



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Heidi Takalo-Mattila

# MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN KOKEMUKSIA LIKUNNASTA

Sosiaali- ja terveysala  
2016

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Heidi Takalo-Mattila
Opinnäytetyön nimi	Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia liikunnasta
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	54 + 3 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

---

Mielenkiinto aiheeseen heräsi mielenterveysharjoittelujakson aikana, joka toteutettiin kuntouttavassa asumisyksikkö Purossa. Opinnäytetyön tekijällä on myös urheilutausta, joka osaltaan vaikutti aiheen valintaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kuntouttavassa asumisyksikkö Purossa asuvien mielenterveyskuntoutujien kokemuksia liikunnasta ja selvittää, miten liikunta vaikuttaa heidän mielialaansa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää ryhmäliikunnan tuomia vaikutuksia, sekä kuinka paljon mielenterveyskuntoutajat liikkuvat ja millä tavalla. Tutkimuksen tavoitteena oli, että tuloksia voitaisiin hyödyntää osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisprosessia ja kuntoutussuunnitelmaa.

Teoreettinen viitekehys koostuu avainsanojen; liikunta, mielenterveys, mielenterveyshäiriö ja mielenterveyskuntoutuja avaamisesta. Mukana on lisäksi aikaisempaa tutkimustietoa. Lähteenä on käytetty pääosin kirja- ja internetlähteitä, jotka on julkaistu 10 vuoden sisällä. Tietoa on etsitty sekä englannin että suomen kielellä. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimus aineisto kerättiin puolistrukturoidun haastattelurungon avulla. Haastattelukysymyksiä oli yhteensä 17. Haastatteluun osallistui neljä mielenterveyskuntoutujaa, joista osa oli naisia ja osa miehiä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen induktiivisesti eli aineistolähtöisesti.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että mielenterveyskuntoutajat liikkuvat lähes päivittäin ja mieluisin liikuntamuoto on kävely. Tulokset osoittivat, että mielenterveyskuntoutajat liikkuvat elämäntavan, terveydellisten syiden sekä hyvän olon tunteen vuoksi. Mielenterveyskuntoutajat olivat yhtä mieltä siitä, että liikunta kohensi heidän mielialaansa ja auttoi muunmuassa hermostuneisuuteen ja väsymykseen. Ryhmäliikunta koettiin yhtenäisesti olevan positiivinen asia, mutta vain puolet otti osaa Vaskoolin tarjoamiin ryhmäliikuntamuotoihin. Tulevaisuudessa mielenterveyskuntoutajat aikoivat säilyttää liikunnan osana elämää ja he kokivat sen myös olevan tärkeä osa kuntoutusta. Tuloksista voidaan siis päätellä, että liikunnalla on positiivinen vaikutus mielenterveyskuntoutujien mielialaan ja liikunta olisi tärkeää ottaa mukaan kuntoutussuunnitelmaan.

---

Avainsanat Liikunta, mielenterveys, mielenterveyshäiriö, mielenterveyskuntoutuja

## ABSTRACT

Author	Heidi Takalo-Mattila
Title	Mental Health Rehabilitees' Experiences on Physical Exercise
Year	2016
Language	Finnish
Pages	54 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

---

I got interested in this topic during a clinical placement period in psychiatric nursing in rehabilitating housing unit Puro. The bachelor's thesis author's own background contributed to the choice of the topic. The purpose of this study was to describe the residents' physical exercise in the rehabilitating housing unit Puro and to find out how physical exercising affects their mood. A further purpose was to study the effects of group exercise and the amount and type of exercise carried out by the mental health patients. The aim of the study was that the results could be used as a part of the rehabilitation process and rehabilitation plan of mental health patients.

The theoretical framework consists of keywords; physical exercise, mental health, mental health disorder and mental health rehabilitee. Previous research information has also been included in this study. The sources used are mainly books and online sources, which has been published within 10 years. Information is searched in both English and Finnish. A qualitative research data was collected by means of a semi-structured interview frame. There were total of 17 questions in the interview. Four mental health rehabilitees took part in the interview both –men and women. The data was analyzed using content analysis.

The results of the study showed that mental health patients exercise daily with walking being the favourite type of exercise. The results showed that mental health patients exercise because it is their way of life for health reasons and for well-being. The rehabilitees agreed that physical activities improved their mood and helped among others in alleviating, nervousness and fatigue. Group training was seen to be a positive thing, but only a half took part in group exercise offered by Vaskooli. In the future, rehabilitees intended to maintain physical activity as a part of their life, and they thought it was also an important part of rehabilitation. From the results it can be concluded that physical activity has a positive effect on the mood of the mental health rehabilitees and it would be important to include physical exercise in the rehabilitation plan.

---

Keywords Physical exercise, mental health, mental health disorder, mental health rehabilitee

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	LIIKUNTA JA MIELENTERVEYS .....	10
	2.1 Liikunta.....	10
	2.1.1 Terveysliikunnan suosituksia 18–64-vuotiaille.....	11
	2.1.2 Liikunnan vaikutus mielenterveyteen .....	12
	2.2 Mielenterveys.....	17
	2.3 Mielenterveyshäiriö .....	18
	2.3.1 Vakava masennustila.....	20
	2.3.2 Ahdistuneisuushäiriö.....	22
	2.3.3 Skitsofrenia .....	23
	2.4 Mielenterveyskuntoutuja.....	25
	2.4.1 Mielenterveyskuntoutus .....	26
	2.4.2 Yhteisökuntoutus .....	28
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ ..	30
	3.1 Tutkimuksen tarkoitus .....	30
	3.2 Tutkimuksen tavoite.....	30
	3.3 Tutkimustehtävät.....	31
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	32
	4.1 Tutkimusmenetelmä.....	32
	4.2 Kohderyhmä.....	34
	4.3 Aineiston keruu.....	35
	4.4 Aineiston analysointi .....	36
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	37
	5.1 Mielenterveyskuntoutujien liikuntatottumukset .....	37
	5.2 Ryhmässä liikkuminen.....	39
	5.3 Mielenterveyskuntotutijien kokemuksia liikunnasta.....	40
	5.4 Liikunnan merkitys kuntoutumisessa ja tulevaisuudessa .....	42

6	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	44
6.1	Pohdinta .....	44
6.2	Tutkimuksen eettisyys .....	46
6.3	Tutkimuksen luotettavuus .....	48
6.4	Opinnäytetyö oppimisprosessina .....	49
6.5	Jatkotutkimusideoita .....	51
	LÄHTEET .....	52
	LIITTEET	

**KUVIOLUETTELO****Kuvio 1** Liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2009)

12

**LIITELUETTELO****LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Haastattelurunko**LIITE 3.** Esimerkki sisällön analyysistä

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyössä käsitellään liikunnan merkitystä henkiseen hyvinvointiin. Näyttöä on runsaasti siitä, että liikunnalla on vaikutusta henkiseen hyvinvointiin ja varsinkin stressiin, mutta liian vähän on tutkittua tietoa liikunnan määrän sekä liikuntamuodon yhteydestä mielenterveyteen. Lisäksi tutkimuksia on tehty vasta vain vähän siitä, kuinka hyödyllistä liikunta oikeasti on mielenterveyskuntoutujien henkiseen jaksamiseen. Virve Järvinen kirjoitti artikkelissaan (2016, 22), että liikunta keskeyttää masennusajatuksia ja suuntaa huomion pois omasta itsestään. Liikunta myös ehkäisee sekä poistaa masennusta ja ahdistusta. Mieleinen liikuntamuoto lisää hallinnan kokemuksia ja onnistumisen elämyksiä. Sosiaalisen tuen lisääntyminen ryhmässä on myös tärkeää. Lisäksi Serotoniinin (välittäjäaine) vaikutus paranee aivoissa liikkuvalla ihmisellä. (Järvinen 2016, 22.) Aihe on hyödyllinen ja ajankohtainen, koska mielenterveysongelmat koskettavat yhä useampaa ihmistä.

Opinnäytetyö toteutettiin Veteliin kuntouttavassa asumisyksikkö Purossa. Puro toimii yhteisökuntoutuksen periaatteiden mukaisesti, jolloin pyritään saavuttamaan kuntoutujan hoidolliset ja kuntoutukselliset tavoitteet mahdollisimman laaja-alaisesti ja kannustamaan toinen toisiaan. KPSPY:n (Keski-Pohjanmaan Sosiaalipsykiatrinen Yhdistys ry) sivuilla mainitaan, että Puro on kuntoutumisyksikkö Vetelissä, jossa on 10 kuntoutuspaikkaa. Purossa kuntoutujat valmentautuvat hallitsemaan elämäänsä yksilöllisten kuntoutustavoitteiden pohjalta. Kuntoutujat harjoittelevat erilaisia arkielämän tietoja ja taitoja. Purossa järjestetään myös erilaista toimintaa kuten retkiä ja ostosreissuja. Puron asukkaiden on myös mahdollista osallistua päivätoimintayksikkö Vaskoolin ryhmätoimintaan. (KPSPY 2016.) Vaskooli tarjoaa ohjattua kuntoutuksellista ryhmätoimintaa, avotyötoimintaa sekä "Matalan kynnyksen" toimintaa. Vaskooli tarjoaa ryhmätoimintana mm. Molskaus, Elokuvanurkkaus, Käsiyövakka, Liikettä luihin ja Hyvä ruoka, parempi mieli. (Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry 2016.) Puro toimii yhteisökuntoutuksen periaatteiden mukaisesti, joita ovat vastuullisuus, itsensä ja toisten arvostaminen sekä uskomisen ihmisen voimavaroihin ja aito kohtaaminen



(KPSPY 2016). Kuntoutujat käyvät yhdessä lisäksi kävelyllä. Lähettyvillä sijaitsee esimerkiksi hyvät lenkkipolut ja tenniskenttä, joita kuntoutujien on mahdollista käyttää. Kävely ja pyöräily tuntuivat olevan mielekkäimpiä liikuntamuotoja kuntoutujilla Purossa.

Ajatus opinnäytetyön aiheeseen lähti, kun opinnäytetyön tekijä oli harjoittelussa asumisyksikkö Purossa. Kuntoutujat vaikuttivat kiinnostuneilta omasta hyvinvoinnistaan ja pitivät liikuntaa tärkeänä osana päivärytmiä. Työn tekijä itse on kiinnostunut liikunnasta ja sen tuottamasta hyvänolon tunteesta. Lisäksi kiinnostuksen kohteena on ollut mielenterveys- ja päihdeasiakkaat. Järvisen artikkelista (2016, 22) kävi ilmi, että mielensairauksien tukihoitona liikunta on oivallinen. Ennako-oletuksena voisi siis pitää, että liikunnasta on hyötyä osana mielenterveyskuntoutujien hoitoa.

## 2 LIIKUNTA JA MIELENTERVEYS

Tässä luvussa on määritelty tutkimuksen keskeiset käsitteet. Käsitteinä tässä tutkimuksessa ovat liikunta, mielennerveys, mielennerveyshäiriö ja mielennerveyskuntoutuja. Tietoa on saatu erilaisista hoitotieteellisistä tutkimuksista sekä muista tutkimustietolähteistä kuten nettilähteistä ja kirjoista.

### 2.1 Liikunta

Liikunta kuvataan fyysisenä aktiivisuutena (lihasten tahdonalaista, energiankulutusta lisäävää, yleensä liikkeeseen johtavaa toimintaa), jota usein harrastetaan sen tiettyjen syiden tai vaikutusten vuoksi (Käypä hoito 2012). Liikunta tuottaa mielihyvää, virkistää, vähentää epämieluisia kehontuntemuksia ja rentouttaa jokaisen liikuntakerran aikana ja vielä muutamia tunteja sen jälkeenkin (Arslankoski, Kari, Lehtonen & Niskanen 2013, 208). Liikunta on terveystottumus, jolla on vaikutuksia hyvinvointikokemuksiin. Säännöllisellä fyysisellä aktiivisuudella on kuitenkin suurempi vaikutus fyysiseen suorituskykyyn, kuntoon ja biologisiin vaaratekijöihin, kuin satunnaisella liikunnalla. Liikuntakerran tuottamissa elämyksissä on myös paljon yksilöllisiä eroja. Myönteiset elämykset syntyvät liikuntaan tottumisen myötä. Monet aloittelijat lopettavat liikunnan siihen liittyvien epämiellyttävien elämyksien ja tuntemuksien vuoksi. Säännöllinen liikunta ei kuitenkaan tuota psyykkisiä haittoja vaan päinvastoin parantaa psyykkistä ja fysiologista akuutin stressinsietoakykyä. (Nupponen 2011, 43.) Jos ihminen kuitenkin kärsii jatkuvasta tai voimakkaasta stressistä, ei liikuntaa tällöin turvaa ratkaisevasti hyvinvointia (Nupponen 2011, 51).

Suositus terveyttä edistävästä liikunnasta eli terveysliikunnasta syntyi 1990-luvulla tehdyistä tutkimuksista, joissa todettiin liikunnan edistävän merkittävästi terveyttä ja kokemusta omasta hyvinvoinnista (Terveysliikunta 2008). Arslankoski ym. mainitsevat teoksessaan (2013, 209), että terveysliikunnalla tarkoitetaan liikuntaa, jonka tarkoituksena on vaikuttaa terveyskunnan osalualueisiin. Tunnuspiirteitä terveysliikunnalle ovat jatkuvuus, säännöllisyys ja kohtuukuormitus. Kuntoliikunnasta on kyse silloin, kun liikunnan avulla

tavoitellaan parempaa fyysistä kuntoa. Silloin kun ensisijaisena tavoitteena on terveyskunto, puhutaan taas terveystoiminnasta. Terveystoimintaan liittyviä tärkeitä asioita ovat esimerkiksi ihannepaino, matala verenpaine ja kolesteroli, tuki- ja liikuntaelinten terveys ja nivelten liikkuvuus. Säännöllisellä toiminnalla on myös suotuisia vaikutuksia henkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen. Lisäksi toiminnan puutteella on yhteys huonoon unen laatuun ja päiväväsyytykseen. (Huttunen 2015.)

### **2.1.1 Terveystoiminnan suosituksia 18–64-vuotiaille**

UKK-instituutti (2009) viikoittaisen liikuntapiirakan mukaan 18–64-vuotiaiden tulisi liikkua useana päivänä viikossa yhteensä 2h ja 30min reippaasti esim. pyöräilemällä, marjastamalla ja sauvakävelemällä tai 1h 15min rasittavasti esim. juoksemalla, uimalla ja hiihtämällä. Päivittäisen toiminnan voi koota myös pienemmistä palasista. Esimerkiksi kolme kertaa 10 minuuttia päivässä näyttäisi tuovan terveyden kannalta saman hyödyn kuin 30 minuuttia kerrallaan liikuntaa. (Huttunen 2015). Kestävyyden parantamisen lisäksi tulisi vielä kehittää lihaskuntoa ja liikehallintaa kaksi kertaa viikossa esim. venyttelemällä, jumppaamalla ja pelaamalla erilaisia pallopelejä (UKK-instituutti 2009). Liikuntasuosituksia on lisäksi havainnollistettu alla olevassa kuvassa (kuva 1).



Kuvio 1. Liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2009).

