

Jasmini Perilä

PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA TUNNETUMMAKSI

Fysioterapian koulutusohjelma

2017



## PSYKOFYYSSINEN FYSIOTERAPIA TUNNETUMMAKSI

Perilä, Jasmini  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Syyskuu 2017  
Sivumäärä: 56  
Liitteitä: 4

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, tunnettuus, krooninen kipu, stressi

---

Kokonaisvaltainen lähestymistapa on ajankohtainen teema terveydenhoidossa. Psykofyysinen fysioterapia kehon ja mielen yhteyttä korostavana erikoisalana on yksi näkökulma kokonaisvaltaiseen terveydenhoitoon ja kuntoutukseen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli toimeksiantajayrityksen kanssa edistää psykofyysisen fysioterapian tunnettuutta Porissa esittelemällä sitä suoraan työn kohderyhmälle sekä sen parissa työskenteleville terveysalan ammattilaisille. Kohderyhmä oli stressistä ja kroonisesta kivusta kärsivät työikäiset. Työllä edistettiin myös toimeksiantajayrityksen toimintaa.

Ensin selvitettiin haastatteluin, että miten psykofyysisen fysioterapian asiantuntijat ovat muualla Suomessa edistäneet erikoisalana tunnettavuutta ja mitä polkuja pitkin asiakkaat päätyvät psykofyysiseen fysioterapiaan. Haastateltavilta kysyttiin myös ideoita esittelykohteista kohderyhmän tai sen kanssa työskentelevien ammattilaisten tavoittamiseksi. Asiantuntijoiden tiedonantoja hyödynnettiin esittelykohteiden etsinnässä sekä työn teoriaosuudessa, jonka pohjalta tehtiin esittelymateriaali. Esittelyitä pidettiin sekä kohderyhmälle että ammattilaisille ja työtä arvioitiin teettämällä kyselyt esittelyiden kuulijoille ja työn toimeksiantajalle.

Haastattelut tuottivat kattavasti tietoa asiakkaiden palvelupoluista sekä useita ideoita tunnettuuden edistämisestä ja esittelykohteista. Psykofyysiseen fysioterapiaan voi päätyä muun muassa organisaation sisäisiä moniammatillisia hoitopolkuja pitkin, fysioterapeutin ohjauksesta tai omatoinen hakeutumisen myötä. Tunnettuutta puolestaan voi edistää eri keinoin niin terveydenhuollon organisaation sisällä kuin ulospäin suunnatulla toiminnalla.

Ammattilaisille pidettiin kaksi esittelyä ja kohderyhmän tavoittamiseksi järjestettiin yksi tuokio. Ammattilaisia tavoitettiin 21 ja kohderyhmää kuusi. Enemmistölle kyseessä oli vieras viitekehys ja suurin osa niin ammattilaisista kuin kohderyhmästä kertoi voivansa kuvitella hyödyntävänsä psykofyysistä fysioterapiaa esittelyn perusteella. Toimeksiantaja sai neljän kuukauden aikana 14 uutta asiakasta, joista kaksi tuli kohderyhmän esittelyn myötä. Ammattilaisten esittelyt eivät johtaneet uusiin asiakasuhteisiin, vaan muut asiakkaat tulivat sosiaalisessa mediassa tehdyn markkinoinnin, paikallislehden artikkelin sekä kuultujen positiivisten kokemusten myötä.

Psykofyysiselle fysioterapialle on tarvetta yhtenä kuntoutuskeinona. Tunnettuutta tulisi yhä edistää Porissa niin ammattilaisten kuin asiakkaiden keskuudessa. Jatkoehdotuksena on, että toimeksiantajayritys jatkaisi tunnettuuden edistämistä järjestämällä tuokioita, jotka sisältävät esittelyn lisäksi konkreettisia harjoitteita. Tuokioita voi kohdentaa mille fysioterapian asiakasryhmälle tahansa.

## PROMOTING THE AWARENESS OF PSYCHOPHYSICAL PHYSIOTHERAPY

Perilä, Jasmini

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

September 2017

Number of pages: 56

Appendices: 4

Keywords: psychophysical physiotherapy, awareness, chronic pain, stress

---

Comprehensive care is a current theme in health care. Psychophysical physiotherapy is a speciality of physiotherapy which emphasises the connection of a body and mind. It's one approach to comprehensive health care and rehabilitation. The purpose of this thesis was to promote the awareness of psychophysical physiotherapy in Pori by keeping presentations for the target group and to the professionals who work with them. The target group was adults who suffer from stress and chronic pain. The project also promoted the business of the co-operation partner.

The work was started by interviewing the experts of psychophysical physiotherapy. Questions were about clients' clinical pathways and promoting the awareness of psychophysical physiotherapy. The experts were asked about ideas on the presentation opportunities through which the target group and professionals can be reached. Information were utilised in the theory section and in the search for the presentation opportunities. The presentations were given to the target group and to the professionals, and they were evaluated with questionnaires which were administered to the listeners of the presentations and to the co-operation partner.

Interviews produced a lot of information about clients' clinical pathways and many ideas about how to promote the awareness. One can end up in psychophysical physiotherapy through either the internal and multi-professional clinical pathways of an organization or the guidance of a physiotherapist, or by going there by oneself. Awareness can be promoted by different ways in healthcare organizations or directing action outwards.

Two presentations were given to the professionals. One event was organized for the target group. 21 professionals and six people directly from the target group were reached. Majority hadn't ever heard about psychophysical physiotherapy and most of them told that they could use psychophysical physiotherapy. Co-operation partner got 14 new clients, two of them because of the target group's presentation. Professionals' presentations didn't lead to new client connections. The other 12 new clients were reached through social media, an article published in local newspaper and positive experiences they have heard about.

Psychophysical physiotherapy is needed in health care and rehabilitation. It's necessary to promote the awareness more in Pori among health care professionals and potential clients. Proposal for further action by co-operation partner is for them to keep arranging introductory events that include not just the presentation but also practical exercises. Events could be arranged to any physiotherapy client groups.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS .....	6
3	METODOLOGIA JA AINEISTON HANKINTA.....	6
3.1	Asiantuntijoiden haastattelut.....	7
3.2	Esittelymateriaali ammattilaisille ja kohderyhmälle .....	9
3.3	Esittelyt .....	10
3.4	Kyselyt .....	10
4	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA.....	12
4.1	Terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutus.....	14
4.2	Kehon ja mielen yhteys.....	14
4.3	Kokemuksellinen oppiminen .....	18
4.4	Rentoutus- ja mielikuvaharjoitteet.....	19
4.5	Hengitysharjoitteet.....	20
4.6	Kehotietoisuusharjoittelu ja tietoinen läsnäolo .....	21
4.7	Esimerkkinä Basic Body Awareness Therapy.....	24
5	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA KROONISEN KIVUN JA STRESSIN HOIDOSSA .....	25
5.1	Krooninen kipu .....	26
5.2	Stressi.....	30
6	PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN ASEMA SUOMESSA .....	32
6.1	Tunnettuus.....	32
6.2	Psykofyysinen fysioterapia terveydenhuollossa .....	34
6.3	Moniammatillinen yhteistyö .....	35
7	TOTEUTUS & TULOKSET.....	36
7.1	Haastattelut .....	36
7.1.1	Asiakkaan palvelupolku .....	37
7.1.2	Keinot tunnettuuden edistämiseen.....	39
7.1.3	Esittelykohteita .....	40
7.2	Esittelymateriaali .....	41
7.3	Esittelyt ammattilaisille .....	42
7.4	Esittely kohderyhmälle .....	43
7.5	Toimeksiantajan kysely .....	43
8	POHDINTA.....	44
9	LOPPUSANAT .....	49
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

”Psykofyysinen fysioterapeutti kohtaa kokonaisen ihmisen”, kirjoittaa Palomäki (2016). Psykofyysinen fysioterapia on yksi työkalu kokonaisvaltaisempaan terveydenhoitoon ja kuntoutukseen, jonka tunnettuus on vähäistä niin asiakkaiden kuin terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa (Härkönen, Muhonen, Matin-Kokko & Sipari 2016, 34, 43; Palomäki 2016). Opinnäytetyöllä pyritään Satasyke -nimisen fysioterapiayrityksen kanssa edistämään psykofyysisen fysioterapian tunnettuutta Porissa. Työn kohderyhmänä ovat työikäiset kroonisesta kivusta ja stressistä kärsivät ihmiset.

Krooninen kipu ja stressi ovat yhteiskunnallisella tasolla merkittäviä toimintakykyä heikentäviä tekijöitä, joiden hoitamiseksi on tärkeää löytää työkaluja. Nykyaikana stressi koskee lähes jokaista (Kataja 2004, 196). Vuonna 2011 työssä käyvistä suomalaisista miehistä 23 % ja naisista 24 % kärsi lievästä työuupumuksesta (Ahola, Tuisku & Rossi, [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi), 2016). Lisäksi THL:n toteuttamasta Terveys 2011 -tutkimuksesta ilmeni, että Suomessa naisista 17 % ja miehistä 14 % oli kokenut merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta (THL 2015). Myös krooninen kipu on merkittävä terveydellinen haaste. Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan joka viides aikuinen kärsii vähintään puoli vuotta kestäneestä kivusta. Suomessa 14 % aikuisista kokee kroonista kipua päivittäin ja kipu liittyy noin 40 % terveyskeskuslääkärillä käynneistä. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2015.)

Psykofyysiseen fysioterapiaan liittyvät elementit, kuten kehotietoisuus, rentoutuminen ja kokonaisvaltainen näkökulma, tutkitusti tukevat stressin ja kroonisen kivun hoitoa. Psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen PSYFY ry:n mukaan psykofyysinen fysioterapia on mielenterveyttä tukeva ja ihmisen kokonaisvaltaisuutta korostava fysioterapian erikoisala, jonka taustalla on ajatus kehon ja mielen keskisestä vuorovaikutteisesta kokonaisuudesta. Terapian ydin on kokemuksellisessa oppimisessa, jonka myötä asiakas saa selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja arkeen. Psykofyysisessä fysioterapiassa ihminen oppii aistimaan kehoaan, rentoutumaan ja lieventämään stressiä sekä omien oivalluksiensa myötä vaikuttamaan kipujen ja oireiden syihin. Psykofyysistä näkökulmaa voidaan soveltaa kaikessa fysioterapiassa. (PSYFY ry 2017.)

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyö on toimeksiantotyö, jonka tarkoitus on edistää psykofyysisen fysioterapian tunnettuutta Porissa. Tunnettuuden edistämistyö kohdistetaan kroonisesta kivusta ja stressistä kärsiviin työikäisiin ihmisiin. Tunnettuutta pyritään edistämään esittelemällä erikoisalaa suoraan kohderyhmälle sekä sen kanssa työskenteleville terveysalan ammattilaisille. Lisäksi työllä edistetään toimeksiantajayrityksen toimintaa. Työn tehtäviä ovat

1. Asiantuntijoiden haastattelu tunnettuuden edistämiseen sopivien keinojen sekä kohderyhmän tavoittamista ajatellen hyvien esittelykohteiden löytämiseksi.
2. Esittelymateriaalin tuottaminen teoriaosuuden pohjalta.
3. Esittelyiden pitäminen kohderyhmälle ja terveysalan ammattilaisille.

## 3 METODOLOGIA JA AINEISTON HANKINTA

Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoite voi olla muun muassa toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, järjestäminen tai järjeistämisen. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, ohjeistus tai opastus tai jonkin tapahtuman toteuttaminen. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena on aina jokin konkreettinen tuote. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 9, 51.) Tämän opinnäytetyön toiminnallisena osuutena ovat asiantuntijoiden haastattelut, esittelymateriaalin teko psykofyysisestä fysioterapiasta sekä aiheesta pidettävät esittelyt. Työ sisältää myös kyselyiden teettämisen esittelyiden kuulijoille sekä toimeksiantajalle esittelytyön tuloksellisuuden ja laadun arvioimiseksi.

Yksi työn kannalta oleellinen seikka on, että toiminnallinen opinnäytetyö eroaa tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä siten, ettei siinä ole aina välttämätöntä analysoida laadullisesti kerättyä aineistoa yhtä tarkasti ja järjestelmällisesti. Tiedonkeruu voi tapahtua konsultaationa haastatellen asiantuntijoita, jolloin haastattelusta saatu tieto toimii opinnäytetyössä lähdeaineistona. Konsultaatiota ovat haastattelut, joissa kerätään tai tarkistetaan faktatietoa asiantuntijoilta. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 57 – 58.)

Opinnäytetyö tehdään aikavälillä elokuu 2016 – syyskuu 2017 (ks. Kuvio 1). Työ aloitetaan syksyllä asiantuntijoiden haastatteluilla, jonka jälkeen edetään teoriaosuuden kirjoittamiseen. Teoriaosuuden pohjalta tehdään esittelyissä käytettävä diaesitys, jonka tekemisessä hyödynnetään myös haastatteluista saatua aineistoa. Esittelymateriaalin valmistuttua lähestytään sähköpostitse potentiaalisia esittelykohteita ja toteutetaan esittelyjä sitä mukaan, kun tilaisuuksia saadaan sovittua. Keväällä keskitytään kirjoitustyöhön sekä kyselyistä saadun aineiston läpikäyntiin. Opinnäytetyö on tarkoitus esittää syyskuussa 2017.



Kuvio 1. Opinnäytetyön eteneminen

### 3.1 Asiantuntijoiden haastattelut

Tiedonkeruuta tehdään puhelimitse käytävin haastattelunomaisin keskusteluin yhtä kasvatusten käytävää keskustelua lukuun ottamatta. Vaikka työssä käytetään keskusteluista sanaa haastattelu ja henkilökohtaisia tiedonantoja antaneista henkilöistä sanaa haastateltava, kyseessä ei ole varsinainen tutkimushaastattelu, vaan yksi tiedonkeruun keino. Haastattelun voi määritellä keskusteluksi, jolla on ennalta päätetty tarkoitus. Haastattelu kuitenkin eroaa tavanomaisesta keskustelusta, sillä haastattelu tähtää tiedon keräämiseen ja on siis ennalta suunniteltua päämäärähakuista toimintaa, joka tapahtuu haastattelijan johdolla. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 42-43.) Haastattelun suurimpana etuna ajatellaan olevan sen joustavuus, sillä haastattelussa voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti ja vastaajaa myötäillen. Haastattelun valintaan on useita eri syitä, jota tässä työssä ohjasivat seuraavat: mahdollisuus selventää ja syventää saatavia vastauksia sekä tieto vastausten mahdollisesta monitahoisuudesta. Lisäksi haastateltaviin on helppo ottaa yhteyttä myöhemmin, jos tulee tarve täydentää aineistoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204 – 206.)

Haastattelut toteutetaan puhelimitse tehtävinä teemahaastatteluina. Puhelinkeskustelu on tyypillinen tiedonkeruuväline teemahaastattelussa sekä toimiva keino tavoittaa kaukaisia tai kiireisiä henkilöitä. Teemahaastattelua ei ole sidottu tiettyyn leiriin, kuten kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmäksi, eikä se ota kantaa haastattelukertojen määrään. Teemahaastattelussa aihepiiri on tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Kysymykset on määritelty ennalta, mutta haastattelijalla voi vaihdella niiden sanamuotoa. Vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, jolloin haastateltavat voivat vastata omin sanoin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47 – 48, 65.)

Työssä haastatellaan fysioterapeutteja, joiden työnkuva on painottunut psykofyysiseen fysioterapiaan. Haastateltavien valinta perustuu opinnäytetyön ohjaajan ehdotuksiin sekä haastateltavien ehdotuksiin muista haastatteluun sopivista henkilöistä. Ennen haastatteluja haastateltavia lähestytään informatiivisella sähköpostilla, joka sisältää opinnäytetyön tekijän esittelyn, opinnäytetyön tarkoituksen sekä haastattelun aiheet. Osa asiantuntijoiden tiedonannoista kirjoitetaan lähdeviittauksineen teoriaosuuteen. Muuten tiedonannot julkaistaan toteutuksesta ja tuloksista kertovassa osiossa.

Haastatteluiden kysymykset määritellään ennalta. Haastatteluiden tavoitteena on saada ideoita kohderyhmää ajatellen sopivista esittelykohteista sekä keinoista ja kanavista, joita hyödyntää erikoisalan tunnettuuden edistämiseksi. Edellä mainittujen asioiden selvittämiseksi haastatteluissa kysytään, mitä eri väyliä pitkin ihmiset päätyvät psykofyysiseen fysioterapiaan, miten asiantuntijat ovat itse mahdollisesti markkinoineet toimintaansa sekä mitä he ohjaisivat tekemään tunnettuuden edistämiseksi (ks. Kuvio 2).

1. Mitä polkuja pitkin ihmiset tulevat psykofyysiseen fysioterapiaan?
2. Miten olet markkinoinut toimintaasi tai psykofyysistä fysioterapiaa?
3. Mitä voimme tehdä ja mitä tahoja lähestyä edistääksemme tunnettavuutta kohderyhmää ajatellen?

Kuvio 2. Ennalta määritellyt kysymykset



### 3.2 Esittelymateriaali ammattilaisille ja kohderyhmälle

Esittelymateriaali tehdään työn teoriaosuuden pohjalta, johon myös kaikki esittelyiden aikana kerrottava perustuu. Teoriaosuus kirjoitetaan opinnäytetyön käsittelemistä aiheista, eli psykofyysisestä fysioterapiasta, kroonisesta kivusta ja stressistä. Lähteinä käytetään kotimaista ja ulkomaista kirjallisuutta, niin elektronisia kuin paperisia versioita alan ammattilehtistä ja tiedejulkaisuista sekä aiheita käsitteleviä www-sivustoja. Lähdemateriaalia kerätään usean väylän kautta: kirjailijakohtaisella haulla, aiheisiin liittyvään kirjallisuuteen ja muuhun materiaaliin tutustumalla, Aleksin ja Medic tietokannoista, Google -hakukoneella sekä käytettyjen lähteiden lähdeluettelosta. Työn resursseihin perustuen ei tehdä erillistä tutkimushakua esimerkiksi Pubmedin, Scholarin tai Ebscon kautta.

Materiaaleja tehdään kaksi, sillä esittelyt kohdennetaan kohderyhmälle (ks. Liite 3) ja ammattilaisille (ks. Liite 4) erikseen esimerkiksi sanallisia valintoja sekä tutkimustiedon esittelyä ajatellen. Alajärven ym. mukaan (2014, 75) esittelyn kohderyhmä ja tilanne vaikuttavat esittelyssä käytettävään sanastoon ja kieleen, sillä saman alan ammattilaisten kanssa voi käyttää alan vakiintunutta ammattitermistöä ja asiakkaiden kanssa tulee käyttää yleiskieltä. Lisäksi esittelymateriaali suunnitellaan esittelyn kestoa ajatellen, joka on 15 – 20 minuuttia, jotta ne soveltuvat paremmin ammattilaisten mahdollisesti kiireiseen aikatauluun. Esittelymateriaali jaetaan aina kuulijoille, jotta he voivat halutessaan palata aiheen äärelle helposti myöhemminkin.

Esittelymateriaaliin sisällytetään ajatuksia psykofyysisen näkökulman taustalla, psykofyysisen fysioterapian sovellettavuudesta, sen puitteissa käytettävistä menetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta sekä siitä, mihin sen toimivuus perustuu stressin ja kroonisen kivun kohdalla. Materiaali sisältää myös käytännönasioita psykofyysisen fysioterapian hoitoketjuun liittyen. Vaikuttavuutta havainnollistetaan tutkimustuloksilla sekä tuoreimpaan tutkimukseen perustuvasta kirjallisuudesta kerätyn tiedon avulla.

### 3.3 Esittelyt

Esittelyt ovat yleisimpiä esiintymistilanteita työelämässä. Esittelyn kohteena voi olla ihminen, tuote, ilmiö, yritys tai työmenetelmä. Esittelyn yhteydessä on hyvä miettiä, mikä on esittelyn tavoite, keneen haluaa vaikuttaa ja mikä on tärkein väite, jonka haluaa saada ymmärretyksi. Perustelemalla asioita voidaan edesauttaa kerrottavan asian perille menoa ja viestin vaikuttavuutta. Perustelun välineinä voi käyttää tarkkojen asiantietojen, muiden asiantuntijoiden ja ammattilaisten mielipiteiden, hyödyistä ja haitoista tai esimerkkien, havaintojen ja kokemusten kertomista. Lisäksi yhteistyö ja vuorovaikutus yleisön kanssa vaikuttaa siihen, miten asia kuullaan ja ymmärretään. Esittelyn tulisi edetä johdonmukaisesti ja luontevasti. (Alajärvi ym. 2014, 75 – 77, 82 – 85, 92.)

Esittelyitä pidetään suoraan kohderyhmälle sekä kohderyhmän kanssa työskenteleville terveysalan ammattilaisille. Kohteet valitaan haastatteluista saatujen ideoiden sekä itse tehdyn etsinnän avulla niin ensimmäisen, toisen kuin kolmannen sektorin toimijoista. Esittelykohteita lähestytään sähköpostilla, jossa esitellään puhujat sekä kerrotaan esittelyn sisällöstä ja lyhyesti siitä, mitä psykofyysinen fysioterapia on.

