

Marja Kainulainen

Sari Lääti

Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan nuoren anorektikon fysioterapia

Opinnäytetyö
Fysioterapia


Joulukuu 2011




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 31.10.2011				
Tekijä(t) Marja Kainulainen ja Sari Läätä	Koulutusohjelma ja suuntautuminen FysioterapiaAMK				
Nimeke Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan nuoren anorektikon fysioterapia					
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää psykiatrisessa sairaalassa nuorten osastolla toimivilta fysioterapeuteilta, missä hoidon vaiheessa nuoren anorektikon fysioterapia alkaa, mikä on fysioterapian tavoite ja minkälaisia fysioterapiamenetelmiä käytetään anorektikon hoidossa. Tavoitteena oli saada kattavasti tietoa fysioterapeuttisista menetelmistä ja niiden sisällöstä.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta, joka toteutettiin puhelinhaastatteluna. Haastateltavana oli yksitoista fysioterapeuttia eri sairaanhoitopiireistä. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla lomakkeella, joka sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Tulokset analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka lähtökohtana olivat psykofyysisen fysioterapian lähestymistapa ja sen käsitteet.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että fysioterapeutit käyttivät kattavasti psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ja fysioterapian tavoitteena oli nuoren kehonkuvan eheytyminen. Tuloksista selvisi, että joissakin sairaanhoitopiireissä fysioterapia alkoi heti ja merkittävin syy fysioterapian alkamisen ajankohtaan oli nuoren fyysinen vointi.</p> <p>Tämä tutkimus antaa tietoa psykofyysisen fysioterapian lähentymistavan monipuolisista käyttömahdollisuuksista nuoren anorektikon fysioterapiassa. Tutkimuksemme tuloksia voivat hyödyntää nuorten anorektikoiden parissa työskentelevät fysioterapeutit sekä muu hoitohenkilökunta.</p>					
Asiasanat (avainsanat) Anoreksia nervosa, kehonkuvanhäiriö, psykofyysisen fysioterapian lähestymistapa, psykiatrinen sairaalahoito					
Sivumäärä 44 s. + liitteet	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td>Suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	Suomi	
Kieli	URN				
Suomi					
Huomautus (huomautukset liitteistä)					
Ohjaavan opettajan nimi Anu Pukki	Opinnäytetyön toimeksiantaja Haukkalan nuorisopsykiatrinen osasto				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 31.10.2011	
Author(s) Marja Kainulainen & Sari Lääti		Degree programme and option Degree Programme in Physiotherapy	
Name of the bachelor's thesis . Physiotherapy of a young anorectic at psychiatric hospitalization.			
Abstract <p>The purpose of the thesis was to find out from physiotherapist, who works in a psychiatric hospital with a young anorectic, when physiotherapy begins, what the goal of the physiotherapy is and what kind of physiotherapy methods are used in the treatment of a young anorectic. The goal was to get a lot of information about the physiotherapy methods and their contents.</p> <p>The thesis was qualitative research, which was conducted over the telephone. We interviewed eleven physiotherapists in different hospital districts. The data of this research was collected with a semi-structured interview form, which included open and closed questions. The data was analyzed with theory bound content analysis, which was based on the psycho-physical approach to physical therapy and its concepts.</p> <p>On the basis of the research material it can be stated, that physiotherapists using a comprehensive psycho-physical methods of physiotherapy and the goal of the physiotherapy were influenced on the body image of young people. The results showed, that in some hospital districts physiotherapy began immediately and major reason for the beginning of physiotherapy was the welfare of the young person.</p> <p>This study provides information on the psycho-physical approach to physiotherapy for versatile use of the opportunities in the physiotherapy of a young anorectic. Results of this research can be used by physiotherapists who work with young anorectic and other medical staff.</p>			
Subject headings, (keywords) Anorexia nervosa, body image disturbance, psycho-physical approach to physical therapy, psychiatric hospitalization			
Pages 44 pages + appendices		Language Finnish	
URN			
Remarks, notes on appendices			
Tutor Anu Pukki		Bachelor's thesis assigned by Haukkala's young people psychiatry department	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	ANOREKSIA NERVOSA.....	2
2.1	Kriteerit.....	2
2.2	Oireet ja ennuste	3
2.3	Häiriintynyt kehonkuva	3
2.4	Anorektikon hoito ja hoidon tavoitteet.....	4
2.5	Fysioterapian perusteet	6
3	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	7
3.1	Psykofyysisen fysioterapian tavoitteet	8
3.2	Psykofyysisen fysioterapian arviointi- ja tutkimusmenetelmät.....	10
3.3	Psykofyysisiä fysioterapiamenetelmiä.....	10
3.3.1	Kehontuntemusharjoittelu.....	10
3.3.2	Manuaalinen käsittely	12
3.3.3	Hengitysharjoittelu.....	14
3.3.4	Rentoutusharjoittelu.....	15
3.3.5	Vuorovaikutusta vahvistava ja toiminnallinen harjoittelu	17
4	TUTKIMUS	17
4.1	Tutkimuksen tausta.....	17
4.2	Tutkimuksen eteneminen.....	18
4.3	Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	18
4.4	Tutkimusmenetelmä	19
4.5	Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston keruu	19
4.6	Tutkimusaineiston analyysi	20
4.7	Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökulmat.....	21
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
5.1	Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit	22
5.2	Nuoren anorektikon fysioterapian alkamisajankohta	23
5.3	Haastattelun sisältö	23
5.4	Havainnointi ja arviointi	24
5.4.1	Havainnointiin ja arviointiin käytettyjä lomakkeita	26
5.4.2	Mittaaminen ja mittaamisen käytetyt lomakkeet	28
5.4.3	Muita tutkimusmenetelmiä	28
5.5	Nuoren anorektikon fysioterapian tavoitteet	29

5.6	Fysioterapiamenetelmät.....	30
5.6.1	Ohjaus ja neuvonta.....	30
5.6.2	Terapeuttinen harjoittelu.....	32
5.7	Ajatuksia sairaalahoidossa olevan nuoren anorektikon fysioterapiasta.....	34
6	POHDINTA JA PÄÄTELMÄT.....	35
6.1	Tulosten tarkastelu.....	35
6.2	Tutkimuksen arviointia.....	37
	LÄHTEET.....	40

LIITEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 ja 3 Tutkimuslupa-anomukset

Liite 4 Toimintamalli puhelinhaastatteluun

Liite 5 Haastattelulomake

1 JOHDANTO

Anoreksia nervosa on tunnettu lääketieteessä jo yli 300 vuoden ajan. Uusien tutkimustulosten mukaan 2,2 % suomalaisista naisista sairastaa elinaikanaan selkeän anoreksian, johon liittyy vakava alipainoisuus sekä kuukautisten poisjäänti. (Savukoski 2008, 18.) Anoreksiaan sairastuu yleisimmin 12–24-vuotias nuori. Anoreksiaan liittyy olennaisesti kehonkuvan häiriö. (Vandereycken 1987, 253.)

Nuorten anorektikoiden hoito pyritään keskittämään pääsääntöisesti avohoitoon, mutta selvässä ja nopeasti korjaantumattomassa syömishäiriössä potilaalle tulee kuitenkin taata nuorisopsykiatrinen tutkimus ja hoito (Käypä hoito 2009a). Psykiatriset osastot käyttävät vaihtelevasti fysioterapiaa anorektikoiden hoidossa. Joissakin yksiköissä fysioterapeutti on hoidossa mukana alusta alkaen ja toisissa yksiköissä fysioterapiaa ei käytetä ollenkaan tai käytetään rajoitetusti. (Immonen-Orpana 1999, 27.)

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Haukkalan sairaalan nuorisopsykiatrinen osasto ja yhteyshenkilönä toimii osastonhoitaja Päivi Huttunen. Hän halusi työmme avulla selvittää, minkälaisia mahdollisuuksia fysioterapialla olisi nuoren anorektikon hoidossa. Meitä kiinnosti psykofyysisen fysioterapian lähestymistapa ja sen yhdistäminen anoreksian hoitoon.

Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys on psykofyysinen fysioterapia. Se on mielen ja ruumiin erottamattomuutta korostava fysioterapian lähestymistapa, jossa työskennellään kehon ja kehontuntemuksen, liikkeen ja liikkeen kokemuksen kautta. Asiakasta opetetaan kokemaan omaa kehollisuuttaan hiljentymällä ja rauhoittumalla, tiedostamaan ja käsittelemään aktiivisesti elämyksiään ja tuetaan potilasta tulemaan tietoiseksi omista kokemuksista. (Immonen-Orpana 1999, 26.) Psykofyysisen fysioterapian lähestymistapaa voidaan käyttää syömishäiriöiden hoidossa (Psyfy ry).

Me opinnäytetyön tekijät vierastamme sanaa ”ruumis” ja tämän vuoksi käytämme työssämme sanaa ”keho”. Leibin mukaan keho on se osa ruumiista, josta voimme olla tietoisia, jota liikutamme, joka muistaa, havaitsee ja kykenee muodostamaan tietoa toiminnastaan ja voi tulla taitavaksi (Herrala ym. 2008, 19).

2 ANOREKSIA NERVOSA

Järjellä tiedän, että minun kannattaa parantua ja ettei ruoka ole oikeasti vaarallista, mutta minusta tuntuu, että jotain pahaa voi sattua, jos annan itseni syödä (Charpentier 2007, 275).

Anoreksia nervosa eli laihuushäiriö on ilmeisen vanha sairaus; jo 1800-luvulta on ensimmäiset kuvaukset sairaudesta. Se kuvaa sairauskokonaisuutta, jossa nuori ihminen alkaa säännöstellä syömistään. Syyt voivat olla tietynlaisen ulkonäön tavoitteluun, itsekuriin ja täydellisyyteen pyrkimys. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 14.) Anoreksia nervosaa esiintyy yleisemmin 12–24-vuotiailla tytöillä, mutta voi ilmetä myös pojilla. Vajaa 1 % nuorista kärsii vakavasta syömishäiriöstä. (Huttunen & Jalanko 2009.) Laihuushäiriöt ovat todennäköisesti yleisempiä mitä luvut kertovat, sillä häiriö salataan usein ja vakavastikin sairaut voivat jäädä tai jättäytyä hoidon ulkopuolelle. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 30.)

2.1 Kriteerit

ICD 10-tautiluokituksen mukaan anoreksian kriteerit täyttyvät, kun potilaan paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI (painoindeksi) on enintään 17,5 kg/m². Potilaan painon lasku on itse aiheutettua. Potilas on mielestään liian lihava, pelkää lihovansa ja asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen. Tällöin kyseessä on kehonkuvanvääristymä. Hypotalamus-aivolisäke-sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö on todettu, mikä aiheuttaa kuukautisten poisjäämisen. Häiriö viivästyttää kasvua ja murrosiän fyysiset muutokset viivästyvät. Lisäksi kilpirauhashormonin, aineenvaihdunta ja insuliinin erityis saattavat muuttua poikkeavaksi. Kasvuhormonin ja kortisonin pitoisuudet saattavat suurentua. (Käypä hoito-suositus 2009a.)

Anoreksia nervosaan kuuluu pakonomainen tarve laihtua tai laihuuden ylläpito. Kalorien kulutus tapahtuu runsaalla liikunnalla ja syömistä rajoittamalla; joskus myös ulostus- ja nesteenoistolääkkeiden avulla ja oksentamalla. (Käypä hoito-suositus 2009a; Huttunen & Jalanko 2009.)

2.2 Oireet ja ennuste

Sairastunut nuori on usein hyvin koulussa menestyvä, tunnollinen ja täydellisyyteen pyrkivä. Anoreksia nervosa voi alkaa laihdutusyrityksestä, joka riistyy syömättömyyskierteeksi. Kehonkuva häiriytyy, jolloin nuori alkaa pelätä lihavuutta. Tyypillisiä oireita ovat kaloripitoisten ruokien välttäminen ja liikunnan lisääminen. Tyttöillä kuukautiset loppuvat ja heille kehittyy estrogeenin puutosta ja luukatoa. Voimakkaasti laihduneilla todetaan hidas pulssi, matala verenpaine tai ummetus. (Käypä hoito-suositus 2009a.) Elimistön käydessä säästöliekillä, myös aineenvaihdunta hidastuu. Paleleminen ja huono kylmän sieto, kuiva iho, kynsien haurastuminen, hiusten lähtö, väsymys, uupumus sekä heikkous ovat kaikki oireita aineenvaihdunnan hidastumisesta. Laboratoriokokeissa on havaittavissa merkkejä kuivumisesta ja neste-suolatasapainon häiriöistä, jotka saattavat aiheuttaa sydämen rytmihäiriöitä. Aliravitsemuksesta kertoo untuvaisen karvoituksen kehittyminen käsivarsiin, selkään ja vartaloon. Oksentamisen seurauksena hampaissa tapahtuu väri- ja kiilleaurioita. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 42–44.)

Tutkimusten mukaan on yleistä, että Anoreksia nervosaan sairastuneella on lisäksi vakava masennustila, pakko-oireinen persoonallisuus- ja ahdistuneisuushäiriö sekä sekavuutta ja valtava väsymys. Osalla sairastuneista voi olla itsemurha-ajatuksia, perheongelmia ja muita syömiseen liittyviä käytös- ja hillitsemishäiriöitä. Joskus voi esiintyä myös alkoholiin, lääkkeisiin tai huumeisiin liittyviä väärinkäytöksiä. (Levoska 2001, 35.)

Vakavimmillaan Anoreksia nervosa on krooninen sairaus, joka johtaa 1–15%:lla kuolemaan; yleisimmin kroonisen aliravitsemustilan, elektrolyyttihäiriön tai itsemurhan seurauksena (Savukoski 2008). Laihuushäiriöstä paranee täysin 50–70 % sairastuneista. Noin 20–30 %:lla esiintyy ajoittaisia syömishäiriöoireita ja 10–20 %:lle sairaus kroonistuu. Huonoon paranemisennusteeseen viittaavat alhainen paino, myöhäinen sairastumisikä, aikaisempi psykiatrinen hoito, oksentelu ja laksatiivien käyttö. (Rissanen 2008.)

2.3 Häiriintynyt kehonkuva

Eräs anorektikko Riihosen (1998, 149) kirjassa kuvailee omaa kehoaan näin:

Olin toisten mielestä kamalan näköinen, luuta ja nahkaa. Kun katsoin peilistä, tunsin itseni lihavaksi.

Anoreksia nervosaan liittyy läheisesti häiriintynyt kehonkuva (Vandereycken 1987, 253). Blinikka (1993, 4) määrittelee kehonkuvan tietoiseksi ja tunnepohjaiseksi käsitykseksi omasta kehosta ja sen suhteesta ulkomaailmaan. Anorektikon kehonkuvan häiriöt ovat epärealistisia käsityksiä itsestään, kehostaan ja hänellä on ongelmia kehon tuntemusten tulkinnassa. Nämä vaikuttavat anorektikon kykyyn tiedostaa ja hallita tunne-elämäänsä, mikä voi ilmetä heikkouden tai voimattomuuden tunteena, kehon tarpeiden kieltämisenä sekä kehon esineellistämisenä, itsekeskeisyytenä tai häpeän tunteena. (Lehto 1995, 5; Charpentier 1998, 13.) Jos nuori ei syystä tai toisesta pysty tai saa ilmaista tunteitaan, niin he käyttävät toisenlaisia itseään vahingoittavia ilmaisukeinoja kuten anoreksia (Buckroyd 1996, 69). Puuronen (2001, 171–172) toteaaakin kirjassaan, että anorektikon kokiessaan itsensä, elämänsä ja olemisensa täysin erilaiseksi, hän pyrkii laihuuden kautta mahdollisimman olemattomaksi.

