

# **Anoreksiapotilaan fysioterapia**

Tietopaketti Kuopion yliopistollisen sairaalan fysiatrian osastolla toimiville fysioterapeuteille

**Kristiina Kaila  
Anniina Nevala  
Salla-Maaria Tolonen**

---



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Kristiina Kaila, Anniina Nevala, Salla-Maaria Tolonen	
Työn nimi Anoreksiapotilaan fysioterapia, Tietopaketti Kuopion yliopistollisen sairaalan fysiatrian osastolla toimiville fysioterapeuteille	
Päiväys 10.4.2012	Sivumäärä/Liitteet 53/3
Ohjaaja(t) Marita Huovinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) KYS, Fysiatrian osasto	
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön aiheena on anoreksiapotilaan fysioterapia. Opinnäytetyö tehtiin Kuopion yliopistollisen sairaalan fysiatrian poliklinikan käyttöön. Työ on tarkoitettu toimimaan helposti saatavana tietopaketina anoreksiapotilaan fysioterapiasta. Anoreksiapotilaiden fysioterapia on uusi alue kuntoutuksen piirissä, joten fysioterapian alalla kaivataan lisää tietoa aiheesta. Työssä kartoitettiin suomalaisten hoitoyksiköiden kuntoutusmuotoja anoreksiapotilaiden hoidossa, lisäksi työn teoriapohjaksi haettiin tutkimustietoa kansainvälisistä lähteistä. Työssä tuotiin esille myös erityispiirteitä, jotka tulee huomioida anoreksiapotilasta ohjatessa ja harjoituksia tehtäessä.</p> <p>Anoreksiapotilaiden fysioterapiassa voidaan käyttää useita eri menetelmiä. Tärkeitä ovat kehotietoisuutta lisäävät ja rentoutumista edistävät harjoitukset, jotta oman muuttuvan kehon hyväksyminen onnistuisi.</p> <p>Työn viitekehyksenä käytettiin psykofyysistä näkökulmaa, joka soveltuu anoreksiapotilaille akuutin vaiheen jälkeen. Psykofyysinen fysioterapia soveltuu parhaiten anoreksiapotilaiden kuntoutusmuodoksi, koska se huomioi ihmisen psykofyysis-sosiaalisena kokonaisuutena. Psykofyysistä fysioterapiaa käytetään mielenterveyshäiriöitä sairastavien ihmisten kuntoutuksessa kehotietoisuutta lisäämään ja näin ollen löytämään oman paikkansa maailmassa.</p>	
Avainsanat Anoreksia nervosa, psykofyysinen fysioterapia, ruumiinkuva, kehotietoisuus.	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Physiotherapy			
Author(s) Kristiina Kaila, Anniina Nevala, Salla-Maaria Tolonen			
Title of Thesis Physiotherapy of anorexia nervosa patients, approachable information package for physiotherapists in the Kuopio University Hospital's Department of Physical medicine and rehabilitation			
Date	10.4.2012	Pages/Appendices	52/3
Supervisor(s) Marita Huovinen			
Client Organisation/Partners Kuopio University Hospital's Department of Physical medicine and rehabilitation			
<p>Abstract</p> <p>This thesis was made for physiotherapists for Kuopio University Hospital's Department of Physical medicine and rehabilitation. The thesis is made as a approachable information package of physiotherapy among patients with anorexia nervosa. Physiotherapy as a treatment of anorexia nervosa is a new area in rehabilitation and more information needed. The thesis acknowledged different rehabilitation forms of treatments of anorexia nervosa in other departments/treatment units. The thesis also noticed special features that one should pay attention in guiding and directing patient with anorexia nervosa.</p> <p>The goal was to create a work that serves the needs of physiotherapists working in the Department of Physical medicine and rehabilitation including concrete examples to use in practice, without forgetting background and theoretical information. Physiotherapy of patient with anorexia was viewed using psychophysical frame. Psychophysical physiotherapy is the best form of rehabilitation for patients with anorexia, because it observes person as a full psychophysical-social creature. Psychophysical physiotherapy is used in the rehabilitation of people with mental-illnesses to add body awareness and to find their place in the world through it.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Anorexia nervosa, psychophysical physiotherapy, body image, body awareness.</p>			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	7
2	KEHON JA MIELEN SAIRAUUS – ANOREKSIA NERVOSA.....	9
2.1	Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona.....	10
2.1.1	Ruumiinkuva ja kehotietoisuus .....	11
2.2	Body Awareness – terapian käyttö teini-ikäisten anoreksiapotilaiden kuntoutuksessa.....	13
2.3	Liikunta hoitomuotona syömishäiriöissä .....	14
2.4	Syömishäiriöpotilaan kuntoutusmalleja Suomessa.....	17
2.5	Anoreksiapotilaan ohjaukseen liittyviä erityispiirteitä .....	19
2.6	Käytännön kokemuksia anoreksiapotilaiden fysioterapiasta.....	23
3	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	25
3.1	Tiedonhakuprosessi .....	25
3.2	Aineiston hakutulokset .....	25
3.3	Käytettyjen fysioterapiamenetelmien valinta .....	26
4	ANOREKSIAPOTILAAN FYSIOTERAPIA.....	29
4.1	Fysioterapeuttinen tutkiminen anoreksiapotilaan hoidossa.....	29
4.1.1	Fyysinen tutkiminen .....	29
4.1.2	Asentomallien havainnoiminen fyysisessä tutkimisessä .....	31
4.1.3	Hengityksen vaikutus kehon toimintoihin.....	32
4.1.4	Nivelten toimintakyvyn merkitys ja tutkiminen .....	33
4.1.5	Lihasten kireysaste psyykkisten ominaisuuksien mittarina .....	33
4.2	Anoreksiapotilaan terapeuttinen harjoittelu .....	34
4.2.1	Rentoutuminen terapeuttisena harjoitteluna .....	34
4.2.2	Roxendalin kehittämä kehoterapia .....	35
4.2.3	Feldenkrais-menetelmä terapeuttisena harjoitteluna.....	36
4.2.4	Muut terapeuttisen harjoittelun menetelmät .....	37
4.3	Liikunnan huomioiminen anoreksiapotilaan kuntoutuksessa .....	37
4.4	Sopivan liikuntamäärän annosteleminen .....	38
5	POHDINTA .....	41
5.1	Opinnäytetyön eettisyys .....	41
5.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi ja jatkokehitysideat.....	41
5.3	Oma ammatillinen kasvu ja oppiminen .....	43
	LÄHTEET .....	46

## LIITTEET

- Liite 1. Sähköisessä haastattelussa käytetyt kysymykset
- Liite 2. Käsitteet
- Liite 3. Tutkimuslupa

## 1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat sairauksia, joiden vaikutukset näkyvät sekä kehossa että mielessä. Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat anorexia nervosaa, bulimia, epätyypillinen laihuushäiriö ja epätyypillinen ahmimishäiriö (Syömishäiriöliitto-SYLI ry, 2011). Syömishäiriöliiton mukaan 12-24-vuotiaista tytöistä ja naisista 0,5-1 % sairastaa anoreksiaa. Miesten osuus sairastuneista on arvioitu pienemmäksi, noin 10 % kaikista syömishäiriöpotilaista (Syömishäiriöliitto-SYLI ry, 2011). Anoreksia nervosa diagnosoidaan, jos paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi (BMI) enintään  $17.5 \text{ kg/m}^2$ . (Käypä hoito, 2011).

Tässä työssä käsittelemme vain anorexia nervosaa eli anoreksiaa. Opinnäytetyö tilattiin Kuopion yliopistollisesta sairaalasta fysiatrian osastolta, missä osaston fysioterapeutit kaipasivat lisätietoa anoreksiapotilaiden tämänhetkisestä kuntoutuksesta ja fysioterapian linjauksista. Toteutimme opinnäytetyön kehitystehtävän muodossa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli koota tietopaketti anoreksiapotilaiden fysioterapian sisällöstä fysioterapeuttien tarpeeseen.

Opinnäytetyön näkökulmana käytämme psykofyysistä fysioterapiaa ja käsitellyn tiedon olemme valinneet tämän viitekehyksen avulla. Opinnäytetyön menetelmänä olemme käyttäneet kirjallisuudesta saadun tiedon analysointia. Lisäksi olemme haastatelleet kahta Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella työskentelevää fysioterapeuttia, joilla on työkokemusta anoreksiapotilaiden kanssa työskentelemistä. Haastattelun vastausten avulla olemme lähteneet yhdistämään kirjallisuudesta saatuja harjoitteita soveltaen niitä käytäntöön fysiatrian poliklinikalle sopiviksi. Olemme valinneet kirjallisuudesta KYS:n fysiatrian osastolla toimivien fysioterapeuttien kanalta heidän työympäristönsä parhaiten soveltuvia fysioterapeuttisia menetelmiä.

Tarkoituksena on toteuttaa psykofyysisen fysioterapian periaatetta, jossa potilas kohdataan kokonaisvaltaisena ihmisenä. Kuntoutuksessa hyödynnetään potilaan omia resursseja eli voimavaroja. Menetelmillä pyritään

vaikuttamaan positiivisesti potilaan kehonhahmottamiseen, ruumiinkuvan eheytymiseen fyysisten sekä mielikuvaharjoitteiden kautta.

Psykofyysiseen fysioterapiaan perehtyminen hyödyttää myös meitä tulevaisuuden työnäkymiä ajatellen antaen meille arvokasta tietoa eri fysioterapiamenetelmistä. Valitsemiamme menetelmiä pystyy hyödyntämään myös muiden syömishäiriöiden kuntoutuksessa.

Kiinnostuimme aiheesta, jota opinnäytetyö käsittelee, koska psykofyysisen fysioterapian mahdollisuudet mielenterveyshäiriöiden hoidossa kiehtoivat meitä. Halusimme syventää tietämystämme anoreksiapotilaiden fysioterapiasta, josta varmasti löytyy yhtäläisyyksiä myös muiden syömishäiriöisten fysioterapiaan. Koska aihe oli jokaiselle mielenkiintoinen, oli motivaatio opinnäytetyön tekemiseen suuri. Aiheen valintaan vaikutti myös tieto siitä, että anoreksiapotilaan fysioterapiasta on vain vähän suomenkielistä kirjallisuutta ja esimerkiksi Käypä hoito -suosituksissa fysioterapian sisällöstä mainitaan ainoastaan, että moniammatillisessa hoitotiimissä on suotavaa olla fysioterapeutti (Käypä hoito, 2011). Tavoitteenamme oli luoda hyödyllinen tietopaketti Kuopion yliopistollisessa sairaalassa toimiville fysioterapeuteille, jonka avulla he pystyisivät tarjoamaan vaikuttavaa ja turvallista fysioterapiaa.



Anorexia nervosa on tunnettu lääketieteessä jo yli 300 vuoden ajan. Ensimmäisen kerran nykyisin anorexia nervosaksi kutsutun sairaudentilan kuvasi vuonna 1684 englantilainen lääkäri Richard Morton. Työssämme käytämme suomalaistettua termiä eli anoreksia nervosaa. Anoreksia-termi polveutuu kreikkalaisten ruokahalun puute – termistä. (Savukoski 2008, 17.) Laihuushäiriön taudinkuvaan kuuluu painon aktiivinen vähentäminen tai alipainon ylläpito rajoittamalla syömistä, harrastamalla runsaasti liikuntaa tai jopa käyttämällä ulostus- tai nesteestoaineita (Käypä hoito 2011). Ruuasta kieltäytyminen ja laihtuminen antavat onnistumisen tunteen, ja positiiviset kommentit muilta ihmisiltä palkitsevat sairastunutta. Syöminen aiheuttaa usein ahdistusta ja ruokailujen suunnittelu on jatkuvasti mielessä. Anoreksiaan sairastuneet tuntevat itsensä lihaviksi, vaikka he olisivat alipainoisia. (Syömishäiriöliitto-SYLI ry, 2011.) Syömishäiriöliiton mukaan 12–24-vuotiaista tytöistä ja naisista 0,5 - 1 % sairastaa anoreksiaa. Anoreksia nervosa diagnosoidaan, jos paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai painoindeksi (BMI) enintään 17.5 kg/ m<sup>2</sup>. (Käypä hoito 2011.)

Laihuushäiriön edetessä elimistö käyttää kehon rasva- ja lihaskudosta energianlähteenä. Myös iho kuivuu, minkä vuoksi siihen kasvaa ohut karva (lanugokarva). Raajojen verenkierto heikkenee, mistä johtuen jalat turpoavat ja potilas voi pyörtyillä ja palella herkästi. Perusaineenvaihdunta hidastuu nälkiintymisen vuoksi, sydämen hapenkulutus vähenee, verenpaine laskee, pulssi hidastuu ja sydämen koko pienenee. Myös rytmihäiriöitä saattaa esiintyä. Sydänperäiset äkkikuolemat ovat harvinaisia, mutta mahdollisia. 1 - 15 % laihuushäiriöstä kärsivistä kuolee kroonisen aliravitsemustilan elektrolyyttihäiriön tai itsemurhan seurauksena. Myös kuukautiskierron häiriöt ovat tyypillisiä anoreksian varhaisvaiheessa stressin ja runsaan liikunnan vaikutuksesta. (Westerlund 1998, 25–26.) Kuukautisten poisjäämisen aiheuttava muutos potilaan hormonitoiminnassa voi aiheuttaa myös luukatoa eli osteoporoosia. Jo muutaman kuukauden

jälkeen sairastumisesta luusto alkaa haurastua merkittävästi. (Syömishäiriökeskus 2011.)

Anoreksiaan sairastuneen potilaan itsetunto on yleensä huono johtuen oman kehon kielteisestä kokemisesta. Aivan kuten muihinkin syömishäiriöihin, voidaan myös anoreksiaan liittää psyykkistä oireilua, kuten masennusta ja yleistä ahdistusta. Ahdistus vaikuttaa suuresti potilaan toimintakykyyn, sillä syömishäiriöpotilailla yleisesti esiintyy usein huonoa stressin- ja ahdistuksensietokykyä. Anoreksiapotilailla esiintyy usein myös pakko-neuroottisia oireita ja passiivista kielteisyyttä, joka heijastuu erityisesti kielteisesti itsearvostukseen. Kielteisen itsearvostuksen ja täydellisyyden tavoittelun on todettu olevan anoreksian kehittymisen riskitekijä. (Keinänen & Engblom 2007, 68–70.) Anoreksiasta paraneminen on pitkä prosessi, ja se vaatii kärsivällisyyttä ja ponnisteluita niin potilaalta kuin häntä hoitavilta henkilöiltäkin. Anoreksian oireet ruokkivat toisiaan ja muodostavat täten kehiä, joista ulos pääseminen on työlästä. (Charpentier 1998, 15.)

## 2.1 Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona

Koska anoreksia nervosa on sekä kehoon että mieleen vaikuttava sairaus, tulee anoreksiapotilas kohdata kokonaisvaltaisesti huomioimalla ihmisen olemassaolon kaikki osa-alueet. Psykofyysinen fysioterapia painottuu ihmisen liikunta- ja toimintakykyisyyden sekä voimavarojen vahvistamiseen ja tukemiseen. Tärkeänä pidetään ihmisen kehon, mielen ja ympäristön vuorovaikutusta ja yhteyttä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265.)

