

Magdalena Kaczmarek
Heidi Leinonen

Kehotietoisuus ja elämänlaatu

Psoriasista sairastavien kokemukset ryhmäharjoittelusta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Hyvinvointi ja toimintakyky

Fysioterapia

Opinnäytetyö

Päivämäärä 22.10.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Magdalena Kaczmarek, Heidi Leinonen Kehotietoisuus ja elämänlaatu Psoriasisista sairastavien kokemukset ryhmäharjoittelusta 29 sivua + 4 liitettä 22.10.2014
Tutkinto	Fysioterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Fysioterapia
Ohjaaja(t)	Lehtori Sirpa Ahola Lehtori Ulla Härkönen
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Psoriasis on yleinen ihon ja nivelten sairaus, jota sairastaa väestössä 2-3%. Nivelpsoriasis on yhtä yleinen miehillä ja naisilla. Psoriasisikseen ei voida parantaa, mutta oireita voidaan lievittää. Psoriasisliitto on tutkinut taudin vaikutusta elämänlaatuun. Tautia sairastavat kokevat taudin vaikuttavan monella elämän osa-alueella.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa pilotti kehotietoisuusryhmän avulla uutta tietoa kohderyhmän eli psoriasisista sairastavien henkilöiden subjektiivisesta harjoittelukokemuksesta psykofyysisiä menetelmiä käyttäen. Saatujen tulosten lisäksi koko prosessista dokumentoitu informaatio toimii valmiina konseptina työelämätahon hyödynnettäväksi sekä kuntoutusalan ammattilaiselle työkaluksi.</p> <p>Ryhmän kokoontui kerran viikossa kahdeksan viikon ajan. Psykofyysisen fysioterapian lähestymistavassa keskeisenä elementtinä on näkemys ihmisestä kokonaisuutena, riippumatta siitä millaisia toimintakyvyn vajeavaisuuksia kuntoutujalla on. Psykofyysisessä lähestymistavassa lähtökohtana on kehon, mielen ja ympäristön vaikutus ja yhteys toisiinsa. Näitä elementtejä huomioimalla pyritään ihmisen kokemukselliseen oppimiseen, jossa etsitään voimavaroja arjesta selviytymiseen.</p> <p>Asioita tarkastellaan ihmisen elämysten ja kokemusten kautta. Halusimme opinnäytetyössämme selvittää mitä yhteyttä on kahdeksan viikkoa kestäneellä kehotietoisuusharjoituksia sisältävällä ryhmätoiminnalla psoriasisista sairastavien henkilöiden kokemaan kipuun, mielialaan, unenlaatuun sekä elämänlaatuun. Opinnäytetyömme on tapaustutkimus. Aineistomme kerättiin käyttäen muunneltua RAND-36 elämänlaatumittaria lomakemuotoisesti alku- ja loppukyselyinä, muunneltua VAS- mittaria ja palautelomaketta. Verrattaessa osallistujia keskenään olivat saadut tulokset yksilötasolla erilaisia. Tästä syystä suoria yleistyksiä ei voida tehdä. Kuitenkin jokaisella osallistujalla käytettyjen mittareiden ja palautelomakkeen tulokset ja vastaukset korreloivat keskenään. Silti yleistyksiä kehotietoisuusharjoittelun yhteydestä tutkittuihin tekijöihin ei voida tehdä.</p>	
Avainsanat	kehotietoisuus, rentoutuminen, hengitys, psoriasis, kipu, vertaistuki, kokemuksellisuus, psykofyysinen, fysioterapia

Author(s) Title Number of Pages Date	Magdalena Kaczmarek, Heidi Leinonen Body awareness and quality of life Persons affected by psoriasis experiences about group therapy 29 pages + 4 appendices 22 October 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Instructor(s)	Sirpa Ahola, Senior Lecturer Ulla Härkönen, Senior Lecturer
<p>Abstract:</p> <p>Psoriasis is a common skin and joint disease. Approximately 2-3% of the population has it and it is just as common within the male and female population. Psoriasis is incurable but the symptoms can be alleviated. The Finnish Psoriasis Association has done a research on the effects of the disease in the quality of life. Those affected by the disease have experienced that the disease has influence on many areas of life.</p> <p>This thesis aims to produce new knowledge of the target groups (persons who have psoriasis) subjective practice experience by using psychophysical methods within a body consciousness pilot group. In addition to the gained results the information documented of the whole process serves as a finalized concept to be implemented by working life actors as well as a tool for rehabilitation professionals.</p> <p>The pilot group had a meeting once a week for a period of eight weeks. The key element of psychophysical physiotherapy approach is the view of a person as a whole, regardless of defects in the abilities of the rehabilitating person in question. Psychophysical approach is based on the connection between the body, the mind and the effects of the environment. Paying attention to these elements thrives to personal experimental learning that seeks resources for coping with the everyday life.</p> <p>Things are seen through the person's experiences and knowledge. In this thesis we wanted to find out the connection between eight weeks of group activity, which included body consciousness practices, and the pain, mood, quality of sleep and quality of life that the persons affected by psoriasis experienced. Our thesis is a case study. The material was gathered with a pre- and post-questionnaire form using modified RAND-36 quality of life indicator, modified VAS-indicator and a feedback form.</p> <p>When comparing the participants the results gathered were different in individual level. For this reason any direct generalizations cannot be made. However, with every participant the results and answers of the used indicators and the feedback form correlated with each other. Nevertheless generalizations on the connection between body consciousness practice and the researched factors cannot be made.</p>	
Keywords	body consciousness, body awareness, psoriasis, pain, peer support, experience, psychophysical physiotherapy

Sisälllys

1	Johdanto	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus	6
	2.1. Opinnäytetyö kysymykset	6
	2.2. Yhteys työelämään	6
3	Teoreettiset lähtökohdat	
	3.1 Johdanto teoreettisiin lähtökohtiin	6
	3.2. Psoriasis sairautena ja sen vaikutus elämänlaatuun	7
	3.3. Kipu ja sen vaikutus elämänlaatuun	7
	3.4. Kehotietoisuuden edistäminen fysioterapiassa	
	3.4.1. Psykofyysinen fysioterapia	8
	3.4.2. Kehotietoisuus	9
	3.4.3. Rentoutuminen	10
	3.4.4. Hengityksen merkitys	10
	3.4. Ryhmäilmiö	
	3.4.1. Ryhmän ohjaus	10
	3.4.2. Vuorovaikutus ryhmässä	11
	3.4.3. Vertaistuki	11
4	Teoriasta toteutukseen	
	4.1. Osallistujat	11
	4.2. Esivalmistelut	12
	4.3. Prosessi suunnitellusta realismiin	12
5	Käytetyt mittarit	
	5.1. Kivun, mielialan ja unenlaadun mittaaminen	13
	5.2. Elämänlaadun mittaaminen	13
6	Tutkimusmenetelmät	
	6.1. Tapaustutkimus tutkimusmetodina	14
	6.2. Tiedonkeruumenetelmät	14
	6.3. Analyysimenetelmät	14
7	Opinnäytetyön tulokset	
	7.1.1. Kehotietoisuusharjoitusten vaikutus koettuun kipuun, mielialaan ja unenlaatuun	15
	7.1.2. Kehotietoisuusharjoitusten vaikutus koettuun elämänlaatuun	18

7.1.3. Muut kokemukset kehotietoisuusharjoittelusta ja ryhmäinterventiosta	21
7.2. Johtopäätös	22
8 Luotettavuus ja Eettisyys	22
9 Pohdinta	23
Lähteet	26

Liitteet

Liite 1. Ryhmämainos

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Tutkimuslupa ja tuntisuunnitelma

Liite 4. Muunneltu VAS ja palautelomake

1 Johdanto

Opinnäytetyössämme ohjasimme kahdeksan viikon interventiona keväällä 2014 kehotietoisuusharjoitteita sisältävää pilottiryhmää diagnosoiduille psoriasista sairastaville henkilöille. Psoriasis sairautena heikentää tutkitusti elämänlaatua. Psoriasista ei voida parantaa, mutta oireita voidaan lievittää yhdistellen eri hoitomuotoja. Keskiönä on ihottuman vähentäminen, niveloireiden hoito ja elämänlaadun parantaminen. Kroonista kipua sairastavilla on usein elämänlaatua häiritseviä liitännäisoireita, unettomuutta, masennusta tai molempia. (Rantanen, ym. 2012 ; Karvonen, ym. 2002: 176.) Meitä kiinnosti psykofyysisen fysioterapian tarjoama lähestymistapa ja sen yhteys kroonista kipua sairastavien henkilöiden kokemaan kipuun, unenlaatuun, mielialaan sekä elämänlaatuun. Lisäksi halusimme tietää mitä muita kokemuksia ryhmään osallistuminen antoi. Psykofyysisessä lähestymistavassa keskeisenä on näkemys ihmisestä kokonaisuutena ja lähtökohtana on kehon, mielen ja ympäristön vaikutus sekä yhteys toisiinsa. Näitä huomioimalla pyritään ihmisen kokemukselliseen oppimiseen, jossa etsitään voimavaroja arjesta selviytymiseen. Asioita tarkastellaan ihmisen elämysten ja kokemusten kautta. Psykofyysisen fysioterapian työvälineinä erilaiset kehotietoisuutta lisäävät harjoitteet, hengitysharjoitukset, erilaiset rentoutusmenetelmät sekä liikeharjoitteet ovat suositeltavia juuri pitkittyneiden kiputilojen hoidossa. (Talvitie, ym. 2006: 269-281; Menetelmät ja hyödyt. 2014; Asiakkaat. 2014.) Opinnäytetyö ideoitiin ja toteutettiin yhteistyössä Helsingin Seudun Psoriasisyhdistys ry:n kanssa. Vastaavaa interventiota ei ole toteutettu aiemmin tällä asiakasryhmällä. Opinnäytetyöllämme pyrimme antamaan konkreettista vastinetta työelämäyhteistyökumppanimme kiinnostukselle hyödyntää saatuja tuloksia ryhmänohjauksissaan

2 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa pilotti kehotietoisuusryhmän avulla uutta tietoa kohderyhmän eli psoriasista sairastavien henkilöiden subjektiivisesta harjoittelukokemuksesta psykofyysisiä menetelmiä käyttäen. Saatujen tulosten lisäksi koko prosessista dokumentoitu informaatio toimii valmiina konseptina työelämätahon hyödynnettäväksi sekä kuntoutusalan ammattilaiselle työkaluksi. Intervention suunnittelu ja toteutus, aineiston analyysi sekä koko opinnäytetyöprosessin läpikäyminen antaa hyviä valmiuksia opiskelijalle tulevaan työelämään.

2.1. Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat:

Mitä yhteyttä on kahdeksan viikkoa kestäneellä kehotietoisuusharjoituksia sisältävällä ryhmätoiminnalla psoriasista sairastavien henkilöiden kokemaan kipuun, mielialaan, unenlaatuun sekä elämänlaatuun?

Minkälaisia muita kokemuksia ryhmään osallistujat toivat esille?

2.2 Yhteys työelämään

Työelämänyhteistyökumppani, Helsingin Psoriasisyhdistys ry tarjosi idean opinnäytetyöllemme pohjautuen tarpeeseen saada tutkittua tietoa erilaisten fysioterapiamenetelmien ja tässä tapauksessa juuri valitun psykofyysiseen fysioterapiaan sisältyvien kehotietoisuusharjoitteiden sovellettavuudesta psoriasista sairastavien henkilöiden kivun hallinnassa. Työelämänyhteistyökumppanilla on mahdollisuus hyödyntää opinnäytetyötämme uutena tutkittuna tietona sekä käytännön esimerkkinä toteutetusta innovatiivisesta ryhmätoiminnasta.

3 Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Johdanto teoreettisiin lähtökohtiin

Opinnäytetyömme ryhmämuotoisen intervention toteutukseen ja prosessin aikana seurattaviin tekijöihin on olemassa perustellut syyt, jotka helpottavat kokonais kuvan hahmotusta käytetyistä metodeista intervention aikana. Ensiksikin perustieto psoriasiksesta sairautena, sen vaikutuksesta elämänlaatuun sekä muiden tarkasteltavien elementtien vaikutus ja yhteys elämänlaatuun on oleellista tietää ymmärtääkseen ryhmämme tarpeellisuuden ja miksi juuri tämän kaltainen ryhmä soveltuisi tälle asiakasryhmälle. Toiseksi tärkeää on ymmärtää psykofyysisen fysioterapian perusteita ja taustaa. Niistä rakensimme sovelluksemme tunnin sisällöstä. Kiinnitimme harjoitteissamme huomiota kehollisuuteen, hengitykseen sekä rentoutumiseen, näiden taustoittaminen auttaa opinnäytetyön lukijaa ymmärtämään paremmin miksi olemme valinneet interventiossa käyttämämme metodit. Ryhmän ja vertaistuen merkitys korostuu, koska interventio oli ryhmämuotoinen.

3.2. Psoriasis sairautena ja sen vaikutus elämänlaatuun

Psoriasis on moninainen ja yleinen ihon ja nivelten sairaus. Yleisyys väestössä on 2-3%. Nivelpsoriasis on yhtä yleinen miehillä ja naisilla. Tauti puhkeaa yleisesti 20-30 vuoden iässä, mutta voi puhjeta missä iässä tahansa. 50-60 vuoden iässä on toinen alkamishuippu. Perintötekijät liittyvät tautiin vahvasti, alle 40-vuotiaana puhjenneissa psoriasis tapauksissa. (Rantanen, ym. 2012; Karvonen, ym. 2002: 176.)

Valtaosalla potilaista iho- ja niveloireet ovat lieviä. Laajasti levinnyt ja näkyviä oireita aiheuttava ihopsoriasis sekä vaikea nivelpsoriasis heikentävät elämänlaatua. Taudille on tyypillistä oireiden aaltomainen vaihtelu. Huomattavalla osalla psoriaatikoista on lisäksi tuki- ja liikuntaelin oireita: artriittia, pehmytkudostulehduksia sekä spondylopatiaa, jossa selkäoireet ja selkärankamuutokset ovat vahvasti etusijalla. Liitännäissairauksina voi olla myös ahdistuneisuutta ja masennusta, jotka jäävät usein huomaamatta. (Rantanen, ym. 2012; Karvonen, ym. 2002: 176.)

