat paljolti positiivisia. Fyysisten hyötyjen lisäksi Jakonen totesi hieronnalla olevan parantavaa vaikutusta mielialaan. Hierontaa saaneita

den potilaiden kokonaistoimintakyky parani, mikä näkyi muun muassa lisääntyneenä elinvoimaisuutena, liikunnan lisääntymisenä, rauhallisena yönä sekä tasapainoisempana olona.

Liikuntaa ei aina tuoda aktiivisesti esiin psykiatristen sairauksien hoitosuosituksissa. Käypä hoito-suosituksissa ainoastaan masennuksen kohdalla selkeästi suositellaan aina hoito- ja kuntoutuselementeiksi myös liikuntaa, ellei tähän ole lääketieteellisiä vasta-aiheita (Depression käypä hoito 2013). Skitsofrenian käypä hoito- suosituksessa mainitaan, että liikunta saattaa lievittää skitsofreniapotilaiden negatiivisia oireita ja olla avuksi positiivistenkin oireiden kanssa selviämässä (Skitsofrenian käypä hoito 2013). Skitsofrenian yhteyteen kuuluvat kuitenkin usein myös masennus ja ahdistus, joten liikunta voi näitä helpottamalla vaikuttaa myös itse skitsofrenian hallintaan. Liikunnalla voidaan harhauttaa myös omiin oireisiin, kuten kuulo- ja vainoharhoihin keskittymistä, jonka kautta voidaan saada hallinnan kokemusta ja ainakin hetkittäistä apua skitsofrenian oireisiin. (Ojanen 2006, 26.) Ruumiinkuvan hahmotukseen liittyvät psykofyysiset terapiat saattavat myös lievittää skitsofrenian negatiivisia oireita (Skitsofrenian käypä hoito 2013).

5 Psykiatrinen potilas

Psykiatrisessa sairaalahoidossa oli vuosien 2004 ja 2009 välisenä aikana vuosittain noin 32 000 potilasta. Vuonna 2009 määrä oli 30 621, joka väestöön suhteutettuna tarkoittaa noin 600 henkilöä 100 000 asukasta kohti vuodessa. Tämä käy ilmi Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksen raportista 6/2011. (Tuori 2011, 41.) Psykiatrinen potilas määritellään tässä opinnäytetyössä ensisijaisesti sairaalahoidossa olevaksi henkilöksi, jolla on jokin psykiatrinen hoitoa ja kuntoutusta vaativa sairaus.

Psykiatrisen potilaan hoito ja kuntoutus sairaalassa on nykyisellään jaoteltu potilaiden asuinalueiden ja osin psyykkisten sairauksien mukaan. Pääsääntöisesti Helsingin alueella asuvat saavat hoitoa Helsingissä Helsingin kaupungin psykiatrian tai HYKS*-psykiatrian osastoilla, Espoolaiset Jorvin psykiatrisilla osastoilla ja esimerkiksi Järvenpäässä asuvat HUS** Kellokosken sairaalassa. Kaikkia psykiatrisia sairauksia ei kuitenkaan hoideta joka paikassa, vaan esimerkiksi syömishäiriöiden hoitoon Helsingissä on erikoistunut HYKS Psykiatrian Syömishäiriökeskus. Itse hoito ja kuntoutus on pääsääntöisesti jaettu akuuttiin ja kuntouttavaan hoitoon. Lapsille, nuorille, aikuisille ja vanhuksille on myös omat palvelunsa. Avohoidon palvelut ovat nykyaikana psykiatrisen potilaan hoidon pääpainopiste ja sairaalahoidossa pyritään hoitamaan vain voinnin pahentumisen jaksot, sekä tarvittaessa pidemmät kuntouttavat jaksot jos lyhytaikaisesta hoidosta ei ole riittävästi apua (Isohanni, Suvisaari, Koponen, Kiesepää & Lönnqvist 2011, 127; Peiju 2006).

(*HYKS =Helsingin yliopistollinen keskussairaala, **HUS =Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri)

Psykiatrisen potilaan hoitoon sisältyy sairauden luonteesta riippuen erilaisia elementtejä. Akuutin ja kuntouttavan osastohoidon kesken on myös eroja, kuten nimetkin jo kertovat. Psykiatriassa huomioidaan potilaan kokonaisvointi eli psykofyysissosiaalinen kokonaisuus. Potilaan koko elämäntilanne ja kotiolot vaikuttavat oleellisesti hoitoon, joten nekin on tunnettava mahdollisimman hyvin. Perhe, omaiset ja muu potilaan verkosto ovat myös tärkeä osa potilaan hoitoa. (Peiju 2006.)

Hoidon perustana on aina hoitotiimi, johon kuuluvat psykiatri, sairaanhoitajia ja mielisairaanhoitajia/mielenterveyshoitajia, lähihoitajia, sosiaalityöntekijä sekä psykologi ja toimintaterapeutti. Hoidossa huomioidaan myös somaattiset sairaudet sekä fysioterapian ja liikunnanohjauksen tarve. Jokaiselle potilaalle tehdään yhteistyössä potilaan ja mahdollisuuksien mukaan myös avohoidon verkoston ja omaisten kanssa hoito- ja kuntoutussuunnitelma, johon huomioidaan potilaan yksilöllinen tilanne ja sen vaatimat hoito- ja kuntoutuselementit. Potilaalla on psykiatrisella osastolla yleensä nimetty hoitoryhmä tai vastuuhoitajat. Hoitoon/kuntoutukseen voi kuulua erilaisia asioita. Näitä on paljon, muun muassa lääkehoito, ryhmähoito, kahdenkeskiset hoitaja-potilas-keskustelut, lääkärin tapaamiset, psykoedukaatio*, päivätoiminta, aktiviteetit, lepo, yhteisöhoito, liikunta, ADL -taitojen** harjoittelu/ylläpitäminen, kotikäynnit, tutustumiset avohoidon päivätoiminta- ja asumiskuntoutuspalveluihin, sosiaalityöntekijän tapaamiset, psykologin ja toimintaterapeutin tapaamiset, yksilöllinen fysioterapia ja somaattisten sairauksien hoito. Psykiatrisen potilas voi olla myös fyysisesti huonossa kunnossa, jolloin omatoiminen peseytyminen tai syöminenkään ei onnistu täysin itsenäisesti. Tällöin näihinkin annetaan apua/tukea. (Kuhanen ym. 2010; Lönnqvist 2011, 45; Skitsofrenian käypä hoito 2013.)

(*Psykoedukaatio on ”potilasopetusta”, jonka avulla lisätään potilaan ja omaisten ymmärrystä psykiatrisesta sairaudesta ja sen hoidosta sekä opetetaan keinoja sairauden hallitsemiseen ja sen kanssa elämiseen. **ADL =active daily living, arjen elämisen taidot, kuten siivous, pyykinpesu, raha-asiat.)

Psykiatristen sairauksien kirjo on laaja, joten tässä ei ole mahdollista käsitellä kaikkia sairausdiagnooseja. Tämän opinnäytetyön aiheen kannalta masennus on sairaus, josta löytyy laadukasta tutkittua tietoa liikunnan ja sairauden oireiden lieventymisen yhteyksistä. Liikunnalla on kuitenkin todettu olevan vaikutusta myös ahdistukseen sekä mahdollisesti skitsofreniaan, joten on asianmukaista avata myös näitä käsitteitä lisää. Näistäkin löytyy tutkimustietoa, kuten edeltävässä tekstissä on tullut esiin.

5.1 Masennus

Vuoden aikana masennustilasta kärsii noin viisi prosenttia suomalaisista (Depression Käypä hoito 2013). Erilaiset masennustilat ovatkin eräs yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä (Lönnqvist 2011, 54). Masennus on syytä erottaa alakuloisuudesta. Vaikka puhekielessä ihmisen latistuneesta mielentilasta tai alavireisyydestä käytetäänkin usein sanaa masennus, mer-

kitykset eivät ole yhteneviä. Psykiatrian luokituskäsikirjassa (ICD-10) masennus määritellään näin: ”Masennustilassa henkilö kärsii mielialan laskusta sekä tarmon ja toimeliaisuuden puutteesta. Kyky nauttia asioista ja tuntea niihin mielenkiintoa on heikentynyt. Pienikin ponnistus johtaa uupumukseen.” Masennus on sairaus, joka pahimmillaan voi tuntua jatkuvalta ja päättymättömältä tuskatilassa elämiseltä, jolloin eläminen ja elossa oleminen menettävät merkityksensä (Romakkaniemi 2011, 34). Pahimmillaan tällainen hoitamaton pahan olon tila johtaa itsemurhaan. Masennukseen voi liittyä myös psykoosioireita, jolloin henkilön on entistä vaikeampi nähdä omaa tilannettaan objektiivisesti sairaustilana, johon on mahdollista ajan ja oikean lääkityksen sekä hoidon myötä saada apua. Masennukseen liittyykin useasti näköalattomuus, vaikeus nähdä pahan olon yli tulevaan mahdolliseen parempaan oloon. Tärkeää masennuksen hoidossa on saada potilasta irti tästä eräänlaisesta ”usvatilasta”, auttaa häntä näkemään alkuun elämän pieniä positiivisia asioita, joista voisi saada hyvää oloa. Masentunutta on myös tärkeää kuunnella, antaa potilaan puhua olostaan. Joskus jo se voi auttaa, että saa ymmärrystä osakseen ja potilas huomaa, että hänestä välitetään ja häntä yritetään auttaa.

Lääkehoito on usein tarpeen masennuksen pahimpien oireiden lievittämiseksi, mutta yksinään se ei riitä. Kuten edellä on mainittu, liikunta on tärkeä osa masentuneen hoitoa. Psykoedukaatio, ajan antaminen, kannustaminen, motivointi, vastavuoroinen keskustelu, toivon ylläpitäminen, läsnäolo ja koskettaminen (vaikka vain pieni olalle taputus) ovat elementtejä, joita masentuneen potilaan hoidossa on hyvä huomioida (Kuhanen ym. 2010, 208). Masentuneella voi vuorokausirytmiksi olla sekaisin joko liiallisen nukkumisen tai univaikeuksien takia. Rytmien normalisoiminen kuuluu myös hoitoon. Mielekäs tekeminen, arjen askareista ja rutiineista kiinni pitäminen, hygienian hoitaminen, rentoutuminen ja ravinto ovat myös tärkeitä hoidon ja kuntoutuksen elementtejä masennuksen kokonaisuudessa (Kuhanen ym. 2010, 206-210). Monesti potilaalla voi olla myös taloudellisia huolia, laskuja on esimerkiksi jäänyt maksamatta masennuksen takia ja tähänkin tarvitaan apua (Kuhanen ym. 2010, 209). Yksilöterapia (kognitiivinen, interpersoonallinen tai psykodynaaminen psykoterapia) voi olla hyvä keino saada selkeyttä masennuksen taustalla oleviin asioihin (Isometsä 2011, 181; Depression käypä hoito 2013). Masennuksen ymmärryksen kautta oloa voidaan saada paremmin hallintaan pitempää aikaväliä ajatellen. Yleisimmin intensiivinen keskusteluterapia aloitetaan vasta osastohoidon jälkeen avohoidossa. Ensijainen hoitomuoto psykoottiseen masennukseen on Depression Käypä hoito-suosituksen mukaan sähköhoito (ECT=electroconvulsive therapy).

Masennusoireita voi liittyä myös muihin psyykkisiin sairauksiin, kuten skitsofreniaan. Hyvän hoidon takaamiseksi on tärkeää selvittää, mihin masentuneisuus liittyy, mistä se ehkä on saanut alkunsa ja kuinka kauan sitä on esiintynyt. Potilaan mahdollinen alkoholin ja päihteiden käyttö on tärkeää huomioida. Alkoholin ongelmakäyttöä esiintyy 10-30 prosentilla masentuneista. Masennuksen asteen arvioinnissa ja masennusoireiden selvittelyssä voidaan käyttää

apuna erilaisia kaavakkeita, yleisimpänä näistä Beckin masennustesti (BDI =Beck depression inventory). (Kuhanen ym. 2010, 204-210.)

5.2 Ahdistus

Ahdistus voi kuulua oireena useaankin psyykkiseen sairauteen tai se voi pahimmillaan muodostaa oman sairautensa (Huttunen 2013a). Ellei ahdistuneisuuteen liity psykoottisia oireita tai vakavaa masennustilaa, voi olla kyse yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä tai jostain muusta ahdistuneisuushäiriöstä (Huttunen 2013b). Ahdistuneisuushäiriöt kuuluvat Psykiatrian luokituskäsikirjan (ICD-10) pääluokkaan ”Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt”. Erilaisia ahdistuneisuushäiriöitä ovat muun muassa paniikkihäiriö, julkisten paikkojen pelko, määräkohteinen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireinen häiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö sekä tarkemmin määrittämätön ahdistuneisuushäiriö. (Lönngqvist 2011, 55.) Otan tässä opinnäytetyössä esiin ahdistuneisuuden oireena, jota esiintyy lähes kaikissa psykiatrisissa sairaustiloissa sekä sairausdiagnoosin muodossa yleisenä ahdistuneisuushäiriönä.

”Ahdistuneisuudella tarkoitetaan pelonsekaista tai huolestunutta tunnetilaa, johon liittyy osin tietoinen tai tiedostamaton huoli jostain nykyhetkeen tai tulevaisuuteen liittyvästä tapahtumasta” (Huttunen 2013b). Ihmisen kyky tuntea ahdistusta ja pelkoa on lähtökohtaisesti terve ominaisuus. Ahdistuksen ja pelon tunteet voivat kertoa ihmiselle uhkaavasta tilanteesta tai vaarasta. Toiminta- ja vuorovaikutuskykyä heikentäessään ahdistuneisuus voi kuitenkin olla jo psykiatrisen sairauden oire. Voimakas ahdistuneisuus voi psykiatriseen sairauteen tai päihteiden käyttöön liittyen pahimmillaan saada aikaan kauhunomaisen ja lamaavan pelon tunteen hajoamisesta, kuolemista tai yksinjämisestä. Tällaista potilasta autettaessa on tärkeää ymmärtää ahdistuksen luonne, jotta potilaan sietämätöntä ahdistuneisuutta tai pelon tunteita ei väheksytä tai mitätöidä. Ahdistusta voidaan hoitaa erilaisten psykoterapioiden sekä lääkeshoidon avulla. Rungas päihteiden käyttö pahentaa ahdistuneisuutta. (Huttunen 2013b.)

Ihmistä noin viisi prosenttia kärsii yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä jossain vaiheessa elämäänsä. Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä henkilön ahdistus on jatkuvaa ja liiallista elämäntilanteeseen nähden. Ahdistus ja huoli useista eri asioista ovat kestäneet vähintään kuusi kuukautta. Oirekuvaan liittyy tällöin usein myös jatkuvaa sisäistä jännittyneisyyttä, keskittymisvaikeuksia, väsymystä, univaikeuksia, levottomuutta, ärtyneisyyttä ja lihaskäntytystä. Ahdistuneisuus ei myöskään ole tällöin tiettyyn tilanteeseen sidottua eikä kohtauksellista. Kyseessä on krooninen ja toimintakykyä rajoittava sairaus, johon yleensä tarvitaan lääkehoidoa. Yleistynyt ahdistuneisuus on hyvin monimuotoinen häiriö, jonka syitä ei tarkkaan tiedetä. Sitä voi myös esiintyä samanaikaisesti jonkin muun psykiatrisen sairauden kanssa. (Huttunen 2013b; Koponen & Lepola 2013; Lönngqvist 2011, 56.)

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito perustuu häiriön tarkempaan jäsentelyyn, potilaan tunteiden erittelyyn ja tiedon lisäämiseen sekä sairaustilanteen helpottamiseen. Lääkehoitona käytetään yleisimmin masennuslääkkeitä. Erilaiset psykoterapeuttiset menetelmät, kuten kognitiivinen terapia, ovat myös käytettyjä hoitomuotoja. Potilaalle suositellaan yleensä liikuntaa, säännöllistä päivätoimintaa, ohjataan säännölliseen unirytmiiin sekä kehoitetaan välttämään liiallista kofeiinipitoisten juomien nauttimista. Alkoholin liikakäyttö, tupakointi ja runsas kahvin juominen lisäävät ahdistusoireiden voimakkuutta. (Huttunen 2013b; Koponen & Lepola 2013.)

5.3 Skitsofrenia

Skitsofrenia on vakava ja monimuotoinen psykoosisairaus, joka puhkeaa yleensä nuorella aikuisiällä 20-30 ikävuosien tienoilla. Skitsofrenia on psykoosisairauksista yleisin. Noin yksi prosentti ihmisistä sairastuu elinaikanaan skitsofreniaan. Kyseessä on sairaus, joka vaikuttaa häiritsevästi kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Sairauden puhkeamiseen vaikuttavat perimä ja ympäristötekijät. Yleisesti katsotaan, että yksi altistava tekijä skitsofrenian puhkeamiselle on varhainen keskushermoston kehityshäiriö. Skitsofrenialle ovat tyypillisiä toistuvat psykoosijaksot, jonka vuoksi tarvitaankin usein pysyvää psykoosilääkitystä. Varhaisella tunnistamisella ja hoidon nopealla aloittamisella voidaan sairauden ennustetta parantaa. Vaikeasti tunnistettavia ennako-oireita ovat usein toimintakyvyn aleneminen, masentuneisuus, ahdistus ja kouluvaikeudet. Sairaus puhkeaa sisäisen tai ulkoisen stressin seurauksena siihen alttiilla henkilöillä. Aikuistumiseen tai parisuhteeseen liittyvät vaikeudet sekä huumausaineiden, kuten kannabiksen käyttö, voivat olla sairastumisen laukaisevan stressin taustalla. (Isohanni ym. 2011, 70; Huttunen 2013c; Riikola, Salokangas & Laukkala 2013; Perttula 2013, 36-37; Skitsofrenian käypä hoito 2013, 2.)

Skitsofrenian oireet jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Ensin mainittuja ovat erilaiset aistiharhat, harhaluulot, puheen sekä käyttäytymisen hajanaisuus ja jälkimmäisiä ovat muun muassa tunneilmaisun latistuminen, tahdottomuus ja puheen köyhtyminen. Keskeisinä hoito- ja kuntoutuskeinoina ovat lääkehoidon lisäksi oireidenhallintaryhmät, sosiaalisten taitojen ja arkielämän harjoittelu, psykoedukaatio, kognitiivis-behavioraalinen ryhmä- ja yksilöterapia sekä ammatillinen kuntoutus. Skitsofrenian käypä hoito-suosituksen päivityssisällössä todetaan, että kognitiivis-behavioraalilla terapialla saattaa olla mahdollista siirtää psykoosin puhkeamista ja vähentää esiintyviä psykoottisia oireita. Psykoosin uusiutumisen ennakointi, tunnistaminen ja ehkäisy ovat hoidossa keskeisiä asioita. Riskipotilailla psykoosilääkitys voi siirtää psykoottisen häiriön puhkeamista. On myös viitettä siitä, Omega-3-rasvahappojen käytöllä saatetaan osaltaan vaikuttaa siihen, että psykoosin puhkeaminen siirtyy. Ryhmämuotoista, tavoitteellista hoitoa suositellaan käytettäväksi esimerkiksi terveiden elintapojen edistämiseksi. Vertaisryhmät, musiikki- ja kuvataideterapiat, psykiatrinen fysioterapia ja psykofyy-

siset (body-oriented) terapiat, perheinterventiot, erilainen päivätoiminta ja kognitiiviset kuntoutusohjelmat, kuten CRT (=kognitiivinen remediaatioterapia) sekä asumiskuntoutus voivat kuulua skitsofreniapotilaan hoito- ja kuntoutusohjelmaan. Liikuntaa voidaan käyttää lisähoitona. Hoitoresistenteille potilaille voi myös sähköhoidosta psykoosilääkehoitoon liitettyä olla hyötyä. Skitsofrenian hoito koostuu aina useista tekijöistä. Yksinään ei mikään edellä mainituista ole riittävää. (Isohanni ym. 2011, 70, 127-128; Skitsofrenian käypä hoito 2013, 16-20; Skitsofrenian käypä hoito päivitys 2013.)