### 2.1.2 Liikunnan vaikutus mielenterveyteen

Liikunta on keskeisenä osana mielenterveyshäiriöiden ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Näyttöä on saatu siitä, että paljon liikkuvilla on vähemmän itse ilmoitettuja depressio-oireita. Lisäksi vähän liikkuvien on todettu sairastuvan useammin depressioniin kuin enemmän liikkuvat. Muutamat pitkittäistutkimukset ovat antaneet näyttöä siitä, että säännöllinen liikunta on mielenterveyttä suojaava tekijä. Oirehdintaa on ollut vähemmän niillä, joiden liikunta-aktiivisuus on lisääntynyt alkukyselyn ja seurantakyselyn välillä, kuin sellaisilla, joiden liikunta-aktiivisuus on ollut vähäistä alkukyselystä lähtien. (Nupponen 2011, 179.) Vaikka liikuntaa on tutkittu diagnosoitujen ahdistuneisuus- ja masennusoireyhtymien hoitokeinona melko runsaastikin jo 1980-luvulta lähtien, ei voida vielä kuitenkaan esittää kuin vasta alustavia näyttöön perustuvia suosituksia. Ei esim. tiedetä tarkkaan millaisille potilaille ja miten käytettynä liikunnasta olisi eniten apua. (Nupponen 2011, 181.) Tärkeintä on kehittää ja tukea sellaista fyysistä aktiivisuutta, jota riskiryhmiin kuuluvien on helppo harrastaa elämäntilanteesta tai elinympäristöstä riippumatta. Lisäksi liikunnan harrastamisesta tulisi saada pitkäaikaista. (Nupponen 2011, 182.)

Laurell, Nordman & Suvikas toteavat teoksessaan (2011, 284), että liikunnan on oltava tarpeeksi tehokasta, jotta se synnyttää kuntoutujalle mielihyvän kokemuksen ja edistää fyysistä terveyttä toistuvasti riittävän ajan. Sellainen liikunta on parasta, joka tarjoaa motivaationlähteitä kuten sosiaalinen vuorovaikutus, irtautuminen arkipäivän rutiineista ja itse havaittu kunnan koheneminen. Ohjaajan on oltava kannustava ja tarpeeksi tiukka, jotta kuntoutuja saadaan liikkumaan. Tärkeää on, että liikunta tuottaa mielihyvän ja hallinnan kokemuksia kuntoutujalle. Psykoottiset oireet ja lääkkeiden sivuvaikutukset voivat vaikeuttaa liikuntasuorituksia. (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 285.)

Ahdistuneisuusoireyhtymästä kärsiville potilaille on tehty vähemmän tutkimuksia liikuntaharjoittelun vaikutuksesta kuin depressiopotilaille. Lupaavia esimerkkejä on kuitenkin kestävyyskuntoharjoittelusta. Osalla paniikkihäiriöistä kärsivillä potilailla harjoittelu on kuitenkin pahentanut oireita, mutta kyseisellä diagnosoidun ryhmän sisällä on luultavimmin liikunnan kannalta toistaiseksi tuntemattomia eroja. Useimmissa tutkimuksissa on käytetty kestävyyskuntoharjoittelua kuten kävelyä, mutta depressiopotilaille ja erityisesti iäkkäille henkilöille lihasvoimaharjoittelu saattaa olla hyödyllistä masennuksen kannalta. Jotkut tutkijat ovat sitä mieltä, että tavanomaisten terveysliikuntasuosituksen noudattaminen lievittäisi depressiopotilaiden oireita. (Nupponen 2011, 181–182.)

Brailsfordin, Cronen, Lawsin, Tysonin & Wilsonin tutkimuksessa (2015) huomattiin paremman mielenterveyden olevan niillä henkilöillä, jotka liikkuvat enemmän. Tutkimus toteutettiin 100:lle opiskelijalle kyselylomakkeella, jossa mitattiin heidän masennuksen ja ahdistuneisuuden tasoa sekä liikunnan määrää. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että fyysinen aktiivisuus voi olla tärkeä osatekijä opiskelijoiden mielenterveydelle.

Alexandratosin, Barnettin & Thomasin tutkimuksessa (2015) kävi ilmi, että liikunta voi lievittää psyykkistä oirehdintaa kuten mielialaa, tarkkaavaisuutta, keskittymiskykyä, psykoottisia oireita ja unen laatua. Liikunta voi lisäksi edistää parempaa elämänlaatua, sosiaalista vuorovaikutusta, vaikutusmahdollisuuksia,

mielekästä ajankäyttöä ja määrätietoista toimintaa. Tutkimuksessa analysoitiin kuuttatoista artikkelia (määrällisiä ja laadullisia) yhteisien teemojen avulla ja kriittisesti arvioiden. Artikkelit löydettiin elektronisten tietokantojen avulla. Tutkimuksessa tutkittiin henkilöitä, joilla oli vakava mielenterveydenhäiriö, koska heistä on tehty vähemmän aikaisempaa tutkimusta. (Alexandratos ym. 2015.)

Liikunnan on todettu vaikuttavan positiivisesti depression hoitoon keskeyttämällä masennusajatuksia, kääntämällä huomion pois negatiivisista asioista sekä tuomalla sosiaalista tukea ryhmäliikunnan avulla. (Käypä hoito 2012.) Lisäksi liikunnan on todettu vähentävän epämiellyttäviä kehontunteuksia sekä tuottavan mielihyvän, virkistymisen, voimistumisen ja rentoutumisen tunteita liikuntakerran aikana ja muutamaksi tunniksi sen jälkeen (Nupponen 2011, 43). Liikunta edistää psyykkistä hyvinvointia silloin, kun se on omaehtoista ja palvelee tavoitteita (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 284). Liikuntaharjoittelu voi olla luontevaa varsinkin sellaisille henkilöille, jotka kärsivät lievästä masennuksesta ja ahdistuneisuudesta ja joiden oireet ovat enimmäkseen elimellisiä (Nupponen 2011, 183). Säännöllinen fyysinen aktiivisuus vähentää masentuneisuuden ja psyykkisen kuormittuneisuuden merkkejä varsinkin keski-iässä ja sitä vanhemmissa väestöryhmissä (Nupponen 2011, 43). Säännöllisen liikunnan on havaittu suojaavan toimintakykyä yli 60-vuotiailla ja sitä vanhemmilla seurantatutkimuksissa. Kestävyys- ja lihaskunnan parantuessa päivittäiset toiminnot helpottuvat ja sosiaalisten yhteyksien ylläpito edistyy varsinkin juuri iäkkäillä ihmisillä. Liikunta näyttää siis myös hillitsevän toimintakyvyn heikkenemisen ja rajoittumisen vaikutuksia mielialaan. (Nupponen 2011, 180, 183.)

Varsinkin naisilla liikunnan on ajateltu olevan yhtä tehokas hoitomuoto kuin kognitiivisen terapian (Käypä hoito 2012). Hyvinvointi ei kuitenkaan parane säännölliseen liikuntaan totuneilla liikunnan lisäämisestä yhtä tehokkaasti kuin vähän liikkuneilla (Nupponen 2011, 43). Liikunnan jatkamisella tai lisäämisellä saattaa olla vaikutusta masennus- ja ahdistuneisuusoirehdinnan ehkäisyssä etenkin jo entuudestaan vähän liikkuneilla (Nupponen 2011, 182). Runsaamman vapaa-ajan liikunnan tai kestävyysliikunnan on todettu olevan yhteydessä

myönteisempään mielialaan, yleiseen hyvinvointiin ja vähäisempiin ahdistuneisuuden ja masennuksen merkkeihin. Tutkimustulokset siis tukevat käsitystä, että säännöllinen liikunta tuottaa ja ylläpitää suotuisaa mielialaa. (Nupponen 2011, 48.)

Yhdessä tunnetuimmassa tutkimuksessa seurattiin 20–26 vuoden ajan yli 21 000:ta miestä yliopisto-opinnoista lähtien. Kyseisessä tutkimuksessa depressiodiagnoosin saivat todennäköisimmin ne, jotka kuluttivat vapaa-aikana kestävyysliikunnan avulla alle 1000 kcal viikossa. Harvinaisempaa diagnoosin saaminen oli niillä, jotka kuluttivat 1000–2499 kcal viikossa ja vielä harvinaisempaa niillä, jotka kuluttivat viikossa 2500 kcal tai enemmän kestävyysliikunnan avulla. (Nupponen 2011, 180.)

Kettusen tutkimuksen (2015, 32) mukaan runsas liikunta ja hyvä fyysinen kunto ovat yhteydessä matalampaan stressitasoon ja korkeampiin henkisiin voimavaroihin normaali painoisilla nuorilla miehillä. Tutkimukseen osallistui 831 vapaaehtoista nuorta miestä (noin 25v) puolustusvoimien kertausharjoitusten yhteydessä. Tutkittaville tehtiin maksimaalinen hapenottokyvyn ja lihaskunnan testaukset. He täyttivät myös laajan terveystarkastuksen, jonka avulla arvioitiin liikunta-aktiivisuutta ja henkistä hyvinvointia. Toinen ryhmä koostui työntekijöistä (n=338), joiden ikä oli noin 45 vuotta. Kontrolliryhmä koostui (n=33) noin 41 vuotiaista työntekijöistä. Vuoden mittainen liikuntainterventio koostui ohjatusta liikunnasta ja kahden päivän liikuntaleiristä Suomen Urheiluopistolla, Vierumäellä. Vuoden seurannalla haluttiin arvioida tulosten pysyvyyttä ilman ohjattua liikuntaa. Vertailuryhmä osallistui samoihin tutkimuksiin paitsi ohjattuun liikuntaan. (Kettunen 2015, 23–25.) Vuoden seurannan jälkeen verenkiertoelimistön parantunut kunto oli yhteydessä työkyvyn paranemiseen ja stressioireiden vähenemiseen. Liikuntainterventiossa ohjattuun liikuntaan kuuluneet työntekijät lisäsivät liikunta-aktiivisuuttaan, paransivat kuntoaan ja henkisiä voimavarojaan sekä vähensivät stressioireitaan. Vertailuryhmässä ei havaittu vastaavia positiivisia tuloksia, joita ryhmäliikuntaan osallistuneilla henkilöillä havaittiin. (Kettunen 2015, 32.)

Liikuntakerran vaikutukset välittömiin elämyksiin ja mielialaan riippuvat niin monista eri asioista kuten liikkujan omista odotuksista, sukupuolesta, iästä, kunnosta ja suoritusta (kesto, laji, kuormittavuus) koskevista seikoista, seurasta, ympäristöstä, tarkoituksesta sekä samanaikaisista muista tekijöistä (Nupponen 2011, 45). Hyvinvoinnin puutteita tai kielteistä mielialaa lievittäviä liikunnan vaikutuksia on tutkittu enemmän kuin hyvinvointikokemuksia ja myönteisen mielialan merkkejä (Nupponen 2011, 48). Mikään tutkimus ei kuitenkaan osoita koetun hyvinvoinnin eikä myöskään terveyden lisääntyvän siitä, että ne korvattaisiin kokonaan liikunnalla (Nupponen 2011, 56). Tärkeä tieto kuitenkin on, että liikunnan avulla saavutettu stressinsiedon paraneminen voi sitä kautta vähentää ahdistuneisuusoireiden pitkittymistä ja pahenemista (Nupponen 2011, 180).

Liikunnan hoidollista vaikutusta on tutkittu avohoito- ja sairaalapotilailta, jotka ovat suostuneet liikuntaharjoitteluun. Satunnaisten, kontrolloitujen potilastutkimusten perusteella on saatu näyttöä siitä, että liikuntaharjoittelulla saavutetaan parempi tulos kuin hoitamattomassa vertailuryhmässä, usein samantasoinen tulos kuin potilasta aktivoivilla hoidoilla ja psykoterapialla sekä yleensä parempi tulos kuin lumehoitoa saaneilla ryhmillä kliinisiä masennus- ja ahdistuneisuusoireasteikkoja käyttäen. Epäselväksi on kuitenkin jäänyt, että lisääkö samanaikainen lääkitys harjoittelun toteutumista tai vaikuttavuutta. (Nupponen 2011, 181.) Terveysliikuntaan tähtäävä liikuntaharjoittelu on hyvästä siksikin, että vaikeissa ja pitkäaikaisissa häiriöissä potilaan toiminta rajoittuu niin paljon, että fyysisestä kunnosta tulisi muutenkin huolehtia (Nupponen 2011, 183).

Säännöllisen liikunnan on todettu pitävän yllä mielialaa. Liikunta saattaa vähentää tai lievittää masennus- ja ahdistuneisuusoireita ja tällä tavoin säilyttää toimintakykyä. Riittävää tutkimusnäyttöä ei ole kuitenkaan saatu liikunnan spesifisestä ehkäisykeinosta kliinisisissä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöissä. Ei voida kuitenkaan vielä päätellä, että millaisille henkilöille, mistä liikuntalajeista, miten annosteltuna ja miten ohjattuna liikunnasta olisi eniten apua masennuksen tai ahdistuneisuuden hoidossa, koska näistä on vielä liian vähän tietoa. Ei myöskään vielä tiedetä, millainen liikunta estäisi häiriöiden uusiutumisen. Tästä



huolimatta voidaan kuitenkin ohjatulla liikuntaharjoittelulla turvallisesti täydentää ja tukea muita käytettävissä olevia hoitomuotoja. Liikunta tuottaa psykososiaalisia hyötyjä ja ylläpitää masentuneen tai ahdistuneen henkilön fyysistä suorituskykyä. (Nupponen 2011, 176.)

Eräässä tutkimuksessa on todettu, että vaikeasta depressiosta kärsivien avohoitopotilaiden hoitotulos oli neljän kuukauden harjoittelun jälkeen samaa tasoa kuin lääkkeillä saavutettu tulos. Kuusi kuukautta myöhemmin tehdyssä kyselyssä masennusoireiden määrä riippui siitä, minkä verran kyseinen henkilö oli jatkanut liikuntaharjoittelua hoitajakson jälkeen. Hoidossa toipuneiden potilaiden masennuksen uusiutuminen kuuden kuukauden seurannassa oli harvinaisinta liikuntaryhmään kuuluneilla. (Nupponen 2011, 181.)

## **2.2 Mielenterveys**

Yksi varhaisimmista mielenterveyden määritelmistä on Sigmund Freudin esittämä, jonka mukaan mielenterveys on kykyä rakastaa ja tehdä työtä (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 267). Mielenterveys luo perustan ihmisen toimintakyvylle ja hyvinvoinnille. Siihen sisältyy fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja henkinen ulottuvuus. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 10.) Mielenterveys ei ole pysyvä tila, vaan se muotoutuu läpi elämän persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä. Mielenterveys on hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perusta, jonka päällä seisomme. Mielenterveyden voimavarat voivat kuluä epäsuotuisissa oloissa, mutta suotuisissa oloissa voimavarat taas kasvavat. Mielenterveyteen vaikuttavat monet asiat, kuten yksilölliset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, kulttuuriset sekä biologiset tekijät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Kauhasen teoksen (2013, 17) mukaan positiivisen mielenterveyden avulla voidaan elää täysipainoisesti ja mielekkäästi. Positiiviseen mielenterveyteen kuuluu hyvinvoinnin kokemus, ongelmanratkaisutaidot ja koherenssin tunne eli itsetunto ja luottamus sekä tyytyväisyys omaan itseensä ilman muutoksen tavoittelua. Positiivinen mielenterveys on hyvän elämän perusta. Lisäksi positiiviseen

mielenterveyteen kuuluu työ- ja toimintakyky, ihmissuhteiden ylläpitäminen ja henkinen kestävyys vaikeuksien kohdatessa (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 11).

