

Psykofyysistä fysioterapiaa tunnesäätelyyn ja kehonhahmotukseen Opas perheille, joissa lapsella on cp-vamma

LAB-ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (AMK)

2023

Emma Hirn, Riikka Jussila, Senni Kettukangas & Elina Kivistö

Tiivistelmä

Tekijä(t) Emma Hirn, Riikka Jussila, Senni Kettukangas & Elina Kivistö	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 52 + 27	Valmistumisaika 2023
Työn nimi Psykofyysistä fysioterapiaa kehonhahmotukseen ja tunnesäätelyyn Opas perheille, joissa lapsella on cp-vamma		
Tutkinto ja koulutusala Fysioterapeutti (AMK)		
Toimeksiantajaorganisaatio Suomen CP-liitto, Voimavarana perhe -hanke		
Tiivistelmä <p>Suomessa asuu noin 6000–7000 henkilöä, joilla on diagnoosina cp-vamma. Cp-vamman diagnoosin saa vuosittain noin 100–120 vastasyntyntä lasta. Yleisimpänä kuntoutusmuotona Suomessa on Kelan järjestämä fysioterapia. Liikuntavamman lisäksi lapsilla, joilla on cp-vamma, voi ilmetä sosiaalisia ja psyykkisiä haasteita. Esimerkkejä psyykkisistä haasteista voivat olla tunnesäätelyn ja kehonhahmottamisen haasteet. Opinnäytetyön yhteistyökumppani on Suomen CP-liiton Voimavarana perhe -hanke.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia opas tunnesäätely- ja kehonhahmotusharjoitteista perheille, joissa 9–15-vuotiaalla lapsella on cp-vamma. Tarkoituksena oli helpottaa perheiden arkea harjoittamalla lasten tunnesäätely- ja kehonhahmottamistaitoja. Tiedonkeruumenetelminä käytettiin kartoitettavaa kirjallisuuskatsausta, harjoitteiden ja oppaan laatimista, oppaan testausta sekä sen muokkaamista lopulliseen versioon. Opinnäytetyössä mukana oli kolme perhettä.</p> <p>Opasta kokeilleet perheet kokivat, että haasteita lapsilla oli etenkin tunnesäätely- ja kehonhahmotustaidoissa. Haasteita ilmeni tunteiden tunnistamisessa, ilmaisussa ja hallinnassa sekä kehon ääriviivojen hahmottamisessa ja oman pystyvyyden rajan tunnistamisessa. Oppaan koekäyttö koettiin tarpeelliseksi, jotta perheet saivat vaikuttaa lopulliseen tuotokseen.</p> <p>Opinnäytetyön tuotoksena laadittu opas on perheille helposti hyödynnettävä tapa harjoittaa tunnesäätely- ja kehonhahmotustaitoja. Perheet kokivat, että harjoitteille on tarvetta. Opinnäytetyössä laadittua opasta voivat hyödyntää terveydenhuollon ammattihenkilöstö, etenkin fysioterapeutit. Opas on tehty yleisesti perheille, joissa 9–15-vuotiaalla lapsella on cp-vamma, joten sitä on mahdollista jakaa muille perheille laajempaan käyttöön. Tulevaisuudessa tarvitaan tietoa harjoittelujaksolla tehtyjen oppaan sisällön mukaisten harjoitteiden vaikuttavuudesta lasten, joilla on cp-vamma, tunnesäätely- ja kehonhahmotustaitoihin.</p>		
Asiasanat cp-vamma, lapset, tunnesäätely, kehonhahmotus, psykofyysinen fysioterapia		

Abstract

Author(s)	Type of Publication	Published
Emma Hirn, Riikka Jussila, Senni Kettukangas & Elina Kivistö	Thesis, UAS	2023
	Number of Pages	
	52 + 27	
Title of Publication		
Psychophysical physiotherapy for body perception and emotional regulation a guide for families where the child has cerebral palsy		
Degree, Field of Study		
Physiotherapy (UAS)		
Organisation of the client		
The Finnish CP Association's Voimavarana perhe -project		
Abstract		
<p>In Finland lives about 6000-7000 people who have been diagnosed with cerebral palsy. Approximately 100-120 newborn children are diagnosed with cerebral palsy. The most common form of rehabilitation in Finland is physiotherapy organized by Kela, the Social Insurance Institution of Finland. In addition to physical disabilities, children with cerebral palsy may have social and psychological challenges. The psychological challenges can be for example challenge in emotional regulation and body perception. The Finnish CP Association's Voimavarana perhe -project is the partner of this thesis.</p> <p>The topic of the thesis is to create a guide to emotional regulation and body perception exercises for families with a 9-15-year-old child with cerebral palsy. The purpose is to make everyday life easier for families by practicing children's emotional regulation and body perception skills. The data collection methods used include a literature review, the preparation of exercises and a guide, testing the guide and editing it into the final version. Three families participated in the making of thesis.</p> <p>The families who tried the guide felt that there are challenges especially in emotional regulation and body perception skills. Challenges appeared in recognizing, expressing, and controlling emotions. Body perception challenges appeared in visualizing the outlines of the body and identifying the limits of ability. The trial run of the guide was found to be necessary so that families could influence the final output.</p> <p>The guide prepared as a product in the thesis is an easy-to-use way for families to practice emotion regulation and body perception skills. The families felt that there is a need for the exercises. The guide can be used by healthcare professionals, especially physiotherapists. The guide is generally made for families with a 9-15-year-old child with cerebral palsy, so it is possible to distribute it to other families for wider use. In the future, information is needed on the effectiveness of the exercises according to content of the guide during the training period on the emotional regulation and body perception skills of the children with cerebral palsy.</p>		
Keywords		
cerebral palsy, children, emotional regulation, body perception, psychophysical physiotherapy		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.1	Opinnäytetyön tausta.....	1
1.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	2
2	Cp-vamma.....	3
2.1	Cp-vamma neurologisena oireyhtymänä.....	3
2.2	Cp-vamman luokittelu ja toimintakyvyn arviointi.....	9
2.3	Hydrokefalia cp-vamman liitännäisoreena.....	11
3	Psykofyysisen fysioterapian menetelmät.....	14
3.1	Psykofyysinen fysioterapia.....	14
3.2	Tunnesäätely.....	16
3.3	Kehonhahmotus.....	21
4	Oppaan laatiminen.....	25
4.1	Hyvä opas.....	25
4.2	Kohderyhmäanalyysi.....	25
4.3	Resurssianalyysi.....	26
5	Tutkimushenkilöt ja -menetelmät.....	27
5.1	Tutkimusaineisto.....	27
5.2	Tutkimusasetelma.....	27
5.3	Tiedonkeruumenetelmät.....	28
5.4	Oppaan laatiminen käytännössä.....	31
5.5	Tutkimuksen eettiset näkökulmat.....	31
5.6	Aineiston analysointi.....	32
6	Tulokset.....	34
6.1	Kehonhahmotus- ja tunnesäätelytaidot lapsilla, joilla on cp-vamma.....	34
6.2	Perheille suunnatun oppaan sisältö.....	36
6.3	Kokemukset oppaan tunnesäätelyn ja kehonhahmotuksen harjoituksista.....	37
7	Pohdinta.....	38
7.1	Aineisto.....	38
7.2	Menetelmät.....	39
7.3	Tulokset.....	40
7.4	Jatkotutkimus- tai jatkokehittämisasiheet.....	40
8	Johtopäätökset.....	42
	Lähteet.....	43

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Suostumuslomake

Liite 3. Ensimmäinen kyselylomake

Liite 4. Toinen kyselylomake

Liite 5. Haastattelu

Liite 6. Palautekysely

Liite 7. Opas

Liite 8. Tietosuojailmoitus

Johdanto

1.1 Opinnäytetyön tausta

Cp-vamma (Cerebral palsy) esiintyy maailmanlaajuisesti noin 17 miljoonalla henkilöllä. Se on maailman yleisin elämänmittainen fyysinen vamma. Se ilmenee yhdellä vastasyntyneellä viidestäsadasta. Cp-vammaan ei ole olemassa lääkitystä. (Graham ym. 2016.)

Cp-vamman diagnoosin saa vuosittain Suomessa noin 100–120 lasta eli noin kaksi tuhannesta vastasyntyneestä. Henkilöitä, joilla on cp-vamma, on Suomessa noin 6000–7000. Suurin osa cp-vamman diagnoosin saaneista tarvitsee moniammatillista kuntoutusta koko elämänsä ajan. (Terveyskirjasto 2020.) Myönteisen Kelan (Kansaneläkelaitos) kuntoutuspalvelupäätöksen vuonna 2021 sai 3621 henkilöä, joilla on cp-vamma. Näistä alle 15-vuotiaita oli 622 henkilöä. Kelan järjestämistä kuntoutuspalveluista henkilöille, joilla on cp-vamma, kustannuksia kertyi vuonna 2021 vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen osalta 13 107 000 euroa ja kuntoutusrahan osalta 350 000 euroa. (Sarpanta 2021, 32, 35 & 61.)

Opinnäytetyö kohdistuu erityisesti tunnesäätelyyn ja kehonhahmottamiseen lapsilla, joilla on cp-vamma. Neurologisen liikuntavamman laaja-alaisuus ja liitännäisoireet ovat vielä huonosti tunnettuja, mutta ne aiheuttavat lisäkuormitusta. Tämä vaikuttaa lapsen tunne- ja stressinsäätelyyn ja haastaa arjessa. Voimavarana perhe -hanke on havainnut yhteiskehittämisessä perheiden kanssa, että he hyötyvät kokonaisvaltaisesta tuesta fyysisen toimintakyvyn tukemisen oheen. (Suomen CP-liitto 2023.) Näin ollen halutaan opinnäytetyön tuotoksena tarjota erityisperheille mahdollista rauhoittumista arkeen, mutta myös tarjota heille keinoja tulevaisuuteen. Oppaan harjoitteiden avulla halutaan tarjota vinkkejä esimerkiksi koko perheen yhteiseksi rauhoittumishetkiksi. Tuodaan oppaassa olevien harjoitteiden teko ja tunnesäätely- ja kehonhahmotustaitojen harjoittelu osaksi lapsen ja perheen elämää, jotta arkeen ei syntyisi lisää kuormitusta.

Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä on Suomen CP-liiton Voimavarana perhe -hanke. Hankkeessa toimivat opinnäytetyön yhteyshenkilöt ovat projektipäällikkö ja projektityöntekijä. CP-liitto on valtakunnallinen vammais- ja erityisliikuntajärjestö. Voimavarana perhe -hankkeen tavoitteena on kehittää toimivia tapoja tukea perheiden arkea. Kohderyhmänä hankkeessa ovat perheet, joissa lapsella on cp-vamma tai hydrokefalia. Yhdessä perheiden kanssa kehitetään menetelmiä, jotka auttavat jaksamaan arjessa, palautumisessa, sekä tukevat tunne- ja stressinsäätelyssä. Menetelmät auttavat myös

lasten vammaan liittyvien liittänoisoreiden tietoisuuden lisäämisessä. (Suomen CP-liitto 2023.)

1.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä lapsien, joilla on cp-vamma, tunnesäätely- ja kehonhahmotustaitojen teoriaan, tehdä kohderyhmään sopiville perheille kyselylomake ja haastatella heitä. Kyselylomakkeen ja haastattelujen perusteella laaditaan opas tunnesäätely- ja kehonhahmotusharjoitteista. Yhdistämällä kysely ja haastattelu saadaan enemmän osallistujia, koska kaikki eivät halua tai eivät pysty osallistumaan haastatteluun. Opas tulee erityisesti perheiden käyttöön, mutta myös CP-liiton ja muiden terveysalan ammattilaisten käyttöön.

Opinnäytetyö antaa perheille, joissa lapsella on cp-vamma, keinoja siihen, miten auttaa ja tukea lapsen tunnesäätely- ja kehonhahmotustaitoja. Tarkoituksena on, että vanhempi ja lapsi tekevät harjoitteita yhdessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiset ovat 9–15-vuotiaan lapsen, jolla on cp-vamma, tunnesäätely- ja kehonhahmotustaidot?
 - 1.1 Millaiset ovat 9–15-vuotiaan lapsen, jolla on cp-vamma, tunnesäätelytaidot?
 - 1.2 Millaiset ovat 9–15-vuotiaan lapsen, jolla on cp-vamma, kehonhahmotustaidot?
2. Millainen tulee olla oppaan, joka on suunnattu perheille, jossa lapsella on cp-vamma?
 - 2.1 Millaisia asioita oppaassa tulee käsitellä?
 - 2.2 Miten opasta tulee muokata palautteen perusteella?
3. Miten lapset, joilla on cp-vamma, kokivat oppaan tunnesäätelyn ja kehonhahmotuksen harjoitukset?
 - 3.1 Miten lapset, joilla on cp-vamma, kokivat tunnesäätelyn harjoitteet?
 - 3.2 Miten lapset, joilla on cp-vamma, kokivat kehonhahmotuksen harjoitteet?

2 Cp-vamma

2.1 Cp-vamma neurologisena oireyhtymänä

Cp-vamma viittaa käsitteenä ryhmään neurologisia oireyhtymiä, jotka ilmaantuvat vastasyntyneillä tai varhaislapsuudessa. Cp-vamma johtuu keskushermoston vauriosta tai poikkeuksesta, mikä vaikuttaa keskushermoston kykyyn hallita liikkeitä ja ylläpitää ryhtiä ja tasapainoa. Cp-vamma vaikuttaa pysyvästi kehon liikkeisiin ja lihaksien koordinaatioon. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke 2023.)

Cp-vamma on maailman yleisin liikuntaongelmia aiheuttava oireyhtymä lapsilla. Tyypillisiä motorisia oireita ovat tasapainon hallinnan, liikkeiden koordinoinnin ja lihasjänteiden ongelmat sekä heikentynyt lihasvoima. Ongelmien vaikeus vaihtelee vaikeasta liikuntavammaisuudesta vähäiseen ongelmatiikkaan. (Autio 2014, 6.)

Cp-vamma määritellään ensisijaisesti pysyväksi liikuntavammaksi eli motorisiksi ongelmiksi. Vammaan kuitenkin liittyy usein myös muita liitännäisoireita. Yleisiä liitännäisoireita ovat esimerkiksi suun motoriset ongelmat, kuulovamma, syömisongelmat, näkövamma, kommunikoinnin vaikeudet, kognitiiviset vaikeudet, kehonhahmotusvaikeudet, epilepsia ja osteoporoosi. Nämä liitännäisoireet ilmenevät lapsilla, joilla on cp-vamma, yksilöllisinä yhdistelminä. (Autio 2014, 10.)

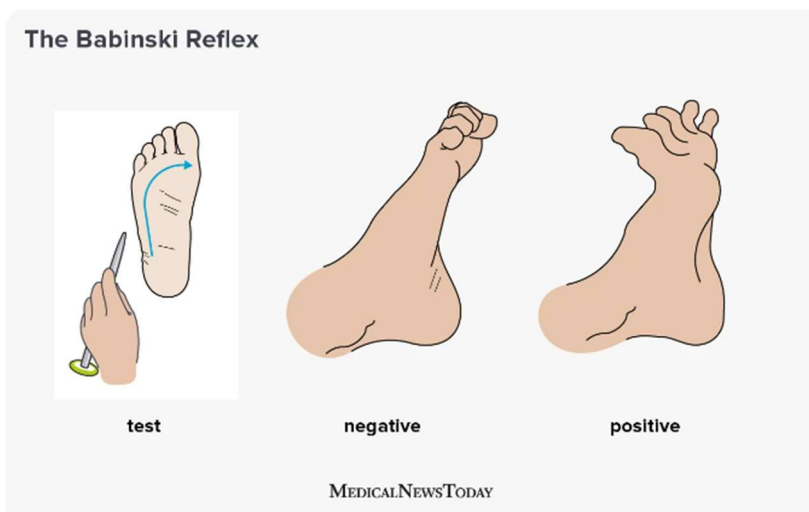
Cp-vamma voi syntyä mistä tahansa tapahtumasta, mikä vaikuttaa sikiön tai vastasyntyneen aivoihin. Cp-vamman riskitekijöiksi on tunnistettu synnynnäiset epämuodostumat, sikiön kasvun rajoittuminen, monisikiöraskaus, infektiot sikiökaudella tai vastasyntyneenä, vastasyntyneen hapenpuute, keskosena syntyminen, äidin hoitamaton kilpirauhasenvajaatoiminta ja perinnöllinen verisuonitukos. Syynä voi olla myös ennen syntymää, syntymän aikana tai pian syntymän jälkeen tapahtunut aivoinfarkti lapsella. (Stavsky ym. 2017, 2.) Postnataalisia eli syntymän jälkeisiä cp-vamman aiheuttajia voivat olla esimerkiksi kallonsisäiset vammat ja aivojen tulehdukset, joita ovat esimerkiksi aivokalvon tulehdus (meningiitti) ja aivotulehdus eli aivokuume (enkefaliitti). Cp-vamma kuitenkin syntyy monen tekijän yhteisvaikutuksesta. Joskus vamman syy saattaa jäädä epäselväksi. (Autio 2014, 7.)

Lapsen neurologista kehitystä seurattaessa pyritään mahdollinen poikkeavuus tunnistamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tällainen seuranta tapahtuu yleensä neuvolassa. Poikkeavuus pyritään tunnistamaan varhain, jotta kuntoutus voidaan aloittaa ajoissa. Asioita, joita henkisen kehityksen osalta seurataan ovat jokeltaminen, nauru, yksittäisten sanojen sanominen ja ruoan pureskelukyky. Motorisia asioita, joita seurataan ovat esimerkiksi istuminen, konttaus, seisominen, kävely, juokseminen ja hyppääminen. Toiminnoissa oleellista on, että ne tulee suorittaa ilman tukea ja apua. (Autio 2014, 8.) Motoristen

ongelmien lisäksi cp-vammassa esiintyy häiriöitä sensorisissa toiminnoissa, hahmotuskyvyssä, kognitiossa, kommunikaatiossa ja käytöksessä (Arrigoni ym. 2016, 1347).

Cp-vammasta saattaa aikaisessa vaiheessa lapsella kertoa se, että sekundaariheijasteet eivät kehity tai ne eivät kehity normaalisti (Autio 2014, 8). Sekundaariheijasteita ovat tasapainoreaktiot ja suojareaktiot. Nämä yhdessä muodostavat asentorefleksit ja -heijasteet. Tasapainoreaktiot ovat apuna tasapainon palauttamisessa ja säilyttämisessä. Suojareaktiot tulevat esiin esimerkiksi kaatumistilanteessa, kun tasapainoreaktiot eivät ehdi käynnistyä. Lapsi tekee ojennussuuntaisen liikkeen siihen suuntaan, mihin on kaatumassa. Asentorefleksit kehittyvät 3,5 - ikävuoteen saakka ja säilyvät läpi elämän. (Latvala 2019, 5–6.) Sekundaariheijasteiden ilmeneminen kertoo korkeampien aivotointojen kehittymisestä (Autio 2014, 8).

Ennen sekundaariheijasteita lapsella ilmenee primitiiviheijasteet, jotka ovat aivorunkoperäisiä. Lapsen kehittyessä normaalisti, nämä heijasteet sammuvat kolmanteen ikävuoteen mennessä. Henkilöllä, jolla on esimerkiksi cp-vamma, primitiiviheijasteet voivat säilyä pidempään tai ne eivät sammu lainkaan. (Autio 2014, 8.) Silloin suojareaktiot eivät välttämättä kehity tai niiden kehittyminen viivästyy (Latvala 2019, 10). Primitiiviheijasteita esiintyy lapsella eniten ensimmäisen elinvuoden aikana. Ne kehittyvät sikiövaiheessa jo ennen syntymää. Keho reagoi tahdosta riippumatta erilaisiin ulkopuolisiin ärsykkeisiin. Näitä reaktioita kutsutaan primitiivireflekseiksi, varhaisheijasteiksi, primitiiviheijasteiksi tai neonataaliheijasteiksi. (Latvala 2019, 3.) Esimerkki primitiiviheijasteesta on Babinskin heijaste (Kuva 1). Heijasteen testaaminen tapahtuu raaputtamalla jalkapohjaa, jolloin isovarvas taipuu jalkapohjaan päin. Näin tapahtuu terveellä yli kaksivuotiaalla lapsella. Babinskin heijaste on positiivinen etenkin spastisessa cp-vammatyypissä. (Autio 2014, 8.) Positiivisessa Babinskin heijasteessa isovarvas kääntyy ylöspäin jalkapohjaa raapaistaessa, mikä viittaa pyramidiradan vaurioon (Brigo ym. 2021, 1). Babinskin heijaste vaikuttaa pystyasennon hallintaan, joten sen täytyy poistua ennen pystyasennon saavuttamista (Latvala 2019, 7).



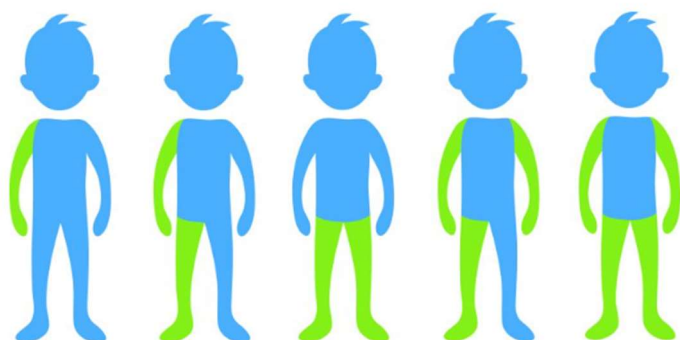
Kuva 1. Babinskin heijaste (Gill & Johnson 2020)

Cp-vammassa on erilaisia spesifejä muotoja. Ne määritetään alueen, tyypin ja anatomisen sijainnin mukaan. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke 2023.) Vammaan liittyy lihasjänteiden eli lihastonuksen muutoksia. Näitä ovat spastisuus, jossa lihastonus on kasvanut, ja dystonisuus, jossa lihastonus on alentunut, sekä näiden yhdistelmämuoto. (Lindström ym. 2009, 267.) Lihastonus tarkoittaa lihaksen perusjänteitä ja se voi olla voimakkuudeltaan vaihtelevaa (Terveyskirjasto 2023). Lapsi, jolla on spastinen cp-vamma, voi pelätä erilaisia liikkeitä, olla jäykkä ja painovoiman vaikutus liikkumiseen voi ahdistaa. Lapsi, jolla on spastinen cp-vamma, kokee huolta kaatumisesta vaihtaessaan pään ja kehon asentoa. Lapsella, jolla on spastinen cp-vamma, on usein myös huono kehotietoisuus, ongelmia motoristen liikkeiden suunnittelussa ja molempien käsien käytössä samanaikaisesti. (Hinchcliffe 2007, 51.) Cp-oireyhtymän tyyppi voi olla spastinen, atetoottinen, ataksinen tai näiden yhdistelmämuoto (Palisano ym. 2017, 451).

Liikuntarajoitteet jaetaan aivojen liikesäätelyn häiriöön (dystoniseen) tai aivojen tyvitumakkeen häiriöön (atetoottiseen) (Palisano ym. 2017, 451). Atetoottisessa cp-vammassa liikkeiden koordinointi on haasteellista ja siinä esiintyy tahattomia liikkeitä, etenkin kasvojen alueella ja yläraajoissa (Suomen CP-liitto 2020a, 17). Atetoottisessa muodossa lihasten tonus on alentunut, mikä vaikeuttaa asennon ylläpitämistä. Liikkeet ovat jatkuvia, hidastuneita ja vääntäviä. (Palisano ym. 2017, 451.) Ataksia on kyvyttömyyttä tuottaa normaaleja tai tahdonalaisia liikeratoja. Ataksiaan ei liity lihasheikkoutta, eikä sitä voida liittää tahattomaan lihastoimintaan vaikuttavissa nivelissä. Ataksia ilmenee instabiilitteettina, ryhdin hallinnan ongelmana sekä vaikeutena koordinoida, rytmittää ja kohdentaa liikkeitä. (Palisano ym. 2017, 451.)

Cp-vamma jaetaan alatyyppeihin (Kuva 2) anatomisen sijainnin mukaan siten, missä motoriset haitat ilmenevät. Näitä ovat mono-, hemi-, di-, tri- ja tetraplegia. (Autti-Rämö ym. 2017,

10.) Monopleginen alatyyppi on hyvin harvinainen, se kattaa alle 1 % cp-vammoista. Cp-vamma kohdistuu silloin yhteen raajaan. Hemipleginen alatyyppi on yleisin ja sen osuus kaikista cp-oireyhtymistä on arviolta noin 30–40 %. Hemiplegian oireet riippuvat vaurion sijainnista aivoissa ja syntyajankohdasta. Oireet esiintyvät vain toisella puolella kehoa. (Suomen CP-liitto 2020a, 16.) Hemiplegia on yleensä tyypiltään spastinen. Aivovaurion ollessa syvissä tumakkeissa, voi se esiintyä yläraajojen pakkoliikkeinä eli hemiplegiaan voi liittyä myös dyskineettistä oireilua. (Autti-Rämö ym. 2017, 11.) Näkökenttäpuutokset, oppimisvaikeudet ja epilepsia voivat liittyä hemiplegiaan (Suomen CP-liitto 2020a, 16).