Skitsofrenian hoito tapahtuu pääsääntöisesti avohoidossa. Sairaalaan tullaan, kun kyseessä on sairauden puhkeaminen tai pahentunut sairausvaihe, jolloin avohoidon mahdolliset tukitoimet, kuten psykiatrinen kotisairaanhoido, eivät enää ole riittäviä. Pahat psykoosioireet voivat aiheuttaa potilaalle pelokkuutta, aggressiivisuutta sekä arvaamatonta tai itsetuhoista käytöstä, jolloin potilaan hoitoa voidaan joutua toteuttamaan vastentahtoisessa hoidossa. (Isohanni ym. 2011, 127-128; Skitsofrenian käypä hoito 2013.)

Skitsofreniaa sairastavilla on usein myös runsaasti somaattisia sairauksia, varsinkin sydän- ja verisuonitauteja sekä aineenvaihduntasairauksia, kuten rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Metabolinen oireyhtymä on myös yleinen. Skitsofreniaa sairastavan liikkuminen voi olla hyvin vähäistä ja jotkut psykoosilääkitykset lisäävät ruokahalua aiheuttaen painon runsastakin nousua. (Skitsofrenian käypä hoito 2013, Skitsofrenian käypä hoito päivitys 2013.) Liikunta on hyvä siis jo pelkästään somaattisen tilanteen takia liittää hoito-ohjelmaan. Diabeteksen ja skitsofrenian sekä liikunnan yhteyksiä ovat tutkineet vuonna 2013 Vancampfort, De Hert, Sweers, De herdt, Detraux ja Probst. Heidän tutkimuksessaan todettiin diabetesta sairastavien skitsofreniapotilaiden liikkuvan vähemmän kuin skitsofreniapotilaiden joilla ei ollut diabetesta. Diabeteksen lisätaakan todettiin tutkimuksen tuloksissa voivan olla lisäriski skitsofreniapotilaan liikkumiskyvyn suhteen.

Erilaiset päihteet ja alkoholin käyttö on aina myös tarpeen huomioida skitsofreniaa sairastavalla riskitekijöinä ja hoitoa mahdollisesti hankaloittavina tekijöinä. Joka neljännellä skitsofreniaa sairastavalla potilaalla on alkoholiongelmia elämänsä aikana ja joka neljäs on kannabiksen väärinkäyttäjää. (Skitsofrenian käypä hoito 2013.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tutkimus tehtiin Suomen mielenterveysseuran Mielenterveysalan liikunnan koordinointi ja kehittämishankkeessa. Suomen Mielenterveysseura puolestaan toimii yhteistyössä opetus- ja kulttuuriministeriön kanssa alan liikuntatoimen kehittämiseksi. Opinnäytetyöllä oli näin ollen kartoitusluontoinen tehtävä ajankohtaisen tiedon hankkimiseksi psykiatristen sairaaloiden aikuispotilaiden liikunnanohjaukseen liittyen. Tietoa haluttiin ohjaajien

näkökulmasta. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka paljon liikunnanohjaajia ja fysioterapeutteja työskentelee Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa, millaista liikunnanohjaus on näissä sairaaloissa sekä mitkä ovat liikunnanohjauksen kehittämishaasteet Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa. Uudenmaan psykiatriset sairaalat sekä psykiatrisia osastoja sisältävät sairaalat ja niissä työskentelevien liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien määrä kartoitettiin taustaselvityksenä. Tammikuussa 2014 kartoitettiin myös Uudenmaan kunnat, koska uusien meneillään olevien tai jo tapahtuneiden kuntaliitosten takia tilanne ei ollut aivan selvä.

Tavoitteena oli saada 1-10 liikunnanohjaajaa/fysioterapeuttia jokaisesta psykiatrisesta sairaalasta tai psykiatrisia osastoja sisältävästä sairaalasta vastaamaan kyselyyn, jotta saataisiin riittävästi tietoa käsiteltäväksi. Kyselyn tavoitteena oli saada tietoa muun muassa siitä, mitä ovat liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien työtehtävät psykiatristen potilaiden liikunnanohjauksessa, millaista liikunnanohjaus- ja fysioterapiatoimintaa on tarjolla, miten potilaat ohjautuvat liikunnanohjaukseen ja fysioterapiaan, mitä ovat syyt liikunnanohjaukseen, mitä tavoitteita liikunnanohjauksessa asetetaan ja miksi ehkä jotkut potilaat eivät saa liikunnanohjausta.

7 Tutkimusaineisto ja analyysimenetelmät

Liikunnanohjauksen kysely suoritettiin 18.3.14 ja 22.4.14 välisenä aikana heti tarvittavien tutkimuslupien myöntämisen jälkeen. Luvat tarvittiin kolmelta eri taholta: HUS, Helsingin kaupunki ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä, jolloin lupien myöntämisaikataulut vaikuttivat siihen, ettei kaikkiin yksiköihin saatu kyselyitä toimitettua samaan aikaan. Opinäytetyön tutkimuskysely suoritettiin seuraavissa psykiatrisissa sairaaloissa ja psykiatrisia osastoja sisältävissä sairaaloissa: Kellokoski, Paloniemi, Tammiharju, Psykiatriakeskus, Peijas, Jorvi, Aurora ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijän keskussairaala ja psykiatriset osastot sijaitsevat Lahdessa, mutta otettiin mukaan tähän tutkimukseen siksi, että Uudenmaan kunnista Pukkilan ja Myrskylän asukkaat kuuluvat heidän palveluidensa piiriin. Tuloksissa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä on siis laskettu Uudenmaan palveluksi, vaikkei se sijaitsekaan Uudellamaalla. Porvoon sairaala jäi tutkimuksen ulkopuolelle, koska puhelintiedustelun perusteella heillä ei ollut tarjolla psykiatrisille potilaille omaa liikunnanohjausta tai fysioterapiaa. Lasten- ja nuorten psykiatria jätettiin myös tutkimuksen ulkopuolelle.

Kyselylomakkeet (yhteensä 35 kappaletta: 25 fysioterapeuttia ja 10 liikunnanohjaajaa) lähetettiin Auroraa ja Psykiatriakeskusta lukuun ottamatta postitse, mukana saatekirje sekä vastauskuori. Kyselyt toimitettiin kaikille psykiatristen aikuissairaalapotilaiden kanssa työtä tekeville liikunnanohjaajille ja fysioterapeuteille. Kyselyyn vastattiin nimettömänä. Auroran sairaalaan ja Psykiatriakeskukseen toimitettiin kyselyt henkilökohtaisesti näiden sijainnin

mahdollistaessa tämän. Näin mahdollistettiin myös pikaisempi vastausten saaminen, kun suurin osa liikunnanohjaajista ja fysioterapeuteista vastasi kyselyyn saman tien. Tällöin oli myös mahdollisuus samalla kertoa kyselyn tarkoituksesta. Vastausten käsittelystä ilmoitettiin tiedoksi, että eri sairaalayksiköiden tuloksia ei eritellä. Tämän oli tarkoitus osaltaan mahdollistaa vapaampi vastaaminen kyselyyn.

Postitse lähetetyt kyselyt osoitettiin suoraan liikunnanohjaajille ja fysioterapeuteille nimillä. Nimitiedot oli saatu osin Suomen mielenterveysseuran yhdyshenkilö Turhalalta, osin selvitetiin itse puhelimitse/tekstiviestien kautta ja sähköpostilla suoraan psykiatrisilta osastoilta, sairaaloiden neuvonnoista, tai jo tiedettyjen liikunnanohjaajien/fysioterapeuttien kautta. Suoraan nimitiedoilla lähettämällä haluttiin varmistaa paremmin kyselyiden perille saapuminen. Saatekirjeessä mainittiin mahdollisuus siihen, että vastaaja saattoi halutessaan jättää sähköpostiosoitteensa valmiin opinnäytetyön toimittamiseksi henkilökohtaisesti vastaajalle. Tutkimuslupiin oli sovittu, että tulokset lähetetään vastanneisiin yksiköihin. Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksista oli etukäteen sovittu myös, että tarpeen mukaan ne esitellään jossain Suomen mielenterveysseuran tapahtumassa. Auran fysioterapian tutkimuslupaehtoihin kuului myös valmiin työn esittäminen esimerkiksi osastotunnilla.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa vastaukset käsiteltiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä (Kananen 2008, 20-21; Eskola & Suoranta 2005, 19). Laadullinen menetelmä valittiin, koska haluttiin kuvailevaa tulosta eikä niinkään vertailtavia lukuja. Tulosten tulokinnassa käytettiin osin myös kvantitatiivisia elementtejä (prosenttilukuja), muun muassa helpottamaan vertailemista aiempaan, Turhalan vuonna 2006 tekemään tutkimukseen (Kananen 2008, 28-29). Kaikki vastaukset (yhteensä 26 liikunnanohjaajaa/fysioterapeuttia) ensin litteroitiin eli kirjattiin ylös sellaisinaan. Tämän jälkeen vastaukset suoraan ryhmiteltiin sekä kategorioitiin alakategoriaan ja yläkategoriaan. Kyselylomakkeessa oli yhteensä 11 avointa kysymystä sekä taustatieto-osio. Kyselyn kysymyskohdat 1-8 muodostivat vastauksen tutkimuskysymykseen 2 (Mitä liikunnanohjaus on Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa/psykiatrisilla potilaille?) ja kyselyn kysymyskohdista 9-11 saatiin vastauksia tutkimuskysymykseen 3 (Mitä ovat liikunnanohjauksen kehittämishaasteet Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa?). Tutkimuskysymyksen 1 (Kuinka paljon liikunnanohjaaja/fysioterapeutteja työskentelee Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa?) osalta kartoitus tehtiin pääosin 2014 tammi-maaliskuun aikana tutkijan toimesta.

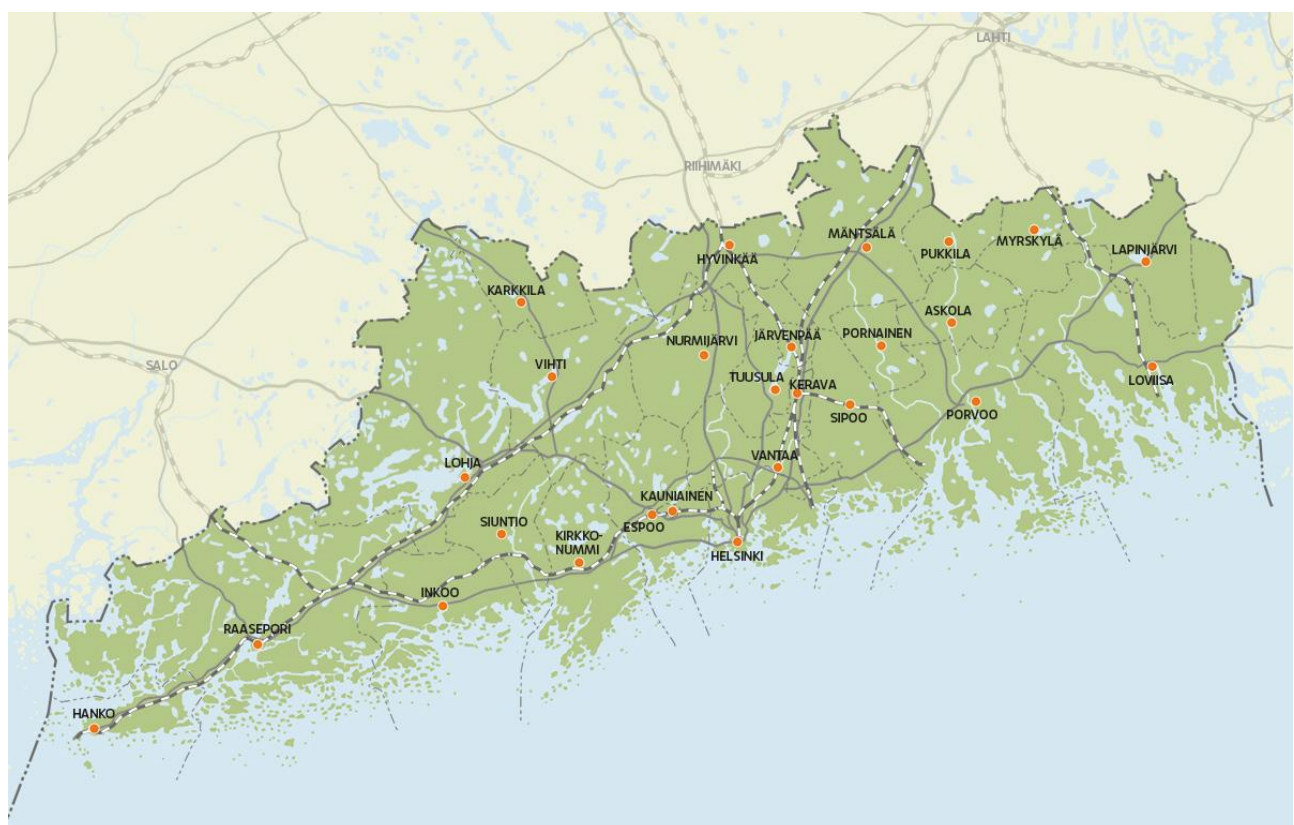
8 Tulokset

Liikunnanohjauksen ja fysioterapiatoiminnan kyselyyn vastasi yhteensä 26 liikunnanohjaajaa/fysioterapeuttia. Vastaajia saatiin tavoiteltu määrä. Vastausprosentiksi kertyi näin ollen 74, josta voidaan päätellä tutkittavien otos kattavaksi. Fysioterapeutteja oli vastanneista

enemmistö 69 prosenttia ja liikunnanohjaajia 31 prosenttia. Tämä luku oli melko samassa suhteessa lähetettyihin/paikan päälle toimitettuihin kyselyihin. Liikunnanohjaajiin kuuluvaksi luettiin myös yksi mielenterveyshoitajan koulutuksella liikunnanohjausta tekevä työntekijä. Tämä tehtiin anonymiteetin säilyttämiseksi. Myös toisella liikunnanohjaajalla oli lisäksi mielenterveyshoitajan koulutus. Tuloksista kävi ilmi, että osalla hoitohenkilökunnasta oli myös lisäkoulutusta, kuten psykoterapia- tai tanssiterapiakoulutusta. Taustatiedoissa ei esiintynyt muita ammattinimikkeitä, vaikka ennakkoon oli tiedossa, että osa liikunnanohjaajista käyttää liikuntaterapeutin nimitystä työssään. Kaikista sairaalayksiköistä saatiin vastauksia.

8.1 Tutkimuskysymys 1: Kuinka paljon liikunnanohjaajia ja fysioterapeutteja työskentelee Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa?

Tammikuussa 2014 kartoitettiin ensin kuntatilanne Uudellamaalla, jotta voitiin lähteä selvittämään mitä sairaaloita kuuluu Uudenmaan piiriin. Uudenmaan kunnat (26kpl) ovat: Hanko, Raasepori, Inkoo, Lohja, Siuntio, Karkkila, Vihti, Kirkkonummi, Espoo, Kauniainen, Nurmijärvi, Hyvinkää, Järvenpää, Tuusula, Kerava, Vantaa, Helsinki, Sipoo, Pornainen, Mäntsälä, Askola, Pukkila, Porvoo, Myrskylä, Loviisa ja Lapinjärvi. (kuva 1) Kuntaselvityksen jälkeen kartoitettiin psykiatriset sairaalat ja sairaalat, joissa oli psykiatrisia osastoja sekä niiden liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien määrä. Tulokset on esitetty taulukoissa 1-3.



Kuva 1: Uudenmaan kunnat 1/2014

Uudenmaan psykiatriset sairaalat	Liikunnanohjauksen/fysioterapian ammattilaiset
Auroran sairaala (Helsingin kaupunki)	9 fysioterapeuttia 2 liikunnanohjaajaa
Psykiatriakeskus/Helsingin ja vanhuspsykiatrian klinikkaryhmä (HYKS)	5 fysioterapeuttia 1 liikuntaterapeutti
Kellokosken sairaala (HUS)	3 fysioterapeuttia 2 liikuntaterapeuttia 1 ohjaaja
Paloniemen sairaala (HUS)	1 fysioterapeutti 1 liikuntaterapeutti
Tammiharjun sairaala (HUS)*	1 fysioterapeutti 1 kuntohoitaja 2 liikuntaterapeuttia
*Virallisesti nykyään: Länsi-Uudenmaan sairaala: Tammiharjun alue (psykiatriset osastot)	

Taulukko 1: Uudenmaan psykiatriset sairaalat ja liikunnanohjauksen/fysioterapian ammattilaiset

Uudenmaan sairaalat, joissa psykiatrisia osastoja	Liikunnanohjauksen/fysioterapian ammattilaiset
Peijas/Peijaksen klinikkaryhmä (HYKS)	2 fysioterapeuttia
Jorvi/Jorvin klinikkaryhmä (HYKS)	2 fysioterapeuttia
Porvoon sairaala (HUS)	0

Taulukko 2: Uudenmaan sairaalat, joissa psykiatrisia osastoja ja liikunnanohjauksen/fysioterapian ammattilaiset

Uudenmaan ulkopuolinen sairaala, jossa psykiatrisia osastoja (Uudenmaan kunnista Pukkila ja Myrskylä käyttävät palveluita)	Liikunnanohjauksen/fysioterapian ammattilaiset
Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveysyhtymä	2 fysioterapeuttia

Taulukko 3: Uudenmaa ulkopuolinen sairaala, jossa psykiatrisia osastoja ja liikunnanohjauksen/fysioterapian ammattilaiset

Psykiatriset sairaalat/psykiatrisia osastoja sisältävät sairaalat selvitettiin Internet-sivujen kautta. Joitain tarkennustietoja pyydettiin tekstiviestien ja sähköpostin avulla esimiehiltä muun muassa HYKS ja HUS sairaaloiden osalta. Porvoon sairaalassa todettiin olevan psykiatri-

sia osastoja, mutta puhelintiedustelussa selvisi, ettei heillä ole kummallakaan psykiatrisella osastolla potilaille omaa kohdennettua liikunnanohjausta tai fysioterapiaa. Sijainniltaan Uudenmaan ulkopuolisena edustajana Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveystyöntekijä otettiin opin- näytetyön tutkimukseen mukaan, koska Itä-Uudenmaan kunnista Myrskylän ja Pukkilan asukkaat kuuluvat sen hoidon piiriin.