Perinteisesti fysioterapiassa on kiinnitetty niukasti huomiota psyykeen ja sen vaikutukseen ihmisen kokonaishyvinvoinnissa. Fysioterapian on katsottu vaikuttavan pääosin fyysisiin sairauksiin, joten psykosomaattisia psykiatrisia oireita ja sairauksia on hoidettu samalla tavalla kuin muitakin sairauksia. Vähitellen myös fysioterapian parissa on alettu nähdä ihminen psykofyysisenä kokonaisuutena. (Talvitie ym. 2006, 174.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa pyritään eheyttämään häiriintynyttä ruumisminää fysioterapeuttisin menetelmin. Kattava haastattelu sekä fysioterapeuttinen tutkiminen ovat pohjana tavoitteelliselle fysioterapialle.

Tärkeää on huomioida potilaan voimavarat ja edetä niiden sallimissa rajoissa. Potilaan voimavarojen lisääntyessä siirrytään fysioterapiassa aktiivisempiin menetelmiin. Aluksi terapiamenetelmät voivat olla hyvin passiivisia, jolloin kehon sekä mielen voimavaroja kuunnellaan ja havainnoidaan erilaisin rentoutusharjoituksin. (Kehonmieli, 2011.) Psykofyysisen fysioterapian vaikutustapoja ovat kehon erilaiset harjoitteet, aktiiviset ja passiiviset liikkeet sekä hieronta. Kehon hallinnan lisääntymistä pyritään edistämään vapauttamalla hengitys lihasten ja mielen rentoutuksen avulla. Myös keskittymällä jokaiseen harjoitukseen pyritään edistämään rentoutusta. (Talvitie ym. 2006, 176.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa huomioidaan myös potilaan resurssit eli voimavarat sekä motivaatiotaso (Immonen-Orpana 1995, 134–135). Ulkoiset, sisäiset, aineelliset ja henkiset voimavarat ovat jokaisella yksilöllä tai yhteisöllä erilaisia, eri tavalla käytettäviä ja hyödynnettäviä. Toimintakyky, terveys, taidot, motivaatio, asenteet ja arvot ovat ihmisen voimavaroja, joiden käyttöön saamisen edellytys on ihmisen tapa suhtautua omaan itseensä, maailmaan ja toisiin kanssaihmiisiin. Voimavarat monipuolistuvat iän myötä. Voimavarojen tunnistaminen, toimivuus ja käyttäminen tuovat hallittavuuden tunnetta elämään. (Herrala, Kahrola, Sandström, 2008, 144–145.)

Useimmiten psykofyysiseen fysioterapiaan hakeudutaan silloin, kun keho reagoi psyykkiseen ongelmaan. Psykofyysinen fysioterapia on prosessi, jonka aikana potilas oppii havainnoimaan sekä tiedostamaan kuinka elämän eri vaiheet ja kokemukset ovat vaikuttaneet esimerkiksi lihasten jännittyneisyyteen tai keholliseen tapaan reagoida eri tilanteissa. Kehon kokemukset jäävät kehon muistiin ja näin ollen ne heijastuvat nykyhetken tapahtumiin ja kuormittavat ihmistä enemmän kuin tilanne vaatisi. (Kehonmieli, 2012.)

### 2.1.1 Ruumiinkuva ja kehotietoisuus

Kehonkuva on Paul Schilderin luoma käsite kokonaiskokemuksesta omasta persoonasta (Talvitie ym, 2006, 457). Kehonkuva muodostuu ihmisen omista havainnoista,

asenteista ja uskomuksista, jotka hän liittää omaan kehoonsa. Näin ollen ihminen luo käsityksiä omasta kehosta. Kehonkuvaan liittyy sisäisiä kokemuksia, mielikuvia, uskomuksia sekä asenteita omasta kehostaan. (Klemola, 2000.)

Kun ruumiinkuva kehittyy, alkaa ihminen silloin hahmottaa oman persoonallisuutensa piirteitä. Jotta ruumiintuntemus olisi hyvää, vaatii se myös ruumiinkuvan muotoutumista ja nämä usein kehittyvätkin rinnakkain. Ruumiinkuvan kautta ihminen hahmottaa sen missä asutaan ja eletään. Ruumiintuntemisen kautta löytyvät keinot ja tavat, joilla tämä asuminen ja eläminen suoritetaan jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä. Keho tallentaa muistiinsa erilaisiin kokemuksiin ja tilanteisiin liittyvät fyysiset reaktiot. Jokainen ihminen reagoi itselleen merkityksellisiin tilanteisiin yksilöllisesti. Ihmisillä on tapana toistaa itselleen tyypillisiä käyttäytymismalleja läpi elämänsä, ellei tapoja nosteta tietoiselle tasolle työstettäväksi. (Herrala ym. 2008, 32.)

*”Tiedostava tarkastelu ohjaa havainnoimaan itseä sisältä ja ulkoa päin ja ”piirtää” ihmiselle kehon rajat. Iho rajaa itsen sisäpuolelle ja muut ulkopuolelle. Ruumiin kokeminen kehona, omaksi, erilliseksi toisista, itsen ilmentäjäksi ja konkretisoijaksi viestii, miten ihminen suhtautuu itseensä ja kehoonsa (hyväksyminen - hyväksymättömyys). Selkeä, realistinen ja hyväksyvä käsitys itsestään ja omasta kehostaan vapauttaa ihmisen suuntaamaan huomionsa itsensä ulkopuolelle.” (Herrala ym. 2008, 35).*

Kehotietoisuus eli body awareness on syvemmälle ulottuvaa ja kokonaisvaltaisempaa itsensä tiedostamista, hahmottamista, ymmärtämistä sekä hallintaa. Tähän syväymmärryksen voimakkuuteen vaikuttaa yksilön elämäkokemukset sekä selviytymisstrategiat. Ruumiimme on biologinen ja fysiologinen kokonaisuus ja kehomme tuo esiin sen kuinka koemme sekä tunnemme ruumiimme. (Herrala ym. 2008, 31.) Kehotietoisuuden saavuttamiseksi ihmisen tulee saada sellainen käsitys, että hän on itse omien toimintojensa tuottaja. Siihen sisältyy oman tahdon tiedostaminen sekä käsitys kehon kuulumisesta itselle. Kehotietoisuutta voidaan lähestyä eri elinjärjestelmien kautta; psyykinen (ajatukset, tunteet, havainnot), motorinen (fyysisenä reaktiona tilanteeseen lihasjännitys, asentojen tai asentomallien muutos, rentoutuminen), autonominen, endokriininen ja immunologinen järjestelmä. (Herrala ym. 2008, 32.)

## 2.2 Body Awareness – terapian käyttö teini-ikäisten anoreksiapotilaiden kuntoutuksessa

Lundin yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin Body Awareness terapian tehokkuutta ruumiinkuvahäiriöiden hoidossa verrattuna perheterapiaan. Tutkimuksessa oli mukana 26 anoreksia nervosaa sairastavaa tyttöä, jotka kävivät perheterapiassa yhdessä perheensä kanssa. Tutkimushenkilöiden keski-ikä oli 14,2 vuotta ja sairauden keston keskiarvo oli 11,6 kk. Osa tutkimusjoukosta kävi ainoastaan perheterapiassa, kun taas osa kävi perheterapiassa sekä vastaanotti Body Awareness -terapiaa. Tutkimuksessa käytettiin otantamenetelmänä satunnaisotantaa. Potilaille suoritettiin tarvittavat kokeet/testit tutkimusprosessin alussa sekä kahden vuoden jälkeen seurannan vuoksi. Syömishäiriön oireiden arvioinnissa käytettiin Childrens' eating attitude test (Ch-EAT) -menetelmää sekä Eating Disorder Inventory (Edi-1)-kyselylomaketta. Kehonkuvahäiriöiden vaikeusaste tutkittiin visuaalisesti tutkimushenkilöiden arvioimalla omaa kehonkuvaansa. Oletuksena oli, että potilaat jotka saivat sekä perheterapiaa että Body Awareness - terapiaa paranisivat nopeammin kuin pelkkää perheterapiaa saaneet. (Wallin, U., Kronowall P. & Majewski M-L, 2000.)

### *Tutkimuksen kulku*

Tutkimuksen aikana 13 potilasta vastaanotti perheterapiaa ja Body Awareness - terapiaa, jonka ohjasi psykofyysisen koulutuksen käynyt fysioterapeutti. 13 potilasta vastaanotti ainoastaan perheterapiaa. Fysioterapeutti kiinnitti huomiota sekä verbaaliseen että nonverbaaliseen viestintään. Menetelminä käytettiin rentoutusharjoitteita, lihaskireyksen lievittämistä, aktivoivaa fysioterapiaa sekä ruumiinkuvan harjoittamista. Hoitokerroilla keskityttiin joko yksittäisiin metodeihin tai metodeita yhdisteltiin. Terapiakertojen määrä ei ollut vakioitu vaan niiden määrä annosteltiin potilaan tarpeen mukaan. Mittaukset suoritettiin hoidon alussa ja kahden vuoden seurantajakson jälkeen. (Wallin ym. 2000.)

Terapia toteutettiin avohoidossa ja jos potilas joutui laitoshoidon, perheterapiaa ja/tai Body Awareness - terapiaa jatkuivat laitoshoidossa. Potilaista 21 päättivät hoitonsa tähän seurantajaksoon. Kaksi potilaista jatkoi tätä kyseistä hoitomuotoa ja kolme potilasta jatkoi jotain toista hoitoa. (Wallin ym. 2000.)

### *Tulokset*

Perheterapiakäyntikertojen keskiarvo oli 25 kappaletta. Yhdeksän perheen potilaat saivat myös yksilöllisiä perheterapiakäyntejä, käyntien keskiarvo oli 21.8. Kolmetoista potilasta saivat Body Awareness - terapiaa ja näiden Body Awareness - terapiakäyntien keskiarvo oli 25. Kahdeksan potilasta joutui sairaalahoitoon tutkimusjakson aikana, neljä heistä oli Body Awareness - terapiaryhmästä. Keskimääräinen hoitoaika Body Awareness -ryhmäläisillä oli 54.3 päivää. Perheterapiaryhmässä keskimääräinen hoitoaika oli 50.0 päivää. Kaikkien potilaiden hoitokertojen määrä valittiin potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Wallin ym. 2000.)

Tutkimuksen tuloksena oli, että perheterapiaa sekä perheterapiaa ja Body Awareness - terapiaa saaneilla potilailla ei ollut eroavaisuuksia sairaudesta selviämisestä. Kuitenkin Body Awareness - terapiaa saaneet ja vääristyneestä ruumiinkuvasta kärsineet potilaat pystyivät Body Awareness - terapian avulla kehittämään omaa ruumiinkuvaansa paremmaksi. Tutkimuksen perusteella Body Awareness – terapiaa voidaan suositella anoreksiapotilaille terapiamenetelmäksi, sillä ruumiinkuvanhäiriöt ovat keskeinen ongelma sairaudessa. (Wallin ym. 2000.)

### 2.3 Liikunta hoitomuotona syömishäiriöissä

Exercise and Sport Sciences Reviews – lehdessä julkaistussa ”Can exercise treat eating disorders?” -artikkelissa arvioitiin kuusi eri tutkimusta, joissa oli tutkittu liikunnan käyttöä syömishäiriöiden hoitomuotona. Artikkelin on julkaistu tammikuussa 2008 ja sen ovat kirjoittaneet Heather Hausenblas, Brian Cook sekä Nickles Chittester.

Tutkimuksien avulla pyrittiin todistamaan, että liikunta hoitomuotona voi olla innovatiivinen, käytännöllinen ja laajalle leviävä hoitomuoto syömishäiriötä sairastaville potilaille, jotka ovat saaneet lääkärin luvan osallistua harjoitteluun. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuoda esille vahva ja järjestelmällinen todistus liikunnan positiivisesta vaikutuksesta syömishäiriöiselle. Tarkoituksena oli myös tuoda lisää tietoutta perinteiseen ajatteluun liikunnan vaikutuksesta syömishäiriöön. Tutkimuksen päähypoteesina

oli, että liikunnalla voi olla hyödyllisiä fyysisiä, psykologisia ja sosiaalisia vaikutuksia syömishäiriötä sairastavalle. (Hausenblas, H. Cook, B. & Chittester, N. 2008.)

Syömishäiriöiden hoidossa potilaiden liikuntamääriä yleensä rajoitetaan, vaikka sen terveysvaikutukset tiedostetaan. Aiemmissa liikunnan ja syömishäiriöiden välistä yhteyttä selvittävässä tutkimuksessa on keskitytty liikunnan sairautta ylläpitävään vaikutukseen eikä hoitavaan vaikutukseen. Tämän myötä unohdetaan, miten liikunnan määrää voidaan hallita tai lisätä riippuen syömishäiriön tilasta. (Hausenblas ym. 2008.)

Tutkimuksissa huomattiin, ettei liikuntakäyttäytymisellä ja syömishäiriöiden oireilla ole suoraa yhteyttä. Hausenblas ym. huomasivat omassa tutkimuksessaan, ettei liikuntariippuvuus toimi välittömänä päätekijänä liikuntakäyttäytymisen ja syömisen poikkeaman välillä. Näin ollen toisin kuin liikuntakäyttäytyminen itsessään, psykologinen motivaatio liikkumiseen syömishäiriöisillä on kriittinen ja merkittävä tekijä syömishäiriötä sairastavalla. (Hausenblas ym. 2008.)

Liikunnan käyttäminen hoitomuotona edellyttää turvallisen painoindeksin saavuttamisen. Potilaan alhainen paino voi vaikuttaa siihen, miksei liikuntaa ole otettu hoitomuodoksi. Suurikaan liikuntamäärä ei välttämättä ole este syömishäiriöpotilaan painon nostamisessa, kunhan ollaan tyytyväisiä jo saavutettuun painoon ja energiansaanti on tasapainossa liikunnan kanssa. Liikunta voi olla toteuttamiskelpoinen hoitomuoto, kun potilaan tila on lääketieteellisesti stabiiliksi todettu. (Hausenblas ym. 2008.)

Terveysliikunnan hyödyt ovat fysiologisia, psykologisia ja sosiaalisia. Syömishäiriöpotilailla liikunnasta voisi olla hyötyä mm. parantamaan heikentyneitä sosiaalisia taitoja ja käyttäytymistä. Terveysliikunnan kautta syömishäiriöpotilas voi parantaa itsetuntoaan, ruumiinkuvaansa ja mielialaansa sekä vähentää kehon jännityksiä ja negatiivisia kokemuksia ruumista, jotka toimivat laukaisevina tekijöinä oksentamiseen ja suoliston tyhjentämiseen. (Hausenblas ym. 2008.)

Tarkastellut tutkimukset havainnollistivat, kuinka vastavuoroinen liikunta vaikuttaa hyvinvointiin lisääntyneesti ja samaan aikaan myös pienentää syömishäiriöiden riskitekijöitä ja ylläpitäviä tekijöitä sekä niiden vaikutuksia. Päivitettyä tutkimusta varten

oli haettu helmikuuhun 2007 mennessä ilmestyneitä raportteja liikunnasta syömishäiriön hoitomuotona. Sanoja liikunta, fyysinen aktiivisuus, syömishäiriö, anorexia nervosa, bulimia nervosa, väliintulo, syömisen patologia haettiin tietokannoista, mm. Disertation Abstracts International, PubMed ja PsycINFO. Lähdeluettelon artikkelit, kirjat, ammattilehdet sekä kirjakappaleet käytiin läpi manuaalisesti. Myös kentällä työskenteleviin aktiivisiin tutkijoihin otettiin yhteyttä, jotta saataisiin mukaan tämän hetkistä tai vielä julkaisematonta tietoa. (Hausenblas ym. 2008.)