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan mielenterveys mahdollistaa kyvyn luoda ihmissuhteita ja välittää toisista, taidon ilmaista tunteita, kyvyn tehdä työtä, omassa elämässä tapahtuvien muutosten hyväksymisen, ajoittaisen ahdistuksen kohtaamisen sekä menetysten sietämisen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Kauhasen (2013, 19) mukaan mielenterveyttä voi kuvata yksilön hyvinvoinnin tilana ja henkisenä vastustuskyynä, jonka mukaan yksilö ymmärtää omat kykynsä ja pystyy elämään elämän normaaleissa stressitilanteissa. Hyvinvoinnin tilaa voivat kuvata muun muassa onnellisuus, toiveikkuus, itsetunto, elämänhallinta, tyytyväisyys elämään ja hyvä toimintakyky. Jokainen ihminen voi vaikuttaa omaan mielenterveyteensä omilla valinnoillaan ja asenteillaan.

Mielenterveys voi kuormittua jossain vaiheessa elämää eikä sitä lueta mielenterveyden häiriöksi, koska tilapäinen henkinen pahoinvointi on täysin normaalia esim. surureaktio menetystilanteessa. Elämän normaaleihin vastoinkäymisiin liittyviä reaktioita ja voimakkaita ristiriitatilanteita ei siis pidä nähdä sairautena. On kuitenkin tärkeää, että mielenterveyden järkkyyssä häiriö tunnistetaan ja saadaan oikeaa hoitoa. Mielenterveyshäiriössä on kyse monen tekijän summasta ja usein jokin stressitilanne laukaisee häiriön, jonka puhkeamiselle muut tekijät ovat jo aikaisemmin luoneet pohjaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Mielenterveyden häiriöstä on kyse silloin, kun oireet aiheuttavat kärsimystä ja rajoittavat vakavasti kanssakäymistä sekä työntekoa (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 268).

### **2.3 Mielenterveyshäiriö**

Suomessa mielenterveyden häiriöt ovat suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 270). On arvioitu, että mielenterveyden häiriöt aiheuttavat yhteiskunnalle vuosittain noin 6–7 miljardin euron kustannukset (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 14). Mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan yleisnimitystä erilaisille psykiatrisille sairauksille.

Mielenterveyshäiriöt ovat oireyhtymiä, jotka sisältävät kliinisesti merkitseviä psyykkisiä oireita. Lisäksi ne aiheuttavat myös kärsimystä tai haittaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Mielenterveyden häiriöt heikentävät myös toimintakykyä ja ovat syrjäytymisen riski. Ne vaikuttavat ihmisen itsetuntoon, muistiin ja ajatuskulkuun. (Arslankoski ym. 2013, 129.) Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa masennus, itsetuhoisuus, ahdistuneisuus- ja käytöshäiriöt (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Lievempänäkin nämä häiriöt heikentävät psyykkistä, sosiaalista ja pitemmällä aikavälillä myös fyysistäkin toimintakykyä. Tämän vuoksi ne ovat merkittäviä ja yleisiä sairauslomien sekä pitkäaikaisen työkyvyttömyyden aiheuttajia. (Nupponen 2011, 177.)

Mielenterveyshäiriöiden diagnostiikka perustuu sovittuihin luokituksiin, oireiden määriin sekä ominaispiirteisiin (Kanerva, Kauhanen & Seuri 2013, 180). Mielenterveyshäiriöiden diagnosoinnissa on käytössä kaksi psykiatrista tautiluokitusjärjestelmää, WHO:n kehittämä ICD-järjestelmä sekä Yhdysvaltojen psykiatriayhdistyksen kehittämä DSM-järjestelmä. Mielenterveyshäiriöt luokitellaan oireiden ja vaikeusasteiden mukaan. Hyvällä hoidolla vakavastakin mielenterveydenhäiriöstä kärsivä henkilö voi kuitenkin elää tyydyttävää elämää. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Diagnostiikan tarkoituksena ei ole leimata tai luokitella ihmisiä, vaan ne ovat ammattihenkilöiden apuna häiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa sekä antavat suuntaa ennusteesta, hoidon tavoitteista ja suunnittelusta. (Kanerva ym. 2013, 180–181.) Mielenterveydenhäiriöille altistavia tekijöitä ovat esim. heikko sosiaalinen asema, huono koulutus sekä työn ja toimeentulon epävarmuus. Merkitykselliset menetykset ja vastoinkäymiset aiheuttavat jo oirehtimista tai pahentavat jo olemassa olevia oireita tai sitten laukaisevat varsinaisen häiriön. (Nupponen 2011, 177–179.)

"Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä." (L14.12.1990/1116, 1§).

Mielenterveyden osa-alueet voidaan jakaa kolmeen osaan, joita ovat mielenterveyden edistäminen eli promootio, ehkäisevä mielenterveystyö eli preventio sekä hoito ja kuntoutus eli korjaava mielenterveystyö. Promootioon tavoitteena on suojella vaalia ja parantaa kansalaisten mielenterveyttä yksikkö- ja yksilötasolla, kunnallisella tasolla sekä valtakunnallisella tasolla. Prevention tavoitteena on mielenterveysongelmien ja -häiriöiden ehkäiseminen vaikuttamalla erityisesti mielenterveydelle epäsuotuisiin olosuhteisiin ja tekijöihin sekä riskiryhmiin. Korjaavaan mielenterveystyöhön kuuluu häiriöiden tunnistaminen, tutkimukset ja hoito sekä kuntoutumista tukeva mielenterveystyö. Mielenterveyslain mukaan on tuettava oma-aloitteista hoitoon hakeutumista, joten palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohoitona. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 77.)

### **2.3.1 Vakava masennustila**

Mielialahäiriöt (F30–F39) ovat yleisin mielenterveyden häiriö. Siihen kuuluvat yksisuuntaiset masennustilat ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Tavallisimpia mielialahäiriöitä ovat eriasteiset masennustilat ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Vaikeusaste määritellään oireiden määrän ja keston mukaan. (Kanerva ym. 2013, 182.) Kanervan ym. teoksessa (2013, 205) mainitaan, että mielialahäiriöt ovat merkittävä kansanterveysongelma ja arviolta noin 5% suomalaisista kärsii masennuksesta. Masennus on naisilla noin kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä (Arslankoski ym. 2013, 131).

Kanerva ym. teoksessa (2013, 205–206) mainitaan, että masennustiloja ovat mm. pitkäaikainen ja toistuva masennus, vuodenaikaan liittyvä masennus ja synnytyksen jälkeinen masennus. Väestötutkimusten mukaan masennus ei ole yleistynyt, vaikka masennustilat ovat nykyään yleisimpiä työkyvyttömyyden aiheuttajia.

Tautiluokituksen mukaan masennus jaetaan lievään, keskivaikeaan ja vakavaan masennukseen. Vakavasta masennuksesta eli depressiosta on kyse silloin, kun ihmisellä on masentuneen mielen lisäksi monia muitakin jatkuvia ja vaikeita

masennuksen oireita. Masennus on ollut jo pitkään yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen syy. (Turtonen 2006, 11–12.)

Turtosen mukaan (2006, 13) vakavan masennustilan taustalla voi olla monia tekijöitä. Lapsuuteen ja nuoruuteen liittyvät pettymykset ja menetykset, kriisit sekä muut laukaisevat tekijät. Masennus voi liittyä myös luonteeseen ja perinnölliseen taipumukseen (Turtonen 2006, 13). Masennuksen puhkeamiseen vaikuttavat yksilön kielteiset elämäntapahtumat, kuten menetyskokemukset, työttömyys, väkivalta, avioero tai läheisen vakava sairastuminen (Kanerva ym. 2013, 206). Toistuvien masennustilojen taustalla on usein jokin laukaiseva ulkoinen tekijä ja perinnöllinen alttius (Arslankoski ym. 2013, 131).

Masennuksen oireita ovat unettomuus, selvä ruokahalun muutos, voimakas väsymys/uupumus/aloitekyvyttömyys, fyysinen lamaantuneisuus tai kiihtyneisyys, keskittymiskyvyn, muistin tai päättelykyvyn heikkeneminen, alemmuuden tai syyllisyyden tunteet, mielihyvän ja elämänilon menettäminen sekä kuolemanajatukset tai -toiveet. Tautiluokituksen mukaan ehdottomasti hoitoa vaativan masennuksen merkit täyttyvät, jos iloton ja masentunut mieliala jatkuu yhtäjakkoisesti useita viikkoja ja enemmän kuin neljä edellä mainituista oireista vaivaa suurimman osan ajasta. (Turtonen 2006, 14–15.) Masennustiloissa voi ilmetä myös painonmuutoksia, synkkiä ajatuksia ja toivottomuutta. Lisäksi masentuneen toimintakyky on madaltunut ja hänen saattaa olla vaikea selviytyä arkipäivän askareista ja itsensä huolehtimisesta. (Kanerva ym. 2013, 206.)

Vakavan masennuksen onnistunut hoito alkaa tuskan, toivottomuuden ja ahdistuksen tunnistamisesta sekä kohtaamisesta. Tavoite on palauttaa hermoston häiriintynyt toiminta normaaliin tasapainoon ja pysäyttää masennuksen pahentuminen. On muistettava, että hoitamatta jäänyt tai huonosti hoidettu masennus on kuolemanvakava sairaus, johon on yhdistettävä lääkehoito. Masennus saattaa alkaa huomaamatta eikä masennukseen sairastunut ihminen välttämättä edes tunnista omaa tilaansa. (Turtonen 2006, 13–14.) Sähköhoidosta, psykoterapiasta ja vertaistuesta voi olla myös merkittävä apu masennuksesta kärsivälle. (Ihalainen, Kettunen, Kähäri-Wiik & Vuori-Kemilä 2011, 81.)

### 2.3.2 Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistuneisuushäiriö kuuluu neuroottisten häiriöiden luokkaan (F40–F49). Lisäksi samaan luokkaan kuuluu myös paniikkihäiriöt, pakko-oireiset häiriöt, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot. (Kanerva ym. 2013, 182.) Tällaisia oireita esiintyy 50 % masennuspotilaista. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä, jossa yksilö tuntee pelon kaltaista voimakasta tunnetta ilman ulkoista todellista uhkaa tai vaaraa. Mielenterveyden häiriöstä puhutaan, kun oireilu on pitkäkestoista, voimaksasta ja ihmisen fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja kuluttavaa sekä toimintakykyä rajoittavaa. (Kanerva ym. 2013, 222.)

Ahdistus on normaali tunnetila, jota esiintyy jokaisella ihmisellä jossain elämänsä vaiheessa. Ahdistus on tarkoituksenmukainen tunne, joka suojelee ihmistä vaaratilanteessa. Vain puolet yleistyneestä ahdistuneisuudesta kärsivät hakevat itselleen apua ahdistukseen. He kuitenkin käyttävät paljon terveystalvveluita mm. somaattisten tuntemusten ja epämääräisten kipujen vuoksi, vaikka mitään selittävää tekijää ei löydetä. (Kanerva ym. 2013, 223.)

Kanervan ym. teoksessa (2013, 223–224) kerrotaan, että ahdistuneisuuden yleisiä oireita ovat kohtauksittainen, tilannesidonnainen tai jatkuva ahdistuneisuus ja huolestuneisuus, joka on liiallista tilanteeseen nähden ja pitkään jatkunutta. Merkkejä ahdistuneisuudesta voivat myös olla keskittymisvaikeudet, jännittyneisyys, erilaiset pelot, motorinen levottomuus nukahtamis- tai univaikeudet. Fyysisiä oireita ovat päänsärky, pahoinvointi, vapina, sydämentykytys, hikoilu, punastelu, vatsatuntemukset ja erilaiset lihassäryt.

Arslankosken ym. teoksen (2013, 142) mukaan tarkkaa syytä ahdistuneisuushäiriön syntyyn ei tiedetä, mutta heidän läheisillään on todettu esiintyvän myös yleistä ahdistuneisuutta ja tuskallisuutta. Nykyisin ajatellaan, että ahdistuneisuushäiriösillä aivojen hermovälittäjäaineiden toiminnassa on häiriötä. Ahdistuneisuushäiriöisillä on todettu lisäksi olevan usein eroahdistusta, perusturvallisuuden puutetta ja itsetunto-ongelmia (Arslankoski ym. 2013, 142). Sosiaalisen verkoston pieneneminen, kognitiivisen kyvyn lasku ja heikkenevä fyysinen terveys lisäävät ahdistuksen riskiä. Myös stressaavat asiat, jotka koetaan

elämää uhkaavana ja odotukset tiettyjä elämäntapahtumia kohtaan lisäävät ahdistuneisuuden riskiä. Yleisestä sosiaalisesta ahdistuksesta kärsivä henkilö tulkitsee sosiaalisia tilanteita usein vääristyneesti ja negatiivisesti, joka lisää entisestään uhan kokemusta sosiaalisissa tilanteissa. (Kanerva ym. 2013, 224.)

Kanervan ym. (2013, 224) mukaan varhainen puuttuminen ahdistuneisuuteen ja sen hoitaminen ajoissa on tärkeää, jotta ahdistuneisuus ei lisääntyisi eikä rajoittaisi elämää entisestään. Ahdistunut henkilö hyötyy mm. erilaisista rentoutumisharjoituksista, harrastuksista ja liikunnasta, joita hoitajan on hyvä motivoida potilasta tekemään. Säännölliset keskustelut ammattiauttajan kanssa ja erilaiset psykoterapiat ovat hyvä tuki ahdistuneisuushäiriöistä kärsivälle. Lääkkeistä on myös huomattavaa apua ahdistuneisuusoireisiin. (Ihalainen ym. 2011, 82.)

### **2.3.3 Skitsofrenia**

Skitsofrenia ja muut psykoottiset sairaudet ovat laajakirjainen ja hoidettavuudeltaan sekä ennusteeltaan vaikea mielen sairauksien ryhmä (F20–F29). Skitsofrenia on tämän ryhmän yleisin ja merkittävin sairausryhmä. Skitsofrenia voi olla kestoltaan akuutti, ohimenevä tai pitkäaikainen. (Kanerva ym. 2013, 182.)

Psykoottisilla oireilla tarkoitetaan, että yksilö tulkitsee ulkopuolista todellisuutta ja muita ihmisiä poikkeavalla tavalla, koska hänen havainto- ja ajatuskykynsä on vääristynyt. Ihmisen on tällöin vaikea erottaa, mikä on totta ja mikä ei. Joillakin osa-alueilla hän kuitenkin pystyy toimimaan jäsentyneesti. (Kanerva ym. 2013, 191.) Psykoosin ensioireita ovat tavallisimmin lisääntynyt levottomuus, eristäytyminen, uni- ja vuorokausirytmien häiriintyminen, oman hygienian pettäminen ja käyttäytymisen äkillinen muutos (Arslankoski ym. 2013, 137). Psykoottisia oireita ovat erilaiset hallusinaatiot eli aistiharhat kognitiiviset puutokset, ajattelun ja puheen häiriöt, näkö-, kuulo- ja tuntoharhat, harhaluulot eli deluusiot sekä hyvin eriaistiset käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöt. Pitkään sairastaneella oirekuvaan kuuluu myös tunne-elämän latistuminen, toimintakyvyn

lasku ja eristäytymistäipumus. (Kanerva ym. 2013, 191.) Psykoosissa oleva ihminen on aina välittömän avun tarpeessa (Arslankoski ym. 2013, 137).