Psoriasikseen ei voida parantaa, mutta oireita voidaan lievittää. Psoriasista hoidetaan paikallisvoiteilla, valohoidoilla, sisäisillä lääkkeillä sekä näitä hoitomuotoja yhdistämällä. Hoidon tavoitteena on vähentää ihottumaa, pitää nivelet oireettomina ja parantaa elämänlaatua. Lisäksi hoidon avulla pyritään sekä säilyttämään työ- ja toimintakyky. (Rantanen, ym. 2012 ; Karvonen, ym. 2002: 176.)

Psoriasisliitto on tutkinut taudin vaikutusta elämänlaatuun. Tautia sairastavat kokevat taudin vaikuttavan monella elämän osa-alueella. Esiin nousseita asioita oli taudin pitkäaikaisuus ja mahdolliset oireiden muutokset sekä epävarmuus tulevaisuudesta. Iho- ja niveloireet vaikuttavat työssä selviytymiseen ja ammatin valintaan. Kivut voivat häiritä arkea ja aiheuttaa työ poissaoloja. Unen laatu voi myös kärsiä taudista aiheutuvien kipujen tai liitännäissairauksien seurauksena. Psoriasis vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin ja psyykkiseen hyvinvointiin, iho-oireet voivat aiheuttaa itsetunto-ongelmia. Iho-oireiden hoito vie paljon aikaa , tämä voi osin rajoittaa sosiaaliseen kanssakäymiseen käytettävissä olevaa aikaa. Jatkuvan ihonhoidon taas todetaan aiheuttavan osalle psoriaatikoista hoitoväsymystä. Lääkkeisiin kuluu rahaa, joka voi rajoittaa taudin hyvää hoitoa pienempituloisilla. Taudin hoito koetaan myös työlääksi ja yksinäiseksi. Aikaa kuluu ihon hoitoon ja vaatteita joutuu ihon kuivuuden takia pesemään useammin. Omalla ja ympäristön suhtautumisella tautiin on kuitenkin yksilötason kokemuksen kannalta suuri merkitys. (Backmän, ym. 2004: 3-4; Lietzen - Tuominen. 2011.)

3.3. Kipu ja sen vaikutus elämänlaatuun

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (International Association for the study of pain, IASP) määrittelee kivun epämiellyttäväksi tunto- tai tunnekokemus, joka liittyy selkeään tai mahdolliseen kudosaaurioon, tai jota kuvataan samalla tavalla. (Vainio. 2009: 150; Granström. 2010: 14; Krooninen kipu. 2008: 1.) Kivulle on luotu monia erilaisia luokittelumalleja. Yleisin on luokittelu akuuttiin ja krooniseen kipuun. Kipu muuttuu Bonican mukaan krooniseksi, kun sen kesto ylittää kudosten normaalin paranemisajan. (Vainio. 2009: 150.) Perinteisessä luokittelussa kipu luokitellaan kehon anatomisen osan mukaan, esimerkiksi pää- ja selkäkipu. Kipua voidaan luokitella myös elinsysteemin mukaan, esimerkiksi vaskulaarinen tai ruuansulatuselinten kipu. Joskus käytetään jakoa somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Viskeraalinen kipu on peräisin sisäelimestä, joita hermottaa autonominen hermosto. Luokitelua tehdään myös kivun aiheuttajan mukaan, esimerkiksi syöpäkipu tai synnytyskipu. (Vainio. 2009:150.)

Kivuntutkimusyhdistyksen kivun määritelmässä tulee esille kivun tehtävä varoittaa mahdollisesta kudosisvauriosta, esimerkiksi haavasta jalassa, ja kipukokemuksen kaksi osatekijää eli tunto (kivun havaitseminen) ja tunne (havainnon epämiellyttävävyys). Kokemuksena kipu on aistia, joka muistuttaa näköä tai kuuloa. (Granström. 2010: 14; Granström. 2009: 113.) Kivun kokeminen perustuu ratkaisevasti mielentoimintaan, siihen vaikuttavat kokijan kipu- sekä muutkin kokemukset ja muistot, siksi kipukokemukset ovat erilaisia. Kipu on aina subjektiivinen eli kokijan omakohtainen kokemus kivusta. (Granström. 2010: 29-30; Krooninen kipu. 2008:1.)

Kroonista kipua sairastavilla on usein elämänlaatua häiritseviä liitännäisoireita, unettomuutta, masennusta tai molempia. Kipu, unettomuus ja masennus kytkeytyvät toisiinsa monin tavoin, yhteyttä ei kuitenkaan osata vielä sanoa varmasti. Usein psyykkisellä ja fyysisellä stressillä on yhteyttä kaikkien näiden tilojen syntyyn. (Granström. 2009: 112-113.) Kipupotilaan unettomuus voi johtua monista tekijöistä, itse kivusta, kivun aiheuttamasta stressistä tai kivun aiheuttamista psykologisista vaikutuksista kuten huolesta ja masennuksesta. On tavallista, että kroonisesta kivusta kärsivä nukkuu huonosti jatkuvasti tai jaksoittain, varsinkin psyykkisen tai fyysisen stressin jälkeen. Unettomuus voi vahvistaa kipukokemusta, sillä väsyneenä kiputuntemukset voimistuvat. Väsyneenä on hankalampi keskittyä ajatteluun ja toimintaan, joilla kipua voisi lievittää. (Granström. 2009: 112-113; Granström: 2010. 39-40.) Krooninen kipu ja masennusoireet ovat yleisiä väestössä. Tavallisin tilanne on, että masennus on kipu-sairauden seurausta. Masennusoireet alkavat usein kivun muuttuessa krooniseksi. Psykologisesti kipu aiheuttaa menetyskokemuksen kun se alkaa tuottamaan vaikeuksia arkisissa toimissa: liikkumisessa, harrastuksissa, sosiaalisissa suhteissa, työkyvyssä ja taloudellisissa asioissa. (Granström. 2009: 113-114; Granström. 2010: 35-36.)

3.4. Kehotietoisuuden edistäminen fysioterapiassa

3.4.1. Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysisellä fysioterapialla on perinteitä Pohjoismaissa jo 40-50-luvuilta. Psykiatrit ja fysioterapeutit ovat yhdessä tehneet alan kehitystyötä Ruotsissa ja Norjassa. Suomessa alan kehitykseen on vaikuttanut ruotsalainen Gertrud Roxendal, jonka väitöskirjan "Body Awareness Therapy" sai tiedostamaan alan koulutuksen tarpeellisuuden 80-luvun puolivälin jälkeen. Toisena oleellisena alkuajan vaikuttajana on ollut norjalainen Berit Heir Bunkan. (Immonen-Orpana. 1995:133.)

Psykofyysisen fysioterapian lähestymistavassa keskeisenä elementtinä on näkemys ihmisestä kokonaisuutena, riippumatta siitä millaisia toimintakyvyn vajaavaisuuksia kuntoutujalla on. Terapian lähtökohtana on kehon, mielen ja ympäristön vaikutus ja yhteys toisiinsa. Näitä elementtejä huomioimalla pyritään ihmisen kokemukselliseen oppimiseen, jossa etsitään voimavaroja arjesta selviytymiseen. Asioita tarkastellaan ihmisen elämysten ja kokemusten kautta. Terapeutin tehtävä on kohdata ihminen ja auttaa häntä tulemaan tietoisemmaksi kehonsa viesteistä sekä näin tunnistamaan omia tunnetilojaan. Tiedostamisen ja tunteiden tunnistamisen kautta ihminen tulee lähemmäksi oman elämänsä hallittavuuden tunteesta. (Talvitie -Karppi -Mansikkamäki. 2006:265-266; Immonen-Orpana. 1995:134; Menetelmät ja hyödyt. 2014; Psykofyysinen fysioterapia. 2014.)

Psykofyysisen fysioterapian työvälaineitä ovat erilaiset kehotietoisuutta lisäävät harjoitteet, hengitysharjoitukset, erilaiset rentoutusmenetelmät, liikeharjoitteet, hieronta ja kosketus sekä vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet. (Talvitie, ym. 2006: 269-281; Menetelmät ja hyödyt. 2014.) Menetelmät soveltuvat kaikkeen fysioterapeuttiseen työhön, mutta ovat suositeltavia mm. mielenterveyden häiriöissä, kehon hahmotushäiriöissä, pitkittyneissä kiputiloissa, erilaisissa stressireaktioissa ja -häiriöissä sekä eriasteisissa toimintakyvyn häiriöissä. (Asiakkaat. 2014.) Terapia voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäterapiana tilanteesta riippuen. (Menetelmät ja hyödyt. 2014.)

3.4.2. Kehotietoisuus

Roxendalin (1987) mukaan kehotietoisuus pitää sisällään liike- ja kokemusaspektin. Liikeaspekti koostuu ihmisen fyysisestä puolesta; liikemalleista (pallon potkaiseminen, käden hienomotoriikka), kehon hallinnasta (asennon säilyttäminen ja muuttaminen, tasapaino) ja kehon kontrollointi (ulostamisen ja hengityksen säätely, kivun sieto). (Herrala - Kahrola - Sandström. 2010:32-33.)

Kokemusaspekti pitää sisällään ihmisen tietoisuuden toiminnan, jossa huomio kiinnitetään oman itsensä havainnoimiseen. Havainnoinnin seurauksena ihminen tulee tietoiseksi kehostaan ja sen osista (vartalo, raajat, pää, sydän, keuhkot, vatsa, aivot) sekä mitä niillä voi tehdä ja kuinka paljon (jaksaminen). Lisäksi tietoisuus auttaa ymmärtämään kuinka huoltaa kehoa ja mikä tuottaa mielihyvää tai mielihäiriötä. (Herrala - Kahrola - Sandström. ym. 2010:33.)

Liikeaspektin eli ruumiin toimintojen kautta ihminen saa kokemuksia omasta itsestään ja itsensä ulkopuolelta (näkö, kuulo), tämä lisää ihmisen kehotietoisuutta. Keho tuo esiin miten ihminen kokee ja tuntee ruumiinsa. Kehotietoisuus on kokonaisvaltaista itsensä tiedostamista, hallintaa, hahmottamista ja ymmärrystä. Tämän tietoisuuden syvyyteen vaikuttaa ihmisen elämäkokemukset ja ihmisen yksilölliset selviytymisstrategiat. (Herrala - Kahrola - Sandström. ym. 2010:32-33.)

Yksi kehotietoisuutta lisäävä menetelmä on Basic Body Awareness-menetelmä. Se on tanssipedagogi Jacques Dropsyn sekä fysioterapeutti Gertud Roxendalin luoma fysioterapiamenetelmä. Menetelmä sisältää yksinkertaisia liikeharjoituksia, joiden avulla pyritään tietoiseen läsnäoloon harjoitteiden aikana. Menetelmällä on osoitettu olevan myönteisiä vaikutuksia mm. kipuun, unen laatuun sekä liikkumiseen. (BBAT. 2013; Gard 2005: 726.) Harjoitteita voidaan tehdä eri alkuasennoissa, maaten, seisten, istuen tai kävellen. Harjoittelu saattaa sisältää myös pariharjoituksia, ääniharjoituksia sekä pehmytkudoskäsittelyjä. Harjoittelussa yhdistyy vapaan hengityksen, tasapainon ja tietoisuuden läsnäolon elementit. Terapeutti on olennaisessa roolissa terapian aikana. Vuorovaikutus terapeutin ja asiakkaan välillä sekä keskustelut havainnoista ja kokemuksista ovat olennainen osa BBAT-menetelmää. Terapeutilla on äidillinen empaattinen hyväksyvä ja kannatteleva rooli ja toisaalta isällinen tukeva ja kannustava rooli terapian aikana. Näiden roolien kautta hän tukee asiakkaan tietoista ymmärrystä kehon ja mielen yhteydestä. (BBAT.2013; Gard 2005: 725-726; Gard -Kristoffersen - Skjaerven. 2010:1484-1488.)

3.4.3. Rentoutuminen

Rentoutuminen on ihmisruumiin omien, tasapainottavien ja terveyttä säilyttävien reaktioiden elvyttämistä, vahvistamista tai säilyttämistä. Rentoutumisella tavoitellaan mielen ja ruumiin tasapainoa eri tilanteissa. Tähän tavoitteeseen voi riittää pelkkä rauhoittuminen ja pysähtyminen, jollain taas liikunta toimii parhaimpina rentoutusmenetelmänä. Joillakin rentoutumisen keinoja voivat olla erilainen puuhastelu (käsityöt, puutarhanhoito) sekä eri taiteen muodot joko tekijänä tai kokijana. (Herrala, ym. 2010: 169.) Rentoutumisen kokeminen liittyy vahvasti tunteisiin ja muutoksiin vireystilassa. Siihen liittyy vapautuminen fyysisistä ja psyykkisistä jännityksistä, sekä aina mielihyvän kokeminen. Tämän kokemuksen johdosta mieliala rauhoittuu ja ihminen virkistyy, voimavarat tuntuvat lisääntyneen ja ovat tehokkaammin käytössä. (Herrala, ym. 2010: 170-171; Kataja. 2003:22-23.) Rentoutumisella on välittömiä seurauksia myös fyysisellä tasolla: lihasjännityksen vähentyminen ja lihasten rentoutuminen, hengitystiheyden pieneneminen ja pallean rentoutuminen, verenpaineen aleneminen ja aineenvaihdunnan hidastuminen, ääreisverenkierron vilkastuminen ja lämmön tunteen kokemus sekä kivun lievittyminen. (Herrala, ym. 2010:170-171; Kataja. 2003:28.)

3.4.4. Hengityksen merkitys

Hengitys on ainoa elintärkeistä toiminnoista, jota hallitaan autonomisen hermoston lisäksi tahdonalaisesti kontrolloimalla. Hengitykseen vaikuttava autonomisen hermoston sympaattinen ja parasympaattinen vaikuttavat elimistöön useasti vastakkaisesti. Sympaattinen hermosto aktivoituu nopeaa toimintaa vaativissa tilanteissa, esimerkiksi vaaran uhatessa. Pulssi nousee sydämen iskutilavuus ja hengitystiheys kasvaa, sisäelinten verenkierto puolestaan hidastuu (esimerkiksi ruuansulatus). Parasympaattinen hermosto puolestaan hidastaa sydämen sykettä, rauhoittaa hengitys tiheyttä sekä nopeuttaa ruuansulatusta. (Herrala, ym. 2010:76) Jännittynyt mieliala näkyy hengityksessä mm. jännityksenä, rintakehän lukkiutumisena, niska- ja selkävaivoissa sekä sisäelimissä. Pelko ja ahdistus lisäävät stressiä ja vaikuttavat usein tätä kautta myös hengitykseen, tämä voi johtaa vaikeuteen rentoutua, nukkua tai kokea virkistäytymistä levon avulla. (Herrala, ym. 2010:76-83.) Hengitys antaa rytmin monille perustoiminnoille kuten kävelyille. Se osallistuu myös elimistön perusaineenvaihduntaan. Hengitys ilmentää myös ihmisen sisäistä maailmaa eli tunteita. Oikean hengityksen avulla voidaan tasapainottaa tunnereaktioita. Hengitystä voi tietoisesti harjoitella erilaisten harjoitteiden avulla. (Herrala, ym. 2010:76; Kataja. 2003:56-57.)

