



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

PSYKOFYYSISEN FYSIOTE- RAPIAN PERUSTEET

Sähköinen perehdytysmateriaali KYS:n psykiatrian palveluyksikölle

TEKIJÄ/T: Noora Lampinen
Noora Leskinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Noora Lampinen, Noora Leskinen	
Työn nimi Psykofyysisen fysioterapian perusteet	
Päiväys 26.10.2017	Sivumäärä/Liitteet 68/3
Ohjaaja(t) Marita Huovinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian palveluyksikkö / Mikko Niiranen	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Psykofyysinen fysioterapia on lähestymistapa, jonka lähtökohtana on kokonaisvaltainen ajattelu, jossa ihmisen mieli, keho ja ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Lähestymistavan tavoitteena on saada ihminen löytämään itselleen soveltuvia selviytymismalleja ja toimintatapoja kokemusten kautta. Se antaa mahdollisuuden oman kehollisuuden kokemiseen, tunnistamiseen ja hyväksymiseen. Terapiassa keskeisessä asemassa on terapeutin oma ihmiskäsitys, potilaan kohtaaminen, tämän ruumiinkuva ja motivaatio.</p> <p>Opinnäytetyö oli kehittämistyö ja sen tarkoituksena oli tuottaa Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian palveluyksikölle perehdytysmateriaali, joka on helposti saatavilla sähköisessä muodossa. Perehdytysmateriaali toteutettiin PowerPoint-ohjelmalla ja se tullaan tallentamaan sairaalan Intranettiin. Tavoitteena oli tuoda lisää tietoisuutta psykofyysisestä fysioterapiasta, auttaa KYS:n psykiatrialle harjoitteluun tulevia fysioterapiaopiskelijoita ja hoitohenkilökuntaa näkemään kohtaan potilaat kokonaisvaltaisemmin sekä edistää moniammatillisen yhteistyön kehittymistä. Perehdytysmateriaalin ensisijaisena kohderyhmänä olivat KYS:n psykiatrialle harjoitteluun tulevat fysioterapiaopiskelijat. Toissijaisena kohderyhmänä olivat KYS:n psykiatrialla työskentelevät lääkärit ja hoitohenkilökunta.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin psykofyysistä fysioterapiaa lähestymistapana ja sen eri terapia- ja arviointimenetelmiä. Hankittiin myös tietoa, millainen on hyvä perehdytysmateriaali. Materiaalin tarpeellisuuden arviointia ja sisällön suunnittelua varten keskusteltiin työn tilaajan kanssa ja käytettiin haastattelua. Haastattelut toteutettiin yhdellä henkilöllä jokaisesta kohderyhmästä sekä myös yhdellä KYS:n psykiatrian fysioterapeutilla. Materiaalin ensimmäinen versio pilotoitiin fysioterapiaopiskelijaryhmällä ja palautetta kysyttiin myös työn tilaajalta. Tämän jälkeen materiaalia korjattiin ja täydennettiin palautteiden perusteella.</p>	
Avainsanat psykofyysinen fysioterapia, kokonaisvaltaisuus, perehdytysmateriaali, psykiatria	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Physiotherapy			
Author(s) Noora Lampinen, Noora Leskinen			
Title of Thesis The basics of psychophysical physiotherapy			
Date	26.10.2017	Pages/Appendices	68/3
Supervisor(s) Marita Huovinen			
Client Organisation /Partners KUH Psychiatric Clinic / Mikko Niiranen			
<p>Abstract</p> <p>Psychophysical physiotherapy is a holistic approach in which human mind, body and environment are in constant interaction with each other. The aim of the approach is to get a person to find suitable survival patterns and ways of acting through the experiences. It gives you an opportunity to experience, recognize and accept your own body. The key role in therapy is the therapist's own idea of man, meeting with the patient, the body image of the patient and motivation.</p> <p>The thesis was a functional development work and the purpose was to provide orientation material for the psychiatric clinic of Kuopio University Hospital which would be easily available on smart devices. The orientation material was made with the PowerPoint-program and it will be saved on the hospital's Intranet. The aim of the thesis was to bring more awareness of psychophysical physiotherapy, to get physiotherapy students and nursing staff think about their patient's more holistic way and to promote the development of multiprofessional co-operation. The primary target group was physiotherapy trainees. The secondary target group was the doctors and other nursing staff.</p> <p>The theoretical framework of the thesis deals with psychophysical physiotherapy as an approach and its different therapy and evaluation methods. Information was gained also about good orientation material. In order to evaluate the necessity of the material and to plan the content, it was discussed with the client and an interview was used. The interviews were made with one person from each target group and also with one physiotherapist. The first version of the material was piloted with a physiotherapy student group and the feedback was also asked from physiotherapists from the psychiatric clinic of KUH. After that the material was refilled and repaired based on the feedback.</p>			
<p>Keywords psychophysical physiotherapy, holistic, orientation material, psychiatry</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA LÄHESTYMISTAPANA.....	7
2.1	Kokonaisvaltaisuus	8
2.1.1	Potilaan kohtaaminen ja terapeutin ihmiskäsitys.....	8
2.1.2	Kehonkuva.....	9
2.1.3	Dialoginen vuorovaikutus	10
2.1.4	Terveyslähtöisyys ja voimavarat.....	10
2.1.5	Moniammatillisuus	11
2.2	Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuus.....	11
2.3	Psykofyysisen fysioterapian koulutus.....	12
3	FYSIOTERAPIAPROSESSI JA PSYKOFYYSISET ARVIOINTIMENETELMÄT.....	14
3.1	VAS	14
3.2	BAS	14
3.3	BARS	15
3.4	CBE	16
4	TERAPIAMENETELMÄT.....	17
4.1	BBAT	17
4.1.1	Kehotietoisuus.....	18
4.1.2	Kehotietoisuuden elementit	19
4.1.3	Kehon asento.....	20
4.2	Rentoutus	21
4.2.1	Autogeeninen rentoutus.....	22
4.2.2	Progressiivinen eli jännitys-rentoutus	22
4.2.3	Mielikuvarentoutus	23
4.3	Psykofyysinen hengitysterapia.....	24
4.3.1	Hengityksen tasapaino	25
4.3.2	Autonominen hermosto ja polyvagaaliteoria	25
5	PEREHDYTTÄMINEN	27
5.1	Millainen on hyvä perehdytysmateriaali?.....	27
5.2	Millainen on hyvä PowerPoint-esitys.....	27
6	PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN PEREHDYTYSMATERIAALI KEHITTÄMISTYÖNÄ	29

6.1	Suunnittelu ja eteneminen	29
6.2	Haastattelut.....	30
6.3	Pilotointi.....	33
6.4	Tuotoksen kuvaus	33
7	POHDINTA	35
7.1	Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja kehitysideat	35
7.2	Luotettavuus ja eettisyys	36
7.3	Ammatillinen kasvu ja oppiminen.....	37
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	38
	LIITE 1: HAASTATTELUN RUNKO.....	42
	LIITE 2: PALAUTEKYSELYLOMAKE	43
	LIITE 3: PEREHDYTYSMATERIAALI	45

1 JOHDANTO

Kasvavassa määrin terveydenhuoltoa kuormittavat potilaat, joilla on fyysisiä, somaattisia ja psykososiaalisia vaikeuksia. Terveydenhuollon ammattilaiset joutuvat kohtaamaan haastavia tilanteita, jotka vaativat entistä laaja-alaisempaa erikoisosaamista. Tästä syystä koko hyvinvointialan työntekijöiden olisi syytä laajentaa käsitystä yksilöstä sekä etsiä ihmisen elämän ja toiminnan jäsentelyyn entistä eheyttävämpiä lähtökohtia. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 9.) Suomalaisten aikuisten keskuudessa noin 20–25 %:lla on jokin mielenterveyden häiriö ja väestömäärään suhteutettuna sairastuneita on n. 100 000–130 000 henkilöä. Mielenterveyskuntoutus- ja hoito aiheuttavat myös merkittäviä kustannuksia. (Tampereen mielenterveysseura 2017.)

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa perustana toimii ihmisen kokonaisvaltaisuutta korostava käsitys. Keskistä psykofyysisessä lähestymistavassa on ymmärrys siitä, että keho ja mieli ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Näin ollen kehossa olevat tuntemukset vaikuttavat mieleen, kun vastaavasti ajatukset ja tunteet heijastuvat kehoon. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017a). Biopsykososiaalinen fysioterapia on yleisemmin käytetty käsite kuvaamaan alaa Skandinavian ulkopuolella Suomen Psykofyysisen Fysioterapian asiantuntijaryhmän mukaan. Biopsykososiaalisessa kuntoutuksessa on mukana fyysisen ulottuvuuden lisäksi vähintään yksi muu ulottuvuus: psykologinen, sosiaalinen tai ammatillinen. Psykofyysinen fysioterapia ja biopsykososiaalinen lähestymistapa korostavat molemmat mielen ja kehon yhteyttä toisiinsa. (Härkönen, Muhonen, Martinheikki-Kokko & Sipari 2016, 8–9.)

Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö, jossa on luotu sähköinen perehdytysmateriaali psykofyysisen fysioterapian perusteista Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian palveluyksiköille. KYS:n psykiatrian palveluyksikkö toimii myös työn tilaajana. Julkulan psykiatrinen sairaala on toiminut yhteistyökumppanina opinnäytetyön aiheen ja sisällön jäsentämisessä.

Työn tavoitteena on tuoda lisää tietoisuutta psykofyysisestä fysioterapiasta, auttaa KYS:n psykiatrian yksiköihin harjoitteluun tulevia fysioterapiaopiskelijoita ja psykiatrian yksiköiden hoitohenkilökuntaa näkemään kohtaamansa potilaat kokonaisvaltaisemmin sekä myös edistää moniammatillisen yhteistyön kehittymistä. Työn tarkoituksena on tuottaa perehdytysmateriaali, joka on helposti saatavana sähköisessä muodossa. Valitsimme aiheeksi psykofyysisen fysioterapian, koska meitä kiinnosti kehon ja mielen erottamaton yhteys ja kuinka tämä näkyy fysioterapiassa. Idea perehdytysmateriaalista tuli työn tilaajalta ja se on tehty menetelmälähtöisesti. Menetelmät on valittu tilaajan kanssa yhdessä sillä perusteella, mitkä niistä ovat yleisimpiä käytössä olevia menetelmiä psykofyysisessä fysioterapiassa.

2 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA LÄHESTYMISTAPANA

Psykofyysinen fysioterapia on kehittynyt alun perin fysioterapeuttien, psykiatrien ja psykologien yhteistyönä. Juuret ovat näkyvillä suomalaisessa fysioterapiassakin, mutta oman vahvan vaikutuksensa tähän ovat tuoneet lännestä ruotsalaiset ja norjalaiset fysioterapiaperinteet. Suomessa psykofyysisen fysioterapian kehittyminen lähti vauhtiin vasta 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen kautta. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017a.) Psykofyysiseen fysioterapiaan on ollut mahdollista erikoistua Suomessa vuodesta 1993 lähtien. Vuonna 2016 valtakunnallisten erikoistumisopin-
tojen päättyessä koulutusta jatketaan täydennyskoulutuksena. (Härkönen ym. 2016, 8.)

Psykofyysisen fysioterapian lähtökohtana on ihmisen mielen, kehon ja ympäristön jatkuva vuorovaikutus ja yhteys toisiinsa. Sen perustana on kokemuksellinen oppiminen, jossa potilaan voimavaroja etsitään arjesta selviytymiseen havainnoimalla ja rentouttamalla jännitystiloja sekä harjoittamalla hänen asentoaan ja liikkeitään sekä kehon ja mielen reaktioita eri tavoilla. (Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 55; Talvitie ym. 2006, 266.) Myös toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusjärjestelmä ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) yhdistää toimintakyvyn eri osa-alueet tasapainoiseksi kokonaisuudeksi. Osa-alueita ovat lääketieteellinen terveydentila, osallistuminen, suoritukset, yksilö- ja ympäristötekijät sekä ruumiin ja kehon toiminnot/ruumiin rakenteet. ICF-luokitus kuuluu osaksi Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainvälistä luokittelua. (Herrala ym. 2008, 10; World Health Organization 2004, 3). Kelan järjestämän kuntoutussuunnitelmaan perustuvan kuntoutuksen tulee toteutua ICF-luokituksen viitekehyksessä. Lääketieteellisen terveydentilan lisäksi kuntoutuksen tarvetta ja kuntoutujan voimavaroja arvioidaan laajasti kaikilla ICF-luokituksen alueilla. Näiden lisäksi seurataan myös kuntoutujan elämänlaatua. Luokittelu tähtää kuntoutujan kokonaisvaltaiseen tarkasteluun toimintakyvyn ja toimintaedellytysten suhteen. (Härkönen ym. 2016, 6, 9.)

Lähestymistavan taustalla on nähtävissä fenomenologinen ihmiskäsitys. Siinä ilmiöitä tarkastellaan ihmisen kokemuksista ja elämyksistä käsin ja keskeistä on kokemuksen kautta itsensä ymmärtäminen. (Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 55.) Eräs fenomenologisen suunnan edustaja Maurice Merleau-Ponty (1908–1961) korosti havainnointia ennen ajattelua sekä ruumiillisuuden elementtejä. Hän pyrki tarkastelemaan kehoa perustamatta havainnointiaan anatomian tai fysiologian tietouteen — hän keskittyi keholliseen kokemukseen. Ihmisen psykofyysisen olemuksen toiminta on aina tarkoituksellista, tavoitteellista ja prosessinomaista. (Herrala ym. 2008, 16.)

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on saada potilas tunnistamaan oman elämänsä tapahtumien vaikutuksia tämän omissa asento- ja liiketottumuksissa, lihasten jännitystiloina tai hengitystavassa. Tunnistamisen jälkeen potilaan tulee löytää voimavaroja ja menetelmiä kuntoutumiseen yhdessä terapeutin kanssa. (Kauranen 2017, 523.) Näin potilas saadaan löytämään itselleen soveltuvia selviytymismalleja ja toimintatapoja kokemusten kautta (Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 55).

Terapiassa keskeisessä asemassa on terapeutin oma ihmiskäsitys, kuntoutujan kohtaaminen, tämän ruumiinkuva ja motivaatio (Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 55). Psykofyysinen fysioterapia antaa mahdollisuuden oman kehollisuuden kokemiseen, tunnistamiseen ja hyväksymiseen. Terapiassa huomioidaan myös erilaisten harjoitteiden aikana nousseiden tunteiden, ajatusten ja kokemusten merkitys ihmiselle. Fysioterapian tavoitteet laaditaan aina kuntoutujan elämäntilanne ja voimavarat huomioiden. (Niiranen 2013, 9.) Merkitys, jonka fysioterapeutti ja etenkin kuntoutuja saavat kuntoutuksesta ja fysioterapiasta, on juuri olennaista fysioterapian ja kuntoutuksen onnistumiselle. Fysioterapian merkitys korostuu kuntoutujan kohdalla parhaiten, kun terapeutti osaa ohjata kuntoutujaa keskittymään itsensä ja kehonsa kuunteluun. (Talvitie ym. 2006, 266–267.) Onnistuneesta psykofyysisen fysioterapian terapiajaksosta kielivät esimerkiksi kehonhallinnantunteen lisääntyminen, unen laadun parantuminen, itsetuntemuksen lisääntyminen, jännittyneisyyden lievittyminen ja muut onnistumisen kokemukset (Kauranen 2017, 522).

2.1 Kokonaisvaltaisuus

Kokonaisvaltainen ajattelu on sitä, ettei ihmisen kehoa voi erottaa psyykestä eikä ihmistä hänen ympäristöstään ja vuorovaikutussuhteistaan. Myös fysioterapeutin ja potilaan välinen kohtaaminen nähdään erityisen tärkeänä osana kokonaisvaltaisuutta: kahden henkilön välille muodostuu kuvitteellinen silta, jota pitkin terapiasuhte voi kehittyä keskustelun syventymisen myötä. Yhteyden luomisen kannalta hyvin tärkeää on terapeutin empaattisuus ja potilaan kuunteleminen, ympäristön sopivuutta unohtamatta. Psykofyysisen fysioterapian näkökulmasta fysioterapeutin kyvyt vuorovaikutukseen ja ihmisten kohtaamiseen onnistuvat vain silloin, kun hän on kehittänyt itsetuntemustaan. (Talvitie ym. 2006, 267-268.)

Kokonaisvaltaisen ajattelun tulisi sisältyä kaikkeen käytännön fysioterapiaan. (Talvitie ym. 2006, 268.) Tarkasteltiinpa ihmistä mistä näkökulmasta käsin tahansa, huomion tulisi olla aina koko ihmisessä. Jokainen osa meissä vaikuttaa kokonaisuuden muovautumiseen jatkuvasti. (Herrala ym. 2008, 11.)

2.1.1 Potilaan kohtaaminen ja terapeutin ihmiskäsitys

Ihmiskäsitys on merkittävässä roolissa vuorovaikutusta ajatellen. Ihmissuhteet, kokemukset ja kehon toiminta ovat ihmiskäsityksen perustana. Aiemmat kokemukset vaikuttavat käyttäytymiseen, valintoihin, ihmissuhteisiin ja elämäntyyliin. Ihminen on ainutkertainen ja dynaaminen kokonaisuus, joka muodostaa merkityksiä asioille. Toimintaa ohjaa käsitys toisista ihmisistä ja yksilö peilaa sekä muuntelee omaa toimintaansa arviointinsa mukaan. (Herrala ym. 2008, 12–13.) Ihmiskäsitykseen vaikuttavat myös kulttuuriperinne, teoreettinen tieto ihmisestä, arvot, kokemukset, uskomukset ja ideologiat (Talvitie ym. 2006, 456). Käsitys itsestä ja kehonkuvasta luovat pohjan ihmiskäsityksen muodostumiselle. Kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä korostetaan etenkin terveydenhuollossa ja kuntoutuksessa. (Herrala ym. 2008, 17, 19.)

Olemassaolo konkretisoituu ruumiillisuuden käsitteen kautta, joka pitää sisällään esimerkiksi kehon toiminnot. Henkisyys on puolestaan jotain, jonka ihminen tiedostaa ja joka liittyy maailman kokemiseen ainutlaatuisella tavalla. Siihen kuuluvat järki, tunteet ja tahto. Ruumiillisuus ja henkisyys eivät ole toistensa vastakohtia, vaan ne liittyvät yhteen ympäristön kanssa. Ruumis on siis fysiologinen ja biologinen kokonaisuus, josta keho-osion tuo esiin omat tuntemuksemme ja kokemuksemme ruumiistamme. (Herrala ym. 2008, 19, 31.)

Fysioterapeutti käyttää omaa kehoaan ja itseään työvälineenä sekä informaation lähteenä terapiatilanteessa. Tämän vuoksi tärkeää on terapeutin oman kehotietoisuuden, omien ajatusten ja ihmiskäsityksen tiedostaminen. Fysioterapeutti toimii mallina vuorovaikutustilanteessa ja antaa potilaan tulla kuulluksi, nähdyksi ja hyväksytyksi. Tämä vaatii hyvää empatiakykyä sekä reagoitukykyä asiakkaan ilmaisuihin, niin sanallisiin kuin kehollisiinkin ja rohkeutta kysyä potilaalta myös vaikeita asioita. Potilaan tilanteeseen samaistumisen ollessa tärkeää, on myös tärkeää pystyä ottamaan asioista etäisyyttä. Oleellista onkin terapeutina tunnistaa oman jaksamisensa rajat. Ammatillista osaamista ei sovi unohtaa, vaikka välillä täytyykin vain pysähtyä kuuntelemaan potilasta. (Granö 2011, 20.)

Omassa kehossa tapahtuvat reaktiot toimiessa yhdessä potilaan kanssa tulee huomioida ja tiedostaa, sillä niiden avulla pystytään opettamaan potilasta havaitsemaan omassa kehossa tapahtuvia asioita. Kaikki keholliset reaktiot tapahtuvat nopeasti, joten niiden tiedostaminen vaatii harjoittelua. Kehon reaktiot ovat myös tärkeitä terapeutin jaksamisen kannalta. (Granö 2011, 20.)

2.1.2 Kehonkuva

Kehonkuva muodostuu ruumiillisuuden pohjalta. Kehonkuvan avulla luodaan käsitys omasta itsestä sekä itsestä suhteessa toisiin ihmisiin ja ympäristöön. Kehonkuvan kehittymisen aikana ihminen alkaa hahmottaa itseään ja persoonallisuuttaan. Ihminen hyödyntää oppimaansa tietoa analysoidessaan itseään sisä- ja ulkopuolelta. Kehonkuva on siis käsitys, joka pohjautuu tietoon ja tunteeseen omasta kehosta ja sen suhteesta ympäröivään maailmaan. Se käsittää muun muassa ruumiinosat, ulkomuodon, ruumiin rajat, henkilökohtaisen tilan sekä oman sijainnin ympärillä olevassa tilassa. Kehonkuvan ollessa epäselvä, voi tämä näkyä fyysisesti esimerkiksi liikkeissä, asennoissa tai tasapainon hallinnassa. Psykkisesti voidaan havaita pelkoa, ahdistusta ja epävarmuuden tunnetta, jotka voivat johtaa esimerkiksi epämääräisiin kipuihin eri puolilla kehoa. (Herrala ym. 2008, 26, 29, 103.)