Kanervan ym. teoksessa (2013, 191) mainitaan, että "skitsofrenian oireet voidaan jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin". Positiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä, kuten aistiharhoja, harhaluuloja, hajanaista puhetta ja käytöstä. Negatiivisilla oireilla taas tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen heikentymistä tai puuttumista, kuten puheen köyhtymistä, tahdottomuutta ja tunneilmaisun latistumista. (Kanerva ym. 2013, 191.)

Haavoittuvuus-stressimallin mukaan psykoottisen oireet ja skitsofrenia voivat puhjeta henkilölle, jolla on perinnöllinen tai varhaiskehityksen tuoma alttius sairauteen (Kanerva ym. 2013, 191). Tavallisimmin sairaus puhkeaa nuorena aikuisena, kun itsenäistyminen pitäisi aloittaa (Arslankoski ym. 2013, 136). Oireiden puhkeamiseen vaikuttavat myös henkilön sisäiset ja ulkoiset stressitekijät. Laukaisevia stressitekijöitä voivat olla esimerkiksi normaaliin aikuistumiseen liittyvät elämänmuutokset tai keskushermostovamma. Uusimmat tutkimukset osoittavat, että kannabiksen käytöllä on yhteys skitsofreniaan sairastumiselle. Näyttöä on myös siitä, että skitsofreniaan liittyy muutoksia aivojen dopaminergisessä hermovälitysjärjestelmässä. (Kanerva ym. 2013, 191.)

Kanerva ym. teoksessa (2013, 192) kerrotaan, että skitsofrenia puhkeaa joko äkillisesti tai vähitellen, ja väestöstä 0,5–1,5 % sairastuu siihen jossain elämässä vaiheessa. Sairastuneiden sosiaaliryhmä on usein alhaisempi kuin muilla ja he ovat yleensä syrjäytyneitä ja naimattomia. Lisäksi noin 75 % kärsii lieväasteisista psykoosia edeltävistä ennakko-oireista kuten univaikeuksista, energianpuutteesta, ahdistuneisuudesta, ruokahalun muutoksista, sosiaalisista kontakteista vetäytymisestä, pelokkuudesta ja poikkeavista käsityksistä itsestä ja ympäristöstä. Oireet voivat kestää muutamista päivistä jopa vuosiin, mutta ei suinkaan tarkoita aina psykoosiin sairastumista. (Kanerva ym. 2013, 192–193.) Tutkimuksellista näyttöä on siitä, että lääkityksellä ja kognitiivisella psykoterapialla on mahdollista estää tai siirtää psykoosivaarassa olevan



sairastumista psykoosiin. Olisi tärkeää tunnistaa varhain ennakko-oireista kärsivä henkilö, jotta voitaisiin aloittaa tarpeenmukainen hoito ja lääkitys, ja siten parantaa sairauden ennustetta. (Kanerva ym. 2013, 192.)

Kanerva ym. teoksessa (2013, 192) mainitaan, että skitsofrenia on jaoteltu tyypillisten oireiden mukaan eri alatyyppeihin, joita ovat mm. paranoidinen (epäluuloisuus, pelokkuus, aistiharhat, arvaamattomuus), hebefreeninen ja erilaistumaton skitsofrenia.

Skitsofrenian hoito on yksilöllistä. Siinä pyritään huomioimaan kuntoutuja ja hänen tarpeensa. Hoito ja kuntoutus suunnitellaan oireiden asteen ja luonteen mukaan. Suurin osa skitsofreenikoista hyötyy lääkkeistä, ja niiden avulla voidaan lyhentää sairaalajaksojen pituutta ja estää vaikeampien psykoosivaiheiden ilmenemistä. (Arslankoski ym. 2013, 137–138.)

## **2.4 Mielenterveyskuntoutuja**

Laajassa merkityksessä kuntoutus nähdään ihmisen elämäntilanteen muutoksena, uusien mahdollisuuksien avartajana, elämän mielekkyyden löytämisenä, arjen esteiden poistamisena, syrjäytymisen ehkäisijänä, kaikille tarvitseville sekä suhteessa ympäristöön. Lisäksi kuntoutukselle luonteenomaista on, että kuntoutustarve on todettu. Kuntoutussuunnitelma perustuu monen tahon yhteistoimintaan ja kuntoutussuunnitelman laadintaan. Olennaista on perusteltu, määrätietoinen, tavoitteisiin ja asiakkaan omaan haluun sekä sitoutumiseen perustuva suunniteltu työ. (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 9–11.)

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, jonka psykiatrinen sairaus on hallinnassa ja hän on toipumassa siitä (Mielenterveyden keskusliitto). Mielenterveyshoitotyössä kuntoutuja nähdään tavoitteellisena ja aktiivisena toimijana, joka on oman sairautensa ja elämänsä päätöksentekijä sekä asiantuntija (Kanerva, Kauhanen, Oittinen & Schubert 2013, 103). Kuntoutumisessa pitäisi ottaa huomioon mielenterveyskuntoutujan oma asiantuntemus elämästään ja vertaiskuntoutujien asiantuntemus. (Arslankoski 2013, 129.) Kuntoutus on tarkoitettu henkilöille, joilla on vaikea ja pitkään jatkunut diagnosoitu psyykkinen

sairaus sekä henkilö on ajautunut työkyvyttömäksi. Lisäksi huomattavissa on merkittävää epävakautta ja henkilö on sosiaalisesti rajoittunut. Nykyään kuntoutuksen tulisi kuulua kaikille, joilla on vaikea psyykinen sairaus. (Wulf 2006.)

Ihalaisen ym. mukaan (2011, 65) mielenterveyskuntoutujalla voi olla käytössään erilaisia voimavaroja eli selviytymisstrategioita. Kuntoutujan voimavarat voivat liittyä ympäristöön, johon kuuluu fyysinen (esim. tila, rakenteet ja palvelut) ja sosiaalinen puoli (konkreettinen apu, tiedonsaanti ja emotionaalinen tuki) sekä yksilöön, johon kuuluu fyysinen (terveys, ikä ja kunto) ja psykososiaalinen puoli (esim. motivaatio, kognitiiviset taidot ja vuorovaikutustaidot).

#### **2.4.1 Mielenterveyskuntoutus**

Kuntoutuksen lähtökohtana on, että ihmisellä on riittävästi toimintakykyä jaksaa kuntoutua (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 270) Wulf kirjoittaa artikkelissaan (2006), että kuntoutuksen tavoitteena on auttaa mielenterveyshäiriöistä kärsivää potilasta kehittämään emotionaalisia, sosiaalisia ja henkisiä taitoja, joita tarvitaan yhteiskunnassa. Kuntoutus mahdollistaa mielenterveyskuntoutujalle normaalin elämän yhteisössä vakavasta ja pitkästäkin sairaudesta huolimatta. Kuntoutuksen tarkoituksena on lisätä toimintakykyä, vähentää syrjäytymisen uhkaa ja tukea yhteiskunnassa selviytymistä. Kuntoutus on aina tavoitteellista ja tähtää elämänhallinnan pysymiseen ja elämänlaadun parantamiseen sekä ylläpitämiseen. Lisäksi kuntoutuksen tavoitteena on lisätä kuntoutujan ymmärrystä omaa sairautta kohtaan ja antaa selviytymiskeinoja, parantaa kuntoutujan vuorovaikutustaitoja ja tukea häntä sosiaalisissa suhteissa. Kuntouttava työote koostuu voimavarojen, toimintakyvyn ja oman elämän hallinnan tunnetta lisäävistä elementeistä. Kuntoutujakeskeisen mallin mukaan yhtenä tärkeänä päämääränä on kuntoutujan arkielämätaitojen ylläpitäminen, kuten kaupassa käynti, ruuanlaitto ja siivous sekä niiden lisääminen. Mitään ihmisen elämään kuuluvaa osaa ei saa jättää huomiotta ja tämän vuoksi työ on usein moniammatillista ja verkostokeskeistä. Lisäksi kuntoutuksessa korostetaan kuntoutujan positiivisia kykyjä sekä hoitajan ja

muiden kanssa tekemistä esimerkiksi erilaiset retket, matkat- ja tutustumiskäynnit. (Kanerva ym. 2013, 103–105.)

Laurell, Nordman & Suvikas kirjoittavat teoksessaan (2011, 283), että psykososiaalinen kuntoutus etenee vaiheittain, jossa aloitusvaihe edustaa kuntoutujan saapumista kuntoutusyksikköön. Silloin tehdään myös tilannearviointi, jossa kartoitetaan kuntoutujan toimintakykyä mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Aloitusvaiheessa selvitetään lisäksi vapaa-ajan viettoon liittyviä asioita, sosiaalista verkostoa sekä kuntoutujan odotuksia ja toiveita. Kuntoutujan kanssa laaditaan yhdessä kuntoutussuunnitelma. Seuraavissa vaiheissa kuntoutujan vastuuta lisätään vähitellen eri asioiden hoitamiseen ja tilannetta arvioidaan jatkuvasti. Jos kuntoutuja ei omasta mielestään ole valmis seuraavaan laajempaan vastuuseen, voi hän pysyä vielä samassa vaiheessa ja jatkaa eteenpäin, kunnes on valmis. Kuntoutumiskehityksessä voi tapahtua myös takapakkia, jolloin aloitetaan uudestaan. (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 283.) Hyvään kuntoutukseen kuuluu etukäteissuunnittelu, kuntoutujan tarpeiden huolellinen kartoitus ja huomioon ottaminen, yhdessä asetetut tavoitteet, laadukkaiden ja yleisesti hyväksytyjen kuntoutusmenetelmien käyttö, sujuva tiedonkulku sekä kuntoutumisen seuranta (Ihalainen ym. 2011, 24).

Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan ylös tavoitteet ja tavoitteiden saavuttamiseksi mietitään yhdessä kuntoutujan kanssa keinoja. Tavoitteiden tulisi olla kuntoutujalle mielekkäitä ja konkreettisia, ja niihin olisi hyvä määritellä lähitavoitteet ja pidemmän aikavälin tavoitteet, jotta tavoitteita olisi helpompi arvioida ja onnistumisen kokemukset mahdollistusivat. (Kanerva ym. 2013, 107.) Arvioinnin tulisi tapahtua säännöllisin väliajoin ja kuntoutussuunnitelman tulisi ohjata kuntoutumista ja olla aina mukana arvioinneissa. Kuntoutuminen lähtee aina kuntoutujasta ja siksi kuntoutussuunnitelman tulisi olla kuntoutujalle esillä, jotta siihen voi helposti palata, koska monien kuntoutujien on vaikea hahmottaa viikkoja tai kuukausia sitten tehtyjä kuntoutussuunnitelmia. Kuntoutussuunnitelman tavoitteet tulisi myös näkyä kuntoutujan viikko-ohjelmassa. (Kanerva ym. 2013, 109.)

Kanerva ym. teoksessa (2013, 103–104) mainitaan, että lähtökohtana kuntouttavassa mielenterveyshoitotyössä on kuntoutujalähtöisyys. Vaikka kuntoutuminen lähtee kuntoutujasta itsestään, voi hän silti tarvita rinnalleen läheisiä, vertaistukea ja ammattiauttajia. Hoitajan tehtävänä on ylläpitää toivoa, tukea itsetuntoa ja auttaa näkemään kuntoutujaa kehityskykyisenä sekä tukea häntä tässä prosessissa, koska kuntoutuminen kestää usein vuosia.

Psykiatrisen kuntoutuksen kehittymisen seurauksena mielenterveyspalvelut ovat nykyään paremmin saatavilla kaikille mielenterveyskuntoutujille. On kuitenkin muistettava, että tutkimusten soveltaminen käytäntöön on aikaa vievää. Selvää on, että nykyinen hoito ja kuntoutus ovat parantuneet merkittävästi erilaisten tutkimusten myötä. Tehokas psykiatrisen kuntoutuksen edellyttää yksilöllistä ja erikoistunutta hoitoa. (Wulf 2006.)

Pääsääntöisesti mielenterveyskuntoutujat toivovat samoja asioita kuin psyykkisesti terveet ihmiset eli itsenäisyyden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen sekä mahdollisimman normaalin elämän eläminen, johon usein kuuluu oma asunto, riittävä koulutus ja mielekäs työ, jolloin syntyy kuuluvuuden tunne yhteisöön ja elämään (Wulf 2006).

#### **2.4.2 Yhteisökuntoutus**

Yhteisöhoito perustuu ihmiskäsitykseen, jonka mukaan ihminen elää ja kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 250). Yhteisöhoidon tarkoituksena on, että koko sosiaalinen ja fyysinen ympäristö käytetään hyödyksi, jotta saavutettaisiin kuntoutujan hoidolliset ja kuntoutukselliset tavoitteet. Yhteisössä korostuu ihmisten välinen läheisyys ja epämuodollisuus. Yhteisön kaikkien jäsenten tulisi osallistua ja olla vuorovaikutuksessa keskenään, ja kaikkien yhteisön tapahtumien tulisi edistää kuntoutujan hoitoa ja kuntoutumista. Yhteisön tulisi korostaa yhteisöllisyyttä, mutta myös sallia erilaisuutta. Yhteisö motivoi, kannustaa ja tukee yksittäistä kuntoutujaa. Kuntoutujat saavat myös jatkuvasti palautetta toisiltaan, mikä toimii terapeuttisena palautteena ja antaa kuntoutujalle mahdollisuuden kasvaa ihmisenä.

Yhteisöhoidon periaatteita ovat salliva ilmapiiri, yhteisöllisyys, tasa-arvoisuus ja avoin kommunikaatio. (Kanerva ym. 2013, 109–110.)

Kanerva ym. teoksessa (2013, 110) mainitaan, että yhdessä tekeminen korostuu erityisesti kuntouttavassa hoitotyössä. Yhteisökokouksissa sovitaan yhteisön jäsenten päivittäiset tai viikoittaiset roolit (siivous, kaupassa käynti, ruuanlaitto), joiden ohjaamina kuntoutujat harjoittelevat tehtäviä. Yhdessä tekeminen tuo sisältöä ja järjestystä kuntoutujan päivään. Lisäksi yhteisössä pidetään yhteisiä kokouksia, joissa tiedotetaan asioista, tehdään päätöksiä, sovitaan säännöistä ja selvitetään ristiriitoja. (Kanerva ym. 2013, 110.) Yhteisössä pidetään lisäksi aamukokouksia päivittäin. Ryhmän vetäjä ilmoittaa päivän ja mahdolliset nimi- ja syntymäpäivät sekä muut tiedotettavat asiat. Kokouksessa käydään päiväohjelma yhdessä läpi ja muistutellaan henkilökohtaisista menoista. Kokous käynnistää kuntoutujien päivän ja yhteinen hetki tukee yhteisöllisyyttä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 252.) Yhteisöhoidon pääperiaatteita ovat sallivuus, yhteisöllisyys, avoimuus, demokratia, realiteettikonfrontaatio (jokainen kuntoutuja saa palautetta siitä, mitä hän tekee ja miten se vaikuttaa toisiin) ja empatia. (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 282.) Kuntoutujia kannustetaan lisäksi myös osallistumaan ulkopuoliseen toimintaan ja hakeutumaan erilaisiin harrasteryhmiin (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 252).

