



Marjo Palovaara & Laura Rantala

MINÄ ITSE!

Opas fysioterapian keinoista 3–5-vuotiaan somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen ruumiinkuvan eheyttämiseksi

MINÄ ITSE!

Opas fysioterapian keinoista 3–5-vuotiaan somaattisesti pitkäaikaissairaana lapsen ruumiinkuvan eheyttämiseksi

Marjo Palovaara ja Laura Rantala
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Fysioterapian koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

Tekijät: Marjo Palovaara ja Laura Rantala

Opinnäytetyön nimi: Opas fysioterapian keinoista 3–5-vuotiaan somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen ruumiinkuvan eheyttämiseksi

Työn ohjaajat: Leena Haaksiala ja Pirjo Orell

Työn valmistumisvuosi: 2012

Sivumäärä: 46+1

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, joka pyrkii ihmisen kokonaisvaltaisen eli psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn edistämiseen. Sen tavoitteina ovat kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta, ruumiinkuvan eheytyminen sekä ruumiinhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen. Ottamalla huomioon psyykkisen ja fyysisen puolen yhteys voidaan päästä syvemmälle persoonallisuuteen. Näin voidaan saavuttaa pysyvämpiä tuloksia paranemisessa.

Ruumiinkuva on kokonaiskuva, joka ihmisellä on ruumiistaan, sen muodoista ja tarkoituksenmukaisuudesta. Ruumiinkuva sisältää mielikuvia ruumiista lähteivistä aistimuksista, niiden sijainnista ja laadusta. Ruumiinkuvan kehittyminen alkaa eriytymis- ja yksilöitymistapahtumasta, kun lapsi alkaa hahmottaa itseään erillisenä olentona.

Opinnäytetyömme tuotekehitysprojektissa laadimme oppaan pitkäaikaissairaiden 3–5-vuotiaiden lasten ruumiinkuvaharjoitteista. Opas on suunniteltu fysioterapeuttien käyttöön ja sitä hyödynnetään Oulun seudun ammattikorkeakoulun fysioterapian opetuksessa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli luoda fysioterapeuteille opas, jossa on kattavasti tietoa lasten ruumiinkuvaharjoitteista. Opas on A5-kokoinen vihko, joka on helppolukuinen, innostava, informatiivinen ja luotettava. Oppaan tarkoituksena on antaa fysioterapeuteille ja fysioterapiaopiskelijoille ideoita pitkäaikaissairaiden lasten fysioterapian toteuttamiseksi. Oppaan harjoitteita voi käyttää yksittäisinä harjoitteina, tai niistä voi luoda fysioterapiakerran kokonaisuuden.

Projektimme tulostavoitteena oli luoda selkeä ja havainnollistava opas pitkäaikaissairaiden lasten ruumiinkuvaharjoituksista fysioterapeuttien käyttöön. Välittömänä toiminnallisena tavoitteenamme oli, että fysioterapeutit saavat oppaamme kautta uusia ideoita ja keinoja pitkäaikaissairaiden lasten fysioterapiaan. Ruumiinkuvaharjoitukset voivat myös toimia vaihtoehtoisena menetelmänä fysioterapian toteutuksessa. Projektimme keskipitkän aikavälin toiminnallisena tavoitteena oli, että oppaamme avulla fysioterapian sisältö monipuolistuu ja psykofyysisen fysioterapian keinot tulevat tutummiksi. Pitkän aikavälin toiminnallisena tavoitteenamme oli, että pitkäaikaissairaiden lasten itsetunto ja itsetuntemus kohoavat ja he harjaantuvat oman ruumiinsa hahmottamisessa, kun fysioterapeutit hyödyntävät oppaastamme saatavia tietoja. Tämä helpottaa lasta hyväksymään oman sairautensa ja elämään sen kanssa, mikä puolestaan edesauttaa parantamaan ja ylläpitämään lapsen toimintakykyä.

Asiasanat: ruumiinkuva, psykofyysinen fysioterapia, ruumiinkuvaharjoitus, lapset

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

Authors: Marjo Palovaara and Laura Rantala

Title of thesis: Guide to Physiotherapists About Body Image Exercises for Chronically Diseased 3-5-year-old Children

Supervisors: Senior lecturers Leena Haaksiala and Pirjo Orell

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012

Number of pages:
46+1appendix

Psychophysical physiotherapy is a special field of physiotherapy which aims at improving patients' mental and physical ability to function. The goals of psychophysical physiotherapy are pain relief, relaxation, stress control, making body image whole and increasing body control, interaction and self-knowledge. By taking into account the connection between mental and physical aspects, it is possible to get deeper into the patient's personality. This way more permanent results in the recovery process can be achieved. Body image is the overall image that a person has of his/her body and its shapes and purpose. Body image includes images about locations and quality of the sensations that are leaving a person's body. The development of body image begins when a child begins to perceive him/herself as an independent being. The assigner of our thesis was Oulu University of Applied Sciences.

The objective of our thesis was to find physiotherapy methods to improve the body image of chronically diseased 3-5-year-old children. Our purpose was to compile a readable, informative, inspiring and reliable guide about body image exercises for chronically diseased 3-5-year-old children. The thesis was done as a product development project and it was based on evidence based knowledge. Literature, journals and relevant internet sources were used as data.

Our short-term practical aim was to provide physiotherapists with new ideas and ways to treat chronically diseased children. The long-term practical aim was to increase the self-esteem of chronically diseased children and their ability to perceive their body when physiotherapists exploit the information provided by our guide. Our learning objective was to increase our knowledge about psychophysical physiotherapy and to improve our skills in information retrieval. Our aim was also to learn project work.

The main result was the guide which contains theory and instructions about body image exercises for 3-5-year-old children. There are also photographs of the exercises to clarify instructions. Based on our own opinion and the feedback we had from our project we feel that we have achieved our short-term practical aim and our learning objective.

The ultimate beneficiaries of the guide are chronically diseased 3-5-year-old children but also physiotherapists can benefit from it at their work. In the future a study could be conducted to find out how appropriate the exercises are for children.

Keywords: body image, psychophysical physiotherapy, body image exercises, children

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
SISÄLLYS.....	5
1 PROJEKTIN TAUSTAT JA TAVOITTEET	6
2 PROJEKTIN SUUNNITTELU	8
2.1 Projektioorganisaatio.....	8
2.2 Projektin aikataulu ja päätehtävät.....	10
3 RUUMIINKUVAN JA PSYYKEN KEHITYS.....	11
3.1 Ruumiinkuva.....	11
3.2 Ruumiinkuvan kehittyminen leikki-ässä	13
4 SOMAATTINEN PITKÄAIKAISSAIRAUS	15
4.1 Somaattisen pitkäaikaissairauden vaikutukset lapseen.....	15
4.2 Sairastamisen vaikutukset lapsen ruumiinkuvaan	16
5 KOKONAISVALTAINEN LÄHESTYMISTAPA FYSIOTERAPIASSA.....	19
5.1 Psykofyysinen fysioterapia	19
5.2 Kehotietoisuus-menetelmä.....	22
6 RUUMIINKUVAN HAHOOTTAMISTA TUKEVIA HARJOITUKSIA.....	25
7 OPPAAN LAADINTA	27
7.1 Oppaan laatuksriterit	27
7.2 Oppaan suunnittelu ja toteutus.....	28
7.3 Oppaan ulkoasun suunnittelu ja toteutus	31
7.4 Oppaan viimeistely ja käyttöönotto	33
8 PROJEKTIN ARVIOINTI	34
8.1 Oppaan arviointi	34
8.2 Projektityöskentelyn arviointi	35
8.3 Resurssien ja riskien arviointi	37
9 POHDINTA.....	39
LÄHTEET	42
LIITTEET.....	47

1 PROJEKTIN TAUSTAT JA TAVOITTEET

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, joka pyrkii ihmisen kokonaisvaltaisen, eli psyykkisen ja fyysisen, toimintakyvyn edistämiseen (Immonen-Orpana 1995, 133). Psykofyysinen fysioterapia on lähtöisin Norjasta ja Ruotsista ja sitä ovat kehittäneet fysioterapeutit, psykologit ja psykiatrit. Suomessa psykofyysisen fysioterapian kehitys alkoi koulutuksen myötä 1980-luvulla. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2011, hakupäivä 24.8.2011.)

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteina ovat kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta, ruumiinkuvan eheytyminen sekä ruumiinhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen. Huomioimalla potilaiden psyykkisen ja fyysisen puolen yhteyden, voidaan päästä syvemmälle heidän persoonallisuuteen. Näin saavutetaan todennäköisesti pysyviä tuloksia paranemisessa (Immonen-Orpana 1995, 133).

Lapsen ruumiinkuva ja käsitys omasta ruumiistaan kehittyvät psyykkisen kehityksen rinnalla. Ruumiinkuva on kokonaiskuva, joka ihmisellä on ruumiistaan, sen muodoista ja tarkoituksenmukaisuudesta. Ruumiinkuva sisältää mielikuvia ruumiista lähteivistä aistimuksista, niiden sijainnista ja laadusta. Siihen sisältyy kaikki ne lapsen toiminnot ja kokemukset jotka hän kokee ”omikseen”. Ruumiinkuvan kehittyminen alkaa eriytymis- ja yksilöitymistapahtumasta, kun lapsi alkaa hahmottaa itseään erillisenä olentona. Ensimmäisenä ruumiinkuvan kehittymiseen vaikuttavat todennäköisesti sisäiset tuntemukset, kuten nälkä, jano ja kyllyyden, tunne sekä lapsen saama hoiva ja hellisyys. (Koski 1984, 42.)

Olemme kumpikin kiinnostuneita lasten fysioterapiasta, ja siksi meille oli alun pitäen selvää, että teemme opinnäytetyön liittyen lapsiin. Halusimme myös tehdä opinnäytetyönämme tuotekehittelyn. Saimme ohjaavalta lehtoriltamme Leena Haaksialalta keväällä 2011 idean suunnitella opas pitkäaikaissairaiden lasten ruumiinkuvaharjoituksista. Samanlaisia oppaita ei ole aikaisemmin tehty, joten uskomme sille olevan tarvetta. Toivomme oppaamme lisäävän tietoutta psykofyysisestä fysioterapiasta, sillä käsityksemme mukaan se on monelle fysioterapeutille vieras aihe. Emme saaneet projektillämme yhteistyökumppania, joten olemme rajanneet oppaan sisällön oman mielenkiintomme mukaan. Opas sisältää ruumiinkuvaharjoituksia leikki-ikäisille eli 3–5-vuotiaille pitkäaikaissairaille lapsille. Viitekehityksessämme käyttämiemme lähteiden (Almqvist 2004, 42-43; Tirkkonen 2002, 30) mukaan leikki-ikä sijouttu ikävuosien 3–5 välille.

Valitsimme tämän ikäkauden oman mielenkiintomme pohjalta. Viitekehyksessä käsitelimme laajasti lapsen psyykkistä kehitystä varhaislapsuudesta murrosikään asti ja koimme leikki-ikä näistä varteenotettavimmaksi tuotettamme varten. Mielestämme lapsen ruumiinkuvahäiriöön olisi tärkeää puuttua mahdollisimman varhain ja uskomme, että leikki-ikäisen kohdalla tähän on jo mahdollista vaikuttaa.

Opinnäytetyömme **tulostavoitteena** oli luoda selkeä ja havainnollistava opas pitkäaikaissairaiden 3-5-vuotiaiden lasten ruumiinkuvaharjoituksista fysioterapeuttien käyttöön. Laadimme oppaalle neljä laatukriteeriä, jotka olivat helppolukuisuus, innostavuus, informatiivisuus ja luotettavuus

Välittömänä **toiminnallisena tavoitteenamme** oli, että fysioterapeutit saavat oppaamme avulla uusia keinoja pitkäaikaissairaiden lasten fysioterapiaan. Ruumiinkuvaharjoitukset voivat myös toimia vaihtoehtoisena menetelmänä fysioterapian toteutuksessa. Keskipitkän aikavälin toiminnallisena tavoitteenamme oli tuoda psykofyysisen fysioterapian keinot tutummiksi fysioterapeuteille ja monipuolistaa fysioterapian sisältöä oppaamme ansiosta. Pitkän aikavälin toiminnallisena tavoitteenamme oli, että pitkäaikaissairaiden lasten itsetunto kohoaa ja he harjaantuvat oman ruumiinsa hahmottamisessa, kun fysioterapeutit hyödyntävät oppaastamme saatavia tietoja. Tämä helpottaa lasta hyväksymään oman sairautensa ja elämään sen kanssa, mikä puolestaan edesauttaa parantamaan ja ylläpitämään lapsen toimintakykyä.

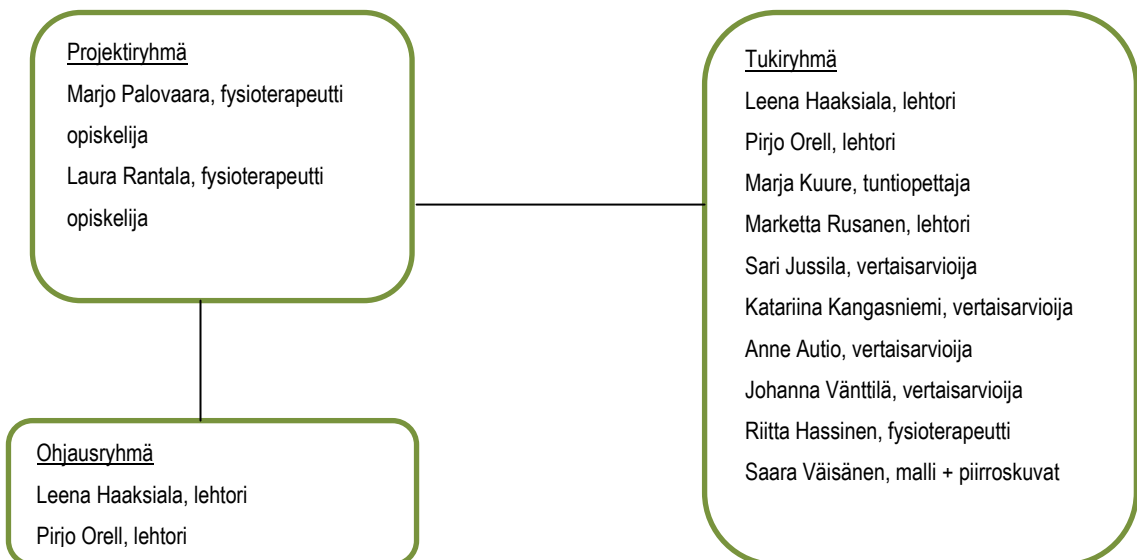
Tuotekehitysprojektimme varsinaisia hyödynsaajia ovat pitkäaikaissairaajat lapset, joiden fysioterapian toteutuksessa hyödynnetään opastamme. Oppaasta hyötyvät myös fysioterapeutit, jotka saavat oppaamme mukana uusia keinoja fysioterapian toteuttamiseen. **Oppimistavoitteenamme** oli saada mahdollisimman kattava kuva pitkäaikaissairauden vaikutuksista lapsen ruumiinkuvaan sekä lisätä tietoutta ruumiinkuvan kehityksestä eli kehittää ammatillista tietämystämme. Lisäksi perehdyimme psykofyysisen fysioterapian keinoihin vahvistaa somaattisesti pitkäaikaissairaajan lapsen ruumiinkuvaa. Tätä tietoutta voimme hyödyntää tulevassa työssämme fysioterapeutteina. Saimme lisäksi opinnäytetyöprosessin aikana arvokasta kokemusta projektityöskentelystä ja erityisesti tuotekehitysprojektista.

2 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Projekti on Ruuskan (2005, 18) mukaan ”joukko ihmisiä ja muita resursseja, jotka on tilapäisesti koottu yhteen suorittamaan tiettyä tehtävää”. Projektin tarkoituksena on saavuttaa tietty päämäärä resursseja ohjailemalla (Karlsson & Marttala 2001, 11). Projektin alussa on syytä purkaa projektisuunnitelma osiin, laatia aikataulut, nimetä vastuuhenkilöt sekä sopia seurannasta ja dokumentoinnista. Määritellään siis kaikki käytännön toimet, joilla lopputulos pyritään saavuttamaan. (Anttila 2001, 106.) Seuraavaksi esittelemme opinnäytetyömme projektiorganisaation sekä projektimme päätehtävät.