3.5. Ryhmätöinnän lähtökohtia

3.5.1. Ryhmän ohjaus

Ryhmän ohjaajalla on päävastuu ryhmän tehtävän sekä kiinteyden edistämässä ja säilymisessä. Vaikka ohjaaja ei ole ryhmän johtaja, tulee hänen ilmaista johtajuutta ottamalla vastuu ryhmän toiminnasta, eteen tulevista ongelmista ja niiden ratkaisusta. Ryhmän ohjaaja ohjaa ryhmää tietoisesti, tavoitteellisesti ja perustellusti ryhmän tarpeiden mukaan. Yhtenä ohjaajan tehtävistä on auttaa ryhmäläisiä oppimaan kokemuksistaan ryhmän sisällä. (Eskola -Jauhiainen. 1994:146-149; Niemistö. 1999:67.) Uuden ryhmän aloituksessa ohjaajan tulee huomioida oma virittäytymisensä ryhmään, ryhmän orientoituminen aiheeseen, sopia ryhmän rajoista ja ryhmäläisten liittymisestä ryhmään. (Eskola, ym. 1994:153; Niemistö. 1999:79-80.)

Rajojen sopiminen luo pelisäännöt ryhmän sisälle. Tunteja koskeva rakenne ja sen kertominen luo turvallisuuden ja selkeyden tunnetta ryhmän sisälle. Ohjaus on ohjaajan omaa tulkintaa ryhmästä ja ohjaajan omanlaista ohjausotetta. Ohjaajan kehityksen kannalta on jatkuva reflektointi eli toimintansa tutkiminen tärkeää. Yhtä oikeaa tapaa ohjata ei kuitenkaan ole. (Eskola, ym. 1994:152-161; Niemistö. 1999:81.)

3.5.2. Vuorovaikutus ryhmässä

Ryhmän muodostumisen ensimmäisenä merkinä voidaan pitää vuorovaikutusta ryhmäläisten välillä. Kahden ihmisen voi katsoa luoneen suhteen, kun heidän tiedetään olevan toistuvasti vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksella tarkoitetaan tässä tilanteessa tilannetta, jossa ihmiset toimivat toistensa läsnäollessa ja kommunikoivat keskenään. Kaikki ryhmässä tapahtuva toiminta on vuorovaikutusta, tämä vuorovaikutus voi vaikuttaa myös ryhmään. (Eskola, ym. 1994:69.)

Vuorovaikutus vaihtelee jatkuvasti ryhmän sisällä ja on tilannesidonnaista, siihen vaikuttaa ryhmäläisen yksilöllinen tapa toimia ja tulkita toisten toimintaa. (Eskola, ym. 1994:70.) Ryhmäläiselle ryhmä on itsetuntemuksen lisäämisen eli reflektion väline. Reflektiolla tarkoitetaan tietoista ja kriittistä syventymistä oman toiminnan tarkasteluun. Se edellyttää aina sosiaalista kanssakäymistä, toisin sanoen vuorovaikutusta. Parhaimmillaan ryhmä voi auttaa ryhmäläistä löytämään itsestään aivan uusia puolia. (Eskola, ym. 1994:16.)

3.5.3. Vertaistuki

Vertaistuki on käsitteenä epämuodollinen, kokemuksellinen, vuorovaikutuksellinen ja inhimillinen. Vertaistukea on aiemmin kutsuttu oma-avuksi, nykyään samanlaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten vuorovaikutusta ja kokemusten jakamista kutsutaan useimmissa yhteyksissä vertaistueksi. Vertaistukiryhmän voivat muodostaa henkilöt, joilla on jokin yhteinen ongelma tai he ovat samanlaisessa elämäntilanteessa. Ryhmässä ihmisillä on halu jakaa kokemuksiaan ja tällä tavoin ihminen pyrkii ratkaisemaan tai lieventämään henkilökohtaisia ongelmiaan. (Mikkonen. 2009:29-32; Nyman. 2008:229.) Ryhmässä halutaan jakaa kokemuksia ja tietoa samanlaisessa tilanteessa olevien kanssa. Jakaminen ja tuen saaminen luo yhteenkuuluvuuden tunteen ryhmäläisten välille. Toisten auttaminen, tuen antaminen ja tuen saaminen ovat keskeisessä osassa ryhmän vuorovaikutusta. Osallistuminen ja reflektointi ryhmässä parantavat ihmisen toimintakykyä. (Mikkonen. 2009:29-30; Nyman. 2008:231; Eskola, ym. 1994:19.)

4 Teoriasta toteutukseen

4.1. Osallistujat

Osallistujat olivat diagnosoitua psoriasista sairastavia henkilöitä. Poissulkukriteerinä ryhmään osallistumiseen on kyvyttömyys seistä harjoitteiden aikana ilman apuvälinettä. Emme kokeneet tarvetta rajata muuten osallistujien osallistumista sairauden eri ilmenemismuotojen, iän, elämäntilanteen, sukupuolen, kansalaisuuden tai yleisen toimintakyvyn mukaan. Huomioimme osallistujien toimintakyvyn muutokset erityisesti rajoitusten suhteen tilan varauksessa. Varatussa harjoittelutilassa oli tarvittaessa käytössä hoitopöytiä osallistujille, joilla lattialle pääsemisessä ja sieltä ylösnousemisessa esiintyisi rajoitusta. Ryhmän kooksi alustavien suunnitelmien mukaisesti toivoimme 12 henkilöä, koska olimme ottaneet huomioon mahdolliset poissaolijat sekä keskeyttäjät.

4.2. Esivalmistelut

Suunnittelimme ryhmän toiminnan, joka sisälsi kaksi kehotietoisuusharjoitusta sekä rentoutusharjoituksen (Liite 8.). Harjoitusten välissä oli ohjattua keskustelua harjoitteiden vaikutuksista sekä heränneistä tuntemuksista. Harjoitteet olivat sovellusta tunnetuista psykofyysisen fysioterapian menetelmistä. Laadimme toiminnasta markkinoivan ilmoituksen/mainoksen (Liite 1.), joka julkaistiin Psoriasisliiton omassa julkaisussa. Työelämäyhteistyökumppani otti vastaan osallistujien ilmoittautumiset sekä välitti heidän yhteystietonsa meille. Ilmoittautuneille lähetimme itse laatimamme saatekirjeen. Tämä sisälsi tutkimusluvan ja muunnellun RAND 36 elämänlaatua mittaavan aineistonkeruulomakkeen sekä tarkemmat tiedot ryhmän toiminnasta. RAND-kysely toistettiin intervention päätyttyä.

4.3. Ryhmäharjoittelun toteutuminen

Ryhmäkokoontumisia oli kerran viikossa, yhden tunnin verran kahdeksan viikon ajan. Ilmoittautuneita osallistujia ryhmään oli 11 ja paikalle ensimmäiselle kokoontumiselle saapui kahdeksan. Yksi oli ilmoittanut ettei pääsekään paikalle. Keräsimme lopulta tarvittun aineiston neljältä osallistujalta. Alkuun jaoimme kotiharjoitteeksi jokaiselle VAS-seurantalomakkeen kivusta, mielialasta ja unesta sekä internetosoitteen, josta kuunnella rentoutusharjoite. Kotona tehtävän rentoutusharjoitteen tehtävä oli tukea ryhmässä tehtävää rentoutusharjoitetta helpottaen ja nopeuttaen rentoutumista. VAS-seurantalomaketta tuli täyttää aina ryhmätapaamisesta seuraavana päivänä ja rentoutusharjoitetta toteuttaa vähintään kerran viikossa itselle sopivana ajankohtana. Tutustuminen ja ryhmäytyminen käynnistettiin esittelykierroksella, jossa jokainen sai vapaan sanan itsestään. Ryhmäläiset kertoivat itseohjautuvasti järjestäen sairaudestaan, sen ilmenemismuodosta ja nykyisestä tilasta. Ensimmäisellä kerralla tärkeää oli käydä pääpiirteittäin läpi tunnin sisällön ja kiteytetty teoriasisältö harjoitteista sekä suunnitelma toteutuksesta tulevana kertoina. Kaikki harjoitteet pyrittiin pitämään samoina oppimisen kannalta. Toistojen myötä jokaiselle tarjoutuu näin mahdollisuus syventää kokemuksiaan.

Työjakona toinen ohjasi kaksi harjoitetta ja toinen loppurentoutuksen. Harjoitteiden välissä kävimme keskustellen läpi tuntemuksia, ajatuksia ja kokemuksia, joita kukin ryhmäläinen koki harjoitteen aikana.

5 Käytetyt mittarit

5.1. Kivun, mielialan ja unenlaadun mittaaminen

VAS, Visual Analogue Scale, ja VRS, Verbal Rating scale, ovat tutkitusti yhdet yleisimmin käytetyt validit kivun intensiteetin mittarit kliinisessä tutkimisessa. (Ferreira-Valente - Pais-Ribeiro - Jensen 2011:1) VAS-kipujana on 10 cm pitkä molemmista päistä suljettu jana. Janan ääripäissä ovat tuntemukset "ei kipua" ja "pahin mahdollinen kipu". Asiakasta pyydetään merkitsemään janelle kohta, joka parhaiten kuvastaa hänen kipujensa voimakkuutta. VRS on sanallinen kipuasteikko. Mittaustilanteessa potilaalta kysytään, mikä sana parhaiten kuvaa hänen kipunsa voimakkuutta: 0 = Ei kipua, 1 = Lievä kipu, 2 = Kohtalainen kipu, 3 = Voimakas kipu, 4 = Sietämätön kipu. (Piirtola. 2011)

Valitsimme VAS-kipujanana mittariksi yhdistettynä VRS sanalliseen kipuasteikkoon. Muunnellulla mittarillamme (Liite 4.) kartoitimme asiakkaiden subjektiivista kivun, mielialan sekä unenlaadun kokemustaan intervention aikana. Nämä elämänlaatuun tutkitusti vaikuttavat osatekijät tutkimuskohteenaamme, oli tavoitteenamme saada tietoa harjoitteiden vaikutuksista sekä heijastumisesta kyseisille aihealueille.

5.2. Elämänlaadun mittaaminen

RAND-36 on terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, joka kartoittaa terveydentilaa ja hyvinvointia kahdeksalla ulottuvuudella: koettu terveydentila (Kote), fyysinen toimintakyky (Fyto), psyykinen hyvinvointi (Psyhy), sosiaalinen toimintakyky (Soto), tarmokkuus (Tarm), kivuttomuus (Kivu), roolitoiminta/fyysisistä syistä johtuvat ongelmat (Ro/fy) ja roolitoiminta/psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat (Ro/psy). RAND-36 mittarin tulokset ovat asteikolla nolasta sataan, jossa nolla on huonoin mahdollinen ja sata paras mahdollinen tilanne koetun elämänlaadun suhteen (Aalto, Aro, Teperi. 1999:5.)

Suhteellisen lyhyenä instrumenttina RAND-36 soveltuu käytettäväksi yhdessä sairausspesifin elämänlaatumittarin kanssa potilastutkimuksissa. Tällöin voidaan saada kattava kartoitus terveyteen liittyvästä elämänlaadusta eri alueilla ja sairauden tai hoitojen vaikutuksista potilaan elämässä. (Aalto ym. 1999: 56.) Valitsimme RAND 36 mittarin kuvaamaan osana osallistujien subjektiivista kokemusta omasta terveydentilastaan ja sen vaikutuksesta heidän elämänlaatuun. Käytimme muunneltua versiota, jossa muutimme aikamäärettä lyhyemmäksi oireiden esiintyvyyden suhteen. Valintaamme vaikutti RAND-36-mittarin soveltuvuus tutkitusti hyvän pätevyytensä, erinomaisen toistettavuutensa sekä käyttökelpoisuutensa osalta käytettäväksi terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa väestön elämänlaadun arviointiin ja seurantaan. Se on todettu myös muutosherkäksi monilla potilasryhmillä, minkä vuoksi se soveltuu hoito- ja kuntoutustutkimuksissa vaikuttavuuden arviointiin. Sitä voidaan käyttää myös yksilöllisen kuntoutuksen tavoitteiden ja sisällön suunnittelussa. (Korpilahti. 2013)

6 Tutkimusmetodi ja – menetelmät

6.1. Tapaustutkimuksen erityispiirteet

Tapaustutkimuksessa eli case- tutkimuksessa hyödynnetään monia tietolähteitä ja niin laadullisen kuin määrällisenkin tutkimuksen menetelmiä. (Kananen. 2013: 23-24, 28.) Tapaustutkimuksessa kohteena on tässä hetkessä oleva ilmiö, josta pyritään saamaan rikas ja syvälinen kuvaus. Tapaustutkimus toteutetaan luonnollisessa ympäristössään. (Kananen 2013:54.) Tapaustutkimukset luokitellaan alalajeihin ja opinnäytetyömme on alalajina itsessään arvokas, *intrinsic*, tapaustutkimus, jossa huomio on yhdessä tapauksessa ja sen syvälinisessä ymmärtämisessä sekä kuvauksessa. Tavoitteena ei ole teorioiden eikä yleistysten luominen, mutta se voi synnyttää jatkotutkimukselle hypoteesejä ja johtaa näin yleistyksiin. (Kananen. 2013:56.) Tapaustutkimus sopi opinnäytetyömme tutkimusmetodiksi parhaiten, kun käytössämme oli suunnitellusti useampia tutkimusmenetelmiä.

