

Anna-Kaisa Latvala

Laura Nikkola

**Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia liikunnan ja
psykofyysisten harjoitteiden vaikutuksista fyysiseen ja
psykkiseen hyvinvointiin**

Opinnäytetyö

Syksy 2008

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Fysioterapian koulutusohjelma

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Fysioterapian koulutusohjelma

Latvala Anna-Kaisa, Nikkola Laura

Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia liikunnan ja psykofyysisten harjoitteiden vaikutuksista psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin

Ohjaajat: Yliopettaja Merja Finne ja koulutusohjelmapäällikkö Riitta Kiili

Syksy 2008

Sivumäärä: 36

Liitteiden lukumäärä: 9

Suomessa joka viides aikuinen kärsii mielenterveyden häiriöistä. Ne johtavat elämänlaadun heikkenemiseen sekä työ- ja toimintakyvyn laskuun. Mielenterveyden häiriöt ovat nousseet suurimmaksi sairausryhmäksi työkyvyttömyyden aiheuttajina. Mielenterveyden edistämisestä on tullut suuri haaste hoito- ja kuntoutusjärjestelmälle sekä työyhteisölle. Viime vuosina ennaltaehkäisyn merkitys on korostunut.

Moniammatillisen työryhmän laaja-alainen ammattitaito on tärkeää mielenterveyskuntoutuksessa. Fysioterapeutti on yksi työryhmän jäsen, jonka tehtävänä on saada kuntoutuja motivoitumaan jokapäiväiseen liikkumiseen. Fysioterapian osa-alueista erityisesti psykofyysinen fysioterapia soveltuu mielenterveyskuntoutujille.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemusten perusteella liikunnan ja psykofyysisten harjoitteiden vaikutusta psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Opinnäytetyömme tavoitteena oli ohjata mielenterveyskuntoutujille lihasvoima- ja liikkuvuusharjoitteita sekä erilaisia psykofyysisiä harjoitteita, soveltaen ohjaamisessa Roxendalin kehontuntemusharjoituksia, erilaisia rentoutusmenetelmiä sekä hengitysharjoituksia.

Opinnäytetyössämme selvitimme kyselylomakkeen avulla mielenterveyskuntoutujien kokemuksia liikunnan ja psykofyysistenharjoitteiden vaikutuksista psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Tutkimustuloksista käy ilmi, että mielenterveyskuntoutujien subjektiivisten tuntemusten mukaan liikunta ja psykofyysiset harjoitteet edistävät psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia.

Asiasanat: mielenterveys, mielenterveyden häiriöt, työ- ja toimintakyky, psykofyysinen fysioterapia

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS ABSTRACT

School of Health Care and Social Work
Physiotherapy

Latvala Anna-Kaisa, Nikkola Laura

Patients experiences of the physical activity and psychophysical exercises and their effect for physical and mental health

Supervisor(s): Merja Finne, Riitta Kiili

Year: 2008

Number of pages: 36

Number of appendices: 9

Every fifth adult in Finland has a mental disorder. Mental disorders lead to a lower quality of life and impaired ability to work and function. Mental disorders have become a major cause of work disability. Promoting mental health has become a big challenge for treatment- and rehabilitation systems, as well as for the work environment.

A multi professional team with wide expertise is essential for rehabilitation of mental health. A physiotherapist is responsible for everyday activity of the people who are recovering from mental disorders. Psychophysical physiotherapy is a sub category of physiotherapy that is suitable for people recovering from a mental disorder.

The purpose of the present work is to investigate patients' experiences about physical activity and psychophysical exercises and their effect for physical and mental health. The objective of the bachelor thesis is to introduce different psychophysical exercises to the patients. We applied Roxendal's body awareness therapy, relaxation methods and breathing exercises.

In our bachelor thesis we look into patients' experiences of the physical activity and psychophysical exercises and their effect on psychological and physical health. We found that physical and psychophysical exercises improve psychological and physical health according to the subjective feelings of the patients.

Key words: mental health, mental disorders, ability to work and function, psychophysical exercises

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

THESIS ABSTRACT

1 JOHDANTO	5
2 MIELENTERVEYS	6
2.1 Mielenterveyden häiriöt ja niiden vaikutus työ- ja toimintakykyyn	6
2.2 Työkyvyttömyydestä aiheutuvia kustannuksia	8
2.3 Terveyden edistäminen	9
3 FYSIOTERAPIA OSANA MIELENTERVEYSKUNTOUTUSTA.....	10
3.1 Psykofyysinen fysioterapia	11
3.1.1 Roxendalin kehoterapia	13
3.1.2 Hengitys ja sen harjoittaminen.....	14
3.1.3 Rentoutuminen ja voimavarat	16
3.2 Liikunnan vaikutus mielenterveyteen	17
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
5.1 Kohderyhmä	21
5.2 Ryhmätoiminta	21
5.3 Kysely	21
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	29
8 POHDINTA	30
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Arviolta 15 -20 prosenttia suomalaisista kärsii mielenterveyden häiriöistä. Masennuksesta kärsii 5 prosenttia, ahdistuneisuushäiriöstä 4 prosenttia ja alkoholiriippuvuudesta 4 prosenttia. Työperäisestä uupumuksesta kärsii 25 prosenttia aikuisväestöstä. Mielenterveyden häiriöiden määrä ei ole merkittävästi lisääntynyt, toisin kuin julkisuudessa toisinaan annetaan ymmärtää. Mielenterveyspalveluiden käyttö on sen sijaan lisääntynyt. (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16.)

Mielenterveyden häiriöt ovat maamme merkittävin toiminta- ja työkykyä heikentävä sairausryhmä (Heikman, Katila & Kuoppasalmi 2004, 127). Vuonna 2006 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 24 000 henkilöä. Heistä 16 prosentilla oli syynä masennus ja 14 prosentilla jokin muu mielenterveyden häiriö. (Taimela, Mäkelä, Justen & Schugk 2007, 4203–4204.)

Mahdollisimman varhainen mielenterveyden häiriön tunnistaminen ja hoitoon hakeutuminen on tärkeää. Ajoissa aloitettu hoito voi lyhentää sairauden kestoa, parantaa työ- ja toimintakykyä, vähentää pysyvän työkyvyttömyyden riskiä ja vähentää oleellisesti kuntoutuja subjektiivisia kärsimyksiä. (Taimela, Mäkelä, Justen & Schugk 2007, 4203.)

Fysioterapia on yksi osa mielenterveyskuntoutusta. Sen yhtenä erikoisalana on psykofyysinen fysioterapia, jonka tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. (Lähtenmäki 2007, 28.) Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat mm. liikehoito, erilaiset rentoutusmenetelmät ja hengitysharjoitteet sekä ruumiinkuvaa vahvistavat ja eheyttävät harjoitteet (Psyfy ry).

Opinnäytetyömme tavoitteena oli ohjata mielenterveyskuntoutujille lihasvoima- ja liikkuvuusharjoitteita sekä erilaisia psykofyysisiä harjoitteita, soveltaen ohjaamisessa Roxendalin kehontuntemusharjoituksia, erilaisia rentoutusmenetelmiä sekä hengitysharjoituksia. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemusten perusteella liikunnan ja psykofyysisten harjoitteiden vaikutusta psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin.

2 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on olennainen osa terveyttä. Se voidaan määrittää terveyden täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana eikä vain sairauksien tai vammojen puuttumisena. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 26.) Mielen hyvinvointi ei ole pysyvä olotila, vaan se vaihtelee elämän eri vaiheissa, aivan kuten fyysinen kunto. Elämän solmukohdissa paha olo ilmenee sekä psyykkisinä että fyysisinä oireina. (Suomen mielenterveysseura 2007.) Mielenterveyteen vaikuttavat monet erilaiset tekijät kuten fyysinen kunto, perimä, ihmissuhteet, itsetunto ja sosiaalinen asema. Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat kyky ihmissuhteisiin, toisista välittäminen ja rakkaus, kyky ja halu vuorovaikutukseen ja henkilökohtaiseen tunneilmaisuun. Yhtä olennaista on myös kyky työntekoon, sosiaaliseen osallistumiseen ja asianmukaiseen oman edun valvontaan. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 30.)

2.1 Mielenterveyden häiriöt ja niiden vaikutus työ- ja toimintakykyyn

Mielenterveyden häiriöt voidaan ryhmitellä vaikeusasteen ja tyypillisten oireiden mukaan. Samalla ihmisellä voi olla useitakin hoitoa vaativia oireyhtymiä samanaikaisesti. Mielenterveyden häiriöt alkavat usein nuoruusiässä, uusiutuvat helposti, ovat tavallisesti pitkäaikaisia ja johtavat elämänlaadun heikkenemiseen sekä ammatillisen ja sosiaalisen toimintakyvyn laskuun. Yleisimmät ja keskeisimmät aikuisten mielenterveyden häiriöt voidaan jakaa neljään ryhmään: skitsofreniaan, mielialahäiriöihin, ahdistuneisuushäiriöihin ja persoonallisuushäiriöihin. (Jokinen & Räsänen 2000, 41.)

Skitsofrenia on erityisen suuri haaste, sillä se on psykoottistasoisista häiriöistä vaikein ja yleisin (Jokinen & Räsänen 2000, 41). Skitsofrenia aiheuttaa pysyvän tai toistuvan toimintakyvyn heikkenemisen. Skitsofrenian oireita ovat mm. aistiharhat ja harhaluulot sekä tunneilmaisujen latistuminen, ajatuksen köyhyys, tahdottomuus ja kyvyttömyys mielihyvän kokemiseen. Pitempään skitsofreniaa sairastaneet oppivat kuitenkin erottamaan oireet todellisuudesta ja pystyvät elämään todellisessa maailmassa karkottaen psykoottisen

maailman taka-alalle. Skitsofrenian on todettu aiheuttavan enemmän työkyvyttömyyttä kuin toimintakyvyttömyyttä. (Läksy 2004, 152–153.) Skitsofrenian aiheuttama toimintakyvyn heikkeneminen häiritsee merkittävästi aikuistumista, itsenäistymistä sekä parisuhteen ja perheen muodostusta (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnquist 2007, 89). Ansiotyö on kuitenkin osoittautunut tärkeimmäksi skitsofreniaa sairastavan ihmisen ennustetta ja elämänlaatua parantavaksi tekijäksi (Läksy 2004, 152–153).

Mielialahäiriöt, eli masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö, aiheuttavat paljon työkyvyttömyyttä, yhteiskunnallisesti merkittäviä taloudellisia menetyksiä ja jopa ennenaikaisia kuolemantapauksia (Jokinen & Räsänen 2000, 41). Masennusta sairastavan ihmisen toimintakyky on lähes aina heikentynyt, sitä enemmän mitä vaikeammasta masennuksesta on kysymys. Toiminta- ja työkykyä heikentävät mm. aloitteenkyvyttömyys, päättämättömyys, hidastuneisuus, keskittymis- ja muistihäiriöt ja hallitsematon affektiivisuus eli tunneherkkyys. Lievästä masennuksesta kärsivät ovat yleensä työkykyisiä, keskivaikeasta masennuksesta kärsivien työkyky on usein merkittävästi heikentynyt ja vaikeasta tai psykoottisesta masennuksesta kärsivä on lähes aina työkyvytön. Kun masentunut ihminen arvioidaan joksikin aikaa työkyvyttömäksi, on lyhyestä sairauslomasta harvoin hyötyä. (Isometsä & Katila 2004 b, 141.)

