

EHEÄLLÄ MIELELLÄ – KEHON KIELELLÄ

Oppimateriaalia psykofyysisestä fysioterapiasta Oulun seudun ammattikorkeakoulun
fysioterapian opiskelijoille

Johanna Ojala

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Fysioterapian koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Tekijä: Johanna Ojala

Opinnäytetyön nimi: Eheällä mielellä – Kehon kielellä

Oppimateriaalia psykofyysisestä fysioterapiasta Oulun seudun ammattikorkeakoulun
fysioterapian opiskelijoille

Työn ohjaajat: Leena Haaksiala ja Marika Tuiskunen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2011

Sivumäärä: 46 + 7 Liitesivua

TIIVISTELMÄ

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa kuntoutujaan toimintakykyä edistetään kokonaisvaltaisesti. Sen tavoitteena ovat kuntoutujan kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta sekä kehonkuvan eheytyminen, kehonhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen. Psykofyysinen fysioterapia sopii kuntoutuksena kaikille. Tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta on Suomessa melko vähän, koska psykofyysisestä fysioterapiaa ei ole niin paljon tutkittu Suomessa, kuin muissa Skandinavian maissa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tuoda esille perustietoa psykofyysisestä fysioterapiasta sekä norjalaisen Berit Heir Bunkanin, että ruotsalaisen Gertrud Roxendalin näkökulma ja menetelmät psykofyysisestä fysioterapiasta. Perustiedot ovat pohja syvemmälle teoriatiedolle, koska muuten voi olla vaikeaa ymmärtää tätä erikoisalaa ilmiönä. Tuotteessa esille nousevat ja tärkeimmät asiat ovat asennon, hengityksen, liikkuvuuden, lihaksiston ja reaktioiden arvioinnissa sekä tutkimisessa. Näiden alueiden havainnointien perusteella kuntoutujan kehonkuvaa harjoitetaan. Fysioterapiassa on yhdessä kuntoutujan kanssa tavoitteena saavuttaa hänelle optimaalinen terveys sekä liikkumis- ja toimintakyky huomioiden hänen omat voimavaransa.

Tämän tuotekehitysprojektin tulostavoitteena oli suunnitella luotettava, helppoymmärteinen ja käytettävä oppimateriaali psykofyysisestä fysioterapiasta Oulun seudun ammattikorkeakoulun fysioterapian opiskelijoille. Projektin toiminnallisena tavoitteena oli, että Oulun seudun ammattikorkeakoulun fysioterapian opiskelijat saavat käyttöönsä tuottamaani oppimateriaalia opiskeluissaan. Hyödynsaajina ovat Oulun seudun ammattikorkeakoulun fysioterapian opiskelijat ja aihetta opettava opettaja. Tuote on sähköisessä muodossa ja tehty PowerPoint-ohjelmalla sisältäen 102 diivisuvia. Mielensterveyttä tukeva fysioterapia opintojaksoa opettavalla opettajalla on käyttö- ja päiivisoikeudet niin kuin tuotteen tekijälläkin.

Avainsanat: Psykofyysinen fysioterapia, kehonkuva, kehotietoisuus, Bunkan, Roxendal

Author: Johanna Ojala

Title of thesis: Psychophysical Physiotherapy: Study Material for Students of Physiotherapy

Supervisors: Leena Haaksiala and Marika Tuiskunen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2011

Numbers of pages: 46

7 appendices

ABSTRACT

Psychophysical physiotherapy is a special field in which the rehabilitee's ability to function is comprehensively promoted. Its objectives are pain relief, relaxation and stress control, improvement of body image, increase of body control, interaction and self-knowledge. As a means of rehabilitation the psychophysical physiotherapy is suitable for everyone. Since it has not been studied as widely in Finland as in other Scandinavian countries, there is little information about it available in Finland.

The main objectives of psychophysical physiotherapy are to evaluate and study the position, respiration, mobility, musculature and reactions of the rehabilitee. According to the observations on these areas the body image of the rehabilitee is enhanced. The goal of the physiotherapy is to help rehabilitees to achieve optimal health and ability to move and function while taking their own resources into consideration.

This thesis presents basic knowledge about psychophysical physiotherapy, as well as the methods and views of the two best-known physical therapists in Scandinavia. The aim of this product design project was to create a reliable, understandable and easily available study material on psychophysical physiotherapy for the students of physiotherapy in Oulu University of Applied Sciences. The practical aim of the project was to give the students of physiotherapy access to the study material which was created.

The product is in electronic format and it was created by using PowerPoint software and the product includes 102 pages of main aspects of psychophysical physiotherapy and advanced knowledge of Scandinavian psychophysical physiotherapy.

The rights to use and update it remain with the teacher responsible for the subject, and the creator of the product.

Keywords: psychophysical physiotherapy, body image, body awareness, Bunkan, Roxendal

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	
ABSTRACT	
1 JOHDANTO	5
2 PROJEKTIN SUUNNITTELU	8
2.1 Projektiorganisaatio	8
2.2 Projektin päätehtävät.....	10
3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	12
3.1 Psykofyysisen fysioterapian ajattelun taustaa	14
3.2 Kehonkuvan synty	15
4 BUNKANIN NÄKÖKULMA JA MENETELMÄT PSYKOSOMAATTISESSA FYSIOTERAPIASSA	17
4.1 Asennon tutkiminen ja kuntoutujan kehontuntemus	17
4.2 Hengityksen havainnointi ja arviointi.....	18
4.3 Kehon liikkuvuuden mittaaminen ja lihaksiston tutkiminen	19
4.4 Reaktioiden havainnointi tutkimisen aikana	19
4.5 Kehonkuvan harjoittaminen	20
5 ROXENDALIN NÄKÖKULMA JA MENETELMÄT KEHONKUVAN EHEYTTÄMISESSÄ	22
5.1 Voimavara-analyysi ja motivaatiotasot	23
5.2 Kehonkuvan tutkiminen	25
5.3 Kehonkuvan harjoittaminen	26
6 TUOTTEEN LAADINTA.....	32
6.1 Laatuksiteerit.....	32
6.2 Tuotteen sisällön suunnittelu ja toteutus.....	33
6.3 Tuotteen ulkoasun suunnittelu ja toteutus	34
6.4 Tuotteen viimeistely	34
6.5 Etiikka ja tekijänoikeudet	35
7 PROJEKTIN ARVIOINTI.....	37
7.1 Projektityöskentelyn arviointi	37
7.2 Tuotteen arviointi	39
8 POHDINTA.....	40
LÄHTEET	44
LIITTEET	48

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestön (WHO – World health organization) mukaan terveys käsittää sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen hyvinvoinnin. Ihmiset sairastavat nykyään enemmän kuin aikaisempina vuosikymmeninä erilaisia tulehdussairauksia, jotka johtuvat lähinnä elämäntavoista ja stressistä. Näitä sairauksia ovat muun muassa syöpä, AIDS, sydän- ja verisuonisairaudet, psyykkiset sairaudet, luusto ja lihaksisto rasitussairaudet. Monet erilaiset sairauskäsitteet ovat johtaneet kokonaisvaltaiseen ajatteluun (Monsen 1992, 7.)

Terveydenhuollossa pidetään lähtökohtana kuntoutujan kohtaamista kokonaisvaltaisesti. Terveys- ja hyvinvointipalveluissa tulisi silti vielä laajentaa käsitystä ja näkökulmaa yksilöstä. Eri ammatti-ihmiset sosiaali- ja terveysalalla, kuten fysioterapeutit, työskentelevät lähtökohtanaan lisätä kuntoutujan toimintakykyä. Koko kuntoutusalalla tulisi keskittyä enemmän kuntoutujan toiminnan ja elämän jäsentelyyn eheyttävämmiin ja siten yhtenäistää tätä mielekkääksi kokonaisuudeksi. ”Sosiaali – ja terveysministeriön mukaan terveyspalveluilla on yhä enemmän sellaista kysyntää, johon ei ole valmiuksia vastata.” (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 9). Olen käyttänyt opinnäytetyössäni kuntoutuja sanaa, koska se on luontevinta käyttää minulle fysioterapiasta puhuttaessa.

Fysioterapiassa vastuu on ensisijaisesti kuntoutujalla itsellään, sillä asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa korostetaan yksilön oma-aloitteisuutta, ottaen kuitenkin huomioon hänen käytettävissä olevat voimavaransa. Ihmistä voidaan tutkia ja tarkastella eri näkökulmista, olemukseltaan anatomisesti voidaan tutkia luut, lihakset ja nivelet. Fysiologisesti taas voidaan toiminnoista tarkastella hengitystä. Vaikka kuntoutujaa havainnoitaisiin mistä näkökulmasta tahansa, niin kohteena on aina koko kuntoutuja. Vain yksittäiset osat muovaavat ihmisen kokonaisuutta hetkellisesti. (Herrala ym. 2008, 11.) Ensisijaisesti fysioterapia on kuntoutujalle aktiivista kuntoutusta. Terapeuttinen tavoite on vaikuttaa kuntoutujan toimintakykyyn joko ylläpitävästi, parantavasti tai ehkäisevästi. Fysioterapeutti arvioi kuntoutujan toimintakykyä, havainnoi ja tunnistaa kuntoutujan jäljellä olevat voimavarat ja määrittää kuntoutujalle sopivan terapiamenetelmän. Fysioterapeutti järjestää ja käynnistää harjoittelun sekä on läsnä, kun kuntoutuja on toteuttamassa tätä. Omaehtoisen kuntoutumisen ohjaaminen vaatii kuntoutujalle myös terveysneuvontaa ja harjoitteluohjelmien opettamista. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 3, 51–52).

Toiminta fysioterapeutin ja kuntoutujan välillä voi olla kahdenlaista. Passiivissa toiminnassa kuntoutuja saa hierontaa ja manuaalista käsittelyä, kun taas aktiivisessa kuntoutuja on fyysisesti aktiivinen. Terapiatilanteessa fysioterapeutti voi kuitenkin tehdä havainnointia kuntoutujan psyykkisestä tilasta ja näin tuoda oman ammatillisen osaamisensa kautta kehoon liittyviä näkökulmia psyykkiseen sairauteen ja terveyteen. Kommunikaatio terapiasuhteessa rakentuu sosiaalisista tunnepitoisista ja tiedollisista seikoista. Tunnepitoisten ja sosiaalisten ilmausten on tarkoitus luoda tukea, luoda myönteistä tunneilmapiiriä ja houkutella yhteistyöhön. Terapialle asetetaan aina tavoitteet ja ne hyväksytään yhdessä. Terapiamenetelmät muuttuvat kuntoutuksen edetessä, ja kuntoutujan kuormitustasoa muutetaan aina uuteen tilanteeseen. (Talvitie ym. 2006, 52, 433.)

Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen. (Psykofyysisen fysioterapia yhdistyksen sivut 2011). Psykofyysisessä fysioterapiassa on erilaisia tutkimus- ja harjoittamistapoja. Keskeisimpinä nousevat esille kehonkuvan tutkiminen ja kehotietoisuuden harjoittaminen. (Lähtenmäki & Jaakkola 2007, 3). Puhun ruumista sanalla keho, koska keho sanana tuntuu luonnollisemmalta itselleni. Koska termejä on paljon ja osa hyvinkin samantyyppisiä, on niistä laadittu määritelmäluettelo (Liite 1) selkeyttämään ajatuksia.

Suomessa tunnetuimpia tutkijoita psykofyysisen fysioterapian alalta ovat norjalainen Berit Heir Bunkan ja ruotsalainen Gertrud Roxendal. Heidän oivaltamistensa ja tutkittujen tietojensa avulla psykofyysinen fysioterapia on saanut tunnettavuutta enemmän Suomessakin, kuten myös muissa Pohjoismaissa. Siksi keskityn työssäni tarkastelemaan enemmän heidän näkökulmiaan ja menetelmiään psykofyysisessä fysioterapiassa. (Lindberg 1989, 6). Opinnäytetyössäni on kattavasti perustiedot psykofyysistä fysioterapiasta, joka on hyvä pohja syvemmälle tiedolle. Päätin opinnäytetyölleni nimen Eheällä mielellä – kehon kielellä.

Eheällä mielellä – kehon kielellä -projektin **tulostavoitteena** oli suunnitella ja tehdä luotettava, helppoymmärteinen ja käytettävä oppimateriaali psykofyysisestä fysioterapiasta Oulun seudun ammattikorkeakoulun fysioterapian opettajalle opetuskäyttöön ja opiskelijoille oppimateriaaliksi. Projektin **toiminnallisena** tavoitteena oli, että Oulun seudun ammattikorkeakoulun opettaja käyttää opetuksessaan tekemääni oppimateriaalia, jolloin opiskelijat saavat opiskeltavakseen suunnittelemani ja tuottamani tuotteen. He saavat perustietoa psykofyysisestä fysioterapiasta ja myös syvempää tietoa kahden Skandinaviassa tunnetuimpien fysioterapeuttien näkökulmista ja menetelmistä psykofyysisessä fysioterapiassa. Opiskelijat saavat teoreettista tietoa käytännön työhön.

Hyödynsaajina ovat Oulun seudun ammattikorkeakoulun fysioterapian opiskelijat ja aihetta opettava opettaja.

Omat **oppimistavoitteeni** olivat projektityöskentelytaitojen kehittyminen. Halusin oppia työskentelemään tehokkaasti projektin edetessä. Lisäksi halusin kehittyä arvioimaan tarvittavaa aikaa projektityöskentelyssä. Itse tuotteen tekeminen oli minulle iso osa oppimistavoitetta. Jatkossa toivon projektisuunnitelman laatimisen ja projektin toteuttamisen hyödyn näkyvän, kun olen työssä fysioterapeuttina tai jatko-opinnoissa. Pystyn hyödyntämään tätä teoriatietoa fysioterapeuttina työskennellessäni, sillä koen että minulla on nyt kattavat tiedot psykofyysisestä fysioterapiasta.

Laatukriteereitä tuotteelleni ovat luotettava, helppoymmärteinen ja käytettävä. Tuotteen laatukriteereiden täyttymistä arvioitiin testiryhmällä, joka muodostui fysioterapian opiskelijoista. Heille lähetin saatekirjeen (Liite 2) ja tämän mukana tuotteen arvioitavaksi. He ovat käyneet kurssin, jonne oppimateriaali tulee. Opiskelijat sekä tukiryhmässä olevat opettajat arvioivat, täyttääkö tuote asetetut laatukriteerit. Käytin tulostavoitteen laatukriteerien pohjana terveyden edistämisen keskuksen terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opasta, jonka laatukriteerit ovat muotoutuneet tutkimuksen ja käytännön kokemuksen kautta. (Idänpää-Heikkilä, Outinen, Nordblad, päivärinta & Mäkelä 2000, 22–24.)

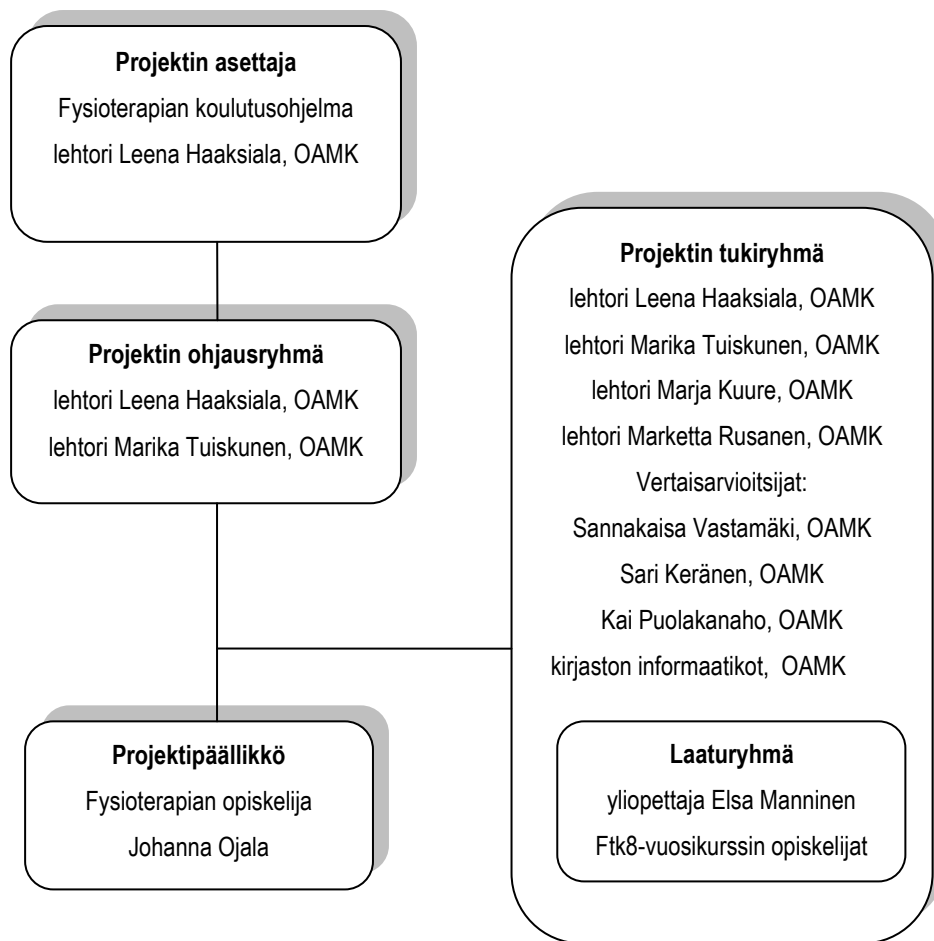
2 PROJEKTIN SUUNNITTELU

Projekti on kertaluonteinen, ja sillä on aina alku ja loppu. Projekti on tehtäväkokonaisuus, jonka aikataulu ja tavoitteet on selkeästi määritelty. Projektin toteuttamisesta varten on määritelty organisaatio, jolla on tietyt rajatut resurssit. (Silfverberg 2007, 21.) Projektissa tulee usein odottamattomia tilanteita tai jatkuvia muutoksia. Muutoksista tai vaihtelevista tilanteista huolimatta alkuperäinen tavoite yleensä pysyy koko projektin ajan. (Ruuska 2007, 30.)

Tuotekehitysprosessiin kuuluu ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen. Tavoitteena ongelmalähtöisessä lähestymistavassa on käytössä olevan tuotteen parantaminen, jos tuotteessa laatu ei enää vastaa tarkoituksenmukaisesti palvelun tai tuotteen saajaa. Tavoitteeksi voidaan asettaa uuden materiaallisen tuotteen kehittäminen vastaamaan uuden tai nykyisen asiakaskunnan tarpeita. (Jämsä & Manninen 2000, 28–32.) Erityispiirteitä projektille ovat aika, arvioiden vaikeus, suuri riski ja luova työtapo. (Pelin, 2009. 26, 34).

2.1 Projektorganisaatio

Projektorganisaatiolla tarkoitetaan tarkoituksenmukaista organisaatiota, joka on muodostettu projektin toteutumisen ajaksi. Organisaatio muodostuu eri henkilöistä, jotka ovat mukana joko koko projektin ajan tai vain osan projektin ajasta. (Pelin 2009, 67.) Projektorganisaation jokaiselle jäsenelle on selkeästi määriteltävä oma rooli sekä vastuu. (Silfverberg 2007, 98.) Tämä projektorganisaatio muodostui projektin asettajasta, ohjausryhmästä, projektipäälliköstä sekä tukiryhmästä. Projektorganisaatio on tilapäinen ja tarkoitettu vain kertaluontoisesti käytettäväksi. Kun tuote on valmis, organisaatio hajotetaan. (Ruuska 2006, 26.) Projektorganisaatio on esitetty kuviossa 1 (KUVIO 1).



KUVIO 1. Projektioorganisaatio.