Fysioterapeutteja oli kartoituksen mukaan selvästi enemmän kuin liikunnanohjaajia. Liikunnanohjaajiin sisällytän tässä myös liikuntaterapeutin ja kuntohoitajan sekä ohjaajan nimikkeet. Nimiketiedot kartoitettiin pääosin puhelimitse erilaisin soittoketjuin soittamalla muun muassa sairaaloiden neuvontoihin, psykiatrisille osastoille ja psykiatristen fysioterapioiden apulaisosastonhoitajille/osastonhoitajille. Ainoastaan Kellokoskella, Aurorassa ja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijällä oli suoraan Internet-sivuilta pääsy psykiatrisen fysioterapian sivuille. Muiden osalta ei Internet-sivuilta yleensä edes käynyt ilmi mitenkään, että sairaaloissa on psykiatrisille potilaille omaa liikunnanohjaus- ja fysioterapiatoimintaa. Loput tiedoista saatiin tekstiviestien kautta ja sähköpostilla sekä osa Suomen mielenterveysseuran yhdyshenkilö Turhalan kautta. Kartoituksen mukaan Uudenmaan aikuispsykiatristen sairaalapotilaiden liikunnanohjauksessa ja fysioterapiatoiminnassa toimii yhteensä 10 liikunnanohjaajaa ja 25 fysioterapeuttia. Vaikka lasten- ja nuorten psykiatria jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle, kävi selväksi, että osa työntekijöistä toimii useamman ikäisten potilaiden parissa, joten lasten- ja nuorten psykiatrisen liikunnanohjauksen ja fysioterapian osaamistakin mahtuu joukkoon. Kävi myös ilmi, että liikunnanohjauksen ja fysioterapian henkilöstö ohjaa sairaalasta käsin sekä sairaalan että avohoidon psykiatrisia potilaita.

Sairaalakartoituksen mukaan potilaat käyttävät psykiatrisen sairaalapalveluita pääsääntöisesti seuraavasti (taulukko 4):

Sairaalat	Kunnat, joiden alueilta potilaat pääsääntöisesti käyttävät palveluita
Aurora	Helsinki
Psykiatriakeskus	Helsinki, Vantaa, Espoo, Kerava, Kirkkonummi, Kauniainen
Kellokoski	Hyvinkää, Tuusula, Nurmijärvi, Järvenpää, Mäntsälä
Paloniemi	Lohja, Karkkila, Vihti, Siuntio
Tammiharju	Hanko, Raasepori, Inkoo
Peijas	Vantaa, Kerava
Jorvi	Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi
Porvoo	Lapinjärvi, Loviisa, Porvoo, Askola, Pornainen, Sipoo

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät	Pukkila, Myrskylä (Uudenmaan alueelta)
---	--

Taulukko 4: Sairaalat ja kunnat

Hoitopaikkaan vaikuttaa asuinsijainnin mukaan aina myös se, minkälaisesta tilanteesta ja sairaudesta on kyse. Potilaan äidinkieli voi myös vaikuttaa asiaan. Esimerkkinä HYKS:n vanhuspsykiatrian yksikkö palvelee helsinkiläisiä, iäkkäitä vakavasta mielenterveyshäiriöstä kärsiviä potilaita ja/tai vanhuspotilaita, joiden tutkimus ja hoitaminen edellyttävät moniongelmaisuuden takia vanhuspsykiatriaerikoistunutta hoitoympäristöä. Kohdennetusti ruotsinkielistä hoitoa tarjoaa Psykiatriakeskuksen ruotsinkielinen osasto. Tammiharjun sairaalassakin hoidetaan joskus helsinkiläisiä potilaita ruotsinkielisyyden takia.

8.2 Tutkimuskysymys 2: Mitä liikunnanohjaus on Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa ja psykiatrisilla potilailla?

Liikunnanohjaus on kyselyn perusteella osaavien ammattilaisten käsissä. Vastaajista 69 prosenttia oli fysioterapeutteja ja 31 prosenttia liikunnanohjaajia. Vastauksia saatiin kaikista sairaalaysiköistä, 1-9 kappaletta yksikköä kohden. Eniten vastauksia saatiin Aurorasta ja Psykiatriakeskuksesta sekä Kellokoskelta, joissa olikin etukäteistiedon mukaan eniten henkilökuntaa. Työntekijät olivat tehneet töitä nykyisessä työpaikassaan vähimmillään alle kuusi kuukautta ja enimmillään yli 21 vuotta. Puolet työntekijöistä oli tehnyt töitä nykyisessä työpaikassaan yli 11 vuotta. Miehiä vastanneista oli 23 prosenttia ja naisia 77 prosenttia. Nuorimmat vastaajat olivat iältään 20-30-vuotiaita ja iäkkäämmät yli 61 vuotta. Pääsääntöisesti vastaajat sijoittuivat iältään vuosien 31 ja 60 välimaastoon. Suurin ikäryhmä vastaajista sijoittui vuosien 41 ja 50 välille, joka oli 38 prosenttia kaikista vastaajista. Työntekijöistä vakituudessa toimessa oli 81 prosenttia, määräaikaisessa toimessa 11 prosenttia ja alle kuuden kuukauden sijaisuutta teki kahdeksan prosenttia työntekijöistä.

Mistä liikunnanohjaus psykiatrisissa sairaaloissa muodostuu? Kyselytutkimuksen perusteella erilaisten liikunta- ja fysioterapiaryhmien ohjaaminen muodostaa suurimman osan liikunnanohjauksesta. Tämän lisäksi on yksilöohjausta. Fysioterapeuttien vastauksista kävi ilmi, että heidän vetämänsä fysioterapian ryhmät sisältävät vain osittain liikunnanohjauksellisia piirteitä, mutta heidänkin työhönsä liikunnanohjausta sisältyy. Lisäksi he joskus sijaistavat liikunnanohjaajien yleensä vetämiä liikuntaryhmiä. Kyselyssä kysyttiin myös fysioterapiatoiminnasta, vaikka pääpaino kohdentuikin liikunnanohjaukseen. Kysyttäessä millaista liikunnanohjausta potilaille on tarjolla, miten ohjautuvat liikunnanohjaukseen, mistä tulevat liikunnanohjaukseen, miksi tulevat, mitä tavoitteita asetetaan, miten jatkuvuus huomioidaan ja minkälainen liikuntatoiminta olisi psykiatriselle potilaalle sopivaa, liikunnanohjaajat ja fysioterapeutit olivat vastauksissaan samansuuntaisia. Lisäksi fysioterapeuteilta saatiin tietoa kohden-

netummasta fysioterapiatoiminnasta, muun muassa kehotietoisuuden vahvistamiseen, erilaiseen oirehallintaan, rentoutumiseen ja syömishäiriön hallintaan tähtäävästä toiminnasta. Liikuntaneuvonta, eli erilaisen informaation antaminen ja esimerkiksi liikuntaa ja hyvinvointia tukevan terveystiedon välittäminen potilaille, tuli myös esiin vastauksissa.

Kaiken kaikkiaan yhteenlaskettuna liikuntaryhmiä ja fysioterapiaryhmiä Uudenmaan alueella ohjataan aihealueiltaan erittäin kattavasti. Vastauksista löytyi yhteen kerättynä 49 erilaista ryhmämuotoista toimintaa, joista osa oli avoimia ryhmiä, osa osastokohtaisia, osa suunnattu pääsääntöisesti avohoidon potilaille ja osa sairaalapotilaille sekä osiin ryhmistä tultiin lähetteen kautta. Kaikkien vastaajien vastauksissa liikuntaryhmistä eniten vastauksissa esiintyvät kuntosaliryhmä (69 %), venyttely/rentous-ryhmät (65 %), uinti- ja vesiliikuntaryhmät (46 %), sauvakävelyryhmä (42 %), erilaiset pallolajiryhmät (38 %) sekä jumpparyhmät (23 %). Fysioterapeuttien pitämistä fysioterapiaryhmistä eniten vastauksissa esiintyivät seuraavat ryhmät: rentousryhmät (72 %), kehonhahmotukseen, kehotietoisuuteen ja ruumiinkuvaan liittyvät ryhmät (61 %), ahdistuksenhallintaryhmät (56 %) ja tanssilliset ryhmät (22 %).

Liikunnanohjauksen osalta yksilöohjausta toteutettiin osin avoimissa ryhmissä, kuten kuntosaliryhmässä, mutta myös kahden kesken tarpeen mukaan. Yksilöohjauksena saatettiin tehdä esimerkiksi kotiin jumppaohjeet potilaalle. Liikunnanohjaajien työ painottui vastauksissa ryhmien ohjaamiseen ja niihin liittyviin suunnittelu- ja järjestelytoimiin. Fysioterapeuttien vastauksissa erilaisten ryhmien ohjaaminen oli samoin suuressa roolissa. Kaikki vastanneet fysioterapeutit (100 %) toivat esiin ryhmien ohjaamisen. Fysioterapeutit tekevät myös vastausten perusteella paljon yksilöfysioterapiaa. Vastauksissa suurin osa toi sen esiin (89 %). Yksilöfysioterapia oli vastausten perusteella muun muassa ruumiinkuva-arvioiden tekemistä, apuvälinetarpeen arviointia, terapeuttista harjoittelua, manuaalisia käsittelyitä, fyysisen tilanteen tutkimista ja arviointia, ahdistuksenhallintakeinojen opettamista, rajaushoitoja sekä kivun hallintaa.

Kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimusmenetelmään kuuluvan induktiivisen sisällönanalyysin avulla saatiin kaikki vastaukset, joita oli kvalitatiiviseen menetelmään nähden todella runsaasti, kategorioitua lopulta yläkategorioiksi kyselylomakkeen kysymyskohtien sekä tutkimuskysymysten mukaan. Laajan aineiston vuoksi litteroinnin jälkeen jätettiin pelkistysvaihe väliin ja siirryttiin suoraan ryhmittelemään vastaukset. Seuraavaksi muodostettiin ala- ja yläkategoriat tutkimusaineistosta. Aineiston käsittelyä helpottivat vastaajien pääosin selkeät vastaukset. Yläkategorioista saatiin vastaukset tutkimuskysymykseen 2: Mitä liikunnanohjaus on Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa/psykiatrisilla potilailla? Yläkategoriat muodostuivat seuraavasti:

(Kyselylomakkeen kohdista 1-8 muodostuivat vastaukset tutkimuskysymykseen 2.)

Työtehtävät:

- ❖ liikuntaryhmien ohjaaminen

- ❖ liikunnan yksilöohjaus
- ❖ fysioterapiaryhmien ohjaaminen
- ❖ yksilöfysioterapia
- ❖ palvelut sairaalapotilaille
- ❖ palvelut avohoitopotilaille
- ❖ liikuntaneuvonta
- ❖ motivointi
- ❖ yhteistyötehtävät
- ❖ esimiestehtävät
- ❖ muut tehtävät

Liikunnanohjaus- ja fysioterapiatoiminta:

- ❖ monipuoliset liikuntaryhmät
- ❖ monipuoliset/kohdennetummat fysioterapiaryhmät
- ❖ liikunnan yksilöohjaus
- ❖ yksilöfysioterapia
- ❖ palvelut sairaalapotilaille
- ❖ palvelut avohoitopotilaille
- ❖ liikuntaneuvonta

Ohjautuminen liikunnanohjaukseen/fysioterapiaan:

- ❖ potilaslähtöinen
- ❖ työryhmälähtöinen
- ❖ yhdessä sovittu potilaan ja hoitavan tahon kanssa hoito/kuntoutussuunnitelmaan

Mistä tullaan:

- ❖ psykiatrian ja päihdehoidon
 - osastoilta
 - avohoidosta
- ❖ muut tahot

Miksi tullaan:

- ❖ potilas hakeutuu
- ❖ työryhmä ohjaa
- ❖ hoidon/kuntoutuksen sisältöön yhdessä potilaan kanssa sovittu
- ❖ toiminnalliset syyt
- ❖ yleistä terveyttä edistävät syyt
- ❖ fyysiseen terveyteen/sairauteen liittyvät syyt
- ❖ psyykkiseen terveyteen/sairauteen liittyvät syyt
- ❖ psykososiaaliset syyt
- ❖ liikunnalliset syyt

Tavoitteet:

- ❖ yleiseen toimintakykyyn liittyvät tavoitteet
- ❖ liikunnalliset tavoitteet
- ❖ fyysisen voinnin tavoitteet
- ❖ psyykkistä vointia tukevat tavoitteet
- ❖ psykososiaaliset tavoitteet
- ❖ yleisterveydelliset tavoitteet

Jatkuvuuden huomiointi:

- ❖ ei huomioida kunnolla
- ❖ liikuntaneuvonnan kautta
- ❖ erilaisten yhteistyötoimien kautta
- ❖ ohjaamalla aktiivisesti palveluissa eteenpäin hoitovaiheen mukaisesti
- ❖ konkreettiset käytännön toimet, kuten ”saattaen vaihto”
- ❖ motivoinnin kautta
- ❖ vastuuhenkilöt
- ❖ sairaalan palvelut ympäri vuoden

Sopiva liikuntatoiminta:

- ❖ potilaan kokonaistilanteen huomioiva liikunta yksilöllisesti/pienryhmässä
- ❖ fyysistä ja psyykkistä terveyttä edistävä ja tukeva liikunta
- ❖ ohjattu/vertaisohjattu liikunta
- ❖ suunniteltu, säännöllinen ja riittävän pitkäkestoinen liikunta

❖ motivoiva liikunta

Työtehtäviä alkuperäisvastauksissa kuvattiin muun muassa seuraavalla lailla:

"Avoimia, sekä osastokohtaisia liikuntaryhmiä sairaalalla. Yksilöohjauksia myös.

=>Motivointia, ohjausta, neuvontaa oman fyysisen kunnon huolehtimisesta.

=>Oman terveyden arvostaminen liikunnan keinoin

Avohoidon puolella liikunnallisia ryhmiä, sekä yksilötapaamisia"

"Luentotyypistä" tiedonjakoa liikunnasta, ravitsemuksesta avohoidon puolella."

"Neuvontaa ja ohjausta "siviiliin" löytämään sopivia liikuntaharrastuksia -ja paikkoja. Teen tarvittaessa kotijumppaohjelmia."

"Liikuntaryhmien suunnittelu & toteutus; avoimet ryhmät, os.ryhmät, teemaryhmät Lisäksi runsaasti kirjaamista, samoin paljon ei suoraan potilastyöhön kuuluvaa suunnittelu ja järjestelytyötä"

"Ensisijainen työ on psykofyys.ft, mutta 2x viikossa ohjaan psyk.osastopotilaiden kuntosaliryhmää, mikä on lähinnä liikunnanohjausta. 1x viikossa olevassa venyttelyryhmässä myös jnkv. liikunnanohjauksen piirteitä, vaikkain pääpaino on kehotietoisuuden vahvistamisessa."

"Pt:n kanssa voidaan käydä läpi / tehdä liikunta suunnitelma osastojaksolle, esim. ohjata pt:sta käyttämään sairaalan liik.palveluita. Myös kotiutumista ajatellen suunnitellaan ja selvitetään mahdollisuuksia/voimavaroja liikunnan harrastamiseen"

"Fyysiseen aktiivisuuteen, liikkumiseen motivointi, kipujen lieventäminen fysioterapian keinoin, optimaalisen potilaalle sopivan liikuntalajin löytäminen, ohjaaminen, harjoitusohjelmien tekeminen, arkiliikuntaan kannustaminen."

Näistä vastauksista välittyy pitkälti yleistä kuvaa siitä, mitä työtehtävät liikunnanohjaajilla ja fysioterapeuteilla liikunnanohjaukseen liittyen sisältävät. Motivointi, potilaalle oman sopivan liikuntalajin löytäminen, kannustaminen, ryhmä- ja yksilöohjaus, liikuntaneuvonta ja pilkahdus ohjauksen ns. oheistyötehtävistä tulevat vastauksissa esiin ja edustavat tässä yleistä vastustasoa.

Seuraavat alkuperäisilmaukset ilmentävät osaltaan sitä, millaista liikunnanohjausta ja fysioterapiatoimintaa Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa on tarjolla:

”Sairaalalla ryhmätoimintaa: osastoilla pidettävät aamujummat, osastokohtaiset kuntosaliryhmät, avoimet sauvakävely- ja venyttelyryhmät, vesiliikunta mahdollisuus kaupunkimme uimahallissa. Lisäksi fysioterapeutin osastokohtaiset rentoutusryhmät. Yksilöliikunnan ohjausta tarpeiden/kysynnän mukaan Avohoidossa: kuntosaliryhmät, vesiliikuntaryhmä, joogaryhmä, yksilötapaamiset”

”Tietoa terveellisten ja hyvinvointia sekä painonhallintaa edistävien valintojen tueksi.”

”Erilaisia ruumiinkuvaryhmiä, rentousryhmiä sekä fyysisen kunnon ryhmiä. Yksilöterapiassa paljon ruumiinkuvan arvion tekemistä, rajaushoitoja, ahdistuksen hallintakeinojen opettamista”

”3 x kuntosaliryhmä vanhuksille, 1x rentousryhmä vanhuksille, 2x fysioterapiaryhmä nuorille, lisäksi tarvittaessa osastoilla sovitut yksilölliset fysioterapiat”

Potilaat ohjautuvat liikunnanohjaukseen ja fysioterapiatoimintaan potilaslähtöisesti, työryhmälähtöisesti tai koska se on yhdessä hoitohenkilökunnan ja potilaan kanssa sovittu hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Näin kävi ilmi vastauksista, kun ne vedettiin lopulta yhteen yläkategorioiksi. Yksilöfysioterapiaan tarvittiin yleensä kaikilla Uudenmaan alueilla lähete lääkäriltä tai muulta hoitohenkilökunnalta. Vastausten mukaan liikunnan ja fysioterapian palveluita annetaan sairaalasta käsin sekä sairaalapotilaille että avohoidon potilaille. Potilaita tuli joihinkin yksiköihin myös Helsingin kipupoliklinikalta ja psykiatrisen sairaanhoitajan lähettämänä perusterveydenhuollosta. Sairaalayksiköiden välillä oli eroa siinä, ilmoitettiin potilaiden tulevan pääosin sairaalasta vai avohoidosta. Helsingin alueen ja Länsi-Uudenmaan vastauksissa esiintyi maininta avohoitopainotteisuudesta, mutta koska kyseessä olivat avoimet vastaukset, suurin osa oli kuvannut vain potilaiden tulevan molemmista, joten tästä ei voida vetää yleisluontoisia päätelmiä. Voidaan kuitenkin vastausten perusteella todeta, että esimerkiksi sairaalapaikkojen vähentäminen ja siten sairaalassa olevien potilaiden entistä huonompi vointi ovat osaltaan joillain alueilla vaikuttamassa siihen, että potilaita tulee enenevästi avohoidosta. Joillain alueilla sairaalapotilaisiin painottuva liikunta- ja fysioterapiatoiminta oli selkeästi esillä. Muutamassa vastauksessa oli esitetty arvioidut prosenttiluvutkin tämän suhteen. Seuraavat alkuperäisvastukset antavat paremmin kuvaa siitä, mistä potilaat tulevat liikunta- ja fysioterapiapalveluiden pariin:

”...avohoidon puolelta yhä enenevästi. Sairaalaapaikkojen vähentäminen on tehnyt sen, että sairaalassa olevat potilaat ovat entistä huonompi vointisia, joka näkyy liikuntaryhmiin osallistumisen vähytenä.”