Jokainen tunneperäinen aktivoituminen näkyy erilaisina fyysisinä reaktioina. Tunteita voidaan havaita esimerkiksi puheessa, asennoissa ja käyttäytymisessä. Keho voi myös joutua säilömään tiedostamattomia torjuttuja elämyksiä, tunteita tai ristiriitoja, esimerkiksi stressi johtaa lihasjännityksiin ja hengityksen kiihtymiseen. Kehoa voidaan pitää inhimillisten prosessien keskuspaikkana: Yhden prosessin osan muuttuessa koko järjestelmä muuttuu, joka on taas suuremman kokonaisuuden osa. Kokemusten kautta ihminen tulee todeksi itselleen. Keho ja mieli ovat siis aina läsnä. (Herrala ym. 2008, 37, 140.)

2.1.3 Dialoginen vuorovaikutus

Kaikki sosiaali- ja terveysalojen ammattilaiset perustavat toimintansa yhtenäiseen eettiseen toimintaan. Vuorovaikutuksen laatu ja dialoginen vuorovaikutus ovat tavallaan eettisten periaatteiden käytäntöön soveltamista. Dialogisuus on yksi vuorovaikutusosaamisen keskeisiä käsitteitä, millä tarkoitetaan eräänlaista asenteellista rohkeutta asettua potilaan kanssa samalle tasolle ja löytää uusia oivalluksia yhdessä. Dialoginen vuorovaikutus perustuu siihen lähtökohtaan, jossa vuorovaikutuksen osapuolet ovat kiinnostuneita toistensa tuomista näkökulmista. Liiallinen tietäminen, mutta toisaalta myös liiallinen ymmärtäminen voivat olla este dialogisen vuorovaikutussuhteen kehittymiselle. Dialogisten hetkien syntymistä tai sitä, milloin merkittäviä asioita tapahtuu ihmisten välillä, ei voi ennustaa etukäteen. (Mönkkönen 2007, 28–29, 32–33, 185.)

Gunvor Gard Lundin yliopistosta on tutkinut fysioterapeutin ja kidutuspotilaan välistä vuorovaikutusta vuonna 2007 julkaistussa laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen tarkoituksena on tunnistaa merkittäviä tekijöitä, jotka vaikuttavat hyvän vuorovaikutuksen syntymiseen kyseisten potilaiden ja terapeuttien välillä. Tutkimuksessa oli mukana 10 kokenutta fysioterapeuttia, jotka ovat erikoistuneet ulkomaalaistaustaisten kidutuspotilaiden terapiaan. Heitä haastateltiin ja heitä pyydettiin tekemään lista tekijöistä tai tapahtumista, jotka edistävät asiantuntemusta vuorovaikutuksessa kidutuspotilaiden kanssa, kuvailemaan näitä sekä lopuksi vastaamaan haastattelukysymyksiin. Tuloksissa esiin nousi viisi edellytystä hyvälle vuorovaikutukselle: henkilökohtaiset ominaisuudet, ammatillinen ja terapeuttinen osaaminen ja tuki, kielelliset tekijät, aika ja puitteet. Myös kulttuuriset tekijät, yksilöllinen hoito, luottamuksen kehittyminen, uskonnolliset tekijät sekä kyky käsitellä kielteisiä tunteita nousivat tärkeiksi tekijöiksi. (Gard 2007.)

2.1.4 Terveyslähtöisyys ja voimavarat

Terveyslähtöisyydellä eli salutogeenisuudella tarkoitetaan ajattelumallia, jossa painottuu enemmän terveyden vaaliminen ja terveyttä tukevien tekijöiden vahvistaminen, sairauksien ja riskitekijöiden sijaan. Tätä voidaan pitää vastakohtana patogeeniselle näkökulmalle, jossa tutkitaan sairauksia ja niiden syitä. (Vesterinen 2008, 9.) Voimavarakeskeisyys on potilaan ongelmien tärkeysjärjestykseen laittamista ja niiden ratkaisemista, ei syiden etsimistä. Ongelmien ja voimavarojen kartoittamiseen kuuluvat selkeät tavoitteet, jotka sijoittuvat nykyhetkeen tai tulevaisuuteen sekä potilaan vastuuttaminen näiden toteutumiseksi. Voimaantumista voidaan tukea puuttamalla terveyttä vaarantaviin asioihin varhaisessa vaiheessa. Myös hoitoa, hoivaa ja huolenpitoa voidaan järjestää edistäen kuntoutumista ja vähentämällä varhaista kuolleisuutta. Voimaantuminen on aina yksilöllinen ja sosiaalinen prosessi, johon liittyvät luottamus, valinnanvapaus, vastuu, itsenäisyys, kunnioittaminen, vuorovaikutus, hyväksyntä, turvallisuus, tarpeelliseksi kokeminen, toiveikkuus sekä myönteisyys ja arvostus. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 138.)

Voimavarat voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoihin voimavaroihin. Ihmisen sisäisiä voimavaroja ovat fyysiset, emotionaaliset ja arvo-asenteelliset tekijät. Ulkoisilla voimavaroilla tarkoitetaan taas aineellisia,

sosiaalisia ja kulttuurisia tekijöitä. Ulkoiset tekijät ovat yhteydessä sisäisiin voimavaroihin ja voivat joko kasvattaa tai kuluttaa niitä. (Lähteenmäki & Jaakkola 2006, 52.)

2.1.5 Moniammatillisuus

Toimivimmaksi työtavaksi mielenterveyskuntoutuksessa on osoittautunut moniammatillinen työskentely. Fysioterapeutin rooli ja mukanaolo vaihtelevat mielenterveyskuntoutuksen tiimistä riippuen. Tiimityössä on tärkeää, että kuntoutuja on mukana suunnittelussa ja päätöksenteossa, jotka koskevat hänen kuntoutustaan. (Talvitie ym. 2006, 432.) Sopiva organisoitumistapa tarvitaan ryhmissä työskenteleville ihmisille, jotta heidän luovat ja rakentavat voimavaransa pääsisivät esille. Tiimien tulee siis kehittää rakenne, joka on yksilöistä riippumaton ja joka tarjoaa mahdollisuuden selviytyä myös jäsenten vaihtuessa. Eri ammatteja edustavat ihmiset ovat mukana moniammatillisissa tiimeissä siksi, että heillä on pätevyyttä ja koulutusta suorittaa tehtäviä ilman valvontaa, joihin muiden ammattien edustajat eivät pysty. Nämä ammattikohtaiset velvollisuudet on selvitettävä muille tiimin jäsenille, jotta he tietävät milloin kääntyä tietyn ammatin edustajan puoleen kuntoutujan ohjaamisessa oikeaan paikkaan. Tiimin jäsenillä on myös tietoja ja taitoja, jotka ovat edustettuna yhdelle tai useammalle tiimin ammattilaiselle. Kun päätetään, kuka ottaa minkäkin tehtävän vastaan, tiimin täytyy tehdä selväksi, mitkä taidot ja velvoitteet ovat jäsenille yhteisiä ja selvittää, mikä ammattiryhmä on asiantuntevin. Näin kuntoutuja saa parasta mahdollista apua. (Øvretveit 1995, 23, 162–163.)

Voimavarojen käyttöönotto työyhteisössä vaatii yhteistoiminnallisuuden kehittymistä. Tiimityöskentely on yksi versio yhteistoiminnallisuudesta. Se perustuu toisilta oppimiseen ja toverillisuuteen. Tiimi on toimivimmillaan, kun kaikilla tiimin jäsenillä on tiedossa yhteiset tavoitteet ja päämäärät, ilmapiiri on vapaa ja kaikesta voidaan puhua sekä jäsenet kuuntelevat toisiaan. Omia tunteita voi ilmaista vapaasti ja ne huomioidaan, palautetta annetaan ja sitä pyydetään myös tarvittaessa vapaaehtoisesti. Tiimityöskentelyn ehdottomina edellytyksinä ovat säännölliset tiimipalaverit sekä avoin keskusteleminen. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 140–142.)

2.2 Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuus

Vuonna 2016 tehdyn Kansaneläkelaitoksen tutkimuksessa tutkitaan psykofyysisen fysioterapian soveltuvuutta Kelan järjestämään kuntoutukseen. Tutkimuksessa kuvataan asiakkaiden, asiantuntijoiden ja tieteellisten tutkimusten näkökulmasta psykofyysiseen fysioterapiaan liittyviä kokemuksia, vaikutuksia sekä hyötyjä. Tutkimuksen tavoitteena on edistää tuloksellisten kuntoutusmuotojen valintaa ja käyttöä, jotta kuntoutujien toimintakyky saataisiin vahvistettua. (Härkönen ym. 2016, 5–6, 9.)

Haastattelut ja kirjallisuuskatsaus muodostavat analysoitavan aineiston. Haastattelut toteutettiin neljälle psykofyysisen fysioterapian asiakkaalle ja viidelle alan asiantuntijalle. Asiakkaiden haastattelun teemoina olivat asiakkaaksi päätyminen, terapialle asetetut tavoitteet, käytännön toteutus sekä koettu hyödyt terapiasta. Asiantuntijoiden teemat liittyivät koulutukseen, psykofyysisen fysioterapian

tavoitteisiin, terapian sisältöön, terapian tuloksellisuuteen, yhteistyöverkostoihin sekä turvallisuustekijöihin. Kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia tutkimalla viimeisen viidentoista vuoden ajalta alan tutkimusta. (Härkönen ym. 2016, 5, 12.)

Haastatteluista käy ilmi, että sekä asiakkaiden että asiantuntijoiden mielestä terapeuttisessa kohtauksessa arvokkaan siitä teki terapeutin kyky saada aikaan kiireetön ilmapiiri sekä ajan antaminen asiakkaalle kertoa omista kokemuksistaan ja elämäntilanteestaan. Tällä tavalla kohdatuksi ja kuuluksi tuleminen oli asiakkaiden mielestä uutta ja toi lisäarvoa verrattuna aiempiin asiantuntijakohtauksiin. Tällä oli myös merkitystä turvallisuuden tunteen ja luottamuksen syntymisen kannalta. Läsnaolo ja kiireetön ilmapiiri edellyttivät asiantuntijoilta tietoista pysähtymistä sekä oman reagoinnin hidastamista, mutta myös mahdollisista ennakkokäsityksistä luopumista tai niiden tarkistamista. Terapiasta saatuja hyötyjä olivat asiakkaiden kuvailun mukaan itseymmärryksen lisääntyminen sekä omasta kokemuksesta oppiminen, joka näkyi konkreettisten keinojen saamisena sekä oman suhtautumisen ja näkökulmien muuttumisena heidän omaa hyvinvointia rakentavaksi. (Härkönen ym. 2016, 19.)

Vuorovaikutuksen laatu nähtiin terapian perustana ja luottamuksellinen terapiasuhte koettiin asiakkaiden kohdalla itseä voimaannuttavana. Edellytys asiakkaiden omien voimavarojen ja kykyjen vahvistumiselle sekä tulokselliselle terapialle oli henkilön kokemusta ymmärtävä ja todentava lähestymistapa. Kehollinen työskentely paransi kuntoutujien itsetuntemusta sekä minäkuvaa kehonkuvan jäsentymisen myötä niin asiakkaiden kuin terapeuttien mukaan. Terapia lisäsi myös asiakkaiden arjen sujuvuutta fyysisen toimintakyvyn kohentumisen kautta, kuten esimerkiksi asennon ja tasapainon hallinta sekä kävelyn varmentuminen. Myös kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat kehotietoisuustyöskentelyllä olevan keskeistä merkitystä asiakkaan itsesäätelyn vahvistumisen ja toimintakyvyn kannalta. Asiakkaiden oiretuntemuksen lieventyivät, heidän itsensä hyväksyminen kasvoi sekä he olivat vastaanottavaisempia tuelle. (Härkönen ym. 2016, 5, 19–20.)

Tutkimuksen perusteella psykofyysinen fysioterapia auttaa kohentamaan kuntoutusasiakkaiden toimintakykyä, terveyttä ja elämänlaatua. Arviointi kohdistui asiakaskokemuksiin, koettuihin ammatillisiin käytäntöihin sekä psykofyysisen terapiatutkimuksen tieteellisen käytännön tuloksiin. Nämä eri näkökulmat antoivat toisiaan täydentävän ja informatiivisen kokonaiskuvan psykofyysisen fysioterapian hyödyistä, eikä selkeitä haittavaikutuksia tunnistettu. (Härkönen ym. 2016. 39–40, 44.)

2.3 Psykofyysisen fysioterapian koulutus

Psykofyysisistä fysioterapiaa voi opiskella Tampereen Ammattikorkeakoulussa täydennyskoulutusopinoina, joiden laajuus on 10 opintopistettä. Opinnot ovat olleet käynnissä jo vuodesta 1993 lähtien. Koulutuksen tavoitteena on, että fysioterapeutti syventää terapeuttisia näkökulmiaan. Lisäksi on tarjolla erilaisia koulutuksia psykofyysiseen fysioterapiaan liittyen, muun muassa rentoutumis- ja keho-

tietoisuusmenetelmistä, lyhytterapeuttisesta hengityskoulusta, traumaterapiaan liittyvistä koulutuksista, psykoedukatiivisista menetelmistä sekä liike-, draama-, musiikki-, kuvataide- tai tanssiterapioista. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017c; Talvitie ym. 2006, 282.)

Basic Body Awareness Terapeutti (BBAT) -koulutus antaa mahdollisuuden syventää omaa psykofyysisen fysioterapian osaamista. Koulutus on laajuudeltaan 40 opintopistettä. Suomessa BBAT-koulutusta järjestävät Metropolia ja Tampereen Ammattikorkeakoulu sekä Savonia-ammattikorkeakoulu yhdessä BBAT-opettaja Katri Niskalan kanssa. Hyväksytyt suorituksen saanut voi käyttää BBAT-terapeutti-nimikettä. Norjassa puolestaan järjestetään Basic Body Awareness Methodology (BBAM) -opintoja Bergen University Collegessa, joiden laajuus on 60 opintopistettä. Tämä koulutus antaa myös BBAT-terapeutin pätevyyden. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017d.) On myös olemassa Norwegian Psychomotor Physiotherapy-täydennyskoulutus eli NPMP. Opinnot ovat 7 opintopisteen laajuisia ja näitä on tarjolla Tampereen Ammattikorkeakoulussa. Koulutuksen tavoitteena on käyttää voimavarasuuntautuneen tutkimisen ja voimavaroihin pohjautuvan fysioterapian eri keinoja potilas- ja asiakastyössä. (Tampereen Ammattikorkeakoulu 2017.)

3 FYSIOTERAPIAPROSESSI JA PSYKOFYYSISET ARVIOINTIMENETELMÄT

Fysioterapeuttinen tutkiminen ja tulosten analysointi ovat johdonmukaista toimintaa ja siinä käytetään alalla hyväksytyjä, tarkoituksenmukaisia ja näyttöön perustuvia toimintamalleja. Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään asiakkaalle soveltuvia tutkimusmenetelmiä sekä riittävän spesifejä mittareita ja testistöjä. Tärkeitä fysioterapeuttisia arviointitapoja ovat haastattelu, havainnointi, manuaalinen tutkiminen ja mittaaminen. (Suomen Fysioterapeutit 2017.)

Arviointi on keino, jonka avulla pyritään saamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa kuntoutujan tilanteesta. Näin ollen voidaan suunnitella kuntoutujan fysioterapiaa, arvioida terapian vaikutuksia sekä seurata muutoksia. Arvioijan on aina perehdyttävä huolellisesti menetelmään, jolla aikoo arvioinnin tai mittauksen toteuttaa. (Talvitie ym. 2006, 117.) Psykofyysisessä fysioterapiassa arvioitavia kohteita ovat esimerkiksi kehon kokeminen, sen tunnistaminen ja hyväksyminen, hengitys, kipu, jännittyneisyys, liikkeenhallinta, kyky rentoutua, kehonkuva tai nonverbaalinen kehollinen vuorovaikutus (Kauranen 2017, 522). Seuraavaksi esittelyssä on yleisiä psykofyysisessä fysioterapiassa käytettäviä arviointimenetelmiä.

3.1 VAS

VAS-asteikon (Visual Analogue Scale) avulla kartoitetaan potilaan erilaisia tuntemuksia. Häntä voidaan pyytää arvioimaan esimerkiksi kipua, sen häiritsevyyttä tai siitä aiheutuvaa haittaa sekä toiminnan rajoittumista. Yleensä kivun voimakkuutta arvioidaan kuluneen viikon tai vuorokauden aikana, myös tarvittaessa mittaushetkellä koetun kivun voimakkuutta. Mittarina toimii jana, joka on 10cm pitkä. Sen vasen pää kuvaa parasta tilannetta ja oikea pää pahinta mahdollista tilannetta, esimerkiksi kuvaillaan potilaalle pahinta mahdollista kipua, jota ei pysty kestämään paria sekuntia kauempaa. Tutkittava merkitsee pystyviivan janalle siihen kohtaan, joka kuvaa hänen tilannettaan parhaiten. Mittauksen tulos on pystyviivan etäisyys janan vasemmasta päästä ja se voi vaihdella nollasta sataan. Kun VAS-asteikkoa käytetään kivun arviointiin, sitä kutsutaan kipujanaksi. Kipua voidaan arvioida myös sanallisella asteikolla Verbal Rating Scale (VRS), jonka jaottelu voi olla esimerkiksi 0–4. Mitä tiheämpi asteikko on, sitä tarkempi sillä on mitata tuloksia. (Talvitie ym. 2006, 148–150.)

3.2 BAS

BAS-asteikko (The Body Awareness Scale) mittaa Roxendalin kehittämän BBAT-menetelmän (The Body Awareness Therapy) vaikutuksia. Asteikolla arvioidaan fyysisiä ja psyykkisiä oireita sekä kehon häiriötiloja ja toimintoja. BAS-asteikolla voidaan selvittää arvioitsijan havaintojen lisäksi kuntoutujan omia käsityksiä omasta tilanteestaan, jotka saadaan selville strukturoidun haastattelun avulla. Havainnointi perustuu taas arvioitsijan tekemiin havaintoihin haastattelun aikana sekä liiketestiin. Liiketesti muodostuu yksinkertaisista jokapäiväisistä liikkeistä, esimerkiksi kävely, juokseminen ja hyppääminen ovat tällaisia. Liiketestissä arvioijan huomio kiinnittyy mm. kehon liikekeskukseen, keskilinjaan, vapaaseen liikevirtaukseen, hengitykseen, liikekontrolliin ja kehon stabiileettiin.

Liiketesti havainnoi kuntoutujan liikemalleja, liikekäyttäytymistä ja liikkumiskykyä, jotka antavat käsityksen kuntoutujan kehominästä. BAS-asteikko on todettu käyttökelpoiseksi erityisesti psykiatriassa ja perusterveydenhuollossa. Asteikon mallina on käytetty psykiatrista CPRS-arviointiasteikkoa (Comprehensive Psychopathological Rating Scale). (Roxendal & Nordwall 1997, 6–7; Talvitie ym. 2006, 130–131.)

BAS-asteikosta on kehitetty muunneltu versio BAS-terveysasteikko (BAS-H, BAS-Hälsa, The Body Awareness Scale: Health), koska joillekin kuntoutujaryhmille tavallinen BAS-asteikko on ollut liian karkea, eikä se ole mitannut arvioitavia asioita riittävän herkästi. Siinä terveysosiota on korostettu ja saatu näin yksityiskohtaisempi arviointiasteikko. Se soveltuu sekä somaattiseen että psykiatriseen fysioterapiaan. (Roxendal & Nordwall 1997, 6–7; Talvitie ym. 2006, 130–131.) Asteikkoa voi käyttää riippumatta diagnoosista aina motorisista ongelmista kehotietoisuus-ongelmiin, myös täysin terveille yksilöille. Sitä voi käyttää niin kuntoutuksen suunnittelun kuin arvioinninkin välineenä. Oikein käytettynä, BAS-terveysasteikko on luotettava arviointitapa etenkin kipupotilaiden ja erilaisista psykiatrisista häiriöistä kärsivien potilaiden, kuten syömishäiriöpotilaiden kuntoutuksessa. (Gyllensten, Oveson, Lindström, Hansson & Ekdahl 2004.)

Kuntoutujan kehominässä tapahtuneita muutoksia varten on kehitetty myös ISK-haastatteluasteikko (Intervjuskala för Kroppsjaget). Tällä asteikolla selvitetään kuntoutujan omia kokemuksia mm. kehon keskilinjaan ja hengitykseen liittyen. ISK-haastatteluasteikko täydentää BAS-asteikkoa ja näin saadaan paremmin esille kuntoutujan omia kokemuksia ja voimavaroja. Tässä asteikossa havainnoitsijan kiinnostus kohdistuu kuntoutujan omaan kokemukseen niistä kehominän toiminnoista, joita havainnoitsija on pistänyt merkeille. (Roxendal & Nordwall 1997, 7; Talvitie ym. 2006, 132.)

3.3 BARS

BARS-asteikko (Body Awareness Rating Scale) kehitettiin vuonna 1980 ja sillä on juuret ruumiinhahmotusterapiassa. Se on kehitelty tarkastelemaan mm. yleisen liikkeen laatua, koordinaatiota ja liikkumistapoja. Sitä käytetään arviointivälineenä pitkäaikaisissa tuki- ja liikuntaelimistön sairauksissa sekä mielenterveysongelmissa. Asteikko koostuu liikkeen laadun havainnoinnista ja arvioinnista perustuen kahteentoista liikkeeseen liittyen makuuasentoon, istuma-asentoon, seisoma-asentoon ja kävelyyn. Toinen osa on potilaan haastattelu heti liikkeiden läpikäymisen jälkeen. Liikkeen laatua havainnoidessa fysioterapeutti keskittyy tarkastelemaan koko liikkuvaa ihmistä enemmän kuin tämän kehonosia. Tämä antaa mahdollisuuden tarkastella hengityksen, ryhdin ja tietoisuuden vaikutusta henkilön liikkeisiin. (Skjærven, Gard, Sundal & Strand 2015.)

