

Body Awareness Therapyn mahdollisuudet edistää mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus HyvinvointiTV[®]:n ohjelmasuunnittelun tueksi.



Kautto, Johanna

Paakkinen, Annika

Laurea- ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Body Awareness Therapyn mahdollisuudet edistää mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus HyvinvointiTV[®]:n ohjelmasuunnittelun tueksi.

Johanna Kautto
Annika Paakkinen
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Helmikuu, 2011

Johanna Kautto, Annika Paakkinen

Body Awareness Therapyn mahdollisuudet edistää mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus HyvinvointiTV[®]:n ohjelmasuunnittelun tueksi.

Vuosi	2011	Sivumäärä	79
-------	------	-----------	----

Mielenterveys muodostaa tärkeän osan yksilön kokonaisvaltaisesta terveydestä ja hyvinvoinnista. 2000-luvulle siirryttäessä ovat mielenterveysongelmat olleet Suomessa yhä yleisempiä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen perusteita. Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma, ja ne aiheuttavat kansantaloudellisia kustannuksia, palvelujen tarvetta, tuottavuuden vähenemistä ja inhimillistä kärsimystä. Yksilön työ- ja toimintakykyisyys, vuorovaikutussuhteet ja sosiaalinen asema heikkenevät mielenterveys ongelmien myötä.

Opinnäytetyön tavoitteena on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, minkälaisia vaikutuksia Body Awareness Therapylla on mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn. Usein mielenterveyden häiriöistä kärsivillä on sekä fyysisiä että psyykkisiä toimintarajoitteita. Body Awareness Therapy on 1960-luvulla kehitetty kehotietoisuutta lisäävä fysioterapiamenetelmä, jonka tavoitteena on kehontuntemuksen ja -tietoisuuden parantaminen. Sen avulla aktivoidaan olemassa olevia voimavaroja, joiden kautta pyritään oman itsen kokonaisvaltaiseen kokemiseen.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jonka aineiston hankintamenetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tiedonhaku toteutettiin PEDro-, Elsevier-, Medline-, SPORTDiscus-, Medic- ja Cinahl-tietokannoista. Tiedonhaku tuotti yhteensä 382 tutkimusta, joista lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui viisi tutkimusta. Valintakriteerit olivat tutkimuksen ilmestyminen viimeisen kymmenen vuoden aikana englannin kielellä, tutkimuksen interventiona Body Awareness Therapy, kohdejoukkona mielenterveyskuntoutujat ja tuloksissa kuvailtu saavutettuja toimintakyvyn muutoksia. Tutkimusten analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Aineistosta muodostuneet neljä pääluokkaa ovat vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn, tuloksellinen hoito, voimavaraistuminen ja vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn. Tutkimuksen tuloksia tarkasteltiin luotujen luokkien avulla. Tuloksista voidaan todeta Body Awareness Therapyn olevan vaikutuksellinen hoitomuoto. Tutkimusten tuloksissa raportoitiin ainoastaan positiivisia hoitovaikutuksia niin fyysiseen että psyykkiseen toimintakykyyn. Body Awareness Therapylla saavutettiin sekä lyhyen että pitkän aikavälin hoitovaikutuksia ja kuntoutujat oppivat hyödyntämään terapiassa käytettyjä harjoituksia osana arkea.

Asiasanat: Body Awareness Therapy, mielenterveyskuntoutuja, toimintakyky

Johanna Kautto, Annika Paakkinen

The opportunities of Body Awareness Therapy to promote the functional ability of psychiatric patients.

A systematic literature review to assist program planning in Caring TV®.

Year	2011	Pages	79
------	------	-------	----

Mental health is an important part of an individual's overall health and well-being. In the 21st century mental health problems are one of the most common causes for disability pensions in Finland. Mental health disorders are a significant issue nationwide and they are a burden for national economy. Mental health disorders also increase the need for health services, diminish productivity and cause human suffering. An individual's working ability, functioning, social interaction and status suffer from imbalanced mental health.

The aim of this Bachelor's thesis is to find out through a systematic literature review what kind of effects Body Awareness Therapy has on psychiatric patients' functional ability. Patients with mental health disorders often have both physical and psychological restrictions. Body Awareness Therapy was developed in the 1960s. It is a physiotherapy method which aims to increase body awareness and body consciousness. Its goal is to activate existing resources and to offer experiences of wholeness.

The research method in this thesis is qualitative and the information was gathered through a systematic literature review. The searches were carried out in PEDro, Elsevier, Medline, SPORTDiscus, Medic and Cinahl databases. The result of the searches was 382 studies, of which five were selected to the review. The selection criteria included that the studies were published during the last 10 years in English. Other criteria were Body Awareness Therapy as an intervention, study group consisting of psychiatric patients and the changes in the functional ability described in the results. These five studies were analyzed using inductive content analysis.

During the analysis four main categories were created: effects on physical functioning, effective treatment, empowerment and effects on psychological functioning. The findings of the thesis were viewed using these categories. Based on the systematic literature review Body Awareness Therapy is an effective treatment method. Only positive effects were reported regarding both physical and psychological functioning. Both short and long-term effects were achieved and patients learned how to utilize the skills adopted in therapy in their everyday lives.

Key words: Body Awareness Therapy, psychiatric patient, functional ability

Sisällys

1 Johdanto	7
2 Teoreettinen viitekehys	8
3 Mielensterveys.....	8
3.1 Mielensterveyskuntoutuja.....	10
3.2 Toimintakyky	11
3.3 Toimintakyvyn rajoitteet mielensterveyskuntoutujilla	12
4 Moniammatillinen kuntoutus	13
4.1 Fysioterapia	15
4.2 Psykofyysinen fysioterapia.....	16
4.3 Body Awareness Therapy.....	16
4.4 Body Awareness Scale	18
5 Ohjaus	19
5.1 Fysioterapeuttinen ohjaus	21
5.2 Teknologia-avusteinen ohjaus.....	22
6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys.....	24
7 Tutkimusmenetelmät	24
7.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	24
7.2 Tiedonhaku	26
7.3 Tutkimusten valinta.....	27
7.4 Tutkimusten laadun analysointi.....	29
7.5 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	32
8 Tutkimuksen tulokset	34
8.1 Vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn	35
8.2 Tuloksellinen hoito.....	36
8.3 Voimavaraistuminen	37
8.4 Vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn.....	38
8.5 Yhteenveto tuloksista	40
9 Pohdinta.....	41
9.1 Tulosten tarkastelu	42
9.2 Luotettavuus ja eettisyys	46
9.3 Jatkotutkimusehdotukset	48
Lähteet	50

Liitteet.....	53
Liite 1 Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset.....	53
Liite 2 Body Awareness Scale	54
Liite 3 PEDro Scale	67
Liite 4 Sisällönanalyysin eteneminen	68

1 Johdanto

2000-luvulle siirryttäessä mielenterveyden häiriöt ovat olleet Suomessa yhä yleisempiä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen perusteita. Mielenterveyden häiriöt ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma ja ne aiheuttavat kansantaloudellisia kustannuksia, palvelujen tarvetta, tuottavuuden vähenemistä ja inhimillistä kärsimystä. Yksilön työ- ja toimintakykyisyys, vuorovaikutussuhteet ja sosiaalinen asema heikkenevät mielenterveysongelmien myötä. Lisäksi yksilön syrjäytymisriski kasvaa ja taloudellinen toimeentulo heikkenee. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 49.)

Mielenterveys on tärkeä osa niin yksilön, perheiden kuin yhteiskunnan toimintaa ja tuottavuutta. Mielenterveys muodostaa tärkeän osan yksilön kokonaisvaltaisesta terveydestä ja hyvinvoinnista. Mielenterveys käsitteenä, kun siitä erotetaan mielenterveysongelmat ja -häiriöt, pitää sisällään käsityksen ihmisestä toimintakykyisenä ja elämäniloisena yksilönä. Mielenterveys on yksilöllinen ominaisuus, joka muovautuu persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä. (Noppiari ym. 2007, 18.)

Opinnäytetyömme sijoittuu Turvallinen Koti -hankkeeseen. Turvallinen Koti -hankkeessa eri alojen yhteistyökumppanit kehittävät yhdessä e-hyvinvointipalvelukonsepti HyvinvointiTV[®]:tä, jonka toiminta perustuu virtuaalisesti tuotettuihin, hyvinvointia tukeviin ohjelmiin. Ohjelmat tuotetaan asiakkaille interaktiivisen vuorovaikutteisen kuvayhteyden välityksellä. (Turvallinen Koti b 2010.) Hankkeen päätoimija on Laurea-ammattikorkeakoulu. Ohjelmatuotanto ja e-palvelut toteutetaan Laurea-ammattikorkeakoulussa kehitetyn HyvinvointiTV[®]:n ja muiden teknologiaratkaisujen avulla. (Turvallinen Koti a 2010.)

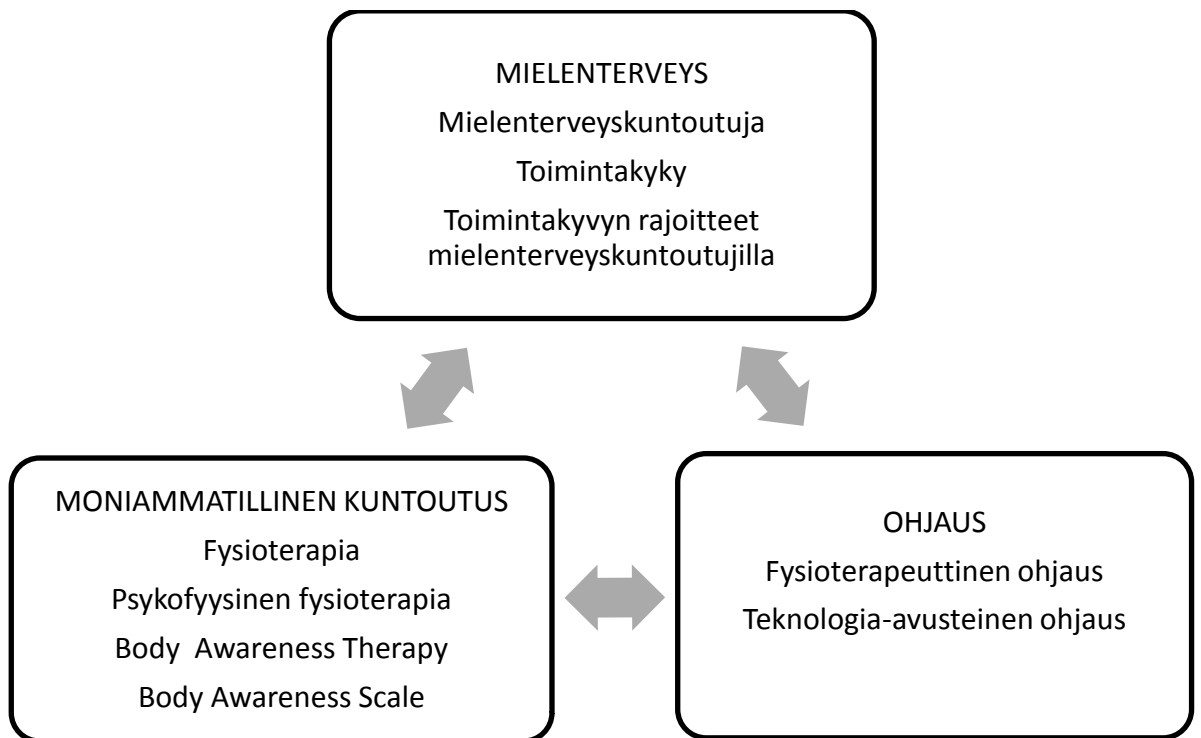
Hankkeen tavoitteena on tukea erilaisten neuvonta- ja ohjauspalveluja tarvitsevien hyvinvointia ja arjessa selviytymistä tukemalla päivittäistä toimintaa, itsehoitoa, osallisuutta, aktiivisuutta, yhteisöllisyyttä ja turvallisuuden tunnetta. HyvinvointiTV[®] tarjoaa asiakkailleen väylän asiantuntijatukeen sekä vertaistukeen. Asiakasryhmiä ovat esimerkiksi ikääntyvät, vammaiset ja syrjäytymisuhan alla olevat nuoret. Uutena asiakasryhmänä HyvinvointiTV[®]:ssä ovat nuoret aikuiset mielenterveyskuntoutujat. (Turvallinen Koti a,b 2010.)

Opinnäytetyömme aiheena on psykofyysisen fysioterapian menetelmiin kuuluvan Body Awareness Therapyn vaikutukset mielenterveyskuntoutujan toimintakykyyn. Opinnäytetyön tavoitteena on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, minkälaisia vaikutuksia Body Awareness Therapylla on mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn. Opinnäytetyön tarkoituksena on, että kirjallisuuskatsauksesta saatavia tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää HyvinvointiTV[®]:n ohjelmasuunnittelussa. Tutkittuun tietoon perustuva tieto tarjoaa perusteet sille, minkä takia Body Awareness Therapy tulisi käyttää ohjelmissa.

2 Teoreettinen viitekehys

Työn teoreettinen viitekehys koostuu käsitteistä moniammatillinen kuntoutus, mielenterveys ja ohjaus. Pääkäsitteiden alle olemme koonneet alakäsitteitä kuvion (kuvio 1) osoittamalla tavalla. Käsitteiden luokittelussa olemme pyrkineet etenemään yleisestä yksityiseen, jotta lukijalle selventyisi käsitteiden ja niiden välisten yhteyksien merkitys työn kannalta.

Tutkimuksemme kohteena on Body Awareness Therapy ja sen vaikutukset mielenterveyskuntoutujan toimintakykyyn. Mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä pyritään edistämään moniammatillisella kuntoutuksella, johon fysioterapia kuuluu olennaisena osana. Niin perinteisessä fysioterapiassa kuin myös tutkimassamme Body Awareness Therapyssa ohjaus on hyvin keskeisessä roolissa. Tutkimuksemme tulosten tulkinassa tulemme kiinnittämään erityisesti huomiota ohjaukselliseen näkökulmaan, jotta tulokset olisivat hyödynnettävissä Hyvinvointi TV[®]:n tarpeiden mukaisesti.



Kuvio 1: Teoreettinen viitekehys

3 Mielenterveys

Mielenterveys on tärkeä osa terveyttä. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö sopeutuu arkielämän haasteisiin ja ymmärtää omat kykynsä, pystyy hallitsemaan stressiä sekä kykenee työskentelemään tuottavasti ja hyödyllisesti. (Lehtonen & Lönnqvist 2009,

26.) Mielensterveyttä tarkastellaan usein kolmesta eri näkökulmasta: yksilön tai yhteisön kannalta sekä tilastollisesti. On kuitenkin muistettava, että mielensterveys on ennen kaikkea subjektiivinen kokemus, johon kuuluvat kyky tuntea mielihyvää sekä mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämään. (Dunderfelt, Laakso, Niemi, Peltola & Vidjeskog 2005, 143.)

Mielensterveysongelmat ja -häiriöt voivat vaikuttaa yksilön fyysiseen toimintakykyyn ja vastavasti fyysiset vaivat voivat näkyä mielensterveyden järkkymisenä. (Noppiari ym. 2007, 20.) Tärkeää mielensterveyden olemuksen ymmärtämisen kannalta on tietää, mikä on mielensterveyden kannalta normaalia ja mikä poikkeavaa. Tärkeää on myös ymmärtää, mistä eri tekijöistä alati muuttuva mielensterveys on riippuvainen. (Lehtonen & Lönnqvist 2009, 26.) Mielensterveys koostuu yksilöllisistä tekijöistä ja kokemuksista, sosiaalisesta tuesta ja vuorovaikutussuhteista, yhteiskunnallisista rakenteista ja resursseista sekä kulttuurisista arvoista (Noppiari ym. 2007, 19 - 20).

Yksilöllisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat mielensterveyteen, ovat fyysinen terveys, tunne-elämä ja ajattelu, identiteetti, minäkäsitys ja itsearvostus sekä elämäntarkoituksen kokeminen. Mielensterveyttä tukevia sosiaalisia tekijöitä ovat yksilön ja perheen elämänpiiri, koulu- ja työyhteisö, yhdyskunta- ja ympäristötekijät sekä hyvät hallinto- ja palvelumallit. Huomioitava yhteiskunnallisia rakenteita mielensterveyden kannalta ovat yhteiskuntapolitiikka ja yhteiskunnallinen kehitys, organisaatioiden toiminta, kasvatukselliset ja koulutukselliset sekä asumis- ja palveluolosuhteet. Kulttuuriset tekijät, jotka ovat yhteydessä mielensterveyteen liittyvät yhteisöllisiin arvoihin, arvostuksiin ja kriteereihin, sosiaalisiin sääntöihin, syrjinnän välttämiseen ja poikkeavuuden suvaitsemiseen. (Noppiari ym. 2007, 20 - 27.)

Kun pyritään määrittämään terveen ja mielensterveydeltään häiriintyneen rajaa, selvitetään henkilön sosiaalista sopeutumista, kykyä huolehtia itsestään sekä havainnoidaan oireita, jotka voisivat viitata mielensterveyden häiriintymiseen. Kuitenkin on huomattava, että normaalin ja mielensterveydeltään häiriintyneen raja on suhteellinen. Perimä vaikuttaa kaikkiin terveyden osa-alueisiin, myös mielensterveyteen. Mielensterveys on ominaisuus, joka kehittyy ja muuttuu eletyn elämämme, siihen kuuluvien kokemusten ja ihmissuhteiden kautta. (Lehtonen & Lönnqvist 2009, 26 - 27.)

Hyvästä mielensterveydestä kertovat kyky ihmissuhteisiin ja toisista välittämiseen, kyky ja halu vuorovaikutukseen sekä tunteiden ilmaisemiseen. Olennaisia osia ovat myös kyky työnteokoon ja halu sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä menetysten sietäminen ja elämän muutoksien kestäminen. Vakaasta mielensterveydestä kertoo todellisuudentaju, jonka avulla osaamme erottaa oman ajatusmaailmamme ja ulkoisen todellisuuden vaikeissakin elämäntilanteissa. Keskeisessä asemassa ovat myös sosiaalinen itsenäisyys sekä hyvin kehittynyt identiteetti. (Lehtonen & Lönnqvist 2009, 28 - 29.)

Mielenterveyden edistämisenä pidetään kaikkea sellaista toimintaa, joka vahvistaa mielenterveyttä tai vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä. Mielenterveyteen vaikuttaa sekä sisäisiä että ulkoisia tekijöitä. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi itsetunto ja hyväksytyksi tulemisen tunne, kun taas sisäisiin haavoittaviin tekijöihin voidaan lukea muun muassa huono sosiaalinen asema ja avuttomuuden tunne. Ulkoisia suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi sosiaalinen tuki, työllisyys ja turvallinen ympäristö, ulkoisia haittaavia tekijöitä taas hyväksikäyttö ja väkivalta sekä erot ja menetykset. (Lehtonen & Lönnqvist 2009, 30.)

3.1 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveyskuntoutuja on psyykkisestä sairaudesta toipuva henkilö. Mielenterveyskuntoutuksen avulla tuetaan hänen toimintakykyään ja arjessa selviytymistä. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on edistää kuntoutujan kuntoutumisvalmiutta. Kuntoutuksen avulla pyritään lisäämään elämänhallintaa, asettamaan tavoitteita ja pyrkimään päämääriin sekä toimimaan sosiaalisissa yhteisöissä. Mielenterveyskuntoutus on aktiivista ja osallistavaa. Kuntoutus toteutetaan moniammatillisen tiimin yhteistyönä. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 224, Rissanen 2007, 77.)

Kuntoutumisen eteneminen on aina yksilöllistä. Prosessi etenee mielenterveyskuntoutujan itse laatimien tavoitteiden ja henkilökohtaisten voimavarojen mukaan, sillä jokainen itse on oman elämänsä ja kuntoutumisensa paras asiantuntija. Mielenterveyskuntoutuja tarvitsee kuntoutumisen edetessä tilaa, aikaa ja tukea uuden tiedon sisäistämiseen, jäsentämiseen ja omaan elämäntilanteeseen mukauttamiseen. Vertaistukiryhmissä mielenterveyskuntoutuja pystyy jakamaan omia kokemuksiaan esimerkiksi sairaudesta ja kuntoutuksesta muiden mielenterveyskuntoutujien sekä kuntoutustyöntekijöiden kanssa. Ryhmistä saatava vertaisten tuki sekä tasa-arvoinen vuorovaikutus edistävät osaltaan mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessia. (Mielenterveyden keskusliitto 2010.)

Mielenterveyskuntoutujan tunteet, asenteet ja toimintatavat muovautuvat kuntoutuksen edetessä. Kuntoutuminen on toimintakyvyn palautumista, uuden oppimista ja kasvua. Tarkoituksena on, että mielenterveyskuntoutuja kiinnostuu yhä enemmän omasta elämänlaadustaan ja on valmis tekemään töitä sen hyväksi. Kuntoutuminen voi olla pitkäkestoinenkin prosessi, jossa tarvitaan sekä päättäväisyyttä että kykyä sietää pettymyksiä. Kuntoutumisen tärkeimpiä tavoitteita on kyky oppia kuuntelemaan omia tarpeitaan ja toiveitaan samoin kuin ympäristöstä välittyviä viestejä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 224.)

Mielenterveyskuntoutuja kohtaa sairauden ja kuntoutumisen aikana vaihteita, joissa oma minuus haastetaan. Mielenterveyskuntoutujilla pyritään kuntoutuksen aikana luomaan muutosta suhteessa minuuteen eli käsitykseen itsestä. Kuntoutuksen aikana tapahtuu myös muutosta

mielenterveyskuntoutujan sosiaalisissa rooleissa sekä ympäristön vuorovaikutussuhteissa. Kuntoutuksen aikana saavutettava muutos minuudessa ohjaa mielenterveyskuntoutujaa parempaan itsensä tuntemiseen ja itseensä uskomiseen, kykyyn auttaa muita ja itseä sekä itsensä rakastamiseen ja arvostamiseen. Mielenterveyskuntoutuja oppii myös ymmärtämään miten oma fyysinen ja psyykinen hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa ja miten omia voimavaroja kannattaa hyödyntää. Nämä kuntoutuksen aikana saavutetut ja opitut asiat edistävät mielen-terveyskuntoutujan itseluottamuksen ja varmuuden lisääntymistä. (Koskisuus 2004, 68.)

3.2 Toimintakyky

Hyvä toimintakyky mahdollistaa arjessa selviytymisen. Hyvän toimintakyvyn omaava ihminen kokee selviytyvänsä päivittäisistä tehtävistä ja haasteista. Toimintakykyisyydestä kertovat kyky asettaa tavoitteita ja kyky toimia vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 13). Toimintakyky koostuu fyysisen suorituskyvyn eri osa-alueista sekä psyykkisestä terveydentilasta. Fyysisen suorituskyvyn osa-alueita ovat muun muassa lihaksiston voima ja kestävyys sekä tasapaino ja liikekoordinaatio. (Pohjolainen & Alaranta 2009, 21.) Ihmisen toimintakyky on kokonaisuus, jossa eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 20).

Yksilön toimintakyvyn voidaan myös sanoa koostuvan biologisista ja psykososiaalisista kyvyistä, joiden lisäksi perinnöllisillä tekijöillä on vaikutusta. Vaatimuksia toimintakyvylle asettavat myös fyysinen elinympäristö sekä tekninen ja sosiaalinen kulttuuri. Koska toimintakykyyn vaikuttaa monta eri tekijää, voi samanikäistenkin henkilöiden toimintakyky olla hyvin eritasoinen (Talvitie ym. 2006, 38 - 39). Toimintakyvyn voidaan olettaa olevan parhaimmillaan aikuisiässä. Vaikkakin sairaudet ja ikääntyminen heikentävätkin joitakin toimintakyvyn osa-alueita, voi suurin osa toimintakyvyn muista osa-alueista säilyä ennallaan. (Pohjolainen & Alaranta 2009, 21). Yksilön teot ja kohtaamat haasteet antavat todellisen kuvan potentiaalista toimintakyvystä. (Ojala 2003, 25.) Sairauden aikaista ja jälkeistä toimintakykyä tulisi verrata sairausjaksoa edeltäneeseen toimintakyvyn tasoon, senhetkisen toimintakyvyn tason selvittämiseksi (Pohjolainen & Alaranta 2009, 21).

Terveys on keskeinen toimintakyvyn määrittelijä. Erilaiset sairaudet ja vammat vaikuttavat toimintakykyyn yleensä heikentävästi. Toimintakyky vaikuttaa suuresti elämisen laatuun, kykyyn selviytyä ja toimia haluamallaan tavalla eri elämäntilanteissa. Toimintakykyä voidaan pitää myös terveyden tai koetun terveydentilan osoittimena. Omat kokemukset ja arviot toimintakyvystä liittyvät henkilön terveydentilaan ja sairauksiin sekä toiveisiin ja asenteisiin. Omat kokemukset ovat myös yhteydessä niihin tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista ja heikentävät toimintakykyä. (Talvitie ym. 2006, 38 - 39.)

Toimintakyvyn ja terveyden läheinen suhde näkyy henkilön vaikeutena arvioida omaa toimintakykyään irrallaan terveydestä. Toimintakyky on aina subjektiivinen käsitys. Se voidaan arvioida huonoksi, vaikka terveydentila olisi hyvä, kun taas osa ihmisistä pitää toimintakykyään hyvänä terveydentilan heikosta kunnosta huolimatta. Ihminen voi kompensoida heikentynyttä toimintakykyään esimerkiksi muuttamalla toimintatapojaan, välttämällä vaikeita asioita, käyttämällä apuvälineitä tai muuttamalla toimintaympäristöään. (Talvitie ym. 2006, 38 - 41.)

Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysinen toimintakyky on henkilön kyky suoriutua sellaisista arkielämän toimista, jotka vaativat fyysistä aktiivisuutta. Fyysinen toimintakyky perustuu anatomisille rakenteille sekä fysiologisille toiminnoille (Ojala 2003, 25). Psyykkinen toimintakyky tarkoittaa sitä, että henkilö pystyy käyttämään psyykkisiä voimavarojaan, taitojaan ja kykyjään tavoitteellisesti elämänsä eri osa-alueilla. Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyvät yksilön asenteet ja käyttäytymismallit (Ojala 2003, 25). Mielen terveys ja elämän kokeminen tarkoituksenmukaisena liittyvät läheisesti psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalinen toimintakyky pitää sisällään henkilön mahdollisuudet ja voimavarat toimia erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä. Kaikki toimintakyvyn osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. (Talvitie ym. 2006, 40 - 41.)

3.3 Toimintakyvyn rajoitteet mielen terveyskuntoutujilla

Mielen terveyskuntoutujilla usein esiintyy erilaisia oireita, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Oireet voidaan luokitella kahteen eri luokkaan: niin sanottuihin positiivisiin oireisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiiviset oireet ovat sellaisia, joita mielen terveyskuntoutujalle on tullut sairauden myötä. Psykoosit ja todellisuuden vääristynyt tulkinta, johon voi liittyä hallusinaatioita tai harhoja ovat esimerkkejä positiivisista oireista. Negatiiviset oireet viittaavat sellaisiin toimintoihin, joihin mielen terveyskuntoutuja ei sairautensa myötä kykene, kuten mielihyvän kokeminen tai sosiaalinen kanssakäyminen. (Pratt, Gill, Barret & Roberts 1999, 9 - 10.)

Ilman tehokasta ja tarkoituksenmukaista kuntoutusta vakavat mielen terveyden häiriöt voivat rajoittaa sairastuneen toimintakykyä ja elämänlaatua. Varsinkin nuorella iällä alkaneet mielen terveyden häiriöt voivat vaikuttaa yksilön koulunkäyntiin, työhön ja perhesuhteisiin, jolloin yksilön selviytyminen jokapäiväisistä toiminnoista heikkenee. Varhain alkaneet mielen terveyden häiriöt voivat johtaa jokapäiväisissä toiminnoissa tarvittavien toimintojen ja kykyjen menettämiseen. Vaikkakin psyykkisiä oireita voidaan kontrolloida lääkkeillä ja terapian avulla, on psyykkisen toimintakyvyn rajoite usein pysyvä. (Pratt ym. 1999, 12.)

Mielen terveyskuntoutujilla on tärkeää tutkia sekä subjektiivista että objektiivista toimintakykyä, sillä subjektiivisesti koettu toimintakyky ei ole välttämättä sama kuin objektiivisesti arvioitu toimintakyvyn aste. Mielen terveyden häiriöstä riippuen voi kuntoutuja joko yli- tai

aliarvioida omaa todellista toimintakykyään. Psykkiset häiriöt heikentävät toimintakykyä muun muassa kognitiivisten toimintojen heikkenemisen kautta. Esimerkiksi masennuksesta kärsivillä toimintakyky heikkenee tarkkaavaisuuden ylläpidon vaikeuden, visuaalisen muistin heikkenemisen ja psykomotorisen hidastumisen johdosta, kun taas skitsofreenikoilla muun muassa signaalien väärin tulkintojen takia. (Heikman, Katila & Kuoppasalmi 2004, 127 - 128.)

Mielenterveyskuntoutujan toimintakykyä arvioitaessa on oleellista ymmärtää, miten mielen toiminnot ja heikentynyt fyysinen toimintakyky ovat yhteydessä. Jonkinasteinen toimintakyvyn heikkeneminen liittyy kaikkiin psykiatriisiin oireyhtymiin. Oireyhtymien vaikeusaste korreloi suhteessa toimintakyvyn heikkenemiseen. Mitä vaikeampi sairauden oirekuva on, sitä alhaisempi on toimintakyvyn taso. Tähän oletukseen ei kuitenkaan tule luottaa täysin, vaan toimintakyky tulee arvioida yksilökohtaisesti. Mielenterveyskuntoutujan toimintakyvyn ylläpidon kannalta on riittävä tukiverkoston olemassaolo tärkeää. (Heikman ym. 2004, 128 - 129.)

4 Moniammatillinen kuntoutus

Kuntoutuksen perustana tulisi olla kokonaisvaltainen ihmiskäsitys, jossa ihminen nähdään psyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena (Noppari ym. 2007, 20). Kuntoutusketjun tulisi muodostaa katkeamaton ja loogisesti etenevä prosessi, joka perustuu eri toimijoiden väliseen saumattomaan yhteistyöhön. Kuntoutuksen etenemisen ei tulisi riippua kuntoutuksen vaiheesta tai kuntoutusta toteuttavasta tahosta. Kuntoutus-käsite on laajentunut korjaavasta fyysisestä toiminnasta toiminnaksi, joka ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaisuuden. Tämän seurauksena kuntoutus on muuttunut moniammatilliseksi toiminnaksi, jossa fysioterapia on tärkeä osa kokonaisuutta. (Talvitie, Karppi, Mansikkamäki 2006, 45.)

Kuntoutus luokitellaan neljään eri lohkoon: lääkinnälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Lääkinnällinen kuntoutus perustuu toimenpiteisiin, jotka parantavat fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista toimintakykyä. Se pitää sisällään kuntouttavien toimenpiteiden lisäksi mm. neuvontaa, apuvälinehuoltoa ja sopeutumisvalmennusta. Ammatillinen kuntoutus on työkykyä edistävää kuntoutusta, tarkoituksena tukea kuntoutujan mahdollisuuksia jatkaa työelämässä. Kasvatuksellinen kuntoutus pitää sisällään erikoisjärjestelyt, joita vajaakuntoisen lapsen tai aikuisen kasvatus ja koulutus vaativat. Sosiaalisen kuntoutuksen avulla pyritään parantamaan kykyä selviytyä arkipäivän askareissa ja sosiaalisissa tilanteissa, tavoitteena esimerkiksi asumisen ja yleisen osallistumisen helpottuminen. (Talvitie ym. 2006, 46.)

Kuntoutuksella pyritään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen sekä yksilön että yhteiskunnan hyödyn kannalta (Rissanen 2007, 77). Suomessa kuntoutus järjestetään yleisten palvelu-

jen ja sosiaalivakuutusjärjestelmien osana. Vaikka kuntoutus on sulautunut osaksi julkisia palveluja ja sosiaaliturvaa, on sillä silti oma alueensa näiden palvelujen sisällä. (Paatero, Lehmijoki, Kivekäs & Ståhl 2008, 31.) Kuntoutuspalveluja tuottavat julkinen sektori, esimerkiksi perusterveydenhuolto, yrityssektori, esimerkiksi ammatinharjoittajat sekä kolmas sektori, esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan järjestöt ja säätiöt. Julkisella sektorilla on kuitenkin päävastuu kuntoutuksesta. (Talvitie ym. 2006, 47.)

Kuntoutuksen katsotaan olevan vajaakuntoisuuden vähentämistä ja ehkäisyä sekä se määritellään joko olemassa olevan tai ennakoitun vian, vamman tai sairauden mukaan. Kuntoutus liittyy fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykkiseen suoriutumiskykyyn ihmisen ollessa psyykkis-sosiaalinen kokonaisuus. (Talvitie ym. 2006, 432.) Käytännön työssä kuntoutus on monista eri toimenpiteistä rakennettu koordinoitu kokonaisuus, jonka avulla pyritään ennalta määriteltyihin tavoitteisiin. Nämä ennalta asetetut tavoitteet syntyvät kuntoutujan yksilöllisistä tarpeista ja elämäntilanteesta. Kuntoutus on ennalta suunniteltua, monialaista toimintaa, jonka tavoitteen on kuntoutujan parantunut elämänhallinta. Kuntoutuksen vaikuttavuus perustuu toiminnan monialaisuuteen ja moniammatillisuuteen. (Talvitie ym. 2006, 45.)

Mielenterveyskuntoutukseen osallistuu moniammatillinen työryhmä. Moniammatilliseen hoitotiimiin kuuluu fysioterapeutin lisäksi psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja työvoimaviranomainen. Mielenterveyskuntoutuksen suunnittelussa on tärkeää, että kuntoutuja on itse mukana kuntoutuksen suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Talvitie ym. 2006, 432.) Kuntoutuksessa huomioidaan yksilön lisäksi hänen läheisensä ja toimintaympäristönsä. Tarkoituksenmukaisilla kuntoutusmenetelmillä pyritään saamaan kuntoutuja auttamaan itse itseään tukemalla hänen henkilökohtaisia tavoitteitaan ja pyrkimyksiään. (Rissanen 2008, 676 - 677.)

Moniammatillisessa työryhmässä tulisi tiimin jäsenten kykyjä ja ammatillisia kiinnostuksen kohteita hyödyntää ja yhdistää parhaalla mahdollisella tavalla. Moniammatillisen työryhmän jäsenten erityisosaamiset ja -kyvyt ovat työryhmän yhteinen voimavara, silloin kun ne tunnustetaan ja hyödynnetään tarkoituksen mukaisella tavalla. Tästä johtuen jopa yhden tiimin jäsenen pois jääminen tai vaihtuminen voi vaikuttaa ryhmän toimintaan ja jopa kuntoutuksen etenemiseen. (Nykänen, Pohjolainen & Alaranta 2003, 347 - 348.)

Mielenterveyskuntoutuksella pyritään palauttamaan yksilön optimaalinen aktiivisuuden taso ja auttamaan yksilöä selviytymään mielenterveyden häiriön aiheuttamista haitasta. Yksilön saavutettavissa oleva aktiivisuuden taso on riippuvainen siitä kuinka vakavasta mielenterveyden häiriöstä on kyse ja siitä, kuinka laajalti mielenterveyden häiriö vaikuttaa yksilön toimintakykyyn, tukiverkoston laajuudesta ja toipumisen siihen astisesta edistymisestä. Toipumisen edistymiseen vaikuttavat yksilön kyky selviytyä sairauden ja sen aiheuttamien toimintakyvyn rajoitusten kanssa sekä käsitys itsestä ja omasta selviytymisestä. Kuntoutuksen pyrkimyksenä

on mahdollistaa mahdollisimman itsenäisen eläminen, sosiaalisen kanssakäynnin ja oman elämän hallinnan lisääminen. (Pratt ym. 1999, 14, 26.)

Mielenterveyskuntoutuksessa liikunnalla on suuri merkitys sekä ruumiillisen että henkisen hyvinvoinnin kannalta. Fysioterapian liike- ja liikuntahoitojen avulla on mahdollista saada kuntoutuja tiedostamaan ja löytämään omat voimavaransa sekä päästä kosketuksiin oman fyysisen minänsä kanssa. Liikunta onkin olennainen osa mielenterveyskuntoutusta, koska se tukee kokonaisvaltaista kuntoutusprosessia. Kuntoutuksen edetessä liikunnalla voidaan saavuttaa monia eri asioita: se tuo esimerkiksi mielihyvää ja on hyvä keino tutustua itseensä ja omaan kehoonsa. (Talvitie ym. 2006, 433.)

4.1 Fysioterapia

Fysioterapia on osa kuntoutuspalveluita ja sen avulla pyritään edistämään terveyttä, liikkumista ja toimintakykyä. Fysioterapian perustana on fysioterapiatiede, joka käsittelee ihmisen toimintakykyä, liikkumista ja niiden suhdetta yksilön toimintaan sekä syitä toiminnan heikkenemiseen tai häiriöille. Fysioterapeutti arvioi kuntoutujan yleistä terveyttä, liikettä, liikkumis- ja toimintakykyä sekä toiminnanrajoitteita. Käytettyjä menetelmiä fysioterapiassa ovat toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta, terapeutin harjoittelu sekä manuaalinen ja fysikaalinen terapia. Myös apuvälinepalvelut kuuluvat fysioterapian toimenkuvaan. (Suomen Fysioterapeutit 2010.)

Fysioterapeutti voi toimia terveydenhuollon laillistettuna ammattihenkilönä suorittettuaan fysioterapeutin, lääkintävoimistelijan tai erikoislääkintävoimistelijan tutkinnon. Fysioterapeutti toimii osana moniammatillista tiimiä yhteistyössä muiden kuntoutujan hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden kanssa. (Suomen Fysioterapeutit 2010.) Fysioterapeutilta vaaditaan tietoa ja ammattitaitoa työskennellä eri ikä-, sairaus- tai vammaryhmien kuntoutuksen parissa. Fysioterapian tavoite on parantaa ja ylläpitää kuntoutujan liikkumis- ja toimintakykyä arkielämän vaatimuksista selviytymiseksi. Terapia ja tavoitteet suunnitellaan yksilökohtaisesti kuntoutujan omien voimavarojen mukaan. (Rissanen 2008, 679.)

Fysioterapeutin tehtävänä on arvioida kuntoutujan liikkumis- ja toimintakyky, jonka perusteella laaditaan kuntoutussuunnitelma. Kuntoutuja on aktiivisessa roolissa kuntoutusprosessissa, johon tarvittaessa myös omaiset voivat osallistua. Kuntoutus toteutetaan fysioterapeutin ja kuntoutujan yhdessä suunnitteleamalla tavalla ja menetelmillä. Fysioterapian edetessä tuloksellisuutta arvioidaan muun muassa saavutettua toimintakykyä alkutilanteeseen verraten. Terapian edistymisen arvioimisen tukena voidaan käyttää erilaisia toimintakyvyn mittareita. Fysioterapiajakson päättyessä fysioterapeutti arvioi mahdollisen jatkokuntoutuksen tarpeen. (Rissanen 2008, 679.)

4.2 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on ihmisen liikunta- ja toimintakykyisyyden sekä voimavarojen vahvistamista ja tukemista. Riippumatta siitä, millaisia ongelmia kuntoutujan toimintakyvyssä on, psykofyysinen fysioterapia näkee ihmisen kokonaisuutena. Lähtökohtana terapiassa on ihmisen kehon, mielen ja ympäristön välinen vuorovaikutus ja yhteys. Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen, jonka tarkoituksena on etsiä kuntoutujan voimavaroja. Havainnoimalla ja rentouttamalla jännitystiloja sekä harjoittamalla asentoa, liikkeitä kuin myös kehon ja mielen reaktioita, pyritään tukemaan kuntoutujan arjessa selviytymistä. (Talvitie ym. 2006, 265 - 266.)

Olennaista on ihmisen tapa ymmärtää itseään kokemuksiansa kautta ja psykofyysisessä fysioterapiassa asioita tarkastellaankin ihmisen kokemuksista ja elämyksistä käsin. Yhtenä terapian tavoitteena on tulla tietoisiksi kehon viesteistä ja sitä kautta päästä kosketuksiin tunteidensa kanssa. Psykofyysisessä fysioterapiassa kuntoutuja pyritään kohtaamaan diagnoosista tai tilanteesta riippumatta dialogisessa vuorovaikutuksessa. Psykofyysisen fysioterapian tavoite on saada kuntoutuja löytämään omat voimavaransa ja tiedostamaan yksilölliset tapansa kuntoutumiseen. (Talvitie ym. 2006, 266.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa toteutettujen harjoitusten kautta ihminen tulee tietoisemmaksi omasta kehostaan. Harjoitusten avulla saavutetaan kokemuksia, jotka auttavat purkamaan ja poistamaan esimerkiksi fyysisestä vammasta tai kehon toiminnallisesta rajoituksesta aiheutuvaa vieraantumista. Vaikutukset kuntoutujan elämänhallintaan ilmenevät parhaiten silloin, kun fysioterapeutti ohjaa kuntoutujaa kuuntelemaan kehoaan ja itseään. (Talvitie ym. 2006, 267.) Psykofyysinen fysioterapia on monipuolinen terapiamuoto, joka soveltuu esimerkiksi jännittyneisyydestä, uupumuksesta tai pitkittyneistä kiputiloista kärsiville. Siitä on apua myös identiteetin muodostumiseen liittyvissä ongelmissa. (Psyfy ry.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa merkityksellistä on kuntoutujan ohjaaminen omaehtoiseen, elämänhallinnan tunnetta parantavaan liikuntaan. Fyysisen kunnon lisäksi liikunta parantaa mielialaa, rentouttaa ja vähentää ahdistuneisuuden tunnetta. Liikunnan on todettu edistävän psyykkistä hyvinvointia, jos se on vapaaehtoista, kohtuullisen tehokasta ja sopivasti kuormittavaa, haastavaa sekä tuottaa positiivisia elämyksiä. (Talvitie ym. 2006, 281.)

4.3 Body Awareness Therapy

Body Awareness Therapy on saanut alkunsa 1960-luvun lopulla, jolloin sen käyttö aloitettiin neuroottisten potilaiden fysioterapiassa. Terapiamuoto on kehittynyt potilaiden voimavaro-

jen, tarpeiden ja toiminnanhäiriöiden mukaan. Terapian kehitykseen ovat vaikuttaneet fysioterapeuttisen tietämyksen lisäksi muun muassa kehityspsykologia ja psykoterapian harjoitteet. (Roxendal 1985, 10.)

Roxendalin kehittämä Body Awareness Therapy on kehotietoisuutta lisäävä fysioterapiamenetelmä, jonka tavoitteena on kehontuntemuksen ja -tietoisuuden parantaminen. Niiden myötä kehon hallinta lisääntyy ja kehonkuva eheytyy. Kehon hallinnalla tarkoitetaan kykyä ohjata ryhtiä, liikkeitä ja lihasten jännitystä. Tavoitteisiin pyritään harjoituksilla, jotka tähtäävät lisääntyneeseen henkiseen läsnäoloon. Rentoutusharjoituksilla pyritään tarjoamaan positiivisia kokemuksia omasta ruumiista. Rentoutumiseen pyritään erilaisten rentoutustekniikoiden välityksellä tai esimerkiksi hieronnalla ja kosketuksella. (Talvitie ym. 2006, 270 - 274, 278 - 280.)

Body Awareness Therapyn keskiössä olevan kehotietoisuuden (body awareness) voidaan sanoa olevan kokonaisvaltaista oman itsen tiedostamista, hahmottamista, ymmärtämistä ja hallintaa. Yksilön kohtaamat haasteet ja kokemukset vaikuttavat ja ovat muokkaamassa kehotietoisuutta. Kokemusten kautta yksilö tulee tietoiseksi omasta kehostaan ja sen mahdollisuuksista ja rajoitteista. Kehotietoisuus lisääntyy kehon sisältä ja ympäristöstä tulevien viestien myötä. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 32 - 33.)

Body Awareness Therapy eroaa perinteisestä fysioterapiasta lisäämällä tuntoaistiin liittyvää tietoisuutta ja keskittymällä harjoittelussa kehon ja mielen kokonaisvaltaiseen yhteistyöhön. Riittävä tuntoaistiin perustuva stimulaatio liiketoimintoja harjoiteltaessa, voi aikaansaada myös tunnetason reaktioita. Body Awareness Therapy perustuu biologisiin ja emotionaalisiin reaktioihin. Erogen valtaosasta ongelmalähtöisiä terapioita, Body Awareness Therapy keskittyy olemassa olevien voimavarojen aktivoimiseen, jolla pyritään oman itsen kokonaisvaltaiseen kokemiseen. (Roxendal 1985, 10.)

Body Awareness Therapya käytetään erityisesti sairauksissa, joissa taudinkuvaan kuuluu kehon hahmotuksen häiriöitä, esimerkkinä psykoottiset tilat, joissa kehotietoisuus ja kehoakuva sekä psykomotorinen käyttäytyminen ovat häiriintyneet. Yhdistämällä Body Awareness Therapy lääkehoitoon ja psykoterapiaan saavutetaan kokonaisvaltainen hoito esimerkiksi skitsofreniaa sairastavilla potilailla. Terapian tulisi toteutua säännöllisesti pitkällä aikavälillä, jotta haluttuja muutoksia saavutettaisiin kehon kuvassa, liike- ja lihastoiminnassa sekä itsetunnon. Terapiassa saavutettuja muutoksia kehotietoisuudessa voidaan jatkossa ylläpitää esimerkiksi fyysisellä aktiivisuudella tai itseilmaisun eri muodoilla, kuten tanssi ja näytteleminen. (Roxendal 1985, 10 - 11.)

Body Awareness Therapy voidaan jakaa kahteen eri tasoon. Tasot ovat perustaso ja edistyneempi taso, joissa harjoittelun kohteena ovat kokemukset kehosta ja liikemalleista. Basic Body Awareness Therapyssä (perustaso) keskitytään liikkumisen perustoimintoihin ja kehonhallintaan, kuten kävelyyn, hengitykseen ja päivittäisessä elämässä tarvittavaan liikkumiseen. Advanced Body Awareness Therapyssä (edistynyt taso) huomioidaan henkilön yksilöllisyys liikkumisessa ja kehoon liittyvissä kokemuksissa. Kummallekin tasolle on olemassa omat menetelmänsä ja tekniikkansa, mutta käytännön terapiatilanteissa niitä käytetään samanaikaisesti. (Roxendal 1985, 11.)

Perustason Body Awareness Therapyyn tavoitteita ovat lisääntynyt kehotietoisuus, kehonhallinnan kehittyminen, kehonkuvan uudelleenmuodostuminen ja heikosta vartalonkäytöstä johtuvien oireiden helpottuminen. Edistyneellä tasolla tavoitteita ovat lisääntynyt tietoisuus persoonallisista liikemalleista, elekielen kehittyminen sekä liikkumiseen ja harjoitteluun motivoituminen. Edistyneen tason harjoituksissa fysioterapeutti on vähemmän aktiivinen ja ohjaava kuin perustasolla. Kuntoutujan tulee ottaa enenevässä määrin vastuuta harjoittelusta ja osoittaa oma-aloitteisuutta. (Roxendal 1985, 12 - 14.)

Perustason harjoitukset tähtäävät kokonaisvaltaiseen kehonhallintaan. Harjoiteltaessa turvallinen suhde harjoittelualustaan on tärkeää tehokkaan liikkumisen, kuten hyvän ryhdin ja kävelyn kannalta. Sitä harjoitetaan suuntaamalla kuntoutujan huomio alustaan ja vartalon painoon erilaisissa asennoissa. Häiriöt vartalon keskilinjan hahmottamisessa voivat aiheuttaa lisääntynyttä lihastonusta ja tasapainon ongelmia. Perustasolla harjoitetaan myös vartalon keskipisteen hahmottamista ja liikkeiden aloittamista vartalon keskustasta. Hengitys voi olla erilaisten mielenterveydenhäiriöiden takia häiriintynyt ja erilaiset tunnetilat voivat vaikuttaa hengitykseen. Harjoitteissa hengitys yhdistetään liikkeisiin ja huomio kiinnitetään hengityksen automaattisuuteen. (Roxendal 1985, 12 - 13.)

Vartalon rajat ja yksilön kokemukset vartalosta ympäristöön nähden voivat mielenterveyden häiriöissä olla muuttuneet. Kuntoutuja voi esimerkiksi tuntea olevansa kehonsa ulkopuolella tai kuvata sarvien kasvavan otsastaan. Body Awareness Therapyssä vartalon rajoista tarjotaan kokemuksia esimerkiksi lattiatasolla tehtävissä harjoitteissa, joissa hyödynnetään ympäristöstä saatavaa sensorista palautetta. Body Awareness Therapyssä harjoitetaan sekä lihasten rentouttamista että jännitystä ja tähdätään siihen, että ero näiden välillä tunnistetaan, sillä tunne-elämän ristiriidat ja lihasjännitys liittyvät usein toisiinsa. (Roxendal 1985, 12 - 13.)

4.4 Body Awareness Scale

Body Awareness Scale (Liite 1) on kehitetty The Comprehensive Psychopathological Rating Scalen (CPRS) pohjalta. Tarkoituksena oli kehittää mittari, joka mittaisi subjektiivisesti il-

maistujen ja objektiivisesti havainnoitujen psyykkisten oireiden lisäksi myös fyysisen toimintakyvyn rajoitteita. Body Awareness Scalen tarkoituksena on antaa tietoa kuntoutujan kehotietoisuudesta ja kehon hallinnasta. Käytännön työssä sen avulla kuvataan kehotietoisuuden lisäksi yleisiä kehon toiminnan rajoitteita osana kuntoutujan heikentynyttä fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Body Awareness Scalen avulla voidaan arvioida kuntoutuksen tehokkuutta vertaamalla kehotietoisuudessa tapahtuneita muutoksia alkutilanteeseen nähden. (Roxendal 1985, 16 - 17.)

Body Awareness Scalea käytetään apuna erityisesti Body Awareness Therapyn suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Siitä saatavia tietoja voidaan hyödyntää moniammatillisen kuntoutuksen suunnittelussa. Testi osioita voidaan käyttää myös harjoittelussa erottamalla siitä eniten vaikeuksia tuottaneet osiot. Testiosiot arvioidaan asteikolla 0-3, jossa nolla kuvaa tervettä, oireetonta tilaa kun taas kolme kuvaa pahinta mahdollista oireenkuvaa. Pisteytyksessä tulisi hyödyntää myös puolikkaita pisteitä. Pisteytystä helpottavat kirjalliset ohjeet kunkin pistemäärän edellyttämästä toimintakyvyn tasosta. (Roxendal 1985, 17, 53.)

Body Awareness Scalen liikeosio on työväline, jolla fysioterapeutti voi arvioida mielenterveyskuntoutujan liikkumista ja toimintatapoja. Liikeosiot koostuvat yksinkertaisista liikkeistä ja toiminnoista, jotka ovat tarpeellisia jokapäiväisessä elämässä. Testin liikeosioita ovat esimerkiksi erilaiset kävelyharjoitteet, joissa arvioidaan suhdetta alustaan, myötäliikkeitä sekä keskilinjan hahmottamista. (Roxendal 1985, 20 - 21.)

Body Awareness Scale koostuu kolmesta osiosta. Ensimmäisessä osiossa kartoitetaan mielenterveyskuntoutujan subjektiivisia, havaittuja oireita. Toisessa osiossa havainnoidaan objektiivisesti kuntoutujan oireita ja toimintakykyä. Kolmannessa osiossa tarkastellaan kuntoutujan liikettä ja liikkumista.