Ahdistuneisuushäiriö on yleisin mielenterveyden häiriö kaikkialla maailmassa. Ahdistuneisuus liittyy yleensä muihin psyykkisiin ja myös somaattisiin sairauksiin. (Jokinen & Räsänen 2000, 41.) Ahdistuneisuuden tunteella tarkoitetaan sisäistä jännitystä, levottomuuden, paniikin tai kauhun tunnetta. Ahdistuneisuushäiriöstä voidaan puhua kun ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista sekä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä rajoittavaa. (Isometsä 2007, 223.) Ahdistuneisuushäiriöiden vaikutus toimintakykyyn on hyvin vaihteleva. Ahdistuneisuushäiriöisen toimintakyky riippuu siitä, kuinka paljon hänen elinpiirinsä on oireiden ja välttämiskäyttäytymisen vuoksi rajoittunut. Ahdistuneisuuden oireet huonontavat usein työkykyä, esimerkiksi heikentämällä kykyä keskittyä ja kiinnittää huomiota työtehtäviin. Häiriöön liittyvä välttämiskäyttäytyminen on kuitenkin usein kaikkein keskeisin työkykyä heikentävä tekijä. (Isometsä & Katila 2004 a, 162.)

Persoonallisuushäiriöt ovat lisääntymässä ja ne liittyvät myös usein muihin mielenterveyden häiriöihin (Jokinen & Räsänen 2000, 41). Persoonallisuushäiriöstä kärsivän toimintakyvyn ongelmat ovat poikkeava asioiden ymmärtämistapa ja

suhtautuminen toisiin ihmisiin, vaikeus säädellä omia tunnereaktioita sekä vaikeus hallita, sopeuttaa tai muuttaa omaa käyttäytymistään. Persoonallisuushäiriöstä riippuen toimintakyvyn ongelmat ovat erilaisia ja eriasteisia. Persoonallisuushäiriöstä aiheutuva epänormaali käyttäytyminen johtaa vaikeuksiin jo oppivelvollisuuden täyttämässä, ammatillisen koulutuksen hankkimisessa ja avoimille työmarkkinoille työllistymisessä. Usein vaikeasti häiriintyneet syrjäytyvät, ja häiriöihin liittyy rikollisuus, päihderiippuvuus, psykoottiset oireet ja korkea kuolleisuus. Nämä henkilöt ovat harvoin psykiatrisen hoidon piirissä, jolloin asianmukainen työkyvyn arvio, hoito ja kuntoutus eivät toteudu. (Kinnunen & Kuoppasalmi 2004, 177–178.)

2.2 Työkyvyttömyydestä aiheutuvia kustannuksia

Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävin toiminta- ja työkykyä heikentävä sairausryhmä Suomessa (Heikman, Katila & Kuoppasalmi 2004, 127–128). Ne ovat yleisiä kaikissa ikäryhmissä ja vaikuttavat vähintään joka viidennen aikuisen arkipäivässä selviämiseen. Mielenterveyden häiriöt ovat nousseet suurimmaksi sairausryhmäksi työkyvyttömyyden aiheuttajina. Ne aiheuttavat alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyydestä 53 %. (Suomen mielenterveysseura 2007.) Sairauslomien ja -eläkkeiden määrän kasvua ei täysin voida selittää mielenterveyden häiriöiden lisääntymisellä. Kasvu on osin yhteydessä työelämän kasvaneisiin vaatimuksiin sekä sairauslomakäytännöissä ja mielenterveydenhäiriöihin suhtautumisessa tapahtuneisiin muutoksiin. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16.)

Mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjen työeläkkeiden osuuden kasvaminen on huolestuttava merkki työelämän ja tiettyjen väestöryhmien työ- ja toimintakyvyn ongelmista. Mielenterveyden edistäminen on suuri haaste tuki- ja liikuntaelinten sairauksien rinnalla hoito- ja kuntoutusjärjestelmälle sekä työ- ja lähiyhteisöille. Mielenterveyden häiriöt ovat usein monisyisiä ja niiden taustalla voi olla myös perhe-, päihde- tai muita kasautuvia ongelmia eri elämän alueilla. Uupumuksen, masennuksen ja muiden mielenterveyden häiriöiden hoitaminen eläketurvalla on kallista ja epätarkoituksen mukaista. Nuorten syrjäytyminen työelämästä aiheuttaa yhteiskunnalle monenlaisia pitkäaikaisia kustannuksia eläkemenoina, muun sosiaaliturvan kustannuksina ja rikollisuutena. (Husman & Husman 2004, 176.) Mielenterveyden häiriöistä

sairauspoissaoloja aiheutuu seuraavasti: mielialahäiriöt 56 %, neuroosit ja stressihäiriöt 34 %, skitsofrenia ja psykoosit 5 %, alkoholisairaudet 2 %, persoonallisuushäiriöt 1 % ja muut 2 % (Salminen 2004, 4747). Vuonna 2002 Kansaneläkelaitos käytti noin 45 miljoonaa euroa mielenterveyden häiriöiden kuntoutustoimintaan. Vastaava luku vuonna 1990 oli noin 9 miljoonaa euroa. Koko maan kuntoutuspsykoterapiasta 75 % on Kela:n rahoittamaa. (Repo ym. 2004, 21–22.)

2.3 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämisenä voidaan pitää kaikkea, mikä auttaa yksilöitä ja yhteisöjä lisäämään niiden tekijöiden hallintaa, jotka ylläpitävät terveyttä tai voivat aiheuttaa sairautta. Mielenterveyden edistämistä on kaikki toiminta, joka vahvistaa mielenterveyttä tai vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä. Koska useat mielenterveyden häiriöt saattavat vaikeutua ja kroonistua myöhään aloitetun hoidon vuoksi, on panostusta varhaiseen hoitoon alettu viime vuosina korostaa myös ennaltaehkäisyn näkökulmasta. (Lehtonen & Lönnqvist 2007, 30–31.)

Terveyden edistämisen tarkoituksena on palauttaa yhteisölle, yksilöille, perheille ja koko väestölle voimaa, tietoja, taitoja ja muita terveyteen liittyviä resursseja. Toimintaperiaatteita ovat terveyttä tukevan yhteiskuntapolitiikan rakentaminen, mielenterveyttä tukevien ympäristöjen rakentaminen, yhteisöjen toiminnan vahvistaminen, henkilökohtaisten taitojen vahvistaminen ja terveyspalvelujen uudelleen suuntaaminen. Vastuu mielenterveyden edistämiseksi kuuluu yhteiskunnalle ja kunnalle, yhteisöille ja ihmiselle itselleen. Mielenterveyden edistäminen painottaa erityisesti osallistumista, voimavaraistumista ja sektoreiden välistä yhteistyötä. Edistäminen pitää kohdentaa niihin sosiaalisiin ja rakenteellisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat mielenterveyteen yhteiskunnan ja kunnan eri tasoilla. Asuminen, työ ja toimeentulo, ympäristö ja palvelut liittyvät mielenterveyden edistämiseen yhtä kiinteästi kuin terveydenhuollon toimet. (Heiskanen 2002, 13–14.)

3 FYSIOTERAPIA OSANA MIELENTERVEYSKUNTOUTUSTA

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on edistää kuntoutujan kuntoutumisvalmiutta ja auttaa häntä lisäämään elämänhallintaansa, toimimaan sosiaalisissa yhteisöissä ja toteuttamaan päämääriään. Kuntoutuminen on toimintakyvyn palautumista, kasvua ja oppimista. Kuntoutuminen voi olla pitkäkestoinen elämänvaihe, jossa tarvitaan sinnikkyyttä ja kykyä sietää pettymyksiä. Kuntoutuksen järjestämiseen osallistuu eri toimijoita, kuten psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yksiköt, perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi, työterveyshuolto, Kansaneläkelaitos, yksityiset kuntoutuspalvelut, mielenterveysjärjestöt ja muut kolmannen sektorin toimijat ja työvoimaviranomaiset. Eri toimijoista muodostuu kuntoutujalle verkosto, jonka palveluita hän kuntoutumisensa aikana käyttää. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 224.)

Moniammatillinen työryhmä on osoittautunut toimivimmaksi työtavaksi mielenterveyskuntoutuksessa. Fysioterapeutin lisäksi moniammatilliseen työryhmään kuuluvat psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja työvoimaviranomainen. Fysioterapeutin mukana olo ja rooli vaihtelevat tiimistä riippuen. Fysioterapeutti vastaa kuntoutujan jokapäiväisestä liikkumisesta, johon liittyvät lihaksiston jännitys-
rentoutustasapainosta ja hengityksestä huolehtiminen. Fysioterapeutin asiantuntemusta voidaan tarvita myös työhön kuntouttamisessa. Kysymykseen voi tulla työharjoitteluun ja työkykyyn liittyvien voimavarojen selvittäminen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 432–433.)

Fysioterapiassa kuntoutujan oma aktiivinen rooli on tärkeä. Fysioterapian suunnittelu toteutuu yhteistyössä kuntoutujan kanssa. Fysioterapian alussa arvioidaan kuntoutujan kivun ja jännityksen kokeminen sekä havainnoidaan potilaan tapaa liikkua ja käyttää ruumistaan eri asennoissa. Tarvittaessa arvioidaan myös lihastasapainon häiriöitä, asentomuutoksia, jännittyneisyyttä ja tapaa hengittää. (Immonen- Orpana 1995, 142–144.) Kuntoutuksen tavoite pyritään sovittamaan kuntoutujan elämän kokonaisuuteen niin, että terapian mielekkyys ja merkitys säilyy (Talvitie ym. 2006, 266).

Psyykkisistä oireista kärsivien henkilöiden motorinen käyttäytyminen ja kehonkuva voivat olla häiriintyneitä. Ongelmia voi olla esimerkiksi kehon tiedostamisessa ja tuntemuksissa. Psyykkiset häiriöt voidaan kokea kehossa ja ilmaista kehon välityksellä. Erilaiset häiriöt ilmenevät ja vaihtelevat kehossa tilanteen ja yksilön mukaan. Psyykkiset oireet saattavat ilmetä väsymyksenä, voimattomuutena ja liikkeiden hitautena. Myös eleiden ja ilmeiden käyttö saattaa olla vähäistä. Passiivisuuden seurauksena sairastuneen notkeus vähenee, fyysinen kunto heikkenee ja tasapaino huononee. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat usein jännittyneisyyttä selässä, niskassa ja hartioissa. (Talvitie, Karppi, Mansikkamäki 2006, 433–436.) Jännittyneisyys voi ilmetä siten, että leuka on työntyneenä ylös, hartiat ovat koholla, rintakehä on osittain ”jäykistynyt” sisäänhengitysasentoon, alaselän lihakset ovat pingottuneet, ristiselän notko on oiennut ja polvet ovat koukistuneet (Levoska 2001, 27). Erilaiset pelko- ja ahdistustilat voivat ilmetä mm. hengityksen pidättämisenä, jolloin jännitys pallealihaksessa lisääntyy (Talvitie, Karppi, Mansikkamäki 2006, 433–436).