Vuonna 2015 on julkaistu tutkimus BARS-asteikon luotettavuudesta. Tutkimuksessa liikkeen laatua arvioitiin ja havainnointiin kahdentoista liikkeen avulla 25 masentuneella tai ahdistuneella potilaalla, joiden oireet olivat yhteydessä tuki- ja liikuntaelimistön ongelmiin sekä 25 terveellä koehenkilöllä. Haastattelu-osuutta ei toteutettu tutkimuksessa. Testaajat ovat kokeneita fysioterapeutteja ja mielenterveys-alan ammattilaisia, joilla molemmilla on kokemusta BARS-asteikon käytöstä. Koe suoritettiin kaksi kertaa, toisen kerran kolme päivää myöhemmin. Potilailla huomattiin olevan huonompi liikkeen laatu kuin terveillä koehenkilöillä. Tutkimus osoitti BARS-asteikon olevan luotettava silloin kun

testaajat ovat päteviä BARS-asteikon käytössä. Luotettavuutta tulee kuitenkin vielä tutkia testaajilla, joilla on eri määrä kokemusta asteikon käytöstä. (Skjærven ym. 2015.)

3.4 CBE

Norjalaisen fysioterapeutti Berit Heir Bunkanin kehittämän menetelmän The Comprehensive Body Examination eli kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen taustalla näkyy norjalaisen psykomotorisen koulutuksen toimintatavat, luonneanalyttinen vegetoterapia sekä klassinen fysioterapia. Näiden mukaan motorisen järjestelmän kuormittuminen näkyy asennossa, hengityksessä, liikkuvuudessa ja lihasten koostumuksessa. Arviointimenetelmää käytetään potilaan voimavarojen arvioinnissa, jossa käytetään apuna palpaatiota, haastattelua ja havainnointia sekä passiivisia liikkeitä. Arviointi keskittyy potilaan asentoon, hengitykseen, liikkuvuuteen ja lihaskoostumukseen. Myös potilaan omia reaktioita tutkittavana olemisesta tulee terapeutin arvioida ja tiedustella. (Heinonen & Valkama 2010, 1, 9.) CBE:a voidaan käyttää tuki- ja liikuntaelinpotilailla, kipupotilailla, psykosomaattisissa sairauksissa, ja psykiatrisilla potilailla (Bunkan 2004).

Voimavarojen arviointiin käytetään joko seitsemän tai kolmetoista portaista asteikkoa. Nolla tarkoittaa ihanteellista tulosta, plus tai miinus kuusi sen sijaan kertoo mahdollisimman suuresta poikkeamasta ihannetilanteesta, esimerkiksi: kehon painon jakautuminen: koko jalkaterälle = 0, vartalon paino varpailla = +6 / vartalon paino kantapäillä -6. Potilaan vähäiset voimavarat heijastuvat suurena pistemääränä, etenkin asennon ja hengityksen osa-alueilta. Tutkimisen aikana yritetään saada vastauksia myös kehonkuvaa koskeviin kysymyksiin, kuten potilaan käsitys oman kehon koosta, onko vasemman ja oikean puolen välillä kokoeroja ja onko potilaalla ollut outoja kokemuksia kehossaan. (Heinonen & Valkama 2010, 12–13.)

Vuonna 2004 julkaistussa tutkimuksessa selvitetään, kuinka CBE:n tulokset vaihtelevat kipu- ja psykoosipotilaiden sekä terveiden henkilöiden välillä. Tutkimuksessa oli mukana yhteensä 99 koehenkilöä. Tulokset osoittavat sen, että psykoosipotilailla on enemmän eroavaisuuksia vartalon ominaisuuksissa verrattuna pitkäaikaiskipupotilaisiin. Ryhdin ja lihaskoostumuksen tarkastelussa huomattiin, kuinka raajat ja hartiat viestivät eri tavalla kuin muu vartalo, esimerkiksi selän ollessa jäykkä, yläraajat roikkuvat löysästi. Vaihtelevuus ryhmien sisällä oli suurempi kuin ryhmien välillä, mutta vaihtelevuutta potilaiden ja terveiden koehenkilöiden välilläkin oli. Tämän tutkimuksen luotettavuus on osoitettu todella hyväksi. (Bunkan 2004.)

4 TERAPIAMENETELMÄT

Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan toteuttaa ryhmä- ja yksilöterapian muodossa. Terapiassa käytetään mm. erilaisia liikeharjoitteita, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitteita, rentoutuksia sekä vuorovaikutusharjoitteita. Harjoitteiden avulla pyritään saamaan kuntoutuja arvostamaan omaa kehoaan ja sen reaktioita. Sitä kautta kuntoutuja saa myös turvallisemman ja varmemman tuntuman itseensä ja kykenee omien oivalluksiensa avulla myös vaikuttamaan kipujen ja oireiden syihin. Terapiassa voidaan myös oppia eri harjoitteiden avulla rentoutumista, stressinhallintaa, vuorovaikutustaitoja ja tasapainottumista. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017b.) Myös liikunnalla on hyödyllisiä terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä vaikutuksia. Fyysisen kunnon kohentumisen lisäksi liikunta parantaa mielialaa, rentouttaa ja edistää mielenterveyttä. Mielenterveyttä liikunta edistää silloin, kun se on vapaaehtoista, kohtuullisen tehokasta ja sopivan kuormittavaa. Liikunnan ja sen aikaansäämien elämyksien kokeminen ovat merkittäviä psyykkisen hyvinvoinnin kannalta, etenkin positiiviset elämykset ovat tärkeitä. (Talvitie ym. 2006, 281.)

Psykofyysiseen fysioterapiaan hakeutuvat usein henkilöt, joilla on ongelmia itsetunnon tai kehonkuvan kanssa (Kauranen 2017, 523). Lähestymistapa soveltuu hyvin käytettäväksi erityisesti asiakkaille ja potilaille, joilla on mielenterveydellisiä ongelmia, stressiä, ahdistusta, neurologisia toimintakyvyn häiriöitä (aivohalvauskuntoutujat, MS- ja Parkinson- kuntoutujat), vaikeavammaisuutta, unihäiriöitä, tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvia toimintakyvyn häiriöitä, kehon tiedostamisen ongelmia tai traumasta johtuvia fyysisiä ongelmia. Myös erilaisten kipuoireiden hoidossa psykofyysistä fysioterapiaa hyödynnetään. Tästä esimerkkinä ovat krooniset kipupotilaat sekä CRPS- ja fibromyalgia-potilaat. (Härkönen ym 2016; Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017b.) Psykofyysisen fysioterapiaan erikoistuneilla fysioterapeuteilla on monia työllistymismahdollisuuksia: He voivat työskennellä perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, työterveysasemilla, kuntoutuskeskuksissa, itsenäisinä yrittäjinä tai järjestöjen ja yhdistysten palveluksessa. Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan kuitenkin soveltaa kaikkeen fysioterapiaan, kun vain terapeutilla on itsellään tähän valmiuksia. (Härkönen ym 2016; Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017c.) Seuraavat menetelmät on valittu yhteistyössä tilaajan kanssa ja ne ovat yleisimpiä käytössä olevia menetelmiä psykofyysisessä fysioterapiassa KYS:n psykiatrialla. KYS:n psykiatrian palveluyksikön fysioterapeuttien mukaan, eri terapiamenetelmiä sovelletaan potilaskohtaisesti.

4.1 BBAT

Ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal on kehittänyt 1970-luvulla Basic Body Awareness-terapian ranskalaisen psykoterapeutin, tanssijan, tanssinopettaja Jacques Dropsyn työskentelyn pohjalta. Roxendal ymmärsi Dropsyn liikeharjoittelun tärkeyden ja yhdisti tämän fysioterapeuttiseen harjoitteluun. Menetelmä on suomennettu ruumiinhahmotusterapiaksi. Tarkoituksena menetelmässä on toimia kehon kokonaisuuden kanssa ja näin ylläpitää ja edistää voimavaroja ja terveyttä. Käytössä on arkielämän perusliikkeitä ja tiedostamisen harjoittelua. Liikkeitä harjoitellaan eri alkuasennoissa: makuulla, seisten ja istuen. Liikeharjoituksissa on tärkeää, että liike lähtee kehon keskustasta. Kaikessa tekemisessä pyritään terveyden edistämiseen. (BBAT 2011; Gyllensten 2001, 17; Niiranen

2013, 15–16, Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 88.) Kyseisestä fysioterapiamenetelmästä on olemassa erilaisia muotoja: Menetelmä on Ruotsissa Basal kroppskänndom (BK) tai Body Awareness Therapy (BAT). Norjassa ja Suomessa taas on käytössä Basic Body Awareness Therapy (BBAT). Basic Body Awareness-terapialla on samankaltaisuuksia esim. Feldenkreis-menetelmän, Alexander-tekniikan, zen-meditaation ja tai-chin kanssa. (Gyllensten 2001, 17, Niiranen 2013, 15.)

Ruumiinhammotusterapian taustalla on Dropsyn teoria ihmisyyden neljästä eri ulottuvuudesta: Fyysinen, eloton ruumis (man of stone), jossa elämme ja sen kautta pystymme olemaan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Fysiologinen ulottuvuus (man of water) tekee elottomasta ruumiista elävän ja osallistuu psykologisten ilmiöiden toteutumiseen. Psykologinen ulottuvuus (man of air) pitää sisällään ajatukset, tunteet, tarkkaavaisuuden, reaktiot sekä sosiaalisen ympäristön. Eksentiaalinen ulottuvuus (man of fire) taas mahdollistaa läsnäolon ja itsensä tiedostamisen. (Dropsy 2002, 41; Gyllensten 2001, 19; Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 55; Niiranen 2013, 16; Roxendal & Winberg 2003, 26–32.)

Vuonna 2009 julkaistussa tutkimuksessa tutkitaan Basic Body Awareness-terapian pitkäaikaisvaikutuksia yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon. Tutkimus on satunnaistettu ja kontrolloitu sekä toteutettu suunnitellussa psykiatristen avohoitopotilaiden hoidossa. Tutkimus on toteutettu yhteensä 77 potilaalla, joilla on erilaisia mielenterveydellisiä ongelmia, kuten käyttäytymis- ja persoonallisuushäiriöitä sekä mielialanvaihtelua ja stressiä. Heitä on tutkittu lähtötilanteessa, kolmen kuukauden hoitajakson jälkeen sekä kuuden kuukauden seurannassa. Myös psykiatrisen terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen käyttöä tutkittiin 12 kuukauden aikana alkaen lähtötilanteesta. (Gyllensten, Ekdahl & Hansson 2009.)

Potilaat on jaettu kahteen ryhmään, joista vertailuryhmän 39 henkilöä sai vain tavanomaista hoitoa ja hoitoryhmä (38 henkilöä) sai tämän lisäksi myös 12 kertaa BBAT:a. Tutkimuksen tavoitteena on tutkia BBAT:n ja tavanomaisen hoidon yhdistelmän aikaansaamia vaikutuksia verrattuna pelkästään tavanomaisen hoidon vaikutuksiin, jotka koskevat kehotietoisuutta, terveyteen liittyviä tekijöitä, selviytymisstrategioita sekä sosiaalipalvelujen ja psykiatrisen hoidon käytön tarvetta. (Gyllensten ym. 2009.)

Tulokset osoittavat, että lähtötasosta puolen vuoden päähän hoidon loppumisen jälkeen BBAT-ryhmän potilailla oli mm. merkittävästi parantunut kehotietoisuus sekä minäpystyvyys verrattuna vertailuryhmään. Hoitoryhmän potilailla oli myös huomattavasti vähemmän tarvetta käyttää psykiatrisia hoitoja ja sosiaalipalveluja vuoden jälkeen lähtötilanteesta. BBAT näyttäytyy tutkimuksen mukaan tehokkaana keinona psykiatristen avohoitopotilaiden hoidossa pitkällä tähtäimellä ja myös niille, joilla on somaattisia oireita psyykkisten oireiden lisäksi. (Gyllensten ym. 2009.)

4.1.1 Kehotietoisuus

Ruumiinhammotusterapian keskiössä on kehotietoisuuden käsite. Siinä tärkeimpinä elementteinä ovat suhde alustaan, keskilinja, liikekeskus, hengitys ja liikkeen virtaus. Roxendalin mukaan kehon

tunteminen ja tiedostaminen ovat syvällisiä kokemuksia omasta kehosta, olemisesta ja minästä, kaikista näistä kokonaisuutena. Kehotietoisuusharjoitusten tarkoituksena on lisätä ja vahvistaa ihmisen kykyä elää tasapainoisemmin omassa kehossaan levossa kuin liikkeellä ollessakin. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 88.)

Kehotietoisuuden harjaantuminen edellyttää keskittymistä. Keskittymällä kehoomme, tulemme tietoiseksi siitä, mitä meissä tapahtuu. Kehotietoisuusharjoituksissa oleellista on olla tietoisesti läsnä tekemisessä. Samankaltaisten harjoitusten toistamisella pyritään myös vapautumaan tekemisestä tuntemiseen. Harjoitusten avulla kyky tunnistaa mm. omaa asentoa, hengitystä, liikkeen laatua, lihasjännitystä ja liikkumisen helpottumista paranee, jolloin tietoisuus omasta kehosta on lisääntynyt. Näin myös kehonhallinnan toivotaan paranevan. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 56, 66, 114.)

Roxendal jakaa kehotietoisuuden kahteen osaan: kokemusaspektiin ja liikeaspektiin. Kokemusaspekti sisältää kehon tiedostamisen, kokemuksen, elämyksen, mikä käsitys ihmisellä on kehostaan ja ruumiin rajoista. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 113). Ihminen tulee myös tietoiseksi omista kehonosista sekä siitä, mitä niillä on mahdollista tehdä ja kuinka paljon niitä voi käyttää. Saadaan tietoa myös siitä, kuinka huoltaa omaa kehoa ja mitkä asiat aiheuttavat mielihyvää tai mielihäpä. (Herrala ym. 2008, 33.) Liikeaspekti puolestaan käsittää kehon hallinnan, kontrollin ja liikemallit, joissa tulee näkyville jokaiselle ominaiset liike-, kävely- ja asentotottumukset. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 113). Tämän aspektin kannalta voidaan mm. tarkastella itseä ulkoapäin (Herrala ym. 2008, 33).

4.1.2 Kehotietoisuuden elementit

Keskeisiä kehotietoisuuden elementtejä ovat kontakti alustaan, kehon keskilinja, kehon liikekeskus, hengitys ja liikkeen virtaus. Kontakti alustaan on perustana ihmisen toiminnalle ja liikkeille. Se on myös edellytyksenä tasapainolle ja rentoutumiselle. Nämä kaksi asiaa taas mahdollistavat hyvän koordinaation, mikä on tärkeä kaikissa liikkeissä. Suhdetta alustaan harjoitellaan eri alkuasunnoissa ja liikkeessä samaan aikaan kehon tuntemuksia kuunnellen. Kehon suhde alustaan näkyy ihmisen tukipinnan laajuutena tai pienuutena sekä miten hänen kehonsa paino asettuu alustalle eri asunnoissa: maataessa, istuma-asennossa, seistessä ja kävellessä (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 66, 114).

Kehon keskilinja voidaan ajatella lähtemään seisoma-asennossa lattiasta alkaen, jalkojen välistä kulmien, kehon läpi ylöspäin aina päälle saakka. Jotta ihmisen asento olisi tasapainoinen, tulee keskilinjän molemmille puolille jakautua saman verran painoa. Tällöin asentoa ylläpitävät lihakset ovat mahdollisimman vähällä kuormituksella ja näin säästetään energiaa. Keskilinjän harjoitteissa ylös- ja alaspäin suuntautuvat liikkeet ja kierrot auttavat hahmottamaan ajateltua keskilinjaa. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 114.) Keskilinjasta ja keskustasta lähtävä liike tuntuu vaivattomalta, mutta tätä ei tule kuitenkaan ajatella liian yksityiskohtaisesti, koska silloin se ei tapahdu kuin itsestään ja voi tuntua hankalalta. (Herrala ym. 2008, 97).

Kehon liikekeskus jaetaan kahteen osaan: ylä- ja alaliikekeskukseen. Yläosa koostuu rintakehästä, sen sisäelimestä, yläraajoista ja päästä. Alaosan muodostavat alaraajat ja lantio sisäelimeen. Yläosa edustaa tunteita, tietoja, taitoja ja hienomotoriikkaa, alaosa puolestaan stabiiliteettia ja liikkumista. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 66.) Ylä- ja alaosa ovat yhteydessä samaan keskukseen solar plexukseen eli pallean kiinnityskohtaan. Se sijaitsee 1.–3. lannenikaman korkeudella kylkikaarien välisellä alueella. Tällä alueella hengitys ja sydämen rytmiset toiminnot ovat voiman lähteenä. (Herrala ym. 2008, 96; Niiranen 2013, 29.) Keskustasta lähtevät myös vartalon kiertyminen kehon keskilinjan ympäri, edestakainen kiertoliike sekä vartalon taivutukset ja ojennukset (Herrala ym. 2008, 96).

Hengitys mukautuu kehon asennon, liikkeiden ja fyysisen rasituksen mukaan. Myös tunteet vaikuttavat osaksi hengitykseen nopeuttaen tai estäen sitä. Se on siis yhteydessä ihmisen autonomiseen hermostoon. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 66, 115.) Osana ruumiinhahmotusterapiaa on myös äänen käyttö. Jos ajattelee hengittävänsä ns. oikein, voi samalla vapaa luonnollinen hengitys häiriintyä. Äänen tekeminen uloshengityksessä voi auttaa vapauttamaan hengitystä. (Niiranen 2013, 30.) Värähtelyjen kautta ääni vaikuttaa suoraan kehoon ja kaikki äänneet värähtelevät omilla kehon alueillaan. Seisoma-asennossa värähtely heijastuu koko kehoon, mutta makuuasennossa voi resonanssi kohdistua suppeammalle alueelle. (Herrala ym. 2008, 87.)

Liikkeen virtaus kuvastaa kehossa tapahtuvaa liikkeen tasaista etenemistä. Tämä edellyttää hengityksen vapaata kulkua. Toimivan kehominän yhtenä merkinä on juuri vapaa hengitys (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 66, 115). Liikkeen virtaus on rytmistä ja se edellyttää vapaan hengityksen lisäksi yhteistyötä painovoiman ja asentovoiman välillä. Virtaus ankkuroi kehoa turvallisesti alaspäin sekä antaa rennon ja vapautuneen asennon ylöspäin. Näin asento ja tasapaino ovat joustavia ja automaattisia niin, että huomiota tarvitsee kiinnittää vain liikkeeseen ja toimintaan. Jokaisella on oma ainutlaatuinen rytmensä hengityksen ja liikkumisen suhteen. Suhde alustaan, keskilinja, liikekeskus ja hengitys ovat asioita joita havainnoidaan yhdessä liikkeen virtauksen kanssa. Jos virtausta on, liikkeet ovat pehmeitä ja joustavia. Virtauksen puuttuessa liikkeet ovat taas tehottomia ja kulmikkaita. (Niiranen 2013, 31.)

4.1.3 Kehon asento

Asento muodostuu hengityksen, ilmeiden, eleiden, liikkeiden, ajatusten, mielialan, tunteiden ja vuorovaikutuksen kokonaisuudesta. Sitä tarkastellaan raajojen ja vartalon liikkeiden, niiden pysähtymisen tai paikallaan olemisen suhteen. Asentoa tarkastellaan alhaalta ylöspäin kehon luotisuoran ja kehon maamerkkien avulla eri alkuasunnoissa. Tasapainoinen ja toiminnallinen asento mukautuu elämän eri tilanteisiin niin levossa kuin liikkeessäkin. Asento on tasapainossa, kun luotisuora kulkee sivusta katsottuna ulomman kehräsluun edestä, polvilumpion takaa, lonkan tai ranteen ja olkapään kautta korvan edestä pääläelle. Takaa katsottuna luotisuora kulkee selkärankaa pitkin ja edestä puolestaan navan ja nenän kautta. Selinmakuulla ollessa tarkastellaan myös, miten lihakset ja selkäranka mukautuvat alustaan. (Herrala ym. 2008, 88, 90–92.)

Ihminen elää tunnemaailmaansa kehollaan ja se alkaa näkyä pikkuhiljaa kehon asennossa ja liikkumistavassa niin, että ihmiselle alkaa muotoutua oma asentomalli. Asentomallit voidaankin luokitella kolmeen osaan: koukistuneeseen tai velttoon (flexiovoittainen), ojentuneeseen (extensiovoittainen) ja kaksijakoiseen (ambivalentti) asentoon. Flexiovoittaisessa asennossa polvet ja lonkat ovat koukussa, lantio on kallistunut taaksepäin, lanneranka on ojentunut ja hartiat ovat edessä, yläselkä on pyöreänä, pää eteen työntyneenä ja katse on usein kohti lattiaa. Tämän kaltainen asento voi kertoa pelosta, puolustautumisesta, pitkäaikaisesta stressistä tai masennuksesta. Se voi olla myös ns. tapa-asento, jota näkee esimerkiksi nuorison keskuudessa. Extensiovoittainen asento on korostuneen ojentunut, pää on pystyssä ja lihakset ovat kauttaaltaan jännittyneet. Tähän asentoon liittyy pinnallinen hengitys ja hengityksen kontrolloiminen. Asento voi kertoa itsearvostuksen puutteesta ja myös itsetehostuksen tarpeesta. Ambivalentissa asennossa kehon ylä- ja alaosat muodostavat yhdistelmän flexio- ja extensiovoittaisesta asennosta. (Herrala ym. 2008, 98, 99–100.)