Anorektikko voi jopa kokea muiden omistavan hänen kehonsa ja mielensä (Riihonen 1998, 143). Omasta kehosta vieraantumisen tunne on voimakas ja anorektikko elää tarkkaillen itseään ikään kuin ulkopuolisena. Hän ei esimerkiksi tunnista tekojaan omiksi eikä omaa kykyä toimia spontaanisti. Sairastunut näkee oman kehonsa vihollisena. (Puuronen 2001, 177–178.)

Anoreksia nervosaa tutkineet ovat kuvanneet anoreksiapotilaiden kehonkoon kokemista psykoottistasoiseksi vääristymäksi. Objektiiivisissa havaintotesteissä on havaittu anoreksiapotilaan alttius yliarvioida oman kehonsa leveys, mutta ei pituutta. Anoreksia potilaat voivat kokea vääristyneesti koko kehonsa ohella myös jonkin tietyn kehon osansa. (Huttunen 1993, 156.) Anoreksiapotilaan katsellessa omaa kehoaan, hän näkee itsensä suurena ylipainoisena, vaikka on todellisuudessa luurankomaisen laiha (Charpentier 2007, 283). Anorektikko kieltää usein oman seksuaalisuutensa ja yleensäkin nautinnot. Hän kamppailee kehostaan tulevien tuntemuksia vastaan ja kehon muodon muutoksia vastaan. (Lehto 1995, 26.)

2.4 Anorektikon hoito ja hoidon tavoitteet

Anorektikoilla on ristiriitainen suhtautuminen hoitoonsa ja paranemiseensa. Yleensä he kärsivät oireistaan, mutta toisaalta heitä kauhistuttaa paraneminen. Välillä heidän paranemishalujaan lisäävät hetkellisesti sairauden aiheuttamat kärsimykset esimerkiksi väsymys, keskittymiskyvyttömyys, vatsakivut, ahdistuneisuus ja pakkotoiminnot. Toisaalta oireiden tuoma turvallisuuden tunne ja hetkellinen helpotus ahdistukseen voivat tuntua paranemista tärkeimmiltä ja saavat sairastuneet pitämään kiinni oireistaan. (Charpentier 2007, 274–275.)

Nuoren anorektikon hoito kannattaa aloittaa avohoidossa. Laihuushäiriöpotilaan avohoito on mahdollista, kun potilas ei ole vaikeasti aliravittu, painoindeksi on yli 13 kg/m² tai suhteellinen paino on yli 70 % pituudenmukaisesta keskipainosta. Nuorella ei ole vaikeita somaattisia tai psyykkisiä ongelmia, hän on motivoitunut hoitoon sekä hänellä on hoitoa tukevia läheisiä (Achte´ & Tamminen 1996, 188; Käypä hoito-suositukset 2009a.)

Psykiatriseen sairaalahoitoon ohjataan silloin, jos anorektikolla on vaarallisen alhaisen painon lisäksi jokin seuraavista kriteereistä:

1. runsaasti psykoottisia oireita
2. vakava itsetuhoisuus ja itsemurhavaara
3. vaikea masennus
4. puutteelliset tai ristiriitaiset perheolosuhteet
5. kun oireet eivät korjaannu tiiviistä avohoidosta huolimatta

(Suokas & Rissanen 2001, 313; Achte´ & Tamminen 1996, 188).

Hoito voidaan joutua aloittamaan nuoren tahdosta riippumatta, jos nuori kieltäytyy osastohoidosta vaikka hänen psyykkinen tai somaattinen tilanteensa on henkeä uhkaava (Käypä hoito-suositus 2009a).

Anorektikon hoito perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja selkeään aluejakoon potilasta tutkivan ja hoitavan työryhmän jäsenten kesken. Työryhmään kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti ja erilaisten terapioiden asiantuntijoita. (Savukoski 2008, 33; Käypä hoito-suositus 2009a.) Anoreksiapotilaan fysioterapeuttinen hoito toteutuu hoitosuunnitelman mukaisesti (KSSHP 2001).

Hoidon tuloksellisuuden kannalta on tärkeää tiedon antaminen (psykoedukaatio) sekä nuorelle ja hänen vanhemmille. Anoreksiapotilaan hoitomotivaation lisäämiseksi on hyvä antaa riittävästi ja asiallista tietoa sairaudesta, nälkiintymisen vaikutuksista psyykkiseen ja fyysiseen toimintaan. Tavoitteena on nuoren luottamuksen löytäminen omaan paranemiseen, pääseminen eroon vääristyneistä uskomuksista ja puutteellisista tiedoista, jotka ovat johtaneet syömishäiriökäyttäytymiseen. (Achte´ & Tamminen 1996, 189; Suokas & Rissanen 2001, 312; Charpentier 2007, 275.)

Hoidon onnistumisen edellytyksenä on luottamuksen saavuttaminen hoitohenkilökunnan ja anorektikon välillä (SYLI ry). Hoitosuhteen merkitys tulee hyvin esille psykiatrisessa hoitotyössä, jossa potilaan ja hoitotyöntekijän välinen vaikutussuhde on itse asiassa kaikkein tärkein auttamismenetelmä (Jakonen 2004, 37). Tärkeää on, että hoito on ihmislähtöistä sekä riittävän tukevaa ja ohjaavaa, jotta sairastunut uskaltaa luopua oireistaan (Jakonen 2004, 19; Suokas & Rissanen, 2001, 312, Mustajoki 1991, 1772). Henkilökunnan on tärkeää luoda tuomitsematon ja ystävällinen ilmapiiri. Hoidossa pyritään korostamaan potilaan omien päätösten ja tekemisten merkitystä. Potilaan oma motivaatio ja toimiva yhteistyö hoitavan lääkärin kanssa ovat avaimia hoidon käynnistymiselle. (Mustajoki 1991; 1772, Charpentier 2007, 274–275.)

Rissasen (2008) mukaan **anoreksiapotilaan hoidon tavoitteet** ja ensisijaiset menetelmät ovat seuraavat:

1. ravitsemuskuntoutus ja syömisen terve hallinta
2. hoitomotivaation tukeminen ja sairauden konkreettinen hahmottaminen
3. häiriöön liittyvien ongelmien tunnistaminen
4. uusiutumisen ja kroonistumisen ehkäisy

2.5 Fysioterapian perusteet

Cash (2008, 5) on todennut, että kehonkuvan eheytyminen on välttämätöntä tuloksellisessa syömishäiriöiden hoidossa. Mandy & Broadbridge (1998, 284) toteavat artikkelissaan, että fysioterapialla voidaan hoitaa häiriintynyttä kehonkuvaa. Myös Davison (1988, 63) toteaa artikkelissaan, että fysioterapeutilla on tärkeä rooli, kun autetaan nuorta ymmärtämään ja tuntemaan omaa kehoaan, nuoren kehonkuvan muuttamisessa

sekä luottamuksessa siihen, että hänestä ei tule lihava, vaikka paino nousee. Davison määrittelee fysioterapian tavoitteet seuraavanlaisesti:

1. edistää tietoisuutta sisäisistä kokemuksista ja ulkoisista rajoista.
2. vahvistaa posturaalisia lihaksia
3. suunnitella nuoren liikkumista ja muuta aktiviteettia ottaen huomioon nuoren kehonpaino ja olosuhteet.
4. opettaa nuorelle stressistä selviytymistaitoja
5. mahdollistaa nuorelle viihtymisen omassa kehossaan

(Davison 1988, 63).

Käypähoito-suosituksessa (2009b) todetaan, että syömishäiriöpotilaiden fysioterapian tulisi sisältää vähän energiaa kuluttavaa venyttelyä, lihasten joustavuutta lisääviä harjoituksia, kohtuullista liikuntaa ja ohjaamista rentoutusharjoituksiin. Fysioterapeutti on mukana suunnittelemassa nuoren liikkumislupia ja rajoituksia (Lehto 1995, 25; KSSHP 2001). Nuoren anorektikon fysioterapian perustana käytetään laajasti psykofyysisiä fysioterapiamenetelmiä (Immonen-Orpana 1999, 27). Fysioterapiamenetelmät valitaan potilaan voimavarojen ja painoindeksin mukaisesti (Kaipainen & Kuha-Putkonen 2010).

3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysisen fysioterapian edelläkävijämaita 1950–1960 luvulta lähtien ovat olleet Ruotsi ja Norja (Immonen-Orpana 1999, 26). Lähestymistapa on kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyön tuloksena. Ruotsissa tätä fysioterapian erityisosaamisaluetta on ollut kehittämässä Gertrud Roxendal ja Jacques Dropsy ja Norjassa Wilhelm Reich ja Berit Bunkan. Roxendalin väitöskirja *Body Awareness Therapy* 1980-luvulla vaikutti Suomessa alan koulutuksen lisääntymiseen. (Psyfy ry; Immonen-Orpana 1995, 133; Patovirta 2011.)

Käsite psykofyysinen viittaa fyysisen ja psyykkisen alueen erottamattomuuteen. Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa ihminen pyritään kohtaamaan kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon ihmisen kaikki osa-alueet; psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen. (Lintunen 1995, 134; Psyfy ry.) Immonen-Orpana (1999, 26)

määrittelee psykofyysisen fysioterapian mielen ja ruumiin erottamattomuutta korostavaksi fysioterapian kattokäsitteeksi sekä prosessiksi, jossa työskennellään kehon ja kehontuntemuksen, liikkeen ja liikkeen kokemuksen kautta. Asiakasta opetetaan kokemaan omaa kehollisuuttaan hiljentymällä ja rauhoittumalla, tiedostamaan ja käsittelemään aktiivisesti elämyksiään ja tuetaan potilasta tulemaan tietoisiksi omista kokemuksista. Psykofyysistä lähestymistapaa käytetään erityisesti pitkittyneissä tuki- ja liikuntaelimistön oireissa, syömishäiriöissä, post-traumaattisissa stressireaktioissa neurologisissa toimintahäiriöissä erilaisissa psykiatrissa sairauksissa ja masennuksessa (Psyfy ry).

Psykofyysisen fysioterapian taustalla on nähtävissä fenomenologinen ihmiskäsitys, jossa ilmiöitä, niiden välisiä suhteita, merkityksiä ja ilmenemismuotoja tarkastellaan ihmisen kokemuksista ja elämyksistä käsin (Klemola 2004, 10–11; Talvitie ym. 2006, 266–267). Psykofyysinen fysioterapia voidaan nähdä myös holistisena, jossa kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus ovat samanaikaisesti läsnä. Kehollisuuden kautta konkretisoituu ihmisen olemassaolo ja se on vahvasti läsnä fysioterapeutin työssä. (Koski 2003, 17; Immonen-Orpana 1999, 26.) Koski (2003, 17) toteaa, että ”keho on maailman olemisen keskus” Rauhalan (2005, 32) mukaan tajunnallisuudella tarkoitetaan psyykkis-henkistä olemassaoloa sekä situationaisuudella sitä, millaisessa elämän- ja sosiaalisessa ympäristössä ihminen elää.

3.1 Psykofyysisen fysioterapian tavoitteet

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteina ovat kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta sekä kehonkuvan eheytyminen, kehonhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen (Psyfy ry). Sen lisääntyminen edellyttää kehontietoisuuden ja -tuntemuksen kehittymistä (Talvitie ym. 2006, 268).

Jaakkolan & Lähteenmäen (2007, 6) mukaan psykofyysisen fysioterapian toteutuksen lähtökohtana on ihmisen kohtaaminen vuorovaikutuksessa ja dialogissa. Berg ym. (2005, 64) ovat todenneet tutkimuksessaan, että tärkein osa syömishäiriöisten fysioterapiaa on kommunikaatio fysioterapeutin ja potilaan välillä. Jotta fysioterapeutin kyky vuorovaikutukseen kehittyy, hänen tulee kehittää itsetuntemustaan kaikilla olemisen tasoilla myös kehollisessa kokemisessa (Jaakola & Lähteenmäki 2007, 6; Talvitie ym. 2006, 268). Dialogisen vuorovaikutussuhteen onnistuminen edellyttää fysioterapeutil-

ta ihmisen hyväksymistä sellaisena kuin hän on. Dialogisen suhteen lähtökohtia ovat toisen kuunteleminen ja toisen kanssa jakaminen. Vuorovaikutussuhteen tulee olla tasavertainen. Kummankin osapuolten näkemykset ovat yhtä arvokkaita ja kaikki ovat asiantuntijoita. Tällainen vuorovaikutussuhde mahdollistaa ihmisen voimavarojen löytämisen. (Haarakangas 2001, 39–44.) Herrala ym. (2008, 11) puhuvat nykyaikana asiakaslähtöisestä kuntoutumisesta, joka korostaa yksilöstä itsestään lähtevää panostusta omaan kuntoutumiseensa kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen mukaisesti.

Fysioterapeutin tulee olla terapiatilanteessa tietoisesti läsnä, mikä auttaa fysioterapeuttia ymmärtämään, kuinka hän ottaa vastaan informaatiota ympäristöstä ja miten tulkitsee ja kokee ympäristön ja miten reagoi siihen. Tietoisien läsnäolon perustana on havaintojen tekeminen ja kuvaileminen kuitenkin tuomitsematta ja arvostelematta. Tärkeää on osallistua tarkkaavaisesti ja täysillä siihen, mitä ympärillämme tapahtuu. (Nilssonne 2004, 16–17.) Kyky olla aidosti läsnä toisten kanssa pohjautuu kykyymme olla ”tässä ja nyt” itsemme kanssa ja kokea elämänsä ”hetki kerrallaan.” Kun olemme läsnä itsemme kanssa, pystymme havainnoimaan omia tunteitamme, edistämään eheyden ja kokonaisuuden tunnetta, parantamaan tarkkaavaisuutta ja keskittymiskykyä sekä kohtaamaan elämä usein täydellisemmin ja syvemmin. (Baker 2005, 60.)

Perinteisen ongelmakeskeisen fysioterapeuttisen lähestymistavan rinnalla, pyritään ottamaan huomioon potilaan voimavarat, motivaatiotaso, elämänhallinnan tunne, elämäntilanne sekä tarpeet (Immonen-Orpana 1995, 134; Psyfy ry; Jaakkola & Lähteenmäki 2009, 8). Potilaan hoidon kulmakivi on hoitomotivaation synnyttäminen (Suokas & Rissanen 2001, 312). Motivaatiomekanismeihin liittyy olennaisena tekijänä pystyvyys, joka tarkoittaa henkilön käsitystä siitä, minkälaisista fyysisistä ja psyykkisistä haasteista hän kykenee selviytymään (Sandström 1999, 17). Antonovskyn (1987) mukaan ihmisen voimavarat liittyvät elämänhallinnan tunteeseen, joka koostuu *ymmärrettävyyden tunteesta* eli tiedollisesta osa-alueesta, *hallittavuuden tunteesta* eli yksilön uskomusta siihen, että asioita ja tapahtumia voi säädellä ja niihin voi vaikuttaa joko itse tai jokin muu taho sekä *mielekkyyden tunteesta* eli yksilön taipumusta tulkita vaativatkin ympäristön tapahtumat mielekkäiksi, kiinnostusta herättäviksi ja haasteellisiksi. (Feld & Metsäpelto 2007, 102–103.) Ihmiselle on tärkeää, miten hän kokee tulevansa ymmärretyksi, kohdelluksi ja hoidetuksi (Talvitie ym. 2006, 266).

Psykofyysisen fysioterapian yhtenä tavoitteena on, että ihminen omien oivallusten kautta kykenee vaikuttamaan oireiden ja kipujen syihin. Olennaista on, että ihmisen oppisi ymmärtämään itseään kokemusten kautta sekä tulemaan tietoisiksi kehonsa viesteistä ja tätä kautta pääsemään kosketuksiin tunteidensa kanssa. (Talvitie ym. 2006, 266; Monsen 1992, 11.) Tavoitteena on kokea, tunnistaa ja hyväksyä omaa kehoisuuttaan sekä oppia arvostamaan omaa kehoaan ja sen reaktioita sekä lisäämään itseilmaisuaan. Fysioterapiassa saadut kokemukset antavat ihmiselle vaihtoehtoisia tapoja liikkua, eri asentojen ja hengityksen nostamien tunteiden, ajatusten ja kokemusten merkityksen ihmiselle itselleen. Psykofyysisen fysioterapian tuloksia arvioitaessa on tärkeää kuulla ihmisen itse kokema muutos. (Psyfy ry; Jaakkola & Lähteenmäki 2007, 8.)