3.1 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysisellä fysioterapialla on perinteitä Pohjoismaissa jo 40 - 50-luvuilta (Immonen-Orpana 1995, 133). Psykofyysisen fysioterapian juuret ovat norjalaisessa ja ruotsalaisessa fysioterapian perinteessä. Lähestymistapa on kehittynyt fysioterapeuttien, psykiatrien ja psykologien yhteistyön tuloksena. (Jaakkola 2007, 8.) Suomessa alan kehitykseen vaikutti voimakkaasti ruotsalaisen Gertrud Roxendalin väitöskirjatyö 80-luvun puolivälissä. Tämän seurauksena Suomessa tiedostettiin koulutuksen tarve ja järjestettiin runsaasti psykofyysisen fysioterapian koulutusta. Roxendalin ohella psykofyysisen fysioterapian vaikuttajana ja kouluttajana toimi norjalainen Berit Heir Bunkan. (Immonen-Orpana 1995, 133.)

Psykofyysisellä fysioterapialla tarkoitetaan ihmisen liikunta- ja toimintakykyisyyden sekä voimavarojen tukemista ja vahvistamista. Sen lähestymistavalle on ominaista fysioterapeutin näkemys ihmisestä kokonaisuutena, riippumatta siitä, millaisia ongelmia kuntoutujan toimintakyvyssä on. Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen, jossa etsitään kuntoutujan voimavaroja arjesta selviytymiseen. Tämä tapahtuu havainnoimalla ja rentouttamalla hänen jännitystilojaan sekä harjoittamalla hänen

asentoaan, liikkeitään sekä kehon ja mielen reaktioita. Psykofyysisessä fysioterapiassa olennaista on ihmisen tapa ymmärtää itseään kokemuksen kautta. Kuntoutujaa autetaan tulemaan tietoiseksi kehonsa viesteistä ja pääsemään näin kosketuksiin tunteiden kanssa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265–266.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa kuntoutuja kohdataan kokonaisvaltaisesti huomioiden psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kunto. Sen pääasiallisina tavoitteina ovat mahdollisen kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta ja kehonkuvan eheytyminen sekä kehonhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen. (Psyfy ry 2007.) Psykofyysisen fysioterapian ajatuksena on ihmisen kehon, mielen ja ympäristön erottamaton vuorovaikutus ja yhteys toisiinsa (Rautamies 2005, 55).

Psykofyysiset terapiamenetelmät soveltuvat henkilöille, joilla on jännittyneisyyttä tai uupumusta, kroonisia kiputiloja, identiteetin muodostamiseen liittyviä häiriöitä, eriasteisia mielenterveyden ongelmia, pitkäaikaisen sairauden aiheuttamia oireita, vaikeuksia perusliikkumisessa ja päivittäisissä toiminnoissa (Psyfy ry 2007). Hanna Svennevigin tutkimuksen (Svennevig 2004, 22–24) mukaan psykofyysisen fysioterapian piiriin hakeutuneista 87 % kertoi syyksi jonkin fyysisen vaivan. Tutkimukseen osallistuneista 60 % mainitsi kuitenkin terapiaan hakeutumisen syyksi tarpeen myös psyykkiselle muutokselle. Fyysisistä syistä osa oli ohimeneviä sairauksia, kuten nuha, turvotus tai iho-ongelmat ja osa oli vakavampia sairauksia, kuten esimerkiksi diabetes, sydänoireet tai MS-tauti. Psykkisen alueen ongelmista tavallisimpia olivat jännittyneisyys, stressi, masennus sekä väsymys. Tutkimukseen osallistumisen perusteella tyypillisin terapiaan hakeutuva on 35 – 40 -vuotias, opistotasaisen tutkinnon suorittanut parisuhteessa elävä nainen, joka asuu kaupungissa ja on mukana työelämässä. (Svennevig 2004, 22–24.)

Psykofyysisen fysioterapian arviointi- ja tutkimismenetelmiä ovat haastattelu ja havainnointi (Psyfy ry 2007). Mielenterveyskuntoutujia arvioidaan harvoin palpoimalla tai mittaamalla, koska kuntoutuja voi kokea tilanteen ahdistavana fyysisestä kontaktista johtuen (Hakanpää & Peltonen 2004, 32). Arvioita tehdään mm. hengityksestä, kivusta, jännittyneisyydestä, asennoista, liikkuvuudesta, liikkeen hallinnasta, rentoutumiskyvystä, ruumiinkuvasta sekä vuorovaikutuksesta. Saavutettujen tulosten arvioinnissa on merkittävää myös kuntoutujan itse kokema muutos. (Psyfy ry 2007.)

Fysioterapeutin ja kuntoutujan välinen vuorovaikutussuhde on terapian onnistumisen kannalta erittäin tärkeää. Fysioterapeutin on terapiamenetelmien lisäksi osattava auttaa kuntoutujaa löytämään omat voimavaransa, olla läsnä terapiatilanteessa sekä käyttää sanatonta viestintää. Terapeutin oma kehotietoisuus, omat elämän arvot sekä kyky pystyä ymmärtämään omia kehollisia reaktioitaan on terapian onnistumisen kannalta tärkeää. Kaikki edellä mainitut asiat yhdessä vaikuttavat terapian onnistumiseen. (Granö 2005 ,7–8.)

3.1.1 Roxendalin kehoterapia

Ruotsalaisen Gertrud Roxendalin kehittämän terapian tavoitteena on kehontuntemuksen ja -tietoisuuden, ja sitä kautta kehon hallinnan ja itsetuntemuksen lisääntyminen. Kehon hallinnalla tarkoitetaan kykyä ohjata lihasten jännitystä, liikkeitä ja ryhtiä. (Talvitie ym. 2006, 269.) Tärkeimmäksi osaksi psykofyysisessä fysioterapiassa muodostuu kehontunteminen. Roxendalin mukaan kehontunteminen on syvällistä kokemusta omasta kehosta, olemisesta ja minästä kokonaisuutena. (Tähkävuori 2005, 88.) Roxendal määrittelee kehontuntemusta kokemus- ja liikeaspekti- käsitteiden avulla. Kokemusaspekti koostuu oman kehon tiedostamisesta, kokemuksesta, elämyksestä, kehon rajoista ja siitä, mikä käsitys ihmisellä on omasta kehostaan. Liikeaspekti koostuu kehonhallinnasta, kontrollista ja liikemalleista. (Immonen-Orpana 1995, 137.)

Keskeisiksi elementeiksi kehontuntemisessä nousevat kehon keskilinja ja liikekeskus, hengitys, liikkeen virtaus, sekä kehon suhde alustaan. Kaikkia näitä voidaan harjoitella yksinkertaisilla harjoituksilla. Harjoituksilla pyritään lisäämään ja vahvistamaan ihmisen kykyä elää tasapainoisemmin kehossaan, niin liikkeessä kuin levossakin. (Tähkävuori 2005, 88.) Turvallinen kontakti alustaan on rentoutumisen ja tasapainon edellytys. Rentoutuneisuus ja tasapaino mahdollistavat hyvän koordinaation, jota tarvitaan kaikissa liikkeissä. (Immonen- Orpana 1995, 138.) Suhde alustaan kertoo siitä, miten henkilö käyttää tukipintaa ja miten hänen kehonsa paino jakautuu alustalle eri asennoissa, esimerkiksi maassa, istuessa, seisoessa ja kävellessä. Tasapainoisessa asennossa kehon suhde keskilinjaan on sellainen, että asentoa ylläpitävät lihakset käyttävät mahdollisimman vähän energiaa. Tukipinnan koon pieneneminen vaikuttaa tasapainoon heijastuen

epävarmuutena. Tukipinta luo myös suotuisat olosuhteet erilaisille toiminnoille. Yleensä mitä laajempi on tukipinta, sitä rennompi on asento. (Talvitie ym. 2006, 271–272.)

Poikkeamat keskilinjasta voidaan tulkita asentovirheiksi, joista voi aiheutua nivelten kulumista, lihasjännitystä, tasapaino-ongelmia ja kiputiloja. Harjoitukset pyrkivät tasapainottamaan asentoa suhteessa kehon keskilinjaan. (Immonen-Orpana 1995, 138.) Kun keho on tasaisessa asennossa, katsotaan liikevirtauksen olevan avoin. Lihasjännitykset ja vammat voivat estää vapaata liikevirtausta. Vapaa hengitys eri asennoissa ja liikkeissä on merkki toimivasta kehominästä. Kehon suhde alustaan ja keskilinjaan, kehon liikekeskus ja hengitys sekä liikevirtaus ja tietoinen läsnäolo vaikuttavat kehonrajojen hahmottumiseen. (Talvitie ym. 2006, 271–272.)

Harjoittelun tavoitteet jaetaan perusvaiheeseen ja edistyneeseen terapiaan. Perusvaiheen tavoitteena on omaan kehoon kohdistuvan tietoisuuden lisääntyminen, kehonhallinnan lisääntyminen, kehonkuvan eheytyminen ja kehon epäedullisen käytön aiheuttamien oireiden helpottuminen. Edistyneen terapian tavoitteita ovat lisääntynyt tietoisuus liikemalleista, oman persoonallisen tyylin löytäminen, parantunut sanaton kommunikointi ja lisääntynyt motivaatio harjoitteluun ja liikkumiseen. (Immonen- Orpana 1995, 137–138.)

3.1.2 Hengitys ja sen harjoittaminen

Rauhallinen, syvä, rytmisen ja luonnollinen hengitys auttaa meitä keskittymään ja rauhoittumaan sekä lisäämään voimavaroja. Stressaantunut ja kiireinen ihminen hengittää pinnallisesti kurkunpäänlihaksen jännittyvät ja hengitys on nopeaa, jopa katkonaista. Huonon hengitystekniikan merkki on nopea hengitys, jossa käytetään vain rintakehän yläosaa. Vatsa ei laajene sisäänhengityksessä lainkaan. Ihmisen tärkein sisäänhengityselin on pallealihas, joka sijaitsee välittömästi keuhkojen alapuolella. Pallealihas on vahva, automaattisesti toimiva lihas, mutta sen toimintaan voidaan vaikuttaa myös tahdonalaisesti. Oikealla hengitystekniikalla aivot ja lihakset saavat riittävästi happea, parasympaattinen hermosto aktivoituu, aineenvaihdunnan säätely kanavoituu, tunteet rauhoittuvat ja

hyperventilaatio estyy. Oikean hengityksen avulla voidaan tasapainottaa myös tunnereaktioita, ja vaikeiden tilanteiden kohtaaminen on helpompaa. (Kataja 2003, 54–57.)