4.2 Rentoutus

Jännitys ja rentous ovat luonnollisia olotiloja, joita ihminen kokee elämän eri tilanteissa. Ne aiheuttavat reaktioita, jotka voivat saada alkunsa erilaisista sisäisistä ja ulkoisista tekijöistä. Rentoutuminen on ruumiin omien, tasapainottavien ja terveyttä säilyttävien reaktioiden elvyttämistä ja vahvistamista. Ihmisillä on luonnostaan omia tapoja rentoutua tilanteen vaatimalla tavalla ja omien voimavarojen mukaisesti. Rentoutuminen auttaa mielen ja ruumiin tasapainon löytämiseen. Se auttaa myös jännitysoireiden voimakkuuden ja keston lievittymiseen. Rentoutumisen hallitsevilla ihmisillä on kyky levätä, kun siihen on mahdollisuus, jolloin myös tehokas työskentely on sujuvampaa. (Herrala ym. 2008, 166, 169, 174)

Rentoutumisen vaikutukset ovat yksilöllisiä, mutta useimmilla rentoutumisen vaikutuksesta voidaan todeta seuraavia fyysisiä ja psyykkisiä hyötyjä. Fysiologisesti voidaan havaita hengitysrytmin hidastumista ja tasapainottumista, verenpaineen alenemista, sydämen lyöntitiheyden hidastumista, ihon lämpötilan kasvua sekä ääreisverenkierron vilkastumista. Lisäksi rentoutumisella voi helpottaa kroonista kipua. Se laukaisee kroonisen kivun aiheuttamia lihaskireyksiä, vähentäen kivun kokemusta ja estäen kipuviestin kulkua aivoihin sekä antaa hallinnan tunteen omaan kehoon ja mieleen. Rentoutumisella voidaan myös parantaa unen laatua. Psykologisena hyötynä voidaan nähdä mm. stressinsietokyvyn, itseluottamuksen, keskittymis- ja suorituskyvyn paraneminen sekä ahdistuneisuuden, ärtyneisyyden ja masentuneisuuden väheneminen. Rentoutuminen usein myös piristää, rauhoittaa ja tasapainottaa. (Leppänen 2000, 8.)

Helli Toivosen tekemän väitöstutkimuksen mukaan pitkäaikainen ja säännöllinen rentoutuminen työpaikalla vähentää poissaoloja, työolojen raskaaksi kokemista sekä parantaa stressinhallintakykyä. Tutkimus osoitti sen, että rentoutumisella on monenlaisia terveysvaikutuksia kuten kipujen lievittyminen, särkylääkkeiden käytön väheneminen ja vaikeiden asioiden sietokyvyn koheneminen. (Leppänen 2000, 8.)

Rentoutumisen opettelemisen avuksi on olemassa erilaisia rentoutusmenetelmiä. On yksilöllistä, millainen menetelmä sopii eri ihmisille ja menetelmistä kannattakin valita itseä miellyttävä vaihtoehto. Monia menetelmiä yhdistää tarkkaavuuden kohdentuminen, yksittäiseen ärsykkeeseen keskittyminen ja huomion suuntaaminen nykyhetkeen. Usein läsnäoloa tässä hetkessä täytyy harjoitella, koska mieli voi helposti lähteä vaeltamaan menneessä tai tulevassa. Kaikissa rentoutusmenetelmissä myös hengityksen säätely on olennainen osa harjoitusta. (Leppänen 2000, 14.) Seuraavaksi on esitelty yleisemmin käytettyjä rentoutusmenetelmiä.

4.2.1 Autogeeninen rentoutus

Autogeenisen rentoutuksen kehitti saksalainen neurologin Johannes Schultz, jonka mukaan menetelmää myös toisella nimellä kutsutaan. Menetelmä on sukua hypnoosille. Harjoittelu perustuu siihen, että ajatuksilla on taipumus vaikuttaa kehoon ja keskittyminen yhteen kehonosaan helpottaa keskittämään ajatukset koko kehoon. Tämä menetelmä vaatii motivaatiota, kykyä hallita itseään, kehonhallintaa, ulkopuolisten ärsykkeiden hallintaa ja mielenrauhaa. Harjoittelu parantaa kuntoutujan itse-tuntemusta. Rentoutus etenee vaiheittain ja seuraavaan vaiheeseen edetään vasta edellisen onnistuttua. Kehonosan kerrallaan ajatellaan sen olevan esim. painava tai lämmin. (Talvitie ym. 2006, 278–279.)

Käypä hoidon vuonna 2008 tehdyssä näytönastekatsauksessa oli arvioitu rentoutusmenetelmiä kroonisen unettomuuden hoitona. Sen mukaan rentoutuksella saavutetaan hyviä tuloksia ja se on suositeltavaa unettomuuden hoidossa. Katsauksessa näytön aste oli A eli vahva tutkimusnäyttö. Tutkimukset olivat tasokkaita ja hyvin sovellettavissa suomalaiseseen väestöön. Eniten oli tutkittu progressiivista lihasrentoutus menetelmää. Myös meditaatiosta ja autogeenisestä rentoutuksesta oli saatu hyviä tuloksia. (Kajaste 2008.)

Analyysissä löydettiin 37 tutkimusta vuosilta 1970–97, jossa tutkittiin rentoutuksen vaikutusta unettomuuteen. Progressiivista rentoutusta oli tutkittu 17 tutkimuksessa ja sillä näyttäisi olevan merkitystä nukahtamisvaikeuksiin ja nukahtamisviiveeseen, joka oli lyhentynyt keskimäärin puoli tuntia. Yölliseen heräilyyn sillä ei ollut juuri vaikutusta. Autogeenisen rentoutuksen vaikutuksia nukahtamiseen oli arvioitu kahdessa eri meta-analyysissä. Toinen analyysi oli koottu vuosilta 1932–99, jossa oli löydetty kolme tutkimusta. Tulokset vastasivat progressiivisen rentoutuksen vaikutuksia. American Academy of Sleep Medicine suosittelee meta-analyysiin pohjautuen progressiivista rentoutusta kroonisen unettomuuden hoitoon. Teho pohjautuu psykofyysisen ylivireystilan laskemiseen. Saman työryhmä toisti meta-analyysin vuosilta 1998–2004 tehdyissä tutkimuksissa, mikä vahvisti saatua näyttöä. (Kajaste 2008.)

4.2.2 Progressiivinen eli jännitys-rentoutus

Jännitys-rentoutus -menetelmä pohjautuu amerikkalaisen neurofysiologi Edmund Jacobsonin kehittämään progressiiviseen lihasten jännittämiseen. Menetelmän avulla voidaan oppia tuntemaan ja tunnistamaan ero rentouden ja jännittämisen välillä. Rentoutuminen tässä menetelmässä perustuu

hermosolujen välittäjäaineen vähenemiseen ja hermoston väsymiseen. Harjoitteissa eri lihasryhmiä pyritään pitämään jännityksessä n. 2–6 sekuntia, joko istuma- tai makuuasennossa. (Leppänen 2000, 22.) Kaikki lihasryhmät käydään läpi erikseen. Menetelmää voi käyttää hyvin myös omatoimiseen harjoitteluun. (Talvitie ym. 2006, 278.)

Vuonna 2002 julkaistussa tutkimuksessa tutkitaan progressiivisen lihasrentoutus- harjoittelun (PMRT) vaikutusta ahdistukseen ja elämänlaatuun leikatuilla paksusuolen syöpäpotilailla. Tutkimukseen osallistui 56 potilasta, jotka satunnaistettiin tavanomaiseen hoitoon ja koeryhmään, joka sai tavanomaisen hoidon lisäksi myös progressiivista rentoutusta kahdessa opetusjaksossa sekä kotiharjoitteluna ensimmäisten 10 viikon aikana. Arviointimenetelmänä oli käytetty The State-Trait Anxiety Inventory ja Quality of Life Scales- asteikkoja. Tiedot kerättiin sairaalassa viidennellä ja viimeisellä viikolla. Tutkimuksen mukaan progressiivinen rentoutus vähensi merkittävästi ahdistusta ja paransi yleistä elämänlaatua etenkin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisten ongelmien ja ympäristön osa-alueilla. Sosiaaliset suhteet kuitenkin vähenivät molemmissa ryhmissä. Tautikohtaisen elämänlaadun arvioinnin suhteen hyötyä huomattiin vain 10 viikon kohdalla. Tutkimuksen mukaan PMRT:n käyttö olisi sisällytettävä paksusuolen syöpäpotilaiden pitkäaikaishoitoon, koska se voi parantaa heidän psyykkistä terveyttä ja elämänlaatua. (Cheng, Molassiotis & Chang 2002.)

4.2.3 Mielikuvarentoutus

Mielikuvat ovat tehokkaita suggestioita, jotka mahdollistavat rentoutumisen. Ne ovat usein alitajuisia sekä tiedostamattomia ja toimimme jatkuvasti niiden avulla. Mielikuvat muistuttavat havaintoja ja niitä voidaan luoda näköaistin lisäksi kaikilla muillakin aisteilla. (Leppänen 2000.) Ensisijainen mielikuva on useimmiten eli 65 %:lla visuaalinen, 25 %:lla auditiivinen ja 10 %:lla kinesteettinen (Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 147). Mielikuvat vaikuttavat kehon toimintaan, ajatteluun ja emootioihin. Ne aktivoivat myös samoja aivoalueita kuin näköhavainto (Leppänen 2000; Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 147). Esimerkiksi pelko mielikuvien on todettu kiihdyttävän ja puolestaan rentouttavien mielikuvien rauhoittavan sykettä. (Leppänen 2000, 26.)

Mielikuvatyöskentely on keino luoda ihannekuva itsestään sekä löytää ja vahvistaa uusia voimavaroja. Vääränlaisia mielikuvia korjaamalla voidaan vaikuttaa terveyden edistämiseen ja saada aikaan positiivisia tunteita ja vähentää stressistä johtuvia rasisuoroireita. Negatiiviset mielikuvat puolestaan voivat aiheuttaa hermojärjestelmän, sisäeritystoiminnan ja immuunijärjestelmän kautta somaattisia oireita. (Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 147.)

Rentoutusharjoituksissa käytetyt mielikuvat vaikuttavat hyvin yksilöllisesti ja niitä ei voi pakottaa. Havainnoimalla ulkomaailmaa voidaan elävöittää mielikuvia ja edetä sen jälkeen sisäiseen havainnointiin eli mielikuviin. Kaikilla aisteilla samanaikaisesti aistiminen mahdollistaa olemisen nykyhetkessä, mikä on myös olennainen osa rentoutuessa. (Leppänen 2000, 26.)

Eräissä tutkimuksissa tutkittiin rentoutusmenetelmien vaikutusta ahdistukseen sairaalahoidossa olevien ja syöpää sairastavien lasten vanhemmilla. Tutkimukseen osallistui 54 vanhempaa, joista 29 oli

koeryhmässä ja 25 kontrolliryhmässä. Vanhemmat oli valittu satunnaisesti eri ryhmiin. Koeryhmän vanhemmille ohjattiin kerran viikossa 25min progressiivista- ja mielikuvarentoutusta kolmen viikon ajan. Tutkimuksessa seurattiin ahdistustason muutoksia ja mielialaa kolmen viikon aikana. Tulokset osoittivat, että käytetyt rentoutumistekniikat olivat hyödyllisiä ahdistuksen vähentämiseksi ja mielialaa parantamaan pahanlaatuista syöpää sairastavien lasten vanhemmilla. (Tsitsi 2017.)

4.3 Psykofyysinen hengitysterapia

Psykofyysisen hengitysterapian menetelmää ja ajattelutapaa ovat 1980-luvulla alkaneet kehittää liikuntaterapeutti Maila Seppä ja erikoispsykologi Päivi Lehtinen. Alun perin sitä alettiin kehittää potilaille, joilla oli kehollisia oiretuntemuksia tai hyperventilaatio-oireita. Tällöin syntyi myös lyhytterapia-ryhmä, jota on kutsuttu nimellä hengityskoulu. (Martin 2016, 13; Martin ym. 2010, 12.) Myöhemmin työskentelytapaa on alettu kutsua laajemmin psykofyysiseksi hengitysterapiaksi ja sitä on alettu käyttää monenlaisiin oireisiin sekä ryhmä että yksilöterapian muodossa. (Martin ym. 2010, 12.) Psykofyysinen hengitysterapia menetelmä on turvallinen kaikille, jotka ovat kiinnostuneita tasapainottamaan hyvinvointiaan (Martin 2016, 13).

Menetelmä koostuu useista toisiinsa punoutuvista näkemyksistä. Perustana on hengityksen psykofyysisen säätelyn ja tasapainoisen hengityksen merkitys niin fyysiseen kuin psyykkiseen hyvinvointiin. (Martin ym. 2010, 12.) Eri mekanismien kautta hengitys vaikuttaa kehon reaktioihin ja tunteisiin. Kokemukset ja tunteet puolestaan vaikuttavat hengitystapoihin. (Martin 2016, 14.) Näihin on yhdistetty käsitys varhaisen vuorovaikutuksen vaikutuksesta hengitystapojen ja stressinsäätelyjärjestelmän kehittymiseen. Menetelmän taustalla näkyy lisäksi psykoterapeuttinen objektisuhdeteoria sekä myös varhaislapsuuden neurobiologiset tutkimukset, jotka ovat osoittaneet hengityksen säätelyn kehittyvän vuorovaikutuksessa. Psykofyysisen hengitysterapian kehittämisessä käytetty tieto pohjautuu siis psykofysiologian ja psykologian alan vanhaan sekä uuteen kliiniseen ja tutkimukselliseen näyttöön. (Martin ym. 2010, 12, 14.) Työn tilaajan yhteyshenkilöltä saimme tiedon, että hengityskouluttajien mukaan uusia tutkimuksia psykofyysisestä hengitysterapiasta ei ole tehty (Kröger 2017-09-11).

Hengityksen eli ventilaation oleellisena tehtävänä on hapen tuominen ruumiin eri osiin sekä aineenvaihdunnassa syntyvän hiilidioksidin poistaminen. Sydän ja verenkiertoelimistö kuljettavat happipitoisen veren kehon eri puolille. Fysiologiset mekanismit tasapainottavat järjestelmän elimistön fyysisiin tarpeisiin sopiviksi. Hengitys säätelee keskeisesti myös elimistön happo-emästasapainoa sekä useita muita tekijöitä, jotka vaikuttavat psykofyysiseen hyvinvointiin. (Martin ym. 2010, 15)

Ihmisillä on oma tapansa hengittää. Hengityksen rytmi, syvyys, hengityslihasten käyttö ja hengitysliikkeen leviäminen vaihtelevat siis yksilöllisesti. Eri asennoissa ja liikkeissä hengittäminen vaatii monipuolista lihasten käyttöä ja normaalisti ihmisellä on ainakin 20–30 erilaista hengitystapaa. Kaikille sopivaa ns. oikeanlaista hengitystapaa ei voida opettaa, koska hengityslihaksia ei voida kontrolloida erikseen. (Martin ym. 2010, 15–16.)

4.3.1 Hengityksen tasapaino

Tasapainoinen hengitys kuvastaa kehon ja mielen kokonaisvaltaista tasapainoa. Tällöin fysiologisella tasolla hengitys vastaa kehon aineenvaihdunnan riittävää toimintaa ja hengityskaasujen eli hapen sekä hiilidioksidin välillä on olemassa sopiva tasapaino. Tämä on kytköksissä myös elimistön happo-emästasapainon kanssa. Suoranaisesti fysiologista tasapainoa ei voi aistia, mutta kokemuksen miellyttävästä olotilasta voi tunnistaa. (Martin 2016, 45–46.) Normaalissa hengityksessä sisäänhengitys alkaa pallean supistumisella, josta liike leviää aaltomaisesti lantioon sekä rintakehään päin. Sisäänhengitystä seuraa lyhyt tauko, jonka jälkeen alkaa uloshengitys. Uloshengitys on normaalisti levossa passiivista, jolloin pallea ja muut sisäänhengitysilhakset rentoutuvat. Kylkirustojen ja keuhkojen joustavuus avustavat palautumista. Keuhkojen tilavuuden pienentyessä ilma virtaa ulos keuhkoista. Normaalissa tilanteessa uloshengitys on sisäänhengitystä pidempi. (Martin ym. 2010, 17–18.)

Epätasapainoon hengitys voi johtua monenlaisista syistä ja laukaiseva tekijä voi olla lähes mikä vain sisäinen tai ulkoinen tekijä. Joskus laukaiseva tekijä voi olla vaaraton asia, jonka elimistö tai mieli kokee uhkaavaksi tai epämiellyttäväksi. Näissä tilanteissa tapahtuu ylivireytymistä, stressin lisääntymistä ja taistelu-pakojärjestelmän käynnistymistä. Sydän alkaa sykkiä ja pumpata verta lihaksille ja keuhkojen tuuletus voimistuu. Tällöin ihminen alkaa tiedostamattaan usein syventämään tai kiihdyttämään uloshengitystä, jolloin hiilidioksidia poistuu elimistöstä. Usein hätääntyessään ihminen kokee tarvetta saada lisää happea ja alkaa haukkoa ilmaa. Epämiellyttävää tuntemusta ei kuitenkaan aiheuta hapen puute vaan liiallinen hiilidioksidin poistuminen. Hiilidioksidipitoisuuden pienentyessä elimistön emäksisyys lisääntyy, jolloin verenkierrossa olevaa happea ei pystytä käyttämään solujen aineenvaihdunnassa riittävän hyvin. Tästä seuraa elimistön solujen hapen puute, vaikka verenkierrossa olisikin riittävä määrä happea. Epätasapainoinen hengitys voi näkyä esimerkiksi tihentyneenä hengityksenä levossa, virtaavuuden puuttumisena, hengityksen pidättämisenä, ilman haukkomisen tai nielemisenä. Hengitysilhaksiston käyttö saattaa olla häiriintynyt ja apuhengitysilhaksia käytetään myös levossa. (Martin 2016, 46–49.)

Hengitysterapian keinoin voidaan auttaa hengityksen palautumista tasapainoiseksi. Menetelmässä painotetaan ns. olla vain-olotilaa, josta käsin psykofyysisiä harjoitteita tehdään. Harjoitteissa opetellaan mielikuvia hyödyntäen tunnistamaan, miltä eri hengitystavat tuntuvat kehossa ja mielessä. Samalla tutustutaan omaan tapaan hengittää ja olla omassa ruumiissa. (Martin ym. 2010, 16–17.) Aluksi pyritään lisäämään tietoisuutta siitä, miten helposti hengitys voi reagoida vuorovaikutustilanteissa. Hengitykseen vaikuttaminen on helpompaa, kun ihminen tulee tietoiseksi oman mielensä tapahtumista, oppii havainnoimaan ruumiintuntemuksiaan ja tottuu palauttamaan hengityksen omaan rytmiinsä. (Martin ym. 2010, 128.)

4.3.2 Autonominen hermosto ja polyvagaaliteoria

Autonominen eli tahdosta riippumaton hermosto säätelee elimistön eri toimintoja ja reagoi myös erilaisissa stressitilanteissa. Sen toiminta vaikuttaa mm. sileisiin lihaksiin, keuhkoputkiin, verisuoniin,

sydänlihakseen ja rauhasiin. Se on tyypillisesti jaettu sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon, joiden tasapaino vaikuttaa elinten toimintaan. Sympaattinen hermosto kiihdyttää elimistön pako- tai taistelemista varten ja nostaa mm. sydämen sykettä, hengitystiheyttä sekä laajentaa tahdonalaisten lihasten verisuonia. Parasympaattinen hermosto sen sijaan rauhoittaa ja palauttaa elimistön lepoon. Se hidastaa sykettä ja hengitystä sekä vilkastuttaa suoliston toimintaa. (Leppänen 2000, 10; Martin ym. 2010, 26.) Autonomisen hermoston toimintaan ei suoraan voida vaikuttaa tahdonalaisesti, mutta toiminnot eivät ole kuitenkaan täysin riippumattomia tahdonalaisesta käytöksestä. Esim. jännittävän asian kokeminen voi aiheuttaa pulssin kiihtymisen. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkvist 1999, 538.)

Neurofysiologi Stephen W. Porges on tutkinut 1960-luvulta lähtien autonomisen hermoston toimintaa. Tutkimuksissa on noussut vähitellen niin sanottu vagiaalinen paradoksi, jonka ratkaisuksi kehitettiin polyvagaali teoria. Polyvagaalisen teorian mukaan autonominen hermosto voidaan jakaa kolmeen osaan. Osat ovat hierarkkisessa suhteessa toisiinsa. Teorian mukaan parasympaattinen hermosto jakautuu kahteen anatomisesti erilliseen rakenteeseen eli ventraaliseen ja dorsaaliseen vaguskompleksiin, joilla on eri lähtötumakkeet ja säikeet vagus-hermossa. Näiden fysiologiset vaikutukset ovat myös vastakkaiset. Ventraalinen vagus aktivoituu tilanteissa, jotka koetaan turvallisiksi ja toisen ihmisen läheisyys koetaan parantavan tuotteliaisuutta. Sympaattinen hermosto käynnistyy uhkatilanteissa. Dorsaalinen vagus ohjaa elintoimintojen sulkeutumista tilanteissa, joissa taistelu tai pakeneminen ei auta. Sitä voidaan kutsua myös passiiviseksi puolustautumiseksi, jonka evolutiivinen merkitys liittyy myös energian säästämiseen. (Leikola, Mäkelä & Punkanen 2016.)