3.2 Psykofyysisen fysioterapian arviointi- ja tutkimusmenetelmät

Psykofyysisen fysioterapian arviointi- ja tutkimusmenetelmiä ovat haastattelu, mittaaminen ja havainnointi. Arviointia voidaan tehdä hengityksestä, kivusta, jännittyneisyydestä, ruumiinkuvasta ja vuorovaikutuksesta sekä kehon asennoista, liikkuvuudesta, liikkeen hallinnasta sekä rentoutuskyvystä. (Psyfy ry.)

3.3 Psykofyysisiä fysioterapiamenetelmiä

Psykofyysisen fysioterapian menetelminä käytetään manuaalista käsittelyä, rentoutumis- ja hengitysharjoituksia, kehonhahmotusharjoitteita, kehonkuvaa eheyttäviä harjoitteita, vuorovaikutusta parantavia sekä toiminnallisia harjoitteita. Näiden harjoitteiden avulla ihminen tulee tietoisemmaksi omasta kehostaan ja näin esimerkiksi anoreksiaa sairastava nuori voi eheyttää kehonkuvaansa. (Psyfy ry.)

3.3.1 Kehontuntemusharjoittelu

Roxendalin kehittämän **BAT (Body Awareness Therapy)** -harjoittelun tavoitteena on kehontuntemuksen ja -tietoisuuden parantaminen, jolloin päämääränä on kehon hallinnan lisääntyminen ja kehonkuvan eheytyminen. Kehontietoisuuteen ja -tuntemukseen sisältyy kehonelämys ja liikkeeseen liittyvät asiat esimerkiksi liikkeiden hallinta, kyky ohjata liikkeitä ja kehon asentoja. Kehonelämyksellä tarkoitetaan sitä, miten ihminen kokee kehonsa rajat ja ääriiivat suhteessa ulkomaailmaan tai millaisena hän

näkee oman kehonsa. (Talvitie ym. 2006, 270–272; Roxendal 1987, 28–30.) Kehonhallinnan tavoitteena on lisätä omia kykyjään tunnistaa asentoa, hengitystä, lihasjännitystä ja liikkeen laatua (Roxendal 1987, 32, Talvitie ym. 2006, 270).

Kehontietoisien harjoittelun keskeisiä ulottuvuuksia on asiakkaan suhde alustaan ja keskilinjaan, kehon liikekeskus, liikevirtaus ja hengitys sekä asiakkaan tietoinen läsnäolo ja tietoisuus itsestään. Suhteella alustaan tarkoitetaan sitä, miten henkilö käyttää tukipintaa ja miten hänen kehonsa paino jakautuu alustaan maata, istuessa, seistesä ja kävellessä. Kehon suhteella ajateltuun kehon keskilinjaan tarkoitetaan tasapainoista asentoa, jossa asentoa ylläpitävät lihakset kuormittuvat mahdollisimman vähän. Kehon liikekeskus sijaitsee kohdassa, jossa pallealihas kiinnittyy selkärankaan (1.–3. lannenikaman solmu). Kehon liikekeskuksesta lähtevät monet yläraajojen liikkeet, kierrot ja nostot. Liikevirtausta voidaan havainnoida liikkeen tasaisuutena pitkin vartalon keskilinjaa. Jännittyneet lihakset tai vammat voivat heikentää liikevirtausta tai jopa estää sen. (Talvitie ym. 2006, 269–270, 272.)

Klemolan (2004, 233–235) mukaan kehontuntemusharjoittelu etenee vaiheittain. Aluksi emme ole tietoisia liikkeistämme, sitten lisäämme liikkeen kokemisen tietoisuutta ja tietoisuutta painovoimasta, maan vetovoimasta, ylöspäin suuntautuvasta voimasta sekä toisista ihmisistä. Vähitellen tunnistamme elinvoimaa itsessämme ja ympäristössä ja lopulta voimme kokea liikkeen sisäistä kauneutta.

Basic Body Awareness Therapyn (BBAT) on Skandinaviassa kehitetty kehoterapiamuoto, jonka kehittämisessä on ollut mukana Gertrud Roxendal. Tämän vuoksi BBAT:ssa on paljon samoja yhtymäkohtia Roxendalin kehontuntemusterapian (BAT) kanssa. Terapian tavoitteena on työskennellä kehon kokonaisuuden kanssa, ylläpitää ja edistää terveyttä ja voimavaroja. Sitä kautta tulla tietoisemmaksi omasta käyttäytymisestä, kehosta ja sen ulottuvuuksista. Harjoitteina ovat päivittäiset perusliikkeet, hieronta, hengitys ja tiedostamisen harjoittelu. Harjoittelussa keskitytään harjoitteluun turvallista suhdetta alustaan, tasapainoista suhdetta ruumiin keskilinjaan ja liikekeskuksiin. Lisäksi harjoittelussa keskitytään hengitykseen, liikkeen virtaukseen ja kehon rajojen tuntemiseen. B-BAT perustuu liikkeiden yksinkertaisuuteen. (Immonen–Orpana 1995, 138; Roxendal & Winberg 2002, 17, 97–102.) Harjoittelussa on tärkeää keskittää huomio itse harjoitukseen tai sen muotoon ja vaikutukseen kehoon. Näin harjoituksesta tulee tietoisien läsnäolon harjoitus. (Roxendal & Winberg. 2002,

53.) Kun olemme tietoisia omista tunteistamme, tarpeistamme, rajoituksistamme ja kun hallitsemme epämiellyttävää oloa esimerkiksi masennusta ja ahdistusta sekä voimakkaita tunteita, kykymme itsesäätelyyn paranee. Itsesäätelyllä tarkoitetaan fyysisten ja emotionaalisten yllykkeiden, viettien ja ahdistuksen tietoista ja vähemmän tietoisista hallintaa. (Baker 2005, 23–32.)

Psykodynaaminen kehoterapia on yksi psykofyysisistä menetelmistä, jonka päätaavoitteena on auttaa kuntoutujaa saamaan parempi kosketus itseensä, omaan kehoonsa konkreettisen kokemusten avulla ja näin oppia ymmärtämään, mitä oireet hänelle merkitsevät (Monsen 1989, 51). Psykodynaamisessa fysioterapiassa ei keskitytä patologiaan ilmiöihin eikä paikallisiin oireisiin, vaan tavoitteena on saada potilas työskentelemään itsensä kanssa elinvoimaisuuden saavuttamiseksi ja voimavarojen lisäämiseksi (Immonen-Orpana 1995, 136; Monsen 1992, 51).

Norjalaisen Wilhelm Reichin kehittämä **psikomotorinen fysioterapia** on psykodynaamisen fysioterapian fyysinen menetelmä. Siinä pääpaino on hengityksen ja lihasten vapauttamisessa muun muassa liikkeiden ja harjoitusten avulla. (Immonen-Orpana 1995, 136.) Monsenin (1992, 54–56) mukaan psikomotorisen fysioterapian perusteet ovat seuraavat: Keho on toiminnallinen kokonaisuus, minkä vuoksi jokaisella terapiakerralla hoidetaan koko kehoa. Hoito annetaan kerran viikossa, jotta potilas voi sisäistää lihaksistonsa ja hengityksensä muutokset sekä antaa potilaalle aikaa kohdata torjutut tunteet. Hoitoaika on yksi tunti ja se voi sisältää hierontaa sekä liikeharjoituksia potilaan voimavarojen mukaan. Liikeharjoituksina on muun muassa koukistajalihasten venyttäminen, koska niiden kireys voi jarruttaa hengitystä ja koukistajalihaksia pidetään puolustuslihaksina. Kun koukistajalihaksia rentoutetaan, ojentajalihaksia on kehitettävä. Tärkeää on asennon ja hengityksen vapauttaminen, joka lähtee sääristä ylöspäin. Hoitoprosessi mitoitetaan potilaan reaktiot huomioon ottaen ja potilaassa tapahtuvia muutoksia arvioidaan hengitysreaktioiden mukaan.

3.3.2 Manuaalinen käsittely

Manuaalista käsittelyä voi olla kosketus ja hieronta. Ne vapauttavat oksitosiinihormonia ja lisäävät endorfiinin erittymistä. Oksitosiinin erityks saattaa lievittää ahdistusta ja masennusta. (Rautajoki 1996, 14; Talvitie ym. 2006, 281.) Endorfiini on morfiininkal-

tainen aine, jota keho pystyy itse tuottamaan. Endorfiinin lisääntynyt määrä aiheuttaa hyvinvointitunnetta ja vähentää kipua. (Rautajoki 1996, 14–16.)

Kosketuksen avulla syntyy yhteys itsensä ja ulkomaailman välille. Kosketus viestittää välittämistä, pitämistä, rakkautta, inhimillisyyttä ja huolenpitoa ja samalla rauhoittaa sekä lisää turvallisuutta ja luottamusta. (Rautajoki 1996, 12, 54, Jakonen 2004, 16.) Fyysinen kosketus voi johtaa läheisyyteen terapeutin ja potilaan välillä (Rautajoki 1996, 12). Kosketuksella on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia immunologiseen järjestelmään, havainto- ja kognitiivisiin kykyihin, hengitykseen ja verenkiertoon. Kosketuksen avulla voidaan saavuttaa myös rentoutumisen, verbaalisen kommunikation ja hyvinvointitunteen paranemisen. Kosketus on yksi kommunikationmuodoista ja eniten siitä hyötyvät potilaat, joilla on muuttunut kehon kuva, alentunut itsetunto, ahdistuneisuutta, riippuvaisuuksia sekä kuolemassa olevat ihmiset. Koskettaminen on yksi nonverbaali kommunikation muoto, jonka avulla voidaan ilmaista ymmärrystä ilman sanoja. (Jakonen 2004, 44.) Kosketuksen välityksellä ihmisen voi oppia tunnistamaan lihastensa jännittyneisyyden ja rentoutuneisuuden (Talvitie ym. 2006, 281). Koskettamiseen fysioterapiatilanteessa tulee kysyä aina potilaalta lupa (Kaipainen & Kuha-Putkonen 2009). **Terapeuttisen kosketuksen** tiedetään lievittävän kipuja ja vähentävän infektioita. Sen on todettu vaikuttavan myönteisesti myös asenteisiin. (Rautajoki 1996, 22.) Terapeuttinen kosketus on holistista hoitotyötä, jossa ihminen otetaan huomion kokonaisuutena ja ainutlaatuisena yksilönä tarpeineen, tunteineen ja huolineen. Tarkoituksena on saada aktivoitua potilaan omat voimavarat esimerkiksi rentoutumisen kautta. (Rautajoki 1996, 146.)

Hieronta perustuu fyysiseen kosketukseen. Käsillä voidaan rauhoittaa, rentouttaa, virkistää, vilkastuttaa verenkiertoa, lievittää ahdistusta ja kipua, laukaista lihasjännitystä ja edistää nestekiertoa. (Jakonen 2004, 16, 22.) Hieronta aiheuttaa miellyttävän, hyvinvointitunnetta ja rentoutumisen tunteen, joka saattaa selittyä hormonaalisilla perusteilla. Hieronta on tärkeää myös omien rajojen tunnistamisessa sekä hyväksymisen tunteen ja läheisyyden synnyttämisessä. (Talvitie ym. 2006, 280–281.)

Oleellinen osa hierontatapahtumassa on yhteistyö asiakkaan kanssa, mikä edellyttää hierojalta aitoa kiinnostusta asiakkaasta, kuuntelemisen taitoa, empatiaa, erilaisuuden ymmärtämistä, auttamishalua ja ulospäin suuntautumista. Tutkimusten mukaan huolella tehty hieronta poistaa psyykkisiä pelko- ja jännitystiloja, vähentää stressiä, unet-

tomuutta, ahdistusta ja masennusta sekä rentouttaa kireitä lihaksia. Myös patoutuneiden tunteiden purkaminen helpottuu, kun lihakset rentoutuvat. Hieronta antaa myönteisiä kokemuksia kehosta ja auttaa ihmistä hyväksymään itsensä paremmin. Hieronnan aikana potilas usein avautuu ja kertoo huolistaan, ongelmistaan sekä sairaudestaan, mikä saattaa psyykkisesti rentouttaa. (Jakonen 2004, 36, 53–55.)

3.3.3 Hengitysharjoittelu

Kun hallitsee hengityksen, hallitsee myös mielensä ja ruumiinsa
(Kataja 2003, 54).

Pallea on tärkein sisäänhengityslihas (Moore 2006, 98). Psykofyysisissä fysioterapiamenetelmän kehoterapiassa pallean normaalilla toiminnalla on keskeinen merkitys hengityksen ohella koko kehon toimintaan (Talvitie ym. 2006, 272; Monsen 1992, 25). Kahdenteentoista rintanikamaan on kiinnittynyt pallean lisäksi useita lihaksia ja nämä vaikuttavat toistensa kireyteen ja samalla asentoon, hengitykseen ja toimintaan. Jos lihaksisto on kireä, se vaikuttaa kehon asennon muutoksiin, jotka estävät hengityksen vapaan liikkumisen ylös rintakehään ja alas lantioon. Tämä aiheuttaa lihasten joustavuuden sekä hartioiden, selän ja lantion passiivisen liikelaajuuden muuttumiseen. (Monsen 1992, 31–32, Platzer 2004, 102.) Varsinkin lannesuoliluuhihaksella, joka on anatomisesti yhteydessä palleaan, on tärkeä yhteys mielen ja ruumiin välillä. Vaara- ja uhkatilanteessa lihas automaattisesti jännittyy ja saa ihmisen suojautumisasentoon, vartalon kippuraan. (Lehtinen 2010, 21.)

Hengityksellä on yhteys syvälle tiedostamattomaan elämään samanaikaisesti kuin voimme olla tietoisia ja hallita sitä. Vapaa hengitys lähtee kehon keskuksesta eli keskivyöhykkeestä, jossa kohtaavat alempi liikekeskus, johon kuuluvat jalat, lantio ja sisäelimet pallean toimiessa kattona sekä ylempi liikekeskus, johon kuuluvat pää, kädet ja rintakehä pallean toimiessa kattona. (Roxendal & Winberg 2002, 68–70, 74.) Hengityksen vapaus eri asennoissa ja liikkeissä on merkki toimivasta kehominästä (Talvitie ym. 2006, 272). Hengittäessämme vapaasti vapautamme tunteemme ja pysymme näyttämään niitä. Jos ihminen rajoittaa tai pidättää hengitystä, hän voi estää tietoisuuteen nousevia tunteita. (Monsen 1992, 26; Talvitie ym. 2006, 273.) Lehtinen (2010, 22) on maininnut artikkelissaan Aleksander Lawenin iskulauseen ”niukka hengitys vastaa niukkoja tunteita”. Kataja (2003, 55–57) sanoo kirjassaan, että hengi-

tys on ” sielun peili”, koska kaikki tunteet heijastuvat hengityksen kautta. Ihminen oppii hengityksen avulla käsittelemään tunteitaan sekä tasapainottamaan tunnereaktioitaan luonnollisella, syvällä, rauhallisella ja rytmisellä hengityksellä. Hengityksen säätelyllä on helpompaa kohdata vaikeita tilanteita.