2.1 Projektiorganisaatio

Projektiorganisaatio on tarkoituksenmukainen organisaatio, joka on muodostettu projektia varten. Henkilöt ovat mukana projektiorganisaatiossa tietyn ajan. (Pelin 2009, 67.) Projektiorganisaation rakenne riippuu projektin laajuudesta ja kestosta, sekä projektiin osallistuvien henkilöiden lukumäärästä. Pienissä projekteissa projektiorganisaatio muodostuu opiskeljoista sekä heidän ohjaajistaan. Projektiorganisaatioon kuuluvat projektiryhmä, ohjausryhmä ja tukiryhmä. (Manninen, Maunu & Läksy 1998, 25.) (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Projektiorganisaatio.

Projektiryhmän jäsenellä tulee olla oman vastualueensa ammattitaidon hallintaa ja kykyä yhteistyöhön. Projektiryhmän jäsenen tulee osallistua projektisuunnitelman laatimiseen, huolehtia omien tehtäviensä laadullisesta suorittamisesta, dokumentoida työn tulokset, noudattaa annettuja standardeja sekä kehittää omaa ammattitaitoaan. (Pelin 2009, 72.) Projektiryhmäämme kuuluivat fysioterapeuttiopiskelijat Marjo Palovaara ja Laura Rantala. Jäsenet olivat tasavertaisia ja vastasivat yhdessä projektipäällikön ja projektisihteerin töistä.

Ohjausryhmä määrittää puitteet ja lähtökohdat, sekä päättää niiden mahdollisista muutoksista. Ohjausryhmä myös hyväksyy projektin siirtymisen vaiheesta seuraavaan sekä vastaa projektin seurannan toteuttamisesta. Ryhmän on määrä kokoontua projektin alussa, jokaisen vaiheen jälkeen ja projektin päättyessä. (Lööv 2002, 29–30.) Projektimme ohjausryhmään kuuluivat Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan lehtorit Leena Haaksiala ja Pirjo Orell. He valvoivat ja ohjasivat projektin edistymistä ja hyväksyivät dokumentit, välitulokset, tuotteen ja loppuraportin. Ohjausryhmän jäsenet ohjasivat oppaan sisältöä ja sen rajaamista sekä hyväksyivät lopullisen tuotteen. Lisäksi he olivat tukemassa projektiryhmän työskentelyä.

Tukiryhmä voi koostua asiantuntijoista ja laatuhenkilöistä, jolta projektiryhmä saa ohjausta ja neuvontaa. Tukiryhmään kuuluvat henkilöt eivät kuitenkaan ole vastuussa projektin etenemisestä. Laatuhenkilöt seuraavat projektityöskentelyn laatua. (Manninen ym. 1998, 25.) Projektimme tukiryhmä koostui laatuhenkilöistä ja asiantuntijoista. Laatuhenkilöihin kuuluivat fysioterapian lehtorit Leena Haaksiala ja Pirjo Orell, äidinkielen tuntiopettaja Marja Kuure, englannin kielen lehtori Marketta Rusanen sekä fysioterapeuttiopiskelijat Sari Jussila, Katariina Kangasniemi, Anne Autio ja Johanna Vänntilä. Haaksiala ja Orell toimivat sisällön ohjaajina, Kuure antoi tekstinohjausta raporttiimme ja tuotteeseemme, Rusanen puolestaan tarkisti englanninkielisen tiivistelmän sisällön. Fysioterapeuttiopiskelijat Jussila, Kangasniemi, Autio ja Vänntilä toimivat vertaisarvioijina. Heiltä saimme palautetta ja korjausehdotuksia opinnäytetyön edetessä. Projektimme asiantuntijana toimi Oulun yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian fysioterapeutti Riitta Hassinen, joka antoi näkökulmia seminaarityöhömmö sekä oppaaseemme. Tukiryhmään kuului myös Saara Väisänen, joka toimi oppaamme valokuvissa mallina sekä piirsi kuvituksen oppaaseen.

2.2 Projektin aikataulu ja päätehtävät

Projektin alussa on hyvä eritellä toiminta pääpiirteissään, sekä kuvata sen pää- ja osatehtävät sekä tärkeimmät päätöksentekohetket. Toteutus suunnitelma on hyvä pitää ajan tasalla ja päivittää tarpeeksi usein. Aikataulujen laadinta on tärkeä osa projektin suunnittelua. Aikatauluun kirjataan tavoite ja osataivoitteet sekä työvaiheiden alkamis- ja päättymisajankohdat. (Anttila 2001, 106–107, 110.)

Laadimme projektin alkaessa alustavan aikataulun siitä, miten tulisimme etenemään. Projektimme koostui päätehtävien mukaisesti projektin asettamisesta ja aiheen ideoinnista, aiheeseen perehtymisestä, projektin suunnittelusta, oppaan valmistamisesta sekä projektin päättämisestä. Liite 1 sisältää tehtäväluettelon, jossa on kirjattuna projektimme päätehtävät sekä osatehtävät.

Aloitimme projektimme **ideoinnin** tammikuussa 2011, johon kuului neuvotteluja ja keskusteluja ohjaavien opettajien kanssa, sekä sähköpostiyhteydenotot mahdollisen yhteistyötahon kanssa. **Aiheeseen perehtyminen** alkoi helmikuussa 2011. Hankimme ja perehdyimme kirjallisuuteen sekä aloitimme seminaarityömme viitekehyksen kirjoittamisen. Aiheeseen perehtymisen välituloksena esitimme seminaarityömme viitekehyksen lokakuussa 2011. Seminaarityömme kirjoittamisen rinnalla aloitimme projektin **suunnittelun** toukokuusta 2011 lähtien. Siihen kuului neuvottelu mahdollisen yhteistyötahon ja ohjaavien opettajien kanssa, projektikirjallisuuteen tutustuminen sekä projektisuunnitelman kirjoittaminen. Tämän vaiheen välituloksena esitimme projektisuunnitelman joulukuussa 2011.

Oppaan valmistamisen aloitimme joulukuussa 2011, jolloin suunnittelimme oppaan ja teimme siitä luonnosversion. Kävimme ohjauskeskusteluja ohjaavien lehtoriemme Pirjo Orellin ja Leena Haaksialan kanssa. Saimme heiltä, sekä Oulun yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian fysioterapeutti Riitta Hassiselta korjausehdotuksia, joiden pohjalta muokkasimme opastamme. Maaliskuussa 2012 oppaan valmistamisen välituloksena syntyi valmis opas, jonka sisällön hyväksyivät ohjaavat lehdorit. **Projektin päättämisen** aloitimme joulukuussa 2011, jolloin aloimme kirjoittaa projektimme loppuraporttia. Loppuraportin esitimme seminaarissa maaliskuussa 2012. Projektin päättämiseen kuului myös oppaan viimeistely sekä sen luovuttaminen Oulun seudun ammattikorkeakoulun käyttöön. Lisäksi kirjoitimme kypsyysnäytteen ja laitoimme opinnäytetyömme Theseukseen, joka on ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto.

3 RUUMIINKUVAN JA PSYYKEN KEHITYS

Lapsen psyykinen kehitys on yksilöllinen, monitahoinen ja ajoittain jopa taantuva prosessi. Vastasyntyneen psyykkisiin ominaisuuksiin vaikuttavat geneettisen perimän lisäksi myös kohdunsisäisen elinajan olosuhteiden (äidin terveys, elämäntavat ja elämäntilanne) lisäksi sikiön oma somaattinen tila ja synnytykseen liittyvät tapahtumat. Lapsen psyykinen kehitys alkaa siis jo kohdussa. (Tirkkonen 2002, 28.)

Ihminen tekee jatkuvaa arviointia ruumiistaan: sen kyvystä, jaksamisesta, kivuista, hyvinolon kokemuksista, luotettavuudesta ja muuntuvuudesta. Samalla muodostuu mielikuva ruumiista. Omat asenteet ja vaatimukset käyvät vuoropuhelua todellisuuden kanssa. Kivut, sairaudet ja ikääntyminen muovaavat jo syntyneitä käsityksiä ruumiinkuvasta uudelleen. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 30.)

3.1 Ruumiinkuva

Ruumiinkuva käsitteen on luonut saksalainen psykoanalyttikko Paul Schilder (1923), joka on toiminut ruumiinkuvan tutkimisen pioneerina. Alkuperäinen saksankielinen termi ruumiinkuvalla on Köperschema ja englanniksi body image. Suomennosten kirjo on laaja: kehonkaava, ruumiinkuva, kehonkaavio, ruumiinkaavio, ruumisminä, ruumiskuva, omakuva. Ruumiinkuva merkitsee ihmisen tietopohjaista ja tunnepohjaista mielikuvaa omasta ruumiistaan. Se on yksi arkielämän peruskokemuksista. Asian itsestään selvän luonteen vuoksi emme aina tule kiinnittäneeksi siihen huomiota. Yksilön identiteetti perustuu keskeisesti hänen omasta ruumiistaan saamiinsa tuntemuksiin. (Blinnikka 1995, 103.)

Suomalaisessa kielenkäytössä on käytetty hyvin kirjavasti sanoja ruumis ja keho. Vuonna 1948 ruumis-sanalle keksittiin lisämääreet *keho* eli 'elävä ihminen' ja *kalmo* eli 'kuollut ihminen'. Ruumis on yläkäsite, joka tarkoittaa ihmisen koko elimistöä. Ruumis-sanana käyttöä vierastetaan jonkun verran ja tilalle on esitetty muita sanoja, kuten keho, vartalo, runko ja varsi. 1900-luvun loppupuolella psykoanalyttisesti ajattelevat puolsivat ruumis-sanana käyttöä sen sisältämän elämän ja kuoleman elementtien vuoksi. Lisäksi ruumis kuvaa ihmisen kokonaisuuden epämiellyttäviäkin puolia, esimerkiksi verta, suolistoa ja eritteitä. (Herrala ym. 2008, 18.)

Opinnäytetyössämme olemme päätyneet käyttämään pelkästään ruumis-sanaa, jotta termien käyttö olisi yhtenäistä ja teksti siten helppolukuisempaa.

Ulkomuoto antaa ruumiille sen sosiaalisen merkityksen: rikas vai köyhä, vanha vai nuori, kaunis vai ruma. Ruumiinkuvan elementeistä ulkomuotoon voidaan vaikuttaa helpoiten niin vaatetuksella ja kampauksella kuin erilaisin tehostein ja ehostein. Ruumiinrajan kokemuksia on kahdella tasolla. Ruumiin pinnan, eli ihon, muodostama raja voidaan kokea ehjänä ja kiinteänä tai hauraana ja paikoittaisena. Ihon rajan lisäksi on niin sanottu reviiirin raja, joka kertoo etäisyydestä jonka yksilö haluaa säilyttää, jottei toinen pääsisi tunkeutumaan hänen minuutensa sisäpuolelle. Yksilön kokemus ruumiinsa massasta kertoo omaan painoon liittyvistä tuntemuksista. Depressiivinen ihminen tuntee itsensä ja ruumiinsa raskaaksi. Syvään rentoutumiseen kuuluu myös lisääntynyt miellyttävä painon tunne. Maaninen ihminen voi kokea itsensä hyvin kevyeksi ja leijuvaksi. Anorektinen nuori uskoo olevansa liian painava, kun taas monet ylipainoiset eivät pidä itseään poikkeavan lihavana. (Blinnikka 1995, 103–104.)

Ruumiin sisätiloihin voidaan sijoittaa monenlaisia mielikuvia siitä, mitä sisällä on. Tämän mahdollistaa se, että ruumiin ollessa terve ja ravittu se antaa varsin vähän signaaleja siitä, mitä sisällä todellisuudessa on. Sisätilaan voidaan mielikuvissa sijoittaa esimerkiksi pahoja sairauksia, tyhjyyden tunnetta, pahoja henkiä, valoa, voimaa tai terveyttä. Kaikki eivät koe itseään kolmiulotteisena, jolloin sisätilakokemusten tuoma uhka hallitaan kieltämällä sen olemassaolo kokonaan. Ruumiin sisätilat liittyvät ruumiin aukkoihin. Suun aukko johtaa vatsan sisätilaan, korvien avulla saadaan yhteys puheen ja äänen sisätilaan. Peräaukko on yhteydessä anaaliseen ja virtsarakko uretraaliseen sisätilaan. Genitaaliseen sisätilaan luodaan yhteys sukupuolielinten kautta. Syvin kaikista sisätiloista on jo biologisesti määrätynyt ruumiinkuvan kantafantasia oman äidin kohdusta, elämää säilyttävästä ja sykkivästä ”kantasätilasta”. (Blinnikka 1995, 104.)

Ruumiinkuvaan kuuluu myös niin sanotut satelliitit eli ulkomaailman objektit, joita liitetään minään eheyttämään minätunnetta. Niitä ilman kokemus itsestä ei ole ehjä tai kokonainen. Satelliitteja voivat olla esimerkiksi tietyt vaatteet, meikit, korut, käsilaukku tai avaimet. Satelliitin merkityksen voi myös saada toinen ihminen tai rakas lemmikkieläin. (Blinnikka 1995, 104.)

Ruumiintuntemukseen liittyvät tajunnallisuuden lisäksi tilanteet joissa ihminen elää ja toimii sekä käyttää ruumistaan vuorovaikutukseen eri tilanteissa (situationaalisuus). Ruumiinkuvan ja ruumiintuntemisen hahmottamisen mukana keho ja kehotietoisuus lisääntyvät. Erot itsensä ja

muiden ihmisten välillä kehittyvät monenlaisen kokeilemisen mukana. Ruumiintunteminen vaatii ruumiinkuvan muotoutumista, vaikka ne osin kehittyvät rinnakkain. Ruumiinkuvan avulla ihminen hahmottaa ikään kuin kotiaan, missä asutaan ja eletään. Ruumiintuntemisen ansiosta ihminen löytää mahdollisuudet ja tavat, joilla asutaan elämän varrella muuttuvaa kotia. (Herrala ym. 2008, 25–26.)

3.2 Ruumiinkuvan kehittyminen leikki-iässä

Koska oppaamme harjoitteet on suunniteltu leikki-ikäisille eli 3–5-vuotiaille lapsille, käsittelemme seuraavaksi tarkemmin ruumiinkuvan kehittymistä tuona ikä kautena. Ruumiinkuvan muotoutuminen alkaa jo sikiövaiheessa, esimerkiksi äidin tunnetilojen kautta. Kokemukset kertyvät niin sanottuun ruumismuistiin, ja ne muovaavat yksilön ruumiinkuvaa koko eliniän. (Herrala ym. 2008, 25.) Ruumiinkuva syntyy ja kehittyy vauvan ja äidin varhaisissa läheisyyden ja erillisyyden hetkissä (Siltala 1999, 10). Ensimmäisenä ruumiinkuvan kehittymiseen vaikuttavat todennäköisesti sisäiset tuntemukset, kuten nälkä, jano ja kyllyyden tunne sekä lapsen saama hoiva ja hellyys (Koski 1984, 42).

Ruumiinkuvan kehittyessä lapsen ainoana ohjenuorana on aluksi muiden käsitys hänestä. Tämän vuoksi tasapainoisen ruumiinkuvan kehittymiseen vaikuttaa suotuisasti se, että läheiset hyväksyvät lapsen sekä kannustavat ja kehittävät hänen luontaisia taipumuksiaan. Motoriikan kehitys vaikuttaa myös ruumiinkuvan kehittymiseen. Esimerkiksi käsiä liikuttelemalla vauva tiedostaa kätensä eroavan kaikesta muusta näkökentässä olevasta siten, että hän kykenee niitä itse liikuttamaan. Ryömiessään lapsi kokee, että jalat, jotka työntävät häntä eteenpäin, ovat osa häntä. Näin lapsi pikkuhiljaa löytää ruumiinsa osia, joista lopulta muodostuu kokonaisuus. (Koski 1984, 43.)

Kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana lapsi kehittyy psyykkisesti nopeasti, voimakkaasti ja luovasti. Kolmannen ikävuoden jälkeen kehitys on saavutettujen taitojen paranemista ja kypsymistä. Tässä vaiheessa psykoseksuaalinen kehitys on tärkeää. Minuus kypsyy ja laajenee asteittain. Myös psykososiaalinen ja moraalinen kasvu ovat tälle ikäkaudelle ominaisia. (Tamminen 2004, 41–42.)