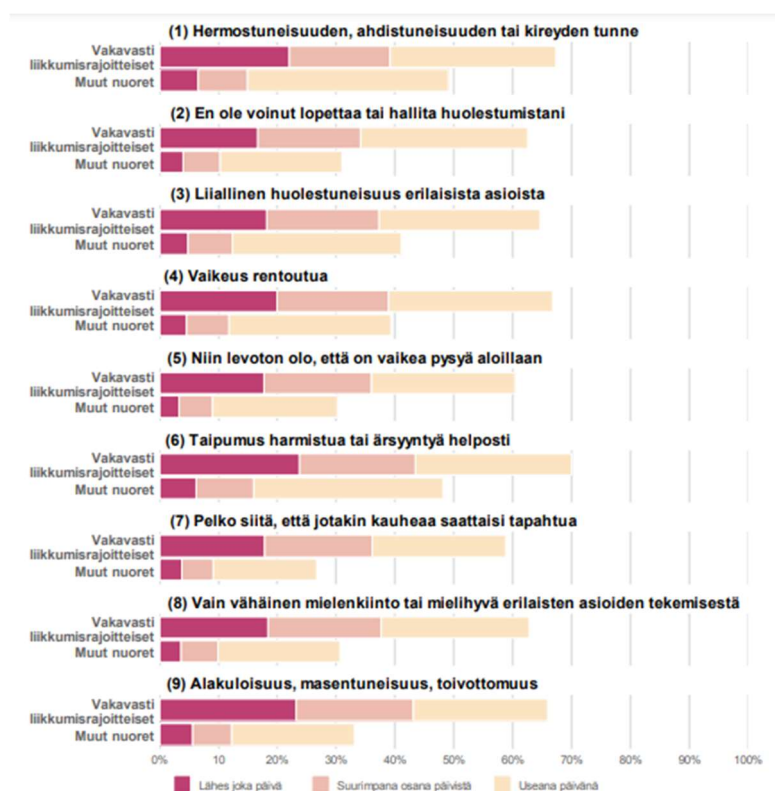


Kuva 2. Mono-, hemi-, di-, tri- ja tetraplegia. (Suomen CP-liitto 2020a, 16)

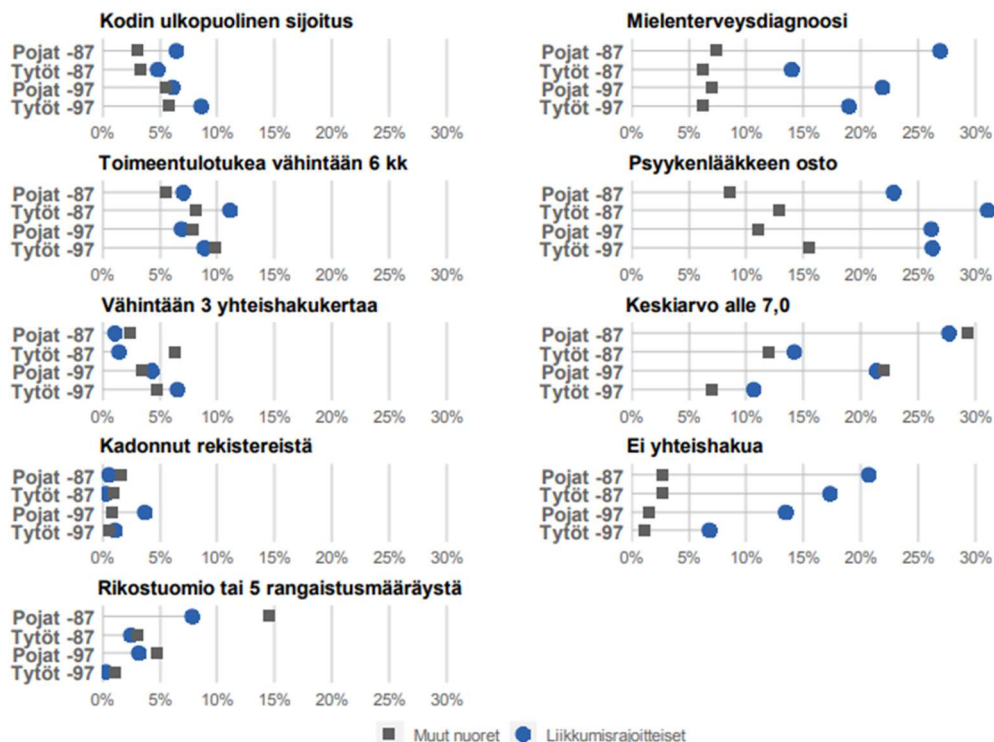
Cp-vamman diplegisessä alatyyppissä motorinen toimintarajoite ilmenee alaraajoissa, mutta myös yläraajoissa ja niiden toiminnassa on usein poikkeavuutta (Autti-Rämö ym. 2017, 11). Diplegian osuus on noin 30–40 % cp-diagnooseista. Sitä aiheuttavat keskossuuden erityisongelmat, esimerkiksi aivojen hapenpuute tai aivoverenvuoto. Vaurion sijainnista riippuvat lihasjänteyden vaihtelu ja pakkoliikkeet. Oppimisvaikeudet, näkökyvyn vaikeudet ja kehonhahmottamisen vaikeudet voivat liittyä diplegiaan. Tripleginen alatyyppi on kolmeen raajaan vaikuttava cp-vamma. (Suomen CP-liitto 2020a, 17.) Tetraplegisessä alatyyppissä ala- ja yläraajojen toiminta on rajoittunutta. Tetraplegia jaotellaan kahteen muotoon riippuen aivovaurion sijainnista ja siitä aiheutuvasta jäntevyyden poikkeavuudesta sekä mahdollisesta liikehäiriöstä. Nämä kaksi muotoa ovat dystoninen ja spastinen muoto. (Autti-Rämö ym. 2017, 11.) Syynä tetraplegialle on usein täysaikaisen vastasyntyneen hapenpuute eli asfyksia (Suomen CP-liitto 2020a, 17). Cp-vamma voidaan luokitella myös pentaplegiseen alamuotoon. Pentaplegisessä muodossa ala- ja yläraajojen lisäksi myös kaulan ja pään alueen toiminta on rajoittunutta. Tämä voi aiheuttaa muun muassa ongelmia hengityksessä ja syömisessä. (CerebralPalsy 2023.)

Kivelä ym. (2019, 2, 3, 18, 27–29 & 35–36) selvittivät liikkumisrajoitteiset nuoret Suomessa – tutkimuksessaan yhdessä Terveyden ja hyvinvointilaitoksen (THL) kanssa, liikuntarajoitteisten nuorten määrää Suomessa ja arvioivat heidän syrjäytymisriskiänsä ja elämänlaatua.

Liikuntarajoitteisia nuoria Suomessa oli vuonna 2019 tutkimuksen mukaan noin 10 000 ikäluokissa 14–29-vuotiaat. Tutkimuksessa havaittiin cp-oireyhtymän olevan yksi yleisimmistä liikuntarajoitteista. Tutkimuksessa tutkittiin THL:n syntymäkohorttiaineistoja vuosilta 1987 ja 1997 sekä vuoden 2017 kouluterveyskyselyä. Kouluterveyskyselyssä ahdistuneisuutta selvitettiin yhdeksän kysymyksen mittarilla, jossa on sovellettu GAD-7-ahdistuneisuusmittaria (Kuvio 1). Elämänlaatua ja syrjäytymisriskiä mitattiin viranomaisten rekisteritietoja yhdistämällä ja kouluterveyskyselyjen vastauksia tulkitsamalla. Syrjäytymisriskien tunnistamiseksi käytettiin tutkimuksissa hyväksi todettuja indikaattoreita (Kuvio 2). Näitä syrjäytymisen indikaattoreita ovat vuonna 1997 syntyneille kodin ulkopuolinen sijoitus, mielenterveysongelmat, psyykelääkkeen käyttö, rikollisuus, heikko koulumenestys (keskiarvo on alle seitsemän), yhteishausta pois jättäytyminen, keskeytys toisen asteen opinnoissa, pitkittynyt toimentuloasiakkuus, viranomaistenrekistereissä oleva ulkopuolisuus sekä teiniäitiys, eli alle 20-vuotiaana lapsen saaminen. Tutkimuksen perusteella liikuntarajoitteisilla nuorilla riskien esiintyminen ennusti syrjäytymistä enemmän kuin muilla nuorilla, erityisesti jos riskitekijät kasaantuivat lapsuuteen.



Kuvio 1. Vakavasti liikuntarajoitteisten ja muiden nuorten tulokset sovelletusta GAD-7-ahdistuneisuusmittarista (Kivelä ym. 2019, 29)



Kuvio 2. Indikaattorit, jotka ennustavat syrjäytymistä eri kohorttiryhmissä sukupuolittain huomioituna liikuntarajoitteiset nuoret sekä muut nuoret (Kivelä ym. 2019, 20)

Bjorgaas ym. (2021, 1–5) tutkivat pitkittäisessä kohorttitutkimuksessa lasten, joilla on cp-vamma, sairauskäsityksiä neljän vuoden välein. Lapset olivat alkuarvioinnissa 7-vuotiaita ja loppuarvioinnissa 14-vuotiaita. Tutkijat vertasivat huoltajien arviointia, lasten itsearviointia ja arvioivat samanaikaisesti lääketieteellisiä ja psykiatrisia häiriöitä. Tuloksissa havaittiin, että lapsilla, joilla on vakavampi motorinen vamma ja samanaikaisesti psykiatrisia häiriöitä, huoltajat ilmoittivat korkeampia pisteitä lastensa cp-vamman vaikutuksesta sairauksien oireisiin ja oireiden keston. Korkeat pisteet olivat myös yhteydessä lapsen vähäiseen osallistumiseen vapaa-ajan toimintaan. Huoltajat raportoivat korkeampia sairashavaintopisteitä lapsilla, joilla täyttyi psykiatristen häiriöiden sekä käyttäytymis- ja tunnehäiriöiden kriteerit. Tällä oli vaikutusta lapsen häiriön keston, oireisiin ja vapaa-ajan toiminnan vähyyteen.

Lapsilla, joilla on cp-vamma, kivun kokeminen ja ahdistus kivusta on yleistä. Tämän vuoksi epäillään, että kivun intensiteetti ja ahdistus kivusta ennustavat käyttäytymiseen ja tunteisiin liittyviä ongelmia lapsilla, joilla on cp-vamma. Erityisesti ahdistus kivusta on ennuste käyttäytymiseen ja tunteisiin liittyvistä ongelmista. Ahdistus kivusta on keskeisempi tekijä kuin itse kipu. (Yamaguchi ym. 2013.) On olemassa näyttöä siitä, että lapsilla, joilla on cp-vamma, on suurentunut riski mielenterveyden ongelmiin. Näitä ongelmia ovat esimerkiksi emotionaaliset ongelmat, hyperaktiivisuus ja cp-vammaan liittyvät liitännäisongelmat. Nämä ongelmat ovat yleisimpiä lapsilla, joilla on lievä cp-vamma. Psykkisten ongelmien

alkuperä lapsilla, joilla on cp-vamma, on monimutkainen. Alkuperä kuitenkin sisältää sairaudet ja psykososiaaliset tekijät, kuten muillakin lapsilla. Tähän liittyy perheen haasteet suhtautua lapsen aivoperäiseen vaurioon ja millaisessa asenneympäristössä lapsi kasvaa. (Parkes & McCusker 2008.)

2.2 Cp-vamman luokittelu ja toimintakyvyn arviointi

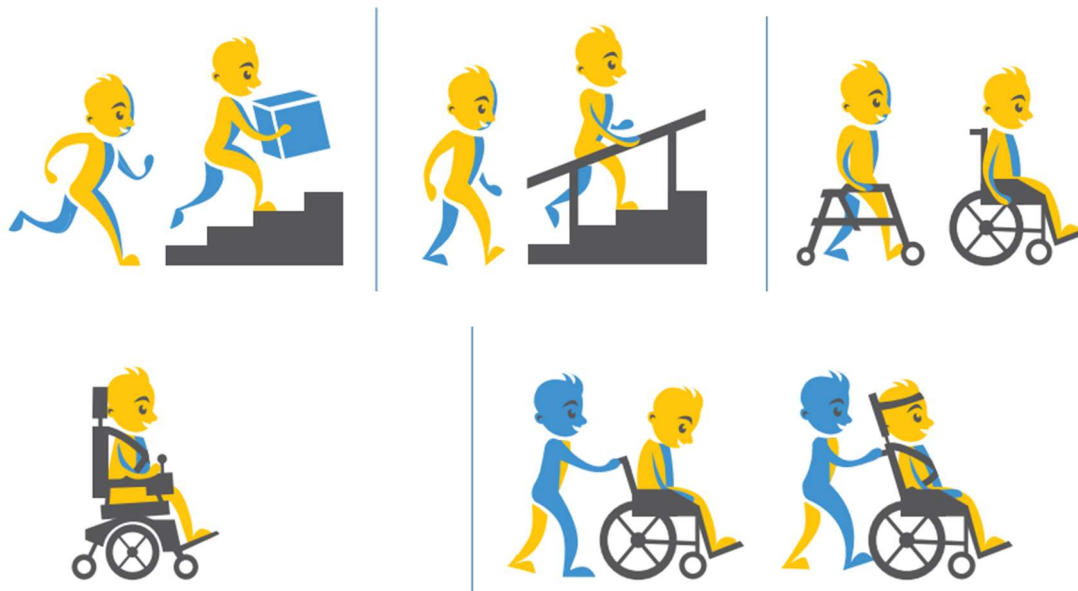
Suomessa käytetään erilaisia luokitteluja (Kuva 3) kuvaamaan liikunta- ja toimintakykyä lapsella, jolla on cp-vamma. Näitä toimintakykyä kuvaavia luokitteluja ovat mm. GMFCS- (liikkuminen), MACS- (käden taidot), CFCS- (kommunikointi), EDACS- (syöminen) ja VFCS- (toiminnallinen näkö) luokitus. Näiden lisäksi käytössä on ICD-10-luokitus (spastisuus). (Suomen CP-liitto 2020a, 17.)

Tasot	Toiminnalliset luokat		
	GMFCS Gross Motor Function Classification System	MACS Manual Ability Classification System	CFCS Communication Function Classification System
I	Itsenäinen kävely ilman rajoitteita	Käsittelee esineitä helposti ja onnistuneesti	Toimiva kommunikoi myös vieraitten kanssa
II	Itsenäinen, mutta rajoittunut kävely ilman apuvälineitä	Käsittelee suurinta osaa esineistä onnistuneesti, mutta toiminnan laadussa tai nopeudessa on puutteita	Toimiva, mutta hitaampi kommunikoi
III	Itsenäinen kävely apuvälineen avulla sisätiloissa	Esineiden käsittely vaikeata; tarvitsee apua toiminnan valmistamiseen tai muokkaamiseen	Toimiva kommunikoi vain tuttujien kanssa
IV	Itsenäinen liikkuminen rajoittunutta, käyttää sähkökäyttöistä tai manuaalista pyörätuolia	Käsittelee itsenäisesti helposti käsiteltäviä esineitä muokatuissa tilanteissa	Epäjohdonmukainen, joskus onnistumisia
V	Itsenäinen liikkuminen ei onnistu, kuljetetaan	Itsenäinen esineiden käsittely sekä yksinkertaisten toimintojen suorittaminen on heikkoa tai ei onnistu	Harvoin toimivaa kommunikointia

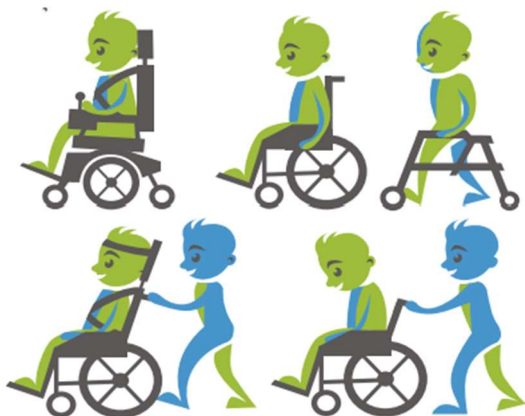
Kuva 3. GMFCS-, MACS- ja CFCS-luokittelu (Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus 2016, 8)

Gross Motor Function Classification System (GMFCS) on viisiasteinen luokittelu motorisen toiminnan kuvaamiseen lapsilla ja nuorilla, joilla on cp-vamma (Kuva 4) (Rosenbaum ym. 2008, 249). Lapsella tai nuorella, jolla on GMFCS I -asteen liikunnan- ja toimintakyvyn luokitus, ei ole rajoittavia tekijöitä kävelemiseen. GMFCS II -asteen luokituksessa motorisen toiminnan haasteet liittyvät pitkien matkojen kävelyyn ja tasapainon vaikeuksiin. Lapsi tai nuori voi tarvita esimerkiksi kävelysauvat tai kävelykepin ja rappusia liikkueessaan voi tarvita kaiteen tukea. Lapsi tai nuori, jolla on GMFCS III -asteen motorisia haasteita liikkumisessa, tarvitsee käsien tukea liikkumiseen. Sisätiloissa apuna voivat olla esimerkiksi kävelyteline, kävelykepit tai -sauvat tukena liikkumiseen ja ulkona liikkueessa tukena pyörätuoli. Lapsella tai nuorella, jolla on GMFCS IV -asteen motorisen toiminnan rajoitteita, itsenäinen liikkuminen on rajoittunut. Sisätiloissa apuna on kävelyteline, mutta muuten apuna on sähköpyörätuolin tai kuljettaminen pyörätuolin avulla. Lapsella ja nuorella, jolla on GMFCS V -asteen motorisen toiminnan rajoitteita, lapsen itsenäinen toiminta on rajoittunut merkittävästi

apuvälineistä huolimatta. Pään ja keskivartalon kontrolloimiseen tarvitsee apuvälineiden tukea ja pyörätuolin. (Palisano ym. 2007, 3; Forsten ym. 2020.) Erilaisia liikkumisen apuvälineitä on esitelty alla olevassa kuvassa (Kuva 5).



Kuva 4. GMFCS-tasot I-V (Suomen CP-liitto 2019, 9)



Kuva 5. Erilaisia liikkumisen apuvälineitä (Suomen CP-liitto 2020a, 15)

The Manual Ability Classification System (MACS) on kehitetty kuvamaan lapsen esineiden käsittelytaitoja päivittäisissä toiminnoissa. MACS:ssä on viisi eri tasoa, joilla arvioidaan lapsen itseohjautuvuutta käsitellä esineitä. MACS:n avulla voidaan kuvata mahdollista avun tarvetta sekä tarvetta muuttaa toimintatapoja, jotta lapsen kädentaidot paranisivat. (Eliasson ym. 2010, 1.) Asteikkoa käytetään 4–18-vuotiaille lapsille ja se täytyy aina mukauttaa ikään sopivaksi (MACS 2014).

Communication Function Classification System (CFCS) on päivittäisiä kommunikaatiotaitoja kuvaava viisiasteinen luokitus. Luokituksessa arvioidaan lapsen kaikkia kommunikaatiotapoja, esimerkiksi puhetta, eleitä, katsekontaktia ja kasvojen ilmeitä. Luokittelu ottaa myös huomioon mahdolliset augmentatiiviset eli puhetta tukevat ja alternatiiviset eli puhetta korvaavat kommunikointikeinot. (Palisano ym. 2017, 451.) Näitä voivat olla esimerkiksi kuvat, piirtäminen, tukiviittomat sekä ilmeet ja eleet. Apuvälineitä ovat esimerkiksi puhelaite ja kommunikaatiokansio. (Papunet 2023.)

The Eating and Drinking Abilities System (EDACS) on viisiportainen luokitus kuvailemaan lapsen tai aikuisen, jolla on cp-vamma, toimintakykyä syömisen ja juomisen suhteen (Palisano ym. 2017, 451). Toiminnallisen näön luokitteluun lapselle tai aikuiselle, jolla on cp-vamma, on käytössä VFCS-luokitus (Suomen CP-liitto 2020a, 17).

Motorisen vamman laajuutta ja sijaintia sekä lihasjäykkyyttä (spastisuutta) kuvaamaan on käytössä esimerkiksi ICD-10 luokitus. Sen avulla pyritään helpottamaan esimerkiksi kuntoutuksen suunnittelua. Vuonna 2005 tehtiin kartoitus siitä, että Suomessa on cp-vamman arvioinnissa käytössä 217 erilaista menetelmää. Näin suuri mittareiden määrä hankaloittaa kuntouksen vaikuttavuuden arviointia. (Autio 2014, 5.)

2.3 Hydrokefalia cp-vamman liitännäisoireena

Hydrokefalia (vesipää) tarkoittaa häiriötä aivo-selkäydinnestekierrossa, joko sen tuotannossa tai takaisinimeytymisessä. Aivokammiot laajenevat, ja samalla kallon sisällä oleva paine kasvaa. (Suomen CP-liitto 2021, 8.) Vuosittain hydrokefalia diagnosoidaan Suomessa noin 50 lapsella. Se voi alkaa missä iässä tahansa, ennen syntymää tai vasta aikuisena. Pään kasvuun kiinnitetään huomiota sikiöaikana ja syntymän jälkeen. Kaikki huomiot eivät kuitenkaan liity hydrokefaliaan. Toistuvilla ultraäänitutkimuksilla ja sikiön magneettikuvauksella, eli MRI-tutkimuksella, voidaan selvittää hydrokefalian syytä ja seurata sen kehittymistä. (Suomen CP-liitto 2020b, 14.)

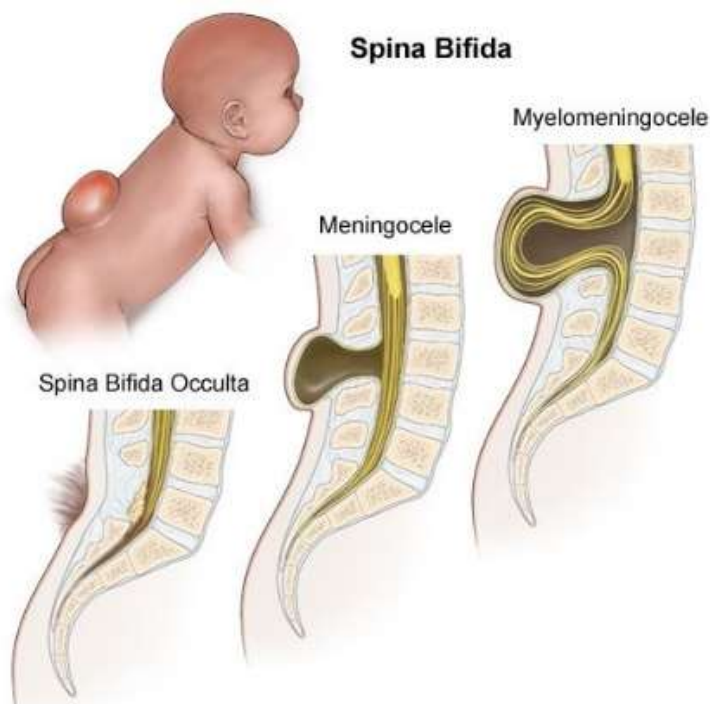
Syy hydrokefalialle on ennen syntymää tai syntymän jälkeen aivoihin kohdistunut vaurio. Aivonesteviemäriin ahtauma voi olla yksi syistä. (Sillanpää ym. 2004, 109.) Aivonesteviemäri on kapea tiehyt, jonka avulla kolmas aivokammio on yhteydessä neljänteen aivokammioon (Jehkonen & Saunamäki 2015, 27). Muita syitä hydrokefalialle ovat esimerkiksi keskushermoston sulkeutumishäiriöt, kallonsisäiset kystat, tulehdus, aivoverenvuoto, aivotrauma tai aivokasvain (Sillanpää ym. 2004, 109).

Hydrokefaliaa on kahta eri tyyppiä, kommunisoiva ja obstruktiivinen hydrokefalia. Kommunisoiva hydrokefalia tarkoittaa aivo-selkäydinnesteen häiriintynyttä imeytymistä takaisin verenkiertoon. Obstruktiivinen hydrokefalia tarkoittaa estettä aivo-selkäydinnestekierrossa.

Esimerkiksi vuodon, kasvaimen tai rakenteellisen poikkeavuuden seurauksena. Usein hydrokefaliasta käytetään lääketieteessä termiä hydrokefalus. (Suomen CP-liitto 2021, 8.)

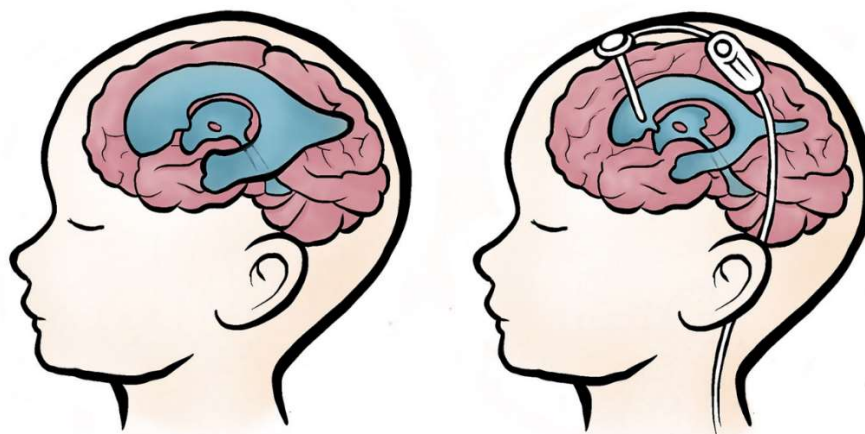
Aivojen sivukammoissa ja III- ja IV-aivokammiossa muodostuu aivo-selkäydinneste. Normaalin aivo-selkäydinnestekierron aikana nestettä erittyy ja imeytyy jatkuvasti ympäröivien aivokalvojen läpi. (Sillanpää ym. 2004, 109.) Aivo-selkäydinneste toimii pehmentävänä iskunvaimentimena ja näin ollen suojaa aivoja iskuilta (Guyton & Hall 2006, 763).

Hydrokefalia on itsenäinen oireyhtymä, mutta siihen liittyy etenkin lapsuusiällä puhjetessa liitännäisvammoja. Yleisimpiä liitännäisvammoja hydrokefaliassa ovat meningomyeloseele eli mmc, cp-vamma ja epilepsia. Mmc on hermostoputken sulkeutumishäiriö, jossa selkäydin ja hermot tulevat ulos aukosta osittain ja työntyvät kohjun sisään (Kuva 6) (Vanhala & Soinila 2014). Yli 85 % mmc potilaista todetaan hydrokefalia (Adzick 2010).



Kuva 6. Spina Bifida (Washington University Orthopedics 2017)

Hydrokefaliaa voidaan hoitaa kirurgisesti tähystyksellä asettamalla suntti (Kuva 7) tai puhkaisemalla kolmas aivokammio. Suntin asentamisen tarkoituksena on nesteen virtauksen säätely paineen perusteella ja nesteen virtaamisen estäminen väärään suuntaan. Hahmotamisen vaikeudet sekä kognitiivisten toimintojen ja motoriikan haasteet ovat tavallisimpia hydrokefalian aiheuttamia vaikutuksia elämään. Haasteet näkyvät oppimisvaikeuksina, motorisena kömpelyytenä ja hankaluutena suunnistaa tutussa ympäristössä. (Suomen CP-liitto 2021, 8 & 12.)



Kuva 7. Hydrokefalia ja suntti (Suomen CP-liitto 2021, 8)

3 Psykofyysisen fysioterapian menetelmät

3.1 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysisessä fysioterapiassa keskeisessä osassa ovat kehon ja mielen yhteys sekä asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus. Keskeistä on asiakkaan oma kokemus ja kokemuksellinen oppiminen. Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan soveltaa kaikkeen fysioterapiaan edellyttäen, että terapeutilla on siihen pätevyyttä. (Härkönen ym. 2016, 6.)

Psykofyysistä fysioterapiaa sovelletaan monenlaisissa potilasryhmissä. Sitä käytetään esimerkiksi mielenterveyden ongelmien, kuten syömishäiriöiden, masennuksen, ahdistuksen, skitsofrenian ja traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Lisäksi sitä voidaan käyttää vaikeavammaisten henkilöiden ja neurologisten asiakkaiden kuntoutuksessa. Psykofyysinen fysioterapia sopii myös kipupotilaiden hoitoon. Siitä voi hyötyä kroonisesta kivusta kärsivät ja monimuotoisen kipuoireyhtymän potilaat (Chronic Regional Pain Syndrome = CRPS) sekä migreeni- ja fibromyalgiapotilaat. (Härkönen ym. 2016, 7–8.)