Huomion kiinnittäminen sisäänpäin kehon toimintoihin kuten hengittämiseen, kehittää tietoisuutta kehon sisäisille aistimuksille (Klemola 2005, 51). Nilssonne (2007, 70) on todennut, että hengitystä voidaan pitää suorimpana tienä harmoniseen kehosuhteeseen. Epämiellyttävien kokemusten jatkuva torjuminen esimerkiksi pelon tai ahdistuksen tukahduttaminen heijastuu hengitykseen lisäten hengityslihasten jännitystä. Jos tällainen tilanne jatkuu pitkään, niin ihmisen ulkoinenkin olemus alkaa vähitellen muuttua. (Herrala 2008, 58.) Rintakehä voi pysyvästi jäädä sisäänhengitysasentoon, koska henkilö ei uskalla vapauttaa hengitystään. Hengitys voi jäädä myös uloshengitysasentoon, jos ihmisen hengitystapana on painaa ilma ulos keuhkoista kylkiluuvälilihasten, vatsalihasten, leveän selkälihaksen ja nelikulmaisen lannelihaksen avulla. (Monsen 1992, 26.)

Hengitysharjoituksilla pyritään siihen, että ihminen huomaa hengityksen tapahtuvan rennosti itsestään (Lehto 1995, 26; Roxendal & Winberg.2002, 106). Klemolan (2005, 59) mukaan tarkkailemalla ja harjoittelemalla tietoista hengitysliikettä, voimme syventää sisäistä kokemusmaailmaamme sekä avata uusia kehontietoisuutemme ulottuvuuksia. Psykofyysisessä hengitysterapiassa hengitysharjoituksia tehtäessä käytetään apuna mielikuvia, liikettä tai ääntä (Lehtinen 2010, 18). Syömishäiriöisen hengitysharjoittelun tavoitteena on oppia tunnistamaan omaa ruumiillista ja psyykkistä pahoinvointia sekä samalla oppia toimivampia itsesäätelyn- ja stressinhallinta keinoja (Seppä 2010, 125).

3.3.4 Rentoutusharjoittelu

Rentoutuminen kohdistuu sekä psyykkisiin että fyysisiin toimintoihin. Se on kokonaisvaltaista, kehollista ja psyykkistä kokemista. Jos ihminen kokee harvoin rentoutuvansa, niin tunteet voivat sammua. Rentoutumisen yhtenä tavoitteena on elimistön toiminnan rauhoittaminen. (Kataja 2006, 23, 35.) Leppäsen (2001, 6) mukaan *rentoutumista voidaan kuvailla tajunnan tilojen muuttumisena, jossa vireystila voi olla lähellä nukahtamista. Tällöin tiedostamaton eli alitajunta tulee aktiiviseksi ja meillä on*

rentoutuessamme mahdollisuus ottaa käyttöömme alitajunnan voimavaroja. Alitajunta on voimavarojen, viisauden ja muistojen lähde. Kataja (2006, 33, 44) kuitenkin muistuttaa, että uni on eri tila kuin rentoutuminen. Uni ei anna mahdollisuuksia mielikuva- ja visualisointiharjoituksiin, joidenka avulla voidaan turvallisesti kokeilla uusia turvallisia toimintamalleja.

Rentoutumisen oppiminen vaatii harjoittelua. Keskittyminen, pysähtyminen ja rauhoittuminen ovat edellytyksiä rentoutumistilan saavuttamiselle. Rentoutuessa pyritään keskittymään tiettyyn asiaan kokonaisvaltaisesti esimerkiksi hengitykseen ja pyritään siirtämään muut ajatukset syrjään. Tämä auttaa myös käytännön tilanteissa tekemään oikeita päätöksiä vaikeissa ja tunteita herättävissä tilanteissa. (Kataja 2006, 33, 35, 44.) Hyvä keskittyminen myös rauhoittaa keskushermostoa ja näin auttaa ihmistä säätelemään omaa tasapainotilaansa. Rauhoittuminen auttaa oman itsensä löytämiseen ja parempaan ymmärtämiseen. Rentoutuminen lisää myös keskittymiskykyä ja tarkkaavaisuutta. (Kataja 2006, 42–43,44.)

Rentoutuminen lisää ääreisverenkiertoa ja laukaisee jännittyneisyyden. Näin jännittyneisyys lihaksista häviää ja lihas saa paremmin happea sekä ravinteita. Tällöin jännittyneet lihakset palautuvat lepotilaan, kehon liikkeet on helpompi suorittaa, hengitys rentoutuu ja kehon tuntemus paranee. (Levoska 2001, 28; Kataja 2006, 40.)

Rentoutuessa autonomisen hermoston toiminta tasapainottuu, jolloin parasympaattinen hermosto aktivoituu. Tällöin hapen kulutus vähenee, syke ja hengitystiheys pienenevät ja ääreisverenkierron verisuonet laajenevat, mikä johtaa stressin ja ahdistuksen lievittymiseen sekä mielen rauhoittamiseen. (Kataja 2006, 26; Herrala ym. 2008, 171.)

Rentoutumisen avulla ihminen voi voimaantua. Joskus voimavaramme voivat olla vähissä tai niitä ei osata käyttää. Voimaantuminen on jokaisesta itsestä lähtevä henkilökohtainen prosessi. Voimaa ei voi antaa toiselle. Voimaantuminen edellyttää ihmiseltä positiivista asennetta ja positiivista latausta. Siihen vaikuttavat toiset ihmiset, olosuhteet ja sosiaaliset rakenteet. (Kataja 2006, 45.)

Anorektikot eivät välttämättä osaa rentouttaa jännittyneitä lihaksiaan eikä jännittää löysiä lihaksiaan. Tavoitteena on opettaa jännittyneen ja rennon lihaksen ero. (Lehto

1995, 29.) Jännitys-rentoutustekniikassa potilas oppii tunnistamaan turhan jännittämisen ja pystyy vähitellen rentouttamaan itsensä myös ilman jännitystä (Talvitie ym. 2006, 278).

3.3.5 Vuorovaikutusta vahvistava ja toiminnallinen harjoittelu

Vuorovaikutusta vahvistavien harjoitteiden tavoitteena on kuunnella ihmistä ja tukea hänessä jo olevia voimavaroja ja auttaa häntä ratkomaan päivittäisen elämänsä ongelmia ja synnyttää voimaantumisen kokemus. Voimaantumisen kokemus tarkoittaa sisäistä voiman tunnetta, joka syntyy ihmisen omien oivallusten, uusien asioiden oppimisen ja kokemusten kautta. (Vilen ym. 2008, 15, 24–25.)

Fyysisessä harjoituksessa kehontietoisuus nousee esille, koska mieleemme hiljentyä ja voimme kuunnella sisäistä kokemustamme siitä, miten elämä virtaa lävitsemme (Klemola 1998, 10–11). Kun liikkumiseen yhdistetään kokemuksellisuus ja elämyksellisyys, niin se lisää tietoisuutta omasta kehosta ja itsestä sekä vahvistaa yhteyttä kehon kokemuksiin ja tuntemuksiin (Herrala 1998, 18; Koski 2003, 19). Roxendalin kehittämässä kehoterapiassa tehdään kehon harjoituksia, jotka tähtäävät lisääntyneeseen henkiseen läsnäoloon. Pelkkä tietäminen ei riitä, vaan tarvitaan kokemuksellista ymmärtämistä, joka syntyy oman konkreettisen tekemisen kautta. (Talvitie ym. 2006, 267, 275.)

Mandy (1998, 290) toteaa tutkimuksessaan, että fyysinen harjoittelu lisää henkilön pystyvyyttä ja itsemääräämisen tunnetta, joka sitten siirtyy muihin elämän osa-alueisiin. Liikunnan tiedetään myös kohottavan mielialaa, vähentävän ahdistusta sekä kehittävän minäkäsitystä, joka lisää sosiaalisia taitoja ja itsetuntemusta sekä vähentää anorektikoilla lihomisen pelkoa ja stressiä.

4 TUTKIMUS

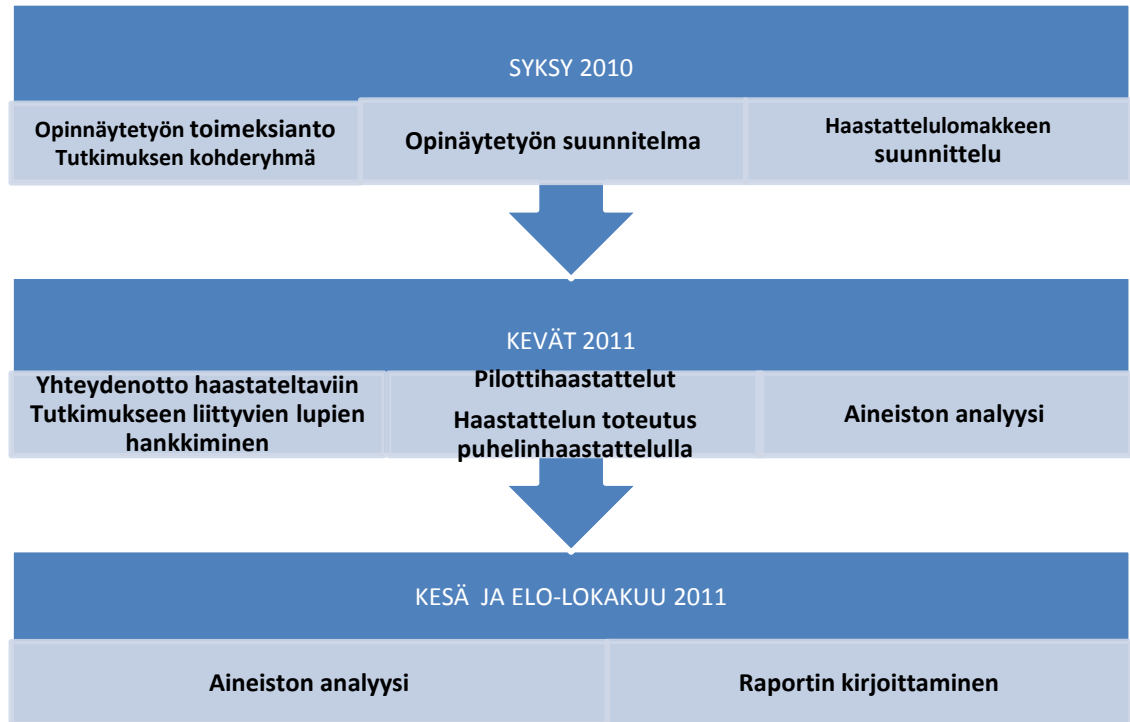
4.1 Tutkimuksen tausta

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Keski-Suomen keskussairaalan Haukkalan nuorisopsykiatrisen osasto. Yhteyshenkilönä toimii osastonhoitaja Päivi Huttunen. Haukkalan sairaalassa on fysioterapiata tarjolla n.1–2 päivänä viikossa. Osastonhoitaja halu-

aa työmme avulla perustella fysioterapian palveluiden tarpeen osastolla sekä selvittää fysioterapian mahdollisuuksia nuorten anorektikoiden hoidossa

4.2 Tutkimuksen eteneminen

Tutkimuksen etenemistä kuvataan alla olevassa kuviossa 1, jossa näkyy ajankohdat ja tutkimuksen tehtävät sisältöineen.



KUVIO 1. Tutkimuksen eteneminen

4.3 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää psykiatrisilla nuortenosastoilla toimivilta fysioterapeuteilta, minkälaista fysioterapiaa he käyttävät nuorten anorektikoiden hoidossa. Tutkimus auttaa ymmärtämään psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksia osana nuoren anorektikon hoitoa. Lisäksi halutaan selvittää fysioterapeutin asemaa hoitavassa työryhmässä. Tutkimuksemme tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Missä psykiatrisen sairaalahoidon vaiheessa nuoren anorektikon fysioterapia alkaa?
2. Mikä on fysioterapian tavoite?

3. Minkälaisia psykofyysisen fysioterapian menetelmiä käytetään psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan nuoren anorektikoiden hoidossa?

4.4 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Siinä tavoitteena pidetään todellisen elämän kuvaamista todellisissa tilanteissa sekä suositaan menetelmiä, joissa tutkittavien näkökulmat tulevat esiin (Hirsijärvi ym. 2004, 155). Haastattelu oli puolistrukturoitu lomakehaastattelu, joka toteutettiin puhelinhaastatteluna. Siinä kysymykset olivat kaikille samat. (Eskola & Suoranta 1998, 87.) Haastattelulomakkeemme kysymykset olivat suurimmaksi osaksi avoimia eli valmiita vastausvaihtoehtoja ei käytetty, vaan haastateltavat saivat vastata omin sanoin. Avoimien kysymysten avulla vastaajalle annettiin mahdollisuus osoittaa tietämyksensä nuoren anorektikon fysioterapiasta. (Hirsijärvi 2004, 190; Eskola & Suoranta 1998, 87.) Haastattelulomakkeessamme oli muutamia valmiiksi luokiteltuja kysymyksiä. Haastattelu eteni niin, että esitimme kaikille haastateltaville samat kysymykset määrättyssä esittämisjärjestyksessä

Valitsimme puhelinhaastattelun siksi, että siinä oli mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä niin vastaajan kuin haastattelijan puolelta. Kun joku kysymys on epäselvä, vastaaja voi kertoa, mitä kyseisellä kysymyksellä haettiin tai tarkoitettiin. Positiivisena puolena oli myös se, että tutkija todella tietää tavoittaneensa koehenkilön ja uusintakyselyjä ei tarvita. Negatiivisena puolena oli se, että vastaajan tavoittaminen henkilökohtaisesti vei aikaa. (Aaltoilla 2007, 111; Eskola & Suoranta 1998, 87.)

Äänitimme kaikki puhelinhaastattelut ja sovimme etukäteen haastateltaville haastatteluaikat (Eskola & Suoranta 1998, 90). Toinen pilottihaastatteluista jäi äänittämättä, koska se oli ensimmäinen ja vasta tämän haastattelun aikana ymmärsimme, että on tärkeää äänittää haastattelut tulosten luotettavuuden lisäämiseksi.

4.5 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston keruu

Haastattelimme yhteensä 11:tä fysioterapeuttia, jotka olivat psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien nuorten anorektikoiden hoidossa mukana. Pyrimme saamaan tarkoituksenmukaisesti haastateltavia kattavasti ympäri Suomea. Halukkuutta osallistua haas-

tatteluun kysyimme suoraan fysioterapeuteilta puhelimitse tai sähköpostin välityksellä. Lupaa haastattelun suorittamiselle kysyttiin suoraan fysioterapeuttien esimiehiltä ja tarvittaessa lähetimme sairaanhoitopiireille tutkimuslupa-anomuksen tarvittavine liitteineen.

4.6 Tutkimusaineiston analyysi

Haastattelulomakkeen aineiston analysoimme teorialähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka lähtökohtana on psykofyysisen fysioterapian tutkimus- ja arviointimenetelmät sekä fysioterapiamenetelmät sisältöineen. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti, objektiivisesti ja systemaattisesti. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä käsitteistö tulee valmiina, ilmiöstä jo ”tiedettynä”. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viittekehukseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116.) Opinnäytetyömme teoria ja käsitejärjestelmä on psykofyysisestä fysioterapian lähestymistavasta.

Työssämme ryhmittelemme haastattelulomakkeen aineiston psykofyysisen fysioterapian menetelmien mukaisesti. Aineistosta poimitaan ne asiat, jotka kuuluvat aineistorungon sisälle sekä sellaiset asiat, jotka jäävät aineistorungon ulkopuolelle. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116.) Käytimme induktiivista analyysiä, jossa tarkastellaan aineistoa monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti (Hirsijärvi 2004, 155). Työmme tavoitteena oli saada mahdollisimman kattava aineisto nuoren anorektikon fysioterapiasta ja niiden sisällöstä.

Tutkimuksemme aineisto on osittain kvantifioitu eli olemme laskeneet kuinka moni tutkittava ilmaisee saman asian. Näin voidaan laadulliseen tutkimukseen saada erilaisia näkökulmia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 117.)