Lapsen koko kehityksen ajan ruumiinkuvaan sekä minäkuvaan vaikuttavat kypsymiseen ja seksuaaliseen kypsymiseen liittyvät tunteet, kuten hyväksyminen, syyllisyys ja häpeä. Tunteiden

lisäksi vaikuttavat somaattiset sairaudet ja psyykkiset kehitystapahtumat, näistä erityisesti yksilöityminen ja oman identiteetin muodostuminen. Reaktiot ruumiista lähteviin aistimuksiin eivät seuraa yksinomaan fysiologian lakeja, vaan niihin liittyvät aistimusten symboliset merkitykset. Aistimukset voivat toistaa ihmissuhteiden historiaa; esimerkiksi jos näläntunteeseen liittyy ikäviä kokemuksia syöttämistilanteista, voi se aiheuttaa ruuasta kieltäytymistä tai pakonomaista syömistä. (Koski 1984, 44.)

Leikki-iässä muotoutuva persoonallisuus näkyy lapsen aktiivisuudessa, osaamisessa, taidoissa, kyvyssä leikkiä, kanssakäymisessä perheen ulkopuolisten henkilöiden kanssa sekä koulutöistä ja harrastuksista selviytymisessä. Leikki-iässä kehittyy myös itsetunto, mihin vaikuttaa tunne siitä, että lapselle tärkeät ihmiset kokevat hänen olevan taitava ja tekevä lapsi ja lapsi, jonka he hyväksyvät sellaisena, kuin hän on. (Almqvist 2004, 45.)

Minäihanne auttaa leikki-ikäistä lasta etsimään sellaista, mikä saa ylläpitämään tai vahvistamaan myönteistä minäkäsitystä. Lapsi voi olla leikki-iässä myös usein hyvin herkkä kritiikille. Ymmärtävien aikuisten opastuksella lapsi voi kuitenkin oppia myös kestämaan vastoinkäymisiä ja epäonnistumista. Yliminän ja minäihanteen myötä kehittyy sisäinen moraalinen ympäristön sääntöjen ja normien vaikutuksesta. (Almqvist 2004, 44.)

Ruumiinkuvaa ja sen häiriöitä on pyritty tutkimaan monin tavoin. Ruumiinkuvan tutkimiseen on käytetty erilaisia menetelmiä, joista yksi on ihmisenpiirtämisestä. Testissä olettamuksena on, että piirtäessään ihmisen koehenkilö heijastaa siihen oman ruumiinkuvansa. Lapsi voi kertoa ruumiinkuvastaan piirtäessään talon tai puun. Somaattisesti sairait lapset piirtävät usein puita, joista oksat tai runko on katkaistu tai esimerkiksi lehdet pudonneet. (Koski 1984, 44–45.)

Pind (1993, 13) kertoo, että omakuvan piirtämistä käytetään usein muun tutkimisen rinnalla. Kuva syventää potilaan omaa sekä fysioterapeutin ymmärrystä potilaan tilanteesta. Itsensä piirtäminen on potilaalle hieman yllättävä, intiimi ja paljon tunnelatausta sisältävä asia. Kuva on kuin kannanotto siihen, kuinka juuri nyt voin omassa ruumissani. Piirtämisvaiheessa kirjataan muistiin potilaan asenne piirtämiseen ryhtyessä sekä kaikki hänen kommenttinsa piirtäessä. Usein nämä kommentit sisältävät paljon tietoa muun muassa potilaan suhtautumisesta omaan ruumiiseensa, sen voimavaroihin, käyttökelpoisuuteen, jännitykseen, rajallisuuteen, ulkonäköön, naiseksi tai mieheksi kasvamiseen sekä kommunikaatiokykyyn. (Pind 1993, 13.)

4 SOMAATTINEN PITKÄAIKAISSAIRAUS

Krooninen eli pitkäaikaissairaus on vähintään kuusi kuukautta kestävä sairaus tai toimintahäiriö, joka aiheuttaa ajoittaisen tai jatkuvan hoidon tai lääkinnällisen seurannan tarpeen. Somaattisista pitkäaikaissairauksista suurin osa (40 %) on allergisia tauteja ja astmaa. Aistinelinten sairauksia on 25 % ja 20 % synnynnäisiä epämuodostumia. Suurimman ryhmän lasten ja nuorten pitkäaikaissairauksista muodostaa mielenterveyden häiriöt. Pitkäaikaissairaista lapsista noin 5 %:lla on elämänlaatua pysyvästi heikentävä vamma tai sairaus. (Rajantie 2002, 36.)

4.1 Somaattisen pitkäaikaissairauden vaikutukset lapseen

Somaattinen eli fyysinen pitkäaikaissairaus vaikuttaa lapsen ja nuoren henkiseen hyvinvointiin. Kipu voi haitata hänen kouluasuoriutumistaan tai häiritä hänen osallistumistaan kavereiden kanssa toimimiseen. Tuska sisältää puolestaan henkisen komponentin ja on kipua laajempi käsite. Tuskaisuudesta kärsivä lapsi ei voi iloita elämästään ja kehitymisestään. Monet sairaudet rajoittavat lapsen liikkumista, mikä estää häntä saamasta liikunnan tuomaa mielihyvän kokemusta ja yhdessäolon tunnetta. Lapsi ei myöskään pysty purkamaan aggressioitaan liikunnan avulla. Joillakin pitkään vuodelevossa olevilla lapsilla havaitaan tic-liikkeiden lisääntymistä, mikä on merkki tukahdetusta aggressiosta. (Moilanen 2004, 357.)

Tic-liikkeet ovat toistuvia, epätarkoituksenmukaisia ja tahattomia lihasten liikkeitä, jotka ovat tavallisia lapsuudessa. Niitä esiintyy noin 10 %:lla lapsista. Tyypillisiä tic-liikkeitä ovat silmien räpyttely, irvistely, huulien nuoleskelu ja olkapäiden kohottelu. Ne voivat ilmetä myös äänioireina kuten niiskutuksena, rohinana, yskimisenä, viheltelynä, koiran haukkumista muistuttavana ääntelynä tai sylkemisenä. Tic-liikkeet voivat olla monimuotoisia useiden lihasryhmien laajoja nykimisiä, perättäisiä liikkeitä ja esimerkiksi hyppeilyä ja tanssimaisia liikkeitä. Tic-liikkeet liittyvät usein jännittävään tilanteeseen, ja lapsen on hyvin vaikea hillitä oireitaan. (Jalanko 2009, hakupäivä 2.8.2011.)

Pitkä vuodelepo voi taannuttaa lapsen. Rajoitukset ruokavaliossa voivat tuoda lapselle päivähoitossa tai koulussa erilaisuuden tunteen, mitä voi lisätä myös sairauden tai vamman näkyminen ulospäin, lääkitys tai vajaakykyisyys. Sairaus voi uhata lapsen pätevyys tunteen tai selviytymistä samantasoisesti ikätovereiden kanssa. Sairauden myötä lapsi saa osakseen

hoivaamista, mistä lapsi nauttii. Jatkuva hoivaaminen voi kuitenkin taannuttaa lapsen henkisesti ja estää hänen kasvuaan itsenäisyyttä kohti. (Moilanen 2004, 357–358.)

Lapset reagoivat eri tavoilla sairastumiseen. Toinen saattaa kärsiä henkisesti paljon, toinen taas vain karaistuu. Tämä johtuu kahdesta tekijästä: temperamentista ja aikaisemmista elämäkokemuksista. Jotkut ovat synnynnäisesti sopeutuvampia kuin toiset, ja jotkut taas ovat herkistyneet kärsimyksille vaikeiden elämäntilanteiden myötä. Pelottavien asioiden kohtaamista auttaa hyvä perusturvallisuus ja kyky puhua tunteistaan. Ympäristön käsitykset ja perheen sopeutuminen lapsen sairauteen vaikuttavat lapsen kokemuksiin ja voivat vahvistaa tai heikentää hänen toimintakykyään. Hoidon onnistumiseen vaikuttavat pääasiassa perheen sisäinen tasapaino ja sairauden hyväksyminen. (Moilanen 2004, 357–358.)

Siltala (1999, 11) toteaa, että jos somaattisesti sairaalta lapselta puuttuu syystä tai toisesta emotionaalisesti vastavuoroinen ihmisympäristö, ei lapsi välttämättä yksin jaksakaan kantaa sairauden tuomia pelottavia tilanteita, eikä hänellä ole keinoja yksin käsitellä niitä. Tämä voi johtaa lopulta siihen, ettei lapsella ole jatkossakaan keinoja käsitellä tunteitaan. (Siltala 1999, 11.)

4.2 Sairastamisen vaikutukset lapsen ruumiinkuvaan

Sairastaminen muuttaa ruumiinkuvaa (Immonen-Orpana 1993, 18). Synnynnäisesti vammautuneen lapsen ruumiinkuva on paljolti riippuvainen lapsen huoltajan lapselleen antamasta rakkaudesta ja hyväksymisestä. Lapsen syntyessä vammautuneena tai sairastuessa varhaislapsuudessa tämä prosessi vaikeutuu. Vammautuneen tai sairaan lapsen ruumiinkuva ei siis ainoastaan ole riippuvainen ruumiin todellisesta tilasta, vaan lapsen huoltajan sille antamasta merkityksestä tai arvosta. (Amnell 2003, 137.)

Ruumiinkuvan vääristymät ja hajoamiset ovat tavallisia lapsilla, jotka ovat jääneet kokonaan tai osittain ilman sitä riittävän hyvää hoitoa ja hoivaa, jota jokainen lapsi tarvitsee ruumiinkuvan ja itsensä kehittämiseen hyväksi ja toimivaksi. Näitä lapsia löytyy eniten lastensuojelun parista. (Amnell 2003, 140.)

Opinnäytetyömme tueksi etsimme tutkimuksia, jotka koskevat ruumiinkuvassa tapahtuvia häiriöitä ja syitä niihin. Löytämämme tutkimukset olivat tehty aikuisille, lapsille tehtyjä tutkimuksia emme löytäneet. Tarkoituksenamme on tarkastella lapsen ruumiinkuvaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä,

mutta koska tutkimuksia lasten ruumiinkuvasta on niin niukalti saatavana, hyödynnämme aikuispotilaille tehtyjä tutkimuksia. Käytämme kyseisistä tutkimuksista saatuja tuloksia pohjana suunnitellessamme lasten ruumiinkuvaharjoitteita.

McGilchrist tutki ruumiinkuvan häiriöitä aikuisilla potilailla vuonna 1995 julkaistussa tutkimuksessaan (Somatic delusions in schizophrenia and the affective psychoses, *British Journal of Psychiatry*). Hän kirjasi yhdessä J. Cuttingin kanssa psykoottisilla potilailla havaittuja ruumiiseen liittyviä harha-aistimuksia. Tutkittavaan joukkoon kuului depressiivisiä, maanisia, kroonisesti skitsofreenisiä ja akuutisti skitsofreenisiä potilaita. Eniten ruumiiseen liittyviä harhoja kokivat skitsofreenikot ja vähiten maaniset potilaat. Potilasryhmien välillä oli myös eroja siten, että depressiiviset harhat liittyivät enemmän ruumiin toimintaan, kun taas skitsofrenian yhteydessä harhojen kohteena olivat ruumiin rakenteet. Skitsofrenian akuutissa vaiheessa olevilla mielen ja ruumiin välinen yhteys näytti hajonneen kokonaan. (Sandström 1999, 17–18.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa järjestettiin vuonna 1992 vuoden kestänyt polikliininen fysioterapiaryhmä, johon osallistui kuusi psykosomaattista potilasta. Ryhmästä tehtiin pienimuotoinen tutkimus, jossa tarkasteltiin muun muassa miten psykosomaattisten potilaiden ruumiinkuva muuttuu pitkän fysioterapiaryhmän aikana. Ryhmäläisistä kaksi oli naisia ja neljä miehiä. Heidän keski-ikänsä oli 45 vuotta. He olivat olleet OYS:n psykiatrian klinikan psykosomaattisen osaston potilaina, jossa he olivat osallistuneet 46 viikkoa kestäviin ruumiinkuvaa painottaviin fysioterapiaryhmiin. Ryhmän suunnittelussa hyödynnettiin Berit Bunkanin ajatuksia voimavarojen, fysioterapian periaatteiden ja menetelmien yhteydestä. (Särkilahti-Pennanen 1993, 15–16.)

Ryhmäläiset piirsivät ryhmän alussa ja lopussa omakuvan, jotka analysoi OYS:n psykiatrian klinikan psykologi Markku Seitamaa. Verrattaessa ensimmäisiä ja viimeisiä piirroksia, havaittiin että ryhmäläisten itsetunto parani ja ahdistuneisuus väheni. Omaan sukupuoleen kuuluvien ominaisuuksien hyväksyminen lisääntyi. Masennuksen piirteet vähenivät ja somatisaatiotaipumus väheni. Muutoksia itsekeskeisyydessä ja emotionaalisisessa kypsymisessä ei havaittu. Tietoisuus sosiaalisista suhteista parani, kun taas tunteiden ilmaisussa tapahtui vain vähäisiä muutoksia ryhmän aikana. (Särkilahti-Pennanen 1993, 16–17.)

Ruumiinkuvan rakentumisen monisäikeisyyden vuoksi myös ruumiinkuvassa tapahtuvat häiriöt ovat monenlaisia. Parhaiten tunnettuja ruumiinkuvan häiriöitä ovat neurologisten ja psykiatristen

potilaiden ruumiinkuvan häiriöt. Paljon tietoa löytyy myös siitä, miten amputaatio vaikuttaa ruumiin aistimiseen. Lisäksi havaintoja on tehty syömishäiriöiden, diabeteksen ja kroonisten fyysisten sairauksien tuottamista muutoksista ruumisminään ja minäkuvaan. Vuonna 1993 M. Vamos julkaisi luokituksen, jonka avulla voidaan arvioida miten fyysinen krooninen sairaus muuttaa ruumiin kokemista. Tarkastelun kohteena on neljä ruumiinkuvan osa-aluetta: 1) Ruumiin tuottama hyvän olon tunne, 2) psyykkiset ja fyysiset kyvyt, 3) ulkonäkö sekä 4) käsitys siitä, miten elämä jatkuu. Sairauden laadusta riippuen omanarvontuntoa ja minäkuvaa heikensivät eniten huono olo, seksuaalielämän ongelmat ja ulkonäössä tapahtuneet muutokset. (Sandström 1999, 17.)

Psykosomaattiselle potilaalle ja hänen ruumiinkuvalleen tyypillisiä piirteitä ovat riippuvuus huoltajasta, kyvyttömyys tunnistaa ja ilmaista omia tunteitaan ja tarpeitaan niin verbaalisesti kuin non-verbaalisesti, mielikuvituksen puute, sairauden kehittyminen osaksi omaa minää ja ruumiinkuvan vajavainen kehittyminen. Edellä mainitut tekijät kuuluvat aleksitymian oireisiin. (Hakanen & Blinnikka 1990, 43.)

Aleksitymisen henkilön on vaikea tunnistaa ja kuvata tunteitaan, hänen mielikuvamaailmansa on niukka, ja hän on yksipuolisen toiminnallisesti suuntautunut. Alun perin aleksitymia löydettiin psykosomaattisilta potilailta. Nyt kuitenkin tiedetään, että aleksitymisiä piirteitä esiintyy myös muilla somaattisesti sairailta, mielenterveyden häiriöistä kärsivillä ja normaaliväestössäkin. Aleksitymian kehittymiseen vaikuttanevat sekä perityt että hankinnaiset neurobiologiset tekijät, sekä lapsuuden kehitykseen liittyvät psykologiset tekijät. Aleksitymia näyttää olevan itsenäinen riskitekijä tietyille somaattisille ja psyykkisille sairauksille, ja se voi huonontaa niiden ennustetta. (Salminen, Saarijärvi, Äärelä & Kauhanen 1999, hakupäivä 24.3.2011.) Aleksitymyisyys heijastuu potilaan ruumiinkuvassa. Aleksitymisellä henkilöllä on tunteita välittävä toiminta estynyt, jolloin hän ei pysty käsittelemään sairauden vaikutusta itseensä. (Hakanen & Blinnikka 1990, 45.)