Body Awareness Scalen avulla saadaan paljon informaatiota mielenterveyskuntoutujan psyykkisistä oireista ja niiden yhteyksistä fyysiseen toimintakykyyn. Testin tärkeimmät tavoitteet ovat antaa tietoa kuntoutujan kehotietoisuuden sen hetkisestä tilasta sekä tarjota väline edistymisen seurantaan ja arviointiin. Body Awareness Scale on myös osoittautunut hyödylliseksi kommunikaation välineeksi moniammatillisessa mielenterveyskuntoutujan kuntoutuksessa. (Roxendal 1985, 52 - 53.)

5 Ohjaus

Ohjaus on menetelmä, jota tarvitaan monissa ammateissa. Se on yksi työmenetelmä ja ammatillisen keskustelun muoto. Onnismaan (2007, 7) mukaan ohjaus on ajan, huomion ja kunnioituksen antamista. Nämä kolme tekijää muodostavat ohjausprosessin viitekehyksen ja sa-

malla ne ovat ohjaajan työvälaineitä, joiden aktiivinen ja tarkoituksenmukainen hyödyntäminen takaa tuloksellisen ohjauksen (Lahikainen 2000, 258). Parhaimmillaan ohjaus edistää keskustelun keinoin ohjattavan kykyä suunnitella elämäänsä omien voimavarojen ja resurssien mukaan (Onnismaa 2007, 7). Yksi ohjauksen tavoitteista onkin tukea kuntoutujaa löytämään omia voimavarojaan, kannustaa häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja samalla hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 5). Kuntoutusprosessiin sisältyy monien eri ammattiryhmien edustajien antamaa ohjausta. Ohjausta ei enää nähdä valmiina ratkaisun tarjoamisena vaan pikemmin ohjaajan ja ohjattavan välisenä yhteistyönä. (Onnismaa 2007, 7.)

Nyky-yhteiskunnassa hoitoaikojen lyhentyessä, korostuu ohjauksen merkitys osana terveydenhuoltoa. Hoitoaikojen lyhentyminen tarkoittaa myös ohjauksen tehostamista, sillä kuntoutujien odotetaan ottavan vastuuta terveytensä hoidosta ja elintapojen muutoksesta toivottuun suuntaan lyhyemmän hoitajakson ja ohjauksen perusteella. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Ohjauskäytänteiden peruseriaatteiden, kuten ohjattavan itsemääräämisoikeus ja sen kunnioitus, tulisi olla itsestäänselvyys ohjausta ammatissaan hyödyntäville. Silti on vaikeaa selvästi kuvata mitä ohjauksessa tulisi tapahtua, mitä ohjaajan kuuluisi tehdä tai mihin ohjausta tarvitaan. (Onnismaa 2007, 15, 21 - 22.)

Laadukas ohjaus voi olla myös keino edistää kuntoutujan terveyttä. Esimerkkejä ohjauksen terveyttä edistävästä vaikutuksista ovat toimintakyvyn ja elämänlaadun parantuminen, hoitoon sitoutuminen, itsehoito, kotona selviytyminen sekä itsenäisempi päätöksenteko. Ohjauksen avulla on voitu myös parantaa kuntoutujan mielialaa vähentämällä masentuneisuutta, ahdistusta ja yksinäisyyttä. Tämän lisäksi on havaittu positiivisia vaikutuksia kuntoutujan omassa osallistumisessa kuntoutumisprosessiin. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Ohjaustilanne on aina ainutkertainen ja yksilöllinen. Ohjaustilanteissa kanssakäyminen ohjattavan ja ohjaajan välillä tulisi olla selkeää ja hyvin jäsenneltyä. Käytännön ohjaustilanteissa ohjaajan on kyettävä muuttamaan menetelmiään ja lähestymistapojaan ohjattavan tarpeiden mukaan. (Onnismaa 2007, 15, 21 - 22.) Ohjausta suunniteltaessa on huomioitava yksilökohtaisesti, kuinka kuntoutuja omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen tavoite ja päämäärä. Kyngäksen ym. (2007, 73) mukaan on arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät, ja vain 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat. Sen sijaan he muistavat 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Onnistunut ja hyvä ohjaus luo edellytyksiä ja kannustaa kuntoutujaa saavuttamaan ne tavoitteet, joita kuntoutumiselle on asetettu (Kyngäs ym. 2007, 6). Tuloksellisen ohjauksen saavuttamiseksi on ohjaustilanteissa vältettävä kiirettä. Kuntoutujan kannalta olennaisempaa kuin

käytetty aika tai tapaamiskerrat on se, miten käytetty aika on voitu hyödyntää kuntoutujan tavoitteiden mukaisesti. (Lahikainen 2000, 268.) Onnistuneen ohjauksen tavoitteena tulisikin olla muun muassa kuntoutujan kotona selviytymisen vahvistaminen sekä ohjausjakson päätyttyä vähentyneet yhteydenotot terveydenhuoltoon (Kynäs ym. 2007, 6).

Ohjaustilanteen suunnittelemattomuus tai ohjaajan tai ohjattavan kärsimättömyys heikentää ohjauksen lopputulosta. Ohjaus- ja neuvontapalveluista voi hyötyä lähes jokainen, vaikka yleisen käsityksen mukaan palvelut ovat suunnattu ainoastaan erityisryhmille, kuten mielen-terveyskuntoutujat. Tätä käsitystä ylläpitää ohjaus- ja neuvontapalveluiden tarve sairastumisen tai vammautumisen yhteydessä, vaikka ohjausta voidaan hyödyntää elämäntilanteesta riippumatta. (Lahikainen 2000, 258, 260, 268.)

5.1 Fysioterapeuttinen ohjaus

Fysioterapeutin antama ohjaus on yleensä terveysneuvontaa tai terveyttä edistävää ohjausta. Sen tarkoituksena on edistää ja tukea ohjattavan itsenäistä selviytymistä (Rindflesch 2009, 193). Terveysneuvonnassa käsitellään kuntoutujan sairauksiin liittyvää tietoa, annetaan harjoitteluohjeita ja voidaan keskustella harjoitteiden tarkoituksesta ja toteuttamisesta. Fysioterapeutti voi myös ohjata kuntoutujaa käyttämään muita terveyspalveluita, esitellä erilaisia terveellisiä elämäntapoja ja auttaa käsittelemään tilanteita, jotka aiheuttavat stressiä kuntoutujan elämässä. Fysioterapeutin käyttämiä ohjaustapoja ovat manuaalinen, visuaalinen ja sanallinen ohjaus. (Talvitie ym. 2006, 178 - 179, 181.)

Manuaalisella eli fyysisellä ohjaamisella tarkoitetaan joko kevyen tuen antamista suorituksen aikana tai voimakkaampaa oikean suoritustekniikan ohjaamista. Manuaalisen ohjauksen tavoitteita ovat muun muassa synnyttää luottamusta vaikeissa tilanteissa sekä estää vääränlaisista suorituksista johtuvat vammautumiset ja epäonnistumiset. Fysioterapeuttisissa ohjaustilanteissa voidaan näköaistia hyödyntää ohjauksen tukena. Fysioterapeutti voi hyödyntää visuaalista ohjaamista mallintamalla haluttu liike tai suoritus kuntoutujalle ennen harjoittelun aloittamista tai sen aikana. Mallintamisella tarkoitetaan toimintatapaa, jossa kuntoutuja jäljittelee fysioterapeutin toimintaa vastaavan suorituksen saavuttamiseksi. Mallintaminen ohjauksen tukena on kuntoutujalle selkeämpi tapa opetella haluttu toiminta kuin pelkkä sanallinen ohjaus. (Talvitie ym. 2006, 178 - 179, 187, 190.)

Fysioterapeutit käyttävät työssään runsaasti sanallista ohjausta, jonka tarkoituksena on ohjailla suorituksia ja antaa niistä palautetta. Ohjaus on pitkään ollut tärkeä osa terveydenhuoltoa ja myös fysioterapiassa ohjaus on todettu keskeiseksi hoidon onnistumisen kannalta (Rindflesch 2009, 193). Sanallinen ohjaus on tärkeää hoitosuhdetta luotaessa tai kun pyritään suuntaamaan kuntoutujan tarkkaavaisuutta tiettyyn asiaan tai lisäämään tietoisuutta omasta suo-

rituksesta. Fysioterapeutin antama ohjaus koskee useimmiten liikunnallista harjoittelua. Ohjausta voivat vaikeuttaa kuntoutujan erilaiset käsitykset terveydestä ja sairaudesta. Fysioterapeutit kokevatkin usein kuntoutujan elämäntapaa koskevan ohjauksen vaikeaksi. (Talvitie ym. 2006, 178 - 179.)

Terapiatilanteessa ohjauksella pyritään luomaan kuntoutujalle mahdollisimman selkeä kuva halutusta toiminnosta. Fysioterapeutti hyödyntää ja yhdistelee erilaisia ohjaamistapoja terapiaa toteuttaessaan, esimerkiksi sanallista ohjausta käytetään usein yhdessä manuaalisen ohjauksen kanssa. Tärkeää ohjauksen suunnittelussa on huomioida kuntoutujan mielentila. Esimerkiksi väsyneen tai masentuneen kuntoutujan voi olla vaikea sisäistää pelkästään sanallista ohjausta, jolloin on mielekkäämpää ohjata kuntoutujaa myös manuaalisesti. (Talvitie ym. 2006, 179 - 180.)

Ohjaus suunnitellaan yksilöllisesti kuntoutujan odotusten, asenteiden ja oppimisedellytysten mukaan. Ohjaus aloitetaan selvittämällä kuntoutujan odotukset ja tavoitteet, jonka jälkeen arvioidaan kuntoutujan liikkuminen ja toimintakyky sekä objektiivisesti että kuntoutujan oma subjektiivinen näkemys huomioiden. Ohjauksen edetessä fysioterapeutti arvioi yhdessä kuntoutujan kanssa kuntoutujan toiminnan ja työskentelytapojen kuormittavuutta, jotta kuntoutuja tunnistaisi omat fyysisen toimintakykynsä rajat. Tämän jälkeen toimintatavoille voidaan etsiä vähemmän kuormittavia vaihtoehtoja. Kuntoutujan tiedostettua oma toimintakykynsä ja sen rajat, voidaan sen tukemiseksi suunnitella ylläpitäviä ja parantavia harjoitteita. Ohjauksen loppuvaiheessa pyritään kuntoutujalle luomaan valmiudet arvioida omaa edistymistään myös tulevaisuudessa. (Talvitie ym. 2006, 180.)

5.2 Teknologia-avusteinen ohjaus

Tietotekniikan käyttö on yleistynyt terveydenhuollossa. Yksi terveydenhuollon alueista, jossa tietotekniikkaa voidaan hyödyntää on potilasohjaus ja -opetus. Tietotekniikka mahdollistaa paremman tavoitettavuuden ja yhteistyön välimatkoista riippumatta. Tietotekniikan avulla voidaan tuottaa ajankohtaisia ja yksilöllisiä palveluita, kuten erilaisia tukitoimia ja terveysin-foja mielenterveysystyössä. (Välimäki, Suhonen, Koivunen, Pukuri & Knapp 2005, 107 - 110.)

Teknologia-avusteinen ohjaus soveltuu erinomaisesti kuntoutujille, joilla on vaikeuksia keskittyä tai muuten vaikeuksia lukea kirjallista materiaalia (Kyngäs ym. 2007, 116). Etenkin nuoret mielenterveyskuntoutujat ovat otollinen ryhmä teknologia-avusteiselle kuntoutumiselle. Tietotekniikan avulla voidaan tukea kuntoutumisprosessia luomalla esimerkiksi yhteyksiä muuhun yhteiskuntaan ja näin estäen syrjäytyminen palvelujen piiristä. (Välimäki ym. 2005, 107 - 110.)

HyvinvointiTV® on palvelukonsepti, jonka toiminta perustuu virtuaalisesti tuotettuihin, hyvinvointia tukeviin ohjelmiin. HyvinvointiTV®:n ohjelmat tuotetaan asiakkaille interaktiivisen vuorovaikutteisen kuvayhteyden välityksellä. (Turvallinen Koti b.) HyvinvointiTV®:ssä haasteita ohjaamiselle luo se, ettei ohjauksen kaikkia kolmea (manuaalinen, visuaalinen, sanallinen) menetelmää voida hyödyntää. HyvinvointiTV®:n luomien rajoitusten vuoksi ohjaaminen tässä kontekstissa on vain visuaalista ja sanallista. Koska ohjaamistilanteissa manuaalista ohjausta ei ole mahdollista käyttää, on sanallisen ja visuaalisen ohjauksen oltava erityisen selkeää ja johdonmukaista.

Sanallisessa ohjauksessa on tärkeää muistaa, että ohjeet ovat selkeitä ja käytettävät käsitteet ymmärrettäviä. Jos ohjaajan sanalliset ohjeet sisältävät liikaa tietoa, voi kuntoutujalle olla vaikeaa muistaa mitä on sanottu. Kuntoutujaa ohjataan sanallisesti koko harjoittelun ajan painottaen tärkeimpiä seikkoja. Sanalliseen ohjaukseen voi sisältyä toimintaohjeiden antamista, motivoivaa palautetta sekä ohjaavaa palautetta. Ohjaavan palautteen tarkoituksena on saada kuntoutuja havaitsemaan ja korjaamaan hänelle osoitetut virheet, kun taas motivoivan palautteen tarkoituksena on kannustaa kuntoutujaa jatkamaan onnistunutta suoritusta. (Talvitie ym. 2006, 184 - 186.)

Sanallisessa ohjauksessa on huomioitava ohjauksen oikea ajoittaminen. Kuntoutujan suorittaessa annettua harjoitetta, voi samanaikaisesti annettu ohjaus ja palaute jäädä huomioimatta keskittymisen kohdistuessa suoritukseen. Parhaimpaan lopputulokseen päästään antamalla sanallinen palaute sekä mahdollinen lisäohjaus vasta suorituksen jälkeen. Tällöin kuntoutujalla on mahdollisuus arvioida omaa suoritustaan ja tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä. (Talvitie ym. 2006, 186.)

Sanallisen ohjauksen tukena käytetään visuaalista ohjausta. Sitä käytetään suorituksen mallintamiseen, jonka avulla kuntoutuja pyrkii jäljittelemään fysioterapeutin toimintaa. Havainnoimalla haluttua suoritusta kuntoutuja saa selkeämmän kuvan toivotusta suorituksesta kuin pelkän sanallisen ohjauksen perusteella. Visuaalisessa ohjaamisessa on hyvä tuoda esille suorituksen kaikki vaiheet ja antaa kuntoutujalle aikaa tehdä havainnot oikeasta suoritustekniikasta. Visuaalista ohjausta ja havainnointia hyödyntämällä voidaan välttää usein sanalliseen ohjaukseen liittyvät vaikeaselkoiset ja pitkät ohjeet. (Talvitie ym. 2006, 179 - 180.)

Uutta asiaa opeteltaessa tulee liike demonstroida eli havainnollistaa luonnollisella nopeudella ja suoritusrytmillä. Liikkeen sanallinen ohjaus tulee suorittaa joko ennen tai jälkeen visuaalisen havainnollistamisen, jotta kuntoutujalle jää aikaa keskittyä molempiin ohjeistuksiin. Visuaalisen ohjauksen tukena voidaan käyttää esimerkiksi peiliä tai videointia havainnollistamaan kuntoutujan omaa suoritustekniikkaa. (Talvitie ym. 2006, 190 - 191.)

Manuaalisen ohjauksen puuttuminen luo haasteita myös kuntoutujille, sillä uuden asian opettelemisessa manuaalisesta ohjauksesta olisi alkuvaiheessa hyötyä (Talvitie ym. 2006, 182). Yksilöllisen kontaktin puuttuminen luo haasteita sekä ohjaajalle että kuntoutujalle. Tekniikan luomat rajoitteet kuten kuvaruudun koko ja lähetyksen ääneen ja kuvalaatuun liittyvät tekijät vaikeuttavat myös osaltaan ohjaamistilannetta. Ohjaajan on vaikeaa tarkkailla oikeaa suoritustekniikkaa, osallistujien näkyessä vain pienellä osalla ruudusta, erityisesti ryhmäkoon ollessa suuri. Lisäksi kameran asettelu kuntoutujan kotona voi rajoittaa näkyvyyttä.

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tavoitteena on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää minkälaisia vaikutuksia Body Awareness Therapylla on mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn. Opinnäytetyön tarkoituksena on, että kirjallisuuskatsauksesta saatavia tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää HyvinvointiTV[®]:n ohjelmasuunnittelussa.

Tutkimuskysymys:

Minkälaisia vaikutuksia Body Awareness Therapylla on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella mielenterveyskuntoutujan toimintakykyyn?

7 Tutkimusmenetelmät

7.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

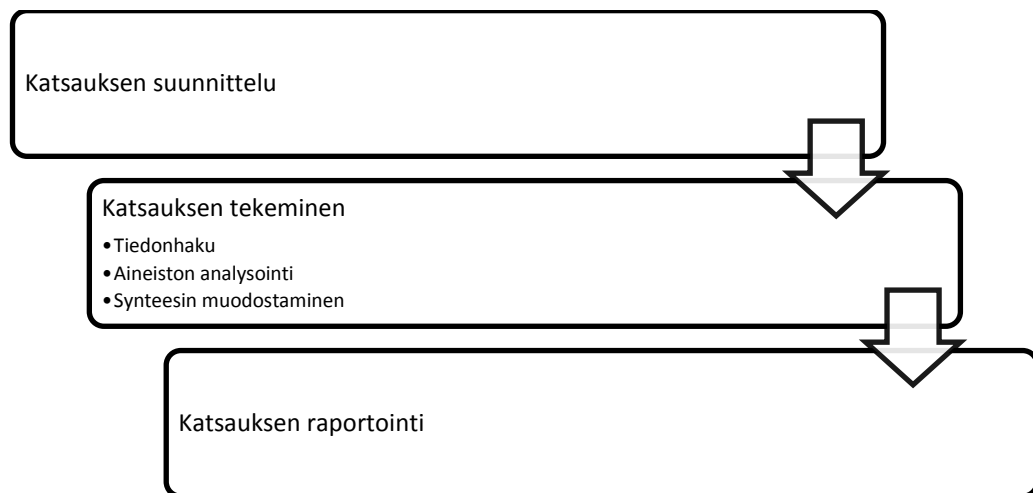
Valitsimme opinnäytetyön menetelmäksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Valitsimme kirjallisuuskatsauksen, koska halusimme tutkia olemassa olevaa tutkimustietoa aiheesta. Tieteellisen tiedon yksi keskeisimmistä tunnusmerkeistä on tiedon julkisuus. Tieto on tieteellistä vain silloin, jos se on julkista ja kaikkien saatavilla, luettavissa, arvioitavissa ja käytettävissä. Toinen tieteellisen tiedon tunnusmerkki on tiedon raportointi laajalti eri julkaisuissa. (Leino-Kilpi 2007, 2.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on jo olemassa olevien tutkimusten analyysi (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes 2002, 12). Se on sekundaaritutkimus olemassa olevista, tarkasti rajatuista ja valikoiduista tutkimuksista. Sen päämääränä on koota tietoa ja yhdistää sitä mahdollisimman kattavasti valitusta aiheesta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus pyrkii tutkimuksen toistettavuuteen ja virheettömyyteen ja siihen sisällytetään vain tarkoitusta vastaavat laadukkaat tutkimukset. (Johansson 2007, 4 - 5, Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46.) Tutkimusten valinnan tulee olla johdonmukaista ja niiden tulee vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Khan ym. 2002, 29).

Vaikka systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu teoreettisen tutkimuksen piiriin, voidaan sen apuna käyttää aineistolähtöistä sisällönanalyysia, kuten myös tässä tutkimuksessa on käytetty. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineisto voi olla hyvinkin laaja, josta tutkittava tieto pitäisi koota ja tiivistää. Sisällönanalyysia apuna käyttäen aineistosta laaditaan luokittelurunko, joiden varassa tiivistykset esitetään. Sisällönanalyysillä saadut luokittelurungot eivät ole katsauksen varsinainen tulos, vaan niiden avulla voidaan tarkastella tiivistetyksi tutkimuksissa olevaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123 - 124.)

Verrattuna muihin kirjallisuuskatsauksiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tarkoitukseltaan spesifimpi. Sen tutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessi on tarkempi kuin esimerkiksi narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen onnistumiseksi on jokainen tutkimuksen vaihe tarkkaan määritelty ja kirjattu, jolloin minimoidaan mahdolliset virheet ja taataan katsauksen toistettavuus. (Johansson 2007, 4 - 5.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa jopa seitsemästä yhdeksään eri vaiheeseen. Karkeasti jaettuna siitä voidaan kuitenkin erottaa kolme päävaihetta. Ensimmäinen vaihe sisältää katsauksen suunnittelun, toinen vaihe katsauksen tekemisen hakuineen, aineiston analysointeineen sekä synteeseineen ja kolmas vaihe katsauksen raportoinnin (Kuvio 2) (Johansson 2007, 5).



Kuvio 2: Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen jakaminen kolmeen eri vaiheeseen (Johansson 2007, 5.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on tutkimussuunnitelman laatiminen. Tutkimussuunnitelmasta ilmenee täsmälliset tutkimuskysymykset, joihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Suunnitelma ohjaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen etenemistä vaiheittain. Hyvä tutkimussuunnitelma rajaa täsmällisten tutkimusky-

symysten avulla kirjallisuuskatsauksen riittävän kapealle alueelle, jolloin aiheen kannalta keskeisimmät kirjallisuus- ja tutkimustulokset huomioidaan mahdollisimman kattavasti. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47.) Koehakujen perusteella tiesimme aiheesta olevan rajallisesti tuoretta tutkimustietoa. Vaarana oli, että saatava aineisto jää jopa liian suppeaksi eikä asettamaamme tutkimuskysymykseen saada vastausta.

Tutkimuskysymysten asettamisen jälkeen valitaan menetelmät katsauksen tekoon. Menetelmien valintaan kuuluu muun muassa hakutermin miettiminen ja valinta sekä tietokantojen valinta, joista haku suoritetaan. Ennen tutkimusten valintaa määritetään tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka kohdistuvat kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin ja tutkimusasetelmaan. Seuraavassa vaiheessa hankitaan tutkimussuunnitelman mukaiset tutkimukset, joista valitaan katsaukseen mukaan otettavat analysoimalla ne sisällöllisesti sekä laadukkuuden mukaan. Mukaan otetuista tutkimuksista ja niiden tuloksista tehdään yhteenveto. Tutkimuksen viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan ja niistä tehdään johtopäätökset ja mahdolliset suositukset jatkoa varten. (Johansson 2007, 6 - 7.)

Tutkimuksen kaikki vaiheet tulee kirjata tarkasti katsauksen onnistumisen ja tulosten relevanttiuden osoittamiseksi. Vaikka systemaattinen kirjallisuuskatsaus ei tuottaisikaan vastauksia tutkimuskysymyksiin, voidaan tämäkin tulkita tulokseksi. Se todistaa tutkimusten riittämyyttä kyseiseltä alueelta ja on siten jo tärkeä tutkimustulos, vaikka ei sinällään tuotaan systemaattista kirjallisuuskatsausta. (Johansson 2007, 6.)

7.2 Tiedonhaku

Haut toteutettiin tieteellisistä tietokannoista. Valitsimme tietokannat ovat PEDro, Elsevier, Medline, SPORTDiscus, Medic ja Cinahl. Valitsimme kyseiset tietokannat, sillä niissä julkaistaan sosiaali- ja terveystieteiden artikkeleita. Haut suoritettiin englannin kielellä. Ennen hakujen suorittamista hakusanojen oikeellisuus tarkistettiin MeSH-hakusanastosta. MeSH on maksuton, lisensoihin perustuva kontrolloitu hakusanasto (Ojala 2003, 43). Haut suoritettiin Boolean logiikkaa käyttäen. Boolean logiikka perustuu hakutermin välisiin loogisiin suhteisiin, joita luodaan sanojen JA (and), TAI (or) ja ILMAN (not) avulla. (Khan ym. 2002, 24 - 26.)

Hakusanoiksi valitsimme "Body Awareness Therapy", "Body Awareness Therapy" AND rehabilitation, "Body Awareness Therapy" AND physiotherapy, "Body Awareness Therapy" AND "physical therapy", "Body Awareness Therapy" AND functioning, "Body Awareness Therapy" AND "functional ability", "Body Awareness Therapy" AND "psychiatric care", "Body Awareness Therapy" AND "psychiatric patient", "Body Awareness Therapy" AND "psychiatric outpatient", "Body Awareness Therapy" AND "psychiatric rehabilitation", "Body Awareness Therapy" AND "mental health" sekä "Body Awareness Therapy" AND "mental health patient".

Systemaattinen kirjallisuushaku toteutettiin 19.11.2010. Kaikista valitsemistamme tietokannoista tutkimuksia löytyi yhteensä 382 kappaletta. 382 tutkimuksesta 81 oli täysin samoja, joten tutkimusten määräksi jäi 301. PEDrosta tutkimuksia löytyi yhdeksän, Elsevieristä 191, Medlinesta 16, SPORTDiscuksesta 101, Medicistä 0 ja Cinahlista 65. Eri hakusanayhdistelmillä saadut tutkimusten lukumäärät on esitetty tarkemmin taulukossa (Taulukko 1).