Aineiston analyysin aloitimme kuuntelemalla äänitteitä, jotta saimme kokonaiskuvan vastauksista. Jokainen haastattelulomakkeen kysymys analysoitiin erikseen. Kuuntelun perusteella analysoimme osan kysymyksistä jakamalla sen aineisto alaluokkiin tutkimuksesta nousseiden teemojen pohjalta. Tämän jälkeen yhdistimme sopivat alaluokat yläluokiksi. Näin saimme aineiston tiivistettyä. Taulukoiden avulla pyrimme selventämään tulosten esittämistä. Kaikkia kysymyksiä ei tarvinnut jakaa ala- ja ylä-

luokkiin, koska niiden sisältö oli selkeä ilman luokittelua. Tulosten esittämisessä olemme käyttäneet aineistosta nousseita alkuperäisilmaisuja selventämään aineistosta nousseita teemoja.

4.7 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökulmat

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä pyritään arvioimaan kaikissa tutkimuksissa. Tutkimustuloksiamme voimme pitää toistettavina (reliaabelina), koska kummatkin tutkijat ovat päätyneet samoihin lopputuloksiin tutkimuksen eri vaiheissa. (Hirsjärvi 2004, 216.) Yhteisymmärrykseen pääsimme keskustelemalla ja kummankin tutkijan tulkintoja perustelemalla.

Laadullisen tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata (Hirsjärvi ym.2004, 216). Tutkimustamme voidaan pitää pätevänä, koska olemme pystyneet vastaamaan tutkimuskysymyksiin ja ne ovat ohjanneet aineistomme analyysiä.

Olemme pyrkineet tekemään opinnäytetyömme laadullisen tutkimuksen ohjeita noudattaen. Olimme valinneet tutkimuksen kohdejoukon tarkoituksenmukaisesti. Viitekehysten olimme muodostaneet psykofyysisen fysioterapian lähtökohdista sekä tutkimuskysymysten pohjalta. Tutkimusaineiston keräsimme puolistrukturoidulla haastattelulomakkeella ja analysoimme sen teoriasidonnaista sisällönanalyysiä käyttäen. Olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman luotettavia lähteitä. (Hirsjärvi 2004, 155.)

Olimme käyttäneet tutkijatriangulaatiota tutkimuksen luotettavuutta lisäämään (Tuomi & Sarajärvi 2002, 142). Olimme molemmat analysoineet omat haastatteluaineistomme itsenäisesti ja sen jälkeen keskustelimme haastattelun pohjalta nousseista näkökulmista. Näistä näkökulmista muodostimme yhteisymmärryksessä aineistosta eri ala- ja yläluokat.

Opinnäytetyömme toteutettiin puhelinhaastatteluna, joka myös äänitettiin. Tämä lisäsi haastattelun luotettavuutta, koska vastauksia pystyimme jälkeenpäin tarkentamaan. Lupaa haastattelun äänittämiseen kysyimme etukäteen haastateltavilta. (Eskola & Suoranta 1998, 89–91.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että ennen haastatteluja

kävimme haastattelulomakkeen läpi opinnäytetyön ohjaajan kanssa sekä teimme kaksi pilottihaastattelua.

Koska haastattelijoita oli kaksi, olimme laatineet yhtenäisen toimintamallin puhelinhaastattelua varten, joka lähetetään myös vastaajille etukäteen. Yhtenäisellä haastattelumallilla pyrimme lisäämään haastattelun luotettavuutta. Toimintamallissa annoimme vastaajille mahdollisuuden tarkentaa haastattelulomakkeen kysymyksiä, jos ei ole kysymystä ymmärtänyt. Haastattelukysymykset olivat kaikille samanlaiset ja esitimme ne kaikille samassa järjestyksessä.

Haastattelumateriaalin käsittelimme luottamuksellisesti ja nimettömänä. Tutkimustuloksia julkistaessa pidimme huolta luottamuksellisuuden säilyttämisestä ja anonymiteettisuojasta. Tietoja kerätessä on luvattu nimettömyyssuoja, joten tutkimustuloksia julkistaessa olimme pitäneet huolen, että haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu. (Eskola 2000, 57.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit

Tutkimukseen osallistuneita fysioterapeutteja oli yhteensä 11. He työskentelivät psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien nuorten anorektikoiden hoitoyksiköissä. Mukana oli fysioterapeutteja kymmenestä sairaanhoitopiiristä, Uudeltamaalta Kainuuseen. Otimme yhteyttä kolmeentoista sairaanhoitopiiriin, joista kymmenessä oli fysioterapeutti mukana nuoren anorektikon hoidossa. Yhdestä sairaanhoitopiiristä haastateltavia oli kaksi. Fysioterapeuttien työvuodet nuorten anorektikoiden parissa vaihtelivat 1 ja 23 vuoden välillä. Nykyisessä työpaikassaan he olivat työskennelleet 1:sta 33 vuoteen. Paikasta riippuen nuorten ikäjakauma osastolla vaihteli 12–20 ikävuoden välillä.

Haastateltavista (n=9) oli käynyt lisäkoulutusta liittyen psykofyysiseen fysioterapiaan ja yksi oli oppinut terapiamenetelmiä kollegaltaan. Suomessa psykofyysistä erikoisosaamista voi syventää eripituisilla erikoistumisopinnoilla esimerkiksi 15, 30 tai 60 opintopisteen suorituksina. Lisäksi voi hankkia koulutusta ja kokemusta rentoutumis- ja psykofyysisen lähestymistavan terapioiden. (Talvitie ym. 2006, 282; Psyfy ry.)

Suomen psykofyysisen Fysioterapian yhdistys järjestää psykofyysiseen fysioterapiaan liittyvä koulutusta yhdessä Suomen Fysioterapeutit ry:n kanssa ja välittää tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta (Psyfy ry).

5.2 Nuoren anorektikon fysioterapian alkamisajankohta

Haastateltavista kuusi kertoi, että fysioterapia alkaa heti kun nuori tulee psykiatriseen osastohoitoon. Loput haastateltavista kertoivat, että fysioterapeutti ei kuulu heti hoitavaan työryhmään. Haastateltavat mainitsivat tähän seuraavia syitä. Fysioterapia voidaan aloittaa sitten, kun ruokailu sujuu ja olo vahvistuu (n=1), jos se katsotaan tarpeelliseksi (n=1) ja kun on tarvetta liikuntaneuvonnalle (n=1) tai kun painoindeksi on 13–14 (n=2). Joskus fysioterapian alkaminen riippuu osastosta tai jos sen tarvetta ei ole selkeästi määritelty (n=1)

5.3 Haastattelun sisältö

Kaikki fysioterapeutit käyttivät haastattelua tutkimusmenetelmänä. Tärkeimmäksi haastattelun sisällöksi fysioterapeutit mainitsivat **nuoren suhtautumisen omaan kehoonsa** (n=11). Fysioterapeutit halusivat kysymyksillään vastauksia nuoren ajatuksista, käsityksistä ja suhteestaan omaan kehoonsa. Tärkeää oli myös saada selville, hyväksyykö nuori oman itsensä, miten sairaus nuorta haittaa ja miten se hänessä näkyy.

Miten ymmärtää oman tilanteensa, miten hyväksyy ja näkee itsensä.

Toiseksi yleisin haastattelun sisältö oli **liikkuminen** (n=10). Haluttiin tietää lähinnä liikuntatottumuksista, nykyisestä liikuntakäyttäytymisestä sekä suhdetta liikkumiseen.

Seitsemän fysioterapeuttia kyseli haastattelussa **nuoren perustietoja/esitietoja**. Nämä pitivät sisällään muun muassa tietoja nuoren elämäntilanteesta; koulusta, asumisesta, opiskelusta ja arkipäivän sisällöstä, harrastuksista, iästä ja perhe- ja sosiaalisesta tilanteesta. Osa fysioterapeuteista (n=7) piti tärkeänä kysyä **nuoren psyykkisestä voimista**. Yleensä haluttiin tietää nuoren voimavaroista, kykyä olla hetkessä, tunne-elämästä sekä mielihyvän kokemisesta.

Kuusi fysioterapeuttia halusi tietää **ruokailuun liittyvistä** asioista, lähinnä ravinnosta ja siihen liittyvästä tunnereaktiosta sekä ruokailukäyttäytymisestä. Muutama fysioterapeuteista (n=2–3) piti tärkeänä kysyä mahdollisista **kivuista sekä tyhjentämiskäyttäytymisestä, hoitomotivaatiosta, somaattisesta voinnista, rentoutumistaidosta sekä suhtautumista omaan sairauteen.**

Haluaisiko jonkun asian muuttuvan, elikkä tätä motivaatiota tässä.

Miten itse suhtautuu oireisiinsa? Onko ymmärrystä siitä missä mennään vai kieltäytyykö täysin?

Fysioterapeutit (n=3) esittivät kysymyksiä myös esimerkiksi nuoren aikaisemmista **fysioterapiakokemuksista** ja mahdollisista toiveista sekä odotuksista oman fysioterapiansa suhteen.

Kysymyslomakkeessamme ei kysytty haastattelussa käytetyistä lomakkeista, mutta yksi fysioterapeutti kertoi käyttävänsä haastattelun runkona Bunkanin haastattelulomaketta.

Käytän runkona sitä Bunkanin haastattelulomaketta, missä on kehon koosta ja muuta, mä käytän sitä sovelletusti, otan siitä osioita ja sitten mä rönnyilen siinä, mulla ei ole mitenkään strukturoitua riippuen miten se nuori vastaa.

5.4 Havainnointi ja arviointi

Havainnointiin ja arviointiin liittyvään tutkimuskysymyksen aineiston analyysiä esitämme taulukossa 1. Esille nousi kaikkia vastauksia yhdistävä tekijä, **konkreettinen havainnointi**. Yläluokkia syntyi kuusi, joissa jokaisessa yhdestä kahdeksaan alaluokkaa. Yläluokkia ovat **vuorovaikutus, liikkuminen, kehontuntemus, fyysinen olemus, psyykkinen olemus ja muut**. Sulkuihin olemme merkinneet kuinka monta vastausta tuli eri yläluokkiin.

TAULUKKO 1. Havainnointi ja arviointi

Yhdistävä tekijä	Yläluokka	Alaluokka
KONKREETTISTA HAVAINNOINTIA	Vuorovaikutus n=8	Vuorovaikutuksen laatu Katsekontakti Eleet, ilmeet Kognitiivinen taso
	Liikkuminen n=6	Tilan käyttö Perusliikkuminen Tasapaino Liikkeen laatu Koordinaatio
	Kehontuntemus n=8	Asennot eri alkuasunnoissa Asento levossa ja rasituksessa Suhde keskilinjaan Suhde liikekeskukseen Suhde alustaan Hengitys Läsnäolo Liikkeen virtaus
	Fyysinen olemus n=8	Lihaskoivuus Lihastonus Liikkuvuus Autonomiset reaktiot Nuoren ulkoinen olemus Painon kehittyminen Ruumiin rakenne
	Psyykinen olemus n=5	Rentoutuneisuus Jännittyneisyys Iloisuus Avoimuus Ahdistuneisuus Tunnelmat Ulospäin suuntautuneisuus
	Muu n=2	Videointi Nuoren käyttäytyminen

Yksi tärkeimmistä asioista, joita fysioterapeutit olivat havainnoineet ja arvioineet on **vuorovaikutus ja sen laatua** (n=8). Vuorovaikutuksen laatua voitiin havainnoida muun muassa siten, miten nuori lähtee mukaan ilmaisulliseen liikkumiseen, lähteekö ilmaisemaan ja tutkimaan tunteitaan.

Läsnäolo, johon liittyy lähinnä vuorovaikutus, katsekontakti, eleet ja ilmeet.

Useat fysioterapeutit havainnoivat ja arvioivat Roxendalin kehittämän **kehontunte-musterapian** (n=8) keskeisiä käsitteitä kuten kehon suhdetta alustaan ja keskilinjaan, kehon liikekeskusta, hengitystä, liikevirtausta ja tietoista läsnäoloa.

Nuoren **perusliikkumisen** (n=6) havainnointi kuului oleellisena osana fysioterapeutista havainnointia ja arviointia. Fysioterapeutit kiinnittivät huomiota esimerkiksi kävelyyn, liikkumisen sujuvuuteen ja siihen, miten nuori käyttää tilaa.

Fysioterapeutit tekivät **fyysisen (n=8) ja psyykkisen olemuksen (n=5)** havainnointia. Fyysistä havainnointia tehtiin lähinnä lihaksistoon, liikkuvuuteen ja painon kehitykseen liittyen. Autonomisia reaktioita kuten sylkirauhasten paisumista, oksentelua, hampaiden kuntoa, ihon väriä ja kuivuutta voitiin havainnoida. Psyykkistä olemusta arvioitiin siten, miten nuori pystyy näyttämään ja ilmaisemaan erilaisia tunteita.

Konkreettista havainnointia, miten paino kehittyy.

Ihan tätä fyysistä ja psyykkistä olemusta. Tässä fyysisessä ruumiinrakente ja asento, jotka kertovat paljon jotain.

Psyykkistä puolta, iloisuus, avoimuus, ahdistuneisuus.

Yksi fysioterapeutti käytti havainnoimiseen ja arviointiin **videointia**.

Käytän videointia, toisella kerralla. Mitä videoinnin sisällöstä voisi sanoa, niin vähissä vaatteissa+ sitä, että runkoa jos joku haluaa ajatusta viedä, niin Bas-liikeskaalaa. Katsotaan nuoren kanssa yhdessä se video. Tässä katsotaan kehonrajat ja luusto, lähinnä luinen struktuuri eli tällainen objektikehon etsiminen. Mikä on totta? Mitä siellä on? Miten nuori näkee itse itsensä?

5.4.1 Havainnointiin ja arviointiin käytettyjä lomakkeita

Kaksi fysioterapeuttia ei käyttänyt havainnointiin ja arviointiin mitään lomaketta. Fysioterapeuteista viisi käytti rentoutumiskyvyn arviointiin lomaketta. He käyttävät Lapinlahden sairaalasta tai HUS:sta (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) saatua lomaketta.

Ruumiinkuvan arviointilomake oli käytössä kahdeksalla fysioterapeutilla. He käyttivät Lapinlahden sairaalassa, HUS:ssa ja Päijät-Hämeen keskussairaalassa käytettyjä lomakkeita, niistä sovellettuja sekä itsetehtyjä lomakkeita. Ruumiinkuvalomakkeilla voidaan arvioida ja käydä keskustelua muun muassa nuoren kokemuksista ja uskomuksista omasta kehostaan ja/tai sen nykyisestä koosta. Väritystehtävän avulla voidaan esimerkiksi värittää eriväreillä ne kehon alueet, jotka nuori kokee miellyttävänä, epämiellyttävänä ja neutraalina. Kehonkoon arviointiin voidaan käyttää kuvia erikoisista kehoista, joista nuori valitsee minkälaisena hän itsensä näkee.

Muutama fysioterapeuteista (n=2) käytti kehonkuvan sekä oman kuvan piirtämistä. Kaksi fysioterapeuteista käytti osittain Bas-liikeskaalaa arvioinnin ja havainnoinnin pohjana. Bunkanin voimavaratutkimuslomakkeesta oli käytössä yhdessä Lappeenrannan ja Tampereen opettajien kanssa tehty lomake. Bunkanin voimavaralomaketta käyttäessä fysioterapeutti voi löytää myös nuoresta oikeaa fyysistä vaivaa, vaikka se on tarkoitettu kartoittamaan psyykkistä vointia. Yhdellä oli käytössä vuorovaikutusta arvioiva Russel-lomake. Yksittäisiä mainintoja oli itsetehdyistä lomakkeista oman terveydentilan arviointiin sekä kipu- ja oirekartasta. Yksi fysioterapeuteista käytti motivaatiotason mittaamiseen VAS-asteikkoa.

Myöskin Roxendalin teoksista ollaan luettu tästä Radon motivaatiotasosta, niin siitä on tehty sellainen asteikko.

Yksi fysioterapeuteista käytti VAS-janaa arvioimaan nuoren tyytyväisyyttä ulkonäköönsä sekä oman terveydentilan arvioimiseen. Yhdellä fysioterapeuteista oli käytössä adjektiivitaulukko, mistä nuori voi valita adjektiiveja helpottamaan oman kehon tuntemusten kuvaamista.