5 KOKONAISVALTAINEN LÄHESTYMISTAPA FYSIOTERAPIASSA

Fysioterapia on terveyden, toimintakyvyn ja liikkumisen edellytysten tuntemista. Sen perustana on fysioterapiatiede, joka tutkii ihmisen liikkumista ja toimintakykyä, sekä niiden suhdetta yksilön toimintaan ja toiminnan heikkenemiseen. Fysioterapia hyödyntää myös muiden tieteenalojen tutkimustietoa. Fysioterapiassa arvioidaan ihmisen terveyttä, liikkumista, toimintakykyä sekä toiminnan rajoitteita hänen omassa toimintaympäristössään. Menetelminä käytetään terveyttä ja toimintakykyä edistävää ohjausta ja neuvontaa, manuaalista ja fysikaalista terapiaa ja terapeutista harjoittelua. Lisäksi hyödynnetään apuvälinepalveluja. Fysioterapia kuuluu julkiseen ja yksityiseen sosiaali-, terveys-, ja kuntoutuspalvelujärjestelmään. (Suomen fysioterapeutit 2010, hakupäivä 9.4.2011.)

5.1 Psykofyysinen fysioterapia

Käsite *psykofyysinen* tulee kreikan kielen sanoista *psyche* eli sielu ja *physis* eli elämä, ja näin se viittaa psyykkisen ja fyysisen alueen erottamattomuuteen (Immonen-Orpana 1995, 134). Psykofyysinen lähestymistapa perustuu käsitykseen, jonka mukaan tunteet vaikuttavat fysiologisiin muutoksiin ruumiissa. Terveyden tasapainon ylläpitämisessä emootiot ovat tärkeitä. Tunteet ovat ruumiissa ruumiillisina kokemuksina ja ruumis reagoi niihin fysiologisella muutoksella. Fyysinen stressi johtuu ristiriitaisista tunteista. (Wickström 2004, 25.)

Immonen-Orpana (1995, 134) määrittelee psykofyysisen fysioterapian mielen ja ruumiin erottamattomuutta korostavan fysioterapian yläkäsitteenä. Sen alle sijoittuvat käsitteet psykiatrinen, psykosomaattinen, psykodynaaminen ja psykomotorinen fysioterapia riippuen siitä, millaisesta viitekehyksestä fysioterapiaa määritellään. Myös Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen (PsyFy r.y.) puheenjohtaja Mikko Patovirta (19.8.2011, sähköpostiviesti) kertoo, että käsitettä psykofyysinen fysioterapia käytetään Suomessa tämän osa-alueen fysioterapian yläkäsitteenä. Tästä on Patovirran mukaan sovittu sekä PsyFy r.y.:n että ammattikorkeakoulujen kanssa.

Psykofyysinen fysioterapia on yksi fysioterapian erikoisaloista, jonka ovat kehittäneet ruotsalaiset ja norjalaiset fysioterapeutit yhdessä psykiatrien ja psykologien kanssa (Immonen-Orpana 1995, 133; Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2011, hakupäivä 24.8.2011). Se on ollut

käytössä Pohjoismaissa 40–50-luvuilta lähtien. Suomessa kehitys alkoi voimakkaammin 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen kautta (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2011, hakupäivä 24.8.2011).

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen, kivun lievittäminen, rentouttaminen, stressinhallinta, ruumiinkuvan eheyttäminen sekä ruumiinhallinnan, itsetuntemuksen ja vuorovaikutuksen lisääminen. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2011, hakupäivä 24.8.2011.) Psykofyysinen fysioterapia keskittyy yksilön omaan tervehdyttävään voimaan ja toimintakapasiteettiin diagnoosista ja sairaudentilasta riippumatta. Sen pyrkimyksenä on eheyttää sairasta ruumisminää fysioterapeuttisin menetelmin. (Immonen-Orpana 1995, 133–134.)

Psykofyysisen fysioterapian arviointi- ja tutkimismenetelmiä ovat haastattelu, mittaaminen ja havainnointi. Arviointia tehdään hengityksestä, jännittyneisyydestä, asennoista, kivusta, liikkuvuudesta, liikkeen hallinnasta, rentoutumiskyvystä, ruumiinkuvasta ja vuorovaikutuksesta. Fysioterapian tulosten arvioinnissa on tärkeää myös kuntoutujan itse kokema muutos. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat ohjaus, neuvonta ja terapeuttinen harjoittelu. Terapeuttiseen harjoitteluun kuuluu esimerkiksi manuaalinen käsittely, hengitysharjoitukset, rentoutustekniikat, ruumiinhahmotusharjoitukset, vuorovaikutusta vahvistavat harjoitukset sekä toiminnalliset harjoitukset. Fysioterapiaa voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmissä. Terapian onnistumisen lähtökohtana on kuntoutujan oma oivallus ja oppiminen. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2011, hakupäivä 24.8.2011.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa on keskeistä fysioterapeutin ja kuntoutujan kohtaaminen, heidän ihmiskäsitys, kuntoutujan motivaatio sekä ruumisminä. Menetelmän käyttämisen edellytyksenä on, että fysioterapeutti on tietoinen maailmankuvastaan ja ihmiskäsityksestään. Hänen tulisi pystyä arvioimaan tekijöitä, joista hänen oma ihmiskäsityksensä on muodostunut. Olennainen asia on kuntoutujan kohtaaminen riippumatta hänen diagnoosistaan tai tilanteestaan. Vuorovaikutuksessa olennaista on fysioterapeutin ihmiskäsityksen lisäksi kuntoutujan ihmiskäsitys. Kuntoutujan ihmiskäsitys, hänen elämäntilanteensa ja voimavaransa sekä käsitys terveydestä ja kuntoutumisesta vaikuttavat siihen, miten hän sitoutuu ja motivoituu kuntoutumiseen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 266.)

Hyvänä lähtökohdانا fysioterapialle on saada kuntoutuja oman ihmiskäsityksensä pohjalta löytämään voimavaransa ja tiedostamaan tapansa itsensä kuntouttamiseen. Asioita tarkastellaan kuntoutujan omista kokemuksista ja elämyksistä käsin. On tärkeää, miten kuntoutuja kokee tulleen kohdelluksi, hoidetuksi ja ymmärretyksi. Harjoitusten onnistumiselle on tärkeää oikeanlainen asennoituminen ja tietoisuus omista mahdollisuuksista. Olennaista on, millainen merkitys kuntoutumisella on kuntoutujalle. Häntä autetaan tulemaan tietoiseksi ruumiinsa viesteistä ja tätä kautta tunnistamaan omat tunteensa. Kuntoutuja kokee sellaisia asioita, jotka poistavat ruumiin toiminnallisesta vajavuudesta tai fyysisestä vammasta johtuvasta vieraantumisesta. Parhaisiin tuloksiin päästään, kun fysioterapeutti kykenee ohjaamaan kuntoutujaa ruumiinsa ja itsensä kuuntelemiseen. (Talvitie ym. 2006, 266–267.)

Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen (2011, hakupäivä 24.8.2011) mukaan psykofyysisiä oireita voi esiintyä useissa eri sairauksissa ja toimintakykyongelmissa. Psykofyysistä fysioterapiaa tarvitaan erityisesti pitkittyneissä tuki- ja liikuntaelimistön oireissa, post-traumaattisissa stressireaktioissa, neurologisissa toimintahäiriöissä, syömishäiriöissä, masennuksessa sekä erilaisissa psykiatrisissa sairauksissa. Kuntoutuksen tavoitteet määräytyvät kuntoutujan voimavarojen, valmiuksien ja elämäntilanteen mukaan. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2011, 24.8.2011.) Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan käyttää myös ehkäisevässä terveydenhuollossa, esimerkiksi perhevalmennukseen osallistuville (Talvitie ym. 2006, 265).

Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP) on yksi psykofyysisen fysioterapian menetelmistä. Ekerholt ja Bergland (2004, 403) ovat tutkimuksessaan *The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge* selvittäneet, miten potilaat kokevat ruumiin tutkimisen tällä menetelmällä. NPMP:n ovat kehittäneet norjalainen fysioterapeutti Aadel Bülow-Hansen ja norjalainen psykiatri Trygve Braatøy vuosina 1946–1952. NPMP perustuu teoriaan, jossa asento, hengitys ja lihasjänteys ovat yhteydessä tunne-elämän ristiriitoihin ja psykologisiin ongelmiin. Bülow-Hansen ja Braatøy huomasivat, että koko potilaan ruumis täytyi tutkia, ei vain paikallista ongelmaa. (Ekerholt & Bergland 2004, 403.)

Ekerholt ja Bergland (2004, 403–404) haastattelivat tutkimuksessaan yhdeksää naista ja yhtä miestä iältään 41–65-vuotiaita, jotka olivat aikaisemmin käyneet NPMP-menetelmää käyttäneen fysioterapeutin terapiassa joko psykomotoristen tai tuki- ja liikuntaelinten ongelmien vuoksi. Terapian tuli olla kestänyt vähintään kuusi kuukautta. Haastattelut antavat viitteitä fysioterapeutin

ja potilaan välisen yhteistyön tärkeydestä. Potilaan tulee pystyä luottamaan fysioterapeutin ammattitaitoon ja siihen, että tämä on sitoutunut hoitamaan potilasta ja tiedostaa hänen ongelmansa. Yhteenvetona Ekerholt ja Bergland mainitsevat, että heidän tutkimuksensa osoittaa kokonaisvaltaisen ruumiin tutkimisen olleen kymmenelle haastateltavalleen tärkeä osa hoitoa. Tulosten saaminen vaatii kuitenkin fysioterapeutin ja potilaan välistä luottamusta ja yhteistyötä. (Ekerholt ja Bergland 2004, 403–404.)

Psykofyysisen fysioterapian edelläkävijöitä ovat norjalainen psykologi ja fysioterapeutti Berit Heir Bunkan sekä ruotsalainen Gertrude Roxendal. Berit Heir Bunkan on tärkeä psykosomaattisen fysioterapian kehittäjä (Immonen-Orpana 1995, 135). Bunkan on kumppaneineen kehittänyt menetelmän The Comprehensive Body Examination (CBE) (Bunkan 2003, 30, 32–33). Roxendal on puolestaan kehittänyt kehotietoisuuteen perustuvan The Body Awareness Therapy-menetelmän. Koska tuotekehityksessämme hyödynsimme Roxendalin ruumiinkuvaharjoitteita pohjana lasten ruumiinkuvaharjoitteille, kerromme hänestä seruaavaksi tarkemmin.

5.2 Kehotietoisuus-menetelmä

Roxendalin ja Winbergin (2003, 41) mukaan tietoisuus on edellytys kaikelle, mitä teemme. Tietoisuus yhdistää kaikki ihmisen elämisen tasot toisiinsa. Ruumiin aistien kautta tietoisuutemme voi kommunikoida ja kokea ulkoista maailmaa sekä ottaa vastaan ja antaa tietoa. Roxendal ja Winberg (ed.) kertovat, että itämainen ajattelutapa tietoisuuden läsnäolosta koko ruumiissa on saanut viime vuosina jalansijaa myös länsimaissa tehdyissä neurologisissa tutkimuksissa. Ajatukset ja tunteet vaikuttavat ruumiiseen ja toisin päin (Roxendal & Winberg 2003, 41).

Ruumis on edellytys sille, että pystymme toimimaan ja käsittelemään asioita tässä maailmassa. Se on perusta kokemuksillemme ja tunteillemme. Ruumiilla on kaksi ulottuvuutta: toinen on se, jossa koemme asioita, ja toinen se, jossa suoritamme ruumiimme liikkeitä. Termi *kehotietoisuus* kattaa kummankin näistä ulottuvuuksista. Niin sanottuun kokemuselottuvuuteen kuuluu ruumiin kokemusten lisäksi ruumiista saatu tieto, liikeulottuvuuteen kuuluu puolestaan kykymme hallita ruumistamme ja sen liikekaavoja. (Roxendal & Winberg 2003, 53.)

The Body Awareness Therapy (BAS) on ruotsalaisen Gertrud Roxendalin kehittämä terapia, jonka tavoitteena on kehotietoisuuden ja -tuntemuksen lisääminen ja tätä kautta ruumiin itsetuntemuksen ja hallinnan lisääntyminen (Talvitie ym. 2006, 269–270). The Body Awareness -

menetelmä eroaa perinteisestä fysioterapiasta stimuloimalla aistitietoisuutta ja keskittymällä harjoitteisiin, jotka tähtäävät täydelliseen koordinaatioon. Se eroaa myös muista terapeuttisista tekniikoista, koska se keskittyy potilaan omiin resursseihin eikä niinkään hänen ristiriitoihinsa tai niiden ilmenemismuotoihin. BAS perustuu biologiaan, mutta on myös yhteydessä tunnereaktioihin. The Body Awareness Therapy -menetelmän tavoitteena on parantunut kehotietoisuus ja ruumiin toimintahäiriöiden vähentyminen. (Roxendal 1985, 10–11.)

The Body Awareness Therapy on tarkoitettu sellaisten sairauksien hoitamiseen, joissa häiriöt kehotietoisuudessa ovat merkittävässä osassa. Sitä voidaan käyttää psykoottisille potilaille, joilla kehotietoisuus, ruumiinkuva ja psykomotorinen käyttäytyminen ovat häiriintyneet. Lisäksi sitä voidaan käyttää neuroottisilla potilailla, joilla oman ruumiin tai ulkonäön arvostus on vähentynyt tai joilla on häiriöitä ruumiinhallinnassa. Skitsofrenia-potilaille BAS-menetelmä voidaan yhdistää lääkehoitoon ja psykoterapiaan. (Roxendal 1985, 10.)

The Body Awareness -menetelmässä tarkasteltavat toiminnot on jaettu arvioitaviin, havainnoitaviin ja harjoitettaviin. Ruumiin suhde keskilinjaan ja alustaan, hengitys ja kehon liikekeskus sekä tietoinen läsnäolo ja liikevirtaus ovat keskeisiä ulottuvuuksia. Menetelmässä käytetään kolmenlaisia harjoitteita: ruumiin rajojen tuntemusta lisääviä, identiteettiä aktivoivia ja eheyttäviä. Harjoitteilla kehitetään tietoista läsnäoloa ja tietoisuutta itsestä, joten niistä ei saa tulla rutiininomaisia. (Talvitie ym. 2006, 270, 272.)

Suhteella alustaan tarkoitetaan sitä, miten henkilö käyttää tukipintaa ja miten ruumiin paino asettuu alustalle henkilön istuessa, maatessa, seisoessa ja kävellessä (Talvitie ym. 2006, 270). Suhde alustaan on tärkeä osa motorisia toimintoja. Kaikilla liikkeillä on lähtöpisteensä. Turvallinen kontakti lattiaan on tehokkaan liikkeen ja koordinaation edellytys. (Roxendal 1985, 12.) Suhdetta alustaan harjoitetaan ohjaamalla potilaan huomio siihen kohtaan, missä hänen ruumiinsa on kontaktissa lattiaan, ja antamalla hänelle kokemuksia vartalonpainosta eri asennoissa (Roxendal 1985, 12).

Ruumis on tasapainoisessa asennossa keskilinjän ympärillä. Tällöin asento kuormittaa ylläpitäviä lihaksia mahdollisimman vähän, jolloin energiaa jää ääreisosien lihasten käyttöön. Keskilinjasta poikkeava asento ilmenee virheellisenä asentona, joka voi aiheuttaa virheellistä kuormitusta nivelissä, lihasjännitystä, tasapaino-ongelmia ja kipua. (Roxendal 1985, 12; Immonen-Orpana

1995, 138; Talvitie 2006, 270.) Roxendalin (1985, 12) mukaan tasapainoista asentoa voidaan harjoittaa yhdistämällä harjoitteissa liike ja hengitysharjoitukset.

Ruumiin liikekeskus sijaitsee sillä kohdalla, jossa pallea kiinnittyy selkärankaan eli 1.–3. lannenikaman kohdalla. Liikekeskuksesta lähtevät rangan kierrot sekä yläraajojen liikkeet. Liikkeiden suorittamiseen tarvitaan vähemmän energiaa ja ne ovat sitä tehokkaampia, mitä paremmassa kunnossa ruumiin hallinta on. (Talvitie ym. 2006, 270–271.) Potilasta ohjataan löytämään liikekeskus yhdistämällä harjoitteissa niin sanottu supistunut asento ja venytys (Roxendal 1985, 12).