Artikkelissa tarkastelun alla olleet tutkimukset rajattiin käsittelemään liikunnan vaikutuksia syömishäiriöön. Kuvailevat tutkimukset ja ei-kliiniset - tutkimukset rajattiin ulkopuolelle. Tutkimuksissa myös syömishäiriön oireiden seuraukset (esim. painonputoaminen, mielihyvä) otettiin huomioon. Oireet luokiteltiin syömishäiriöiden riskitekijöihin ja ylläpitäviin tekijöihin. Neljä tutkimusta puolsivat liikunnan käyttöä hoitomuotona suoraan. Fyysiset hyödyt ilmenivät kehon koostumuksessa. Liikunta ei vaikuttanut painonnousuun anoreksiaa sairastavilla, kun taas bulimiaa sairastavilla painonputoamista ilmeni. Nämä tulokset haastavat vallitsevan käsityksen siitä, että alipainoisen naisen ei tulisi harrastaa mitään vaihtoehtoista liikuntamuotoa hoidon aikana. Myös psyykkisiä vaikutuksia ilmeni positiivisena ja tyytyväisenä suhtautumisena omaan kehoon, mielentilaan ja elämän laatuun. Esimerkiksi yhdessä tutkimusryhmässä huomattiin, että liikuntaohjelma vähensi halua laihtua, bulimian oireita, tyytymättömyyttä kehoonsa, enemmän kuin kognitiivisen käyttäytymisen ryhmässä käynti. (Hausenblas ym. 2008.)

Paljon tuloksia saaneet tutkimukset, jotka eivät tutkineet tulosten välisiä vuorovaikutussuhteita toisiinsa, voidaan sanoa kuvaileviksi ja ei-teoreettisiksi. Tutkimuksissa ei ole selvää, että psykologiset tulokset olivat fyysisen toiminnan tulosta. Tutkimusten luotettavuutta heikentävät pienet tutkimusryhmät, lyhyt harjoitusaika, lyhyet jälkiseurannat, epämääräinen tehtävänanto ja fyysisen kunnon arvioinnin puute. Tulevaisuuden tutkimusten tulisi tuottaa teoreettista tietoa liikunnan vaikutuksista syömishäiriöpotilaiden hoidossa. (Hausenblas ym. 2008.)

#### Tulevaisuudennäkymät

Suurin huolenaihe on tällä hetkellä tutkimusten puute. Perinteisesti tutkimukset ovat keskittyneet siihen, kuinka liikunta on voinut laukaista syömishäiriön ja kuinka liikunta



on ollut syömishäiriöisillä pakollista käyttäytymistä. Monet tutkijat ovat ennen usko-  
neet, että liikunta voi jopa aiheuttaa syömishäiriön. Tässä tutkimuksessa löydökset  
vihjaavat siihen, että nämä perinteiset ajatukset terveellisen liikunnan hyödyis-  
tä syömishäiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa on jätetty huomioimatta mahdollise-  
na hoitomuotona ja samalla se kontrolloi syömishäiriön tuomaa patologista tarvetta  
liikkua. (Hausenblas ym. 2008.)

#### Yhteenveto

Katsauksen perusteella syömishäiriöpotilaat voivat turvallisesti sitoutua harjoitusoh-  
jelmaan kuntoutuksen aikana. Osallistuminen voi lieventää hoitoon liittyviä oireita,  
vaikeuksia ja auttaa ahdistukseen. Terveyskäyttäytymisen, kuten kuntoilun, omaksu-  
minen voi antaa syömishäiriöpotilaalle lisääntyneen terveen omankuvan. Sen sijaan  
voiman ja kiinteytymisen vaikutukset sekä mahdollinen painon aleneminen voivat  
tuottaa hyödyllisen muutoksen ruumiinkuvassa. Syömishäiriöiden kroonisuus aiheut-  
taa kuitenkin sen, että hoito on kallista. Sen vuoksi tulisikin löytää hoitomalleja, jotka  
olisivat taloudellisia. Ennen kuin kuntoilumallia voidaan yleistää, tulisi löytää annos-  
vaste kuntoilulle ja löytää keino kuinka tavoittaa hoidosta  
vä potilasryhmä. (Hausenblas ym. 2008.)

Artikkelin perusteella anoreksiapotilaiden liikuntamääriä ei tulisi automaattisesti kiel-  
tää. Artikkelin puolsi liikunnan käyttöä ahdistuksen lieventäjänä. Jotta liikunta voitaisiin  
hyväksyä yleisesti myös anoreksiapotilaiden hoitomuodoksi ja osana kuntoutusta,  
tulisi tulevaisuudessa tuottaa runsaasti laadukkaita tutkimuksia aiheesta. Myös opin-  
näytetyötämme varten haastatellut fysioterapeutit käyttävät kuntosaliharjoittelua  
sekä liikunnanohjausta osana kuntoutusprosessia. Tärkeää on kuitenkin, että paino  
on turvallisissa rajoissa ja terveydentila sallii liikunnan.

#### 2.4 Syömishäiriöpotilaan kuntoutusmalleja Suomessa

Fysioterapeutti Jaana C. Uusi-Kokko (2009) on vertaillut psykofyysisen fysioterapian  
kehittämistehtävässään muutamien suomalaisten sairaaloiden syömishäiriöpotilaiden  
hoitokäytäntöjä ja kuntoutusprosessia. Tieto on kerätty Internet-lähteistä ja kuvauk-  
set kertovat syömishäiriöpotilaiden kuntoutuksesta yleensä, ei ainoastaan anorek-

siapotilaiden. Anoreksiapotilaiden fysioterapian määrä ja rasittavuus annostellaan potilaan voimavarojen ja painoindeksin mukaan.

Uusi-Kokon mukaan nykyisin psykiatriakeskuksessa toimivassa, entisessä Lapinlahden sairaalassa käytetään vaiheittaista syömishäiriötä sairastavan hoitomallia teoreettisena viitekehyksenä. Kuntoutuksessa käytetään kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä, joihin voidaan luokitella syömisen normalisoituminen, häiriintyneen syömiskäyttäytymiseen yhdistettävissä olevien laukaisevien tekijöiden käsittely ja syömishäiriötä ylläpitävien haitallisten ajatusten tutkiminen. Lisäksi kuntoutuksessa pidetään tärkeänä psykoedukaatiota, jossa potilaalle ja hänen lähiomaisilleen kerrotaan sairauden kuvasta, kuntoutusmuodoista sekä voimavarojen vaikutuksesta taudista selviytymiseen. Lapinlahden vaiheittaisessa hoitomallissa fysioterapiaa tarkastellaan vaiheittain. Eri vaiheita ovat ruumiinkuvan eheytyminen, rentoutumiskyvyn vahvistaminen ja liikuntatottumusten normalisoituminen.

Tampereen yliopistollisen sairaalan yleissairaalapsykiatrian vastuuyksikössä syömishäiriötä sairastavia hoidetaan yksikön poliklinikalla ja osastolla. Uusi-Kokko kuvaa kehittämistyössään syömishäiriöpotilaan hoitopolun alkavan 1-5 kerran poliklinikakäynnillä, joiden tarkoituksena on saada selville potilaan sen hetkinen tilanne ja tehdä suunnitelma jatkohoidosta. Polikliininen tutkimusjakso on ensisijaisesti tarkoitettu somaattisesti komplisoiduille potilaille. Tutkimusjakson tavoitteena on saada selville potilaan syömiskäyttäytyminen, hoitomotivaatio, lääkitys- ja konsultaatiotarve sekä potilaan elämäntilanteeseen liittyvät haasteet. Lisäksi jakson aikana potilaan paino ja luuntiheys mitataan ja kartoitetaan potilaan harrastama liikunnan määrä. Koska anoreksiapotilaan hoito on moniammatillista, työryhmään kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja, psykologi ja sosiaalityöntekijä, näiden lisäksi voidaan konsultoida myös sisätautilääkäreitä, ravitsemusterapeutteja ja mahdollisesti myös fysioterapeutteja. Fysioterapian tavoitteet ovat samat kuin Lapinlahden sairaalassa; ruumiinkuvan eheytyminen, rentoutumiskeinojen löytäminen sekä liikuntaedukaatio.

Uusi-Kokon mukaan osastolla hoidettavan potilaan hoitoprosessissa toimivat yhdessä potilaan kanssa psykiatrinen omahoitaja ja fysioterapeutti. Osastohoitojaksolla potilaalle tarjotaan tukea ja turvallinen ympäristö, jossa potilas voi kohdata tosiasiat sairaudestaan. Kuntoutujalle jakson aikana tärkeintä on saada toivoa parantumisesta ja tulevast, lisäksi potilaan on tärkeää kokea, että hän saa olla oma itsensä.

Viimeinen Uusi-Kokon kehittämistyössä tarkasteltu sairaala on Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alaisuudessa toimiva Moisio sairaala. Siellä on käytössä yli 18-vuotiaiden syömishäiriöisten hoitomalli, joka määrittelee sairaalan osastojen hoitolinjan. Osastohoidossa tavoitteena ovat syömiskäyttäytymisen normalisoituminen, lihasten joustavuuden ja nivelliikkuvuuksien ylläpitäminen tai joissain tapauksissa edistäminen sekä lihasmassan säilyttäminen tai lisääminen. Näiden ohella osastolla pyritään lisäämään luuston mineraalitiheyttä. Moisio sairaalassa fysioterapia toteutetaan lääkärin lähteen perusteella ja menetelmät valitaan potilaan voimavarojen sekä painoindeksin mukaan. Fysioterapian tavoitteiksi on asetettu luottamuksellinen vuorovaikutuksen syntyminen fysioterapeutin ja potilaan välille, ruumiinkuvan eheytyminen ja myönteisten ruumiintuntemusten tuottaminen. Lisäksi fysioterapian avulla pyritään edistämään potilaan rentoutumiskykyä, lisäämään itsetuntemusta ja vuorovaikutusta sekä normalisoimaan liikuntakäyttäytymistä. Menetelminä käytetään fysioterapeuttista tutkimista, ruumiintuntemus-, hengitys- ja rentoutusharjoituksia sekä terapeuttista harjoittelua. Syömishäiriöpotilaiden terapeuttinen harjoittelu pitää Moisio sairaalassa sisällään aineenvaihduntaa, verenkiertoa ja luustoa kuormittavaa harjoittelua, lihasvoimaharjoittelua, koordinaatiokykyä kehittävää harjoittelua sekä venyttelyä. Fysioterapia pitää sisällään myös liikunta- ja terveystieteellistä koulutusta.

Kaikissa sairaaloissa fysioterapian yhteisiksi tavoitteiksi voidaan katsoa ruumiinkuvan eheytyminen, liikuntatottumusten normalisoituminen sekä rentoutumiskeinojen löytäminen. Nämä tavoitteet ovat nähtävissä myös opinnäytetyön haastattelun tuloksissa. Kun fysioterapia keskittyy näihin osa-alueisiin, vaikutukset ovat potilaalle merkittäviä. Kun potilas löytää keinoja ahdistuksen purkamiseen rentoutuksen avulla, voi hän hallita ahdistusta myös itsenäisesti. Liikuntatottumusten normalisoitumisen kannalta fysioterapeutin ohjaus on suuressa roolissa ja fysioterapeutin tulee perustella kantansa tieteellisesti todennettuun tietoon.

## 2.5 Anoreksiapotilaan ohjaukseen liittyviä erityispiirteitä

Anoreksiapotilaiden kanssa työskennellessä on hyvä välttää voimakkaita kehollisia ilmaisuja. Esimerkiksi joissain rentoutus- tai kehonhahmotusharjoituksissa saatetaan käyttää ilmaisuja kuten painavat tai raskaat raajat. Koska anoreksiapotilaiden fysio-

rapiassa voidaan käyttää melkein mitä vain rentoutusmenetelmiä sekä kehonhahmotusharjoitteita painon ja voinnin sallimissa rajoissa, on tärkeää osata soveltaa harjoitteita tilanteiden mukaan.

Fysioterapiassa potilaan ohjaaminen on tärkeässä roolissa yhdessä potilaalle sopivien harjoitteiden kanssa. Verbaalisen eli sanallisen viestinnän lisäksi ohjaustilanteeseen liittyy oleellisesti myös nonverbaalinen viestintä. Nonverbaalinen viestintä tarkoittaa viestinnän sanatonta sisältöä, kuten ilmeitä, eleitä, kehonasentoja ja äänen eri sävyjä (Kielijelppi 2011). Nonverbaalinen viestintä potilaan ohjauksessa vaikuttaa potilaan ja terapeutin välisen vuorovaikutuksen muodostumiseen ja joko lisää tai vähentää potilaan motivaatiota. Fysioterapeutin työssä nonverbaaliseen viestintään tulee kiinnittää huomiota, sillä potilaan ja fysioterapeutin toimiva vuorovaikutussuhde saattaa luoda potilaalle lisämotivaatiota.

Nonverbaalinen vuorovaikutus on nähtävissä oleva osa vuorovaikutusta ja vastaanotettavissa oleva viestintätapa. Ensivaikutelmatilanteissa suurin merkitys on fyysisellä olemuksella. Lisäksi henkilö voi vaikuttaa hyvin paljon nonverbaalisella viestinnällään kanssakäymiseen esimerkiksi ilmaisemalla voimakkaita tunteita sanattomasti tai lähettämällä ristiriitaisia viestejä, joissa hänen puheensa ja eleensä eroavat toisistaan radikaalisti.

Sähköisessä äidinkielen viestintäoppaassa Kielijelmissä korostetaan, että nonverbaalista viestintää tulkittaessa tulee ymmärtää sen eri osa-alueet, jotta ei syntyisi mittavia väärintymmäryksiä. Näitä välttääkseen tulisi ottaa huomioon vuorovaikutustilanteen ympäristö ja konteksti, eri osapuolten väliset suhteet ja osapuolten persoonalliset ominaisuudet. Esimerkiksi fysioterapiassa potilaan nonverbaaliseen viestintään voi vaikuttaa vain hetkeä aiemmin tapahtunut ikävä tai iloinen tilanne, lääkitys ja sen sivuvaikutukset tai sairauden tuomat rajoitteet esimerkiksi ilmehdinnässä tai lihastonuksessa ylipäättään. Jotkut tilanteet eivät kaipaa sanoja, vaan tilannetta voi lukea aistien ja visuaalisen palautteen luoman energian avulla.

Nonverbaalisen viestinnän merkitys, tulkinta ja käyttö eri tilanteissa nousevat syvältä ihmisen mielen, alitajunnan ja tunteiden tiedostamattomista kerroksista. Näitä ovat tilanteet, joissa normaaliksi koettu hallittu käyttäytyminen tai viestintä ovat toissijaisia, kuten esimerkiksi potilaan kanssa eteen tuleva vaikea tai uhkaava tilanne. Tällöin

nonverbaalisen fyysisen viestinnän havaitseminen ja tulkinta nousevat merkittäviksi tekijöiksi tilanteen kasassa pitämiseksi. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 36-37.) Useasti näissä tilanteissa aistit muutenkin valpastuvat, jolloin ihminen nopeasti huomaa erilaiset vivahteet toisen ihmisen ilmeissä tai eleissä.

Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa nonverbaalinen viestintä on monissa tilanteissa jopa tärkeämpi merkkijärjestelmä kuin sanallinen eli verbaalinen viestintä. Kuten sanallinen viestintä, sanattoman viestinnän merkitykset ja käyttö opitaan varhaisesta iästä alkaen. Sanattomalla viestinnällä voidaan mm. säädellä vuorovaikutustilannetta, antaa palautetta, ilmaista tunteita, täydentää henkilökuvaa ja välittää osapuolille haluttuja viestejä. (Niemi ym. 2006, 32.) Nonverbaalinen viestintä korostuu kun sanoja ei enää löydy.