Projektilla on yleensä asiakas tai **asettaja**, jonka tilauksesta lopputuote valmistetaan ja jonka käyttöön tuote on tarkoitettu. Tilaaja ja käyttäjä voivat olla joko sama henkilö tai kaksi erillistä asiakasta. Tilaaja tai asettaja määrittelee, mitä haluaa projektilta ja arvioi projektin päätteeksi, vastasiko lopputulos hänen tilausta. (Ruuska 2007, 162–163.) Tuotekehitysprojektini asettaja oli Oulun seudun ammattikorkeakoulun lehtori Leena Haaksiala. **Ohjausryhmän** tehtävänä on valvoa projektin edistymistä ja arvioida sen tuloksia sekä hyväksyä ne. Ohjausryhmä voi antaa rakentavasti projektiin ideoita ja auttaa projektin verkostoitumista sekä varmistaa tiedonkulun projektin ja tärkeimpien sidosryhmien välillä. Ohjausryhmän tehtävänä on myös tukea projektipäällikköä projektin strategisessa suunnittelussa ja johtamisessa. (Silfverberg 2007, 99.) Ohjausryhmään kuuluivat Oulun seudun ammattikorkeakoulun fysioterapian lehtorit Leena Haaksiala ja Marika Tuiskunen. Ohjausryhmässä he arvioivat ja hyväksyivät opinnäytetyöni välitulokset.

Projektipäällikkönä olin itse, fysioterapiaopiskelija Johanna Ojala, ja tehtäviini kuului aikatauluttaa projektin kulku ja toimia projektin vastaavana henkilönä. Projektipäällikkönä vastasin tuotteen suunnittelusta ja toteutuksesta. Opinnäytetyön välituloksina olivat valmistava seminaarityö, projektisuunnitelma, tuote sekä itse loppuraportti. (Ruuska 2007, 137, 140–142.)

Tukiryhmässä opinnäytetyöni sisällön ohjaajina olivat lehtorit Haaksiala ja Tuiskunen. Työn edessä lehtorit, vertaisarvioitsijat sekä fysioterapian opiskelijat ohjasivat tuotekehittelyprosessin etenemistä. Projektini laatuksiteereiden arvioinnista ja ohjauksesta vastasivat fysioterapian opiskelijat sekä yliopettaja Elsa Manninen. Tuote- ja tekstinohjausta sain suomen kielen lehtori Marja Kuurelta. Abstractin osalta opinnäytetyöni tarkisti englanninkielen opettaja, lehtori Marketta Ruusanen. Opponentit antoivat palautetta välituloksista. Oulun seudun ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikot auttoivat kirjallisuuden hakemisessa.

2.2 Projektin päätehtävät

Projektin tavoitteiden mukaisesti laaditaan realistinen tehtäväerittely. Tehtävät jaetaan päätehtäviin, jotka taas voidaan jakaa osatehtäviin. (Pelin 2009, 70–72). Tämän projektin päätehtäviä olivat opinnäytetyön aiheen ideointi, aiheeseen perehtyminen, tuotekehitysprojektin suunnittelu ja tuotteen kehittäminen ja valmistaminen sekä tuotekehitysprojektin raportointi ja päättäminen. (Ruuska 2006, 101). Välituloksina tuotekehitysprojektissani ovat valmistava seminaarityö, projektisuunnitelma, tuote sekä opinnäytetyöni loppuraportti. Tehtäväluettelo (Liite 3) on projektisuunnitelman keskeisin osuus. Siinä arvioidaan tehtävään käytettävä aika sekä aika jolloin tehtävä aloitetaan ja päätetään milloin se on valmis. Kestojen ja työmäärien arvioinnissa on hyvä noudattaa todennäköisyysajattelua. Silloin arviovirheet kumoavat toisensa, koska joissakin on aika osoittautunut liian pieneksi ja taas toisessa projektissa arvioitu aika taas liian suureksi. (Pelin 2009, 120).

Opinnäytetyön aiheen **ideointi** alkoi syksyllä 2008. Olen pikku hiljaa kerännyt tietoa ja tavannut ihmisiä, jotka käyttävät työssään menetelmänä psykofyysistä fysioterapiaa. Olin työharjoittelussa psykiatrian klinikalla syksyllä 2009, jossa on käytössä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä. Harjoittelujaksolla sain lisää varmuutta itselleni opinnäytetyöni aiheen valitsemisesta.

Opinnäytetyön aiheen ideointi ja aiheeseen perehtyminen alkoi talvella 2009. Perehdyin psykofyysisen fysioterapiaan kattavasti. Perehtymisen jälkeen kirjoitin, esitin ja viimeistelin viitekehysten. **Tuotekehitysprojektin suunnittelu** alkoi tammikuussa 2011. Tutustuin tuotekehitysprosessin eri vaiheisiin ja projektityöskentelyyn kirjallisuutta hyödyntäen. Olen opiskellut projektityöskentelyä useammilla kursseilla koulutukseni aikana, joten sain kurssien materiaaleista johdatusta toimintaani. Projektipäällikkönä kirjoitin, suunnittelin ja viimeistelin tuotekehitysprojektisuunnitelman kevään 2011 aikana.

Tuotteen kehittäminen ja valmistaminen alkoi helmikuussa 2011. Jolloin ideoin ja suunnittelin tuotteen sisällön sekä viimeistelin sen. Tuotekehittelyn ja valmistamisen tuloksena syntyi oppimateriaalia fysioterapian opiskelijoille. Alustavan suunnitelman mukaan tuote on sähköisessä muodossa PowerPoint ohjelmalla tehtynä ja siinä on 102 diaa. Tuotteen sisältöä ja rakennetta tuottaessani hyödynsin monipuolisesti julkaisuja ja kirjallisuutta. **Projekti päättyi** toukokuussa 2011, jolloin tein viimeiset korjaukset loppuraporttiini ja tuotteen sisältöön sekä ulkonäköön. Projektin päättämiseen kuului myös loppuraportin esittäminen. Tekemäni tuote on tallennettu muistitikulle ja annettu kurssista vastaavalle opettajalle Leena Haaksialalle. Tuotteessa on 102 diaa.

3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Fysioterapialla pyritään tasapainottamaan, korjaamaan ja ehkäisemään ihmisen liikkumisen ja toimintakyvyn häiriöitä sekä parantamaan tai ylläpitämään jäljellä olevaa toimintakykyä. Nykyään ajatellaan, että fysioterapian tavoitteet ovat niin sosiaalisia kuin lääketieteellisiä ja siihen lukeutuu psykologisia, lääkinnällisiä, sosiaalisia ja työolosuhteisiin liittyviä toimenpiteitä (Talvitie ym. 2006, 18–19). Fysioterapia on osa lääkinnällistä kuntoutusta. (Kansaneläkelaitos, hakupäivä 9.5.2011.)

Perustana fysioterapiassa on fysioterapiatede, jonka keskeisenä kiinnostuksen kohteena on ihmisen liikkuminen ja toimintakyky ja näiden suhde yksilön toimintaan, sekä erityisesti toiminnan häiriö ja heikkeneminen. Fysioterapeutti on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, joka on suorittanut fysioterapeutin tutkinnon. Fysioterapeutti itse vastaa työnsä suunnittelusta, arvioinnista, toteutuksesta ja kehittämisestä ottaen huomioon lainsäädännölliset ja eettiset näkökulmat sekä vaikuttavuuden, taloudellisen ja tehokkuuden vaatimukset. Työskentely fysioterapeutina on asiakaslähtöistä ja näyttöön perustuvaa. Fysioterapeutti toimii yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa, jotka ovat mukana kuntoutujan kuntoutuksessa ja hän on oman alansa asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä. (Suomen fysioterapeutit 2010, hakupäivä 7.5.2011)

Fysioterapeutti toimii kuntoutujan hyväksi niin että kaikki tekeminen on kuntoutujan omaksi parhaaksi ja samalla kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan ja yksilöllisyyttä. Sosiaaliset ja fyysiset ympäristötekijät voivat olla joko tukemassa tai estämässä ihmistä saavuttamaan hänen omia henkilökohtaisia tavoitteitaan kuntoutumisessa. Miten riippumaton ja itsenäinen ihmisestä tulee, on monen tekijän yhteissumma, kuten talouden tilanteen, perheen tuen, tukipalveluiden sekä kulttuuriarvojen perusteella. (Talvitie ym. 2006, 57–58.)

Jos ihmisestä on havaittavissa normaalista poikkeavaa fyysistä suoritusta ja liikkeissä voi havaita esiintyvän häiriöitä, suoritusta verrataan normaaliin toimintaan. Tällöin fysioterapiassa puhutaan liikemallin palauttamisesta epänormaalista normaaliksi. Fysioterapian lähtökohtana on jokin fyysinen ongelma, mutta nykypäivänä kuntoutujaa tarkastellaan kokonaisvaltaisesti. Sairauskeskeisessä näkökulmassa tarkastellaan yksilön psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä suorituskykyä toiminnassa. Tärkeä työkalu fysioterapiassa ovat kädet, joilla fysioterapeutti ohjaa, tukee tai käsittelee kuntoutujaa. (Talvitie ym. 2006, 15–17.)

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka tavoitteena on kokonaisvaltaisesti edistää ihmisen toimintakykyä. Sen pääasiallisina tavoitteina ovat kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta sekä kehonkuvan eheytyminen, kehonhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen. (Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen sivut, hakupäivä 5.4.2010.) Psykofyysisen fysioterapian fyysisen tutkimisen juuret juontavat Reichin teoriasta, jossa ongelmia on nähtävissä lihasjännityksessä, muuttuneessa hengityksessä, tunneperäisissä olotiloissa. Tärkein tieto Reichin oivalluksista oli, että kuntoutujan puolustusmekanismi voi olla psykologisella tai fyysisellä tasolla. (Monsen 1992, 22.)

Psykofyysisen fysioterapian lähtökohtana on mielen ja kehon vuorovaikutus eri sairauksissa ja häiriötiloissa. Ensisijaisina keinoina käytetään erilaisia rentous-, kehontuntemus- ja kehonhallinnan harjoituksia. Psykofyysinen fysioterapia korostaa mielen ja kehon erottamattomuutta. Se sisältää psykiatrisen, psykosomaattisen, psykodynaamisen ja psykomotorisen, kokonaisvaltaisen fysioterapian sekä mielenterveyttä tukevan fysioterapian. (Koulutuslitteet, hakupäivä 26.5.2010)

Psykofyysisellä fysioterapialla tuetaan ja vahvistetaan kuntoutujan voimavaroja. Tätä terapiamuotoa voi käyttää erilaisissa kuntoutuksissa kuten tuki- ja liikuntaelinvaikeuksien kiputiloissa, skitsofreniassa, aivohalvauksesta tai työuupumuksesta johtuvissa fyysisen toimintakyvyn ongelmissa. (Talvitie ym. 2006, 265.) Psykofyysisessä fysioterapiassa on kysymys ennen kaikkea ihmiskäsityksestä, jonka kautta fysioterapeutti näkee kuntoutujan tilanteen asiantuntemuksella ja tiedostaa omat arvonsa ja asenteensa, ja joka ohjaa vuorovaikutusta fysioterapiassa. Merkityksellistä psykofyysisen fysioterapian toteuttamisessa on terapeutin oma kokonaisvaltainen ihmiskäsitys ja hyvät vuorovaikutustaidot. Psykofyysisen lähestymistavan keskeiset osatekijät ovat fysioterapeutin ja kuntoutujan kohtaaminen, fysioterapeutin ja kuntoutujan ihmiskäsitys, kuntoutujan motivaatio ja kehominä. (Talvitie ym. 2006, 266.)