Pallean normaali toiminta on keskeinen osa Roxendalin kehoterapiassa niin hengityksen kuin koko ruumiin toiminnan kannalta. Hengityksen katsotaan olevan ihmisen tiedostamattoman ja tietoisien maailman välinen silta. Vapaa hengitys eri liikkeissä ja asennoissa on merkinä toimivasta ruumisminästä. (Talvitie ym. 2006, 271–272.) Hengitys mukautuu ruumiin liikkeisiin ja vaihtelee aktiivisuustason mukaan. Se voi salpaantua tai kiihtyä tunteiden mukaan. Psykkinen trauma tai sairaus aiheuttaa usein pitkään kestäviä hengitysvaikeuksia. Hengitysharjoituksissa ohjataan potilasta kiinnittämään huomiota siihen, miten hän hengittää. Joissakin harjoitteissa potilasta pyydetään yhdistämään uloshengitykseen jokin äänne tai yhdistämään hengitysliikkeeseen. (Roxendal 1985, 13.) Hengitysharjoituksissa potilas oppii havainnoimaan, mitkä ruumiinosat hengittäessä liikkuvat (Immonen-Orpana 1995, 138).

Oman ruumiin rajojen tunteminen on edellytyksenä ympäristön hahmottamiselle (Immonen-Orpana 1995, 138). Roxendalin (1985, 13) mukaan kliiniset kokemukset osoittavat, että psykoottisilla potilailla on häiriöitä ruumiin rajojen hahmottamisessa. Potilas voi kokea olevansa ruumiinsa ulkopuolella tai hän voi kertoa sarvien kasvavan otsastaan. Roxendal (ed.) jatkaa, että jotkut potilaat kaihtavat kosketusta toisten ihmisten tai esineiden kanssa, kun taas joillain on liioiteltu tarve päästä kontaktiin muiden kanssa. Harjoituksissa annetaan ärsykeitä eri aisteille, jotta potilas saa toistuvasti tuntemuksia ääriviivoistaan ja ruumiinosistaan. Jos potilas ei siedä kosketusta, voidaan apuna käyttää erilaisia välineitä, kuten nystyräpalloa. (Immonen-Orpana 1995, 138.) Lisäksi kokemuksia omista ruumiin rajoista voi saada kierimällä lattialla. Harjoitteet eivät kuitenkaan saa koskaan uhata puolustusmekanismia, jonka potilas on voinut luoda suojelemaan ruumiinsa rajoja. (Roxendal 1985, 13.) Omien ruumiin rajojen aistiminen edellyttää harjoitteisiin keskittymistä ja muutosten ja vaihteluiden huomioon ottamista (Talvitie ym. 2006, 272).

6 RUUMIINKUVAN HAHMOTTAMISTA TUKEVIA HARJOITUKSIA

Ruumiinkuvan heikko hahmottaminen vaikuttaa usein perusliikkumiseen niin, että siitä tulee puutteellista. Kävelystä tulee jännittyntä, myötäliikkeet puuttuvat, lihakset ovat jännittyneet, ryhti on huono ja hengitys pinnallista. Nämä voivat aiheuttaa lihasjännityksiä ja kipuja. (Lindberg 1989, 15.) Fysioterapialla pyritään eheyttämään ruumiinkuvaa psykomotrisen kehityksen mukaisilla liikeharjoituksilla. (Immonen-Orpana 1993, 19–20.)

Ruumiintuntemusharjoitusten tavoitteena on lisätä tietoisuutta omasta ruumiista, jolloin asento ja lihasten jännitystaso tulevat tarkoituksenmukaisemmiksi. Ruumiin signaalien tunnistaminen paranee ja tietoisuus omista kyvyistä lisääntyy. Henkilön tapa liikkua paranee ja hän oppii tuntemaan omat rajansa. Tavoitteena on myös ruumiin hallinnan lisääntyminen, jolloin liikkeiden suorittaminen ja liikkuminen sujuvat koordinoitummin ja joustavammin. Lisäksi hengitys ja liikkeet tukevat toisiaan. Harjoitukset syventävät ruumiintuntemusta, minkä johdosta henkilö kokee ruumiinsa uudella tavalla. Ruumiintuntemusharjoitteiden myötä itsetunto ja minäkuva paranevat ja mieli on tasapainoisempi. (Immonen-Orpana 1993, 20.)

Suoritustasoltaan ruumiinkuvaharjoitukset ovat yksinkertaisia, asennon tunnustelua, painonsiirtoja, kiertoja ja venytyksiä. Fysioterapeutti ohjaa liikkeet sanallisesti ja demonstroimalla. Liikkeet suoritetaan oman tuntemuksen mukaan ja voiman käyttö sekä tauot sovitetaan potilaan voimavarojen mukaan. Harjoitukset eivät saa aiheuttaa kipua. (Immonen-Orpana 1993, 20.) Jotta ruumiin tiedostamista lisäävät harjoitteet olisivat lapsesta mielekkäitä, ne tulisi esittää lapselle mieluisalla tavalla. Harjoitukset onnistuvat optimaalisimmin, jos ne tehdään ruumista tukevaa pintaa vasten, esimerkiksi lattialla. Tällöin ruumis liikkuu vapaammin, eikä tasapainon säilyttäminen tuota hankaluuksia. (Sherborne 1993, 47.) Jotta harjoitteilla saataisiin toivottuja tuloksia on erityisen tärkeää, että lapsen ja aikuisen välillä vallitsee luottamus.

Opasta varten kehittelemämme lasten ruumiinkuvaharjoitukset perustuvat Veronica Sherbornen kehittelemään liikuntamenetelmään, jota kutsutaan SDM-menetelmäksi (Sherborne Developmental Movement). SDM-menetelmä tukee monipuolisesti motoriikan ja sosiaalisten taitojen kehittymistä. Menetelmä kehitettiin alun perin kehitysvammaisten lasten ja aikuisten tarpeisiin, mutta sitä käytetään laajasti sekä yleis- että erityisopetuksessa kouluissa ja päiväkodeissa. (Suomen Vammaisurheilu ja -liikunta VAU ry, hakupäivä 15.1.2012.) Lisäksi

harjoitteita suunnitellessamme hyödynsimme Getrude Roxendalin aikuisille potilaille suunnittelema ruumiinkuvaharjoitteita. Harjoitteilla pyritään vaikuttamaan viiteen eri alueeseen, jotka olemme esitelleet aikaisemmin tässä työssä: suhde alustaan, keskilinja, liikekeskus, hengitys sekä ruumiinrajat.

Suhdetta alustaan voidaan lasten kanssa harjoitella erilaisten tömistelyjen ja askellusten avulla. Askellusten voimakkuutta muuttamalla lapsi oppii huomaamaan voimakkaan ja kevyen askelluksen eron. Lapsen kanssa suhdetta alustaan voi harjoitella erilaisten leikkien ja mielikuvien avulla, esimerkiksi matkimalla eri eläinten tai jättiläisen ja keijukaisen liikkumista. Liu'uttamisharjoituksella pyritään rohkaisemaan lasta rentoutumaan alustaa vasten, ja näin lapsi oppii luottamaan omiin taitoihinsa. Kun lapsen vyötärö taipuu joustavasti, tiedetään, että lapsi on rentoutunut ja hänen ruumiinsa pystyy vastaanottamaan tietoa liikkeestä. Merkinä lapsen itseluottamuksesta on myös, jos hän laskee päänsä lattiaan harjoituksen aikana. Jännittynyt lapsi nostaa helposti päänsä ylös nähdäkseen ympäristönsä. (Sherborne 1993, 47.)

Lapsen kanssa keskilinjaa voi harjoitella esimerkiksi keinumisharjoituksilla, joissa lapsi saa kokemuksen painopisteen siirtymisestä ruumiin eri puoliskojen välillä ja eri liikesuunnissa. Keinumisliike on aina hyvä päättää keskipisteeseen, jotta lapsi hahmottaa eron keskilinjasta poikkeavan ja keskilinjassa olevan asennon välillä. (Sherborne 1993, 8.) Leikkiin voi liittää toimintaa sopivia ääniä, jotka ohjaavat lapsen hengitystä, kuten esimerkiksi ”huiiii” tai ”kiiiikuuuu”.

Ruumiin liikekeskus on piste, jonka ympärille voi käpertyä. Lapsi tiedostaa sen pystyessään menemään kerälle. Kerällä olemista voidaan harjoitella muodostamalla ruumiista ”paketti”, jota nostettaessa katsotaan, pysyykö se kasassa. Lisäksi pakettiin voi piilottaa lelun, minkä jälkeen paketti yritetään aukaista. Keskipisteen tiedostamista voi harjoitella myös kuperkeikan avulla, jolloin lapsen tulisi pystyä säilyttämään pallomainen asento. Samalla hän harjoittelee painopisteen siirtämistä hartioista selkään ja siitä lantion seudulle. (Sherborne 1993, 48–50.)

Ruumiinrajojen tunnistamista voi harjoitella kierimällä vapaasti lattialla tai kierittämällä lapsi maton sisään. Lisäksi ruumiin osien taputtelut tai silittely lisäävät tietoisuutta ruumiin rajoista. Ruumiinkuvaa tukevat harjoitukset on aina hyvä päättää rentoutukseen. Aikuinen voi pitää lasta sylissä tai lapsi voi pötköttää lattialla. Aikuinen silittää kevyesti lasta, jolloin lapsi saa kokemuksen ruumiinsa rajoista. Lisäksi aikuinen voi samalla nimetä niitä ruumiin osia, joita silittää. (Sherborne 1993, 10-11.)

7 OPPAAN LAADINTA

Painotuotteet ovat tavallisimpia informaation lähteitä. Painotuotteen laadinta etenee tuotekehityksen vaiheiden, eli ideoinnin, luonnostelun, kehittelyn ja viimeistelyn, mukaan. Varsinaisessa tekovaiheessa tehdään lopulliset tuotteen sisältöä ja ulkoasua koskevat valinnat. (Jämsä & Manninen 2000, 56.)

7.1 Oppaan laatukriteerit

Jämsä & Manninen (2000, 128) määrittelevät laadun kokonaisuudeksi, jonka muodostavat tuotteen ominaisuudet. Laatuun perustuu tuotteen kyky täyttää ne odotukset, jotka siihen kohdistuvat. Laatukriteeri on puolestaan ominaisuus, joka valitaan laadun määrittämisen perusteeksi. (Jämsä & Manninen 200, 128.) Laatukriteerien valinta on tehtävä harkiten, sillä se ohjaa toimintaa tiettyyn suuntaan. Projektin laatukriteerit voi valita kirjallisuudesta, valmiista kriteeristöä, itse laatimalla tai muilta oppimalla. (Idänpää-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta ja Mäkelä 2000, hakupäivä 19.11.2011.) Koska projektillamme ei ole yhteistyötahoa, meillä oli vapaus määritellä itse tuotteemme laatukriteerit. Vinkkejä laatukriteereistä saimme Tutkimus- ja kehittämismenetelmien sovellukset-kurssilta. Olemme määritelleet oppaалlemme neljä laatukriteeriä jotka ovat helppolukuisuus, innostavuus, informatiivisuus ja luotettavuus. Laatukriteerien avulla pyrimme varmistamaan tuotteemme laadun.

Tekstin luettavuutta heikentää monimutkaiset lauserakenteet ja vaikeiden käsitteiden käyttö. Lyhyet ja informatiiviset lauseet kiinnittävät paremmin lukijan huomion. Terveysaineiston tulisi sisältää lukijalle tuttuja käsitteitä, koska ne helpottavat asioiden ymmärtämistä, asiayhteyksien muodostumista ja asioiden muistamista. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 13–14.) Valitsimme laatukriteeriksi **helppolukuisuuden**, koska haluamme, että opasta käyttävä fysioterapeutti pystyy omaksumaan oppaan asiasisällön ja ruumiinkuvaharjoitukset perusteluineen vaivattomasti. Tähän pyrimme laatimalla oppaan sisällöstä mahdollisimman kattavan, ammattimaisen ja loogisen. Käytimme selkeää fonttia sekä tarpeeksi isoa fonttikokoa. Lisäksi selvensimme joitain oppaassa käyttämiämme termejä taataksemme asiasisällön ymmärrettävyyden. Pyrimme helppolukuisuuteen myös lisäämällä kunkin ruumiinkuvaharjoituksen yhteyteen kuvan, joka tukee sanallisia ohjeita.

Ensivaikutelma vaikuttaa vastaanottajan haluun tutustua tarkemmin aineistoon. Lukijan reaktioihin vaikuttaa se, millainen on aineiston tunnelma. Tunnelma muodostuu kuvituksen, värityksen, luettavuuden, toteutustavan, esitystyylin, selkeyden ja tietomäärän kokonaisuudesta. (Parkkunen ym. 2001, 19–21.) Koska uskomme, että oppaassa käsittelemämme asia voi olla monille fysioterapeuteille vieras, halusimme tehdä oppaasta mahdollisimman innostavan. Tämän vuoksi **innostavuus** on yksi laatukriteereistämme. Innostavuuteen pyrimme perustelemalla oppaassa leikki-ikäisten ruumiinkuvaharjoitteiden tärkeyttä ja suunnittelemalla harjoitteista mahdollisimman yksinkertaisia ja helposti toteutettavia. Uskomme, että asiasisällössä tuomamme perustelut lisäävät fysioterapeuttien mielenkiintoa ja halua kehittää ammattitaitoaan oppaamme avulla. Innostavuutta lisäsimme myös käyttämällä valokuvia ja piirroskuvia sekä värejä.

Hyvästä aineistosta lukija hahmottaa selkeästi, mihin aineistolla pyritään. Terveysaineiston on hyvä esittää asiat lyhyesti ja ytimekkäästi, sekä tarjota materiaalissa se tieto, joka on vastaanottajalle olennaisinta. (Parkkunen ym. 2001, 11–12.) **Informatiivisuudella** halusimme luoda asiantuntevan ja ammattilaisille soveltuvan oppaan, jonka avulla fysioterapeutti saa vaivattomasti tarpeellisen tiedon työnsä kannalta. Informatiivisuuteen pyrimme laatimalla asiasisällön, jossa määrittelemme ja korostamme kattavasti mutta tiiviisti oppaan ydinsanoman.

Terveysaineistossa olevan tiedon tulee olla virheetöntä, ajan tasalla olevaa ja objektiivista. Lukijan on voitava luottaa siihen, että aineiston sisältämä tieto perustuu tutkittuun tietoon. Aineiston tulee ilmentää sen tekijöiden perehtyneisyyttä aiheeseen. (Parkkunen ym. 2001, 12.) Viimeisenä laatukriteerinä on **luotettavuus**, koska haluamme että opasta hyödyntävä fysioterapeutti voi luottaa oppaan sisällön oikeellisuuteen. Asiantuntevuus ja luotettavuus motivoivat ammattilaista käyttämään harjoituksia työssään. Oppaan luotettavuuteen pyrimme käyttämällä asiasisällön laadinnassa luotettavia ja asianmukaisia lähteitä.

7.2 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Tuotekehitysprojektin käynnistäminen edellyttää, että tuotteelle on olemassa tarve ja mielikuva sen toteuttamismahdollisuudesta (Jokinen 1999, 17). Tuotekehitysprojekti jaetaan viiteen eri vaiheeseen, joita ovat ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, tuotteen ideointi, luonnostelu, kehittäminen ja viimeistely (Jämsä & Manninen 2000, 28).

Tuotekehitysprojektina laadimme oppaan, jollaista ei ole aikaisemmin tehty. Psykofyysinen fysioterapia on näkemyksemme mukaan aiheena monelle fysioterapeutille vieras, mutta mielestämme kuitenkin tärkeä, sillä ihminen on psykofyysinen kokonaisuus. Näimme siis selkeän **ongelman**, johon halusimme tarttua. Meillä ei ollut aiheeseen liittyvää aiempaa opasta, jota olisimme voineet kehittää edelleen ja josta olisimme saaneet pohjatietoa ja ideoita omaa opastamme varten. Tämän koimme haastavaksi, mutta toisaalta saimme vapaat kädet luoda aivan uusi, meidän näköisemme opas. Oppaan laadintaan saimme arvokkaita neuvoja ohjaavilta lehtoreiltamme sekä Oulun yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian fysioterapeutilta.