6.2. Tiedonkeruumenetelmät

Aineistomme kerättiin käyttäen muunneltua RAND-36 elämänlaatumittaria lomakemuotoisesti alku- ja loppukyselynä sekä muunneltua VAS- mittaria kotiseurantalomakkeena. Aineiston yhtenä hankinnan metodina on strukturoitu lomakemuotoinen kysely (Eskola ym. 1994:86-87). VAS- kotiseurantaa tehtiin jokaisen harjoituskerran jälkeisenä päivänä koko kahdeksan viikon intervention ajan. VAS kotiseurantalomake sisälsi jaottelun uneen, kipuun ja mielialaan. Täytetyt lomakkeet kerättiin viimeisellä tapaamisella. Toisena aineiston hankinnan metodina oli laadittu palautelomake jaoteltuina rajattuihin aihealueisiin. Aineistona hyödynnettiin myös käytyjä vapaan sanan keskusteluja ja niistä nousseita seikkoja. Tämän saadun tiedon hahmottamisessa ja jäsentämisessä auttoi järjestelmällinen päiväkirjatyyppinen dokumentointi kustakin ryhmän kokoontumiskerrasta. Laadullisessa tutkimuksessa saadut aineistot ovat tekstejä, sanoja sekä dokumentteja ja määrällisessä tutkimuksessa aineistoa ovat saadut kysymysten vastausten vaihtoehdot, luvut eli frekvenssit (Kananen. 2013:27). Tiedonkeruussamme on niin ikään yhdistelty laadulliselle ja määrälliselle tutkimukselle ominaisia menetelmiä.

6.3. Aineiston analyysi

Aineiston ensisijaisena tehtävänä on antaa ratkaisu tutkimuskysymyksiimme. Aineistosta etsimme selitystä ilmiölle, tyypillistä kertomusta, toiminnan logiikkaa tai samanlaisuuksia ja erilaisuuksia pyrkimättä yleistämiseen. (Janhonen, Nikkonen. 2003:21., Kananen. 2013: 28,107.) Laadulliseen tutkimukseen pohjautuvalla Case - tutkimuksella ei ole omia aineiston analyysimenetelmiä. Laadullisen aineiston käsittelyyn pohjautuen käytimme aineiston hajottamista asiasisällöiksi eli segmenteiksi. Segmentti muodostuu yhdestä asiasta tai muuttujasta, jonka nimesimme eli luokittelimme. Luokittelussa käytimme teoria- ja aineistolähtöistä luokittelua. (Kananen. 2013:103-105.) Luokittelua käytimme analysoidessamme subjektiivisen palautelomakkeen aineistoa. VAS- seurannoista ja RAND-36 elämänlaatukselyistä saatua aineistoa analysoitiin hyödyntämällä strukturoitujen lomakkeiden valmista luokittelua.

7 Opinnäytetyön tulokset

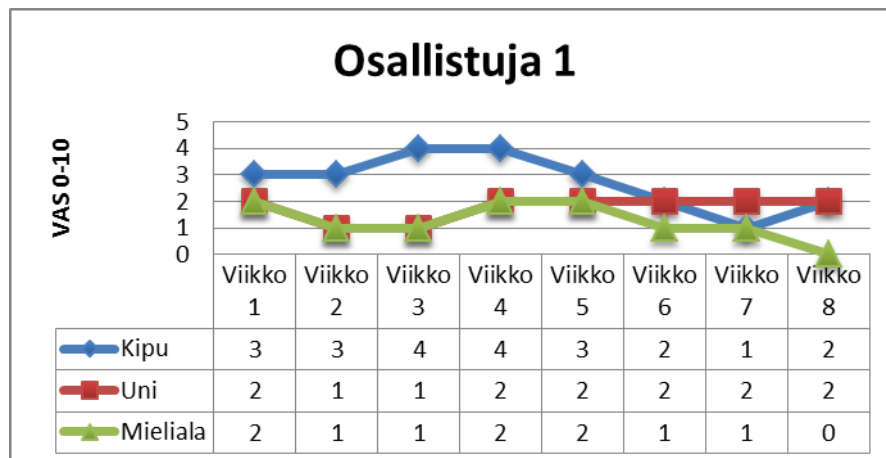
7.1.1. Kehotietoisuusharjoitusten yhteys koettuun kipuun, mielialaan ja unenlaatuun.

Mittasimme neljältä osallistujalta koettua kipua, mielialaa sekä unenlaatua muunnellulla VAS- mittarilla viikoittaisena kotiseurantana.

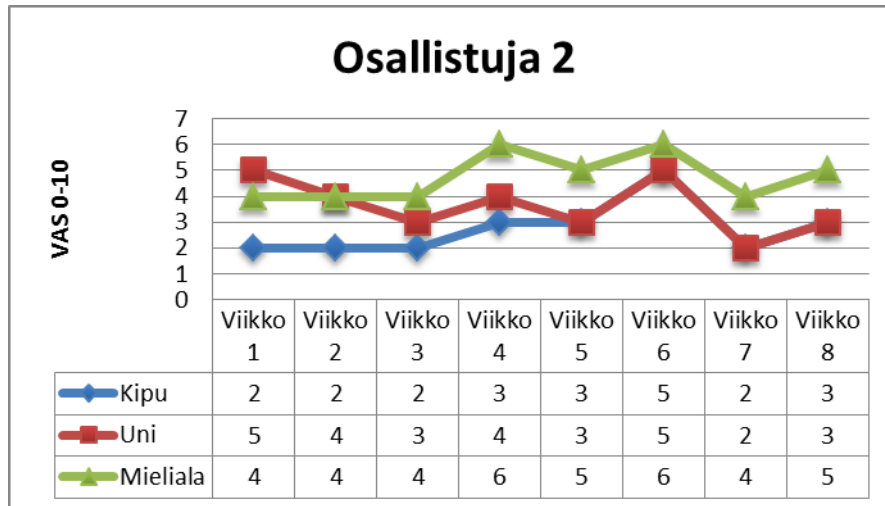
Kivun osalta voimakkuus vaihteli yksilötasolla kahdesta seitsemään pykälää intervention aikana. Viikoittainen vaihtelu oli useammalla aaltomaista, eikä ensimmäisen ja viimeisen viikon mittauksessa ollut mainittavaa eroa osallistujien kesken.

Unen osalta tulosten vaihtelevuus oli intervention aikana yhdestä kolmeen pykälää. Kahdella unenlaatu parani koko intervention aikana, yhdellä pysyi samana ja yhdellä huononi. Unenlaadun huononeminen yhdessä tapauksessa oli yhteydessä lisääntyviin kipuihin tarkastelujakson aikana.

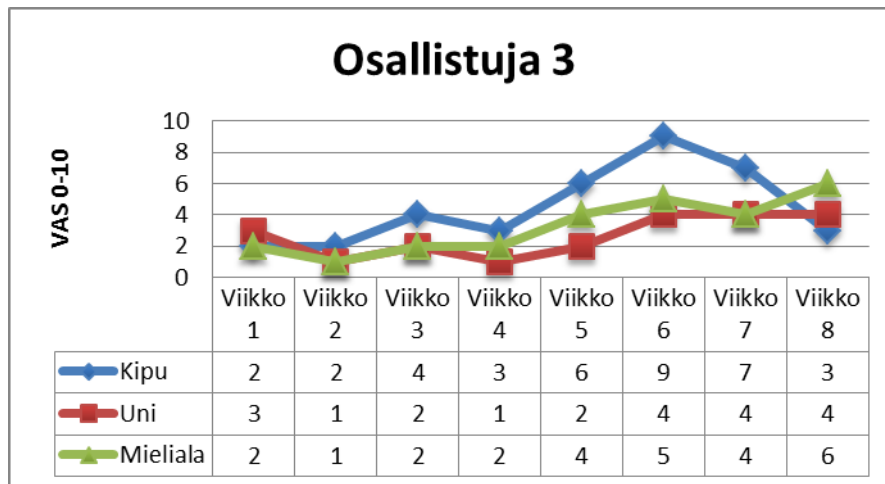
Mielialan osalta vaihtelevuus oli yhdestä neljään pykälää. Tällä osa-alueella oli eniten vaihtelevuutta yksilötasolla. Tästä syystä käsittelemme jokaisen tuloksen erillisenä. Osallistuja nro yhden kohdalla mieliala parani intervention aikana kaksi pykälää ja tässä tapauksessa unen ja kivun vaihtelut näkyivät seurantajaksoilla. Osallistuja nro kahden mielialassa oli aaltomaisuutta, joka korreloi yksilön kohdalla muutoksia unenlaadussaankin. Osallistuja nro kolmen kohdalla mielialan lasku korreloi hyvin kivun lisääntymiseen jakson aikana. Osallistuja nro neljän mieliala pysyi samalla tasolla mittarilla mitattuna, yhtä viikkoa lukuun ottamatta. Tämän viikon VAS kivun suhteen oli myös korkein koko tarkastelujaksolla.



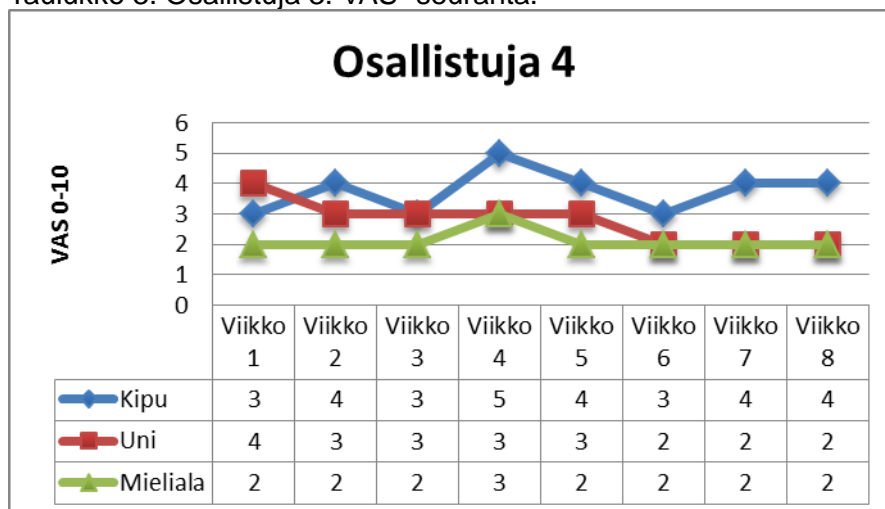
Taulukko 1. Osallistuja 1. VAS- seuranta.



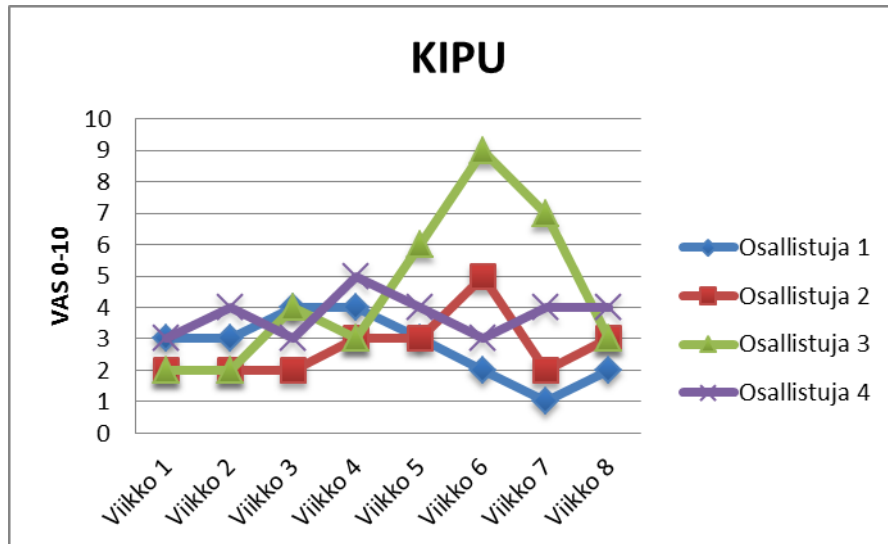
Taulukko 2. Osallistuja 2. VAS- seuranta.



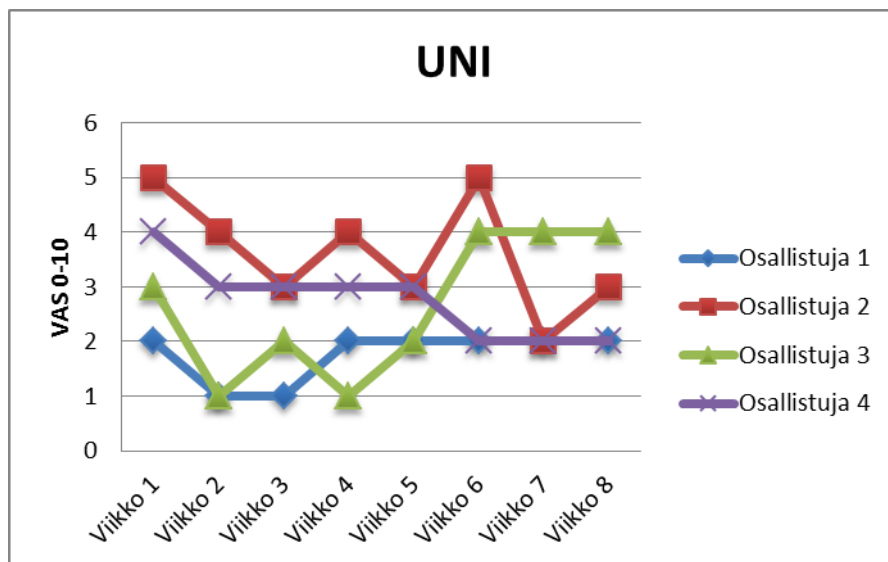
Taulukko 3. Osallistuja 3. VAS- seuranta.