Haastattelu, havainnointi ja mittaaminen ovat psykofyysisen fysioterapian arviointi- ja tutkimusmenetelmiä. Arvioita tehdään muun muassa vuorovaikutuksesta, jännittyneisyydestä, rentoutumiskyvystä, asennoista, liikkuvuudesta, hengityksestä, liikkeen hallinnasta, kehonkuvasta ja kivusta. Hoidon arvioinnissa on merkittävää kuntoutujan oma kokemus. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen sivut, hakupäivä 5.4.2010.) Fenomenologinen ihmiskäsitys on vahvasti nähtävissä psykofyysisen fysioterapian taustalla, jossa tarkastellaan ihmisen kokemuksia ja elämyksiä sekä niiden suhteita, henkilön itsensä antamia merkityksiä

ilmiölle ja ilmenemismuotoja. Keskeisintä fenomenologisessa ihmiskäsityksessä on kuitenkin ihmisen oma tapa ymmärtää itseään kokemusten kautta. Kun kuntoutuja harjoittaa jotakin liikettä, voi hän saada siitä uudenlaisia kokemuksia ja tulla tietoisiksi enemmän itsestään ja suhteesta tähän maailmaan. (Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 55.)

3.1 Psykofyysisen fysioterapian ajattelun taustaa

Itävaltalainen lääkäri ja psykoanalyttikko Wilhelm Reich (1897-1957) oli keskeinen vaikuttaja psykoanalyysin kehityksessä 1920- ja 1930-luvuilla. Reich kuvasi ihmisen luonnetta niin sanottuna luonnepanssarina eli puolustusjärjestelmänä, joka sisältää varhaislapsuuden keskeiset ristiriidat ja ylläpitää niitä. Wilhelm Reich loi vahvan tunteita nostattavan vegetoterapian, joka tarkoittaa kehopsykoterapiaa. Tämä on vanhin kehopsykoterapian suuntaus ja on vaikuttanut kaikkiin kehopsykoterapiamenetelmiin. Aadel Bülow-Hansen, joka oli norjalainen lääkintävoimistelija, havaitsi hengityksen olevan yhteydessä lihasjännitykseen. (Suomen Luonneanalyttinen kehopsykoterapiayhdistys ry, hakupäivä 16.11.2010)

Psykiatrina toiminut Tryggve Braatsy alkoi 1940-luvulla tutkia emotionaalisen tilan ja hengityksen yhteyttä. Hän havaitsi neurootikkojen hengittävän eri tavoin ja pelokkaiden käyttävän erilaisia tapoja hengityksessä. Jos henkilö hengitti keuhkojen yläosilla, tämä merkitsi hänen mukaansa tunteiden epävakautta ja pelkoa. Bülow-Hansen ja Braatsy havaitsivat, että kuntoutujaa voi auttaa hengittämään luonnollisemmin. Näin he alkoivat kehittää yhdessä hoitomenetelmää rintakehän liikkuvuuden parantamiseksi lihaksia rentouttamalla. Tämä sai nimekseen ”Psykomotorisk behandling” (psykomotorinen kuntoutus), joka perustuu norjalaiseen fysioterapiaperinteeseen, jossa on osittain myös vaikutteita Reichiltä. He havaitsivat lihasjännityksen, hengityksen ja tunteiden olevan yhteydessä toisiinsa.

Psykofyysinen fysioterapia on Suomessa yläkäsite muun muassa psykodynaamiselle, psykosomaattiselle, psykiatriselle, psykomotoriselle fysioterapialle. Termi psykofyysinen on otettu virallisesti käyttöön vuonna 1994, jolloin Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys on erikoisalayhdistyksenä on perustettu. Termiin on päädytty, koska se kuvaa parhaiten osaamisalueen laaja-alaisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Termin ovat kehilleet yhdistystä perustaneet fysioterapeutit. (Patovirta, 15.11.2010, sähköpostiviesti.)

3.2 Kehonkuvan synty

Ihmisen koko olemus kehittyy psyykeen, fyysisyyden sekä sosiaalisuuden kautta. Sen synty alkaa jo varhaislapsuudesta, jossa läheisten ihmisten vuorovaikutuksella on oma osansa kehitykselle. Psykkisen ja fyysisen minän olemusta on tutkittu neurotieteessä kehon kuvan (body image) ja kehonkaava (body schema) käsitteiden avulla 1900-luvulta lähtien. (Sandström 2010, 13.)

Tutkimusten avulla on pystytty osoittamaan ihmisen kehityksen häiriintyvän, jos hänet eristetään muista ihmisistä. Huolenpitoa ja kosketusta pidetään merkittävänä turvallisuuden tunteen luojana. Esimerkiksi jos lasta ei kosketeta, voi tämä johtaa lapsen jähmettymiseen, surullisuuteen, unettomuuteen, aloitekyvyttömyyteen ja apatiaan. Havaittavissa voi olla myös, että lapsen paino ei nouse ja hän on altis tulehdussairauksille, kuten poskionteloiden oireilu. Kosketuksen kautta ihmisellä tulee yhteys ulkomaailmaan ja taas itseensä, hänen minuutensa rakentuu tälle, koska kosketus viestittäjänä antaa luottamusta ja turvallisuutta. Vuorovaikutustilanteessa tunnetilat siirtyvät ihmisiltä toiselle kosketuksen välityksellä. (Herrala ym. 2008, 71–72.) Terminä *kehonkuva* (Body image) kertoo minuudesta psykofyysisessä fysioterapiassa, koska kehonkuva on tunne, sekä tietopohjainen käsitys omasta kehosta ja sen suhteesta ulkomaailmaan. Kehonkuva tulkintana sisältää kehonosat, kehon rajat ja pinnan, ulkomuodon, sisäisentilan, henkilökohtaisentilan ja oman sijainnin ympäristössä. (Herrala ym. 2008, 103).

Tunnetuimpia pohjoismaisia psykofyysisen fysioterapian kehittäjiä ovat ruotsalainen Gertrud Roxendal ja norjalainen Berit Heir Bunkan. (Lindberg 1989, 6.) Roxendalin ja Bunkanin mukaan kehonkuva on tunne sekä tietopohjainen mielikuva omasta kehosta ja kehon toiminnoista. Tämä mielikuva sisältää kehon ulkomuodon, pinnan, sisätilan ja massan. Kehonkuva on tunne siitä, millaisena kuntoutuja mieltää ja kokee oman kehonsa, eli miltä hän näyttää, mihin kykenee ja kuinka hyväksyy fyysisen minänsä. Kehonkuva on niin sanotusti minäkuva itsestä. Roxendalin mukaan kehonkuva käsittää kokemus – ja liikenäkökulman. Kokemuksen näkökulma kehittyy kehon käsittämisestä, kehon rajoista ja kehon elämyksistä sekä kehon kokemuksesta ja kehotietoisuudesta. Liikenäkökulmaan sisältyy kehon hallinta, tasapaino ja liikemalli. Roxendal pitää kehon tuntemusta yläkäsitteenä molemmille näkökulmille. (Särkilähti-Pennanen 1993, 22.) Bunkanin mukaan kehonkuva käsittää kolme tasoa: 1) kehon psyykkiset kokemukset 2) kehon sisäinen liikemalli 3) kehon sisäinen peilikuva, näiden osista ja kokonaisuudesta, sekä vuorovaikutuksesta näiden välillä. Bunkanin mukaan kehittynyt kehonkuva on edellytys sosiaaliseen kanssakäymiseen itsensä, ulkomaailman sekä todellisuuden kanssa.

Lopputuloksena on realistinen kokemus itsestä, itseensä luottamisesta, turvattu persoonallisuus ja sosiaalinen kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa. Ihmisen liikkeissä ja liikkumisessa näkyy psykologinen puoli, koska Bunkanin mukaan tapa liikkua kertoo ihmisen sisäisestä elämästä. Yksilön liikkeissä, liikkumisessa ja asennossa on havaittavissa hänen historia, koetut ja eletyt tunteet. (Särkilähti-Pennanen 1993, 22–23.)

Useissa sairauksissa ja toimintakykyongelmissa sekä niiden toipumisvaiheessa saattaa esiintyä psykofyysistä oireilua. Vahvaa asiantuntijuutta tarvitaan erityisesti pitkittyneissä tuki- ja liikuntaelämistön oireissa, masennuksessa, syömishäiriöissä, post-traumaattisissa stressireaktioissa, neurologisissa toimintahäiriöissä sekä erilaisissa psykiatrisissa sairauksissa. Tavoitteet kuntoutuksessa määräytyvät aina kuntoutujan voimavarojen, valmiuksien, ja elämäntilanteen mukaan. (Psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen sivut, hakupäivä 6.10.2010.)

Fyysisten oireiden kehittymistä suhteessa kehonkuvaan ovat tutkineet Fischer ja Cliveland vuonna 1968. Tutkiessaan oireiden ja kehonkuvan välistä yhteyttä somaattisesti sairastavilla kuntoutujilla he totesivat, että kehonläpäisevyys on suhteessa oireisiin. Läpäisevyys tarkoittaa sitä, kuinka keho suojaa ihmistä. Olettamuksena he esittivät että kehon pinta koettiin puolustuksena tai esteenä. He käyttivät esimerkkinä psykosomaattisia oireita, kuten suoliston ja mahan oireita ja kuinka nämä olivat eniten eriytyneenä omaan kehonkuvaan. (Monsen 1992, 20.)