”Osastoilta, avohoidosta yms. kontakti tulee olla potilaalla Psykiatrian tai päihdepalvelujen puolelle”

”...1. sairaalaosastoilta n.92% 2. Avohoidosta n. 5% (käydään sairaalan liikuntaterapian ryhmissä) 3. Ohjaukset avohoidossa 3%”

”Palvelemme koko Helsingin kaupungin päihde- ja psykiatria kenttää, kuntoutuja voi tulla mistä tahansa yksiköstä”

Syitä potilaiden liikunnanohjaukseen ja fysioterapiaan tulemiseen olivat niin psyykkiset, fyysiset, psykososiaaliset, toiminnalliset kuin liikunnallisetkin syyt. Tässä on otettu esiin termi ”psykososiaaliset” laajemman ”sosiaaliset” käsitteen sijaan, koska se kuvaa nimenomaan muun muassa psyykkisen sairauden ja sosiaalisten vaikeuksien yhdistelmää. Tämä termi esiintyi myös suoraan kyselyn vastauksissa. Liikunta- ja fysioterapiatoiminnan henkilökunnan vastauksista välittyi monenlaisia asioita, joita alkuperäisilmaukset kuvaavat jälleen parhaiten:

”...avopuolella: painonhallinta, yksin liikunnan aloittaminen ei jostain syystä onnistu ja tarvitaan apua, tuomaan rytmiä arkeen, omasta terveydestä huolehtiminen, aktivointi”

”oma mielenkiinto, kunnon kohotus, osa hoitosuunnitelmaa”

”Haluavat jatkaa omaa harrastustaan. Vaihtelua päiväohjelmaan (pois osastolta). Agression, ahdistuksen purkuun. Kuluttamaan aikaa. Kunnon kohotus ja tai laihdutus.”

”Halu aloittaa liikuntaharrastus, fysioterapiaan tulositynä toimintakyvyn aleneminen kehollisen oireilun takia (ahdistus, heng.vaikeudet, kivut, kehonkuvan häiriöt)”

”kivut/jännitykset, liikerajoitukset, liikunta/toimintakyvyn heikkeneminen, aikaisempi liikuntaharrastus, joka hiipunut”

”Psykiatria: rentoutuminen, ahdistuksen ja vaikeiden tunteiden hallinta keholisin keinoin, itsensä ja kehonsa hyväksyminen, ryhmässä oleminen, luottamus itseensä ja muihin.

Päihdepuoli: keholliset keinot kuten edellä, mutta tukemaan päihteettömyyttä, ehkäisemään retkahdusta.”

”Tuki- ja liik.ehinvaivat, neurologiset vaivat, ahdistuksen vuoksi, liikkumisen motivoinnin, kehon hahmotus ongelmat, apuvälinearviot, toimintakyvyn / työkyvyn arviot”

Liikunnanohjauksen ja fysioterapiatoiminnan sisältöön liittyen tavoitteiden asettaminen esiintyi suhteessa tulosityihin. Liikunnanohjauksen osalta esiintyi myös maininta, että sairaalapotilaiden osalta tavoitteita harvoin asetetaan. Suurimmassa osassa vastauksia tällaista mainintaa ei kuitenkaan näkynyt. Tässä lienee eroja Uudenmaan alueiden/sairaalayksiköiden välillä johdettujen jo siitä, kuinka paljon potilaita heille tulee avohoidosta ja kuinka paljon sairaalasta. Tavoitteiden asettaminen liittyi vastauksissa mielihyvän kokemusten saamiseen, ryhmässä toimimisen harjoitteluun, yleiseen liikkumis- ja toimintakyvyn parantamiseen/ylläpitoon tai sen laskemisen ehkäisyyn, liikuntaan aktivoitumiseen ja motivoitumiseen, jo olemassa olevan liikuntaharrastuksen jatkamiseen, painonhallintaan/painonpudotukseen, yleiseen jaksamiseen, psyykkisten oireiden lievittymiseen ja oirehallintaan, kipujen lievittymiseen, päihteettömyyteen, kehonhahmotukseen, itsenäiseen liikkumiseen jatkossa sekä kotona yleistä pärjäämistä mahdollistamaan/tukemaan.

Liikunnanohjauksen jatkuvuus psykiatrisilla potilailla huomioidaan vastaajien mukaan sairaalassaolon aikana esimerkiksi sopimalla liikuntaryhmät hoito/kuntoutussuunnitelmaan ja/tai viikko-ohjelmaan sekä tukemalla, kannustamalla ja motivoimalla potilaita liikuntaan. Joillain osastoilla on myös ryhmävastaavat/vastuuhenkilöt potilaita muistuttamaan/seuraamaan toteutumista. Sairaalahoidon aikana suunnitellaan avohoitoon suuntautuvaa toimintaa, etsitään potilaille tarpeen mukaan sopivia lajeja ja liikuntapaikkoja sekä käydään tutustumassa. Sairaalayksiköstä riippuen osa potilaista jatkaa sairaalan liikuntaryhmissä käymistä myös kotiuduttuaan. Avohoitoon ohjaamisessa erilaiset yhteistyötoimet esimerkiksi erityisliikunnan palveluiden ja lähiöliikunnan kanssa tulevat vastauksissa esiin. Joissain vastauksissa näkyi kuitenkin myös se, ettei jatkuvuutta aina huomioida tai se huomioidaan huonosti. Alkuperäisilmauksina näitä asioita ilmentävät osaltaan seuraavat vastaukset:

*”Liikunnanohjauksen avointen ryhmien jatkuvuus ja katkeattomuus vuoden ympäri
Motivointi mielekkääseen toimintaan”*

”Yhdessä tarvittaessa mietitään, suunnitellaan mitä ja missä voisi harrastaa, jatkaa ehkä täällä löydettyä liikuntaa.”

”Ohjataan esim. liikuntaviraston tai työväenopiston ryhmiin tai omatoimiseen liikuntaan (esim. uimahalli).”

”Kysellään potilaiden liikuntasuunnitelmia jatkossa ja tarvittaessa annetaan liikuntaneuvontaa sekä etsitään tarpeiden, mielenkiinnon sekä varojen mukaisia liikuntamahdollisuuksia...”

”Tavoitteena olisi hoitajakson aikana löytää potilaalle oma tapa liikkua ja jatkaa liikuntaa myös jatkossa uk:n jälkeen” (uk=uloskirjoitus)

”Pyritään ohjaamaan heitä liikuntapalveluiden (3.sektorin toiminta mm.) pariin hoidon ulkopuolellakin - saattaen vaihto -”

*”Sairaalahoidon aikana ”sopimuksia” liikkumisesta
Uloskirjoituksen jälkeen harvoin ”kontrollia” liikunnan jatkumisesta”*

”Os.potilaille laaditaan yksilöl. viikko-ohjelma, jota tuetaan noudattamaan. Joillakin os:lla ryhmävastaava, joka ensisijaisesti huolehtii ryhmään osallistumisesta...”

Sopivaksi liikuntatoiminnaksi psykiatriselle potilaalle vastaajat arvioivat periaatteessa kaikenlaisen liikunnan ja/tai sovelletun liikunnan. Muita tärkeitä vastauksissa esille tulleita asioita olivat saavutettavissa oleva, motivoiva, koostava, ohjattu/vertaisohjattu, voinnin huomioiva ja kokemuksia antava liikunta. Alkuperäisilmaukset kertovat tästä seuraavasti:

”Potilaan voinnin huomioon ottaminen eriarvoisen tärkää...kuntosaliharjoittelu kevyesti, aerobinen liikunta, pallopelit, eril. liikkuvuutta lisäävät lajit. Kehon asento -ja sitä ylläpitävien lihasten vahvistaminen...”

”...Potilaille helpompi tulla psykiatrian järjestämää liikuntatoimintaa kuin yleisiin liikuntaryhmiin”

”Periaatteessa kaikki käy, jos kiinnostaa. Huonokuntoisille reipas kävely, pyöräily, kuntosaliharjoittelu hyviä, mistä aloittaa.”

”Yksilöllisesti toteutettavaa pienryhmämuotoista liikuntaa, jolloin psykosos. tarpeet voidaan huomoida. Pelivuorot eri lajeissa...”

”Rentoa liikkumista, kokemuksia antavaa, ei-kilpailua...”

”Terveyttä tukeva, rajoja asettava, osallistava Koostava, realiteeteissa: tässä ja nyt tapahtuva...yksinäisyydestä vuorovaikutukseen.”

”Aloitetaan helpeä ja yksinkertaisesta, ei liian vaativaa, lupa lopettaa ja keskeyttää jos siltä tuntuu, paljon kannustusta ja rohkaisua...”

”Potilaan lähtökohdista toteutettu yksilö- tai pienryhmä-(alle 10)muotoinen liikunta”

”...tärkeintä on löytää oma tapa liikkua, johon motivoituu!”

8.3 Tutkimuskysymys 3: Mitä ovat liikunnanohjauksen kehittämishaasteet Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa?

Kyselylomakkeen kohdat 9-11 vastasivat tähän tutkimuskysymykseen. Kyselylomakkeen kohdassa 9 kysyttiin ”Mitä ovat mielestäsi mahdolliset syyt siihen, ettei psykiatrinen potilas saa liikunnanohjausta?” Lomakkeen kohdassa 10 kysyttiin ”Mitä asioita tulisi mielestäsi kehittää psykiatristen potilaiden liikunnanohjauksessa?” ja kyselylomakkeen viimeisessä kohdassa pyydettiin: ”Kirjoita tähän vielä, mitä muuta psykiatristen potilaiden kanssa työskentelystä haluat tuoda esiin.” Vastauksista nousi esille asioita, joihin jatkossa on hyvä kiinnittää lisää huomiota ja joita kehittää edelleen liikunnan paremmaksi integroimiseksi osaksi potilaiden hoitoa ja kuntoutusta. Yläkategoriat tutkimuskysymykseen 3 muodostuivat vastauksista seuraavasti:

Miksi potilas ei saa liikunnanohjausta:

- ❖ liikunta ei prioriteetti hoidossa
- ❖ henkilökunnasta johtuvat syyt
- ❖ potilaasta johtuvat syyt
- ❖ liikunnanohjauspalveluiden puutteista johtuvat syyt
- ❖ sairaus joskus estää

Kehitettävää:

- ❖ liikunta paremmin osaksi kaikkien potilaiden hoitoa ja kuntoutusta sekä arkea
- ❖ liikuntatoiminnan ajoitukseen huomiota
- ❖ liikuntatoiminnan sisältöön huomiota
- ❖ yhteistyötoiminnan ja käytänteiden kehittäminen
- ❖ liikunta- ja fysioterapiatoimintaan riittävä henkilökunta ja tilat
- ❖ ammatillisuuden tukeminen
- ❖ muut kehityshaasteet

Muuta esille tuotavaa:

- ❖ itsenäisen työn plussat ja miinukset
- ❖ työn tärkeys
- ❖ motivoitunut henkilökunta
- ❖ resurssit huomioitava
- ❖ potilaiden motivointi tärkeää
- ❖ palveluiden jatkuva kehittäminen tärkeää
- ❖ mielenterveysosaaminen huomioitava
- ❖ yhteistyön kehittäminen
- ❖ liikunnan tärkeys kuntoutumisessa

- ❖ liikuntaneuvonta
- ❖ muut huomiot

Alkuperäisvastauksina syyt siihen, miksei potilas ehkä saa liikunnanohjausta, näyttivät muun muassa tältä:

”...Osaston henkilökunnan asenne tässä asiassa on erittäin tärkeä! => jos ei pidetä tärkeänä asiana, ei potilaillekaan saada tietoa/motivaatiota avohoidossa: Kaikkiin lähetteisiin pyritään vastaamaan. Haasteena potilaan motivaatio.”

”Potilaan tarpeen havainnut ammattilainen ei osaa lähetekäytännöä/toimintatapaa liikunnanohjaukseen...”

”Ei saavu paikalle vaihtuvista syistä

Ryhmäkoot liian suuria/Tilojen tai ohjaajien puute”

”sairaala: Liikuntaa ei suunnitella potilaan kuntoutusohjelmaan... avohoito: Eriyissäiraanhoito ei laajasti järjestä liikuntatoimintaa Kuntien tarjonta on usein vähäistä tai olematonta. Opistojen ja seurojen tarjonta ei tavoita vaikeammin sairastavia”

”Hoidossa asetetut liikkumisrajoitukset (psykkiset syyt) Potilaan oma motivaatio”

”potilas ei kannustuksesta huolimatta ole halukas osallistumaan, hlökunta ei riittävän aktiivisesti tue potilaan osallistumista”

”Potilas ei keskustelusta/motivoinnista huolimatta ole halukas tai ei suostu osallistumaan liikunnal. toimintaan. Aloitekyvyttömillä ja/tai psykoot. potilailla henk.kunnan ohjaus osastoilta liik.ryhmiin on tärkeää -> ei aina toteudu.”

”...kieltäytyy osallistumasta/ei jaksaa/ aloitekyvytön, aggressiivinen/agitoitunut ei kykene toimimaan ohjauksessa/ryhmässä, häiritsee muita ei kykene keskittymään”

”Potilaan muu hoito ei etene suunnitelman mukaisesti, liikuntaryhmiin pääsyn edellytykset eivät täyty (liikunta vaarantaa potilaan fyysisen tilan)”

”...vähäiset resurssit-> ei mahdollisuutta esim. yksilölliseen hoitoon/ohjaukseen”

”motivaation Puute, täydet Ryhmät Sov. liik. Puute”

Edellisissä kiteytyy melko kattavasti yleinen vastausten sisältö siihen, miksi potilas saattaa jäädä ilman liikunnanohjausta. Lisäksi ”saattaen vaihtaan”-periaatteen toteutumattomuus ja potilaan monesti sairauteen liittyvä vaikeus hakeutua itsenäisesti avohoidon palveluihin, tulivat vastauksissa esiin.

Suoraan kehitettäviä asioita kysyttäessä kulminoituivat vastaukset suurelta osin siihen, ettei liikuntaa aina nähdä tarpeeksi tärkeänä osana hoitoa ja kuntoutusta. Tähän liittyen tuotiin esiin yhteistyötoiminnan merkitys potilaiden ohjaamisessa ja lähettämässä liikunta- ja fysioterapiatoimintaan. Koko kyselynkin vastauksissa näkyi kommentteja siitä, että liikunta mielletään vain ”extra-hoitona” tai pelkkänä ajanvietteenä. Joku vastaajista toi esiin, että hoitohenkilökunta voisi myös ohjata pienimuotoisia liikuntaryhmiä. Hän totesi vastauksessaan samalla tämän kyllä jo osaksi toteutuvankin. Liikunnanohjaajien ja liikuntaterapeuttien toimien säilyttäminen sekä liikunnanohjauksen ja fysioterapian resurssien lisääminen tulivat myös vastauksissa esille. Joku toi esiin huomion siitä, että *” Liikunnanohjaaja on hyvin irrallinen kaikesta. Toimii monella taholla, ei kuulu hoitotiimeihin. Usein liikunnanohjaajalla on paljon hyödyllistä tietoa potilaista, joka jää luettavaksi potilastietojärjestelmästä.”* Alakategorioiksi kerätyt vastaukset tuovat ehkä parhaiten kompaktissa muodossa esiin vastaajien kaikki huomiot:

- liikunnanohjaajien toimenkuvan selkeytys, osalliseksi psykiatriseen hoitotiimiin
- tiedon kulun parantaminen (mm. yhtenäinen kirjaamiskäytäntö)
- liikunta tulisi ottaa paremmin osaksi kaikkien potilaiden hoitoa ja kuntoutusta
- liikuntatoiminnan ajoitukseen ja sisältöön kiinnitettävä huomiota
- riittävä, eri liikunta-alan ammattilaisia sisältävä ja pysyvämpi henkilökunta liikunnanohjaukseen
- liikuntatiloja lisää
- vertaisohjaajien aktivointi
- työrauha
- ammatillisuuden tukeminen
- ajankohtaista terveysajattelua heijastavaa liikuntaa kuntoutumista edistämään sekä potilaan takaisin yhteiskuntaan siirtymistä edistämään
- yhteistyön lisääminen
- hoitohenkilökunta ja lääkärit paremmin mukaan (aktiivisempi ote, vastuuhenkilöt, pienimuotoinen liik. ryhmän veto, liikkumisresepti, liikunnan jatkuvuus ym.)
- perusterveydenhuolto tarjoamaan ko. palvelua
- liikunta osaksi arkea
- potilaille kokonaisvaltaisia terveysliikuntasuuntautuneita ryhmiä
- matalan kynnyksen ryhmiä lisää
- lisää ryhmiä ns. normiväestön kanssa
- avohoidossa potilaiden vähävaraisuuden huomiointi
- omien toimintatapojen kyseenalaistaminen
- yksilötapaamiset 1-3x ennen ryhmässä aloittamista
- ”kotiin vietävien” liikuntapalveluiden kehittäminen
- syömishäiriöiden huomiointi

Psykiatristen potilaiden kanssa työskentelyyn liittyen vastaajat olivat kyselyn viimeiseen kohtaan kirjanneet esimerkiksi seuraavia huomioita:

”Ohjaajan tunnettava psykiatrian osa-aluetta mm. sairauksien vaikutus potilaan toimintakykyyn ja käyttäytymiseen.”

”Psykiatriset potilaat ovat ajoittain hyvin haastavia ja osalta puuttuu täysin oma motivaatio tekemiseen. Potilaan kuntoutumiseen ei riitä hoitohenkilöstön kehoitus liikuntaan ja itsehoitoon!”

”Mahdollisuus ulkoiluun pitäisi olla kaikilla jollain tavalla. Monet psyk.lääkkeet aiheuttavat painonnousua, josta taas seuraa muita terveydellisiä ongelmia, esim. diabetes, joten näiden ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa vahvasti”

”Työn tärkeys. 30 potilaiden suusta päivittäin kuulee Mikä merkitys on viedä ajatukset pois osaston toiminnasta ja päästä vapaanpaan liikuntaan mukaan.”

”Ohjaajan rooli on tärkeä ja erityisesti vaikuttaa myös ft ja liikuntapalveluiden yksikön henki Jatkuvuus ja tasaisuus luovat turvallisuutta Henkilökunnan rooli kannustajana.”

”On tärkeää kehittää fyysiseen aktiivisuuteen kannustavia erilaisia ts. monipuolisia toimintoja, sillä tutkitusti fyysinen aktiivisuus kuntouttaa...”

”...Valitettavasti resurssit mielestäni vain liian vähäiset, joten aina palvelumme ei tavoita kaikkia tarvitsevia.”

”Erityisliikunnan ohjaus ei ole ajanvietettä, retkeilyä tms. vaan Tavoitteellista hoitoa tukevaa ammatillista toimintaa.”

”Panostetaan enemmän liikunnan merkityksestä potilaan kuntoutuksessa avohoidossa.”

”...suurin tarve on liikunnan yhteydessä annettavalle neuvonnalle...”

Näissä huomioissa kertaantuu jo jonkin verran aiemmissa vastauksissa esiin tullutta asiaa. Se puolestaan vain vahvistanee tiettyjen huomioiden luotettavuutta, kuten liikunnan arvostuksen

tärkeyttä hoidossa sekä potilaan kannustamisen ja motivaation osuutta liikuntatoiminnan pariin saamiseksi. Koko kyselyn vastauksista välittyy myös ymmärrys siitä, että psykiatrisen potilaan saattaa olla vaikea itsenäisesti, tai tuenkaan avulla aina päästä liikunnan pariin. Toki tässäkin oli vaihtelua, koska joku totesi potilaiden useammin olevan työssäkäyviä ihmisiä, joilla oli lähinnä elämäntilanteeseen liittyviä kriisejä/ongelmia ja he olivat muuten hyvin liikunta- ja toimintakykyisiä. Joku vastaajista oli kirjannut, että henkilökunta hänen yksikössään tekee työtä suurella sydämellä ja jatkuvasti työtä kehittäen. Muissakin koko kyselyn vastauksissa tuli esiin sitä, että liikunnanohjauksen ja fysioterapiatoiminnan henkilökunta pyrkii itse kehittämään työtään, keksimään uutta ja tarkistamaan omaa toimintaansa aika ajoin.