Siellä on myös verbaalista ilmaisua, mikä sana voisi kuvata omaa suhdetta kehoon, rentoutumiskykyä saa kuvata ja tämän tyyppisiä.

5.4.2 Mittaaminen ja mittaamisen käytetyt lomakkeet

Mittaamista tutkimusmenetelmänä käytti kahdeksan fysioterapeuttia. Muutama fysioterapeuteista (n=2) mittasi puristusvoimaa, kipua, sykettä, verenpainetta, lihasvoimaa, ja keuhkojen toimintakykyä spirometrin avulla. Kivun mittaamisessa käytettiin VAS-janaa (n=2). Yksittäisiä vastauksia tuli liikeratojen, lihasjännityksen, hengityksen ja rasittuneisuuden kokemuksen mittaamisesta sekä ahdistusasteikon käyttämisestä viimeisen 7 vrk:n aikana. Yksi fysioterapeutti mainitsi tässä kohtaa mittaavansa nuoren suhtautumista fyysiseen rasitukseen ja toimintakykyyn sekä syömishäiriöön liittyviin ajatuksiin. Yksittäinen mittausmenetelmä oli tienviitta-harjoitus.

Tienviitta on ajateltuna, jos hän valitsee sen tienviitan jossa on sitä samaa vanhaa eli antaa syömishäiriön kontrolloida tai valitsee uuden tien missä ei lue mitään, niin mitä hän näkee sillä tiellä, tulis vastaan eli näitä hahmottamisharjoituksia, mielikuvia.

Kukaan fysioterapeutti ei mitannut painoa, vaan yleensä paino mitattiin osastolla. Nuoren kokoa arvioimaan ja hahmottamaan käytti kaksi fysioterapeuttia jotakin nauhaa.

En käytä mitään mittanauhaa, jossa on senttejä, mutta siis kokoa havainnoidessa esimerkiksi jotakin nauhaa, voin käyttää lähinnä konfrontointi mielessä eli voidaan vertailla tai katsoa minkä kokoinen todellisuudessa on. Sentit eivät ole tärkeitä.

Osa havainnointiin ja arviointiin käytettävistä lomakkeista esimerkiksi vuorovaikutus-, rentoutumiskyky- ja ruumiinkuvalomakkeet palvelivat myös mittaamista, koska niissä ovat ”ne mittauskohdat”.

5.4.3 Muita tutkimusmenetelmiä

Yksi fysioterapeuteista käytti peiliä positiivisen palautteen antamiseen ja joskus hän käytti valokuvaa. Tarpeen vaatiessa voidaan tehdä tarkempaa tules-pohjaista tutkimista (n=2). Nuorta anorektikkaa hoitaessa fysioterapeutti samanaikaisesti tutkii (n=1).

Kun tutkii niin samalla hoitaa, kulkevat käsi kädessä, vaikea erottaa toisistaan.

5.5 Nuoren anorektikon fysioterapian tavoitteet

Kysymykseen nuoren anorektikon fysioterapian tavoitteista aineiston analyysissä nousi esille viisi yläluokkaa, jotka on esitetty taulukossa 2. Ne olivat **kehonkuva, rentoutuminen, psykoedukaatio, syöminen ja muut**.

Taulukko 2. Fysioterapian tavoitteet

Yläluokka	Alaluokka
Kehonkuva n=11	Kehonkuvan realisoituminen Kehonkuvan parantuminen Kehonkuvan myönteistyminen Kehon hahmotuksen, kehon kokemuksen ja kehon tunnistaminen paraneminen → itsetunnon kasvu/itsensä hyväksyminen Mielihyvän kokeminen ruumiin kautta
Rentoutuminen n=5	Rentoutumisen lisääntyminen Rentoutumisen edistäminen Rentouden tunteminen
Syöminen n=5	Energiatasapainon saavuttaminen Syömiskäyttäytymisen normalisoituminen Painoindeksin kohoaminen
Psykoedukaatio n=3	Terveyskäyttäytymisen ymmärryksen lisääntyminen Tiedonantamista omasta kehosta Ohjausta omien toimintatapojen muuttamiseen, jotta anorektinen ajattelu ei ohjaisi toimintaa
Muut n=1-2	Luottamuksellisen ja vastavuoroisen terapiasuhteen luominen Liikunnan normalisoituminen Motivaation herättäminen Ahdistuskeinojen oppiminen Sallivuus itseään kohtaan Tavoitteet asetetaan yksilöllisesti

Kaikki fysioterapeutit kertoivat sairaalahoidossa olevan nuoren anorektikon yhdeksi hoidon tavoitteeksi **kehonkuvaan vaikuttamisen** (n=11).

Saada kontakti omaan kehoon ja tunteisiin, mielihyvän kokeminen kehon kautta ja sitten kehonhahmotuksen ja ruumiinkuvan paraneminen ja sitä kautta itsetunnon kasvu ja itsensä hyväksyminen.

Toiseksi yleisimmät hoidon tavoitteet liittyivät **rentoutumiseen ja syömiseen** (n=5). Rentoutumisen tavoitteena on lähinnä rentoutumistaidon oppiminen. Fysioterapeutit halusivat olla nuorta tukemassa syömisessä, jotta saataisiin nuoren anorektikon painoindeksi ylös. Tämä taas mahdollistaisi liikkumisen lisäämisen esimerkiksi kuntosaliharjoittelun muodossa.

Painopiste on alkuunsa rentoutumisen ajatuksessa.

Syömiskäyttäytymisen normalisoitumisen tukeminen.

Muutamit fysioterapeuteista käyttivät **psykoedukaatiota** (n=3) nuoren anorektikon hoitamisessa. Se voi olla muun muassa tiedon antamista anoreksian vaikutuksista kehoon ja sen toimintoihin.

Aineistoa analysoitaessa tuli esille yksittäisiä (n=1–2) alaluokkia, joille ei löytynyt yhteistä yläluokkaa. Tässä on muutama esimerkki näistä alaluokista. Kaksi fysioterapeuteista piti tärkeänä fysioterapeutin ja nuoren välistä vuorovaikutusta ja sen laatua sekä yksi fysioterapeuteista korosti, että fysioterapian tavoitteet asetetaan aina yksilöllisesti.

Mahdollisimman luottamuksellisen ja vastavuoroisen fysioterapiasuhteen kehittyminen, se on semmoinen päätavoite.

Ne ovat tietenkin yksilölliset ne tavoitteet, mutta ne voivat olla esimerkiksi ahdistuksen hallinnan keinojen oppiminen, joskus hoitomotivaation herättäminen.

5.6 Fysioterapiamenetelmät

5.6.1 Ohjaus ja neuvonta

Kaikki fysioterapeutit käyttivät ohjausta ja neuvontaa fysioterapiamenetelmänä. Osa fysioterapeuteista (n=4) kertoi, että ohjaus ja neuvonta perustuivat luottamukselliseen ja hyväksyvään vuorovaikutukseen. Yksi fysioterapeuteista piti tärkeänä nuoren tie-

toista läsnäoloa terapiatilanteessa ja hänen omien tunteidensa ja kokemuksiansa havainnointia.

Siinä tapaamishetkessä ohjataan tietoiseen läsnäoloon siinä hetkessä ja tapahtumassa, ohjaan havainnoimaan omia tunteita ja kokemuksia.

Neuvontaa on oikeastaan turha tehdä, koska siihen tulee saada oma tunnekosketus siihen asiaan, jotta se menee ymmärrykseen

Suurin osa fysioterapeuteista (n=9) antoivat ohjeita ja neuvoja ravinnon ja liikunnan tasapainosta. Neuvonnan sisältönä oli muun muassa miten paljon voi liikkua, kun kehonpaino on tietynlainen ja kun energiaa saadaan tietty määrä.

Käyn läpi liikkumiseen ja kehonhuoltoon liittyviä asioita, mitä on järkevää ja luvallista tehdä treenauksen suhteen eri painoluokissa.

Fysioterapeutit (n=8) kävivät keskustelua rentouden vaikeudesta ja rentouden ja levon tärkeydestä sekä merkityksestä. Voidaan antaa myös rentouteen liittyvää konkreettista ohjausta ja neuvontaa.

Käytettiin paljon myös psykoedukaatiota (n=6) eli tiedon antamista. Tietoa annettiin muun muassa anoreksian vaikutuksista elimistöön, nuoren normaalista kasvusta ja kehityksestä, kehon ja lihasten toiminnasta sekä laihtumisen ja lihomisen vaikutuksista kehoon. Yksi fysioterapeuteista sanoi käyvänsä keskustelua nuoren oireista ja ongelmista.

Yksittäisiä neuvonnan ja ohjauksen sisältöjä olivat vuorovaikutukseen kannustaminen, ahdistuksen- ja tunteiden hallinnan ohjaaminen, kävelyn opettaminen ja ryhmiin ohjaaminen. Yksi fysioterapeuteista piti tärkeänä olla ajan tasalla siitä, mitä nuorten maailmaan tällä hetkellä kuuluu.

Ja myöskin sillä lailla ohjausta ja neuvontaa, pikkuisen täytyy tietää, mikä on päivän trendi, mitä tapahtuu nuoren maailmassa, mitä ovat kauneushanteet, mitä tulee televisiosta, vähän mielikuvia mistä ne nuoret ammentavat sitä tietoa.

5.6.2 Terapeuttinen harjoittelu

Kaikki haastateltavat totesivat, että terapeuttisia harjoitteita oli hankala kategorioida yksittäisiin terapiamenetelmiin.

Manuaalista käsittelyä käyttivät kaikki fysioterapeutit (n=11). Yleisin terapiamuoto (n=10) oli kosketus eri muodoissa; taputteluna, sivelynä, paineluna, palpaationa ja naputteluna. Moni (n=5) mainitsi tässä kohdassa erilaiset kehonhahmotusharjoittelut ja kehon rajojen läpikäymisen. Passiiviset venyttelyt ja liikkeet sekä nivelten käsittelyt (n=4) olivat kolmanneksi yleisin vastausmuoto. Lämpöpakkauksia käytti kolme vastanneista osana terapiaa, yksi yhdisti tähän vielä hieronnan. Manuaalista käsittelyä ovat myös välilliset kosketushoidot (n=2), joita voivat olla jonkin välineen avulla koskettaminen. Haastateltavat (n=2) kertoivat käyttävänsä kivun lievitykseen fysikaalista hoitoa. ja antavansa satunnaisesti hierontaa (n=2).

Fysioterapeutit (n=11) käyttivät **hengitysharjoittelua** osana fysioterapiaa. Tärkeää oli oman hengityksen havainnointi ja aistiminen sekä ymmärtäminen, että hengitys liittyy kaikkeen. Harjoituksia yhdistettiin rentoutumiseen (n=11). Viisi fysioterapeuttia käytti hengitysharjoituksia liikkeeseen yhdistettynä. Kaksi käytti Pilates-tyyppistä harjoittelua. Yksittäisiä harjoitteita olivat eri asennoissa tai käsien avustamana tehtävät hengitysharjoitukset sekä mielikuvia apuna käyttäen. Hengitysharjoittelua voidaan käyttää myös ahdistuksen hallintakeinona (n=1).

Hengitysharjoituksissa kokemusta lisätään tai tehostetaan joko nuori omilla käsillään tai terapeutti asettaa kädet aistimusta lisäämään. Hengitysharjoituksissa nuori oppii sietämään erityisesti vatsanpeitteen liikkeen eri asennoissa, koska vatsan alue on hyvin kontrolloitu.

Kaikki vastanneet käyttivät **rentoutusharjoittelua** nuoren anorektikon hoidossa. Yleisin (n=6) harjoittelumuoto oli jännitys-rentoutustekniikka, jolla nuori oppii tunnistamaan jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen eron. Kosketuksen ja kosketus eri välineillä kuului viiden (n=5) vastaajan rentoutusmenetelmiin. Aktiiviset ja passiiviset venyttelyt ja liikeharjoittelu kuuluivat osana (n=4) rentoutumista. Mielikuvaharjoitteet mainitsivat kolme fysioterapeuttia. Yksittäisiä mainintoja oli nivelten rentouttaminen,

ravistelu, traktio, suggestio- ja rauhoittumismenetelmät, hengitysharjoittelu, lämpöpakkaukset, valmiit cd:t, musiikki, NLP sekä rentoutuminen pallo ja pallopeiton avulla. Rentoutusmenetelminä käytettiin (n=1) myös läsnäolo- ja kehontietoisuusharjoittelua. Rentoutusharjoittelua voidaan toteuttaa yksilönä tai ryhmässä (n=2).

Yleisin (n=11) **kehonhahmotusharjoitus** on liikkeen kautta oman kehon ja keskilinjän hahmottaminen sekä kehon rajojen läpikäyminen. Osa (n=4) mainitsi harjoittelun perustuvan Roxendalin kehittämiin menetelmiin. Oman kehon piirtämistä käyttää viisi vastanneista. Kosketus oli kehon hahmotusta (n=4). Peiliä apuna käytti kaksi vastanneista. Yksi vastanneista antoi nuorelle luvan koskea fysioterapeuttia, tunnustella pulssia ja verrata sitä omaan hitaaseen pulssiin. Tässä kohdassa mainittiin (n=1) myös rentoutus- ja hengitysharjoittelu, asennon tunteminen, oman kuvan tekeminen ja läheisyys-etäisyys harjoitus. Yksi mainitsi psykomotorisen lähestymistavan.

Psykomotorinen eli lähdetään sen hetkisestä olost. Lähdetään harjoittelemaan ja viestimään kehon kautta sen hetkistä tunnetilaa.

Kehonhahmotusta eri aistien avulla, kosketus, nivelet, lihakset, tunto, mitä kautta me saadaan viestejä kehosta ja miltä se viesti voi tuntua kehossa.

Vuorovaikutusta vahvistavia harjoitteita on vaikea irrottaa erilliseksi harjoitteeksi. Vastanneista yhdeksän (n=9) ilmoitti käyttävänsä keskustelua ja luottamuksen syntymis- ja läsnäoloharjoitteita vahvistamaan vuorovaikutusta. Kosketus mainittiin kahdesti tässä kohdassa. Yksittäisiä harjoitteita olivat tunnetyöskentely, nimeäminen tunteille, oppia sanomaan EI, kokemusten kertominen kuvien kautta ja reviiharjoittelu. Yksi vastanneista ilmoitti käyttävänsä pariharjoitteita vuorovaikutusta vahvistamaan.

Kaikki työskentely missä ihmiset kohtaavat on vuorovaikutusta eli koko fysioterapia.

Käytän pariharjoitusta, vastaanottamista, antamista, mitä on olla ohjattavana tai ohjata, tulla kosketetuksi, koskettaa

Neljällä vastanneista oli **toiminnallisena harjoitteena** jumppa. Osa (n=2) käytti välineinä palloa tai keppiä. Fysioterapeuteista kolme käytti kuntosaliharjoittelua. Muut yksittäiset toiminnalliset harjoitteet olivat, kävely, luova liike, pilates, venyttely, kehon tietoisuutta lisäävät Basal-aktiiviset harjoitteet, tanssi ja liikkuminen, kun se on nuoresta itsestä lähtevä liike sekä aineenvaihduntaa lisäävät harjoitteet. Lisäksi käytettiin kuvakortteja, piirtämistä, värittämistä ja tunnekarttoja.

Muita terapeuttisia harjoitteita mainittiin naiseus/mieheys aiheesta kuvakollaasi sekä kivun hoitaminen, jos siihen on tarvetta. Yksi haastateltavista on saanut sisältöä omaan työhönsä tanssi- ja hengitysterapiasta. Yksi mielenkiintoinen vastaus oli fysioterapiaharjoitukset ulkona luonnossa.