4 BUNKANIN NÄKÖKULMA JA MENETELMÄT PSYKOSOMAATTISESSA FYSIOTERAPIASSA

Berit Heir Bunkan on fysioterapian lehtori sekä psykologi. Hän on tutustunut Bülow-Hansenin menetelmään 1950-luvulla. Käytännön kokemuksiin perustuen hän on kehittänyt tutkimusmenetelmän, joka pohjautuu toiminnallisuuteen ja palpointiin sekä kehon ja psyykkeen vuorovaikutukseen. (Lindberg 1989, 6.) Norjalaiset Berit Heir Bunkan, Bolette Johansen ja Marit Sundsvall tutkivat ja kehittivät vuonna 1961 kehon voimavarojen arvioinnin, joka pohjautuu norjalaiseen psykomotoriseen fysioterapiaan, fysioterapeuttien kliiniseen kokemukseen ja luonneanalyttiseen vegetoterapiaan eli kehopsykoterapiaan. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 54.)

CBE (The Comprehensive Body Examination) on kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen menetelmä, jota käytetään kuntoutujien voimavarojen arviointiin. CBE-mittari on menetelmä, jonka avulla tutkitaan kehon neljää osa-aluetta: Kehon asentoa, hengitystä, kehon liikkuvuutta sekä lihaskoostumusta. (Bunkan 2003, 15–17.) Tutkimuksessa vertailtiin kipupotilaiden ja psykoosipotilaiden kehon piirteitä. Tällä tutkimuksella oli tarkoitus saada kehon voimavaratutkiminen yhtenäistettyä, järjestelmälliseksi ja myös lyhyemmäksi. Tutkimuksen menetelminä oli inspektio, havainnointi, passiiviset liikkeet ja palpointi. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 54-55.) Tutkimisessa kuntoutujalta kysytään aina hänen omakohtaisia kehollisia tunteuksia tai kokemuksia. Luotettavan tutkimustuloksen saavuttamiseksi, on tärkeää että tutkimiseen liittyvät liikkeet ja asennot, sekä tutkijan otteet ovat standardoitu.

4.1 Asennon tutkiminen ja kuntoutujan kehontuntemus

Fysioterapeutti tutkii kuntoutujan asentoa hänen maatessa sekä seistessä. Arvioinnissa huomioidaan perifeeristä tai sentraalista fleksioasentoa kehon pitkästä akseliin nähden. Tarkastelun kohteina (Liite 4) ovat pään, olkapäiden, hartioiden ja polvien asento, sekä rangan lordoosit ja kyfoosit eli rangan mutkat. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 54.)

Pääsääntöisesti asentoon vaikuttavat emotionaaliset, perinnölliset sekä sosiaaliset tekijät. Asennosta on havaittavissa kuntoutujan tunnetila tutkimuksen hetkellä, mutta myös joitakin ihmisen psyykkisen ja fyysisen taustoja. Normaalisessa asennossa kehon osat ovat tasapainoisesti verrat-

tavissa toisiinsa. Keho joustaa ja hengitys on vapautunut. Lähentäjä – ja loitontajalihasten jänteys antaa lisätietoa kuntoutujan asennosta. Jos keskilinjassa näkyy poikkeamaa, on se merkinä epätasapainosta, jolloin lihaskuormitus ja kiputilat ovat lisääntyneet. Asentoa voi tarkastella pystyasennosta, mutta kuntoutujalla on oltava kehon paino jakautuneena tasaisesti jalkapohjilla. (Bunkan 2000, 9–10.)

Kuntoutujan yhteys omaan kehoonsa ja hänen kokemuksensa kehostaan ovat kehontuntemuksen osa-alueita. Osalla kuntoutujista voi olla alentunut kehontuntemus, jolloin kehossa voi tuntua enemmän kipua joka hallitsee tätä tietoisuutta tai hänellä voi olla tuntemus että hän tuntee oman kehonsa vieraaksi. Kuntoutuja voi tuntea myös hänen kehonsa vieraaksi ja eroa vasemman sekä oikean puolen väliltä. Kuntoutujalla voi olla myös irtautumisenkokemuksia omasta kehostaan. (Bunkan 2000, 86–88.)

Kehotietoisuus on proprioseptistä tietoa, joka tarkoittaa kykyä rekisteröidä nivelten ja lihasten reseptoreista tietoa. Ensin tarvitaan tiedostaminen ennen kuin voidaan tuntea huonot liiketottumukset, jännitykset tai tarpeettomat liikkeet. Eri liikkeitä tehdessä on tärkeää että ihmisellä on kehotietoisuus, kun ajatellaan nivelkulmia ja lihasten jännittämistä. Mekaanisesti liikkeet voidaan suorittaa oikein, mutta niihin pitäisi keskittyä ja ottaa tunne mukaan liikkeeseen. Tavoitteena kuntoutujalla olisi yhdistää tuntemus liikkeen tekemiseen, mikä tuntuu hyvältä, suhteessa fyysiseen rasitukseen. (Thornquist & Bunkan 1991, 89–90.)

4.2 Hengityksen havainnointi ja arviointi

Hengitys havainnoidaan seisten, maaten sekä liikkeessä. Hengitystä arvioidessa tarkastellaan sen paikallistumista, mukautumista, kuinka syvää hengitys on ja rintakehän asentoa. Hengitystä tarkkailtaessa havainnoidaan myös kuinka kireät hengitysilihakset ovat ja kuinka aktiivisesti niitä käytetään. (Lähtenmäki & Jaakkola 2005, 54.)

Hengitysliikkeiden pitäisi näkyä pystyasennossa, etenkin rintakehän alaosassa ja pallean alueella. Pientä hengitysliikettä pitäisi näkyä myös lantion alueella ja rintakehän yläosassa. Tutkittaessa kuntoutujaa, arvioidaan samalla rintakehän muotoa ja asentoa sekä vatsan ja rintakehän liikkeitä. Tutkittaessa havainnoidaan myös jos hengitysliikkeessä näkyy jännityksen merkkejä. Arvioinnissa otetaan huomioon hengitysilhasten supistumista, uloshengitysilhasten aktiivisuutta, hengityksen mukautumista asennon muutoksiin. Arvioinnissa otetaan myös huomioon kuntoutujan rintakehän

joustavuus ja havainnoidaan fyysisen aktiivisuuden vaikutusta hengitykseen (Liite 4). (Bunkan 2000, 10.)

4.3 Kehon liikkuvuuden mittaaminen ja lihaksiston tutkiminen

Kehon nivelten liikkuvuus ja lihasten sidekudosten venyvyys vaikuttavat yhdessä kehon liikkuvuuteen. Usein jännittyneet lihakset muuttuvat jäykiksi ja estävät näin kehon virtaavan liikkeen. Tuki- ja liikuntaelimestö rasittuu, jos kehossa tai jossakin kehon alueella on vajaa liikkuvuus, jolloin se yleensä aiheuttaa myös kiputiloja (Liite 4). Suuret nivelet ja selkärangan liikkuvuus sekä kuntoutujan kyky olla rento passiivisten liikkeiden aikana arvioidaan ja tutkitaan CBE-menetelmällä. Kehon lihasten ja nivelten joustavuutta sekä tasapaino arvioidaan myös. Fysioterapeutti havainnoi ja laittaa merkille, jos kuntoutujalla esiintyy maneereita ja epämääräisiä liikkeitä. (Bunkan 2000, 10–11.)

Lihasta tutkitaan palpoimalla, kun kuntoutuja makaa alustalla (Liite 4). Siinä arvioidaan elastisuus, jäntevyys ja tiiviys. Erikseen lihaksista voidaan tarkastella kovuus ja velttous perifeerisesti tai sentraalisesti. (Lähteenmäki & Jaakkola 2005, 55.) Normaali lihaksisto tuntuu elastiselta, joustavalta, tasarakenteiselta ja se muuttaa muotoaan palpoitaessa. Lihasten kireys tai niiden velttous tutkitaan palpoimalla, molemmin puolin kehoa ja jokaisen lihasrungon kohdalta. Jos lihasten kireys on lisääntynyt, voi se olla merkki liiallisesta fyysisestä harjoittelusta, kivusta tai tunneperäisistä ongelmista tai staattisesta lihasharjoittelusta (Liite 4). Lihasten velttous voi olla yhteydessä tunteisiin, endokriinisiin sairauksiin ja fyysiseen passiivisuuteen. (Bunkan 2000, 11.)

4.4 Reaktioiden havainnointi tutkimisen aikana

Kuntoutujan ihon reaktioita huomioidaan tutkimisen aikana. Fysioterapeutti nostaa ihoa sormien välissä eri kohdista kehoa. Arvioinnissa havainnoidaan miten iho käyttäytyy ja kuinka se palautuu (Liite 4). Kuntoutujasta arvioidaan myös katsekontaktin luominen, koska tämä kuvastaa psyykkistä terveyttä. Tutkimisen aikana havainnoidaan kuntoutujan emotionaaliset reaktiot. Jos kuntoutujalla on motorista levottomuutta, liittyy tähän käsien, jalkojen ja kehon liikkeiden tai kasvojen ilmeiden vaihtelu. Kuntoutujan ei tarvitse olla paikallaan, mutta fysioterapeutti arvioi levottomuutta, joka poikkeaa normaalista liikehdinnästä. Muitakin toistuvia ja outoja liikkeitä arvioidaan sekä autonomisia ja endokriinisia reaktioita, kuten ihonväri, hikoilu tai kehon äänet koko tutkimisen ajan. (Bunkan 2000, 83–85.)

Kuntoutujan reaktiot tutkittaessa ovat jaettu viiteen eri osaan:

- Psykkiset reaktiot - mielihyvä, ärtyvyys, pahaolo, ahdistus
- Endokriiniset reaktiot – kyyneleet, hikoilu, lisääntynyt syljen erityis
- Lihasreaktiot – jännitys, pakkoliikkeet, kipu
- Vegetatiiviset reaktiot – ruumiinlämpötilan vaihtelut, ”kananliha”
- Immunologiset reaktiot – tulehdusten uusiutuminen, ontelo- ja rakkotulehdukset

(Bunkan 1987, 51.)