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteet suunnitellaan aina asiakaslähtöisesti. Terapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen. Terapiamuodossa potilaan ja terapeutin yhteistyö ja vuorovaikutus korostuvat. Vastuu kuntoutuksesta on potilaalla itsellään, mutta tähän edetään rauhallisesti, potilaan tilanteen mukaan. Psykofyysisen fysioterapian etenemiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen voivat vaikuttaa esimerkiksi potilaan elämäntilanne ja hänen voimavaransa. Terapiassa tavoitteina voivat esimerkiksi olla arvostus omaa kehoa ja kehon reaktioita kohtaan sekä turvallinen kontakti itseensä ja omaan tapaansa olla. Terapiassa harjoitellaan rentoutumista ja stressinhallintaa, oman kuormituksen säätelyä sekä vaikuttamista oireisiin ja kipuihin. Lisäksi vahvistetaan itsetuntemusta, vuorovaikutustaitoja, non-verbaalia ilmaisua ja yhdessä toimimisen taitoja. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017.)

Psykofyysistä fysioterapiaa toteutetaan perus- ja erikoissairaanhoidossa, esimerkiksi vuodeosastoilla ja avoterveydenhuollossa. Erityisesti sitä toteutetaan psykiatrisella ja somaattisella puolella, mutta myös yksityisellä sektorilla ja erilaisten säätöiden toimesta. (Härkönen ym. 2016, 8.) Psykofyysisessä fysioterapiassa käytettäviä menetelmiä voivat olla esimerkiksi hengitys- ja kehotietoisuusharjoitteet, rentoutusmenetelmät, pehmytkudoskäsittely ja liikeharjoittelu. Terapiaa voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäterapiana. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017.)

Hengitysharjoituksilla voidaan tietoisesti vaikuttaa autonomiseen hermostoon. Kuitenkin hengitystä voidaan kontrolloida vain rajatusti. Kun hengitystä kiihdytetään, sillä vaikutetaan sympaattiseen hermostoon, joka vastaa elimistön taistele tai pakene -reaktiosta ja elimistön

aineenvaihdunnan toiminnan kiihdyttämisestä. Kun hengitystä rauhoitetaan, sillä pystytään aktivoimaan parasympaattisen hermoston toimintaa, joka vastaa elimistön rauhoittumisesta ja lepoon palauttamisesta. (Martin ym. 2010, 28.) Hitaiden hengitystekniikoiden vaikutuksia on tutkittu toiminnallisessa magneettikuvauksessa, eli fMRI-tutkimuksessa, jossa havaittiin aktiivisuutta prefrontaalisessa, motorisessa ja parietaalisessa aivokuoressa sekä subkortikaalisissa rakenteissa. Nämä vaikuttivat psykologisiin tekijöihin ja käyttäytymiseen. Näitä muutoksia olivat mukavuuden ja miellyttävyyden lisääntyminen, rentoutuminen sekä elinvoiman ja valppauden kasvu. Myös ahdistus, masennus ja vihan oireet vähenivät. (Zaccaro ym. 2018, 1–2.)

Mindfulness on rentoutumismenetelmä, jota on tutkittu paljon. Siinä huomio suuntautuu erityisesti tähän hetkeen. Sitä käytetään erityisesti kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. Mindfulness -menetelmillä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia ahdistuksen ja masennuksen hoidossa. (Mander ym. 2018, 22.) Høye ym. (2020, 1, 5 & 11) tutkivat mindfulness-harjoittelua aikuisille, joilla on cp-vamma. Interventiojaksossa kivun katastrofaaliset ja negatiiviset vaikutukset laskivat merkittävästi ($p = 0.03$).

Dunning ym. (2019, 244 & 248–249) tutkivat meta-analyysissään mindfulness -pohjaisten interventioiden vaikutusta lasten ja nuoren kognitioon ja mielenterveyteen. Tutkijat analysoivat satunnaistettuja kontrolloituja kokeita (RCT) analyysissään. Kirjallisuushaussa analysoitiin 33 tutkimusta, joihin yhteensä oli osallistunut 3 666 lasta ja nuorta. Meta-analyysissä käytettiin Cohen's d -parametria. RCT-tutkimuksissa havaittiin mindfulness -pohjaisten interventioiden pienillä vaikutuskoilla olevan positiivisia vaikutuksia verrokkiryhmiin verraten itsetietoisuudessa, toiminnanohjauksessa, huomiokyvyssä, masennuksessa ja ahdistuneisuudessa, stressissä sekä negatiivisessa käyttäytymisessä. Näiden Cohens' d -parametrin arvot vaihtelivat välillä 0.16–0.30. Näistä erityisesti korostuivat aktiivisesti kontrolloiduissa RCT-tutkimuksissa itsetietoisuus ($d = 0.42$), masennus ($d = 0.47$) ja ahdistuneisuus sekä stressi ($d = 0.18$). Tutkimus vahvisti mindfulnessiin perustuvien interventioiden tehokkuutta mielenterveyteen ja hyvinvointiin lapsilla ja nuorilla.

Chi ym. (2018, 1) tutkivat systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä mindfulness-pohjaisen stressin vähenemisen (Mindfulness based stress reduction = MBSR) vaikutuksia nuorilla ja nuorilla aikuisilla masennuksen hoidossa. Tutkimuksessa oli mukana satunnaisesti kontrolloituja tutkimuksia, joissa tutkittiin MBSR:ää ja 12–25-vuotiaiden nuorten masennusoireiden tuloksia. RCT-tutkimuksia oli 18 ja yhteensä tutkimuksissa nuoria oli 2 042. Analyysissä käytettiin Hedges' g -parametria. Tutkimuksessa tilastollisen tehon puutteen vuoksi, tilastollisesti merkitseviä vaikutuksia ei havaittu (Hedges' g = 0.24), mutta MBSR:llä

oli kohtalaisia (Hedges' $g = 0.45$) vaikutuksia vähentämään masennusoireita harjoittelujaksojen loppuvaiheissa.

Mindfulness based stress reduction on vuonna 1979 Massachusettsin yliopiston kehittämä mindfulness -ryhmäinterventio lievittämään stressiä sekä helpottamaan arkea sairauden kanssa. MBSR sisältää mm. kehon skannaus- ja hengitysharjoituksia, harjoituksia, joissa keskitytään tiedostamaan kehon tuntemuksia ja omia rajoja sekä tietoisuuden harjoittamista. (De Vibe ym. 2010, 3–4.)

Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen (2017) mukaan yksi psykofyysisen fysioterapian menetelmistä on myös Basic Body Awareness -terapia eli BBAT. Sitä käytetään erityisesti Skandinaavisissa maissa. Metodiana on tutkittu potilailla, joilla on todettu masennus, skitsofrenia tai traumaperäinen stressihäiriö (Post-Traumatic Stress Disorder = PTSD). Gyllenstenin ym. (2019) tutkimuksen mukaan BBAT-terapia auttoi erityisesti potilaita olemaan paremmassa yhteydessä omaan kehoonsa.

Jakonen (2004, 248–249) on tutkinut psykiatrisen potilaan auttamista hierontahoitojen avulla. Tutkimuksen lopputuloksena oli, että hieronta tuo kokonaisvaltaista hyvinvointia. Hieronnassa kosketus oli keskeisessä osassa tuomaan hyvää oloa potilaille, sillä se toi turvaa ja koettiin ainutlaatuisena, ylellisenä ja nautinnollisena. Kosketus toi myös hyvän sosiaalisen vuorovaikutuksen. Tutkimuksessa todettiin hieronnan olevan hyvä menetelmä lievittämään potilaan psyykkistä ja fyysistä jännitystilaa.

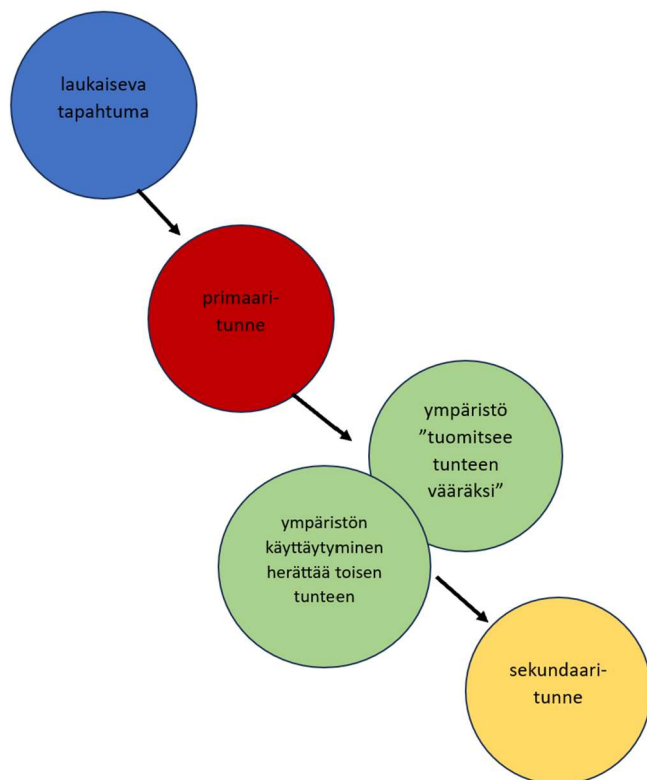
3.2 Tunnesäätely

Tunnesäätelyllä tarkoitetaan kykyä tunnistaa, kokea, mukauttaa ja näyttää tunteita. Tunnesäätely on osa toimivaa yksilön ja muiden ihmisten välistä vuorovaikutusta. (Bryant 2015, 7.) Tunteilla tarkoitetaan yksilöllisesti koettua tunnetta jostakin tilanteesta, joka on yksilölle tärkeä ja liittyy hänen tavoitteisiinsa. Tunteita ovat esimerkiksi viha, ilo, pelko ja suru. Tunteet voivat tulla yksilöllä koetuksi erilaisten kokemus-, käyttäytymis- ja psykologisten reaktioiden kautta (emotionaalinen reaktiivisuus). (Gross & Jazaieri 2014, 388.) Emotionaalinen reaktiivisuus tarkoittaa herkkyyttä reagoida ärsykkeisiin, joihin liittyy tunnelataus sekä tunteen voimakkuutta, laajuutta ja kestoa (Nock ym. 2008, 107). Tunteiden tunnistaminen, hyväksyminen ja niiden mielekkyyden osoittaminen itselle eli itsevalidaatio ovat tunteiden säätelyn perusta. Tunnesäätely on lähes mahdotonta, jos omiin tunteisiin ei suhtaudu hyväksyvästi. (Sadeniemi ym. 2019, 124.) Cp-vamma kuuluu neurologisiin kehityshäiriöihin, joissa mielenterveyden häiriöt koetaan ahdistuneisuutena, masennuksena ja vihana. Nämä liittyvät usein heikentyneeseen kognitioon ja tunteiden säätelyyn. (Tajik-Parvinchi ym. 2021, 1.)

Tunnesäätely jaetaan tietoiseen, tahdonvaraiseen ja automaattiseen säätelyyn. Tietoisessa ja tahdonvaraisessa säätelyssä henkilö yrittää tietoisesti vaikuttaa tunnesäätelynsä käyttämällä eri strategioita. Automaattista tunnesäätelyä tapahtuu ilman, että henkilö tiedostaa säätelevänsä tunteitaan. (Sadeniemi ym. 2019, 18.) Tunnesäätely koostuu useista strategioista, jotka voivat olla mukautuvia tai sopeutumattomia. Mukautuvat strategiat, kuten kognitiivinen uudelleenarviointi, ovat tehokkaita muokkaamaan emotionaalisia tunnereaktiota sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. Vastakohtana ovat sopeutumattomat strategiat, kuten ahdistus ja huoli, jotka liittyvät yleiseen emotionaaliseen epävakauteen ja äkkipikaisuuteen. (Tajik-Parvinchi ym. 2021, 1.)

Tunteet syntyvät suurimmaksi osaksi jonkin laukaisevan tekijän seurauksena eli ne ovat primaaritunteita. Esimerkiksi pettymyksen tunteen voi laukaista tilanne, jossa lapsi ei saa sitä mitä toivoo tai sitä mitä haluaa saavansa. Ilon tunteen voi laukaista tilanne, jossa lapsi saa tai saavuttaa jotain mikä on itselle tärkeää. Joskus tunnereaktiot voivat olla opittuja, eli sekundaaritunteita. Esimerkiksi lapselle on opetettu, että vihastuminen on väärin, jolloin lapsessa herää häpeän tunne omasta tunnereaktiostaan, mikä ei ollutkaan sallittu. Tilanteen toistuesssa lapsi jättää vihan tunteen taka-alalle eikä enää tunnista omia tunteitaan. (Sadeniemi ym. 2019, 136–137.)

Primaaritunteet ovat mukautuvia, jolloin ne aktivoituvat oikeissa tilanteissa ja yhteyksissä. Sekundaaritunteet voivat estää yksilön tarpeiden täyttämisen, jolloin primaaritunteita aletaan vältellä. Sekundaaritunteita ovat esimerkiksi häpeä, masennus ja ahdistus, jännittäminen sekä turhautuminen. (Lumley ym. 2021, 325–326.) Näin ollen leimaaviin asioihin voi juuttua ja alkaa uskoa, että ne ovat totta. Esimerkiksi pettymys muuttuu vihaksi (toisten tuomitseminen). Pettymys voi muuttua myös häpeäksi ja itsevihaksi (itsensä tuomitseminen). Tuomitseva ajattelu johtaa primaaritunteista sekundaaritunteisiin (Kuva 8). Olennaisen informaation vastaanotto heikkenee, ei ponnistella ongelman ratkaisemiseksi ja päätökset ovat yksitoikkoisia. Pitkällä aikavälillä paha olo kasvaa omien ajatusten ja tunteiden takia. Tuomitsevien ajatusten tunnistaminen ja kyseenalaistaminen voi olla vaikeaa, koska ollaan tottuneita niihin. (Sadeniemi ym. 2019, 153.) Sekundaaritunteet ovat sosiaalisesti rakennettuja ja näin ollen eivät välttämättä ole yleisesti ilmaistavissa eri kulttuureissa. Perheen tai kulttuurin myötä opitaan se, kuinka vastaamme ja reagoimme primaaritunteita tuntiessa. Tunneälykyys on tietoisuutta omista primaaritunteista. Tunneäly on kykyä nimetä ja ilmaista primaaritunnetta, jota tilanteessa kokee sekä sen hyväksymistä. (Salicru 2021, 3–5.)



Kuva 8. Sekundaaritunteiden syntyminen ehdollistamalla: periaate (Sadeniemi ym. 2019, 142)

Montroy ym. (2016, 1, 8–10 & 13–16) tutkivat varhaislapsuudessa ilmenevän itsesäätelyn kehityskaarta, sillä varhaislapsuus on tärkeä ajankohta itsesäätelyn kehittymiseen. Itsesäätelyllä tarkoitetaan monimutkaista ja moniosaista käsitettä, joka toimii monella toiminnan tasolla. Näitä tasoja ovat motorinen, fysiologinen, sosiaalisemotionaalinen, kognitiivinen sekä käyttäytymis- ja motivaatiotaso. Itsesäätely on kykyä muuttaa käyttäytymistään vapaaehtoisesti ja tarvittaessa mukauttaa sitä tilanteeseen. Tutkimukseen osallistui 1 386 lasta, jotka olivat 3–7-vuotiaita. Tutkimuksessa oli kolme eri otosta, Michiganin pitkittäis-suuntainen otos, MLDSELD esikouluotos ja Oregon otos. Michiganin pitkittäis-suuntaisessa otoksessa tarkasteltiin lasten sosioemotionaalista ja kognitiivista kehitystä. MLSELD (Michigan Longitudinal Study of Early Literacy Development) esikoulun otos on osa Michiganin otosta, jossa testattiin lasten kielitaitoa ja kartoitettiin vanhempien demografisia tietoja, lapsen sukupuolta ja koulutustasoa. Oregon otoksessa seurattiin päiväkodista esikouluun siirtymisen vaikutusta kouluvalmiuden ja itsesäätelyyn paranemiseen. Tutkimus osoitti käyttäytymisen itsesäätelyn kehittyvän nopeasti varhaislapsuudessa, erityisesti esikouluiässä suurimmalla osalla lapsista. Itsesäätelyn kehittyminen jaettiin lapsissa varhaiskehittyjiksi, jotka osoittivat korkeampaa itsesäätelyn kykyä ja se kehittyi nopeasti, keskitason kehittyjiksi, joilla oli heikompi itsesäätelykyky, mutta kehittyivät nopeasti, ja myöhemmin kehittyjiksi, joilla oli alempi itsesäätelykyky ja he kehittyivät hitaammin. Varhaiskehittyjiä oli

Michiganin otoksessa 20 %, MLSELD otoksessa 29 % ja Oregonin otoksessa 50 %. Vastaavasti keskitason kehittyjiä oli Michiganin otoksessa 45 %, MLSELD otoksessa 45 % ja Oregonin otoksessa 32 % sekä myöhemmin kehittyviä 35 %, 26 % ja 18 %. Erot lasten kehitysten välillä johtuivat todennäköisemmin lasten erilaista ominaisuuksista ja taustatekijöistä. Tutkimuksessa tällaisia olivat esimerkiksi heikomman koulutustason perheiden poikalapset, joiden sanastotestin pistemäärä oli alhaisempi kuin ikätovereiden. Hyvä kielellinen ilmaisutaito voi olla varhaislapsuudessa tärkeää, sillä se mahdollistaa lapsen kykyä nimetä ja ilmaista omaa tilaansa suhteessa ympäristöönsä. Lapset, joilla on korkeampi kielellinen ilmaisutaito, kehittyvät itsesäätelystä nopeammin kuin lapset, joiden kielellinen taito on heikompi. Erityisesti MSEL:n ja Oregonin otoksissa korkeampi kielellinen taito liittyi nopeampaan käyttäytymisen itsesäätelyn kehittymiseen. Lasten kielellisen ennusteen perusteella, MSEL:n otoksessa lapset olivat 1,4 kertaa ja Oregonin otoksessa 1,6 kertaa todennäköisemmin varhaiskehittyjiä.

Oura (2020, 1–2) selvitti, ovatko tunnesäätelyssä esiintyvät haasteet yhteydessä masennus- ja ahdistusoireiluun, eli emotionaalisiin häiriöihin, korkeakouluopiskelijoilla. Lisäksi tutkittiin, toimiiko tunnesäätely niiden transdiagnostisena taustatekijänä. Transdiagnostinen tarkoittaa mielenterveysongelmien ja eri diagnoosien taustalla vaikuttavia samoja psykologisia mekanismeja (Huikuri 2020). Tutkimuksessa havaittiin, että tunnesäätelyyn liittyvät ongelmat ovat yhteydessä ($p < 0.001$) masennuksen ja ahdistuksen ($p < 0.001$) voimakkuuteen. Tunnesäätelyn ongelmista, jotka selittivät masennusta ja ahdistuneisuutta, nousi erityisesti esiin tunteiden hyväksyntä, impulssikontrolli ja tunteiden säätely. (Oura 2020, 18.) Tunteisiin reagoidaan voimakkaammin silloin, kun taustalla on muita haasteita, esimerkiksi väsymystä, stressiä tai paljon hankalia asioita tehtävänä (Sadeniemi ym. 2019, 174). Hankalassa tunnereaktiossa lapsi tekee omaa tulkintaa tunteiden todenmukaisuudesta. Oma tulkinta voi olla myös virheellinen. (Sadeniemi ym. 2019, 151.)

Sendzik ym. (2017, 687, 693 & 697) selvittivät systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan masennuksen ja ahdistuksen oireiden suhdetta tunnetietoisuuteen nuorilla. Tulokset osoittivat, että tunnetietoisuudella voi olla merkitystä nuorten masennus- ja ahdistusoireisiin. Alle 12-vuotiaat osoittivat vahvempaa yhteyttä tunnetietoisuuden vaikeuksien sekä masennus- ($r = 0,42$; $k = 7$; 95 % CI [0,31; .52]) ja ahdistusoireiden ($r = .52$; $k = 4$; 95 % CI [.36; .64]) välillä verrattuna yli 12-vuotiaisiin.

Roostaei ym. (2021, 9, 15–18 & 23) systemaattisessa katsauksessa selvittivät motorisen toiminnan tilan ja itsearviointin välistä suhdetta henkilöillä, joilla on cp-vamma. Katsaus osoitti, että henkilöt, joilla on cp-vamma, itsekäsitys (yksilön asenteet itseään kohtaan) ja motorisen tilan välillä ei ollut yhteyttä. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on esitetty

seuraavan seitsemän artikkelin tulokset: Cheong ym. (2018) eivät löytäneet merkittävää yhteyttä henkilökohtaisten suoritusten näkökulmapisteiden (viitekehys lapsen minäkuvalle) ja henkilökohtaisen huolen pisteityksen (indeksi osoittaa itsekäsitysongelmia) välillä. Gan-notti ym. (2011) totesivat, ettei itsekäsitys liittynyt GMFCS-tasoon ja FIM-pisteisiin (Functional Independence Measure) ($r = 0.04$; $p = 0.780$). Soyupek ym. (2010) eivät löytäneet merkittävää yhteyttä itsekäsitysasteikkojen ja GMFCS E&R:n väliltä korrelaatiota ($p > 0.005$). Itsetunnon (emotionaalinen arvio itsestään) ja motorisen tilan välillä oli merkittävä suhde. Merkittäviä suhteita löysivät Tello ym. (2018), jossa Barthelin indeksin ja Rosenbergin itsetuntomittarin välillä oli merkittävä suhde ($p = 0.003$). Riad ym. (2013) löysivät APS (arm posturing score) eli käden asennon pistemäärän ja itsetuntopisteiden määrän välillä merkittävän yhteyden ($r = 0.397$; $p = 0.001$). Ziebell ym. (2009) totesivat hienomotorisen kätevyyden ($r = 0.7$; $p = 0.01$), urheilullisen osaamisen ($r = 0.57$; $p = 0.05$) ja globaalin itsetunnon ja käytettävyyden ($r = 0.54$; $p = 0.05$) välillä korrelaation olevan merkittävä. Schuengel ym. (2006) havaitsivat GMFM:n ja havaitun motorisen osaamisen välillä korrelaatiota, kuitenkin GMFM:n ja itsearvon välillä oli negatiivinen korrelaatio. Viiteen ikävuoteen asti itsekäsitys kehittyy, jonka jälkeen se pysyy vakiona, kun taas itsetunto on vaihteleva ja siihen vaikuttavat päivittäiset onnistumiset sekä epäonnistumiset. Näin ollen osa henkilöistä, joilla on cp-vamma, ei välttämättä omaa samoja mahdollisuuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä, leikkimisessä ja koulutuksessa kuin tyypillisesti kehittyvät henkilöt. Tämä voi olla yhteydessä alhaiseen itsetuntoon henkilöillä, joilla on cp-vamma. (Roostaei ym. 2021, 23–24.)

Belmonte-Darraz ym. (2020, 1238 & 1241–1243) tutkivat tunnetiedon muuntumista ja sen suhdetta tunnesäätelyyn ja psykopatologiseen käyttäytymiseen lapsilla, joilla on cp-vamma. Tutkimus osoitti, että lapsilla, joilla on cp-vamma, olevan heikommat ($p < 0.001$) tunnetietämys- ja tunteiden säätelytaidot. Heillä on myös käyttäytymisongelmia enemmän ($p < 0.01$) kuin heidän tyypillisesti kehittyvällä ikäryhmällään. Emotion Matching test (EMT) tehtävien tulokset osoittivat, että lapset, joilla on cp-vamma, saivat vähemmän pisteitä tunnetilannetieto- ($F(2,79) = 28.05$, $p < 0.001$), ekspressiivinen tunnetieto- ($F(1,79) = 48.11$, $p < 0.001$) ja vastaanottava tunnetietotehtävistä ($F(1,79) = 11.81$, $p < 0.001$) kuin verrokkiryhmä. Tunnetilannetiedossa kuvataan lapselle tietty tilanne ja lapsen on valittava tilanteeseen sopiva tunnekuva. Ekspressiivisessä tunnetiedossa lapselle näytetään erilaisia ilmeitä ja lapsen on kerrottava sanoin, mikä tunne on kyseessä. Vastaanottavassa tunnetiedossa esitetään lapselle tunnekasitteitä ja lapsen on valittava käsitettä vastaava ilme. Tuloksissa havaittiin positiivista korrelaatiota ($p < 0.0125$) tunnetilannetiedon osumien ja tunnesäätelyn välillä.

Tunteiden tunnistamista voidaan harjoitella käymällä läpi eri tunnesanoja tai tilanteita, missä koki tietyn tunteen. Tunnesanoja ovat esimerkiksi pelko, pettymys, suru, häpeä, syyllisyys,

loukkaantuminen, kateus ja mustasukkaisuus. Tarpeellista on tunnistaa myös positiivisia tunnesanoja, kuten helpotus, ylpeys, ilo, tyytyväisyys ja uteliaisuus. (Sadeniemi ym. 2019, 127.) Omien tunteiden sanoittaminen voi lieventää voimakasta emotionaalista kokemusta. Tunteiden sanoittaminen ei saata tuntua miltään terapiassa opetellulta tunteiden säätelyprosessilta. On havaittu, että tunteiden sanoittamisella voi olla samankaltainen tunteiden säätelyvaikutus kuin terapeuttisilla menetelmillä. Oman emotionaalisen tunnetilan nimeäminen voi vähentää sekä positiivisten, että negatiivisten tunteiden vaikutusta. (Torre & Lieberman 2018, 116–117.)

Adegboye ym. (2017) selvittivät tutkimuksessaan lasten ja nuorten, joilla on dystoninen cp-vamma, motoristen rajoitusten ohella olevia emotionaalisia ja sosiaalisia vaikeuksia. Tutkimuksissa verrattiin lapsia ja nuoria, joilla on cp-vamma, vastaavan ikäisiin tyypillisesti kehittyvien kontrolliryhmään. Tuloksissa havaittiin, että lapsilla ja nuorilla, joilla on dystoninen cp-vamma, on sosiaalisia ($F(1,40) = 6.07, p = 0.018$) ja emotionaalisia ($F(1,40) = 14.74, p < 0.001$) vaikeuksia enemmän kuin kontrolliryhmällä.

Primaaritunteiden tunnistaminen ja niiden ohjaamana toimiminen mahdollistaa paremman sopeutumisen ajankohtaisiin tilanteisiin, ihmissuhteisiin ja omaan jaksamiseen. Silloin tunteet ovat sopusoinnussa tosiasioiden kanssa. Huomion suuntaaminen sekundaaritunteiden sijaan primaaritunteisiin on tunteiden säätelytaitojen tärkeä tavoite. (Sadeniemi ym. 2019, 140–141.) Kaikki tilanteet, joissa selviää vaikeasta tilanteesta, vahvistavat selviytymistaitoja ja luottamusta selviytymiseen myös jatkossa. Päivittäiset valinnat ja elintavat vaikuttavat koko elämän ajan tunne-elämään. Hetkessä eläminen on tärkeää, jotta ymmärtää elämän asettamat rajoitukset. (Sadeniemi ym. 2019, 172.)