9 Pohdinta

Kokonaisuudessaan kyselyn vastauksissa näkyi hyvin se, että psykiatriassa potilaan liikkumiseen ohjaaminen ja siihen tukeminen sekä motivointi eivät ole pelkästään liikunta- ja fysioterapiatoiminnan työntekijöiden tehtäviä. Ilman hoitohenkilökunnan apua voi olla, ettei potilas muista itse lähteä sovittuun liikunta- tai fysioterapiaryhmään/yksilöohjaukseen. Ilman saattamista, esimerkiksi häiritsevien ajatusharjojen tai huonon motivaation takia, hän saattaa päätyä pienellä sairaala-alueellakin matkalla jo muualle. Yhteistyön huomiointi liikunnanohjauksen jatkuvuuden turvaamiseksi sairaalasta avohoitoon siirtyessä näkyi vastauksissa samoin tärkeänä asiana. Monet potilaat saattavat tarvita konkreettisia käytännön toimia liikuntatoiminnan alkuun saamiseksi, varsinkin yksin avohoidosta käsin lähtiessään. Kyselyn vastauksissa mainittiin ”saattaen vaihtaen”-periaate, samoin Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishankkeen loppuraportissa tuotiin esiin, että ”osallistuminen on saattaen varmistettava”. Monelle muullekin kyselyn vastauksissa esiin tullee huomiolle löytyi vastaavuuksia tämän opinnäytetyön teoriaosasta. Siitä voisi tehdä päätelmän, että liikunnanohjauksen ja fysioterapian henkilöstöt ovat hyvin ajan hermolla. He ovat vastausten perusteella tehneet itse samoja niin hyvään ohjaukseen kuin ohjauksen mahdollisiin puutteisiin tai kehittämishaasteisiin liittyviä havaintoja kuin oli tuotu esiin viimeaikaisissa tutkimuksissa ja kirjatiedossa. Liikunta- ja fysioterapiaryhmiä sekä yksilöohjausta tunnutaan vastausten perusteella myös toteutettavan teoretiedossa esiintyvän valossa. Tämän opinnäytetyön alun lähtökohdista yksi oli saada ajankohtaista tietoa muuttuneessa sairaalaorganisaatioiden ja toiminnan muutoksissa. Viime vuosiin liittyvät muutokset työelämässä tältä osin tulivat myös jonkin verran esiin kyselyn vastauksissa.

9.1 Tulosten tarkistelu

Liikunnanohjaajat ja fysioterapeutit kuvailivat sopivaa psykiatristen potilaiden liikuntatoimintaa monilla niillä elementeillä, joita teoriaosaankin oli kirjattu. Vastaajat toivat esiin esimerkiksi liikuntaneuvonnan tärkeyden osana liikunnanohjaus- ja fysioterapiatapahtumaa. Liikun-

taneuvontaahan voidaan ajatella myös ”opetuksena” esimerkiksi terveellisestä ruokavaliosta, tupakoinnin vaikutuksista sekä siitä, mihin liikunta vaikuttaa ja miksi on hyvä harrastaa liikuntaa. Vänskä toi omassa tutkimuksessaan tähän yhteensopivasti esiin sen, että oppiminen on huomioitava osana ohjaustapahtumaa. Kiviaho-Tiippanan, samoin kuin Lunnelan, tutkimuksissa tuotiin esiin itsehoitomenetelmien opetus osana ohjaustapahtumaa. Lääkärin käsikirjassa Aittasalo kirjoittaa, että liikuntaneuvontaa tarvitaan potilaan liikunnan alkuun saamiseksi sekä kiinnostuksen heräämiseksi. Psykiatrisella osastolla toimiva osastonlääkäri Rehn toi myös esiin, kuinka on tärkeää saada ”useammalta eri taholta tietoa liikunnan merkityksestä vointiin”. Remeksen tutkimuksessa kävi ilmi, että masentuneen liikunta tulisi sisältää järjestelmällistä motivoivaa liikuntaneuvontaa.

Motivoinnin tärkeys liikunnan toteutumiseksi potilailla, motivoivan liikunnan merkitys sekä motivoinnin sisältyminen liikunnanohjaajan ja fysioterapeutin työnkuvaan, tulivat vastaajien huomioissa esille. Samansuuntaisia huomioita ovat tehneet useat tutkijat. Ojanen on kirjoittanut siitä, kuinka potilaan sisäinen motivaatio on tärkeää liikunnan harrastamisessa sen onnistumiseksi. Vancampfort, De Hert ym. toivat omassa tutkimuksessaan esiin, että sisäisesti motivoituneet potilaat liikkuvat enemmän. Remes totesi motivoinnin liittyvän oleellisesti psykiatrisen potilaan liikuntaan ohjaamiseen. Vänskä toi puolestaan osaavaan ohjaamiseen liittyen huomioitavaksi ohjattavan olemassa olevan tai puuttuvan motivaation tärkeyden. Sopivaan liikuntatoimintaan liittyen vastaajat toivat esiin muun muassa sen, että erilaiset rentouttavat harjoitukset sekä rentoutusryhmä ovat hyviä psykiatriselle potilaalle. Tällä hetkellä ilmoitetuksi pidettävässä liikunnanohjaus- ja fysioterapiatoiminnassa oli mukana edelliseen sopien rentouskurseja, jännitys-rentous-ryhmiä, ahdistuksenhallintaryhmiä sekä yksilöfysioterapiassa rentoutumiseen ja ahdistuksenhallintaan tähtäävää toimintaa. Tätä vahvistavaa tietoa löytyy myös teoriaosasta. Bäckmand totesi tutkimuksessaan liikunnan voivan suojata ahdistukselta. Lääkäri Rehn toi esiin, että rentoutusryhmä on hyvä liikuntavaihtoehto ahdistuneille ja jännittyneille. Psykiatriselle potilaalle soveltuvaksi liikunnaksi vastaajat ilmoittivat myös periaatteessa kaikenlaisen liikunnan, esimerkiksi erilaisiin liikuntaryhmiin osallistumisen. Nykyisessä ilmoitetussa toiminnassa olikin mukana kattava liikunta- ja fysioterapiaryhmien tarjonta. Vastauksiin oli kirjattu myös ”*tutkitusti fyysinen aktiivisuus kuntouttaa*”. Teoriatiedossa näitä huomioita tulee esiin Turhalan & Kettusen tekstissä, jossa todettiin liikunnan tukevan potilaan jäljellä olevaa tervettä osaa. Samoin Ruuskasen tutkimustuloksissa ilmeni, että liikuntaryhmät tukivat mielenterveyskuntoutujan psyykkistä hyvinvointia. Rehn suositti myös liikuntaa kaikille potilaille jossain muodossa.

Vastaajat toivat sopivaksi liikuntatoiminnaksi esiin ohjatun, tavoitteellisen ja suunnitelmallisen sekä potilaan tilanteesta ja voimavaroista lähtöisin olevan liikunnan. Kyselyn vastauksissa näkyivät myös riittävien resurssien vaikutus ohjaukseen sekä riittävän pitkäkestoisen ja säännöllisen liikunnan tärkeys. Vastauksia tukevat tutkijoiden huomioidut. Kääriäinen määritteli laa-

dukkaan ohjauksen olevan ”aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa”. Kiviaho-Tiippanan sekä Laanterän tutkimuksissa mainittiin ohjauksen virhe- ja ongelmakohtien saattavan liittyä tiedon puutteeseen, väärän tiedon perusteella ohjaamiseen tai resurssien puutteeseen. Turhala toi myös esiin liikun-
nanohjauksen haasteisiin liittyen puuttuvat tarpeelliset resurssit ohjaamisen toteutumiseksi. Remes havaitsi, että masentuneen potilaan liikuntakurssin tulee olla pitempikestoinen ja että huomioon tulisi ottaa myös liikkumisen esteiden ja mahdollisten ongelmien ennakointi sekä konkreettisten liikkumista edistävien suunnitelmien tekeminen. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishankkeen loppuraportissa todettiin samoin, että on kiinnitettävä huomio-
ta siihen, miten liikunnan harrastaminen saadaan jatkumaan ohjaustilanteiden ja sairaalaho-
don jälkeenkin. Kyselyn vastauksissa tämä tuli esiin esimerkiksi huomion kiinnittämisessä sii-
hen, että voi olla tarpeen saattaa potilaita ryhmiin tai käydä tutustumassa avohoidon ryhmä-
toimintaan yhdessä potilaan kanssa liikunnan jatkuvuuden paremmaksi turvaamiseksi.

Mielenterveyspotilaan sairauksien ymmärtäminen sekä niiden vaikutus käyttäytymiseen, toi-
mintaan ja ajatteluun, samoin kuin psykiatristen potilaiden ajoittainen haastavuus, tulivat
esiin kyselyn vastauksissa. Näitäkin huomioita löytyy teorialiedosta, muun muassa Turhalan
tutkimuksessa psykiatristen potilaiden haastavuus todettiin huomioitavana asiana. Viertiö to-
tesi tutkimuksessaan psykiatristen, skitsofreniaa sairastavien potilaiden, liikkumiskyvyn ja
lihasvoimien olevan huonompia kuin muiden kansalaisten. Tämä tuo selkeästi omat fyysiset
haasteensa potilaiden liikunnanohjaukseen psyykkisten haasteiden lisänä.

Masennusta ja liikuntaa on tutkittu paljon, muun muassa Bäckmand, Mead tutkimuskump-
paneineen ja Cooney tutkimuskumppaneineen. Liikunnalla on todettu olevan suotuisia vaiku-
tuksia masennuksen ehkäisyyn ja mielialan kohoamiseen muun muassa ryhmäliikuntaan kuulu-
vien positiivisten sosiaalisten vaikutusten kautta. Täsmällistä masennukseen auttavaa liikun-
tamuotoa ei ole saatu selville, eikä myös kunnolla kaikkia niitä vaikutusmekanismejakaan,
joita liittyy liikunnan harrastamiseen masennuksen helpottumisessa. Kyselyn vastauksissa tuo-
ttiin esiin liikunta- ja fysioterapiatoimintaa, joilla pyritään masentuneita auttamaan, esimer-
kiksi masennus-ahdistusryhmä ja yksilöllinen masennuksen oirehallintaan liittyvä ohjaus ja
neuvonta.

Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että Uudenmaan alueella on omaa liikun-
nanohjauksen ja fysioterapian palvelua järjestetty psykiatrisille potilaille kaikissa psykiatrisis-
sa sairaaloissa/psykiatrisia osastoja sisältävissä sairaaloissa, yhtä lukuun ottamatta. Joillakin
Uudenmaan alueilla sairaalan liikunta- fysioterapian palveluissa käy eniten juuri sairaalan
psykiatrisia potilaita, joillain alueilla toiminta painottuu avohoidon potilaisiin. Vastauksia yh-
teen kerättäessä ja esitettäessä tämä on pyritty myös tuomaan esille. Tuloksista käy ilmi, et-
tä henkilökunta on fysioterapeuttipainotteista. Kaikissa sairaaloissa ei ollut lainkaan liikun-

nanohjaajia, josta herää kysymys, olisiko liikunnanohjaajienkin toimille tarvetta. Edelliseen vastaavantyyppiseen liikuntatoiminnan kartoitustutkimukseen (Turhala 2006) verrattuna liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien osuudet ovat vaihtuneet päittäin. Turhalan tutkimuksessa pääosa henkilöstöstä oli liikunnanohjaajia, liikuntaterapeutteja ja kuntahoitajia (64 %), fysioterapeutteja oli vähemmän (36 %). Nykyisessä tilanteessa liikunnanohjaajia (kaikki liikunnanohjauksen ammattilaisten nimikkeet sisältäen) on vähemmän (29 %) ja fysioterapeutteja enemmän (71 %). Turhalan tutkimuksessa kyseessä olivat kuitenkin koko Suomen alueen liikuntatoiminnan työntekijät, tässä kyselyssä keskityttiin Uudellemaalle. Kyselyt myös saatiin tässä opinnäytetyön tutkimuksessa paremmin kohdennetusti perille nimitietojen mukaan tai henkilökohtaisesti paikalle vietyinä kuin Turhalan tutkimuksessa vuonna 2006. Nyt saatiin parempi vastausten prosenttiosuus (74 %). Turhalan tutkimuksessa tämä oli pienempi (47 %).

Verrattaessa tämän opinnäytetyön tutkimuksen tuloksia vuoden 2006 Turhalan tutkimuksen tulosten kanssa, ryhmätoimintojen ohjaamista löytyy molemmista samansuuntaisesti. Tämän kyselyn vastauksiin noin 78 prosenttia liikunnanohjaajista ja fysioterapeuteista kirjasi työtehtäviinsä kuuluvan erilaisten ryhmien ohjaamisen. Turhalalla vastaava luku oli noin 80 prosenttia. Yksilöohjauksen osalta tässä kyselyssä 50 prosenttia kaikista vastaajista esitti yksilöohjauksen kuuluvan työtehtäviinsä (fysioterapeuttien kesken luku oli korkeampi 89 %). Turhalan vastaava luku oli noin 40 prosenttia työtehtävistä. Liikuntaneuvontaan liittyvät työtehtävät esiintyivät kyselyssä vastaajilla noin 27 prosentissa vastauksia. Turhalan tutkimuksessa liikuntaneuvontaa työtehtävänä esiintyi noin 20 prosenttia. Luvut ovat suuntaa antavia, koska tutkimusmenetelmät/lomakkeet eivät ole olleet aivan samoja. Liikunta- ja fysioterapiaryhmien sisältöön liittyen voidaan havaita, että joitain yhtäläisyyksiä vuoden 2006 tutkimuksen ja tämän opinnäytetyön tutkimuksen väliltä löytyy. Turhalan tutkimuksessa yksiköissä toimi eniten kuntosaliryhmiä (n.60 %), vesiliikuntaryhmiä (n.40 %), pallopeliryhmiä (n.40 %), jumppa- ja tanssiryhmiä (n.40 %), rentoutus- ja venyttelyryhmiä (n.40 %) sekä kävely/sauvakävely/pyöräilyryhmiä (n.20 %). Tämän kyselyn vastauksissa eniten esiintyivät kuntosaliryhmä (69 %), venyttely/rentous-ryhmät (65 %), uinti- ja vesiliikuntaryhmät (46 %), sauvakävelyryhmä (42 %), erilaiset pallolajiryhmät (38 %) sekä jumpparyhmät (23 %). Tuloksien on tässäkin huomioitava olevan suuntaa antavia. Näyttäisi kuitenkin siltä, että kyseiset ryhmätoiminnat on käytännössä hyviksi havaittu, koska niitä edelleen käytetään.

Vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin saatiin kaiken kaikkiaan hyvin. Tämän hetkinen liikuntatoiminnan palvelutarjonta psykiatrisissa sairaaloissa/psykiatristen osastojen potilailla, vaikuttaisi olevan monipuolista. Se on psyykkisiä oireita sekä kokonaisvointia huomioivaa ja tukevaa sekä yleisen liikunta- ja toimintakyvyn paranemiseen/säilyttämiseen/laskemisen ennaltaehkäisyyn tähtäävää. Liikunnanohjausta pyritään toteuttamaan potilaan lähtökohdista, kannustaen ja potilaalle oman sopivan liikuntamuodon löytämisessä avustaen. Liikunnanohjaustoimintaa potilaille löytyy, haasteena esittäytyy kuitenkin se, miten potilaat saadaan lii-

kunnan pariin tai miten sen jatkuvuus parhaiten turvataan. Kaikkien vastausten summana jatkossa tulee kiinnittää paremmin huomiota siihen, että liikunnan tärkeys huomioidaan riittäväällä tavalla, jotta se ei jäisi vain joidenkin potilaiden lisähoidoksi. Sekä somaattisten, että psyykkisten haasteiden valossa liikunta kuuluu hoitoon. Kiinnittämällä lisähuomiota myös liikunnan ajoitukseen ja sisältöön, saadaan paremmin potilaan vointia edistävää/tukevaa liikuntatoimintaa kehitettyä. Tavoitteiden asettamisessa tulee huomioida potilaan vointi ja mahdolliset rajoitukset. Vähempikin liikunta on parempi vaihtoehto, kuin ei liikuntaa lainkaan. Liian suuret vaatimukset heti alkuun saattavat lannistaa potilaan. Kehittämishaasteina esiintyvät yhteistyö potilaan liikunnan pariin saamiseksi. Tässä potilasta hoitavan tahon, liikunta- ja fysioterapiahenkilöstön sekä esimerkiksi kolmannen sektorin mielenterveysyhdistysten kommunikointi keskenään on tärkeää. Lähettävän henkilökunnan tulee myös tarkistaa osaamisensa sen suhteen, että tietävät mihin ja miten potilaita voi ohjata liikunta- ja fysioterapiatoiminnan pariin sekä miten tai kuka tekee tarvittaessa lähetteen. Liikunta- ja fysioterapiatoiminnan resurssit ja tilojen suhteen on myös hyvä tarkistaa/kehittää.

Jatkotutkimuksena voisi muissakin Suomen psykiatrisissa sairaaloissa/psykiatrisia osastoja sisältävissä sairaaloissa tehdä samantyyppisen kartoitustutkimuksen. Näin saataisiin kuvaa koko Suomen alueen liikunnanohjauksen ja fysioterapiatoiminnan nykytilasta sekä siitä, miten psykiatrinen palvelukenttä rakentuu muualla Suomessa. Pelkästään kuntaliitokset ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden uudistukset ovat varmasti vaikuttaneet kaikkialla Suomessa niin psykiatriseen hoitoon ja kuntoutukseen, kuin liikunnanohjaus- ja fysioterapiatoimintaan.

9.2 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään liittyen kyselylomake oli muodostettu pelkästään avoimista kysymyksistä taustatieto-osiota lukuun ottamatta. Tämä on vaikuttanut siihen, että vastauksiin ovat tulleet kirjatuksi juuri ne asiat, mitkä vastaajilla ovat olleet mielessään vastaushetkellä. Tämä tarkoittaa sitä, että jälkikäteen joku on voinut muistaa vielä asioita, joita ehkä olisikin vastauksiin sisällyttänyt, muttei juuri sillä hetkellä tullut ajatelleeksi. Lieneekö validein tapa saada tietoa, mutta yleensä ihmisten mieleen ensiksi tulevat asiat ovat niitä, joita he yleensäkin aiheeseen liittyen käsittelevät, joten kerätyn aineiston voitaneen ajatella antavan hyvää kuvaa yleisestä tilanteesta.