Sanaton viestintä on tilanteiden tulkitsemisen helpottamiseksi jaoteltu merkkijärjestelmiksi, joita ovat kinesiiikka eli kehon käyttö, liike, eleet, kasvot, läheisyys, etäisyys, puheen paralingvistiset piirteet eli miten joku asia sanotaan, äänensävy, rytmi, tauot, proksemiikka eli tilankäyttö, haptiikka eli koskettamalla viestiminen, fasilitointi, kro-nemiikka ajankäyttö tilanteessa, fyysinen olemus eli fysiikka sekä artefaktit joihin liittyy asusteet ja ulkoinen olemus (Kielijelppi 2012). Näiden merkkijärjestelmien kautta päästään käsiksi suuren kokonaisuuden pieniin osiin, joista voi myös tilanteen vaatiessa lähteä pala palalta purkamaan vyyhtiä hyvin niukasti kommunikoivan potilaan kohdalla.

Aivan kuten potilas, myös fysioterapeutti kommunikoi nonverbaalisesti. Omaa sanatonta viestimistä voi hallita ja opetella eri tilanteisiin sopiviksi (Klemi 1988, 103). Fysioterapeutin on tärkeää kyetä hillitsemään ja jopa peittämään tarvittaessa potilaan edessä normaalireaktioitaan esimerkiksi liikkuvuustuloksista tai tutkittaessa rankaa, jotta tilanne ei kärjistyisi tai vaikuttaisi potilaan hyvinvointiin tai toimintakykyyn negatiivisesti.

Fysioterapiassa haptiikalla eli kosketuksella on suuri merkitys yhdessä katsekontaktin kanssa. Katsekontaktin otto potilasta ohjatessa osoittaa, että fysioterapeutti on aidosti läsnä tilanteessa. Ystävällinen katse ja sitä tukeva kasvojen ilme sekä hymy viestittävät asiakkaalle hyväksyntää omana itsenään ja yksilöllisenä persoonana. Tämän lisäksi asiakas saa tukea vuorovaikutukseen ja luvan luopua mahdollisista negatiivisista tilannetta koskevista ennakoasenteista. (Niemi ym. 2006, 34.) Fysioterapian ohjaustilanteissa potilaan koskettaminen on luonnollista ja useimmiten välttämätöntä.

Kosketuksen avulla voidaan ohjata liikkeen suoritusta ja helpottaa oikean lihaksen aktivoitumista sekä luoda turvallisuuden tunnetta haastavissa tilanteissa ja rohkaista potilasta. On kuitenkin huomattava, että esimerkiksi mielenterveyspotilaat saattavat kokea kosketuksen epämiellyttävänä ja ahdistavana. Kiihtyneessä tilassa oleva aggressiivinen potilas saattaa provosoitua kosketuksesta entisestään, mikä taas saattaa johtaa vaaratilanteeseen. Hyvää ammattitaitoa onkin havainnoida potilaan käyttäytymistä ja kertoa potilaalle jo ennakkoon kosketuksesta. Jos potilas kuitenkin jostain syystä provosoituu, on haastavissa tilanteissa tärkeää pitää kädet näkyvillä ja välttää hymyilemistä, kulmakarvojen kohottamista, huulten pureskelua ja haukottelua (AVEKKI oppimateriaali 2011.)

Proksemiikalla tarkoitetaan yksilön tilan käyttöä. Jokaisella ihmisellä on oma henkilökohtainen tilansa, reviirinsä, jonka haluaa säilyttää ympärillään. Reviirin koko vaihtelee yksilöittäin ja vaihtelee tilanteiden mukaan. (Kielijelppi 2012.) Fysioterapian yksilöohjaustilanteissa ollaan usein lähellä potilasta, jopa intiimietäisyydellä. Tämä etäisyys sallitaan usein vain läheisille sekä terveydenhuollon ammattilaisille hoitotilanteissa. Jokainen potilas määrittää omat reviirirajansa itse ja siihen vaikuttaa vahvasti potilaan persoonallisuus, ikä ja muiden tilanteessa olevien rooli. (Niemi ym. 2006, 35.) Joissain tilanteissa potilaan lähelle meneminen on välttämätöntä ja tällöin fysioterapeutin tulee osata perustella toimintansa ammatillisesti. Toisaalta useimmat potilaat tietävät, että fysioterapiassa potilaan kosketus on normaalia ja sallivat intiimietäisyydelle tulemisen helpommin kuin muissa tilanteissa.

Fysioterapian ohjaustilanteen onnistumisen kannalta ei voida kieltää nonverbaalisen viestinnän osuutta. Kielteinen nonverbaalinen viestintä paljastaa potilaalle fysioterapeutin aidon asenteen ja vaikuttaa hoitosuhteen laatuun. Tämän vuoksi jokaisen fysioterapeutin tulisi tarkastella omaa nonverbaalista viestintäänsä ja ymmärtää sen vaikutus vuorovaikutuksessa. Fysioterapian tavoite on potilaan toimintakyvyn kehittäminen paremmaksi ja sen tulisi onnistua, vaikka potilaan ja fysioterapeutin kemia ei aina kohtaisikaan. Tunnistamalla nonverbaalisen viestinnän piirteitä, voi vaikuttaa itse siihen, mitä potilaalle viestittää. Onnistuneessa tilanteessa potilaalle välittyy tunne siitä, että hänet hyväksytään sellaisena kuin on ja hänen hyvinvointinsa on tärkeää.

## 2.6 Käytännön kokemuksia anoreksiapotilaiden fysioterapiasta

Halusimme tuoda opinnäytetyöhömmä myös aitoja kokemuksia käytännön työkentältä. Haastattelimme opinnäytetyötä varten kahta fysioterapeuttia Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueelta. He työskentelevät psykiatrisessa sairaalassa. Haastattelu tapahtui sähköpostin välityksellä viiden avoimen kysymyksen avulla kaikki tarpeelliset sopimukset huomioon ottaen. Valitsimme haastateltavat henkilöt, koska heillä on näkemystä hoitokäytännöistä anoreksiapotilaiden kuntoutuksessa.

Haastatelluistamme fysioterapeuteista toinen on työskennellyt osastohoidossa olevien anoreksiapotilaiden kanssa 4,5 vuoden ajan. Hän on suorittanut Basic Body Awareness -terapian koulutuksen johdanto-, ensimmäisen ja toisen osan. Hän on osallistunut Pohjois-Savon Sairaanhoitopiirin alueelliseen koulutukseen syömishäiriöistä sekä Suomen syömishäiriöyhdistyksen Keho ja syömishäiriöt -koulutukseen vuonna 2011. Hän on aloittanut psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot Tampereen ammattikorkeakoulussa ja hän aikoo jatkaa BBAT:ia kolmanteen ja neljänteen osioon.

Toinen haastattelemamme fysioterapeutti on työskennellyt anoreksiapotilaiden kanssa verrattain lyhyen aikaa, noin kolmen kuukauden ajan. Hän on suorittanut Basic Body Awareness -terapian koulutuksen vuonna 2009. Lisäksi hänellä on taustalla psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot vuodelta 2003 ja lyhytkursseja mm. Alexander-tekniikasta, Feldenkraisista, NLP Practitioner -terapiasta. Näiden ohella hän on suorittanut toiminnallisen ryhmätyömenetelmien toimipaikkakoulutuksen ja erilaisia fysioterapian menetelmäkursseja vuosien varrelta. Täydentäviä koulutuksia ovat myös PSYFY:n syysseminaarit vuonna 2010 (sisältönä mm. psykologinen trauma ja fysioterapia sekä psykomotorinen fysioterapia) ja vuonna 2011 (Hengitysseminaari), "Hengitystekniikat ja suggestiiviset menetelmät psyykkisen trauman ja pitkäaikaisen stressin hoidossa" vuonna 2011.

Fysioterapeutit tutkivat anoreksiapotilasta keskustelemalla, havainnoimalla, tutkimalla asentoa, liikkumista, ryhtiä, rentoutumista ja hengitystä. Lisäksi he saattavat käyttää menetelmänä potilaan oman kuvan piirtämistä, kehon jännittyneisyyspiirrosta, kehonkuvan värittämistä, potilaan itsensä katsomista peilistä sekä näistä havainnoista syntyvää keskustelua. Tutkimiseen voidaan käyttää joskus myös kehon mittasuhteiden arviointia, esimerkiksi reiden tai vyötärön ympärysmitta, jonka tarkoituksena on verrata potilaan omakuvaa todellisuuteen. Mittareina käytetään BARS-mittaria (Body

awareness rating scale) ja liikuntatottumusten kyselylomaketta. Kaikkia näitä tutkimuksia ei tehdä välttämättä kaikkien potilaiden kanssa vaan jokainen potilas tutkitaan ja arvioidaan yksilöllisesti.

Kyseisessä sairaalassa fysioterapia koostuu kehonhahmottamista sekä –hallintaa tukevista BBAT-harjoitteista ja myös kehonkuvaa sekä rentoutumista edistävästä harjoitteista. Erilaisina menetelminä fysioterapiassa käytetään pallohierontaa, erilaisia rentoutusmuotoja, kehon raajojen käsittelyä sekä paino- ja lämpöhoitoa. Terapeuttisina harjoitteina käytetään keskivartalon kontrollia sekä lihaksistoa kehittävää harjoittelua, joita ovat mm. jooga, pilates sekä tai chi- tyylliset harjoitteet. Myös jumppapalloa voidaan käyttää apuvälineenä terapiassa. Lisäksi terapiassa suositaan myös kuntosaliharjoittelua, lenkkeilyä potilaan tilan sen salliessa sekä liikunnanohjausta potilaan oman kiinnostuksen mukaan. Tavoitteena on turvallisesti kuntoa kehittävän liikukumistavan opetteleminen käytännössä. Tällä hetkellä fysioterapia toteutuu pääosin yksilöfysioterapiana, mutta tulevaisuudessa pyritään toteuttamaan enemmän myös ryhmämuotoista fysioterapiaa, jotta työntekijäresursseja saataisiin hyödynnettyä parhaiten. Myös osaamista Alexander- ja Feldenkrais –tekniikoista, NLP-sovelluksista esim. rentoutumisen mielikuvaharjoitteissa ja toiminnallisten ryhmätyömenetelmien sovelluksista on otettu mukaan yksilöterapiaan.

Fysioterapian keskeisimpinä tavoitteina on tukea potilaan kuntoutumista osana moniammatillista työryhmää. Tavoitteina on myös auttaa potilasta hyväksymään painon noustessa muuttuva kehonsa sekä realisoida potilaan oman kehon kokemista ja ohjata potilasta kuuntelemaan ja tunnistamaan kehoaan. Myös rentoutumisen opettelu, pakko-oireiden lievittyminen, tasapainon löytäminen ravitsemuksen ja liikunnan suhteen osastohoidon aikana ja turvallisen terveystoiminnan ohjaus osastohoidon jälkeiselle ajalle ovat myös tavoitteina fysioterapialle.



### 3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

#### 3.1 Tiedonhakuprosessi

Aloitimme tiedonhaun välittömästi opinnäytetyöprosessin alettua. Kehittämistyömme tavoitteena on tiedon lisääminen ja käyttäminen uusien sovellusten löytämiseksi fyysiatrian poliklinikalla. Työn tilaajat toivoivat tietoa fysioterapian sisällöstä niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Lisäksi he toivoivat tietoa siitä, onko olemassa tutkimustietoa aiheeseen liittyen. He toivoivat myös näkemystä käytännön työstä esimerkiksi haastattelun avulla. Tavoitteenamme oli vastata ainakin kysymyksiin anoreksiapotilaan fysioterapian sisällöstä sekä tuoda työhömmme käytännön näkökulma haastattelun avulla.

#### 3.2 Aineiston hakutulokset

Kyseisessä taulukossa kuvaamme saatuja hakutuloksia, kun käytimme aiheeseemme sopivia keskeisiä hakusanoja sekä suomeksi että englanniksi. Opinnäytetyössä käytettyjen muutaman tutkimuksen valitsemiseen vaikutti niiden luotettavuus ja tuoreus. Käytetyt tutkimukset valittiin sillä perusteella, että niissä yhdistyy fyysisen aktiivisuuden merkitys sekä psykofyysinen lähestymistapa anoreksiapotilaan kuntoutuksessa. Tärkeää oli myös haun rajoittaminen fysioterapiaan sekä syömishäiriöistä ainoastaan anoreksia nervosaan. Hyvin monessa hakutuloksessa käsiteltiin anoreksian puhkeamisenvaiheita ja syitä, joten nämä eivät olleet olennaisia työhömmme ja jätettiin huomioimatta.

Tutkimus on reliaabeli silloin, kun mittaukselliset tulokset ovat toistettavissa ja validi silloin, kun tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä, mitä on tarkoituskin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226). Molemmissa opinnäytetyössämme käytetyissä tutkimuksissa on saatu vastaus tutkimuskysymykseen, joten mielestämme tutkimus on tämän vuoksi luotettava. Molemmat tutkimukset ovat myös tehty 2000 -luvulla. Rajasimme ulos tutkimukset, jotka olivat julkaistu ennen 2000 -lukua. Taulukossa 1 näkyvät kaikki tiedonhaussa käytetyt tietokannat ja hakusanat.

Taulukko 1: Hakutulokset käytetyistä tietokannoista

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Käytetty
PubMed	anorexia nervosa and physiotherapy	38	1
PEDro	anorexia nervosa physiotherapy	0	0
PEDro	anorexia + fitness training	2	0
PEDro	anorexia nervosa	2	0
Scholar Google	anorexia nervosa + physiotherapy	4670	1
Aapeli-tietokanta	anoreksia	36	3
Aapeli-tietokanta	fysioterapia	171	1
Aapeli-tietokanta	syömishäiriö	4	1
Aapeli-tietokanta	anorexia nervosa	7	1
Cochrane library	anorexia nervosa	43	0
Cochrane library	anoreksia nervosa and physiotherapy	0	0

Vaikka PubMedistä löytyi 38 hakutulosta, käytimme työssämme ainoastaan yhtä tutkimusta. PEDrosta löytyneet yhteensä neljä hakutulosta eivät soveltuneet työhömmme, koska tutkimukset eivät täyttäneet luotettavan tutkimuksen kriteerejä. Scholar googlen kautta löytyi myös yksi tietopakettiimme viitekehukseen sopiva tutkimus.

### 3.3 Käytettyjen fysioterapiamenetelmien valinta

Käytettyjen fysioterapiamenetelmien valinnassa käytimme apuna sähköisestä haastattelusta, kirjallisuudesta sekä tutkimuksista saatuja tietoja. Koska näyttöön perustuvaa tietoa on vähän tarjolla, käytimme tietopaketin pohjana suomalaisten sairaaloiden hoitomalleja syömishäiriöpotilaiden hoidossa ja lisäksi rakensimme tietopakettia sähköisen haastattelun kautta.