3.3 Kehonhahmotus

Kehonkuva on henkilön käsitys omasta kehostaan sekä ajatuksistaan ja tunteistaan, joita koetaan omasta kehostaan (Healey 2014, 5). Kehonhahmotuksen ensimmäiset askeleet alkavat ennen abstraktin ajattelun kehittymistä. Esimerkiksi ongelmanratkaisu on osa abstraktia ajattelua. Abstrakti ajattelu tarkoittaa kykyä hahmottaa asioita, jotka eivät ole fyysisesti nähtävissä. (Stanborough 2019, 1.) Ensimmäiset havainnot omasta kehostaan tulevat ruumiillisuuden kautta. Esimerkiksi sikiö kokee erilaisia rytmejä, ääniä ja kosketusta tuntoaistimusten avulla. Kehonhahmotuksen kehittyessä ihminen alkaa tunnistamaan esimerkiksi omia persoonallisuuspiirteitään. Ihminen alkaa myös hahmottumaan omaksi itseksensä. Erot itsensä ja muiden ihmisten välille syntyvät kokemusten kautta. Oman kehonsa tunteminen vaatii kehonkuvan muotoutumista. Nämä kaksi asiaa kulkevat rinnakkain. (Herralala ym. 2008, 26.) Lapset tulevat ensin tietoisiksi yksittäisistä ruumiinosistaan, jotka ovat erillään toisistaan. Sen jälkeen lapsi alkaa hahmottaa kehoaan ja edustamaan itseään

kokonaisuudessa suhteessa muihin asioihin. Siten lapset pystyvät tarkastelemaan omaa ruumiinkokoaan selkeämmin, josta seuraa taito ruumiinosien sijoittelussa suhteessa toisiinsa. Oletuksena on, että nämä vaiheet lujittuvat ja integroituvat esikouluikässä, jolloin syntyy vakaa sekä yhtenäinen kehonkuva. Tämä on tärkeä osa syntymässä olevalle itseidentiteetille ja omaelämäkerralliselle representaatiolle (mielikuva tai mielensisältö jostakin asiasta). (Slaughter & Brownell 2011, 38–39; Tieteen termipankki 2021.)

Psykomotoristen sekä aistitoimintojen kehittymisen myötä ihminen alkaa hahmottamaan itseään. Esimerkiksi lapsi löytää ruumiinosiaan ja oppii, kuinka niitä voi käyttää. Lapsilla ilmenee symbioosivaihe, joka voi ilmetä esimerkiksi pelottavassa tilanteessa vanhempaan turvautumisena. Käsitteellisen ajattelun kehittyminen psykomotorisen kehityksen kanssa mahdollistaa kehonkuvan kehittymisen. Separatiovaiheessa lapsi alkaa hahmottaa sisäistä ja ulkoista maailmaansa sekä oman erillisyytensä ulkoisessa maailmassa. Lapsi koettelee itsenäisyyttään esimerkiksi uhmaamalla vanhempiaan. Kehonkuvan kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä ovat myös muun muassa biologiset ja kognitiiviset tekijät, sosiaalinen palaute, terveys sekä emotionaaliset ja muut kokemukset kehosta. (Herrala ym. 2008, 28–29.)

Ihminen havainnoi jatkuvasti kokemuksia omasta kehostaan. Havainnoitavia asioita ovat kipu, hyvänolon tunne, jaksaminen, luotettavuus ja kehon muuttuminen. Ihmisen kehonkuva voi muokata esimerkiksi sairastuminen, kipu ja ikääntyminen. Ihmisen mielikuva kehostaan sekä asenteet ja vaatimukset ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa. (Herrala ym. 2008, 30.)

Nevesin ym. (2017) kirjallisuuskatsauksen mukaan, jossa analysoitiin Scopus-, Medline- ja Virtual Health Library -tietokantoja hakusanoilla ”lapsi” ja ”kehonkuva” kävi ilmi, että tutkimukset lasten kehonhahmottamisesta olivat keskittyneet selvittämään, millaisena lapset kokevat oman kehonsa ja millainen on heidän ihannevaltionsa. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin tutkimukset vuosilta 2013–2016. Tutkimuksia analysoitiin yhteensä 33. Löydöksissä kävi ilmi, että tytöt pitivät laihuutta suurena arvossa, kun taas pojat arvostivat lihaksikkuutta. Eräässä Nevesin ym. (2017) läpikäymissä tutkimuksissa lapsilta kysyttiin suoraan, kuinka he kokevat oman kehonsa. Tässä tutkimuksessa haastateltavien kehonkuva ei vaikuttanut negatiiviselta.

Nicholsin ym. (2018) tutkimuksessa tutkittiin 6–7-vuotiaiden lasten kehonkuvan muodostumista psykologisten tekijöiden kautta. Tutkimuksessa keskityttiin siihen, millaisia huolia lapsilla esiintyy kehonkuvaan liittyen. Tutkimukseen osallistui 202 lasta, joista 91 oli poikia ja 111 tyttöjä. Kehonkuvaan liittyi painoindeksi (BMI) ja psykologiset tekijät. Huonoon itsetuntoon ja kehonkuvaan liitettiin perfektionismi, tyytymättömyys omaa kehoa kohtaan ja

ympäristön asenteet lihaksikkuutta kohtaan. Erityisesti näistä tekijöistä nostettiin esiin perfektionismi, minkä todettiin olevan yhteydessä esimerkiksi tiukempaan ruokavalioon sekä laihuuden ja lihaksikkuuden ihannoitisiin. Kävi myös ilmi, että itsetunto liittyi vahvemmin tyttöjen kuin samanikäisten poikien kehonkuvan kehittymiseen.

Kehonhahmotus on monimutkainen prosessi. Siihen vaikuttavat monet kehon sisältä ja sen ulkopuolelta tulevat ärsykkeet. (Di Vita ym. 2016; Palermo ym. 2014.) Neuropsykologiset tutkimukset potilailla, joilla on aivovamma (Schwoebel & Coslett 2005), aivokuvantamistutkimukset terveillä yksilöillä (Di Vita ym. 2016) ja kehitystyöt terveillä lapsilla (Raimo ym. 2020) osoittavat, että ei ole vain yhtä tiettyä tapaa, miten keho on ilmaistu aivokuorella. (Di Vita ym. 2020.) Yksi merkittävistä tekijöistä kehokuvan muodostumisessa on sosiaalinen palaute. Se auttaa ihmistä tunnistamaan paikkansa yhteisössä. Tämä pätee erityisesti kehitysvaiheessa oleviin lapsiin ja nuoriin. Esimerkiksi lapsen omat tavarat, oma sänky ja oma paikka ruokapöydässä auttavat jäsentämään hänen paikkaansa yhteisössä. Turvallinen kasvuympäristö on tärkeää lapsen yksilöllisen kehittymisen kannalta. Lapsen tarpeita ja valmiuksia tukeva vanhemmuus on myös tärkeässä roolissa. (Herrala ym. 2008, 29–30.)

Di Vitan ym. (2020) tutkimuksessa verrattiin kolmeakymmentäkolmea 5–12-vuotiasta lasta, joilla on cp-vamma, lapsiin, jotka kehittyivät tyypillisesti. Kontrolliryhmässä oli 103 lasta. Tuloksissa kävi ilmi, että 64 % lapsista, joilla on cp-vamma, kehonhahmottaminen oli heikolla tasolla. Tutkimuksessa käytettiin kolmea kehonhahmottamisen taitoja kartoittavaa tehtävää. Lapsilla, joilla on cp-vamma, haasteita ilmeni vähintään yhdessä näistä tehtävistä. Tehävinä olivat kehon osan yhdistäminen oikeaan kohtaan, kehon asennon hahmottaminen sekä oikean ja vasemman käden hahmottaminen. Friedmannin testillä analysoituna todettiin lapsilla, joilla on cp-vamma, kaikkien kolmen osa-alueen olevan huonolla tasolla ($p=0.00$) Wilcoxonin testillä analysoituna havaittiin kehon osan yhdistäminen oikeaan kohtaan ($p= 0.001$) ja oikean ja vasemman käden hahmottamisen olevan huonolla tasolla ($p=0.03$) lapsilla, joilla on cp-vamma.

Hemiplegisellä cp-vammatyypillä ilmenee eri taseisia haasteita kehonkuvassa ja kehon asennon hahmottamisessa. Ei ole täysin selvää, kuinka nämä eri aspektit kehonhahmottamisessa kehittyvät ja kuinka ne pätevät cp-vamman hemiplegiseen luokkaan. Cruzin ym. (2022) tutkimuksessa tutkittiin 53 lasta, joilla oli hemipleginen cp-vamma. Heitä verrattiin kontrolliryhmään, johon kuului 204 tyypillisesti kehittyvää lasta. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka kehonhahmottaminen ja kehon asennon hahmottaminen vaikuttivat kehonkuvan muodostumiseen lapsilla. Tutkittiin myös, kuinka hemipleginen cp-vamma vaikuttaa kyseiseen kehitykseen. Graafisella analyysillä luotiin kartta, jossa ilmenee, kuinka tutkittavat olivat hahmottaneet kehonosat kielellisesti. Kielellisen hahmotuksen tutkimiseen käytettiin

tehtävää, missä lasten tuli ensin nimetä eläimiä spontaanisti ja sen jälkeen kehonosia spontaanisti. Tutkijat tarkkailivat sanojen määrää, toistojen määrää, pyydettyyn kategoriaan sopivien sanojen määrää ja virheiden määrää. Tulokset analysoitiin käyttäen varianssianalyysien ANOVA ja ANCOVA yhdistelmää. Tehtävän osalta vertailtavien ryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa ikävuosina 4-6 ($p>0.45$). Ikävuosina 7-9 ja 10-12 tyyppillisesti kehittyvät lapset pärjäsivät tehtävässä paremmin kuin lapset, joilla on hemipleginen cp-vamma ($p<0.001$).

Henkilön, jolla on cp-vamma, on vaikeaa prosessoida oikein aivoille tuleva sensorista informaatiota keskushermoston vaurion takia. Lapsen, jolla on cp-vamma, keho saa epätarkkaa tietoa lihasaktivaatiosta, raajojen asennosta ja siitä, miten keho on asettunut ympäristöön. Nämä tekevät liikkumisesta vaikeaa. Lapsella, jolla on sensorisia integraatio-ongelmia saattaa olla myös ongelmia liikkeiden kontrollissa, tasapainossa, uusien liikkeiden suunnittelussa, hitautta eri asentojen löytämisessä ja kyvyttömyyttä ymmärtää koskettamansa materiaalin tekstuuria. Oma kehotietoisuus ja kehonosien käyttö voi olla haastavaa, vaikka apuna ovat liikkumisen ja kävelyn apuvälineet. (Hinchcliffe 2007, 16.)

Lapsilla, joilla on cp-vamma, on usein haasteita asennontiedostamisessa. Tämä johtuu aistiärsykyitä käsittelevien hermoratojen poikkeavuuksista. Ongelmatiikka liittyy usein kuuloon ja näköön. Näkökyky, tuntoaisti ja sisäkorvan elimien oikeanlainen toiminta ovat edellytyksiä esimerkiksi tasapainon ylläpitämiselle. Ongelmat kehonhahmottamisessa vaikeuttavat myös motorista oppimista. (Autio 2014, 9.) Hammarin ym. (2009, 24) tutkimuksen mukaan nuoret, joilla on cp-vamma, kokevat kehonsa epäluotettavaksi ja muiden avusta riippuvaiseksi. Nuoret kuvailivat kehoaan vähemmän elinvoimaiseksi. Nuorilla, joilla on cp-vamma, on negatiivisempi kehonkuva kuin vastaavilla muilla nuorilla.

Lapsilla, joilla on cp-vamma, voi esiintyä ongelmia suun alueen hahmottamisessa. Esimerkiksi syömiseen voi liittyä ongelmia. Baghbadoranin ym. (2014, 901) tutkimuksessa tutkittiin, miten sensomotoriset ärsykkeet vaikuttavat lapsen syömiseen, kun lapsella on spastinen cp-vamma. 12 lasta kävi 24 kertaa suun alueen motoriikan stimulaatiossa. Tutkimuksessa havaittiin selvää eroa syömistaidoissa stimulaatiota ennen, sen aikana ja sen jälkeen ($p=0.001$). Esimerkiksi nieleminen helpottui ja suun sulkeminen oli helpompaa. Tutkimus osoitti, että sensomotorisilla metodeilla on parantava vaikutus suun alueen motoriikkaan, mutta edistyminen ei ollut täydellistä. Tähän saattaa vaikuttaa asento sekä kognitiiviset taidot.

4 Oppaan laatiminen

4.1 Hyvä opas

Opas sisältää esimerkiksi konkreettisia vinkkejä, havainnollistavaa ja erottavaa kuvitusta, joka liittyy aiheeseen. Oppaassa voi olla esimerkkejä joihin lukijan on helppo samaistua ja helppoja lausahduksia. Oppaan tulee sisältää myös ohjausta jatkoa varten eli mitä tapahtuu sen jälkeen, kun opas on käyty läpi. (Oiva 2017.)

Oppaalla tulee olla selkeä kohderyhmää puhutteleva kulma. Oppaan tekemisessä tulee varmistaa, että asioita ei käsitellä liian laajasti, vaan oppaaseen on tuotu ilmi tärkeimmät asiat. Opas antaa kohderyhmälle vastauksia heidän tiedontarpeeseensa ja antaa ratkaisuja. Oppaassa tulee olla myös sisällysluettelo. (Oiva 2017.) Oppaan ohjeissa on tärkeää, että sanasto on kohderyhmälle ymmärrettävää ja tuttua. Kappaleiden on oltava tiiviisti tehty. (Hyvärinen 2005.)

Oppaan rakenteeseen vaikuttaa, onko se julkaistu paperisena vai nettiversiona. Tietokoneen ruudulta tekstin lukeminen on erilaista kuin paperilta, joten teksti täytyy muokata ja asetella sen mukaan. Ruudulla tekstin tulee olla lyhyemmässä muodossa. (Hyvärinen 2005.)

Oppaassa täytyy käyttää käskymuotoa, jotta lukija hahmottaa, mitä hänen tulee tehdä. Näin hän myös pystyy erottamaan, mitä jonkun muun tulee tehdä esimerkiksi pariharjoituksissa. Käskymuoto on myös selkein tapa antaa ohje. Oppaassa tulee olla tarkka, että asiat on esitetty järkevässä järjestyksessä. Tekstissä tulee käydä ilmi, missä järjestyksessä asioita tehdään. Jossain tapauksissa toimii aikajärjestys, jossain taas yhden aihepiirin käsittely kerrallaan. Jos teksti perustuu ammattitermistöön, sitä on selkeytettävä. (Kotimaisten kielten keskus.)

4.2 Kohderyhmäanalyysi

Oppaan kohderyhmänä toimii lapset, joilla on cp-vamma, ja heidän perheensä. Opasta voidaan myös jakaa terveydenhuollon ammattihenkilöstön käyttöön. Oppaan tarkoituksena oli tarjota perheille keinoja harjoittaa tunnesäätely- ja kehonhahmotustaitoja matalalla kynnyksellä tehtäväksi.

Oppaan harjoitteiden tulee olla selkeitä ja helposti ymmärrettäviä, koska usein perheiden, joissa lapsella on cp-vamma, arki on kiireistä esimerkiksi useiden terapia- ja lääkärikäyntien vuoksi. Oppaan ulkoasu tulee olla pelkistetty eikä se saa sisältää turhaa grafiikkaa.

Taustavärin tulee olla valkoinen, koska kirkkaat värit saattavat häiritä kohderyhmän keskittymistä. Harjoitteiden ohjeiden tulee olla yksinkertaisia.

4.3 Resurssianalyysi

Fyysisiä resursseja opinnäytetyöllä ovat aineiston keräämiseen tarvittavat, oppaan kuvien ottamiseen tarvittavat ja harjoituksiin mahdollisesti tarvittavat välineet. Aineiston keräämiseen tarvitaan tietokone, mikä löytyy kaikilta tekijöiltä. Oppaan kuvien ottamiseen tarvitaan matkapuhelimet, mitkä myös löytyvät kaikilta tekijöiltä.

Taloudellisia resursseja opinnäytetyöllä on haastattelujen paikan järjestäminen, jos osallistujat haluavat pitää haastattelut kasvokkain ja tila pitää vuokrata. Paikan sijainti riippuu osallistujien asuinpaikasta. Opinnäytetyön yhteistyökumppani CP-liitto on lupautunut maksamaan matkustamiseen ja paikan järjestämiseen liittyviä kuluja, jos niitä ilmenee. Opas tullaan painamaan koulun kautta, jolloin siihen ei kulu taloudellisia resursseja. Oppaaseen tulevat kuvat otetaan tekijöiden omalla puhelimella, jolloin siitä ei synny kuluja. Tekijät toimivat kuvissa malleina.

Henkilöstöresursseja ovat opinnäytetyön tekijät. Tekijät olivat sitoutuneet tekemään opinnäytetyötä keväällä 2023 ensimmäisenä prioriteettina. Opinnäytetyön tekijöitä ja tutkimusta on mainostettu sosiaalisessa mediassa CP-liiton nettisivuilla, Instagram – ja Facebook -sivuilla sekä Lappeenrannan liikuntatoimen Facebook -sivuilla.

5 Tutkimushenkilöt ja -menetelmät

5.1 Tutkimusaineisto

Opinnäytetyön sisäänottokriteereinä olivat 9–15-vuoden ikä ja diagnosoitu cp-vamma. Ikähaarukka valikoitui sen perusteella, että haluttiin tutkia ala- ja yläkouluikäisten lasten, joilla on cp-vamma, tunnesäätely- ja kehonhahmotustaitoja. Yli 15-vuotiaat rajattiin pois, koska peruskoulusta pois siirtyminen voi lisätä itsenäistymistä ja erkaantumista omasta perheestä. Tutkimuksen nuorimmat osallistujat olivat 9-vuotiaita, minkä vuoksi päädyttiin rajaamaan sisäänottokriteerin ikä 9–15-vuotiaisiin.

Liitännäisoireina osallistujilla sallittiin esimerkiksi hydrokefalia, epilepsia tai lievä kehitysvamma. Poissulkukriteerejä olivat tetraplegia, pentaplegia ja vaikea kehitysvamma. Sukupuolijakaumaa ei ollut ennalta määritelty eikä se ollut sisäänotto- tai poissulkukriteereissä.

Tutkimukseen osallistui kaksi 9-vuotiasta ja yksi 12-vuotias lapsi, jolla on cp-vamma. 12-vuotiaalla pojalla oli oikeanpuolen spastinen hemiplegia (Koehenkilö 1). Hänellä ei ollut liitännäisoireena hydrokefaliaa. Epilepsian vuoksi hänelle oli tehty leikkaus, joka on poistanut epilepsia-kohtaukset. Toinen 9-vuotiasta oli tyttö, jolla oli vasemmanpuolen spastinen hemiplegia ja liitännäisoireena hydrokefalia ja epilepsia (Koehenkilö 2). Hänellä oli myös näön käytön haasteita, mutta ei diagnosoitua näkövammaa. Toinen 9-vuotias oli poika, jolla oli triplegia ja liitännäisoireena epilepsia (Koehenkilö 3).

12-vuotias poikalapsi, jolla on cp-vamma, oli hyväksynyt oman taustansa ja cp-vamma-diagnoosinsa ja kertoi niistä avoimesti haastattelussa. 9-vuotiaat lapset, joilla on cp-vamma, eivät olleet vielä aivan hyväksyneet cp-vammadiagnoosia, eivätkä halunneet tuoda omaa mielipidettään ilmi tai keskustella omasta tilanteestaan ulkopuolisten kanssa. Heidän vanhemmat osallistuivat haastatteluun.

5.2 Tutkimusasetelma

Opinnäytetyö oli kehittämistyö, jossa hyödynnettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusotetta. Se toteutettiin kokeellisesti koehenkilöitä käyttäen. Tutkimus eteni niin, että julkaistiin kyselylomake (Liite 3) ja saatekirje (Liite 1) CP-liiton nettisivuilla ja Instagram-sivulla, joiden kautta siihen pääsi vastaamaan. Kyselyn alussa kerrottiin kohderyhmä ja tutkimuksen tavoite. Myöhemmin julkaistiin toinen, suppeampi kysely (Liite 4) aiemman kyselyn vähäisen vastaajamäärän takia. Kyselyssä kartoitettiin haasteita lapsen, jolla on cp-vamma, tunnesäätely- ja kehonhahmotustaidoissa sekä kerättiin vastaajien yhteystiedot. Yhteystietojen avulla otettiin yhteyttä vastaajiin ja järjestettiin heille haastattelut. Haastateltiin

sisäänottokriteereihin sopivia perheitä. Perheiden tarpeen mukaan laadittiin opas, jota perheet pääsivät testaamaan. Oppaasta kerättiin kehitysehdotukset ja laadittiin niiden pohjalta valmis opas. Valmis tuotos meni perheiden ja ammattilaisten käyttöön. Tutkimusaika oli ensimmäisen kyselyn julkaisusta oppaan testaamiseen eli noin viisi kuukautta, joten kyseessä on pitkittäistutkimus. Tarkemmat opinnäytetyön prosessin vaiheet on kuvattu alla olevassa kaaviossa (Kuvio 3). Osallistujille ei toteutettu mitään konkreettisia mittauksia eli mittauskertoja ei ole.



Kuvio 3. Kehittämistyön vaiheet

5.3 Tiedonkeruumenetelmät

Opinnäytetyössä käytettiin tiedonkeruumenetelminä kyselyä (Liite 3 & 4) ja haastattelua (Liite 5). Kysely (Liite 3) toteutettiin koehenkilöiden kiinnostuksen ja taustatietojen selvittämistä varten. Taustatietoja olivat lapsen, jolla on cp-vamma, haasteet tunnesäätelyssä ja kehonhahmotuksessa sekä aikaisempi kokemus psykofyysisestä fysioterapiasta. Kyselyn (Liite 3) kysymykset olivat kaikki pakollisia eli ei päässyt kyselyssä eteenpäin, jos ei vastannut johonkin kysymykseen. Kysymyksiä oli yhteensä 17, joiden lisäksi kysely sisälsi

henkilötietoja myöhempää yhteydenottoa varten. Henkilötietoja olivat lapsen ikä sekä vanhemman sähköpostiosoite ja puhelinnumero. Niitä varten tehtiin tietosuojailmoitus (Liite 8) ja tiedot tuhottiin oppaan laatimisen jälkeen. Kyselyyn oli tarkoitus vastata vanhempi/hoitaja ja lapsi yhdessä. Kysely oli opinnäytetyön tekijöiden tekemä Webropol-ohjelmalla. Aihealueina kyselyssä olivat vastanneiden toiveet, kokemukset psykofyysisestä fysioterapiasta sekä kehonhahmotuksen ja tunnesäätelyn taidot ja haasteet. Kysymykset kyselyssä olivat laadullisia ja määrällisiä. Määrällisten kysymysten vastausvaihtoehdot olivat asteikolla 1–5 (1=Täysin eri mieltä, 5=Täysin samaa mieltä).

Ensimmäiseen, laajempaan kyselyyn (Liite 3) vastasi yksi henkilö (Koehenkilö 1), joka jätti kyselyn yhteyteen vanhemman yhteystiedot. Ensimmäisen kyselyn vähäisen vastaajamäärän takia laadittiin toinen, suppeampi kysely (Liite 4). Siihen vastasi viisi henkilöä, joista neljä jätti yhteystiedot. Kaikkiin yhteystiedot jättäneisiin vastaajiin otettiin yhteyttä sähköpostitse haastatteluajkojen sopimista varten. Heistä kolme vastasi sähköpostiin: yksi rajattiin pois ikäkriteerin takia (täysi-ikäinen) ja kahden muun kanssa sovittiin haastattelut. Toisesta haastattelusta saatiin yhteystiedot tutkimuksesta kiinnostuneesta perheestä. Perheeseen otettiin yhteyttä sähköpostilla ja kartoitettiin lapsen, jolla on cp-vamma, sopivuutta opinnäytetyön sisäänottokriteereihin. Perheen lapsi, jolla on cp-vamma, täytti tutkimuksen sisäänottokriteerit (Koehenkilö 3) ja hoitajan kanssa sovittiin sähköpostitse haastattelu-aika.

Haastatteluja tehtiin perheille, joissa lapsella on cp-vamma, tarkempien tietojen saamiseksi tunnesäätelyn ja kehonhahmotuksen haasteista sekä oppaan tarpeen kartoitusta varten. Kysymykset haastattelussa (Liite 5) olivat osittain samat kuin ensimmäisessä, laajemmassa kyselyssä (Liite 3). Haastatteluilla saatiin kontakti koehenkilöihin. Haastattelut toteuttivat opinnäytetyön tekijät Teams-sovelluksen välityksellä. Haastattelijoina toimivat kaksi opinnäytetyön tekijää, joista toinen kirjasi ja toinen haastatteli. Haastatteluihin varattiin aikaa noin 45 minuuttia. Haastattelut myös tallennettiin aineiston laadullista analyysia varten. Yksi haastateltavista oli lapsi, jolla on cp-vamma, ja kaksi muuta lasten, joilla on cp-vamma, vanhempia/hoitajia. Jos vanhempi/hoitaja osallistui haastatteluun yksin, korostettiin vastauksissa pohtimaan lapsen näkökulmaa ja vastaamaan sen mukaisesti. Vanhempi/hoitaja sai myös tuoda omia ajatuksia esiin, jotta saatiin kuulla myös hänen toiveitansa ja tarpeita oppaan suhteen. Mielenpide kuultiin kyselyiden pohjalta yhteensä kuudelta henkilöltä, joista mukana vaikuttamassa oppaan sisältöön oli kaksi perhettä. Lisäksi yksi haastattelun kautta tullut perhe. Yhteensä siis kolme perhettä.

Yksi tutkimukseen osallistunut (Koehenkilö 1) vastasi ensimmäiseen kyselyyn (Liite 3), toinen (Koehenkilö 2) vastasi toiseen kyselyyn (Liite 4) ja kolmas (Koehenkilö 3) osallistui

suoraan haastatteluun (Liite 5). Kaikkien kanssa käytiin haastattelut. Haastattelussa (Liite 5) heitä pyydettiin vastaamaan muiden kysymysten lisäksi tutkimuksen määrällisiin kysymyksiin, eli neljään alla olevaan väittämään, asteikolla 1–5 (1=Täysin eri mieltä, 5=Täysin samaa mieltä).

1. Koen käsitykseni omasta kehostani olevan hyvä.
2. Kehoni ääriviivojen hahmottaminen on helppoa.
3. Koen pystyväni ilmaisemaan tunteitani.
4. Osaan tunnistaa omat tunteeni.