Taulukko 1: Systemaattinen tiedonhaku

Hakusanat		PEDro	Elsevier	Medline	SPORTDiscus	Medic	Cinahl
"Body Awareness Therapy"		6	56	9	31	0	26
"Body Awareness Therapy"	rehabilitation	1	47	1	25	0	9
"Body Awareness Therapy"	physiotherapy	0	0	0	0	0	0
"Body Awareness Therapy"	"physical therapy"	0	31	6	18	0	25
"Body Awareness Therapy"	functioning	0	22	0	8	0	1
"Body Awareness Therapy"	"functional ability"	0	5	0	3	0	0
"Body Awareness Therapy"	"psychiatric care"	0	4	0	4	0	1
"Body Awareness Therapy"	"psychiatric patient"	0	4	0	0	0	0
"Body Awareness Therapy"	"psychiatric outpatient"	2	5	0	3	0	2
"Body Awareness Therapy"	"psychiatric rehabilitation"	0	3	0	1	0	0
"Body Awareness Therapy"	"mental health"	0	17	0	8	0	1
"Body Awareness Therapy"	"mental health patient"	0	1	0	0	0	0
Yhteensä 382 kpl		9	191	16	101	0	65

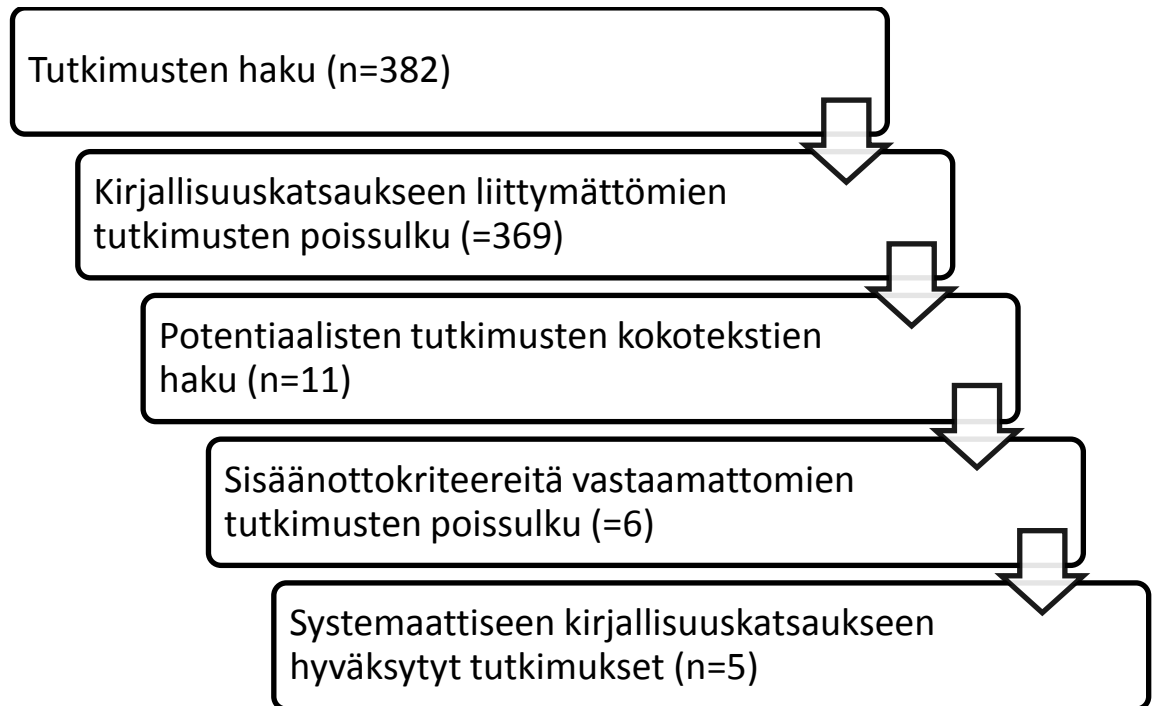
7.3 Tutkimusten valinta

Koehakujen perusteella hakukieleksi valittiin englanti mahdollisimman kattavan hakutuloksen takaamiseksi. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan tutkimukset, jotka ovat ilmestyneet viimeisen 10 vuoden (2000 - 2010) aikana. Näistä tutkimuksista mukaan katsaukseen valittiin sellaiset tutkimukset, joissa kohdejoukkona ovat mielenterveyskuntoutujat ja, joissa inter-

ventiona on Body Awareness Therapy. Tutkimusten tuloksissa täytyy olla kuvailtuna mielen-terveyskuntoutujan toimintakyvyssä tapahtuneet positiiviset tai negatiiviset muutokset. Muutokset voivat olla joko fyysisessä, psyykkisessä tai sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia. Toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia voivat olla esimerkiksi kehontuntemuksen ja -hallinnan lisääntyminen. Mukaan otettavien tutkimusten määrään jäädessä liian suureksi, sisäänottokriteereitä tarkennetaan tai tutkimuksia pois suljetaan tutkimusten laadun perusteella.

Valituilla hakusanoilla saatiin myös tutkimuksia, jotka olivat epäoleellisia tutkimuksen kannalta ja, jotka eivät täyttäneet tutkimusten sisäänottokriteereitä. Tällaiset tutkimukset suljettiin pois tutkimuksesta, ilman tarkempaa perehtymistä aineistoon. Tutkimuksista valittiin otsikoiden ja abstraktien perusteella kiinnostavat tutkimukset, joihin perehdyttiin tarkemmin. Näistä tutkimuksista valittiin koko tekstien perusteella tutkimukseen mukaan otettavat, sisäänottokriteerit täyttävät tutkimukset. Sisäänottokriteereitä ovat tutkimuksen ilmestyminen vuosien 2000 - 2010 välillä, englanninkielinen julkaisu, kohdejoukkona mielen-terveyskuntoutajat, interventiona Body Awareness Therapy ja tuloksissa esitetty intervention vaikutukset toimintakykyyn.

Tutkimusten valintavaiheessa, abstraktien luvun jälkeen, kaksi tutkimuksista suljettiin pois, koska tutkimuksien kokotekstejä ei ollut englanniksi saatavilla. Yhdestä tutkimuksesta ei ollut saatavilla maksutonta kokotekstiä, jonka takia tutkimus suljettiin pois kirjallisuuskatsauksesta. Kahdessa tutkimuksessa kohdejoukko ei vastannut asettamiamme sisäänottokriteereitä, kun taas yhdessä tutkimuksessa interventio oli muu kuin Body Awareness Therapy. Tutkimusten valintaprosessi on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3: Tutkimusten valintaprosessin eteneminen

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui sisäänottokriteereitä vastaavia tutkimuksia viisi. Tutkimukset on esitelty liitteessä yksi. Kaksi tutkimuksista tutki Body Awareness Therapyn vaikutuksia toimintakykyyn, kun taas kolme tutkimusta keskittyi tutkimaan kohdejoukon kokemuksia Body Awareness Therapystä. Gyllestenin ym. (2003a, 2009) kahdessa eri tutkimuksessa tutkittiin Body Awareness Therapyn ja tavanomaisen hoidon yhteisvaikutuksia mielenterveyskuntoutujiilla verrattuna pelkästään tavanomaiseen hoitoon. Hedlundin ja Gyllenstenin (2010) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata skitsofreniaa sairastavien potilaiden kokemuksia Body Awareness Therapystä ja sen tärkeimmistä hoitovaikutuksista. Johnsen ja Råheim (2010) tutkivat kuntoutujien kokemuksia ryhmämuotoisesta Body Awareness Therapystä, kun taas Gyllensten ym. (2003b) tutkivat psykofyysistä fysioterapiaa saavien kuntoutujien kokemuksia Body Awareness Therapystä.

7.4 Tutkimusten laadun analysointi

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimusten laadulla on suuri merkitys (Khan ym. 2002, 35). Tutkimusten laatua voidaan arvioida erilaisten kriteeristöjen, kuten PEDro Scalen avulla. PEDro on Sydneyn yliopiston ylläpitämä tietokanta, johon on koottu fysioterapian tutkimuksia. Tietokannasta löytyvät satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset eli RCT- tutkimukset on pisteytetty PEDro Scalen 0 - 10 asteikolla. PEDro Scalessa pisteytetään ainoastaan tutkimuksen metodologia tutkimuksen sisältöön puuttumatta (Liite 2). Kriteeristön 10 kohtaan vastataan joko kyllä tai ei. Kyllä vastauksista saa pisteen. Pisteitä ollessa 6/10 tai enemmän voidaan tutkimuksen olettaa olevan laadultaan hyvä. (Luomajoki 2006, 26.)

Kaksi kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista oli RCT -tutkimuksia. Nämä tutkimukset löytyivät PEDro tietokannasta valmiiksi PEDro Scalen mukaan pisteytettynä. Vuonna 2003 ilmestynyt Gyllenstenin ym. tutkimuksen pistemäärä oli 5/10 ja vuonna 2009 ilmestynyt samojen tutkijoiden tutkimuksen pistemäärä oli 6/10. Pisteiden jakautuminen on esitetty taulukossa 2. PEDro Scalen heikkoutena voidaan pitää sitä, ettei pisteytys itsessään kerro mitään tulosten merkityksestä käytännössä tai siitä perustuvatko tulokset vahvaan näyttöön (Luomajoki 2006, 27).

Taulukko 2: RCT-tutkimusten laadunarviointi PEDro Scalella

Tutkimus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gyllensten ym. 2003	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Gyllensten ym. 2009	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyistä viidestä tutkimuksesta kolme oli laadullisia tutkimuksia, joissa menetelmänä oli käytetty haastattelua. Tällaisten tutkimusten laadun arviointiin ei löytynyt sopivaa valmista kriteeristöä. Näiden tutkimusten laadun analysointi tehtiin laadullisen tutkimuksen kirjallisuuden perusteella. Kyseisten kolmen tutkimusten laadun analysointia on avattu seuraavissa kappaleissa.

Laadullisessa tutkimuksessa raportointitavat voivat erota toisistaan suuresti, eikä raportoinnin erilaisuus välttämättä vaikuta tutkimusten laatuun. Laadullista tutkimusta arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota tutkimusraportin selkeyteen. Tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen tulisi ilmetä selkeästi tutkimuksesta ja niiden tulisi ohjata tutkimuksen etenemistä. Raportin tulisi olla ehyt kokonaisuus ja aiheeseen kuulumattomat asiat tulisi jättää tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuksen laatua analysoitaessa tulisi huomiota kiinnittää myös tutkimuksessa käytettyihin lähteisiin ja niiden luotettavuuteen. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 160 - 161; ks. Polit & Hungler 1995, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998.)

Laadullisten tutkimusten laatua arvioitaessa voidaan kyseenalaistaa tutkimusmenetelmiin liittyviä seikkoja. Näitä voivat olla esimerkiksi aineiston keruuseen, kohdejoukon valintaan ja aineiston analyysimenetelmiin liittyvät tekijät. Lisäksi voidaan pohtia, onko laadullinen tutkimusote ollut paras vaihtoehto aineiston käsittelyyn vai olisiko määrällisillä tutkimusmenetelmillä saavutettu paremmin tutkimuksen tarkoitusta vastaavat tulokset. Laatua arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota myös siihen onko tutkimuksessa noudatettu hyvää tutkimuskäytäntöä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 161 - 162; ks. Polit & Hungler 1995, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998.)

Laadullisessa tutkimuksessa vaaditaan analyyttistä tarkkuutta, vaikka sitä pidetään joustavampana kuin määrällistä tutkimusta. Analyyttisellä tarkkuudella tarkoitetaan muun muassa

tutkimuksen kieleen, lähteiden luotettavuuteen, aineiston luokitteluun ja tutkimuksen validiteettiin liittyviä tekijöitä. Tutkimusten luotettavuutta lisää kehitetyn teorian selkeä ilmaisu ja loogisuus aineistoon nähden. Luotettavuutta lisää myös se, jos teoria on aikaisempaan tietoon sopiva. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on merkittävää, että lukijat tunnistavat käsitellyt ilmiöt ja niiden merkityksen käytännön työn ja jatkotutkimusten kannalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 162 - 163; ks. Polit & Hungler 1995, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998.)

Tutkimusten laatua arvioitaessa havaitsimme raportoinnin olleen selkeää ja yhdenmukaista. Yksi tutkimus erosi raportoinnissaan kahdesta muusta. Tämän tutkimuksen raportoinnissa ei oltu käytetty haastatteluista saatuja suoria lainauksia. Kaikissa tutkimusraporteissa oli selkeästi kuvattu tutkimuksen tausta, menetelmäosio sekä tulososio ja pohdinta, mikä lisää sekä tutkimuksen luotettavuutta että helpottaa sen luettavuutta. Tutkimusten tavoitteet ja tarkoitukset olivat tarkoitustaan vastaavia ja realistisia, lisäksi ne olivat selkeästi ilmaistu.

Arvioitaessa tutkimusmenetelmien valintaa, päädyimme tutkijoiden kanssa samaan tulokseen laadullisen tutkimusotteen käyttämisestä. Koska tutkimusten tavoitteena oli kerätä mielen-terveyskuntoutujien kokemuksia Body Awareness Therapystä, ei määrällistä tutkimusotetta olisi ollut mielekästä käyttää. Kohdejoukon kokemuksiin perustuvissa tutkimuksissa haastattelu on tarkoituksenmukainen valinta tutkimusmenetelmäksi. Kaikissa kolmessa tutkimuksessa haastattelulla on saatu hyvin koottua tutkittavan kohdejoukon kokemukset.

Kaikkien kolmen tutkimuksen teksti on kieliopillisesti sujuvaa eikä tutkimuksessa ole käytetty vaikeaa ammattisanastoa, joka vaikeuttaisi asiaan perehtymättömän lukijan ymmärtämistä. Tutkijat olivat noudattaneet hyvää tutkimuskäytäntöä, johon sisältyy esimerkiksi kohdejoukon asianmukainen informointi tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta (Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2009, 25). Haastatteluista saatujen aineistojen analysointi on kuvattu järjestelmällisesti ja analyysistä saadut luokat ja kokonaisuudet esitetty tarkasti. Analyysiprosessin tarkka, vaiheittainen kuvaaminen lisää mielestämme tutkimusten luotettavuutta. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 162; ks. Polit & Hungler 1995, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998) listaavatkin laadullisen tutkimuksen yhdeksi arviointikriteeriksi päättelyprosessin dokumentoinnin.

Kaikkien tutkimusten kohdejoukot olivat suhteellisen pienet. Pienin kohdejoukko oli kahdeksan henkilöä, toisessa tutkimuksessa 11 ja kolmannessa 18 henkilöä. Mielestämme suuremmat ja kattavammat kohdejoukot olisivat voineet lisätä tutkimusten luotettavuutta ja laatua. Kohdejoukon valinnan tarkempi kuvaus olisi myös lisännyt tutkimusten laatua ja selkiyttänyt haluttuja kohdejoukon ominaisuuksia. Kolmesta tutkimuksesta vain yhdessä oli kuvattu kohdejoukon valintaan vaikuttavat tekijät.

Tutkimuksissa oli hyvin esitetty tutkimusten merkityksellisyys käytännöntyön kannalta ja lukijalle välittyi Body Awareness Therapyn avulla saavutettujen positiivisten vaikutusten merkitys mielenterveyskuntoutujan toimintakykyyn. Tutkimuksissa käytetyt lähteet olivat kansainvälisiä ja niitä oli runsaasti. Lähteet olivat aikaväliltä 1956 - 2009, painottuen kuitenkin 1990-luvun loppupuolelle ja 2000-luvulle. Tuoreiden lähteiden vähydestä voimme päätellä aiheeseen olevan vähän päivitettyä tietoa.

Tutkimuksen menetelmällisen laadunarvioinnin lisäksi kannattaa tutkimuksen laadun arvioinnissa huomioida myös tutkimuksen julkaisukanava (Luomajoki 2006, 27). Opinnäytetyömmehaut suoritetaan Laurea-ammattikorkeakoulun tarjoamista tieteellisistä tietokannoista, joten oletamme löytyvien tutkimusten julkaisukanavien täyttävän nämä laadulliset vaatimukset. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tulisi suosia mahdollisimman korkealaatuisia tutkimuksia, kuten RCT- tutkimuksia (Khan ym. 2002, 41). Valitettavasti RCT- tutkimuksia aiheesta on vähän. RCT- tutkimukset ovat arvostetuimpia lääketieteen alan tutkimuksia. Vaikka toteutettavassa haussa ei löytyisikään RCT- tutkimuksia, ei saatujen tutkimusten arvoa silti pidä väheksyä, sillä niistäkin saadaan paljon arvokasta tietoa. (Luomajoki 2006, 27.)

7.5 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on yksi laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Tutkimuksemme analyysimenetelmäksi valitsimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Sillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen aineistojen analyysiä. Aineistolähtöisessä analyysissä tarkoituksena olisi luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Ennen aineiston analysoinnin aloittamista on päätettävä mikä aineistossa kiinnostaa. Näiden kiinnostuksen kohteiden tulisi selvittää tutkimuskysymyksestä ja tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkimuksemme kiinnostuksen kohteita ovat Body Awareness Therapylla saavutetut toimintakyvyn muutokset mielenterveyskuntoutujilla. Kun kiinnostuksen kohteet on päätetty, merkitään ne aineistosta. Muu aineisto jää tutkimuksen ulkopuolelle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 - 92.)

Tutkimusaineistosta valitaan analyysiyksiköt, joiden tulisi vastata tutkimuksen tarkoitusta ja tehtävänasettelua, mutta niiden ei tulisi olla ennalta sovittuja tai valittuja. Tutkimuksemme analyysiyksiköllä tarkoitetaan aineistosta poimittuja alkuperäisiä lauseita ja ilmaisuja. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tulkintoja voidaan muodostaa tiivistä aineistoon perustuen (Eskola & Suoranta 2003, 137). Tällä tavoin toteutettu aineistolähtöinen sisällönanalyysi soveltuu tutkimusaiheille, joista tutkittua tietoa ja teoriaa on vähän (Silius 2007,4). Tutkimustamme aiheesta on rajallisesti tietoa ja tutkimuksia, jolloin aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan toteuttaa ilman teoreettisia etukäteisolettamuksia tiivistä aineistoon pohjaten (Eskola & Suoranta 2003, 151). Aineistolähtöisen sisällönanalyysin lopputulokseen ei pitäisi

vaikuttaa aiemmat tiedot tai teorit tutkittavasta ilmiöstä, koska nimensä mukaisesti analyysi perustuu tutkittavaan aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95 - 96.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi aloitetaan aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Aineistolle esitetään tutkimuksen tarkoitukseen vastaavia kysymyksiä, jolloin tunnistetaan aineistosta kiinnostavat asiat. Kiinnostuksen kohteen sisältävät lauseet ja asiakokonaisuudet pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Nämä pelkistetyt ilmaisut jaetaan yhtäläisiksi ilmaisujen joukoiksi. Yhteen joukkoon eli kategoriaan kerätään kaikki samaa tarkoittavat ilmaisut. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101; ks. Miles & Huber 1994, Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Tämän jälkeen kategoria nimetään sisältöä vastaavasti. Näistä jo luoduista kategorioista yhdistetään sisällöltään samankaltaiset alakategoriat. Yhdistämällä samankaltaiset alakategoriat toisiinsa niistä muodostuu yläkategorioita, jotka nimetään sisältöä kuvaavasti. Viimeiseksi kaikki yläkategoriat yhdistetään yhdeksi kaikkia kategorioita kuvaavaksi käsitteeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101; ks. Miles & Huber 1994, Kyngäs & Vanhanen 1999.) Aineistosta muodostettujen alakategorioiden, yläkategorioiden ja yhdistävän käsitteen kautta muodostetaan teoreettinen kokonaisuus, joka vastaa tutkimuksemme tutkimuskysymykseen (Eskola & Suoranta 2003, 19). Aineiston luokittelun jälkeen kirjoitetaan siitä yhteenveto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 - 92).

Aloitimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin lukemalla kaikki viisi systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitunutta tutkimusta huolellisesti. Kumpikin tutkijoista perehtyi aineistoon itsenäisesti. Tutkimuksiin perehtymisen jälkeen tutkijat merkitsivät aineistosta ennalta valitut kiinnostuksen kohteet ja muu aineisto jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tämän jälkeen tutkijat vertasivat merkitsemiään alkuperäisilmauksia keskenään varmistaakseen ilmauksien yhteneväisyydestä. Tutkijat olivat lähes yksimielisiä valikoituneista alkuperäisilmauksista, joista vain muutamia ilmauksia karsittiin pois.

Aineistosta merkittiin alkuperäisilmaukset, jotka olivat joko kokonaisia lauseita, lauseen osia tai sanojen yhdistelmiä. Esimerkki lause, jossa ilmaistaan kiinnostuksen kohde on Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksesta: ”Some participants had noticed that more attention to their own wishes and will during therapy had led to increased self-confidence.” Tästä lauseesta erotimme alkuperäisilmauksen ”more attention to their own wishes and will during therapy had led to increased self-confidence”. Alkuperäisilmauksesta muodostimme pelkistetyn ilmauksen ”itseluottamuksen vahvistuminen”. Pelkistetty ilmaus muodostettiin irrottamalla alkuperäisilmauksesta keskeisin asia. Kaikista alkuperäisilmauksista muodostettiin samalla tavoin suomenkielinen pelkistetty ilmaus.

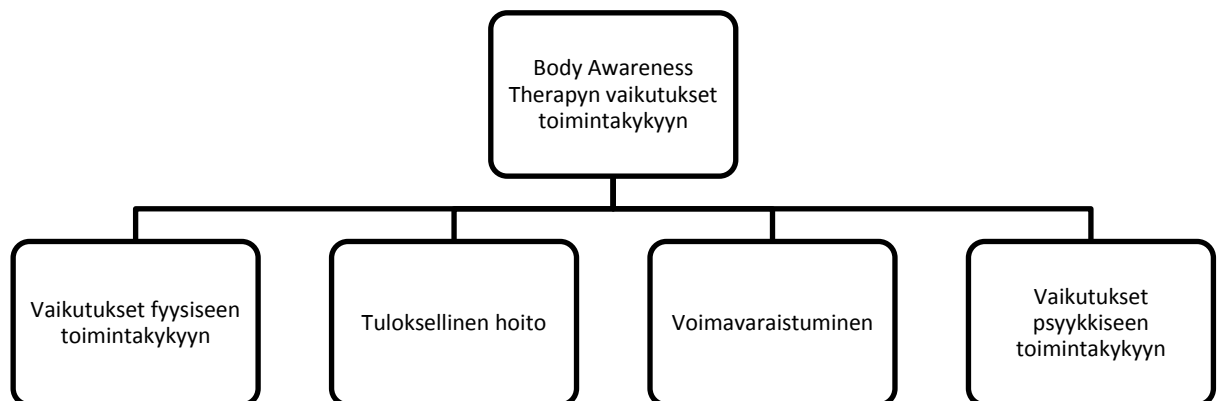
Pelkistetyt ilmaukset luokiteltiin alustavasti siten, että toisiinsa liittyvät ilmaukset listattiin yhteen. Esimerkiksi kaikki ryhtiin ja tasapainoon liittyvät pelkistetyt ilmaukset, kuten ”ryhdin vakaus”, ”tasapainon varmentuminen” ja ”ryhdin huomioiminen”, listattiin yhteen ja niistä muodostettiin alaluokka ryhti ja tasapaino. Analyysin edetessä alaluokkia muodostui 17 kappaletta. Kaikki alaluokat nimettiin sisältöä kuvaavasti.

Toisiinsa liittyvät alaluokat yhdistettiin yläluokiksi, jotka nimettiin sisällön mukaan. Esimerkiksi alaluokat elämänhallinta, kokemus läsnäolosta ja sosiaalinen osallistuminen yhdistettiin alaluokkia yhdistäväksi yläluokaksi voimavaraistuminen. Neljä muodostunutta yläluokkaa ovat vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn, tuloksellinen hoito, voimavaraistuminen ja vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn. Näistä yläluokista muodostettiin yksi pääluokka: Body Awareness Therapyn vaikutukset toimintakykyyn. Pääluokka on yhdenmukainen asettamamme tutkimuskysymyksen kanssa.

8 Tutkimuksen tulokset

Sisällönanalyysin tarkoitus on tiivistää tutkittava aineisto yleisempään muotoon. Sen avulla kuitenkin vain järjestetään aineisto johtopäätösten tekoa varten. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen on esitetty liitteessä 3 (liite 3). Tärkeää on muodostaa itse tutkimuksesta mielekkäitä johtopäätöksiä eikä vain esittää järjestettyä aineisto ikään kuin tutkimuksen tuloksina. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.) Alla olemme avanneet sisällönanalyysillä saadun aineiston luokittelun ja tehneet aineiston perusteella johtopäätökset tutkimuksen tuloksista.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin perusteella viidestä käsittelemästämme tutkimuksesta nousivat yläluokiksi vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn, tuloksellinen hoito, voimavaraistuminen ja vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn. Nämä luokat yhdistettiin yhdeksi pääluokaksi: Body Awareness Therapyn vaikutukset toimintakykyyn (Kuvio 4).



Kuvio 4: Sisällönanalyysistä muodostetut yläluokat ja pääluokka

8.1 Vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn



Yläluokassa vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn on kuvattu Body Awareness Therapylla saavutettuja fyysisen toimintakyvyn muutoksia mielenterveyskuntoutujilla. Yläluokka muodostuu neljästä alaluokasta: fyysinen suoriutuminen, ryhti ja tasapaino, hengitys ja rentoutuminen sekä liikkuminen (Kuvio 5).

Alaluokka fyysinen suoriutuskyky kuvaa kehon toimintojen ja fyysisten ominaisuuksien parantumista ja parempaa käyttöä. Tutkimuksista ilmenee muun muassa parempi fyysisistä aktiviteeteista suoriutuminen ja paremmaksi koettu terveys. Fyysisen suoriutumisen parantuminen oli sekä subjektiivisesti ilmaistua että objektiivisesti mitattua molemmissa RCT-tutkimuksissa. Parempi fyysinen suoriutuminen on olennaista toimintakyvyn kannalta.

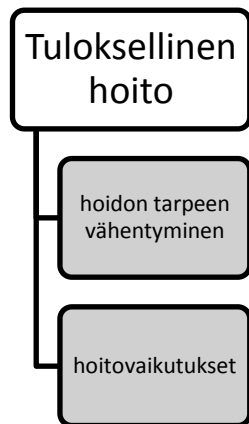
Kuvio 5 Vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn

Kaikissa viidessä tutkimuksessa oli kuvattu Body Awareness Therapyn vaikutuksia ryhtiin ja tasapainoon. Tasapainon koettiin parantuneen ja varmentuneen. Ryhtiin kiinnitettiin enemmän huomiota ja se koettiin vakaammaksi. Alaluokan hengitys ja rentoutuminen alle on koottu alkuperäisilmauksia, joissa kuvataan hengityksen vaikutuksia kehoon ja rentoutumiseen sekä rentoutumista yleisesti koskevia ilmauksia.