Kuten muulloinkin fysioterapiassa, myös anoreksiapotilaan fysioterapiaan kuuluu olennaisena osana fyysinen tutkiminen tilanteen kartoittamiseksi. Käytimme työssämme Wilhelm Reichin teoriaa potilaan tutkimisesta. Vaikka Reichin teoria onkin peräisin jo 1900-luvun alkupuolelta, on se mielestämme edelleen käyttökelpoista. Siinä ihmistä tarkastellaan kokonaisvaltaisesti, mikä on olennainen osa psykofyysistä fysioterapiaa. Reichin teoriasta puuttuu ihmisen olemassa olevien voimavarojen käyttö kuntoutuksen apuna. Tämän vuoksi täydensimme näkökulmaamme nykyaikaisen psykofyysisen fysioterapian tiedoin, jossa ihmisen olemassa olevat voimavarat otetaan huomioon kuntoutuksessa. Asentomallien, hengityksen, nivelten toiminnan ja lihasten kireysasteen havainnoimisen ja tutkimisen avulla saadaan kokonaisvaltainen käsitys kehon toimintakyvystä (Monsen 1992, 22-23). Tutkimisessa saatujen tulosten avulla voidaan lähteä rakentamaan anoreksiapotilaan hoitopolkua ja valita sopivia harjoitteita rentoutuksesta kehonhahmotukseen tarpeen mukaan.

Rentoutus- ja mielikuvaharjoitteiden käyttäminen anoreksiapotilaan fysioterapiassa ovat hyviä ensiaskeleita kuntoutuksessa. Usein potilaiden alhainen painoindeksi sulkee pois fyysisen harjoittelun, joten rentoutusharjoitukset saattavat olla ainoita käytettävissä olevia keinoja fysioterapian toteuttamiseen. Laihuushäiriön tuomat fyysiset riskitekijät heikentyneestä raajojen verenkierrosta pyörtyilyyn, monimuotoisiin sydänongelmiin ja aineenvaihdunnan häiriöihin ovat erittäin vakavasti otettavia seurauksia ja tärkeitä ottaa huomioon suunniteltaessa turvallista terapiaa. Harjoitteet ovat helppo soveltaa sairaalaympäristöön ja voivat helpottaa potilasta sairaudesta ja pitkästä vuodelevosta johtuvan ahdistuksen lievittämisessä. Myös sähköpostitse tehdyn haastattelun kautta saimme arvokasta tietoa Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä työskentelevien fysioterapeuttien työskentelymuodoista ja tietoa tukemaan valitsemiamme menetelmiä. Kyky rentoutua on edellytys ruumiintuntemusharjoitteiden onnistu-neelle suorittamiselle. Näillä on suora yhteys toisiinsa.

Kehon kaikki toiminnot vaativat taustalleen hengityksen, eli prosessin, mikä vaikuttaa tiedostavalta tasolta asti fysiologis-kemialliseen tasoon saakka. Hengitystä ohjaa autonominen hermosto, mutta siihen voidaan vaikuttaa myös tahdonalaisesti, joten hengitys on kaksinkertaisen kontrollin alainen. (Monsen 1992, 25.) Hengitysharjoitteilla ja hengityksen yhdistämisellä rentoutusharjoitteisiin, voidaan siis edistää ren-

toutumista. Kuntoutuksessa tulee huomioida liikkumisen, hengityksen sekä asentojen nostamien tunteiden ja kokemusten merkitystä potilaalle.

Mielen ja ruumiin rentoutumisen ja hengityksen vapautumisen myötä on hyvä lähteä haastavampiin harjoituksiin, joita ovat muun muassa Feldenkrais –menetelmän mukaiset harjoitukset. Anoreksiapotilaan tarvetta ruumiintuntemuksen kasvattamiseen tukevat Feldenkrais –menetelmän harjoitteiden tavoitteet ovat havainnointikyvyn kehittyminen oman kehon liikkeisiin, ajatuksiin, aistimukseen ja tuntemuksiin. Mielestämme myös tärkeää on tiedostaa fysioterapeutin rooli näissä harjoitteissa, joissa fysioterapeutti ohjeistaa harjoitusten tekijää havaitsemaan näitä tuntemuksia omasta kehostaan. Menetelmässä lähdetään liikkeelle siis anoreksiapotilaan omista tuntemuksista välttämällä sairautta edistäviä tekijöitä. Basic Body Awareness -terapia sopii anoreksiapotilaiden ruumiinkuvahäiriöiden hoitamiseen, sillä harjoitteiden avulla pyritään lisäämään potilaan tietoisuutta omasta kehosta.

Meille luonnollisin lähestymistapa anoreksiapotilaan liikunnan annosteluun oli lähteä heijastamaan suosituksia normaaleihin liikuntasuorituksiin, esimerkiksi UKK:n liikuntapiirakkaan. Saavutettaessa turvallisen ja vaaditun painon ja fyysisen hyvinvoinnin kohentuessa liikunta on suositeltavaa ja olennainen osa anoreksiapotilaan fysioterapiaprosessia. Liikunnan fyysisen hyödyn lisäksi koimme tärkeäksi tuoda esille myös liikunnan psyykkiset vaikutukset ja eritoten niiden tärkeyden mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Näiden huomioiden kautta psykofyysisyys nousee vahvemmin esille työmme näkökulmana, kun potilas otetaan vastaan psykofyysisenä kokonaisuutena. Työhömmme valitut menetelmät tukevat ruumiinkuvan eheytymistä, ahdistuksen vähentämistä rentoutumisen kautta sekä normaalien liikuntatottumusten omaksumista.

## 4 ANOREKSIAPOTILAAN FYSIOTERAPIA

### 4.1 Fysioterapeuttinen tutkiminen anoreksiapotilaan hoidossa

Anoreksiapotilasta tutkittaessa mitataan mm. potilaan asentoa ja lihastonusta levossa ja liikkeessä, suhdetta alustaan ja keskilinjaan sekä hengitystä. Vaikka puhumme mittaamisesta, niin numeerisia mittauksia tulee välttää, jotta potilaan anorektista ajattelumallia ei vahvistettaisi. (Kaipainen ym. 2009, 5.)

#### 4.1.1 Fyysinen tutkiminen

Anoreksiapotilaan fyysisessä tutkimisessa voidaan käyttää pohjana esimerkiksi Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian mallia. Norjalainen psykomotorinen fysioterapia perustuu Reichin ajatukseen liittää kehoterapeuttinen lähestymistapa ihmisen psykiseen puoleen. Teoria perustuu ajatukseen, että ihmisen psyyke ja keho ovat erottamattomia ja niiden tunneperäisiä, psyykkisiä ja fyysisiä reaktioita ei voi selvästi erottaa toisistaan. Reichin teorian mukaan vaikeat lihasjännitykset kuuluvat järjestelmään, jolla ihminen tukahduttaa tunteitaan. (Talvitie ym. 2006, 272-273.) Psykomotorisen fysioterapian kehittäjänä pidetään norjalaista Monsenia (1992), joka on jatkanut Reichin jalanjäljissä. Psykomotorinen fysioterapia nojaa biomekaanisen kokonaisajattelun periaatteisiin. Tavoitteena on asennon ja hengityksen vapauttaminen, johon pyritään vaikuttamalla lihaksiin. Tärkeää on seurata jatkuvasti hoidon herättämiä hengitykseen ja tunteisiin liittyviä reaktioita. (Monsen 1992, 54.)

Reichin teorian mukaan vaikeutunut hengitys, lihasjännitys, tunneperäiset tilat ja ongelmat liittyvät aina toisiinsa ja näistä rakentuu psykomotorisen fysioterapian perinne. Neuroottinen puolustautuminen ja neuroottiset ratkaisuyritykset auttavat potilaita poistamaan ahdistusta. Reichin mukaan saattoi olla mahdollista, että psykologinen puolustautuminen heijastuu henkilön luonteeseen ja hänelle ominaisten tapojen muodostumiseen. (Monsen 1992, 22-23.) Roxendalin kehittämässä kehoterapiassa huomiota ei kiinnitetä niinkään ensisijaisesti lihasjännitykseen, vaan teorian mukaan lihasjännitykset laukeavat kun ruumisminnan eri ulottuvuudet saadaan toimimaan (Talvitie ym. 2006, 727).

Ihmisruumis jaetaan kahteen toiminnalliseen liikekeskukseen. (Immonen-Orpana 1995, 136–139.) Ylempi liikekeskus koostuu päästä, hartioista, rintakehästä ja yläraajoista. Ne edustavat kommunikaatiota ja tunteiden ilmaisua. Alempi liikekeskus koostuu lantiosta ja alaraajoista, joiden katsotaan edistävän voimaa, stabiliteettia ja liikumista. Ns. yhteinen liikekeskus, joka sijaitsee navan ja rintalastan välillä, edustaa ruumiin tasapainopistettä. Hengityksen tulee olla vapautunutta ilman tietoista pakottamista. Harjoituksissa potilasta ohjataan tiedostamaan, mihin ruumiinosiin hengitys aiheuttaa liikettä. Hengitykseen yhdistyneet liikkeet alkavat yhteisestä liikekeskuksesta, eivätkä rasita elimistöä. Jotta potilas voi hahmottaa ympäristöään, on hänen tunnettava ruumiinsa rajat. Ruumiinrajoja harjoitettaessa annetaan ärsykeitä näkö-, kuulo-, tunto-, ja liikeaisteille. Näin potilas saa toistuvia tuntemuksia ääriviivoista ja eri ruumiinosista. Harjoituksissa voidaan käyttää apuvälineitä, jos potilas ei voi koskettaa itseään tai ei siedä ulkopuolisen kosketusta. Liiallinen lihasjännitys viestii fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta jännityksestä ja voi myös tietyissä lihasryhmissä lisätä toisten lihasten heikkoutta. (Immonen-Orpana 1995, 136–139.)

Harjoituksissa huomioidaan kolme tasoa, joissa lihasjännitys voidaan nähdä: kyvyssä rentouttaa lihakset sekä suorittaa rentoutuneesti koordinoituja liikkeitä suurissa fyysisissä ponnistuksissa. Harjoitteiden aikana potilaalle annetaan mahdollisuus oman halunsa mukaan kertoa harjoitteiden synnyttämistä tunnereaktioista ja kokemuksista. Harjoituksissa pyritään optimaaliseen liikkumiseen ja luonnolliseen hengitykseen ohjaamalla potilasta tiedostamaan asento- ja liiketottumuksia, mutta huomioidaan myös potilaan yksilöllinen tapa liikkua ja käyttää ruumistaan. Kävelyyn, tasapainoon, hengitykseen, vuorovaikutukseen ja äänenkäyttöön kiinnitetään harjoituksissa erityistä huomiota. (Immonen-Orpana 1995, 136–139.)

Potilaan kehon asento heijastaa potilaan ratkaisukeinoja ongelmatilanteissa. Potilas siis fyysisesti torjuu asennon poikkeamilla hänessä itsessään olevia ominaisuuksia ja tunteita asentomuutoksilla. Tämän teorian mukaan potilas pyrkii fyysisesti estämään luonnollisia selviytymiskeinoja ja reagoiteja kokiessaan elämänkriisitilanteita. Tämä voi näkyä mm. lihaskireyksinä tai velttoutena. Reichin mukaan fyysisen arvioinnin tulisi sisältää seuraavat pääkohdat kehon asentojen arvioiminen pystyasennossa sekä makuulla, hengityksen arviointi pystyasennossa ja makuulla, kehon toimintakyvyn arvioiminen, lihaskireyksiä arvioiminen sekä havainnoida potilaan reaktioita tutkimis-

sen aikana. Näiden viiden kohdan pohjalta voidaan tehdä kokonaisarviointi tai niitä voidaan käyttää osana arviointia. Tätä tutkimusmenetelmää voi soveltaa tilanteiden sekä olosuhteiden mukaan. (Monsen 1992, 22-23.) Sekä Roxendalin kehittämässä kehoterapiassa, että Norjalaisessa psykomotorisessa fysioterapiassa pidetään tärkeänä pallean normaalia toimintaa hengityksen ohella koko kehon toiminnan kannalta. Vapaa hengitys on merkki toimivasta ruumisminästä. (Talvitie 2006, 271-272.)

#### 4.1.2 Asentomallien havainnoiminen fyysisessä tutkimisessa

Asennoksi voidaan määritellä tapa, jolla kehon eri osat sijoittuvat suhteessa toisiinsa. Asentoa voidaan kutsua hyväksi silloin, kun jokainen yksittäinen kehoa kantava jaoke toimii yllä olevan jaokkeen tukipintana. Kun nivelen rasitus on optimaalinen, voimme puhua oikeaoppisesta asennosta; tällöin nivel on keskiasennossa ja asennon ylläpitämiseen vaaditaan mahdollisimman vähän lihastyöskentelyä. Tämän lisäksi niveltä ympäröivissä lihaksissa on tasainen ja yhtenäinen tonus. Pystyasento on staattista toimintaa, johon kuuluvat ryhtiliikkeet eli posturaaliset heilahdukset jotka ovat tarpeellisia verenkierrolle sekä hengitykselle. Jos posturaaliset heilahdukset ovat vähäisiä, viittaa se liian ankaraan itsekontrolliin. Tutkittaessa ihmiskehoa on luotettavampaa verrata löydöksiä mahdollisimman optimaaliseen asentoon ja näin löytää mahdollisia poikkeamia asennosta. On huomattava, että ihmiskehoa tutkittaessa täysin täydellistä asentoa harvoin löytyy. Pelkotilat ja ahdistuneisuus voivat ilmetä säikähtämismallina eli ne voivat liittyä ulkoisiin tai sisäisiin uhkiin. Fyysisesti tämä ilmenee kyyristyneenä asentona. Kyseistä mallia kuvaa koukistajalihasten supistuminen, erityisesti vatsalihasten, sekä pidätetty hengitys. Tälle vastakohtana on ekstensio eli ojennusasento, jolloin kehon ojentajissa on korkea kireysaste. Tämä näkyy erityisesti selkälihaksissa sekä polvien ojentajissa. Ojennusmalli kuvaa henkilöä, joka pyrkii kokoamaan itsensä. Jäykkä asento voi siis olla joko fleksio- tai ekstensiomallinen tai sekoitus molempia. On olemassa myös veltto asentotyyppi, joka voi kuvata masennusta ja alistumista. Makuuasennossa henkilön antamat reaktiot viittaavat hänen kehittymismahdollisuuksiinsa ja joustavuuteen. Esimerkiksi seurataan muuttuvatko asennon erityispiirteet makuulle mentäessä. Muuntautumiskykyä osoittaa se, että makuuasennossa pystyy rentouttamaan esimerkiksi eteen työntyneet olkapäät. (Monsen 1992, 24-25.)

#### 4.1.3 Hengityksen vaikutus kehon toimintoihin

Hengitysliikkeen muodostumisessa pallealihaksella on keskeinen tehtävä. Hengitys alkaa rintakehän alipaineesta, kun kupera pallealihas oikenee. Hengitys lähtee palleasta leviten aaltomaisesti ylöspäin rintakehän suuntaan sekä alaspäin lantion suuntaan. Kun taas pallea ja muut sisäänhengityksen aikana venyneet lihakset ja osat rentoutuvat, tapahtuu uloshengitys passiivisesti ja automaattisesti. Spontaanin ja rentoutuneen hengityksen on pystyttävä kulkemaan vapaasti hengitysteiden läpi, jotta vaaditut toiminnot voidaan suorittaa. Tämä hengitysmuoto perustaa hyvän pohjan muuntautumiskyvylle sallien tunteiden näyttämisen ja kokemisen aidosti. Jos tämä luonnollinen toiminto estetään tahdonalaisesti tai tiedostamatta, pallean, rintakehää ympäröivien lihasten ja asentoa säätelevien lihasten jännitystä muutetaan. Hengitykseen voi heijastua epämiellyttävät kokemukset ja niiden torjuminen. Jos potilas ei uskalla vapauttaa hengitystään, voi rintakehä pysyvästi jäädä laajentuneeseen sisäänhengitysasentoon. Joskus rintakehän laskeutuminen ja rentoutuminen voi tuntua niin ahdistavalta, että potilas ei uskalla tehdä sitä. Tämä voi johtua hankalasta elämäntilanteesta tai vaikkapa pelosta ja ahdistuksesta. (Monsen 1992, 25- 26.)