Oppaan omatoimisen testaamisen jälkeen osallistujille toteutettiin uusi kyselylomake (Liite 6), jossa selvitettiin oppaan sisällön toimivuutta, harjoitteiden selkeyttä ja kehitysehdotuksia oppaasta. Kysely tuotettiin Webropol -ohjelman avulla ja siihen vastattiin anonymisti eli mitään henkilötietoja ei kerätty. Kysely lähetettiin suoraan haastatteluissa olleille perheille sähköpostitse. Kysymyksiä oli 13 ja lopussa avoin lokero vapaata kommentointia varten. Kysymyksissä vastausvaihtoehtoina olivat kyllä/ei-vastaukset. Kysymykset eivät olleet pakollisia. Kyselylomakkeiden tietoja käytettiin lopullisen oppaan teossa ja toteutuksessa. Palautekyselyyn vastasi kaksi kolmesta perheestä.

Tutkimusongelmat	Kyselylomake 1	Kyselylomake 2	Haastattelu	Kyselylomake 3	Kirjallisuuskatsaus	Oppaan koe-käyttö
1	x	x	xx		x	
1.1	x	x	xx		x	
1.2	x	x	xx		x	
2	x	x	xx			
2.1			x		xx	
2.2				xx		x
3				xx		x
3.1				xx		x
3.2				xx		x

xx= ensisijainen tiedonkeruumenetelmä

x= toissijainen tiedonkeruumenetelmä

Taulukko 1. Tiedonkeruumenetelmien ja tutkimusongelmien vastaavuus

5.4 Oppaan laatiminen käytännössä

Oppaan kohderyhmänä toimivat perheet, joissa lapsella on cp-vamma. Toiminta oli segmentoitu tästä kohderyhmästä 9–15 vuotiaista lapsista ja nuorista, joilla on cp-vamma. Poissulkukriteerinä oli lapsella oleva tetraplegia tai pentaplegia ja vaikea kehitysvamma.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanin mukaan lapsilla ja nuorilla, joilla on cp-vamma, oli tarvetta toiminnalle, jossa keskitytään kehonhahmotukseen ja tunnesäätelyyn erilaisin psykofyysisen fysioterapian menetelmin. Opas kehitettiin kyseisiin tarkoituksiin kirjallisuuskatsauksen, kyselylomakkeiden (Liite 3 & 4) ja haastattelun (Liite 5) perusteella, joissa harjoitteiden ja menetelmien tunnettavuutta kartoitettiin. Oppaan tuli olla sellainen, joka ei vie kohderyhmältä liikaa aikaa arjessa ja se voisi olla huoltajan kanssa yhteiskäytössä. Kohderyhmän elämässä on paljon menoja erilaisten hoitokontaktien seurauksena, joten oppaan tulisi olla matalalla kynnyksellä käytettävä.

Oppaan harjoitteet valittiin kyselylomakkeen (Liite 3) vastauksen ja haastattelujen (Liite 5) perusteella. Osallistujilta kartoitettiin kyselyn ja haastattelun avulla heidän toiveitaan oppaan sisällön ja kokeilun suhteen sekä psykofyysisen fysioterapian menetelmien aiempaa käyttöä. Kriteerit harjoitteiden valinnalle olivat, että niiden toimivuudesta löytyi tutkittua tietoa psykofyysisen fysioterapian yhteydessä. Menetelmät ovat esitelty kirjallisuuskatsauksessa. Perheiden tarpeet ja toiveet otettiin myös huomioon. Laadittiin kohderyhmälle uusi, tarpeita vastaava opas. Näin oppaasta tuli osallistujalähtöinen.

Opasta muokattiin osallistujien omatoimisen kokeilujakson jälkeen osallistujien vastaaman kyselylomakkeen (Liite 6) perusteella. Siinä kysyttiin heidän kokemuksiaan oppaan selkeydestä, sisällöstä, harjoitteiden tekemisestä sekä oppaan ulkomuodosta. Pienen osallistujamäärän vuoksi opasta muokattiin huomioiden kaikki saatu palaute. Palautteen perusteella harjoitteiden ohjeistusta tarkennettiin, käytettyjä termejä selitettiin auki ja harjoitteiden tarkoitusta ja tavoitetta korostettiin. Osallistujilla oli mahdollisuus vaikuttaa lopullisen oppaan sisältöön, selkeyteen ja ulkonäköön. Oppaan valmistuttua, sitä levitetään muun muassa opinnäytetyön yhteistyötahon CP-liiton kautta sitä tarvitseville ja muille sosiaali- ja terveystieteiden ammattihenkilöille.

5.5 Tutkimuksen eettiset näkökulmat

Opinnäytetyön henkilötietojen käsittelyyn sovellettiin tietosuojalakia (1050/2018) ja Euroopan parlamentin ja neuvoston asetusta (EU) 2016/679 eli yleistä tietosuojaa-asetusta.

Kaikki opinnäytetyössä oleelliset henkilötiedot olivat luottamuksellisia, eikä niitä jaettu ulkopuolisille. Tuotettu opas ei sisältänyt mitään henkilökohtaisia tietoja eikä kuvia osallistujista,

sillä malleina toimivat opinnäytetyön tekijät. Tämä mahdollisti oppaan laajan jakelun. Koehenkilöt pysyivät täysin anonymineen ulkopuolisille koko tutkimusprosessin ajan ja oppaassa. Opinnäytetyön tekijöillä oli tiedossa koehenkilöiden henkilötietoja, mutta keskinäisessä keskustelussa koehenkilöiden nimiä tai muita henkilötietoja ei mainittu.

Opinnäytetyöhön osallistuvien informointi tapahtui opinnäytetyön tekijöiden kautta. Tiedottamista varten opinnäytetyöryhmästä oli nimetty yhteyshenkilöt, joille sai soittaa sekä laittaa viestiä mahdollisista kysymyksistä koskien kyselyä ja haastattelua. Ennen osallistumista kerrottiin haastattelujen ja kyselylomakkeen sisällöstä saatekirjeen (Liite 1) muodossa. Saatekirjeessä kerrottiin lisäksi opinnäytetyön tarkoitus ja toteutustapa.

Kyselyyn ja haastatteluun osallistuminen sekä oppaan kokeilu oli täysin vapaaehtoista. Koehenkilöille annettiin suostumuslomake (Liite 2) täytettäväksi, jossa he hyväksyivät tietojen keräämisen opinnäytetyön henkilörekisteriin sekä hyväksyivät vapaaehtoisen osallistumisen oppaan kokeiluun. Tietojen keräämisen syyt ja tarkoitukset kerrottiin tietosuojailmoituksessa (Liite 8), mikä annettiin kaikille osallistujille. Koehenkilöt olisivat voineet keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen missä tahansa vaiheessa. Alaikäisiltä osallistujilta pyydettiin vanhempien suostumus kirjallisesti (Liite 2).

Kyselylomakkeen (Liite 3 & 4) tiedot kerättiin sähköisesti. Tietoja käsittelivät vain opinnäytetyön tekijät. Säilyttäminen tapahtui turvallisessa ympäristössä salatussa OneDrive -kansiossa. Tutkimukseen liittyvät tiedostot, sähköiset ja paperiset, tuhottiin heti niiden käytön jälkeen poistamalla ne kansioista, tietokoneelta ja palvelimelta. Sähköiset tietoturvatiedostot poistettiin pysyvästi palvelimelta (salattu OneDrive -kansio) ja tietokoneelta ja paperiset tiedostot hävitettiin silppuamalla ja laittamalla tietoturvaroskikseen.

5.6 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön aineiston analyysin lähtökohtana oli aineistolähtöinen analyysi. Kirjallisuuskatsauksesta saatu teoretinen tieto oli tukena aineistolähtöisen analyysin tekoon. Teorian, kyselyn ja haastattelun perusteella suunniteltiin sopivat harjoitteet oppaaseen. Oppaan kokeilun jälkeen osallistujille lähetettiin uusi sähköinen kyselylomake (Liite 6), jonka perusteella kerättiin palautetta harjoitteiden sopivuudesta perheen arkeen. Pienen osallistujamäärän vuoksi opasta muokattiin huomioiden kaikki saatu palaute.

Opinnäytetyön laadullista aineistoa analysoitiin aineistolähtöisen analyysin mukaan litteroinnin, redusoinnin, kategorisoinnin ja abstrahoinnin menetelmien avulla. Litteroinnilla muistiinpanot, koehenkilöiden kyselylomakkeiden ja haastattelujen vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi. Redusoinnilla pelkistettiin aineistoa ja etsittiin oleelliset asiat koko tekstistä. Valikoivalla koodauksella yhdistettiin saman kategorian käsitteitä ja muodostettiin ala- ja

yläkategorioiden (Taulukko 2). Abstrahoinnissa muodostettiin päättelystä teoreettisia malleja (Taulukon 2 pääluokat), joiden mukaan opinnäytetyön oppaan harjoitteet laadittiin.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kehon ääriiviivat Hienomotoriikan haasteet	Kehonhahmotus	Kehontuntemuksen tukeminen
Ympäristön hahmottaminen	Ympäristön tuomat haasteet ja cp-vamma	Ympäristön tuomien haasteiden tukeminen
Tunteiden tunnistaminen Tunteiden hallinta	Tunnesäätelyn haasteet	Tunnesäätelyn tukeminen
Tunteiden sanoittaminen	Tunnesäätelyn haasteet	
Itsensä hyväksymisen vaikeudet Minäpystyvyys	Itsensä hyväksymiseen rohkaisu	Itsetunnon vahvistaminen

Taulukko 2. Teoreettisten käsitteiden luominen

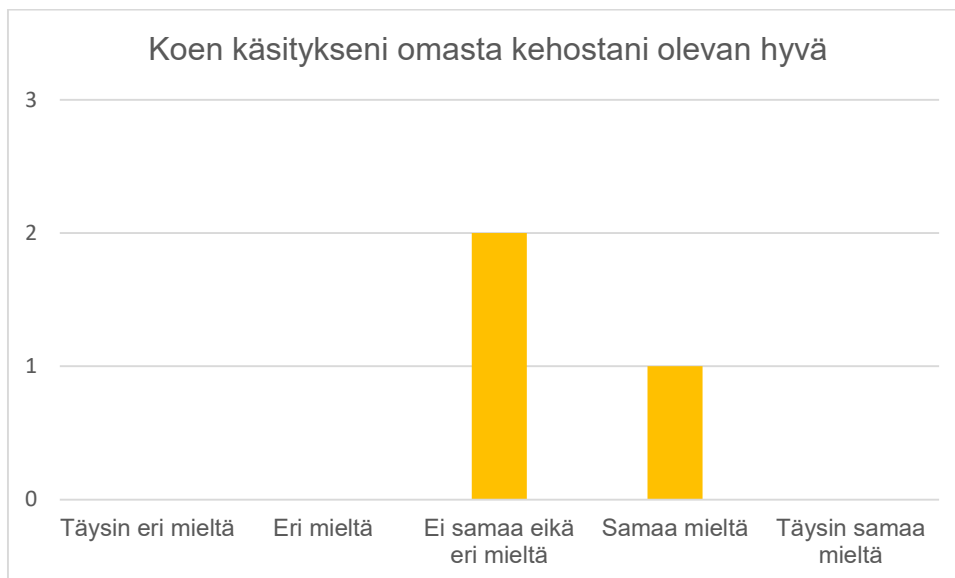
Opinnäytetyön määrällinen aineisto analysoitiin käyttämällä apuna Excel-ohjelmaa. Ohjelman avulla aineistosta tehtiin pylväsdiagrammeja, joista nähdään kyselyn (Liite 3 & 4) ja haastattelun (Liite 5) määrällisten vastausten määrät. Tulokset ovat luokiteltuja muuttujia, jotka voivat saada arvon välillä 1–5 (1=Täysin eri mieltä, 5=Täysin samaa mieltä). Opinnäytetyössä käytetään järjestysasteikkoa. Otoksoon ollessa pieni, tilastollisten testien tekeminen tai keskilukuihin perustuva analysointi ei ollut tarpeellista. Määrällinen tarkastelu jätettiin siksi tässä työssä aineistoa kuvailevalle ja havainnollistavalle tasolle.

6 Tulokset

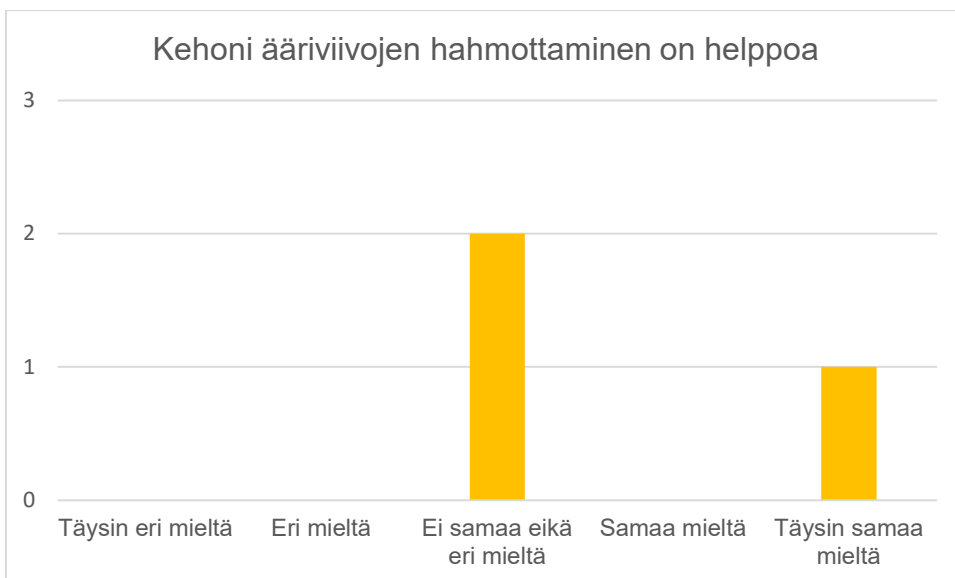
6.1 Kehonhahmotus- ja tunnesäätelytaidot lapsilla, joilla on cp-vamma

Kyselyssä (Liite 3) ja haastattelussa (Liite 5) olleiden neljän väittämän yleistulokset on esitelty alla olevissa kuvaajissa (Kuviot 4–7). Kyselylomakkeesta saaduilla tiedoilla voidaan todeta lasten, joilla on cp-vamma, kokevan joitakin haasteita tunnesäätelyssä ja kehonhahmottamisessa.

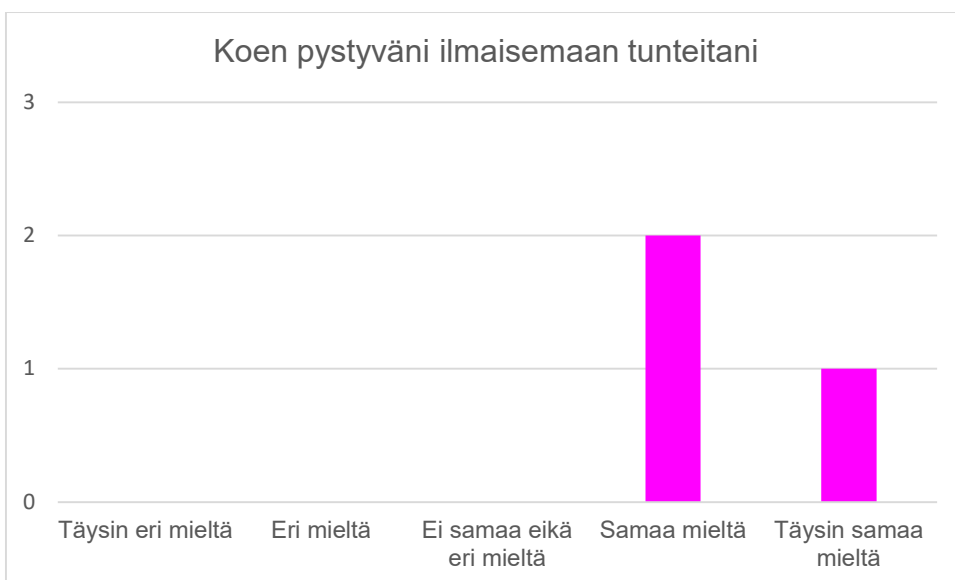
Koehenkilö 1 vastasi ensimmäiseen väittämään (Kuvio 4) arvion 4, toiseen väittämään (Kuvio 5) arvion 5, kolmanteen väittämään (Kuvio 6) arvion 5 ja neljänteen väittämään (Kuvio 7) arvion 4. Koehenkilö 2 vastasi ensimmäiseen väittämään (Kuvio 4) arvion 3, toiseen väittämään (Kuvio 5) arvion 3, kolmanteen väittämään (Kuvio 6) arvion 4 ja neljänteen väittämään (Kuvio 7) arvion 4. Koehenkilö 3 vastasi ensimmäiseen väittämään (Kuvio 4) arvion 3, toiseen väittämään (Kuvio 5) arvion 3, kolmanteen väittämään (Kuvio 6) arvion 4 ja neljänteen väittämään (Kuvio 7) arvion 4. Vastauksista käy ilmi, että 9-vuotiaat lapset, joilla on cp-vamma, kokevat enemmän haasteita etenkin kehonhahmotuksen taidoissa, kuin 12-vuotias lapsi, jolla on cp-vamma. Sukupuolten välisiä eroja tunnesäätelyn ja kehonhahmotuksen haasteissa ei saatu selville eikä niitä pystytty toteamaan. Koehenkilöillä ei ollut aikaisempaa kokemusta psykofyysisestä fysioterapiasta.



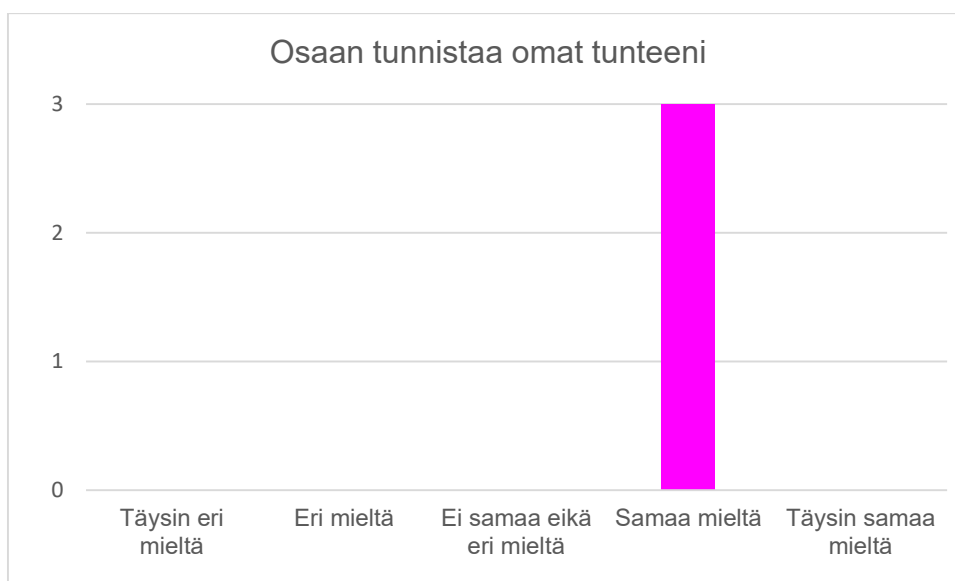
Kuvio 4. Käsitys omasta kehosta



Kuvio 5. Käsitys oman kehon ääriiviivojen hahmottamisesta



Kuvio 6. Käsitys omien tunteiden ilmaisemisesta



Kuvio 7. Käsitys omien tunteiden tunnistamisesta

Osallistujien kanssa käydyissä haastatteluissa nousi esiin lasten, joilla on cp-vamma (Koehenkilöt 1–3), haasteet etenkin tunteiden tunnistamisessa, ilmaisussa ja hallinnassa. Vanhemmat kokivat haastaviksi tilanteiksi esimerkiksi lasten hallitsemattomat tunnepurkaukset ja tunteiden räjähtämisen. Negatiivisten tunteiden hallinnassa vanhemmat kokivat myös lapsilla haasteita. Kehonhahmottamisen haasteet lapsilla olivat ääriviivojen hahmottamisessa ja oman pystyvyyden rajan tunnistamisessa.

6.2 Perheille suunnatun oppaan sisältö

Haastatteluun osallistuneet toivoivat oppaasta tiivistä pakettia. Kuvissa toivottiin olevan oikeita ihmishahmoja piirroskuvien sijaan ja niistä toivottiin saatavan riittävä tieto harjoitteen tekemisestä ilman tekstin lukemista. Niin, että vanhempi tai huoltaja voisi vilkaista kuvat läpi, ja kertoa niiden pohjalta harjoitteen tekemisen vaiheista lapselle. Harjoitteiden määrän toivottiin olevan kohtuullinen, vaikka valinnanvaraa olisikin. Niin, että ei tarvitsisi esimerkiksi 30 eri harjoitteesta valita sopivaa, vaan vaihtoehtojen määrä pysyisi pienenä, mutta tulisi kuitenkin jotakin vaihtelua. Harjoitteita toivottiin pystyvän soveltamaan kodin ulkopuolelle, esimerkiksi koulunkäynnin yhteyteen.

Istuen, seisten ja liikkeessä tehtäviä harjoitteita toivottiin eniten. Maaten tehtävät harjoitteet olivat lasten, joilla on cp-vamma, aiempien kokemusten mukaan epämieluisia. Etenkin pitkään makaaminen selällään oli aiemmin koettu epämieluisaksi asennoksi. Harjoitteita toivottiin tehtävän perheen kanssa yhdessä tai vanhemman tai huoltajan kanssa kahdestaan. Isossa porukassa, ystävien tai tuttujen kanssa, harjoitteet tuntuivat lasten, joilla on cp-vamma, mielestä epämieluisalta tehdä.

6.3 Kokemukset oppaan tunnesäätelyn ja kehonhahmotuksen harjoituksista

Oppaan omatoimisen kokeilujakson jälkeen osallistuvilta perheiltä kerättiin kehitysehdotuksia oppaasta palautekyselyn (Liite 6) avulla. Kehitysehdotuksia oppaaseen tuli Suhde alustaan -harjoitteen yksityiskohtaisempaan kuvaamiseen, Palleahengitys-harjoitteen tarkoituksen ja tavoitteen tarkempaan kuvaamiseen sekä termien (vagusherma) selittämiseen. Tunnesäätelyn harjoitteen 3 (Liikkeessä tehtävä meditaatioharjoitus) ohjeistus ei ollut vastaajien mielestä ymmärrettävä ja siihen toivottiin lisäksi kuvallista tietoa. Spesifit kysymykset ja ohjeet harjoitteessa 2 (Kehoskannaus) koettiin parhaiksi, ja ne harjoitteet olivat osallistujien mielestä helpoimpia tehdä. Oppaan harjoitteiden määrä, tekstin määrä, tekstin fonttikoko ja kuvien koko olivat vastaajien mielestä sopivia. Kuvien tulkitseminen oli helppoa, kuvat tukivat sanallista ohjeistusta ja ne auttoivat ymmärtämään, miten harjoitteet tehdään.

Kyselyn (Liite 6) toimivuudesta palautetta tuli kyllä/ei-vastausvaihtoehdoista, vastaajat toivoivat avoimia kohtia joka kysymyksen jälkeen. Vastaajat kirjoittivat lopussa olevaan avoimeen kohtaan tarkentavat selitykset eri kysymysvastauksista. Toinen vastaaja koki oppaan ja harjoitteet sopivaksi perheen arkeen. Toinen vastaaja koki, että lapsen oma kiinnittymisen harjoitteisiin ja niiden tekoon on lyhytaikaista ja vaihtelevaa eivätkä harjoitteet sen takia sopisi perheen arkeen. Vastaajan mielestä harjoitteet sopisivat paremmin yläasteikäiselle lapselle.

7 Pohdinta

7.1 Aineisto

Kohderyhmä tutkimuksessa oli hyvin haastava, koska lapsilla, joilla on cp-vamma, on monia kuormittavia tekijöitä arjessa. Oli vaikeaa saada opas liitettyä heidän arkeensa kuormittamatta sitä liikaa. Monilla perheillä on viikossa useita fysioterapia- tai lääkärikäyntejä, joiden takia ei ollut mahdollisuuksia lähteä tutkimukseen mukaan. Sisäänottokriteerejä jouduttiin laajentamaan koskemaan myös mmc:tä, koska ensimmäiseen kyselyyn ei tullut kuin yksi vastaus. Lopullisissa osallistujissa ei ollut kuitenkaan yhtään lasta, jolla olisi ollut mmc.

Opinnäytetyön sisäänottokriteerinä oli 9–15 vuoden ikä, jota ei ollut perusteltu juurikaan. Ikärajaamisen alkamisen 9-vuotiaista olisi voinut perustella niin, että 7-vuotiailla alkaa uusi vaihe elämässä koulunaloituksen myötä. 9-vuotiaat ovat jo olleet koulumaailmassa parin vuoden ajan, jolloin harjoittelua ei tuoda kuormittamaan uutta elämänvaihetta. Kohderyhmäksi haluttiin lapset, mutta tarkkaa ikähaarukkaa (esimerkiksi ala-aste- tai yläasteikäiset) ei määritelty. Tarkka ikähaarukka olisi voinut helpottaa opinnäytetyön mainostamista ja helpottaa tutkimuksesta kiinnostuneiden perheiden pohdintaa tutkimukseen soveltumisesta. Tutkimusta toistettaessa on haastavaa määritellä ja perustella tutkimukseen osallistuvien ikää tämän tutkimuksen ikäkriteerien huonojen perustelujen vuoksi.

Saatuja tuloksia ei voida yleistää koskemaan koko 9–15-vuotiaiden lasten, joilla on cp-vamma, ryhmää, koska ikähaarukka on laaja ja ikävuosien välissä tapahtuu muutoksia lapsen kehityksessä. Tutkimuksen aineistossa ei myöskään ollut jokaiseen ikäryhmään kuuluvaa osallistujaa, vaan osallistujien välillä oli kolme vuotta ikäeroa eli osallistujat edustivat vain pientä osaa perusjoukosta. Osallistujat tulivat kaikki eri kautta mukaan tutkimukseen, jolloin tiedonkeruumenetelmien yhteisvaikutus on voinut vaikuttaa lopputuloksiin.

Haastattelussa kaksi vanhempaa/huoltajaa vastasi lapsen näkökulmasta, koska lapsi, jolla on cp-vamma, ei halunnut itse osallistua haastatteluun. Vanhempia/huoltajia pyydettiin ajattelemaan lapsen omaa mielipidettä, mutta vastauksista ei voida olla varmoja, että ne olivat juuri lapsen eikä vanhemman ajatuksia. 9-vuotiaat lapset eivät olleet hyväksyneet diagnoosiaan eivätkä he keskustelleet vanhemman kertoman mukaan vanhempiensa kanssa juurikaan omista ajatuksistaan tai haasteistaan.