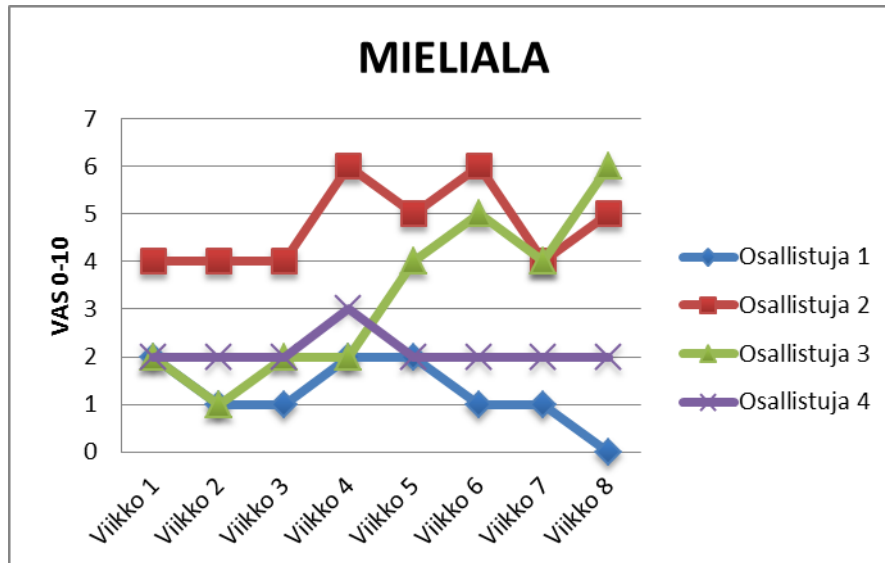
Taulukko 4. Osallistuja 4. VAS- seuranta.



Taulukko 5. Kipukokemuksen vertailua osallistujien kesken.



Taulukko 6. Koetun unenlaadun vertailua osallistujien kesken.

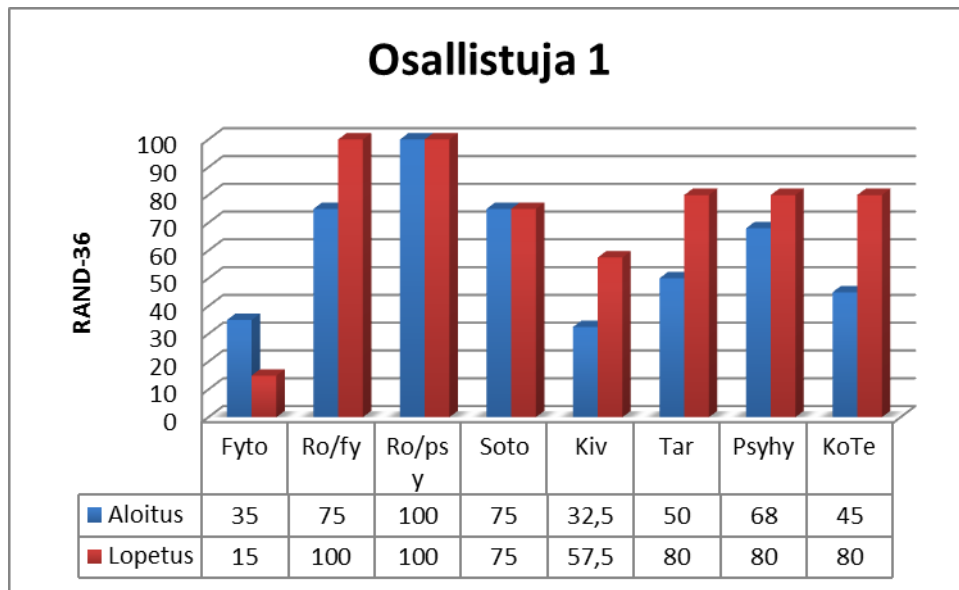


Taulukko 7. Koetun mielialan vertailua osallistujien kesken

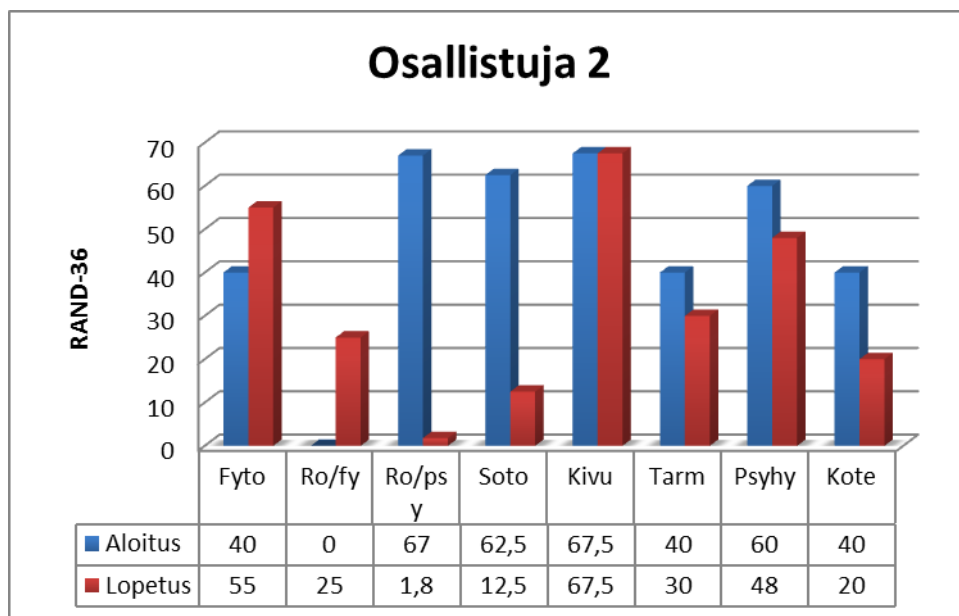
7.1.2. Kehotietoisuusharjoitusten yhteys koettuun elämänlaatuun.

Mittasimme neljältä osallistujalta intervention alussa ja lopussa RAND-36 elämänlaatu-mittarilla heidän kokemaansa elämänlaatua. Mittarin kahdeksan mitattavaa osa-alueetta olivat fyysinen toimintakyky (Fyto), roolitoiminta/fyysinen (Ro/fy), roolitoiminta/psykkinen (Ro/psy), sosiaalinen toimintakyky (Soto), kivuttomuus (Kivu), tarmokkuus (Tarm), psykkinen hyvinvointi (Psyhy) ja koettu terveydentila (Kote). Saatua mittauksen tuloksia verrattiin väestöstä kerättyihin viitearvoihin naisten ja pitkäaikaissairaiden osalta.

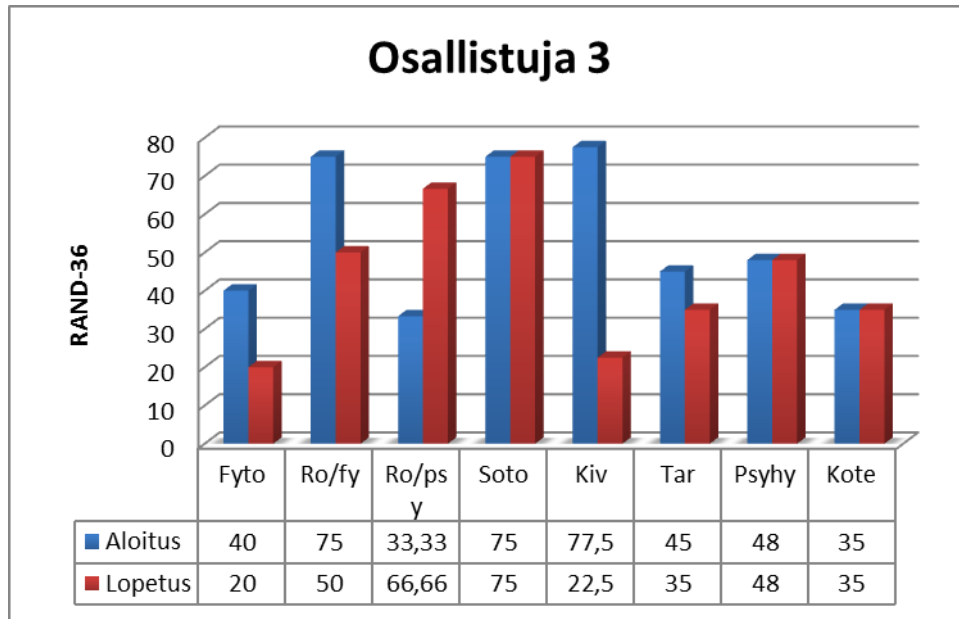
Tarkasteltaessa fyysisen toimintakyvyn osa-alueetta, yhtä osallistujaa lukuun ottamatta tulos laski. Osallistujien aloitusarvot olivat lähtökohtaisesti alhaisemmat kuin valittujen vertailuryhmien. Roolitoiminnan fyysisen osa-alueen osalta yhtä lukuun ottamatta tulos nousi aloitusarvosta. Ryhmästä kahdella alkutaso tällä osa-alueella oli samalla tasolla kuin vertailuryhmillä. Roolitoiminnan psykkinisellä osa-alueella yhtä lukuun ottamatta arvot nousivat tai pysyivät samoina. Vertailuryhmiin nähden hajonta oli yksilötasolla huomattava. Sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueella oli hajontaa; yhdellä laski, toisella nousi ja kahdella pysyi samana. Osa-alueen arvot olivat yhtä lukuun ottamatta vertailuryhmien arvoja alhaisemmat. Kivuttomuuden osa-alueella tulos nousi tai pysyi samana, yhtä lukuun ottamatta. Vertailuryhmiin verrattuna arvot olivat alhaisemmat. Tarmokkuuden osa-alueella tulokset nousivat yhdellä, laskivat yhdellä ja kahdella pysyivät samoina. Tulosten nousu yhdellä ylsi yli terveiden naisten keskiarvon vertailuryhmässä. Muiden arvot olivat alle vertailuryhmien keskiarvojen. Psykkisen hyvinvoinnin osa-alueella yhdellä tulos nousi, yhdellä pysyi samana ja kahdella laski. Tulosten nousu yhdellä ylsi yli vertailuryhmien keskiarvojen. Muiden arvot olivat alle vertailuryhmien keskiarvojen. Koetun terveydentilan osa-alueella yhden tulos nousi, yksi pysyi saman ja kaksi laski. Tulosten nousu yhdellä ylsi yli terveiden naisten keskiarvon. Muiden arvot olivat alle vertailuryhmien keskiarvojen.



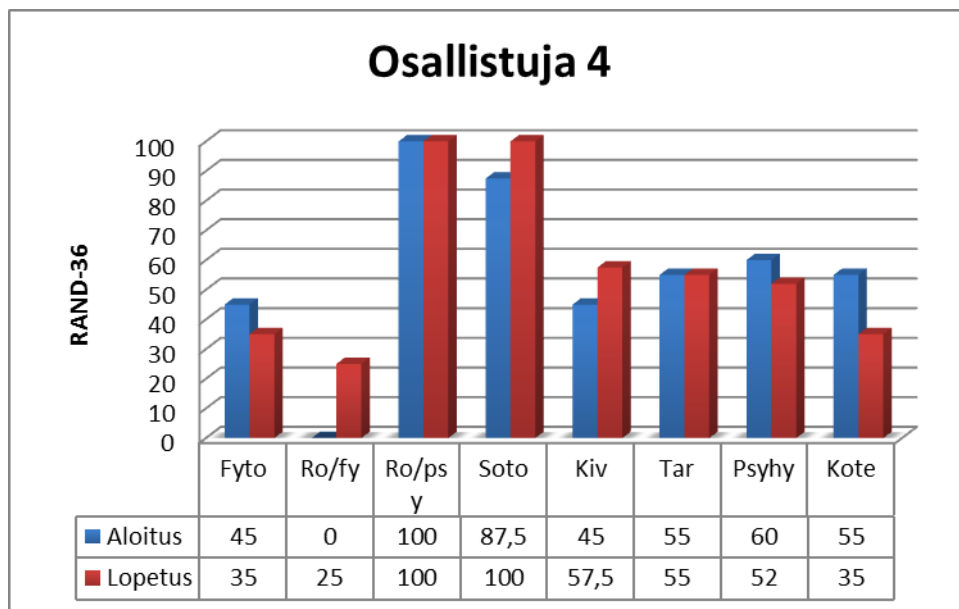
Taulukko 8. Osallistujan yksi RAND-36.



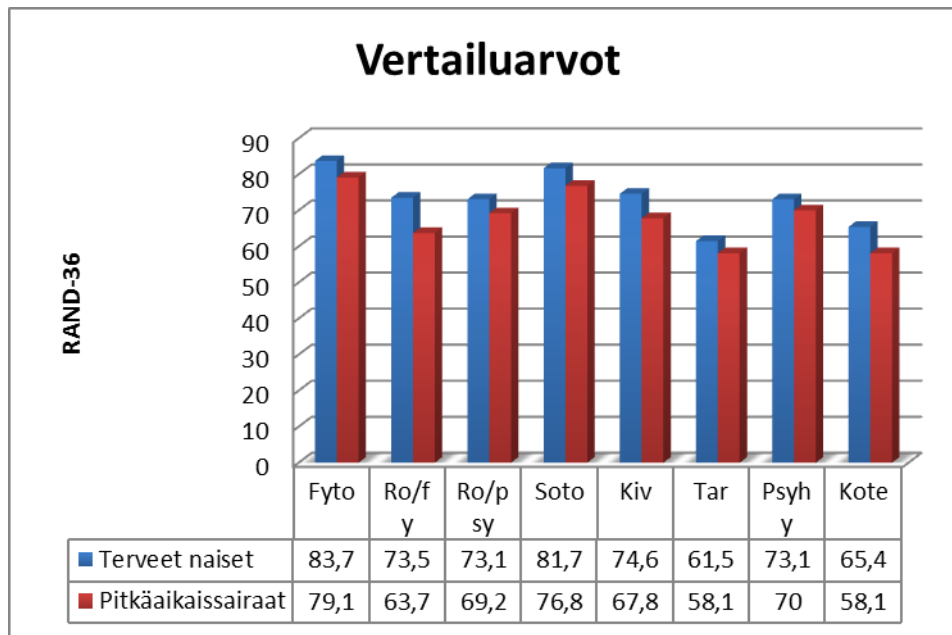
Taulukko 9. Osallistuja nro. 2. RAND-36.



Taulukko 10. Osallistuja nro. 3. RAND-36.



Taulukko 11. Osallistuja nro. 4. RAND-36.



Taulukko 12. Terveiden naisten ja pitkäaikaissairaiden RAND-36-mittarin vertailuarvot.