Eettisiin kysymyksiin pyrittiin huomioimaan se, ettei tutkijan oma työkokemuksen kautta saatu liikunnanohjaustieto vaikuttanut tutkimuksen tekemiseen. Objektiivisuuden säilyttämiseen kiinnitettiin huomiota ja vastauksia pyrittiin tarkastelemaan sellaisinaan. Joissain kohdin oli kuitenkin hyötyä psykiatrisen hoitokentän ja hoidon tuttuudesta, muun muassa vastaajien käyttämien ilmausten takia, kuten ”uk:n jälkeen” eli ”uloskirjoituksen jälkeen”. Sairaala- ja avohoidon sekä niin sanottujen kolmannen sektorin palveluiden (mielenterveysyhdistykset ja -

järjestöt) yleisten erojen tietämisellä oli helpottavaa vaikutusta vastausten käsittelyssä. Yhden lyhenteen tutkija joutui selvittämään jälkikäteen liikunnanohjaajien ja fysioterapeuttien esimiehen kautta, koska se ei suoraan kertonut mitään (KKI-kuntokortti =askelmittarikortti, askelten laskemiseen käytetty apuväline). Eettisiin näkökohtiin huomioitiin vastaajien anonymiteetin säilyminen vastauksia käsiteltäessä, jonka vuoksi eri sairaaloiden vastauksia ei yksilöity. Kysely oli vapaaehtoinen ja vastaukset suljettiin kirjekuoriin ennen opiskelijalle palauttamista myös niissä yksiköissä, joihin opiskelija vei ne henkilökohtaisesti. Opinnäytetyön tekemisessä kyselytutkimuksineen noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvää teollista käytäntöä (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 2-6).

Kyselyihin saatiin kattavasti vastauksia kaikista yksiköistä vastausprosentin ollessa 74. Vastaukset olivat laaja-alaisia, joten niistä yhteen kerättyjen tutkimustulosten voidaan ajatella olevan koko Uudenmaan liikunnanohjaus- ja fysioterapiatoiminnan nykytilannetta hyvin edustavia. Vastauksia saatiin molemmista halutuista ammattiryhmistä ja ne heijastelivat opinnäytetyön teoriaosan tietoja. Vastaajien alkuperäisilmauksia käytettiin kuvailemaan tarkemmin aineiston sisältöä, mutta myös vahvistamaan opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuutta. Yhdessä kaikki edeltävät asiat puoltavat opinnäytetyön tutkimustulosten luotettavuutta.

9.3 Muut huomiot

Opinnäytetyön tutkimuksen teoriaosasta jäi lähdetiedon osalta hyödyntämättä monia ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetyön tutkimuksia. Tämä tapahtui siksi, että Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeistus ohjaa käyttämään vähintään Pro gradu-tasoisia lähteitä tutkimusten osalta. Tämän myötä täytyy kysyä, jääkö tämäkin työ ”pölyttymään” muun vastaavan tiedon joukkoon. Tämän opinnäytetyön ollessa osa Suomen Mielenterveysseuran Mielenterveysalan liikunnan koordinointi ja kehittämishanketta, tuloksia toivottavasti kuitenkin voidaan viedä myös eteenpäin ja käytäntöön.

Tässä opinnäytetyössä esitetyt nykyisen liikunnanohjauksen ja fysioterapiatoiminnan kartoitustiedot, samoin kuin jotkin teoriaosan tiedot, ovat kyselyyn vastanneiden lisäksi myös muutamien muun psykiatriseen hoitoon ja kuntoutukseen kuuluvan työntekijän sekä esimiehen osittaista ansiota. Tiettyjä faktoja jouduttiin tarkistamaan alan työntekijöiltä puhelimitse, tekstiviestein ja sähköpostitse, jotta ne kirjattiin ylös oikein. Tästä ovat esimerkkinä liikunnanohjauksen henkilöstön eri nimikkeet, joihin haluttiin varmennus tai sairaaloiden viralliset nimitykset. Nimiltä tässä mainitsematta, heille kaikille kuuluu kiitos informaation antamisesta. Suomen mielenterveysseuran hankkeesta Satu Turhala, joka toimi opinnäytetyön yhdyshenkilönä, sekä Laurea-ammattikorkeakoulun ohjaaja opettaja Ulla Uusitalo olivat osaltaan tietenkin auttamassa projektia eteenpäin. Tietenkään ei sovi unohtaa myöskään opponenteilta saatua palautetta.

Julkisuudessakin on viime vuosina paljon otettu esiin liikunnan vähentymistä ja fyysisen aktiivisuuden merkitystä terveyden hoidossa ja ylläpidossa. Psykiatrisilla potilailla nämä haasteet kaksinkertaistuvat. Liikunnan integroiminen osaksi hoitoa ja kuntoutusta tarvitsee psykiatrisessa hoidossa vielä tarkennusta ja parempaa priorisoimista.

Lähteet

ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 2010. 8.painos. Lippincott Williams & Wilkins.

Aittasalo, M. 2013. Lääkäriin käsikirja. Liikuntaneuvonta. Terveysportti. Viitattu 21.2.2014.
http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01442&p_haku=liikuntasuositus

Ammattinetti. Fysioterapeutti. Viitattu 12.2.2014.
<http://www.mol.fi/avo/ammattit/11110.htm>

Ammattinetti 2014. Liikunnanohjaaja. Ammattinetti. Viitattu 12.2.2014.
http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/306_ammatti

Balasubramaniam, M., Telles, S. & Doraiswamy, M. 2013. Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 25.1.2013. Viitattu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555015/>

Bourne, E.J. 2000. Vapaaksi ahdistuksesta. Työkirja paniikista ja peloista kärsiville. Suom. Bergroth, R. 2.painos. Helsinki 2000. Hakapaino Oy.

Bäckmand, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaisseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä. Helsinki 2006. Helsingin yliopiston verkkojulkaisut. Viitattu 31.1.2014.
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/backmand/fyysisen.pdf>

Cooney, GM., Dwan, K., Greig, CA., Lawlor, DA., Rimer, J., Waugh, FR., McMurdo, M. & Mead, GE. 2013. Exercise for depression (Review). (Update to Exercise for depression 2009.) The Cochrane Collaboration. Viitattu 23.3.2014.
<http://www.docstoc.com/docs/162177869/Exercise-for-depression---Wiley-Online-Library>

Depression käypä hoito-suositus. 2013. Terveysportti. Viitattu 30.1.2014.
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50023.pdf>

Eskola, J. & Suoranta, S. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7.painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. (toim.) 2011. Terveysliikunta. 2.uudistettu painos. Keuruu 2011. Otavan kirjapaino Oy.

Haaga-Helia Ammattikorkeakoulun koulutusohjelmakuvaus. Liikunnan ja vapaa-ajan koulutus, liikunnanohjaaja. 2014. Viitattu 13.3.2014.
<http://www.haaga-helia.fi/fi/koulutus/ammattikorkeakoulututkinnot/liikunnan-ja-vapaa-ajan-koulutus-liikunnanohjaaja>

Haapakoski, M. 2009. Ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä psykologista ohjausta sisältävän laitostuntoutuksen vaikutus koettuun terveydentilaan, terveystyötytymiseen ja ilmoitettuun painonkehitykseen. Seurantatutkimus ylipainoisten TULE-sairaiden kuntoutuskursseista. Kuopion yliopisto. Kuopio 2009. Viitattu 16.3.2014.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1386-8>

Hel.fi. Itsehoito. Viitattu 28.4.2014. <http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/Itsehoito/Liikunta>

Huttunen, M. 2013a. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Terveyskirjasto. Viitattu 21.2.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555&p_haku=ahdistus

Huttunen, M. 2013b. Ahdistuneisuus. Terveyskirjasto. Viitattu 21.2.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_haku=ahdistus&p_artikkeli=dlk00188

- Huttunen, M. 2013c. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 22.4.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 7.2.2014. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf
- Isohanni, M., Suvisaari, J., Koponen, H., Kiesepää, T. & Lönnqvist, J. 2011. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9.painos. Keuruu 2011. Otavan Kirjapaino Oy.
- Isometsä, E. 2011. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9.painos. Keuruu 2011. Otavan Kirjapaino Oy.
- Jaakkola, T., Liukkonen, J. & Sääkslahti, A. (toim.) 2013. Liikuntapedagogiikka. Juva 2013. Bookwell Oy.
- Jakonen, T. 2004. Hieronta psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä. Rovaniemi. Lapin yliopisto. Viitattu 23.3.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-20111121007>
- Jokelainen, M. 2013. The Elements of Effective Student Nurse Mentorship in Placement Learning Environments. Kuopio 2013. Kopijyvä Oy.
- Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.
- Karjalainen, M. 2010. Ammattilaisten käsityksiä mentoroinnista työpaikalla. Jyväskylä 2010. Jyväskylä University Printing House.
- Keränen, K. 2013. Joogan asanaharjoitusten välittömät vaikutukset autonomisen hermoston toimintaan ja psyykkisiin tekijöihin. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 23.3.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130325/urn_nbn_fi_uef-20130325.pdf
- Kiviho-Tiippana, A. 2012. Diabeetikon jalkaongelmien ennaltaehkäisy Itä-Suomessa. Jalkojen kunto, omahoitajakäytänteet, ohjaus ja seuranta diabeetikoiden arvioimana. Kuopio 2012. Kopijyvä Oy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0673-1>
- Koponen, H. & Lepola, U. 2013. Ahdistuneisuushäiriö. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 14.4.2014. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00851&p_haku=yleisty%20ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6
- Korniloff, K. 2013. Interrelationships of Physical Activity and Depressive Symptoms with Cardiometabolic Risk Factors. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 31.1.14 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5193-1>
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Kuusisto, M. 2009. Psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan elämänhallintaa vahvistavat ja heikentävät tekijät. Kuopion yliopisto.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu. Viitattu 30.3.2014. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Laanterä, S. 2011. Breastfeeding Counseling in Maternity Health Care. Kuopio 2011. Kopijyvä Oy.

Lahti, P. 2006. Liikunta ja mielenterveys - historiallista taustaa. Teoksessa Turhala, S. & Kettunen, S. (toim.) 2006. Liiku mieli hyväksi. Malleja ja kokemuksia mielenterveyskuntoutujien liikuntatoiminnan kehittämistä. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishanke. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 2.2.2014.
http://www.mielenterveysseura.fi/files/1720/liiku_mieli_hyvaksi_2006_low.pdf

Leppämäki, S. 2006. Liikunta ja kirkasvalo hoito vähentävät masennusoireita. Kansanterveyslehti 9/2006. Viitattu 21.2.2014. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201210019080>

Liikunnan Käypä hoito- suositus. 2012. Viitattu 31.1.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075>

Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Tampere 2011. Juvenes Print.

Luojus, K. 2011. Ammattitaitoa edistävän harjoittelun ohjauksen toimintamalli. Ohjaajien näkökulma. Tampere 2011. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Lönnqvist, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9.painos. Keuruu 2011. Otavan Kirjapaino Oy.

Mead, GE., Morley, W., Campbell, P., Greig, CA., McMurdo, M. & Lawlor, DA. 2009. Exercise for depression (Review). The Cochrane Collaboration. Viitattu 23.3.2014.
http://discovery.dundee.ac.uk/portal/files/778709/Mead_2010.pdf

Mäkeläinen, P. 2009. Rheumatoid Arthritis Patient Education and Self-Efficacy. Kuopio 2009. Kopijyvä.

Mäkeläinen, N. Ammattinetti. Fysioterapeutti Törneblomin haastattelu. Viitattu 12.2.2014.
http://www.ammattinetti.fi/ammattinetti/haastattelut/detail/15/3/280_haastattelu;jsessionid=E85A89781A568240790E318894A2BBB2

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja-lehti 10/2006.

Ojanen, M. 2006. Liikunnan teoriaa, käsitteitä ja tutkimuksia. Teoksessa Turhala, S. & Kettunen, S. (toim.) 2006. Liiku mieli hyväksi. Malleja ja kokemuksia mielenterveyskuntoutujien liikuntatoiminnan kehittämistä. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishanke. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 2.2.2014.
http://www.mielenterveysseura.fi/files/1720/liiku_mieli_hyvaksi_2006_low.pdf

Ojanen, M. & Liukkonen J. 2013. Liikunta ja psyykinen hyvinvointi. Teoksessa Jaakkola, T., Liukkonen, J. & Sääkslahti, A. (toim.) 2013. Liikuntapedagogiikka. Juva 2013. Bookwell Oy.

Ojanen, M. 2009. Liikunnan uudet haasteet. Liikunta, hyvinvointi ja mielenterveys. Viitattu 9.1.2014. <http://www.markkuojanen.com/psykologia/liikunta/liikunnan-uudet-haasteet/>

Opetushallituksen määräys 21/011/2010. Liikunnanohjauksen perustutkinto, liikuntaneuvoja 2010 ammatillisen perustutkinnon perusteet. Liikunnanohjauksen perustutkinnon ammatilliset tutkinnon osat, ammattitaitovaatimukset ja arviointi. Vaasa 2010. Viitattu 21.2.2014.
http://www.oph.fi/download/124248_Liikunnanohjaus.pdf

Partonen, T. 2011. Mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) 2011. Liikuntalääketiede. Vantaa 2011. Hansaprint Oy.

- Peiju, A. 2006. Suljetun oven takana. Sairaanhoitaja-lehti 11/2006.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11_2006/muut_artikkelit/suljetun_oven_takana/
- Perttula, M. 2013. Tunnista psykoosi. Tehy-lehti 9/2013.
- Rehn, L. 2014. Liikuntaan ohjaaminen psykiatrisella kuntoutusosastolla. Osastonlääkäri Rehnin haastattelu 6.2.2014. Liite 1.
- Remes, L. 2013. Liikunnasta elämäniloa ja energiaa - Masennusta kokevien nuorten aikuisten liikuntakurssin suunnittelu, toteutus ja arviointi. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 30.1.2014
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-201309192323>
- Riikola, T., Salokangas, R. & Laukkala, T. 2013. Skitsofrenia. Terveyskirjasto. Viitattu 22.4.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=khp00031&p_haku=skitsofrenia
- Romakkaniemi, M. 2011. Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Tampere 2011. Juvenes Print.
- Ruuskanen, E-I. 2006. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishanke 2003-2005 - Kuntoutujien kokemuksia liikunnasta ja liikuntaryhmistä. Tampereen yliopisto. Viitattu 13.3.2014. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-15762>
- Skitsofrenian käypä hoito-suositus. 2013. Terveyskirjasto. Viitattu 2.2.2014.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi35050.pdf>
- Skitsofrenian käypä hoito-suosituksen päivitys. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 22.4.2014.
http://www.duodecimlehti.fi.nelli.laurea.fi/web/guest/arkisto;jsessionid=696CF6546C77F6677302598B9B643F78?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10935#s1
- Soini, T. & Pyhältö, K. 2012. Akateeminen ohjaus tohtorikoulutuksessa. Tampere 2012. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Stubbs, B., Soundy, A., Probst, M., De Hert M., De Herdt A. & Vancampfort, D. 2014. Understanding the role of physiotherapists in schizophrenia: an international perspective from members of the International Organisation of Physical Therapists in Mental Health. Journal of mental health. Viitattu 18.4.2014.
<http://www.openaspdf.com/files/3362818/2014%20Stubbs%20et%20al%20J%20Mental%20health.pdf>
- Suomisanakirja.fi. Sivistyssanakirja. 2013. Viitattu 30.1.2014.
<http://www.suomisanakirja.fi/ohjata> Bitlips Oy.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Psykiatrian luokituskäsikirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Viitattu 6.4.2014.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1
- Terveysliikunnan vaikutusaika. 2009. UKK-instituutti. Viitattu 21.2.2014.
http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/272-terveysliikunnan_vaikutusaika.pdf
- Tammentie, T. 2012. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Liikunta on meille tärkeää! -mielenterveyspotilaan liikunta. TAYS. Viitattu 22.3.2014.
<https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tays.fi%2Fdownload.aspx%3FID%3D33837%26GUID%3D%257BAF0ACDF5-5A8E-4BFF-B111-3EC2BAA54F16%257D&ei=4Q7UqKYM->

S24ASbyYCQDQ&usg=AFQjCNEMtjTA7qFlhUjovlWjtl94RxjtEw&sig2=wyh3sKxMsS5UYpKJluQ99A&bvm=bv.59930103,d.bGE&cad=rjt

Toikkanen, U. 2012. Masentuneen kannattaa etsiä mieluista liikuntamuotoa. Lääkärilehti. 30.10.2012.

Tuori, T. Psykiatrinen sairaalahoito Suomessa vuosina 2004-2009. Teoksessa Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.) 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. THL-raportti 6/2011. Viitattu 11.3.2014 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7>

Turhala, S. & Kettunen, S. (toim.)2006. Liiku mieli hyväksi. Malleja ja kokemuksia mielenterveyskuntoutujien liikuntatoiminnan kehittämistä. Mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishanke. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 2.2.2014. http://www.mielenterveysseura.fi/files/1720/liiku_mieli_hyvaksi_2006_low.pdf

UKK-instituutti 2013. Liikkumisresepti. Liite 2. Viitattu 21.2.2014. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti>

UKK-instituutti 2009. Liikuntapiirakka. Viitattu 21.2.2014. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

UKK-instituutti 2009. Soveltava liikuntapiirakka. Liite 3. Viitattu 21.2.2014. http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/599-SLP_alentunut_toimintakyky.pdf

Vancampfort, D., De Hert M, Sweers, K., De Herdt, A., Detraux, J. & Probst M. 2013. Diabetes, physical activity participation and exercise capacity in patients with schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2013. Viitattu 18.4.2014. http://www.openaspdf.com/files/3362879/Vancampfort_2013_PCN_diabetes%20and%20physical%20activity%20in%20schizophrenia.pdf

Vancampfort, D., De Hert M., Vansteenkiste, M., De Herdt A., Scheewe, T., Soundy, B. & Probst, M. 2013. The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. Psychiatry Research. Viitattu 17.4.2014. http://www.openaspdf.com/files/3362646/2013_Vancampfort_PsychiatryRes_SDTandschizophrenia.pdf

Viertö, S. 2011. Functional limitations and quality of life in schizophrenia and other psychotic disorders. Viitattu 17.4.2014. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/26233/function.pdf?sequence=1>

Vuori, I. 2013. Liikuntaan ohjaaminen kuuluu terveydenhuollon tehtäviin. Suomen lääkäri-lehti 23/2013. viitattu 7.1.2014. <http://liikumielihyvaksi.fi/wp-content/uploads/2013/07/SLL232013-1755-Liikuntaan-ohjaaminen-kuuluu-terveydenhuollon-teht%C3%A4viin.pdf>

Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) 2011. Liikuntalääketeiede. Vantaa 2011. Hansaprint Oy.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osajat - Miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylä. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki 2011. Edita Prima.

Taulukot

Taulukko 1: Uudenmaan psykiatriset sairaalat ja liikunnanohjauksen/fysioterapian ammattilaiset	29
Taulukko 2: Uudenmaan sairaalat, joissa psykiatrisia osastoja ja liikunnanohjauksen/fysioterapian ammattilaiset	29
Taulukko 3: Uudenmaan ulkopuolinen sairaala, jossa psykiatrisia osastoja ja liikunnanohjauksen/fysioterapian ammattilaiset	29
Taulukko 4: Sairaalat ja kunnat	30

Liitteet

Liite 1. Liikuntaan ohjaaminen psykiatrisella kuntoutusosastolla. Osastonlääkäri Laura Rehnin haastattelu 6.2.2014.	57
Liite 2. Liikkumisresepti	58
Liite 3. Soveltava liikuntapiirakka	59
Liite 4. Tutkimuslupa HUS	60
Liite 4. Tutkimuslupa HUS	61
Liite 5. Tutkimuslupa Helsingin kaupunki	62
Liite 5. Tutkimuslupa Helsingin kaupunki	63
Liite 6. Tutkimuslupa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä	64
Liite 7. Ala- ja yläkategoriat	65
Liite 8. Saatekirje	73
Liite 9. Kyselylomake	74

Liite 1. Liikuntaan ohjaaminen psykiatrisella kuntoutusosastolla. Osastonlääkäri Laura Rehnin haastattelu 6.2.2014.