Opinnäytetyön aineisto ei ole ulkoisesti validi. Tähän vaikuttavat muun muassa pieni osallistujamäärä, vain kahden ikäryhmän osallistujat ja osallistujien osallistuminen eri paikasta tutkimukseen. Osallistujat esittivät hyvin pientä osaa perusjoukosta, joten tuloksia ei voida yleistää.

7.2 Menetelmät

Menetelminä opinnäytetyössä olisi pitänyt käyttää jo alkuun tiivistetympää kyselyä. Kohderyhmää oli erittäin vaikea tavoittaa eikä suurin osa kyselyn avanneista vastannut siihen. Ensimmäisen kyselyn (Liite 3) avasi 229 henkilöä, joista 3 aloitti vastaamaan kyselyyn. Lopulta saatiin vain yksi vastaus. Perheille olisi pitänyt keksiä jokin erittäin helposti lähestyttävä tapa vastata kysymyksiin. Kysymysasettelut kyselyssä (Liite 3) ja haastattelussa (Liite 5) rajoittivat vastaajien vastaamista, ”Onko sinulla”-tyyppisten kysymysasetteluiden takia, vastaamaan kyllä tai ei. Tuloksiin vaikuttaa myös kysymyksiin vastaaminen haastattelutilanteessa eikä niitä saanut pohtia itsenäisesti. Kysymyksiä ei lähetetty haastatteluun osallistuville etukäteen, mutta heille kerrottiin aihealueet, joita haastattelussa käydään läpi. Vastaajilla olisi ollut enemmän miettimisaikaa, jos haastattelun kysymykset olisi lähetetty heille etukäteen.

Kysymykset ensimmäisessä kyselyssä olivat pakollisia, joten vastaaja ei pystynyt katsomaan kyselyä ensin läpi, vaan joutui vastaamaan joka kysymykseen, jotta pääsi kyselyssä eteenpäin. Tämä varmasti vaikutti vastaajien jaksamiseen, jonka vuoksi vastaajamäärät jäivät pieniksi. Palautekyselyssä vastausvaihtoehtoina olivat kyllä tai ei, joten siitä ei saatu parasta mahdollista tulosta irti. Kyselyn lopussa olevaan avoimeen kohtaan vastaajat avasivat vastauksiaan.

Opinnäytetyön ensimmäistä versiota, jossa mukana olisi ollut interventiojakso, mainostettiin ensimmäisen kerran marraskuussa 2022. Toimintaa mainostettiin useammalla sosiaalisen median alustalla, mutta mainokset julkaistiin vain kerran. Toimintaan ei saatu osallistujia todennäköisesti huonon mainonnan seurauksena. Uutta toimintaa mainostettiin helmikuussa 2023 useammassa sosiaalisessa mediassa. Pitkän kyselylomakkeen ja edelleen vähäisen mainonnan syystä osallistujien määrä oli yksi henkilö.

Tutkimus olisi ollut hyvä saada osaksi kohderyhmän arkea, mutta opinnäytetyön resurssit huomioiden tämä olisi ollut mahdotonta. Opinnäytetyö olisi pitänyt sisällyttää paremmin esimerkiksi kohderyhmän koulunkäyntiin.

Opinnäytetyö ei ollut sisäisesti validi. Tähän vaikuttivat esimerkiksi kohderyhmälle huonosti valittu tutkimusmenetelmä, haastattelun johdattelvat kysymykset ja kyselyn laajuus sekä sen sisältämien kysymyksien pakollisuus. Palautekysely oppaasta oli myös toteutettu niin, että vastaajilta ei saatu niin tarkkoja vastauksia, mitä olisi tarvinnut.

7.3 Tulokset

Koehenkilöitä oli tutkimuksessa vain kolme, minkä takia tutkimuksesta saatuja tuloksia ei voida yleistää koskemaan laajempaa joukkoa. Lapsilla, joilla on cp-vamma, on tulosten mukaan joitakin haasteita kehonhahmotuksessa ja tunnesäätelyssä. Haasteita on erityisesti nuoremmilla lapsilla, joilla on cp-vamma. Tämän tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää lasten fysioterapiassa keskittyen etenkin alle 10-vuotiaiden kehonhahmotuksen ja tunnesäätelyn haasteisiin lapsilla, joilla on cp-vamma. 9-vuotiailla lapsilla, joilla on cp-vamma, on tämän tutkimuksen mukaan enemmän haasteita tunnesäätelyssä ja kehonhahmottamisessa kuin 12-vuotiailla lapsilla, joilla on cp-vamma. Haasteita tunnesäätelyssä ja kehonhahmotuksessa ei voi kuitenkaan olettaa olevan jokaisella tähän ikäryhmään kuuluvalla lapsella, jolla on cp-vamma.

Kyselystä ja haastattelusta saadut tulokset tukevat kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista saatuja tuloksia kohderyhmän haasteista tunnesäätelyssä ja kehonhahmotuksessa. Laadittua opasta voi levittää suuremmalle joukolle, jolloin se voisi olla käytössä muilla kohderyhmään soveltuvilla perheillä tämän tutkimuksen ulkopuolella.

7.4 Jatkotutkimus- tai jatkokehittämisaiheet

Lapsille, joilla on cp-vamma, olisi hyvä järjestää muutaman kuukauden kestävä harjoittelujakso tunnesäätelyn ja kehonhahmottamisen harjoitteista, jotta niiden vaikuttavuutta pystytään paremmin seuraamaan. Osallistujamäärä tulisi olla suurempi, jotta tulokset olisivat luotettavampia ja yleistettävissä suuremmalle joukolle. Oppaan harjoitteita olisi hyvä yhdistää fysioterapian yhteyteen, jossa lapset, joilla on cp-vamma, jo käyvät. Harjoitteet tulisivat näin myös ammattilaisten käyttöön.

Oppaaseen olisi hyvä yhdistää äänitteen tai videot, joista saisi ohjeet kirjallisten ohjeiden lisäksi. Äänite voisi olla täyspitkä eli sen avulla pystyisi tekemään koko harjoitteen eikä tarvitsisi itse lukea ohjeistusta. Videot tukisivat kuvallisia ohjeistuksia. Tulostetussa oppaassa voisi olla esimerkiksi QR-koodi, josta pääsisi suoraan äänitteiden tai videoiden pariin puhelimen avulla. Äänitteet ja videot toimisivat hyvin esimerkiksi mindfulness -harjoittelussa. Internetissä tähän on saatavilla paljon materiaalia, mutta niitä ei ole suunnattu lapsille, joilla on cp-vamma. Videoilta ja äänitteiltä harjoitusta voi olla helpompi seurata. Näin harjoitteiden sisäistäminen saattaisi olla helpompaa.

Lasten, joilla on cp-vamma, tunnesäätelytaitoja tulisi tutkia enemmän, esimerkiksi tunteiden tunnistamista ja tunnesäätelyn perustaa. Tulisi myös tutkia enemmän tunnesäätelyn eri tasoja, kuten tietoista, tahdonvaraista ja automaattista säätelyä. Olisi hyvä tutkia

psykofyysisen fysioterapian harjoitteiden vaikutusta tunnesäätelytaitoihin. Tällä hetkellä aineistoa on todella vähän saatavilla aiheesta. Tunnesäätelytaitoihin perehtyminen tarkemmin auttaisi niin lasten vanhempia kuin terveydenhuollon ammattilaisia. Olisi myös hyvä saada lisää tutkittua tietoa kehonhahmotuksesta ja psykofyysisen fysioterapian vaikutuksesta siihen. Henkilöiden, joilla on cp-vamma, oman kehon käsityksestä, kehonkuvasta ja kehonhahmotuksesta sekä tunnesäätelystä löytyy vähän tutkittua tietoa. Jatkossa olisi hyvä tutkia lisää lasten ja nuorten suhtautumista omaa kehoa kohtaan, jotta kehonkuvan ja kehonhahmottamisen haasteisiin pystytään esimerkiksi terveydenhuollossa puuttumaan nopeammin.

8 Johtopäätökset

Kaikilla opinnäytetyöhön osallistuneiden perheiden lapsilla, joilla on cp-vamma, ilmeni haasteita tunteiden ilmaisemisessa, tunnistamisessa ja hallinnassa sekä kehonhahmottamisessa. Tarkemmin haasteita oli voimakkaiden tunteiden hallinnassa, kehon ääriviivojen hahmottamisessa ja oman pystyvyyden rajan tunnistamisessa. Opinnäytetyön osallistujamäärän ollessa pieni (osallistujaperheitä oli kolme) tulokset eivät ole yleistettävissä koskemaan suurempaa joukkoa.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen oppaan tarkoituksena oli tuottaa perheiden arkeen menetelmiä tunnesäätely- ja kehonhahmotustaitojen harjoitteluun ja kehittämiseen. Oppaaseen valittujen harjoitteiden kriteerit olivat, että niiden toimivuudesta löytyi tutkittua tietoa psykofyysisen fysioterapian yhteydessä sekä perheiden tarpeet ja toiveet otettiin myös huomioon. Oppaaseen sisällytettiin mindfulness- ja BBAT- (basic body awareness therapy) menetelmiin perustuvat harjoitteet, koska niistä löytyi tutkittua tietoa psykofyysisen fysioterapian yhteydessä. Molempia menetelmiä on tutkittu paljon ja niistä on todettu olevan hyötyä esimerkiksi mielenterveysongelmien hoidossa. Menetelmissä käytettävät harjoitteet pystyttiin soveltamaan lapsille sopiviksi, jolloin ne olivat myös käyttäjälähtöisiä.

Pienen osallistujamäärän (kaksi vastaajaa) vuoksi opasta muokattiin huomioiden kaikki saatu palaute palautekyselystä. Saadun palautteen perusteella oppaan hyödyllisyydestä ei saatu varmaa tietoa. Opas on kuitenkin tehty yleisesti perheille, joissa 9–15-vuotiaalla lapsella on cp-vamma, joten sitä on mahdollista jakaa laajempaan käyttöön tämän työn ulkopuolelle. Opasta on myös mahdollista jakaa CP-liiton kautta suoraan sitä tarvitseville perheille ja muille terveysalan ammattihenkilöille.

Lähteet

Adegboye, D., Sterr, A., Lin, J. & Owen, T. 2017. Theory of mind, emotional and social functioning, and motor severity in children and adolescents with dystonic cerebral palsy. Elsevier. Viitattu: 20.11.2022. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1090379817300739>

Adzick, N. 2010. Fetal myelomeningocele: Natural history, pathophysiology, and in-utero intervention. Viitattu: 2.8.2023. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744165X09000432>

Arrigoni, F., Peruzzo, D., Gagliardi, C., Maghini, C., Colombo, P., Servodio Iammarrone, F., Pierpaoli, C., Triulzi, F. & Turconi, A.C. 2015. Whole-Brain DTI Assessment of White Matter Damage in Children with Bilateral Cerebral Palsy: Evidence of Involvement beyond the Primary Target of the Anoxic Insult. 1347. Viitattu: 5.12.2022. Saatavissa: <http://www.ajnr.org/content/ajnr/37/7/1347.full.pdf>

Autio, S. 2014. CP-lasten ja -nuorten toimintakyvyn arviointi luokittelevia mittareita käyttäen. Itä-Suomen yliopisto. 5–10. Viitattu: 5.12.2022. Saatavissa: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14764/urn_nbn_fi_uef-20150138.pdf

Autti-Rämö, I., Haataja, L., Mäenpää, H. & Kiviranta, T. 2017. Paikallisista malleista yhteiseen käytäntöön toimintakyvyn arviointimenetelmien valinnassa ja kuntoutuksen suunnittelussa. Kela. 10-11. Viitattu: 25.11.2022. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/178915/Tyopapereita115.pdf>

Baghbadorani, M., Soleymani Z., Dadgar, H. & Salehi, M. 2014. The effect of oral sensorimotor stimulations on feeding performance in children with spastic cerebral palsy. Acta Media Iranica. 901. Viitattu: 20.11.2022. Saatavissa: [View of The Effect of Oral Sensorimotor Stimulations on Feeding Performance in Children with Spastic Cerebral Palsy \(tums.ac.ir\)](http://www.tums.ac.ir/View_of_The_Effect_of_Oral_Sensorimotor_Stimulations_on_Feeding_Performance_in_Children_with_Spastic_Cerebral_Palsy)

Belmonte-Darraz, S., Montoro, C., Andrade, N., Montoya, P. & Riquelme, I. 2020. Alteration of Emotion Knowledge and Its Relationship with Emotion Regulation and Psychopathological Behavior in Children with Cerebral Palsy. Journal of Autism and Developmental Disorders (2021) 51:1238–1248. 1238 & 1241-1243. Viitattu: 5.12.2022. Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-020-04605-1>

Bjorgaas, H., Elgen, I. & Hysing, M. 2021. Illness perception in children with cerebral palsy, a longitudinal cohort study. 1–5. Viitattu: 1.8.2023. Saatavissa: [https://www.cell.com/heliyon/pdf/S2405-8440\(21\)02661-X.pdf](https://www.cell.com/heliyon/pdf/S2405-8440(21)02661-X.pdf)

Brigo, F., Lattanzi, S. & Nardone, R. 2021. The Babinski sign in the first Italian reports. *Neurological Sciences*. 42:2595–2598. Viitattu: 19.9.2023. Saatavissa: <https://web-pubscohost-com.ezproxy.saimia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=5eeae9df-0b72-4111-ad09-438e517f4527%40redis>

Bryant, M. 2015. *Handbook on Emotion Regulation: Processes, Cognitive Effects and Social Consequences*. 7. Viitattu: 5.12.2022. Saatavissa: [Handbook on emotion regulation : processes, cognitive effects and social consequences - LUT-tiedekirjasto \(exlibris-group.com\)](https://www.exlibris-group.com/handbook-on-emotion-regulation-processes-cognitive-effects-and-social-consequences-lut-tiedekirjasto)

Cheong, S., Lang, C. & Johnston, L. 2018. Self-concept of children with cerebral palsy measured using the population-specific myTREEHOUSE Self-Concept Assessment. Viitattu: 6.9.2023. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422217303086>

Chi, X. Bo, A. Liu, T., Zhang, P. & Chi, I. 2018. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Depression in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. 1. Viitattu: 29.7.2023. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29977221/>

Cruz, T., Souto, D., Moeller, K., Fontes, P. & Haase, V. 2022. Body experience influences lexical-semantic knowledge of body parts in children with hemiplegic cerebral palsy. Viitattu: 20.11.2022. Saatavissa: [Body experience influences lexical-semantic knowledge of body parts in children with hemiplegic cerebral palsy - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36111111/)

De Vibe, M., Hammerstøm, K., Kowalski, K. & Bjørndal, A. 2010. PROTOCOL: Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for improving health and social functioning in adults. 3–4. Viitattu: 29.7.2023. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/CL2.72#cl2006001012-bib-0010>

Di Vita, A., Boccia, M., Palermo, L. & Guariglia, C. 2016. To move or not to move, that is the question! Body schema and non-action oriented body representations: An fMRI meta-analytic study. Viitattu: 20.11.2022. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27177829/>

Di Vita, A., Cinelli, M., Raimo, S., Boccia, M., Buratin, S., Gentili, P., Inzitari, M., Iona, T., Iosa, M., Morelli, D., Ruggeri, F., Giuseppina, R., Guagriglia, C. & Palermo, L. 2020. Body representations in children with cerebral palsy. Viitattu: 20.11.2022. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7463564/#B1-brainsci-10-00490>

Dunning, D., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J. & Dalgleish, T. 2019. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and

mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials. 244 & 248-249. Viitattu: 29.7.2023. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30345511/>

Eliasson, AC., Krumlinde Dundholm, L., Rösblad, B., Beckung, E., Arner, M., Öhrvall, AM. & Rosenbaum, P. 2006. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability *Developmental Medicine and Child Neurology*. Suomentanut: Kuusinen, V., Virusmäki, T & Haataja, L. 2010. 1. Viitattu: 20.11.2022. Saatavissa: https://macs.nu/files/MACS_Finish_2010.pdf

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetukset (EU) 2016/679, annettu 27 päivänä huhtikuuta 2016, luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta (yleinen tietosuojasetus) (ETA:n kannalta merkityksellinen teksti) Viitattu: 5.12.2022. Saatavissa: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

Forsten, W., Korhonen, S., Mustonen, L., Mäenpää, H. & Rastio, A. 2020. Apuvälineet. CP-liitto. Viitattu: 30.7.2023. Saatavissa: <https://cp-liitto.fi/apuvälineet/>

Gannotti M., Minter, C., Chambers, H., Smith, P., Tylkowski C. Self-concept of adults with cerebral palsy. *Pubmed*. Viitattu: 7.9.2023. Saatavissa: [Self-concept of adults with cerebral palsy - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36111111/)

Gill, K. & Johnson, J. 2020. The Babinski reflex: What to know. *MedicalNewsToday*. Viitattu: 19.9.2023. Saatavissa: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/babinski-reflex>

Graham, K., Rosenbaum, P., Paneth, N., Lin, J., Damiano, D., Becher, J., Gaebler-Spira, D., Colver, A., Reddihough, D., Crompton, K. & Lieber, R. 2016. Cerebral Palsy. Viitattu: 23.11.2022. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27188686/>

Gross, J. & Jazaieri, H. 2014. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Primo*. 388. Viitattu: 9.12.2022. Saatavissa: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.saimia.fi/doi/pdf/10.1177/2167702614536164>

Guyton, A. & Hall, J. 2006. *Textbook of medical physiology*. Pennsylvania. Kustantaja: Elsevier Saunders. 763.

Gyllensten, A., Jacobsen, L. & Gard, G. 2019. Clinician perspectives of Basic Body Awareness Therapy (BBAT) in mental health physical therapy: An international qualitative study. *PubMed*. Viitattu: 14.12.2022. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31733757/>

- Hammar, G., Ozolins, A., Idvall, E. & Rudebeck, C. 2009. Bodily image in adolescent with cerebral palsy. 24. Viitattu: 5.12.2022. Saatavissa: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.saimia.fi/doi/epdf/10.1177/1367493508098378>
- Healey, J. 2014. Positive Body Image. The Spinneys Press. 5. Viitattu: 9.12.2022. Saatavissa: <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.saimia.fi/lib/lab-ebooks/reader.action?docID=1676193>
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. WSOY Oppimateriaali vitalit Oy Helsinki. 26 & 28–30.
- Hinchcliffe, A. 2007. Children with cerebral palsy a manual for therapists, parents and community workers. LAB Primo. 16 & 51. Viitattu: 14.12.2022. Saatavissa: [Children with cerebral palsy a manual for therapists, parents and community workers - LUT-tiedekirjasto \(exlibrisgroup.com\)](#).
- Høye, H. 2020. A Mindfulness-Based Stress Reduction Program via Group Video Conferencing for Adults With Cerebral Palsy – A Pilot Study. 1, 5 & 11. Viitattu: 17.5.2023. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32318010/>
- Huikuri, A. 2020. Persoonallisuushäiriöt – Transdiagnostinen näkökulma. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu: 9.12.2022. Saatavissa: https://www.epshp.fi/ammattilaiselle_ja_opiskelijalle/koulutus/voimaa_arkeen_kurssitoiminta/koulutukset_syksylla_2020/24.11_persoonallisuushairiot_transdiagnostinen_nakokulma
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim -lehti. Viitattu: 14.12.2022. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2005/16/duo95167>
- Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kela. 6–8. Viitattu: 5.10.2022. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>
- Jakonen, T. 2004. Hieronta psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä, väitöskirja. Lapin yliopisto. 248–249. Viitattu: 3.10.2022. Saatavissa: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61647/Tanja_Jakonen_v%c3%a4it%c3%b6skirja.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jehkonen, M. & Saunamäki, T. 2015. Aivojen keskeiset rakenteet kognitiivisissa ja psyykkisissä toiminnoissa. 27. Viitattu: 29.7.2023. Saatavissa: https://www.jyu.fi/edupsy/fi/laitokset/psykologia/poistettut-ja-suunnitelmat/valintakoe/aivojen_keskeiset_rakenteet_kognitiivisissa_ja_psykkisissa_toiminnoissa-1.pdf

Kivelä, J., Nurmi-Koikkalainen, P., Ristikari, T. & Hiekkala, S. 2019. Liikuntarajoitteiset nuoret Suomessa. THL. 2, 3, 18, 20, 27–29 & 35–36. Viitattu: 3.12.2022. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138214/URN_ISBN_978-952-343-344-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kiviranta, T., Sätälä H, Suhonen-Polvi, H., Kilpinen-Loisa, P. & Mäenpää, H. 2016. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. 8. Viitattu: 29.11.2022. Saatavissa: https://bin.yhdistys-avain.fi/1589471/t3gOd6h7cj4r7SNSHANh0SQVlj/SLNY%20Lapsen%20ja%20nuoren%20hyv%C3%A4%20kuntoutus%20p%C3%A4ivitys%202016_01_15.pdf

Kotimaisten kielten keskus. Ohjeita ohjeiden tekijöille. Viitattu: 20.12.2022. Saatavissa: https://www.kotus.fi/ohjeet/hyvan_virkakielen_ohjeita/millaisia_ovat_toimivat_ohjeet_ja_kysymykset/ohjeita_ohjeiden_tekijoille

Latvala, J. 2019. Primitiivirefleksit aikuisilla – Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 3, 5–7 & 10. Viitattu 29.7.2023. Saatavissa: [Opinn%E4ytety%F6_SFT16SM_Latvala_Jasmi.pdf;jsessionid=1DDED11D222139C115E34A840855585E_\(theseus.fi\)](Opinn%E4ytety%F6_SFT16SM_Latvala_Jasmi.pdf;jsessionid=1DDED11D222139C115E34A840855585E_(theseus.fi))

Lindström, Å., Ahlsten, G., Hirschfeld, H. & Norrlin, S. 2009. Intrarater and Interrater Reliability of Myotonometer Measurements of Muscle Tone in Children. Journal of Child Neurology. LAB Primo. 267. Viitattu: 23.11.2022. Saatavissa: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.saimia.fi/doi/pdf/10.1177/0883073808323025>

Lumley, M., Krohner, S., Marshall, L., Kitts, T., Schubiner, H., Yarns, B. 2021. Emotional awareness and other emotional processes: implications for the assessment and treatment of chronic pain. 325–326. Viitattu: 8.9.2023. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7923252/>

MACS, Manual Ability Classification System. 2014. Viitattu: 25.11.2022. Saatavissa: <https://www.macs.nu/>

Mahler, D. 2017. Breathe Easy, Relieving the Symptoms of Chronic Lung Disease. University Press of New England. LAB Primo. Viitattu: 14.12.2022. Saatavissa: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/labebooks/reader.action?docID=4836990>

Mander, J., Blanck, P., Nebauer, A. B., Kröger, P., Flückiger, C., Lutz, W., Barnow, S., Bents, H. & Heidenreich, T. 2018. Mindfulness and progressive muscle relaxation as standardized session-introduction in individual therapy: A randomized controlled trial. Journal of Clinical psychology. 22. Viitattu: 25.6.2023. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22695>

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Kustantaja: Mediapinta. 28.

Mohammed, M. 2006. Cerebral Palsy: Comprehensive Review and Update. PubMed. Viitattu: 17.6.2023. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6074141/>

Montroy, J., Bowles, R., Skibbe, L., McClelland, M. & Morrison, F. 2016. The Development of Self-Regulation Across Early Childhood. *Developmental Psychology* 52 (11) 1744-1762. 1, 8-10 & 13-16. Viitattu: 5.12.2022. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5123795/>

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. 2023. National Institutes of Health. Viitattu: 8.10.2022. Saatavissa: <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/cerebral-palsy>

Neves, C., Cipriani, F., Meireles, J., Morgado, F. & Ferreira, M. 2017. Body image in childhood: an integrative literature review. Pubmed. Viitattu: 27.7.2023. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977287/>

Nichols, E., Damiano, S., Gregg, K., Wertheim, E. & Paxton, P. 2018. Psychological predictors of body image attitudes and concerns in young children. Viitattu: 27.7.2023. Pubmed. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.005>

Nock, M., Wedig, M., Holmberg, B., Hooley, J. 2008. The Emotion Reactivity Scale: Development, Evaluation, and Relation to Self-Injurious Thoughts and Behaviors. 107. Viitattu 18.9.2023. Saatavissa: https://nocklab.fas.harvard.edu/files/nocklab/files/nock_2008_emotion_reactivity_scale_behther_0.pdf

Oiva, M. 2017. Eri sisältölajit, osa 2: koukuttava opas. Viitattu: 20.12.2022. Saatavissa: <https://www.differo.fi/blogi/eri-sisaltolajit-osa-2-koukuttava-opas>

Oura, K. 2020. Tunnesäätely emotionaalisissa häiriöissä. Pro Gradu -tutkielma. 1–2 & 18. Viitattu: 9.12.2022. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123843/Oura-Kriskka.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Palermo, L., Di Vita, A., Piccardi, L., Trallesi, M. & Guariglia, C. 2014. Bottom-up and top-down processes in body representation: a study of brain-damaged and amputee patients. PubMed. Viitattu: 10.10.2022. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24799290/>

Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D. & Livingston, M. 2007. GMFCS – E & R Gross Motor Function Classification System Expanded and Revised. 3. Viitattu: 30.7.2023. Saatavissa: https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/058/original/GMFCS-ER_English.pdf

Palisano, R., Orlin, M. & Schreiber, J., 2017. Campbell's Physical Therapy for Children. Fifth edition. Elsevier. 451.

Papunet. 2023. Puhetta tukeva ja korvaava kommunikaatio eli AAC. Viitattu: 29.7.2023. Saatavissa: <https://papunet.net/tietoa/puhetta-tukeva-ja-korvaava-kommunikointi-eli-aac>

Parkes, J. & McCusker, C. 2008. Common psychological problems in cerebral palsy. Science Direct. Viitattu: 2.11.2022. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2008.05.012>

Raimo, S., Iona, T., Di Vita, A., Boccia, M., Buratin, S., Ruggeri, F., Iosa, M., Guagriglia, C., Grossi, D. & Palermo, L. 2019. The development of body representations in school-aged children. PubMed. Viitattu: 2.10.2022. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31860374/>

Riad, J., Broström, E., Langius-Eklöf, A. 2013. Do Movement Deviations Influence Self-Esteem and Sense of Coherence in Mild Unilateral Cerebral Palsy? Viitattu: 6.9.2023. Saatavissa: https://journals.lww.com/pedorthopaedics/abstract/2013/04000/do_movement_deviations_influence_self_esteem_and.15.aspx

Roostaei, M., Akbarfahimi, N., Dalvand, H. & Abedi, S. 2021. The Relationship Between Functional Motor Status and Self-evaluation in Individuals With Cerebral Palsy: A Systematic Review. 9, 15–18 & 23-24. Viitattu: 25.4.2023. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8272557/>

Rosenbaum, P., Palisano, R., Bartlett, D., Galuppi, B. & Russell, D. 2008. Development of the Cross Motor Function Classification System for cerebral palsy. Wiley Online Library. Developmental Medicine & Child Neurology Volume 50, Issue 4: 249. Viitattu: 5.5.2023. Saatavissa: <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.02045.x>

Sadeniemi, M., Häkkinen, M., Koivisto, M., Ryhänen, T. & Tsokkinen, A-L. 2019. Viisas mieli – opas tunnesäätelyvaikeuksista kärsiville. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 18, 124, 127, 136–137, 140–142, 151, 153, 172 & 173.