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ**

Tässä luvussa on tarkoitus kuvata tutkimuksen tarkoitusta, tavoitetta ja tutkimustehtäviä.

#### **3.1 Tutkimuksen tarkoitus**

Työn tarkoituksena oli kuvata mielenterveyskuntoutujien kokemuksia liikunnasta ja selvittää, miten liikunta vaikuttaa heidän mielialaansa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää ryhmäliikunnan tuomia vaikutuksia, sekä kuinka paljon mielenterveyskuntoutajat liikkuvat ja millä tavalla.

#### **3.2 Tutkimuksen tavoite**

Tutkimuksen tavoitteena oli, että tuloksia voitaisiin hyödyntää mielenterveyskuntoutujien kuntoutussuunnitelmassa. Tavoitteena oli, että liikunnan tuomia positiivisia vaikutuksia voitaisiin hyödyntää myös osana koko kuntoutumisprosessia.

Tutkittua tietoa voidaan hyödyntää jokaisen kuntoutujan kuntoutussuunnitelmassa ja ottaa liikunta siihen yhdeksi tavoitteeksi mukaan. Esimerkiksi jokaiselle kuntoutujalle suunniteltaisiin yksilöllinen pienimuotoinen harjoitussuunnitelma omien mieltymyksien mukaan yhdessä kuntoutujan kanssa, jota hän pyrki noudattamaan seuraavaan kuntoutuspalaveriin saakka. Harjoitusohjelmaan voi sisältyä esimerkiksi yhteislenkki kerran viikossa tai osallistuminen johonkin Vaskoolin tarjoamaan liikuntaryhmään, jossa mukaan tulisi myös sosiaalinen vuorovaikutus. Kuntoutujan kanssa voi myös sopia, että hän kävisi esimerkiksi kolme kertaa viikossa kävelemässä vähintään 30 minuutin ajan. Harjoitusten ei tarvitse olla suuria vaan kuntoutuja voi aloittaa jostain pienemmästä välitavoitteesta ja edetä omaa tahtia kohti omia tavoitteitaan (esimerkiksi säännöllinen liikunta osana elämää tai oman hyvinvoinnin paraneminen). Nämä kaikki välitavoitteet ja pidemmän välin tavoitteet tulisi kirjata ylös kuntoutussuunnitelmaan ja antaa myös kuntoutujalle kirjallinen suunnitelma

tavoitteista, jotta hänen olisi helpompi palata suunnitelmaan. Myös viikko-ohjelmaan olisi hyvä kirjata tavoitteet, jotta kuntoutujan olisi helpompi hahmottaa suunnitelmaa.

Työn tekijän omana tavoitteena oli, että tutkimuksen tulokset kehittäisivät mielenterveyshoitotyötä ja, että tekijä saa uutta tietoa itselleen tulevaa ammattia varten.

### **3.3 Tutkimustehtävät**

Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää, millainen merkitys liikunnalla on mielenterveyskuntoutujien elämään ja mielialaan sekä, millaisia kokemuksia mielenterveyskuntoutujilla on liikunnasta.

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön tutkimusmenetelmää, kohderyhmää, aineiston keruumenetelmää sekä analysointia.

### 4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä on kvalitatiivinen tutkimus eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus kuvaa todellista elämää. Siinä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lisäksi kvalitatiivisen tutkimuksen muita tyypillisiä piirteitä ovat ihmisen suosiminen tiedon keruun instrumenttina, induktiivisen analyysin käyttö, tutkimussuunnitelman muotoutuminen tutkimuksen edetessä, laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa, kohdejoukon tarkoituksenmukainen valinta sekä tapausten ainutlaatuinen käsittely ja aineiston tulkitseminen sen mukaan. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 152–155.) Kvalitatiivinen tutkimus sopii aiheeseen hyvin, koska tällöin saadaan kuvattua tarkasti mielenterveyskuntoutujien omia kokemuksia ja ajatuksia liikunnasta. Tulokset ovat lisäksi yksityiskohtaisempia ja syvällisempiä.

Aineisto kerättiin käyttämällä puolistrukturoitua yksilöhaastattelua. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran mukaan (2004, 197) puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun väliltä. Tyypillistä on, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Haastattelukysymykset olivat valmiit ja esitysjärjestys pysyi kaikilla haastateltavilla samana. Valmiit kysymykset perustuvat teoriaan ja varmistavat, ettei haastattelija vaikuta vastauksiin omilla mielipiteillään ja toiminnallaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125). Haastattelun edetessä oli kuitenkin syytä esittää osalle kuntoutujista tarkentavia kysymyksiä, jotta haastattelusta saataisiin kaikki mahdollinen tieto. Hirsjärven ym. mukaan (2004, 193) haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Haastattelun suurena etuna on sen joustavuus. Siinä voidaan säädellä aineiston keruuta tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Myös haastatteluaiheiden järjestystä on mahdollista säädellä ja vastauksia tulkita enemmän. (Hirsjärvi ym. 2004, 194.)



Hirsjärven ym. mukaan (2004, 195) haastateltavia on lisäksi mahdollista tavoittaa vielä myöhemmin, jos on tarpeen täydentää aineistoa.

Haastattelulomake toteutettiin teorian pohjalta ja se on esitestastattu henkilöillä, joilla on todettu masennus viimeisen vuoden aikana. Opinnäytetyön ohjaava opettaja oli myös mukana haastattelukysymysten tarkastuksessa ja mudostamisessa. Puolistrukturoitu haastattelu sopi kohderyhmälle, koska mielenterveyskuntoutujien on helpompi vastata selkeisiin ja valmiiksi laadittuihin kysymyksiin. Mielenterveyskuntoutujilla on usein myös kognitiivisia vaikeuksia, jotka liittyvät muistiin, keskittymiseen ja tarkkaavaisuuteen. Myös uuden oppiminen, päätöksenteon vaikeus sekä tiedon vastaanottaminen ja käsittely ovat yleisiä. (Kognitiiviset oireet.) Kognitiivisia oireita ilmenee selvimmin vaikeasteisen ja pitkäaikaisen masennuksen yhteydessä. Lisäksi kognitiivisten oireiden kuvaan vaikuttaa sairastumisikä, muu psykiatrinen sairaus, sairauden vaihe ja psykoottisten piirteiden olemassaolo. (Kognitiivisen toimintakyvyn häiriöt.) Tämän vuoksi kysymykset pyrittiin pitämään mahdollisimman yksinkertaisina ja selkeinä, jotta mielenterveyskuntoutujien olisi helpompi käsitellä kysymyksiä. Haastattelu oli lisäksi kohderyhmälle myös Puron työntekijöiden mielestä paras mahdollinen vaihtoehto, koska kirjalliset tehtävät voivat tuottaa kuntoutujille ongelmia, joten kyselylomake olisi voinut olla heille haastava.

Ensimmäisessä osiossa kysyttiin haastateltavien liikuntatottumuksia. Haastattelussa kysyttiin liikunnan määrää viikossa, arviota kuntotasosta, yleisimpiä liikuntamuotoja ja liikuntakerran kestoja sekä mieleisimpiä liikuntamuotoja ja mahdollisia uusia liikuntamuotoja, joita haluaisi kokeilla. Vastauksia saatiin kattavasti ja osaltaan ne olivat yhtenäisiä.

Toisessa osiossa selvitettiin mielenterveyskuntoutujien kokemuksia ryhmässä liikkumisesta. Kuntoutujilta kysyttiin, kuuluuko johonkin liikuntaryhmään, miten ryhmässä liikkuminen vaikuttaa mielialaan sekä liikkuuko mielummin yksin vai ryhmässä ja minkä vuoksi. Vastauksia saatiin kattavasti ja ne olivat osaltaan yhtenäisiä.

Kolmannessa osiossa selvitettiin mielenterveyskuntoutujien omia kokemuksia liikunnasta. Kuntoutujilta kysyttiin, mitä liikunta heille merkitsee, millaisena he kokevat mielialan liikuntasuorituksen aikana, jälkeen sekä kokeeko mielialan muuttuvan liikkussa ja miten. Lisäksi kysyttiin kuntoutujien huomioita mielialassa, jos liikuntaa jää jostain syystä väliin sekä hakeutuuko liikunna pariin joissain tietyissä tunnetiloissa ja onko liikunnasta ollut apua. Vastaukset olivat osaltaan yhtenäisiä ja täten tukivat toisiaan. Vastauksia saatiin myös kattavasti.

Viimeisessä osiossa käsiteltiin liikunnan merkitystä kuntoutumisessa ja tulevaisuudessa mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta. Kuntoutujilta kysyttiin kuinka tärkeänä he pitävät liikunnan merkitystä kuntoutuksessa ja aikooko tulevaisuudessa säilyttää liikunnan osana elämää vai aikooko muuttaa liikunnan määrää jotenkin. Vastauksia saatiin kattavasti ja ne olivat osaltaan yhtenäisiä.

## **4.2 Kohderyhmä**

Tutkimus toteutettiin kuntouttavaan asumisyksikkö Puroon, jossa haastattelut tehtiin. Kohderyhmänä oli kuusi mielenterveyskuntoutujaa, jotka asuvat kuntouttavassa asumisyksikössä ja heillä kaikilla on jokin diagnosoitu mielenterveyden häiriö, joka on hoitotasolla. Asukkaat ovat lisäksi sitoutuneet hoitoon ja ovat siellä vapaaehtoisesti. Kohderyhmä on valittu tutkimukseen tarkoituksenmukaisesti. Puroon vietiin haastattelukysymykset (Liite 2) etukäteen, jotta he saivat tutustua kysymyksiin. Puron työntekijät myös keskustelivat haastattelusta etukäteen asukkaiden kanssa aamukokouksissa ja valmistelivat heitä henkisesti tilanteeseen sekä kannustivat osallistumaan. Myös saatekirje (Liite 1) vietiin Puroon ja heillä oli mahdollisuus kysyä opinnäytetyön tekijältä, jos heillä jotain epäselvää olisi.

Kaikilla kuntoutujilla oli mahdollisuus haastatteluun ja kynnys oli matala, koska haastattelu toteutettiin Purossa. Kaikilta kuntoutujilta kysyttiin osallistumista haastatteluun ja heistä neljä oli halukkaita, joten heidät valittiin haastattelutilanteeseen.

### 4.3 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin kesäkuun 2016 aikana puolistrukturoiduilla haastattelulomakkeilla. Haastattelu tapahtui konkreettisesti kuntouttavassa asumisyksikkö Purossa ja haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen haastattelumateriaali tuhottiin asianmukaisesti. Kaikilla Puron asukkailla oli mahdollisuus osallistua haastatteluun ja heitä informoitiin haastattelusta etukäteen suullisesti ja kirjallisesti. Haastattelut toteutettiin kuntoutujien omissa huoneissaan, jolloin muut eivät voineet vaikuttaa haastattelutuloksiin ja haastateltavan vastaukset pysyivät salassa. Haastattelun tarkoitus ei ollut ahdistaa tai muuten olla epämellyttävä, vaan enemmänkin olla liikuntaan motivoiva keskustelu.

Haastattelut kestivät keskimäärin noin puoli tuntia. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia eikä ylimääräistä hälinää ollut ympärillä, koska haastattelut tapahtuivat kuntoutujien omissa huoneissa, jolloin myös kuntoutujille oli helpompi olla heille tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Haastatteluihin varattiin kunnolla aikaa eikä kuntoutujilla ollut samanaikaisesti mitään muuta toimintaa, joten haastattelutilanteet saatiin rauhoitettua pelkästään haastatteluille.

Haastattelijan rooli haastattelutilanteessa oli neutraali eikä haastattelija vaikuttanut haastateltavien vastauksiin. Haastattelijalla oli valmiina mukanaan apukysymyksiä, joita hän tarvittaessa käytti. Haastattelija käytti reflektivoivaa eli heijastavaa kuuntelua apunaan haastattelutilanteessa, mikä sopi mielenterveyskuntoutujille hyvin. Reflektivoivan kuuntelun avulla viestiteään haastateltavalle, että häntä oikeasti kuunnellaan. Reflektivoivan kuuntelun avulla pyritään tarkastamaan, onko haastattelija ymmärtänyt haastateltavan kertoman oikein. Reflektivoiva kuuntelu sisältää myös lyhyiden yhteenvetojen tekemisen, joiden avulla voidaan osoittaa, että haastateltava on tullut kuulluksi ja samalla haastateltava voi korjata ja täydentää vielä kertomaansa. Tarkoituksena on koota keskeisin asia, mitä haastattelija on kuullut ja ymmärtänyt. (Järvinen 2014.) Mielenterveyskuntoutujien kanssa heijastava kuuntelu oli hyvä menetelmä, koska kuntoutujille on kerrottava asiat mahdollisimman selkeästi ja lisäksi on tärkeää

varmistaa, että he ovat ymmärtäneet kysymyksen oikein samoin kuin haastateltaja on ymmärtänyt kuntoutujia oikein. Heijastavan kuuntelun vahvuutena on ymmärrettyksi tulemisen tunne molemmin puolin. Sen avulla myös haastatteluun saatiin lisää sisältöä, koska muuten haastattelut olisivat voineet olla melko lyhyitä mielenterveyskuntoutujia haastateltaessa.

#### **4.4 Aineiston analysointi**

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen, jonka avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Sisällön analyysin tavoitteena on laaja mutta tiivis esittäminen, jolloin syntyy käsitejärjestelmiä, malleja, käsitteluokituksia tai käsitekarttoja. Hoitotieteessä sisällön analyysin vahvuuksia ovat tutkimusasetelman joustavuus ja sisällöllinen sensitiivisyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.) Tutkimuksessa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa sisällönanalyysissä pääpainona on aineisto ja teoria rakennetaan aineisto lähtökohtana. Induktiivinen tarkoittaa etenemistä yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin. Induktiivisen lähestymistavan tarkoituksena ei siis ole hypoteesin tai teorian testaaminen, eikä tutkijan tehtävänä ole määrätä sitä, mikä on tärkeää. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Haastattelumateriaali saatiin kerättyä yhdellä kerralla, josta syntyi yhteensä noin 21 sivua kirjoitettua materiaalia fontilla Times New Roman, fontin koko 12 ja riviväli 1,5. Koko aineisto kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan eli litteroitiin. Litterointi on tavallisempaa kuin suoraan nahoista tehdyt päätelmät. (Hirsjärvi ym. 2004, 210.) Litteroinnissa otettiin huomioon myös pitkät tauot ja epämääräiset äännähdykset. Litteroinnin jälkeen aineistoa pelkistettiin eli etsittiin esittämille kysymyksille kuvaavia sanoja, sanapareja ja lauseita, joihin käytettiin teemojen mukaan eri värejä apuna. Tämän jälkeen alettiin etsimään samaa tarkoittavia asioita pelkistetystä aineistosta, joista muodostui alakategoriota. Alakategorioista muodostettiin vielä yläkategoriota. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2014.) Esimerkki sisällön analyysistä on esitetty myöhempänä (Liite 3).