Toinen tapa hengityksen sitomiseen Reichin mukaan on ilman painaminen ulos keuhkoista kylkiluuvälilihasten, vatsalihasten, leveän selkälihakseen ja nelikulmaisen lannehahaksen avulla. Tällöin potilas voi itse ohjata liikettä ja kääntää huomion pois epämiellyttävistä tunteista. Jos tämä hengitystapa jää pysyväksi, voi se vaikuttaa rintakehään joka on jatkuvasti uloshengitysasennossa. Tällöin kylkiluut ovat vinoasennossa ja pituusakseli on pidentynyt. Estyneen hengityksen vuoksi hapensaanti on vähäisempää ja tällä on taas suora biologinen vaikutus, koska se vähentää elimistön energiantuotantoa ja vireyttä. Spontaanin hengityksen tulisi pystyasennossa sijoittua keskiylävatsaan ja rintakehän alaosassa tulisi olla pieni myötäliike. Makuuasennossa normaali hengitys muuttuu vielä syvemmäksi, jolloin on nähtävissä ylöspäin suuntautunut liike rintakehässä ja tällöin koko hengitysaalto tulisi olla nähtävissä. Kaikki poikkeamat hengityksessä viittaavat hengityksen olevan jostain syystä estynyt. (Monsen 1992, 25- 26.)



#### 4.1.4 Nivelten toimintakyvyn merkitys ja tutkiminen

Nivelten passiivista liikettä tutkitaan toimintatesteillä. Passiivinen liikkuvuus on riippuvainen lihaksistossa vallitsevasta tonuksesta, eli lihasten kyvystä ojentua passiivisesti. Fyysisen tutkimisen yhteydessä kirjataan lihasten joustavuustaso, mutta tutkittaessa ei mitata liikkeen laajuutta. Toiminnan testauksella saadaan passiivisen liikkuvuuden lisäksi tietoa henkilön ominaisliikkeistä, lihasten aktiivisuudesta eli toimivuudesta ja rentoutumiskyvystä. Ominaisliike kertoo, miten kehon eri osat liikkuvat toisistaan riippumatta. Esimerkiksi etunojassa olevan potilaan ristiselän tulisi johtaa pään myötäilevään liikkeeseen. Ominaisliikkeen voi estää selän, niskan tai molempien kireys. Ominaisliike kertoo siis, miten liike leviää kehossa rytmisesti ja vapaasti tai saattaa olla liian voimakas tai täysin estynyt. Tämä kertoo potilaan velttoudesta tai vastaavasti liiallisesta kontrollista. Aktiivisuus passiivisten liikkeiden välittömänä seurauksena viestittää potilaan rentoutumiskyvystä, turvallisuuden kokemisesta ja luottamuksesta fysioterapeuttiin tämän suorittaessa liikkeitä. Passiivisia liikkeitä tutkittaessa potilas saattaa aktiivisesti ohjata liikettä, mikä voi heijastaa itsevarmaa tai kontrolloivaa käytöstä tai halua miellyttää. Arviointia tehdessä on tärkeää yrittää selvittää, mihin edellä mainittuun käyttöön tämä viittaa. (Monsen 1992, 27-28.)

#### 4.1.5 Lihasten kireysaste psyykkisten ominaisuuksien mittarina

Psikomotorisessa fysioterapiassa lihaksistoa mitattaessa käytetään käsitettä elastinen kireys. Lihasten kireysastetta tutkittaessa tutkitaan myös lihasten palpointherkkyys. Herkkyys lihasta painettaessa ei ole riippuvainen lihasten kireysasteesta, sillä usein kireät lihakset voivat olla tunnottomia. Vasta rentoutuessa voidaan lihaksessa tuntea kipua. Tällöin kipu ja herkkyys ovat myönteisiä ilmiöitä, koska ne osoittavat rentoutumista ja muutosta potilaan kehossa. Kun lihaksisto kehittyy kireästä normaalin jännityksen omaavaksi, kertoo tämä siitä, että potilas kykenee saavuttamaan paremman yhteyden omiin tunteisiinsa sekä sisäistämään ne omakuvaansa. Lihaskireyksien eri asteita ovat erittäin voimakas kireys, voimakas kireys, vähäinen kireys ja erittäin vähäinen vastus. Mittarina on esimerkiksi rekisteröinti lihaksen vastapaineesta vatsalihaksia painettaessa vaakasuoraan. Kaikki nämä lihaskireyksien eri asteet voivat ilmentyä sekä surkastuneessa lihaksistossa että hyvin treenatuissa lihaksissa. Kireys ei täten ole välttämättä riippuvainen fyysisestä aktiivisuudesta, vaan se näyttää kerto-

van psyykkisen puolustautumisvalmiuden asteesta. Yleistäen voi sanoa, että joustavaa puolustusta edustaa lihaksisto jossa on keskikireitä sekä erittäin kireitä alueita. Tällaisessa lihaksistossa voi olla myös velttoja lihaksia. (Monsen 1992, 28-29.)

Pääperiaatteena on, että fyysinen tutkiminen aloitetaan aina ihmisen perustasta eli jaloista ja kehoa rakennetaan alhaalta ylös, omilla jaloilla seisominen on edellytys vakaan perustan luomisella. Jokaisessa hoidossa keskitytään koko kehoon, jotta saadaan aikaan sopiva lihasjännitys ja –tasapaino. (Monsen 1992, 28-29.)

Reichin menetelmässä käytetään sekä passiivisia että aktiivisia liikkeitä ja myös hierontaa. Menetelmällä pyritään ratkaisemaan ja aktivoimaan ihmisen luonnollista tarvetta liikkua. Hyvä kehontuntemus vaikuttaa itsetuntoon ja itsensä kokemiseen positiivisesti. Tätä menetelmää suositellaan käytettäväksi lähinnä kehon jäykkyyden sekä lihaskipujen hoidossa. (Talvitie ym. 2006, 274.)

## 4.2 Anoreksiapotilaan terapeuttinen harjoittelu

### 4.2.1 Rentoutuminen terapeuttisena harjoitteluna

Rentoutuminen on hyvä keino vaimentamaan elimistössä mahdollisesti syntyneitä taistele tai pakene – reaktiota. (Terveyskirjasto, 2009). Rentoutumisen voidaan sanoa olevan ihmisruumiin omien, tasapainottavien ja terveyttä säilyttävien reaktioiden elvyttämistä, vahvistamista tai säilyttämistä. Tutkimuksilla on todistettu, että rentoutus vähentää sympaattisen hermoston ärtyvyyttä. Täten se vaikuttaa erityisesti pitkäaikaisen stressin aiheuttamiin oireisiin. Rentoutumisen tavoitteena on mielen ja ruumiin tasapainon saavuttaminen eri tilanteissa. (Herrala ym. 2008, 169.) Säännöllisillä rentoutusharjoituksilla voidaan vähentää ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta sekä auttaa selviytymään stressitilanteissa (Terveyskirjasto, 2009).

Rentoutusmenetelminä voidaan käyttää mm. progressiivista rentoutusmenetelmää sekä autogeenistä rentoutusmenetelmää. Kyky rentoutua on suuri edistysaskel ruumiinkuvan realisoitumiselle tai siihen tähtäävälle kuntoutukselle. Sähköisen haastattelun perusteella tuli ilmi erilaisia rentoutumisen keinoja, joita käytetään kyseisessä

sairaalassa. Näitä menetelmiä ovat mm. pallohieronta sekä erilaiset paino- ja lämpöhoidot.

Progressiivisessa rentoutuksessa tavoitteen on rentoutuminen ja jännitysten tiedostaminen kehossa. Tätä voidaan harjoitella lihasten vuorottaisella jännityksellä ja rentoutuksella. Autogeenisessä rentoutuksessa rentoutumisen lisäksi tavoitteena on parempi itsetuntemus, johon pyritään suggestiivisen rentoutuksen avulla. (Talvitie ym. 2006, 275.)

#### 4.2.2 Roxendalin kehittämä kehoterapia

Erikoislääkintävoimistelija, psykoterapeutti ja lääketieteen tohtori Gertrud Roxendal alkoi 1970 -luvulla systemaattisesti kehittää basic body awareness –terapiaa (BBAT), jota aluksi käytettiin psykiatrian parissa. Myöhemmin BBAT havaittiin kliinisesti vaikuttavaksi mm. skitsofrenian ja masennuksen hoidossa sekä kipukuntoutuksessa. BBAT:illa on tutkittu olevan positiivisia vaikutuksia myös syömishäiriöiden hoidossa. (BBAT- studio, 2011.) Roxendal kutsuu psykofyysistä fysioterapiaa kokonaisvaltaiseksi fysioterapiaksi, jonka tärkeimpänä osa-alueena on ruumiintuntemus. BBAT:n tavoitteena on ruumiintuntemuksen ja -tietoisuuden lisääntyminen kehonhallinnan ja itsetuntemuksen kautta. Ruumiinhallinnalla pyritään kehittämään kykyä ohjata ryhtiä, liikkeitä ja lihasten jännitystä. (Talvitie ym. 2006, 267-270.)

Roxendalin mukaan fysioterapeutin tulee hallita fysioterapeuttinen tutkiminen, fyysisen suorituskyvyn arviointi, kivun tutkiminen, lihasjännityksen arviointi, ruumiintuntemuksen arviointi sekä ruumiinkuvan arviointi. (Immonen-Orpana. 1995, 136–138.) Ruumiintuntemusharjoitteiden tavoitteita ovat Roxendalin mukaan perusvaiheessa potilaan omaan ruumiiseen kohdistuvan tietoisuuden lisääntyminen sekä ruumiinhallinnan lisääntyminen. Perusvaiheessa tavoitteena on myös ruumiinkuvan eheytyminen sekä ruumiin epäedullisen käytön aiheuttamien oireiden lievittyminen. Edistyneessä terapiassa pyritään lisäämään tietoisuutta liikemalleista, joihin pyritään löytämään oma persoonallinen tyyli. Nonverbaalista kommunikointia pyritään parantamaan sekä motivoimaan potilasta liikkumiseen.

Roxendalin mukaan ruumiintuntemusharjoitusten perusvaiheessa muodostetaan suhde alustaan, sillä turvallinen kontakti alustaan on tasapainon ja rentoutumisen edelly-

tys. Kaikissa liikkeissä tarvitaan hyvään koordinaatioon tasapainoa ja rentoutuneisuutta. Potilas saa kokemuksia ruumiin painosta eri asennoissa kiinnittämällä hänen huomionsa kontaktipintaan. Kun ruumis on tasapainoisessa asennossa, sijoittuu se keskiviivan eli luotisuoran ympärille. Asentovirheiksi todetaan poikkeamat keskiviivasta. Näistä asentovirheistä voi aiheutua tasapaino-ongelmia, lihasjännitystä, erinäisiä kiputiloja ja nivelten kulumista. (Immonen-Orpana 1995, 136–138.)

#### 4.2.3 Feldenkrais-menetelmä terapeuttisena harjoitteluna

Feldenkrais-menetelmä on saanut nimensä israelilaisen tiedemiehen, Moshe Feldenkraisin (1904-1984) mukaan. Hän työskenteli ydinfyysikkona Pariisissa, jolloin hän kehitti elektronisen valvontamenetelmän sukellusveneille. Hän kuitenkin loukkasi polvensa jalkapalloa pelatessa ja sai kuulla leikkauksella olevan 50 %:n mahdollisuus parantaa polvi. Tämän vuoksi hän rupesi opiskelemaan anatomiaa, fysiologiaa ja liikeoppia sekä yhdisteli näitä teoretietoja mekaniikkaan, fysiikkaan, kamppailulajeihin sekä insinööritaitoihin. Näillä taidoilla hän sai polvensa toiminnan melkein ennalleen. Tästä innostuneena hän tutki koko elinikänsä loppuun saakka ihmisen toimintaa ja kehitystä. Näin kehittyi Feldenkrais-menetelmä. 1970 -luvulta tohtori Feldenkrais opetti menetelmäänsä useissa eri maissa. (Wildman 2009, 7.)

Feldenkrais-menetelmän päätavoitteena on saada kehon häiriintynyt tai menetetty koordinaatio palautumaan. Harjoitus aloitetaan usein pienestä liikkeestä, jota kehitetään useiden toistojen aikana niin, että lopulta mukana on koko keho. Tarkoituksena on, että potilas pystyy havainnoimaan itsensä ja tekemään harjoitusta itsenäisesti tarvittavat muutokset huomioiden. (Talvitie ym. 2006, 277.) Menetelmän avulla voi tutkia omia perustoimintoja tarkkailemalla kehonsa liikkeitä ja niihin liittyviä ajatuksia, aistimuksia sekä tuntemuksia niitä tietoisesti. Kyseisessä menetelmässä harjoitusten suorittajaa ohjataan havaitsemaan yhä pienempiä eroja omissa tuntemuksissa sekä liikkeen suorittamisessa. Menetelmässä ei ole tärkeää miten suuren liikkeen potilas pystyy tekemään, vaan se millä tavoin keho saa liikkeen aikaan ja mikä helpottaa liikkeen suorittamista. Liikkumisen tulisi olla kevyttä ja vaivatonta. (Wildman 2009, 5.)

Menetelmä on kehollinen oppimismenetelmä ja sen tarkoituksena on lisätä ruumiintuntemusta sekä kehonhallintaa ja syventää tietoisuutta (Suomen Feldenkraisyhdistys ry.) Harjoitteina voidaan käyttää esimerkiksi kierimistä, jossa keskitytään jokaiseen vaiheeseen toistaen se useaan kertaan ja kiinnitetään huomiota ruumiintuntemuksiin. (Wildman 2009, 163-164.) Toinen esimerkki Feldenkrais-harjoitteesta on kehon skannaus -harjoitus, jossa tavoitteena on lievittää jännittyneisyyttä ilman mitään liikettä. Harjoituksissa keskitytään ruumiintuntemusten tarkasteluun. Harjoitus tehdään selinmakuulla ikään kuin skannaten ruumis läpi vaihe vaiheelta. (Wildman 2009, 64-67.)

#### 4.2.4 Muut terapeuttisen harjoittelun menetelmät

Sähköisessä haastattelussa saadun tiedon perusteella anoreksiapotilaan fysioterapiassa terapeuttisina menetelminä voidaan käyttää myös jooga-, pilates- sekä tai chyyllisiä harjoitteita. Menetelminä voidaan käyttää myös pallohierontaa, kehon raajojen käsittelyä sekä paine- ja lämpöhoitoja.

#### 4.3 Liikunnan huomioiminen anoreksiapotilaan kuntoutuksessa

Koska anoreksiapotilaiden mielikuva terveellisestä liikunnasta on usein vääristynyt, on fysioterapeutin tärkeää ohjata sopiviin, terveyttä edistäviin liikuntamääriin. Yli 18-vuotiaiden potilaiden liikunnan annostelussa voidaan käyttää esimerkiksi liikuntapiirakkaa, joka kiteyttää viikoittaiset terveyslääkärin suositukset (UKK-instituutti, 2012).

Sopivia liikuntamuotoja kestävyyskunnan harjoittamiseksi ovat esimerkiksi kävely, pyöräily, sauvakävely sekä raskaat kotityöt. Tottunut liikkija tarvitsee hieman rasittavampaa liikuntaa, jotta kunto kohenisi. Näitä lajeja ovat esimerkiksi uinti, vesijuoksu, nopea pyöräily, juoksu, aerobic sekä vauhdikkaat maila- ja pallopelit. Liikuntapiirakka on tarkoitettu ainoastaan terveille, ei aliravitsemustilassa olevalle. Mallia voi kuitenkin käyttää hyödyksi havainnollistaessa sitä, miten liikuntaa säännöstellään.