4.5 Kehonkuvan harjoittaminen

Thornquistin ja Bunkanin mukaan erilaiset kuntouttavat menetelmät yhdistää tai erottaa kehoa ja kehon tunteita toisistaan. Fysioterapia voi edistää yhteyttä kehoon, ja näin myös edistää kuntoutujan kehitysprosessia. Aina kun olemme tekemisissä kuntoutujan kehon kanssa, olemme samalla tekemisissä myös kuntoutujan kehonkuvan ja tunteiden kanssa. Teemme jotain identiteetin tunteelle ja hänen havainnolleen itsestään. Tavoitteena kuntoutujalla on tunnistaa ja havainnoida paremmin kehonsa viestejä. Tärkeimmät periaatteet ovat rakentaa keho alhaalta ylöspäin, jaloista päähän. Perusta vapaalle liikkeelle on ankkuroituminen alustaan/maahan. Jokaisella fysioterapiassa käynnillä käsitellään koko keho. (Thornquist & Bunkan 1991, 72.)

Psykomotorisessa fysioterapiassa harjoitetaan kontaktia alustaan seisten, maaten ja istuen. Hyvän asento tulee vakaudesta ja joustavuudesta, jossa stabiloivat ja mobilisoivat voimat ovat positiivisesti vuorovaikutuksessa keskenään. Hoidon alussa on tärkeää havaita reisilihasten jännityksen ja rentouden ero, sekä erottaa näiden toiminta lonkista lantiosta. (Thornquist & Bunkan 1991, 82–83.) Tunteiden ja hengityksen välinen suhde on keskeistä psykomotorisessa fysioterapiassa. Tämä perustuu tietoon, jossa tunteet vaikuttavat hengitykseen ja hengitys taas kokemuksiimme. Kun kuntoutuja pidättää hengitystä, hän pidättää myös tunteita sisällään. Kun olo on turvaton, on hengitys nopeampaa ja pinnallisempaa. Tyytyväisyyden tunne taas vapauttaa hengitystä ja lisää lihasaktiiviteettia. Emme yleensä hyväksy tunteitamme alitajuisesti. Bunkan ja Thornquist pitävät hengityksen havainnointia luotettavana ja yksiselitteisempänä, kuin mitään muuta kehon toiminnan havainnointia, mutta se on tulkittava henkilön tilanteen ja taustan mukaan. (Thornquist & Bunkan 1991, 24–26, 33, 34.)

Lihäsjännitys ja hengitys kulkevat käsikkäin. Lihasreaktiot ja hengitys tapahtuvat samaan aikaan. Kehossa olevat lihasjännitykset estävät hengityksen vapautumista ja rentoutuminen vastaavasti vapauttaa hengitystä. Vapaassa kehossa venyttäminen on pitkä kehon kokonaisvaltainen liike sormenpäistä varpasiin, jolloin keho vapauttaa haukotukset. Pakottamattomat ja vapaat venytysimpulssit stimuloivat haukotus- ja hengitystoimintaa ja toisaalta haukottelu ja hengitys vapauttaa venytysimpulsseja. Vapaa venytys ja vapaa hengitys kulkevat käsikkäin. Hengityksen tulisi vapautua aaltomaisesti koko rintakehän alueelle. Fysioterapeutti tukee venytystä aktiivisten ja passiivisten venytysliikkeiden kautta. Fysioterapian aikana tulee pohtia, kuinka paljon hengityksen vapauttamista ja lihasjännityksen vähenemistä kuntoutuja kestää ja kuinka paljon vapaata venytystä voi toteuttaa. Fysioterapian aikana olemme kosketuksissa kuntoutujan menetyksiin, kaipuuseen ja suljettuihin muistoihin. Fysioterapian aikana ei saa pakottamalla viedä kehitysprosessia eteenpäin, jos kuntoutujalla itsellään ei ole siihen voimavaroja (Liite 4). (Thornquist & Bunkan 1991, 26–30, 78–79.) Erilaisia kehonkuvanharjoitteita voivat olla muun muassa ankkuroituminen, meditaatioharjoitus tai venyttelyharjoitus. Fysioterapia kerta voidaan aloittaa hyvän istuma-asennon löytämisellä, jolloin kuntoutuja etsii tukevaa pintaa asennolleen. Tämän jälkeen voi olla laajoja Tai Chi-liikesarjoja, joissa harjoitetaan kehon keskilinjaa, johon voidaan myös yhdistää hengitysharjoitus. Kuntoutuja kuuntelee omaa kehoa ja omia tunteita. Seisoma-asennossa tehtyjen liikkeiden jälkeen kuntoutuja menee alustalle maaten ja tekee fysioterapeutin ohjaamana erilaisia liikkeitä keskivartaloon kohdistuen. Fysioterapia lopetetaan kuitenkin aina oman kehon kuuntelemiseen ja rauhoittumiseen, joka sisältää loppurentoutuksen. (Keinänen, 29.5.2009, harjoitusoppikerta/haastattelu.)

5 ROXENDALIN NÄKÖKULMA JA MENETELMÄT KEHONKUVAN EHEYTTÄMISESSÄ

Gertrud Roxendal on erikoislääkintävoimistelija, psykoterapeutti ja lääketieteen tohtori. Hän on lähtenyt Ruotsissa kehittämään psykosomaattista fysioterapiaa, josta Suomessa käytetään nimitystä kehoterapia (The Body Awareness Therapy). Kehoterapiassa kehon tuntemuksen ja tietoisuuden kautta kuntoutuja saa hallintaa ja itsetuntemusta kehostaan niin sanotusti kehonkuvan eheyttämisen kautta (egon vahvistamista). (Lindberg 1989, 6–7.) Hän on vuonna 1985 alkanut luoda pohjaa ihmisen kokonaisvaltaisen tutkimisen analysoinnille, jossa keskeisintä on tiedostaminen. Tarkastelun kohteina ovat suhde alustaan, keskilinja, liikekeskus ja hengitys sekä kehon rajat, kontakti alustaan ja ympäristöön. Rytmi, aika ja tila tuovat esille hyvin persoonaa ja eroja yksilöiden toiminnoissa. (Herrala ym. 2008, 65.)

Roxendalin kehittämässä kehoterapiassa olemassaolo voidaan nähdä nelitasoisena. Alimmaisena on fyysinen taso, johon kuuluvat kehon rakenteet. Toisena tasona on fysiologinen taso, johon kuuluvat kehon toiminnot. Kolmannella tasolla on psyykinen toiminta ja fyysisten tasojen ohjaus. Neljäs ja ylin taso säätelee muita tasoja, ja siihen kuuluvat itsereflektio, tunteet, ajatukset sekä elämän tarkoituksen kokeminen. (Roxendal & Winberg 2002, 25–32.) Kehonhallinta on kykyä ylläpitää hyvää ryhtiä, ohjata liikkeitä ja lihasten jännitystä. Kehotietoisuudella tarkoitetaan tuntemusta, joka sisältää kehonelämyksen ja kehon liikkeisiin liittyviä asioita, esimerkiksi liikkeiden hallinta ja ohjautuvuus liikkeissä ja eri asennoissa. Kehonelämyksessä kuntoutuja kokee kehonsa rajat suhteessa ulkomaailmaan, millaiseksi hän kokee ja tuntee kehonsa. (Talvitie ym. 2006, 269–270.)

Kuntoutujan voimavarojen analysoinnissa otetaan huomioon hänen sen hetkinen toimintakykynsä eli kuinka hän selviää päivittäisistä toiminnoista, hänen motivaationsa ja fysioterapeutin oma osaaminen ja tietämys. Fysioterapeutti ja kuntoutuja tekevät kuntoutussuunnitelman, jossa on lyhyen sekä pitkänaikavälin tavoitteet ja siinä on selvitettävä kuntoutujan toimintakyky, ongelma ja analysoitava hänen voimavaransa. Kun tuloksia alkaa näkyä, fysioterapeutti kertoo, mitä hän voi tehdä kuntoutujan hyväksi ja kuntoutuja avustaa omalla aktiivisuudellaan. Lukemalla ei voi oppia kehontuntemuksen hoitomuotoja, vaan oppiminen tapahtuu omien kehontuntemusharjoitusten kautta. (Roxendal 1987, 69, 89.)

5.1 Voimavara-analyysi ja motivaatiotasot

Fysioterapeutin tekemä voimavara-analyysi antaa tietoa kuntoutujan resursseista. Esimerkkeinä näistä ovat BAS-asteikko (Body Awareness Scale), jossa käydään läpi olotilan määrittely ja psykomotorinen tutkimus. Jokaisen ongelman analyysi antaa jonkinlaisen resurssinäkökulman, tämä taas antaa omalta osaltaan viitteitä menetelmien valintaan. Fysioterapeutti kartoittaa voimavara-analyysiä tehdessä kyselemällä kuntoutujalta hänen työelämän tilannetta, sosiaalisia suhteita, ja elämäntapoja. Tällaisessa keskustelussa käydään läpi sekä ongelmat, että voimavarat. Suurin myönteinen voimavara kuntoutumisen jatkumiselle on kuntoutujan oma motivaatio. Se vaatii usein työskentelyä itsensä kanssa. (Roxendal 1987, 58.)

Voimaantuminen on kuntoutujasta itsestään lähtevä prosessi. Se on sosiaalinen ja henkilökohtainen tapahtumasarja. Voimaantuminen tapahtuu, kun kuntoutuja löytää omat voimavaransa. Voimaantumisen kannalta ympäristön olosuhteet, sosiaaliset rakenteet sekä toiset ihmiset voivat olla merkityksellisiä. Esimerkiksi turvalliseksi koettu ilmapiiri ja valinnanvapaus voivat vaikuttaa prosessin etenemiseen. (Siitonen 1999, 93.)

Siitonen (1999, 93) määrittelee voimaantuneen ihmisen: ”Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa. Hän on itse itseään määräävä ja ulkoisesta pakosta vapaa. Voimaantumisprosessissa toinen ihminen ei ole häntä voimaannuttanut, vaan hän on itse tullut voimaantuneeksi.” Voimaantuneen kuntoutujan ominaisuuksista on erittäin vaikea laatia sellaista määritelmää, jota voitaisiin käyttää perustana voimaantuneen kuntoutujan ominaisuuksien arvioinnissa tai mittauksissa. Tämä johtuu siitä, että voimaantumisen ominaisuudet ilmenevät eri kuntoutujissa erilaisina käyttäytymisinä, ominaisuuksina, taitoina ja uskomuksina. Voimaantumisen ominaisuudet voivat vaihdella myös voimakkuusasteeltaan ajankohdan ja ympäristön mukaan. (Siitonen 1999, 93.)