Body Awareness Therapyn avulla hengitystoiminnot parantuivat ja hengitys muuttui vapaammaksi. Lisäksi tutkimuksissa oli raportoitu rentouden oppimista ja jännityksistä luopumista. Johnsenin & Råheimin (2010, 171) tutkimuksessa todetaan hengityksen ja rentoutumisen tärkeys unen ja levon kannalta. Gyllenstenin ym. (2003a, 187) tutkimus tukee tätä olettamusta todeten hyvän unen laadun, levon ja kyvyn rentoutua viittaavan vakaampaan mielenterveyteen.

Erotimme alaluokan liikkuminen omaksi luokakseen luokasta fyysinen suoriutuminen, koska alaluokka liikkuminen kuvaa liikkumisen laatua ja aktiivisuuden lisääntymistä, kun taas fyysinen suoriutuminen luokkana kuvaa edellytyksiä parantuneille fyysisille toiminnoille, mutta ei kuvaa itse fyysistä aktiivisuutta. Luokassa liikkuminen ilmenee aktiivisuuden tason lisääntyminen. Body Awareness Therapyn kautta liikkumisen laatu ja liikehallinta ovat parantuneet ja kuntoutujat suoriutuivat vaativammista liikesuorituksista. Hedlundin ja Gyllenstenin (2010, 248) tutkimuksessa tuotiin esille myös uudelleen löytynyt liikkumisen ilo.

8.2 Tuloksellinen hoito



Yläluokka tuloksellinen hoito muodostuu alaluokista hoidon tarpeen vähentyminen ja hoitovaikutukset (Kuvio 6). Yläluokalla tuloksellinen hoito tarkoitetaan Body Awareness Therapy tuloksellisuutta yhtenä hoitomuotona mielenterveyskuntoutujilla. Tämän seurauksena etenkin psykiatrisen hoidon tarve vähentyi ja Body Awareness Therapyllä saavutettiin merkittäviä positiivisia hoitovaikutuksia.

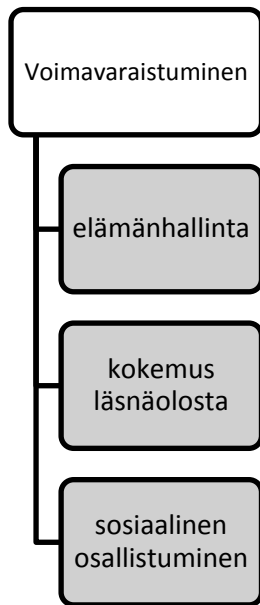
Kuvio 6 Tuloksellinen hoito

Gyllenstenin ym. (2009, 7) tutkimuksen mukaan Body Awareness Therapya saanut kohdejoukko käytti merkittävästi vähemmän muun kuin psykiatrin antamia mielenterveyspalveluita verrattuna kontrolliryhmään. Psykiatristen konsultaatioiden tarve vähentyi kohdejoukolla alle puoleen kontrolliryhmään verrattuna. Lisäksi sairauslomat ja sairaseläkkeet sekä sosiaalipalveluiden tarve vähentyivät merkittävästi.

Alaluokka hoitovaikutukset koostuu alkuperäisilmauksista, joissa kuvataan fyysisen toimintakyvyn parantumista ja psyykkisten oireiden vähentymistä. Alkuperäisilmauksissa on kuvattu sekä lyhyen että pitkän aikavälin positiivisia hoitovaikutuksia. Pitkän aikavälin hoitovaikutukset kohdistuivat erityisesti omaan kehoon, oireisiin ja omiin kykyihin liittyviin asenteisiin. Tutkimusten tuloksissa hoidon kuvattiin olevan kokonaisvaltaista, fyysisten ja psyykkisten oireiden vähentyneen ja unen laadun parantuneen.

Gyllenstenin ym. (2003a, 2009) tutkimuksissa oli käytetty mittareita, joilla suoritettiin alku-, väli- ja loppumittaukset. Mittareita olivat muun muassa Body Awareness Scale, Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) ja The Symptom Check List 90 (SCL 90). Näillä mittareilla pyrittiin saamaan mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva niin psyykkisestä kuin fyysisestä toimintakyvystä. Mittareita käyttämällä pystyttiin osoittamaan luotettavammin toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia.

8.3 Voimavaraistuminen



Yksi muodostuneista yläluokista on voimavaraistuminen. Tämä yläluokka koostuu alaluokista elämänhallinta, sosiaalinen osallistuminen ja kokemus läsnäolosta (Kuvio 7). Voimavaraistumisella tarkoitetaan omien voimavarojen tunnistamista ja tarkoituksenmukaista käyttöä, kykyä huolehtia omasta itsestä ja elämästään (Siitonen 1999, 92). Yksilöllä on pyrkimys kokea olevansa voimissaan (Kataja 2004, 179 - 180).

Voimavaraistumiselle tai toisin sanoen voimaantumiselle on luonteenomaista oman elämän hallinta. Voimavarat voivat olla joko yhteisöllisiä tai yksilöllisiä ja ne ovat keino saavuttaa päämääriä. Voimavarat liittyvät yksilön tai ryhmän omaan haluun, tavoitteiden asettamiseen sekä luottamukseen omista kyvyistä ja mahdollisuuksista saavuttaa päämääriä. Omien voimavarojen löytämisen myötä yksilö kykenee sosiaaliseen kanssakäyntiin ja kunnioittamaan muita ihmisiä. (Kataja 2004, 179 - 180.)

Kuvio 7 Voimavaraistuminen

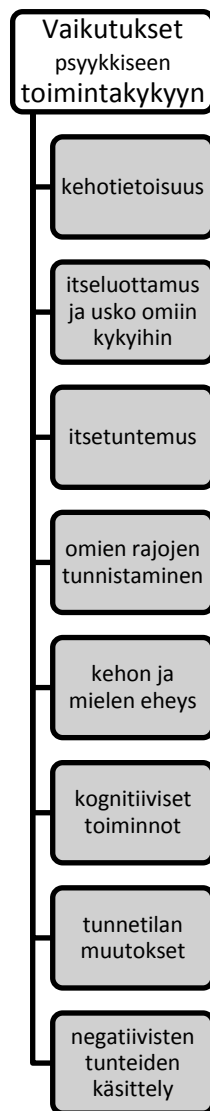
Alaluokka elämänhallinta koostuu ilmauksista, joissa kuvataan mielenkiinnon ja elämän mielekkyyden lisääntymistä. Lisäksi kuntoutujat kokivat hyvinvoinnin lisääntyneen jokapäiväisessä elämässä. Mielenterveyskuntoutujat kuvasivat Body Awareness Therapyn lisänneen voimia, vireyttä, rentoutuneisuutta ja elinvoimaisuutta. Body Awareness Therapyn myötä mielenterveyskuntoutujat saavuttivat paremman henkisen läsnäolon tunteen. Sama läsnäolon tunne saavutettiin niin fyysisellä tasolla kuin elämässä yleensä.

Parantuneesta elämänhallinnasta kertovat kasvanut tasapainoisuuden tunne omassa elämässä, parempi selviytymiskeinojen käyttö sekä lisääntynyt luottamus yksilön omiin voimavaroihin. Kuntoutujat motivoituivat pitämään itsestään parempaa huolta, joka auttaa kuntoutujia saavuttamaan tasapainoisemman kehon ja elämän. Kokemus elämän helpottumisesta nousi tutkimuksista esille ja Hedlund ja Gyllensten (2010, 247) raportoivat tutkimuksessaan valtaosan koehenkilöistä kokeneen Body Awareness Therapyn helpottaneen vaikeista tilanteista selviytymistä.

Sosiaalinen kanssakäyminen edellyttää sosiaalisia taitoja, joilla tarkoitetaan toimintaa, joka johtaa myönteiseen vuorovaikutukseen. Sosiaalisia taitoja ovat esimerkiksi kyky kommunikoida selkeästi, valmius yhteistoimintaan ja kyky empatian kokemiseen. (Peltola, Himberg, Laakso, Niemi & Näätänen 2004, 102.) Body Awareness Therapylla saavutettiin positiivisia vaikutuksia mielenterveyskuntoutujien sosiaalisessa osallistumisessa. Tämä näkyi sosiaalisissa tilanteissa rentoutumisena ja varmuutena, joiden seurauksena mahdollisuudet sosiaaliseen kanssa-

käymiseen lisääntyivät. Tämän lisäksi kuntoutujat oppivat asioiden jakamisen merkityksen ja saavuttivat paremman suhteen ympäristöönsä. Tärkeää sosiaalisen osallistumisen kannalta oli kosketuksen ja läheisyyden hyväksyminen, joka käy ilmi Johnsenin ja Råheimin (2010, 170) tutkimuksesta.

8.4 Vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn



Yläluokan vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn alla on eniten alaluokkia (Kuvio 8). Tämä selittyy sillä, että kohdejoukon ollessa mielenterveyskuntoutujat, aineistossa on painotettu psyykkisiä oireita ja niissä tapahtuneita muutoksia. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät tiiviisti kognitiiviset kyvyt sekä psyykkiset voimavarat (Kähäri-Wiik ym. 2007, 13).

Psyykkiseen toimintakykyyn voi vaikuttaa monet eri tekijät. Tämän yläluokan kaikki alaluokat ovat osaltaan vaikuttamassa psyykkiseen toimintakykyyn. Alaluokat on muodostettu aineistossa toistuvien parantuneita psyykkisiä toimintoja kuvaavien ilmauksien perusteella.

Kaikissa viidessä tutkimuksessa käsiteltiin kehotietoisuutta ja Body Awareness Therapyllä saavutettuja vaikutuksia omaan kehoon ja sen tiedostamiseen. Body Awareness Therapy intervention jälkeen mielenterveyskuntoutujien kehotietoisuus oli lisääntynyt ja oman kehon ja sen viestien tulkitseminen kehittynyt. Lisääntyneen kehotietoisuuden myötä kuntoutujat saavuttivat paremman yhteyden omaan kehoonsa ja hallinnantunteen koettiin lisääntyneen. Myös tiedostus omasta liikkumisesta ja asenteet liikkumista kohtaan muuttuivat positiivisemmiksi parantuneen kehotietoisuuden myötä. Gyllenstenin ym. (2009, 9) tutkimuksessa Body Awareness Therapy pitkän aikavälin vaikutuksista havaittiin 12 Body Awareness Therapy hoitokerralla olevan vaikutuksia kehotietoisuuteen vielä kuuden kuukauden jälkeenkin.

Kuvio 8 Vaikutukset psyykkiseen toimintakykyyn

Käsitteillä ”minä”, ”minuus” ja ”itse” tarkoitetaan sitä, mitä ajattelemme itsestämme. Itsensä kokeminen voi vaihdella tilanteesta riippuen ja itseluottamuksella on siihen suuri vaikutus (Peltola ym. 2004, 36.) Body Awareness Therapyyn avulla mielenterveyskuntoutujien itseluottamus parantui ja usko omaan kykyihin vahvistui. Itseluottamuksen kasvaminen auttoi kuntoutujia myös oman arvon tunnistamiseen. Itseluottamuksen kasvaminen oli myös yhteydessä turvallisuuden tunteen kasvuun. Body Awareness Therapyyn kokonaisvaltaisuus perustuu fyysi-

sen ja psyykkisen toimintakyvyn vuorovaikutukseen. Tästä esimerkkinä ovat parantuneen itseluottamuksen positiiviset vaikutukset ryhtiin ja tasapainoon.

Itsetuntemus oli yksi Body Awareness Therapylla saavutetuista positiivisista vaikutuksista mielenterveyskuntoutujien psyykkiseen toimintakykyyn. Alaluokka itsetuntemus koostuu alkupe-
räisilmauksista, jotka liittyvät parempaan itsetietoisuuteen, oman tahdon ja tavoitteiden tunnistamiseen ja ilmaisemiseen sekä itsereflektioon. Itsereflektion avulla yksilö voi luoda itsestään kokonaiskuvan eli minäkäsityksen (Peltola ym. 2004, 37).

Minäkäsityksellä tarkoitetaan niitä käsityksiä, joita yksilöllä on itsestään, pätevydestään, arvostaan ja päämäärästään. Minäkäsitys suuntaa yksilön toimintaa merkittävästi, sillä sen perusteella muodostetaan erilaisia toimintamalleja, joiden avulla yksilö pyrkii ylläpitämään, kehittämään ja suojaamaan käsitystä omasta itsestä. (Dunderfelt ym. 2005, 77). Parantuneen itsetuntemuksen myötä itsensä hyväksyminen, itsearvostuksen kasvaminen ja oman toiminnan arviointi lisääntyivät. Body Awareness Therapyyn avulla mielenterveyskuntoutajat kykenivät hahmottamaan oman roolinsa arjessa ja sitä kautta tunnistamaan ja hyväksymään oman elämäntilanteensa.

Body Awareness Therapyssa tehtyjen harjoitusten kautta mielenterveyskuntoutajat oppivat tunnistamaan omat rajansa ja hahmottamaan itsensä kokonaisuutena. Oman kehon rajoitusten hyväksyminen on yhteydessä myös kehotietoisuuteen ja fyysiseen toimintakykyyn ja suoriutumiseen. Terapian avulla kuntoutajat oppivat tunnistamaan omat kykynsä ja tavoitteensa ja asettamaan niiden mukaiset rajat. Omien rajojen ja rajallisuuden tunnistaminen liittyy läheisesti itsensä hahmottamiseen kokonaisuutena. Tätä oli tutkimuksissa kuvattu muun muassa kontaktina omaan kehoon ja itseän sekä eheyden tunteena. Itsetutkiskelun kautta pyrittiin hahmottamaan minä- kokonaisuutta, joka edellyttää kehon ja mielen yhteyden ymmärtämistä.

Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan tiedonkäsittelyyn liittyviä toimintoja, kuten muisti, ajattelu, tarkkaavaisuus ja oppiminen (Peltola ym. 2004, 60). Body Awareness Therapylla saavutettiin vaikutuksia kuntoutujien kognitiivisiin toimintoihin, joka on yksi alaluokka psyykkisen toimintakyvyn alla. Terapialla saavutettuja vaikutuksia olivat ajatustoimintojen tasaantuminen, ajatusten selkiytyminen ja rauhoittuminen. Myös keskittymiskyvyn havaittiin parantuneen. Hedlundin & Gyllenstenin (2010, 249) tutkimuksessa viisi kahdeksasta tutkittavasta kertoi keskittymiskyvyn kasvamisesta, rauhallisuuden kokemuksesta aivoissa, selkeämmistä ajatuksista tai henkisen läsnäolon tunteesta.

Yläluokan alle viimeisimmiksi alaluokiksi muodostuivat tunnetilan muutokset ja negatiivisten tunteiden käsittely. Tunnetilan muutokset käsittävät mielenterveyskuntoutujien tunne-

elämässä tapahtuneita muutoksia, kuten hyvinvoinnin ja hyväntuulisuuden lisääntyminen ja häpeäntunteen vähentyminen. Kuntoutujat oppivat hyödyntämään terapiassa käytettyjä harjoitteita tunteiden säätelyssä. Tähän liittyi myös negatiivisten tunteiden ja epämiellyttävien tuntemusten käsittelyä. Negatiiviset tuntemukset kuten ahdistus, stressi ja pelko vähentyivät pitkällä aikavälillä. Niitä opittiin myös hallitsemaan ja sietämään aiempaa paremmin. Hengityksellä havaittiin olevan vaikutuksia stressin hallintaan ja yhdessä ne edistivät nukahtamista.

8.5 Yhteenveto tuloksista

Tutkimusten perusteella Body Awareness Therapy on tulokellinen hoitomuoto mielenterveyskuntoutujilla yhdistettynä muuhun kokonaisvaltaiseen mielenterveyskuntoutukseen. Tutkimusten tuloksissa raportoitiin ainoastaan positiivisia hoitovaikutuksia. Terapialla saavutettiin sekä lyhyen että pitkän aikavälin muutoksia kuntoutujien toimintakyvyssä.

Body Awareness Therapy intervention jälkeen havaittiin positiivisia muutoksia sekä fyysisessä että psyykkisessä toimintakyvyssä. Saavutetut toimintakyvyn muutokset olivat tutkijoiden objektiivisesti mitattavia ja havaitsemia sekä kuntoutujien omiin, subjektiivisiin kokemuksiin perustuvia. Tutkimusten tulokset tukevat Nopparin ym. (2007, 20) toteamusta, että mielenterveysongelmat ja -häiriöt voivat vaikuttaa yksilön fyysiseen toimintakykyyn ja vastaavasti fyysiset vaivat voivat näkyä mielenterveyden järkkymisenä.

Body Awareness Therapylla havaittiin olevan suuri vaikutus kehotietoisuuteen ja sen avulla kuntoutujat saivat lisää voimavaroja arjessa selviytymiseksi. Kuntoutujat kokivat vaikeista tilanteista ja sosiaalisesta kanssakäymisestä selviytymisen olevan aiempaa helpompaa. He oppivat myös hyödyntämään terapiassa käytettyjä harjoitteita terapiatilanteiden ulkopuolella tosielämän tilanteissa ja kokemus elämän helpottumisesta nousi tutkimustuloksista esille.

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista viidestä tutkimuksesta ei käynyt ilmi Body Awareness Therapy toteutustapa. Tutkimuksissa ei oltu myöskään kuvailtu, miten ohjausta oli käytetty terapiatilanteissa. Tästä johtuen ohjausta ja ohjaustilanteita koskevat johtopäätökset ovat opinnäytetyön tekijöiden omia, kirjallisuuteen perustuvia päätelmiä, eivätkä perustu aiheeseen liittyvään tutkimustietoon.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista tutkimuksista ei saatu ohjausta koskevaa tietoa, joka olisi ollut HyvinvointiTV[®]:lle arvokasta. Tästä huolimatta opinnäytetyön informatiivista arvoa ei pidä toimintaympäristön kannalta väheksyä. Opinnäytetyöstä saatavia tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää HyvinvointiTV[®]:n toimintaympäristössä.

Kuten tämän kappaleen alussa toteamme, on Body Awareness Therapy tuloksellinen hoitomuoto mielenterveyskuntoutujilla. Body Awareness Therapyn tehokkuuden takia sitä kannattaisikin soveltaa HyvinvointiTV[®]:n ohjelmatuotannossa. Opinnäytetyössämme esitetään Body Awareness Therapylla saavutetut positiiviset hoitovaikutukset, joiden perusteella sen käyttö HyvinvointiTV[®]:ssä lähetettävissä ohjelmissa olisi perusteltua.

HyvinvointiTV[®]:n ohjelmissa toteutetun Body Awareness Therapyn vaikuttavuutta voidaan arvioida kappaleessa 4.4 esitellyn Body Awareness Scalean (Liite 1) avulla. Body Awareness Scalella fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä arvioidaan niin subjektiivisesti kuin objektiivisesti. Kyseistä mittaria käyttämällä voidaan saavutettuja toimintakyvyn muutoksia arvioida luotettavammin. Tällöin voidaan myös verrata, saavutetaanko HyvinvointiTV[®]:n interaktiivisessa toimintaympäristössä samankaltaisia tuloksia kuin opinnäytetyössämme esitellyt tulokset ovat.

9 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, minkälaisia vaikutuksia Body Awareness Therapylla on mielenterveyskuntoutujien toimintakykyyn. Mielestämme olemme saavuttaneet tämän tavoitteen. Tehtyämme systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoituneille viidelle tutkimukselle aineistolähtöisen sisällönanalyysin, saimme vastauksen tutkimuskysymykseemme ”Minkälaisia vaikutuksia Body Awareness Therapylla on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella mielenterveyskuntoutujan toimintakykyyn?”.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli, että kirjallisuuskatsauksesta saatavia tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää HyvinvointiTV[®]:n ohjelmasuunnittelussa. Emme voi vaikuttaa HyvinvointiTV[®]:n ohjelmasuunnitteluun emmekä siihen, tullaanko saamiamme tuloksia hyödyntämään toimintaympäristössä, joten emme voi olla varmoja, onko tutkimuksellamme käytännön työssä todellista arvoa. Asettamamme tavoite tuloksien hyödyntämisestä HyvinvointiTV[®]:ssä toteutuu ainakin osittain, sillä tulemme esittämään tutkimuksen tulokset HyvinvointiTV[®]:n lähetyksessä 18.3.2011. Toivomme mielenterveyskuntoutujien kiinnostuvan aiheesta ja motivoituvan oman toimintakykyisyytensä edistämiseen.

Opinnäytetyön tekeminen oli opettavainen prosessi. Tutkijat oppivat paljon sekä tutkittavasta aiheesta kuin myös tutkimuksen tekemisestä. Molemmat tutkijat pitivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen valintaa hyödyllisenä myös tulevaisuutta ajatellen. Vaikka tutkimuksen edessä kohtasimme erilaisia haasteita, saavutimme molempia tutkijoita tyydyttävän lopputuloksen.

Haasteellista tutkimuksen alkuvaiheessa oli tutkittavan aiheen laajuus. Alun perin tarkoituksena oli tutkia psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia mielenterveyskuntoutujan toimintakykyyn. Rajattuumme aiheen riittävän tarkasti Body Awareness Therapyyn, pääsimme aloittamaan tiedonhaun ja etenemään tutkimuksen teossa. Opinnäytetyön ohjaajan vaihtuminen kesken prosessin olisi voinut vaikeuttaa tutkimuksemme kulkua, mutta tässä tapauksessa ohjaajat olivat yhtä mieltä tutkimuksen kulun etenemisestä, eikä ohjaajan vaihtuminen vaikuttanut tutkimusprosessimme etenemiseen.

Tutkimuksemme edistymiseen vaikutti positiivisesti koulumme tarjoama tietokantojen laajuus, joista tiedonhaku tutkimusta varten suoritettiin. Vaikka käytössämme oli laajalti eri tietokantoja, havaitsimme tutkimustiedon aiheestamme olevan vähäistä. Olemassa oleva tutkimustieto on pitkälti samojen pohjoismaisten tutkijoiden tuottamaa, joka voi vaikuttaa tutkimuksemme tuloksiin ja luotettavuuteen. Tutkimuksemme valmistuttua pohdimme, olisivatko tutkimuksemme tulokset olleet samansuuntaisia, jos kirjallisuuskatsaukseen olisi ollut mahdollista sisällyttää tutkimuksia Pohjoismaiden ulkopuolelta.

Kirjallisuuskatsauksen aineistoa kerätessä jouduimme jättämään kolme potentiaalista tutkimusta katsauksen ulkopuolelle. Kaksi näistä tutkimuksista pois suljettiin julkaisukielen takia ja yksi tekstin maksullisuuden vuoksi. Kirjallisuuskatsauksen aineiston laajuuden kannalta olisi ollut hyvä, jos nämä tutkimukset olisi voitu sisällyttää tutkimukseemme. Saimme kuitenkin koottua riittävän laajan aineiston, emmekä usko näiden tutkimusten pois sulkemisen vaikuttavan merkittävästi tutkimuksemme tuloksiin.

9.1 Tulosten tarkastelu

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta Body Awareness Therapyyn olevan tuloksellinen hoitomuoto mielenterveyskuntoutujilla. Tämän toteamuksen pohjalta voidaan Body Awareness Therapya suositella mielenterveyskuntoutujille osana muuta kuntoutusta. Body Awareness Therapylla näyttäisi olevan sekä lyhyen että pitkän aikavälin vaikutuksia fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn. Tutkimuksen tuloksissa raportoidaan kuntoutujien kokemuksia elämän mielekkyyden ja hyvinvoinnin lisääntymisestä. Uskomme terapiassa tehtävän harjoittelun myötä saavutettujen toimintakyvyn muutosten vaikuttavan positiivisesti kuntoutujien elämänlaatuun.

Koska fyysinen ja psyykinen toimintakyky ovat tiiviisti yhteydessä ja vaikuttavat toinen toisiinsa, on vaikea erotella saavutettuja toimintakyvyn muutoksia joko fyysisestä tai psyykkisestä toimintakyvyn paranemisesta johtuviksi. Oletamme Body Awareness Therapyyn hyvien hoitotuloksien johtuvan sen kokonaisvaltaisuudesta. Toisten terapiamuotojen keskittyessä joko fyysiseen tai psyykkiseen kuntoutukseen, Body Awareness Therapy ottaa yksilön huomioon

kokonaisuutena, josta ei voida erottaa pelkästään fyysistä tai psyykkistä toimintakokonaisuutta. Body Awareness Therapy keskittyy kehon ja mielen yhteyden ja tasapainon löytämiseen, jonka takia se onkin tuloksellinen hoitomuoto mielenterveyskuntoutujilla, joilla kehon ja mielen yhteys on häiriintynyt.

Katsauksen viidestä tutkimuksesta neljässä tutkimuksessa Body Awareness Therapy interventio oli toteutettu yhdistettynä muuhun kuntoutukseen. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa ei selvästi ilmaistu olivatko kuntoutujat saaneet muutakin hoitoa Body Awareness Therapy intervention aikana. Kaikissa viidessä tutkimuksessa raportoitiin ainoastaan positiivisia hoitovaikutuksia. Kyseenalaista on, kuinka paljon kuntoutujien saama muu hoito on vaikuttanut tutkimusten tuloksiin. Koska suurimmassa osassa tutkimuksia kuntoutujat olivat saaneet muutakin hoitoa Body Awareness Therapy intervention aikana, ei voida luotettavasti sanoa, ovatko kaikki positiiviset hoitovaikutukset ainoastaan Body Awareness Therapyn ansiota. Epävarmaa on, mikä on muiden hoitomuotojen vaikutus tuloksiin, esimerkiksi kuinka paljon lääkähoidolla on vaikutusta Body Awareness Therapylla saavutettuihin tuloksiin.