Tehdään paljon harjoitteita ulkona, jos vain somaattinen vointi sen siihen sallii. Meillä on hankittuna tämä riippukeinu ja makuupussi. Voi mennä ulos tekemään rentoutusharjoituksia myöskin kylmemmälläkin säällä.

5.7 Ajatuksia sairaalahoidossa olevan nuoren anorektikon fysioterapiasta

Kaksi haastateltavista mainitsi sairaalassa olevan nuoren anorektikon hoitoajan lyhyeksi. Monesti hoito jää kesken, koska anoreksiasta paraneminen on hidas prosessi. Toiveena olisi, että hoito jatkuisi myös kotioloissa. Yksi fysioterapeutti kertoi, että heillä nuoren anorektikon hoito jatkuu polikliinisessä jatkohoidossa 1–3-vuotta. Osa fysioterapeuteista (n=5) piti tärkeänä yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa ja muutama (n=2) mainitsi fysioterapian toteutumisen hoitosopimuksen mukaisesti. Yksi haastateltavista totesi, että anoreksia kaventaa sosiaalista elämää, koska sairaut rutiinit hallitsevat elämää. Hänen mielestään olisi tärkeää muistella kokemuksia terveeltä ajalta ja pyrkiä nuoren kanssa visioimaan tulevaisuutta. Yhden fysioterapeutin kokemus oli, että mitä myöhemmin anorektikko tulee hoitoon tai mitä enemmän anorektikon elämää hallitsee pakkoliikkuminen, sen hitaampaa on toipuminen sairaudesta. Tärkeänä tekijänä mainittiin (n=1) hoitavan fysioterapeutin oman kehonkuvan muodostumista vuorovaikutuksen onnistumiseksi. Yksi haastateltavista totesi, että on parempi käyttää sanaa syömishäiriöinen, koska anorektikko-sana valtaa minäkuvan voimakkaasti ja korostaa pelkästään oireita.

6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

6.1 Tulosten tarkastelu

Puolet haastateltavista ilmoitti fysioterapian alkavan heti sairaalahoidon alussa ja puolet aloitti sitten, kun nuoren fyysinen vointi kohenee. Toisaalta ruumiintuntemus- sekä kehotietoisuusharjoitukset, jotka eivät kuluta energiaa, voidaan aloittaa heti sairaalahoidon alettua. Tällaisia harjoitteita voisi olla esimerkiksi rentoutus- ja kosketusterapia. Vastaukseksi mainittiin myös fysioterapian alkaminen, jos siihen on tarvetta. Sen tarvetta voidaan perustella käypä hoito-suosituksella (2009a), jonka perusteella fysioterapeutin olisi hyvä olla mukana nuoren anorektikon hoitoryhmässä.

Kaikki fysioterapeutit halusivat haastattelussa tietää nuoren suhtautumisesta omaan kehoonsa, joka osoittaa fysioterapeuttien asiantuntijuutta siitä, että kyseessä on todella kehonkuvan häiriö. Haastattelussa he halusivat kattavasti tietää nuoren elämästä; sosiaalisista suhteista, perheestä, koulusta, liikkumisesta ja ruokailuista. Tällä tiedolla saadaan selville, miten paljon anorektinen ajattelu vaikuttaa nuoren normaaliin elämään. Muutama fysioterapeuteista halusi tietää nuoren aikaisemmista fysioterapia kokemuksista, mikä on tärkeää tietää fysioterapian onnistumisen kannalta. Aikaisemmat negatiiviset kokemukset tuovat terapiatilanteeseen omat haasteensa. Haluttiin tietää myös nuoren omat toiveet ja odotukset fysioterapiansa suhteen, joka on tärkeä tekijä nuoren motivoitumisessa omaan kuntoutukseen ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen kehittymiselle. Meidät yllätti fysioterapeuttien vahva osaaminen liittyen nuoren fyysisen ja psyykkiseen kehitykseen, ravitsemukseen sekä liikkeen ja liikunnan tuomiin mahdollisuuksiin.

Nuoren anorektikon ensimmäinen kohtaaminen on tärkeä luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen kehittymiselle. Haastattelun aikana olisi pyrittävä luomaan hyvä terapisuhde nuoreen. Tämä asettaa omat haasteensa fysioterapeutille. Hänen tulisi olla empaattinen, osata asettua nuoren asemaan, ymmärtää nuoren tunne-elämää ja kuten yksi haastateltavista sanoi *olla todella tietoinen, mitä kuuluu nuorten elämään tällä hetkellä, mitkä ovat trendit*. Fysioterapeutin on tärkeä kehittää ja harjoitella myös

omaa kehotuntemustaan ja tietoista läsnäoloa. Fysioterapeutin tulisi tietää, millaisia kokemuksia ja tunteita harjoitukset voivat tuoda tietoisuuteen, jotta hän voisi ohjata nuorelle anorektikolle kehollisia harjoitteita.

Fysioterapeutit havainnoivat ja arvioivat nuorta sekä antoivat ohjausta ja neuvontaa monesta eri näkökulmasta. Tämä osoittaa sen, että fysioterapeuteilla on monen vuoden kokemus nuorten anorektikoiden hoitamisesta. Heillä on harjaantunut silmä havainnoimaan erilaisia asioita nuorten ulkoisesta- ja psyykkisestä olemuksesta, vuorovaikutuksen laadusta, kehontuntemuksesta ja liikkumisesta. Osa fysioterapeuteista mainitsi, että havainnointia, arviointia sekä tutkimista tehdään aina fysioterapian aikana. Fysioterapeutin täytyy pystyä aistimaan, milloin nuori on toipunut vastaanottamaan fysioterapeuttista hoitoa.

Melkein kaikki fysioterapeutit käyttivät havainnoinnin ja arvioinnin apuvälineenä jotakin lomaketta. Yksi mielenkiintoinen vastaus oli VAS-janan monipuolinen käyttö. VAS- janalla voi arvioida erilaisia asioita esimerkiksi toimintakykyä, kipua, rentoutumiskykyä ja kaatumisen pelkoa (Jaakkola 2010). Yksi fysioterapeuteista käytti sitä nuorelle arvioimaan omaa ulkonäköään. Vastauksessa ei mainittu tarkemmin, mitä ulkonäköön liittyvää asiaa janalla mitattiin.

Mittaamiseen voidaan käyttää samoja lomakkeita kuin havainnoimiseen ja arvioimiseen. Mittausmenetelmillä selvitettiin nuoren fyysisiä ominaisuuksia ja jopa kognitiivista tasoa. Valmiiksi strukturoitujen lomakkeiden etuna on se, että ne voidaan tehdä uudelleen ja niiden perusteella arvioida nuorella tapahtuvia muutoksia. On kuitenkin tärkeää harkita, minkälaisia lomakkeita kannattaa käyttää ja yleensä miksi niitä käyttää? Lomakkeiden käyttö ei ole tarpeellista ilman perusteita.

Fysioterapeutit eivät mittaa nuoren painoa, koska hoitohenkilökunta seuraa nuoren painon kehittymistä. Jotkut fysioterapeutit käyttävät kuitenkin jotakin nauhaa konkretisoimaan nuorelle hänen todellista kokoaan. Monesti nuoret kiinnittävät huomiota vain senttimäärään ja eivät pysty sen perusteella hahmottamaan todellista kokoaan.

Kaikki haastateltavat asettivat nuoren anorektikon fysioterapian tavoitteeksi jollakin lailla kehonkuvaan vaikuttamisen. Heille oli selvää, että kehonkuvan häiriöön voidaan vaikuttaa erilaisilla psykofyysisen fysioterapian terapiamenetelmillä. Nuoren anorek-

tikon fysioterapian tavoitteet oli määritelty kattavasti tiedon antamisesta erilaisiin terapiamenetelmiin.

Nuoren anorektikon hoidossa käytetään paljon perinteisiä fysioterapiamenetelmiä, mutta lähestymistapa on psykofyysinen. Vastauksista selvisi, että terapeuttisia harjoitteita ei voida nimetä tiettyyn kategoriaan. Harjoituksiin sisällytettiin ja yhdistettiin erilaisia terapiamuotoja, esimerkiksi kosketusta käytettiin manuaalisessa terapiassa sekä rentoutus-, kehonhahmotus-, hengitys- ja vuorovaikutusta vahvistavissa harjoitteissa. Varsinkin hengitys- ja rentoutusharjoittelua tehtiin samaan aikaan. Aineistosta nousi esille jälleen vastaajien asiantuntijuus. He ovat omaksuneet ja sisäistäneet psykofyysisen fysioterapian lähestymistavan, joka vaatii työkokemusta ja perehtymistä asiaan. Monella (n=9) oli lisäkoulutusta liittyen psykofyysiseen fysioterapiaan

Yksi mielenkiintoisimmista vastauksista oli tanssi- ja hengitysterapian menetelmistä traumaterapeuttisten harjoitusten käyttäminen kehon muistojen löytämiseksi. Jo Davison (1988, 62) toteaa artikkelissaan, että anorektikoilla voi olla traumaattisen kokemuksen jättämä ahdistus. Se voi olla muun muassa voimakas hylkäämisen kokemus lapsuudessa, avioero, läheisen kuolema, seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan uhriksi joutuminen (Charpentier 1998, 12).

Useimmat fysioterapeutit kertoivat, että nuori on sairaalahoidossa lyhyen ajan ja tämän vuoksi fysioterapia jää kesken. Vain yksi vastaaja kertoi, että fysioterapia voi jatkua avohoidossa jopa 1–3 vuotta. Tämä olisi ihanteellinen tilanne, koska anoreksiasta toipuminen on hidasta ja pitkällä luottamuksellisella fysioterapiasuhteella voitaisiin vaikuttaa kehonkuvan eheytymiseen. Näin voitaisiin ehkä ehkäistä anoreksian kroonistuminen.

6.2 Tutkimuksen arviointia

Alun perin opinnäytetyömme suunnitelmassa työmme tarkoituksena oli vertailla saatuja haastattelun tuloksia psykofyysisessä fysioterapiassa käytettyihin menetelmiin ja niiden vaikuttavuuteen anorektikoiden hoidossa sekä perustella fysioterapian vaikuttavuutta nuorten anorektikoiden hoidossa. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite muuttuivat, kun aineiston analyysistä nousi esille vastaajien tietämys psykofyysisestä fysioterapiasta. Päädyimme analysoimaan vastaajien esille tuomia psykofyysisen fysioterapi-

an menetelmiä ja niiden sisältöjä. Hirsjärvi ym. (2004, 117) toteaa kirjassaan, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa on varauduttava siihen, että tutkimustehtävä saattaa muuttua tutkimuksen edetessä.

Opinnäytetyömme toimeksianto oli haastava, koska meidän tietämys psykofyysisestä fysioterapiasta ja anoreksiasta oli vähäinen. Teoriatietojen etsimiseen meni paljon aikaa. Suomenkielisiä kirjoja ja artikkeleita oli kuitenkin hyvin saatavilla, mutta uusia ulkomaisia tutkimustuloksia ja artikkeleita oli vaikea löytää. Etsimme niitä Pubmed ja Cinah- tietokannoista ja hakusanoina olivat erilaisina hakuyhdisteinä Anorexia nervosa, treatment, physiotherapy ja Body oriented therapy. Löysimme muutamia melko vanhoja tutkimuksia. Myös osa psykofyysisen fysioterapian teoriaosuuden lähteet olivat vanhoja, koska tämän lähestymistavan edelläkävijät Gertrud Roxendal ja Jacques Dropsy ovat kirjoittaneet 60–70 luvulla suurimman osan tämän alueen kirjallisuudesta. Oman haasteensa työn tekemiseen toi kotimaisessa ja ulkomaisessa kirjallisuudessa esiintyvät kehoon ja ruumiiseen liittyvät lukuisat käsitteet esimerkiksi kehon- ja ruumiinkuva, kehon- ja ruumiintietoisuus, kehon- ja ruumiintuntemus. Onnistuimme kuitenkin mielestämme kokoamaan tietoja hyvin teoreettisen viitekehyksen pohjalle.

Olimme antaneet haastateltaville etukäteen toimintaohjeet puhelinhaastatteluun, jossa ohjeena oli vastata kysymyksiin lyhyillä ja selkeillä lauseilla. Kyselylomakkeen analysointiin kului kuitenkin paljon aikaa, koska vastaukset olivat monisanaisia, laajoja ja perusteltuja. Pilottihaastattelujen merkitys korostui, jolloin huomasimme, että haastattelut on tarpeen äänittää tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi ja ajan säästämiseksi. Aineiston analyysia vaikeutti samojen fysioterapiamenetelmien toistuminen eri kohdissa. Pohdimme olisiko aineiston voinut osittain analysoida menetelmittain eikä kyselylomakkeen kysymysten mukaisesti. Koska aineiston analyysissä nousi mielenkiintoisia menetelmien sisältöjä ja harjoituksia, mielestämme valitsimme oikean analysointi menetelmän. Laadullisen aineiston analyysi pyritään tiivistämään kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota ja tarkoituksena olisi saada hajanaisestakin aineistosta selkeää ja mielekästä (Eskola & Suoranta 1998, 13). Opinnäytetyömme aineistosta nousi paljon yksittäistä informaatiota, jota ei voinut tiivistää selkeästi eikä mielekkäästi.

Oman haasteen opinnäytetyön tekemiselle asetti tekijöiden asuminen eri paikkakunnilla ja molempien käyminen kokopäivätyössä. Opinnäytetyö eteni kuitenkin etukäteen tehtyjen suunnitelmien mukaisesti. Työn eteneminen oli tasaista ja jatkuvaa ja työn tekeminen oli tasapuolista. Yhteisiä tapaamiskertoja opinnäytetyöprosessin aikana oli viisi kertaa. Aineiston analyysin olisi voinut olla enemmän yhteistä aikaa, jotta olisimme päässeet vielä syvemmälle aineistosta nousseihin teemoihin.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää psykiatrisilla nuorten osastoilla toimivilta fysioterapeuteilta, minkälaista fysioterapiaa he käyttävät nuorten anorektikoiden hoidossa. Mielestämme saimme aineistosta monipuolisen ja laajan tietopaketin nuoren anorektikon fysioterapiassa käytetyistä fysioterapiamenetelmistä. Mielestämme tämän työn perusteella voimme opinnäytetyömme toimeksiantajalle perustella, että psykofyysisellä fysioterapialla on mahdollisuus vaikuttaa anorektikon kehonkuvan paraneamiseen sekä fysioterapeutin osallistumista moniammatilliseen työryhmään heti hoidon alussa. Mitä enemmän perehdyimme asiaan ja saimme tietoa psykofyysisen fysioterapian lähestymistavasta, sitä vakuuttuneempia olemme sen käyttämisestä ja soveltamisesta kaikkeen fysioterapiaan.

Jatkotutkimuksen avulla voisi mitata sitä, voiko nuoren anorektikon fysioterapian vaikuttavuutta mitata luotettavasti ja mitkä olisivat mittareita. Jaakkolan (2010a) mukaan näitä mittareita voisi esimerkiksi FIM (Functional Independence Measure), BAS (Body Awareness Scale) liiketesti, BARS (Body Awareness Rating Scale), ruumiinkuva-piirroksat, VAS-jana, ROBE (Resource Oriented Body Examination eli ruumiillinen voimavara-analyysi) ja CBE (Comprehensive Body Examination eli kehon kokonaisvaltainen tutkiminen). Tulosten avulla voitaisiin perustella fysioterapian tärkeyttä nuoren anorektikon yhtenä hoitomuotona. Toinen jatkotutkimus aihe voisi olla aineistosta nousseiden lomakkeisiin tutustuminen ja niiden kokoaminen yhteiseksi tietopakettiksi.