Salicru, S. 2021. Primary vs Secondary Emotions: The Distinction That Could Positively Change Your Life Forever. 3–5. Viitattu 8.9.2023. Saatavissa: https://ptspsycho.com/wp-content/uploads/2021/08/Primary-vs-Secondary-Emotions_SSalicru.pdf

Sarparanta, T. 2021. Kelan kuntoutustilasto. 32, 35 & 61. Viitattu: 14.9.2023. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/7cf529d5-3e24-4fe9-b094-74a3d03a34e4/content>

Schuengel, C., Voorman, J., Stolk, J., Dallmeijer, A., Vermeer, A., Becher, J. 2009. Self-worth, perceived competence, and behaviour problems in children with cerebral palsy. Viitattu 6.9.2023. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638280600554652>

Schwoebel, J. & Coslett, B. 2005. Evidence for multiple, distinct representations of the human body. PubMed. Viitattu: 25.4.2023. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15829076/>

Sendzik, L., Schäfer, J., Samson, A., Naumann, E. & Tuschen-Caffier, B. 2017. Emotional Awareness in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. Journal of youth and adolescence, vol.46 (4). 687, 693 & 697. Viitattu: 12.10.2022. Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-017-0629-0>

Sillanpää, M., Herrgård, E., Iivanainen, M., Koivikko, M. & Rantala, H. 2004. Lasten neurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 109.

Slaughter, V. & Brownell, C. 2011. Early Development of Body Representations. Kustantaja: Cambridge University Press. 38–39. Viitattu: 8.9.2023. Saatavissa: https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=UkON8jyT9wkC&oi=fnd&pg=PA37&dq=in-fant+and+toddler+development+body+image&ots=0JS1WAKLWf&sig=Xlc1ZxT-r1iWMMEl8Rvua3IM2Zk&redir_esc=y#v=onepage&q=infant%20and%20toddler%20development%20body%20image&f=false

Soyupek, F., Aktepe, E., Savas, S., Askin, A. 2009. Do the self-concept and quality of life decrease in CP patients? Focussing on the predictors of self-concept and quality of life. Viitattu 6.9.2023. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638280903391120>

Stanborough, R. 2019. Abstract thinking: What is it, why we need it, and when to rein it in. Healthline. 1. Viitattu: 30.7.2023. Saatavissa: <https://www.healthline.com/health/abstract-thinking>

Stavsky, M., Mor, O., Mastrolia, S., Greenbaum, S., Than, N. & Erez, O. 2017. Cerebral Palsy—Trends in epidemiology and Recent Development in Prenatal Mechanisms of Disease, Treatment, and Prevention. PubMed. Viitattu: 16.11.2022. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28243583/>

Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys. 2017. Tunne kehosi – oivalla voimavarasi. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys. Viitattu: 9.12.2022. Saatavissa: <https://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/>

Suomen CP-liitto. 2023. Voimavarana perhe -hanke. CP-liitto.fi. Viitattu: 16.11.2022. Saatavissa: <https://cp-liitto.fi/perhehanke/>

Suomen CP-liitto. 2019. Kun potilaalla on cp-vamma – opas. CP-liitto.fi. 9. Viitattu: 16.11.2022. Saatavissa: https://cp-liitto.fi/wp-content/uploads/2020/11/Kun_potilaalla_on_cp-vamma_1.pdf

Suomen CP-liitto. 2020a. Cp-vamma – opas. CP-liitto.fi. 15–17. Viitattu 16.11.2022. Saatavissa: <https://cp-liitto.fi/wp-content/uploads/2022/03/CP-opas-kopio-28.3.-saavutettava.pdf>

Suomen CP-liitto. 2020b. Hydrokefalia – opas. CP-liitto.fi. 14. Viitattu 10.11.2022. Saatavissa: [Hydrokefaliaopas \(cp-liitto.fi\)](https://cp-liitto.fi/hydrokefaliaopas)

Suomen CP-liitto. 2021. Kun potilaalla on mmc tai hydrokefalia – opas. CP-liitto.fi. 8 & 12. Viitattu: 10.11.2022. Saatavissa: <https://cp-liitto.fi/wp-content/uploads/2022/02/Kun-potilaalla-on-mmc-tai-hydrokefalia-2.pdf>

Soyupek F., Aktepe, E., Askin, A. Do the self-concept and quality of life decrease in CP patients? Focussing on the predictors of self-concept and quality of life. 2009. Pubmed. Viitattu: 7.9.2023. Saatavissa: [Do the self-concept and quality of life decrease in CP patients? Focussing on the predictors of self-concept and quality of life - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19111111/)

Tajik-Parvinchi, D., Farmus, L., Tablon Modica, P., Cribbie, R & Weiss, J. 2021. The role of cognitive control and emotion regulation in predicting mental health problems in children with neurodevelopment disorders. PudMed. Viitattu 16.11.2022. Saatavissa: [The role of cognitive control and emotion regulation in predicting mental health problems in children with neurodevelopmental disorders - PubMed \(saimia.fi\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35411111/)

Tello, S., Dickinson, H., Bueno-Lozano, M., Jiménez-Bernadó, M., Cabellero-Navarro, A. 2018. Functional Capacity and Self-Esteem of People With Cerebral Palsy. Viitattu: 6.9.2023. Saatavissa: <https://research.aoa.org/ajot/article-abstract/72/3/7203205120p1/6433/Functional-Capacity-and-Self-Esteem-of-People-With>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2022. Kouluterveyskyselyn tulokset. Tilastokuutio: perusopetuksen 8. ja 9. luokan, lukion ja ammatillisen oppilaitoksen ydintietosisältö. Thl.fi. Viitattu: 5.12.2022. Saatavissa: [Kouluterveyskyselyn tulokset - THL](https://www.thl.fi/tilastokuutio/kouluterveyskyselyn-tulokset)

Terveyskirjasto. 2020. Cp-vamma. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu: 15.12.2022. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01260/cp-vamma?q=cp%20ja%20vamma>

Terveyskirjasto. 2023. Lihasjänteys. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu: 1.8.2023. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04279>

Tieteen termipankki. 2021. Representaatio. Viitattu: 8.9.2023. Saatavissa: <https://tieteen-termipankki.fi/wiki/Filosofia:representaatio>

Tietosuojalaki 1050/2018. Viitattu: 16.11.2022. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

Torre, J. & Lieberman, M. 2018. Putting Feelings Into Words: Affect Labeling as Implicit Emotion Regulation. 116–117. Viitattu: 29.7.2023. Saatavissa: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1754073917742706>

Types of Cerebral Palsy. CerebralPalsy.org. 2023. Viitattu: 7.9.2023. Saatavissa: <https://www.cerebralpalsy.org/about-cerebral-palsy/types-and-forms>

Vanhala, S. & Soinila S. 2014. Neurologia. Prenataalisen kehityksen vaiheet. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 28.11.2022. Saatavissa: <https://www.oppiportti.fi/op/neu00306/do>

Washington University Orthopedics 2017. Spina Bifida. Viitattu 28.11.2022. Saatavissa: <https://www.ortho.wustl.edu/mm/images/Myelomeningocele.jpg>

Yamaguchi, R., Perry, K. & Hines, M. 2013. Pain, pain anxiety and emotional and behavioural problems in children with cerebral palsy. Taylor & Francis Online. Viitattu: 11.11.2022. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2013.782356>

Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M., Garbella, E., Menicucci, D., Neri, B. & Gemignani, A. 2018. How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. 1–2. Viitattu: 29.7.2023. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6137615/>

Ziebell, M., Imms, C., Froude, E., McCoy, A., Galea, M. 2009. The relationship between physical performance and self-perception in children with and without cerebral palsy. Viitattu: 6.9.2023. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1630.2008.00775.x>

Liite 1. Saatekirje

Hei!

Tämä toiminta on osa fysioterapian opinnäytetyötä yhteistyössä CP-liiton Voimavarana perhe -hankkeen kanssa. Etsimme perhelähtöisiä keinoja lasten ja nuorten tunnesäätelyn ja kehonhahmotuksen tukemiseen. Toivomme, että vastaat näihin kysymyksiin, minkä jälkeen otamme yhteyttä teihin sähköpostitse ja sovitaan aika keskustelulle. Kokoamme toiminnan puitteissa oppaan, jonka avulla pääsette kokeilemaan uusia harjoitteita kotona. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tervetuloa vastaamaan!

Lisätietoa tarvittaessa voit ottaa yhteyttä:

Emma Hirn, emma.hirn@student.lab.fi

Riikka Jussila, riikka.jussila@student.lab.fi

Elina Kivistö, elina.kivisto@student.lab.fi

Senni Kettukangas, senni.kettukangas@student.lab.fi

Liite 2. Suostumuslomake

Olen saanut riittävästi tietoa tästä Psykofyysistä fysioterapiaa tunnesäätelyyn ja keuhonhahmotukseen – opas perheille, joissa lapsella on cp-vamma opinnäytetyöstä. Ja olen ymmärtänyt saamani tiedot. Olen voinut esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Suostun osallistumaan tähän tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Lisäksi olen lukenut opinnäytetyötä koskevan tietosuojailmoituksen ja annan suostumukseni kerätä tietojani opinnäytetyön henkilörekisteriin.

Olen lukenut ja annan suostumukseni osallistumisestani tutkimukseen.

Alle 18-vuotiaan huoltajan hyväksyntä

Liite 3. Ensimmäinen kysely

- Esitiedot
 - Puhelinnumero, sähköposti
- Koetko, että sinulla on haasteita kehonhahmottamisessa
 - Kyllä
 - Ei
- Koen käsitykseni omasta kehostani olevan hyvä. (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)
- Kehoni ääriviivojen hahmottaminen on helppoa. (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)
- Koetko, että sinulla on haasteita tunnesäätelytaidoissa?
 - Kyllä
 - Ei
- Koen pystyväni ilmaisemaan tunteita sujuvasti. (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)
- Missä tilanteissa tai ympäristössä pystyn ilmaisemaan tunteitani luontevasti? (Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon)
 - Koti
 - Koulu
 - Harrastukset
 - Julkiset paikat (kirjasto, kaupat, ym.)
 - Julkinen liikenne (junat, linja-auto, ym.)
 - Itselle vieras paikka
 - Ystävien kanssa
 - Perheen kanssa
 - Tuntemattomien henkilöiden kanssa
 - Opettajan kanssa
 - Luokkakavereiden kanssa
 - Avustajan kanssa
 - Uuden henkilön kanssa (uusi avustaja, luokkakaveri, opettaja, ym.)
 - Stressaavat tilanteet
 - Uudet tilanteet
 - Haastavat tilanteet (esim. erilaiset konfliktit, ym.)
 - Häiriötekijät ympäristössä
 - Muu, mikä?

- Millaisissa tilanteissa on ollut haasteellista ilmaista ja näyttää tunteita? (Voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon)
 - o Koti
 - o Koulu
 - o Harrastukset
 - o Julkiset paikat (kirjasto, kaupat, ym.)
 - o Julkinen liikenne (junat, linja-auto, ym.)
 - o Itselle vieras paikka
 - o Ystävien kanssa
 - o Perheen kanssa
 - o Tuntemattomien henkilöiden kanssa
 - o Opettajan kanssa
 - o Luokkakavereiden kanssa
 - o Avustajan kanssa
 - o Uuden henkilön kanssa (uusi avustaja, luokkakaveri, opettaja, ym.)
 - o Stressaavat tilanteet
 - o Uudet tilanteet
 - o Haastavat tilanteet (esim. erilaiset konfliktit, ym.)
 - o Häiriötekijät ympäristössä
 - o Muu, mikä?
- Osaan tunnistaa omat tunteeni ja sanoittamaan niitä sujuvasti. (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)
- Osaan hallita tunnereaktioitani. (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)
- Millaiset tunteet on helppo ilmaista?
 - o Ilo
 - o Suru
 - o Viha
 - o Inho
 - o Väsymys
 - o Ikävä
 - o Jännitys
 - o Pelko
 - o Alakuloisuus
 - o Onnellisuus
 - o Helpotus
 - o Kiinnostus
 - o Rakkaus

- Ahdistus
- Rohkeus
- Stressi
- Suuttumus
- Nolous
- Hyvä olo/ hyväntuulusuus
- Huolestuneisuus
- Kateus
- Pettymys
- Turvallisuus
- Turhautuneisuus
- Muu, mikä?
- Millaiset tunteet ovat vaikeita ilmaista?
 - Ilo
 - Suru
 - Viha
 - Inho
 - Väsymys
 - Ikävä
 - Jännitys
 - Pelko
 - Alakuloisuus
 - Onnellisuus
 - Helpotus
 - Kiinnostus
 - Rakkaus
 - Ahdistus
 - Rohkeus
 - Stressi
 - Suuttumus
 - Nolous
 - Hyvä olo/ hyväntuulusuus
 - Huolestuneisuus
 - Kateus
 - Pettymys
 - Turvallisuus
 - Turhautuneisuus

- Muu, mikä?
- Onko sinulla aikaisempaa kokemusta psykofyysisestä fysioterapiasta?
 - Kyllä. Millaista kokemusta sinulla on?
 - Ei
- Millaisista harjoitteista pidät? (Istuma-asennossa, seisten, lattialla, paikallaan, liikkeessä)
- Miten tykkäät tehdä harjoitteita? (Yksin, parin kanssa, ryhmässä)
- Mitä toiveita sinulla on harjoitteisiin?
- Mitä toiveita sinulla on oppaaseen liittyen? (sisältö, ulkomuoto, pituus) Kuinka monta harjoitetta olisi hyvä olla? Kuvia, tekstiä, mitä muuta?
- Haluisitteko osallistua kasvokkain (etänä, paikan päällä) keskusteluun, jossa pääset käymään tarkemmin läpi kehonhahmotukseen ja tunnesäätelyyn liittyviä asioita?
 - Kyllä. Miten haluaisitte osallistua etänä tai paikan päällä, missä?
 - En

Vapaasti annettavat lisätiedot (liittyen esim. diagnoosiin, toiveisiin, palautteeseen)

Liite 4. Toinen kysely

- Onko lapsellasi haasteita tunnesäätelyssä?
 - Kyllä
 - Ei
 - En tiedä
- Onko lapsellasi haasteita keuhonhahmotuksessa?
 - Kyllä
 - Ei
 - En tiedä
- Onko aikaisempaa kokemusta psykofyysisestä fysioterapiasta?
 - Kyllä, jos haluat kertoa niin mitä?
 - Ei
- Jätä yhteystietosi ja keskustellaan asiasta lisää!
 - Sähköposti
 - Puhelinnumero

Liite 5. Haastattelupohja

- Ikä:
- Mikä cp-vammaan liittyvä diagnoosi sinulla on? Onko sinulla jokin liitännäisoire?
- Onko sinulla mmc tai hydrokefalia?
- Koetko, että sinulla on haasteita kehonhahmottamisessa? (Kehonhahmotus on sitä, miten koet kehonkuvasi.) Millaisia haasteita?
- Koen käsitykseni omasta kehostani olevan hyvä. (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)
- Kehoni ääriviivojen hahmottaminen on helppoa. (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)
- Koetko, että sinulla on haasteita tunnesäätelytaidoissa? (Kyky tunnistaa, kokea, mukautua ja näyttää tunteita.) Millaisia haasteita?
- Koen pystyväni ilmaisemaan tunteita sujuvasti. (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)
- Osaan tunnistaa omat tunteeni. (1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä)
- Onko sinulla aikaisempaa kokemusta psykofyysisestä fysioterapiasta? Millaista?
- Millainen olisi teidän perheenne arkeen sopiva opas? Missä kaipaatte apua?
- Millaisista harjoitteista pidät? (Istuma-asennossa, seisten, lattialla, paikallaan, liikkeessä)
- Miten tykkäät tehdä harjoitteita? (Yksin, parin kanssa, ryhmässä)
- Mitä toiveita sinulla on harjoitteisiin?
- Mitä toiveita sinulla on oppaaseen liittyen? (sisältö, ulkomuoto, pituus) Kuinka monta harjoitetta olisi hyvä olla? Kuvia, tekstiä, mitä muuta?

Vapaasti annettavat lisätiedot (liittyen esim. diagnoosiin, toiveisiin, palautteeseen)

Liite 6. Kysely tunnesäätely- ja kehonhahmotusoppaasta

- Oliko harjoitteita sopiva määrä?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Oliko harjoitteiden ohjeistus riittävä?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Oliko ohjeistus harjoitteissa selkeä?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Oliko opasta selkeä tulkita?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Oliko oppaassa sopivasta tekstiä?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Oliko tekstin fonttikoko sopiva?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Olivatko kuvat sopivan kokoisia?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Oliko kuvien tulkitseminen helppoa?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Tukivatko kuvat sanallisia ohjeita?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Auttoivatko kuvat ymmärtämään, miten harjoitteet tehdään?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Sopivatko harjoitteet perheenne arkeen?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Olivatko harjoitteiden tarkoitukset ja tavoitteet selkeät?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Koitko oppaan taustavärin hyväksi?
 - o Kyllä
 - o Ei
- Vapaa kommentti oppaasta:

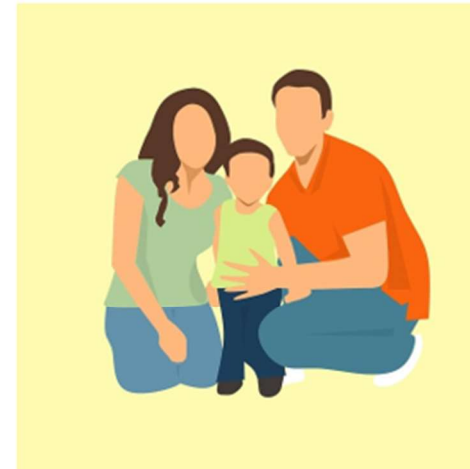
Liite 7. Opas

TUNNESÄÄTELY- JA KEHONHAHMOTUSTAITOT

OPAS LAPSEN JA PERHEEN KÄYTTÖÖN

LUKIJALLE

Tämä opas on tarkoitettu avuksi tunnesäätelyn ja kehonhahmottamisen haasteisiin perheille, jossa 9–15-vuotiaalla lapsella on cp-vamma. Oppaaseen on koottu harjoitteita molemmista aihealueista.

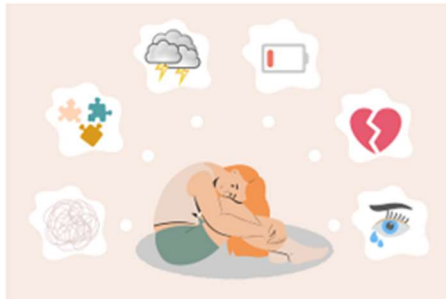


Kuva 1.

Tämä opas on osa LAB-Ammattikorkeakoulun fysioterapeuttipiskelijöiden opinnäytetyötä ja se on toteutettu yhteistyössä CP-liiton Voimavarana perhe -hankkeen kanssa. Oppaan laatijoina ovat toimineet fysioterapeuttipiskelijät Emma Hirn, Riikka Jussila, Senni Kettukangas ja Elina Kivistö.

Sisällysluettelo

YLEISESTI	4
TUNNESÄÄTELYN HARJOITTEET	5
HARJOITE 1- TUNNESANAT JA TUNNESANAKORTIT	5
TUNNESANAT:	5
TUNNESANAKORTIT:	6
MINDFULNESS – TIETOINEN LÄSNÄOLO	7
HARJOITE 1 – LYHYT HENGITYSTIETOISUUSHARJOITUS	8
HARJOITE 2 - KEHOSKANNAUS	9
HARJOITE 3 – LIIKKEESSÄ TEHTÄVÄ MEDITAATIOHARJOITUS	11
KEHONHAHMOTTAMISEN HARJOITTEET	13
HARJOITE 1 – SUHDE ALUSTAAAN	13
HARJOITE 2 – KEHON KESKILINJA	17
HARJOITE 3 – LIIKEKESKUKSET	20
HARJOITE 4 – PALLEAHENGITYS	22
HARJOITE 5 – HISSI JA PORTAAT	23
LÄHTEET	27
KUVIEN LÄHTEET	29



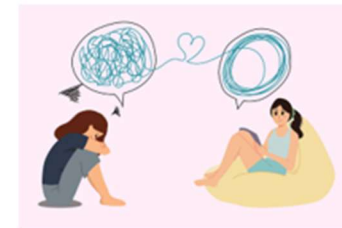
Kuva 2.

YLEISESTI

- Valitse 1–3 harjoitetta omien voimavarojesi mukaan. Harjoitteiden kesto on 5–20 minuuttia, riippuen minkä tai mitkä harjoitteet valitset.
- Valitse harjoittelupaikaksi rauhallinen ja turvallinen ympäristö.
- Varaa riittävästi tilaa harjoitteiden tekemiseen, harjoitteet tehdään istuen, seisten ja maaten. Voit varata itsellesi tuolin tai maton harjoitteita varten.
- Tee harjoitteet rauhalliseen tahtiin ja ajatuksen kanssa. Harjoittelun aikana kuulostele omia kehon ja mielen tuntemuksiasi.
- Harjoitteet voit tehdä yksin tai yhdessä perheen tai kaverin kanssa.
- Varaa halutessasi kynä ja paperia, jotta voit kirjottaa omia tuntemuksia ylös.

Tee harjoitteet rauhallisessa ja positiivisessa mielentilassa, jotta pystyt käyttämään harjoitteissa opittuja taitoja haastavissa tilanteissa.

Harjoitteiden on tarkoitus tuoda lisää apuvälineitä arjen tilanteisiin, oman kehonsa hyväksymiseen sekä tunteiden tunnistamiseen ja hallitsemiseen. Tee harjoitteet itsellesi ja omaan ympäristöön sopivaksi, soveltaminen on sallittua! 😊



Kuva 3.

TUNNESÄÄTELYN HARJOITTEET

- TUNTEIDEN TUNNISTAMINEN, HALLINTA JA ILMAISU

HARJOITE 1- TUNNESANAT JA TUNNESANAKORTIT

Tunteiden pukeminen sanoiksi voi helpottaa sekä vaimentaa tunnereaktiota ja tunnekokemuksia. Yksi tunnesäätelyyn vaikuttavista tekniikoista on uudelleentulkinta. Tässä pyritään tunnetta herättävää ärsyke tulkita uudelleen, jotta emotionaalinen vaikutus muuttuisi ärsykettä kohtaan tai pyritään ottamaan etäisyyttä, jossa yksilö vähentää herättävän ärsyksen merkitystä itseensä. Tilanteissa tunteiden nimeäminen ja sen mikä tilanteessa herättää tunteen, voi auttaa uudelleentulkintaan ja rauhoittaa. (1)

Tunnekorttien ja -sanojen käyttäminen sekä lapsen pyytäminen kertomaan tunteistaan ja mikä herättää tunnetta tilanteissa, jotka esim. ahdistavat, vihastuttavat, voi helpottaa tunnereaktiota. Tunteiden tunnistaminen toisissa auttaa tietämään, kuinka toimia vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Esimerkiksi kun kohtaamme henkilön, joka kokee voimakasta vihaa tai ärsyyntymistä, mikä tulee esiin huonona käytöksenä, voimme itse vaikuttaa tilanteeseen pysymällä rauhallisena ja neutraalina sekä kysymällä miltä hänestä tuntuu ja tarjota miellyttävän tavan kääntää ajatuksen pois purkauksesta. (2)

TUNNESANAT:

1. Yhdessä lapsen kanssa luodaan tunnesanaluettelo.
2. Tämän jälkeen yhdessä käydään tunnesanat läpi ja määritetään mitä kukin tunne tarkoittaa.

TUNNESANAKORTIT:

Luokaa lapsen kanssa yhdessä omat tunnekortit. Etsikää kuvat internetistä tai esimerkiksi piirtäkää ne itse. Korteilla voi pelata arvaa tunne -peliä. Lapsi ottaa kortin ja kertoo ”Tunsin tämän tunteen kun...” kuvaillen tilannetta. Muut pelaajat yrittävät arvata tunteen. Arvauksen jälkeen käydään keskustelu siitä, ovatko muut kokeneet saman tunteen. Keskustellaan myös, millaisessa tilanteessa tunteen koki.



Kuva 4.

MINDFULNESS – TIETOINEN LÄSNÄOLO

Mindfulness tarkoittaa hyväksyvää tietoista läsnäoloa. Siinä harjoitetaan kykyä edistää avoimuutta ja selkeää ajattelua. Mindfulnessissa tavoitellaan lyhyt hetki kerrallaan tietoisien läsnäolon ylläpitämistä nykyhetkessä. Hetkessä tutkaillaan omia uskomuksia, ajatuksia ja tunteita ilman niiden tuomitsemista. (3)

Yksi tunnetuimpia ja tutkituimpia mindfulnessiin perustuvista metodeista on mindfulness-based stress reduction (MBSR), eli mindfulnessiin perustuva stressinhallinta. Alkujaan MBSR luotiin potilaille, jotka kärsivät kroonisesta kivusta sekä erilaisista sairauksista. Nykyisin sitä käytetään myös mielenterveysongelmien lisähoitona. Sen tavoitteena on parantaa itsesäätelyä ja tunteiden hallintaa. (4) MBSR-menetelmää käytetään osin oppaan harjoitteissa.

Mindfulnessiin perustuvilla tutkimuksissa on havaittu menetelmällä olevan positiivisia vaikutuksia esimerkiksi ahdistus- ja masennusoireisiin. Myös toiminnanohjauksen ja huomiokyvyn on havaittu lisääntyvän sekä haastavan käyttäytymisen vähenevän. (5,6)

VINKKI!

VANHEMPI VOI LUKEA SEURAAVAT HARJOITTEET 1-3 LAPSELLE ÄÄNEEN, JOTTA HARJOITTEIDEN TEKOON ON HELPOMPI KESKITTYÄ

HARJOITE 1 – LYHYT HENGITYSTIETOISUUSHARJOITUS

Lyhyellä hengitystietoisuusharjoituksella pystytään jokapäiväisissä elämän tilanteissa pysähtymään ja havainnoimaan sen hetkistä kokemusta ja tunnetilaa. Tarkoituksena on tuoda ne itselle tietoiseksi. (7)

1. Ota mukava asento istuen.
2. Laita toinen kätesi rintakehän alapuolelle ja toinen käsi rintakehän päälle solisluiden alapuolelle.
3. Anna käsien mukautua hengityksen liikkeeseen kehossasi.
4. Suuntaa huomiosi tavanomaiseen hengitykseen. Miten se liikuttaa kehoasi ja käsiäsi? Miltä hengityksesi kuulostaa?
5. Hengitä sisään ja ulos. Suuntaa huomiosi seuraavaksi ajatuksiisi tai tunteisiisi. Mitä tunnet juuri nyt?
6. Seuraavaksi voit halutessasi sanalla tai parilla kertoa mitä mieleesi nousi.