Nervus vagus eli kiertäjähermo on kymmenes aivohermo. Hermo kulkee rintaontelossa ja siitä lähtee parasympaattisia hermosyitä rinta- ja vatsaontelon kaikkiin elimiin aina paksusuolen alkuosaan saakka. Samoista sisäelimestä tulee sensorisia parasympaattisia hermosyitä ja sensorisia somaattisia syitä ulkokorvasta. (Nienstedt ym. 1999, 526.) Tämän hermon vaikutuksia ovat sydämen sykkeen hidastuminen, keuhkoputkien supistuminen sekä ruuansulatuksen tehostuminen (Leppänen 2000, 10).

5 PEREHDYTTÄMINEN

Perehdyttäminen on uuden tulokkaan tutustuttamista työhön. Usein työpaikoilla on suunnitelmallinen perehdytysohjelma, josta vastaavat asiantuntevat perehdyttäjät. Monissa työpaikoissa ongelmana on puutteellinen perehdytys kiireen vuoksi ja sen vuoksi työyhteisöön mukaan pääseminen vie pidempään. Hyvän perehdytyksen ansiosta työntekijä pystyy antamaan koko panoksensa uudessa työtehtävässä. (Viitala & Jylhä 2013, 235.) Kokemuksemme mukaan opiskelijan on hyvä saada kattava perehdytys heti harjoittelun alussa, jotta tämä pääsee heti toimintaan mukaan ja saa harjoittelusta mahdollisimman paljon oppia.

Perehdyttämisen perussääntöinä ovat riittävän kokonaiskuvan antaminen, oikea-aikaisuus ja konkreettisuus. Väärä ajoitus voi aiheuttaa sen, ettei perehdytystä voi toteuttaa kunnolla. Perehdyttäminen voi myös jäädä puutteelliseksi silloin, jos perehdyttäjällä on väärä käsitys perehdytettävän valmiuksista. Käsitys ihmisten taidoista perustuu yleensä stereotyyppiseen tai yleisluontoiseen vaikutelmaan, mutta se ei välttämättä vastaa olemassa olevaa osaamista. (Kjelin & Kuusisto 2003, 199, 242.)

5.1 Millainen on hyvä perehdytysmateriaali?

Materiaalin suunnittelussa kannattaa huomioida käytännöllisyys. Sen on oltava helppokäyttöinen ja helposti saatavissa. Materiaalin päivittäminen on otettava myös huomioon jo suunnitteluvaiheessa. Perehdyttämisessä on syytä hyödyntää olemassa olevat henkilöstö-, asiakas-, ja sidosryhmämateriaalit, joka auttavat kohderyhmää yrityksen hahmottamisessa. Myös Intranetin hyödyntäminen perehdyttämisen välineenä on tehokasta ja suositeltavaa, mutta se ei kuitenkaan korvaa muuta perehdytystä. Osa perehdyttämisestä voidaan siis toteuttaa intranetissä tulokkaan itsenäisen tutustumisen kautta. (Kjelin & Kuusisto 2003, 206–207.)

Yksi perehdyttämisen päätavoitteista on lieventää tulokkaan ahdistuksen tunnetta alussa. Perehdytyksessä ei tule kuitenkaan olla liikaa uutta tietoa, koska se voi sen sijaan lisätä ahdistusta. Perehdytettävä saa alkutilanteessa paljon informaatiota, minkä vuoksi perehdyttämistä on jaksotettava. Ei voida olettaa, että perehdytettävä on kuullut tai ymmärtänyt kaiken kerralla. (Kjelin & Kuusisto 2003, 196, 209, 218.)

5.2 Millainen on hyvä PowerPoint-esitys

Perehdytysmateriaali on tehty PowerPoint-esitysgraafiikkaohjelmaa käyttäen. PowerPoint on Microsoftin diaesityksiä varten luotu ohjelma, jolla niitä voidaan sekä tehdä että esittää. Diaesitys koostuu dioista, joissa voi olla tekstiä, kuvia, kaavioita, animaatioita tai videoita. PowerPoint-ohjelmaa voi hyödyntää monissa tarkoituksissa, kuten esimerkiksi opiskeluissa, opetuksessa ja työelämässä. (Keinonen 2013; Wiley & Sons 2015.) PowerPoint-diaesitys on helposti muokattavissa ja päivitettävissä ja se on helppo jakaa sähköisesti. Yleensä PowerPoint-dioja käytetään havainnollistamiseen eikä nii-

hin ole tarkoitus kirjoittaa pitkiä tekstiosioita. Niitä ei myöskään ole tarkoitettu hyödynnettäväksi yksityiskohtaiseksi koulutusmateriaaliksi. Pelkät diat eivät tämän vuoksi toimi kovin hyvin lukumateriaalina ilman perehdyttäjän puhetta. (Kupias & Koski 2013)

Hyvässä diaesityksessä diojen tulee olla loogisessa järjestyksessä asian tai ajan mukaan. Hyvä esitys sisältää myös kohtuullisen määrän dioja ja näiden tulee olla yksinkertaisia ja vähäeleisiä eli diojen sisältö ei saa hukkaa oheismateriaaliin. (Keinonen 2013.) Kun diaesitys on laadittu itsenäisesti luettavaksi esitykseksi, siinä on käytettävä riittävästi tekstiä, jotta lukija ymmärtäisi diojen sisällön ja kokonaisuuden. Diaesityksen tekijän on tärkeää huolehtia siitä, että sisältöä voidaan lukea erilaisilla päätelaitteilla, joten sisällön tulee olla ymmärrettävää ja luettavaa laitteen koosta riippumatta. (Lammi 2009, 126, 249.)

Havainnollistamisella pyritään lisäämään viestin ymmärrettävyyttä, kiinnostavuutta ja houkuttelevuutta. Havainnollistamisen avulla teoreettinen, käsitteellinen ja abstrakti voidaan muuttaa helpommin vastaanotettavaksi. Kaavakuvat auttavat hahmottamaan asioiden etenemistä, rakenteita, asioiden välisiä suhteita, vaikutuksia ja kokonaisuuden jakautumista. Monien kaavakuvatyypien merkitykset ovat yleisesti tunnettuja. Kuvan avulla teksti jää paremmin mieleen ja se helpottaa materiaalin sisällön mieleen palauttamista. Valokuva on yleensä piirroskuvaa parempi, mutta valinta tehdään aina asiayhteydestä riippuen. Yksittäisten kuvien tulisi sopia yhteen tyyliinsä ja värityksensä puolesta. (Lammi 2009, 56–57, 148, 153–154, 171.)

Fontin valinnalla on merkitystä, sillä kirjaintyypeillä on oma ilmeensä ja vaikuttavat näin lukijan muodostamaan vaikutelmaan. Esitysgrafiikkatiedostoon sopii yksinkertainen ja pelkistetty fontti. Otsikkoon kirjoitetaan olennaisin, ja korostettava tieto. Hyvä otsikko saa lukijan huomion kiinnittymään tärkeimpään ja osaa täten tulkita kuvaa tai kaaviota asiayhteyden edellyttämällä tavalla. (Lammi 2009, 82, 87, 96.)

6 PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN PEREHDYTYSMATERIAALI KEHITTÄMISTYÖNÄ

Kehittämistyössä eli toiminnallisessa opinnäytetyössä toteutetaan tuotos, joka voi olla esimerkiksi opas tai ohjeistus. Työprosessi kielellistetään myös opinnäytetyöraportiksi. Raportissa on käsiteltävä konkreettisesti keinoja, joita käytetään tuotoksen saavuttamiseksi. Aiheen valinnassa tärkein asia on kohderyhmän päättäminen. Yleisiä kohderyhmän rajaamisessa käytettyjä ominaisuuksia ovat koulu-tus, ammatti, asema työyhteisössä ja toimeksiantajan toiveet. Olennaista on tietää, mitä asiaa ollaan ratkaisemassa ja ketä se koskee. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 39, 51, 65.)

Aineiston ja tiedon kerääminen tulisi tarkkaan harkita toiminnallisessa opinnäytetyössä, koska työn laajuus kasvaa, jos siihen yhdistetään tutkimuksellisia menetelmiä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 56). Opinnäytetyö on aina opiskelijalle merkittävä oppimiskokemus toteutustavasta ja laajuudesta riippumatta. Tuotos tehdään asiakasta ja koko opinnäytetyöprosessi opiskelijan oppimista ja arvioimista varten. (Tarkoma & Vuorijärvi 2010, 373, 380.)

6.1 Suunnittelu ja eteneminen

Suunnittelimme opinnäytetyön alkuvaiheessa aikataulun, jonka mukaan toimimme työvaiheesta toiseen. Pysyimme aikataulussa jokseenkin hyvin, mutta kesän ajalle jätimme jouston varaa. Toimeksiantajien kanssa olimme yhteistyössä usein koko prosessin ajan ja heiltä saimme paljon vinkkejä sekä ehdotuksia niin lähteisiin kuin työn sisältöönkin liittyen. Saimme myös itse pohtia ja tehdä päätöksiä työn sisällön ja rakenteen suhteen.

Aihe valikoitui kesällä 2016 yhdessä toimeksiantajan kanssa. Aiheesta, kohderyhmistä ja toteutustavasta vaihdettiin ajatuksia niin sähköpostitse kuin kasvotustenkin. Aiheen saamisen ja työn rakenteen ideoinnin jälkeen tehtiin syksyllä 2016 aihekuvaus ja työsuunnitelma sekä vuoden alusta haettiin työlupaa. Helmikuussa suoritettiin teemahaastattelut opinnäytetyön tarpeellisuuden arviointia varten. Idea haastatteluista on saatu opinnäytetyöpajassa opettajilta eli se ei kuulunut alkuperäiseen työsuunnitelmaan, samoin kuin materiaalin pilotointi. Haastattelut toivat kuitenkin käytännön näkökulmaa muutoin niin teoriapainotteiseen työhön. Opinnäytetyön raporttiosuutta sekä materiaalin suunnittelua päästiin aloittamaan varsinaisesti maaliskuussa haastattelujen jälkeen. Ennen toukokuuta etsittiin tietoa teoreettiseen viitekehukseen eri tietolähteitä käyttäen ja koottiin alustava perehdytysmateriaali PowerPoint-ohjelmalla. Ennen kesän alkua alustava materiaali pilotointiin vanhimmalla fysioterapiaopiskelijaryhmällä ja kerättiin palautetta kyselylomakkeita käyttäen. Kesän 2017 aikana palautteet käytiin läpi, tehtiin näiden pohjalta muutoksia materiaaliin ja täydennettiin raporttiosuutta. Materiaalia viimeisteltiin ja raporttiosuus kirjoitettiin loppuun syksyllä. Seuraavaksi on nähtävissä kaavio työmme etenemisen vaiheista.



KAAVIO 1. Kehittämistyön prosessin eteneminen.

6.2 Haastattelut

Perehdytysmateriaalin tarpeellisuuden arviointia ja sen suunnittelua varten haastateltiin jokaisesta opinnäytetyön kohderyhmästä yhtä henkilöä ja yhtä fysioterapeuttia. Haastattelut tehtiin ennen materiaalin suunnittelua ja ne toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Teemoina olivat käsitys psykofyysisestä fysioterapiasta, moniammatillinen yhteistyö, potilaan kohtaaminen ja kehitys-ideat materiaaliin. Haastattelurunko on raportin lopussa liitteenä (liite 1).

Ennen haastattelua kerrottiin haastateltaville opinnäytetyön tavoite, kohderyhmät sekä haastattelun teemat. Kerrottiin myös, että haastattelumateriaalia tullaan käyttämään osana opinnäytetyön tiedonhankintaa ja sitä käytetään hyödyksi KYS:lle tulevan perehdytysmateriaalin kehittämisessä sekä

osana opinnäytetyö-raporttia. Haastateltavien oli myös mahdollista jättää vastaamatta johonkin kysymykseen. Kaikkiin kysymyksiin saatiin osiltaan laajakin vastaukset, mutta kaikkien taustatietoja ei kuitenkaan julkaistu heidän omasta toivomuksestaan.

Haastateltavat valittiin niin, että jokaisella tuli olla jonkinlainen käsitys psykofyysisestä fysioterapiasta joko työn tai opintojen kautta. Kaikilla haastatelluilla tuli olla myös kokemusta KYS:n psykiatrian palveluyksikön työkentältä. Haastateltaviksi valitsimme yhden henkilön jokaista kohderyhmää kohti sekä yhden fysioterapeutin, jotta saimme perehdytysmateriaalin teon tarpeellisuutta varten jonkinlaisia perusteluja ja lisää ideoita sen sisältöön liittyen. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja nauhoitettiin älypuhelimella. Seuraavaksi ovat koosteet jokaisesta haastattelusta.

Fysioterapiaopiskelijan haastattelu

Haastateltu fysioterapiaopiskelija on 22-vuotias nainen, joka opiskelee viimeistä vuotta fysioterapiaa Savonia-ammattikorkeakoulussa. Hänellä on opintojensa pohjalla ylioppilastutkinto. Haastateltava on ollut harjoittelujaksolla Kuopion psykiatrian keskuksella ja siellä hän on tutustunut psykofyysiseen fysioterapiaan käytännössä. Hän kokee tietojensa olleen vähäiset psykofyysisestä fysioterapiasta ennen harjoittelua, sillä koulussa näitä asioita on käyty vain vähän. Psykofyysisen fysioterapian hän näkee perustuvan käsitykseen ihmisestä kokonaisuutena sekä kuinka siinä pyritään ymmärtämään kehon ja mielen vuorovaikutusta. Hänen mukaansa moniammatillinen yhteistyö fysioterapeutin ja muun hoitohenkilökunnan välillä toteutui tiimi- ja osastopalaverien osalta sekä kuntoutusryhmissä. He myös konsultoivat toisiaan hankalissa tapauksissa. Opiskelija tahtoi tietää enemmän psykofyysisen fysioterapian menetelmien taustoista ja toivookin perehdytysmateriaalista löytyvän asiaa psykofyysisen fysioterapian perusteista. Hän toivoi myös materiaaliin tietoa, kuinka toimia uhkaavissa potilastilanteissa.

Hoitajan haastattelu

Hoitajaksi valikoitui 32-vuotias mies, joka on toiminut sairaanhoitajan ammatissa 7 vuoden ajan psykiatrian puolella. Hänen mielestään psykofyysinen fysioterapia on ihmisen kohtaamista kokonaisuutena, jossa ei tule erottaa mieltä kehosta tai päinvastoin. Fysioterapia käytännössä psykiatrian kentällä on hänen näkemyksensä mukaan erilaisia liikeharjoitteita tai harjoitteita, joilla voidaan esim. auttaa ahdistukseen, kuten maadoitus. Hän painottaa kehon tärkeyttä harjoitteiden yhteydessä. Haastateltava käyttää kertomansa mukaan itsekin mainitsemiaan harjoitteita hoitajan työssään, aina kun on aikaa ja mahdollisuuksia. Hän on kiinnostunut psykofyysisestä fysioterapiasta ja perehtynyt siihen omatoimisesti. Hoitaja työskentelee usein yhdessä fysioterapeuttien kanssa ja yhteistyö sujuu hänen mukaansa hyvin. Yhteistyö pitää sisällään ajatusten ja tiedon vaihtoa sekä raportointia. Hän pitää fysioterapeutin mukaantuloa hoitoprosessiin erityisen tärkeänä, sillä ihminen on hänen mielestään kokonaisuus eikä kehollisuutta voi sivuuttaa. Hän toivoo, että fysioterapeutit olisivat jatkossakin mukana entistä vahvemmin. Moniammatillinen yhteistyö toimii haastateltavan mukaan hyvin ja jokaista osapuolta kuunnellaan. Tiedonkulussa on jotain kehittämisen varaa. Hän uskoo eri ammattiryhmien painottavan eri asioita, mutta kaikkia yhdistää empaattisuus ja halu auttaa. Hoitajan toi-

veena perehdytysmateriaaliin ovat yksinkertaiset käytännön harjoitteet, joita muutkin ammattiryhmät kuin fysioterapeutit voivat työssään käyttää, esim. ahdistuneen potilaan rauhoittamisen keinoiksi.

Lääkärin haastattelu

Haastateltu on 42-vuotias nainen ja pian valmistumassa psykiatrian erikoislääkäriksi. Hän on ollut lääkärin ammatissa 15 vuotta, joista psykiatrian puolella on tullut täyteen 9 vuotta. Hän on käynyt psykodynaamisen psykoterapian koulutuksen sekä dissosiaatiohäiriöiden luentotasoisena koulutuksen. Tässä KYS:n psykiatrian yksikössä kyseinen lääkäri on aloittanut vasta vähän aikaa sitten. Hänen käsityksensä mukaan psykofyysinen fysioterapia pyrkii ymmärtämään, kuinka psyykkiset ristiriidat ja konfliktit ilmenevät kehossa. Hänen mukaansa psykofyysisessä fysioterapiassa opetellaan kehon säätelystä, jotta voidaan olla enemmän nykyhetkessä. Lääkäri näkee fysioterapeuttien toteuttavan psykiatrian kentällä tavanomaista fysioterapiaa, ruumiillisuus- ja rentoutumisharjoituksia sekä oireenhallinnan asioita. Hän kokee, ettei tiedä paljoa psykofyysisestä fysioterapiasta käytännössä, mutta olisi kiinnostunut tietämään siitä lisää. Moniammatillisessa yhteistyössä fysioterapeuttien kanssa haastateltava ei ole ollut paljoa ja tämä vähäinen yhteistyö liittyy lähinnä läheteiden ja palautteiden antamiseen. Hän kokee, ettei tiedä, millaisissa asioissa kannattaisi pyytää fysioterapeutin arviota ja millaiset ovat heidän resurssinsa. Yhteistyön hän on kuitenkin kokenut antoisaksi, silloin kun sitä on ollut ja toivoo jatkossa yhteistyötä olevan enemmän. Potilaan kohtaamisessa lääkäri pitää tärkeänä kiinnostusta ja avointa suhtautumista ihmistä kohtaan. Hänen mukaansa ei ole hyvä ajatella liian kapea-alaisesti tai tehdä johtopäätöksiä nopeasti. Hän kokee suurimman osan psykiatrialla työskentelevistä hoitoalan ammattilaisista olevan avoimia ja kiinnostuneita ihmisen kokonaisuudesta. Psykofyysisestä fysioterapiasta hänellä oli paljon kysyttävää ja hän halusi mm. tietää, miten potilasta arvioidaan ja tutkitaan, kenelle psykofyysistä fysioterapiaa suositellaan, miten potilaan kanssa harjoitellaan sekä millainen koulutus siihen käydään.

Fysioterapeutin haastattelu

Haastateltavan fysioterapeutin mukaan psykofyysinen fysioterapia on lyhyesti kuvailtuna potilaan kohtaamista omana kokonaisuutena itsenäisesti ja tämän voimavarojen tukemista kehollisten harjoitteiden avulla. Se on hänen mukaansa yhteistyötä potilaan kanssa etsittäessä keinoja tämän voimavarojen ja pystyvyyden tunteen lisäämiseksi. Fysioterapeutti kokee moniammatillisen yhteistyön olevan tärkeää ja toivoo yhteydenottojen tulevan riittävän ajoissa, jotta saadaan selvitettyä fysioterapian tarpeellisuus. Hänen mielestään olisi myös hyvä, jos fysioterapiaprosessia aloittaessa olisi tarvittaessa yhteisvastaanotto hoitajan, potilaan ja fysioterapeutin kesken. Hänen kertomansa mukaan, lääkärit vaihtuvat usein eikä kaikilla ole tietämystä fysioterapeutin työstä psykiatrialla. Yhteistyö kuitenkin kehittyy koko ajan ja hän kokee, että psykofyysisestä fysioterapiasta ollaan kiinnostuneita. Fysioterapeutti ei ole vielä toiminut pitkään yksikössä ja hän arvelee, että menee oma aikansa oppia tuntemaan yhteistyön väyliä. Hän kertoo, että niin henkilökunta kuin potilaatkaan eivät aina tiedä, millaista fysioterapiaa psykiatrian kentällä voisi olla ja saattavat ajatella sen olevan niin sanottua perinteistä tuki- ja liikuntaelämäntalon hoitoon keskittyvää fysioterapiaa. Potilaan kohtaamisessa haastateltava pitää erityisen tärkeänä hyväksyvää läsnäoloa. Hän toivoo, että perehdytysmateriaalin kohderyhmät saisivat tietoonsa, että psykofyysisessä fysioterapiassa ihminen oppii itsensä havainnoinnin

kautta ja että tämä on pitkä prosessi, joka ei yleensä tapahdu muutamalla fysioterapiakäynnillä. Fysioterapeutti painottaa etenkin vuorovaikutuksen, luottamuksen ja läsnäolon tärkeyttä. Pehdytysmateriaaliin hän toivoo tietoa siitä, millaista fysioterapeutin työ on käytännössä psykiatrialla.

Haastatteluissa kaikilla haastateltavilla oli jo jonkinlainen käsitys psykofyysisestä fysioterapiasta, mutta selvisi, että varsinkin tulokkaat tietävät aiheesta vähän, etenkin käytännön tasolla. Psykofyysisestä fysioterapiasta oltiin kuitenkin kiinnostuneita ja opiskelija, hoitaja sekä lääkäri olivat halukkaita tietämään siitä lisää. Moniammatillinen yhteistyön koettiin tärkeäksi ja hyödylliseksi. Joiltakin osin siinä nähtiin kehitettävää ja sitä toivottiin tehtävän enemmän. Potilaan kohtaamisessa nähtiin tärkeänä läsnäolo, avoimuus ja kiinnostus ihmistä kohtaan kokonaisuutena, mutta käytännössä ammatikunnittain painotetaan eri asioita toimintakyvyssä. Haastatteluista saimme tietoa ja parempaa käsitystä siitä, mitä pehdytysmateriaalin olisi hyvä sisältää ja saimme siihen lisää ideoita.