Body Awareness Therapyn positiivisia hoitovaikutuksia tukevat Gyllenstenin ym. (2003a, 2009) tutkimukset, joissa kummassakin oli yhdistetty Body Awareness Therapy tavanomaiseen mielenterveyskuntoutujien hoitoon. Tutkimusten tuloksissa verrattiin Body Awareness Therapya saaneen koeryhmän toimintakyvyn muutoksia kontrolliryhmän toimintakykyyn. Kontrolliryhmä oli saanut ainoastaan tavanomaista hoitoa. Tutkimusten tuloksissa todetaan merkittävää parannusta koeryhmän toimintakyvyssä verrattuna kontrolliryhmään.

Tutkimusten haun yhteydessä ei löytynyt tutkimuksia, joissa Body Awareness Therapy olisi ollut tutkimuksen aikana ainoa terapiamuoto. Tällainen tutkimus voisi selventää, mikä on todellisuudessa Body Awareness Therapyn osuus saavutetuissa toimintakyvyn muutoksissa. Oletamme, että tällaisia tutkimuksia ei löydy, koska mielenterveyskuntoutujat tarvitsevat kokonaisvaltaista ja usein jatkuvaakin seuranta ja hoitoa kuntoutumisen mahdollistumiseksi.

Gyllenstenin ym. (2009) tutkimuksessa oli tutkittu, kuinka Body Awareness Therapy vaikuttaa terveyspalveluiden käyttöön. Tutkimuksessa havaittiin, että jo 12 Body Awareness Therapy hoitokerran jälkeen terveyspalveluiden käytössä tapahtui merkittävää vähenemistä. Tämä näkyi muun muassa sairauslomien vähentymisenä sekä sosiaali- ja mielenterveyspalveluiden vähentyneenä käyttönä. Tämä tukee aiempaa toteamusta kappaleessa fysioterapeuttinen ohjaus, jossa todetaan onnistuneen ohjauksen tavoitteena olevan vähentyneet yhteydenotot terveydenhuoltoon (Kyngäs ym. 2007, 6). Mielestämme tämä kuvaa konkreettisesti Body Awareness Therapyn positiivisia vaikutuksia mielenterveyteen ja sitä, miten terapiassa saavutetut toimintakyvyn muutokset hyödyttävät kuntoutujan jokapäiväistä elämää. Uskomme terveys-

palveluiden tarpeen vähentymisen saattavan pienentää kustannuksia esimerkiksi kunnallisella tasolla.

Gyllenstenin ym. (2003b) tutkimuksessa todetaan koehenkilöiden terapiaan sitoutuneisuuden ennustavan parhaiten saatavia tuloksia (ks. Gomes-Schwartz 1978). Sitoutuneisuuden kannalta tärkeää on, että kuntoutuja ymmärtää harjoittelun merkityksen. Tutkimuksessa havaittiin hoitajakson pituuden vaikuttavan terapiaan sitoutumiseen. Pitkä hoitosuhde kertoi kuntoutujien motivoituneisuudesta ja sitoutuneisuudesta. Hoitoon sitoutuneisuuden todettiin olevan parempi pidemmällä hoitajaksoilla. (Gyllensten ym. 2003b, 180)

Hedlund ja Gyllensten (2010) toteavat tutkimuksessaan, että aikaisemmat positiiviset hoitovaiikutukset Body Awareness Therapysta vaikuttivat osallistujien sitoutuneisuuteen. He myös olettivat, että tutkimukseen osallistuivat pääasiassa sellaiset henkilöt, joilla oli jo entuudestaan positiivisia kokemuksia Body Awareness Therapysta. Uskomme tämä mahdollisesti vaikuttaneen tuloksien laatuun. Jos tutkimukseen olisi osallistunut henkilöitä, joilla ei olisi ollut aiempaa kokemusta Body Awareness Therapysta, olisivat tulokset voineet olla luotettavampia ja tutkittavat olisivat kyenneet suhtautumaan interventioon kriittisemmin.

Kuntoutujien tutkimuksiin sitoutuneisuus näkyi pienenä keskeyttämisprosenttina kaikissa tutkimuksissa. Gyllenstenin ym. (2003b) tutkimuksessa 11 osallistujasta yksikään ei jättänyt tutkimusta kesken. Gyllenstenin ym. (2003a, 2009) tutkimuksissa, joissa kohdejoukko oli sama, keskeyttämisprosentti oli 22 eli 77 osallistujasta 17 keskeytti. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimukseen osallistuneista 18 koehenkilöstä vain yksi jätti tutkimuksen kesken ilmaistuaan oman näkemyksensä. Hedlundin ja Gyllenstenin (2010) alkuperäinen koeryhmä koostui 12 henkilöstä, joista yksi keskeytti, yksi ei saapunut paikalle ja kahta koehenkilöä ei enää tarvinnut kutsua haastateltavaksi. Tutkijat kokivat saneensa kahdeksasta haastattelusta tarvittavan määrään informaatiota, eikä uusia teemoja enää nousut esille.

Gyllenstenin ym. (2009) tutkimuksessa keskeyttämisprosentti oli 22. Tutkijat toteavat, että tästä johtuen tutkimuksen tuloksia tulisi tarkastella kriittisesti. Tutkijat olivat kuitenkin analysoinnin jälkeen todenneet, ettei tutkimukseen jääneiden henkilöiden ja keskeyttäneiden välillä ollut havaittavissa eroavaisuuksia. Olemme tutkijoiden kanssa samaa mieltä siitä, että tuloksien tulkinnessa tulisi ottaa huomioon keskeyttämisprosentin suuruus. Koska keskeyttäneiden ja tutkimukseen jääneiden joukot olivat ominaisuuksiltaan homogeenisiä, ei keskeyttäneiden määrän tulisi juurikaan vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Mielestämme kyseisen tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkijat ovat rehellisesti tuoneet esille myös tutkimuksen heikkoja kohtia.

Opinnäytetyömme tulokset olisivat helpommin liitettävissä HyvinvointiTV[®]:n toimintaympäristöön, jos tutkimuksista olisi käynyt ilmi miten Body Awareness Therapya oli toteutettu ja miten ohjausta oli hyödynnetty osana fysioterapiaa. Tutkimuksissa oli hyvin niukasti kuvailtu terapian toteuttamista. Tieto siitä, miten terapiaa oli toteutettu tutkimuksissa, olisi ollut arvokasta HyvinvointiTV[®]:n ohjelmasuunnittelun kannalta. Ennen aineistoon perehtymistä oletimme, että aineistossa olisi kuvailtu tarkemmin Body Awareness Therapyn toteutusta.

HyvinvointiTV[®] tuottaa virtuaalisesti hyvinvointia tukevia ohjelmia eri asiakasryhmille. HyvinvointiTV[®]:n ohjelmat tuotetaan asiakkaille interaktiivisen vuorovaikutteisen kuvayhteyden välityksellä. (Turvallinen Koti b.) Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tulosten perusteella mielenlenterveyskuntoutujat hyötyvät erityisesti kehotietoisuus harjoituksista. Kehotietoisuutta voidaan harjoittaa muun muassa hengitys- ja rentoutumisharjoitteiden avulla. Ohjelmia, jotka sisältävät tällaisia harjoituksia olisi näin ollen suositeltavaa ottaa mukaan ohjelmistoon. Esimerkiksi fysioterapiaopiskelijat voisivat kehittää omaa ammatillista osaamistaan suunnittelemalla ja ohjaamalla tällaisia ohjelmia.

Kontekstin luomien rajoitteiden takia ohjauksen keinot ovat visuaalinen ja sanallinen ohjaus. Body Awareness Therapyyn kuuluu näiden lisäksi myös manuaalista ohjausta sekä esimerkiksi kosketukseen ja läheisyyden hyväksymiseen liittyviä harjoituksia. Interaktiivisen vuorovaikutuksen luomien rajoitusten vuoksi on Body Awareness Therapyn harjoitteita sovellettava toimintaympäristöön soveltuviksi. Ympäristön luomia rajoitteita voivat olla esimerkiksi tilan vähyys, harjoitteissa tarvittavan suuren peilin puuttuminen tai kumppanin puuttuminen pari-harjoitteita varten.

Vaikka interaktiivinen ohjaaminen luo rajoituksia, voi se olla mielenlenterveyskuntoutujille mielekkäämpi tapa harjoitella kuin perinteinen ryhmämuotoinen harjoittelu. Kynnys osallistua interaktiivisiin ohjaustilanteisiin voi olla pienempi, koska harjoittelu tapahtuu kuntoutujalle tutussa ympäristössä. Harjoitteluun osallistumista voi myös helpottaa tieto harjoittelun lopettamisen helppoudesta kuntoutujan niin halutessa.

Body Awareness Therapylla pyritään tarjoamaan positiivisia kokemuksia omasta kehosta. Teknologia-avusteisen ohjauksen välityksellä positiivisten kokemusten luominen voi olla jopa helpompaa kuin esimerkiksi ryhmämuotoisessa harjoittelussa. Oman kodin rauhassa kuntoutuja kykenee syventymään omaan itseen ja kehon hahmottamiseen. Esimerkiksi rentoutumisharjoitteiden voisi olettaa onnistuvan paremmin tutussa ympäristössä, kuntoutujan kuitenkin saadessa jatkuvaa ohjausta ja palautetta suorituksesta.

Tietotekniikan avulla voidaan myös luoda yhteyksiä muuhun yhteiskuntaan ja näin estää syrjäytyminen palvelujen piiristä (Välimäki 2005, 107 - 110). HyvinvointiTV[®]:n toimintaympäris-

tö luo puitteet tällaiselle interaktiiviselle vuorovaikutukselle, johon ei olisi mahdollisuutta ilman teknologian hyödyntämistä kuntoutusprosessissa. HyvinvointiTV® ei ole ainut teknologiaa hyödyntävä toimintaympäristö, vaan esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) suunnittelee käynnistävänsä terapiatoiminnan internetin välityksellä mielenterveyskuntoutujille. Näyttö teknologia-avusteisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta voidaan sanoa olevan kohtalaisen vahvaa. (Repo 2011.)

Moniin mielenterveyden häiriöihin voi liittyä muun muassa ahdistusta tai väsymistä, jolloin harjoittelu voi tuntua epämiellyttävältä. Kotona interaktiivisen yhteyden välityksellä harjoiteltaessa kuntoutujan on helpompi keskeyttää harjoittelu kuin esimerkiksi ryhmässä sosiaalisen paineen alla. Interaktiivisissa ohjaustilanteissa kuntoutuja ei myöskään joudu asettamaan itseään alttiiksi fyysiselle kontaktille, joka voi olla monille ahdistavaa. Tämä positiivinen puoli voi helposti kääntyä myös negatiiviseksi, jos kuntoutuja jää kotiin eikä luo oikeita sosiaalisia kontakteja.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tärkeää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teossa on huomioida, että huolimattomasti tehty katsaus tuottaa epäluotettavaa tietoa, jolla ei ole jatkossa arvoa jatkotutkimusten kannalta (Pudas-Tähkä & Axelin 2007,46). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoon suositellaan osallistuvan vähintään kaksi henkilöä, jotta tutkimusten valinnan ja käsittelyn voidaan katsoa olevan luotettavaa. Vaikkakin tämä kriteeri tutkimuksessamme täyttyy, voi tulokseen vaikuttaa tutkijoiden kokemattomuus. (Leino-Kilpi 2007, 6.) Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös tietokantojen laadukkuus, hakutermien tarkoituksenmukaisuus, valittujen tutkimusten laadunarviointi ja tutkimusten riittävä määrä. (Tähtinen 2007, 11 - 28.)

Tarkka kirjaaminen koko tutkimusprosessin ajan on tärkeää tutkimuksen onnistumisen, merkittävyyden ja laadukkuuden kannalta (Leino-Kilpi 2007,6). Nelli-portaalin kautta käyttämämme tietokannat ovat Laurea ammattikorkeakoulun hankkimia ja hyväksymiä, jonka tulisi taata tutkimusten julkaisukanavien laatu. Hakutermit tarkistetaan MeSH-järjestelmän avulla, varmistaaksemme niiden oikeellisuuden. Hakusanojen täytyy olla yleisesti käytettyjä ja tunnettuja, jotta välttyttäisiin termien väärinymmärrykseltä. Termien paikkansapitävyys on tärkeä seikka tutkimuksen luotettavuuden kannalta.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa merkittävästi se, vastaavatko valitsemamme tutkimukset tutkimuskysymykseemme. Tutkimuskysymyksemme on asetettu niin, että sillä pyritään saamaan vastauksia siihen millaisia vaikutuksia Body Awareness Therapylla on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella mielenterveyskuntoutujan toimintakykyyn. Kirjalli-

suuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset antoivat hyvin vastauksen tutkimuskysymykseen, sillä niissä kaikissa oli hyvin kuvailtu saavutettuja toimintakyvyn muutoksia.

Tutkimuksen teossa on huomioitava erilaisia tutkimuseettisiä kysymyksiä. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ei toteuteta uutta interventiota, vaan tutkimuksessa yhdistetään jo olemassa olevaa tietoa valitusta aiheesta. Näin ollen vältymme sellaisilta eettisiltä vaatimuksilta kuin henkilöiden suostumuksen hankinta, koehenkilöiden informointi sekä riskit tutkimukseen osallistumisesta. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tärkeiksi tutkimuseettisiksi kysymyksiksi nousevat sen sijaan tutkimusaiheen valinta, plagioinnin välttäminen, toisten tutkijoiden osuuden tunnustaminen, tulosten raportointi ja niiden kriittinen tarkastelu. (Hirsjärvi ym. 2009, 25 - 27.)

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus liittyvät tiiviisti toisiinsa ja eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua. Tutkimuksen eettisyyden takaamiseksi tutkijan on huolehdittava esimerkiksi siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, tutkimusasetelma on tarkoituksen mukainen ja raportointi on huolellista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127) Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttaa myös onko tutkimuksen teossa noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, joka edellyttää esimerkiksi muiden tutkijoiden työn ja saavutusten tunnustamisen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus perustuu jo olemassa olevaan tutkimustietoon, joten muiden tutkijoiden työn tunnustaminen on oleellinen osa opinnäytetyötämme. Olemme tutkimusta tehdessämme pyrkineet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Suomen Akatemia 2007) ja toivomme sen lisäävän tutkimuksen eettisyyttä.

Tutkimuksemme luotettavuuteen voi todennäköisesti vaikuttaa yhden tutkijan suuri osallisuus valtaosaan kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista tutkimuksista. Viidestä tutkimuksesta Amanda Lundvik Gyllensten oli osallisena neljässä. Luotettavuutta heikentää myös se, että kahdessa Gyllenstenin tutkimuksessa oli hyödynnetty samaa kohdejoukkoa kahteen eri tutkimustarkoitukseen.

Tutkimuksen edetessä jouduimme tarkentamaan tutkimuskysymystämme. Tutkimuskysymyksen muuttaminen ei kuitenkaan saisi johtua kysymyksen sopimattomuudesta aineistoon nähden (Khan ym. 2002, 19). Tutkimuskysymyksen muuttaminen johtui valitsemamme intervention tarkentumisesta alustavien tietohakujen jälkeen. Tämän myötä myös tutkimusten interventioon liittyvät sisäänottokriteerit muuttuivat (Khan ym. 2002, 18).

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytetyistä tutkimuksista vain kaksi oli RCT- tutkimuksia. Suurempi RCT-tutkimusten osuus aineistosta olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta, sillä RCT-tutkimuksia pidetään erityisesti lääketieteen alan arvostetuimpina tutkimuksina (Luomajoki 2006, 27). PEDro Scalella pisteytettynä RCT-tutkimusten metodologia ei ollut paras mahdolli-

nen, sillä tutkimukset saivat pisteet 5/10 ja 6/10. Pisteitä ollessa 6/10 tai enemmän voidaan tutkimuksen olettaa olevan laadultaan hyvä. (Luomajoki 2006, 26.) Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt, jos RCT-tutkimukset olisivat olleet metodologialtaan laadukkaammat.

Luotettavuuden kannalta merkittävää on, että tutkijat aloittivat sisällönanalyysin tekemisen erikseen, jonka jälkeen materiaaleja verrattiin keskenään yhteneväisyyden takaamiseksi. Tämän lisäksi ennen tutkimustulosten raportoinnin aloittamista ulkopuolinen henkilö tutustui kokoamaamme aineistoon antaen palautetta luokittelusta ja sen loogisuudesta. Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää aineiston pelkkä englanninkielinen materiaali. Kielivalinta johtui suomenkielisen aineiston puuttumisesta. Luotettavuuden kannalta on myös huomioitava se, että tutkijat eivät ole englannin kielen natiivipuhujia, joten tietynasteinen eriävien tulkintojen mahdollisuus on olemassa. Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin myös kaksi muuta tutkimusta, joista vain abstraktit oli saatavilla englanninkielisenä, kun taas koko tekstit olivat tutkijoille vierailta kielillä.

Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet kuvaamaan prosessin etenemistä vaiheittain, aina tutkimuskysymysten asettamisesta tutkimusten laadulliseen ja sisällölliseen analysointiin. Mielestämme tutkimuksemme laatua lisää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkka, vaiheittainen kirjaaminen. Tarkasti ja selkeästi kuvattu raportointi lisää tutkimuksen luotettavuutta ja toistettavuutta, mikä tekee siitä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Luotettavuutta lisää myös tuloksien kriittinen arviointi ja hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen.

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme tiedonhaun yhteydessä havaitsimme tutkimustiedon olevan vähäistä valitsemastamme aiheesta. Tutkimuksia Body Awareness Therapystä löytyi runsaasti, mutta kohdejoukon ollessa mielenterveyskuntoutujat löytyi tuoretta tutkimustietoa hyvin rajallisesti. Tutkimustietoa löytyi laajalti muun muassa Body Awareness Therapy -interventioista fibromyalgiaa sairastavilla. Oletamme tuoreen tutkimustiedon vähyyden johtuvan siitä, että aiheeseen perehtyneitä tutkijoita on vähän ja tutkimukset on tuotettu pääasiassa Pohjoismaissa. Tästä kertoo yhden tutkijan osallisuus neljään tutkimukseen kirjallisuuskatsaukseen valikoituneista viidestä tutkimuksesta.

Tulevaisuudessa mielenkiintoista olisi toteuttaa Hyvinvointi TV[®]:n toimintaympäristössä Body Awareness Therapy -interventio mielenterveyskuntoutujilla ja arvioida sen vaikutuksia toimintakykyyn. Tällainen käytännössä toteutettu tutkimus ja interventio voisi olla jatkoa teoreettiselle tutkimuksellemme. Opinnäytetyömme tarjoaisi jatkotutkimukselle hyvän teoreettisen tietoperustan kattavine lähteineen aiheesta.

Työmme teoreettisessa viitekehyksessä olemme esitelleet Body Awareness Scalen, jota olisi mahdollista hyödyntää uutta tutkimusta tehtäessä. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla uuden, suomenkielisen mittarin kehittäminen mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn arvioimiseksi. Apuna tässä voitaisiin hyödyntää jo olemassa olevaa Body Awareness Scalea. Suomenkielisellä mielenterveyskuntoutujien toimintakykyä arvioivalla mittarilla voisi olla tarvetta, koska tällä hetkellä ei vastaavanlaista mittaria ole yleisessä käytössä.

Lähteet

- Dunderfelt, T., Laakso, J., Niemi, P., Peltola, R. & Vidjeskog, J. 2005. Yksilöllinen ihminen. *Psykologia* 5. Helsinki: WSOY.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Gyllensten, A.L., Ekdahl, C. & Hansson, L. 2009. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Physiotherapy*. 2009:11: 2 -12.
- Gyllensten, A.L., Hansson, L. & Ekdahl, C. 2003a. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care. *Advances in Physiotherapy*. 2003; 5: 179 - 190.
- Gyllensten, A.L., Hansson, L. & Ekdahl, C. 2003b. Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2003:7 (3), 173 - 183.
- Hedlund, L. & Gyllensten, A.L. 2010. The experiences of basic body awareness therapy in patients schizoprenia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2010: 14: 245 - 254.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. *Mieli ja terveys*. Helsinki: Edita.
- Heikman, P., Katila, H. & Kuoppasalmi, K. 2004. Toimintakyvyn mittaamenetelmät psykiatriassa. Teoksessa E. Matikainen, T. Aro, A. Huunan-Seppälä, J. Kivekäs, S. Kujala & S. Tola. (toim.) *Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö*. Helsinki: Duodecim.
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. *Psykofyysinen ihminen*. Helsinki: WSOY Opimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun Yliopisto.
- Johnsen, R. W. & Råheim, M. 2010. Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Advances in Physiotherapy*. 2010: 12: 166 - 174.
- Jukka, M. 2001. Mielenterveyden ongelmat ja opiskelijan toimintakyky. Teoksessa Kiljala, S. (toim.) *Mielenterveyskuntoutajat opintieillä*. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto ry.
- Kataja, J. 2004. *Rentoutuminen ja voimavarat*. Helsinki: Edita.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. Helsinki : WSOY.
- Khan, K., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G. 2002. *Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine. How to reviews and apply findings of healthcare research*. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Koskisuu, J. 2004. *Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on?* Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lahikainen, S. 2000. Ohjaus- ja neuvontatyön lähtökohtia ja näköaloja kuntoutuksessa. Teoksessa J. Onnismaa, H. Pasanen & T. Sprangar. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2009. Mielenterveys. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Leino-Kilpi, H.. 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun Yliopisto.

Luomajoki, H. 2006. PEDro- australialaisten lahja fysioterapeuteille. Fysioterapia 2/06, 26-30.

Mielenterveyden keskusliitto. 2010.

http://www.mtkl.fi/tietopankki/kuntoutuminen/olet_oman_elamasi_asiantuntija/. Luettu 9.11.2010.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Nykänen, M., Pohjolainen, T. & Alaranta, H. 2003. Moniammatillinen työryhmätoiminta. Teoksessa H. Alaranta, T. Pohjolainen, J. Salminen & E. Viikari-Juntura. (toim.) Fysiatría. Helsinki: Duodecim.

Ojala, M. 2003. Toimintaedellytystieto ja sen hyödyntäminen. Käsitteet, termit, luokitukset ja tietämyksen hallinta. Helsinki: Stakes.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudemus.

Paatero, H., Lehmijoki, P., Kivekäs, J. & Ståhl, T. 2008. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallaranta & A. Suikkanen. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Peltola, R., Himberg, L., Laakso, J., Niemi, P. & Näätänen, R. 2004. Toimiva ihminen. Psykologia 1. Helsinki: WSOY.

Pohjolainen, T. & Alaranta, H. 2009. Toimintakyky. Teoksessa J. Arokoski, H. Alaranta, T. Pohjolainen, J. Salminen & E. Viikari-Juntura. (toim.) Fysiatría. Helsinki: Duodecim.

Pratt, C. W., Gill, K. J., Barret, N. M. & Roberts, M. M. 1999. Psychiatric Rehabilitation. USA, San Diego: Academic Press.

Psyfy ry. 2010.

<http://www.psyfy.net/fysioterapiat.php?id=4>. Luettu 23.2.2010.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun Yliopisto.

Repo, P. 2011. Psykoterapia hoituu pian netissä. Helsingin Sanomat 10.1.2011.

<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Psykoterapia+hoituu+pian+netiss%C3%A4/1135262932447>. Luettu 25.1.2011.

Rindflesch AB. Physiotherapy Theory and Practice. 2009. A grounded-theory investigation of patient education in physical therapy practice. 2009;25(3), 193 - 202

- Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Rissanen, P. 2008. Terapiaa vai kuntoutusta? Teoksessa P. Rissanen, T. Kallaranta & A. Suikkanen. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Roxendal, G. 1985. Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale, Treatment and Evaluation in Psychiatric Physiotherapy. Sweden: Lillhagen Hospital.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto, 92. <http://herkules oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>. Luettu 10.1.2011.
- Silius, K. 2007. Grounded Theory. Tampere:Tampereen teknillinen yliopisto, 4. http://www.cs.tut.fi/~kujala/tutkimusmenetelma/Materiaali/grounded_theory120407.pdf Luettu 3.12.2010.
- Suomen Akatemia. 2011. <http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/1-Hyva-tieteellinen-kaytanta/>. Luettu 10.1.2011.
- Suomen Fysioterapeutit. 2010. http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=55. Luettu 5.11.2010.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turvallinen Koti. 2010a. http://www.turvallinenkotihanke.fi/?page_id=2. Luettu 12.11.2010.
- Turvallinen Koti. 2010b. http://www.turvallinenkotihanke.fi/?page_id=172. Luettu 12.11.2010.
- Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa K. Johansson, A., Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun Yliopisto.
- Välimäki, M., Suhonen, R., Koivunen, M., Pukuri, T. & Knapp, M. 2005. Tietotekniikan mahdollisuudet mielenterveystyössä. Teoksessa M. Miettinen, H. Hopia, L. Koponen & K. Wilskman. (toim.) Hoitotyön interventiot. Hoitotyön käsikirja 2005. Suomen Sairaanhoidon jaliitto ry.