Esittelyillä pyritään lisäämään tietoisuutta erikoisalasta sekä antamaan psykofyysisestä fysioterapiasta kokonaiskuva, jonka myötä kohderyhmän hakeutumiskynnys tai ammattilaisen ohjaamiskynnys psykofyysiseen fysioterapiaan madaltuisi. Esittelyt jäsenellään niin, että alussa kerrotaan teoriaa yleisemmällä tasolla ja lopuksi tätä teoriaa kohdennetaan stressiin ja krooniseen kipuun. Jaakkolan mukaan (sähköposti 21.3.2017) esittelyissä on hyvä kertoa viitekehykseen liittyvää perustelutietoa lyhyesti ja ytimekkäästi sisällyttäen esittelytilanteeseen aina jonkin kokemuksellisen osuuden, jotta kuulija saa kokemuksen kehollisuudesta.

### 3.4 Kyselyt

Esittelyiden tarpeellisuuden (tiesivätkö kuulijat aiheesta jo ennestään vai ei), tavoitteiden saavuttamisen (kokonaiskuvan antaminen ja ohjaamis- tai hakeutumiskynnyksen madaltuminen) sekä esittelymateriaalin laadun arvioimiseksi esittelyiden kuulijoille

teetätetään kyselyt. Myös työn toimeksiantajalle teetätetään kysely työn tuloksellisuuden sekä esittelymateriaalin ja -työn onnistuneisuuden arvioimiseksi. Kuulijoiden kyselyt toteutetaan kirjallisina ja toimeksiantajan kysely suullisena.

Kuulijoiden kyselyt toteutetaan kontrolloituna kyselynä ja tarkemmin määriteltynä informoituna kyselynä. Järjestämällä kysely kontrolloidusti voidaan varmistaa palautteen saaminen. Informoitu kysely tarkoittaa sitä, että kyselyn teettäjä jakaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti kertoen samalla kyselyn tarkoituksesta ja vastaa tarvittaessa vastaajien kysymyksiin. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 196-197.)

Kuulijoille laaditaan kirjalliset kyselylomakkeet. Kyselylomakkeiden avulla voidaan hankkia tietoa muun muassa käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, asenteista, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä. Lomakekyselyssä on myös mahdollista pyytää perusteluja. Kyselylomakkeissa painotetaan selkeitä, lyhyitä ja helposti vastattavia monivalintakysymyksiä, jotta kyselyyn vastaaminen on vaivattomampaa, nopeampaa ja helpompaa. Monivalintakysymyksissä kyselyn teettäjä on laatinut valmiit vastausvaihtoehdot ja vastaajan tulee merkitä lomakkeesta jokin valmiista vastausvaihtoehdoista. Perustelujen ja vapaan kommentoinnin mahdollistamiseksi kyselyissä hyödynnetään myös avoimia kysymyksiä, joissa on vain itse kysymys ja tyhjä tila vastausta varten. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 197-199.) Kyselylomakkeet suunnitellaan kohdekohtaisesti niin, että kohderyhmällä (ks. Liite 1) ja ammattilaisilla (ks. Liite 2) on erilaiset kyselylomakkeet.

Kyselyt jaetaan esittelyiden kuulijoille aina esittelyn yhteydessä välittömästi diaesityksen jälkeen ja kerätään takaisin heti heidän vastattuaan. Opinnäytetyön toimeksiantajan kysely toteutetaan työn loppuvaiheessa, kun työn tuloksia voidaan arvioida. Kyselyiden tuloksia käsitellään työn toteutuksesta ja tuloksista kertovassa osiossa.

## 4 PSYKOFYYSSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, johon norjalainen ja ruotsalainen fysioterapiaperinne ovat vahvasti vaikuttaneet, mutta jonka juuret löytyvät suomalaisen fysioterapian perinteestä (PSYFY ry 2017). Erikoisala kantoi ennen nimeä mielenterveyttä tukeva fysioterapia (Härkönen ym. 2016, 8). Se perustuu ihmisen kokonaisvaltaisuutta korostavaan ihmiskäsitykseen ja keskeistä on ymmärrys siitä, että keho ja mieli muodostavat keskenään jatkuvassa vuorovaikutuksessa olevan kokonaisuuden. (PSYFY ry 2017.) Mieli vaikuttaa joka hetki kehoon muovaten muun muassa asentoa ja hengitystä. Yhteys toimii kumpaankin suuntaan, sillä kehon kokemukset ja tunteet vaikuttavat myös mieleen. (Balk 2014, 47.) Terapiassa huomioidaan hengityksen, asentojen ja liikkumisen nostamien tunteiden, ajatusten ja kokemusten merkitys (PSYFY ry 2017) ja kysellään, missä ja miten eri tunteet tuntuvat kehollisesti (Jaakkola 2007, 9).

Psykofyysisessä fysioterapiassa keskeistä on kehon ja mielen yhteys, kokemuksellinen oppiminen sekä terapiasuhteen vuorovaikutuksen laatu (Härkönen ym. 2016, 6). Asiakkaan ja terapeutin välinen yhteistyö on tärkeässä roolissa (PSYFY ry 2017). Asiakasta autetaan tunnistamaan kehonsa viestejä ja löytämään keinoja kehon ja hyvinvointinsa itsenäiseen hallitsemiseen ennaltaehkäisevässä tarkoituksessa (Kauranen 2017, 523). Psykofyysisessä fysioterapiassa asiakas oppii aistimaan ja arvostamaan omaa kehoaan, rentoutumaan ja rauhoittamaan itseään, vaikuttamaan kipuihin ja oireisiinsa sekä vahvistamaan itsetuntemustaan (PSYFY ry 2017). Terapian onnistumisen lähtökohdaksi on kuntoutujan oma oivallus ja oppiminen (PSYFY ry 2012, 7).

Psykofyysisestä lähestymistavasta fysioterapiassa hyötyvät niin nivelrikosta, Parkinsonin taudista, uniongelmistä, työuupumuksesta kuin paniikkihäiriöistä kärsivät ihmiset (Kauranen 2017, 523). Psykofyysisen fysioterapian yhdistys suosittelee psykofyysisistä fysioterapiaa muun muassa mielenterveyskuntoutujille, neurologisille asiakkaille, tuki- ja liikuntaelinongelmallisille sekä ihmisille jotka kärsivät stressistä, uniongelmistä, ahdistuneisuudesta ja pitkittyneistä kiputiloista (PSYFY ry 2017). Lisäksi sitä suositellaan henkilöille, joilla on tarkkaavaisuus- ja keskittymisongelmia (Laitinen 2016a). Psykofyysisistä näkökulmaa harjoittavan fysioterapeutin työvälineitä voi muun

muassa olla hengitys- ja kehotietoisuusharjoitteet, rentoutusmenetelmät ja pehmytkudoskäsittelyt (PSYFY ry 2017). Myös terapeuttinen harjoittelu, liikeharjoitteet, vuorovaikutusta vahvistavat harjoitukset ja mielikuvaharjoittelu ovat psykofyysisessä fysioterapiassa käytettäviä menetelmiä (Kauranen 2017, 523).

Psykofyysinen fysioterapia pitää sisällään montaa erilaista kohderyhmää ja menetelmää, mutta ei itsessään ole menetelmä vaan viitekehys (Patovirta sähköposti 25.2.2017), jota voidaan hyödyntää kaikessa fysioterapiassa (PSYFY ry 2017). Psykofyysinen fysioterapia on ikään kuin fysioterapeutin filosofia, jonka pohjalta fysioterapeutti työskentelee asiakkaiden toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseksi (Palmäki 2016). Psykofyysisestä fysioterapiasta järjestetään täydennyskoulutusopintoja Tampereella (PSYFY ry 2017), mutta koska se ei ole menetelmä, psykofyysiseksi fysioterapeutiksi voi erikoistua monia eri reittejä ja useiden eri alan koulutusten yhdistelmästä (Terävä sähköposti 13.3.2017). Erikoistumista tukee esimerkiksi Basic Body Awareness terapeutin (BBAT) koulutukset, koulutukset liittyen erilaisiin rentoutumis- ja kehotietoisuusmenetelmiin, lyhytterapeuttinen hengityskoulu sekä trauma-, tanssitaiketerapiaan liittyvät koulutukset (PSYFY ry 2017).

Patovirran mukaan (sähköposti 25.2.2017) psykofyysisen fysioterapian suurin ero muihin fysioterapian lähestymistapoihin verrattuna on se, että psykofyysinen fysioterapia on oppimisprosessi, jossa kuntoutujaa autetaan tulemaan tietoiseksi omista ajattelu- ja toimintamalleistaan, jotka ovat yhteydessä hänen liikkumiseensa ja toimintakykyynsä. Tietoisuuden herääminen auttaa kuntoutujaa oppimaan omien fyysisten ja psyykkisten voimavarojen säätelyä tarkoituksenmukaisemmin. Perinteisesti kuntoutuja nähdään fysioterapiassa joko passiivisempänä hoitojen vastaanottajana tai "mekaanisesti harjoitteita suorittavana yksilönä" ilman, että kuntoutuja itse tutustuu omaan tapansa toimia kehonsa kanssa sekä asettaa kuntoutukselle haluamansa tavoitteet. (Patovirta sähköposti 25.2.2017.)

Terapian vaikuttavuudessa merkittävintä on kuntoutujan itse kokema muutos (PSYFY ry 2017). Vaikuttavuuden arvioinnissa korostuu asiakkaan omat kokemukset, kokemuksellinen oppiminen terapiajaksosta sekä kokemusten merkitys asiakkaalle. Arviointivälineitä ovat päiväkirja, haastattelu ja havainnointi. Objektiiivista arviointia tehdään hengityksestä, jännittyneisyydestä, rentoutumiskyvystä, kehonkuvasta, kivun

määrästä ja laadusta sekä sanattomasta kehollisesta vuorovaikutuksesta. (Kauranen 2017, 522.)

#### 4.1 Terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutus

Asiakkaan ja terapeutin välinen yhteistyö ja vuorovaikutus ovat keskeisiä asioita psykofyysisessä fysioterapiassa (PSYFY ry 2017). Terapeutti ja asiakas ovat tasavertaisia kumppaneita keskenään ja kumppanuus nähdään terapeutin työöteeseen liittyvänä seikkana (Härkönen ym. 2016, 17). Terapiassa edetään asiakkaan ehdoilla hänen jaksamisensa mukaan (Härkönen ym. 2016, 17) ja terapian tavoitteet asetetaan asiakkaan voimavarat ja elämäntilanne huomioiden (PSYFY ry 2017). Asiakkaan kokemuksiin keskittyäkseen terapeutin tulisi kyetä tietoiseen läsnäoloon, kiireettömyyteen sekä tilan antamiseen asiakkaalle. Fysioterapiassa on hiljentymisen ja tilan antamisen sijaan totuttu asiantuntijalähtöisempään työskentelyyn, jossa fysioterapeutti on ilmaissut ammatillista osaamistaan aktiivisella puheella ja argumentoinnilla. (Härkönen ym. 2016, 16.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa asiakasta kannustetaan ottamaan vastuuta kuntoutumisestaan (PSYFY ry 2017). Terapiassa etsitään selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja asiakkaan ongelmiin yhdessä asiakkaan kanssa (Kauranen 2017, 522). Terapeutti auttaa asiakasta löytämään keinoja, joiden avulla asiakas voi itse auttaa itseään ja korostaa ohjauksessaan asiakkaan aktiivista toimijuutta asiantuntijalähtöisen toimintamallin sijaan. Vastuun siirtäminen asiakkaalle edellyttää terapeutilta ulkokohtaisesta asiantuntijuudesta luopumista, joka saattaa olla terapeutille pitkän oppimisprosessin takana. Terapeutti ei tarjoakaan asiakkaalle valmiita ratkaisuja tai kuvauksia siitä, miltä asiakkaasta tulisi nyt tuntua, vaan terapeutti voi ajatella asiakkaan havaintojen olevan omia tärkeämpiä. (Härkönen, Matinheikki-Kokko, Muhonen & Sipari 2016, 16 - 20.)

#### 4.2 Kehon ja mielen yhteys

Elämän varhaisvaiheessa ihminen kommunikoi kehon ja hengityksen avulla (Martin ym. 2014, 119). Kehon kieli ja sanaton kommunikaatio ovat ihmisen vuorovaikutus-

muotoina ensimmäisten 15 elinkuukauden ajan, jonka jälkeen verbaalinen kieli kehittyy niiden rinnalle. Ihmisen kehollinen viestintä on myöhemminkin runsasta ja koostuu muun muassa kehon liikkeistä, asennoista ja kasvojen ilmeistä. (Svennevig 2005, 39.) Psykofyysisessä fysioterapiassa tämä kehon ja mielen yhteys korostuu. Ihminen huomioidaan kokonaisvaltaisesti ajatellen kehon ja mielen reaktioiden vaikuttavan toisiinsa jatkuvasti. (PSYFY ry 2017.) Terapiassa huomioidaan myös ympäristön ja vuorovaikutussuhteiden vaikutus (Talvitie ym. 2006, 267). Psykofyysisestä ja kokonaisvaltaisesta lähestymistavasta puhutaan myös biopsykososiaalisena lähestymistapana (Härkönen yms. 2016, 9).

Ojalan mukaan (2014, 4) erottelu mielen ja kehon tunteisiin ei ole mielekästä, sillä kokemus on aina kaikkialla ihmisessä. Aivot eivät pysty siirtämään viestiä tietoisuuteen ilman, ettei se vaikuttaisi myös kehollisesti joko verenkierron tai hermoratojen välityksellä. Tämä selittää esimerkiksi sydämen sykkeen nousun, hikoilun ja perhoset vatsassa jännittävässä tilanteissa. (Kataja 2004, 184.) Jokainen tunneperäinen aktivoituminen saa aikaan fyysisiä reaktioita (Herrala ym. 2010, 140). Fyysisiä reaktioita syntyy autonomisen hermoston mukautuessa välittömästi sisäisiin tai ulkoisiin ärsykkeisiin (Siira & Palomäki 2016, 15). Autonomisen eli tahdosta riippumattoman hermoston ollessa reaktioiden takana kehon reagoitua ei voi estää (Svennevig 2005, 20).

Autonomisen hermoston epätasapainotila ja hormonierityksen häiriintyminen voivat aiheuttaa sairauksia. Pitkäaikainen psyykinen kuormittuminen lisää riskiä esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksiin, kroonisiin ja äkillisiin tulehduksiin, aineenvaihduntasairauksiin sekä tuki- ja liikuntaelinoireisiin. (Talvitie ym. 2006, 434 – 435.) Ajatuksilla, tulkintoilla ja mielikuvilla on niin negatiivisia kuin positiivisia vaikutuksia muun muassa stressihormonien erittymiseen, hengitykseen, sydämen toimintaan ja verenpaineeseen. Rentouttavat ja positiiviset mielikuvat rauhoittavat kehoa (Martin & Kunttu 2012, 14), kun stressi, masennus tai pelot voimistavat fyysisiä oireita. Kyse on elimistön luonnollisista ja fysiologisesti ymmärrettävistä reaktioista. (Saloheimo & Huttunen 2008, 707 – 708.) Oireet ja niitä koskevat mielikuvat, tunteet ja tulkinnat voivat voimistaa toisiaan (Martin & Kunttu 2012, 6). Psykofyysisessä fysioterapiassa emotionaaliset aspektit on huomioitu korostetusti (Kauranen 2017, 522).

Kehon asennon ja liikkeiden on osoitettu olevan yhteydessä koettuihin tunteisiin. Pienetkin muutokset ryhdissä voivat muuttaa mielialaa. (Siljamäki ym. 2016, 42.) Hyvä ryhti lisää voimavaroja ja sisäistä varmuutta, kun heikko ryhti altistaa stressille. Tiedostamattomat fyysiset tavat saattavat lisätä fyysistä ja psyykkistä jännittyneisyyttä. (Kataja 2004, 173.) Yhteys toimii kumpaankin suuntaan, sillä samat kytkennät aivoissa mahdollistavat niin psyykkisiä kuin fyysisiä toimintoja. Tämä selittää sen, että fyysiset tuntemukset vaikuttavat ajatuksiin ja kognitiivinen työstäminen liittyy erottamattomasti kehoon. (Ogden, Minton & Pain 2009, 10.) Ihmisen suosimat asennot ja liikkeet, perusliikkuminen, tilankäyttö, suhde alustaan, voimankäyttö, rentoutumiskyky, äänenkäyttö ja hengitys viestivät myös ihmisten käsityksestä omasta kehostaan (Kauranen 2017, 523).

Ihmisen persoonallinen asento voi olla muuttuneen lihasjännityksen muovaama ilmentymä henkilön sisäisistä tunneprosesseista, sillä ihminen saattaa tiedostamattaan reagoida erilaisiin kokemuksiin lihasjännityksellä. Kehon asentoon vaikuttavat useat asiat, kuten ajatukset, mieliala, tunteet ja hengitys. (Herrala ym. 2010, 75, 88, 136.) Jokaisella on omanlaisensa sekoitus lihasjännityksiä, jonka pohjalta persoonallinen asento on muotoutunut persoonan kuvajaiseksi (Svennevig 2005, 146). Lihasten jännittyneisyys toimii ikään kuin negatiivisten tunnetilojen, kuten levottomuuden, ahdistuksen ja pelon, fysiologisena mittarina. Tunnetiloihin vaikuttamalla pystytään laukaisemaan lihasjännitys ja alentuneen lihasjännityksen myötä myös psyykkinen rentoutuminen on mahdollista. (Kataja 2004, 26.) Kun lihakset rentoutuvat, jännitteiden syntyy vaikuttaneet tunnetilat ja muistot voivat saavuttaa tajunnan tason, jolloin lihasjännitysten takana olleiden tunteiden käsittely mahdollistuu (Herrala ym. 2010, 136).

Kehon ja mielen yhteyden tiedostaminen antaa mahdollisuuden vaikuttaa omaan reagointiin, jolloin ihminen voi esimerkiksi estää ahdistuneisuuteen liittyvää lihasten jännittymistä (Siljamäki ym. 2016, 42). Psykofyysisessä fysioterapiassa asiakasta autetaan pohtimaan tunteiden tai elämäntapahtumien yhteyttä kehon kipuihin ja jännityksiin (Jaakkola 2007, 9). Fyysiset tuntemukset pyritään yhdistämään psyykkisiin ja emotionaalisiin tuntemuksiin (Kauranen 2017, 522). Svennevigin mukaan, jos ihminen ei tule tietoiseksi siitä, mitkä tunteet tai ongelmat mahdollisesti ovat hänen fyysisten oireiden taustalla, ihminen saattaa aina hetkellisesti päästä oireistaan esimerkiksi fysikaalisten hoitojen avulla, mutta ne uusiutuvat lyhyen ajan sisällä (Svennevig 2005,



98). Liuhdon mukaan (sähköposti 13.3.2017) ongelmia voi kuitenkin olla helpompaa lähteä työstämään konkreettisesti kehon kautta, jolloin psykofyysinen fysioterapia voi olla asiakkaalle parempi vaihtoehto kuin pelkkään keskusteluun pohjautuva terapia tai kehollisten mielikuvien varassa tapahtuva harjoittelu.

Laitisen mukaan (sähköposti 24.2.2017) on hyvä huomioida, että asioiden työstäminen kehollisesti ja refleктоiva keskustelu voi olla yksinkin riittävää. Psykofyysisessä fysioterapiassa pintaan nousseita asioita voidaan käsitellä kehollisten tunteuksien kautta ja kehollista työskentelyä reflektoiden (Laitinen sähköposti 24.2.2017). Myös Ogden, Minton ja Pain sanovat (2009, 11), että kehollisten liike- ja asenomallien vaikuttaessa ajatteluun älyllinen itsetarkastelu ei välttämättä ole ainoa tai parhain tapa tulla tietoisiksi mielen toiminnasta, vaan keskittyminen asennon ja liikkeiden tarkasteluun ja muuttamiseen voi olla yhtä arvokasta.

Kehon ja mielen yhteydestä viestii lisäksi psykosomaattinen oireilu. Psykosomaatikassa on kyse psyykkisten ja fyysisten tekijöiden vuorovaikutuksesta, jonka perusteella psyykkisestä ristiriidasta voi syntyä sairauden oireita (Herrala ym. 2010, 105). Psykosomaattisesta oireilusta on kyse silloin, kun fyysisille oireille ei löydy riittävää selitystä lääketieteellisissä tutkimuksissa. Jopa 60–80% ihmisistä kokee viikoittain oireita tai tunteuksia, joille ei löydetä syytä. (Martin & Kunttu 2012, 5, 7.) Perusterveydenhuollon asiakkaista 20–50 % kärsii fyysisesti selittämättömistä oireista. Fyysisten oireiden taustalla saattaa usein olla myös traumaattisia kokemuksia. (Saloheimo & Huttunen 2008, 703, 707 – 708.)

Psykosomaattisesti oireilevat eivät välttämättä kykene ilmaisemaan tunteitaan sanallisesti, jolloin keho ja oireet asettuvat sanojen sijaiseksi. Usein ihminen löytääkin kehollisuutensa uudestaan vasta sairastumisen kautta. (Martin & Kunttu 2012, 22 -23.) On todettu, että moni somaattisesti oireileva asiakas hyötyy fysioterapiasta. Psykosomaattisista oireista kärsivät potilaat eivät välttämättä ole halukkaita psykiatriseen tai psykologiseen hoitoon, jos he eivät liitä oireitaan psyykkisiin tekijöihin. Sen sijaan he kokevat usein tarvitsevansa fyysistä hoitoa ja siksi fysioterapia voi olla heille parempi vaihtoehto. (Saloheimo & Huttunen 2008, 703, 708.) Psykosomaattisen oireilun lisäksi

plasebo- eli lumevaikutus kielii kehon ja mielen yhteydestä. Plasebon vaikutus ei tapahdu lääkkeen tavoin kemiallisesti, vaan siinä vaikutukset kehollisiin oireisiin syntyvät emotionaalisesti. (Kataja 2004, 12.)