6.3 Pilotointi

Pilotoinnin tavoitteena oli saada palautetta opinnäytetyön ensisijaiselta kohderyhmältä eli fysioterapiaopiskelijoilta ja muokata materiaalia palautteiden mukaan paremmaksi. Aluksi oli tarkoituksena pilotoida pehdytysmateriaali sekä nuoremmalla että vanhimmalla fysioterapiaopiskelijaryhmällä. Aikataulujen vuoksi, pilotointi toteutettiin vain vanhimmalla fysioterapiaopiskelijaryhmällä, joista paikalla oli 20 henkilöä. Palautteet kerättiin paperista kyselylomaketta käyttäen ja materiaalin kukin sai lukea omalla älypuhelimellaan. Kyselylomake sisälsi avoimia kysymyksiä ja arviointiasteikon 1-4 sisältöön, ulkoasuun, loogisuuteen ja luettavuuteen liittyen. Aikaa materiaalin lukemiseen ja palautteen antoon oli niukasti aikataulusyistä. Kattavia palautteita saatiin jonkin verran, joissa oli selvästikin luettu ja tarkasteltu materiaalia ajatuksella. Materiaali lähetettiin sähköpostilla myös KYS:n psykiatrian fysioterapeuteille, joilta kaikilta saatiin yhteinen palaute. Tämä tehtiin siksi, jotta saataisiin myös toimeksiantajan mielipide heille käyttöön tulevasta materiaalista. Erillistä kyselylomaketta ei lähetetty fysioterapeuteille, koska heille annettiin työn tilaajana mahdollisuus vapaaseen asiantuntijapalautteeseen materiaalin sisällöstä. Kyselylomake on työn lopussa liitteenä (liite 2).

Opiskelijatovereiden rakentava palaute liittyi enimmäkseen tekstin tiivistämiseen, jäsentelyyn, harjoitteisiin ja otsikoiden fonttiin. Harjoitteita toivottiin olevan enemmän, materiaali oli laaja ja tekstiä oli monessa diassa paljon. Fontit olivat puolestaan joissain dioissa hieman taustaan sulautuvia älypuhelimella luettaessa. Kuvat ja harjoitteet saivat mielenkiinnon säilymään materiaalissa, sisältö oli kattavaa sekä diojen järjestys oli looginen ja ulkoasultaan selkeä. Fysioterapeuteilta puolestaan tuli kattava palaute, jossa oli useita ehdotuksia täydennettävistä asioista sisällön suhteen diakohtaisesti. Yhteenvedonä oli avata teoreettista viitekehystä, korostaa potilaan kohtaamisen tärkeyttä ja tuoda esiin lisää menetelmien vaikutuskanavia. Kaikkien palautteiden mukaan ei tehty korjauksia ja täydennyksiä, koska osa palautteista oli ristiriidassa keskenään. Esimerkiksi opiskelijat halusivat materiaalin tiivistetyimmäksi, kun taas fysioterapeutit halusivat sinne paljon asioita lisää.

6.4 Tuotoksen kuvaus

Perehdytysmateriaali on saatavilla sähköisesti KYS:n Intranetissä omien sairaanhoitopiiriltä saatujen tunnusten kautta. Tunnuksia ei kuitenkaan ole saatavilla opiskelijoille ennen harjoittelujakson alkua ja siksi he pystyvät lukemaan materiaalia vain harjoittelun aikana harjoitteluyksikössä, kun tunnukset ovat voimassa. Lääkärit ja hoitajat puolestaan pystyvät lukemaan materiaalia ja palaamaan siihen milloin tahansa.

Aihe on melko laaja, joten perehdytysmateriaali täytyy lukea ajatuksella ja sitä saattaa joutua käymään läpi useampaan kertaan. Toisaalta, pelkkä perehdytysmateriaali ei anna kokonaiskäsitystä psykofyysisestä fysioterapiasta käytännössä. Materiaaliin on kuitenkin hyvä palata tarvittaessa, sillä se antaa pohjaa käytännön kentällä toimimiseen ja paremman ymmärryksen siitä, mitä tehdään, miksi ja miten. Jo diojen määrästä saattaa tulla ahdistusta etenkin, jos materiaaliin täytyy perehtyä kiiireellä. Tärkeää on, että materiaalin lisäksi fysioterapiaopiskelijoille pidetään myös yksikön oma perehdyttäminen harjoittelun alussa.

Perehdytysmateriaali sisältää aluksi kuvauksen KYS:n psykiatrian työyksiköistä, fysioterapeutin työstä ja yleisimmistä fysioterapian aiheista psykiatrialla. Tämän jälkeen kuvaillaan psykofyysistä fysioterapiaa lähestymistapana, kouluttautumismahdollisuuksia sekä käytetyimpiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä KYS:n psykiatrian palveluyksikössä. Menetelmien jälkeen esitellään neljä yksinkertaista harjoitetta, liittyen rauhoittumiseen, rentoutumiseen ja keskittymiseen kuvilla havainnoiden. Niitä on helppo kokeilla niin itselle kuin ja potilaille. Materiaalissa suositellaankin kokeilemaan harjoitteita ensin itselle, jotta voi ymmärtää potilaan tuntemuksia paremmin ja ohjata sitten näitä muille. Harjoitteet on valittu yhdessä tilaajan kanssa. Ohjeistukset on tehty mukaillen kirjallisuusläheteitä sekä omaan kokemukseen pohjautuen. Näiden kuvallisten harjoitteiden lisäksi on myös verkkolinkki mielenterveystalon internetsivuille, jonka kautta pääsee tutustumaan lisää erilaisiin harjoitteisiin videoiden avulla. Linkin sisältöön pääsee vain ammattilaisten tunnuksilla, mutta opiskelijatkin voivat katsoa videoita harjoittelun ohjaajan tunnusten kautta. Materiaali on nähtävillä kokonaisuudessaan työn lopussa liitteenä (liite 3).

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja kehitysideat

Opinnäytetyön aihe lähti kiinnostuksesta psykofyysiseen fysioterapiaan, jonka taustalla oli myös kiinnostus psykologiaan ja ihmisen mielen hyvinvointiin. Kehittämistyön aihe tuli työn tilaajalta, joka ehdotti työksi perehdytysmateriaalin luomista. Aloitimme alun perin molemmat tekemään omaa opinnäytetyötä erikseen, mutta päädyimme kuitenkin tekemään työn yhdessä. Mielestämme tämä oli hyvä ratkaisu ja saimme työskentelyn sujumaan, sillä tulimme hyvin toimeen ja meillä oli samankaltaiset työskentelytavat. Teimme työtä lähes aina yhtä aikaa, samassa tilassa ja useita työtunteja kerrallaan, jotta työstä tulisi mahdollisimman yhtenäinen. Työn aikataulutukseen olisi mielestämme voinut panostaa hieman enemmän niin, että olisimme voineet alkuvaiheessa suunnitella vielä tarkemmin aikataulua työn etenemiselle. Opinnot, työt ja muu yksityiselämä yhdistettynä veivät aikaa ja voimavaroja työn tekemiseltä.

Opinnäytetyön aihe oli hyvin laaja ja jouduimme sen vuoksi usein pohtimaan, mitkä asiat ovat tärkeitä ja olennaisia niin perehdytysmateriaalissa kuin myös raporttiosuuden teoreettisessa viitekehyksessä. Jäsentely vei aikaa, koska toisiinsa kytköksissä olevia asioita oli niin paljon. Myös aiheeseen liittyviä kuvia oli vaikea löytää perehdytysmateriaaliin ja meitä kehoitettiin työn tilaajan puolelta käyttämään omia kuvia tekijänoikeuksien takia. Me valitsimme materiaaliin omia maisema- ja luontokuvia, jotka elävöittävät dioja ja tekevät materiaalin miellyttävämmäksi lukea. Värimaailmaan me emme voineet paljoa vaikuttaa valmiiden pohjien vuoksi, mutta yritimme pitää diojen värimaailman selkeänä ja yhtenäisenä.

Pilotointi tehtiin viimeisellä oppitunnilla ennen kesälomaa, mikä saattoi vaikuttaa palautteen antoon ja vastaajien määrään. Palautteen anto hetkellä oli hieman hätäinen tunnelma, jonka vuoksi vastaajien oli ehkä vaikea keskittyä materiaalin lukemiseen. Palautekyselyn arvioihin varmasti vaikutti myös, että kyselyn tehneet katsoivat perehdytysmateriaalin läpi älypuhelimella. Pilotointiin ei ehditty saada parempaa aikaa tai tietokoneellista tilaa varattua, koska ensimmäinen versio materiaalista valmistui vasta tuolloin. Aluksi se oli tarkoitus toteuttaa useammalla ryhmällä, mutta käytännön järjestyksen ja aikataulujen vuoksi tämä ei onnistunut. Harkitsimme myös pilotointia sähköpostin välityksellä webropol-kyselynä, jolloin materiaalin olisi voinut lukea rauhallisessa ympäristössä silloin kuin haluaa ja ehtii. Arvelimme kuitenkin, että emme olisi saaneet riittävästi vastauksia sitä kautta. Kaikkien palautteiden mukaan ei suoraan voitu tehdä muutoksia materiaaliin, koska osassa palautteista oli vastakkaisia mielipiteitä. Esimerkiksi opiskelijat halusivat materiaalin olevan tiiviimpää, kun taas fysioterapeutit toivoivat siihen lisäyksiä.

PowerPoint-ohjelman käyttö materiaalin toteutuksessa oli hieman haastavaa, sillä laajan aiheen vuoksi meidän tuli valita mielestämme tärkeimmät asiat, jotka kerrotaan tiiviisti dioissa muutamilla lauseilla tai luettelon muodossa. Toisaalta taas itse diaesityksen tekeminen oli helppoa, joten materi-

aali syntyi melko nopeasti ja sitä oli kätevä muokata. Materiaalin käsitellessä psykofyysisen fysioterapian perusteita, emme voineet käydä läpi PowerPoint-ohjelmalla kaikkia asioita niin syvällisesti kuin olisimme halunneet liiallisen tieto- ja tekstimäärän vuoksi. Lukijalta vaaditaankin oma kiinnostus aiheeseen syventymiseen sekä opiskelijoiden kohdalla harjoittelupaikalta asianmukainen perehdytys, jotta psykofyysisen fysioterapian maailma avautuisi laajemmin. Myös käytännössä esimerkiksi eri harjoitteiden kokeileminen antaa oman kehon kautta parempaa käsitystä.

PowerPoint-ohjelma on usein esiintymisen tukena käytettävä, eikä pelkästään luettava materiaali. Pohdimmekin, olisiko ääniraita diojen yhteyteen ollut hyvä keino avaamaan psykofyysisistä fysioterapiaa syvemmin, kuin pelkät diat. Totesimme kuitenkin tämän vaihtoehdon melko myöhäisessä vaiheessa ja ajattelimme, että se veisi liikaa aikaa.

Perehdytysmateriaalia voitaisi kehittää lisäämällä diojen yhteyteen ääniraidat, jotka avaisivat sisältöä tarkemmin, jolloin perehdytettävän olisi helpompi sisäistää asiat materiaalissa. Tällöin voitaisi myös sisällyttää dioihin vähemmän tekstiä. Toisaalta materiaalin sisällön päivittäminen olisi siten hankalampaa. Materiaalia voisi myös kehittää kuvaamalla siihen omatekoisia videoklippejä esimerkkiharjoitteista ohjeistuksineen, mikä saattaa auttaa hahmottamaan niitä paremmin kuin vain kuvat.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Olemme pohtineet eettisyyden toteutumista koko prosessin ajan. Opinnäytetyötä varten teimme työn tilaajan kanssa asianmukaiset ohjaus- ja hankkeistamissopimukset sekä hankittiin KYS:n työ lupa, joka hyväksyttiin ylihoitajalla. Opinnäytetyön aiheesta ja sisällöistä neuvottelimme yhdessä työn tilaajan kanssa.

Haastatteluissa ja pilotoinnissa otimme huomioon vastanneiden henkilöiden yksityisyyden ja korostimme vastaamisen vapaaehtoisuutta. Haastattelimme vain yhtä ihmistä kohderyhmittäin sekä yhtä fysioterapeuttia, joten haastattelujen vastauksista ei voi tehdä yleisiä johtopäätöksiä siitä, miten paljon psykofyysisestä fysioterapiasta tiedetään. Olisimme voineet tehdä haastatteluja enemmänkin, mutta se olisi muuttanut työn luonnetta ja vienyt liikaa aikaa.

Opinnäytetyön aiheeseen liittyviä tutkimuksia etsittäessä oli joitain haasteita, koska aiheesta ei ole paljoa systemaattisia kirjallisuuskatsauksia tai meta-analyyseja ja monet tutkimusartikkelit olivat saatavilla suppeana tiivistelmien muodossa. Suurin osa tutkimuksista oli englanniksi, joten jouduimme käyttämään usein paljon aikaa suomeksi kääntämiseen. Näin ollen myös luotettavien lähteiden etsimiseen meillä meni aikaa ja kääntämisessä oli omana haasteenaan se, tuleeko väärinymmärryksiä tekstin sisällön suhteen.

Aiheeseen liittyvää kirjallisuutta saimme käsiimme jonkin verran, mutta paljon oli myös sellaisia kirjallisuuslähteitä, joita ei ollut saatavilla lähipaikkakunnilta. Jouduimme tämän vuoksi työssämme viittaamaan usein samoihin kirjallisuuslähteisiin. Suomenkielisiä lähteitä, niin kirjallisuus kuin verkkolähteitäkin oli mielestämme saatavilla niukasti. Suurin osa lähdemateriaaleista, etenkin tutkimuksista oli

englanniksi ja joitain jopa ruotsiksi. Oikeiden hakusanojen valinta psykofyysiseen fysioterapiaan liittyen etenkin englannin kielellä vei myös oman aikansa.

7.3 Ammatillinen kasvu ja oppiminen

Opimme opinnäytetyöprosessin aikana kirjoittamaan tieteellistä asiatekstiä näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen. Harjaannuimme myös lähteiden kriittisessä arvioinnissa ja tiedonhaussa. Työskennellessä fysioterapeuttina meidän täytyy ammattietiikan mukaan käyttää työssämme näyttöön perustuvaa tietoa ja menetelmiä.

Kehityimme ryhmätyöskentely-, yhteistyö- ja vuorovaikutustaidoissa työskennellessämme yhdessä tilaajan ja toistemme kanssa. Opimme käyttämään omia ja toistemme vahvuuksia hyödyksi työskentelyssä sekä tunnistamaan heikkouksia. Työ on opettanut meille osaltaan myös paineensietoa, kärsivällisyyttä ja vastuunottokykyä sekä organisointitaitoja. Nämä ovat olennaisia asioita, joita tulemme tarvitsemaan työelämässä. Vastuunottokykyä olemme oppineet siinä, että työtä on pitänyt tehdä itsenäisesti, suunnitella omat aikataulut sen ympärille, tehdä itsenäisiä päätöksiä ja olla yhteydessä eri henkilöihin. Organisointitaitoja on kehittänyt aikataulun laatiminen, aikataulujen yhtensovittaminen ja ajankäytönhallinta. Vaikka aikataulut eivät täysin aina pitäneet ulkopuolisten tekijöiden takia, pystyimme toimimaan paineen alaisina ja sopeutumaan tilanteisiin.

Opinnäytetyön aiheeseen perehtymisen myötä olemme saaneet paremman käsityksen psykofyysisestä fysioterapiasta, sillä työtä aloittaessa meillä oli aiheesta melko pinnallinen tietämys. Pääsimme syventämään fysioterapeuttista ajattelutapaamme ja tutustumaan mm. meille ennalta vieraisiin terapia- ja arviointimenetelmiin. Psykofyysisen fysioterapian lähestymistapaa voimme hyödyntää missä tahansa fysioterapeuttina työskennellessä. Psykofyysiseen fysioterapiaan perehtyminen auttaa saamaan erilaisia keinoja työkalupakkiin ihmisten toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kohentamiseksi sekä toimintakykyä alentavien tekijöiden ennaltaehkäisemiseksi. Se antaa myös erilaista näkökulmaa potilaan kohtaamiseen.

Perehdytysmateriaalin tekeminen opetti lisäksi päätöksentekoa, asioiden jäsentelyä ja koostamaan suuresta määrästä tietoa olennaisimmat asiat tiiviiksi tietopaketti. Samalla materiaalin esitysgraafikkaa työstäessä tietotekninen osaaminen ja tiedon havainnollistaminen kehittyivät. Käytännön tasolla pääsimme myös kokeilemaan itse materiaalissa olevia esimerkkiharjoitteita ja miettimään niiden ohjeistuksissa käytettyjä sanavalintoja.

Opinnäytetyön aihe oli laaja ja hyvin moniulotteinen sisäistettäväksi prosessiin tarkoitetun ajan puitteissa, koska siihen yhdistyy paljon eri tieteenaloja ja näkemyksiä. Näiden asioiden sisäistäminen olisi vaatinut oman aikansa ennen työn aloittamista. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli haasteistaan huolimatta kuitenkin todella opettavainen ja mielenkiintoinen.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- BUNKAN, Berit Heir 2004. The Comprehensive Body Examination. [verkkojulkaisu]. Journal of Psychosomatic Research. [Viitattu 2017-09-07]. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399904003162?via%3Dihub>
- CHENG, Yuk Lung, MOLASSIOTIS, Alexander & CHANG, Anne 2002. The Effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. [verkkojulkaisu]. Psycho-Oncology. [Viitattu 2017-09-07]. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.638/full>
- DROPSY, Jacques, SKJÆRVEN, Liv Helvik, SKATTEBOE, Ulla-Britt 2002. Quality of movement – the art and health: three lectures from Nordic Symposium, "Quality of movement – the Art and Health". Norway, May 1998. Kustantaja tuntematon.
- GARD, Gunvor 2007. Factors important for good interaction in physiotherapy treatment of persons who have undergone torture: A qualitative study. [verkkojulkaisu]. Physiotherapy Theory & Practice. [Viitattu 2017-09-08]. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=d8529c96-9761-4b5a-87f3-19d27118c801%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9Zmkmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=ccm&AN=106109992>
- GYLLENSTEN LUNDEVIK, Amanda 2001. Basic Body Awareness Therapy. Thesis. Sweden: Lund University.
- GYLLENSTEN LUNDEVIK, Amanda, OVESSON, Maria, LINDSTRÖM, Inger, HANSSON, Lars & EKDAHL, Charlotte 2004. Reliability of the Body Awareness Scale-Health. [verkkojulkaisu]. Scandinavian Journal of Caring Sciences. [Viitattu 2017-09-07]. Saatavissa: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2004.00272.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED
- GYLLENSTEN LUNDEVIK, Amanda, EKDAHL, Charlotte & HANSON, Lars 2009. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study [verkkojulkaisu]. Advances in Physiotherapy. [Viitattu 2017-08-07]. Saatavissa: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14038190802242061?src=recsys&>
- GRANÖ, Tiina 2011. Psykofyysisessä seminaarissa puhuttiin fysioterapeutin jaksamisesta. Fysioterapia 1 [lehti].
- HEINONEN, Kirsi ja VALKAMA, Tytti 2010. Kehon kokonaisvaltaisen käsikirjan suomentaminen. The Comprehensive Body Examination (CBE). Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- HERRALA, Helinä, KAHROLA, Tytti ja SANDSTRÖM, Marita 2008. Psykofyysinen ihminen. 1.painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- HÄRKÖNEN, Ulla, MUHONEN, Minna, MATINHEIKKI-KOKKO, Kaija ja SIPARI, Salla 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. Kelan työpapereita 97 [verkkojulkaisu]. Kela. [Viitattu 2017-03-10]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>
- JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU 2012. Opinnäytetyön raportointi [verkkojulkaisu]. JAMK University of Applied Sciences. [Viitattu 2017-01-26]. Saatavissa: <https://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyö/>

- KAURANEN, Kari 2017. Fysioterapeutin käsikirja. 1.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KAJASTE, Soili 2008. Rentoutusmenetelmät kroonisen unettomuuden hoitona. Käypä Hoito-näytönastekatsaus. [verkkojulkaisu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2017-09-12] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06362>
- KEINONEN, Kari 2013. Microsoft PowerPoint 2013 Eng käytön perusteet. [E-kirja].
- KJELIN, Eija ja KUUSISTO, Pia-Christina 2003. Tulokkaasta tuloksetekijäksi. Helsinki: Talentum.
- KRÖGER, Lea 2017-09-11. Hengitysterapian tutkimuksia. [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Noora Lampinen.
- KUPIAS, Päivi ja KOSKI, Mia 2013. Hyvä kouluttaja. [E-kirja].
- LAMMI, Outi 2009. Vaikuta visuaalisesti. Laadi selkeä esitys. 1.painos. WSOYpro Oy.
- LEIKOLA, Anssi, MÄKELÄ, Jukka ja PUNKANEN, Marko 2016. Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. [verkkojulkaisu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2017-08-18]. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/duo12910>
- LEPPÄNEN, Taru, AHO, Sarita, HARJU, Riitta ja GOCKEL, Maarit 2000. Rentoutuminen- avain ovi jaksamiseen. Invalidisäätiö. Kuntoutus Orton ja Työturvallisuuskeskus.
- LÄHTEENMÄKI, Marja-Leena ja JAAKKOLA, Raija 2005. Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Opinnäytetyöt. Nro 2. Tampere: Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu.
- MARTIN, Minna, SEPPÄ, Maila, LEHTINEN, Päivi, TÖRÖ, Tiina ja LILLRANK, Benita 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.
- MARTIN, Minna 2016. Hengitys virtaa. Helsinki: Kirjapaja.
- MÖNKKÖNEN, Kaarina 2007. Vuorovaikutus: dialoginen asiakastyö. 1.painos. Helsinki: Edita.
- NIENSTEDT, Walter, HÄNNINEN, Osmo, ARSTILA, Antti ja BJÖRKVIST, Stig-Eyrik 1999. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 12.-13. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- NIIRANEN, Mikko 2013. Anna minulle hetki aikaa. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kehittämistehtävä.
- NOPPARI, Eija, KIILTOMÄKI, Aliisa ja PESONEN, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- ØVRETVEIT, John 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki: Hakapaino
- ROXENDAL, Gertrud & NORDWALL, Vivianne 1997. Tre BAS-skalar.
- ROXENDAL, Gertrud & WINDBERG, Agneta 2003. Levande människa. Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Natur och Kultur.
- SKJÆRVEN, Liv Helvik, GARD, Gunvor, SUNDAL, Mary Anne & STRAND, Liv Inger 2015. Reliability and validity of the Body Awareness Rating Scale (BARS), an observational assessment tool of movement quality. [verkkojulkaisu]. European Journal of Physiotherapy. [Viitattu 2017-09-07]. Saatavissa: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=97a3010a-8ec2-4d18-a825->

86dfedbf57bc%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbm9Zmkmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=ccm&AN=103756575

SUOMEN FYSIOTERAPEUTIT 2017. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Tutkimis- ja arviointiosaaminen [verkkajulkaisu]. Suomen Fysioterapeutit - Finlands Fysioterapeuter ry. [Viitattu 2017-09-21]. Saatavissa: <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/ydinosaaminen/ammattillinen-osaaminen/tutkimis-ja-arviointiosaaminen.html>

SUOMEN PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN YHDISTYS 2017a. Esittely [verkkajulkaisu]. Psyfy ry. [Viitattu 2016-12-14]. Saatavissa: <http://psyfy.net/esittely/>

SUOMEN PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN YHDISTYS 2017b. Menetelmät ja hyödyt [verkkajulkaisu]. Psyfy ry. [Viitattu 2016-12-14]. Saatavissa: <http://psyfy.net/menetelmatjahyodyt/>

SUOMEN PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN YHDISTYS 2017c. Erikoistuminen [verkkajulkaisu]. Psyfy ry. [Viitattu 2017-03-10]. Saatavissa: <http://psyfy.net/opiskelu/>

SUOMEN PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN YHDISTYS 2017d. Basic Body Awareness Terapia [verkkajulkaisu]. Psyfy ry. [Viitattu 2017-03-10]. Saatavissa: <http://psyfy.net/opiskelu/basic-body-awareness-terapia/>

TALVITIE, Ulla, KARPPI, Sirkka-Liisa ja MANSIKKAMÄKI, Tarja 2006. Fysioterapia. 2.uudistettu painos. Helsinki: Edita.