Liitteet

Liite 1 Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset

Tutkijat	Vuosi	Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Kohdejoukko	Tulokset
Gyllensten, A. L., Hansson, L. & Ekdahl, C.	2003	Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist	Tutkia psykiatrista fysioterapiaa saavien potilaiden kokemuksia Basic Body Awareness Therapysta ja suhdetta fysioterapeuttiin.	Skitsofreniaa sairastavia (6) sekä avohoidossa olevia mielenterveyskuntoutujia (5)	Yleisimmät raportoidut hoitovaikutukset liittyivät ryhtiin ja tasapainoon. Tämän lisäksi liikehallinta ja kehon viestien tietoinen käsittely olivat keskeisiä teemoja.
Gyllensten, A. L., Hansson, L. & Ekdahl, C.	2003	Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patient in Psychiatric Outpatient Care	Tutkia Basic Body Awareness Therapyn vaikutuksia yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon verraten tämän yhdistelmän tuloksia vain tavanomaisella hoidolla saatuihin tuloksiin.	Psykiatrisessa avohoidossa olevia potilaita, joilla mieliala- ja persoonallisuushäiriöitä sekä psykosomaattisia oireita (77).	Basic Body Awareness Therapy yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon paransi lyhyellä aikavälillä kehotietoisuutta, asenteita omaa kehoa kohtaan sekä uskoa omaan kykyihin. Myös unen ja fyysisten selviytymiskeinojen koettiin parantuneen.
Gyllensten, A. L., Ekdahl, C. & Hansson, L.	2009	Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study	Tutkia Basic Body Awareness Therapyn ja tavanomaisen hoidon yhdistelmän pitkän aikavälin vaikutuksia verraten tämän yhdistelmän tuloksia vain tavanomaisella hoidolla saatuihin tuloksiin, joita tarkasteltiin kehotietoisuuden, terveyteen liittyvien tekijöiden ja selviytymisstrategioiden kannalta.	Psykiatrisessa avohoidossa olevia potilaita, joilla mieliala- ja persoonallisuushäiriöitä sekä psykosomaattisia oireita (77).	Basic Body Awareness Therapyn ja tavanomaisen hoidon yhdistelmä paransi pitkällä aikavälillä kehotietoisuutta, asenteita omaa kehoa kohtaan sekä uskoa omaan kykyihin. Lisäksi psykiatrisen hoidon tarve ja sosiaalipalveluiden käyttö vähentyivät merkittävästi.
Johnsen, R. W. & Råheim, M.	2010	Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric health-care	Tutkia potilaiden kokemuksia Basic Body Awareness Therapy ryhmään osallistumisesta, syventääkseen ymmärrystä potilaiden käsityksistä kyseisestä harjoittelumuodosta.	17 naista ja yksi mies, joilla psykiatrisia häiriöitä vaihtelevin diagnoosin.	Tuloksista nostettiin esille keskeisimpinä lisääntynyt tietoisuus omasta kehosta ja itsestä, rohkeus ryhtyä muutosta vaativiin prosesseihin sekä parantunut suhde itseän ja muihin ihmisiin.
Hedlund, L. & Gyllensten, A. L.	2010	The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia	Kuvata potilaiden kokemuksia Basic Body Awareness Therapysta painopisteen ollessa hoitovaikutuksissa.	Kahdeksan skitsofreniaa tai vastaavaa sairautta sairastavaa henkilöä.	Tuloksissa tuotiin esille kyky tunteiden säätelyyn, kehotietoisuus ja itseluottamus, sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät tekijät sekä vaikutukset ajattelutoimintoihin.

Liite 2 Body Awareness Scale

BODY AWARENESS SCALE, BAS
ITEM LISTReported psychopathology

1. Inner tension
2. Hostile feelings
3. Inability to feel
4. Hypochondriasis
5. Worrying over trifles
6. Autonomic disturbances report
7. Aches and pains
8. Muscular tension report
9. Loss of sensation or movement
10. Depersonalization
11. Description of the body
12. Change of sexual interest
13. Attitude to physical ability
14. Attitude to movements & exercise
15. Attitude to own appearance
16. Hygiene report

Observed psychopathology

17. Hostility
18. Labile emotional responses
19. Lack of appropriate emotion
20. Autonomic disturbances obs
21. Sleepiness
22. Distractability
23. Withdrawal
24. Slowness of movements
25. Agitation
26. Involuntary movements
27. Muscular tension
28. Mannerism and postures
29. Hallucinatory behavior
30. Relation to the centre-line
31. Relation to the ground in walking
32. Relation to the ground, weight transfer
33. Relation to the ground in sitting
34. Relation to the ground in lying
35. Relation to the ground, contact surface
36. Open or closed body posture
37. Relation to space
38. Associated movements in walking
39. Relation to own mirror image
40. Personal space
41. Isolated movements
42. Stretchings
43. Stamp
44. Run and jump
45. Eye-contact
46. Climb up on a chair
47. Hygiene

REPORTED PSYCHOPATHOLOGY

1. Inner tension

Representing feelings of ill-defined discomfort, edginess, inner moil, mental tension mounting to panic, dread and anguish. Rate acting to intensity, frequency, duration and the extent of reassurance called for. Distinguish from Worrying (5) and Muscular tension (8).

0 Placid. Only fleeting over tension

1 Occasional feelings of edginess and ill-defined discomfort

2 Continuous feelings of inner tension, or intermittent panic which the patient can only master with some difficulty

3 Unrelenting dread or anguish. Overwhelming panic

2. Hostile feelings

Representing anger, hostility and aggressive feelings regardless whether they are acted or not. Rate according to intensity, frequency and the amount of provocation tolerated.

Inability to feel angry is scored zero on this item.

0 Not easily angered

1 Easily angered. Reports hostile feelings, which are easily dissipated

2 Reacts to provocation with excessive anger or hostility

3 Persistent anger, rage or intense hatred which is difficult or impossible to control

3. Inability to feel

Representing the subjective experience of reduced interest in surroundings, or activities that normally give pleasure. The ability to react with adequate emotion to circumstances or people is reduced.

0 Normal interest in the surroundings and in other people

1 Reduced ability to enjoy usual interest. Reduced ability to feel anger

2 Loss of interest in the surroundings. Loss of feelings for friends and acquaintances

3 The experience of being emotionally paralyzed, inability to feel anger or grief, and a complete or even painful failure to feel for close relatives and friends

4. Hypochondriasis

Representing exaggerated preoccupation or unrealistic worrying about health or disease.

Distinguish from Worrying (5), Aches and pains (7) and Loss of sensation or movement (9).

0 No particular preoccupation with ill health

1 Reacting to minor bodily dysfunction with foreboding. Exaggerated fears of disease

2 Convinced that there is some disease but can be reassured only briefly

3 Incapacitating or absurd hypochondriacal convictions (body rotting away, bowels have not worked for months)

5. Worrying of trifles

Representing apprehension, and undue concern over trifles, which is difficult to stop and out of proportion to the circumstances.

Distinguish from Inner tension (1) and Hypochondriasis (4).

0 No particular worry

1 Undue concern, worrying that can be shaken off

2 Apprehensive and bothered about trifles or minor daily routines

3 Unrelenting and often painful worrying. Reassurance is ineffective.

6. Autonomic disturbances

Representing, descriptions of palpitations, breathing difficulties, dizziness, increased sweating, cold hands and feet, dry mouth, indigestion, diarrhoea, frequent micturition.

Distinguish from Inner Tension (1), Aches and pains (7) and Loss of sensation or movement (9).

0 No autonomic disturbances

1 Occasional autonomic disturbances which occur under emotional stress

2 Frequent or intense autonomic disturbances which are experienced as discomfort or socially inconvenient

3 Very frequent autonomic disturbances which interrupt other activities or are incapacitating

7. Aches and pains

Representing reports of bodily discomfort, aches and pains. Rate according to intensity, frequency and duration and also request for relief. Disregard and opinion of organic cause.

Distinguish from Hypochondriasis (4), Autonomic disturbances (6) and Muscular tension (8).

0 Absent or transient aches

1 Occasional definite aches and pains

2 Prolonged and inconvenient aches and pains. Request for effective analgetics.

3 Severely interfering or crippling pains.

8. Muscular tension report

Representing the description of increased tension in the muscles and a difficulty in relaxing physically.

Distinguish from Aches and pains (7).

0 No increase in muscular tension

1 Some occasional increase in muscular tension, more evident in demanding situations

2 Considerably difficulty in finding a comfortable position in sitting or lying. Disturbing muscular tension

3 Painful muscular tension. Completely incapable of relaxing physically

9. Loss of sensation or movement

Representing impairment or loss of particular motor or sensory functions. Disregard any organic basis.

Distinguish from Hypochondriasis (4), Autonomic disturbances (6) and Aches and pains (7).

0 No impairment of sensory or motor function

1 Slight and transient impairment which does not disturb ordinary activities

2 Clearcut impairment or loss of some function, but manages daily activities without help

3 Severely incapacitating and persistent sensorimotor loss which necessitates help, such as blindness, inability to walk or speak

10. Depersonalization

Representing a change in the quality of awareness of oneself combined with feelings of unreality, bodily change, detachment or radical change of person.

Distinguish from Inability to feel (3).

0 No experience of change

1 Occasional or vague feelings of change in oneself

2 Feelings of change of person which are intrusive

3 Continuous experience of radical change of one's person

11. Description of the body

Representing the patient's apprehension, knowledge and image of his body as shown in the answer of the questions: "Please, describe your body. Tell me the parts of it from below".

0 Describes the whole body, well proportioned. Might leave out only small and unimportant details.

1 Leave out or gives wrong proportion of certain important or big parts of the body, e.g. feet, legs, hip, abdomen, chest, arms, hands, head

2 Tries to describe the body but leaves out, gives a distorted or bad proportioned description of several important or big parts of the body

3 Does not describe or has a completely bizarre apprehension of the body
Leaving out the sexual region, the hip and/or the behind should be scored with "0.5".

12. Change of sexual interest

Representing a stronger sexual interest than usual or reduction of the normal sexual interest or the sexual activity. This should be judged against the patient's usual habits when healthy. Kind of change, increase or reduction, should be informed of in a note.

0 No change of sexual interest

1 Increased or reduced sexual interest but no change of the sexual activities

2 Great change of the sexual interest which is reflected in intrusive sexual phantasies or reduction of the sexual activities

3 Complete sexual indifference or totally preoccupied with sexual phantasies or very marked increase in sexual activities

13. Attitude to physical activity

Representing the patient's own opinion of his physical ability or inability, the body as a hindrance in everyday life, not regarding if a dysfunction has organic background or not.

- 0 The body functions mostly satisfactory while making efforts
- 1 Some moments in the daily life, e.g. physical activity, hard cleaning work, is avoided
- 2 Avoids every physical effort except those necessary for everyday life
- 3 Incapacitating bodily inability. Constant need for assistance and care

14. Attitude to movements and exercise

Representing the patient's motivation for and initiative to movements of the body and exercise, except those necessary for the daily life.

- 0 Likes and accomplishes different kinds of movements and/or exercise such as dancing, going for a walk, jogging, running, swimming, some other sport, more than once a week
- 1 Likes different kinds of movements or exercises: accomplishes it once a week or every second week
- 2 Likes some sort of movements or exercise but accomplishes it seldom or never
- 3 Doesn't like and avoids all sorts of movements or exercise

15. Attitude to own appearance

Representing the patient's attitude to his appearance as a whole, both the face and the body.

An overestimation of the patient's appearance should be scored with "0".

- 0 Mostly satisfied, some details less satisfactory. "I look as good as others"
- 1 Often discounted, can find some details acceptable
- 2 Doesn't accept the appearance; thinks that she or he looks uglier than others
- 3 The appearance totally unacceptable. Avoids the mirror or is compulsively fixated, looks for long in the mirror trying to change some detail in the appearance

16. Hygiene

Represents hygiene in general. Special reports about the hygiene of the hair, the teeth and the feet are to be given in notes. Extreme hygienic behavior, such as several baths a day, should be scored with "0" and a note.

- 0 Takes a daily bath or shower. Changes underwear daily or every second day.
- 1 Takes regularly a bath or a shower, 1-2 times a week. Changes underwear 1-2 times a week.
- 2 Takes a bath or a shower only when requested and/or with assistance. Changes underwear when requested.
- 3 Totally indifferent to hygiene, refuses shower, bath and being washed. Doesn't change clothes.

OBSERVED PSYCHOPATHOLOGY

17. Hostility

Representing irritability, angry looks, words or actions. Rate by intensity and frequency, and the small amount of provocation that elicits the response and the time taken to quieten.

- 0 No evident hostility
- 1 Querulous, touchy and irritable on provocation. Occasional angry glances
- 2 Pugnacious, quarrelsome, very aggressive gestures, but can be calmed down
- 3 Threatening behaviour or actual physical violence

18. Labile emotional responses

Representing rapidly changing moods, such as to sudden elation or sadness, with a tendency to display intense emotional responses. Should not be confused with the preponderant mood. Rate by speed and frequency of change.

- 0 No sudden mood changes
- 1 Occasional and understandable rapid mood changes
- 2 Frequent sudden of exaggerated mood changes
- 3 Very rapid changes between intense opposite moods

19. Lack of appropriate emotion

Representing blunting of affects as shown by lack of emotional expression or the occurrence of incongruous emotional displays which are clearly out of keeping with the situation.

- 0 Appropriate affect in keeping with mood
- 1 Apparent lack of concern, slightly odd displays of emotion.
- 2 Responds in a clearly inappropriate way on sensitive issues, or appears not to respond at all
- 3 Only clearly bizarre emotional response or total emotional indifference

20. Autonomic disturbances

Representing signs of autonomic dysfunction, hyperventilation or frequent sighing, blushing, sweating, cold hands, enlarged pupils and dry mouth, fainting.

- 0 No observed autonomic disturbances
- 1 Occasional or slight autonomic disturbances, such as blushing or blanching or sweating under stress
- 2 Obvious autonomic disturbances on several occasions, even when not under stress
- 3 Autonomic disturbances which disrupts the interview

21. Sleepiness

Representing evident diminished ability to stay awake as seen in facial expression, speech or posture.

Distinguish from Withdrawal (23) and Slowness of movements (24).

- 0 Fully awake
- 1 Looks sleepy. Yawns occasionally
- 2 Tends to fall asleep when left in peace
- 3 Falls asleep during interview or is difficult to wake

22. Distractability

Representing attention easily diverted by irrelevant external stimuli. Distinguish from Withdrawal (23) and Hallucinatory behaviour (29).

- 0 Adequately sustained attention
- 1 Attention occasionally distracted by irrelevant stimuli (such as background noises)

2 Easily distracted

3 Continually distracted by incidental events and objects which makes interviewing difficult or impossible.

23. Withdrawal

Representing grossly restricted attention and apparent unawareness of people or surroundings. Distinguish from Sleepiness (21).

- 0 Apparently well aware of the surroundings
- 1 Occasional withdrawal, but attention can be brought back without difficulty
- 2 Appears absent and withdrawn and is only brought back to the interview with difficulty
- 3 Completely withdrawn. Appears not to react to words or touch

24. Slowness of movements

Representing a decrease in frequency and extent of voluntary movements. Facial movements, gait, accompanying movements and gestures retarded and sluggish,

- 0 Ordinary change between rest and activity
- 1 Minimal gestures and facial movements
- 2 Almost no spontaneous motor activity. Slow and labored movements
- 3 Has to be led to the interview. No spontaneous movements. Immobile face. Stupor

25. Agitation

Representing "purposeless" motor activity, such as hand-wringing, picking at objects and clothes, inability to sit still. Distinguish from Involuntary movements (26) and Mannerisms (28).

- 0 No agitation
- 1 Difficult to keep hands still. Changes position several times during the interview. Fiddles with objects
- 2 Obviously restless. Vacant and obtrusive picking at objects. Hand-rises occasionally.
- 3 Cannot be persuaded to sit, except for brief periods. Incessant purposeless wandering.

26. Involuntary movements

Representing the following involuntary movements- tics, tremor, choreoathetotic movements, dyskinesias, dystonias and torticollis. Specify the type.

Distinguish from Agitation (25) and Mannerisms (28).

- 0 No involuntary movements
- 1 Occasional involuntary movements when under stress
- 2 Obvious and frequent involuntary movements, accentuated when under stress. Manages not to let them interfere with ordinary motor activity.
- 3 Continuous involuntary movements which seriously interfere with ordinary activities

27. Muscular tension

Representing observed muscular tension as shown in facial expression, posture and movements.

- 0 Appears relaxed
- 1 Slightly tense face and posture
- 2 Moderately tense posture and face (easily seen in jaw and neck muscles). Does not seem to find a relaxed position when sitting. Stiff and awkward movements
- 3 Strikingly tense. Sits often hunched and crouched, or tense and rigidly upright, at the edge of the chair.

28. Mannerisms and postures

Representing repeated or stereotypic complex movements or postures, such as grimacing, stylized movements, odd postures, catalepsy. The rating is based on frequency and degree of interference with other activities. Distinguish from Agitation (25) and Involuntary movements (26).

- 0 No mannerisms
- 1 Occasional or doubtful grimaces or stylized movements
- 2 Mannerisms, grimaces or postures which are obvious, but do not interfere
- 3 Pronounced mannerisms or postures which take over from ordinary motor activity

29. Hallucinatory behavior

Representing odd behaviour suggestive of hallucinations, for example turning around suddenly, shouting or apparently answering voices re-treating from presumed visual hallucinations.

Should be rated regardless of whether hallucinations are admitted or not. Distinguish from Involuntary movements (26) and Mannerisms and postures (28).

- 0 No hallucinatory behaviour
- 1 Odd behaviour, like talking to oneself, which might represent hallucinatory behaviour but is thought not to be.
- 2 Convincing hallucinatory behaviour
- 3 Bizarre or frequent hallucinatory behaviour which interferes with the interview

30. Relation to the centre-line

Representing clear deviations in the posture, e.g. inclining forwards, backwards, to one side, exaggerated hunchback or swayback, deviation of the head. Clear asymmetry in posture and muscular strength will be scored in this item.

- 0 No deviation from the centre line
- 1 A small deviation, or a big deviation that gets corrected in movements, e.g. the head inclined, exaggerated swayback, bent back.
- 2 Marked deviation that doesn't get corrected and that impedes other movements (breathing, walking).
- 3 Constant, fixed deviation which influences badly the balance

31. Relation to the ground in walking

Representing disability to direct movements towards the floor when walking (especially bend the knees). Exaggerated bending of the knees in walking is scored with "0".

- 0 Walks with flexibility in the knees, with a slight bending while walking jogging etc
- 1 Walks with straight knees (gives increased movements sideways in the pelvis while walking), can bend the knees in movement exercises. Has possibly raised shoulders now and then.
- 2 Walks with straight knees, can possibly bend them sometimes but not following rhythm. Possibly raised shoulders.

3 Walks stiffly or shuffling with straight knees and raised shoulders or walks on the toes. Stiff even in movement exercises

32. Relation to the ground, weight transfer

Representing the ability to move the weight of the body from one foot to the other.

0 Can move the weight of the body from foot to foot with the feet wide apart, stand on one foot approx. 20 seconds, swing one leg when standing on the other foot

1 Manages two of these tasks

2 Manages one of these tasks

3 Doesn't manage moving the weight of the body, swinging one leg or standing on one foot. Walks with a shuffling gait.

33. Relation to the ground in sitting

Representing willingness and ability to sit down and be seated on the floor.

Distinguish from Relation to the ground, contact surface (35).

0 Sits down flexibly and can sit on the floor without difficulty

1 Sits down hesitating or somewhat stiffly and sits on the floor with some difficulty

2 Sits down and sits on the floor unwillingly and/or with great difficulty or only on a mat

3 Does not (refuses to) sit down on a mat or on the floor

34. Relation to the ground in lying

Representing the willingness and ability to lie down on a mat or on the floor.

Distinguish from Relation to the ground, surface of contact (35).

0 Lies down willingly and flexibly

1 Lies down hesitating or with some difficulty

2 Lies down very unwillingly or with great difficulty, or need to be persuaded, or lies only on a mat

3 Doesn't lie down on a mat or on the floor

35. Relation to the ground, contact surface

Represents the surface of contact between the body and the floor in sitting and lying.

Distinguish from Relation to the ground in sitting (33) and Relation to the ground in lying (34).

0 Sits and lies with a relaxed and functioning surface of contact with floor

1 Sits and lies mostly with a small surface of contact with the floor, e.g. with bent knees and arms in lying

2 Sits constantly with a very small surface of contact. Lies with a very small surface of contact, e.g. keeps the head and the shoulders up from the floor

3 Sits and/or lies, but stands immediately up, or refuses to sit and/or lie down

36. Open or closed body posture

The item is scored upon consequent behaviour in the rating session. Exaggerated open posture is scored with "0".

Closed position: Head bent forward, stoop, shoulders drawn forwards, arms crossed in front of the chest, legs crossed. This position protects sensory parts of the body surface.

0 Exaggerated or functioning open body posture

1 Closed or partly closed posture in emotional stress and special movements, e.g. lying on the floor

2 Mostly closed position during interview and movement tests: opens up in parts of the movement tests

3 Permanently closed position

37. Relation to the space

Representing the patient's way to use the room, along the walls, in corners and the middle of the room.

0 Uses the whole room

1 Uses mostly a certain part of the room, for instance following the walls. Uses more of the room in exercises

2 Moves only a little from the door or has determined place in the room that is accepted

3 Stays inside the door, or refuses to go into the room; doesn't move in the room

38. Relation to own mirror image

Representing the patient's behaviour in front of a wall-mirror, when parts of the movement test are performed.

0 Moves easily in front of and directed to the mirror. Looks now and then at the image

1 Moves in front of the mirror. Shows certain discomfort or agitation

2 Manages to move in front of the mirror for a short while, with great discomfort or agitation. Refuses to look at the mirror image, or gets symptoms and/or interrupts the work in front of the mirror

3 Does not work in front of the mirror

39. Associated movements in walking

Representing movements in head, shoulders, trunk and arms when walking. The item should be scored upon consequent behaviour during the rating session.

0 Walks with free posture in the head and with co-ordinated movements in the trunk, shoulders and arms

1 Walks with the head and trunk almost still and with some associated movements from the shoulders

40. Personal space

Representing observed need of "buffer zone", distance between the patient and the rater and/or the exercise leader.

Exaggerated need of closeness and physical contact should be scored with "0".

0 Manages to take part in exercises with different degree of close contact up to touching hand-shoulder or the like

1 Shows discomfort when touched and some agitation when someone comes closer than about 40 centimeters (the length of the underarm)

2 Reacts strongly when touched and shows discomfort or aggressive behaviour when someone comes closer than about 65 centimeters (the length of the whole arm)

3 Reacts strongly against all kinds of approaching

41. Isolated movements

Representing the ability to move certain parts of the body, keeping the rest of the body still.

Reciprocal movements are alternating diagonal in the body, for instance normal walking with diagonal associated movements in the shoulders and arms. Examples of non-reciprocal movements are: jump with both feet together, clapping of hands.

0 Manages to perform isolated movements in respectively head, shoulders, arms, pelvis, hips, knees, feet. Can perform reciprocal movements.

1 Manages most of the isolated movements, fails with not more than 2 or 3, can perform reciprocal movements

2 Manages about 4 of the isolated movements in the movement test. Can not perform reciprocal movements

3 Manages no, or almost no, of the isolated movements

Inability to perform isolated movements in the pelvis only is scored with "0.5"

42. Stretchings

Representing ability to perform stretching through the whole body in lying and in standing.

0 Stretches fully through arms, trunk and legs when lying and standing

1 Straightens arms and legs from the shoulders and hips in lying. Doesn't stretch equally effective in standing. Does not stretch through the body

2 Lifts arms to straighten, but doesn't stretch. Almost straighten the legs. Doesn't stretch from the shoulders, hips or the body

3 Doesn't take part in the stretching exercises

Ability to stretch shoulders - arms and hips - legs, but inability to stretch in the trunk, is scored with "0,5".

43. Stamp

Representing the ability to stamp strongly with the foot in the floor.

0 Stamps strongly, making a sharp noise

1 Stamps obviously, but without force and sound

2 Puts the foot in the floor without stamp or force

3 Doesn't take part in the stamping exercise

44. Run and jump

Representing the ability to leave the floor with the weight of the body. Kind of jump that is performed should be noted.

0 Can jog and run. Can jump with the feet together, jump on the spot and jump on one foot at a time

- 1 Can jog, run and perform two kinds of jump
- 2 Doesn't leave the floor with the weight of the body while jogging and/or running and/or can jump up very little from the floor and/or performs only one kind of jump
- 3 Cannot jog, run or jump

45. Eye-contact

Representing eye-contact with the interviewer and the exercise- leader. The manner to look "right through" the rater is not scored; it should be mentioned in a commentary.

- 0 Does often have eye-contact with the interviewer. Looks around in walking
- 1 Looks often away or down in the interview. Closes now and then the eyes when talking. Looks down when walking
- 2 Looks mostly away, doesn't have eye-contact with the rater(s)
- 3 Keeps constantly the look away and the head turned away or down

46. Climb up on a chair

- 0 Climbs up at once when requested, without help or hesitation
- 1 Climbs up carefully or with slight hesitation or after so request. Climbs quickly down
- 2 Climbs up only with assistance by the leader. Stands possibly not straight on the chair. Climbs quickly down
- 3 Does not climb up on the chair

47. Hygiene

Representing general hygiene, including hair, teeth, feet and clothes. Specify the type.

- 0 Is clean and well groomed
- 1 Shows some signs of lacking interest in hygiene, such as dirty nails, untidy hair, bad hygiene in clothing
- 2 Shows several signs of lacking interest of hygiene, possibly including smell of sweat
- 3 Generally untidy. Seems totally uninterested in the external appearance

MOVEMENT TEST

A space not smaller than 4x7 meters is needed, if possible with a wall-mirror on one short side.

Exercise

Start to walk “normally”. Between each walking instruction, the patient is requested to walk “normally” as a transition to the next exercise.

Walk

- forwards
- backwards
- sideways (one foot out and the other moved up to it)
- bending the knees on every step (springy)
- with stiff legs
- on the toes
- on the heels
- with stamping

The leader tries to walk at different distances from the patient, very close (almost touching), as well as some distance from him. The leader also tries to walk in front of, besides and behind the patient.

Jog and run, if possible

Jump

- with both feet together
- on the spot
- on one foot at a time (hop)

Transfer the weight of the body from foot to foot

Swing one leg in front of the body

Stand on one foot at a time, for at least 15 seconds

Isolated movements

- bend the head forwards and up again
- bend the head to both sides
- turn the head to both sides

In front of the wall-mirror:

Lift the shoulders

- lift one shoulder at a time

- pull the shoulders backwards
- pull the forwards
- rotate the shoulders forwards, upwards, backwards, down
- bend the arms
- straighten them in front of the body
- turn the arms inwards and outwards
- make swimming movements with the arms
- lift the arms towards the ceiling and
- stretch the whole body
- clench the hands
- straighten the fingers
- rotate the hands

Hold the hands on the chest

- move the pelvis from side to side
- move the pelvis round in circles

Standing with the feet shoulder-wide

Turn from side to side

Oscillation with both arms together

Reciprocal oscillation

Reciprocal tapping, left hand on right knee, right hand on left knee

Meeting: The patient and the physiotherapist change places from short side of the room, twice

The physiotherapist stands somewhere in the middle of the room, patient is requested to come as close to her as he finds comfort once

Sit on a chair and stand up

Climb up on the chair. Stay there for a moment (“How is it up there?”)