Kestävyysliikunta tulisi jaksaa vähintään kolmelle päivälle viikossa, jotta se olisi säännöllistä ja vaikuttavaa. Tämän lisäksi viikossa tulisi olla kaksi kertaa lihaskuntoa kohentavaa ja liikehallintaa kehittävää liikuntaa. Tätä voi toteuttaa mm. kuntosalihar-

joittelulla. Tanssiliikunta sekä esimerkiksi pallopelit kehittävät tasapainoa sekä liikehallintaa. Säännöllinen venyttely auttaa liikkuvuuden ylläpitämisessä. (UKK-instituutti, 2012.)

Anoreksiapotilaan hoidossa liikunta on hyvin läheisesti yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin. Ihminen on psyykkisesti hyvinvoiva, kun hän on terve, tulee toimeen läheistensä ja muiden ihmisten kanssa, jaksaa tehdä työtä sekä suhtautuu positiivisesti itseensä ja tulevaisuuteensa (Ojanen, 1995. 9.) Liikunnan vaikutukset voivat olla fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia. Liikunnan psykososiaalisiksi vaikutuksiksi lasketaan hallinnan kokemus. Liikunta voi antaa kokemuksen oman kehonsa hallinnasta ja irrottaa ihmisen arkisista ajatuksista ja huolista. Koska liikunta on fyysisesti/ psyykkisesti niin vaativaa, että sen aikana ei tule ajateltua arkisia ongelmia. (Ojanen, 1995. 19-20.)

#### 4.4 Sopivan liikuntamäärän annosteleminen

Anoreksiapotilaat liikkuvat usein pakonomaisesti. Liikunnan avulla anoreksiapotilaat saattavat myös pyrkiä hallitsemaan voimakkaita tunteita, joiden käsittelyyn ei löydy muita tapoja. Liikunnan määrän kohtuullistaminen varsinkin avohoidossa hoidettavien potilaiden kohdalla on tärkeää, sillä liian vähän energiaa ja ravintoaineita saava elimistö käyttää energianlähteenä omia lihaksiaan. Myös sydämen lihasmassa ja kammion koko pienenevät ja fyysinen kunto laskee lihaskunnan heikentyessä. Anoreksiapotilaat laiminlyövät usein myös oleellisen terveyden osatekijän eli levon. Siinä vaiheessa, kun anoreksiapotilaan paino nousee, hän voi tuntea tarvetta lisätä liikuntaa. Sopivaa liikuntamäärää suunniteltaessa voi anoreksiapotilas muistella liikuntamääriä, joita hän liikkui ennen sairastumista. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 137-138.)

Joskus painon lisäämisvaiheessa oleva potilas voi pyrkiä rakentamaan kuntosaliharjoittelulla lihaksia, jotta suurin osa uudesta painosta olisi lihasta. He ajattelevat väärin, että kuntosaliharjoittelu tuo lisäpainoa lisääntyneen lihasmassan muodossa, jonka seurauksena he jättävät jopa syömättä. Lihaksisto kehittyy kuitenkin vain, kun elimistö saa tarpeeksi energiaa. Suurin haaste anoreksiapotilaan fysioterapiassa on liikunnan rajoittaminen. Tässä myös läheisillä on suuri rooli. Anoreksiaa sairastava

pyrkii liikkumaan tilanteessa kuin tilanteessa vaikka salaa. Toisinaan potilas on jopa helpottunut, kun häntä kehoitetaan rajoittamaan liikkumista. Monet anoreksiapotilaat tuntevat fyysisen ja psyykkisen hyvinvointinsa edellyttävän säännöllistä liikuntaa. Motiivina liikunnan vähentämiseksi voi toimia se, että tavoitellaan sellaista painoa ja terveydentilaa, jossa potilas jaksaa harrastaa liikuntaa ja pystyy kehittymään siinä. Kannustaessa anoreksiapotilasta liikunnan vähentämiseen viestin tulee tulla monelta eri taholta, kuten lääkäriltä, hoitajilta ja fysioterapeutilta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 137–138).

Koska anoreksiapotilaalla on suuri luukatoriski, ei sopivan liikuntamäärän määrittäminen ole täysin yksiselitteistä. Luusto voi haurastua jo muutaman kuukauden sisällä sairastumisesta merkittävästi. Kohtuullinen liikunta vahvistaa todistetusti luustoa, mutta pitkäkestoinen ja rasittava liikunta taas voi haurastuttaa jo entisestään haurastunutta luustoa ja seurauksena voi olla rasitusmurtumia. Tytöillä osteoporoosiriskiä viittaa kuukautisten poisjääminen. Luuntiheysmittauksen tuloksen perusteella voidaan määrittää anoreksiapotilaalle sopiva liikuntamäärä. Keskeisin hoito anoreksian aiheuttamassa osteoporoosissa on painonlisääminen. (Keski-Rahkonen, ym. 2008, 139.)

Liikuntaa on yleensä pakko rajata, jotta anoreksiapotilaan paino nousisi turvallisesti vaaditulle tasolle. Liikuntamäärät määritellään yksilöllisesti ja tällöin on otettava huomioon potilaan paino, painon lisäämistavoite, fyysinen vointi, luuston kunto, suolanestetasapaino häiriöiden ja muiden komplikaatioiden riski. Jos potilaalla on elektrolyytitasapainon häiriöitä uloste- tai nesteentulo- tai nesteenpoistolääkkeiden väärinkäytöstä johtuen tai oksentelusta johtuen voi kohtuullinenkin liikunta olla vaaraksi. (Keski-Rahkonen, ym. 2008, 139.)

Keski-Rahkosen (2008) mukaan osastohoidossa olevan anoreksiapotilaan liikuntaa joudutaan usein rajoittamaan, jotta hänen energiankulutuksensa saataisiin minimoitua ja fyysiset komplikaatiot estettyä. Hoito voi edellyttää vuodelepoa, jos potilaalla on hyvin pieni painoindeksi ja fyysisiä oireita. Osteoporoosin etenemisen välttämiseksi, anoreksiapotilaille sallitaan liikunta heti, kun kunto antaa myöten - ensin osastolla ja sitten myös ulkona. Liikunta voidaan aloittaa noin 30- 40 minuutin ulkoilulla yhdessä hoitajan seurassa. Liikkumista lisätään asteittain painon noustessa ennalta sovituil-

le rajoille. Raskas liikunta on kielletty niin kauan, kunnes potilaan painoindeksi on yli 17,5 kg/m<sup>2</sup> naisilla ja miehillä yli 19 kg/m<sup>2</sup>. (Keski-Rahkonen 2008, 140.)

Painon lisääntyessä kohtuullinen liikunta voi auttaa anoreksiapotilasta hyväksymään uuden ulkomuotonsa. Liikunta tuo tällöin hyvää oloa ja antaa keinon rentoutua, vahvistaa ruumista sekä parantaa kuntoa toipumisen ohessa. Toipumisvaiheessa suositeltuja lajeja ovat uinti, vesijumppa, jooga, tai chi ja tanssi, jotka auttavat hahmottamaan omaa kehoa. Liikunta on tärkeää myös sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden luomisessa, tähän tarkoitukseen joukkuelajit ovat mitä parhaimpia. Anoreksiapotilaan hoidossa on oltava tarkkana, ettei liikunta pääse karkaamaan sairaallosiin määriin, vaan sitä tehdään aidon ilon vuoksi. (Keski-Rahkonen 2008, 140.)



## 5 POHDINTA

### 5.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön aiheen saaminen tapahtui koulun kautta. Työn alulle saamiseksi solمیمme ohjaus- ja hankkeistamissopimuksen Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa. Tarvittavien sopimusten laatiminen on osa tutkimusprosessia, mutta se varmistaa myös opinnäytetyön eettisyyden. Kävimme myös paikan päällä keskustelemassa ja sopimassa opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista. Anoinimme tutkimusluvan fysioterapeuttien haastatteluun henkilöstöjohtaja Pekka Poikolaiselta ja hän puolsi sitä sähköpostitse. Olemme saaneet myös luvan ylihoitaja Kaisa Haataiselta fysioterapeuttien haastatteluun. Potilaiden kanssa suorassa kontaktissa emme opinnäytetyön tiimoilta olleet missään vaiheessa.

Fysioterapeutin ammattietiikan toteutuminen näkyi muun muassa turvallisia ja asiakaan kuuluvia harjoitusmenetelmiä valitessamme. Olemme tehneet opinnäytetyömme rehellisyyttä ja huolellisuutta noudattaen. Koska näyttöön perustuvaa tietoa ei ollut olemassa, pohjasimme valitsemat menetelmämme yleisiin Suomessa käytettyihin hoitokäytäntöihin. Opinnäytetyön eettisyyden ja omien eettisten työskentelymuotojen pohtiminen kulkivat työskentelyn vierellä prosessin ajan ja nousseet vahvemmin esille opinnäytetyön viimeistelyvaiheessa. Oman eettisen toiminnan kehittäminen on kuitenkin elinikäinen prosessi, joka fysioterapeutin tulee tiedostaa. Opinnäytetyömme on käytetty plagiointitunnistusverkkopalvelu Urkundin tarkastuksessa.

### 5.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi ja jatkokehitysajat

Opinnäytetyön teko on ollut antoisa prosessi, joka opetti paljon. Työn tekeminen koostui teorian tietoon perehtymisestä, tutkimustietoon ja tutkimusmenetelmiin tutustumisesta, opinnäytetyöhön liittyvien pajojen käymisestä sekä varsinaisesta kirjoitustyöstä. Kirjallisuustietoon tutustuessamme jouduimme pohtimaan esimerkiksi tutkimuksen luotettavuuden arviointia, ja sitä, miten toimia, jos käytettävää tietoa ei ylipäätään löydy tarpeeksi. Tiedonhaussa yllätyimme, että fysioterapian PEDro – tietokannasta löytyy ainoastaan kaksi anorexia nervosa –aiheista tutkimusta ottaen huomioon fysioterapian tärkeyden kuntoutuksessa.

Swot-analyysissa sisäisiksi vahvuuksiksi asettamamme hyvä motivaatio ja ryhmähenki ovat toteutuneet tässä opinnäytetyöprosessissa. Sisäiset heikkoudet eli ajoittainen väsymys ja tästä johtuva keskittymiskyvyn puute eivät ole olleet onneksi olleet suuressa roolissa opinnäytetyöprosessin aikana. Työn viimeistelyprosessi ei sujunutkaan aivan kuten olimme suunnitelleet, vaan viime hetken muutoksia tuli paljon. Tämä laski motivaatiotasoa hetkellisesti, mutta ryhmätyöskentelyn avulla jaksomme loppuun asti. Koko työn tekemisen aikana olemme kuitenkin onnistuneet säilyttämään positiivisen ryhmähengen ja pystyneet jakamaan työmäärää tasapuolisesti. Yhdenmukaistaminen kirjoittamisvaiheessa on myös sujunut mutkitta, vaikka aluksi kolmen kirjoitustyylin yhdistäminen kuulosti haastavalta. Ulkoiset uhat eli mahdolliset sairastumiset sekä aikataulujen yhteensovittamiset eivät ole olleet ongelma työmme etenemiselle. Aikataulut saimme hyvin sovitettua yhteen, sillä opinnäytetyön tekemiselle oli varattu aikaa lukujärjestykseen muiden kurssien ohelle.

Työn kokonaisuutta hahmottamaan ovat auttaneet anoreksia nervosan liittyvät käsitteet ja valitsemamme vahva psykofyysinen näkökulma fysioterapiaan ja erityisesti niiden välisen yhteyden ymmärtäminen. Anoreksia nervosa sairautena vaikuttaa laajasti toimintakykyyn, mutta fysioterapian osuutta sairauden hoitoon ei ole tarkasti määritelty. Tämän vuoksi yleisen tiedon yhdistäminen fysioterapiaan harjoitteiden kautta oli haastavaa, mutta mielekästä. Uusien käsitteiden sisäistäminen ja erottaminen toisistaan toivat myös haasteita, koska ne sivuavat kovin paljon toisiaan ja kirjallisuudessa ne asetetaan jopa rinnakkain, vaikka niissä on pieniä vivahde-eroja. Esimerkiksi ruumiinkuvan ja kehonkuvan välisen eron ymmärtäminen oli olennaista.

Suurena huomiona nousi, ettei kaikkea kentällä oppimaa hiljaista tietoa voinut yhdistää suoraan opinnäytetyöhön tuotokseksi. Opinnäytetyöprosessin aikana kaksi meistä sai mahdollisuuden tutustua anoreksiapotilaan fysioterapiaan käytännössä työharjoittelussa. Työharjoittelu toi paljon vahvistusta tietopakettimme sisällölle ja myös kehittämisideoita. Teoria- ja taustatieto harjoituksiin ja niiden tarkoituksiin ovat tärkeä ja olennainen pohja anoreksiapotilaan kuntoutusta toteutettaessa, mutta käytännön työelämä opettaa kokemuksen kautta valitsemaan potilaalle yksilölliset ja turvalliset terapiamenetelmät.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli alusta alkaen olla käytäntöä palveleva perustietopaketti, jonka avulla on hyvä lähteä lähestymään anoreksiapotilaan kuntoutusta. Opinnäytetyön ansiosta ymmärsimme, mitä todella tarkoittaa kokonaisvaltainen fysioterapia. Kokonaisvaltainen yksilön kohtaaminen tulisi kuulua jokaiseen fysioterapi-an erikoisalueeseen, ei pelkästään mielenterveyspotilaiden kanssa työskennellessä. Vaikka fysioterapeutin ammattieettisissä ohjeissakin korostetaan asiakkaan kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä huomioiden bio-psyko-sosiaaliset alueet, joku osa-alue saattaa silti jäädä taka-alalle. On siis hyvä tiedostaa, että mielen ongelmat saattavat oireilla kehon kipuiluna ja osata kysyä oikeat kysymykset.

Tulevina fysioterapeutteina haluamme olla mukana tämän ajankohtaisen asian parissa työskentelyssä sekä kehittämisessä jatkossakin. Tulevaisuudessa aiomme syventää tietämystämme anoreksiapotilaan fysioterapiasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta ylipäättään. Ammattitaito ja -tietämys täydentyvät lisäopiskelun ja kokemusten myötä vähitellen. Toisaalta fysioterapian ammatin hienous on, että koskaan ei ole valmis ja itseään voi kehittää ammattilaisena jatkuvasti. Itse opinnäytetyön sisältökin auke-nee paremmin ajan kanssa oman ammatillisen kasvun myötä.

Opinnäytetyö on toivottavasti hyödyksi tulevaisuudessa useille eri tahoille terveydenhoitoalalla, mutta erityisesti fysioterapeuteille. Toistaiseksi fysioterapeuteille ei ole julkaistu ammattiryhmää palvelevaa teosta syömishäiriöpotilaiden fysioterapiasta, jota voisi käyttää hyödyksi terapiatilanteissa. Fysioterapia on hyvin tärkeä osa syömishäiriöisen potilaan kuntoutusta, jonka tärkeyttä ei voi tulevaisuudessa korostaa liikaa. Työtämme on mahdollista ja toivottuakin jatkaa, syventää ja kehittää, jos ja kun siihen tekijät löytyvät. Uskomme, että jo tällaisenaan työstämme on hyötyä erityisesti fysioterapeuteille, joille syömishäiriöisten fysioterapia on vieras aihepiiri.