Huonot asentotottumukset voivat tiedostamatta rajoittaa hengitystä. Hengityksen rajoittuminen johtaa hengityslihasten, vatsan ja rinnan jännittymiseen. Hengitys vaihtelee toiminnan mukaan. Liikkuessa se nopeutuu ja tulee pinnallisemmaksi. Nukkuessa tai rentoutuessa hengityksen rytmi hidastuu ja syvenee. Hengitettäessä luonnollisesti vatsalihakset ovat rentoutuneet, selkä on suorana ja olkapäät ovat alhaalla. (Lidell 1989, 50–52.)

Hengityksellä on monia tehtäviä ja rooleja fysioterapiassa. Hengitys on tunteiden tulkki, josta voi päätellä ihmisen tuntemuksia ja olotilaa, vaikka hän ei niistä puhuisikaan. Hengitys toimii kanavana kehon ja mielen välillä, jolloin fysioterapeutti voi tunnistaa lukkiutuneita tunteita ja käsitellä niitä kehollisten harjoitusten kautta. Hengityksen tutkiminen on ihmisen kokonaisvaltaista havainnointia. Hengityksen tutkimisessa fysioterapeutti käyttää harvoin mittareita tai palpointia, koska potilas voi kokea ahdistavana sen, että mennään fyysisesti liian lähelle. Hengitys näkyy asennossa, ryhdissä, liikkeessä ja kuuluu puheen rytmissä ja äänessä. (Hakanpää & Peltonen 2004, 32–34.)

Hengityksen harjoittaminen on tärkeä osa mielenterveyskuntoutujan fysioterapiaa. Koska kuntoutujat eivät ole aina tietoisia omasta hengityksestään tai siihen vaikuttavista tekijöistä, fysioterapeutin tehtävä on opastaa heitä löytämään hengityksen ja toimintakykyisyyden yhteys. Hengitysharjoitusten tärkeimpänä tavoitteena on auttaa kuntoutujaa havainnoimaan ja kuuntelemaan omaa hengitystään. Psykofyysisessä fysioterapiassa on tärkeää, millaisia tunteita hengittäminen herättää ja miltä hengittäminen tuntuu. Tarkoituksenmukainen hengitys sulautuu liikkeisiin sekä tunteisiin ja se tukee ihmistä joka tilanteessa. Mielenterveyskuntoutuja voi hengitysharjoituksilla purkaa aggressioita ja vahvistaa koko olemustaan, esimerkiksi päättäväisyyttä ja rohkeutta. (Hakanpää & Peltonen 2004, 32–34.)

3.1.3 Rentoutuminen ja voimavarat

Rentoutuminen on luonnollinen taito. Se on tila, jossa lihasten jännitys vähenee, mieli rauhoittuu ja hengitys tasaantuu. Rentoutuminen edistää parasympaattisen hermoston toimintaa ja sitä kautta lihasjännityksen laukeamista. Rentoutuminen vaikuttaa tasapainottavasti autonomiseen hermostoon, joka säätelee tahdosta riippumattomia elintoimintoja kuten verenkiertoa. Rentoutumisesta on apua sekä lihasten että mielen kireyksien laukaisemisessa, voimien keräämisessä ja nukahtamisen helpottamisessa. Rentoutuminen ei ole helppoa, mutta erilaisia rentoutustekniikoita hyväksi käyttäen voidaan elimistöä auttaa rauhoittumaan ja rentoutumaan. (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 52–53.)

Rentoutuminen on yksi psykofyysisen fysioterapian keinoista, jonka avulla ihminen voi tasapainottaa kehon ja mielen yhteistyötä (Tähkävuori 2005, 88). Rentoutuminen kehittää voimavaroja, avaa uusia mahdollisuuksia ja näkökulmia. Rentoutumisesta on paljon hyötyä ihmisen hyvinvoinnille. Se lisää stressinhallintaa, luovuutta, mielikuvaoppimista sekä fyysinen palautuminen nopeutuu. Rentoutumisen avulla pystytään lisäämään keskittymiskykyä ja tarkkaavaisuutta. Sen avulla ihminen voi vahvistaa ja voimistaa omia voimavarojaan. Mielikuvien avulla voidaan luoda kuvaa tulevaisuudesta ja päämääristä. (Pykäläinen 2005, 165.) Useimmat mielenterveyskuntoutujat ovat luovia ja herkkiä, joiden on helppo eläytyä mielikuviin (Hakanpää & Peltonen 2004, 34).

Rentoutumismenetelmät jaetaan aktiivisiin menetelmiin ja suggestiomenetelmiin. Aktiivisella menetelmällä pyritään tunnistamaan jännittyneen ja rennon lihaksen ero. (Tammi 2005, 124.) Harjoitusten tarkoitus on laukaista lihasjännityksiä ja ennaltaehkäistä niiden syntymistä. Aktiivisia rentoutusmenetelmiä ovat mm. Jacobssonin jännitä – laukaise -menetelmä, rentouttava liikunta, venyttelyt ja hieronta. (Kataja 2003, 66.) Suggestiomenetelmällä pyritään rauhoittamaan ihmisen mieltä (Tammi 2005, 124). Suggestiorentoutus pyrkii löytämään ja vahvistamaan ihmisen omia voimavaroja. Se on menetelmä, jossa toinen henkilö antaa rentoutettavalle ohjeita rentoutustilan saavuttamiseksi tai henkilö itse antaa itselleen johdattelevia suggestioita. Rentoutustila voidaan saavuttaa hyvinkin erilaisilla harjoituksilla. Näitä menetelmiä ovat mm. suggestiot, mielikuvat, värimielikuvat tai näiden yhdistelmät ja variaatiot. (Kataja 2003, 86.)

3.2 Liikunnan vaikutus mielenterveyteen

Liikunta koetaan yleensä oloa parantavana toimintana. Erityisesti aerobisella liikunnalla on todettu olevan mielialaa kohentava vaikutus. Liikunnan on todettu vähentävän jännittyneisyyttä ja vihan tunteita, auttavan stressin hallinnassa ja kohentavan itsetuntoa. Liikunnan harrastajien on todettu nauttivan muita ihmisiä enemmän päivittäisistä toimistaan. Heidän on todettu olevan aktiivisempia ja eteenpäin pyrkivämpiä myös muilla elämäalueilla. He ovat tasapainoisempia ja paremmin itseensä luottavia kuin liikuntaa harrastamattomat. (Räsänen & Joukamaa 1997, 1428.)

Liikunta edistää psyykkistä hyvinvointia, jos liikkuminen on säännöllistä, mielekästä, omaehtoista ja omia henkilökohtaisia tavoitteita palvelevaa. Aloite liikunnan harrastamiselle voi tulla ulkoa päin, mutta jossakin vaiheessa omaehtoisuuden on tultava mukaan. Liikunnan mielekkyys liittyy paljolti siihen mielihyvään ja nautintoon, jota liikunta tuottaa. Vaikka motivaatio liikuntaa kohtaan olisi hyvä, liikkuminen käy raskaaksi jos se ei ole mielekästä. Perusliikuntaa, joka sisältää arki-, hyöty- ja työmatkaliikunnan, ei pidä väheksyä, koska sen pitkäaikaisvaikutukset näkyvät fyysisen terveyden kohentumisena. Tavoitteelliset, ohjatut liikuntajaksot edistävät sitoutumista. Kuntotestit konkretisoivat liikunnan hyötyjä ja vahvistavat sitoutumista. Sosiaalisten tekijöiden merkitystä on syytä korostaa silloin, kun kyseessä on psyykkinen hyvinvointi. Liikunnassa sosiaalinen vuorovaikutus on erittäin tärkeää. (Ojanen 2002, 121.)

Liikunta kuntoutuksen tukena on haasteellinen tehtävä. Mielenterveyden häiriöillä on monia kielteisiä vaikutuksia ajatteluun, toimintaan ja tunteisiin. Mielenterveyden häiriöt vaikeuttavat keskittymistä ja tarkkaavaisuutta, jota liikuntasuorituksessa tarvitaan. Lääkkeiden sivuvaikutukset vaikeuttavat liikuntasuorituksia, koska ne saattavat aiheuttaa mm. kiihtyneisyyttä, lihaskouristuksia, vapinaa, levottomuutta, väsymistä ja painon nousua. Mielenterveyskuntoutujat ovat usein huonokuntoisia, ylipainoisia ja he pelkäävät epäonnistumisia, joten kynnyksensä liikunnan aloittamiseen on suuri. Useat liikuntamuodot ovat luonteeltaan sosiaalisia, joten uuteen ryhmään meno ja muiden ihmisten suhtautuminen aiheuttavat myös suuren kynnyksen liikunnan aloittamiseen. Keskeisiin psyykkisiin häiriöihin liittyvä ongelma on mielialan vaihtelu. Kun mieli on maassa, liikunta jää

helposti kokonaan pois. Erityisesti masentuneella oma-aloitteisuus katoaa, eikä hän jaksaa osallistua mihinkään. Näistä syistä johtuen mielenterveyskuntoutujien motivoituminen liikuntaan on tärkeää liikunnan jatkuvuuden kannalta. (Ojanen 2001, 198–199.)

Frank J. Penedon ja Jason R. Dahnin liikunta ja hyvinvointi tutkimuksen (Penedo & Dahn 2005, 192) mukaan säännöllinen aerobinen liikunta kohentaa mielialaa ja vähentää masennuksen ja ahdistuneisuuden oireita. Lisäksi säännöllisellä liikunnalla voidaan vähentää riskiä sairastua uudelleen masennukseen. Fyysisen aktiivisuuden on todettu ennaltaehkäisevän myös masennuksen syntymistä.

Chicagossa tehdyssä tutkimuksessa (Richardson, Faulkner & McDevitt ym. 2005, 324–326) tutkittiin fyysisen aktiivisuuden vaikutusta vakaviin mielenterveyden häiriöihin. Tutkimus osoitti, että liikunta on hyvin arvostettu osa mielenterveyskuntoutujan hoitoa. Liikunnalla voidaan parantaa elämänlaatua ja parantaa psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Erityisesti masentuneet hyötyvät liikunnan vaikutuksista. Ahdistuneisuushäiriötä sairastavalla liikunnan vaikutukset ovat myönteisiä, mutta ei niin merkittäviä kuin masentuneilla. Skitsofreniaa sairastavalle liikunta voi olla yksi selviytymiskeino aggressiivisuuden säätelyssä.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien kokemusten perusteella liikunnan ja psykofyysisten harjoitteiden vaikutusta psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli ohjata mielenterveyskuntoutujille lihasvoima- ja liikkuvuusharjoitteita sekä erilaisia psykofyysisiä harjoitteita, soveltaen ohjaamisessa Roxendalin kehontuntemusharjoituksia, erilaisia rentoutusmenetelmiä sekä hengitysharjoituksia.