Ideointiprosessi käynnistyy, kun varmuus kehittämistarpeesta on saatu, mutta ratkaisukeinoja ei ole vielä löydetty (Jämsä & Manninen 2000, 35). Tulevaa opastamme aloimme **ideoida** jo tammikuussa 2011, jolloin aloitimme projektin parissa työskentelyn. Haasteenamme oli suunnitella opas, joka herättää kiinnostusta fysioterapeuteissa ja fysioterapiaa opiskelevissa. Meidän tuli miettiä, minkä ikäisille kohdistamme oppaaseen tulevat harjoitteet. Lisäksi pohdimme, tekisimmekö tuotekehittelyä opasvihkon vai esimerkiksi kansion. Ideointivaiheessa pyrimme löytämään vastaukset näihin kysymyksiin ohjaavien lehtoriemme avulla. Samalla yritimme saada projektillämme yhteistyökumppania markkinoimalla ideaamme eri toimijoille, kuten Oulun yliopistolliseen sairaalaan.

Oppaan **luonnosteluvaiheen** aloitimme joulukuussa 2011. Tuolloin meillä oli jo melko selkeä kuva siitä, millaisen tuotteen tulemme tekemään. Kun päätös on tehty siitä, millainen tuotteesta on tarkoitus tehdä, käynnistyy luonnosteluvaihe (Jämsä & Manninen 2000, 43). Projektisuunnitelmaa laatiessamme tutustuimme myös tuotekehittelyä koskeviin lähteisiin, joten meillä oli hyvät lähtökohdat tuotteen tekemisen aloittamiselle. Luonnosteluvaiheessa laadimme oppaaseen tulevan asiasisällön hyödyntämällä valmistavan seminaarin kirjallista työtä sekä suunnittelimme oppaaseen tulevat ruumiinkuvaharjoitteet.

Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaat ovat lopullisia hyödynsääjiä, mutta hyöty tulee välillisesti palvelujen tuottajan eli tässä tapauksessa fysioterapeutin kautta. Asiasisällön tulee koostua tosiasioista ja ne tulee kertoa mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja ottamalla huomioon vastaanottajan tiedontarpeen. On kuitenkin tärkeää ottaa tuotetta laatiessa huomioon myös asiakkaiden tarpeet. Näin varmistetaan, että tuote ja sen asiasisältö vastaavat toisiaan. (Jämsä & Manninen 2000, 44–45, 54.)

Asiasisältöä suunnitellessamme meidän tuli varmistaa, että tekstistä tulee tarpeeksi informatiivista, tiivistä ja ammattimaista kohderyhmä huomioon ottaen. Kirjoitimmekin asiasisällön käyttämällä ammattikieltä. Haastavinta oli tehdä asiasisällöstä mahdollisimman kattava ja tiivis. Oppaan sisältö voi olla monelle fysioterapeutille melko vieras, joten halusimme sen sisältävän mahdollisimman paljon teoretietoa ja perusteluja aiheen hyödyllisyydestä. Lisäksi päädyimme selventämään muutamia käyttämiämme keskeisiä termejä, jotta oppaasta tulisi mahdollisimman helppolukuinen myös aiheeseen perehtymättömille fysioterapeuteille. Näin uskoimme saavamme oppaasta mahdollisimman houkuttelevan.

Ruumiinkuvaharjoitteita suunnitellessamme meidän tuli ottaa huomioon tuotteemme varsinaiset hyödynsaajat eli lapset. Siksi meidän tuli varmistaa, että leikki-ikäiset lapset innostuivat niistä. Meillä oli jo tiedossamme, mitä eri osa-alueita ruumiinkuvasta harjoitteiden tulisi kehittää ja miten kyseisiä harjoitteita toteutetaan aikuisille. Hyödynsimme harjoitteiden suunnittelussa Veronica Sherbornen kehittämää SDM-menetelmää, jonka pohjalta löysimme harjoitteet, joista uskoimme lasten motivoituvan. Suunnittelimme harjoitteisiin lyhyet mutta kattavat sanalliset ohjeet. Lisäksi halusimme oppaaseemme kuvia harjoitteista täydentämään sanallisia ohjeita sekä keventämään oppaan ulkoasua. Päädyimme ottamaan harjoitteista valokuvia. Näillä valinnoilla pyrimme saavuttamaan asettamamme laatukriteerit.

Pyrimme laatimaan oppaallemme nimen, joka johdattelee aiheeseen, herättää lukijan mielenkiinnon ja houkuttelee tutustumaan oppaaseen tarkemmin. Sisällysluettelosta lukija pystyy silmäilemällä saamaan yleiskuvan siitä, mitä opas pitää sisällään. Alkusanoissa kerromme oppaan tarkoituksesta ja sen tavoitteista. Lisäksi johdattelemme aiheeseen kuvaamalla oppaaseen liittyviä keskeisiä käsitteitä ja kerromme lyhyesti oppaan sisällöstä.

Ennen ruumiinkuvaharjoituksia kerromme yleisesti niiden ohjaamisesta ja suorittamisesta. Lisäksi olemme laatineet listan tavoitteista, joihin ruumiinkuvaharjoituksilla pyritään. Harjoitukset olemme jakaneet neljään eri osa-alueeseen: suhde alustaan, keskilinja ja hengitys, liikekeskus sekä ruumiinrajat. Kuvaamme jokaisen osa-alueen harjoituksineen omalla sivullaan. Olemme otsikoineet harjoitteet osa-alueiden mukaan. Johdantona harjoituksille selvitämme, mitä eri osa-alueet tarkoittavat ja miksi kyseisen osa-alueen harjoittaminen on tärkeää. Johdantojen jälkeen olemme numeroineet harjoitukset ja antaneet niille nimen. Harjoitukset olemme kuvailleet sanallisesti sekä selventäneet niitä kuvien avulla.

7.3 Oppaan ulkoasun suunnittelu ja toteutus

Kehittelyvaihe on luonnosteluvaiheessa tehtyjen valintojen ja ratkaisujen toteuttamista (Jämsä & Manninen 2000, 54). Oppaamme kehittelyvaihe alkoi vuoden 2012 alussa, jolloin aloimme suunnitella oppaan sivujen asettelua. Taiton eli tekstin ja kuvien asettelun avulla teksti, otsikot ja kuvat asetellaan paikalleen. Yleensä oppaat tehdään joko pysty- tai vaaka-asennossa oleville A4-arkeille. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 55.) Päädyimme valmistamaan oppaan vaaka-asennossa oleville A4-kokoisille arkeille. Näin oppaasta tulee A5-kokoinen vihko, joka on mielestämme käytön ja tulostuksen kannalta järkevin ratkaisu.

Ulkoasuun liittyvillä valinnoilla, kuten tekstityypillä ja tekstin koolla sekä kuvituksella ja tekstin sijoittelulla, voidaan vaikuttaa terveystieteiden selkeyteen. Kirjasintyyppin valinnalla voidaan myös vaikuttaa tekstin tunnelmaan. Kirjasintyyppin tulisi olla selkeä ja yksinkertainen, esimerkiksi Arial tai Verdana. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 15–16.) Valitsimme oppaan leipätekstin kirjasintyyppiä Arialin, koska se on selkeä ja helppolukuinen fontti. Toikkasen (2003, 33) mukaan painotuotteissa sopiva tekstin fontin koko on 9–12 pistettä. Oppaamme leipäteksti on kooltaan 12 pistettä. Mielestämme se on sopivan kokoinen oppaan kokoon ja tekstimäärään suhteutettuna.

Valokuvat otimme toisen projektiryhmän jäsenen kotona. Hän toimi valokuvissa fysioterapeuttina, kun taas toinen projektiryhmän jäsen otti kuvat. Kuvissa harjoitteita suorittavana lapsena toimi 3-vuotias Saara Väisänen. Halusimme, että kuvien mallina toimii leikki-ikäinen lapsi, jotta niiden tilanne olisi aito. Valokuvat otimme itse omalla kamerallamme (Canon Powershot S5 IS). Saara piirsi myös kuvia itsestään, jotka skannasimme tietokoneelle ja siirsimme oppaan kanteen ja sen sivuille kevennykseksi. Kuvat ovat väriltään punaisia ja sinisiä, joten päädyimme käyttämään näitä värejä myös muualla oppaassa.

Oppaan kannesta halusimme tehdä huomiota herättävän ja halusimme sen antavan positiivisen ensivaikutelman. Kannessa on Saara Väisänen piirtämä omakuva. Kuva kuvaa mielestämme tyyppillistä leikki-ikäisen tekemää piirrosta itsestään. Omakuvan piirtämistä hyödynnetään myös fysioterapiassa ruumiinkuvan tutkimisessa (vrt. 3.2 Ruumiinkuvan kehittyminen leikki-ikäisessä). Sijoitimme oppaan nimen kannen yläkulmaan piirustuksen yläpuolelle. Fonttina käytimme Comic Sansia, koska se on mielestämme oppaan tyyliin sopiva. Kuvan alapuolelle olemme sijoittaneet

tarkemman kuvauksen oppaasta. Tässä olemme käyttäneet samaa fonttia. Kannen kuva on punainen ja tekstit sinisellä. Nämä värit sekä kannessa käytetyt fontit toistuvat oppaan otsikoissa.

Otsikoinnissa voidaan käyttää leipätekstistä poikkeavia fontteja ja tyylejä luomaan kontrastia. Kontrasti tuo oppaaseen vaihtelua, joka pitää lukijan mielenkiintoa yllä. Yleensä otsikoissa käytetään suuria, yli 12 pisteen fonttikokoja (Toikkanen 2003, 33–34). Pääotsikoita olemme korostaneet käyttämällä niissä leipätekstistä erottuvaa väriä. Pääotsikon fonttikoko on 36, sillä käyttämämme fontti vaati erottuakseen ison koon. Harjoitteiden eri osa-alueet olemme numeroineet ja otsikoineet ne osa-alueen nimen mukaisesti. Näiden otsikoiden fonttikoko on 26. Oppaan harjoitusten nimeämisessä käytimme fonttikokoa 16. Myös harjoitteiden osa-alueiden ja harjoitteiden otsikoissa olemme käyttäneet leipätekstistä poikkeavaa väriä piristyskeinona. Otsikon värin olemme valinneet sen mukaan, minkä värinen piirroskuva sivulla on.

Ilmava tekstin ja kuvien asettelu lisää oppaan tekstin ymmärrettävyyttä (Torkkola 2002, 53). Väljästi sijoiteltu teksti helpottaa havaitsemaan pääkohdat ja keskeisen sisällön (Parkkunen ym. 2001, 15–16). Tekstiä oppaassamme on melko paljon, koska koemme, että opas vaatii harjoitteiden tueksi teoriapohjaa. Olemme pyrkineet keventämään oppaan ulkoasua käyttämällä riviväliä 1,5 ja erottamalla otsikot ja valokuvat leipätekstistä kahdella rivivälillä. Teksti on ilmavampaa ja luettavampaa, mitä suurempaa riviväliä käytetään (Torkkola ym. 2002, 58). Ei ole olemassa yhtä oikeaa mitta marginaaleille. Oppaan koko ja muoto vaikuttavat marginaalin kokoon. Oppaan tekijä päättää viime kädessä itse, mitkä ovat oikeat marginaalien mitat. (Loiri & Juholin 1999, 68–69.) Käytimme oppaan marginaaleina Microsoft Word 2010 -ohjelmassa olleita oletusmarginaaleja, jotka olivat ylä- ja alasuunnassa 2,5 cm sekä sivusuunnassa 2 cm. Jos olisimme käyttäneet sivusuunnassa suurempaa marginaalia, se olisi kasvattanut oppaan sivumäärää entisestään tekstin paljouden vuoksi.

Kuvan tehtävä on selittää asioita, joita tekstissä käsitellään. Lisäksi kuva jäsentää tekstin kokonaisilmettä. Kuvan ja tekstin yhteisvaikutus selventää julkaisun viestiä niin, että kuva selittää tekstiä ja päinvastoin. (Loiri & Juholin 1999, 52–53.) Kuvitus lisää myös aineiston kiinnostavuutta ja luotettavuutta sekä välittää tietoa nopeammin kuin teksti (Torkkola ym. 2003, 40; Parkkunen ym. 2001, 17). Oppaamme valokuvien tarkoituksena on täydentää tekstissä kuvattua harjoitusta. Olemme pyrkineet saamaan kuvaan olennaiset asiat kyseisestä harjoitteesta. Olemme asettaneet valokuvan aina harjoituksen suoritusohjeen jälkeen, jolloin lukijan on helppo sisäistää ohje. Oppaassamme on myös piirroksuvia piristämässä oppaan ilmettä. Kuvat on piirtänyt oppaan

harjoitteiden kohderyhmän ikäinen lapsi. Skannasimme valmiit piirrokset tietokoneelle ja muokkasimme niitä Paint-ohjelmalla oppaaseen sopiviksi.

7.4 Oppaan viimeistely ja käyttöönotto

Tuotekehittelyn **viimeistelyvaiheessa** hiotaan yksityiskohtia (Jämsä & Manninen 2000, 81). Oppaan viimeistelyvaiheen aloitimme maaliskuussa 2012, jolloin saimme palautetta oppaasta ohjaavilta lehtoreilta. Saimme muutosehdotuksia koskien oppaan asiasisältöä ja sanamuotoja. Lisäksi opinnäytetyömme asiantuntijana toimiva Riitta Hassinen antoi oman kokemuksensa perusteella neuvoja siitä, kuinka saisimme harjoitteista toimivampia. Muokkasimme oppaan tekstiasua ja harjoitteiden ohjeita selkeämmiksi ja helpommin ymmärrettäviksi näiden ehdotusten pohjalta. Lopuksi hioimme vielä oppaan ulkoasua houkuttelevammaksi värien ja piirroskuvien avulla sekä tulostimme oppaan värillisenä vihkomuotoon.

Luovutimme oppaan paperiversiona ja usb-muistitikulle tallennettuna Oulun seudun ammattikorkeakoulun käyttöön huhtikuussa 2012, jossa sitä voidaan hyödyntää fysioterapian opetuksessa. Oppaan tekijänoikeudet jäivät projektiryhmälle, mutta Oulun seudun ammattikorkeakoululla on projektiryhmän lisäksi sen päivitysoikeudet.

8 PROJEKTIN ARVIOINTI

Arviointi on Hyttisen (2006, 10) mukaan jonkin asian ansion tai arvon määrittelyä. Siihen kuuluu muun muassa projektin suunnitelman, projektin tarkoituksen ja tavoitteen, toteuttamiskelpoisuuden ja tavoitteen toteutumisen arviointi (Karlsson & Marttala 2001, 98). Seuraavana tässä kappaleessa arvioimme täytyivätkö oppaallemme asettamamme laatukriteerit, kuinka projektityöskentelymme sujui sekä miten riskien ja resurssien hallinta onnistuivat.

8.1 Oppaan arviointi

Laadunvarmistus on laadunhallinnan keino, jolla pyritään estämään poikkeavuudet asetetuista laatuvaatimuksista. Laadunvarmistuksen avulla saavutetaan luottamus siihen, että tuote täyttää sille ennalta asetetut odotukset. (Jämsä & Manninen 2000, 135.) Leppälän & Nykäsen (1997, 35) mukaan projektin laadunvarmistuksen tärkeimpänä asiana on varmistaa, että tulokset vastaavat tavoitteita ja niiden laatu on asianmukainen.

Asetimme oppaallemme laatukriteereiksi helppolukuisuuden, innostavuuden, luotettavuuden sekä informatiivisuuden. Olemme mielestämme onnistuneet laatimaan oppaan, joka täyttää nämä laatukriteerit. Olemme ottaneet opasta laatiessamme huomioon kohderyhmän eli fysioterapeutit, sekä lopulliset hyödynsaajat eli somaattisesti pitkäaikaissairaat lapset. Käytimme oppaassa ammattisanastoa ja määrittelimme joitakin oppaassa käyttämiämme keskeisiä käsitteitä kokonaisuuden selkiyttämiseksi. Lisäksi suunnittelimme ruumiinkuvaharjoitteet sellaisiksi, että uskomme lasten innostuvan niistä. Kokeilimme harjoitteita oppaan valokuvien mallille, 3-vuotiaalle Saara Väisäselle, joka ainakin halusi tehdä harjoitteita aina uudestaan ja uudestaan.