#### 4.3 Kokemuksellinen oppiminen

*“Mikä näitä kaikkia menetelmiä ja työkaluja yhdistää on kokemuksellinen oppiminen, kehon ja mielen tiedostavan kohtaamisen kautta. Psykofyysisessä fysioterapiassa kokemuksellisuus näyttäytyy ennen kaikkea ajan antamisena asiakkaan omalle kokemukselle. Miltä jokin yksinkertainen liikeharjoitus tai asento tuntuu omassa kehossa ja millaisia ajatuksia ja tunteita tämä herättää asiakkaassa. Tai toisin päin: miltä esimerkiksi pelko tai ahdistus tuntuu kehossa, millainen suoja-asento juuri tästä tunnetilasta on seurauksena.”*

- Palomäki 2016

Psykofyysinen fysioterapia pohjautuu kokemukselliseen oppimiseen (PSYFY ry 2017). Psykofyysisessä fysioterapiassa kehoon keskitytään ”koettuna kehona”, joka tarkoittaa, että ihmisellä on kyky aistia kehonsa kokemuksellisesti. Perinteisesti keho nähdään enemmän toimenpiteiden ja harjoittamisen kohteena eli ”objektikehona”. (Härkönen ym. 2016, 18.) Psykofyysisessä fysioterapiassa asioiden tarkastelu tapahtuu ihmisen kokemuksista käsin (Talvitie ym. 2006, 266). Harjoittelun taustalla on ajatus siitä, että meillä on kyky sekä kokemukselliseen että refleктоivaan työskenteleeseen. Kokemuksellisen kyvyn myötä tajunta ottaa vastaan erilaisia aistimuksia ja tunteita samalla kun refleктоivan kyvyn ansiosta voi havainnoida kokemuksia ja pohtia niitä (Roxendal & Winberg 2006, 40).

Talvitien ym. mukaan (2006, 268) oppimiseen tarvitaan kokemuksellista ymmärtämistä, joka syntyy konkreettisen tekemisen kautta. Olennaista on omakohtainen kokemus ja sen pohdiskeleva havainnointi eli reflektionti. Reflektion avulla konkreettinen kokemus voidaan muuttaa ymmärrettäväksi tiedostamiseksi ja sen myötä käytännön toimiksi. (Kataja 2004, 124.) Fysioterapian tuloksien sanotaan jäävän pysyvimmiksi, kun se sisältää asiakkaan kokemusten tiedostamisen ja niiden käsittelemisen (Svenne-

vig 2005, 96). Myös terapeutin oma kokemuksellinen oppiminen on tärkeää hänen ohjatussaan kehollisia harjoituksia, sillä sen myötä fysioterapeutti saa itse kokemuksen harjoitteesta ja oppii, millaisia tunteita se mahdollisesti tuo tietoisuuteen (Uusi-Kokko 2009, 74).

#### 4.4 Rentoutus- ja mielikuvaharjoitteet

Rentoutuminen tarkoittaa elimistön toiminnan rauhoittamista. Se on kokonaisvaltainen tapahtuma ja kokemus, jonka vaikutukset ulottuvat sekä fyysiselle että psyykkiselle puolelle. (Kataja 2004, 23, 35.) Rentoutumisella pystytään vaikuttamaan fysiologisiin stressivasteisiin, kuten autonomisen hermoston aktiivisuuteen (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 248). Sen avulla pyritään tasapainottamaan autonomisen hermoston toimintaa muuttamalla sympaattisen hermoston ylitoimintaa parasympaattisen hermoston suuntaan (Kataja 2004, 26). Parasympaattisen hermoston aktivoituminen ilmenee muun muassa sykkeen ja hengitystiheyden pienenemisenä sekä ääreisverenkierron verisuonten laajenemisenä rentoutumisen aikana (Herrala ym. 2010, 171). Rentoutuminen saa aikaan useampia erilaisia prosesseja kehossa ja sen on osoitettu tehostavan vammojen ja sairauksien paranemista. Rentoutumisesta on saatu vaikuttavia tuloksia traumaattisten kokemusten, somaattisten häiriöiden ja kivun hoidossa. Rentoutuminen parantaa itsetuntemusta ja keskittymiskykyä, vahvistaa kontrollin tunnetta omaa toimintaa kohtaan, lisää voimavaroja, poistaa kuluttavia lihasjännityksiä, nopeuttaa palautumista ja lisää syvää lepoa. (Kataja 2004, 27, 28, 43.)

Rentoutuminen tapahtuu tavallisesti ihmisen ollessa tietoinen ja valveilla. Rentoutuminen on yksilökohtaista ja siinä missä joku kaipaa rauhallista lepoa, joku saattaa tarvita räväkkää liikuntaa tai kevyempää puuhastelua rentoutuakseen. (Herrala ym. 2010, 169, 170.) Rentoutusmenetelmät on jaettu aktiivisiin sekä rauhoittumis- ja suggestio- rentousmenetelmiin (Kataja 2004, 52). Rentoutuminen voi tapahtua lihasrentoutustekniikoiden, hengitysharjoitusten tai mielikuvien avulla (Kalso ym. 2009, 248). Psyko-fyysisessä fysioterapiassa käytettyjä menetelmiä ovat progressiivinen jännitys-rentoutus-menetelmä, autogeeninen rentoutus ja sovellettu rentoutus (Kauranen 2017, 525). Myös perinteiset fysioterapiamenetelmät kosketus ja hieronta rentouttavat ja rauhoittavat sekä edistävät kehon rajojen tunnistamista (Talvitie ym. 2006, 280 – 281).

Psykofyysisessä fysioterapiassa hyödynnetään myös mielikuvaharjoitteita (Kauranen 2017, 523). Mielikuvaharjoitteissa hyödynnetään myönteisyyttä ja mielihyvää tuottavia mieli- ja muistikuvia. Mielikuvaharjoituksen aikana voi käyttää kokemukuvia, kuten “lämmin kesätuuli iholla” ja “linnun laulu”. (Kataja 2004, 111, 113.) Ohjatulla mielikuvaharjoittelulla pystytään syventämään rentoutumisen astetta (Kalso 2009, 248). Mielikuvilla voidaan purkaa negatiivisia oireita ylläpitäviä mielikuvia ja korvata ne rauhoittavilla mielikuvilla (Martin & Kunttu 2012, 15). Mielikuvat vaikuttavat suoraan kehon toimintaan aiheuttaen fyysisiä reaktioita (Kataja 2004, 37, 190). Keinotekoisien mielikuvien vaikutus autonomisen hermoston toimintaan eroaa hyvin vähän todellisesta tilanteesta. Lisäksi niiden on osoitettu aktivoivan samoja aivoalueita kuin “oikeat” havainnot, kuten näköhavainnot. (Kataja 2004, 36, 37, 190.) Jaakkolan mukaan (2007, 20) mielikuvat ovat aivoille totta. Niillä voidaan vaikuttaa kehon fysiologiaan (Jaakkola 2007, 10) sekä muokata aivojen rakennetta ja toimintaa (Miranda 2016, 88).

#### 4.5 Hengitysharjoitteet

*“Kun hallitsee hengityksen, hallitsee myös mielensä ja ruumiinsa.”*

- Kataja 2004, 54

Psykofyysisessä fysioterapiassa tutkitaan, millaisia tunteita hengittäminen herättää ja miltä hengittäminen tuntuu. Terapiassa hengitys toimii kanavana kehon ja mielen välillä, jonka avulla fysioterapeutti voi tunnistaa potilaan lukkiutuneita tunteita ja käsitellä niitä kehollisten harjoitusten kautta. (Hakanpää & Peltonen 2004, 32.) Hengitys on ikään kuin silta kehon ja mielen välillä. Se muuttuu joka hetki aistimusten, tunteiden ja kokemusten mukaan. (Siira & Palomäki 2016, 28.) Hengitystä voidaan kutsua myös sielun peiliksi sen jatkuvasti ilmentäessä koettuja tunteita (Kataja 2004, 56). Tunteet ilmenevät hengityksessä rytmin, syvyyden, sijainnin ja säännöllisyyden muutoksina. Ihminen voi hengitystapaa muuttamalla suojautua vaikeilta kokemuksilta ja näitä hengitystavan muutoksia voi ilmetä pitkäänkin vaikean kokemuksen jälkeen. (Ekerholt & Bergland 2008, 833.) Ihminen pystyy tukahduttamaan tunteitaan hengi-

tyksellään, sillä pinnallisella hengityksellä voidaan estää tunteiden ilmeneminen kehossa (Svennevig 2005, 99). Hengityksellä on siis suuri merkitys fysiologisten tehtävien lisäksi myös psyykeen kannalta (Kataja 2004, 56).

Hengitys on sekä autonomisen että tahdonalaisen kontrollin alaisuudessa. Se on normaalisti automaattista ja tiedostamatonta, mutta siihen on mahdollista vaikuttaa tahdonalaisesti esimerkiksi muuttamalla sen rytmiä tai syvyyttä. Hengityksen fysiologinen tehtävä on kuljettaa kehossa happea ja hiilidioksidia. Se vaikuttaa myös elimistön perusaineenvaihduntaan ja hieroo sisäelimiä. (Herrala 2010, 76 – 77.) Hyvässä hengitystavassa kaikki keuhkojen osat täyttyvät ilmalla ja pallea, joka on ihmisen tärkein hengityselin, on aktiivisesti töissä (Kataja 2004, 55). Huonon hengitystavavan merkkejä ovat pelkän rintakehän yläosan käyttö, vatsan laajenemattomuus sekä nopea, matala tai katkonainen hengitys. (Kataja 2004, 54 – 55.) Hyvin pieni, pinnallinen ja tiheä hengitys voi kertoa ihmisen heikoista voimavaroista (Hakanpää & Peltonen 2004, 32). Epätasapainoinen hengitys tuntuu kokonaisvaltaisesti epämiellyttävältä aiheuttaen erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita (Martin 2016, 55, 57).

Hengityksen ollessa yhteydessä autonomiseen hermostoon hyvällä hengityksellä voi aktivoida parasympaattista hermostoa rauhoittaen tunteita. Hengitys on hyvä väline sisäisten tilojen säätelyssä. (Kataja 2004, 55 – 56.) Hengityksen tiedostamalla ja sitä rauhoittamalla voi vaikuttaa tunteisiin ja fysiologisiin reaktioihin (Siira & Palomäki 2016, 28). Rauhallinen, luonnollinen ja syvä hengitys auttaa rauhoittumaan sekä lisäämään voimavaroja (Kataja 2004, 54). Lisäksi hengityksen kuuntelu voi olla hyvä työkalu hyväksyvän ja myötätuntoisen läsnäolon löytämiseksi (Martin ym. 2014, 122).

#### 4.6 Kehotietoisuusharjoittelu ja tietoinen läsnäolo

Kehotietoisuus on kykyä olla yhteydessä fyysisiin tuntemuksiin (Gyllensten, Skär, Miller & Gunvor 2010, 442). Fenomenologit ajattelevat kehotietoisuuden olevan kehon sisäisten tilojen, prosessien ja toimintojen havaitsemista kehosta ja sisäelimestä tulevien tietojen perusteella. Tällöin kehotietoisuutta on muun muassa tietoisuus sydämen toiminnasta, raajojen asennoista, kivusta ja rentoutumisen tunteesta. (Sandström

2012, 22.) Kehotietoisuus on hyvin yksilöllinen ja konkreettinen kokemus kehon sisäisistä tuntemuksista ja sen liikkeistä, jonka avulla voidaan havainnoida myös muun muassa kehon kokoa ja muotoa (Siljamäki ym. 2016, 41). Se on syvää ja kokonaisvaltaista itsen tiedostamista, ymmärrystä ja hallintaa. Suurimman osan ajasta ihminen ei ole tietoinen kehostaan, sillä mieli on täynnä erilaisia ajatuksia ja tunteita. (Herrala, Kahrola & Sandström 2010, 32, 36.) Keholliset tuntemukset ovat silti ihmisessä läsnä, mutta niiden löytäminen, tunnistaminen ja etenkin tiedostaminen voi olla nykyihmiselle haastavaa (Härkönen ym. 2016, 18). Ihminen voi myös sopeutua kehon tuntemuksiin, jolloin ei välttämättä tiedosta olevansa jännittynyt, jos jännittyneisyys on jatkunut pitkään (Kataja 2004, 24).

Psykofyysisessä fysioterapiassa asiakasta ohjataan tunnistamaan, kuuntelemaan ja tiedostamaan kehoa ja sen osia. Kehon tunnistaminen ja fyysinen tietoisuus voi syntyä rentoutumisen, painovoiman, liikkeen tai kosketuksen kautta. (Kauranen 2017, 522.) Kehotietoisuusharjoittelu voi olla aktiivista tekemistä, rentouttavia liikkeitä tai syvempien aistimusten havainnoimista. Harjoittelun myötä ihminen oppii tiedostamaan kehonsa viestejä ja havainnoimaan itse asentoaan, liikkeensä laatua ja tunteitaan. (Jaakkola 2007, 9.) Kehotietoisuusharjoitteluun liittyy myös havainnot siitä, miten on keholtaan vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa (Siira & Palomäki 2016, 41). Fysioterapeutti kannustaa asiakasta havainnoimaan ja hyväksymään hoidon aikana ilmeneviä tuntemuksia tienä kasvavaan kehotietoisuuteen (Gunvor 2005, 726).

Tuntemusten tiedostaminen on tärkeää kehossa ilmenevien tarpeiden ja tunteiden ymmärtämiseksi. Kehotietoisuuden kautta ihminen pystyy tiedostamaan esimerkiksi jännityksiä ja toimimaan niitä lieventääkseen ennen kuin ne aiheuttavat kipua. (Gyllenstein, Skär, Miller & Gunvor 2010, 442.) Ihminen oppii tunnistamaan voimavarojaan kuluttavia jännityksiä, rentouttamaan lihaksiaan ja vapauttamaan hengitystä. Kehotietoisuuden parantuessa ihminen siis kykenee hallitsemaan kehoaan ja vaikuttamaan omiin oireisiin. (Lamio & Santala 2004, 21.) Fyysisistä tuntemuksista ja hengityksestä tehdyt havainnot auttavat ohjaamaan toimintaamme sekä hakeutumista tasapainoon (Martin ym. 2014, 79). Kehotietoisuus on itsesäätelytaitojen kehittymisen lähtökohta (Siira & Palomäki, 41).

On todettu, että kehotietoisuus on yhteydessä myös itsetuntemukseen ja tunnetaitoihin. Tähän perustuen kehotietoisuusharjoittelulla voidaan edistää kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Siljamäki ym. 2016, 40.) Tunteisiin keskittyminen on tärkeää kaikessa kehotietoisuusterapiassa (Gunvor 2005, 726). Gyllenstenin ym. mukaan (2010, 439) fysioterapeuttien olisi hyvä ymmärtää, että kehotietoisuus on erottamaton osa identiteettiä ja voi vaikuttaa yksilön terveyteen ja sen perusteella terapiassa tulisi myös keskittyä kehotietoisuuteen liittyviin ongelmiin. Myös Skoglundin mukaan (2016) kaikilla fysioterapian aloilla on tarvetta potilaan lisääntyneelle kehotietoisuudelle. Tutkimukset ovat osoittaneet kehotietoisuuden tärkeyden niin ammatillisena työkaluna asiakkaan hoidossa kuin asiakkaan keinona tunnistaa omat voimavaransa (Gyllensten, Skär, Miller & Gunvor 2010, 440).

Kehotietoisuus lukeutuu tietoisuustaitoihin (Siira & Palomäki 2016, 41). Huomion kohdistaminen niin kehossa kuin mielessä tapahtuviin tuntemuksiin on määritelty tietoisuusharjoitteluksi (Kortelainen 2014, 125), eli toisin sanoen 'mindfulnessiksi' (Saari, Kortelainen & Väänänen 2014, 7). Tietoisuusharjoittelulla voidaan syventää kokemusta kehotietoisuudesta johdattaen ihminen kehollisen kokemuksen äärelle (Väänänen, Saari & Kortelainen 2014, 11). Psykofyysinen fysioterapia sisältää paljon 'mindfulnessin' piirteitä, mutta fysioterapiassa on lisäksi kehotietoisuuteen liittyviä elementtejä ja fysioterapeutin osaaminen liittyen psykofyysiseen toimintakykyyn ja voimavarojen arviointiin on syvempää (Palomäki sähköposti 23.2.2017).

Tietoinen läsnäolo, toisin sanoen hyväksyvä tietoinen läsnäolo, tarkoittaa läsnä olemista ja keskittymistä nykyhetkeen niin, että on tietoinen siitä mitä on juuri nyt. Se on hyväksyvää ja myötätuntoista itsen ja maailman havainnoimista vailla arvostelua tai muuttamispyrkimyksiä. (Raevuori 2016, 1890.) Hyväksyvä tietoinen läsnäolo on pyrkimystä harjoittaa ystävällisyyttä ja uteliaisuutta niin negatiivisia kuin positiivisia tuntemuksia kohtaan (Pennanen 2014, 99). Kehotietoisuutta harjoitellessa korostetaan hyväksyvää havainnointia ja fysioterapeutti voi kehottaa asiakasta olemaan arvostelematta kokemuksiaan, liikkeitä tai asentojaan: mikään ole "väärin", "oikein" tai "huono" (Kainulainen 2015, 9). Hyväksyvä läsnäolo lisää sallivuutta itseä kohtaan ja auttaa pysähtymään tämänhetkiseen kokemukseen (Martin, Seppä, Lehtinen & Törö 2014, 216).

Tietoisesta läsnäolosta on vankkaa näyttöä kroonisen kivun, ahdistusoireiden sekä masennuksen hoidossa. Tietoisen läsnäolon harjoittamisen määrä korreloi stressi- sekä mielialaoireiden lievittymisen kanssa. Sen harjoittelu synnyttää aivojen rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia. (Raevuori 2016, 1890.) Muutosten on tutkittu olevan laaja-alaisia ja niitä on pystytty kuvantamaan niillä aivojen alueilla, jotka säätelevät tunteita ja mielialaa sekä aistii kipua (Miranda 2016, 146).

#### 4.7 Esimerkkinä Basic Body Awareness Therapy

Basic Body Awareness therapy eli BBAT on näyttöön perustuva yksilö- ja ryhmäfyysioterapiamenetelmä kehotietoisuuden harjoitteluun. Menetelmä pohjautuu liikepedagogin ja psykoterapeutin Jacques Dropsyn kehittämään psykotoniaan, josta fysioterapeutti Gertrud Roxendal kehitti sen fysioterapiamenetelmäksi 1970-luvulla. (Laitinen 2016b.) Sen on havaittu olevan vaikuttava menetelmä monien eri vaivojen ja oireiden hoidossa sekä vastaavan hyvin nykyajan terveyshaasteisiin, kuten stressiin. BBAT:ia hyödynnetään ennalta ehkäisevässä tarkoituksessa työterveyshuollossa, stressinhallintaryhmissä ja kuntoutuksessa ympäri Suomen. (PSYFY ry 2017.)

Menetelmä perustuu kokemukselliseen oppimiseen ja kokemusten jakamiseen. Keskeistä on kehon kuuntelun sekä oman asennon tunnistamisen opettelu. Laitinen sanoo kehotietoisuuden olevan BBAT-terapiassa viiden K:n taito, joka koostuu kehosta, sen kuuntelusta, kokemuksellisuudesta ja kunnioittavasta kohtelusta. Se sisältää seisten, istuen ja maaten tehtäviä arkeen liittyviä liikeharjoitteita samalla tasapainoista asentoa, vapaata hengitystä ja tietoista läsnäoloa tutkien. (Laitinen 2016b.) Ensimmäinen askel terapiassa on saada asiakas kontaktiin oman kehonsa kanssa (Gunvor 2005, 725). Harjoitteiden aikana korostetaan jatkuvaa tietoista läsnäoloa kehossa asentojen ja liikkeiden aikana (Kauranen 2017, 523). Asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus sekä asiakkaan kokemuksista ja oivalluksista keskustelu ovat olennainen osa terapiaa (PSYFY ry 2017).

BBAT-harjoittelun on todettu olevan toimiva hoitomuoto muun muassa kipupotilaiden, traumojen, syömishäiriöiden, masennuksen, persoonallisuushäiriöiden ja skitsofrenian hoidossa (PSYFY ry 2017). On näyttöä, että BBAT-harjoittelu vähentää kipua



(Bjørn, Nordbrandt, Jensen, Trine Stårup & Carlsson 2016; Blaauwendraat, Levy Berg & Gyllensten 2016; Bravo & Skjærven 2016), edistää unenlaatua (Bjørn ym. 2016; Gyllensten, Hansson & Ekdahl 2003), parantaa kontaktia itseen (Bjørn ym. 2016), edistää kehotietoisuutta sekä parantaa mahdollisuuksia palata töihin (Blaauwendraat ym. 2016). Psykiatrisen avohoidon asiakkailla BBAT on lisännyt kehon elinvoimaisuutta, vapauttanut hengitystä, vähentänyt lihasjännitystä ja psyykkisiä oireita, muuttanut omaan kehoon liittyviä asenteita myönteisemmiksi sekä lisännyt minä-pystyvyyden tunnetta (Gyllensten ym. 2003). Yhdessä tutkimuksessa psykiatrisen avohoidon BBAT- harjoitteita tehneet asiakkaat käyttivät vuoden aikana selvästi vähemmän sekä psykiatrisia että sosiaalihuollon palveluita (Gyllensten, Ekdahl & Hansson 2009). Suuressa osassa tutkimuksia todetaan kuitenkin tarve enemmän tutkimukselle.