### 5.3 Oma ammatillinen kasvu ja oppiminen

Ammatillista kasvua opinnäytetyön tekemisen johdosta on tapahtunut monilla eri osa-alueilla, kun olemme saaneet siirrettyä koulutuksen puolesta opiskeltuja asioita käytäntöön. Olemme ymmärtäneet psykofyysisen fysioterapian merkityksen kuntoutuksessa ja laajentaneet näkökulmaamme fysioterapiasta. Psykofyysiseen fysioterapiaan perehtyminen sai meidät ymmärtämään, että fysioterapiassa ihminen tulisi kohdata

kokonaisvaltaisesti. Kaksi meistä kolmesta toteutti työharjoittelujakson kentällä psykiatrisessa sairaalassa, jossa pääsi näkemään ja kokemaan käytännössä eri menetelmiä ja toteuttamaan anoreksiapotilaan fysioterapiaa mm. rentoutuksen keinoin. Kellään meistä ei ole myöskään ollut aikaisempaa kokemusta opinnäytetyön tekemisestä, joten tämän työn tekeminen on ollut kaikille ensimmäinen ammattikorkeakoulun vaatimusten mukaan tehty opinnäytetyö.

Opinnäytetyöprosessin aikana tutustuimme tarkemmin itseemme tulevina oman alamme asiantuntijoina. Oman alansa asiantuntijana fysioterapeutti toimii väestön toiminta- ja työkyvyn ja terveyden ylläpitäjänä ja edistäjänä. (Suomen fysioterapeutit, 2010). Tämän opinnäytetyön myötä olemme saaneet ensi kosketuksen myös tietoa yhteen kokoavina tekijöinä, minkä avulla toimimme juuri terveyden ja toimintakyvyn edistäjinä, tällä kertaa anoreksiapotilaan fysioterapian parissa. Käsite, oman alan asiantuntija, on saanut uuden merkityksen tämä myötä. Fysioterapian toiminnan laajuus on hämmästyttävän suuri ja vaikutusmahdollisuudet yhteiskunnallisellakin tasolla merkittävät ja mahdollisesti uraa uurtavat. Olemme kasvattaneet tietouttamme syömishäiriöistä tutustuessamme syömishäiriöitä ja tarkemmin anoreksiaa nervosaa käsittelevään kirjallisuuteen. Ammatillista kasvua on kehittänyt myös tämän kirjallisen tiedon yhdistäminen ja linkittäminen fysioterapiaan ja hakemaan tälle tiedolle näyttöön perustuvaa tukea käyttämistämme tutkimuksista. Astuimme uuden tiedon alueelle lähtiessämme tekemään opinnäytetyötä anoreksiapotilaan fysioterapiasta, aiheesta, josta on tutkittua tietoa niukanlaisesti ja jonka kehittämistä tulevaisuudessa olisi hyvä työstää edelleen. Tämä haastoi meidät harjoittamaan ja kehittämään omia työskentelytapoja esimerkiksi kirjallisen työn rakentamisessa ja sen vaiheissa tiedonhausta itse kirjoittamiseen.



## LÄHTEET

AVEKKI. [AVEKKI-kurssin sähköinen oppimateriaali]. Savonia ammattikorkeakoulu, terveysala Kuopio. Luettu 18.12.2011

Saatavissa Moodle.savonia.fi/file.php/4473/Avekki\_oppimateriaali/4\_viestintae.pdf

BBAT-studio. BASIC BODY AWARENESS TERAPIA. BBAT:n taustaa. Luettu 20.1.2012. Saatavissa <http://www.bbatstudio.fi/bbat/>

Keinänen, M. & Engblom, P. 2007. Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia. Helsinki: Duodecim.

Hausenblas, H.A., Cook, B.J. and Chittester, N.I. 2008. Can exercise treat eating disorders? Exercise and Sport Sciences Reviews, Vol. 36, No.1, pp. 43-47.

Herrala, H., Kahrola, T., Sandström M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kehonmieli. 2012. Psykofyysinen fysioterapia. Luettu 9.1.2012. Saatavissa <http://www.kehonmieli.net/5>

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt. Läheiseläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.

Kielijelppi. 2010. Verkko-opas. Luettu 18.12.2011. Kielijelppi. Puheviestintä. Mitä on puheviestintä? Nonverbaalinen viestintä.

<http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/nonverbaalinen-viestinta>

Klemi, M. 1988. Sanaton kieli. Espoo: Amer-yhtymä Oy.

Klemola, T. 1998. Ruumis liikkuu – liikkuuko henki? Fenomenologinen tutkimus liikunnan projektista. Tampere: Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta vol. 66.

Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Suom. Kosonen, Y. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Pohjois-Savon Sairaanhoidopiirin psykiatrisella tulosalueella työskentelevät fysioterapeutit. 2011. Sähköinen haastattelu.

Psyfy ry 2005–2011. Psykofyysinen fysioterapia. Luettu 16.8.2011. Saatavissa [www.psyfy.net](http://www.psyfy.net)

Savukoski, M. 2008. Vapaaksi anoreksian kahleista. Narratiivinen tutkimus selviytymispoluista. Kasvatustieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Suomen fysioterapeutit. 2010. Fysioterapia ammattina. Fysioterapeutin eettiset ohjeet. Luettu 25.4.2012. Saatavissa [http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58&Itemid=58](http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=58)

Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009b. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Luettu: 16.8.2011. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030#s2>

Suomen Feldenkraisyhdistys ry. 2012. Mitä Feldenkrais menetelmä on. Luettu 20.2.2012. Saatavissa [http://www.feldenkrais.fi/Feldenkrais\\_menetelma.html](http://www.feldenkrais.fi/Feldenkrais_menetelma.html).

Suomen luonneanalyttinen vegetoterapiayhdistys ry. Artikkeleita. Wilhelm Reich ja hänen elämänsä. Luettu 28.2.2012. Saatavissa <http://www.luonne.fi/artikkelit/w-reich.htm>

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

UKK-instituutti. Liikuntapiirakka. Luettu: 5.9.2011. Saatavissa <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Uusi-Kokko J., 2009. "Annabella- peilin takana ja edessä". Syömishäiriötä sairastavan aikuiskuntoutujan psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa Psykofyysinen fysioterapia 3. Kokemus kehossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäyetyöt. Nro 5. (Toim.) Lähteenmäki M-L., Jaakkola R. 2009.

Vainio, A. 2009. Terveyskirjasto. Rentoutuminen. Kivunhallinta. Luettu 10.04.2012. Saatavissa [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=kha&p\\_artikkeli=kha00088](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha&p_artikkeli=kha00088)

Wallin, U., Kronowall P. & Majewski M-L 2000. European Eating Disorders Review, Volume 8, Number 1.

Westerlund, A-M. 1998. Anoreksiasta ja bulimiasta aiheutuvia fysiologisia muutoksia ja komplikaatioita. Teoksessa Charpentier, P. (toim.) Nuorten syömishäiriöt ja lihavuus. Jyväskylä: Kirjapaino oma.

Wildman, F. 2009. Feldenkrais -menetelmä. 50 harjoitusta luontevaan liikkumiseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.



Liite 1. Sähköisessä haastattelussa käytetyt kysymykset

1. Minkä verran teillä on kokemusta anoreksiapotilaiden parissa työskentelystä?  
(Vuosina)
2. Oletteko suorittaneet anoreksiaa sairastavan fysioterapiaan liittyviä lisäkoulutuksia?
3. Kuinka tutkitte anoreksiapotilaan? Onko teillä omia sairaalassa käytettäviä toimintamalleja?
4. Millaisia fysioterapiamenetelmiä käytätte anoreksiapotilaiden kuntoutuksessa?
5. Mitkä ovat fysioterapian keskeisimmät tavoitteet anoreksiapotilaiden kuntoutumiseksi?

## Liite 2. Käsitteet

Keskeisiä käsitteitä työssämme on anoreksia nervosa, laihuushäiriö, psykofyysinen fysioterapia, ruumiinkuva,.

### Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia tarkoittaa ihmisen liikunta- ja toimintakykyisyyden sekä voimavarojen vahvistamista ja tukemista. Psykofyysisen fysioterapia keskittyy ihmisen kehon, mielen ja ympäristön vuorovaikutukseen ja yhteyteen. (Talvitie, Karppi, Mansikkamäki. 2006, 265.) Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka tavoitteena on edistää ihmisen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti (Psyfy ry, 2005–2011). Psykofyysisen ja psykodynaamisen fysioterapian ero on se, että psykofyysisessä fysioterapiassa huomioidaan myös potilaan resurssit eli voimavarat sekä yhteistyö- eli motivaatiotaso (Immonen-Orpana. 1995, 134–135). Resurssit eli voimavarat, ulkoiset, sisäiset, aineelliset ja henkiset, ovat jokaisella yksilöllä tai yhteisöllä erilaisia, eri tavalla käytettäviä ja hyödynnettäviä. Toimintakyky, terveys, taidot, motivaatio, asenteet ja arvot ovat ihmisen voimavaroja, joiden käyttöön saamisen edellytys on ihmisen tapa suhtautua omaan itseensä, maailmaan ja toisiin kanssaihmiisiin. Voimavarat monipuolistuvat iän myötä. Voimavarojen tunnistaminen, toimivuus ja käyttäminen tuovat hallittavuuden tunnetta elämään. (Herranen, Kahrola, Sandström. 2008, 144–145.)

Useimmiten psykofyysiseen fysioterapiaan hakeudutaan silloin, kun keho reagoi psyykkiseen ongelmaan. Psykofyysinen fysioterapia on prosessi, jonka aikana potilas oppii havainnoimaan sekä tiedostamaan kuinka elämän eri vaiheet ja kokemukset ovat vaikuttaneet esimerkiksi lihasten jännittyneisyyteen tai keholliseen tapaan reagoida eri tilanteissa. Kehon kokemukset jäävät kehon muistiin ja näin ollen ne heijastuvat nykyhetken tapahtumiin ja kuormittavat ihmistä enemmän kuin tilanne vaatisi. (Kehonmieli, 2012.)

## Syömishäiriöt

Käypä hoitosuosituksen mukaan syömishäiriöt jaetaan neljään eri alakäsitteeseen, jotka ovat laihuushäiriö, ahmimishäiriö sekä näiden epätyypilliset muodot ja muut syömishäiriöt.

## Ruumiinkuva (ts. kehonkuva)

Kehonkuva on Paul Schilderin luoma käsite kokonaiskokemuksesta omasta persoonasta (Talvitie ym. 2006, 457). Kehonkuva muodostuu ihmisen omista havainnoista, asenteista ja uskomuksista, jotka hän liittää omaan kehoonsa. Näin ollen ihminen luo käsityksiä omasta kehosta. Kehonkuvaan liittyy sisäisiä kokemuksia, mielikuvia, uskomuksia sekä asenteita omasta kehostaan. (Klemola, 2000.)

Kun ruumiinkuva kehittyy, alkaa ihminen silloin hahmottaa oman persoonallisuutensa piirteitä. Jotta ruumiintuntemus olisi hyvää, vaatii se myös ruumiinkuvan muotoutumista ja nämä usein kehittyvätkin rinnakkain. Ruumiinkuvan kautta ihminen hahmottaa sen missä asutaan ja eletään. Ruumiintuntemisen kautta löytyvät keinot ja tavat, joilla tämä asuminen ja eläminen suoritetaan jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä. Keho tallentaa muistiinsa erilaisiin kokemuksiin ja tilanteisiin liittyvät fyysiset reaktiot. Jokainen ihminen reagoi itselleen merkityksellisiin tilanteisiin yksilöllisesti. Ihmisillä on tapana toistaa itselleen tyypillisiä käyttäytymismalleja läpi elämänsä, ellei tapoja nosteta tietoiselle tasolle työstettäväksi. (Herrala, Kahrola, Sandström. 2008, 32.) Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian kehittäjän Berit Heir Bunkanin mukaan ruumiinkuvan kehittymiseen vaikuttavat tekijät ovat; erilaiset kokemukset ruumiista, ruumiin muisti, terveys, biologis-sensoriset tekijät, kognitiiviset tekijät, sosiaalinen palaute, emotionaaliset kokemukset sekä tuntemattomat tekijät.

## Kehotietoisuus

*”Tiedostava tarkastelu ohjaa havainnoimaan itseä sisältä ja ulkoa päin ja ”piirtää” ihmiselle kehon rajat. Iho rajaa itsen sisäpuolelle ja muut ulkopuolelle. Ruumiin kokeminen kehona, omaksi, erilliseksi toisista, itsen ilmentäjäksi ja konkretisoijaksi viestii, miten ihminen suhtautuu itseensä ja kehoonsa (hyväksyminen - hyväksymättömyys). Selkeä, realistinen ja hyväksyvä käsitys itsestään ja omasta kehostaan vapa-*

*uttaa ihmisen suuntaamaan huomionsa itsensä ulkopuolelle.” (Herrala ym, 2008, 35).*

Kehotietoisuus eli body awareness on syvemmälle ulottuvaa ja kokonaisvaltaisempaa itsen tiedostamista, hahmottamista, ymmärtämistä sekä hallintaa. Tähän syväymmärryksen voimakkuuteen vaikuttaa yksilön elämäkokemukset sekä selviytymisstrategiat. Ruumiimme on biologinen ja fysiologinen kokonaisuus ja kehomme tuo esiin sen kuinka koemme sekä tunnemme ruumiimme. (Herrala ym. 2008, 31.) Kehotietoisuuden saavuttamiseksi ihmisen tulee saada sellainen käsitys, että hän on itse omien toimintojensa tuottaja. Siihen sisältyy oman tahdon tiedostaminen sekä käsitys kehon kuulumisesta itselle. Kehotietoisuutta voidaan lähestyä eri elinjärjestelmien kautta; psyykinen (ajatukset, tunteet, havainnot), motorinen (fyysisenä reaktiona tilanteeseen lihasjännitys, asentojen tai asentomallien muutos, rentoutuminen), autonominen, endokriininen ja immunologinen järjestelmä. (Herrala ym. 2008, 32.)

Liite 3.

## **VS: Tutkimuslupa koskien anoreksipotilaiden fysioterapia - opinnäytetyötä**

Poikolainen Pekka [Pekka.Poikolainen@kuh.fi]

**Lähetetty:** 16. joulukuuta 2011 9:37

**Vastaanottaja:** Kristiina H Kaila

Sairaanhoidopiiriin henkilörekisterivastaavana myönnän osaltani kyseisen tutkimusluvan tällä sähköpostiviestillä

Pekka Poikolainen  
henkilöstöjohtaja

---

**Lähtettäjä:** Kristiina.H.Kaila@edu.savonia.fi [mailto:Kristiina.H.Kaila@edu.savonia.fi]

**Lähetetty:** 16. joulukuuta 2011 8:42

**Vastaanottaja:** Poikolainen Pekka

**Aihe:** Tutkimuslupa koskien anoreksipotilaiden fysioterapia - opinnäytetyötä

Hei!

Olemme tekemässä opinnäytetyötä anoreksipotilaiden fysioterapiasta ja työhömmme sisätty Pohjois-Savon sairaanhoidopiirissä työskentelevien fysioterapeuttien haastattelu. Palvelualueen ylihoitaja Kaisa Haatainen on puoltanut tutkimuslupaamme, mutta tarvitsemme vielä Sinun lupasi kyseistä haastattelua varten. Haastattelu tapahtuu sähköisessä muodossa eli sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin,  
Kristiina Kaila, Anniina Nevala sekä Salla-Maaria Tolonen