Opas on mielestämme helppolukuinen, sillä kirjoitimme oppaan asiasisällön helposti luettavalla ja tarpeeksi isolla fontilla. Asettelimme lisäksi tekstin ja kuvat niin, että kuva on heti kirjallisen ohjeistuksen alapuolella, jolloin ohjeiden omaksuminen on helpompaa. Onnistuimme esittämään oppaassamme teoriatiedon melko kattavasti ja tiiviisti, minkä vuoksi teksti on helppolukuista ja informatiivista. Uskomme, että oppaan innostavuutta lisää se, että olemme perustelleet oppaassa käsiteltävän aiheen mahdollisimman perusteellisesti. Oppaan aihe on myös mielestämme mielenkiintoinen ja tärkeä. Aiheen tärkeyttä olemme korostaneet oppaan alkusanoissa. Myös kuvilla ja piirustuksilla uskomme lisänneemme oppaan innostavuutta, mihin pyrimme myös tulostamalla oppaan värillisenä. Opas on mielestämme luotettava, sillä olemme käyttäneet

oppaan laatimisen taustalla asianmukaisia lähteitä, joista on luettelo oppaan viimeisellä sivulla. Mielestämme on tärkeää, että oppaan käyttäjä löytää oppaastamme hyödyntämämme lähteet, jotta hän voi halutessaan perehtyä aiheeseen vielä syvemmin.

Saimme opasta laatiessamme palautetta niin ohjaavilta lehtoreiltamme kuin myös Oulun yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian fysioterapeutilta Riitta Hassiselta. Positiivista palautetta saimme kuvista ja harjoitteista. Lisäksi olimme palautteen mukaan saaneet koottua kattavasti tietoa eri lähteistä. Tärkeänä pidimme Hassiselta saamaamme ruumiinkuvaharjoitteita koskevaa palautetta, sillä hänellä on omakohtaista käytännön kokemusta niistä. Lehtoreilta saimme arvokasta palautetta oppaan rakenteesta sekä sanavalinnoista ja asiasisällöstä. Äidinkielenopettaja antoi palautetta kielellisistä asioista. Huomioimalla nämä palautteet, uskomme saaneemme oppaasta selkeän, helppolukuisen sekä käytännönläheisen.

8.2 Projektityöskentelyn arviointi

Jaoimme projektimme viiteen eri vaiheeseen, joita olivat aiheen ideointi, aiheeseen perehtyminen, projektisuunnitelman laatiminen, tuotekehittely ja projektin päättäminen. Aloitimme projektimme tammikuussa 2011 ja päätimme sen maaliskuussa 2012. Projektin aikana eteen tuli monia ongelmia, joten jouduimme muokkaamaan aikataulua melko paljon projektin edetessä.

Saimme idean opinnäytetyömme aiheeksi tammikuussa 2011. Olimme aiheesta innoissamme, mutta sen rajaaminen tuotti aluksi hankaluuksia. Saimme kuitenkin hyviä neuvoja ohjaavilta lehtoreilta ja opiskelukavereilta. Päätimme nopeasti aloittaa aiheeseen perehtymisen ja rajata aihetta sitä mukaa, kun saimme käsityksen siitä, miten paljon ja millaista tietoa aiheesta on saatavilla.

Aiheeseen perehtyminen oli mielenkiintoinen vaihe projektityötä. Löysimme yllättävän paljon lähteitä, joista suurin osa oli melko vanhoja. Aiheesta löytyvä tieto kasvoi niin laajaksi, että oli ajoittain oli hankala päättää, mitkä tiedot ovat projektimme kannalta olennaisimpia. Toisaalta taas joidenkin projektimme kannalta olennaisten tietojen löytäminen vei odotettua kauemmin. Lähteiden paljous opetti meille lähdekritiikkiä ja lähteiden etsimisen ansiosta tiedonhakutaitomme kehittyivät. Päätimme lopulta tehdä seminaarityön viitekehystä laajan, sillä tässä vaiheessa aiheemme rajaus ei ollut vielä valmis. Pystyisimme helposti karsimaan ylimääräistä tietoa pois laatiessamme loppuraporttimme viitekehystä. Halusimme mahdollisimman kattavasti tietoa myös

siksi, että uskomme siitä olevan hyötyä tulevaisuudessa työelämässä. Olemme itse tyytyväisiä seminaarityönä tekemäämme viitekehukseen. Aiheeseen perehtyminen ja seminaarityön laatiminen veivät aikaa enemmän, kuin olimme alun perin suunnitelleet. Tähän vaikuttivat lähteiden etsimisen lisäksi myös muut koulutyöt. Teimme myös seuraavaa vaihetta eli projektisuunnitelmaa osittain aiheeseen perehtymisen kanssa päällekkäin. Lisäksi laadimme seminaarityömme viitekehystä suurimmaksi osaksi kesällä, jolloin molempien kesätyöt rajoittivat projektin parissa työskentelyä. Yhteisen ajan löytäminen oli myös haastavaa. Päätimmekin jakaa aiheeseen perehtymistä ja valmistavan seminaarin kirjallisen työn laadintaa niin, että kumpikin pystyi sovittamaan sen omaan aikatauluunsa.

Projektisuunnitelman työstäminen oli haastava prosessi, sillä meistä kummallakaan ei ole aikaisempaa kokemusta projektisuunnitelman laatimisesta. Teimme projektisuunnitelmaa suurimmaksi osaksi kesällä, jolloin emme saaneet ohjausta opettajilta. Pystyimme kuitenkin pohtimaan vaikeiksi kokemiamme asioita opiskelutovereidemme kanssa. Kirjallisuutta projektityöskentelystä oli runsaasti saatavilla, mutta monet lähteet oli laadittu isompia projekteja varten, joten meidän tuli soveltaa niitä omaan pienempään projektiimme. Projektisuunnitelman laatiminen vei myös odotettua kauemmin sen vuoksi, että teimme osittain samaan aikaan seminaarityömme viitekehystä. Tästä huolimatta olemme tyytyväisiä projektisuunnitelmaamme. Saimme laadittua siitä napakan ja selkeän. Lisäksi opimme paljon projektisuunnitelman laatimisesta, mistä on varmasti hyötyä jatkossakin, jos työelämässä tulee eteen vastaavanlaisia projekteja.

Tuotekehitysvaihe sujui nopeasti, ja se olikin mielenkiintoisin vaihe projektiamme. Projektin edetessä olimme tehneet alustavia suunnitelmia oppaan ulkoasusta ja sisällöstä, joten nyt pääsimme vihdoinkin toteuttamaan ideoitamme. Saimme hyviä neuvoja ohjaavilta lehtoreilta ja Oulun yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian fysioterapeutilta hyviä ja tärkeitä ideoita omien suunnitelmiamme tueksi. ATK-taitomme joutuivat koetukselle oppaan laadinnassa, mutta selvisimme yllättävän sujuvasti ja itsenäisesti, vaikka ongelmatilanteita tulikin vastaan. Olemme positiivisesti yllättyneitä siitä, että saimme tehtyä oppaasta juuri sellaisen, kuin halusimme.

Loppuraportin laatiminen oli muihin vaiheisiin verrattuna helppoa, sillä pystyimme hyödyntämään jo valmiiksi tekemiämme seminaarityömme viitekehystä ja projektisuunnitelmaa sen tekemiseen. Vaikka erityisesti projektisuunnitelman tekeminen tuntuikin haastavalta, olimme tyytyväisiä, että olimme tehneet sen aikanaan huolellisesti. Lisäksi raportin kirjoittamista helpotti, että olimme

kehittyneet projektin aikana kirjallisessa raportoinnissa. Kävimme molemmat kokopäivätyössä loppuraportin kirjoittamisen aikana, joten aikaa loppuraportin kirjoittamiselle oli vaikea löytää. Alkuun meillä oli melko kunnianhimoiset tavoitteet loppuraportin valmistumiselle. Lopulta päätimme yhteistuumin asettaa loppuraportin kirjoittamiselle aikatavoitteet vähän pidemmälle ja jaoimme kirjoitettavat osiot keskenämme. Yhteistyömme koko projektin aikana oli mutkatonta aikataulullisista ongelmista huolimatta.

8.3 Resurssien ja riskien arviointi

Riskillä tarkoitetaan vahingollisen tai ei-toivotun tapahtuman mahdollisuutta. Riskejä arvioidaan niiden tapahtumisen todennäköisyyden ja tapahtumisen aiheuttaman vahingon kautta. (Leppälä & Nykänen 1997, 41.) Riskien hallinta on varautumista odottamattomiin tilanteisiin. Jotkin potentiaaliset ongelmat saattavat tuntua mitättömiltä, mutta kasautuessaan voivat johtaa suuriin lisäkustannuksiin ja aikataulujen viivästymiseen. (Ruuska 2007, 248.) Leppälän ym. (1997, 42) mukaan riskit voivat johtua projektin sisäisistä tai ulkoisista seikoista. Määrittelimme projektillämme kuusi riskiä, joita olivat yhteistyökumppanin puuttuminen, aikataululliset sekä tietotekniset ongelmat, projektiryhmän keskinäiset ristiriidat sekä sairastuminen tai muu elämäntilanteessa tapahtuva muutos.

Yhteistyökumppanin puuttumista pidimme vakavimpana mahdollisena riskinä, mikä myös toteutui. Olimme varautuneet tähän, sillä vaikka oppaan aihe onkin tärkeä, moni saattaa kokea sen vaikeaksi ja se voi herättää ennakkoluuloja. Emme kuitenkaan lannistuneet yhteistyötahon puuttumisesta, vaan päätimme tehdä projektin loppuun ilman yhteistyötahoa. Aikataululliset ongelmat tulivat eteemme projektin aikana monta kertaa. Muut koulutyöt, viikonlopputyöt sekä projektin loppuvaiheessa molempien kokopäiväinen työ rajoittivat työskentelyä projektin parissa. Pyrimme välttämään ongelman jakamalla tehtäviä keskenämme ja kokoontumalla säännöllisin väliajoin yhdistämään tuotoksemme ja selvittämään yhdessä eteen tulleita kysymyksiä. Aikatauluongelmiin pyrimme vastaamaan myös asettamalla projektin päättämisaikajankohdan mahdollisimman kauas, jolloin välttyisimme turhalta hätiköinniltä ja stressiltä. Tietoteknillisiä ongelmia tuli jonkin verran eteemme opasta tehdessämme. Nämä kuitenkin saimme selvitettyä nopeasti itse tai kysymällä apua osaavammilta henkilöiltä.

Projektiryhmän keskinäisiä ristiriitoja emme pitäneet kovinkaan mahdollisina, vaikka toteutuessaan ne olisivatkin olleet projektin etenemisen kannalta vakavia. Sovimme kuitenkin heti

projektin alussa selvittävämmä hyvässä hengessä ja yhteistuumin kaikki eteen tulevat ongelmat ja ristiriitatilanteet. Projektin edetessä kyseisiä tilanteita ei päässyt kuitenkaan syntymään. Projektiryhmän jäsenen sairastuminen ei ollut projektimme etenemisen kannalta erityisen suuri riski. Sairastapauksissa toinen projektiryhmän jäsen otti suuremman vastuun projektin etenemisestä, jolloin sairastunut sai levätä rauhassa. Näin sairastaminen ei pitkittänyt turhaan. Elämäntilanteen muutos olisi voinut sattuessaan olla suuri riski projektin etenemiselle, mutta emme pitäneet sitä kuitenkaan erityisen todennäköisenä. Mitään suuria elämäntilanteen muutoksia ei projektin aikana tullut eteen.

Resursseja on neljä eri pääluokkaa: raha, henkilöstö, koneet ja materiaali (Pelin 1990, 141–142). Projektissamme resurssit muodostuivat henkilöstömenoista, materiaalikuluista sekä opinnäytetyön sidonnasta. Pidimme kirjaa resursseista koko projektin ajan. Projektityömme kirjalliset tuotokset teimme pääasiassa kotonamme sekä Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön tiloissa ja tietokoneilla. Näin niistä ei koitunut kuluja. Projektiryhmän osalta projektiin oli käytettävissä yhteensä 700 tuntia eli 350 tuntia projektiryhmän jäsentä kohti. Lisäksi ohjaaville lehtoreille oli varattu aikaa kirjallisten tuotosten lukemiseen, ohjaukseen ja seminaaritunteihin. Projektin todelliset kulut muodostuivat materiaalikuluista, joita olivat tulostuspaperi ja tulostusmuste, kirjojen myöhästymismaksuista kirjastolle, usb-muistitikusta, jolle tallensimme oppaan, sekä omien opinnäytetyökappaleiden sidonnasta. Lisäksi annoimme oppaaseen kuvaamiemme valokuvien mallille pienen palkkion. Vastasimme itse kaikista kuluista.

9 POHDINTA

Fysioterapiaa arvostellaan sen yhteiskunnalle aiheutuvista kustannuksista. Tutkimusten mukaan fysioterapian vaikutukset ovat vähäisiä eikä niiden ole voitu osoittaa olevan pysyviä. Huomioimalla potilaiden psyykkisen ja fyysisen puolen yhteys voidaan päästä syvemmälle heidän persoonallisuuteensa. Näin saavutetaan todennäköisesti pysyviä tuloksia paranemisessa (Immonen-Orpana 1995, 133). Mielestämme on tärkeää, että pitkäaikaissairaiden lasten ruumiinkuvahäiriöihin puututaan hyvissä ajoin. Lasten ruumiinkuvassa tapahtuvat häiriöt vaikuttavat lapsen itsetuntoon ja vaikeuttavat sairauden hyväksymistä. Lapsuusaikana alkanut ruumiinkuvahäiriö vaikuttaa vielä aikuisenakin, jos siihen ei puututa hyvissä ajoin. Tämän vuoksi koemme, että opas pitkäaikaissairaiden lasten ruumiinkuvaharjoitteista on ajankohtainen ja tärkeä.

Opinnäytetyömme tuotekehitysprojektissa valmistimme oppaan leikki-ikäisten pitkäaikaissairaiden lasten ruumiinkuvaharjoitteista. Oppaastamme hyötyvät niin pitkäaikaissairaavat lapset kuin myös opasta käyttävät fysioterapeutit sekä fysioterapia opiskelijat. Opas on 20-sivuinen, A5-kokoinen vihkomuotoinen opas, jonka teimme Oulun seudun ammattikorkeakoulun opetuskäyttöön. Halusimme toteuttaa opinnäytetyössämme tuotekehitysprojektin, koska koimme sen meille mieleiseksi vaihtoehdoksi. Oli mukavaa päästä toteuttamaan omia ideoita ja luovuutta opasta suunniteltaessa ja koemme, että tällaiselle oppaalle on tarvetta. Halusimme tehdä oppaan fysioterapeuttien käyttöön, koska psykofyysisen fysioterapia sisältöineen voi olla aiheena monelle fysioterapeutille uusi ja tuntematon. Toivomme, että oppaamme avulla fysioterapeutit kiinnostuvat aiheestamme ja saavat oppaamme ansiosta tarpeellisen teoretiedon harjoitteiden perusteista. Lisäksi toivomme, että fysioterapeutit pystyvät hyödyntämään harjoitteita työssään.

Oppaan sisällön suunnittelu oli vaativaa ja haasteellista, mutta myös toisaalta hyvin mielekästä. Pääsimme oppaan sisällön suunnittelussa toteuttamaan omia ideoitamme sekä hyödyntämään lähteiden teoretietoa. Opasta laatiessamme pyrimme noudattamaan oppaalle asettamiemme laatukriteereitä, joita olivat helppolukuisuus, innostavuus, informatiivisuus ja luotettavuus. Koemme, että olemme saaneet tehtyä laatukriteerien mukaisen oppaan. Haasteenamme asiasisällön kirjoittamisessa oli saada paljon tietoa tiivistettyä oppaan muotoon. Tekstiä oppaassa on runsaasti, sillä koemme, että aihe vaatii pohjaksi teoretietoa. Olemme kuitenkin tyytyväisiä

lopputulokseen, sillä opas on ulkoasultaan selkeä ja saimme aseteltua kuvat ja tekstin niin, että ne tukevat toisiaan. Saimme myös tukiryhmältä positiivista palautetta oppaan ulkoasusta.