## 5 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA KROONISEN KIVUN JA STRESSIN HOIDOSSA

Kipu ja stressi ovat yhteydessä toisiinsa. Granströmin mukaan (2010, 44) stressin ja kivun yhteydestä on paljon tutkimustietoa. Stressin yhteyttä kipuun on selitetty monin eri tavoin. Stressi aktivoi endorfiinien tuotannon ja stressin jatkuessa pitkään, ihminen saattaa tottua endorfiinien vaikutukseen, jolloin sen normaali määrä ei enää riitä kivun lievittämiseen. Toisen selityksen mukaan endorfiinivarastot tyhjäntyvät, kun stressin vuoksi endorfiineja tarvitaan kivunhallinnan lisäksi mielialan ylläpitämiseen. Lisäksi stressin ja kivun yhteyttä selitetään stressin aiheuttamalla lihasjännityksillä ja niistä syntyvällä kivulla. (Granström 2010, 45.)

Kipu aiheuttaa stressiä ja psyykkinen stressi voi vaikuttaa kivun taustalla oleviin fysiologisiin tekijöihin. Psyykkinen stressi voi yksinomaan olla kroonisen kivun syy, sillä stressi tuottaa kudoksia vaurioittavia aineita elimistöön. Stressi aiheuttaa sympaattisen hermoston toiminnassa kivulle altistavia muutoksia. (Estlander 2003, 43, 47.) Niin stressi kuin kipu aktivoivat sympaattisen hermoston toiminnan (Kataja 2004, 26) ja vaikuttavat esimerkiksi hengitykseen (Siira & Palomäki 2016, 28). Samoja aivojen osia aktivoituu niin fyysisen kuin psyykkisen kärsimyksen yhteydessä. Kivun ja tunteiden yhtenevä neuroanatominen pinta-ala on todennettavissa aivojen rakenteellisella

ja toiminnallisella tasolla. (Roberts & Crowell 2014, 106.) Stressiä ja kipua voi säädellä kehollisin keinoin, joiden käyttö perustuu pitkälti oppimiseen ja toistamiseen (Siira & Palomäki 2016, 43).

## 5.1 Krooninen kipu

Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy todelliseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein (IASP 2017). Kipukokemus on subjektiivinen (Estlander 2003, 12) ja sen ilmaisuun vaikuttavat kipuun liitetyt käsitykset, emotionaaliset tekijät ja tulkinnat sekä vuorovaikutus ympäristön, läheisten ja auttajien kanssa. Asiakkaalla voi olla kipuun liittyen pelkävältämiskäyttäytymistä tai katastrofiajattelua. (Kalso 2009, 110 – 111.) Koettua kärsimystä lisää kivun aikaan saamat menetykset elämiseen tarvittavien voimavarojen suhteen (Granström 2010, 86). Kun keskushermosto saa viestin kudოსvauriosta, aivot skannaavat kipuun kohdistetut odotukset sekä senhetkisen tunnetilan. Lisäksi aivot käyvät läpi menneet kipukokemukset ja ympäristöstä tulevat sosiaaliset ja kulttuurilliset tekijät sekä uskomukset. Kiputuntemus on siis aivojen tulkinta kehossa ilmenevistä tuntemuksista (Siira & Palomäki 2016, 27, 37.) ja perustuu suurilta osin mielen toimintaan. Kipuviesti kulkee aivojen syvien osien tunnekeskusten kautta ja siten saa esimerkiksi pelon sävyn. Mieli on tärkeä tekijä niin kipukokemuksen syntymisessä, jatkumisessa kuin omahoidossa. (Granström 2010, 29, 129.)

On olemassa akuuttia ja kroonista kipua, jotka perinteisesti erotetaan toisistaan keston mukaan. Kipu luokitellaan krooniseksi, kun se on kestänyt kudoksen paranemisaikaa pidempään eli 3 – 6 kuukautta. (Kalso 2009, 106.) Akuutilla kivulla on suojaava merkitys, mutta krooniselle kivulle ei ole löydetty positiivista fysiologista funktiota (Kalso 2009, 105). Krooninen kipu on keskushermoston epätasapainotila (Siira & Palomäki 2016, 37). Kroonisessa kivussa yliherkistynyt kipurata synnyttää ja ylläpitää kipua itsenäisesti kudოსvauriosta riippumatta (Haanpää, Hagelberg, Hannonen, Liira & Pohjolainen n.d, 3). Aivot voivat siis tuottaa kipua täysin itsenäisesti ilman minkäänlaista vauriota (Siira & Palomäki 2016, 37). Kivun kroonistumisen taustalla on useita eri mekanismeja. Akuutti kipu voi muuttua krooniseksi kivuksi kipuhermopäätteen herkistyessä voimakkaasta ja pitkäkestoisesta ärsytyksestä (Estlander 2003, 17). Kivun

aiheuttama autonomisen hermoston aktivaatiotila saattaa pitkään jatkuessaan johtaa vaurioituneen kudoksen herkistymiseen kipuärsykkeille. Kipua vahvistavat järjestelmät voivat voimistua tai jarruttavat järjestelmät heikentyä. Pitkään jatkuva kipuviesti voi aiheuttaa aivojen alueella kipuvasteen voimistumista ja nopeutumista aiheuttavia muutoksia. (Kalso ym. 2009, 107.)

Krooninen kipu on monitasoinen vuorovaikutusilmiö, johon liittyy niin biologisia, sosiaalisia kuin psykologisia tekijöitä (Kalso 2009, 245). Selkäkivun kroonistumiseen liittyvien riskitekijöiden yhteydessä puhutaan ‘punaisista lipuista’ ja ‘keltaisista lipuista’. Punaiset liput ovat elimelliseen sairauteen tai vaurioon viittaavia fyysisiä oireita, kuten kuume, laihtuminen sekä jatkuva ja voimakas kipu myös yöllä. Keltaiset liput ovat psykologisia riskitekijöitä, kuten potilaan käsitykset ja uskomukset kivusta ja toipumisestaan, kivun pelko ja psyykinen rasittuneisuus. (Estlander 2003, 49 – 50.) Kivun kroonistumiseen johtavia tekijöitä voi olla myös elämänhistoriassa, sillä esimerkiksi traumaattiset kokemukset voivat alistaa krooniselle kivulle (Kalso ym. 2009, 109). Luomajoen mukaan (2014, 10) syyt kivun kroonistumiseen ovat enemmän yhteydessä psykososiaalisiin tekijöihin kuin kudos- tai diagnoosiperäisiin asioihin.

Akuutin ja kroonisen kivun hoito eroavat toisistaan. Krooniseen kipuun ei tule suhtautua samalla tavalla kuin akuuttiin kipuun (Miranda 2016, 10) ja akuutin kivun hoitomenetelmät ovat useimmiten tehottomia kroonisen kivun hoidossa (Estlander 2003, 18). Kroonisen kipuongelman ollessa hyvin moniulotteinen sen hoito ja kuntoutus ovat järkevää toteuttaa moniammatillisesti, joka on edellytys laaja-alaiselle ja kokonaisvaltaiselle työskentelylle (Kalso ym. 2009, 259). On näyttöä, että biopsykososiaalisella lähestymistavalla on selkeä vaikutus kroonisen alaselkäkivun hoidossa (George 2008). Biopsykososiaalisella lähestymistavalla pyritään huomioimaan kivun kokemiseen, ilmaistamiseen ja seurauksiin vaikuttavia biologisia, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä sekä niiden vuorovaikutuksen merkitystä (Estlander 2003, 33).

Fysioterapian tärkeä tehtävä kroonisen kivun hoidossa on lisätä asiakkaan autonomian tunnetta tukemalla hänen omia selviytymiskeinoja ja vaikutusmahdollisuuksia. Passiivisia ja terapeutista riippuvaisia hoitoja tulisi välttää, ellei niillä ole tarkoitus tukea asiakkaan omatoimista harjoittelua ja fyysistä aktiivisuutta. (Talvitie ym. 2006, 297 –

298.) Fysioterapian yksi tärkeä tavoite on lisätä kipukroonikon tietoisuutta omasta kehosta ja liikemalleista (Ahonen 2007, 23). Psykofyysisestä fysioterapiasta asiakas saa konkreettisia keinoja muun muassa kipuun suhtautumiseen, jonka myötä hallinnan tunne kiputilanteissa kasvaa (Härkönen ym. 2016, 14). Hannele Laitisen mukaan psykofyysinen fysioterapia voi joskus toimia niin hyvin, että kivut lakkaavat kokonaan (Kolttola 2016). Erilaisilla rentoutus-, hengitys-, tietoisuustaito- ja mielikuvaharjoituksilla on osoitettu olevan hyötyä kivun säätelyssä (Martin ym. 2014, 96). Lisäksi psykofyysisen fysioterapian avulla asiakas voi saada oivalluksia, joiden myötä pystyy vaikuttamaan kipujen ja oireiden syihin (PSYFY ry 2017).

Psykofyysisellä fysioterapialla ei pyritä aina poistamaan kipua tai pahaa oloa, vaan terapiassa tutkitaan yhdessä, miten asiakas kokee tunteen tai kivun ja miten sen kanssa olisi helpompi olla (Jaakkola 2007, 9). Kipu herättää ahdistusta liittyen sen ennusteseen, jatkuvuuteen tai kontrolloitavuuteen. Käsitykset kivusta ovat kivunhallinnan kannalta merkityksellisiä pelon aiheuttaessa fyysisiä oireita, kuten lisääntynyt verenvirtaus, syketiheys ja lihasjännitys, jotka saattavat vahvistaa kipukokemusta ja pelkoja entisestään. Pelon ohjaamat ajatukset voivat tuottaa siis enemmän kärsimystä kuin itse kivun lähde. Mielen sisäisten prosessien säätely voi olla merkittävää kivunhallinnassa. (Roberts & Crowell 2014, 108 - 109.) Potilaan kipuun liittämät käsitykset, uskomukset ja merkitykset ovat tärkeitä selvittää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja pelon ja huolestuneisuuden vähentäminen on oleellista kivunhoidossa. Kivunhoidossa tulee tukea optimismia ja pystyvyyttä sekä opetella aktiivisia selviytymiskeinoja. (Kalso ym. 2009, 110.)

**Rentoutuminen ja hengitysharjoitukset** ovat osa kipupotilaan kuntoutusta (Haanpää ym. n.d., 19). Rentoutuksella voidaan parantaa kivunhallinnan tunnetta (Kalso 2009, 248). Rentoutuminen ja hengitysharjoitukset muuttavat lihasten dynamiikkaa ja normalisoivat kipuratojen toimintaa (Martin ym. 2014, 104). Ihminen saattaa suojautua kivulta lihaksia jännittämällä tai hengitystä pidättämällä, josta saattaa seurata kivun lisääntyminen ja pitkittyminen (Martin 2016, 72). Hengityksen avulla voi oppia tutkimaan kivun tunnetta ja kehon jännittyneisyyttä (Martin ym. 2014, 104). Hengitystä voidaan käyttää monella tavalla kroonisen kivun lievittämisessä ja tietoista hengittämistä voi hyödyntää myös mielikuvaharjoittelun tukena (Siira & Palomäki 2016, 66).

**Mielikuvia** voidaan hyödyntää kipukokemuksen muuttamisessa, mutta ne ovat tehokkaampia lievemässä kivussa (Kalso 2009, 248 - 249). Kipupotilaat saavat mielikuvaharjoituksista usein konkreettista apua (Martin ym. 2014, 194). Mielikuvaharjoituksilla ei pyritä eroon tai kontrolloimaan kipua, vaan etsitään potilaalle keinoja tulla paremmin toimeen kipukokemusten kanssa. Potilas voi mielikuvien avulla oppia muuttamaan kipukokemustaan esimerkiksi polttavan kivun viileäksi (Kalso 2009, 248, 249).

**Kehotietoisuus** mahdollistaa tunteiden ja kivun säätelyn (Siira & Palomäki 2016, 43). Kehotietoisuuden avulla ihminen voi kohdata kivun kokemuksena. Kivun kohtaaminen sellaisenaan rauhoittaa kehoa ja kehon rauhoittuminen puolestaan lievittää kipua (Palomäki 2016). Terapiasta saadut välineet kivunhallintaan ja itsensä rauhoittamiseen lieventävät pelkoa kipua kohtaan ja vahvistavat turvallisuuden tunnetta (Härkönen ym. 2016, 15). Ogdenin ym. mukaan (2009, 14) jo sisäisten aistimusten huomiointi läsnä olevalla tavalla usein muuttaa tuntemuksia siedettävimmiksi. Niskalan mukaan, kun ihmiset tulevat tietoisemmiksi itsestään ja ymmärtävät kivun ”opettajana”, he vähentävät kipulääkkeiden käyttöä, jäävät vähemmän sairauslomalle sekä pitävät paremmin huolta itsestään (Niskala 2016). Kehotietoisuus auttaa myös kipupotilasta ymmärtämään kehollisten oireiden ja elämän kokemusten yhteyden (Gyllensten, Skär, Miller & Gunvor 2010, 440).

Hyväksyvä asennoituminen kipuun on yksi kivun hoidon osa-alue (Haanpää ym. n.d, 19). **Hyväksyvä tietoinen läsnäolo** mahdollistaa epämiellyttävienkin kehon tunteusten hyväksymisen (Miranda 2016, 143). Hyväksyminen on irrottautumista kärsimystä lisäävistä asenteista, tavoista ja kärsimysajatuksista (Granström 2010, 118). Se on tärkeää, sillä välttämiskäyttäytyminen (Kalso 2009, 249) ja kivun kieltäminen lisäävät kipua. Kieltäminen voimistaa kipua ja siihen liittyvää stressiä. (Martin 2016, 72.) Hyväksyvien harjoitteiden tavoitteena on, että potilas oppii suhtautumaan ongelmaansa, kokemuksiinsa, ajatuksiinsa ja itseensä mahdollisimman neutraalisti, ei-arvostelevasti ja tiedostaen (Kalso 2009, 249). On näyttöä, että hyväksyvä havainnointi kasvattaa fysioterapian tehokkuutta kroonisen kivun hoidossa (Montesinos, Núñez-Nagy, Pecos & Galleg 2016). Tietoinen läsnäolo yleensäkin lieventää kipua ja siihen liittyviä tunnereaktioita merkittävästi (Vidyamala & Penman 2016, 18). Eräässä tutki-

muksessa tietoisuusharjoittelu vähensi kroonisesta kivusta kärsivien vahvojen kipulääkkeiden tarvetta huomattavasti (Garland, Manusov, Froeliger, Kelly, Williams & Howard 2014).

## 5.2 Stressi

Stressi syntyy, kun ihminen kokee vaatimuksia olevan enemmän kuin mihin usko pystyvänsä vastaamaan (Martin 2016, 61). Stressi on käsitteenä epätarkka ja päivittäisessä käytössä stressillä voidaan tarkoittaa monia eri asioita. Stressistä voidaan puhua fysiologisena tai psykologisena ilmiönä. Stressin aiheuttajat on jaettu neljään pääryhmään: fyysisiin, psykologisiin, sosiaalisiin sekä sydän- ja verenkiertojärjestelmällisiin stressin aiheuttajiin. (Sandström 2010, 175). Lisäksi puhutaan eustressistä eli myönteisestä ja positiivisesti virittävästä stressistä sekä distressistä, joka on kuormittavaa stressiä (Martin ym. 2014, 80, 82). Stressi voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen stressiin. Esimerkiksi esiintyminen voi aiheuttaa akuuttia stressiä ja pidempiaikainen fyysinen vammautuminen kroonista stressiä. (Sandström 2010, 171, 174 – 175.) Stressi on elintärkeä luonnollinen reaktio elimistössä ja elinympäristössä tapahtuville muutoksille (Sandström 2010, 174, 176).

Stressaavien tunteiden on havaittu selvästi vaikuttavan keskushermoston epätasapainotilan syntymiseen. Pelko ja muut stressireaktiot käynnistävät aivoissa ja kehossa yli-  
virittymisen, joka häiritsee koko keskushermostoa hormonaalisista toiminnoista lähtien. Stressitilan oireita ovat muun muassa hengityksen muuttuminen pinnalliseksi, lihaksien jännittyminen ja nukahtamisvaikeudet. Stressin aikana mieli ja keho ovat aktiivisen toiminnan tilassa, jolloin lepo ei ole mahdollista ja solujen uudelleenrakentuminen heikkenee. (Siira & Palomäki 2016, 15 – 16, 37.) Stressitilassa ihminen saattaa sinnitellä voimiensa ääri rajoilla ja olla kokemuksesta kuin hengen hädässä (Martin 2016, 61 – 62).

Pitkittynyt stressi on huomattava riskitekijä niin fyysiselle kuin psyykkiselle terveydelle. Elimistön rauhoittaminen on hyvin tärkeää. Stressitilan pitkittyessä elimistö pyrkii sopeutumaan ja saavuttamaan uuden fysiologisen tasapainon. (Sandström 2010, 187.) Sopeutumisen myötä mahdolliset lihasjännitystilat saattavat lisääntyä, hengitys

vaikeutua, hormonieritys häiriintyä sekä adrenaliinin erityys kiihtyä. Lisäksi sisäelinten alueella voi esiintyä reaktioita ja muutoksia. (Herrala ym. 2010, 140.) Pitkäaikaisen stressin on tutkittu voivan aiheuttaa rakenteellisia muutoksia myös aivoissa (Estlander 2003, 44).

Psykofyysisessä fysioterapiassa on useampia stressiä lieventäviä elementtejä. Psykofyysisellä fysioterapialla kehitetään vireystilan tunnistamista ja säätelyä sekä tuetaan ihmisen voimavaroja (Laitinen 2016a). Psykofyysisen fysioterapian avulla ihminen oppii aistimaan kehoaan, rentoutumaan ja lieventämään stressiä (PsyFy ry 2017). Kyky tunnistaa stressitila on tärkeä stressitilasta vapautumiseksi (Siira & Palomäki 2016, 19). Kehoon tutustuminen vahvistaa hallinnan tunnetta ja lisää uskoa omaan jaksamiseen sekä vaikutusmahdollisuuksiin (Siljamäki ym. 2016, 42). Lisäksi **keho-tietoisuusharjoittelussa** tapahtuva tietoinen läsnäolo ja myötätuntoinen asenne lieventävät stressiä. Hyväksyvän asenteen stressiä lievittävä vaikutus on todettu useissa tieteellisissä tutkimuksissa. (Vidyamala ja Penman 2016, 18, 22, 147, 230.)

Stressistä syntyviä oireita voidaan lieventää keskittymällä tietoisesti kehon rentoutumiseen (Siljamäki ym. 2016, 42). **Rentoutumisella** pystyy vaikuttamaan fysiologisiin stressivasteisiin, kuten autonomisen hermoston aktiivisuuteen (Kalso ym. 2009, 248). Rentoutumisen välittömiä seurauksia ovat virkistyminen, mielialan rauhoittuminen, mielihyvän ja tasapainoisuuden tunne sekä fyysisen ja psyykkisen jännittyneisyyden lieveneminen (Herrala ym. 2010, 170). Rentoutumisen hyödyllisyys stressinhallintakeinona ja ennaltaehkäisevänä toimintana on osoitettu useilla eri tutkimuksilla. Rentoutumisharjoituksilla pyritään ehkäisemään ennalta liiallinen stressi tai säätämään se sopivalle tasolle. (Kataja 2004, 172.) Fysioterapeutti voi edistää asiakkaan fyysistä ja psyykkistä rentoutumista kosketuksen ja kevyen hieronnan avulla (Kauranen 2017, 525).

Stressiä voi lieventää myös **hengitysharjoituksilla**, joissa rauhoitetaan hengitystä tietoisesti (Siljamäki ym. 2016, 42). Hengityksen rauhoittaminen tyynnyttää mieltä vaikuttaen myös kehollisiin stressivasteisiin (Martin ym. 2014, 83). Stressaantuneen ihmisen hengitys on pinnallista, nopeaa ja katkonaista. Pallea supistuu ja kurkunpään lihakset jännittyvät. (Kataja 2004, 54.) Stressi aiheuttaa epätasapainoista hengittä-

mistä, joka saa kehossa aikaan useita erilaisia häiriötiloja (Martin ym. 2014, 83). Häiriintynyt hengitys aktivoi kehon hälytysjärjestelmät, mikä lisää kehon jännitystä ja stressiä. Rauhallinen hengitys tehostaa parasympaattisen hermoston toimintaa ja vapauttaa kehoon useita stressiä ja jännitystä lieventäviä hormoneja. (Vidyamala ja Penman 2016, 77.) Hengityksen vaikutukset autonomisen hermoston toimintaan syntyvät samoja reittejä pitkin, mitä pitkin stressireaktiotkin syntyvät (Kataja 2004, 172).

## 6 PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN ASEMA SUOMESSA

### 6.1 Tunnettuus

Psykofyysisen fysioterapian suuntaus ei ole kovin tunnettu (Kolttola 2016). Turun Sanomien artikkeli “Psykofyysinen fysioterapia kohtaa ihmisen kokonaisuutena” (1.4.2016) alkaa sanoin: “Harva on kuullut psykofyysisestä fysioterapiasta” (Noron-taus 2016). Psykofyysinen fysioterapia on sen verran heikosti tunnettu erikoisala, että asiakkaiden on vaikeaa löytää omaehtoisesti sen pariin (Härkönen ym. 2016, 43). Kyseessä on vieras erikoisala myös terveydenhuollon ammattilaisille (Palomäki 2016).