Fysioterapialla pyritään vähentämään kuntoutujan ongelmia, jotta kuntoutuja saavuttaisi optimaalisen toimintakyvyn. Kuntoutuja on myös itse hakeutunut fysioterapeutille saadakseen apua ongelmiinsa. Usein fysioterapeutti havaitsee kuntoutujan tarpeet ja voimavarat ennen kuin kuntoutuja itse niitä tiedostaa. Kuntoutuja voi kokea kipuja, jännitystä tai muita ongelmia niin voimakkaasti, ettei hän enää tunnista omia voimavarojaan. Tällaisissa tapauksissa fysioterapeutti havaitsee kuntoutujan mahdollisuudet paremmin kuin hän itse. (Roxendal 1987, 60–61, 58–59.)

Psykoanalyttikko Sandor Rado kuvasi 1930-luvulla motivaatiotasoja (KUVIO 2) neuroottisilla kuntoutujilla. Näitä sovellettiin ja täydennettiin myöhemmin Ruotsissa kuntoutujien parissa. Motivaatio ja yhteistyötasojen eli voimavarojen määrittely ovat apuna fysioterapian kuntoutussuunnitelmassa. Tällä määrittelyllä valitaan terapeuttisen vaihtoehdon valinta sekä realistinen vaatimustaso. (Roxendal 1987, 62.)

<u>Motivaatiotasot:</u>	<u>Kuntoutujan ilmaisu:</u>
1. Innostunut	Mille kurssille menisin?
2. Velvollisuudentuntoinen	Sano sinä minulle, mitä minun pitäisi tehdä, jotta paranisin?
3. Riippuvainen	Tee minut terveeksi.
4. Tukeutuja	Käsittele minua.
5. Luopuja, sairaudentunnoton	Olen liian sairas. En ole sairas, enkä tarvitse mitään.

KUVIO 2. Roxendalin motivaatio ja yhteistyötasot Sandor Radonia (1930-luvulta) mukailten. (Roxendal 1987, 62–65).

Innostunut kuntoutuja tunnistaa, mitä hän haluaa terapialta. Hän on valmis työskentelemään tavoitteiden saavuttamiseksi ja myös työskentelemään itsenäisesti, kun on saanut ensin tukea fysioterapeutilta. Innostuneella kuntoutujalla on tahto kehittää ja syventää tietojaan, luovuutta ja taitojaan omissa vahvuuksissaan kuten liikunnassa, työssä tai taiteiden parissa. (Roxendal 1987, 62.) *Velvollisuudentuntoiset* kuntoutujat hakeutuvat usein hoitolaitoksiin. Tällä motivaatiotasolla monesti voimavarat ovat vähissä koska heillä on ollut paljon vastoinkäymisiä. He tarvitsevat apua ja tukea selvitäkseen. He pyrkivät lievittämään pahaa oloaan ja kärsimystään, mutta heillä on keinot vähissä eivätkä he löydä välttämättä keinoja ratkaista tilannetta. (Roxendal 1987, 63.)

Jos kuntoutuja on *riippuvainen*, hänellä on keskimääräistä heikommat voimavarat. Näillä voimavaroilla tarkoitetaan sitä, että hän ei jaksakaan itse selviytyä arjesta, hän tarvitsee muiden tukea arkielämässään, kuten ystävät, fysioterapeutti tai puoliso. Hän selviytyy arjesta itsenäisesti niin sanotun pakon edessä, osasuorituksilla, kuten siivoaminen ja pyykinpesu sekä lasten syöttäminen. Henkinen ja fyysinen sairastelu ovat kuntoutujalle suuri taakka. Riippuvaisen voimavarat ovat vähissä, mutta hän jaksaa sen verran, että hän hakee apua ja on valmis vastaanottamaan sitä, vaikka tuntisi välillä syyllisyyttä, koska ei voi olla esimerkiksi lastensa

kanssa kokoajan. Onnistumisten kautta ihmisen itsetuntemus kasvaa ja hän voi tunnistaa itsessään piirteitä ja oppia hallitsemaan näin stressiä. Kuntoutuja oppii kuulostelemaan oman mielensä ja kehonsa tuntemuksia erilaisissa tilanteissa. (Roxendal 1987, 63-64.) Arkielämä on haastavaa *tukeutujalle* ja hän on hyvin riippuvainen muiden avusta. Tukeutuja ei näe minkään muuttuvan, eikä hän osaa huolehtia itsestään tai ottaa vastuuta, koska on kykenemätön siihen ilman apua. Niinpä avuntarve on suuri, hän kaipaa huomiota ja aikaa sekä ymmärrystä ja kunnioitusta. Saavuttaessa pieniä tavoitteita yksi kerrallaan, kuntoutuja alkaa pikku hiljaa arvostamaan itseäänkin. Harjoitteita tehtäessä kummaltakin osapuolelta vaaditaan aikaa ja kärsivällisyyttä. (Roxendal 1987, 64-65.)

Alimmalla motivaatiotasolla on *luopuja*, jotka ovat usein vanhuksia. Kuntoutuja, joka on luopuja, kokee olevansa niin sairas, ettei hän tunne, että häntä kannattaisi hoitaa. Tai kuntoutuja ajattelee, ettei hänen tilanteensa jotenkin parantuisi. Yhteistyötasolla sairautentunnottomat ovat samalla yhteistyötasolla, eli luopujia. Sairautentunnottomat eivät tunne, että heissä olisi vikaa tai että olisi jotain hoidettavaa. Heidät on myös todella haasteellinen kohdata, ja aikaa viekin yhteisten tavoitteiden löytäminen. (Roxendal 1987, 65.)

5.2 Kehonkuvan tutkiminen

Kuntoutujan resurssit arvioidaan tutkimuksen pohjalta ja olemassa olevien voimavarojen mukaan valitaan menetelmä kuntoutujalle. Roxendal on jakanut kehonkuvan tutkimisen kolmeen osaan: arvioitaviin, harjoitettaviin ja havainnoitaviin toimintoihin. Keskeistä on kuntoutujan kehon suhde keskiliinjan ja alustaan, kehon hengitys ja liikekeskus sekä tietoinen läsnäolo ja liikkeen virtaus. Kehoterapian tavoitteena on kehotietoisuuden ja -tuntemuksen parantaminen, tämän kautta myös kehonkuvan eheyttäminen ja kehotietoisuuden lisääntyminen. Menetelmän pääasiallinen vaikutustapa on kehon harjoituksissa, jotka kohdistuvat lisääntyneeseen henkiseen sisimpään ja olotilaan. (Talvitie ym. 2006, 270, 275.)

Havainnoiminen on lähinnä tarkastelua, kuinka kuntoutuja on alustalla ja kuinka laaja hänen tukipintansa on. Onko hänellä epävarma vai varma olotila, tai muuttuuko tukipinta, mitä kuntoutuja käyttää. Fysioterapeutin havainnoidessa kuntoutujan asentoa hän tarkastelee, jääkö jokin kehon osa koholleen alustalta vai käyttääkö hän pientä tukipintaa. Tasapainoisessa seisoma-asennossa suhde on keskiliinjassa eli pystyakseliin nähden asentoa ylläpitävät lihakset saavat mahdollisimman vähän kuormitusta. Tällöin energiaa jää ääreisosien lihaksille. Jos

keskilinjassa on poikkeama, näkyy se asentovirheenä, joka voi aiheuttaa virheellistä kuormitusta niveliin, kipuja kehoon, tasapaino-ongelmia ja lihasjännitystä. Kehon liikekeskus sijaitsee 1.–3. lannenikaman alueella. Pallealihas on mukana mm. nostoissa, kierroissa, yläraajojen liikkeissä ja hengityksessä. Kehoterapiassa ja psykodynaamisessa kehoterapiassa sekä psykomotorisessa fysioterapiassa pallean normaali toiminta on tärkeä osa kehon toimintaa. Hengitys on niin sanotusti silta ihmisen tiedostamattoman ja tietoisien maailman välillä. Vapaa hengitys on tieto toimivasta kehominästä. (Talvitie ym. 2006, 270–272.)

5.3 Kehonkuvan harjoittaminen

Roxendalin (2003, 62) mukaan voidakseen ymmärtää kuinka kehominää voi harjoittaa, on hyvä jakaa harjoittamiset eri toimintoihin, jotka ovat: ankkurointi, keskilinja, liikekeskus, hengitys ja virtaus. Liikettä tehdessä on huomio kohdistettava harjoitukseen tai sen ominaisuuteen. Tämä voi olla kehominän toiminnoista, harjoittelun menetelmästä tai vaikutuksen tunteesta kehoon. Kun huomio keskitetään liikeharjoituksen aikana, tulee menetelmästä tietoinen harjoitus. (Roxendal & Winberg 2002, 62.)

Osaksi kehonkuvan harjoittamista kuuluu ääni, joka on persoonallinen jokaisella ihmisellä. Joskus käytämme tiedostamattomasti ääntä haitallisesti. Voimme jännittää äänihuulia tai huutaa paljon tiedostamattamme. Hengitys on niin sanotusti äänen moottori ja se reagoi ääneen korkeuteen sekä voimakkuuteen. Tiedostamattaan voi myös häiritä vapaata fysiologista hengitystä, pyrkimällä hengittämään ”oikein”. Tehokkaammaksi hengityksen saa ilman sen häirintää jolloin äänen värähtely hieroo ja hengityksen värähtely vapauttaa kehosta energiaa. Harjoitteista on ollut hyötyä myös epäsäännölliseen kuukautiskiertoon ja ummetukseen, joka johtuu hierovasta vaikutuksesta. (Roxendal & Winberg 2002, 84–88.)