- Millaisia muutoksia mielenterveyskuntoutajat kokivat interventiolla olleen fyysiseen kuntoon?
- Millaisia muutoksia mielenterveyskuntoutajat kokivat interventiolla olleen liikunnan määrään?
- Millaisia muutoksia mielenterveyskuntoutajat kokivat interventiolla olleen ahdistuneisuuteen?
- Millaisia muutoksia mielenterveyskuntoutajat kokivat interventiolla olleen mielialaan?
- Miten tyytyväisyys elämään muuttui intervention aikana?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toteutimme opinnäytetyömme yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys Ry:n työhönvalmennusyksikkö Tähtiportin kanssa. Työhönvalmennusyksikkö tarjoaa työhönvalmennusta mielenterveyskuntoutujille. Kuntoutuksen tavoitteena on työelämään tai koulutukseen siirtyminen. Työhönvalmennukseen pääseminen edellyttää hoitavan tahon lähetettä, tutustumiskäyntiä sekä lähettävän tahon, kuten työvoimatoimiston, sosiaalitoimen, psykiatrisen poliklinikan tai mielenterveyskeskuksen yhteydenottoa Tähtiporttiin. Yksikössä oli vuoden 2008 alussa noin 50 kuntoutujaa, joilla esiintyi masennusta, skitsofreniaa, syömishäiriötä, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai persoonallisuushäiriötä.

Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys Ry:n tarkoituksena on tukea ja kuntouttaa avohoidossa olevia henkilöitä tarjoamalla laadukkaita, yksilöllisiä ja taloudellisia kuntoutus- ja asumispalveluja ensisijaisesti Etelä-Pohjanmaan kunnille ja niiden asukkaille. Asiakasryhmät koostuvat mielenterveys- ja päihdeongelmaisista sekä kehitysvammais- ja vanhusasiakkaista. Työhönvalmennusyksikkö Tähtiportin lisäksi yhdistys ylläpitää yhteisöperiaatteella toimivia kuntoutus- ja pienryhmäkoteja, tukiasuntoja sekä päivätoimintaa. Lähtökohtana kuntoutukselle on omanarvontunteen ja vastuullisuuden kehittyminen, vuorovaikutussuhteiden hoito sekä sosiaalisten taitojen uudelleen harjaannuttaminen. Yhdistyksen eri toimipisteet mahdollistavat portaittaisen kuntoutumisen kunkin yksilöllisen kuntoutustarpeen ja -suunnitelman mukaisesti. Kuntoutus muodostuu kuntoutuskotien, tukiasuntojen ja päivätoimintapaikkojen toiminnoista. (Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry.)

Työhönvalmennusyksikkö Tähtiportin perustehtävänä on tarjota ammatillista kuntoutusta ja työhönvalmennusta työikäisille mielenterveyskuntoutujille. Työhönvalmennuksen tavoitteena on, että kuntoutuja oppii tunnistamaan omia voimavarojaan ja toiminaan rajoitusten poistamiseksi. Tähtiportissa mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessia tuetaan kokonaisvaltaisesti siten, että kuntoutuja pystyy siirtymään esimerkiksi työelämään tai koulutukseen. Tähtiportissa kuntoutuja voi työskennellä eri toimialoilla, kuten puutyö, kokoonpano/alihankinta, puhdistuspalveluala, toimistotyö, keittiötyö, pakkaamo/kuljetus ja

kiinteistöhuolto. Kuntoutuksesta noin 70-80 % koostuu työnteosta. Työn lisäksi on muuta kuntoutumista tukevaa toimintaa kuten ryhmätoimintoja, kuntoutusohjausta, yksilöllistä työvalmennusta, ohjattua liikuntaa, atk-kurssi, koulutuspäivät ja virkistyspäiviä. (Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry.)

5.1 Kohderyhmä

Opinnäytetyömme kohderyhmänä oli Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys Ry:n työhönvalmennusyksikkö Tähtiportin mielenterveyskuntoutujia. Kohderyhmä muotoutui yksikön vastaavan ohjaajan valitsemista kuntoutujista. Yksikön vastaava ohjaaja suositteli ryhmää niille kuntoutujille, jotka hänen mielestään hyötyisivät siitä parhaiten. Osallistuminen ryhmään oli vapaaehtoista, mutta se edellytti kuntoutujilta sitoutumista ryhmään koko sen toiminnan ajaksi. Ryhmä koostui kymmenestä mielenterveyskuntoutujasta. Halukkaita olisi ollut enemmänkin, mutta tilat rajoittivat osallistujamäärää ja koimme isomman ryhmän vaikeaksi tarkkailla. Kuntoutujat olivat iältään 20 -55-vuotiaita. Ryhmäläisistä puolet olivat miehiä ja puolet naisia.

5.2 Ryhmätoiminta

Ryhmä kokoontui kevään aikana 15 kertaa. Kokoonnuimme työhönvalmennusyksikön tiloissa kerran viikossa tunnin ajan. Ryhmään sitoutumisen kannalta oli tärkeää, että ryhmä kokoontui heille tutuissa tiloissa. Ryhmätoiminta muodostui puolen tunnin alkulämmittelystä, joka sisälsi lihasvoima- ja liikkuvuusharjoitteita erilaisia välineitä hyödyntäen. Toisen puolituntisen aikana ohjasimme erilaisia hengitys- ja rentoutusharjoitteita sekä sovelsimme ohjaamisessa Roxendalin kehittämiä kehontuntemusharjoitteita. (LIITE 1)

5.3 Kysely

Jaoin ryhmään osallistuneille sekä alku- että loppukyselyn. Käytimme osioita Ojasen (1994) laatimasta liikunta, harrastukset ja hyvinvointi – kyselystä (LIITE 2). Kyselyssä

kartoitettiin kuntoutujien fyysinen kunto, liikunnan määrä, ahdistuneisuus, mieliala ja tyytyväisyys elämään. Kysely sisälsi viisi vaihtoehtokysymystä. Kyselyssä oli jokaisen osa-alueen kohdalla asteikko 0-100 ja jokaisen kymmenluvun kohdalla oli sanallinen kuvaus siitä, miten mielenterveyskuntoutuja itse kokee sen hetkisen vointinsa. Kyselylomakkeista saatujen tietojen avulla pystyimme vertailemaan alku- ja lopputilanteen eroja sekä muutoksia psyykkisessä ja fyysisessä kunnossa.

6 TULOKSET

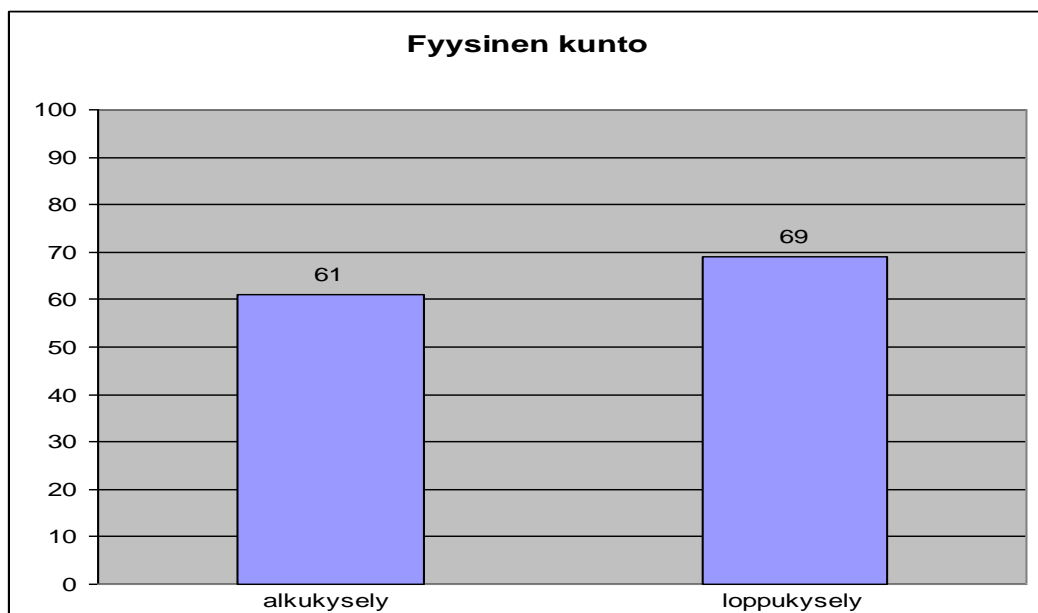
Teimme määrällistä analysointia manuaalisesti käymällä läpi kunkin osallistujan vastaukset. Sen jälkeen syötimme vastaukset Exel-tilukkolaskentaohjelmaan, jonka avulla laskimme vastausten keskiarvot. Alku- ja loppukyselystä saatujen vastausten keskiarvoja vertailtiin keskenään ja niiden muutos laskettiin prosentteina. Keskiarvot alku- ja loppukyselystä on esitetty kuvioina, jotka teimme Exel-tilukkolaskentaohjelmalla.

Ryhmäläisten osallistuminen toimintaan oli aktiivista ja kuntoutujat sitoutuivat ryhmän toimintaan kiitettävästi. Motivaatio ja kiinnostus säilyivät koko intervention ajan. Ryhmään osallistui keskimäärin kahdeksan kuntoutujaa kymmenestä jokaisella kerralla.

Kaikki kymmenen ryhmäläistä vastasivat sekä alku- että loppukyselyyn. Alkukyselystä saaduista vastauksista laskettiin ryhmän keskiarvot jokaisesta osa-alueesta. Näitä tuloksia verrattiin loppukyselystä saatuihin keskiarvoihin. Keskiarvoja vertailemalla pystyimme laskemaan ryhmässä tapahtuneen muutoksen prosentuaalisesti.

Fyysinen kunto

Mielenterveyskuntoutujat arvioivat fyysistä kuntoaan asteikolla 0-100. Fyysisen kunnan kartoituksessa erittäin hyvä (100) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ”Ikäisiini verrattuna olen erittäin hyväkuntoinen, fyysisesti terve. Huolehdin kunnostani, en ole ylipainoinen.” Erittäin huono (0) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ”Fyysinen kuntoni on erittäin huono. Vähänkin pitempi käveleminen tuottaa jo vaikeuksia. Lyhytaikainenkin työnteko käy raskaaksi.”