HARJOITE 2- KEHOSKANNAUS

Kehoskannauksessa on tarkoitus hakea tietoisuutta fyysisistä tuntemuksistamme. Ajatukset ja tunteet tulevat esiin kehomme kautta. Näin ollen kehotietoisuus lisää tietoisuutta myös omista tunne- ja mielentiloistamme. (7, 8)

Tässä harjoituksessa tarkoituksena on kiinnittää huomio kehon tuntemuksiin ja keskittyä nykyhetkeen. Voit käyttää seuraavia ohjesanoja tai muodostaa niistä itsellesi sopivan ohjeistuksen:

1. Ota mukava asento maaten tai istuen. Saat itse valita, mikä tuntuu sinusta hyvältä. Voit laittaa silmät kiinni tai pitää ne auki.
2. Hengitä syvään ja kiinnitä huomiota siihen, miltä hengitys tuntuu kehossasi. Anna kehon rentoutua ja anna hengityksen virrata normaalin hengitysrytmisi mukaan.
3. Aloitetaan varpaiden tunnustelusta. Jos liikuttelet varpaita, niin miltä liike tuntuu? Ovatko varpaasi kylmät vai lämpimät?
4. Keskity seuraavaksi tunnustelemaan nilkkojasi. Miltä nilkkasi tuntuvat? Ovatko nilkkasi painavat vai kevyet? Tuntuvatko ne levottomilta vai rauhallisilta? Koskettavatko jalat toisiasi? Jos kyllä, miltä kosketus tuntuu? Jos sinulla on kengät tai sukat jalassa, niin miltä ne tuntuvat?
5. Hengitä rauhassa ja siirry nilkoista pohkeisiin. Miltä pohkeesi tuntuvat?
6. Siirry polviisi. Miltä polvesi tuntuvat? Jos liikuttelet polviasia, onko niissä jäykkyyttä vai rentoutta?
7. Hengitä ja siirry reisilihaksiisi ja lantiosi alueeseen. Miltä reisilihaksesi tuntuvat? Miten reidet ja lantiosi asettuu alustalle? Missä kohtaa tuntuu eniten painetta?
8. Hengitä rauhallisesti omaa tahtiin ja tunnustele, miten vatsasi liikkuu hengityksen mukana. Liikkuuko vatsasi, kylkesi vai rintakehäsi

hengittäessäsi sisään? Miltä rintakehässäsi tuntuu, kun hengität sisään? Entä kun hengität ulos?

9. Hengityksen mukana siirry hartioihisi. Tunnetko niissä jännitystä vai ovatko ne rennot? Miten hartiasi liikkuvat hengityksesi mukana?
10. Siirry olkapäihin ja olkavarsiisi. Onko olkapäidesi asennoilla puolieroja? Miltä olkavartesi tuntuvat? Entä kyynärvartesi? Jos liikuttelet kyynärvarsiasi, miltä liike tuntuu?
11. Keskity tunnustelemaan kyynärvarsiasi. Huomaatko kämmenisiesi välillä puolieroja tuntemuksissa tai liikkeissä. Entä huomaatko eroja ranteidesi välillä? Miten kätesi ovat alustalla? Miltä kätesi tuntuvat? Koskettavatko ne kehoasi? Jos kyllä, niin miltä kosketus tuntuu? Entä sormesi, jos liikuttelet niitä, niin miltä liike tuntuu? Ovatko sormesi kylmät vai lämpimät?
12. Hengitä sisään ja ulos rauhallisesti. Tunnustele miltä sinusta tuntuu nyt. Liikuttele varpaitasi ja sormiasi hiljalleen. Kun sinusta tuntuu hyvältä, voit avata silmäsi.

VINKKI!

VOIT LYHENTÄÄ HARJOITETTA LUKEMALLA ESIM. OSAT 1-7 TAI KESKITTYÄ HARJOITTEESSA VAIN YLÄ- TAI ALARAAJOIHIN

HARJOITE 3 – LIIKKEESSÄ TEHTÄVÄ MEDITAATIOHARJOITUS

Tietoinen kävely on yksi tapa tehdä meditaatioharjoitus. Harjoitus sopii sinulle hyvin, jos pidät liikkeestä enemmän kuin paikoillaan olosta. Harjoituksen voi suorittaa myös apuvälineen kanssa esimerkiksi pyörätuolilla kelaillen itsenäisesti tai avustajan työntämänä. Harjoituksen tarkoituksena on keskittyä kehon liikkeisiin, huomioida tuntemuksia ja tunteita liikkeen aikana. Harjoituksen voi suorittaa sisällä tai ulkona, yhdessä tai yksin. (7, 8)

Voit käyttää seuraavia ohjesanoja tai muodostaa niistä itsellesi sopivan ohjeistuksen:

1. Jos sinulla on energinen olo, voit liikkua aluksi nopeaan, vauhdikkaaseen tahtiin. Pura ensin kaikki energia ulos.
2. Pysähdy paikoillesi. Laita jalkasi yhteen ja paina silmäsi kiinni. Ole hetki hiljaisuudessa. Hengitä rauhasa omaan tahtiin. Tunnustele miltä jaloissasi tuntuu? Voit muuttaa jalkojesi asentoa tarvittaessa.
3. Avaa silmäsi. Lähdä liikkeelle niin hitaasti kuin pystyt. Mene lyhyt matka eteenpäin ja pysähdy. Miltä liike tuntui kehossa? Mitä tuntemuksia tai tunteita syntyi?
4. Vaeltele ympäriinsä. Voit laskea askeliasi (tai pyörätuolisi rullauksia tai keppiesi osumia maahan). Miltä jaloissasi tuntuu? Entä vartalossasi? Miten kätesi liikkuvat liikkeen tahdissa? Pysähdy, jos sinulla herää joitakin tunteita tai ajatuksia. Saat missä tahansa vaiheessa pysähtyä.
5. Liiku seuraavaksi tavanomaista vauhtiasi. Lisää vauhtia pikkuhiljaa. Miltä vauhdin nopeuttaminen tuntuu? Minne ajatuksesi kulkeutuvat vauhdin nopeutuessa.
6. Kävele niin lujaa kuin pystyt. Voit halutessasi tehdä nopeita suunnan muutoksia tai heitellä käsiä ilmaan, niin kuin nyrkkeilisit. Hidasta sitten nopeasti vauhtisi pysähdykseen. Miltä nopea pysähdys tuntui kehossa? Mitä tunteita se herätti? Muuttuiko hengityksen tahtisi nopeuttaessasi vauhtia tai kun hidastit? Entä sydämen lyöntisi?

7. Lähdä taas niin hitaasti liikkeelle kuin pystyt. Pysähdy kuljettuasi hetken. Laita silmät kiinni. Hengitä. Miltä sinusta nyt tuntuu? Avaa silmäsi, kun siltä tuntuu. Voit ravistella kehoasi hereille.



KEHONHAHMOTTAMISEN HARJOITTEET

HARJOITE 1 – SUHDE ALUSTAAN

Suhde alustaan on tärkeä osa motorista toimintaa ja käyttäytymistä, koska jokaisella liikkeellä on lähtökohtansa. Turvallinen kosketus alustaan on välttämätöntä liikkeille ja koordinaatiolle.

Suhdetta alustaan harjoitetaan ohjaamalla huomiota alustan kosketuspintaan. Huomio suunnataan kehon kokemukseen alustalla eri asennoissa. Harjoitusta voi tehdä istuen, seisoen, maaten, paikoillaan tai liikkeessä sekä painonsiirtojen kautta (esim. varpaille-kantapäille nousten, painoa toiselle jalalle siirtäen).

SEISTEN:

1. Seiso mukavassa asennossa. Lähde viemään painoa hitaasti varpaille, takaisin keskelle, kantapäille ja takaisin keskelle. Miltä tuntuu jalkapohjien alla painonsiirron aikana?



2. Vie painoa oikealle jalalle, takaisin keskelle, vasemmalle jalalle ja takaisin keskelle. Miltä jalkapohjien alla tuntuu, kun siirrät painoa?



3. Seiso siten, että maahan osuu mahdollisimman pieni alue sinusta. Miltä tuntuu?
4. Kävele ympäristössä. Polkaise jaloillasi kävellessäsi. Siirry päkiöilläsi kävelemään, sitten jalan sisäsyryllä ja ulkosyryllä. Kuinka paljon jalkapohjasta on osuttava maahan, jotta on vielä mukava kävellä?



VINKKI!

ESIMERKIKSI HAMPaidEN
PESUN YHTEYDESSÄ LAPSI VOI
NOUSTA VARPAILLE JA
KANTAPÄILLE JA KEINUTELLA
SIVULTA SIVULLE

ISTUEN:

1. Istu mukavassa asennossa. Mitkä kehon osat osuvat alustaan? Mitkä osat kehostasi kantaa enemmän painoa? Entä vähemmän?
2. Liiku siten, että saat siirrettyä painoasi toiseen kehon kohtaan. Keinu hitaasti. Kallistu eteen, taakse ja sivuille. Tee liike rauhallisesti. Voit pysähtyä välillä. Miltä liike tuntuu?



KALLISTUS ETEEN JA TAAKSE



KALLISTUS SIVULLE

VINKKI!

ESIMERKIKSI RUOKAPÖYDÄN
ÄÄRESSÄ LAPSI VOI KOKEILLA,
MITEN PITKÄLLE VOI KALLISTUA
PUTOAMATTA TUOILTA

MAATEN:

1. Makaa mukavassa asennossa niin, että mahdollisimman laaja alue koskettaa alustaa.
2. Sitten niin, että mahdollisimman pieni alue koskettaa alustaa.
3. Käänny kyljelleen, selälleen ja siitä toiselle kyljelle.



VAIHE 1.

VAIHE 2.



VAIHE 3. KYLKIMAKUU

HARJOITE 2 – KEHON KESKILINJA

Kehon asentoa ja tasapainoa voidaan harjoitella pystyasennossa järjestelemällä kehonosat kehon keskilinjan mukaan. Häiriöt tämän linjan hahmottamisessa lisäävät lihasjännitystä ja voi kehittyä tasapainon häiriöitä. Yleensä seisoma-asennossa oleminen ei väsytä kehoa, mutta häiriöt keskilinjan hahmottamisessa haastavat tätä.

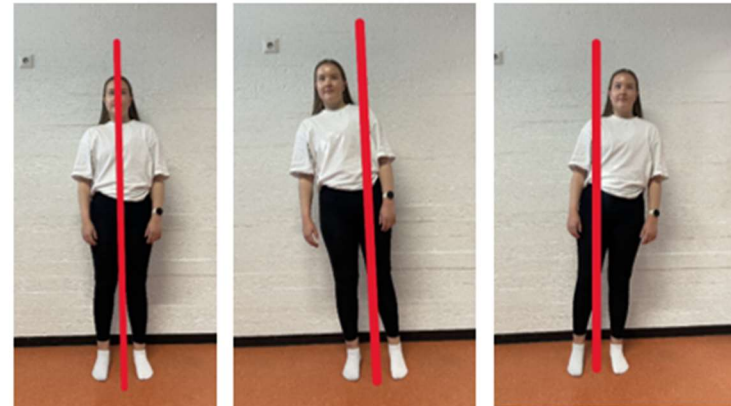
Keskilinjan hahmottamista voidaan harjoittaa erilaisilla liike- ja hengitysharjoituksilla.

VINKKI!

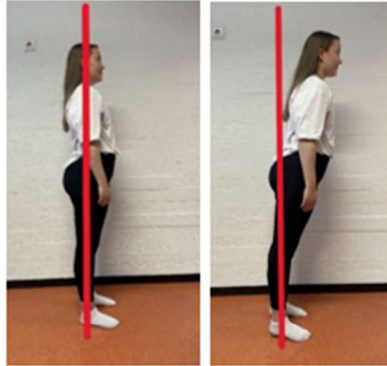
HARJOITTEEN VOI TEHDÄ
PEILIN EDESSÄ, JOSTA LAPSEN
ON HELPOMPI HAHMOTTAA
KEHON KESKILINJAN YLITYS

SEISTEN:

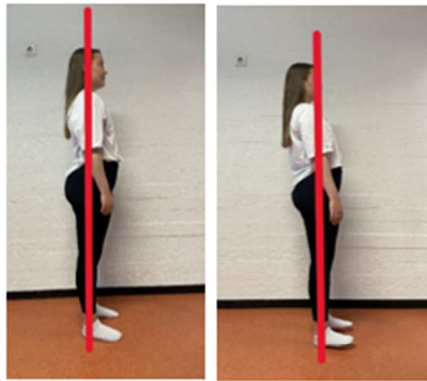
1. Seiso mukavassa asennossa.
2. Lähde siirtämään painoa ensin oikealle, sitten vasemmalle.
Tunnustele kohtaa, jossa paino siirtyy keskeltä jommallekummalle puolelle.
3. Kokeile kuinka pitkälle voit siirtää painoa ilman, että kaadut. Voit siirtää painoa myös eteen ja taakse.



PAINONSIIRROT OIKEALLE JA VASEMMALLE



PAINONSIIRTO ETEEN



PAINONSIIRTO TAAKSE

ISTUEN:

1. Harjoituksen voi tehdä samalla periaatteella myös istuen.

MAATEN:

1. Harjoitteen voi tehdä myös maaten kyljellään.

HARJOITE 3 – LIIKEKESKUKSET

Ihmiskeho nähdään kahtena toiminnallisena kokonaisuutena. Ne ovat ylä- ja alaliikekeskus. Ylempi liikekeskus sisältää rintakehän, yläraajat ja pään. Alempaan liikekeskukseen kuuluvat alaraajat ja lantio. (9)

Tehdessäsi harjoitetta keskity oman kehon ja tuntemusten havainnointiin. Havainnoi puolieroja ja painon jakautumista kehossa. Halutessasi voit kertoa parillesi tai ryhmällesi, mitä tuntemuksia harjoite sinussa herättää.

YLÄLIIKEKESKUS SEISTEN TAI ISTUEN

1. Asetu seisoma- tai istuma-asentoon. Voit pitää silmät auki tai kiinni.
2. Tee oikealla kädellä pientä ympyrää.
3. Toista sama vasemmalla kädellä.
4. Tunnustele eroja käsien välillä.



VAIHE 1.

VAIHE 2 JA 3.

ALALIIKEKESKUS SEISTEN

1. Asetu seisomaan haara-asentoon.
2. Jousa polvista ja lisää käsillä työntöliike.
3. Vaihtelee liikkeen laajuutta. Tee isoa sekä pientä liikettä.

ALALIIKEKESKUS MAATEN

1. Ota selinmakuuasento.
2. Polje alustaa jaloilla.
3. Voit piirtää jaloillasi alustaan kuvioita, esimerkiksi ympyrää tai neliötä.
4. Pysäytä liike.
5. Tunnustele puolieroja jalkojen välillä.
6. Miltä liike tuntuu jaloissa?



VAIHE 2.



VAIHE 3.

HARJOITE 4 – PALLEAHENGITYS

Hengitys mukautuu kehon liikkeisiin. Hengitykseen vaikuttavat erilaiset tunnereaktiot. Voimakkaiden tunteiden ilmetessä pidätämme helposti hengitystämme. Vaikeuksissa keskittyä, turhautuessa tai jos tuntee ahdistusta, on hyvä palauttaa huomio hengitykseen, erityisesti palleahengitykseen. (9)

1. Ota mukava asento. Voit istua, seistä tai maata.
2. Laita toinen kätesi rintakehän alapuolelle ja toinen käsi rintakehän päälle solisluiden alapuolelle.
3. Tunnustele hengitystäsi.
4. Anna käsien mukautua hengityksen liikkeeseen kehossasi.
5. Tunnustelu liikkuuko käsistäsi kumpi enemmän.

VINKKI!

VANHEMPI VOI OTTAA LAPSEN SYLIIN JA TEHDÄ HARJOITETTA YHDESSÄ LAPSEN KANSSA



VAIHE 2.



VAIHE 3.



VAIHE 4.

HARJOITE 5 – HISSI JA PORTAAT

Tutkimuksissa on havaittu hengityksen aktivoivan parasympaattista hermostoa ja vaimentavan sympaattisen hermoston vaikutusta. Vagushermo vastaa sympaattisesta ja parasympaattisesta hermostosta, näin ollen hengitys on yhteydessä vagushermoon. Tutkimuksissa on todistettu, että uloshengityksen pidentäminen ja hidastaminen on yhteydessä vagushermoon. Vagushermo säätelee sydämen sykettä ja hengitystä hidastamalla niitä. (11, 12, 13)

Sympaattinen ja parasympaattinen hermosto ovat autonomisen hermoston pääosia. Sympaattinen hermosto vaikuttaa esimerkiksi verenkierron toiminnan kiihtymiseen ja rauhoittaa ruuansulatuksen toimintaa. Parasympaattinen hermosto vaikuttaa esimerkiksi rauhoittavasti verenkierron toimintaan ja kiihdyttää ruuansulatuksen toimintaa. (14, 15, 16)

Jos huomaat olevasi **ylivireä ja jännittynyt**. Sisäänhengityksesi on silloin todennäköisesti korostunut.

1. Sisäänhengityksen aikana kohota toinen kätesi navan tasolta ylös melko nopeasti, suoraa linjaa pitkin. Ikään kuin kulkisit hissillä ylös.
2. Uloshengityksen aikana hidasta käden liikettä siten, että lasket kättä alaspäin siksakkia. Ikään kuin tulisit hitaammin portaita alas.

→ Tällöin uloshengitysvaihe pitenee ajallisesti, mikä rauhoittaa hermostoasi. Tee harjoitusta haluamasi määrä, esimerkiksi 3–5 hengityssykliä ja seuraa vireystilasi muutosta.



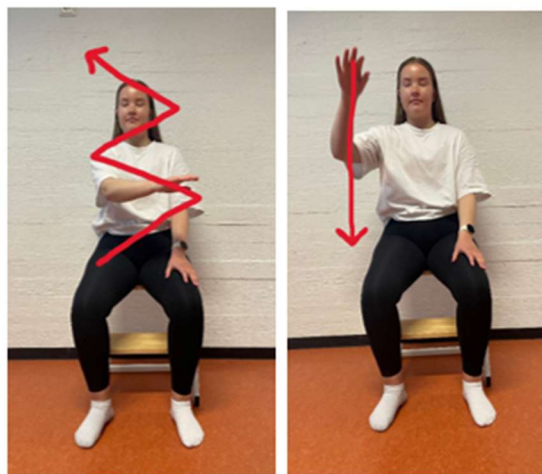
VAIHE 1.

VAIHE 2.

Jos koet olevasi **alavireinen, uupunut ja turtunut**. Tee harjoitus toisinpäin:

1. Sisäänhengitysvaiheessa kohota kättä hitaammin siksak-liikkeellä portaita ylös, jotta sisäänhengitys pitenee ajallisesti.
2. Uloshengitysvaiheessa tule hissillä alas tuoden kätesi suoraa linjaa alaspäin.

→ Vireyden kohottamisessa kuuntele kehon tuntemuksia siitä, mikä määrä riittää. Usein jo 2–3 syklin jälkeen saatat huomata riittävää kohottavaa tunnetta kehossasi ja mielialassasi.



VAIHE 1.

VAIHE 2.

VINKKI!

HARJOITTEEN VOI TEHDÄ ESIMERKIKSI
KOULUSSA TAI LINJA-AUTOSSA
AJATTELEMALLA KÄDEN LIIKKEITÄ
MIELESSÄ JA KESKITTYMÄLLÄ
HENGITYKSEN KUUNTELUUN

Kiitos!



Kuvat 5. ja 6.

LÄHTEET

1. Torre, J. & Lieberman, M. 2018. Putting Feelings into words: Affect Labelin as Implicit Emotional Regulation. Saatavissa: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1754073917742706>
2. Southam-Gerow, M. 2013. Emotion Regulation in Children and Adolescents: A practitioner's guide. Saatavissa: https://books.google.fi/books?id=N4Z_CAaha8C&printsec=frontcover&hl=fi&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
3. Ludwig, D. & Kabat-Zinn, J. 2008. Mindfulness in medicine. Saatavissa: <https://oand.org/wp-content/uploads/File/Continuing%20Education/2011%20Courses/Paul%20Epstein%20Mind-Body%20Materials/MindfulnessinMedicine.pdf>
4. Bhattacharya, S. & Hofmann, S. 2023. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666869623000015>
5. Dunning, D., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J. & Dalgleish, T. 2019. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – a meta-analysis of randomized controlled trials. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30345511/>
6. Chi, X., Bo, A., Liu, T., Zhang, P. & Chi, I. 2018. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Depression in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29977221/>
7. Wood, S. & Rockman, P. 2021. Mindfulness-Based stress reduction: protocol, practice, and teaching skill. Saatavissa: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12980>
8. Saltzman, A. & Santorelli, S. 2014. A Still Quiet Place: A Mindfulness Program for Teaching Children and Adolescent to Ease Stress and Difficult Emotions.
9. Roxendal, G. 1985. Body Awareness therapy and the body awareness scale. Treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy.
10. Mielenterveystalo. 2023. Palleahengitys. Saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/mielen-hyvinvoinnin-omahoito-ohjelma/7-palleahengitys>
11. Palomäki, K. & Siira, J. 2022. Kehon viisaat viestit. Kirjapaja.
12. Gerritsen, R. & Band, G. 2018. Breath of life: respiratory Vagal Stimulation Model of Contemplative Activity. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6189422/>
13. Aivoliitto. 2022. Vagushermot. Saatavissa: <https://www.aivoliitto.fi/aivoterveys/artikkelit/vagushermot-isossa-roolissa-stressinhallinnassa/#72cfd960>
14. Terveyskirjasto. 2016. Autonomonen hermosto. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00358/autonominen-hermosto>
15. Terveyskirjasto. 2016. Sympaattinen hermosto. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03351/sympaattinen-hermosto>
16. Terveyskirjasto. 2016. Parasympaattinen hermosto. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt02499/parasympaattinen-hermosto>

KUVIEN LÄHTEET

Kuva 1. <https://pixabay.com/fi/illustrations/perhe-onnellinen-muotokuva-hoito-2855812/>

Kuva 2. <https://pixabay.com/fi/illustrations/mielenterveys-psykologia-7529899/>

Kuva 3. <https://pixabay.com/fi/illustrations/psykoterapia-psykologia-stressi-7393379/>

Kuva 4. <https://pixabay.com/fi/vectors/lapset-kasvot-lausekkeet-tunteita-5672087/>

Kuva 5. <https://pixabay.com/fi/illustrations/perhe-%C3%A4iti-is%C3%A4-lasten-halata-1150995/>

Kuva 6. <https://pixabay.com/fi/illustrations/kukka-vesiv%C3%A4ri-kev%C3%A4t-luonne-4148707/>

Liite 8. Tietosuojailmoitus

Laatimispäivämäärä: 13.11.2022

Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään? / Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Henkilötietoja voidaan käyttää toiminnan toteutumisessa, tapahtumien ja palveluiden kohdentumisessa sekä tiedon keräämisessä toiminnan suunnittelua ja arviointia varten. Teemme opinnäytetyötä Psykofyysisestä fysioterapiasta kehonhahmotuksen ja tunnesäätelyn menetelmin lapsille, joilla on cp-vamma.

Mitä tietoja keräämme? / Tutkimusrekisterin tietosisältö

Keräämme osallistuvien lasten tai nuorten nimet, iät ja cp-vammaan liittyvät diagnoositiedot. Lasten ja nuorten vanhemman/vanhempien tai huoltajan/huoltajien nimi, puhelinnumero ja sähköpostiosoite.

Millä perusteella keräämme tietoja? / Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Keräämme henkilötiedot osallistujan suostumuksella.

Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme / Tietolähteet

Henkilötietoja keräämme ainoastaan osallistujalta itseltään ja huoltajalta/huoltajilta.

Kenelle tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen ulkopuolelle

Opinnäytetyötä tekeviä henkilöitä Emma Hirn, Riikka Jussila, Senni Kettukangas ja Elina Kivistö velvoittaa tietosuoja- ja salassapitovelvollisuus sekä opinnäytetyöprojektin yhteistyötahona toimivan Suomen CP-liiton henkilökuntaa sitoo salassapitovelvollisuus. Tietoja ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle.

Minne tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Tietoja ei luovuteta Euroopan unionin tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.

Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen / Rekisterin suojauksen periaatteet

Henkilötietoja säilytetään OneDrive-kansiossa, johon on pääsy vain opinnäytetyötä teuttavilla henkilöillä (Emma Hirn, Riikka Jussila, Senni Kettukangas ja Elina Kivistö). Tietoja ei tallenneta muistitikuille tai kovalevyille.

Kuinka kauan kerättyä aineistoa säilytetään? / Tutkimusaineiston käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

Tietoja säilytetään kuusi kuukautta, jonka jälkeen tiedot tuhotaan pysyvästi poistamalla tiedot OneDrivesta. Toimintaan osallistuvien perheiden kanssa käydyt sähköpostikeskustelut sekä mahdolliset puhelimitse käydyt viestiketjut poistetaan opinnäytetyötä tekevien henkilöiden sähköpostikansioista opinnäytetyön valmistuttua.

Millaista päätöksentekoa? / Automatisoitu päätöksenteko

Aineistoa käsiteltäessä ei tapahdu automaattista päätöksentekoa.

Oikeutesi / Rekisteröidyn oikeudet

Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen.

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä.

Rekisteröidyllä on seuraavat EU:n yleisen tietosuojasetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä.
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
- e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.

- f) Rekisteröidyn oikeus vastustaa tietojensa käsittelyä, kun käsittely perustuu yleistä etua koskevaan tehtävään, rekisterinpitäjälle kuuluvaan julkiseen valtaan tai rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeutettuun etuun.

EU:n yleisen tietosuojasetuksen mukaiset rekisteröidyn oikeudet eivät ole automaattisia kaikessa henkilötietojen käsittelyssä.

Tutkimusrekisterin tiedot

Opinnäytetyön kehonhahmotus- ja tunnesäätelyryhmään osallistuvat henkilöt -rekisteri. Kyseessä kertatutkimus. Henkilötietojen säilyttämisen kestoaika on kuusi kuukautta.

Rekisterinpitäjän ja yhteys henkilön tiedot

Emma Hirn
Riikka Jussila
Senni Kettukangas
Elina Kivistö

Sähköpostit löytyvät etunimi.sukunimi@student.lab.fi

Tutkimuksen suorittajat

Emma Hirn, Riikka Jussila, Senni Kettukangas ja Elina Kivistö.