Taustatiedot

ammattinimike: osastonlääkäri

koulutuksesi: lääketieteen lisensiaatti v. 1989, psykiatrian erikoislääkäri v. 1999, ihotautien ja allergologian el v. 2005

Kuinka kauan olet tehnyt psykiatrin työtä ja työhistoriasi lyhyesti: erikoistumisvaihe Hesperian sairaalassa vuosina 1993 -1996, HYKS psykiatrian klinikka vuosina 1998 -1999, Laakson päiväsaaraala I-VI/2000, Laakson psykiatrian poliklinikalla I/2006-VII/2008, Auroran sairaala os. 16-1A VIII/2008-

Kysymykset:

1) Miten suosittelet liikuntaa psykiatrisille potilaille? (missä hoidon vaiheessa, minkälaista liikuntaa, kuinka usein jne.)

Viimeistään hoitokokouksessa selvitan onko viikko-ohjelmassa jo liikunta jossakin muodossa. Nuorille (oikeastaan kaikenikäisille) suosittelen kuntosalia ja uintia. Ahdistuneille, jännittäjille ja potilaille, joilla on vaikeutta nukahtaa, suosittelen rentoutusryhmää. Kerron, että säännöllinen liikunta tukee psyykkistä kuntoutumista.

2) Mitkä tekijät mahdollisesti vaikeuttavat psykiatrisen potilaan liikunnan harrastamista?

Fyysiset tekijät (ikä, ylipaino, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, sydän- ja keuhkosairaudet), potilas ei ole tottunut harrastamaan liikuntaa, huonoja muistoja koulun liikuntatunneilta, sairaalan tarjoama kuntosali ei miellytä, liian psykoottinen jaksakseen käydä kuntosalilla, motivaation puute/laiskuus.

3) Minkälaista liikunnanohjausta pitäisi psykiatrisille potilaille mielestäsi antaa?

Lyhyesti tulisi kertoa, että potilas hyötyy sekä psyykkisesti että fyysisesti säännöllisestä liikunnasta, oli laji mikä tahansa. Mielestäni on hyvä, että sairaalan kuntosalilla potilaat perehdytetään laitteisiin, kannustetaan ja siellä on myös muita ryhmiä tarjolla. On tärkeää, että potilas saa useammalta eri taholta tietoa liikunnan merkityksestä vointiin.

4) Mitä muuta haluat tuoda esiin psykiatristen potilaiden liikunnanohjaamiseen liittyen?

Sairaalassa on helppo motivoida ja ohjata potilaita liikuntaan, koska se saadaan ympätyä viikko-ohjelmaan. Avohoidon työntekijöillä on enemmän haastetta, jotta liikunta pysyisi osana potilaan arkea. Onneksi nykyään puhutaan julkisuudessa paljon liikunnan positiivisista vaikutuksista, joten potilaat saavat eripuolilta tietoa.

Tämä psykiatrin haastattelu on tehty opinnäytetyön aihesisällön vahvistamiseksi ja asiantuntijan näkemyksen saamiseksi.

Haastattelijana Jatta Mäkelä

Liite 2. Liikkumisresepti

Liikkumisresepti aikuisille



UKK-instituutti

Nimi _____ pvm ____ / ____ / ____

Sotu _____

Nykyinen säännöllinen liikkuminen

	Päivänä viikossa	Tuntia viikossa	Minuuttia viikossa
kestävyyssyyppistä liikkumista			
kevyesti, hieman hengästyen			
reippaasti, kohtalaisesti hengästyen			
rasittavasti, voimakkaasti hengästyen			
Lihaskuntoharjoittelua			
Tasapainoharjoittelua ja/tai ketteryyssiikuntaa (erityisesti yli 65-vuotiaille)			

Liikkumisen riittävyys terveyden kannalta riittävää riittämätöntä**Istumisen tauottaminen vähintään 2 tunnin välein** toteutuu ei toteudu ei mahdollista**Liikkumisen tavoite**

.....

.....

.....

Liikkumisohje

Liikkumuodot tai -lajit	Päivänä viikossa	Kesto päivässä, minuuttia	Rasittavuus	
			kevyt/reipas/rasittava	Koettu kuormituneisuus (6–20)

Lisäohjeet

- Esite _____
- Ammattihenkilö _____ puh. _____
- Muu _____

Toteutumisen seuranta

Ammattihenkilö _____ puh. _____

- Käynti ____ / ____ / ____ klo ____ : ____
- Puhelin ____ / ____ / ____ klo ____ : ____
- S-posti ____ / ____ / ____ Asiakkaan s-posti: _____ @ _____

Liikkumisreseptin laatijan nimi ja allekirjoitus _____

www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti

Täytettävä

LIIKUNTAPIIRAKKA

UKK-instituutti

Soveltava viikoittainen

LIIKUNTAPIIRAKKA

Kestävyyskuntoa

reippaasti

kävely
sauvakävely
2 t 30 min viikossa

(kunto)pyörällä polkeminen

Lihaskuntoa ja liikehallintaa

raskaat koti- ja pihatyöt

marja- ja kalastus

metsästäys

kuntopiiri

kuntosali

jumput

pallopelit

tanssi

venyttely

tasapainoharjoittelu

jooga, pilates, ym.

2 kertaa viikossa

arki-, hvyty- ja työmatkaliikunta

vauhdikkaat liikuntaleikit

1 t 15 min viikossa

sauva-, porras- ja ylämäkikävely

uinti

vesiliikunta

kuntojumput

(kunto)pyörällä polkeminen

hiikto

pallopelit

1 t 15 min viikossa

rasittavasti

Kestävyyskuntoa

reippaasti

Lihaskuntoa ja liikehallintaa

rasittavasti

Paranna **kestävyyskuntoa** liikkumalla useana päivänä viikossa yhteensä ainakin 2 t 30 min reippaasti **tai** 1 t 15 min rasittavasti.

Lisäksi kohenna **lihaskuntoa** ja kehitä **liikehallintaa** ainakin 2 kertaa viikossa.

UKK-instituutti

Laadittu yhteistyössä Suomen MS-liton kanssa.

UKK-instituutti

TERVEYSLIIKUNNAN SUOSITUS AIKUISILLE, JOILLA SAIRAUTS TAI TOIMINTAKYVYN ALENEMINEN VAIKUTTAA LIIKKUMISTA JONKIN VERRÄN.

Liite 4. Tutkimuslupa HUS

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUORI Yhtymähallinto	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN 1 (2) § 7 04.04.2014
Hakijat	Apulaisosastonhoitaja Tuula Lumilahti Opiskelija Jatta Mäkelä
Esittelijä	Kehittämispäällikkö Riitta Meretoja
Asia	LUVAN MYÖNTÄMINEN "LIIKUNNANOHJAUS UUDENMAAN PSYKIATRISISSA SAIRAALOISSA VUONNA 2014" -KYSELYTUTKIMUKSEN SUORITTAMISEEN
Perustelut, tutkimuksen tarkoitus ja menettelyt	<p>Kyselytutkimus tehdään sairaanhoitajatutkintoon (AMK) liittyvänä opinnäytteenä Laurea-ammattikorkeakouluun. Tarkoituksena on tuottaa kuvaus Uudenmaan psykiatristen sairaaloiden aikuispotilaiden liikunnanohjauksen tilanteesta vuonna 2014. Opinnäytetyön tekijänä toimii opiskelija Jatta Mäkelä ja opinnäytetyötä ohjaa lehtori Ulla Uusitalo. Opinnäytetutkimus liittyy Suomen mielenterveysseuran hankkeeseen "Mielenterveysalan liikunnan koordinointi ja kehittäminen". Tutkimuksesta vastaavana henkilönä HUS:ssa toimii apulaisosastonhoitaja Tuula Lumilahti.</p> <p>Tutkimuksen otos kohdistuu HYKS-sairaanhoitoalueella Peijaksen, Jorvin ja Psykiatriakeskuksen sekä Kellokosken, Paloniemen ja Tammiharjun sairaaloiden liikunnanohjauksiin ja fysioterapeuteihin (n=22). Tutkimuksen tekijät toimittavat haastatteluun liittyvän saatekirjeen, kyselylomakkeen ja vastauskuoren sairaaloiden fysioterapiayksiköihin. Henkilökunnan vapaaehtoinen osallistuminen tutkimukseen toteutuu, kun he päättävät osallistua tai olla osallistumatta kyselytutkimukseen. Tutkimus käsittelee vastaukset anonymineinä eikä tarvitse henkilörekisteriä.</p> <p>Tutkimus ei aiheuta kyselyn ohella suoritteita eikä merkityksellisiä kuluja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille, koska tutkimus suoritetaan opiskelijan ja ammattikorkeakoulun resurssein. Sen vuoksi tutkimukselle ei esitetä lupahakemuksen yhteydessä erillistä budjettia.</p>
Muut ehdot	Olen tutustunut tutkimussuunnitelmaan ja tutkimuksen toteutustapaan. Tutkijat ovat esittäneet tutkimussuunnitelman ja tiedot tutkimuksen kulusta. Pidän tutkimuksen suorittamista perusteltuna.
Päätös	<p>Edellä olevan mukaan päätän, että Tuula Lumilahdelle ja Jatta Mäkelälle myönnetään lupa edellä perustellun mukaisesti ottaa yhteys HUS:n henkilökuntaan ja suorittaa kyselytutkimus.</p> <p>Tutkimuslupa on voimassa vuoden 2014 loppuun saakka Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Tutkimusluvan saajaa pyydetään toimittamaan tutkimusraportti tutkimusluvan myöntäjälle.</p>
Sovelletut oikeusohjeet	HUS, yleiskirjeet 22/2000 ja 4/2002
Päätösvallan peruste	HUS, johtajayliääkärin ohje 1/2010

Liite 4. Tutkimuslupa HUS

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI
Yhtymähallinto

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN 2 (2)

§ 7
04.04.2014

Lisätietojen antajat Kehittämispäällikkö Riitta Meretoja, riitta.meretoja@hus.fi, p. (09) 471 73902
Johdon assistentti Lauri Ihari, lauri.ihari@hus.fi, p. (09) 471 71209



Lasse Viinikka
HUS-kuntayhtymän tutkimusjohtaja

LIITE Oikaisuvaatimusohje

TIEDOKSI Apulaisosastonhoitaja Tuula Lumilahti
Opiskelija Jatta Mäkelä
HYKS Psykiatrian tulosyksikön toimialajohtaja
Länsi-Uudenmaan, Lohjan ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtajat
Kehittämispäällikkö Riitta Meretoja

Lähetetty tiedoksi 8.4.2014

Liite 5. Tutkimuslupa Helsingin kaupunki



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveystieteiden virasto
Terveys- ja päihdepalvelut
Psykiatria- ja päihdepalvelut
Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja

Pöytäkirjanote

8/2014

1 (2)

2.4.2014

Jatta Mäkelä

16 §**Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2014-003288**

HEL 2014-003288 T 13 02 01

Päätös

Psykiatria- ja päihdepalvelujen vs. johtaja Leea Muhonen päätti myöntää tutkimusluvan Jatta Mäkelän opinnäytetutkimukselle "Liikunnanohjaus Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa vuonna 2014" tässä päätöksessä ilmenevin ehdoin.

Johtajapsykiatri Leena Turpeinen antoi hakemuksesta puoltavan lausunnon.

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja nimeää tutkimuksen yhteyshenkilöiksi osastonhoitaja Erja Karjalaisen ja apulaisosastonhoitaja Leena Slupin.

Tutkimusluvan ehdot ovat seuraavat:

- Sosiaali- ja terveystieteiden viraston yhteyshenkilöinä on Erja Karjalainen ja Leena Slup
- Yhteyshenkilön tehtävänä on valvoa, että tutkimus toteutetaan sosiaali- ja terveystieteiden virastossa suunnitelman ja lupaehtojen mukaisesti
- Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia sosiaali- ja terveystieteiden virastolle
- Tutkimuksessa syntyvä materiaali hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä
- Tutkija saapuu pyydettyään maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia siihen yksikköön, jota tutkimus koskee

Postiosoite
PL 6000
00099 Helsingin kaupunki
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinho
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566

Liite 5. Tutkimuslupa Helsingin kaupunki



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
Terveys- ja päihdepalvelut
Psykiatria- ja päihdepalvelut
Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja

Pöytäkirjanote

8/2014

2 (2)

2.4.2014

- Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti tai sähköinen osoite, josta se on luettavissa, toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön (osoite Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveysvirasto, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki).

Lisätiedot

Mirja Asikainen, toiminnansuunnittelija, puhelin: 310 64840
mirja.asikainen(a)hel.fi

Otteet

Ote
Hakija

Otteen liitteet
Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja
terveyslautakunta

Päittäjä
Yhteyshenkilö
Valmistelija

Pöytäkirja on pidetty yleisesti nähtävänä Helsingin kaupungin kirjaamossa (Pohjoisesplanadi 11-13) 11.04.2014 ja asianosaista koskeva päätös on lähetetty .

Psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja

Postiosoite
PL 6000
00099 Helsingin kaupunki
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinho
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566

Liite 6. Tutkimuslupa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

17.3.2014

Gmail - Lupa opinnäytetyöhön



Jatta Mäkelä <jaderikka@gmail.com>

Lupa opinnäytetyöhön

Viesti

Soini Marjo <Marjo.Soini@phsotey.fi>

17. maaliskuuta 2014 16.11

Vast. ott.: "jade.riikka@gmail.com" <jade.riikka@gmail.com>, "ulla.uusitalo@laurea.fi" <ulla.uusitalo@laurea.fi>

Kopio: Tiitinen Tarja <Tarja.Tiitinen@phsotey.fi>

Hei!

Mielenterveysseuran hanke: Mielenterveysalan liikunnan koordinointi ja kehittäminen. Laurea AMK:n opiskelija Jatta Mäkelän opinnäytetyö; Liikunnanohjaus Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa. Oppilaitoksen osalta ohjaa Ulla Uusitalo. PHSOTEY:n osalta Tarja Tiitinen. Teille on myönnetty lupa opinnäytetyöhön **tarkennuksella** (kts ystävällisesti luvasta) – lupa liitteenä. Myöntäjä on kuntoutuspäällikkö Tarja Tiitinen.

Tutkimuksen lajikohtainen kirjaintunnus on **M 042** ja diaarinumero **19/2014**. Näillä numeroilla pyydämme asioimaan tutkimukseen liittyvissä asioissa. Työn valmistuttua ilmoittakaa asiasta tutkimuskoordinaattorille. Tällä järjestelyllä voimme sulkea sinun diaarisi asianhallintajärjestelmästäme.

Ystävällisin terveisin,

Marjo Soini, CRA

Tutkimuskoordinaattori


Päijät-Hämeen keskussairaala

Keskussairaalankatu 7

15850 Lahti

044 719 5263

marjo.soini@phsotey.fi

 **M042_19_2014_22220140317154118.pdf**

167K

Liite 7. Ala- ja yläkategoriat

ALA- JA YLÄKATEGORIAT	
Tutkimuskysymys 2: Mitä liikunnanohjaus on Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa/psykiatrisilla potilailla?	
Alakategoria	Yläkategoria
<p>Työtehtävät</p> <p>liik.ohj ja fys.ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ liikuntaryhmien ohjaus sairaala- ja avohoitopotilaille (osastokohdattaiset, avoimet, teema) ➤ liikunnan yksilöohjaus (mm. jumppaohjeet) ➤ liikuntaneuvonta (informaation anto, selvittely ja tutustumiset) ➤ motivointi, tukeminen ja kannustaminen ➤ suunnittelu- ja järjestelytoimet (resurssit, välineet ym.) ➤ yhteistyötehtävät ➤ henkilöstötehtävät ➤ kirjaaminen ➤ puhelin, sähköposti <p>fys.ter lisäksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ fysioterapiaryhmien ohjaus sairaala- ja avohoitopotilaille ➤ yksilöfysioterapia (mm. harjoitusohjelmien teko, liikuntasuunnitelman tekeminen, kotikäynnit) ➤ esimiestehtävät (suunnittelu, koordinointi, tiedotus, valvonta) ➤ konsultaatiot ➤ it-tuki 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ liikuntaryhmien ohjaaminen ❖ liikunnan yksilöohjaus ❖ fysioterapiaryhmien ohjaaminen ❖ yksilöfysioterapia ❖ palvelut sairaalapotilaille ❖ palvelut avohoitopotilaille ❖ liikuntaneuvonta ❖ motivointi ❖ yhteistyötehtävät ❖ esimiestehtävät ❖ muut tehtävät
<p>liikunnanohjaus- ja fysioterapiatoiminta</p> <p>liik.ohj ja fys.ter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ laajasti erilaisia ryhmiä sairaala- ja avohoitopotilaille: <ul style="list-style-type: none"> ○ kuntosali ○ sauvakävely ○ uinti, avantouinti ○ vesiliikunta ○ venyttely ○ pelit ○ pilates ○ laskettelu ○ hiihto ○ koripallo ○ keilailu ○ jumpat ○ sähly 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ monipuoliset liikuntaryhmät ❖ monipuoliset/kohdennetummat fysioterapiaryhmät ❖ liikunnan yksilöohjaus ❖ yksilöfysioterapia ❖ palvelut sairaalapotilaille ❖ palvelut avohoitopotilaille ❖ liikuntaneuvonta