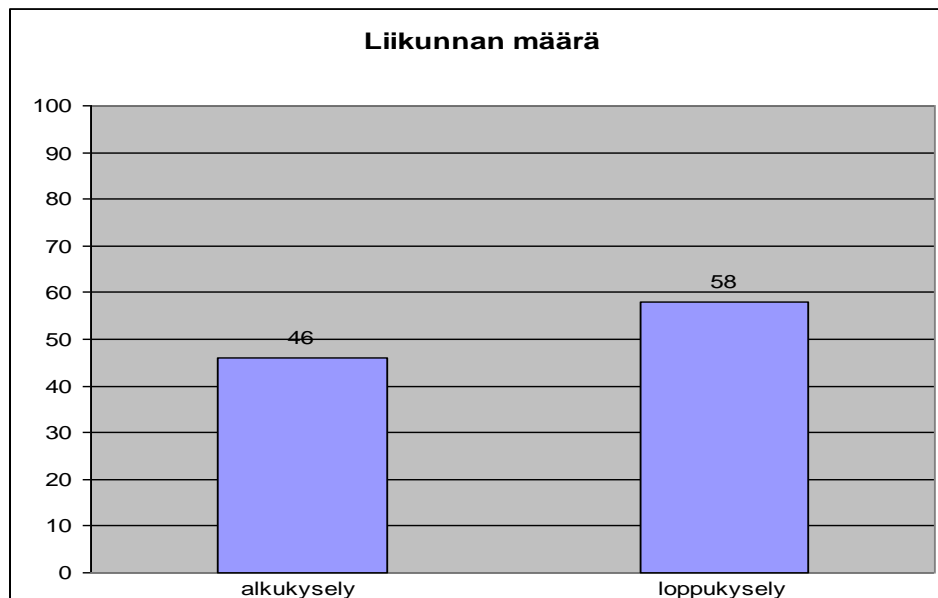


Kuvio 1. Kokemus fyysisestä kunnosta alku- ja lopputilanteessa.

Alkukyselyn perusteella mielenterveyskuntoutujat kokivat fyysisen kuntosensa olevan ”keskitasoa hieman parempi” (61). Loppukyselyn perusteella fyysinen kunto arvioitiin ”melko hyväksi” (69). Fyysisen kunnan koettiin kohonneen 13 % intervention aikana.

Liikunnan määrä

Mielenterveyskuntoutajat arvioivat liikunnan määrää asteikolla 0-100. Liikunnan määrän kartoituksessa erittäin aktiivinen (100) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ”Olen kilpaurheilija. Harjoittelen lajiani lähes päivittäin. Lajini vaatii voimaa ja nopeutta. Harjoitteet ovat vaativia.” Erittäin passiivinen (0) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ”En harrasta oikeastaan mitään liikuntaa sen lisäksi, mitä työ ja asiointi vaativat.”

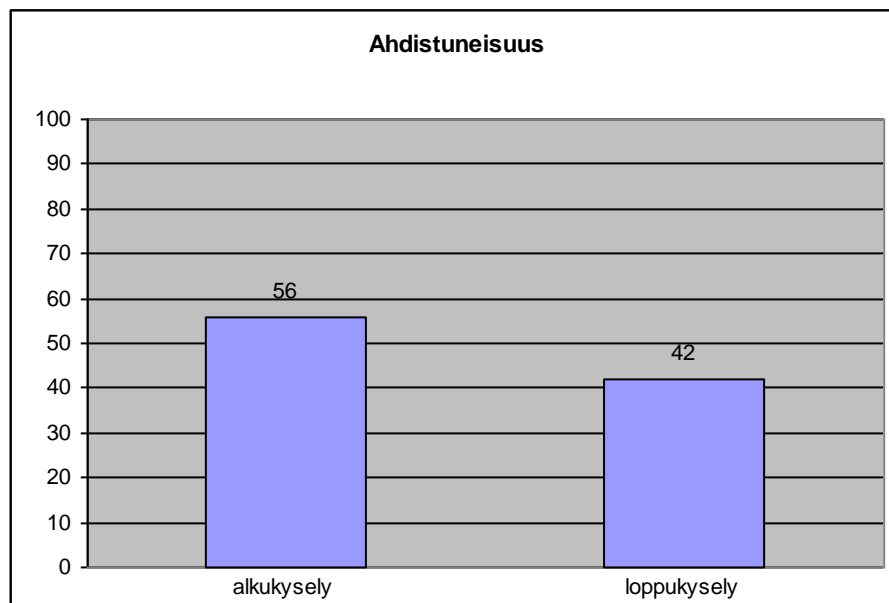


Kuvio 2. Kokemus liikunnan määrästä alku- ja lopputilanteessa.

Alkukyselyn perusteella mielenterveyskuntoutajat kokivat olevansa ”osaksi aktiivisia, mutta kohtalaisen passiivisia” harrastamaan liikuntaa (46). Loppukyselyn perusteella he kokivat olevansa ”kohtuullisen aktiivisia” (58). Intervention aikana liikunnan määrän koettiin kasvaneen 26 %.

Ahdistuneisuus

Mielenterveyskuntoutajat arvioivat ahdistuneisuuttaan asteikolla 0-100. Tämän kysymyksen kohdalla asteikko on muihin kysymyksiin verrattaessa päinvastainen. Ahdistuneisuuden kartoituksessa erittäin ahdistunut (100) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ”Tunnen itseni jatkuvasti erittäin ahdistuneeksi ja jännittyneeksi. Olen kuin kireälle jännitetty viulunkieli.” Erittäin rauhallinen (0) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ”Ahdistus on oikeastaan vain sanana tuttu, sillä minulla on siitä kovin vähän kokemuksia. Olen kertakaikkisen rauhallinen tyyppi.”

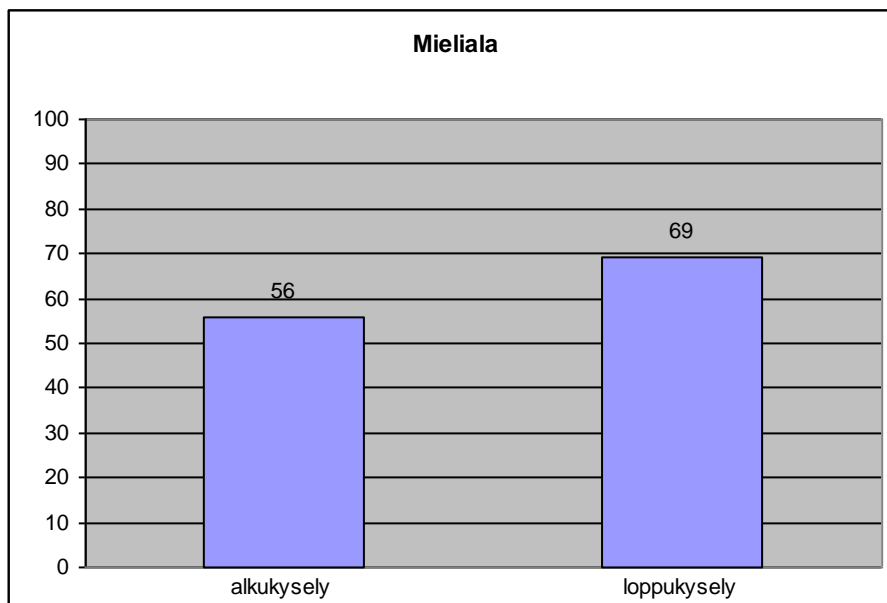


Kuvio 3. Kokemus ahdistuneisuudesta alku- ja lopputilanteessa.

Alkukyselyn perusteella mielenterveyskuntoutajat kokivat ”ahdistuneisuuden ja rauhallisuuden kuuluvan elämäänsä” (56). Loppukyselyn perusteella he kokivat olevansa ”melko rauhallisia, mutta aika-ajoin ahdistuneita” (42). Ahdistuneisuuden koettiin lievittyneen 25 % intervention aikana.

Mieliala

Mielenterveyskuntoutujat arvioivat mielialaansa asteikolla 0-100. Mielialan kartoituksessa erittäin hyvä mieliala (100) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ”Olen lähes aina iloinen ja hyvällä tuulella. En ole käytännöllisesti katsottuna koskaan huonolla tuulella.” Erittäin huono mieliala (0) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ”Mielialani on erittäin synkkä ja raskas. Oloni on niin kurja ja epätoivoinen, että tuntuu kuin olisin putoamassa pohjattomaan kuiluun. Mikään ei liikuta tai kiinnosta. En pysty tekemään työtä tai hoitamaan asioitani.”

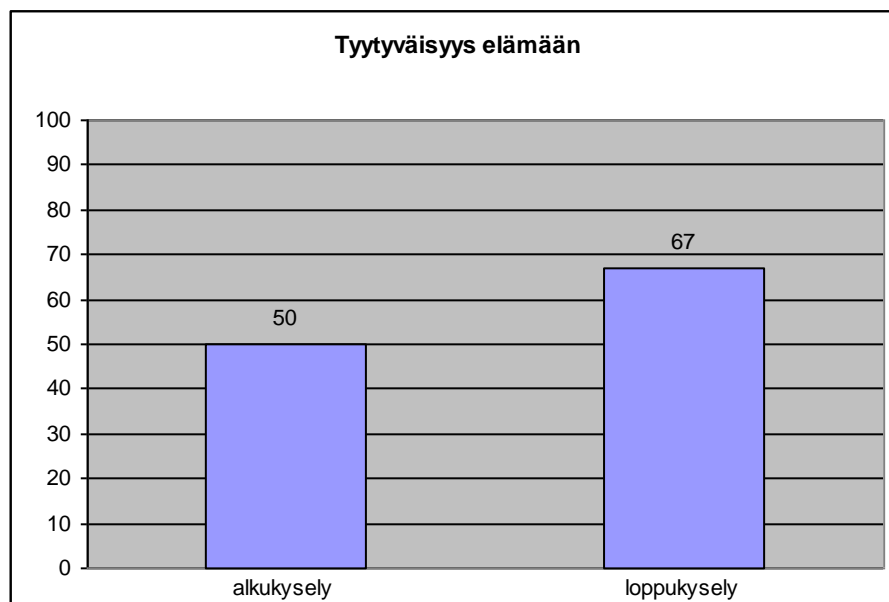


Kuvio 4. Kokemus mielialasta alku- ja lopputilanteessa.

Alkukyselyn perusteella mielenterveyskuntoutujat kokivat mielialansa ”kohtalaiseksi/melko hyväksi” (56). Loppukyselyssä mieliala koettiin ”melko hyväksi” (69). Intervention aikana mielialan koettiin kohonneen 23 %.

Tyytyväisyys elämään

Mielenterveyskuntoutujat arvioivat tyytyväisyyttä elämään asteikolla 0-100. Tyytyväisyyttä elämään kartoituksessa erittäin tyytyväinen (100) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ” Olen erittäin tyytyväinen elämääni. Asiani eivät voisi olla paremmin. Minulla on kaikkia mitä tarvitsen ja toivon.” Erittäin tyytymätön (0) kuvattiin sanallisesti seuraavasti: ”Olen erittäin tyytymätön elämääni. Elämässäni ei oikeastaan mikään ole kohdallaan.”



Kuvio 5. Kokemus tyytyväisyydestä elämään alku- ja lopputilanteessa.

Alkukyselyn perusteella mielenterveyskuntoutujat olivat ”kohtalaisen tyytyväisiä” elämäänsä (50). Loppukyselyn perusteella he olivat ”melko tyytyväisiä” elämäänsä (67). Tyytyväisyys elämään koettiin parantuneen 34 % intervention aikana.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kyselystä saatujen mielenterveyskuntoutujien subjektiivisten tuntemusten mukaan voimme olettaa, että liikunnalla ja psykofyysisillä harjoitteilla on myönteisiä vaikutuksia psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin.