Psykofyysinen fysioterapia tunnetaan isommissa kaupungeissa paremmin, kuten Tampereella, jossa järjestetään erikoisalan koulutusta (Laitinen henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016). Liuhdon mukaan (sähköposti 13.3.2017) Tampereella on vahva psykofyysisen fysioterapian osaaminen ja edustus yksityisellä sektorilla. Muista isommista kaupungeista Helsinki on esimerkiksi suuresti edustettuna psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen palveluntarjoajien listalla (PSYFY ry 2017). Helsingin keskussairaalaossa oli marraskuussa 2016 lähes puolen vuoden jonot psykofyysiseen fysioterapiaan (Nieminen henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2016). Liuhdon mukaan (sähköposti 13.3.2017) heidän työllään Helsingin julkisen terveydenhuollon palvelussa on runsaasti kysyntää, sillä heidän toiminta on niin vakiintunut osa palvelukokonaisuuksia. Haastatelluista asiantuntijoistakaan useampien ei ollut tarvinnut markkinoida toimintaansa, sillä asiakkaita oli riittänyt muutenkin. Isommissa kaupungeissa



tietoisuus on kuitenkin suurempaa ammattilaisten keskuudessa kuin asiakkaiden. Asiakkaan näkökulmasta psykofyysinen fysioterapia on vielä sen verran vähän tunnettu erikoisala, ettei asiakkaat helposti löydä sitä omatoimisesti (Härkönen ym. 2016, 43).

Porissa tietoisuus on vähäistä niin ammattilaisten kuin asiakkaiden keskuudessa. Erikoisalan näkyvyys kaupungin palvelutarjonnassa on vähäistä: Google-haku hakusanaalla ”psykofyysinen fysioterapia Pori” tuottaa tulokseksi vain opinnäytetyön toimeksiantajayrityksen. PSYFY ry:n palveluntarjoajien listalta ei myöskään löydy palveluntarjoajaa Porista (PSYFY ry 2017). Tulee kuitenkin huomioida, ettei yhdistyksellä ole psykofyysistä fysioterapiaa toteuttavista fysioterapeuteista kattavaa rekisteriä ja ettei kaikki toimijat ole yhdistyksen jäseniä (Terävä sähköposti 13.3.2017).

Yksi kysymys psykofyysisen fysioterapian käytönasteeseen liittyen on, että onko lääkäreillä kykyä tunnistaa psykofyysisen fysioterapian tarvetta asiakkaasta (Laitinen henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016). Monet terveysalan ammattilaiset eivät tiedä fysioterapeuttien osaamisesta edistää terveyttä kokonaisvaltaisesti ja siksi näe fysioterapiaa sopivana hoitomuotona mielenterveyskuntoutujille (Goldman 2016, 8). Lääkärit tuntuvat ohjaavan helpommin psykoterapiaan (Laitinen henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016).

Psykofyysisellä fysioterapialla on oma yhdistys nimeltä PSYFY ry, joka kehittää mielenterveyttä tukevan fysioterapian harjoittamista ja ammattitaitoa Suomessa (PSYFY ry 2017). Yhdistyksen puheenjohtajan mukaan yhdistyksessä oli vuoden 2016 lopulla 270 jäsentä. Jäsenmäärä on pysytellyt muutaman vuoden ajan noin 250:ssä jäsenessä, mutta viime aikoina jäsenien määrässä on näkynyt pientä kasvua. Yhdistyksen koulutuksiin osallistuu vuosittain yhteensä 70 – 80 fysioterapeuttia sekä joitakin muita terveydenhuollon ammattilaisia. (Terävä sähköposti 13.3.2017.)

PSYFY ry:n kattojärjestö on mielenterveyttä edistävän fysioterapian kansainvälinen järjestö IOPTMH (International Organizaton of Physical Therapists in Mental Health), joka on WCPT:n (World Conferedation for Physical Therapy) alajärjestö. Järjestössä on 20 jäsenmaata, joista yli puolet ovat eurooppalaisia. IOPTMH järjestää joka toinen vuosi kansainvälisen konferenssin ’International Conference of Physiotherapy In Psychiatry and Mental Health’ (ICPPMH). (WCPT 2017.) Edellisessä konferenssissa

oli edustettuna 36 eri maata. Suomesta konferenssissa oli 14 osallistujaa, joka on maa-kohtaisena osallistujamääränä korkeimmasta päästä. Konferenssissa todettiin, että mielenterveyttä tukeva fysioterapian ala kasvaa tällä hetkellä hyvin nopeaa vauhtia kansainvälisesti. (IOPTMH 2016, 1 – 3.) Suomessa psykofyysisen fysioterapian kehitys alkoi voimakkaammin 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen myötä (PSYFY ry 2017).

## 6.2 Psykofyysinen fysioterapia terveydenhuollossa

Psykofyysistä fysioterapiaa toteutetaan yksilö- ja ryhmäterapian muodossa. Sitä käytetään perus- ja erikoissairaanhoidossa esimerkiksi akuutti- ja vuodeosastoilla sekä avoterveydenhuollossa, somaattisella sektorilla sekä psykiatriassa, julkisella ja yksityisellä sektorilla, työ- ja kouluterveydenhuollossa sekä erilaisten järjestöjen ja säätiöiden toiminnassa (Härkönen ym. 2016, 8). Lisäksi näkökulmaa hyödynnetään kuntoutuskeskusten toiminnassa (PSYFY ry 2017). Julkisessa terveydenhuollossa harjoitetaan fysioterapiaa psykofyysisestä näkökulmasta niin psykofyysisen fysioterapian nimellä kuin pelkän fysioterapia-nimikkeen alla (Terävä sähköposti 13.3.2017).

Liuhto kertoo (sähköposti 13.3.2017) Helsingin julkisen puolen toiminnasta, että heillä on 11 henkilöä julkisen terveydenhuollon palvelussa tuottamassa palveluja koko Helsingin psykiatria- ja päihdepalveluorganisaatiolle. Painotus heidän työssään on avohoitovaiheessa, mutta myös osastohoidon asiakkaat kuuluvat heidän asiakaskuntaansa. He tuottavat monipuolisesti ja ensisijaisesti psykofyysisiä ryhmäpalveluja. Yksilöterapiaa sekä ryhmiin liittyvää yksilöllistä ohjausta ja arviointia he toteuttavat tarveharkintaisesti. (Liuhto sähköposti 13.3.2017.)

Psykofyysisestä fysioterapiasta on julkaistu maaliskuussa 2016 Kelan arviointitutkimus ”Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona”, jonka mukaan psykofyysinen fysioterapia soveltuu Kelan järjestämään kuntoutukseen. Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan pitää vakiintuneena kuntoutuskäytäntönä, sillä kokemukseräistä tietoa on runsaasti ja tieteellinen näyttö lisääntyy koko ajan. Arvioinnin perusteella psykofyysisen fysioterapian avulla voidaan edistää kuntoutujan työ- ja toimintakykyä sekä edistää

terveyttä ja lisätä voimavaroja elämänhallintaan. (Härkönen ym. 2016, 5, 43.) Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan hyödyntää, jos asiakas saa päätöksen fysioterapiasta vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena. Psykofyysisestä fysioterapiasta itsestään ei anneta päätöstä Kelasta. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluntarjoajat on kilpailutettu, ja asiakkaan tulee valita terapeutti Kelan kanssa sopimuksen tehneiden palveluntarjoajien joukosta. (Kolttola 2016.)

### 6.3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisuus tarkoittaa eri ammattiryhmien välillä tapahtuvaa tiivistä yhteistyötä. Sitä voidaan kutsua jaetuksi asiantuntijuudeksi, johon kukin työntekijä tuo oman osaamisensa. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on saavuttaa asiakkaan hyväksi jotakin, jota yhdellä ammatilla ei kyetä tarjoamaan. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu asiakaslähtöisyys. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 83 – 84.) Moniammatillisuus on osoittautunut toimivammaksi työtavaksi mielenterveyteen liittyvässä kuntoutuksessa ja fysioterapeutti voi olla yksi jäsen mielenterveyskuntoutuksen hoitotiimissä. Fysioterapeutti voi terapiatilanteissa tekemillään havainnoilla täydentää tiimin tietämystä kuntoutujan psyykkisestä tilasta sekä tuoda osaamisensa pohjalta kehoollisia näkökulmia psyykkiseen terveyteen ja sairauteen. (Talvitie ym. 2006, 432 – 433.)

Yhteistyö eri ammattilaisten välillä hyödyttää asiakasta eri näkökulmista (Laitinen sähköposti 24.2.2017). Psykofyysinen fysioterapia voi esimerkiksi tukea psykoterapiaa. Kun psykofyysisessä fysioterapiassa asiat avautuvat kehoallisuuden kautta, myös psykoterapia voi edetä. Psykoterapeutti saattaa huomata, että asiakkaan kehonkieli ja sanan viestintä alkavat tukea asiakkaan kertomaa. Keho ei ole enää sulkeutunut, vaan keho tulee mukaan ja tunteet alkavat ”elämään kehossa”. (Laitinen henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016.)

Toinen esimerkki psykofyysisen fysioterapian soveltamisesta moniammatillisesti on Somebody®-menetelmä, jossa on yhdistetty kehotietoisuuteen ja tietoisuustaitoihin liittyviä teoreettisia lähtökohtia, psykofyysisen työvälineitä sekä psykososiaalisen sosiaalityön ja dialogisen vuorovaikutuksellisen ohjaustyön työvälineitä. Menetelmässä

on yhdistetty psykofyysisen fysioterapian ja psykososiaalisen ohjaustyön menetelmiä. Menetelmä painottaa mielen, kehon, ajatusten, tunteiden, hyvinvoinnin ja terveyden suhdetta toisiinsa ja lapsen ja nuoren hyvinvointiin. (Vaininen 2016.)

## 7 TOTEUTUS & TULOKSET

### 7.1 Haastattelut

Työn toiminnallinen osuus alkoi haastatteluiden tekemisestä, joiden avulla haettiin tietoa psykofyysisen fysioterapian asiakkaan palvelupolusta, ideoita esittelykohteista sekä keinoja tunnettuuden edistämiseksi. Haastattelut aloitettiin kahdesta opinnäytetyönohjaajan suosittelemasta henkilöstä, jonka jälkeen kysymyksiä ajatellen sopivia haastateltavia kysyttiin itse haastateltavilta. Haastatellut ovat peruskoulutukseltaan fysioterapeutteja ja haastateltujen valintaa ohjasi psykofyysisen näkökulman painottaminen heidän työssään.

Ennen haastatteluja haastateltavia lähestyttiin informatiivisella sähköpostilla, joka sisälsi opinnäytetyön tekijän esittelyn, opinnäytetyön tarkoituksen sekä haastattelun aiheet. Yhteensä yhdeksään henkilöön otettiin yhteyttä ja haastatteluja toteutettiin seitsemän, joista kuusi puhelimitse ja yksi kasvotusten. Haastattelut toteutettiin 20.10.2016 – 24.11.2016 välillä ja kestivät puolesta tunnista tuntiin. Työn kannalta merkitykselliset asiat kirjoitettiin tietokoneella ylös haastattelujen aikana haastattelujen nauhoittamisen sijaan. Myöhemmin nämä ylös kirjoitetut asiat vahvistettiin haastateltavilta sähköpostilla. Asiantuntijat täydensivät vastauksiaan sähköpostin myötä.

Asiantuntijoille esitettiin vahvistusten yhteydessä lisäkysymys psykofyysisen fysioterapian asemasta Suomessa sen tunnettuutta ja harjoittamisen määrää ajatellen. Kaikki seitsemän haastateltua asiantuntijaa vastasivat ja useampi suositteli tutustumaan Kelan vuonna 2016 julkaistuun arviointitutkimukseen 'Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona' sekä konsultoimaan PSYFY ry:n silloista puheenjohtajaa. Puheenjohtajalta saatuja tiedonantoja hyödynnettiin työn teoriaosuudessa.

### 7.1.1 Asiakkaan palvelupolku

Psykofyysiseen fysioterapiaan pääsee tavallisella fysioterapian läheteellä (Palomäki henkilökohtainen tiedonanto 25.10.2016). Liuhdon käsityksen mukaan (sähköposti 13.3.2017) ainakin Helsingissä suurin osa psykofyysisen fysioterapian asiakkaista on julkisen terveydenhuollon puolella, jossa asiakkaat voivat ohjautua psykofyysiseen fysioterapiaan sairaanhoitajien, psykologien tai lääkärien toimesta. Asiakkaat voivat päätyä psykofyysiseen fysioterapiaan myös työterveyshuollon, perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon kautta (Palomäki sähköposti 23.2.2017). Psykofyysisen fysioterapian asiakkaita tulee avokuntoutukseen Kelan, terveydenhuollon tai vakuutusyhtiöiden maksusitoumuksella (Nieminen henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2016). Asiakkaat saattavat tulla psykofyysiseen fysioterapiaan toisesta kaupungista oman kunnan lääkinnällisen kuntoutuksen ohjaamina, mitä tapahtuu Patovirran mukaan (sähköposti 25.2.2017) Tampereella.

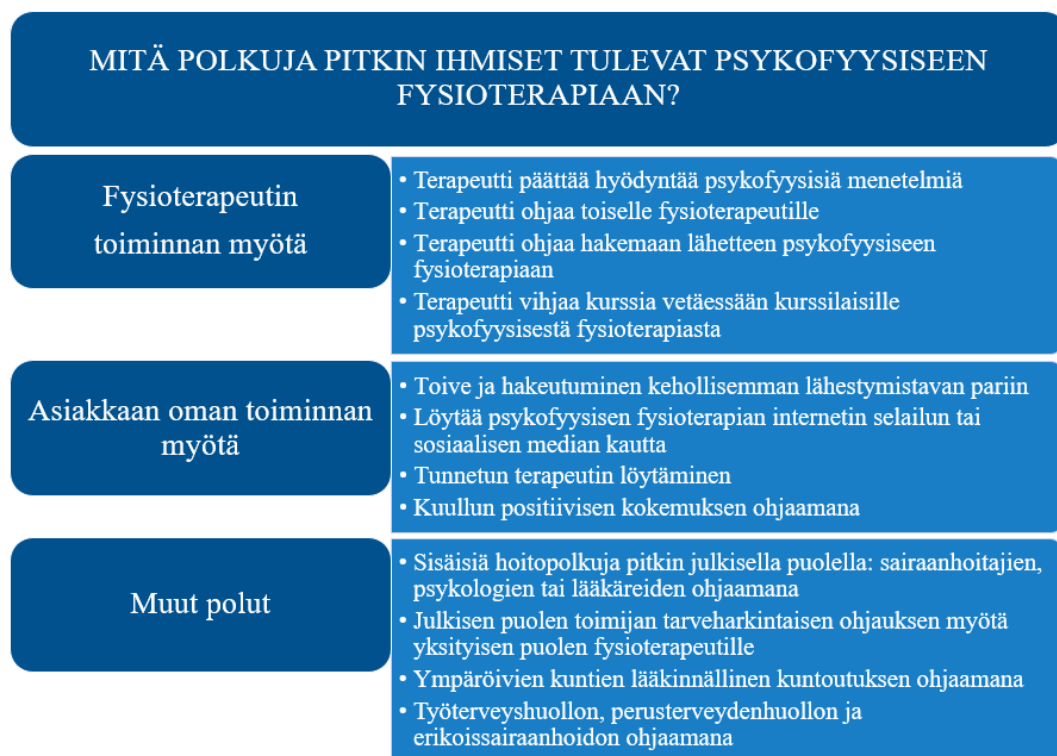
Terapeutti voi tarpeen tullen päättää hyödyntää psykofyysisiä menetelmiä tavallisella fysioterapian läheteellä tulleen asiakkaan kanssa (Niskala henkilökohtainen tiedonanto 1.11.2016). Jos terapeutti huomaa terapian toimivan, hän voi kertoa asiakkaalle hyödyntäneensä psykofyysistä näkökulmaa fysioterapiassa. Vaihtoehtoisesti fysioterapeutti voi ohjata asiakkaan psykofyysistä fysioterapiaa harjoittavalle terapeutille, jos katsoo sen olevan mahdollisesti hyödyksi asiakkaalle. Terapeutti voi myös kirjoittaa asiakkaan hoitopalautteeseen, että asiakas saattaisi hyötyä psykofyysisestä fysioterapiasta. (Laitinen henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016.) Terävän mukaan (sähköposti 13.3.2017) terveyskeskuksissa voi olla sisäisiä hoitopolkuja, joiden puitteissa asiakkaita voidaan ohjata psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneelle fysioterapeutille. Lisäksi Liuhto on käsittänyt, että Tampereella julkisen puolen toimijat saattavat lähettää asiakkaita tarveharkintaisesti yksityiselle puolelle psykofyysiseen fysioterapiaan (Liuhto sähköposti 13.3.2017).

Fysioterapeutti voi myös ohjata asiakkaan lääkärille pyytämään lähetteen psykofyysiseen fysioterapiaan. Lääkäri voi kirjoittaa läheteeseen esimerkiksi ”psykofyysisen fysioterapian arviointijakso”. Asiakkaan kanssa on voitu jo yrittää useita eri keinoja ja psykofyysistä fysioterapiaa päädytään kokeilemaan uutena keinona. (Laitinen henki-

lökohtainen tiedonanto 11.11.2016.) Lisäksi fysioterapeutti voi esimerkiksi kurssiohjaustyötä tehdessään keskustella kurssilaisille siitä, että joku voisi hyötyä juuri psykofyysisestä työtoteesta fysioterapiassa (Nieminen sähköposti 7.3.2017).

Psykofyysisen fysioterapian toive saattaa tulla asiakkaalta itseltään, kun asiakas haluaaakin terapiaansa kehollista työskentelyä mukaan. Asiakas voi sanoa itse lääkärille haluavansa psykofyysiseen fysioterapiaan. (Laitinen henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016.) Osa asiakkaista hakeutuu psykofyysiseen fysioterapiaan täysin omatoimisesti esimerkiksi luettuaan hoitomuodosta internetistä tai kuultuaan siitä positiivisia kokemuksia (Patovirta henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2016). Myös terapeutin tunnettuus ja sosiaalinen media voivat toimia ohjaavina tekijöinä (Palomäki henkilökohtainen tiedonanto 25.10.2016).

On siis useita eri väyliä, joiden kautta asiakas saattaa päätyä psykofyysiseen fysioterapiaan. Karkeasti näiden polkujen voidaan ajatella syntyvän fysioterapeuttien toiminnan, asiakkaiden oman toiminnan sekä muiden toimijoiden myötä. Kuviossa 3 nämä asiakkaiden polut psykofyysisen fysioterapian pariin on esitetty edellä mainitun jaottelun mukaan.



Kuvio 3. Asiakkaiden polut psykofyysiseen fysioterapiaan.

### 7.1.2 Keinot tunnettuuden edistämiseen

Esittelyiden lisäksi tunnettuutta voi edistää erilaisilla toimilla terveydenhuolto-organisaatioiden ja yritysten sisä- ja ulkopuolella. Tunnettuuden edistämisen keinot voidaan jakaa organisaation sisäiseen sekä toimijan ulospäin suuntautuvaan toimintaan (ks. Kuvio 4). Liuhto (sähköposti 13.3.2017) kertoo Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluosaston toimintaan pohjautuen, että organisaation sisäpuolella fysioterapeutti voi toteuttaa sisäistä markkinointia jakamalla palveluinfoa, kuten esitteitä, tai osallistumalla suuren organisaation koulutusiltapäiviin kertoen toiminnastaan tai tekemällä ”täsmäiskuja” työryhmien kokouksiin. Jos fysioterapeutti ohjaa organisaatiossa ryhmiä, ryhmälukujärjestyksen kausittainen päivittäminen intranettiin tukee toiminnan markkinointia (Liuhto sähköposti 13.3.2017). Tunnettuutta voi edistää myös hoitopalautteita hyödyntämällä, johon fysioterapeutti voi kirjoittaa asiakkaan mahdollisesti hyötyvän psykofyysisestä fysioterapiasta (Laitinen henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016). Tätä voi hyödyntää niin organisaation sisä- tai ulkopuolinen toimija.

Niin sanotusti ulospäin suunnattuna toimintana fysioterapeutin on mahdollista yrittää luoda yhteistyösuhde terveyskeskuksen kanssa. Fysioterapeutti voi myös yrittää etsiä ns. vertaisen, kuten lääkärin, jonka ajattelumaailma tukee psykofyysisen fysioterapian näkökulmaa. Lääkäriltä lääkärille sana voisi levitä helpommin eteenpäin. Fysioterapeutti voisi etsiä vertaista keskustelemalla muiden fysioterapeuttien kanssa. (Jaakkola henkilökohtainen tiedonanto 24.11.2016.) Lisäksi Jaakkola ehdottaa (henkilökohtainen tiedonanto 24.11.2016) pienten esitteiden jakamista, jotta psykofyysisen fysioterapian käsite jää lukijan mieleen. Tunnettuuden edistämistä tukevat myös blogin kirjoittaminen (Palomäki sähköposti 23.2.2017) ja sosiaalisen median hyödyntäminen (Jaakkola henkilökohtainen tiedonanto 24.11.2016).



Kuvio 4. Tiivistelmä asiantuntijoiden keinoista tunnettuuden edistämiseksi.

### 7.1.3 Esittelykohteita

Patovirran mukaan (henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2016) psykofyysisen fysioterapian tunnettuutta voi lisätä esittelemällä sitä eri tahoille. Myös Palomäki (sähköposti 23.2.2017) ehdottaa oman toiminnan esittelyä kunnallisella puolella ja lääkärikeskuksissa esimerkiksi tiimien kokouksissa. Laitisen mukaan (henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016) tunnettuuden edistämässä keskusteluyhteys on tärkeää, sillä lähetetty tieto ei ole niin tehokasta.