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tulokset saatiin neljältä mielenterveyskuntoutujalta, jotka asuvat kuntouttavassa asumisyksikkö Purossa. Haastateltavien ikä vaihteli noin 40:n ja 70 vuoden välillä. Haastateltavista puolet olivat miehiä ja puolet naisia.

### 5.1 Mielenterveyskuntoutujien liikuntatottumukset

Kysyttäessä liikuntakertojen määrää viikossa, kuntoutujille selvitettiin aluksi, että liikuntakerroiksi tässä tapauksessa on laskettu myös hyötyliikunta. Kuntoutuja B kertoi liikuntamääräkseen 14 kertaa viikossa.

*”Neljätoista kertaa... Joo kahesti päivässä ja sitte täydennyslenkit.”*

Kuntoutuja D kertoi liikkuvansa päivittäin ja kuntoutuja C 4–5 kertaa viikossa. Kuntoutuja A kertoi viikossa liikuntakertoja kertyvän 2–3 kertaa.

*”Päivätoimintaa on kerran viikossa ja sitte mitä näitä kävelee täsä ni pankille toinen kerta. Sitte taas, jos käyn Passelissa, ni sitte erikseen, jos käyn ni kertyy. Kyllä niitä kertyy kolome reissua tai kaks ainaki.”*

Kuntoutujista puolet (B ja D) olivat sitä mieltä, että liikuntakerrat olivat lisääntyneet viime aikoina. Kuntoutuja B mainitsi ylipainon lisäävän liikunnan määrää hänen kohdallaan.

*”Ne on lisääntyny...Joo, ku ylipainon takia.”*

Puolet (A ja C) kuntoutujista mainitsivat, että liikuntakerrat olisivat pysyneet samoina viime aikoina.

Kolmantena kysymyksenä kysyttiin mielenterveyskuntotujien mielipidettä tämän hetkisestä kuntotasosta. Vaihtoehtoina käytettiin kouluarvosanoja erinomainen, hyvä, keskinkertainen, tyydyttävä, huono. Kuntoutujat A, C ja D mainitsivat kuntotasonsa olevan tyydyttävä verrattuna muihin saman ikäisiin henkilöihin. Kuntoutuja C mainitsi tupakoinnin olevan yksi tekijä tyydyttävään kuntotasoon verrattuna saman ikäisiin henkilöihin.

*”Tai no ei se välttämättä oo nii hyvä, että saattaa olla pikkasen huonompi, ku ikäsillään ku tupakan poltto... Joo tyydyttävä, joo tupakan poltto tekee sen.”*

Ainoastaan kuntoutuja B koki, että kuntotaso oli hyvä verrattuna muihin saman ikäisiin.

*”...Kyllä se nyt taas on aika hyvä.”*

Kuntoutujien vastauksista yleisimmäksi liikuntamuodoksi nousi kävely, jota harrastivat kaikki haastateltavat. Kuntoutuja B kertoi harrastavansa kävelyä ja vaihtelevansa lenkin pituutta sekä vauhtia kevyestä reipasvauhtiseen.

*”...minä harrastan nyt enää niinku kävelyä... No niinku... Reilu kolome kilometriä... On se niinku, ku toinen on niinku reipasvauhtinen ja toinen on sitte niinku...Joo se toinen on niinku vauhdikkaampi... Joo, että se on ehkä vain vajaa puoli tuntia se toinen. Toinen on sitte jo vähän niinku pitempi.”*

Kuntoutuja C kertoi myös harrastavansa pyöräilyä kävelyn lisäksi.

Liikuntakerran kestoksi kuntoutujat (A, B ja D) mainitsivat noin puoli tuntia. Kuntoutuja C kertoi liikkuvansa puolesta tunnista tuntiin.

Mielekkäimmäksi liikuntamuodoksi kuntoutuja D mainitsi pyöräilyn ja kävelyn. Kuntoutuja A mainitsi pyöräilyn olevan mieluisin liikuntamuoto, mutta hänellä ei tällä hetkellä ollut omaa pyörää. Kuntoutuja B mainitsi myös soudun ja metsämaastossa patikoinnin mielekkäiksi liikuntamuodoiksi pyöräilyn lisäksi.

*”...Noo kyllä se minä käyn soudamassa... Ja sitte polokupyörällä ajan...Kyllä kai se niinku niinku patikointi metsämaastossa... Se mieluisin.”*

Kuntoutuja C kertoi kävelyn olevan hänelle mieluisin liikuntamuoto.

Haastattelusta kävi ilmi, että kuntoutujat ovat kokeilleet monenlaisia liikuntamuotoja. Kuntoutuja D mainitsi kokeilleensa mm. hiihtoa, kuntopyöräilyä ja juoksua, mutta ei osannut kertoa, mitä muuta liikuntamuotoa haluaisi vielä kokeilla. Kuntoutuja C mainitsi kokeilleensa yli sataa eri lajia, mutta purjehdusta hän haluaisi vielä kokeilla. Kuntoutuja B kertoi pyörällä ajamisen pelon ja uintikiellon jalkapohjan ongelman vuoksi olevan syitä, ettei uintia ja pyöräilyä ole voinut harrastaa vaikka niitä haluaisi vielä kokeilla.

*”...mua ei päästetä uimahalliin, että haluaisin kyllä uida ja haluaisin kyllä pyöräillä, mutta pyöräilläki, mutta en uskalla... Joo, mutten mää uskalla lähteä, että siinä on niin monta vuotta, ku mää oon viimeks ajannu pyörällä, että mää kaatusin mää en pystyis sen kans kävelemään ja sitte tosiaan uimisessa ni ei voi mennä, ku kielletään.”*

Kuntoutuja A kertoi haluavansa hiihtää, mutta ei urheiluvälineiden puutteen vuoksi ole voinut hiihtoa harrastaa.

*”No en mää tiä sitä hiihtua mää yhteen aikaan... En mää tiä tuleeko niitä niitä suksia ikään ostettua.”*

## **5.2 Ryhmässä liikkuminen**

Haastattelusta kävi ilmi, että puolet kuntoujista (B ja D) kuului Vaskoolin tarjoamiin liikuntaryhmiin. Vaskoolin ryhmäliikuntatarjonnasta kuntoutuja B kuului Geokätköryhmään ja kuntoutuja D Liikettä luihin -ryhmään. Haastattelussa kävi myös ilmi, että Purolla järjestetään sunnuntaisin yhteislenkki, jolloin he käyvät yhdessä ohjaajan/ohjaajien kanssa kävelemässä. Kuntoutuja C kuitenkin koki negatiivisena sen, että yhteislenkille ei lähde kuin harvat. Haastateltavista säännöllisesti yhteislenkillä käveli vain yksi kuntoutuja C. Kuntoutuja A kertoi kävelevänsä yhteislenkillä vain satunnaisesti. Kuntoutujat B ja D eivät osallistuneet Puron järjestämään yhteislenkkiin ollenkaan.

Haastattelusta kävi ilmi, että kaikkien mielestä ryhmässä liikkuminen on mukavaa ja sen koettiin vaikuttavan positiivisesti mielialaan. Kuntoutuja B kertoi seuraavasti:

*”Kyllä se niinku piristää, ku on toisiaki, ettei aina yksin... Yksin tarvi.”*

Kuntoutuja A mainitsi myös pelon yhdeksi ryhmäliikunnan syyksi.

*”Nii, ku mää en tahtonu uskaltaa, ku sain kohtauksia asunnossa ja sitte mut vietiin ambulanssilla sairaalaan ja ja en päässy ylös lattiasta, että on semmonen kohtaous, ku mulla on skitsofreeni sairaus...”*

Haastattelusta kävi ilmi, että kolme kuntoutujaa (A, B ja C) kuitenkin liikkuvat mielummin yksin kuin ryhmässä. Vain yksi kuntoutuja D mainitsi pitävänsä molemmista saman verran. Kuitenkin kaikki kuntoujuat mainitsivat positiivisia vaikutuksia ryhmäliikunnasta, kuten suorituskyvyn kasvun ja sosiaaliset suhteet. Kuntoutuja A kertoi yksin liikkumisen olevan helpompaa, ettei tarvitse muita vaivata tai odotella ja on kiva kävellä omaksi iloksi. Kuntoutuja C mainitsi myös tunnetilan vaikuttavan siihen, haluaako lähteä liikkeelle yksin vai ryhmässä vaikka hieman mielummin kuitenkin yksin liikkeeseen.

*”No sanotaanko, että sekä että, että kyllä mää tykkään oikeestaan mää kyllä tykkään liikkua vähän enemänn yksin, mutta sitte se riippuu vähän, että että saattaa olla, että on ihan kiva välillä ryhmässäki kävellä, että se riippuu ihan fiiliksestä.”*

### **5.3 Mielenterveyskuntotujien kokemuksia liikunnasta**

Haastattelusta kävi ilmi, että mielenterveyskuntoutujille liikunta merkitsee erilaisia asioita. Haastattelusta kuitenkin esille voitiin nostaa psyykkiset ja fyysiset puolet. Kuntoutuja C kertoi liikunnan olevan mukavaa ja kivaa. Kuntoutuja A mainitsi haastattelussa useampiakin asioita, joita liikunta hänelle merkitsi, kuten mielen piristys, virkistys ja unen laadu paraneminen.

*”...mielen piristystä ja... Nii, että ku on hermostunu vähän toisinaan ni lähtee tuonne ulos sitte virkistyneenä tulee taas takasin ja saa nukuttua yönsä ja sitte on semmosta mukavaa, ku on aikaa lähteä ja kuntoilehan tuonne tielle, että...Ettääh säilyy maharytmi...”*



Kuntoutuja B mainitsi liikunnan merkitsevän hänelle elämäntapaa, koska on nuoresta asti urheillut. Lisäksi hän kertoi painonhallinnan ja kunnossa pysymisen olevan tärkeitä syitä liikkumiselle elämäntavan lisäksi. Kuntoutuja D vastasi liikunnan merkitsevän useita terveydellisiä syitä hänelle, kuten verenkierron ja aineenvaihdunnan paraneminen.

*”Verenkierto ja olo paranee... Aineenvaihduntaan ja elimistöön vaikuttaa... Kunto paranee.”*

Haastattelusta siis kävi ilmi, että mielenterveyskuntoutujille liikunta merkitsee elämäntapaa, terveydellisiä syitä sekä hyvän olon tunnetta.

Haastateltavilta kysyttiin, että millaisena he kokevat mielialan liikuntasuorituksen aikana. Haastattelusta kävi ilmi, että kuntoutujien mieliala oli tällöin suhteellisen hyvä. Kuntoutuja A mainitsi skitsofreniasta johtuvien ääniharhojen joskus häiritsevän kävelyllä, mutta hän on jo tottunut elämään niiden kanssa. Hän kuitenkin mainitsi myös, että liikuntasuorituksen aikana mieli on yleensä hyvä. Kuntoutuja C koki, että liikuntasuorituksen aikana tuntuu hyvältä, kun kohta lenkki on suoritettu. Kuntoutuja D mainitsi lenkin aikana joskus tuntuvan raskaalta ja olon helpottavan, kun lenkki oli suoritettu. Kuntoutuja B mainitsi liian kovan vauhdin lenkillä olevan ennen hänen ongelmanaan, mutta nyt mieli on hänen mukaansa huomattavasti parempi.

*”... Ennen mulla oli aina huono mieli... Mää yritin liika kovaa mennä... Sitte määhän luin kirjasta, että niinku lenkkivauhti niinku semmonen, että hyvin pystyy keskustella ja niinku jonkun kanssa yleisestiki lenkillä... Ettei liika kovaa yritä mennä... Että niinku sillaa vaan löysää niinku välillä ni se on mieli muuttunu paljon paremmaks.”*

Liikuntasuorituksen jälkeen mielenterveyskuntoutujat kokivat yksimielisesti mielialan olevan aina hyvä. Mielialaa kuvattiin tällöin virkeäksi, ihanaksi ja hyväksi. Kuntoutuja B kertoi mielialansa olevan palautumisen jälkeen hyvä.

*”Se on aina hyvä... Joo sitte tiesti mistä tahansa stressistä huolimatta... Ja kovasta vauhista huolimatta ni se on, ku vähän*

*aikaa ja sitte niinku palautuu... Käy suihkussa tai saunasa sitte se on hyvä.”*

Kysyttäessä mielialan muuttumista liikkussa, kaikki haastateltavat kertoivat sen kohenevan ja olon virkistyvän. Kuntoutuja A mainitsi myös liikunnan auttavan hermostuneisuuteen virkistymisen lisäksi. Kaikkien haastateltavien vastauksista siis kävi ilmi, että liikunta kohensi heidän mielialaa.

Liikunnan jääminen väliin jostain syystä koettiin hermostuttavana, väsyttävänä ja harmittavana asiana. Kuntoutuja B mainitsi myös liikunnan synnyttävän eräänlaisen nälän, että on pakko lähteä liikkeelle. Liikunnan jääminen väliin koettiin siis mielummin negatiivisena kuin positiivisena asiana kaikkien haastateltavien kohdalla.

Kysyttäessä liikunna pariin hakeutumista tietyssä tunnetilassa, vastauksista ilmeni, että suurin osa (A, B ja C) kuntoutujista hakeutui liikunnan pariin hermostuneena, väsyneenä tai turhautuneena. He kokivat liikunnasta olleen myös tällöin apua. Kuntoutuja A kuvasi tilannetta seuraavasti:

*”Sillon, ku mää oon väsyneellä päällä tai sitte hermostunnu, että että pitää päästä piristyhän tuonne ulkoilimaan... On siitä kaikellailailla apua. Nukun hyvin, ku saa olla ulukona ja ei tarvitse niitä unilääkkeitä ottakaan.”*

Kuntoutuja B kertoi pitävänsä viiden minuutin tauon ja tyhjentävänsä kaiken muun mielestä ennen liikuntasuoritusta ja sen jälkeen, mutta kertoi myös, että liikunta auttaa häntä alakauloisuuteen. Ainoastaan kuntoutuja D mainitsi lähtevänsä liikkeelle silloin, kun mieli oli parempi. Liikunnasta koettiin olevan apua keskittymiseen ja sitä pidettiin piristävänä sekä hyvän olon lähteenä. Kuntoutuja C mainitsi myös liikunnan kuuluvan osana elämään.

#### **5.4 Liikunnan merkitys kuntoutumisessa ja tulevaisuudessa**

Kysyttäessä liikunnan merkitystä kuntoutuksessa, kaikki haastateltavat olivat samaa mieltä siitä, että liikunta oli tärkeä lisä osana kuntoutusta. Kuntoutujat siis

kokivat liikunnan tärkeäksi osaksi kuntoutustaan. Kuntoutuja C mainitsi kävelyn tuottavan hyvää oloa hänelle.

*”Kyllä mä pidän sitä tosi tärkeenä... Joo kyllä sitä liikkua pitää on tosi tärkeätä ja sitte tulee hyvä fiilis justinsa, että jos saattaa olla vähän pyörryksissäki tai näi justinsa, että on vähän hermostunu ja sit lähtee kävelemään ni tulee hyvä fiilis, ku on käyny kävelemässä.”*

Haastateltavista kaikki olivat yhtä mieltä siitä, että liikunta säilyy myös tulevaisuudessakin heidän elämässään. Kuntotujat C ja D pitivät liikuntaa mielekkäänä, jonka vuoksi halusivat säilyttää sen osana elämää. Kuntotujat A halusi säilyttää liikunnan osana elämää, jotta paino pysyisi hallinnassa. Kuntoutuja B koki liikunnan vaikuttavan psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen positiivisesti, jonka vuoksi halusi säilyttää liikunnan osana elämää myös tulevaisuudessa.