7.1.3. Muut kokemukset kehotietoisuusharjoittelusta ja ryhmäinterventiosta

Saadaksemme aineistoomme materiaalia ryhmään osallistujien muista kokemuksista intervention aikana laadimme palautelomakkeen ohjaavilla teemoilla. Palautelomakkeista koottu tieto osallistujittain:

Osallistuja nro yksi teki kotiharjoitetta useampana kertana viikossa ja koki sen rentouttavaksi. Harjoitteet hän koki välillä esiintyvää kehon-/ nivelkipuilua useimmiten auttavina ja kuvaili laukaisevan kiputunteita. Vertaistuen hän koki olleen korvaamatonta ja antoisaa. Kokemus omasta kehosta oli että oikean asennon löytäminen oli välillä vaikeaa. Kuvaillessa vaikutuksen arkeen hän koki oppineensa pysähtymään sekä vain oman hengityksen kuuntelemisen. Ohjauksen hän koki olleen asiallista ja ammatillista. Uuden oppimisesta hän kuvasi kehon rentoutuksen tärkeyttä. Harjoitteiden hyödyllisyyttä hän kuvasi toistamiseen olevan kehon rentoutuksen tärkeys ja kuinka koki oppineensa edes vähän kuuntelemaan kehoaan. Hänen vapaa sanansa sisälsi lämpimän kiitoksen sekä ” p.s. Jatkan edelleen harjoitteita silloin tällöin.” Osallistuja nro kolme teki kotiharjoitteen muina paitsi ensimmäisellä viikolla ja kokemus harjoitteesta oli ihan hyvä, mutta olisi kokenut helpommaksi jos harjoite olisi ollut valmiilla levyillä. Harjoitteet tuntuivat mukavilta, mutta vaikeilta etenkin huojuntaliikkeet, joita aikoo tehdä edelleen kotonakin. Vertaistuen ja keskustelun koki mukavaksi. Hänestä oli mukavaa vaihtaa ja kuulla muiden tuntemuksia harjoitteista ja muustakin. Kokemukset omasta kehosta kuvasi olevan ”ehkä vähän analysoivampaa oman kehon tuntemusten havainnointia.” Toisaalta kokee kuuntelevansa omaa kehoa joskus liiankin paljon. Hän ei huomannut harjoittelun vaikuttaneen arkeensa perustellen ajan lyhyeksi sekä ajanjakson muuten hankalaksi. Ohjauksen koki olleen asiallista ja selvää ja ohjaajien olleen rauhallisia ja empaattisia. Uuden oppimisesta kuvasi aikovansa työstää paremmaksi ajattelua: ”tuntuu joltain. Anna sen olla. Älä pyri muuttamaan sitä.” Harjoitteiden hyödystä hän ei vielä tiedä, mutta toivoo hyötyä olevan. Nuhasta johtuva ”höperö” olo vaikutti siihen ettei hän kokenut osaavansa arvioida asiaa eli perustella edellistä. Hänen vapaa sanansa sisälsi harmittelun ettei voinut täysipainoisesti osallistua ryhmään, kun kahden poissaolon syyinä oli flunssa ja flunssassa hän oli puolet interventioajasta.

Osallistuja nro kolme teki annettua kotiharjoitetta joka viikko, piti siitä ja koki ehkäpä osaavansa rentoutua sekä täsmensi oppineensa rentoutumaan. Harjoitteet hän koki ihan hyväksi, jos hänellä ei loppuaikana olisi ollut kipuja. Vertaistuen ja keskustelun hän koki olevan ”tosi hyvä asia.” Kokemuksiin omasta kehosta ei osannut sanoa mitään, koska kipuja tuli yllättäen. Sen hän koki vaikuttaneen yleiseen oloonsa. Vaikutuksen arkeen osiossa hän kertoi kokeneensa olonsa pirteämmäksi aina harjoitteen jälkeisenä päivänä. Ohjauksen hän koki ihan ok:ksi. Uuden oppimisen ryhmän aikana hän koki liittyen rentoutumiseen. Harjoitteiden koki olleen hyödyllisiä perusteluna ettei ole aiemmin ollut jooga- tai muilla kursseilla. Hänen vapaa sanansa sisälsi personoitua positiivista palautetta ohjaajista sekä jaksamisesta kuunteluun ja kyselyyn.

Osallistuja nro neljä teki kotiharjoitteen kuusi kertaa ja koki sen olleen melko hyvä tukiharjoite rentoutumiseen. Harjoitteiden hän koki harjoittavan keskittymistä kehon tuntemukseen ja rentoutumiseen, osan tuntuneen epäoleellisilta nostoen esimerkiksi edestakainen keinunta yhdistettynä varpaille ja kantapäille nousuun. Vertaistuen ja keskustelun hän koki olleen tärkeää ja aistineensa kiireen tunteen, jotta ”ohjelma menisi läpi 60 minuutissa”. Kokemus omasta kehosta oli että ”on hyvä kun pysähtyy kuuntelemaan kehoa.” Vaikutuksen arkeen hän koki rentoutumista edistävänä. Uutena oppina hän nimesi pysähtymisen kuuntelemaan kehoa. Harjoitteiden hyötynä oli rentoutumisen oppiminen harjoitteiden kautta. Hänen vapaa sanansa sisälsi kiitokset.

7.2. Johtopäätös

Verrattaessa osallistujia keskenään olivat saadut tulokset yksilötasolla erilaisia. Tästä syystä suoria yleistyksiä ei voida tehdä. Kuitenkin jokaisella osallistujalla käytettyjen mittareiden ja palautelomakkeen tulokset ja vastaukset korreloivat keskenään. Eri lähteistä saatu tieto täydensi toisiaan esim. RAND-36 ja VAS-mittarin tuloksen muutokset olivat saman suuntaisia. Palautelomakkeen vastaukset antoivat sanallista informaatiota mahdollisista syistä muutosten takana. Johtopäätöksemme on, että yhteys kehotietoisuusharjoittelun ja henkilöiden kivun, unen, mielialan ja elämänlaadun kokemusten suhteen oli vaihteleva. Palautelomakkeen avulla kerätty ja vapaasti kerrottu sekä ryhmäkeskustelujen aikana esiin tuodut asiat tukivat mittarien tuloksia. Silti yleistyksiä kehotietoisuusharjoittelun yhteydestä tutkittuihin tekijöihin ei voida tehdä.

8 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyömme luotettavuutta arviomme oikein tehtyyn opinnäytetyöprosessiin luotettavuuden ja laadun kriteerinä. Käytimme Case – tutkimuksen luotettavuuskriteeristöä, joka on johdettu laadullisesta ja määrällisestä tutkimuksesta käytetyn lähestymistavan ja menetelmien mukaan. (Kananen. 2013:114.) Case – tutkimuksen laadun ja luotettavuuden perusedellytys on riittävän tarkka dokumentaatio, joka mahdollistaa jäljitettävyyden ja toistettavuuden. Opinnäytetyömme arvioitavuus perustuu koko opinnäytetyöprosessin vaiheiden ja tehtyjen valintojen kirjaamiseen päiväkirjamaisesti. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä, joihin peilasimme opinnäytetyössämme ovat ristiriidattomuus, siirrettävyys ja monilähteisyys. Tulkinnan ristiriidattomuus eli sisäinen validiteetti on sitä että toinen tutkija tulee samaan johtopäätökseen kirjoittajan kanssa. Tämä toteutui kun tulkintamme meidän kesken oli yhtenevää. Siirrettävyys eli ulkoinen validiteetti huomioitiin kuvaamalla mahdollisimman tarkasti tutkimusasetelma ja tutkimuskohde. Monilähteisyys toteutui kerättyä eri lähteistä todistusaineistoa ja vahvistusta esitetyille väitteille sekä kuville ilmiöistä. (Kananen. 2013:116-122)

Kun käytetään tieteellisiä tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiä puhutaan tieteellisyydestä. Luotettavaa tietoa saimme, kun käytimme tieteen testaamia ja hyväksi toteamia menetelmiä oikein. (Kananen. 2013:17-18) Opinnäytetyömme luotettavuuskriteerinämme olivat myös käytetyt validit RAND-36 ja VAS mittarit, jotka muunneltiin juuri kyseiseen tutkimusryhmään ja - tilanteeseen sopiviksi.

Eettisyys huomioitiin hankkimalla interventioon osallistujilta tutkimusluvut, jotka lähetettiin saatekirjeiden kanssa ennen intervention alkamista ja palautettavaksi ensimmäiselle tapaamiselle. Osallistujien saama ohjeistus sekä ohjaaja-osallistuja vuorovaikutus ei ollut ristiriidassa tutkittavien seikkojen kanssa. Vuorovaikutus oli tilanteiden mukaan joustavaa, rehellistä, aitoa sekä empaattista ottaen huomioon tutkimusasettelun tavoitellun neutraaliuden. Pyrimme olla vaikuttamatta tutkittaviin, koska tutkimuksella haluttiin saada luotettavaa tietoa aidosta ilmiöstä aidossa ympäristössä (Kananen. 2013: 24). Tavoitteena oli antaa tutkimuksen lisäksi harjoittelusta työkaluja osallistujille itsenäiseen kehoitietoisuus- ja rentoutusharjoitteluun. Eettisenä kysymyksenä on tietämättömyys tutkimustilanteessa tehtyjen harjoitteiden mahdollisista negatiivisista vaikutuksista. Tästä syystä harjoitteita ohjattaessa kannustettiin osallistujia kuuntelemaan kehonsa viestejä ja välttämään sellaista toimintaa, joka aiheuttaa tai lisää kivun tai epämukavuuden tunteita harjoitteiden yhteydessä. Osallistujille tarjottiin aina tarpeen mukaan vaihtoehtoisia asentoja ja toimintoja jos esiintyi minkäänlaista problematiikkaa harjoitteiden tekemisessä. Käydyt palautekeskustelut harjoitteiden välissä antoivat vielä lisäksi siihen mahdollisuuden.

9 Pohdinta

Opinnäytetyömme prosessi herätti kokonaisuudessaan paljon uusia ideoita ja oivalluksia. Niin psykofyysisen fysioterapian käytettävyydestä eri asiakasryhmillä kuin tutkimusasetelman soveltamisesta jatkossa. Syntyi keskinäistä keskustelua jo ensimmäisten kontaktikertojen ja opettajapalautteen myötä, miten ajatuksemme olisivat jatkojalostettavissa ja kuinka samankaltaisella ryhmällä saisi tuotettua laadullisesti ehkä monitahoisempaa tietoa. Esiin nousi ajatuksia vuodenaikojen merkityksestä interventio ryhmän sisällä oireiden laatuun. Lisäksi esiin nousi ajatuksia verrokkiryhmästä ns. terveestä väestöstä koottuna. Neljän ryhmän tarkastelu kevät-syysy-jaottelulla antaisi tiedollisesti yleistettävämpää informaatiota harjoitteiden vaikutuksesta.

Aluksi toivoimme saavamme vähintään kahdeksan hengen vastaukset ryhmästä, jolloin yhtäläisyyksiä ryhmän sisällä olisi voinut löytyä. Koska vastauksia tuli neljä päädyimme kuvaamaan harjoitevaikutusta enemmän yksilön kokemuksellisuuden kautta. Meistä tämä on hyvä lähestymistapa aiheeseen, koska kehollisuus ja havainnointi siitä on enemmänkin tietoinen tunnekokemus kuin mittarilla mitattava yleistys. Käytimme useampaa mittaria mittaamaan kuinka harjoitteet vaikuttivat ja mittarien tulokset, niin RAND-36 kuin muunneltu VAS tukivat palautelomakkeen tuomaa informaatiota yksilötasolla. Eli tulokset olivat linjassa.

Yksi mielestämme tärkeä ja huomionarvoinen asia opinnäytetyömme toteutuksessa oli saatu tieto ryhmän aikaisten keskustelujen myötä ja vertaistuen merkityksen tajuaminen käytännön kautta. Ennen opinnäytetyön toteutusta emme olleet ajatelleet ryhmämuotoisen harjoittelun kaikkia ulottuvuuksia. Tämä oivallus tuli toisella kontaktikerralla ja pidimme vertaistuen tärkeyttä niin suurena, että avasimme sen käsitteenä osana opinnäytetyötämme.

Ryhmän harjoitteiden samana pysyminen koko intervention ajan oli keskustelua aiheuttava tekijä. Uuden ryhmän kohdalla voisi variointia mieltä, mutta pilotti-ryhmän, tutkimusasetelman sekä kokemattomuutemme tutkijoina ja tämän kaltaisen ryhmän ohjaajina oli helpompi pitää samat harjoitteet koko intervention ajan. Samat teemat harjoitteiden haastavuudesta nousivat esille samoilla henkilöillä ryhmäkeskusteluissa. Näissä oli nähtävissä kehittymistä sekä siirtovaikutusta arkeen muutamalla ryhmäläisistä. Saimme ryhmäläisiltä palautetta harjoitteiden avautumisesta ihan toisella tavalla sekä syventymisestä toistojen myötä. Kotiharjoitteen olimme ajatelleet tukevan tunnin sisältöä, mutta suurin osa jätti kotirentoutuksen tekemättä. Tämä johtui osin luultavasti siitä, että rentoutus oli netissä, eikä cd:llä niin kuin olimme suunnitelleet.

Opinnäytetyössämme oli monia vaiheita kuten mainoksen, saatekirjeen, tuntisisällön ja muunneltujen mittareiden luominen sekä aineiston käsittely. Prosessi oli haastavampi kuin aluksi oletimme. Jouduimme pohtimaan aineiston käsittelyä uudelleen. Mielestämme onnistuimme hyvin luomaan eheän kokonaisuus laajasta teoriasta ja aineistosta huolimatta. Kokonaisuutena prosessimme onnistui mielestämme hyvin, huomioon ottaen kokemattomuutemme tämän tyyppisessä tutkija-ohjaaja kaksinaisroolissa. Parannusehdotuksia voisi olla verrokkiryhmät.

Ohjatessamme pyrimme alkuun hyvinkin tiukkaan strukturiin rajallisen ajankäytön takia. Koetimme rajoittaa keskustelutilanteissa myös aiheiden rönsyilyä liian kauaksi harjoitteista nousevista tuntemuksista. Tällöin tulimme tahtomattamme rajoittamaan avoimen ja vapaan vertaistuellisen vuorovaikutuksen ilmenemistä. Päivitimme linjausta ja annoimme ryhmäläisille enemmän tilaa itseilmaisuun kolmannesta kerrasta eteenpäin pyrkien kuitenkin pysymään asetetuissa aikaraameissa. Muutaman kerran tunnin pituus venähti viidestä kymmeneen minuuttia. Pyrimme olla ottamatta kantaa kuulemiimme seikkoihin vaan osallistujien sana olisi mahdollisimman vapaa neutraalin tutkimustilanteen luomiseksi.