Asiantuntijat ehdottivat esittelykohteiksi niin ensimmäisen, toisen kuin kolmannenkin sektorin toimijoita. Esittelykohteita voisivat olla muut fysioterapeutit julkisella tai yksityisellä sektorilla, kohderyhmän kanssa työskentelevät lääkärit, lääkinnällisestä kuntoutuksesta vastaavat henkilöt sekä kuntoutusyksiköt (Jaakkola henkilökohtainen tiedonanto 24.11.2016; Liuhto sähköposti 13.3.2017; Laitinen henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016; Niskala henkilökohtainen tiedonanto 1.11.2016; Nieminen henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2016; Palomäki henkilökohtainen tiedonanto



25.10.2016). Asiantuntijoiden ideoita esittelykohteista on havainnollistettu spesifimmin kuviossa 5.



Kuvio 5. Asiantuntijoiden ideoita esittelykohteista.

## 7.2 Esittelymateriaali

Esittelymateriaalista muodostui 11 dian diaesitys lähdedioineen. Esitysmateriaalissa edetään yleisemmästä asiasta spesifimpään. Esittelymateriaaliin sisällytettiin psykofyysisen näkökulman vaikuttavuutta havainnollistavaa tutkimustietoa sekä käytännönläheisempää asiaa esimerkiksi terapian sisällöstä ja lähetekäytännöstä. Esittelymateriaali tehtiin työn teoriaosuuden pohjalta, mutta haastatteluista saatuja tiedonantoja käytettiin materiaalissa hyvin vähän. Diaesitykset kohdennettiin ammattilaisille ja kohde-ryhmälle erilaisella ulkoasulla (fontit) ja sanavalinnoilla.

Lähteet merkittiin diaesitykseen yksityiskohtaisesti, jotta esittelymateriaali olisi laadukkaampi ja luotettavampi. Lähteiden merkitsemisessä käytettiin numerointia. Lähdeluettelo laitettiin materiaalin viimeisiin dioihin. Lisäksi diaesitykseen kirjattiin lisälähteitä, joiden avulla voi perehtyä enemmän aiheeseen.

### 7.3 Esittelyt ammattilaisille

Esittelykohteet ammattilaisten tavoittamiseksi valittiin haastatteluiden myötä tulleiden ideoiden sekä opinnäytetyön kohderyhmän perusteella internetistä etsien. Potentiaalisia esittelykohteita lähestyttiin sähköpostilla tammi-helmikuussa 2017. Yhteyttä otettiin yhteensä yhdeksään tahoon, jotka toimivat joko ensimmäisellä, toisella tai kolmannella sektorilla.

Esittelyjä pidettiin kahdelle taholle ja kumpikin esittely järjestettiin heidän tiloissaan. Ensimmäinen esittely pidettiin psykiatrian ammattilaisille 26.1.2017 klo 8.15 – 8.30 juuri ennen heidän palaverin alkua. Paikalla oli 16 kuulijaa ja kuulijaryhmä koostui fysioterapeuteista, lääkäreistä ja sairaanhoitajista. Jätimme esityksen stressin ja kivun hoitoon kohdennetut osiot käymättä tiukan aikataulun takia. Toinen esittely pidettiin viidelle työterveyshuollon ammattilaiselle 9.3.2017 klo 15.00 – 15.30 fysioterapeuttien ja lääkäreiden yhteiskokouksen yhteydessä. Työterveyshuollon esittelyssä kävimme läpi myös kohdennetut osiot. Esittelytilaisuudet sisälsivät esitelmän lisäksi 5 – 10 minuutin hetken keskustelulle. Kaikki esittelyssä kerrottu pohjautui työn teoriaosuuteen. Esittelymateriaali jaettiin kuulijoille kummankin esittelyn päätteeksi.

Esittelyn vaikuttavuuden ja laadun arvioimiseksi kuulijoita pyydettiin täyttämään kirjallinen kysely heti esityksen jälkeen. Ammattilaisista (n = 13) seitsemän (54 %) tiesi psykofyysisestä fysioterapiasta ennestään. 12 (92 %) vastasi saaneensa kokonaiskuvan aiheesta sekä voivansa kuvitella ohjaavansa asiakkaita (psykofyysiseen fysioterapiaan). Ammattilaiset eivät perustelleet vastauksiaan, mutta avoimeen kohtaan kirjoittivat seuraavaa: ”Hyvä ja selkeä esitys. Psykofyysisen ft:n tarve on suuri.”, ”Mielenkiintoinen näkemys”, ”Mielenkiintoista, pitää tutustua lisää”, ”Hyvä esitys!”, ”Erittäin tarpeellinen infotilaisuus meille ammattilaisille”, ”Hyvä esitys” ja ”Psykofyysinen fysioterapia vaikuttaa hyvin toimivalta menetelmältä”. Kahdeksan kuulijan vastauksia ei saatu, sillä kuulijoita oli ensimmäisessä esittelyssä odotettua enemmän eikä kyselylomakkeita riittänyt kaikille.

#### 7.4 Esittely kohderyhmälle

Kohderyhmälle suunnattu esittely oli osa iltamaa nimeltä 'Ystävänpäivän hengähdys-hetki', joka järjestettiin toimeksiantajan tiloissa 14.2.2017. Iltaman sisältö perustui psykofyysisen fysioterapian näkökulmaan. Osallistujat rekrytoitiin Facebookin kautta ja heidät kutsuttiin iltamaan ystävän tai puolison kanssa. Toimeksiantaja laittoi yrityksensä Facebook-sivuille mainoksen iltamasta ja sen yhteyteen sähköpostin ilmoittautumista varten.

Yhteensä kuusi henkilöä osallistui. Iltama aloitettiin esittelyllä, joka kesti 20 minuuttia. Esittely käsitteli psykofyysisistä fysioterapiaa ja sen soveltuvuutta stressin hoitoon. Esittelyn jälkeen tehtiin erilaisia kehollisia rentoutusharjoituksia pareittain. Harjoitukset valittiin sen perusteella, että niitä on helppo toteuttaa myös kotona. Iltama kesti puolitoista tuntia ja päättyi kyselyn täyttämiseen.

Osallistujista (n = 6) kukaan ei tiennyt ennestään, mitä psykofyysinen fysioterapia on. Neljä (67 %) vastasi saaneensa kokonaiskuvan psykofyysisestä fysioterapiasta. Kaksi (33 %) vastasi saaneensa kokonaiskuvan osittain, joista toinen perusteli vastauksensa: "Vaatii enemmän perehtymistä". Vastaajista viisi (83 %) sanoi voivansa kuvitella haakeutuvansa psykofyysiseen fysioterapiaan. Yksi vastasi ei, koska ei uskonut psykofyysisestä fysioterapiasta olevan itselleen apua. Kohderyhmä oli kirjoittanut seuraavaa palautetta avoimeen kohtaan: "Hieno tilaisuus! kiitos asiantunteville ohjaajille!", "Hieno luento ja harjoitukset", "Vaikutti hyvältä. Mielenkiintoinen harjoitus/luento", "Varmasti olisi hyötyä vatsavaivoihini", "Uskoisin että olisi tarvetta käydä" ja "Tosi kiva perehdytys. Voisin todellakin harkita ja suositella muillekin."

#### 7.5 Toimeksiantajan kysely

Toimeksiantajalta kysyttiin, onko yritykselle tullut asiakkaita tai yhteydenottoja esittelykohteilta esittelyiden jälkeen, miten toimeksiantaja kokee esittelytyön onnistuneen ja mitä mieltä hän on esittelymateriaalista. Toimeksiantajan mielestä esittelytilanteet menivät hyvin ja esittelymateriaalista tuli hyvä. Suurimmaksi haasteeksi hän mainitsi

ammattilaisille puhumaan pääsemisen. Lisäksi myöhemmin ajateltuna hän olisi sisällyttänyt esittelyyn konkreettisempia esimerkkejä tilanteista, missä psykofyysistä fysioterapiaa voisi hyödyntää.

Joulukuussa ennen esittelyjä yrityksellä oli yksi psykofyysisen fysioterapian asiakas ja toukokuussa esittelyiden jälkeen 15. Ammattilaisille pidetyt esittelyt eivät johtaneet yhteydenottoihin tai uusiin asiakassuhteisiin. Uusista asiakkaista kaksi oli tullut kohderyhmälle pidetystä esittelystä. Toimeksiantaja kertoi muiden asiakkaiden tulleen pääasiassa sosiaalisessa mediassa (Facebook) tehdyn markkinoinnin, paikallislehden artikkelin sekä toisilta kuultujen kokemusten myötä. Suurin osa uusista asiakkaista tuli itse maksavina.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyö sai alkunsa, kun otin elokuussa 2016 harjoittelupaikkaa etsiessäni yhteyttä Porissa aloittavaan Satasyke-nimiseen fysioterapiayritykseen, joka kotisivuillaan kertoi tarjoavansa psykofyysisen fysioterapian osaamista. Sieltä vastattiin, että heillä olisi tarvetta psykofyysisen fysioterapian kehittämiseen ja siitä tiedottamiseen tarkoituksenaan lähestyä lääkäreitä. Heillä oli myös kiinnostusta tietää, miten hyvin psykofyysistä fysioterapiaa tunnetaan Porin seudulla perusterveydenhuollossa ja miten paljon sitä käytetään. He ehdottivat, että heille voisi toimia apuna tai jopa projektin vetäjänä. Tästä syntyikin harjoittelujakson sisällön sijaan opinnäytetyön aihe.

**Opinnäytetyön aihe** on ajankohtainen ja koen tehneeni merkityksellistä työtä. Itselle oli jo pitkään selvää, että teen opinnäytetyön liittyen psykofyysiseen fysioterapiaan, joka on yksi tärkeimpiä kiinnostuksen kohteitani. Stressistä ja kroonisesta kivusta kärsivät ihmiset valikoituivat työn kohderyhmäksi minun ja toimeksiantajan yhteisestä toiveesta. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen muun muassa erikoisalan heikon tunnettuuden sekä nykyään vallitsevan elämäntyylin vuoksi, joka hektisenä ja ärsyketäyteisenä on hyvin stressaavaa. Tässä ajassa on tarpeellista auttaa ihmisiä rauhoittamaan elämää sekä löytämään yhteys itseen ja kehollisiin voimavaroihinsa. Työ on

ajankohtainen myös siksi, että kokonaisvaltaisempi terveydenhoito ja kehollisiin menetelmiin perustuvat lääkkeettömät hoitokeinot saavat nyt positiivista huomiota uuden tutkimustiedon valossa. Krooninen kipu on suuri yhteiskunnallinen terveysongelma ja psykofyysisellä fysioterapialla voi edistää kivunhoidon uudistumista sekä tukea ihmisiä itseltään löytyviä kivunhallintakeinoja.

**Haastattelut** tuottivat monipuolisesti tietoa asiakkaiden palvelupolusta sekä useita ideoita esittelykohteista ja tunnettuuden edistämisen keinoista. Asiakkaiden palvelupolut voivat olla hyvin erilaisia: palvelupolku voi syntyä julkisen terveydenhuollon organisaation sisällä eri ammattikuntien välisestä toiminnasta, sosiaalisen median ja yksittäisen fysioterapeutin välillä tai kahden fysioterapeutin yhteistyöstä. Yhteistyö eri ammattikuntien, fysioterapeuttien sekä yksityisen ja julkisen sektorin välillä sekä näkyvyys sosiaalisessa mediassa on tärkeää psykofyysisen fysioterapian aseman vahvistamiseksi. Lisäinformaatio erikoisalan asemasta Suomessa korosti sen vakiintuneisuutta Helsingin julkisessa terveydenhuollossa. Erikoisalan käytönasteen selvittäminen luotettavasti on kuitenkin haastavaa, sillä kyseessä ei ole menetelmä vaan moniulotteinen viitekehys.

Haastateltujen asiantuntijoiden työnkuvat ja urapolut olivat keskenään hyvin vaihtelevia: he työskentelivät niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla ja yksi heistä on psykofyysisen fysioterapian lehtori. Aineiston riittävyttä osoitti myös saturaation ilmeneminen, kun samoja ideoita tuli useammalta henkilöltä. Haastatteluihin kuitenkin ryhdyttiin hieman kiireellä, joka näkyi haastatteluiden toteutuksessa. Kaikkia asioita ei mietitty loppuun asti, kuten parasta vaihtoehtoa haastattelun taltioimiselle sekä haastatteluaineiston julkaisemista työssä. Samalla kun vahvistin saamani tiedonannot, kysyin lupaa tiedonantojen julkaisemiseen nimellä, kun en aikaisemmin kysynyt sitä. Lisäksi haastattelut olisi ollut työmäärää ajatellen parempi nauhoittaa, vaikka ohjaajan kanssa päädyimmekin ajatukseen, ettei niitä nauhoiteta. Tiedonantojen vahvistaminen jälkikäteen seitsemältä henkilöltä oli työlästä ja aikaa vievää. Nauhoittaminen olisi ollut laadullisestikin parempi vaihtoehto, sillä kun tiedonantoja kirjaa haastattelun aikana, jotain saattaa mennä ohi.

**Teoriaosuutta** kirjoittaessani hyödyntämään maksimissaan 10 vuotta vanhaa materiaalia ja välttämään oppikirjamaisia teoksia. Keskityin tunnettujen asiantuntijoiden ja

alan ammattilaisten tuotoksiin, joiden nimet tulivat vastaan useammassa lähteessä. Lisäksi pyrin hyödyntämään kirjallisuutta, jossa oli lähdeluettelo. Työssäni käytetyt tutkimukset ovat peräisin ohjaajan ehdotuksista sekä käyttämästäni lähdemateriaalista, kuten kirjallisuudesta ja artikkeleista. Lähdemateriaalista löytämiäni tutkimuksia hyödyntäessäni tarkistin aina, että teen tuloksista saman tulkinnan kuin lähdekin. Otin kuitenkin tietoisesti muutamia riskejä työn laadukkuuden suhteen hyödyntäessäni muutamaa vanhempaa sekä heikomman tasoista lähdettä, kuten oppikirjamaisia lähteitä ja kahta paikallislehden artikkelia, koska ne toivat oleellista sisältöä työlle. Koin lähdemateriaalin rajaamisen haasteelliseksi ja etsin materiaalia suhteellisen laajasti. Olisin halunnut hakea tutkimuksiakin systemaattisemmin ja laajemmin, mutta työn resurssit tulivat vastaan.

**Esittelymateriaalin** teettäminen sopivan mittaiseksi onnistui, sillä esittelyt eivät ylittäneet niille suunniteltua aikaa. Tein diaesitykset perehtymättä niiden tekoa käsittelevään kirjallisuuteen, koska olen aikanaan merkonomiopinnoissani harjoitellut diaesityksen tekemistä ja koen hallitsevani diaesityksen tekemisen perusasiat liittyen esityksen selkeään ulkoasuun, sisällön määrään sekä lähdemerkintöihin. Diaesityksen teossa haastavinta oli hahmottaa, mitkä asiat olisivat olennaisimpia. Esittelymateriaalin informatiivisuuteen panostettiin sen yksinkertaisuuden ja selkeyden kustannuksella, jotta kuulijoiden olisi hyödyllistä palata materiaalin pariin myöhemminkin. Osa dioista sisältää siksi runsaasti tekstiä. Tosin koko diaesityksen jakamisen sijaan kuulijoille olisi voinut jakaa pienemmät esitteet, mutta esitteen tekeminen olisi tuottanut taas lisätyötä.

**Esittelytyön** suurin haaste oli ammattilaisille puhumaan pääseminen. Suurin osa yhdeksästä tahosta jätti vastaamatta sähköpostiin, joten tahoja olisi saattanut olla parempi lähestyä puhelimitse. Esittelyt sujuivat kuitenkin onnistuneesti niin minun kuin toimeksiantajan mielestä ja kyselyiden tuloksista voi päätellä samaa. Harjoitteen ohjaaminen esittelyn yhteydessä olisi ollut hyvä lisä esittelyihin, mutta esittelytilanteet olivat niin tiiviitä, ettei harjoitteen ohjaaminen olisi istunut esittelytilanteeseen harjoitteen kannalta edullisella tavalla. Olen myös samaa mieltä toimeksiantajan kanssa siitä, että esittelyyn olisi kannattanut sisällyttää konkreettisempia esimerkkejä tilanteista, jossa psykofyysinen fysioterapia voisi olla avuksi. Konkreettiset esimerkit olisivat tehneet aiheen helpommin lähestyttäväksi, ymmärrettäväksi ja sisäistettäväksi. Niiden

myötä ammattilaiset olisivat mahdollisesti osanneet paremmin tunnistaa hoitomuodon tarpeen joidenkin asiakkaidensa kohdalla. Myös kohderyhmä olisi todennäköisemmin voinut kokea psykofyysisen fysioterapian yhdeksi ratkaisuksi omaan tilanteeseensa.

**Kyselyiden perusteella** esittelyiden tavoitteet tunnettuuden kasvattamisesta (erityisesti kohderyhmän kohdalla), kokonaiskuvan luomisesta ja ohjaamis- tai hakeutumiskynnyksen madaltamisesta saavutettiin hyvin. Esittelyt olivat sisällöltään riittävän informatiivisia ja laadukkaita, kun niin suuri määrä kaikista kuulijoista vastasi saaneensa kokonaiskuvan aiheesta ja olevansa valmiita hyödyntämään psykofyysistä fysioterapiaa. Kuulijat eivät esittäneet kehitysehdotuksia. Ammattilaisille syntyi selkeästi kohderyhmää paremmin kokonaiskuva psykofyysisestä fysioterapiasta, joka johtuu luultavasti ammattilaisten jo ennestään omaamasta tietämyksestä aiheeseen liittyvistä asioista. Heistä yllättävän moni myös tiesi psykofyysisestä fysioterapiasta jo ennestään.

Vaikka kohderyhmän ja ammattilaisten avoimet kommentit kyselyissä viestivät vahvasti psykofyysisen fysioterapian tarpeesta ja kysynnästä, esittelytyön tavoite **toimeksiantajayrityksen toiminnan edistämisestä** toteutui pienessä mittakaavassa, kun esittelyt johtivat vain kahteen asiakassuhteeseen. Kumpikin asiakkaista tuli kohderyhmän esittelyn myötä, joita järjestettiin vain yksi ajallisista resursseista johtuen. Siitä, että kumpikaan ammattilaisille pidetyistä esittelyistä ei johtanut yhteydenottoihin tai asiakassuhteisiin, voi päätellä, että kohderyhmän lähestyminen suoraan oli tässä työssä tehokkaampaa näin lyhyemmällä aikavälillä. Ammattilaisten lähestyminen on silti kannattavaa, sillä he voivat saada aikaan merkittäviä muutoksia terveydenhuollossa. On hyvä huomioda, että konkreettisten muutosten aikaansaaminen voi viedä heidän kohdallaan aikaa esimerkiksi työkiireiden tai organisatorisien tekijöiden vuoksi. On myös mahdollista, että ammattilaisten esittelyistä seurasi jotain, mikä ei näy vielä ulospäin ja tämän työn tuloksissa.

**Työstä tuli suuri** ja se muutti muotoaan useita kertoja. Rajaaminen ja muotoilu tuottivat haastetta, kun työhön sisällytettiin niin monta osaa. Vain haastatteluista tai esittelymateriaalin tekemisestä olisi saanut opinnäytetyön. Tunnettuuden edistämistyön olisi voinut rajata vain ammattilaisille tai kohderyhmälle sekä stressistä tai kroonisesta kivusta vain toiseen. Alun perin suunnitelmana oli sisällyttää työhön esittelyiden li-

säksi psykofyysistä ryhmäfyioterapiaa, jonka tuloksilla olisi osoitettu terapian vaikuttavuutta terveysalan ammattilaisille, mutta tämän huomattiin jo alussa olevan liian iso projekti. Teoriaosuudestakin suunnittelin nykyistä kattavampaa, mutta loppujen lopuksi päätin pysyä käytännönläheisemmällä tasolla ja käsitellä vain niitä psykofyysisen fysioterapian elementtejä ja menetelmiä, joiden perusteella sen voi ajatella eroavan perinteisemmästä fysioterapiasta. En myöskään syventynyt fysiologisiin tekijöihin esimerkiksi hengityksen, autonomisen hermoston tai kivun yhteydessä, enkä avannut käsitteitä, kuten mieli tai tietoisuus. Työ kuitenkin kasvoi silti suunniteltua isommaksi osittain sen vuoksi, kun päädyin useampia hyviä haastateltavaehdokkaita saatuani haastattelemaan viiden sijasta seitsemää.

**Työ kasvatti minua ammatillisesti.** Työn myötä osaamiseni psykofyysisestä fysioterapiasta syventyi ja haastattelujen myötä opin myös yhteiskunnallisista asioista psykofyysiseen fysioterapiaan ja kuntoutuksen järjestämiseen liittyen. Opin myös hyödyntämään tutkimustietoa ja arvioimaan lähteiden laadukkuutta. Ammatillinen osaamiseni kehittyi, kun sain seurata vasta-aloittaneen fysioterapiayrityksen toimintaa sekä kokemusta ammatillisesta puhumisesta. Osallistuin myös ammatillisiin keskusteluihin alan eri ammattilaisten kanssa esittelyiden yhteydessä. Lisäksi opinnäytetyö opetti itsensä johtamista pitkäjänteisessä työskentelyssä ja oman toiminnan organisointia. Hyödynsin paljon aikatauluja sekä ajallisia tavoitteita. Työ opetti myös itsestäni: usein liiallisen itsekritiikin ja täydellisyyden tavoittelun vuoksi minun tarvitsi muistuttaa itseä, että kyseessä on ensimmäinen opinnäytetyöni ja opinnäytetyö on myös oppimista varten, eikä työn onnistuneisuus tule määrittämään minua ihmisenä.