<ul style="list-style-type: none"> ○ latino ○ motoriikka ○ liikkuvuus ○ pyöräily ○ jooga ○ jalkapallo ○ tennis ○ frisbeegolf ○ luontoliikunta ○ ratsastus ○ leikki ○ taiji <p>(jotkut toiminnot useammin ja jotkut tutustumisluontoisia, sairaalakohtaisia eroja)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ liikunnan yksilöohjausta (esim. kuntosalilla) ➤ liikuntaneuvonta ➤ erikseen ryhmiä vanhuksille, aikuisille, nuorille ja lapsille ➤ informatiiviset ryhmät (painonhallinta, savuttomuus, lääkitys ym.) ➤ terveystunto- ja kehonkoostumusmittaukset ➤ välinelainat <p>fys.ter lisäksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ fysioterapiaryhmiä: <ul style="list-style-type: none"> ○ kehonhahmotus ○ kehotietoisuus ○ naisten ruumiinkuva ○ ruumiinkuvan vakauttaminen ○ muut ruumiinkuva ○ kuntonyrkkeily ○ allas ○ jännitys-rentous ○ syömishäiriö ○ tanssillinen ○ psykofyysinen fysioterapia ○ fyysinen kunto ○ psykomotorinen ○ rentouskurssi ○ ahdistuksen hallinta ○ terapeuttisen liikkeen ○ tasapaino ○ tuolijumppa ○ toiminnallinen ○ matalan kynnyksen ○ ahdistus-masennus ○ korva-akupunktio ○ kipukurssi ○ oirehallinta ➤ yksilöfysioterapia <ul style="list-style-type: none"> ○ kehotietoisuutta vahvistavat harjoitukset 	
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ○ rentoutuminen ○ hengitysharjoitukset ○ fysioakustinen tuolihoito ○ ruumiinkuva-arviot ○ ahdistuksenhallinta ○ masennuksen hallinta ○ tutkiminen ○ arviointi ○ terapeutin harjoittelu ○ manuaaliset käsittelyt ○ apuvälinearviot ○ kotikäynnit ○ kivun hallinta ○ videointi oman tilan realisoimiseksi ○ rajaushoidot ○ äiti ja vauva ○ äiti ja tytär 	
<p>Ohjautuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ oma-aloitteisesti/potilastovereiden houkuttamina ➤ henkilökunta ohjaa/saattaa (osastolta tai avohoidosta) ➤ lähete tai kierrolla raportilla/sovitusti, hoitajan yhteydenoton perusteella ➤ hoitosuunnitelmassa/viikko-ohjelmassa sovittu 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ potilaslähtöinen ❖ työryhmälähtöinen ❖ yhdessä sovittu potilaan ja hoitavan tahon kanssa hoito/kuntoutussuunnitelmaan
<p>Mistä?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ psykiatrian ja päihdehoidon <ul style="list-style-type: none"> ○ osastot ○ avohoito ➤ perusterveydenhuollosta ➤ sijainnin mukaan eri alueilta ➤ osastoilta 90% ja avohoidosta 10% / ensisijaisesti avohoidosta (alueelliset erot) ➤ Helsingin kipupoliklinikka 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ psykiatrian ja päihdehoidon <ul style="list-style-type: none"> ○ osastoilta ○ avohoidosta ❖ muut tahot
<p>Miksi?</p> <p>liikuntaryhmät, liikunnanohjaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ omasta aloitteesta ➤ työryhmän aloitteesta ➤ päivä- ja viikko-ohjelmaan vaihtelua, sisältöä, rytmitystä ja rutinoina ➤ hoito/kuntoutussuunnitelmassa ➤ ajanvietteeksi, pois osastolta hetkeksi ➤ liikkumiseen aktivoituminen tuen avulla 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ potilas hakeutuu ❖ työryhmä ohjaa ❖ hoidon/kuntoutuksen sisältöön yhdessä potilaan kanssa sovittu ❖ toiminnalliset syyt ❖ yleistä terveyttä edistävät syyt ❖ fyysiseen terveyteen/sairauteen liittyvät syyt ❖ psyykkiseen tervey-

<ul style="list-style-type: none"> ➤ ylläpitoliikunta ➤ kunnon kohotus ➤ uuden liikuntamuodon etsiminen ➤ terveydelliset syyt (painonhallinta ym.) ➤ psyykkiset syyt (psyykkiset sairaudet, oirehallinta, hyvää mieltä, ”normaalialoa” ym.) ➤ psykososiaaliset syyt (esim. harjoitella ryhmässä toimimista) ➤ toiminnalliset syyt ➤ liikkumis- ja toimintakykyyn liittyvät syyt <p>fysioterapiaryhmät, yksilöfysioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ kokonaishyvinvointiin liittyen ➤ erilaisten psyykkisten sairauksien/oireiden takia (ahdistus, masennus, jännittyneisyys, levottomuus, dissosiaatiohäiriöt, skitsofrenia ym.) ➤ tuki- ja liikuntaelinongelmat ➤ erilaiset kehon hahmotuksen häiriöt ➤ traumaattiset kokemukset ➤ fyysiseen toimintakyvyn laskuun liittyen (voimattomuus, motoriset taidot huonot, liikkumisvaikeudet ym.) ➤ neurologiset vaivat ➤ pitkittyneet kiputilat ➤ hengitys/rentousohjaus ➤ fysioterapia-arvioon ➤ päihdehoitoon liittyen ➤ pakkoliikunnan rajoittamiseksi ➤ vaikeiden tunteiden hallintaan 	<p>teen/sairauteen liittyvät syyt</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ psykososiaaliset syyt ❖ liikunnalliset syyt
<p>Tavoitteet?</p> <p>liikunnanohjaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ toimintakyvyn säilyttäminen ja lisääminen ➤ aktivoituminen/motivoituminen liikkumiseen ➤ fyysisen kunnon ylläpito/kohentuminen/laskemisen ehkäisy ➤ liikuntaharrastuksen ylläpito, uudelleenkäynnistys tai uuden etsintä ➤ psyykkiset tavoitteet (mielihyvän kokemusten saaminen, sosiaalisessa tilanteessa oleminen, jakaminen ym.) ➤ terveydelliset tavoitteet (mm. painonpudotus, voimia lisää, kipujen hoito) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ yleiseen toimintakykyyn liittyvät tavoitteet ❖ liikunnalliset tavoitteet ❖ fyysisen voinnin tavoitteet ❖ psyykkistä vointia tukevat tavoitteet ❖ psykososiaaliset tavoitteet ❖ yleisterveydelliset tavoitteet

<ul style="list-style-type: none"> ➤ psykososiaaliset tavoitteet (ryhmässä toimimisen harjoittelu ym.) ➤ jatkossa liikuntaa itsenäisesti avohoidossa/kotona <p>fysioterapiatoiminta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ liikunta- ja toimintakyvyn ylläpitäminen, tukeminen, vahvistaminen ja lisääminen ➤ aktivoituminen/motivoituminen liikkumiseen ➤ fyysisen kunnon koheneminen ➤ oireiden lievittyminen, jotta suoriutuu päivittäisen elämän haasteista ➤ terveydelliset tavoitteet (kipujen lievittyminen, terveellinen liikunta ym.) ➤ psyykkiset tavoitteet (erilaisten psyykkisten oireiden, kuten ahdistus ja masennus, hallinta/lievittyminen) ➤ psykososiaaliset tavoitteet (ryhmässä toimiminen) ➤ itsetuntoon ja kehollisuuteen/jaksamiseen liittyvät tavoitteet ➤ päihteettömyyden tukeminen ➤ itsenäinen liikkuminen jatkossa 	
<p>Jatkuvuuden huomiointi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ huonosti tai ei juurikaan ➤ liikuntaneuvonnan kautta (informaatio, tutustumiset) ➤ yhteistyötoimin (kaupungin liikuntatoimi, liikuntaviraston erityisliikuntapalvelut ja lähiöliikunta) ➤ ohjataan avohoidon palveluihin (3.sektori, kaupungin liikuntatoimi, työväenopisto ym.) ➤ sairaala-aikana konkreettiset suunnitelmat avo-hoitoon ➤ saattaen vaihto ➤ tuetaan, kannustetaan, motivoidaan liikkumiseen ➤ sopivan liikunnan/liikuntapaikan etsiminen potilaalle ➤ erityyppiset ryhmät ei vaiheessa hoitokaarta ➤ sairaalahoidon jälkeen tarv. ft:n tuki liikunnan jatkumiseen kotoa käsin ➤ joillain osastoilla vastuuhenkilöt seuraamassa liikuntakäyntien to- 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ei huomioida kunnolla ❖ liikuntaneuvonnan kautta ❖ erilaisten yhteistyötoimien kautta ❖ ohjaamalla aktiivisesti palveluissa eteenpäin hoitovaiheen mukaisesti ❖ konkreettiset käytännön toimet, kuten ”saattaen vaihto” ❖ motivoinnin kautta ❖ vastuuhenkilöt ❖ sairaalan palvelut ympäri vuoden

<ul style="list-style-type: none"> ➤ teutumista ➤ sairaalan ryhmät ympäri vuoden (yksikköerot) 	
<p>Sopiva liikuntatoiminta?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ kaikenlainen liikunta ➤ sovellettu liikunta ➤ voinnin/tilanteen ja voimavarat huomioiva (aloittelijalle, huonokuntoiselle, psykoottiselle ym. tilanteen mukaan) ➤ motivoiva, rento ja kokemuksia antava liikunta ➤ fyysistä ja psyykkistä terveyttä edistävä ja tukeva (rajoja asettava, saavutettavissa oleva, koostava, turvallinen ym.) ➤ yksilöllisesti/pienryhmässä toteutettava ➤ suunnitelmallinen, tavoitteellinen, jäsennetty ja ohjattu/vertaisohjattu liikunta ➤ säännöllinen ja riittävän pitkäkestoinen ➤ liikkuvuutta, motoriikkaa, voimaa ja tasapainoa lisäävät lajit 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ potilaan kokonaistilanteen huomioiva liikunta yksilöllisesti/pienryhmässä ❖ fyysistä ja psyykkistä terveyttä edistävä ja tukeva liikunta ❖ ohjattu/vertaisohjattu liikunta ❖ suunniteltu, säännöllinen ja riittävän pitkäkestoinen liikunta ❖ motivoiva liikunta

Tutkimuskysymys 3: Mitä ovat liikunnanohjauksen kehittämishaasteet psykiatrisissa sairaaloissa?	
Alakategoria	Yläkategoria
<p>Miksi ei saa liikunnanohjausta?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ liikuntaa ei nähdä tärkeänä osana kokonaishoitoa ➤ potilas ei ole saanut tietoa liikuntapalveluista/liikunnanohjauksesta ➤ henkilökunta ei ole tarpeeksi aktiivinen asian suhteen ➤ henkilökunta ei ole tietoinen palveluista/toimintatavoista/lähetekäytännöstä ➤ sairausoireet vaikeuttavat/estävät potilaan osallistumista toimintoihin ➤ potilas ei osaa kysyä/itse vaatia/omatoimisesti ei haakeudu ➤ ”saattaen vaihtaan”-periaate ei toteudu ➤ potilasta ei saada motivoitua/kannustettua liikuntaan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ liikunta ei prioriteetti hoidossa ❖ henkilökunnasta johtuvat syyt ❖ potilaasta johtuvat syyt ❖ liikunnanohjauspalveluiden puutteista johtuvat syyt ❖ sairaus joskus estää

<ul style="list-style-type: none"> ➤ ohjaajien/tilojen puute ➤ ryhmä täynnä ➤ sovelletun liikunnan puute ➤ avohoidossa potilaan on vaikea lähteä esim. 3. sektorin palveluiden pariin ➤ avohoidossa erityissairaanhoidon järjestämää liikuntapalvelua vähän (alue-erot) ➤ avohoidon yleiset liikuntapalvelut eivät tavoita vaikeimmin sairastuneita 	
<p>Kehitettävää?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ liikunnanohjaajien toimenkuvan selkeytys, osalliseksi psykiatriseen hoitotiimiin ➤ tiedon kulun parantaminen (mm. yhtenäinen kirjaamiskäytäntö) ➤ liikunta tulisi ottaa paremmin osaksi kaikkien potilaiden hoitoa ja kuntoutusta ➤ liikuntatoiminnan ajoitukseen ja sisältöön kiinnitettävä huomiota ➤ riittävä, eri liikunta-alan ammattilaisia sisältävä ja pysyvämpi henkilökunta liikunnanohjaukseen ➤ liikuntatiloja lisää ➤ vertaisohjaajien aktivointi ➤ työrauha ➤ ammatillisuuden tukeminen ➤ ajankohtaista terveysajattelua heijastavaa liikuntaa kuntoutumista edistämään sekä potilaan takaisin yhteiskuntaan siirtymistä edistämään ➤ yhteistyön lisääminen ➤ hoitohenkilökunta ja lääkärit paremmin mukaan (aktiivisempi ote, vastuuhenkilöt, pienimuotoinen liik. ryhmän veto, liikkumisresepti, liikunnan jatkuvuus ym.) ➤ perusterveydenhuolto tarjoamaan ko. palvelua ➤ liikunta osaksi arkea ➤ potilaille kokonaisvaltaisia terveysliikuntasuuntautuneita ryhmiä ➤ matalan kynnyksen ryhmiä lisää ➤ lisää ryhmiä ns. normiväestön kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ liikunta paremmin osaksi kaikkien potilaiden hoitoa ja kuntoutusta sekä arkea ❖ liikuntatoiminnan ajoitukseen huomiota ❖ liikuntatoiminnan sisältöön huomiota ❖ yhteistyötoiminnan ja käytänteiden kehittäminen ❖ liikunta- ja fysioterapiatoimintaan riittävä henkilökunta ja tilat ❖ ammatillisuuden tukeminen ❖ muut kehityshaasteet

<ul style="list-style-type: none"> ➤ avohoidossa potilaiden vähävaraisuuden huomiointi ➤ omien toimintatapojen kyseenalaistaminen ➤ yksilötapaamiset 1-3x ennen ryhmässä aloittamista ➤ ”kotiin vietävien” liikuntapalveluiden kehittäminen ➤ syömishäiriöiden huomiointi 	
<p>Muuta</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ kollegatukea ja konsultointiapua puuttuu ➤ työnkuvan tallennus ➤ itsenäinen työ, ”vapaat kädet” ➤ tärkeää työtä ➤ työntekijät tekevät työtä suurella sydämellä ja kehittämisen ➤ toimien säilyttäminen, lisää fysioterapian resursseja ➤ panostus liikunnan tärkeyteen kuntoutumisessa (erilaiset terveysvaikutukset, tukee muuta hoitoa, liittyy osaksi yhteiskuntaa, potilaat toivovat) ➤ potilaiden motivointi ja kannustus tärkeää, pelkkä kehoitus ei riitä ➤ yhteistyötä kehitettävä ➤ palveluiden painotus avohoittoon ➤ ohjaushenkilöstö tärkeässä roolissa liikkumisen suhteen ➤ turvallinen liikunta (jatkuvuus, tasaisuus) ➤ huomioitava mielenterveysosaaminen psykiatristen potilaiden ohjaamisessa ➤ liikuntaneuvonta osana liikunnanohjaus- ja fysioterapiatoimintaa tärkeää ➤ palveluiden jatkuva kehittäminen, monipuolisuus, uusia muotoja ➤ julkinen terveydenhuollon osuus? ➤ toivotaan yhteiskunnan asenteen muuttuvan positiivisemmaksi psykiatrisia/päihdehoidon potilaita kohtaan 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ itsenäisen työn plussat ja miinukset ❖ työn tärkeys ❖ motivoitunut henkilökunta ❖ resurssit huomioitava ❖ potilaiden motivointi tärkeää ❖ palveluiden jatkuva kehittäminen tärkeää ❖ mielenterveysosaaminen huomioitava ❖ yhteistyön kehittäminen ❖ liikunnan tärkeys kuntoutumisessa ❖ liikuntaneuvonta ❖ muut huomiot

Liite 8. Saatekirje

SAATEKIRJE

**KYSELY UUDENMAAN PSYKIATRISTEN SAIRAALOIDEN LIIKUNNANOH-
JAUKSESTA
JA FYSIOTERAPIATOIMINNASTA KEVÄÄLLÄ 2014**

HYVÄ KYSELYYN VASTAAJA,

Tämä liikunnanohjauksen kysely psykiatristen sairaaloiden liikuntaa ohjaaville työntekijöille on lähtenyt siitä yksinkertaisesta tarpeesta, ettei tällä hetkellä ole tietoa liikunnanohjauksen tilanteesta psykiatrisissa sairaaloissa. Tämä kysely on oleellinen osa opinnäytetyötäni Laurea ammattikorkeakoulussa Tikkurilassa. Opinnäytetyöni aihe on: Liikunnanohjaus Uudenmaan psykiatrisissa sairaaloissa vuonna 2014. Teen opinnäytetyöni Suomen mielenterveysseuralle, Mielenterveysalan liikunnan koordinointi- ja kehittämishankkeessa, joten kerättävälle tutkimusaineistolle on aito työelämästä syntynyt tarve. Kerättävät tiedot tulevat Suomen mielenterveysseuran kautta eteenpäin Opetus- ja kulttuuriministeriölle tiedotettaviksi.

Toivon sinun vastaavan kyselyyn omin sanoin, ajatuksella. Tällä kyselyllä haetaan mahdollisimman monipuolista tietoa liikunnanohjauksesta psykiatrisen hoidon parissa. VASTAUKSESI OVAT ARVOKASTA TIETOA! Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vapaaehtoisesti. Tulokset tullaan käsittelemään tavalla, josta ei käy ilmi mistä sairaalasta/työyksiköstä on vastattu mitenkään.

Kyselyt on toimitettu useammalle liikuntaa/fysioterapiaa ohjaavalle työntekijälle seuraaviin sairaaloihin:

HUS: Kellokoski, Tammiharju, Jorvi, Peijas, Paloniemi, HYKS Psykiatriakeskus
Helsingin kaupunki: Aurora ja Itä-Uusimaa: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyh-
tymä

Tutkimuksen tulokset tullaan lähettämään kirjallisesti kaikkiin vastanneisiin yksiköihin. (Halutessasi voit laittaa kyselyyn oman sähköpostiosoitteesi, niin toimitan tulokset/valmiin opinnäytetyön sinulle henkilökohtaisesti.)

Tälle opinnäytetyön tutkimukselle ja kyselylle on hankittu asianmukaiset luvat, joten voit vastaamiseen käyttää työaika. (ks. liite 1 luvat)

KIITOS OIKEIN PALJON! Vastausaika sinulla on _____ saakka!

T: Jatta Mäkelä, Laurea-ammattikorkeakoulu/ Hoitotyön aikuiskoulutus, sairaan-
hoitajatutkinnon päivityskoulutus (Jatta.Makela@student.laurea.fi)

Liite 9. Kyselylomake

KYSELY UUDENMAAN PSYKIATRISTEN SAIRAALOIDEN LIIKUNNANOHJAUKSESTA JA
FYSIOTERAPIATOIMINNASTA KEVÄÄLLÄ 2014

Sairaalan / yksikön nimi:

Oletko koulutukseltasi: liikunnanohjaaja fysioterapeutti jokin muu, mikä: _____

Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi?

alle 6 kk 6kk-2 vuotta 3-5 vuotta 6-10 vuotta 11-20 vuotta yli 21 vuotta

Sukupuoli: mies nainen

Ikäsi: 20-30 31-40 41-50 51-60 yli 61

Onko toimesi: vakituinen määräaikainen lyhytaikainen sijaisuus (alle 6kk)

Kysymys 1. Mitkä ovat työtehtäväsi psykiatristen potilaiden liikunnanohjaamisessa viikon aikana?

Kysymys 2. Millaista liikunnanohjausta ja fysioterapiatoimintaa psykiatrisille potilaille on työyksikössäsi tarjolla? (esimerkiksi erilaiset ryhmät, yksilöohjaukset)

Kysymys 3. Miten psykiatriset potilaat ohjautuvat liikunnanohjaukseen / fysioterapiaan?

Kysymys 4. Mistä psykiatriset potilaat tulevat teille?(osastoilta, avohoidosta)

Kysymys 5. Miksi psykiatriset potilaat tulevat liikunnanohjaukseen / fysioterapiaan? (tulokset)

Käännä →

Kysymys 6. Mitä tavoitteita psykiatrisille potilaille liikunnanohjauksessa yleensä asetetaan?

Kysymys 7. Miten liikunnanohjauksen jatkuvuus huomioidaan psykiatrisilla potilailla?

Kysymys 8. Minkälainen liikuntatoiminta on mielestäsi ja/tai kokemuksesi mukaan sopivaa psykiatriselle potilaalle?

Kysymys 9. Mitä ovat mielestäsi mahdolliset syyt siihen, ettei psykiatrinen potilas saa liikunnanohjausta?

Kysymys 10. Mitä asioita tulisi mielestäsi kehittää psykiatristen potilaiden liikunnanohjauksessa?

Kysymys 11. Kirjoita tähän vielä, mitä muuta psykiatristen potilaiden kanssa työskentelystä haluat tuoda esiin. (huomiot, toiveet, epäkohdat tai muuta sellaista)

KIITOS PALJON VASTAUKSISTASI !

Palautus oheisessa kirjekuoressa Jatta Mäkelälle.