Kuntoutuja A oli sitä mieltä, että tulevaisuudessa hänen pitäisi lisätä liikunnan määrää jonkin verran. Kuntoutuja B taas mainitsi, että liikuntaa täytyy vähentää jonkin verran iän mukaan, koska lihaksisto ei ole enää kuin nuorempana. Kuntoutuja C kertoi pitävänsä liikunna määrän tulevaisuudessakin samana, koska ei halua alkaa omia voimiaan ylittämään. Kuntoutuja D ei osanut määrästä sanoa, mutta liikunnan hän kuitenkin aikoi säilyttää osana elämää.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön tuloksista tehtyjä johtopäätöksiä sekä pohditaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Lisäksi lopussa käsitellään opinnäytetyön tekijän oppimisprosessia sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

### 6.1 Pohdinta

Tutkimustehtäviin saatiin vastaukset ja myös tutkimuksen tavoitteet saatiin täytettyä vaikka haastateltavia oli vain neljä, mikä oli hieman harmillista. Koska haastateltavina oli joukko mielenteveyskuntoutujia, on muistettava, että haastattelukysymykset on pyritty pitämään mahdollisimman yksinkertaisina. Lisäksi apuna on tarvittaessa käytetty tarkentavia kysymyksiä, jotka eivät kuitenkaan olleet johdattelevia. Itse haastattelutilanne oli myös haastavampi, koska kyseessä oli mielenterveyskuntoutujia ja heillä voi olla vahvoja päänäpintymiä omasta menneisyydestään, jotka voivat haastattelutilanteessa nousta esille. Haastateltaville oli erityisen tärkeää luoda aluksi turvallinen ja rauhallinen ympäristö, jotta heidän olisi helpompi keskustella. Eräälle kuntoutujalle nauhurin näkeminen tuotti ongelmia, joten nauhuri laitettiin piiloon haastattelun ajaksi, jotta kuntoutuja pystyi keskittymään haastatteluun.

Mielenkiintoista oli huomata, että kuntoutujat liikkuvat lähes päivittäin noin puoli tuntia, mikä on todella hieno asia. On tärkeää, että myös fyysisestä puolesta pidetään huolta. Terveysliikuntaan tähtäävä liikuntaharjoittelu on hyvästä siksikin, että vaikeissa ja pitkäaikaisissa häiriöissä potilaan toiminta rajoittuu niin paljon, että fyysisestä kunnosta tulisi muutenkin huolehtia (Nupponen 2011, 183). Kuntoutujien mukaan kävely oli yleisin tapa liikkua, mutta myös pyöräily mainittiin. Kävely onkin helppo tapa liikkua ja siinä samalla yhdistyy myös luonnon rauha. Kävellessä on helppo unohtaa hetkeksi kaikki huolet ja irtautua arkipäivän askareista.

Mielenkiintoista oli havaita, että mielenterveyskuntoutujat ovat kokeilleet todella monia liikuntamuotoja, joista esimerkkeinä mainittiin mm. jalkapallo, hiihto ja kuntopyöräily. Harmillista oli, että liikuntavälineiden puute oli osalle

kuntoutujista esteenä. Olisi hienoa, jos mielenterveyskuntoutujien kanssa lähdetäisiin yhdessä ostamaan mielekkäitä liikuntavälineitä, jotta liikkumisesta tulisi mukavempaa ja saisi kokeilla sellaisia lajeja, joita vielä haluaisi.

Alexandratosin, Barnettin & Thomasin tutkimuksessa (2015) kävi ilmi, että liikunta voi lievittää psyykkistä oirehdintaa kuten mielialaa, tarkkaavaisuutta, keskittymiskykyä, psykoottisia oireita ja unen laatua. Myös mielenterveyskuntoutujien haastattelu tukee tutkimustulosta. Mielenterveyskuntoutujat nimittäin mainitsivat liikunnan virkistävän, parantavan keskittymiskykyä ja kohentavan mielialaa.

Tutkimustulokset tukevat käsitystä, että säännöllinen liikunta tuottaa ja ylläpitää suotuisaa mielialaa (Nupponen 2011, 48). Tutkimustuloksia tukee myös haastattelu, jossa mielenterveyskuntoutujat olivat yhtämieltä siitä, että liikunnalla on positiivinen vaikutus heidän mielialaansa. Lisäksi liikunnan on todettu vähentävän epämiellyttäviä kehontuntemuksia sekä tuottavan mielihyvän, virkistymisen, voimistumisen ja rentoutumisen tunteita liikuntakerran aikana ja muutamaksi tunniksi sen jälkeen (Nupponen 2011, 43). Haastattelu tukee kyseistä tutkimusta, koska mielenterveyskuntoutujat olivat yhtä mieltä siitä, että liikuntasuorituksen jälkeen heidän mielialansa on aina hyvä sekä virkistynyt.

Laurell, Nordman & Suvikas toteavat teoksessaan (2011, 284), että liikunnan on oltava tarpeeksi tehokasta, jotta se synnyttää kuntoutujalle mielihyvän kokemuksen ja edistää fyysistä terveyttä toistuvasti riittävän ajan. Sellainen liikunta on parasta, joka tarjoaa motivaationlähteitä kuten sosiaalinen vuorovaikutus, irtautuminen arkipäivän rutiineista ja itse havaittu kunnon koheneminen. Myös Käypähoito (2012) korostaa ryhmäliikunnan tuomaa sosiaalista tukea. Mielenterveyskuntoutujat olivat yhtämieltä siitä, että ryhmäliikunta on mukavaa ja sen koettiin vaikuttavan positiivisesti mielialaan. Mielenkiintoista kuitenkin oli havaita, että vain puolet kuntoutujista olivat osallisena Vaskoolin tarjoamiin ryhmäliikuntamuotoihin ja vain harva osallistui Puron yhteislenkille. Mielenterveyskuntoutujia täytyisi kannustaa enemmän, koska he kuitenkin kokivat ryhmäliikunnan positiivisena asiana. On muistettava,

että mielenterveyskuntoutujille uuden asian aloittaminen on haastavaa ja pelottavaa, joten heitä täytyisi vain kannustaa ja rohkaista osallistumaan enemmän. Myös Laurell ym. (2011, 284) mainitsevat teoksessaan, että ohjaajan on oltava tarpeeksi tiukka ja kannustava, jotta kuntoutujat saadaan liikkumaan. Ryhmäliikunta tarjoaa myös samalla tukea, sosiaalisten vuorovaikutustaitojen ja suorituskyvyn paranemista sekä yhteishengen tiivistymistä. Ryhmäliikunta tuo siis samalla muita positiivisia vaikutuksia liikunnan lisäksi. Siinä korostuu psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen puoli.

Nupponen (2011, 181) mainitsee, että eräässä tutkimuksessa on todettu, että vaikeasta depressiosta kärsivien avohoitopotilaiden hoitotulos oli neljän kuukauden harjoittelun jälkeen samaa tasoa kuin lääkkeillä saavutettu tulos. Kuusi kuukautta myöhemmin tehdyssä kyselyssä masennusoireiden määrä riippui siitä, minkä verran kyseinen henkilö oli jatkanut liikuntaharjoittelua hoitajakson jälkeen. Hoidossa toipuneiden potilaiden masennuksen uusiutuminen kuuden kuukauden seurannassa oli harvinaisinta liikuntaryhmään kuuluneilla. Myös mielenterveyskuntoutujat mainitsivat yksimielisesti, että liikunta on heidän mielestään hyvä ja tärkeä osa kuntoutumisprosessia sekä aikovat myös tulevaisuudessa säilyttää liikunnan osana elämää, mikä oli hienoa kuulla.

Tuloksista voidaan siis päätellä, että mielenterveyskuntoutujille liikunta merkitsee elämäntapaa, terveydellisiä syitä ja hyvän olon tunnetta. Mielenterveyskuntoutujat kokivat liikunna tärkeäksi ja haluavat säilyttää sen osana elämää. Lisäksi he kokivat, että liikunta kohottaa heidän mielialaansa, auttaa hermostuneisuuteen ja keskittymiseen sekä virkistää oloa. He myös pitivät liikuntaa tärkeänä osana kuntoutumisprosessia. Tulokset osoittavat samaa, mitä aikaisemmatkin tulokset ovat näyttäneet. Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että mielenterveyskuntoutujien kannattaa säilyttää liikunta osana heidän kuntoutumisprosessiaan, koska kuntoutujat itse korostivat haastattelussa liikunnan tärkeyttä sekä fyysiselle että psyykkiselle terveydelle.

## **6.2 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimuksessa noudatettiin Pietarisen (2002) kahdeksaa eettistä vaatimusta.

1. Opinnäytetyön tekijä on aidosti kiinnostunut aiheesta.
2. Opinnäytetyön tekijä on paneutunut aiempaan kirjallisuuteen tunnollisesti.
3. Opinnäytetyön tekijä ei ole syyllistynyt vilpin harjoittamiseen.
4. Tutkimus ei tuota kohtuutonta vahinkoa tutkittaville.
5. Tutkimus ei loukkaa ihmisarvoa eikä kenenkään moraalista arvoa.
6. Tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti.
7. Opinnäytetyön tekijä toimii tavalla, joka edistää tutkimuksen tekemistä.
8. Opinnäytetyön tekijä suhtautuu toisiin arvostavasti, ei vähättelevästi.

(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Opinnäytetyön tekijälle liikunta on erittäin tärkeä osa elämää ja mielenterveys on jo pitkään kiinnostanut opinnäytetyön tekijää. Opinnäytetyön tekijä on huomannut liikunnan vaikuttavan mielenterveyteen positiivisesti ja halunnut lähteä tutkimaan tätä aiheetta, joten aihe on kiinnostanut aidosti opinnäytetyön tekijää.

Opinnäytetyön tekijä on tutustunut eri lähdemateriaaleihin monipuolisesti. Opinnäytetyössä on käytetty sekä netti- että kirjallisia lähteitä ja mukana on myös muutama englanninkielinen lähde. Vastaavia tutkimuksia on tehty vielä vähän, joten tutkimustulokset eivät ole kuin vasta suuntaa antavia, mutta aiempaan saatavilla olevaan tutkimustietoon opinnäytetyön tekijä on perehtynyt kuitenkin tunnollisesti.

Opinnäytetyön tekijä ei ole syyllistynyt vilpin harjoittamiseen. Plagiointia on pyritty välttämään muotoilemalla lauseet omannäköisiksi sen sisältöä kuitenkin muuttamatta. Kirjalliseen katsaukseen tieto on saatu luotettavista lähteistä eikä muiden tutkijoiden tekstiä ole lainattu suoraan. Kaikki lähteet on merkattu lähdeluetteloon huolellisesti ylös ja tekstin sisällä on viittaukset jokaisesta lähteestä, joita on käytetty.

Tutkimus ei tuottanut vahinkoa tutkittaville eikä loukannut tutkittavien ihmisarvoa/moraalista arvoa. Haastattelu tapahtui Purolla haastateltaville tutussa ympäristössä eikä kysymykset olleet millääntavalla loukkaavia eikä liian syvälle meneviä. Haastateltavien kanssa keskusteltiin yksinkertaisista ja selkeistä aihealueista. Haastattelu oli myös täysin vapaaehtoinen ja sen pystyi halutessaan

keskeyttää. Haastattelu toteutettiin anonymisti eikä yksittäinen henkilö erottunut tuloksista. Haastattelusta ei siis koitunut henkistä eikä fyysistä vahinkoa kenellekään.

Työn valmistuttua aineisto hävitettiin asianmukaisesti eikä haastattelun tuloksia nähnyt kuin opinnäytetyön tekijä itse, joten tieteellistä informaatioita on käytetty opinnäytetyössä eettisesti oikein.

### **6.3 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta tulosten luotettavuus vaihtelee silti, jonka vuoksi tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2004, 216). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteutumisesta, joka koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita (Hirsjärvi ym. 2004, 217). Tutkimuksen luotettavuutta on tarkasteltu neljän kvalitatiivisen tutkimuksen kriteerin avulla, joita ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus.

Uskottavuutta tutkimukseen tuo se, että opinnäytetyön tekijä on kertonut ja kuvannut analyysimenetelmän sekä tutkimustulokset ovat kuvattu selkeästi ja apuna on käytetty sitaatteja, jotka tuovat tekstiin eloa ja luotettavuutta. Pohdinta – osuudessa on myös pohdittu tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia, jotka tuovat tutkimukselle uskottavuutta. Lisäksi opinnäytetyöntekijä on työstänyt opinnäytetyötä ja perehtynyt aiheeseen keväästä 2015 saakka.

Siirrettävyyttä tutkimukseen on saatu sillä, että tutkimuskonteksti on kuvattu tutkimuksessa. Haastattelupaikkana toimi Puro ja haastattelut toteutettiin haastateltavien omissa huoneissa, jotta haastattelut olisivat yksityisiä. Lisäksi haastateltavalle tuttu ympäristö tuo lisää luotettavuutta, koska silloin he tuntevat olonsa turvalliseksi ja tällöin voi parhaiten olla oma itsensä. Haastattelutilanne rauhoitettiin täysin eikä mitään ulkopuolista melua ollut taustalla. Haastateltavat on valittu tutkimukseen tarkoituksenmukaisesti eivätkä he erotu tutkimuksesta yksittäisinä henkilöinä. Haastateltavia oli vain neljä, mutta aineiston toistettavuus



kuvastaa tulosten luotettavuutta ja siirrettävyyttä myös isommalle joukolle. Myös aiempi samankaltainen tutkimustieto aiheesta lisää tulosten siirrettävyyttä ja toistuvuutta. Haastateltaville kerrottiin ennen haastattelutilannetta sen olevan vapaaehtoinen ja he saivat myös keskeyttää haastattelun halutessaan. Lisäksi kaikille Puron asukkaille tuotiin näytille yhteiseksi haastattelurunko, jotta he pystyisivät etukäteen valmistautua haastatteluun. Kaikilla Puron asukkailla oli mahdollisuus osallistua haastatteluun. Haastateltavat ovat kuvattuna tutkimuksessa aakkosin A, B, C ja D. Opinnäytetyön tekijä tiesi haastateltavien taustoja, koska on ollut harjoittelussa ja töissä Purolla, mikä vaikuttaa tutkimuksen siirrettävyyteen positiivisesti. Aineiston keruu ja analyysi ovat kuvattuna tutkimuksessa, mikä lisää osaltaan siirrettävyyttä tutkimukseen.

Riippuvuutta tutkimukselle on saatu siten, että lähtökohdat on kuvattu tutkimuksessa ja opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt olemaan vaikuttamatta haastateltaviin ja tuloksiin välttämällä johdattelevia kysymyksiä sekä analysoimaan tuloksia avoimin mielin.

Vahvistettavuutta vähentää se, että opinnäytetyön tekijöitä oli vain yksi, jolloin tutkimuksessa on vain yhden tutkijan näkökulma. Opinnäytetyössä apuna on käytetty tutkimussuunnitelmaa, joka on toiminut tutkimuspäiväkirjan tavoin, johon on lisätty muistiinpanoja milloin mitäkin on tehty. Opinnäytetyön tekijä käytti tutkimuksessaan myös Test – retest –menetelmää eli sisällönanalyysi on toteutettu kahtena eri aikana, joka luo tutkimukselle lisää luotettavuutta.