Tavoitteenamme oli luoda rauhaista ja seesteinen ilmapiiri, jossa luottamuksellisuus soisi tilan onnistuneelle ryhmäytymiselle sekä avoimelle vuorovaikutukselle. Huolimatta omista kritiikin tuntemuksista ohjaamistamme kohtaan oli ilmapiiri ryhmässä läpi intervention positiivinen, avoin, lämmin ja rauhallinen. Ryhmäytyminen tapahtui nopeasti, jo ensimmäisten kohtaamisten aikana.

Yksi olennaisin muuttuva tekijä opinnäytetyössämme oli tutkimusmetodi. Aloitimme suunnitelmamme mukaisesti yhdistellen laadullisia ja määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Voimakkaita tunteita ja pohdintaa herätti osallistujien järjestäen väheneminen sekä poissaolot. Myös osallistujien sanallinen osallistumismotivaatio oli ristiriidassa käytännön kanssa, kun puheista huolimatta useampi jätti tulematta seuraavalla kerralla. Yksi oli matkalla ja tämän tiesimme etukäteen. Muutamilta osallistujien sairastumisilta emme myöskään välttyneet. Osallistujista kaksi kävivät joka kerran ja loppukyselyyn vastasivat neljä. Pohdimme ilmiötä tulevan materiaalin analysoinnin kannalta ja kuinka saisimme hyödynnettyä kaiken saadun materiaalin. Valitsimme tuolloin lähestymistavaksi tapaustutkimuksen. Muutoksena alkuperäiseen aineistonkeruusuunnitelmaan laadimme palautelomakkeen (Liite 4.), jossa ilmeni osallistujien subjektiivinen kokemus ryhmästä ja sen aikaisista kokemuksista. Tämän vuoksi päivitimme tutkimuskysymyksemme, jotka hioutuivat lopulliseen muotoonsa vasta kirjallisen tuotoksen loppupuolella.

Hedelmällistä antia oli osallistujien kertomat tuntemukset avoimen keskustelun muodossa niin harjoitteista tunnilla kuin kokoontumisten vaikutuksista ryhmän jälkeen. Esille nousi seuraavia teemoja: unenlaadun paraneminen, rauhallisuus ja energisyys. Lisäksi muutama osallistuja kertoi hyödyntävänsä käytyjä harjoitteita, kuten tietoista rentoutumista nukahtamisen edistämiseksi. Alussa ryhmäläisten suulliset palautteet vaihtelivat harjoitteiden rentouttavasta ja kehon hahmotusta lisäävästä vaikutuksesta vaikeuteen rentoutua läsnäoloon oman kehon kanssa. Haastavaa oli alkuun kertoman mukaan vaientaa juoksevat ja säntäilevät ajatukset. Harjoituskertojen lisääntyessä keskittyminen ja läsnäolo helpottui, rentoutuminen nopeutui ja harjoitteet avautuivat yhä uusin tavoin syntyen sekä voimistuen.

Nämä kaikki tutkimusprosessin aikana tekemämme havainnot sekä kokemukset avasivat näkymää niiden hyödynnettävyydestä tulevaisuuden ammattilaisuudessa. Pohdimme kuinka harjoitteiden vaikutusten erot ilmenevät yksilötasolla ja pidemmän ajan seurannassa sekä kuinka hedelmällistä olisi soveltaa harjoitteita erilaisten kohderyhmien tarpeita palveleviksi. Ajatus opinnäytetyön käyttämisestä työkaluna vastaavanlaisten ryhmien toteutuksessa olivat melko kunnianhimoisia. Pohdimme asiaa ja tämän kaltaisen ryhmätoiminnan monia ulottuvuuksia ja tulimme tulokseen, että tämän kaltainen ryhmätoiminta tulisi aina olla ammattilaisen ja taustat tietävän toteuttamaa. Esimerkki-tuntimme ei sovellu vertaisohjaajille, kuten olimme aluksi ehkä ajatelleet. Varsinkin kivun kanssa työskenneltäessä on tärkeää tietää kivun fysiologiaa ja elämänlaatuun vaikuttavat tekijät sekä tämän kaltaisen harjoittelun fysiologiset vaikutukset.

Lähteet

Aalto, Anna-Mari - Aro, Arja R.- Teperi, Juha. 1999. Helsinki. Stakes. RAND 36 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Verkkodokumentti

<<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76006/Tu101.pdf?sequence=1>> Luettu 26.8.2014.

Asiakkaat. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2014 <<http://www.psyfy.net/index.php>>. Luettu 1.7.2014

BBAT. 2013. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2014. Verkkodokumentti. <<http://www.psyfy.net/bbat.php?id=157>>. Luettu 7.2.2014.

Bäckman, Sonja -Pekurinen, Markku -Routu, Mirja-Liisa - Siikamäki, Ritva -Tuominen, Ulla. 2007. Psoriaksen hoitokustannukset ja elämänlaatu-tutkimus. PsoriLife-tutkimus. Psoriasisliitto. Stakes. Chess. 3-4.

Gard, Gunvor. 2005. Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. Disability and Rehabilitation 6/05, 725-728. Verkkodokumentti. <http://kineoo.nl/bat_for_patients_with_fibro.pdf> Luettu 1.7.2014

Gard, Gunvor -Kristoffersen, Kjell -Skjaerven, Liv Helvik. Oct. 2010. Physical Therapy. How Can Movement Quality Be Promoted in Clinical Practice?

A Phenomenological Study of Physical Therapist Experts. Vol 90. 1479-1492.

Eskola, Jari- Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 86-87, 153-185.

Eskola, Marjatta -Jauhiainen, Riitta. 1994. Ryhmäilmiö. Juva:

Werner Söderström Osakeyhtiö 1993.

Ferreira-Valente, Maria Alexandra - Pais-Ribeiro, José - Jensen, Mark P. 2011. Validity of four pain intensity rating scales. Verkkodokumentti <

http://scholar.google.fi/scholar_url?hl=fi&q=http://www.researchgate.net/publication/51585025_VValidity_of_four_pain_intensity_rating_scales/file/9c960527e0ce31dd28.pdf&sa=X&scisig=AAGBfm13ZtY1kICFJIYUivcuBZhCCGJLUg&oi=scholarr&ei=zTz8U5uBJofnyQP2nYGIBQ&ved=0CB4QgAMoADAA> Luettu 26.8.2014

Granström, Veikko 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Granström, Veikko. Kipu, unettomuus ja masennus. Teoksessa Kalso, Eija -Haanpää, Maija -Vainio, Anneli (toim.) 2009. Kipu. 3.painos. Keuruu: Otavan Kirja-paino Oy. 112-115.

Herrala, Helinä -Karhola, Tytti -Sandström, Marita. 2011. 1-3. painos. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Immonen-Orpana, Päivi. Psykofyysinen fysioterapia. 1995. Koivumäki, Kari - Lintunen, Taru -Säilä, Hannu (toim.). Teoksesta Jalka potkee, mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy. 133-146.

Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. Sanoma Pro oy. 21.

Kananen, Jorma. 2013. Case - tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä. Suomen Yliopistopaino Oy- Juvenes Print. 17-18, 23-24, 28, 54, 56, 103-104, 107, 114, 116-122

Kataja, Jukka. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki:Edita Prima Oy.

Korpilahti, Ulla. 2013. Helsinki. Thl. Toimia tietokanta. RAND-36-mittarin soveltuvuus aikuisten elämänlaadun mittaamiseen terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. Verkkodokumentti < <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/102/>> Luettu 26.8.2014.

Krooninen kipu. Toimintakyvyn arviointi. 2008. Facultas. Opas.

Verkkodokumentti.

<<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>>. Luettu 7.2.2014.

Karvonen, Jaakko -Korpela, Markku -Reunala, Timo -Seppälä, Jouko. Psoriatriitti. Teoksesta Leirisalo-Repo, Marjatta -Hämäläinen, Martti -Moilanen, Eeva (toim.) 2002. Reumataudit. Rauma: Kirjapaino Oy West Point. Reunanen, Korpela, Seppälä, Karvonen. 176-178.

Lietzen, Iina -Tuominen, Risto. 2011. Raportti potilaiden vapaista kommentteista tutkimuksessa "Psoriaksen aiheuttama taakka potilaalle". Psoriasisliiton raportti. Luettu 15.6.2014.

Lintunen, Taru -Koivumäki, Kari -Säilä, Hannu. 1995

Menetelmät ja hyödyt. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2014. Verkkodokumentti. <<http://www.psyfy.net/>> . Luettu 1.7.2014.

Mikkonen, Irja. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopio:Kopijyvä. Akateeminen väitöskirja. Verkkodokumentti. <<http://www.kansalaisareena.fi/irjasbn978-951-27-1232-8.pdf>> . Luettu 12.7.2014

Niemistö, Raimo. 1999. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. 3.painos. Tampere: Tammer-Paino.

Nyman, Markku. 2008. Kansalaisyhteiskunta ja vertaistuki. Oulu: Hyvän mielen talo ry. Kirja. Verkkodokumentti.<http://www.hyvanmielentalo.fi/media/julkaisut/Nyman_kansalaisyhteiskunta_secured.pdf>

Piirtola, Maarit. 2011. Lonkkamurtumapotilaan toimintakyky mittarit. Käypähoito. Suositukset. Verkkodokumentti.<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/uositus?id=nix00423&suositusid=hoi50040#NaN>> . Luettu 26.8.2014

Pitkä rentoutus. Oivamieli. Suomen mielenterveysseura. Verkkodokumentti. <http://oivamieli.fi/pitka_rentoutus.php>. Luettu 7.2.2014.

Psykofyysinen fysioterapia. 2014. Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys 2014. Verkkodokumentti. <<http://www.psyfy.net/index.php>>. Luettu 7.6.2014

RAND 36. Thl. Toimia tietokanta. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/143/>> Luettu 25.8.2014.

Rantanen, Tapio - Cajanus, Suvi - Hannuksela-Svan, Anna - Höök-Nikkanen, Johanna - Koulu, Leena - Luosujärvi, Riitta - Mälkönen, Tarja - Paimela, Leena - Sipilä, Riitta 2012. Psoriaasi (iho- ja nivelet). Käypähoitosuositus. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50062>>. Luettu 7.2.2014.

Talvitie, Ulla -Karppi, Sirkka-Liisa -Mansikkamäki, Tarja. 2006. Fysioterapia. 2. painos. Helsinki:Edita Prima Oy.

Vainio, Anneli. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, Eija - Haanpää, Maija -Vainio, Anneli (toim.) 2009. Kipu. 3.painos. Keuruu: Otavan Kirja-paino Oy. 150-158.

Ryhmämainos

*Kaipaatko taukoa arjen kiireeseen tai työkaluja kivun hallintaan?
Voisiko mindfulness tyyppinen harjoittelu olla sinun juttusi?*

Olemme kaksi kolmannen vuoden fysioterapia opiskelijaa ja etsimme osallistujia 25.2. alkavaan innovatiiviseen ryhmään.

Ryhmätapaamiset sisältävät kehotietoisuusharjoituksia ja ovat osana opinnäytetyötämme. Kokonaisuus koostuu ryhmäläisten lomakemuotoisesta alku- ja loppukyselystä, kahdeksasta kokoontumisesta sekä viikoittaisista kotiharjoitteista.

Opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena on selvittää rentoutus- sekä kehonkuvaharjoitusten vaikutusta kivun hallintaan psoriasista sairastavilla henkilöillä. Harjoitteet tehdään makuulta tai seisten ja rauhallisesti sekä omaa kehoa kuunnellen.

Jokaisella mahdollisuus myös jakaa kokemuksiaan harjoitteista.

Kehotietoisuusharjoituksilla on tutkimukseen perustuvaa näyttöä kivun hallinnan lisäämiseksi.

Ryhmään valintakriteerinä on diagnosoitu psoriasis sairaus. Ryhmäläisiä ei ole vakuutettu ryhmän toteuttajien toimesta.

Ryhmä kokoontuu tiistaisin 25.2., 4.3., 11.3., 18.3., 25.3., 1.4., 8.4., 15.4.

Klo: 17-18.00

Paikkana Metropolia ammattikorkeakoulun, luokka 231

Ryhmän ohjaajina ovat ft-opiskelijat

Ilmoittautuminen: hepsoon 7.2. mennessä.

Noin viikko ilmoittautumisen päättymisestä osallistujille lähetetään saatekirje, joka sisältää tarkempaa tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta, alkukyselyn sekä tutkimusluvan.

Osallistujamäärä on rajattu tilaresurssien takia.

Ryhmä on osallistujille ilmainen.

Ryhmään osallistujien toivotaan sitoutuvan koko kahdeksan kertaa kestävään interventioon.

Mukaan tarvitetset mukavan, väljän sekä lämpimän vaatetuksen.

Tervetuloa viihtymään kehotietoisuuden ja rentoutumisen parissa!

Saate

Hei,

olet valittu osallistujaksi kehotietoisuus ryhmäämme. Ryhmä kokoontuu 8kertaa ja toivomme, että pystyt osallistumaan jokaiseen kontaktikertaan. **Ryhmä on osallistujille ilmainen.** Lähikertojen lisäksi saat saatekirjeen ohessa lomakemuotoisesta alkukyselyn elämänlaatuun liittyen, lisäksi kirjeen mukana tulee tutkimuslupa osallistujia koskien. Täytähän nämä ja palautat ensimmäisellä kontaktikerralla ohjaajille. Ryhmän loppupuolella jaetaan loppukysely, joka voidaan täyttää viimeisellä kokoontumiskerralla.

Ryhmän alussa saat kotiharjoite-levyn, jonka avulla voit tehdä kotona rentoutusharjoitteen viikoittaisen ryhmäkokoontumisen lisäksi.

Saat kotiisi myös lyhyen tehtävän, johon merkataan uni, mieliala ja kipu ryhmän jälkeisenä aamuna.

Ryhmä kokoontuu tiistaisin 25.2., 4.3., 11.3., 18.3., 25.3., 1.4., 8.4., 15.4.

Klo: 17-18

Paikkana Metropolia ammattikorkeakoulun, luokka 231.

Ryhmän ohjaajina ovat ft-opiskelijat

Ryhmätapaamiset sisältävät kehotietoisuusharjoituksia ja ovat osana opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tutkimuksen tarkoituksena on selvittää rentoutus- sekä kehonkuvaharjoitusten vaikutusta kivun hallintaan psoriasista sairastavilla henkilöillä.