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU 2017. NPMP - Norwegian Psychomotor Physiotherapy-Resource Oriented Body Examination and Physiotherapy. [verkkajulkaisu]. TAMK Tampereen Ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2017-05-15]. Saatavissa: <http://www.tamk.fi/-/npmp-norjalaisen-psykomotorisen-fysioterapian-mukainen-voimavarasuuntautunut-tutkiminen-ja-fysioterapia>

TAMPEREEN MIELENTERVEYSSEURA 2017. Hoida ja vahvista mieltäsi. Hyvän mielen tietopankki [verkkajulkaisu]. Suomen mielenterveysseura. [Viitattu 2017-09-21]. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseurat.fi/tampere/mielen-hyvinvoinnin-omahoito/mielen-hyvinvoinnin-tietopankki/>

TARKOMA, Elise ja VUORIJÄRVI, Aino 2010. Ammattisuomen käsikirja. 11. uudistettu painos. WSOYPro Oy.

TSITSI, T 2017. Effectiveness of a relaxation intervention technique (progressive muscle relaxation and guided imagery techniques) to reduce anxiety of parents of hospitalized children. [verkkajulkaisu]. European Journal of Cancer. [Viitattu 2017-05-15]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S0959804917305440/1-s2.0-S0959804917305440-main.pdf?_tid=1d20ac70-93b0-11e7-bf7d-0000aab0f27&acdnat=1504777207_17b93ef523dbbb4507b53a46f42a2783

VESTERINEN, Annastiina 2008. Omaishoitajaleskien elämänhallinnan tunteen ilmeneminen omaishoitajuuden ja leskeytymisen tarinoissa [verkkajulkaisu]. Progradu. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2017-01-27] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79433/gradu02728.pdf?sequence=1>

VIITALA, Riitta ja JYLHÄ, Eila 2013. Liiketoimintaosaaminen - menestyvän yritystoiminnan perusta. Helsinki: Edita.

VILKKA, Hanna ja AIRAKSINEN, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

WILEY, John & Sons 2015. PowerPoint 2016 for dummies. [E-kirja].

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITE 1: HAASTATTELUN RUNKO

Ennen haastattelua kerrotaan haastateltavalle opinnäytetyön tavoitteet (tuoda lisää tietoisuutta psykofyysisestä fysioterapiasta, saada KYS:n psykiatrian yksiköihin harjoitteluun tulevat fysioterapiaopiskelijat ja psykiatrian yksiköiden henkilökunta ajattelemaan kohtaamansa potilaan kokonaisuutena sekä myös auttaa moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä) sekä kohderyhmät (ensisijaisena KYS:n psykiatrialle harjoitteluun tulevat ft.opiskelijat, psykiatrian lääkärit ja hoitohenkilökunta). Haastateltavalle kerrotaan alussa myös haastattelun teemat.

Haastateltavien kanssa käydään läpi, että haastattelumateriaalia tullaan käyttämään osana opinnäytetyön tiedonhankintaa ja sitä käytetään hyödyksi KYSille tulevan perehdytysmateriaalin kehittämisessä sekä osana opinnäytetyö-raporttia.

Kerrotaan myös, että haastateltavalla on mahdollisuus jättää vastaamatta johonkin kysymykseen, mikäli ei halua esim. taustatietojen näkyvän työssä.

1. Taustatiedot

-Koulutus, työkokemus, tausta, ikä, sukupuoli

2. Käsitys psykofyysisestä fysioterapiasta

-Mitä ymmärrät psykofyysisellä fysioterapialla?

-Mikä käsitys sinulla on fysioterapeutin työstä psykiatrialla?

-Mitä tulee mieleen psykofyysisestä fysioterapiasta käytännössä?

3. Moniammatillinen yhteistyö

-Työskenteletkö fysioterapeutin/terapeuttien kanssa yhteistyössä? Mitä teette yhteistyössä? Miten se sujuu?

-Mitä hyötyä fysioterapeutin mukaantulosta on moniammatillisessa yhteistyössä?

-Onko moniammatillisessa yhteistyössä kehittämisen varaa? Miten moniammatillista yhteistyötä voisi kehittää?

4. Potilaan kohtaaminen

-Mikä on potilaan kohtaamisessa tärkeää?

-Mitä asioita lääkärit ja hoitohenkilökunta painottavat/pitävät tärkeinä?

5. Kehitysideat perehdytysmateriaaliin

-Mitä haluaisit tietää psykofyysisestä fysioterapiasta?

-Mitä asioita toivoisit perehdytysmateriaalista löytyvän?

LIITE 2: PALAUTEKYSELYLOMAKE

Palautekysely

Arvioi asteikolla 1-4 mitä mieltä olet seuraavista asioista perehdytysmateriaalissa?

Ympyröi sopiva vaihtoehto (1=huono 2=tydyttävä, 3=hyvä, 4=erittäin hyvä) ja kommentoi arviointia sanallisesti. Vastaa myös avoimiin kysymyksiin.

Etenemisjärjestys/loogisuus

1----2----3----4

Kommenttisi: _____

Jäsentely

1----2----3----4

Kommenttisi: _____

Sisältö ja aiheen käsittely

1----2----3----4

Kommenttisi: _____

Diojen otsikointi

1----2----3----4

Kommenttisi: _____

Kuvien/kaavioiden selkeys ja ymmärrettävyys

1----2----3----4

Kommenttisi: _____

Kuvat

1----2----3----4

Kommenttisi: _____

Mitä mieltä olet esimerkkiharjoitteista? Osaisitko materiaalin perusteella ohjata/tehdä niitä itse?

Kuinka tekstiä on käytetty? Onko tekstiä sopivasti/liikaa/liian vähän?

Mikä saa mielenkiintosi pysymään materiaalissa? Mikä jäi parhaiten mieleen?

Mitä muutoksia tekisit materiaaliin?

Kiitos, palautteesi on meille tärkeä!

LIITE 3: PEREHDYTYSMATERIAALI



PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA TUTUKSI

Perehdytysmateriaali psykiatrian palveluksikolle

28.11.2017

1



Tervetuloa perehtymään psykofyysiseen fysioterapiaan!

Tämä perehdytysmateriaali on suunnattu psykiatrian palveluksikkoon harjoittelujaksolle tuleville fysioterapiaopiskelijoille sekä psykiatrian palveluksiköissä työskenteleville lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle

28.11.2017

2



Materiaalin tavoitteet

OPISKELIJA

- Harjoittelua varten valmistautuminen
- Fysioterapiaan syventyminen

Kokonaisvaltaisempi
asiakkaiden/potilaiden
kohtaaminen!

AMMATTILAINEN

- Mitä fysioterapeutin työhön kuuluu psykiatrialla
- Moniammatillisuuden edistäminen

28.11.2017

3



FYSIOTERAPIA KYS:N PSYKIATRIAN PALVELUYKSIKÖSSÄ

28.11.2017

4



KYS psykiatrian palveluyksikkö

KYS psykiatrian palveluyksikössä työskentelee kolme fysioterapeuttia, joista kaksi on sijoitettu hallinnollisesti aikuispsykiatrialle ja yksi nuorisopsykiatrialle

Työyksiköt

- Julkulan sairaalan osastot
- Yleissairaalapyykiatrian päiväosasto ja poliklinikka
- Siilinjärven aikuispsykiatrian poliklinikka
- Alavan ja Siilinjärven nuorisopsykiatrian poliklinikat

28.11.2017

5



Fysioterapeutin työnkuva

- Fysioterapeutit toteuttavat psykofyysistä, potilaan kokonaishoitoa tukevaa fysioterapiaa
 - Painotus polikliinisissä potilaissa
- Yksilö- ja ryhmäterapiaa, myös suljettuja fysioterapeuttisia ryhmäterapiaprosesseja polikliinisille potilaille (esim. syömishäiriöryhmä, hengityskoulu)
- Tuki- ja liikuntaelinsairauksien fysioterapiaan ohjataan pääsääntöisesti perusterveydenhuoltoon

28.11.2017

6



Yleisimmät fysioterapian aiheet

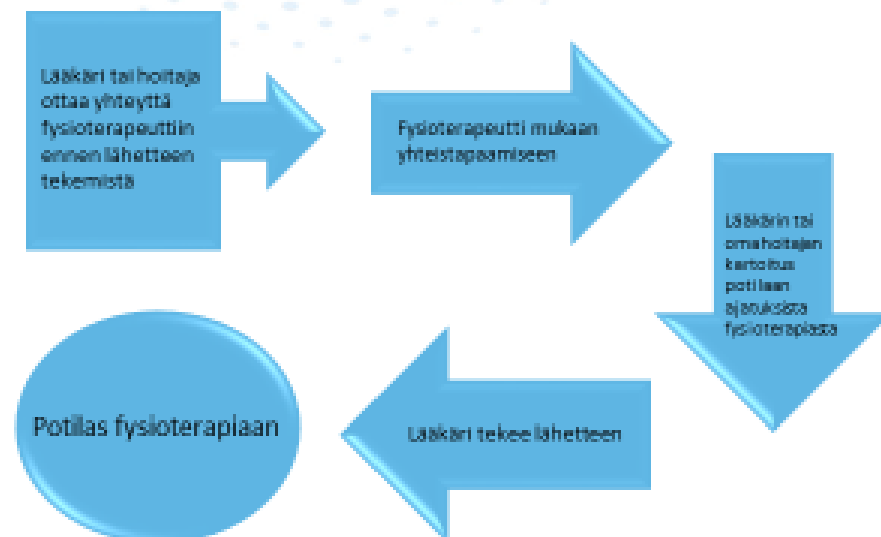
- Erilaiset kehonhahmotusvaikeudet
- Rentoutumisvaikeudet
- Syömishäiriöt
- Somaattiset ahdistus- ja stressioireet
- Muut psykiatriseen kokonaisuhoitoon liittyvät ongelmat, joissa fysioterapia on tarpeellista

28.11.2017

7



Potilaan ohjautuminen fysioterapiaan



28.11.2017

8



Lähetteen sisältö

- Kuvaus potilaan toimintakyvystä ja psyykkisestä tilanteesta
- Ongelman määrittely: Miksi potilaalle fysioterapiaa osana psykiatrista kokonaisuhoitoa?
- Potilaan omia ajatuksia tai toiveita fysioterapiasta
- Päädiagnoosi

- Yksittäisistä ohjauskerroista ei tarvitse tehdä lähetettä, esimerkiksi jumppaohjeista, apuvälineen säädöstä tai jos potilaan hoitojaksoa on jäljellä alle 4 viikkoa (koskee lähinnä osastopotilaita)

28.11.2017

9



PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA LÄHESTYMISTAPANA

28.11.2017

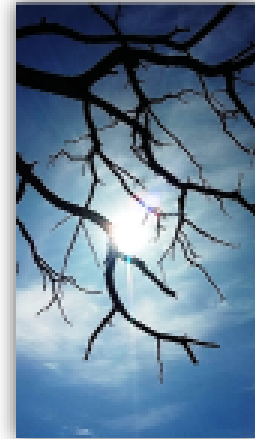
10



Psykofyysinen fysioterapia

Fysioterapian lähestymistapa, jossa perustana toimii ihmisen kokonaisvaltaisuutta korostava käsitys
 → ihmisen, mielen, kehon ja ympäristön jatkuva vuorovaikutus ja yhteys toisiinsa

- Kuntoutujan voimavaroja etsitään arjesta selviytymiseen
- Keskeisessä asemassa terapeutin oma ihmiskäsitys, kuntoutujan kohtaaminen, tämän ruumiinkuva ja motivaatio
- Lähestymistavan taustalla fenomenologinen ihmiskäsitys
 → ilmiöitä tarkastellaan ihmisen kokemuksista ja elämyksistä käsin ja keskeistä on kokemuksen kautta itsensä ymmärtäminen



©Noora Lampinen

28.11.2017

11



Kokonaisvaltainen ajattelu

- Kehoa ei voi erottaa psyykestä eikä ihmistä hänen ympäristöstään
- Tulisi sisältyä kaikkeen käytännön fysioterapiaan
- Fysioterapeutin ja kuntoutujan välinen kohtaaminen tärkeässä asemassa
 - Terapeutin empaattisuus ja itsetuntemus
 - Kuntoutujan kuunteleminen
- Huomio koko ihmisessä → jokainen osa vaikuttaa kokonaisuuden muovautumiseen jatkuvasti

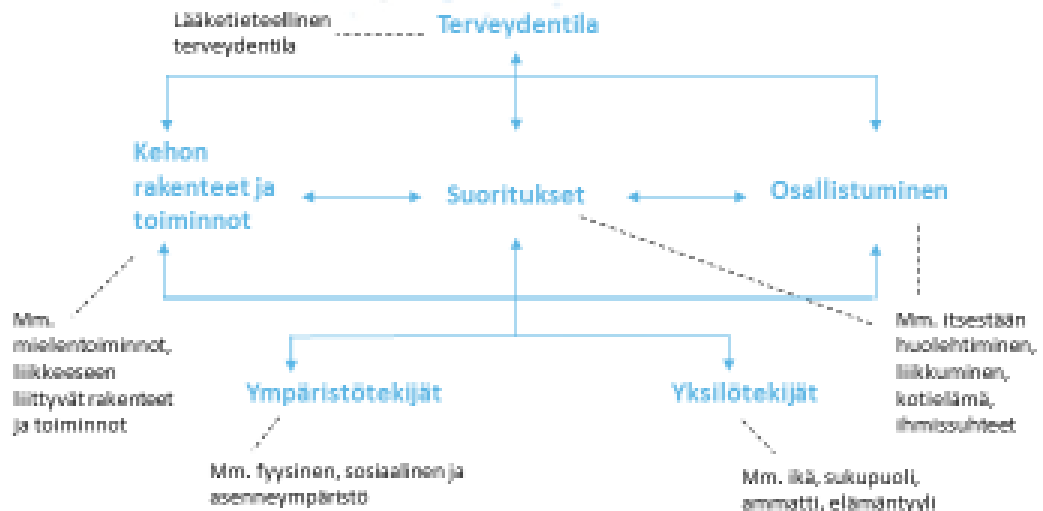
28.11.2017

12



Kokonaisvaltainen tarkastelu ICF-luokituksen mukaan

Kaavio mukailleen THL 2016



28.11.2017

13



Potilaan kohtaaminen

- Ihmiskäsitys merkittävässä osassa vuorovaikutusta ajatellen
 - Käsitys itsestä ja kehonkuvasta pohjana ihmiskäsityksen muodostumiselle
- Terapeutti antaa potilaan tulla kuulluksi, nähdyksi ja hyväksytyksi. Tämä vaatii hyvää empatia- ja reagoitokykyä sekä rohkeutta kysyä vaikeita asioita
- Tärkeää on potilaan tilanteeseen samaistumisen lisäksi osata ottaa myös etäisyyttä
 - Oman jaksamisen rajojen tunnistaminen
- Kehossa tapahtuvia reaktioita tulee tunnistaa toimiessa yhdessä potilaan kanssa → pystytään opettamaan potilasta havaitsemaan oman kehonsa reaktioita

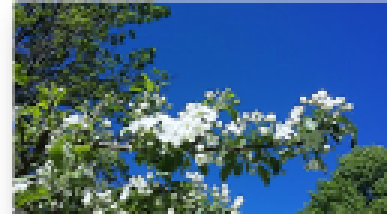
28.11.2017

14



Dialoginen vuorovaikutus

- Dialogisuus tarkoittaa eräänlaista rohkeutta asettua asiakkaan/potilaan kanssa samalle tasolle ja löytää uusia oivalluksia yhdessä
- Perustuu lähtökohtaan, jossa vuorovaikutuksen osapuolet ovat kiinnostuneita toistensa tuomista näkökulmista
 - Liiallinen tietäminen ja ymmärtäminen mahdollisena esteenä dialogisen vuorovaikutussuhteen syntymiselle
- Dialogisten hetkien syntymistä tai merkittävien asioiden tapahtumista osapuolten välillä ei voi ennustaa etukäteen



©Noora Lampinen

28.11.2017

15



Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuus

Kelan tutkimus vuonna 2016

- Tarkoituksena selvittää psykofyysisen fysioterapian soveltuvuutta Kelan järjestämään kuntoutukseen
- Tavoitteena edistää tuloksellisten kuntoutusmuotojen valintaa ja käyttöä → kuntoutujien toimintakyvyn vahvistuminen

Arviointi kohdistui asiakaskokemuksiin, koettuihin ammatillisiin käytäntöihin sekä psykofyysisen terapatutkimuksen tieteellisen käytännön tuloksiin.

Tutkimuksen tulosten perusteella psykofyysinen fysioterapia auttaa kohentamaan kuntoutusasiakkaiden toimintakykyä, terveyttä ja elämänlaatua. Eri näkökulmat antoivat toisiaan täydentävän ja informatiivisen kokonaiskuvan lähestymistavan hyödyistä. (1)

28.11.2017

16



Tutkimuksen tuloksista

- Terapeuttisessa kohtaamisessa arvostus kiireetöntä ilmapiiriä, ajan antamista sekä kuulluksi tulemistä kohtaan
→ merkitystä luottamuksen syntymisen ja turvallisuuden tunteen kannalta
 - Vuorovaikutuksen laatu terapian perustana niin asiakkaiden kuin asiantuntijoidenkin mielestä
 - Luottamuksellinen terapisuhde koettiin voimaannuttavana
- Terapiasta saatuja hyötyjä asiakkaiden kuvailun mukaan
 - Itseymmärryksen ja itsehyväksynnän lisääntyminen
 - Omasta kokemuksesta oppiminen
 - Itsetuntemuksen, minä- ja kehonkuvan paraneminen
 - Arjen sujuvuuden lisääntyminen
 - Oiretuntemusten pieneneminen (1)

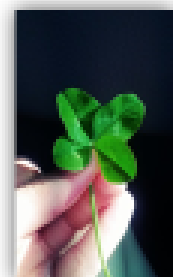
28.11.2017

17



Kouluttautuminen

- Mahdollisuus kouluttautua
 - Täydennyskoulutusopintoina (10op)
 - Basic Body Awareness Terapeutti (BBAT) -koulutus antaa mahdollisuuden syventää omaa psykofyysisen fysioterapian osaamista (40op)
 - Norjassa järjestetään Basic Body Awareness Methodology (BBAM) –opintoja, joka antaa BBAT-terapeutin pätevyyden (60op)
 - NPMP-täydennyskoulutus (7op)
- Lisäksi on tarjolla muita lyhempiä koulutuksia, esim. rentoutumis- ja kehontietoisuusmenetelmistä sekä psykofyysinen hengitysterapia



©Noora Lampinen

28.11.2017

18



MENETELMÄT

28.11.2017

19



Arviointimenetelmät

Psykofyysiseen fysioterapiaan liittyen on olemassa erilaisia arviointimenetelmiä. Lisäksi tutkimisen tukena voidaan käyttää haastattelulomakkeita. Alla yleisimpiä käytössä olevia arviointimenetelmiä.