Havaitsimme heti työmme alussa että, suurin osa lähteistä on vanhoja (80-luvulta). Uudemmissakin lähteissä oli käytetty vanhoja alkuperäisteoksia. Mielestämme löysimme kuitenkin kohtuullisesti ja melko monipuolisesti eri lähteitä. Lähteitä löytyi paljon norjan ja ruotsin kielellä, koska psykofyysistä fysioterapiaa on tutkittu näissä maissa paljon ja sitä hyödynnetään niissä Suomea enemmän. Alkuun yritimme suomentaa norjankielisiä lähteitä, mutta työ oli hidasta, emmekä olleet varmoja käännösten oikeellisuudesta, joten päätimme lopulta luopua niistä. Onneksi kyseisiä lähteitä löytyy suomennettuna jonkin verran. Psykofyysinen fysioterapia on meidän käsityksemme mukaan vielä lapsen kengissä eikä sitä ole aiheena tutkittu vielä paljon. Etsiessämme tutkimuksia ruumiinkuvassa tapahtuvista häiriöistä ja syistä niihin emme löytäneet lapsille tehtyjä tutkimuksia. Päätimme hyödyntää aikuispotilaille tehtyjä tutkimuksia olettaen, että lapsilla ruumiinkuvan häiriöt johtuvat samantyyulisistä asioista kuin aikuisilla.

Kohtasimme viitekehystä kirjoittaessamme ongelmia monisäikeisen käsitteistön kanssa. Yksistään käyttämästämme käsitteestä ruumiinkuva löytyy suomen kielellä ainakin kymmenen vastaavaa termiä (mm. kehokuva, ruumiinkaava, omakuva, fyysinen minäkuva). Myös psykofyysisestä fysioterapiasta voidaan käyttää useita termejä, kuten psykodynaaminen, psykosomaattinen ja psykomotorinen fysioterapia. Käsitteiden monipuolisuus hämmensi ja sekoitti aluksi, sillä emme olleet varmoja, kirjoitamme asiasta vai asian vierestä. Ohjaavien lehtoreiden ja asiantuntijoilta saamiemme neuvojen pohjalta päätimme käyttää työssämme käsitteitä *ruumiinkuva* ja *psykofyysinen fysioterapia*.

Lähteitä projektityöskentelystä oli hyvin saatavilla. Suurin osa lähteistä oli kuitenkin käsitelty laajempien projektien kannalta, minkä vuoksi niiden soveltaminen omaan projektiimme oli haastavaa. Opinnäytetyömme eri vaiheiden valmistumista varten teimme tehtäväluettelon, joka helpotti työmme etenemistä. Tehtäväluetteloa joutui opinnäytetyön työstämisen aikana jonkin verran muuttamaan. Varsinkin projektisuunnitelman tekeminen vei yllättävän paljon aikaa. Opinnäytetyöprojektimme valmistuminen lykkääntyi myös, koska yritimme saada eri yhteistyökumppaneita lähtemään projektiin mukaan. Toivoimme, että jokin taho olisi tarttunut projektiimme, jotta olisimme saaneet kokemusta yhteistyön tekemisestä tilaajatahon kanssa. Näin olisimme myös saaneet tarkemmat raamit oppaan sisällöstä ja muodosta. Lopulta päädyimme tekemään oppaan koulumme opetuskäyttöön.

Käytimme myös aikaa yhteistyökumppanin etsimiseen, ja epätietoisuus yhteistyökumppanista hidasti työmme etenemistä varsinkin projektisuunnitelman tekemisen aikaan.

Koemme, että olemme kasvaneet opinnäytetyötä tehdessämme ammatillisesti ja olemme kehittäneet fysioterapeuttista osaamistamme. Olemme myös kehittyneet kirjallisessa, visuaalisessa ja suullisessa viestinnässä koko opinnäytetyöprosessin aikana. Myös ATK-taitomme ovat karttuneet. Koska meillä ei ole aiempaa kokemusta vastaavasta projektityöskentelystä, opimme siitä paljon uutta ja projektityöskentelytaitomme kehittyivät projektin aikana. Olemme myös kokeneet parityöskentelyn antoisaksi opinnäytetyöprosessin aikana. Kannustimme ja tuimme toisiamme työn eri vaiheissa. Parityöskentelymme oli sujuvaa ja mutkatonta. Tiukassakin aikataulussa pystyimme saavuttamaan asettamamme tavoitteet, vaikka yhteisen ajan löytäminen oli välillä haastavaa. Loppuraportin kirjoittamista hidastivat samanaikaisesti olevat muut koulutyöt, työharjoittelut sekä molempien kokoaikainen työskentely. Kuitenkin yhteistä aikaa löytyi, kun näin päätettiin. Molemmat olimme sitoutuneita työhön ja työn etenemiseen koko projektin ajan. Aikataulullisten syiden vuoksi jaoimme heti alussa käsiteltävät aiheet ja kokoonnuimme kasaamaan yhteen työmme. Parin kanssa työskennellessä oli hienoa, että pystyi keskustelemaan ongelmista toisen kanssa.

Lehtoreilta saamamme palaute ja kannustus opinnäytetyömme eri vaiheissa oli tärkeää ja arvokasta. Heidän antamiensa neuvojen ja palautteen avulla saimme vaikeissakin paikoissa työmme etenemään ja saimme myös uutta näkökulmaa aiheeseemme. Vertaisarvioitsijoiden ja asiantuntijoiden tuki ja palaute oli meille tärkeää, ja pyrimmekin ottamaan kehittämissuositukset aina huomioon opinnäytetyöprojektissämme.

Opinnäytetyömme resurssien rajallisuuden vuoksi emme päässeet testaamaan harjoitteiden toimivuutta pitkäaikaissairailta lapsilla. Tästä syystä harjoitteiden toimivuuden tutkiminen onkin mielestämme hyvä opinnäytetyön aihe.

LÄHTEET

Almqvist, F. 2004. Leikki-ikä ja varhainen kouluikä. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 42–46.

Amnell, G. 2003. Muutamia näkökohtia ruumiinkuvasta. Teoksessa Valkonen-Korhonen, M., Lehtonen, K. & Tuovinen, T. (toim.) Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki: Yliopistopaino, 135–145.

Anttila, P. 2001. Se on projekti – vai onko? Kulttuurialan tuotanto- ja palveluprojektin hallinta. Hamina: Vammalan Kirjapaino Oy.

Blinnikka, M-L. 1995. Ruumiinkuva ja kokonaisilmaisun ryhmäterapia. Teoksessa K. Koivumäki, T. Lintunen & H. Säilä (toim.) Jalka potkee mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena. Helsinki: Tammisaaren Kirjapaino Oy, 103–111.

Bunkan, B. 2003. The Comprehensive Body Examination (CBE). A psychometric evaluation. Oslo: Faculty of Medicine.

Ekerholt, K. & Bergland, A. 2004. The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis of knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*. 32 (6), 403–410.

Hakanen, A. & Blinnikka, L-M. 1990. Psykosomaattisen ja psykiatrisen potilaan ruumiinkuvan keskinäiset erot sekä poikkeavuudet normaaliruumiinkuvasta. Turun yliopiston psykologian laitos. *Psykologian tutkimuksia*.

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. *Psykofyysinen ihminen*. Helsinki: WSOY.

Hyttinen, N. K. 2006. *Arviointi avuksi projektityöhön*. Helsinki: Sininauhaliitto.

- Idänpää-Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatumittarit – Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Helsinki: Stakes. Hakupäivä 19.11.2011. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/muut/Aiheita20-2000.pdf>.
- Immonen-Orpana, P. 1995. Psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa K. Koivumäki, T. Lintunen & H. Säilä (toim.) Jalka potkee mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena. Helsinki: Tammisaaren Kirjapaino Oy, 133–147.
- Immonen- Orpana, P. 1993. Fysioterapiaa HYKS:n psykiatrian klinikalla. Fysioterapia 40 (3), 18–21.
- Jalanko, H. 2009. Hermosto ja mielenterveys. 100 kysymystä lastenlääkärille. Duodecim, hakupäivä 2.8.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00037#s13.
- Jokinen, T. 1999. Tuotekehitys 500. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Karlsson, Å. & Marttala, A. 2001. Projektikirja: Onnistuneen projektin toteuttaminen. Tampere: Tammer-paino.
- Koski, M-L. 1984. Lapsen ruumiinkuvan muodostuminen. Teoksessa T. Arajärvi, A. Backman & P. Siltala (toim.) Lapsen psykosomaattikka. Espoo: Weilin + Göös, 42.
- Leppälä, K. & Nykänen, V. 1997. Projektiopas. Helsinki: Valtion teknillinen tutkimuskeskus.
- Lindberg, I. 1989. Roxendal tähdentää ruumiinkuvan eheyttämistä. Lääkintävoimistelija 36 (6),14–16.
- Loiri, P. & Juholin, E. 1999. HUOM! Visuaalisen viestinnän käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Lööv, M. 2002. Onnistunut projekti: projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Helsinki: WS Bookwell OY.
- Manninen, E., Maunu, K. & Läksy, M-L. 1998. Opinnäytetyötä tehden ammattitaitoon - ohjeita ja ideoita opinnäytetyöhön. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu.
- Moilanen, I. 2004. Kroonisen sairauden ja vamman vaikutus tunne-elämään. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 357–364.
- Patovirta, M., puheenjohtaja, Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys. RE: Psykofyysisestä fysioterapiasta. Sähköpostiviesti o8rala00@students.oamk.fi 19.8.2011.
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvi-oinnin opas. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.
- Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pelin, R. 1990. Projektin suunnittelu ja ohjaus. Käsikirja. Hämeenlinna: Weilin + Göös.
- Pind, R. 1993. Ilmaisuvoimainen ihmisruumis. Fysioterapia 40 (7), 12–14.
- Rajantie, J. 2002. Lasten sairaudet Suomessa. Teoksessa N–P. Huttunen (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 35–39.
- Roxendal, G. & Winberg, A. 2003. Levande människa. Basal kroppskänndom för rörelse och vila. Stockholm: Natur och kultur.
- Roxendal, G. 1985. Body Awareness Therapy and The Body Awareness Scale. Treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. Hakupäivä: 17.8.2011
http://www.ibk.nu/abstracts/avhandling_roxendal.pdf.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki: Tammerpaino Oy.

Salminen, J., Saarijärvi, S., Äärelä, E. & Kauhanen, J. 1999. Sanat, tunteet ja terveys. Hakupäivä 24.3.2011.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo91013&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero.

Sandström, M. 1999 Kun ruumiinkuva häiriintyy. Fysioterapia 46 (3), 17–20.

Sherborne, V. 1993. Lasten kokonaiskehitystä tukeva liikunta: yleisopetus, erityisryhmät ja esiopetus. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Siltala, P. 1999. Miten lapsen käsitys itsestä muodostuu ja kehittyy? Teoksessa E. Saarinen (toim.) Sairaana ja vammaisen lapsen hyvä elämä. Lastensuojelun keskusliitto. 2. painos. Helsinki: Oy Edita Ab, 9–24.

Suomen fysioterapeutit. 2010. Fysioterapia ammattina. Hakupäivä: 9.4.2011
http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=55.

Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys. 2011. Psykofyysinen fysioterapia. Hakupäivä: 24.8.2011. <http://www.psyfy.net/fysioterapia.php>.

Suomen Vammaisurheilu ja -liikunta VAU ry. Hakupäivä: 15.1.2012.
<http://www.vammaisurheilu.fi/fin/vau/koulutus/sherborne/>.

- Särkilahti-Pennanen, R. 1993. Kokemuksia psykosomaattisten potilaiden pitkstä fysioterapiaryhmästä. *Fysioterapia* 40 (7), 15–17.
- Tamminen, T. 2004. Varhaislapsuus. Teoksessa I. Moilanen, E. Räsänen, T. Tamminen, F. Almqvist, J. Piha & K. Kumpulainen (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Duodecim. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 37–42.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Tirkkonen, T. 2002. Lapsuusajan psyykinen kehitys. Teoksessa N – L. Huttunen (toim.) *Lasten ja nuorten sairaudet*. Porvoo: WS Bookwell Oy, 28–34.
- Toikkanen, R. 2003. Tyylikäs julkaisu. Painotyön ja verkkosivujen suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi –opas potilasohjelden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Wickström, C. 2004. Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. *Fysioterapia*. 51 (7), 25–27.

Laatijat: Marjo Palovaara ja Laura Rantala

TEHTÄVÄLUETTELO

Päiväys 2.4.2012

Projekti: Fysioterapian keinot pitkäaikaissairaalan lapsen ruumiinkuvan eheyttämiseksi

Nro.	Tehtävän nimi	Alku pvm.	Loppu pvm.	Suunn. Tunnit	Toteut. Tunnit	Vastuu/suorittaja
1	Projektin asettaminen ja aiheen ideointi	1/2011	2/2011	50	40	M.P & L.R
1.1	Keskustelut ja neuvottelut ohjaavien opettajien kanssa	1/2011	2/2011	15	15	M.P & L.R+ opettajat
1.2	Sähköpostikeskustelut yhteistyötahon kanssa	2/2011	3/2011	10	10	M.P & L.R+ tilaaja
1.3	Ideaseminaari	9/2010	9/2010	15	15	M.P & L.R
2	Aiheeseen perehtyminen	2/2011	3/2011	210	221	M.P & L.R
2.1	Kirjallisuuden hankinta ja perehtyminen	2/2011	3/2011	40	65	M.P & L.R
2.2	Seminaarityön viitekehyksen kirjoittaminen	4/2011	8/2011	100	130	M.P & L.R
2.3	Ohjauskeskustelu	6/2011	6/2011	2	2	M.P & L.R+ ohjaavat opettajat
2.4	Seminaarityöme viitekehyksen esittäminen ja korjaaminen	9/2011	10/2011	38	24	M.P & L.R
3	Projektin suunnittelu	5/2011	12/2011	150	162	M.P & L.R
3.1	Yhteistyökumppanin etsiminen	8/2011	10/2011	10	15	M.P & L.R + mahd. yhteistyötahot
3.2	Projektsuunnitelman kirjaaminen	5/2011	11/2011	90	130	M.P & L.R
3.3	Ohjauskeskustelu	12/2011	12/2011	2	2	Proj. Ryhmä + ohjausryhmä
3.4	Esittäminen ja korjaaminen	12/2011	12/2011	20	15	M.P & L.R
4	Oppaan valmistaminen	12/2011	1/2012	130	130	M.P & L.R
4.1	Oppaan suunnittelu	12/2011	3/2012	35	35	M.P & L.R
4.2	Oppaan valmistaminen:	1/2011	3/2012	50	60	Proj. Ryhmä + ohjausryhmä
	- sisältö	12/2011	3/2012	30	30	M.P & L.R
	- ulkoasu	12/2011	3/2012	20	30	M.P & L.R
4.3	Ohjauskeskustelut	3/2012	3/2012	4	4	Proj. Ryhmä + ohjausryhmä
4.4	Oppaan luonnosversion toimittaminen ohjausryhmälle	12/2011	3/2012	10	6	Proj. Ryhmä + ohjausryhmä
4.5	Oppaan muokkaaminen	1/2012	3/2012	25	20	M.P & L.R
4.6	Lopullisen oppaan hyväksyttäminen	1/2012	3/2012	6	5	Proj. Ryhmä + ohjausryhmä
5	Projektin päättäminen	12/2011	4/2012	160	150	M.P & L.R
5.1	Loppuraportin kirjoittaminen	12/2011	3/2012	90	85	M.P & L.R
5.2	Ohjauskeskustelu	2/2012	2/2012	6	6	Proj. Ryhmä + ohjausryhmä
5.3	Loppuraportin esittäminen ja korjaaminen	1/2012	3/2012	55	50	M.P & L.R
5.4	Ohjauskeskustelu	4/2012	4/2012	2	2	Proj. Ryhmä + ohjausryhmä
5.5	Loppuraportin hyväksyttäminen	4/2012	4/2012	7	7	M.P & L.R
				yht. 700	yht. 703	