LÄHTEET

- Aaltoila, Juhani & Valli, Raine 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu. Virikkeitä aloittavalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Achte', Kalle & Tamminen, Tapani 1996. Somatopsykiatria. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Baker, Ellen 2005. Työvälineenä oma persoona. Helsinki: Edita prima Oy.
- Berg, Adrienne Levy, Bolse, Fredrika, Svensson, Karin & Clinton, David 2005. Ett intersubjektivt perspektiv på sjukgymnastik gehandling för patienter med ätstörningar. Nordisk fysioterapi, vol. 9/2005.
- Blinikka, Leena-Maria 1993. Miten ruumiinkuva muotoutuu. Fysioterapia 7/93, 4–6.
- Buckroyd, Julia 1996. Anoreksia ja Bulimia. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Cash, Thomas F. 2008. The Body Image Workbook. An Eight-Step program for Learning to Like Your Looks. Second Edition. New Harbinger Publications, Inc.
- Charpentier, Pia 2007. Syömishäiriöt. Teoksessa Kähkönen, Seppo, Karila, Irma & Holmberg, Nils (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3–4 painos. Duodecim, 271–287.
- Charpentier, Pia (toim.) 1998. Nuorten syömishäiriöt ja liikunta. Helsinki: Terveys Oy.
- Davison, Kirstie 1988. Physiotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa. Physiotherapy, Feb. 1988, vol 74, no 2, 62–64.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta vastapaino.
- Feld, Taru & Metsäpelto, Riitta-Liisa 2007. Meitä on moneksi. Persoonallisuuden psykologiset perusteet. Tampere: PS-kustannus.
- Haarakangas, Kauko 2001. Menetelmistä dialogiin perheterapiassa. Perheterapia 1/2001, 32–47.
- Herrala, Helinä, Kahrola Tytti & Sandström, Marita 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö. Tammi.
- Huttunen, Matti 1993. Neuropsykiatria. Jyväskylä: Duodecim.

Huttunen, Matti & Jalanko, Hannu 2009. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Terveyskirjasto. WWW-dokumentti
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00111.
Päivitetty 29.12.2009. Luettu 25.9.2011.

Immonen-Orpana, Päivi 1995. Psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa Lintunen, Taru, Koivumäki, Kari & Säilä, Timo (toim.) Jalka polkee, mieli notkee. Liikunta mielen-terveyden tukena. Suomen Mielenterveysseura ry. Helsinki: SMS-Tuotanto oy, 133–147.

Immonen-Orpana, Päivi 1999. Fysioterapian mahdollisuuksia Anorexia nervosa potilaiden hoidossa. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Kansanterveystieteen julkaisuja M 161:1999.

Jaakkola, Raija 2010. Psykofyysisen fysioterapian osaamiskartastoja etsimässä. Luento Psyfy:n seminaarista 23.9.2010.

Jaakkola, Raija 2009. Psykofyysisestä fysioterapiasta ja erikoistumisopinnoista 2008. Teoksessa Lähteenmäki, Marja-Leena & Jaakkola, Raija (toim.) Psykofyysinen fysioterapia 3. Kokemus kehossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5, 8–13.

Jaakkola, Raija 2007. Psykofyysisen fysioterapian opiskelusta. Teoksessa Lähteenmäki, Marja-Leena & Jaakkola, Raija (toim.) Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro. 2, 6–11.

Jakonen, Tanja 2004. Hieronta psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä. Lapin yliopisto. Acta Universitatis Lapponiensis. Väitöskirja.

Kaipainen, Paula & Kuha-Putkonen Anna-Kaisa 2010. Syömishäiriöpotilaan fysioterapia. PDF-dokumentti.
http://www.esshp.fi/general/Uploads_files/Fysioterapialinkki2010.pdf. Luettu 9.2011.

Kaipainen, Paula & Kuha-Putkonen, Anna-Kaisa 2009. Kehittämiskohteena anoreksia nervosapotilaan fysioterapia. Fysioterapia 4/2009.

Kataja, Jukka 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Pharma Oy.

Keski-Rahkonen, Anna, Charperter, Pia & Viljanen, Riikka (toim.) 2010. Syömishäiriöt. Läheisen opas. Porvoo: Duodecim.

Keski-Rahkonen, Anna, Charperter, Pia & Viljanen, Riikka (toim.) 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö.1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Klemola, Timo 2004. Taidon filosofia–filosofian taito. 2. painos. Tampere: Juvens Print.

KSSHP (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri) 2001. Ehdotus anoreksiapotilaiden psykiatrisen osastohoidon malliksi osastolla. Yleissairaala psykiatrisen yksikkö, osasto 7, SYÖTY–työryhmä.

- Koski, Tapio .2003. Kehollisuus ihmistyön yhteisenä perustana. Fysioterapia 4, 17–19.
- Käypä hoito-suositus 2009a. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix00178>. Päivitetty 20.8.2009. Luettu 25.9.2011.
- Käypä hoito-suositus 2009b. Fysioterapia syömishäiriöiden hoidossa. WWW-dokumentti. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix00178>. Päivitetty 20.8.2009. Luettu 25.9.2011
- Lehtinen, Päivi 2010. Hengityksen psykofyysinen säätely. Teoksessa Martin, Minna, Seppä, Maila, Lehtinen, Päivi, Törö, Tiina & Lillrank, Benita (toim.) Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.
- Lehto, Ulla 1995. Minun ruumiini tietää minun totuuteni. Keski-Suomen terveydenhoito-oppilaitos. Julkaisusarja B6.
- Leppänen, Taru 2000. Rentoutuminen-avoin ovi jaksamiseen. Helsinki: Invalidisäätiö.
- Levoska, Sinikka 2001. Parempaan mielen ja kehon yhteistyöhön. Fysioterapia 6/01, 25–28.
- Mandy, A & Broadbridge, H 1998. The role of physiotherapy in anorexia nervosa management. British Journal of Therapy and rehabilitation, Jun. 1998, Vol 5, No 6, 284–290.
- Monsen, Kirsti 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Moore, Keith L & Dalley, Arthur F. 2006. Clinically Oriented Anatomy. Fifth Edition. Lippincott.
- Mustajoki, Pentti 1991. Liian paksu tai liian ohut. Duodecim 107:1768–1775.
- Nilssonne, Åsa 2007. Kuka ohjaa elämäsi. Helsinki: Edita.
- Patovirta, Mikko 2011. Psykofyysinen fysioterapia. Luento Kinkomaan sairaalassa 18.4. 2011.
- Pltzer, Werner 2004. Locomotor System. Stuttgart. New York: Thieme.
- Puuronen, Anne 2001. Anorektinen ruumiin kokemus. Teoksessa Puronen, Anne & Välimaa, Raili (toim.) Nuori ruumis. Tampere: Tammer-paino.
- Psyfy ry. (Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys). Psykofyysinen fysioterapia. [WWW.dokumentti. http://www.psyfy.net/fysioterapia](http://www.psyfy.net/fysioterapia). php. Luettu 18.7.2011.
- Rauhala, Lauri 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rautajoki, Anja 1996. Terapeuttinen kosketus. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Riihonen, Eeva 1998. Syömishäiriöitä. Helsinki: Kirjapaja oy.

Rissanen, Aila 2008. Aikuisiän syömishäiriöt. Luento 14.11.2008. 30 vuotta yleissairaalapsykiatriaa Keski-Suomessa. Juhlaseminaari. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Roxendal, Gertrud 1987. Ett helhetsperspektiv-sjukgymnastik inför framtiden. Lund. Studentlitteratur.

Roxendal, Gertrud & Winberg, Agneta 2002. Levande människa. Basal Kroppskänedom för rörelse och vila. Natur och kultur.

Sandström, Marita 1999. Ruumiinkuva. Mistä kaikesta se muodostuu? Fysioterapia 2/99, 16–18.

Savukoski, Marika 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Rovaniemi. Lapin Yliopisto.

Seppä, Maila 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Teoksessa Martin, Minna, Seppä, Maila, Lehtinen, Päivi, Törö, Tiina & Lillrank, Benita (toim.) Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.

Suokas, Aino & Rissanen, Aila 2001. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko, Heikkinen, Martti, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen Timo (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 301–322.

Syömishäirioliitto-SYLI ry. WWW.dokumentti.
<http://www.syomishairioliitto.fi/index.php> . Luettu 25.9.2011.

Talvitie, Ulla, Sirkka-Liisa Karppi & Tarja Mansikkamäki 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilen, Marika, Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena 2008. Vuorovaikutuksellinen tutkiminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Wsoy.

Vandereycken, Walter, Depreitere, Leopold & Probst, Michael 1987. Body Oriented Therapy for Anorexia nervosa patients. American Journal of Physiotherapy, April 1987, Vol.XLI, No. 2, 252–258.



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

Hyvä vastaanottaja

Olemme kaksi Mikkelin ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijaa. Teemme opinnäytetyötämme psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien nuorten anorektikoiden fysioterapiasta. Olemme saaneet toimeksiannon työllemme Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä Haukkalan nuorisopsykiatrisen osaston osastonhoitajalta. Olemme alustavasti kyselleet fysioterapeutiltanne halukkuutta osallistua haastattelututkimukseemme. Fysioterapeutinne on mukana nuoren anorektikon hoidossa. Opinnäytetyömme tekemiseen tarvitsisimme Teiltä luvan. Lupahakemuksen voitte lähettää takaisin oheisessa kirjekuoressa.

Toivomme, että saisimme Teiltä luvan opinnäytetyömme tekemiseen

Ystävällisesti

Marja Kainulainen
MikkelinAMK/Fysioterapiaopiskelija
0407058472



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

Taru Juvakka
Koulutuspäällikkö
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden
Valto Käkelän katu 14 A
53 130 Lappeenranta

Marja Kainulainen
Fysioterapiaopiskelija
Mikkelin Ammattikorkeakoulu
Luhtalantie 15
40800 Vaajakoski
040 7058472
marja.kainulainen@mail.mamk.fi

Tutkimusluvan anominen

Haen tutkimuslupaa opinnäytetyöhömmä Psykiatrisessa sairaanhoidossa olevan nuoren anorektikon fysioterapiaa. Tämän lupa-anomuksen mukana on toimitettu tutkimussuunnitelma, jonka opinnäytetyömme ohjaaja on hyväksynyt 31.10.2010. Tutkimussuunnitelmasta saa tietoa tutkimukseen liittyvistä asioista, kuten tutkimuksen tarkoituksesta, toimeksiantajasta sekä aikataulusta.

Ystävällisin terveisin

Jyväskylässä 5.5.2011

Marja Kainulainen

OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden 6.lukukauden fysioterapiaopiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyötämme yksikössänne.

Opinnäytetyön työnimi

Psykiatrisessa sairaanhoidossa olevien nuorten anorektikoiden hoitoon käytettävä fysioterapia. Haastattelututkimus fysioterapeuteille, jotka toimivat psykiatrisella nuoriso-osastolla.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys

Työmme tarkoituksena on vertailla saatuja haastattelun tuloksia psykofyysisessä fysioterapiassa käytettyihin menetelmiin ja niiden vaikuttavuuteen anorektikoiden hoidossa sekä perustella fysioterapian vaikuttavuutta nuorten anorektikoiden hoidossa.

Haastattelututkimuksella selvitämme:

- 1.Minkälaista fysioterapiaa käytetään psykiatrisessa sairaanhoidossa olevien nuorten anorektikoiden hoidossa ja mitkä ovat fysioterapian tavoitteet ?
- 2.Missä hoidon vaiheessa fysioterapia alkaa?

Opinnäytetyöntekijät sitoutuvat

Haastattelun tietoja käytetään niin, että opinnäytetyössä ei tule tietojen antajan henkilöllisyys julki.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

31.10.2011

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma on hyväksytty 12.11.2010

Ohjaaja opettaja TtM, ft Anu Pukki

Mikkelin ammattikorkeakoulu, Kasarmin kampus

Patteristonkatu 3

PL 181

50101 MIKKELI

Paikka ja aika

Yhteistyötahon nimikirjoitus ja nimenselvennys

Opinnäytetyöntekijöiden allekirjoitukset ja yhteystiedot

Marja Kainulainen

Luhtalantie 15

40800 Vaajakoski

p. 040 705 8472

marja.kainulainen@mail.mamk.fi

Sari Läätö

Pitkäsuontie 101

49400 Hamina

p. 040 756 6609

sari.laati@mail.mamk.fi

TOIMINTAMALLI PUHELINHAASTATTELUUN

Opinnäytetyömme puhelinhaastattelu osuutta suorittaa kaksi fysioterapeuttia eri aikaan. Jotta puhelinhaastattelut olisivat luotettavia ja samanlaisia, olemme suunnitelleet yhteisen toimintamallin haastatteluja varten. Haastattelulomake on lähetetty haastateltaville etukäteen, jotta he voisivat tutustua siihen ennen haastattelua.

Toimintamalli:

1. Haastattelukysymykset ovat kaikille samanlaiset.
2. Haastattelukysymykset esitetään kaikille samassa järjestyksessä.
3. Haastateltavan annetaan vastata kysymyksiin kaikessa rauhasa.
4. Haastateltava on valmistautunut vastaamaan kysymyksiin lyhyillä ja selkeillä lauseilla.
5. Haastateltava vastaa kysymyksiin totuudenmukaisesti eli miten hän käytännössä toteuttaa nuoren sairaalahoidossa olevan nuoren anorektikon fysioterapiaa.
6. Haastattelija voi esittää tarkentavia kysymyksiä.

Marja Kainulainen

Sari Läätö

Fysioterapiaopiskelijat/Mikkelin Ammattikorkeakoulu

KYSELYLOMAKE

Pvm:_____

Rastita vaihtoehto:

1. Mies ___
2. Nainen___

Ikä:_____v.

Milloin ja mistä valmistuit fysioterapeutiksi ? _____

Jos et ole fysioterapeutti, niin ammatti ja valmistumisvuosi:_____

Työnantaja:_____

Työpaikka:_____

Kuinka kauan olet toiminut nykyisessä työpaikassasi ?_____

Kuinka kauan olet fysioterapeutina toiminut nuorten anorektikoiden parissa ?_____

Minkä ikäisiä nuoria hoidetaan nuorisopsykiatrisella osastollanne ?_____

Oletko käynyt lisäkoulutusta liittyen psykofyysiseen fysioterapiaan ?

1. En___
2. Kyllä___

1. Mitkä ovat psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan nuoren anorektikon fysioterapi-
an tavoitteet ?

Rastita vaihtoehto.

2. Kuuluuko fysioterapeutti **heti** hoitavaan työryhmään, kun nuori anorektikko tulee psykiatriseen sairaalahoitoon ?

Ei ___

Missä hoidon vaiheessa fysioterapia alkaa ?

Kyllä___

3. Minkälaisia fysioterapian **tutkimusmenetelmiä** käytät nuoren anorektikon fysioterapiassa?

A. Haastattelu

Ei___

Kyllä___

Mikä on haastattelun sisältö ?

B.Havainnoiti/Arviointi

Ei___

Kyllä__

Mitä olet havainnoinut ja arvioinut?

Oletko käyttänyt potilaan havainnoimiseen/arviointiin lomakkeita ?

Jos olet, niin minkälaisia ?

C. Mittaaminen

Ei__

Kyllä__

Mitä olet mitannut ?

Oletko käyttänyt mittaamiseen lomakkeita? Jos olet, niin minkälaisia?

D. Käytätkö muita tutkimusmenetelmiä? Jos käytät, niin minkälaisia?

4. Minkälaisia **fysioterapiamenetelmiä** käytät nuoren anorektikon fysioterapiassa?

A: Ohjaus ja neuvonta

Ei___

Kyllä___

Mikä on ohjauksen/neuvonnan sisältö?

B. Terapeuttista harjoittelua

	Ei	Kyllä	Terapian sisältö
Manuaalinen käsittely	—	—	_____ _____ _____ _____ _____
Hengitysharjoittelu	—	—	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Rentoutustekniikat	—	—	_____ _____ _____

Toiminnalliset harjoitteet

Käytätkö muita terapeuttisia harjoitteita ? Jos käytät, niin minkälaisia ?

Haluatko kertoa jotakin muuta sairaalahoidossa olevan nuoren anorektikon fysioterapiasta ?