Luotettavuutta on lisätty vielä sillä, että tutkimuksessa on pyritty käyttämään viimeisen 10 vuoden aikana julkaistuja lähteitä, jolloin teoreettinen viitekehys on mahdollisimman luotettava ja perustuisi viimeisimpään tietoon. Teoreettiseen viitekehukseen on myös otettu mukaan muutamia ulkomaalaisia lähteitä, mikä tuo tutkimukseen myös kansainvälistä näkökulmaa.

#### **6.4 Opinnäytetyö oppimisprosessina**

Opinnäytetyön tekeminen oli ajoittain melko haastavaa, koska tutkimuksen tekeminen oli aivan uusi asia eikä mitään selvää aikataulua tai mallia ollut kuinka

opinnäytetyö toteutetaan. Opinnäytetyöhön kuuluu monta vaihetta ja se on tarkkaan säädelyä, joten haastavaa oli pitää koko prosessi kasassa. Lisäksi opinnäytetyöntekijästä tuntui siltä, että tutkimuksen kanssa oli välillä yksin, koska tekijöitä oli vain yksi. Lisäksi koko luokka oli niin eri vaiheissa opinnäytetyön kanssa, joten oli haastavaa keskustella, jos oli jotain epäselvää. Onneksi kuitenkin ohjaavaan opettajaan sai helposti yhteyttä. Opinnäytetyön tekemisestä mielenkiintoista teki sen, että aihe kiinnosti opinnäytetyön tekijää aidosti, jonka vuoksi aihetta jaksoi käsitellä ja työstää pitkään.

Haastavaa oli löytää aikaisempaa tutkimustietoa, koska aihetta ollaan tutkittu vähän eikä ole vasta kuin antaa alustavia näyttöön perustuvia suosituksia. Myös englannin kieliset lähteet tuottivat haastetta, koska kielitaito on tyydyttävä. Positiivista kuitenkin oli, että tutkimukseen saatiin mukaan muutamia englanninkielisiä lähteitä.

Opinnäytetyön tekeminen oli kuitenkin suuri oppimisprosessi, jonka aikana tulivat tutuiksi aineistonkeruu, kvalitatiivisen tutkimuksen toteuttaminen ja asioiden aikatauluttaminen. Opinnäytetyöntekijän suurin oppimiskokemus oli varmasti asioiden aikatauluttaminen, koska se on ennen ollut haastavaa.

Opinnäytetyöntekijä koki positiivisena sen, että aloitti ajoissa tutkimussuunnitelman teon, koska koulunkäynti ja vuorotyö osaltaan pitkittivät entisestään prosessia. Toisaalta positiivista oli myös se, että opinnäytetyöntekijöitä oli vain yksi, koska muuten aikatauluttaminen olisi voinut olla vielä haastavampaa. Opinnäytetyön tekemisestä on varmasti apua tulevaa ammattia ajatellen. Haastattelutilanne on antanut varmuutta ja rohkeutta enemmän kohdata asiakkaita. Haastattelu sujui hienosti ja opinnäytetyöntekijän odotukset täyttyivät, koska haastateltavat olivat aidosti kiinnostuneita aiheesta ja halusivat kertoa kokemuksiaan. Odotuksena opinnäytetyöntekijällä oli aluksi, että haastattelutilanteeseen olisi vaikea saada osallistujia, koska kyseessä oli joukko mielenterveyskuntoutujia. Purolla asui haastatteluhetkellä kuusi kuntoutujaa, joista neljä olivat halukkaita osallistumaan haastatteluun, mikä oli opinnäytetyöntekijän mielestä kuitenkin hyvä tulos, koska yli puolet olivat

halukkaita vaikka haastateltavien määrä kokonaisuudessaan olikin pieni. Lisäksi tiedonhakutaidot ovat karttuneet. Opinnäytetyön tekijä koki myös haastavan kohderyhmän olevan positiivinen ja mielenkiintoinen kokemus.

Kokonaisuudessaan opinnäytetön tekemisestä on jäänyt positiivinen mieli ja yhteistyö kohdeorganisaation ja ohjaavan opettajan välillä on ollut toimivaa, mikä on osaltaan helpottanut aikaa vievää tutkimustyötä.

## **6.5 Jatkotutkimusideoita**

Mielenkiintoista olisi jatkossa toteuttaa seurantatutkimus, jossa mielenterveyskuntoutujille räätälöitäisiin henkilökohtaiset harjoitussuunnitelmat. Heitä seurattaisiin vuoden ajan, jonka jälkeen verrattaisiin, mihin suuntaan mielenterveys olisi mennyt. Apuna voitaisiin käyttää esimerkiksi päiväkirjaa, johon saisi merkata omia sen hetkisiä tunteitaan. Tutkimuksessa voisi myös olla vertailuryhmä, jotka eivät harrastaisi säännöllisesti liikuntaa.

Toinen jatkotutkimusidea voisi tutkia sitä, kuinka erilaiset liikuntaryhmät vaikuttavat mielenterveyskuntoutujien mielialaan verrattuna yksin liikkumiseen. Haastattelussa kävi ilmi, että kuntoutujat tykkäävät liikkua ryhmässä, mutta harva kuitenkin osallistui mihinkään ryhmäliikuntaan.

## LÄHTEET

Alexandratos, K., Barnett, F. & Thomas, Y. 2012. The impact of exercise on the mental health and quality of life of people with severe mental illness: a critical review. Journal Article - research, systematic review. British Journal of Occupational Therapy. Vol 75, nro 2, 48-60. Viitattu 13.4.2016. Tiivistelmä Cinahl-tietokannasta. Saatavilla www-muodossa:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/detail/detail?sid=cc4ba75e-741b-4d2d-9940-cdcd250e17a%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4107&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104521495&db=cin20>

Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkojulkaisu]. Aineisto- ja teorialähtöisyys. Viitattu 7.7.2016. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html)

Arslanoski, V., Kari, O., Lehtonen, H. & Niskanen, T. 2013. Kuntoutumisen tukeminen. 1. painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Brailsford, R., Crone, D., Laws, K., Tyson, P. & Wilson, K. 2010. Physical activity and mental health in a student population. Journal Article – research. Journal of Mental Health. Vol 19, nro 6, 492-499. Viitattu 13.4.2016. Tiivistelmä Cinahl-tietokannasta. Saatavilla www-muodossa:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4ad7625-e306-4f7c-99ec-b037c8fec16f%40sessionmgr4001&vid=22&hid=4107>

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. 4., uudistettu painos. Bookwell Oy. Porvoo.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, J. 2015. Terveyskirjasto. Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Viitattu 27.9.2016. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00934](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934)

Ihalainen, J., Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K. & Vuori-Kemilä, A. 2011. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4.-5. painos. WSOYpro Oy. Helsinki.

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 30.9.2016. Helsinki. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=39FCD0D36AA1B34B8F6C755ACE592AD3?id=nix02109>

Järvinen, V. 2016. Jaksaa, jaksaa. Tehy. 2, 3-83.

Kajaanin Ammattikorkeakoulu. 2014. Laadullisen aineiston analyysi ja aineisto. Viitattu 30.9.2016. <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta>

Kanerva, A., Kauhanen, C., Oittinen, P. & Schubert, C. 2013. Mielen terveyshoitotyö. Lähestymistapoja mielen terveyshoitotyöhön. 3., uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kanerva, A., Kauhanen, J. & Seuri, T. 2013. Mielen terveyshoitotyö. Keskeisimmät mielen terveyden häiriöt ja hoitotyö. 3., uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kauhanen, C. 2013. Mielen terveyshoitotyö. Mielen terveys ja mielen terveyshoitotyö. 3., uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Käypä hoito 2012. Liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 29.7.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=DCC861FAC63A6F0AE403CEFE2B9CF0F2?id=hoi50075#s28>

Keski-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. 2016. Vaskoolin ryhmätarjonta kevät 2016. Viitattu 28.2.2016. [http://www.kpspy.fi/assets/files/Vaskooli\\_kev2016.pdf](http://www.kpspy.fi/assets/files/Vaskooli_kev2016.pdf)

Kettunen, O. 2015. Effects of physical activity and fitness on the psychological wellbeing of young men and working adults: associations with stress, mental resources, overweight and workability. Viitattu 25.3.2016. Väitöskirja. Doctoral thesis. Department of Physical Activity and Health. University of Turku. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/103576/AnnalesD1161Kettunen.pdf?sequence=2>

Kognitiivisen toimintakyvyn häiriöt. Viitattu 24.3.2016. Masennukseen liittyy kognitiivisen toimintakyvyn häiriöitä. Verkko-artikkeli. Oy H. Lundbeck Ab. Turku. <http://masennusinfo.fi/oireet/masennukseen-liittyy-kognitiivisen-toimintakyvyn-haeirioeita>

Kognitiiviset oireet. Viitattu 24.3.2016. Kognitiivisten oireiden huomioiminen yhä tärkeämpi osa skitsofrenian hoitoa. Verkko-artikkeli. Oy H. Lundbeck Ab. Turku. <http://www.skitsofreniainfo.fi/oireet/Kognitiivisten-oireiden-huomioiminen-yhae-tarkeampi-osa-skitsofrenian-hoito>

KPSPY. Yksiköt - Asumispalvelulinja Puro. Viitattu 28.2.2016. <http://www.kpspy.fi/index.php?id=26>

L 14.12.1990/1116. Mielen terveyslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 24.3.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Laurell, L., Nordman, P. & Suvikas, A. 2011. Kuntouttava lähihoito. 4.-5. painos. Edita Prima Oy. Helsinki.

Mielenterveyden keskusliitto. Tietoa mielenterveydestä. Viitattu 30.07.2015. Helsinki. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/>

Nupponen, R. 2011. Liikunta ja koettu hyvinvointi. 2., uudistettu painos. Helsinki. Oy Duodecim.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Mielen hyvinvointi. Viitattu 29.07.2015. Helsinki. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 30.07.2015. Helsinki. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/>

Terveysliikunta 2008. Terveysliikunta kuuluu kaikille. Viitattu 23.9.2016. <http://www.terveysliikunta.fi/>

Turtonen, J. 2006. Mielenterveysongelmat. Gummerus Kirjapaino. Helsinki. Minerva.

UKK-instituutti 2009. Liikuntapiirakka. Viitattu 29.07.2015. Tampere. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Wulf, R. 2006. Psychiatric rehabilitation today: an overview. Viitattu 21.9.2015. World Psychiatry. US National Library of Medicine National Institutes of Health Psychiatric rehabilitation. USA. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636112/>



LIITE 1

SAATEKIRJE

Vaasa 31.3.2016

**HYVÄ VASTAANOTTAJA**

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä terveydenhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teen opinnäytetyötäni aiheesta ”Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia liikunnasta”. Tarkoituksena on, että liikunnan tuomia positiivisia vaikutuksia voitaisiin hyödyntää osana mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisprosessia.

Opinnäytetyö toteutetaan puolistrukturoidulla haastattelulla, johon kutsun teidät osallistumaan. Haastattelu tapahtuu kuntouttavassa asumisyksikössä Purossa. Tarkoituksena on kerätä kuntoutujilta omakohtaista kokemusta liikunnan tuomista vaikutuksista mielialaan. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Haastattelu on myös mahdollista keskeyttää halutessaan.

Tutkimuksen toteuttamiseen on saatu asianmukainen lupa. Haastattelun tulokset käsitellään nimettöminä eikä yksittäinen henkilö erotu tuloksista. Tulokset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Haastattelun tulokset näkee vain opinnäytetyön tekijä ja tutkimuksen valmistuessa tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti.

Ohessa saatte myös haastattelukysymykset, jotta voitte etukäteen jo valmistautua halutessanne haastatteluun.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Paula Hakala Vaasan ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyöni tullaan julkaisemaan internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi). Valmis työ esitetään lisäksi Vaasan ammattikorkeakoulun esitysseminaarissa.

Vastaan mielelläni, jos sinulla on jotain kysyttävää haastatteluun liittyen.

Ystävällisin terveisin

Ohjaava opettaja

Heidi Takalo-Mattila

Paula Hakala



## LIITE 2

### **Haastattelukysymykset:**

#### **Omat liikuntatottumukset**

1. Montako kertaa viikossa harrastat liikuntaa? (Tässä tapauksessa liikunnaksi lasketaan myös kaikki hyötyliikunta esim. kävelymatkat kauppaan)
2. Ovatko liikuntakerrat vähentyneet vai lisääntyneet viime aikoina?
3. Millainen on mielestäsi tämän hetkinen kuntotasosi verrattuna samanikäisiin henkilöihin?
4. Minkälaista liikuntaa yleensä harrastat ja kuinka pitkään kerrallaan?
5. Mikä on mieleisesi liikuntamuoto/liikuntamuodot?
6. Onko jotain sellaisia liikuntamuotoja, joita et ole vielä kokeillut, mutta haluaisit, mitä?

#### **Ryhmässä liikkuminen**

7. Kuulutko johonkin liikuntaryhmään tällä hetkellä, mihin?
8. Miten ryhmässä liikkuminen vaikuttaa mielialaasi?
9. Liikutko mieluummin yksin vai ryhmässä, miksi?

### **Omia kokemuksia liikunnasta**

10. Mitä liikunta merkitsee sinulle?
11. Millaisena koet mielialasi liikuntasuorituksen aikana?
12. Millaisena koet mielialasi liikuntasuorituksen jälkeen?
13. Koetko mielialasi muuttuvan liikkuessasi, miten?
14. Entä jos liikunta jää jostain syystä väliin (esim. sairastumisen vuoksi), millaisia huomioita omassa mielialassasi huomaat tällöin?
15. Hakeudutko liikunnan pariin tietyissä tunnetiloissa (esim. alakuloisena), jos hakeudut, niin millaisissa, ja onko liikunnasta ollut apua?

### **Liikunnan merkitys kuntoutumisessa ja tulevaisuudessa**

16. Miten tärkeänä pidät liikunnan merkitystä kuntoutuksessasi?
17. Aiotko tulevaisuudessa säilyttää liikunnan osana elämää vai aiotko muuttaa (vähentää/lisätä) liikunnan määrää, perustele?

LIITE 3

**Esimerkki sisällön analyysistä**

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Mielen piristys, virkistys ja auttaa vatsantoiminnassa	Liikunnan fyysiset vaikutukset  Liikunnan psyykkiset vaikutukset	<b>Liikunnan merkitys mielenterveyskuntoutujille</b>
Hyvin tärkeää, vaikuttaa lihaksistoon ja painonhallintaan positiivisesti	Liikunna fyysiset vaikutukset	<b>Liikunnan merkitys mielenterveyskuntoutujille</b>
Mukavaa ja kiva kävellä	Liikunnan psyykkiset vaikutukset	<b>Liikunnan merkitys mielenterveyskuntoutujille</b>
Kunto ja olo paranee, vaikuttaa aineenvaihduntaan, verenkiertoon ja elimistöön positiivisesti	Liikunnan fyysiset vaikutukset	<b>Liikunnan merkitys mielenterveyskuntoutujille</b>