Harjoitteet tehdään makuulta tai seisten ja rauhallisesti sekä omaa kehoa kuunnellen. Mukaan tarvitset mukavan, väljän sekä lämpimän vaatetuksen.

Jokaisella on mahdollisuus myös jakaa kokemuksiaan harjoitteista.

Kehotietoisuusharjoituksilla on tutkimuksiin perustuvaa näyttöä kivun hallinnan lisäämiseksi.

Kiitos osallistumisesta ryhmäämme ja tervetuloa viihtymään kehotietoisuuden ja rentoutumisen parissa!

Tutkimuslupa

Opiskelemme fysioterapiaa Metropolian AMK:ssa. Pyydämme suostumustasi käyttää kyselylomakkeiden ja kotitehtävän vastauksia osana opinnäytetyömme tutkimusta. Materiaali käsitellään anonyymisti ja hyvän tutkimusetiikan mukaisesti. Materiaaleja säilytetään ja ne hävitetään asianmukaisesti tutkimusanalyysin jälkeen. Kyselyihin tai tutkimukseen ei liitetä teidän henkilökohtaisia tietojanne.

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää voiko kehotietoisuus-harjoitteista olla hyötyä kivunhallinnassa psoriasista sairastavilla henkilöillä. Vastaavaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty.

Tutkimukseen osallistuvilla ei ole odotettavissa kielteisiä seuraamuksia tutkimukseen osallistumisesta. Heillä on myös oikeus jäädä tutkimuksesta pois milloin tahansa.

Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi

__ / __ 2014

Aika ja paikka

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Makuulta tehtävä kehotietoisuutta tukeva harjoite 15min

Harjoitteen alussa ryhmäläisiä pyydetään ottamaan hyvä selinmakuuasento. Asentoa saa tarvittaessa muuttaa, mutta pyritään olemaan selinmakuulla koko harjoitteen ajan. Aluksi pyydetään ryhmäläisiä laittamaan silmät kiinni ja miettimään millainen päivä on ollut, miltä juuri tällä hetkellä tuntuu. Ryhmäläisiä kannustetaan tunnustelemaan tuntemuksiaan, mutta olematta muuttamatta tietoisesti niitä. Niiden on lupa olla. Seuraavaksi keskitymme asentoon. Asentoa kuulostellaan ja tunnustellaan. Kehotetaan tarkkailemaan kehon laskeutumista alustaa vasten. Huomioidaan mahdollisia puolieroja kehossa, lihaskireyksiä sekä pyydetään tarkkailemaan hengityksessä. Annetaan aikaa tuntemuksille ja ei pyritä muuttamaan vallitsevaa tilannetta. Vain huomioimaan sen aikainen kokemus kehossa.

Seuraavaksi ryhmäläisiä pyydetään jännittämään jalkoja yhtäaikaaisesti sisäänhengityksellä ja laskemaan rennoksi uloshengityksellä. Toistetaan harjoite muutamia kertoja. Pyydetään kuuntelemaan kehossa tapahtuvia tuntemuksia harjoitteen aikana ja keskittymään kehonkeskustaan eli vatsan ja pallean seutuun, sekä hengitykseen.

Sitten tuodaan kädet pään jatkeeksi rentoina, sisäänhengityksellä lähdetään venymään pituutta ja uloshengityksellä rentoutetaan. Toistetaan harjoite muutamia kertoja.

Tämän jälkeen lähdetään venyttämään/jännittämään ja rentouttamaan vuoropuolin kehoa, ensin venyy koko oikea puoli pitkäksi sisäänhengityksellä ja rentoutuu uloshengityksellä. Toistetaan muutamia kertoja.

Tämän jälkeen pyydetään siirtämään kädet alavatsalle ja tunnustelemaan hengitystä. Onko se syvää, pinnallista? Helppoa, työlästä? Tuleeko liike enemmän palleasta vai jostain muualta?

Tämän jälkeen tehdään muutama syvähengitys vetämällä ilmaa nenän kautta sisään ja suun kautta ulos. Kädet saavat levätä vatsalla.

Harjoite loppuu käsien palautukseen alustalle ja alustan ja oman kehon tunnusteluun harjoitteiden jälkeen. Miltä keho nyt tuntuu, onko tuntemus sama kuin alussa vai onko jotain muuttunut?

Keskustelua vapaamuotoisesti harjoitteen aikaisista tuntemuksista 10min

Kannustamme ryhmäläisiä kertomaan omia kokemuksiaan juuri tehdystä harjoitteesta. Emme kommentoi, ohjaamme vain keskustelua ja annamme halukkaille mahdollisuuden jakaa kokemuksia. Keskusteluun osallistuminen ei ole pakollista.

Seisoen tehtävä kehotietoisuutta tukeva harjoite 15min

Harjoitteen alussa ryhmäläisiä ohjeistetaan ottamaan lantion levyinen asento. Tästä asennosta lähdemme juurruttamaan itseämme lattiaan, ensin tunnustellen seisoma-asentoa painallaan. Olenko suorassa, jakautuuko paino tasaisesti, mitä kehossa tapahtuu kun seisoo paikallaan, miten hengitys virtaa seisoma-asennossa? Aloitamme seisoma-asennon tarkkailun jälkee tarkkailemaan kehoa liikkeessä, painonsiirtojen ja huojutusten avulla. Aloitamme eteen-taakse huojunnalla. Seuraavaksi painoa siirretään huojuttamalla itseään sivuttaissuunnassa. Kehotamme tunnustelemaan tuntemuksia huojunnan aikana, sekä miltä lattia tuntuu. Pysäytetään liike jonkin ajan kuluttua. Tämän jälkeen lähdemme hitaasti tekemään päkiöille ja kantapäille nousua, kädet tulevat mukaan liikkeeseen painaen alas kuin pöytää vasten varpaille noustaessa. Rauhalliset toistot ja miltä liike tuntuu, mitä kehossa tapahtuu?

Seuraavaksi otamme hieman leveämmän seisoma asennon ja lähdemme liikkumaan ylös-alas suuntaisesti. Kädet ja hengitys tulevat mukaan liikkeeseen. Pieni koukistus polviin, kädet edessä puoliympyrässä sisäänhengityksellä ja uloshengityksellä kädet nousevat vartalon editse pään yläpuolelle, josta palautus vartalon sivuitse takaisin vartalon eteen puoliympyrään. Toistetaan useamman kerran ja pyritään tunnustelemaan omia tuntemuksia harjoitteen aikana.

Tämän jälkeen käännytään sivusuuntaiseen haaraan ja lähdetään käsillä työntämään

ja vetämään nurkkaa kohti. Taas tarkkaillaan tuntemuksia ja vaihdetaan puolta jonkin ajan kuluttua.

Sitten palataan alkuun eteen-taakse- ja sivuttais-huojutukseen ja pysäytetään liike hyvään itselle hyvään seisoma-asentoon.

Keskustelua vapaamuotoisesti harjoitteen aikaisista tuntemuksista 10min

Kannustamme ryhmäläisiä kertomaan omia kokemuksiaan juuri tehdystä harjoitteesta. Emme kommentoi, ohjaamme vain keskustelua ja annamme halukkaille mahdollisuuden jakaa kokemuksia. Keskusteluun osallistuminen ei ole pakollista.

Loppurentoutus 10min

Käy selinmakuulle, sulje silmäsi. Pyri löytämään hyvä asento alustalla.

Pyri unohtamaan kaikki arkinen ja olemaan läsnä tässä hetkessä. Tässä harjoituksessa. Kuuntele ja tarkkaile kehoasi hetki ihan rauhassa.

Nyt siirrä ajatuksesi hengitykseesi. Miten hengitys kulkee? Onko se rauhallista ja hidasta vai kiihtynyttä ja nopeaa? Vai jotain muuta?

Liikkuuko rintakehäsi hengittäessäsi? Entä vatsasi? Tunnustele mielessäsi miltä hengitys tuntuu kehossasi. Vapauta nyt ajatuksesi ja anna hengityksen virrata vapaasti. Kiinnitä nyt huomiosi jalkoihisi. Mieti ensin varpaita ja lähde pikku-hiljaa rentouttamaan varpaita. Tunnetko kuinka lihakset rentoutuvat? Anna rentouden lähteä leviämään kohti nilkkaa, polvia, reisiä ja lantiota. Jokaisella uloshengityksellä tunnet kuinka lihakset muuttuvat raskaammiksi ja raskaammiksi, täysin rennoiksi.

Anna jalkojen pysyä rentoina ja kiinnitä huomiosi käsiisi. Mieti sormiasi ja lähde pikku-hiljaa rentouttamaan sormia nivel-niveleltä. Anna rentouden levitä ranteisiin, kyynärpäihin, olkapäihin. Tunnetko kuinka lihakset rentoutuvat? Jokaisella uloshengityksellä tunnet kuinka lihakset muuttuvat vielä raskaammiksi ja raskaammiksi, täysin rennoiksi.

Sitten tarkkaile keskivartaloasi, miltä se tuntuu? Miten hengitys virtaa? Jokaisella uloshengityksellä tunnet kuinka selän-, vatsan- ja rintakehän lihakset muuttuvat raskaammiksi ja yhä raskaammiksi. Rennoiksi.

Anna koko kehosi olla rento ja kohdista ajatuksesi kaulaan ja niskaan, kiipeä jokaisella uloshengityksellä kohti päätä rentouttaen lihakset matkalla.

Siirrä ajatuksesi kasvohisi ja anna myös kasvon lihasten rentoutua jokaisella uloshengityksellä.

Olet nyt täysin rento. Voit hiljalleen lähteä palauttamaan itseäsi tähän tilaan, tähän aikaan. Voit levätä vielä hetken ja tunnustella miltä tällä hetkellä tuntuu? Onko olosi raskas, kevyt, jännittynyt, rentoutunut? Ehkä virkeämpi tai väsyneempi?

Sitten avaa silmäsi. Käänny kylkimakuulle ja nouse varovasti ylös.

Harjoitteita muokataan ryhmän tarpeen mukaisesti, alustavasti tarkoitus pitää samat harjoitteet koko intervention ajan.

Ensimmäisellä kontakti kerralla jaetaan ryhmäläisille kotiharjoite. Linkki netissä valmiiksi olevaan rentoutusharjoitteeseen. (Pitkä rentoutus. n.d.) Lisäksi ryhmäläiset saavat muunnellun VAS:in, jota täytetään ryhmän jälkeisenä päivänä. VAS:illa seurattavat osat alueet ovat kipu, mieliala ja uni. Koti-VAS palautetaan viimeisellä kontaktikerralla.

Tunnin sisältö on opiskelijoiden oma sovellus erinäisistä tunnetuista psykofyysisen fysioterapian käyttämistä metodeista kuten BBAT:sta, hengitys- ja rentoutumisharjoitteista

Asiakas nro:11

Merkitse tuntemuksesi numeerisesti harjoittelun jälkeisenä

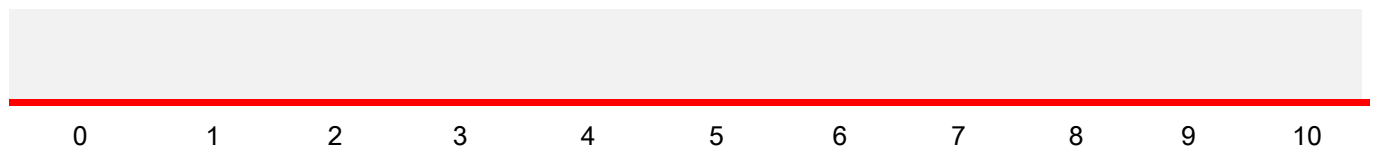
KIPU

EI KIPUA

KOHTALAINEN

KOVA

SIETÄMÄTÖN



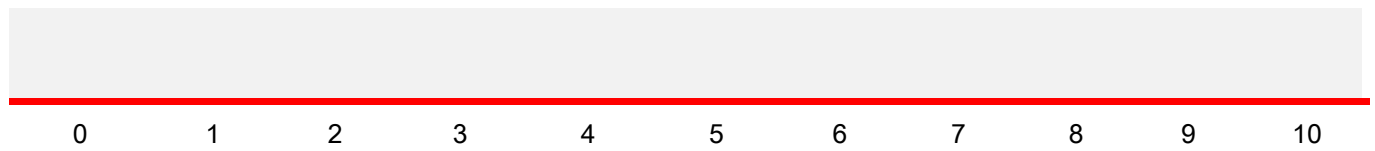
UNI

LEVOLLINEN UNI

VÄHÄN LEVOTON

LEVOTON

UNETTOMUUS



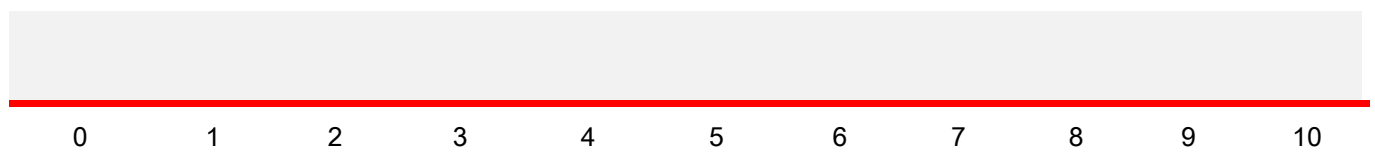
MIELIALA

TASAPAINOINEN,
RAUHALLINEN

VÄHÄN LEVOTON

LEVOTON

MASENTUNUT,
EPÄTOIVOINEN



	KIPU	UNI	MIELIALA
VIKKO 1			
VIKKO 2			
VIKKO 3			
VIKKO 4			
VIKKO 5			
VIKKO 6			
VIKKO 7			
VIKKO 8			

Palautelomake

Ole hyvä ja täytä! Palauta muiden lomakkeiden kanssa saadussa kirjekuussa.

Teitkö annetun kotiharjoitteen viikoittain? Jos et, niin kuinka usein teit?

Miten koit kotiharjoitteen?

Kuvaile kokemuksiasi seuraavista aihealueista ryhmän aikana:

Harjoitteet?

Vertaistuki, keskustelu?

Oma keho?

Vaikutus arkeen?

Ohjaus?

Opitko mielestäsi jotain uutta ryhmän aikana?

Oliko harjoitteista hyötyä sinulle? (Lyhyt perustelu)

Vapaa sana

KIITOS RYHMÄÄN OSALLISTUMISESTA JA VASTAUKSESTASI!