Kyselyn tulokset osoittivat, että intervention aikana fyysinen kunto kohentui 13 %, liikunnan määrä lisääntyi 26 %, ahdistuneisuus vähentyi 25 %, mieliala kohentui 23 % ja tyytyväisyys elämään kasvoi 34 %.

8 POHDINTA

Tutkimuksemme vahvisti sen, että liikunnalla ja psykofyysisillä harjoitteilla on myönteisiä vaikutuksia psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Jäimme kuitenkin miettimään tulosten luotettavuutta. Voimmeko olettaa tulosten perusteella, että pelkästään ohjaamamme ryhmä on saanut aikaan muutoksen. Mielenterveyskuntoutujat osallistuvat säännöllisesti muuhunkin kuntoutustoimintaan, joten myös sillä saattaa olla vaikutusta lopputuloksiin. Tuloksiin saattaa vaikuttaa myös mielenterveyskuntoutujien mieliala vastaushetkellä. Suuri prosentuaalinen muutos alku- ja lopputilanteen välillä jäi myös mietityttämään. Jouduimme tarkistamaan laskutoimituksen useaan kertaan ennen kuin uskoimme tuloksia, ne vaikuttivat mielestämme liian suurilta. Työssämme tutkimme vain kymmenen mielenterveyskuntoutujan kokemuksia, joten tutkimuksemme tulosta ei voida yleistää.

Tutkimukseen oli haastavaa valita aineistonkeruumenetelmiä, koska psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia mielenterveyteen on vaikea mitata mittareilla. Valitsimme aineistonkeruumenetelmiksi kyselyn ja havainnoinnin. Kyselyn avulla halusimme selvittää mielenterveyskuntoutujien subjektiivisia tuntemuksia psyykkisestä ja fyysisestä hyvinvoinnista. Tutkimuksessa käytimme osia Ojasen (1994) laatimasta kyselystä. Valitsimme Ojasen laatiman kyselyn, koska se vastasi mielestämme hyvin työmme tarkoitusta.

Kyselyn lisäksi aineistonkeruumenetelmänä oli havainnointi, jonka tukena käytimme videointia. Nämä menetelmät tuntuivat aluksi hyvältä ajatukselta tutkia kehossa näkyviä muutoksia. Havainnointi osoittautui kuitenkin todella haastavaksi. Ryhmää ohjatessa kymmenen hengen ryhmä oli sopiva, mutta havainnoimiseen se oli liian suuri. Huomasimme aineiston käsittelyvaiheessa, että tämän hetkinen ammattitaitomme ei ole riittävä tekemään johtopäätöksiä havainnoistamme. Emme kyenneet näkemään merkittäviä muutoksia vertailtaessa alku- ja lopputilannetta. Uskomme, että onnistuneen havainnoinnin kehossa näkyvistä muutoksista voi tehdä vain psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut ammattilainen.

Vaikka mielenterveyskuntoutujissa tapahtuvia muutoksia oli vaikea havainnoida, pystyimme kuitenkin havainnoinnin avulla näkemään mielenterveyskuntoutujille

tyypilliset ryhtivirheet, pinnallisen ja tiheän hengityksen, jännittyneisyyden ja heikentyneen tasapainon. Ainoa muutos, minkä pystyimme näkemään tämänhetkisellä ammattitaidollamme, oli oikean hengitystekniikan oppiminen. Puutteellisten havaintojemme perusteella jouduimme jättämään aineiston pois tutkimuksestamme. Se aiheutti molemmille turhautumista, koska olimme nähneet paljon vaivaa videoimiseen ja sen analysointiin. Tämän seurauksena myös opinnäytetyön alkuperäinen tarkoitus menetti merkityksensä. Pidimme havainnointia tutkimuksen tärkeimpänä osiona, jouduimme kuitenkin lopuksi tyytymään vain kyselystä saatuihin tuloksiin. Mikäli saisimme miettiä aineistonkeruumenetelmiä uudelleen, jättäisimme havainnoinnin ja videoinnin kokonaan pois ja laajentaisimme kyselyä mielenterveyskuntoutujien subjektiivisista tuntemuksista. Olisi myös ollut mielenkiintoista vertailla jokaisen henkilön alku- ja lopputilannetta erikseen ryhmän sijaan.

Aiheen valinta oli meille helppoa, koska olimme molemmat kiinnostuneita fysioterapiasta osana mielenterveyskuntoutusta. Halusimme syventää tietämystämme fysioterapian mahdollisista vaikutuksista mielenterveyteen. Aihetta valitessamme meille oli selvää, että haluamme perehtyä aiheeseen ryhmätoiminnan kautta. Ajatuksenamme oli myös saada ryhmänohjauskokemusta erityisryhmästä. Pidimme myös tärkeänä sitä, että aihe oli mielenkiintoinen ja motivoiva. Näin työn tekemisen mielekkyys säilyi koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Aiheen rajauksesta keskustelimme Tähtiportin vastaavan ohjaajan kanssa ja mietimme yhdessä millainen työ palvelisi heidän tarpeitaan ja myös meidän oppimistamme. Keskustelussa nousi esiin mielenterveyskuntoutujien alentunut fyysinen kunto, jännittyneisyys ja huono ryhti. Näiden asioiden pohjalta päätimme nostaa työssämme esiin psykofyysisen fysioterapian ja liikunnan.

Ohjasimme ryhmää työhönvalmennusyksikön tiloissa, jotka olivat meidän tarkoitukseemme liian ahtaat. Toisinaan myös ulkopuoliset äänet häiritsivät rentoutusharjoituksia. Koimme kuitenkin sitoutumisen kannalta tärkeäksi, että ryhmätilanne toteutui tutussa ympäristössä. Aluksi ajattelimme, että sitoutuminen ryhmään tuottaisi vaikeuksia mielenterveyskuntoutujille. Aktiivinen osallistuminen ja motivoituminen ryhmään yllätti meidät. Oli hienoa nähdä, miten jokainen ryhmäläinen yritti parhaansa ja kokeili innokkaasti kaikkea uutta. Palautekyselystä saatujen vastausten mukaan ryhmätoiminta innosti mielenterveyskuntoutujia liikkumaan myös vapaa-ajalla.

Monille ryhmäläisistä tiistain ryhmätuokio oli viikon kohokohta. Ryhmäläiset kokivat, että ryhmälle olisi myös jatkossa tarvetta motivaation säilymiseksi.

Suunnittelimme valmiiksi 15 kerran harjoitusohjelman. Harjoitusohjelma muokkautui kuitenkin intervention aikana useaan kertaan, koska halusimme huomioida myös heidän toiveitaan sisällössä. Mielestämme tekemämme suunnitelmat toteutuivat hyvin. Palautteen mukaan ryhmätilanne oli monipuolinen ja vaihteleva, venyttelyitä olisi kuitenkin toivottu lisää. Ryhmän ohjaaminen tuntui luontevalta ja rennolta. Ryhmää oli aina mukava mennä ohjaamaan, koska ryhmän hyvä yhteishenki antoi motivaatiota. Uskomme myös, että kannustava ohjaamisemme puolestaan loi hyvää yhteishenkeä ryhmälle.

Mielenterveyskuntoutajat olivat ryhmänä mielenkiintoinen ohjata. Liikunnallisesti eritasoiset ryhmäläiset toivat haasteita ohjelman sisällön suunnitteluun ja toteutukseen. Halusimme antaa kaikille onnistumisen ja mielihyvän kokemuksia, että kiinnostuneisuus liikuntaa kohtaan säilyisi koko intervention ajan sekä mahdollisesti myös vapaa-ajalla omaehtoisesti. Ennakkokäsityksemme mukaan mielenterveyskuntoutujien kanssa on vaikea luoda lyhyessä ajassa hyvä kontakti. Saimme kuitenkin luotua ryhmäläisten kanssa hyvän vuorovaikutussuhteen sekä luottamuksen. Ryhmäläiset tulivat avoimina kertomaan meille hyvin henkilökohtaisistakin asioista.

Opinnäytetyöprosessin aikana ymmärsimme psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin yhteyden toisiinsa. Omissa havainnoissammekin ilmeni, miten mielenterveyden häiriöt heijastuvat kehoon ja sen toimintaan. Siitä syystä on erittäin tärkeää huomioida mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprosessissa myös fysioterapeutin ammattitaito. Fysioterapeutilla on rooli mielenterveyskuntoutujan kuntoutuksessa, mutta se on kuitenkin melko vähäinen. Usein moniammatillisesta työryhmästä puuttuu fysioterapeutin osaaminen. Yhteiskunnassa, jossa masentuneisuus ja muut psyykkiset ongelmat jatkuvasti lisääntyvät, olisi syytä avata uusia mahdollisuuksia ongelmien hoitoon. Psykofyysisen fysioterapian merkitystä olisi syytä jatkossa korostaa mielenterveyskuntoutuksessa.

Psykofyysinen fysioterapia on myös fysioterapian osa-alueena melko tuntematon. Vaikka olemme työssämme perehtyneet psykofyysiseen fysioterapiaan, se ei tee meistä psykofyysisen fysioterapian asiantuntijoita. Asiantuntijuus vaatii lisäkoulutusta ja kokemusta aiheesta. Pystymme kuitenkin jatkossa hyödyntämään ammatissamme psykofyysisen fysioterapian osa-alueita. Vaikka psykofyysinen fysioterapia yhdistetään

usein mielenterveyskuntoutukseen, sitä on mahdollista käyttää myös psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Työn kautta olemme huomanneet, että myös oma kehotietoisuus on lisääntynyt. Olemme alkaneet itse kiinnittämään enemmän huomiota omaan hengitystekniikkaan sekä kehon jännittyneisyyden ja rentouden tiedostamiseen.

Mielenterveyskuntoutujia tutkittaessa nousee esille monia eettisiä kysymyksiä. Erityisesti lupa- ja salassapitoasiat vaativat tarkkaa huomioimista. Opinnäytetyötä aloittaessamme pyysimme ensin tutkimusluvan Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys Ry:n työhönvalmennusyksikkö Tähtiportin vastaavalta ohjaajalta. Ennen tutkimuksen aloittamista kerroimme Tähtiportin mielenterveyskuntoutujille millaista tutkimusta olemme tekemässä ja mitä siihen sisältyy. Mielenterveyskuntoutujilla oli oikeus tietää, mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa ja mihin tutkimustietoa käytetään. Osallistuminen ryhmään perustui vapaaehtoisuuteen. Kerroimme kuntoutujille, että olemme kaikissa tutkimukseen liittyvissä asioissa salassapitovelvollisia, eikä kuntoutujien henkilöllisyys tule esille tutkimuksen aikana. Tutkimukseen sisältyvä videointi vaati kirjallisen luvan (LIITE 3) jokaiselta tutkimukseen osallistuvalta. Videointiluvassa tuli esille videon käyttötarkoitus ja videoon katseluun oikeutettujen nimet. Luvasta ilmeni myös, että analysoinnin jälkeen video tuhotaan välittömästi.

Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuutta on tutkittu melko vähän. Uudet tutkimukset aiheesta voisivat nostaa psykofyysisen fysioterapian asemaa osana kokonaisvaltaista hoitoa. Ihmisen mieltä on vaikea tutkia, tulokset perustuvat aina tuntemuksiin ja kokemuksiin. Varsinaisia mittareita mielen tutkimiseen ei ole. Työtämme voisi kehittää testaamalla alku- ja lopputilanteessa osallistujien fyysistä kuntoa. Näitä tuloksia voisi verrata osallistujien kokemaan psyykkiseen kuntoon. Kyselyn avulla voisi selvittää laajemmin osallistujien tuntemuksia ja kokemuksia omasta psyykkisestä hyvinvoinnista. Työssämme vertailimme ryhmässä tapahtuvia muutoksia. Jatkossa muutos olisi mielenkiintoisempaa tutkia henkilökohtaisella tasolla sekä vertailla miesten ja naisten välisiä eroja. Oma tutkimuksemme jäi mielestämme liian suppeaksi. Päällimmäisenä opinnäytetyöstämme jäi kuitenkin mieleen hyvin onnistuneet ryhmätuokit.

LÄHTEET

- Ahonen J. & Lahtinen T. 1998. Lihastasapaino ja ryhti. Teoksessa: Ahonen J. ym. (toim.) Kehon rakenne, toiminta ja lihashuolto. Jyväskylä: VK-kustannus Oy, 279- 337.
- Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys. Ei päiväystä. Toiminta-ajatus. [www-dokumentti]. [Viitattu 7.5.2008]. Saatavissa: <http://www.epsospsyk.fi/index2.html>
- Granö T. 2005. ”Kipusiskoista” oman kehon omistajiksi. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen koulutusohjelma: Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot.
- Hakanpää T. & Peltonen S. 2004. Hengitys on kehon ja mielen tulkki. Fysioterapia (7), 32-34.
- Harjajärvi M., Pirkola S. & Wahlbeck K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Heikkinen-Peltonen R., Innamaa M. & Virta M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.
- Heikman P., Katila H. & Kuoppasalmi K. 2004. Toimintakyvyn mittaamenetelmät psykiatriassa. Teoksessa: Matikainen E. ym. Toimintakyky: arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim, 127-133.
- Heiskanen T. 2002. Mitä mielenterveyden edistäminen on? Mielenterveys 6, 13-14.
- Husman P. & Husman K. 2004. Työ ja terveys. Teoksessa: Kauppinen T. ym. Työ ja terveys Suomessa 2003. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Immonen-Orpana, P. 1995. Psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa: Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. (toim.). Jalka potkee mieli notkee: Liikunta mielenterveyden tukena. Helsinki: SMS-tuotanto, 133-142.
- Isohanni M., Honkonen T., Vartiainen H. & Lönnqvist J. 2007. Skitsofrenia. Teoksessa: Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 73-139.
- Isometsä E. 2007. Paniikkihäiriö. Teoksessa: Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 223.
- Isometsä E. & Katila H. 2004 a. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa: Matikainen E. ym. Toimintakyky: arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim, 155-163.
- Isometsä E. & Katila H. 2004 b. Mielialahäiriöt. Teoksessa: Matikainen E. ym. Toimintakyky: arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim, 134-143.
- Jaakkola R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa: Lähteenmäki M-L & Jaakkola R.(toim.). Psykofyysinen fysioterapia 2: Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 8-11.

- Jokinen M. & Räsänen K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa: Välimäki M., Holopainen A. & Jokinen M. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Porvoo Helsinki: WSOY, 41-67.
- Kataja J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita.
- Katajainen A., Lipponen K. & Litovaara A. 2003. Voimavarat käyttöön. Helsinki: Duodecim.
- Kinnunen E. & Kuoppasalmi K. 2004. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa: Matikainen E. ym. Toimintakyky: arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim, 175-181.
- Lavikainen J., Lahtinen E. & Lehtinen V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lehtonen J. & Lönnqvist J. 2007. Mielenterveys. Teoksessa: Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 26-32.
- Levoska S. 2001. Parempaan mielen ja kehon yhteistyöhön. Fysioterapia (6), 25-28.
- Lidell L. & Thomas S. 1989. Iloitse aisteistasi: Avaa aistisi – löydä kehon ja mielen sopusointu. Palmunen T. Espoo: Weilin & Göös.
- Läksy K. 2004. Psykoosit. Teoksessa: Matikainen E. ym. Toimintakyky: arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Duodecim, 150-154.
- Ojanen M. 1994. Liikunta ja psyykkinen hyvinvointi. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.
- Ojanen M. 2001. Liiku oikein – voi hyvin: Liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.
- Ojanen M. 2002. Psyykkiset häiriöt ja mielenterveys. Teoksessa: Mälkiä E. & Rintala P. Uusi erityisliikunta: Liikunnan sovellukset erityisryhmille. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.
- Penedo F. & Dahn J. 2005. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Behavioural medicine (2), 189-193.
- Psyfy ry 2007. Ei päiväystä. Psykofyysinen fysioterapia. [www-dokumentti]. [viitattu 11.12.2007]. Saatavissa: <http://www.psyfy.net/fysioterapia.php>
- Pykäläinen, R. 2005. Työ- ja toimintakykyä tukevan kurssin kurssilaisten kokemuksia kehontuntemus- ja rentoutusharjoituksista. Teoksessa: Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.). Psykofyysinen fysioterapia: Kohti oman kehon kuulemistä, omassa ruumiissa asumista. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 163-172.
- Rautamies, E-L. 2005. Masentuneen ihmisen voimavarojen muutos yksilöllisen fysioterapian aikana soveltaen arvioinnissa Bunkanin voimavaratutkimista. Teoksessa: Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.). Psykofyysinen fysioterapia:

- Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 51-63.
- Repo E. ym. 2004. Psykoterapia kuntoutuksena: kyselytutkimus hoidon toteutumisesta. Helsinki: Psychiatria Fennica Oy.
- Richarson C., Faulkner G., McDevitt J., Skrinar G., Hutchinson D. & Piette J. 2005. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric services* (56), 324-331.
- Räsänen S. & Joukamaa M. 1997. Liikunta ja mielenterveys. *Suomen lääkäri* (12), 1427-1430.
- Salminen J. 2004. Mielenterveyden häiriöt ja työkyvyttömyys. *Suomen lääkäri* 48, 4745-4748.
- Suomen mielenterveysseura. 28.2.2007. Miten suomalaisten mieli voi? [WWW-dokumentti]. Suomen mielenterveysseura. [Viitattu 7.5.2008]. Saatavissa: http://www.mielenterveysseura.fi/mieli_info.asp?main=Mitä%20mielenterveys%20on?
- Suomen mielenterveysseura. 28.2.2007. Mitä mielenterveys on? [WWW-dokumentti]. Suomen mielenterveysseura. [Viitattu 7.5.2008]. Saatavissa: http://www.mielenterveysseura.fi/mieli_info.asp?main=Mitä%20mielenterveys%20on?
- Svennevig H. 2004. Tutustu kehoosi, tutustut itseesi. *Fysioterapia* (7), 17-20.
- Talvitie U., Karppi S-L. & Mansikkamäki T. 2006. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita.
- Tammi, H. 2005. Psykofyysisen fysioterapian vaikutus myöhäisvaiheen borreliosisairastavan asiakkaan toimintakykyyn. Teoksessa: Lähtenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.). *Psykofyysinen fysioterapia: Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista*. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 121-130.
- Tähkävuori, I. 2005. Psykofyysisen fysioterapiaryhmän vaikuttavuus seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten terapiassa. Teoksessa: Lähtenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.). *Psykofyysinen fysioterapia: Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista*. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 85-97.
- Wickström, C. 2004. Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. *Fysioterapia* (7), 25-27.

LIITTEET

LIITE 1: Harjoitusohjelma

1 (3)

Ensimmäinen harjoituskerta:

Liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoitteet keppiä apuna käyttäen

Autogeeninen rentoutusharjoitus → menetelmä, jonka avulla harjoitellaan sekä fyysistä puolta että mielenhallintaa

Toinen harjoituskerta:

Liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoitteet keppiä apuna käyttäen

Jacobsonin jännitä – laukaise rentoutusmenetelmä

Kolmas harjoituskerta

Aerobinen harjoittelu steppilaudalla

Tutustuminen eri hengitystekniikoihin

Neljäs harjoituskerta

Lihaskuntoharjoittelu kuntosalilaitteissa

Hengitysharjoitukset

Roxendalin kehonhahmotusharjoitukset selinmakuulla

Viides harjoituskerta

Liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoitteet tuolissa istuen

Roxendalin kehonhahmotusharjoitukset istuen

Kuudes harjoituskerta

Lihaskuntoharjoittelu kuntosalilaitteissa

Suggestiorentoutus → menetelmä, jossa toinen henkilö antaa rentoutettavalle ohjeita rentoutustilan saavuttamiseksi

Seitsemäs harjoituskerta

Liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoittelu matolla

Kahdeksas harjoituskerta

Liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoittelu matolla

Roxendalin hengitys- ja äänneharjoitukset makuaasennossa

Yhdeksäs harjoituskerta

Aerobinen harjoittelu keppiä apuna käyttäen

Roxendalin kehonhallintaharjoitukset seisten

Kymmenes harjoituskerta

Liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoittelu kuntosalilaitteissa

Voimavarojen ankkurointi rentoutus → rentoutus, jossa muistikuvien kautta vahvistetaan omia vahvuuksia.

Yhdestoista harjoituskerta

Liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoitteet tuolissa istuen

Hengitysharjoitukset

Roxendalin kehonhallintaharjoitukset istuen

Kahdestoista harjoituskerta

Aerobinen harjoittelu kuntonyrkkeillen

Roxendalin hengitys- ja kehonhahmotusharjoitukset makuaasennossa

Kolmastoista harjoituskerta

Aerobinen harjoittelu kuntonyrkkeillen

Hengitysharjoitukset

Suggestiivinen syvärentoutus

Neljästoista harjoituskerta

Aerobinen harjoittelu steppilaudalla

Hengitysharjoitukset

Roxendalin kehonhahmotusharjoitukset makuaasennossa

Viidestoista harjoituskerta

3 (3)

Autogeeninen rentoutusharjoitus

Jacobsonin jännitä – laukaise rentoutusmenetelmä

LIITE 2: Kysely

FYYSINEN KUNTO

1 (5)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LIITE 3: Videointilupa



Videointilupa

29.1.2008

VIDEOINTILUPA

Pyydämme sinulta lupaa saada videoita ryhmätilanteita opinnäytetyötämme varten.

Videota käytämme vain havainnoinnin apuvälineenä. Video on ainoastaan Laura Nikkolan, Anna-Kaisa Puhdon ja opinnäytetyöohjaajien Merja Finnen ja Riitta Kiilin käytössä. Analysoinnin jälkeen materiaali tuhoetaan välittömästi. Henkilötiedot pysyvät salassa.

Annan luvan videointiin

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Päivämäärä