Opinnäytetyö oli **merkityksellinen työ** niin minulle kuin toimeksiantajayritykselle, kun saimme yhdessä ajaa eteenpäin kokonaisvaltaisempaa näkökulmaa terveydenhoidossa. Vaikka esittelyjä oli ammattilaisille vain kaksi, ainakin psykofyysisen fysioterapian käsite nousi useampien tahojen tietoisuuteen sähköpostitse tehdyn lähestymisen myötä. Esittelyiden tarkoitus oli ensisijaisesti jakaa tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta toimeksiantajayrityksen palveluiden markkinoinnin sijaan. Psykofyysinen fysioterapia on tutkimusten perusteella hyvä työkalu kokonaisvaltaisempaan terveydenhoitoon ja kuntoutukseen, jota ei kannattaisi jättää käyttämättä. Jotta erikoisala saisi tuulta alleen, näimme tärkeäksi perustella sen vaikuttavuutta tutkimuksin. Etenkin Ke-



lan arviointitutkimuksen (‘Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona’) esiintuominen on tärkeää. Yksi psykofyysisen fysioterapian haaste “suoritusyhteiskunnassa” on sen hitaammin ilmenevät tulokset, jotka syntyvät aikaa vievän oppimisprosessin myötä (Laitinen henkilökohtainen tiedonanto 11.11.2016).

**Kokonaisuudessaan työ onnistui hyvin.** Olen tyytyväinen omaan työskentelyyni, joka oli järjestelmällistä, tehokasta ja opinnäytetyöpäiväkirjan myötä hyvin raportoitua. Työllä myös saatiin aikaiseksi se, mitä haluttiin. Haastattelut olivat antoisia ja toivat hyvää sisältöä työlle. Työn tuloksena syntyi toimiva esittelymateriaali, jota toimeksiantaja voi hyödyntää tarvittaessa jatkossakin. Kyselylomakekin osoittautui toimivaksi. Koska esittelyiden pitäminen toteutui, tavoite psykofyysisen fysioterapian tunnettuuden edistämisestä täyttyi. Lisäksi toimeksiantajayritys sai näkyvyyttä ja uusia asiakkaita.

Työstä muodostui laaja ja sisällöltään rikas kokonaisuus, jonka syntymisen hyvin sujunut yhteistyö toimeksiantajan kanssa, haastatteluihin osallistuneiden asiantuntijoiden panos ja työn ohjaajan tuki mahdollistivat. **Haluan kiittää** opinnäytetyön toimeksiantajaa SataSykettä ja Erika Lindroosia mahdollisuudesta tehdä tämä työ sekä luotamuksesta työskentelyäni kohtaan. Opinnäytetyön ohjaajaa Marjo Keckmania kiitän hyvästä ohjauksesta ja tuesta, joka oli enemmän kuin tarpeellista. Arvokkaista tiedonannoista esitän kiitokset Mikko Patovirrälle, Karita Palomäelle, Kirsti Niskalalle, Hannele Laitiselle, Lilian Niemiselle, Taija Liuhdolle, Raija Jaakkolalle ja Anna-Maija Terävälle. Heidän ajan ja vaivannäön myötä työni sai paljon merkityksellistä sisältöä.

## 9 LOPPUSANAT

Näen psykofyysisen fysioterapian olevan yhdenlainen itämaisen lääketieteen ja filosofian väylä länsimaiseen terveydenhoitoon. Vidyamala ja Penman (2016) on tuonut hyvin esille sen, miten jotkut itämaisessa lääketieteessä jo pidempään mukana olleet ja nyt psykofyysisessä fysioterapiassa esiintyvät elementit ovat tehokkaita kivun ja stres-

sin hoidossa. Hyväksyvä itsen sekä omien tuntemusten tarkkailu, tietoinen ja kehollinen läsnäolo sekä objektiivisuus omia ajatuksia ja tuntemuksia kohtaan edistävät tutkitusti terveyttä.

On mielenkiintoista, ettei kokonaisvaltainen ajattelu ole vielä tämän hallitsevampaa terveydenhoidossamme. Niin kuin Svennevig (2005, 96) kirjoittaa, ihmiset ovat tottuneet hoitamaan psyykettään kehon välityksellä: helpotusta pahalle mielelle haetaan kumppanin kainalosta, kiukkua ja ahdistusta puretaan kuntosalilla ja lenkkipolulle sekä hierojalle mennään, kun ollaan väsähtäneitä. Lisäksi viljelemme puheessamme erilaisia kehon ja mielen yhteyttä kuvaavia sanontoja, kuten: ”taakka lähti harteilta”, ”hengitys salpautui” ja ”perhoset vatsassa”. Uskon, että nyt on tapahtumassa eräänlainen kokonaisvaltaisemman terveydenhoidon nousukausi, jossa rajat eri ammattikuntien ja hoitomuotojen välillä tulevat joustavimmiksi. Uutta tutkimustietoa kehollisista ja lääkkeettömistä hoitomuodoista tulee jatkuvasti. Ihmiset alkavat heräämään kokonaisvaltaisen lähestymistavan sekä tietoisuustaitojen pariin.

Psykofyysiselle fysioterapialle on tarvetta yhtenä kuntoutusmuotona. Jaakkolan (sähköposti 9.3.2017) tuntuma on, että psykofyysistä fysioterapiaa tarvitsevia asiakkaita tulee nykyään enemmän. Toimeksiantajayrityksen keväällä 2017 järjestämät psykofyysiseen fysioterapiaan perustuvat kipu- ja stressiryhmät olivat täynnä ja osallistujat olivat kiinnostuneita jatkamaan ryhmissä. Suuri osa toimeksiantajan uusista asiakkaista oli tullut sosiaalisen median ja paikallislehden artikkelin kautta psykofyysiseen fysioterapiaan, josta voi päätellä niiden olevan hyviä väyliä tietoisuuden lisäämiseksi.

Jatkoehdotuksena on, että toimeksiantajayritys jatkaa psykofyysisen fysioterapian tunnettuuden edistämistä Porissa pitämällä aiheeseen liittyviä maksuttomia tuokioita joko omissa tiloissaan tai tarjoamalla eri tahoille tuokion järjestämistä tahon asiakkaille heidän tiloissaan. Tiiviin esittelyn lisäksi tuokiot sisältäisivät harjoitteita, joiden myötä osallistujat saavat kokemusta psykofyysisestä lähestymistavasta. Tuntuma on, että tuokioilla tavoitaisi tehokkaammin kohderyhmää, kuin ammattilaisia. Tuokioilla voisi lähestyä muutakin fysioterapian asiakaskuntaa, kuin stressi- ja kipuasiakkaita. Tulevaisuudessa on hyvä huomioida aktiivisesti myös yksityisen puolen toimijoita, sillä sote-uudistuksen myötä asiakkaat saavat valita vapaasti julkisen ja yksityisen puolen välillä.

## LÄHTEET

Ahola, K., Tuisku, K. & Rossi, H. Työuupumus. <http://www.terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. 2016. Viitattu 17.11.2016.

Ahonen, T-M. 2007. Kivun hoito: Moniammatillisella yhteistyöllä asiakasta kuunnellen. *Fysioterapia* 1/07. 22 – 25

Alajärvi, K., Hägg, M., Kärkkäinen, V., Leveelahti, S., Vallisaari, M., Vuorio, P. & Yli-Kerttula, M. 2014. *Ammattilainen viestii*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Balk, T. 2014. Kehotietoisuutta vankilassa. *Fysioterapia* 5/14. 46 – 49

Bjørn, A-H., Nordbrandt, M., Jensen, J., Trine Stårup, M. & Carlsson, J. 2016. Treatment of traumatised refugees: Experiences of using Basic Body Awareness Therapy. *Fysioterapia*. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)

Blaauwendraat, C., Levy Berg, A. & Gyllensten A-L. 2016. One-year follow-up of Basic Body Awareness Therapy in patients with posttraumatic stress disorder. A pilot study of treatment effects. *Fysioterapia*. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)

Bravo, C. & Skjærven, L-H. 2016. Basic Body Awareness Therapy in patients suffering from fibromyalgia. *Fysioterapia*. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)

Estlander, A-M. 2003. *Kivun psykologia*. Juva: WSOY

Ekerholt, K. & Bergland, A. 2008. Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *Physical Therapy* vol 88. 832 – 840. Viitattu 19.4.2017. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070316>

Garland, E., Manusov, E., Froeliger, B., Kelly, A., Williams, J. & Howard, M. 2014. Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse: Results from an early-stage randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 82(3). 448-459. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4076008/pdf/nihms582118.pdf>

George, SI. What is the effectiveness of a biopsychosocial approach to individual physiotherapy care for chronic low back pain? *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. Jan 2008; Volume 6 Number 1. Saatavissa: <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol6num1/pdf/george.pdf>

Goldman, H. 2016. Could your local physiotherapist save your mental health, and your bank balance? *International Organization of Physical Therapists in Mental Health. Mental Health And Physiotherapy Magazine*. Number 1. 5-9. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Magazine.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Magazine.pdf)

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing Oy

Gunvor, G. 2005. Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation* vol. 27. 725 – 728. Viitattu 19.4.2017.  
<http://dx.doi.org/10.1080/09638280400009071>

Gyllensten, A-L., Ekdahl, C. & Hansson, L. 2009. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Physiotherapy* 2009; 11 (1). 2–12

Gyllensten, A-L., Hansson, L. & Ekdahl, C. 2003. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy* 2009; 5. 179–190

Gyllensten, A-L., Skär, L., Miller, M. & Gunvor, G. 2010. Embodied identity - A deeper understanding of body awareness: Qualitative research report. *International Physiotherapy Theory and Practice* vol 26, 439 - 446. Viitattu 19.4.2017.  
<http://dx.doi.org/10.3109/09593980903422956>

Haanpää, M., Hagelberg, N., Hannonen, P., Liira, H. & Pohjolainen, T. N.d. Kroonisen kivun hoito-oppas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry.

Hakanpää, T. & Peltonen, S. 2004. Hengitys on kehon ja mielen tulkki. *Fysioterapia* 7/04. 32 - 34

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2010. Psykofyysinen ihminen. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Härkönen, U., Matinheikki-Kokko, K., Muhonen, M. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kelan arviointitutkimus. Saatavissa:  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>

International Association for the Study of Pain. 2017. Definitions of Chronic Pain Syndromes. Viitattu 20.5.2017. <http://www.iasp-pain.org/Advocacy/icd.aspx?Item-Number=5354>

IOPTMH. 2016. Newsletter June 2016. Viitattu 20.8.2017.  
[http://www.icppmh.org/Newsletter%202016%20\(June\).pdf](http://www.icppmh.org/Newsletter%202016%20(June).pdf)

Jaakkola, R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia 2: kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4, 8–11.

- Jaakkola, R. 2016. Fysioterapian lehtori. Tampere. Puhelinhaastattelu 24.11.2016. Haastattelijana Jasmini Perilä. Muistiinpanot haastattelijan ja haastatellun hallussa.
- Jaakkola, R. 2017. Psykofyysinen fysioterapia ja opinnäytetyöni. Vastaanottaja: Jasmini Perilä. Lähetetty 21.3.2017 klo 17.41. Viitattu 29.3.2017.
- Kainulainen, M. 2015. Tietoisesti kehossa, kehoa kuunnellen. Kehittämistyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.1.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015120819796>
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kataja, J. 2004. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima Oy
- Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kipu (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 20.05.2017)
- Kolttola, M. 2016. Henkistäkin kipua voi hoitaa fysioterapialla. Yle Uutiset 25.12.2016. Viitattu 23.2.2017. <http://yle.fi>
- Kortelainen, I. 2014. Kehotietoisuus psykososiaalisesta näkökulmasta. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteeet. Tampere: Tampere University Press, 125 - 140.
- Kortelainen, I., Saari, A. & Väänänen, M. (toim.) Mindfulness ja tieteeet. Tampere: Tampere University Press
- Laitinen, H. 2016a. Psykofyysinen fysioterapia – Kouluikäisistä vanhuksiin. Viitattu 25.11.2016. <http://rentosyke.fi>
- Laitinen, H. 2016b. Hei keho, mitä kuuluu? Hyvä Selkä -lehti 2/2016. Selkäliitto. 29
- Laitinen, H. 2017. Psykofyysinen fysioterapia ja opinnäytetyöni. Vastaanottaja: Jasmini Perilä. Lähetetty 24.2.2017 klo 9.10. Viitattu 10.3.2017.
- Laitinen, H. 2016. Fysioterapeutti. Tuusula. Puhelinhaastattelu 11.11.2016. Haastattelijana Jasmini Perilä. Muistiinpanot haastattelijan ja haastatellun hallussa.
- Lamio, S. & Santala, E. 2004. ”Kehosta voimavaroja”-ryhmästä elämänhallintakeinoja kipupotilaalle. Fysioterapia 7/04. 19 – 21
- Liuhto, T. 2017. Psykofyysinen fysioterapia ja opinnäytetyöni. Vastaanottaja: Jasmini Perilä. Lähetetty 13.3.2017 klo 9.39. Viitattu 15.3.2017.
- Luomajoki, H. 2014. Psykososiaaliset tekijät TULE-kipuisilla. Fysioterapia 2/14. 10 - 15
- Martin, M. 2016. Hengitys virtaa. Helsinki: Kirjapaja

Martin, M. & Kunttu, K. 2012. Psykosomaattinen oireilu. Potilasopas. YTHS. 3. korjattu painos. Viitattu 7.12.2016. [http://www.yths.fi/filebank/2110-Psykosomaattinen\\_oireilu.pdf](http://www.yths.fi/filebank/2110-Psykosomaattinen_oireilu.pdf)

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta Oy

Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Helsinki: Otava

Montesinos, F., Núñez-Nagy, S., Pecos, D. & Galleg, T. 2016. Psychological flexibility, mindfulness and acceptance, an innovative model and techniques for psychosocial management of chronic pain: implications for physical therapy. Fisioterapia. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)

Nieminen, L. 2016. Fysioterapeutti. Lahti. Puhelinhaastattelu 15.11.2016. Haastattelijana Jasmini Perilä. Muistiinpanot haastattelijan ja haastatellun hallussa.

Nieminen, L. 2017. Psykofyysinen fysioterapia ja opinnäytetyöni. Vastaanottaja: Jasmini Perilä. Lähetetty 7.3.2017 klo 12.31. Viitattu 10.3.2017.

Niskala, K. 2016. Basic Body Awareness Therapy and acute and chronic low back pain in clinical practice. Fisioterapia. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)

Niskala, K. 2016. Fysioterapeutti ja BBAT-kouluttaja. Pääkaupunkiseutu. Puhelinhaastattelu 1.11.2016. Haastattelijana Jasmini Perilä. Muistiinpanot haastattelijan ja haastatellun hallussa.

Norontaus, K. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kohtaa ihmisen kokonaisuutena. Turun Sanomat 1.4.2016. Viitattu 23.2.2017. <http://hyvinvointi.ts.fi>

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. 2009. Trauma ja keho. Suom. Helsinki: Traumaterapiakeskus

Ojala, T. 2014. Kipu kokemuksena on haaste fysioterapeutille. Fysioterapia 2/14. 4-9

Palomäki, K. 2016. Fysioterapeutti. Helsinki. Puhelinhaastattelu 25.10.2016. Haastattelijana Jasmini Perilä. Muistiinpanot haastattelijan ja haastatellun hallussa.

Palomäki, K. 2016. 'Psykofyysinen fysioterapeutti kohtaa kokonaisen ihmisen'. Uudistuva terveydenhoito. 9.9.2016. Viitattu 20.2.2017. <https://uudistuva.com>

Palomäki, K. 2017. Psykofyysinen fysioterapia ja opinnäytetyöni. Vastaanottaja: Jasmini Perilä. Lähetetty 23.2.2017 klo 19.28. Viitattu 10.3.2017.

Patovirta, M. 2016. Fysioterapeutti. Tampere. Henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2016.

Patovirta, M. 2017. Psykofyysinen fysioterapia ja opinnäytetyöni. Vastaanottaja: Jasmini Perilä. Lähetetty 25.2.2017 klo 10.35. Viitattu 10.3.2017.

Pennanen, L. 2014. Stressinhallinta Jon Kabat-Zinnin MBSR-menetelmässä. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteet. Tampere: Tampere University Press, 96 - 103.

PSYFY ry. 2012. Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys PSYFY. Fysioterapia 1b/12. 7

PSYFY ry. 2017. Viitattu 20.2.2017. <http://psyfy.net>

Raevuori, A. 2016. Mindfulnessin terveysvaikutukset – mitä lääkärin on hyvä tietää? Aikakauskirja Duodecim. 20/2016. 1890 – 1897. Luettavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13356.pdf>

Roberts, H. & Crowell, D. 2014. Kivuntutkimus ja mindfulness. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteet. Tampere: Tampere University Press, 104 - 124.

Roxendal, G. & Winberg, A. 2006. Levande Människa: Basal Kroppskänedom för rörelse och vila. Stockholm: Natur och Kultur

Saloheimo, P. & Huttunen, M.O. 2008. ”Selittämättömistä” somaattisista oireista kärsivä potilas vastaanotolla. Duodecim 124(6), 703 -710. Viitattu 29.11.2016. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97134.pdf>

Sandström, M. 2010. Psykye ja aivotoiminta. Helsinki: WSOYpro Oy

Sandström, M. 2012. Aivot ja kehotietoisuus. Fysioterapia 3/12. 22 - 24

Siira, J & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Helsinki: Kirjapaja

Siljamäki M., Kalaja, M., Perttula, J. & Kokkonen, M. 2016. Lähtökohtana holistinen kehoisuus: koululiikunnan uudet tuulet. Liikunta & Tiede 53 (1), 40 – 46

Skoglund, K. 2016. Basic body awareness (BBAT) – a holistic approach on human movements used in physiotherapy and mental health care. Fysioterapia. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)

Svennevig, H. 2005. Kehon mieli. Helsinki: WSOY oy

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

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2015. Työikäisten mielenterveys. Viitattu 17.11.2016. <https://www.thl.fi>

Terävä, A-M. 2017. Psykofyysisen fysioterapian tunnettavuus. Vastaanottaja: Jasmini Perilä. Lähetetty 13.3.2017 klo 17.26. Viitattu 15.3.2017.

Uusi-Kokko, J. 2009. ”Annabella - peilin takana ja edessä”: Syömishäiriötä sairastavan aikuiskuntoutujan psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia 3: Kokemus kehossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5, 64 – 75.

Vaininen, S. 2016. SomeBody® lukkojen avaajana., In: Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sarja B, Raportit 2/2016, Satakunnan ammattikorkeakoulu. URN: ISBN: 978-951-633-193-8

Vidyamala, B. & Penman, D. 2016. Mindfulness ja terveys. Suom. Leena Siitonen. Helsinki: Viisas Elämä Oy

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveys-työ. Helsinki: Edita Prima Oy

World Confederation for Physical Therapy (WCPT). 2017. International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). Viitattu 27.8.2017. <http://www.wcpt.org/ioptmh>



KYSELY KOHDERYHMÄLLE

**Esittelykohde:**

**Pvm:**

**Tiesitkö ennen esittelyä, mitä psykofyysinen fysioterapia on?**

- a. kyllä
- b. en

**Saitko kokonaiskuvan psykofyysisestä fysioterapiasta?**

- a. kyllä
- b. osittain
- c. en

Jos vastasit "en", niin miksi et? Mitä jäit kaipaamaan?

---

---

---

---

---

**Voisitko kuvitella joskus hakeutuvasi psykofyysiseen fysioterapiaan?**

- a. kyllä
- b. en osaa sanoa
- c. en

Jos vastasit "en", niin miksi et?

---

---

---

---

---

**Vapaa sana**

---

---

---

---

---

**Kiitos!**

KYSELY AMMATILAISILLE

**Esittelykohde:**

**Pvm:**

**Tiesitkö ennen esittelyä, mitä psykofyysinen fysioterapia on?**

- a. kyllä
- b. en

**Saitko kokonaiskuvan psykofyysisestä fysioterapiasta?**

- a. kyllä
- b. osittain
- c. en

Jos vastasit "en", niin miksi et? Mitä jäit kaipaamaan?

---

---

---

---

---

**Voisitko kuvitella ohjaavasi asiakkaita psykofyysiseen fysioterapiaan?**

- a. kyllä
- b. en osaa sanoa
- c. en

Jos vastasit "en", niin miksi et?

---

---

---

---

---

**Vapaa sana**

---

---

---

---

---

**Kiitos!**

ESITTELYMATERIAALI KOHDERYHMÄLLE

# Psykofyysinen fysioterapia

Erika Lindroos ja Jasmini Perilä  
Satasyke

## Mitä on psykofyysinen fysioterapia?

- kehon ja mielen yhteyttä korostava fysioterapian erikoisala (2)
- kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyön tuloksena (1)
- lähtökohtana asiakkaan oma oivallus ja oppiminen (1)
- kehollisia selviytymiskeinoja ja ratkaisuja arkeen (3)

## Ajatuksia terapian taustalla

Kehon ja mielen reaktiot vaikuttavat toisiinsa jatkuvasti (3):

- tunteet aiheuttavat ei-tahdonalaisen hermoston kautta kehollisia reaktioita (5)
- kehon asennot ja liikkeet ovat yhteydessä tunteisiin (6)

Ihminen saattaa tiedostamattaan reagoida erilaisiin kokemuksiin kehollisesti (1).