- VAS-asteikko kivun ja ahdistuksen arviointiin
- BAS (The Body Awareness Scale)
- BARS (The Body Awareness Rating Scale)
- CBE (Comprehensive Body Examination)

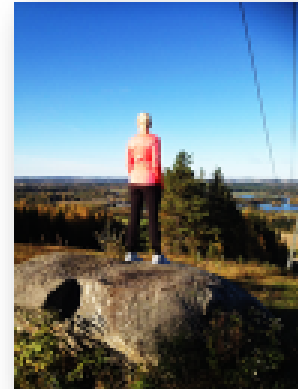
28.11.2017

20



Terapiamenetelmät

- Psykofyysiseen fysioterapian lähestymistapaan liittyen on olemassa paljon eri menetelmiä
- Menetelmiä sovelletaan käytännön fysioterapiassa yksilöllisten tarpeiden mukaan
- Tässä perehdytysmateriaalissa esittelyssä on kolme yleisintä terapiamenetelmää, jotka ovat käytössä KYS:n psykiatrian kentillä
 - BBAT (Basic Body Awareness Therapy)
 - Rentoutuminen (progressiivinen rentoutus, mielikuvarentoutus, autogeeninen rentoutus)
 - Psykofyysinen hengitysterapia



©Noora Lamminen

28.11.2017

21



Basic Body Awareness Therapy

- Ruotsalaisen fysioterapeutti Gertrud Roxendalin 1970-luvulla kehittänyt terapiamuoto, joka pohjautuu Jacques Dropsyn teorioihin
- Tarkoituksena toimia kehon kokonaisuuden kanssa ja ylläpitää/edistää voimavaroja ja terveyttä
- Käytössä arkielämän perusliikkeitä sekä tiedostamisen harjoittelua
- Liikeharjoituksissa tärkeää, että liike lähtee aina kehon keskipisteestä
- Kehotietoisuus keskeisessä osassa
 - Oman kehon aistimusten ja tuntemusten kuuntelu
 - Harjaantuminen edellyttää keskittymistä kehoon
 - Harjoituksissa tärkeää olla tietoisesti läsnä

28.11.2017

22



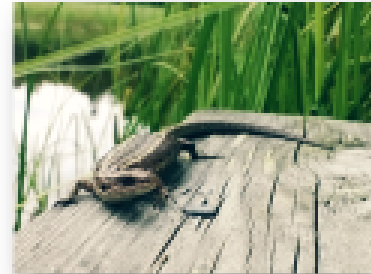
Kehotietoisuuden elementit

Kontakti alustaan

- Toiminnan ja liikkeiden perusta
- Edellytys tasapainolle ja rentoutumiselle
- Näkyy tukipinnan laajuutena tai pienuutena

Kehon keskilinja

- Keskilinjän molemmin puolin tulee painon jakautua tasaisesti → tasapainoinen asento
- Ylös- ja alaspäin suuntautuvat liikkeet ja kierrot auttavat hahmottamaan keskilinjaa



© Noora Lampinen

28.11.2017

23



Kehon liikekeskus

- Liikekeskukset yhdistyvät samaan keskukseen pallean kiinnityskohdassa ja jakautuvat siitä ylä- ja alaliikekeskuksiin
- Keskuksesta lähtevät vartalon kiertyminen keskilinjän ympäri, edestakainen kiertoliike, vartalon taivutukset ja ojennukset

Liikkeen virtaus

- Kehossa tapahtuva liikkeen tasainen eteneminen
- Saa aikaan pehmeät ja joustavat liikkeet
- On rytmistä ja edellyttää vapaan hengityksen lisäksi yhteistyötä painovoiman ja asentovoiman välillä

Hengitys

- Mukautuu kehon asennon, liikkeiden ja rasituksen mukaan
- Yhteydessä autonomiseen hermostoon
- Hengittämistä ei pidä ajatella liikaa → vapaan, luonnollisen hengityksen häiriintyminen

28.11.2017

24



Kehon asento

- Hengityksen, ilmeiden, eleiden, liikkeiden, ajatusten, mielialan, tunteiden ja vuorovaikutuksen kokonaisuus
- Tarkastellaan eri alkuasunnoista alhaalta ylöspäin luotisuoran ja kehon maamerkkien avulla
- Tasapainoinen ja toiminnallinen asento mukautuu elämän eri tilanteisiin niin levossa kuin liikkeessäkin
- Tunnemaailma alkaa näkyä pikkuhiljaa kehon asennossa ja liikkumistavassa niin, että ihmiselle alkaa muotoutua oma asentomalli. Asennot voidaan luokitella karkeasti kolmeen osaan:
 - Flexiovoittoinen (kourkistunut tai veltto)
 - Extensiovoittoinen (ojentunut)
 - Ambivalenssi asento (flexion ja extension yhdistelmä)

28.11.2017

25



BBAT:n pitkäaikaisvaikutuksista

Vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin Basic Body Awareness- terapian pitkäaikaisvaikutuksia yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon

Tutkimuksessa mukana 77 mielenterveyspotilasta, jotka on jaettu kahteen ryhmään (vertailu- ja hoitoryhmä)

- Vertailuryhmä sai vain tavanomaista hoitoa
- Hoitoryhmä sai tavanomaisen hoidon lisäksi 12 kertaa BBAT:a

Tulokset osoittavat, että lähtötasosta puolen vuoden päähän hoidon loppumisen jälkeen BBAT-ryhmän potilailla oli mm. merkittävästi parantunut kehotietoisuus sekä minäpystyvyys verrattuna vertailuryhmään. Hoitoryhmän potilailla oli myös huomattavasti vähemmän tarvetta käyttää psykiatrisia hoitoja ja sosiaalipalveluja vuoden jälkeen lähtötilanteesta (2)

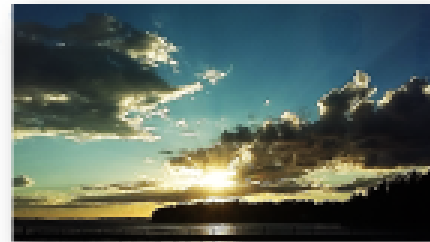
28.11.2017

26



Rentoutuminen

- Rentoutumisessa aivojen vireystila laskee lähelle nukahtamistilaa
- Autonominen, tahdosta riippumaton hermosto säätelee elimistön eri toimintoja
- Rentoutumisen vaikutukset yksilöllisiä, useimmille fyysistä ja psyykkistä hyötyä
 - Hengityksen tasapainottuminen
 - Sykkeen hidastuminen
 - Kivun kokemuksen vähentyminen
 - Hallinnan tunne kehoon ja mieleen
 - Stressinsietokyvyn paraneminen



© Noora Lampinen

28.11.2017

27



Progressiivinen rentoutus

- Amerikkalaisen neurofysiologi Edmund Jacobsonin kehittämä lihasten jännitysrentoutus-menetelmä
- Tarkoituksena oppia tunnistamaan ero jännityksen ja rentouden välillä
- Perustuu hermosolujen välittäjäaineiden vähenemiseen ja hermoston väsymiseen
- Kaikki lihasryhmät käydään läpi erikseen
- Menetelmää voi käyttää hyvin myös omatoimiseen harjoitteluun

28.11.2017

28



Autogeeninen rentoutus

- Saksalaisen neurologin Johannes Schultzin kehittämä menetelmä, sukua hypnoosille
- Menetelmä vaatii motivaatiota, kykyä hallita itseään ja kehoaan, ulkopuolisten ärsykkeiden hallintaa ja mielenrauhaa
- Harjoittelu perustuu ajatusten keskittämiseen yhteen kehonosaan kerralla → auttaa keskittymään koko kehoon → kehon tiedostaminen
- Kehonosan ajatellaan olevan esim. painava tai lämmin

28.11.2017

29



Rentoutuksen vaikutuksia unettomuuteen

Käypähoitoon näytönastekatsauksessa (2008) oli arvioitu rentoutuksen vaikutuksia krooniseen unettomuuteen. Katsauksessa näytön aste oli A eli vahva tutkimusnäyttö.

Katsauksen mukaan, rentoutuksella saavutetaan hyviä tuloksia ja se on suositeltavaa unettomuuden hoidossa. Eniten oli tutkittu progressiivista lihasrentoutusmenetelmää. Myös meditaatiosta ja autogeenisestä rentoutuksesta oli saatu hyviä tuloksia.

Tulokset osoittivat rentoutuksen auttavan nukahtamiseen ja lyhentävän nukahtamisviivettä (3)

28.11.2017

30



Mielikuvarentoutus

- Mielikuvat ovat tehokkaita suggestioita
- Mielen kautta vaikuttavat kehon toimintaan, ajatteluun ja emootioihin
- Käytetyt mielikuvat vaikuttavat yksilöllisesti eikä niitä voi pakottaa
- Mielikuvia voidaan luoda kaikilla aisteilla



©Noora Lampinen

28.11.2017

31



Psykofyysinen hengitysterapia

- Maila Sepän ja Päivi Lehtisen kehittämä menetelmä
- Pohjautuu psykofysiologian ja psykologian alan vanhaan sekä uuteen kliniseen ja tutkimukselliseen näyttöön
- Hengitys vaikuttaa kehon reaktioihin ja tunteisiin sekä päinvastoin
- Hengityksellä tärkeä merkitys niin psyykkisen kuin fyysisen hyvinvoinnin kannalta
- Yhdistetään käsitys varhaisten vuorovaikutussuhteiden merkitys hengitystapojen oppimiseen ja stressinsäätelyjärjestelmän kehittymiseen

28.11.2017

32



Psykofyysinen hengitysterapia käytännössä

- Painotetaan "olla vain"- olotilaa, yleistä kaikille sopivaa hengitystapaa ei voida opettaa → tutustutaan omaan tapaan hengittää ja olla omassa ruumiissa
- Harjoituksissa käytetään apuna mielikuvia, liikettä ja ääntä
- Lisätään tietoisuutta, miten helposti hengitys voi reagoida vuorovaikutustilanteissa
 - Harjoitellaan mielen tapahtumien ja ruumiintuntemusten tiedostamista sekä oman hengitysrhythmin palauttamista

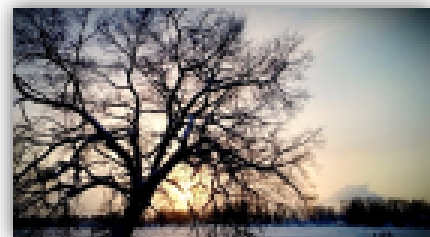
28.11.2017

33



Tasapainoinen hengitys

- Edustaa mielen ja kehon tasapainoa
- Kehossa ei jännitteitä tai muita oiretuntemuksia
- Tasapainoa ei voi suoraan aistia, mutta kokemuksen miellyttävästä olotilasta voi tunnistaa
- Hengitys alkaa palleasta ja leviää aaltomaisesti ylös ja alaspäin
- Hengityskaasut tasapainossa



©Noora Lampinen

28.11.2017

34



Epätasapainoinen hengitys

Voit tunnistaa esim. seuraavista:

- Lepohengitys tihtynyttä
- Virtaavuus puuttuu
- Hengitystä pidätettyä tai korostetaan
- Ilman nieleminen tai haukkominen
- Apuhengitysilihasten käyttö myös levossa



Mukaan Martinin ym. teosta Hengitys itsesäätelyn tukena 2008.

28.11.2017

35



Autonominen hermosto

- Perinteisesti jaettu kahteen osaan
 - Parasympaattiseen (elimistön lepo ja rauhoittuminen)
 - Sympaattiseen hermoston (elimistön kiihdyttäminen)
- Neurofysiologi Stephen W. Porgesin teoria jakaa autonomisen hermoston puolestaan kolmeen osaan, jonka mukaan parasympaattinen hermosto jakautuu kahteen erilliseen rakenteeseen sympaattisen hermoston lisäksi
 - Ventraalinen vagus* (rauhottuminen, tuotteliaisuus)
 - Dorsaalinen vagus (sulkeutuminen, jähmettyminen)

* Kiertäjähermo (nervus vagus) on kymmenes aivohermo. Sen vaikutuksia ovat mm. sydämen sykkeen hidastuminen, keuhkoputkien supistuminen sekä ruuansulatuksen tehostuminen

28.11.2017

36



ESIMERKKIHARJOITUKSIA

28.11.2017

37



Seuraavissa dioissa esitellään neljä yksinkertaista harjoitetta, joita on helppo kokeilla itselle ja potilaille. Suositeltavaa onkin kokeilla ensin itse, jotta voit ymmärtää omia ja potilaan tuntemuksia paremmin.

Harjoitteet auttavat potilaita rauhoittumaan, keskittymään ja rentoutumaan. Potilaat voivat myös tehdä näitä omatoimisesti ilman ohjaajaa.

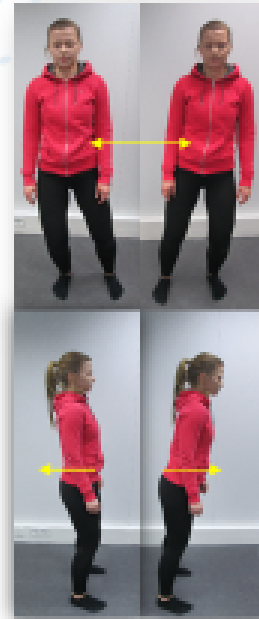
28.11.2017

38



Juurutus-harjoitus

- ✓ Seiso tukevasti lattialla hartioiden leveydessä asennossa. Voit myös vaihtoehtoisesti tehdä harjoitteen istuen. Halutessasi voit sulkea silmät.
- ✓ Keinuttele painoa hitaasti sivulta sivulle, eteen ja taakse. Hae painoa yhtä paljon varpaille ja kantapäälle. Jouta polvista, lonkista ja selästä.
- ✓ Hengitä alas kohti jalkoja ja maata. Kuvittele hengityksen myötä jalkoihin kasvavan aluksi pienet juuret, jotka sitten kasvavat syväälle maahan. Juurien tukevoituessa voit päästää vartalon lihakset rennoiksi ja hengitykselle vapautuu tilaa.
- ✓ Laskeudu luottavaisesti jalkojen päälle ja aisti tukeva maa jalkojesi alla



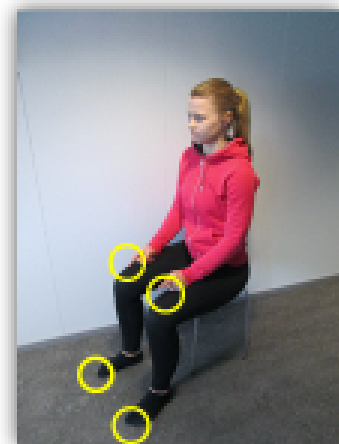
28.11.2017

39



Rytmitys-harjoitus

- ✓ Voit tehdä harjoitteen istuen tai seisten
- ✓ Tunne alusta aliasi turvallisena ja tukevana. Hengittele hetki syvään ja rauhallisesti. Voit myös sulkea silmäsi.
- ✓ Napauta oikealla jalkaterällä kerran lattiaan, toista sama vasemmalla
- ✓ Napauta sitten vasemman käden sormella reiteen ja toista sama oikealla. Toista sama uudelleen.
- ✓ Liikkeet voi tehdä myös toiseen suuntaan. Tee niin kun itselle tuntuu luontevammalta.



28.11.2017

40



Turvapaikka-harjoitus

- ✓ Asetu mihin tahansa asentoon, missä sinulla on mukava olla. Sulje silmäsi. Ajattele asioita jotka tuovat sinulle turvallisuuden tunnetta.
- ✓ Kuvittele turvallinen ja rentouttava paikka mielessäsi. Se voi olla todellinen tai itse keksitty.
- ✓ Ajattele, että olet tuossa paikassa. Mitä näet, kuulet tai tunnet? Millaisia nämä aistimukset ovat?
- ✓ Siellä sinun on hyvä, rauhallinen ja turvallinen olla. Tiedät, että voit palata tähän paikkaan aina kun niin haluat.



©Noora Lampinen

28.11.2017

41



Psoas-asento

- ✓ Asetu selinmakuulle jalat psoas-tyynyn päälle nostettuna, vartalo kiinni alustassa. Voit nostaa jalat myös esim. sängylle tai tuolille.
- ✓ Ota mukava asento, jossa sinun on helppo olla ja hengittää. Voit sulkea silmät tai pitää ne auki.
- ✓ Keskity rauhalliseen hengitykseen. Anna kehollesi ja mielellesi lupa olla vain.



28.11.2017

42



Lisää harjoitteita...

Alla olevan linkin takaa voit käydä tutustumassa videomateriaaleihin Mielenterveystalon sivuilla

- <https://ammattilaiset.mielenterveystalo.fi/Sivut/etusivu.aspx>

(mielenterveystalo.fi -> ammattilaisten osio -> psykoterapiaportaali -> psykosomaattinen oireilu -> psykosomaattisen oireilun integratiivinen hoitomanuaali)

HUOM. Videoita pääsee katsomaan vain ammattilaisten tunnusten kautta!

28.11.2017

43



KIITOSI



©Noora Lampinen

28.11.2017

44



Lähteet

- GYLLENSTEN LUNDMIK, Amanda 2001. Basic Body Awareness Therapy. Thesis. Sweden: Lund University.
- GYLLENSTEN LUNDMIK, Amanda, EKDAHL, Charlotte & HANSON, Lars 2009. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study [verkkojulkaisu]. *Advances in Physiotherapy*. [Viitattu 2017-08-07]. Saatavissa: [http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14038190802242061?src=recs%5& \(2\)](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14038190802242061?src=recs%5& (2))
- GRANÖ, Tiina 2011. Psykofyysisessä seminaarissa puhuttiin fysioterapeutin jaksamisesta. *Fysioterapia* 1 [lehti.]
- HERRALA, Helina, KAHROLA, Tytti ja SANDSTRÖM, Marita 2008. Psykofyysinen ihminen. 1.painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- HÄRKÖNEN, Ulla, MUHONEN, Minna, MATINHEIKKI-KORRKO, Kaija ja SIPARI, Salla 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutuksena. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. Kelan työpapereita 97 [verkkojulkaisu]. Kela. [Viitattu 2017-03-10]. Saatavissa: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1 \(1\)](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1 (1))
- KAJASTE, Soili 2008. Rentoutusmenetelmät kroonisen unettomuuden hoitona. Käypä Hoito- näytösten katsaus. [verkkojulkaisu]. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 2017-09-12]. Saatavissa: [http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=nak06362 \(3\)](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=nak06362 (3))

28.11.2017

45



- LEPPÄNEN, Taru, AHO, Sarita, HARJU, Riitta ja GÖCKEL, Maarit 2000. Rentoutuminen- avain ovi jaksamiseen. Invalidisäätiö. Kuntoutus Orton ja Työturvallisuuskeskus.
- LÄHTEENMÄKI, Marja-Leena ja JAAKKOLA, Raija 2005. Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemistä, omassa nuumissa asumista. Opinnäytetyöt. Nro 2. Tampere: Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu.
- MARTIN, Minna, SEPPÄ, Maila, LEHTINEN, Paivi, TÖRÖ, Tiina ja LILLRANK, Benita 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapirtti.
- MARTIN, Minna 2016. Hengitys virtaa. Helsinki: Kirjapaja.
- MÖNKKÖNEN, Kaarina 2007. Vuorovaikutus: dialoginen asiakastyö. 1.painos. Helsinki: Edita
- NIRANEN, Mikko 2013. Anna minulle hetki aikaa. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kehittämistehtävä.
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. KRÖGER, Lea ja NIRANEN, Mikko 2017. Psykiatria. Fysioterapia psykiatrian palveluyksikössä. Työohje.
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. KRÖGER, Lea ja NIRANEN, Mikko 2017. Psykiatria. Fysioterapia psykiatrian palveluyksikössä. Työohje. Liite 1&2
- ROXENDAL, Gertrud & WINDBERG, Agneta 2003. Levande människa. Basalkroppskännedom för rörelse och vila. Natur och Kultur.

28.11.2017

46



- SUOMEN PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN YHDISTYS 2017a. Erikoistuminen [verkkójulkaisu]. Psyfy ry. [Viitattu 2017-03-10]. Saatavissa: <http://psyfy.net/opiskelu/>
- SUOMEN PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN YHDISTYS 2017b. Basic Body Awareness Terapia. [verkkójulkaisu]. Psyfy ry. [Viitattu 2017-03-10]. Saatavissa: <http://psyfy.net/opiskelu/basic-body-awareness-terapia/>
- TALVTIE, Ulla, KARPPI, Sirkka-Liisa ja MANSIKKAMÄK, Tarja 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU 2017. NPMP - Norwegian Psychomotor Physiotherapy-Resource Oriented Body Examination and Physiotherapy. [verkkójulkaisu]. TAMK Tampereen Ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2017-05-15]. Saatavissa: <http://www.tamk.fi/-/npmp-norjalaisen-psykomotoisen-fysioterapian-mukainen-voimava-rasuuntunut-tutkiminen-ja-fysioterapia>
- THL 2016. Toimintakyky ICF-luokituksessa. [verkkójulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-10-06]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>
- THL 2016. ICF-luokituksen rakenne. [verkkójulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2017-10-06]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>
- KUVAT © Noora Lampinen ja Noora Leskinen