Step down on to the floor

Sit down on the floor

Bend and stretch the feet

Bend and stretch the legs

Stand up

Lie down on the floor

Turn on to the stomach (“How is it?”)

Turn on to the back

Stretch the arms, first one at a time, then both together

Stretch one leg at a time, the both legs

Stretch the whole left side with the arm and leg, then repeat on the right side

Stretch both arms and legs and the whole

Stand up

Walk as slowly as possible (approx. 7 meters), twice

Walk as quickly as possible (approx. 7 meters), twice

Repeat every moment 1-5 times or until you have enough information scoring

BODY AWARENESS SCALE, BAS
SCORE CARD, page 1
PSYCHOSIS

The interview has taken minutes
Commentary:

REPORTED INFORMATION

	Sc	Co
1. Inner tension.....		
2. Hostile feelings.....		
3. Inability to feel.....		
4. Hypochondriasis.....		
5. Worrying over trifles.....		
6. Autonomic disturbances.....		
7. Aches and pains.....		
8. Muscular tension.....		
9. Loss of sensation or movement.....		
10. Depersonalization.....		
11. Description of the body.....		
12. Change of sexual interest.....		
13. Attitude to physical ability.....		
14. Attitude to movements & exercise.....		
15. Attitude to own appearance.....		
16. Hygiene		

SCORE CARD, page 2
 PHYCOSIS
OBSERVED INFORMATION

Sc Co

17. Hostility.....		
18. Labile emotional responses.....		
19. Lack of appropriate emotion.....		
20. Autonomic disturbances.....		
21. Sleepiness.....		
22. Distractability.....		
23. Withdrawal.....		
24. Slowness of movements.....		
25. Agitation.....		
26. Involuntary movements.....		
27. Muscular tension		
28. Mannerism and postures.....		
29. Hallucinatory behavior.....		
30. Relation to the centre-line.....		
31. Relation to the ground in walking.....		
32. Relation to the ground, weight transfer.		

Sc Co

33. Relation to the ground in sitting.....		
34. Relation to the ground in lying.....		
35. Relation to the ground, contact surface.		
36. Open or closed body posture.....		
37. Relation to space.....		
38. Associated movements in walking.....		
39. Relation to own mirror image.....		
40. Personal space.....		
41. Isolated movements.....		
42. Stretchings.....		
43. Stamp.....		
44. Run and jump.....		
45. Eye-contact.....		
46. Climb up on a chair.....		
47. Hygiene.....		

Liite 3 PEDro Scale

- | | |
|---|--------|
| 1. eligibility criteria were specified (ei huomioida pisteytyksessä) | no/yes |
| 2. subjects were randomly allocated to groups (in a crossover study, subjects were randomly allocated an order in which treatments were received) | no/yes |
| 3. allocation was concealed | no/yes |
| 4. the groups were similar at baseline regarding the most important prognostic indicators | no/yes |
| 5. there was blinding of all subjects | no/yes |
| 6. there was blinding of all therapists who administered the therapy | no/yes |
| 7. there was blinding of all assessors who measured at least one key outcome | no/yes |
| 8. measures of at least one key outcome were obtained from more than 85% of the subjects initially allocated to groups | no/yes |
| 9. all subjects for whom outcome measures were available received the treatment or control condition as allocated or, where this was not the case, data for at least one key outcome was analysed by “intention to treat” | no/yes |
| 10. the results of between-group statistical comparisons are reported for at least one key outcome | no/yes |
| 11. the study provides both point measures and measures of variability for at least one key outcome | no/yes |

(PEDro Physiotherapy Evidence Database. 2010.

<http://www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale/>)

Liite 4 Sisällönanalyysin eteneminen

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
BBAT groups contributed to a better health	parempi terveys	fyysinen suorituskyky	vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn	Body Awareness Therapyn vaikutukset toimintakykyyn
improved bodily functions	parantuneet kehon toiminnot			
better health	parempi terveys			
significant between-group differences were found in favour of treatment group in the BAS-H total and the sub-index of grounding/centre line, centring/breathing and flow	mitatut muutokset fyysisessä toimintakyvyssä			
the ability to use the body with better coordination, freeing the breathing and using less muscular tension in movements	kehon tehokkaampi käyttö			
improving the physiological functions like postural control, posture and the natural flow of breathing, visible in the BAS-H index of grounding/centre line and centring/breathing	fyysisten toimintojen parantuminen			
improvements concerning body functions, as experienced having a better balance and posture, more flexibility in movement and more in contact with their bodies and surroundings	parantuneet kehon toiminnot			
ASES total revealed a significant improvement in favour of the treatment group	subjektiivisesti arvioitu toimintakyvyn parantuminen			
For the CRI domain of physical coping resources, there was also a significant improvement in favour of the treatment group	fyysisen suoriutumisen parantuminen			
Analyses of the changes between baseline and Basic BAT termination revealed that the treatment group improved significantly in BAS-H total and all sub-indices as well as the BAS interview	fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn parantuminen			
ASES disclosed significant changes for the ASES total and the sub-indices of other symptoms and pain and the sub-index of function.	subjektiivisesti arvioitu toimintakyvyn parantuminen			
Patients receiving Basic BAT in addition to TAU had a significantly better outcome on the primary outcome measure BAS-H both concerning the total index and the sub-indices of grounding/centre line, centring/ breathing and flow.	mitatut fyysisen toimintakyvyn positiiviset muutokset			

the ability to handle different physical activities	fyysisistä aktiviteeteista suoriutuminen			
gain of strength	voimien lisääntyminen			
being able to focus on posture	ryhdin huomioiminen	ryhti ja tasapaino		
seen in the stability of balance and posture	tasapainon ja ryhdin vakaus			
changes in body posture, balance and movability	muutokset ryhdissä, tasapainossa ja liikkuvuudessa			
better balance and posture	parantunut tasapaino ja ryhti			
had a better postural stability	ryhdin vakaus			
improved balance and posture	parantunut tasapaino ja ryhti			
I was standing still and did not lose my balance	tasapainon varmentuminen			
I really think that my balance has improved.	parantunut tasapaino			
freedom of breathing	hengityksen vapautuminen	hengitys ja rentoutuminen		
I can leave this tension behind	jännityksistä luopuminen			
The sub-index of centring/ breathing that reflects the co-ordination and freedom in the breathing, was significantly improved compared to the control group.	hengitystoimintojen parantuminen			
the ability to let the movements' flow unhindered throughout the body in a relaxed and easy way was also improved	liikkumisen rentoutuminen			
letting go of tensions	rentoutuminen			
to feel the respiration was felt as a relieving experience as well as a new contact with the physiology of the body	hengityksen vaikutukset kehoon			
working on experiencing one's own respiration, especially with consideration to balancing muscle tension in the body, seemed to have consequences concerning sleep and rest, as well as overcoming various demanding situations for some participants	hengityksen vaikutukset rentoutumiseen ja uneen			
postural control, coordination and using less muscular tension in movements were also significantly better	parantunut liikehallinta	liikkuminen		
described an increased activity level, ranging from a minor change to a more thorough change	lisääntynyt aktiivisuuden taso			
after many years of disliking moving her body, one informant described that she nowadays liked to do it	liikkumisen ilo			
more active	aktiivisuuden lisääntyminen			
had increased their level of activity	aktiivisuuden tason lisääntyminen			

Group comparisons revealed a significantly greater improvement in the treatment group with regard to the primary outcome measure BAS-H total score and the sub-indices grounding/centre line, centring/breathing and flow at Basic BAT termination.	liikkumiskyvyn laatu			
the flow index was significantly improved in the treatment group. The flow reflects the ability of movements to pass through the body unhindered by muscle tensions or blocks.	liikkeen sujuvuus			
The aim of the Basic BAT treatment to restore balance, freedom and harmony in the movements seemed to be attained.	sopusointuinen liikkuminen			
The movement behavior in the more complex activities like gait and integrating the breathing in activities were also improved the results disclosed a significant improvement in favour of the treatment group (BAS interview results)	vaativammista liikesuorituksista selviytyminen			
I feel that I can move the whole body better	liikkumisen kehittyminen			
moving with ease	liikkumisen sujuvuus			
this feeling of improved ability to move	liikkumiskyvyn parantuminen			
there was significantly less use of healthcare given by other psychiatric healthcare staff than the psychiatrist	psykiatristen palveluiden tarpeen vähentyminen	hoidon tarpeen vähentyminen	tuloksellinen hoito	
the treatment group had less than half as many psychiatric healthcare consultations compared with the TAU only group	psykiatristen konsultaatioiden tarpeen vähentyminen			
The sick-listing/temporary disability pension for a full day and the total use of the social services during a 12-month period revealed a significant difference in favour of the treatment group	sairaslomien ja sosiaalipalveluiden käytön vähentyminen			
significantly less use of psychiatric treatment	vähentynyt psykiatrisen hoidon tarve			
significantly less use on social services	vähentynyt sosiaalipalveluiden tarve			
fewer symptoms	oireiden vähentyminen	hoitovaikutukset		
the treatment group also demonstrated a significant improvement compared with the controls in the BAS-I, regarding the attitudes to the body and symptoms	parantuneet asenteet koskien kehoa ja oireita			
significant improvements at treatment termination in favour of the treatment group for the BAS-H total, grounding/centre line, centring/breathing and flow index, and the BAS-I (p<0,001), as well as for the ASES (p<0,05)	mitatut toimintakyvyn muutokset			

the long-term effect on the attitude to the body, symptoms and self-efficacy were also significantly better compared with the control group	parantuneet pitkän aikavälin vaikutukset kehoon, oireisiin ja omiin kykyihin kohdistuviin asenteisiin			
reported significantly fewer psychiatric symptoms	vähentyneet psyykkiset oireet			
report positive treatment effects of physiotherapy with BBAT	positiiviset hoitovaikutukset			
all informants reported some positive treatment effects, both in the short term as well as the long term improved self-efficacy	pitkän ja lyhyen aikavälin positiiviset hoitovaikutukset			
the BAS interview, there was also a significantly greater improvement in the treatment group compared to the control group	koettujen psyykkisten oireiden lievittyminen			
a positive short-term outcome of the Basic BAT treatment	positiiviset lyhyen aikavälin hoitovaikutukset			
In the SCL 90 and GSI and all the different dimensions disclosed significant improvement	mitattu psyykkisten oireiden vähentyminen			
The psychiatric symptoms were reduced	psyykkisten oireiden vähentyminen			
many positive benefits from their participation in the Basic BAT group	hoidon positiiviset vaikutukset			
significant improvements concerning the quality of movements using the Body Awareness Scale-Health (BAS-H), and psychiatric symptoms and attitudes towards body and movement using the Body Awareness Scale interview	kokonaisvaltaiset fyysiset ja psyykkiset hoitovaikutukset			
A significant improvement in favour of the patients receiving Basic BAT was also shown with regard to self-efficacy, physical coping resources and sleep	BAT:n positiiviset vaikutukset			
improves the body awareness and attitude towards the body as well as self-efficacy, sleep and physical coping resources	hoidon kokonaisvaltaisuus			
improved quality of movements, attitude towards the body, physical coping resources, self-efficacy and ability to sleep well	hoidon kokonaisvaltaisuus			
Concerning the NHP, the sub-scale of sleep was significantly improved in favour of the treatment group	unen parantuminen			

A significant difference in favour of the treatment group was the reported improved ability to sleep well.	parantunut unen laatu		
makes you feel stronger	voimien lisääntyminen	elämähallinta	voimavaraistuminen
become in a way stronger	voimien lisääntyminen		
the treatment increased the experience of vitality and interest	elinvoimaisuuden ja kiinnostuksen lisääntyminen		
they mostly felt stronger or more vigorous, alert and relaxed after the BBAT sessions	hoidon jälkeinen voiman, vireyden ja rentouden tunne		
life feels easier	elämän tuntuminen helpommalta		
well-being increases	hyvinvoinnin lisääntyminen		
feel more alert	virkeys		
feel more relaxed	rentous		
five informants had experienced that the difficult moments had become easier and easier when continuing with BBAT	vaikeista tilanteista selviytymisen helpottuminen		
to be able to feel better in their everyday lives	hyvinvoinnin lisääntyminen jokapäiväisessä elämässä		
felt more calmer and in greater control by focusing on being mentally present and in contact with their bodies	hallinnan tunne mielen ja kehon tiedostamisen kautta		
relaxed and positively tired	rentoutuneisuus		
more alert and strengthened	virkeys ja vahvistuminen		
increased interest	mielenkiinnon lisääntyminen		
they experienced themselves as vitalized, with increased feelings of interest	elinvoimaistuminen		
described increased alertness and strength	virkeyden ja voiman tunne		
increased interest	mielenkiinnon lisääntyminen		
Interaction in Basic BAT treatment also serves the purpose of strengthening the patients confidence in own abilities and resources.	lisääntynyt luottamus omiin kykyihin ja voimavaroihin		
increase of awareness and contact motivates you from the inside to take care of yourself in a better way	itsestään huolehtiminen		
a more stable body and a more balanced life	tasapainoisempi keho ja elämä		
experienced better overall balance	kokonaisvaltainen tasapainoisuuden tunne		
feeling more in balance, bodily as well as in life generally	tasapainoisuuden tunne		
more balanced life	tasapainoisempi elämä		

better coping	parantuneet selviytymiskeinot			
better "coping"	paremmat selviytymiskeinot			
the body was more in harmony, muscle tension being reduced, breathing more free and postural balance improved in the treatment group	kehon tasapainoisuuden lisääntyminen			
This rather short intervention improved bodily stability, vitality and balance visible in the significantly greater change in the sub-index of grounding/ centre line.	tasapainoisuus ja elinvoimaisuus			
felt a growing sense of stability in herself when she met others	varmuus sosiaalisissa tilanteissa	sosiaalinen osallistuminen		
learnt the importance of sharing with one another	asioiden jakamisen merkityksen oppiminen			
more relaxed and natural in social situations, greater ability to have eye contact with others	sosiaalisista tilanteista selviytyminen			
ability to be in contact with others	kanssakäyminen			
more relaxed when socializing with other people, due to better awareness and acceptance of their true selves	rentoutuminen sosiaalisissa tilanteissa			
increased opportunities for participation in social activities	sosiaalisten kanssakäymisten mahdollistuminen			
dare to accept the awareness and touch experienced when participating in couple-exercises	kosketuksen hyväksyminen			
experienced an increased sensory awareness and were in better contact with the surroundings	parantunut vuorovaikutus ympäristöön			
feeling more present in one's own body and in one's life in general	läsnäolon tunne	kokemus läsnäolosta		
being consciously present	läsnäolon vahvistuminen			
presence within one's body and in life in general	läsnäolo			
improvements in their ability to be mentally present	parantunut kyky olla henkisesti läsnä			
having the feeling of being mentally awake	henkinen läsnäolo			
it has made me more mentally present	henkinen läsnäolo			
increased awareness of one's own body	kehotietoisuuden lisääntyminen	kehotietoisuus	vaikutukset psykiseen toimintakykyyn	
new and growing body awareness	kehotietoisuuden kehittyminen			
body-awareness, including awareness of the breath and the centre of movements seemed not only to lead to increased contact with the body, but influencing feeling of control, stability, relaxation and presence as well	kehotietoisuuden kokonaisvaltaiset vaikutukset			

being able to recognize and having contact with the body and thereby feeling more in control	hallinnantunteen kasvu kehotietoisuuden kautta			
be aware of whether she was relaxed and present in as situation when she was together with friends	kehotietoisuuden lisääntyminen			
significant improvement in the treatment group compared with the control group, regarding body awareness and movement behavior	parantunut kehon tiedostus ja liikkuminen			
a significantly improved body awareness, attitude to the body	kehotietoisuuden kasvu			
better long-term outcome regarding body awareness and movement behavior visible in the BAS-H scores	pitkän aikavälin muutoksia kehotietoisuudessa ja liikekäyttäytymisessä			
12 sessions with BBAT had a lasting effect on body awareness that still remained after 6 months	pysyviä vaikutuksia kehotietoisuuteen			
patients receiving BBAT in addition to TAU had significantly better body awareness and movement behavior	parantunut kehotietoisuus ja liikekäyttäytyminen			
increased awareness of and contact with the body was told to be the most important process to being aware of their own bodies in new ways	yhteys omaan kehoon ja sen tiedostamisen tärkeys			
the attitude towards the body improved, implying a more positive attitude towards the body, physical capacity and exercise habits.	kehon tiedostaminen uudella tavalla			
improved contact with the body and the self	positiivisemmat asenteet kehoa ja liikkumista kohtaan			
'Awareness and handling of body signals' was the most frequently stated gain from the movement exercises	yhteys kehoon ja itseen			
feeling more at home in themselves and in the group	tietoisuus kehon viesteistä			
improved attitude towards the body	tuntea olonsa kotoisaksi omassa kehossaan			
giving more attention to and accepting their lived bodies anew	parantunut asenne kehoa kohtaan			
feeling of body control	kehon huomiointi ja hyväksyminen uudella tavalla			
had gained or wanted to gain a better control of the body and movements	tunne kehon hallinnasta			
they had developed an awareness that led to an ability to understand and handle signals or sensations from the body in a more positive way	kehon hallinnan kehittyminen			
	positiivinen suhtautuminen kehon viesteihin			

renewed awareness of their own body posture as well as experiencing a connection between strength, stability and improved balance	kehon ominaisuuksien tunnistaminen			
contact with one's own body is a way of recognizing the body's reactions and habits within the situations life throws at them	kehon reaktioiden tunnistaminen			
to have increased awareness of their movement behavior	lisääntynyt tietoisuus liikekäyttäytymisestä			
better contact with the body and body sensations	kehon ja kehontuntemusten tunnistaminen			
they have "become aware of, observed and noticed" different aspects of movement	liikemallien tiedostaminen			
And also my knowledge of how to keep my balance.	tasapainon tiedostaminen			
handling muscular tension	lihasjännitysten tunnistaminen			
it feels good to notice the difference between being tense and relaxed	jännityksen ja rentouden tunnistaminen			
sense of improved balance and stable posture	tunne paremmasta tasapainosta ja ryhdistä			
experiences of personal control, positive self-esteem and recognition of the worth of self can be viewed as an aspect of empowerment	itseluottamuksen kasvaminen ja voimavaraistuminen	itseluottamus ja usko omaan kykyihin		
recognizing oneself as worthy	oman arvon tunnistaminen			
more attention to their own wishes and will during therapy had led to increased self-confidence	itseluottamuksen vahvistuminen			
the self-efficacy was significantly improved over time	parantunut usko omaan kykyihin			
the self-efficacy was improved in the treatment group, indicating a change of cognitive aspects or belief in own possibilities and capabilities	usko omaan mahdollisuuksiin ja kykyihin			
the improvement in the attitude was also revealed in the self-efficacy	parempi asennoituminen omaan kykyihin			
improved self-efficacy	usko omaan kykyihin			
The importance of good balance and posture is often connected with increased self-esteem and feelings of security. This is described by five informants.	Itseluottamuksen ja turvallisuudentunteen kasvu hyvän ryhdin ja tasapainon kautta			
better self-esteem	parempi itsetunto			
reports of better balance and posture are linked to security and better self-esteem	turvallisuuden tunteeseen ja itsetuntoon liittyvät tekijät			

significant improvement in the self-administered assessment of physical coping resources pointing at the same improvement in the treatment group.	oman arvion parantuminen fyysisestä suoriutumisesta			
The self-efficacy and belief in the ability to handle different types of situations also improved significantly in the treatment group.	usko omaan selviytymiseen			
improvement of self-confidence	itseluottamuksen parantuminen			
ability to accept and tolerate more unpleasant experiences, such as discomfort and distress	kyky sietää epämiellyttäviä kokemuksia			
being valuable as individuals	arvokkuuden tunne			
I feel sure about how to do it, in T'ai-chi. When I feel sure about how to do a movement in T'ai-chi, then I feel like I am one with my movements	varmuus omasta liikkumisesta			
better knowledge of the self	parempi itsetietoisuus	itsetuntemus		
new understanding of important elements in life	uudenlainen elämäkatsomus			
new understanding of elements in life	elämäkatsomuksen muuttuminen			
self-awareness was conveyed to be a process that made it possible for the participants to deal with problems connected to their background history	itsetiedostuksen merkitys ongelmien prosessoinnissa			
self-awareness was also bound to knowing one's own will and having the courage to express it	oman tahdon tunnistaminen ja ilmaiseminen			
focusing awareness towards the centre of the body was told to be connected to balance and for some also to be significant in recognizing their own intentions and will	omien tavoitteiden ja halujen tunnistaminen			
difficult to learn to consider themselves in everyday life	oman itsen hahmottaminen osana arkea			
dimensions connected to recognition of existence were central	oman olemassaolon tunnistaminen			
making new discoveries in regards to their own life situations	oman elämäntilanteen tunnistaminen			
they feel more connected to themselves and to what they desire out of life	omien mieltymysten tunnistaminen			
being on the way to accepting themselves through recognition of themselves in others	omien ominaisuuksien tunnistaminen muissa ja itsensä hyväksyminen			
increased feelings of self-worth	itsearvostuksen kasvaminen			
increased positive self-judgement	positiivinen itsekritiikki			
to experience a greater sense of being grounded in the self, and to meet the stillness inside	itsensä hyväksyminen			

was able to prevent himself from being overwhelmed	itsensä hallitseminen			
increased awareness of their own behavior	oman käyttäytymisen tiedostaminen			
deepened awareness and interpretations of signals	viestien tiedostaminen			
now you can feel the signals of alarm earlier in a way	viesteihin reagointi			
integrated way of reacting physiologically and emotionally	fysiologiset ja emotionaaliset reaktiot			
had led them to reflect on their own behavior	oman käyttäytymisen arviointi			
awareness of tension in the body	jännitysten tunnistaminen			
accepting bodily limits	kehon rajoitusten hyväksyminen	omien rajojen tunnistaminen		
acknowledge that they, in fact, could not deal with everything	omien rajojen tunnistaminen			
learning about accepting the body's limits	kehon rajoitusten hyväksyminen			
by turning the focus inwards, daring to recognize and thereby adjusting oneself according to one's feelings and bodily reactions, the group training seemed to open the possibly for participants to recognize own limits and capacities	omien rajojen ja kykyjen tunnistaminen			
she was able to challenge herself on recognizing and setting limits	omien rajojen asettaminen			
improved ability to set boundaries	kyky asettaa rajoja			
feelings of wholeness	tuntea itsensä kokonaiseksi	kehon ja mielen eheys		
feeling oneself more as a whole	itsensä tunnistaminen kokonaisuutena			
in touch with the body	kosketus omaan kehoon			
got to know myself	oman itsen tutkiskelu			
increased knowledge about oneself	itsetietoisuuden kasvaminen			
being in touch with one's own body in new ways	yhteys omaan kehoon			
new contact with oneself	yhteys itseän			
feeling oneself as a whole	itsensä tunnistaminen kokonaisuutena			
feeling more at one	itsen kokeminen kokonaisuutena			
the exercises offered the opportunity to get in contact with oneself	yhteys itseän			
to be in better contact with their bodies	parantunut yhteys kehoon			
increased feelings of integrity	eheyden tunne			
greater integrity	eheyden lisääntyminen			

an experience of a “calmer activity level” in the brain	ajatustoimintojen tasaantuminen	kognitiiviset toiminnot		
clearer thoughts	ajatusten selkiytyminen			
a better ability to “think”	ajatusten selkiytyminen			
experiences of a better ability to “think” after treatment sessions	hoidon vaikutukset ajatustoimintaan			
thoughts became calmer	ajatustoiminnan rauhoittuminen			
the feeling of clarity of the mind increased	mielen selkiytyminen			
helped training the concentration, which seemed to implicate feeling strengthened as a person	keskittymiskyvyn harjaantuminen			
better concentration and “calmer or clearer” thoughts	keskittymiskyvyn parantuminen			
increased ability to concentrate	keskittymisen parantuminen			
the ability to concentrate increased	keskittymiskyvyn parantuminen			
increased sense of well-being and a better mood	hyvinvoinnin ja hyväntuulisuuden lisääntyminen	tunnetilan muutokset		
calmer	rauhallisuus			
less shame	häpeätunteen vähentyminen			
reported changes of different affects and emotions from BBAT	tunne-elämän muutokset			
emotional state changed when using BBAT	tunnetilan muuttuminen			
some informants had even learned how to use the exercises to regulate their affects/emotions outside the treatment sessions	harjoitusten hyödyntäminen tunteiden säätelyssä			
it gave them a feeling of control and security and helped them to protect their integrity	hallinnan- ja turvallisuudentunteen kasvaminen			
it is easier to feel good	hyvän olon tunteen lisääntyminen			
a sense of well-being	hyvän olon tunne			
all the informants described how the treatment resulted in a change of their emotional state towards more subjectively pleasant feelings	positiivinen tunnetilan muutos			
awareness of respiration also helped participants with stress management, participants said, and therefore making it easier to fall asleep	stressin hallinnan yhteys nukahtamiseen	negatiivisten tunteiden käsittely		
they could deal more successfully with anxiety and were able to prevent it from developing into panic	ahdistuksen hallitseminen			

they suffered from generalized anxiety to a lesser extent, and that stress and fears were reduced in the long run	ahdistuksen, stressin ja pelkojen vähentyminen pitkällä aikavälillä			
decreased anxiety, stress and fear	vähentynyt ahdistus, stressi ja pelko			
they noticed that the more stressful feelings decreased with continued BBAT	stressaavien tunteiden vähentyminen			
decreased anxiety	ahdistuksen vähentyminen			
the ability to handle tiredness, depressiveness, dispiritedness and different types of pain.	epämiellyttävien tuntemusten käsittely			