Stressi, masennus tai pelot voivat voimistaa kehollisia oireita (4).

Terapiassa havainnoidaan missä ja miten eri tunteet tuntuvat kehossa sekä pohditaan tunteiden tai elämäntapahtumien yhteyksiä kehon kipuihin ja jännityksiin (2).

Kehon ja mielen yhteyden ymmärtäminen mahdollistaa omaan reagointiin vaikuttamisen (6).

Moni somaattisesti oireileva hyötyy fysioterapiasta (4).

## Menetelminä ovat mm. rentoutus-, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitteet (10).

**Rentoutumisen** vaikutusmekanismeja ovat mm. kehon yleisen jännitystilän, väsymyksen ja voimattomuuden väheneminen sekä parantunut itseluottamus (6). Rentoutusharjoitteissa voidaan hyödyntää **mielikuvia**, joiden vaikutus ei-tahdonalaisen hermoston toimintaan eroaa hyvin vähän todellisesta tilanteesta (8). Mielikuvilla pystytään vaikuttamaan kehon fysiologiaan (7) sekä muokkaamaan aivojen rakennetta ja toimintaa (9).

**Hengitysharjoitteilla** voidaan vaikuttaa tunteisiin ja kehon fysiologisiin reaktioihin (11).

**Kehotietoisuudella** ihminen kykenee hallitsemaan kehoaan, tunnetilojaan ja vaikuttamaan omiin oireisiin (4). Tietoisuusharjoittelun on tutkittu tuottavan laaja-alaisia aivotason muutoksia. Muutoksia on pystytty kuvantamaan tunteita ja mielialaa säätelevillä sekä kipua aistivilla aivojen alueilla (9).

**Basic Body Awareness Therapy (BBAT)** on tunnettu näyttöön perustuva kehotietoisuusharjoittelun menetelmä. On näyttöä, että se vähentää kipua (1, 2, 3), parantaa mahdollisuuksia palata töihin (2), vapauttaa hengitystä (5), vähentää lihasjännitystä (5), vähentää psyykkisiä oireita (5), muuttaa omaan kehoon liittyviä asenteita myönteisemmiksi (5) sekä lisää minä-pystyvyyden tunnetta (5).

## Kohderyhmä

Psykofyysisen fysioterapian yhdistys PSYFY ry (2) suosittelee psykofyysistä fysioterapiaa

- mielenterveysongelmiin (mm. masennus, syömishäiriöt, paniikkioireet)
- tuki- ja liikuntaelimestön ongelmiin
- stressiin ja ahdistuneisuuteen
- uupumukseen
- uniongelmiin
- pitkittyneisiin kiputiloihin
- traumasta tai post-traumaattisesta stressireaktiosta aiheutuviin fyysisiin oireisiin

Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan soveltaa kaikkeen fysioterapiaan (1).

## Kivun hoito

Terapiassa tutkitaan yhdessä, miltä tunne tai kipu tuntuu ja miten sen kanssa olisi helpompi olla (3). Hyväksyvällä tietoisella läsnäololla epämiellyttävätkin tuntemukset voi oppia hyväksymään (5).

Käsitykset kivusta ovat merkittäviä kivunhallinnan kannalta: pelko aiheuttaa fyysisiä oireita, jotka saattavat vahvistaa kipukokemusta ja pelkoja (6).

Rentoutus-, hengitys-, tietoisuus- ja mielikuvaharjoituksilla on osoitettu olevan hyötyä kivun säätelyssä (4). Biopsykososiaalisella lähestymistavalla on hyvää näyttöä kroonisen alaselkävun hoidossa (1).

Parempaan kehotietoisuuteen myötä voi säädellä kivun herättämiä tunteita ja sitä kautta myös itse kipua (7).

Terapiassa opitut itsesäätelykeinot tukevat hallinnan ja pystyvyyden tunnetta (2).

## Stressin hoito

Stressaavat tunteet vaikuttavat keskushermoston epätasapainotilan syntymiseen (4).

Psykofyysisellä fysioterapialla kehitetään oman vireystilan tunnistamista ja säätelyä sekä tuetaan voimavaroja (3).

Psykofyysisessä fysioterapiassa opitaan rentoutumaan, aistimaan kehoa sekä lieventämään stressiä (2).

Rentoutusharjoituksista on näyttöä (6). Esimerkiksi hengityksen rauhoittaminen tynnyttää mieltä ja vaikuttaa kehollisiin stressivasteisiin (1).

Kehoon tutustuminen vahvistaa hallinnan tunnetta ja lisää luottamusta omaan jaksamiseen sekä vaikutusmahdollisuuksiin (5). Kehotietoisuusharjoittelun tietoinen läsnäolo lieventää stressiä (7).

Psykofyysisessä fysioterapiassa korostetaan hyväksyvää läsnäoloa. Myötätuntoisella hyväksymisellä on stressiä lievittävä vaikutus (7).


## Muuta

Tavallisella fysioterapialähetteellä pääsee psykofyysiseen fysioterapiaan.

Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan pitää vakiintuneena kuntoutuskäytäntönä. Kokemusperäistä tietoa on runsaasti ja tieteellistä näyttöä lisääntyvissä määrin (1).

Katso lisää:

- Psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen www-sivut ([www.psyfy.net](http://www.psyfy.net))
- Kelan arviointitutkimus "Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona" (saatavilla internetissä)
- Juha Siiran ja Karita Palomäen kirja "Kehon viisaat viestit"
- "Henkistäkin kipua voi hoitaa fysioterapialla", Yle Uutiset 25.12.2016: <http://yle.fi/uutiset/3-9367184>
- "Psykofyysinen fysioterapia kohtaa ihmisen kokonaisuutena" TS Hyvinvointi 1.4.2016: <http://hyvinvointi.ts.fi/terveys/psykofyysinen-fysioterapia-kohtaa-ihmisen-kokonaisuutena/>



Onko lääkäreillä  
kykyä arvioida  
psykofyysisen  
fysioterapian  
tarvetta?

## Lähteet

### DIA 2

- (1) PsyFy ry. 2012. Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys PSYFY. Fysioterapia 1b/12. 7
- (2) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>
- (3) Rentosyke www-sivut. 2016. Psykofyysinen fysioterapia – Kouluikäisistä vanhuksiin. Viitattu 25.11.2016. <http://rentosyke.fi>

### DIA 3

- (1) Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- (2) Jaakkola, R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia: kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4, 8–11.
- (3) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>
- (4) Saloheimo, P. & Huttunen, M.O. 2008. "Selittämättömistä" somaattisista oireista kärsivä potilas vastaanotolla. Duodecim 124(6), 703 -710. Viitattu 29.11.2016. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97134.pdf>
- (5) Siira, J. & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Helsinki: Kirjapaja
- (6) Siljamäki M., Kalaja, M., Perttula, J. & Kokkonen, M. 2016. Lähtökohtana holistinen kehollisuus: koululiikunnan uudet tuulet. Liikunta & Tiede 53 (1), 40 – 46

## Lähteet

### DIA 4

- (1) Bjørn, A-H., Nordbrandt, M., Jensen, J., Trine Stårup, M. & Carlsson, J. 2016. Treatment of traumatised refugees: Experiences of using Basic Body Awareness Therapy. Fysioterapia. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)
- (2) Blaauwendraat, C., Levy Berg, A. & Gyllensten A-L. 2016. One-year follow-up of Basic Body Awareness Therapy in patients with posttraumatic stress disorder. A pilot study of treatment effects. Fysioterapia. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)
- (3) Bravo, C. & Skjærven, L-H. 2016. Basic Body Awareness Therapy in patients suffering from fibromyalgia. Fysioterapia. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)
- (4) Lamio, S. & Santala, E. 2004. "Kehosta voimavaroja"-ryhmästä elämänhallintakeinoja kipupotilaalle. Fysioterapia 7/04. 19 – 21
- (5) Gyllensten, A-L., Hansson, L. & Ekdahl, C. 2003. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care. Advances in Physiotherapy 2009; 5. 179–190
- (6) Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy
- (7) Jaakkola, R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia: kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4, 8–11.
- (8) Katja, J. 2004. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima Oy
- (9) Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Helsinki: Otava
- (10) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>
- (11) Siira, J & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Helsinki: Kirjapaja

### DIA 5

- (1) Härkönen, U., Matinheikki-Kokko, K., Muhonen, M. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kelan arviointitutkimus. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopaapereita97.pdf?sequence=1>
- (2) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>

## Lähteet

### DIA 6

- (1) George, S.I. What is the effectiveness of a biopsychosocial approach to individual physiotherapy care for chronic low back pain? The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. Jan 2008; Volume 6 Number 1. Saatavissa: <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol6num1/pdf/george.pdf>
- (2) Härkönen, U., Matinheikki-Kokko, K., Muhonen, M. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kelan arviointitutkimus. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>
- (3) Jaakkola, R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia: kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4, 8–11.
- (4) Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta Oy
- (5) Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Helsinki: Otava
- (6) Roberts, H. & Crowell, D. 2014. Kivuntutkimus ja mindfulness. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteet. Tampere: Tampere University Press, 104 - 124.
- (7) Siira, J & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Helsinki: Kirjapaja

### DIA 7

- (1) Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta Oy
- (2) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>
- (3) Rentosyke www-sivut. 2016. Psykofyysinen fysioterapia – Koulukäisistä vanhuksiin. Viitattu 25.11.2016. <http://rentosyke.fi>
- (4) Siira, J & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Helsinki: Kirjapaja
- (5) Silljamäki M., Kalaja, M., Perttula, J. & Kokkonen, M. 2016. Lähtökohtana holistinen kehollisuus: koululiikunnan uudet tuulet. Liikunta & Tiede 53 (1), 40–46
- (6) Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia: 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy
- (7) Vidyamala, B. & Penman, D. 2016. Mindfulness ja terveys. Suom. Leena Siitonen. Helsinki: Viisas Elämä Oy

### DIA 8

- (1) Härkönen, U., Matinheikki-Kokko, K., Muhonen, M. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kelan arviointitutkimus. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>



ESITTELYMATERIAALI AMMATTILAISILLE

# PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Erika Lindroos ja Jasmini Perilä  
Satasyke

## MITÄ ON PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA?

- kehon ja mielen yhteyttä korostava fysioterapian erikoisala (2)
- kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyönä (1)
- lähtökohtana kuntoutujan oma oivallus ja oppiminen (1)
- kehollisia arjessa hyödynnettäviä selviytymiskeinoja ja ratkaisuja (3)

## AJATUKSIA TERAPIAN TAUSTALLA

Kehon ja mielen reaktiot vaikuttavat toisiinsa jatkuvasti (3):

- tunteet aiheuttavat autonomisen hermoston kautta fyysisiä reaktioita (5)
- kehon asennot ja liikkeet ovat yhteydessä tunteisiin (6)

Ihminen saattaa tiedostamattaan reagoida erilaisiin kokemuksiin fyysisesti (1).  
Stressi, masennus tai pelot voivat voimistaa fyysisiä oireita (4).

Terapiassa havainnoidaan missä ja miten eri tunteet tuntuvat kehossa sekä pohditaan tunteiden tai elämäntapahtumien yhteyksiä kehon kipuihin ja jännityksiin (2).

Kehon ja mielen yhteyden ymmärtäminen mahdollistaa omaan reagointiin vaikuttamisen (6).

Moni somaattisesti oireileva hyötyy fysioterapiasta (4).

## Menetelminä ovat mm. rentoutus-, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitteet (10).

**Rentoutuminen** rauhoittaa elimistöä niin fyysisesti kuin psyykkisesti ja siitä on erinomaisia tuloksia mm. traumaattisten kokemusten, somaattisten häiriöiden ja kivun hoidossa (8).

Rentoutusharjoitteissa hyödynnetään **mielikuvia**, joiden vaikutus autonomisen hermoston toimintaan eroaa hyvin vähän todellisesta tilanteesta (8). Mielikuvilla pystytään vaikuttamaan kehon fysiologiaan (7) sekä muokkaamaan aivojen rakennetta ja toimintaa (9).

**Hengitysharjoitteilla** voidaan vaikuttaa tunteisiin ja kehon fysiologiaan reaktioihin (11).

**Kehotietoisuudella** ihminen kykenee hallitsemaan kehoaan, tunnetilojaan ja vaikuttamaan omiin oireisiin (4). **Tietoisuusharjoittelun** on tutkittu tuottavan laaja-alaisia aivotason muutoksia. Muutoksia on pystytty kuvantamaan tunteita ja mielialaa säätelevillä sekä kipua aistivilla aivojen alueilla (9).

Basic Body Awareness Therapy (BBAT) on tunnettu näyttöön perustuva kehotietoisuusharjoittelun menetelmä. On näyttöä, että se vähentää kipua (1, 2, 3), parantaa mahdollisuuksia palata töihin (2), vapauttaa hengitystä (5), vähentää lihasjännitystä (5), vähentää psyykkisiä oireita (5), muuttaa omaan kehoon liittyviä asenteita myönteisemmiksi (5) sekä lisää minä-pystyvyyden tunnetta (5). BBAT voi vähentää huomattavasti psykiatrian ja sosiaalihuollon palveluiden käyttöä (6).

## KOHDERYHMÄ

Psykofyysisen fysioterapian yhdistys PSYFY ry (2) suosittelee psykofyysisistä fysioterapiaa

- mielenterveysongelmiin (mm. masennus, syömishäiriöt, paniikkioireet)
- neurologisiin toimintakykyhäiriöihin
- tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamiin toimintakykyhäiriöihin
- stressiin, uniongelmiin, ahdistuneisuuteen ja uupumukseen
- pitkittyneisiin kiputiloihin
- traumasta tai post-traumaattisesta stressireaktiosta aiheutuviin fyysisiin oireisiin

Psykofyysisistä fysioterapiaa voidaan soveltaa kaikkeen fysioterapiaan (1).

## KROONISEN KIVUN HOITO

Terapiassa tutkitaan yhdessä, miten asiakas kokee tunteen tai kivun ja miten sen kanssa olisi helpompi olla (3). Hyväksyvällä tietoisella läsnäololla epämiellyttävätkin tuntemukset voi oppia hyväksymään (5).

Käsitykset kivusta ovat merkittäviä kivunhallinnan kannalta: pelko aiheuttaa fyysisiä oireita, jotka saattavat vahvistaa kipukokemusta ja pelkoja (6).

Rentoutus-, hengitys-, tietoisuus- ja mielikuvaharjoituksilla on osoitettu olevan hyötyä kivun säätelyssä (4). Biopsykososiaalisella lähestymistavalla on selkeä evidenssi kroonisen alaselkävivun hoidossa (1).

Paremmen kehotietoisuuden myötä voi säädellä kivun herättämiä tunteita ja sitä kautta myös itse kipua (7).

Terapiassa opitut itsesäätelykeinot tukevat hallinnan ja pystyvyyden tunnetta (2).

## STRESSIN HOITO

Stressaavat tunteet vaikuttavat keskushermoston epätasapainotilan syntymiseen (4).

Psykofyysisellä fysioterapialla kehitetään oman vireystilan tunnistamista ja säätelyä sekä tuetaan voimavaroja (3).

Psykofyysisessä fysioterapiassa opitaan rentoutumaan, aistimaan kehoa sekä lieventämään stressiä (2).


Rentoutusharjoituksista on näyttöä (6). Esimerkiksi hengityksen rauhoittaminen tyynnyttää mieltä ja vaikuttaa kehollisiin stressivasteisiin (1).

Kehoon tutustuminen vahvistaa hallinnan tunnetta ja lisää luottamusta omaan jaksamiseen sekä vaikutusmahdollisuuksiin (5).

## MUUTA

Tavallinen fysioterapialähete käy lähetteeksi.

Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan pitää vakiintuneena kuntoutuskäytäntönä. Kokemusperäistä tietoa on runsaasti ja tieteellistä näyttöä lisääntyvässä määrin. (1).



Onko lääkäreillä  
kykyä arvioida  
psykofyysisen  
fysioterapian  
tarvetta?

Katso lisää:

- Psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen www-sivut ([www.psyfy.net](http://www.psyfy.net))
- Kelan arviointitutkimus "Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona" (saatavilla internetissä)
- Juha Siiran ja Karita Palomäen kirja "Kehon viisaat viestit"
- 6<sup>th</sup> International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health -konferenssimateriaali 9.-11.3.2016 (saatavilla internetissä)
- "Henkistäkin kipua voi hoitaa fysioterapialla", Yle Uutiset 25.12.2016: <http://yle.fi/uutiset/3-9367184>
- "Psykofyysinen fysioterapia kohtaa ihmisen kokonaisuutena" TS Hyvinvointi 1.4.2016: <http://hyvinvointi.ts.fi/terveys/psykofyysinen-fysioterapia-kohtaa-ihmisen-kokonaisuutena/>

## LÄHTEET

### DIA 2

- (1) PsyFy ry. 2012. Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys PSYFY. Fysioterapia 1b/12. 7
- (2) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>
- (3) Rentosyke www-sivut. 2016. Psykofyysinen fysioterapia – Kouluikäisistä vanhuksiin. Viitattu 25.11.2016. <http://rentosyke.fi>

### DIA 3

- (1) Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- (2) Jaakkola, R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia: kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4, 8–11.
- (3) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>
- (4) Saloheimo, P. & Huttunen, M.O. 2008. "Selittämättömistä" somaattisista oireista kärsivä potilas vastaanotolla. Duodecim 124(6), 703 -710. Viitattu 29.11.2016. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97134.pdf>
- (5) Siira, J. & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Helsinki: Kirjapaja
- (6) Siljamäki M., Kalaja, M., Perttula, J. & Kokkonen, M. 2016. Lähtökohtana holistinen kehollisuus: koululiikunnan uudet tuulet. Liikunta & Tiede 53 (1), 40 – 46

## LÄHTEET

### DIA 4

- (1) Bjørn, A-H., Nordbrandt, M., Jensen, J., Trine Stårup, M. & Carlsson, J. 2016. Treatment of traumatised refugees: Experiences of using Basic Body Awareness Therapy. Fysioterapia. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)
- (2) Blaauwendraat, C., Levy Berg, A. & Gyllensten A-L. 2016. One-year follow-up of Basic Body Awareness Therapy in patients with posttraumatic stress disorder. A pilot study of treatment effects. Fysioterapia. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)
- (3) Bravo, C. & Skjærven, I-H. 2016. Basic Body Awareness Therapy in patients suffering from fibromyalgia. Fysioterapia. Vol 38. 6th International Conference on Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health. Saatavissa: [http://www.icppmh.org/ICPPMH2016\\_Abstract.pdf](http://www.icppmh.org/ICPPMH2016_Abstract.pdf)
- (4) Lamio, S. & Santala, E. 2004. "Kehosta voimavaroja"-ryhmästä elämänhallintakeinoja kipupotilaalle. Fysioterapia 7/04. 19 – 21
- (5) Gyllensten, A-L., Hansson, L. & Ekdahl, C. 2003. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care. Advances in Physiotherapy 2009; 5. 179–190
- (6) Gyllensten, A-L., Ekdahl, C. & Hansson, L. 2009. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. Advances in Physiotherapy 2009; 11 (1). 2–12
- (7) Jaakkola, R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia: kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4, 8–11.
- (8) Kataja, J. 2004. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima Oy
- (9) Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Helsinki: Otava
- (10) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>
- (11) Siira, J. & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Helsinki: Kirjapaja

### DIA 5

- (1) Härkönen, U., Matinheikki-Kokko, K., Muhonen, M. & Sipilä, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutuksena. Kelan arviointitutkimus. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>
- (2) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>

## LÄHTEET

### DIA 6

- (1) George, S.I. What is the effectiveness of a biopsychosocial approach to individual physiotherapy care for chronic low back pain? The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. Jan 2008; Volume 6 Number 1. Saatavissa: <http://ijahsp.nova.edu/articles/vol6num1/pdf/george.pdf>
- (2) Härkönen, U., Matinheikki-Kokko, K., Muhonen, M. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kelan arviointitutkimus. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>
- (3) Jaakkola, R. 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa Lähteenmäki, M.-L. & Jaakkola, R. (toim.) Psykofyysinen fysioterapia: kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4, 8–11.
- (4) Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. 2014. Hengitys itsesääätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta Oy
- (5) Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Helsinki: Otava
- (6) Roberts, H. & Crowell, D. 2014. Kivuntutkimus ja mindfulness. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteet. Tampere: Tampere University Press, 104 - 124.
- (7) Siira, J. & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Helsinki: Kirjapaja

### DIA 7

- (1) Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. 2014. Hengitys itsesääätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta Oy
- (2) PsyFy ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 25.11.2016. <http://psyfy.net>
- (3) Rentosyke www-sivut. 2016. Psykofyysinen fysioterapia – Kouluikäisistä vanhuksiin. Viitattu 25.11.2016. <http://rentosyke.fi>
- (4) Siira, J. & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. Helsinki: Kirjapaja
- (5) Sijjamäki M., Kalaja, M., Perttula, J. & Kokkonen, M. 2016. Lähtökohtana holistinen kehollisuus: koululiikunnan uudet tuulet. Liikunta & Tiede 53 (1), 40 – 46
- (6) Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy

### DIA 8

- (1) Härkönen, U., Matinheikki-Kokko, K., Muhonen, M. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kelan arviointitutkimus. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>