Ääniharjoituksessa ensisijaisena tavoitteena on luonnollisen hengityksen havainnollistaminen, tuottaa ääntä tehokkaasti jotta se lisäisi sisäelinten hierontaa. Toissijaisena tavoitteena on havainnollistaa alkuperäistä äänteen luonnetta ja ilmaista se persoonallisesti. Tämä helpottuu jos fyysiset olosuhteet ovat hyvät, kuten asento ja rennot lihakset. Ääni lähtee keskustasta ja tämä auttaa ratkaisemaan jännittyneisyyden ja asennon ongelmia. Kolmantena tavoitteena on harjoittaa liikkeen ja hengityksen yhdistämistä. Osittain liikkeet ja ääniharjoitteet tehdään yhtäaikaaisesti. Liikkeestä tulee tehokkaampi, kun ääni selventää hengitystä. (Roxendal & Winberg 2002, 84–88.)

Harjoitusten aikana voi kiinnittää huomion äänen eriluonteisiin, sen sävyyn, voimakkuuden tasaisuuteen ja vokaalien kirkkauteen. Ääni on täyteläinen ja kirkas silloin, kun se tulee keskustasta. Jotsei äänestä tulisi jännittynyt, harjoitteet aloitetaan hiljaisella äänellä. Sisäänhengityksessä äänen tulisi olla pehmeä ja laaja. Uloshengityksessä suora ja tasainen. Ääntä harjoitettaessa tulisi olla rytmisen aaltoliike. Alussa harjoitetaan vokaalit *å*-*a*-*i* uloshengityksen aikana. Sitten puhdistetaan vokaalien ääntämistä. Harjoitukset tuovat varmuutta äänen luonteesta. (Dropsy 1988, 111, 116).

Absoluuttisena lähtökohtana voidaan pitää **ankkurointia** alustaan kaikissa erilaisissa kehonasunnoissa. Ankkurointi on yksi osa kehonkuvan harjoittamista, jossa luodaan kontakti alustaan. Tämä tuo turvallisuuden tunnetta kuntoutujalle. Turvallinen ankkurointi on välttämätön alaspäin, jotta voidaan suunnata liikkeet turvallisesti ylöspäin. Ankkurointi on myös edellytys tasapainolle, ryhdille ja lihasjännitykselle. Pienialainen kontakti alustaan yhdistyy asennon sulkeutumiseen eli jalat ovat ristissä tai yhdessä, ja kädet vartalon päällä. Näin ollen nämä lisää lihasjännitystä. Tukipinta-ala on aina suurempi, kun jalkaterät ovat erillään ja asento on näin tasapainoisempi, eli avoin asento. Harjoituksissa huomioidaan suhdetta alustaan makuuasunnoissa muun muassa käännösten, rullausten eli selkäranka pyöreänä nikama kerrallaan ylös-alas suuntaisesti ja istumisen kautta. Suhdetta alustaan tarkastellaan myös seisoma-asennosta sekä kävellessä. (Roxendal 1987, 78–80.)

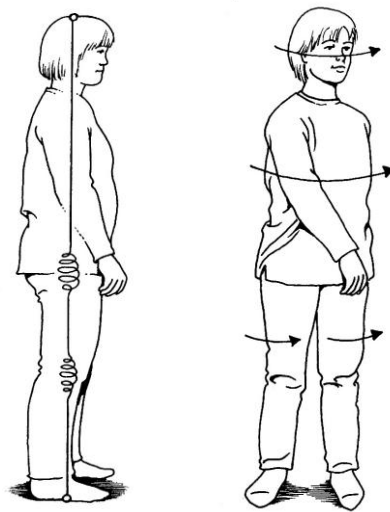
Alustalla maatessaan voi painon antaa asettua kohti suoraa vasten alustaa. Kun seisoo tai istuu, paino suuntautuu luotisuoraa alaspäin. Tasapainottajana on ylöspäin suuntautunut voima, joka mahdollistaa istuvan tai seisovan asennon. Kun seisomme, paino suuntautuu luotisuoraa alaspäin, se ei mene jalkojemme kautta. Jalkojen kautta alaspäin suuntautunut paino joutuu kantapäille, silloin asennon tasapaino on huono. Toiminnallisesti jalkapohja kantaa kehonpainoa paremmin, kun keskilinja sijaitsee edempänä. Tällöin on varma ja turvallinen tasapaino. Alustaan ankkuroiminen ei ole vain fyysinen tapahtuma. Psykkisesti tämä on luottamista ja antautumista lattian kantovoimaan. Tämä tuo fyysistä turvallisuutta kun ankkurointi toimii, tämä heijastuu henkisesti ihmisen elämään. Ihmisten kertoman mukaan he ovat saaneet vakautta enemmän, kun ovat tunteneet itsensä ensin epävarmoiksi, mutta sitten asettuneet vakaasti seisomaan. Ankkuroinnin jälkeen he ovat menneet tilanteeseen uudestaan vahvemalla itsevarmuudella. (Roxendal & Winberg 2002, 62–64.)

Keskilinjassa painovoima sekä ylläpitävävoima ovat tasapainossa. Keskivartalossa sijaitsevilla lihaksilla on suuri kestävyys. Nämä lihakset osallistuvat asennon ylläpitoon ja hengitykseen. Pysytymme kävelemään ja seisomaan monta tuntia sekä näiden lihasten avulla hengitämme koko elämämmme ajan. Perifeeriset lihakset eli ääreislihakset ovat lihassäikeiltään isommat ja pidemmät kuin keskellä kehoa sijaitsevat. Nämä lihakset ovat voimakkaampia ja niillä on rajallinen kestävyys. Tehokas ja hyvä asento **keskilinjan löytämiseksi** vaatii rentoja lihaksia. Asennosta voi havaita ongelmia. Tietty kaarevuus näkyy normaalissa asennossa, pieni notko eli lordoosi lannerangan ja pieni köyry eli kyfoosi rintarangassa ja pieni lordoosi niskarangassa. Muutokset keskilinjassa voivat näkyä erilaisissa asennoissa, jos rangassa on kohtuuton mutka tai asento on kumarainen. Suora rintaranka tai korostunut lannenotko ovat keskilinjasta poikkeavia. (Roxendal & Winberg 2002, 64–67.) Ylöspäin suuntautunutta asentoa ylläpitävä painovoima tasapainottaa. Tämä näkyy kehon keskustassa joka on alaspäin suuntautuneen voiman kanssa samaa, eli keskilinjaa. Keskilinja lähtee lattiasta jalkaterien välistä ja jatkuu läpi kehon päälakeen saakka (Roxendal 1987, 81.)

Jos asentoa hallitsee alaspäin suuntautuva voima, eroaa se keskilinjasta. Tämä on havaittavissa suurentuneella rintarangan kyfoosilla, lordoosin korostumisella niskassa, hartioitten eteen painumisella ja polvien koukistumisella. Tämän asennon myötä tätä asentoa ylläpitävät lihakset veltostuvat liikaa ja toiset taas jännittyvät. Tästä voi seurata huono tasapaino, koska asento on huono. Jos suhde alustaan on jännittynyt, on ylöspäin suuntautuva voima hallitseva. Silloin kuntoutuja ei anna painon kohdata alustaa kohden. Tästä johtuen aiheutuu liikaa jännitystä muualle perifeeriin lihaksiin. Usein keskilinjän harjoitteet ovat myös ankkuroinnin harjoitteita. (Roxendal 1987, 82–83.)

Ankkuroinnin ja keskilinjän harjoittamisen lisäksi kehonkuvan eheyttämisessä harjoitetaan myös **liikekeskusta**. Kaikista löytyy keskusta, jopa epäsäännöllisiltä kuvioilta ja muodoilta. Heti navan alapuolella löytyy kehon painopiste, mutta liikekeskus sijaitsee ylempänä solarplexuksen tasolla. Solarplexus on ylävatsassa oleva hermokeskus, pallean edessä, L1 nikaman kohdalla. Eri koulukunnat sijoittavat kehon keskustan eri kohdalle kehoa. (Roxendal & Winberg 2002, 68.) Tärkeitä lihaksia kehon liikekeskukselle ovat pallea ja poikittainen vatsalihas, leveänselkälihaksen alaosat ja lonkankoukistajien ylemmät osat. Liikekeskuksesta alkavat liikkeet ovat helpompi yhdistää hengitykseen, silloin ne ovat rentoja ja harmonisia. Harjoitteet, jotka valaisevat kokemusta liikekeskuksesta, liikekeskuksen toimintaa ja sieltä alkavia liikkeitä kohtaavat venytysharjoituksissa. Nämä harjoitteet yhdistetään usein myös ääneen ja hengitykseen. (Roxendal 1987, 84.)

Kehon ala- ja yläosa ankkuroituvat samaan keskukseen. Alaosaan kuuluvat lantion alue ja alaraajat sekä pallea joka on kattona. Pallea on ihmiselle energia-alue. Keskuksessa tulee voimaa jalkojen ja lonkkien liikutteluun. Yläosa kattaa pään ja kädet. Sydän, elimet ja keuhkot toimivat tietoisesti siellä. Tietoisin kehon käyttötapoihin ja tiedostamattomiin elintoimintoihin on aivoilla ja hermostolla määräävä asema. Lihakset ja nivelet kehon alaosassa ovat voimaa ja tasapainoa varten. Monimutkaisimmissa liikkeissä yläosa toimii paremmin. Kommunikaatio ja tunteiden ilmaisu tapahtuu käsien ja kasvojen kautta, kuten musiikki ja maalaukset. Molemmat näistä kehon osista ankkuroituvat samaan paikkaan, eli pallean kärjen kiinnityskohtaan selän puolelle. Aluetta kutsutaan keskusalueeksi, joka yhdistää sydämen rytmisen toiminnan ja hengityksen. Alaruumiin, tiedostamaton ja yläruumiin, tietoinen elämä kohtaavat keskuksessa. Ylös- sekä alas suuntautuneet voimat kohtaavat ja tasapainottuvat tässä keskuksessa. Esimerkkinä kaksi suurta liikettä, joita lähtevät kehon keskustasta: heilautukset keskilinjan ympäri (KUVIO 3), kääntyminen ja vastakääntyminen. Kuviossa on myös selkeästi esillä keskilinja. (Roxendal & Winberg 2002, 68–70.)



KUVIO 3. Keskilinja ja heilautukset keskilinjan ympäri. (Roxendal 2003, 64, 67).

Liikkeet keskitetään eli suurin osa liikkeistä suoritetaan keskustasta. Silloin ei juurikaan tarvita perifeerisiä lihaksia. Energiaa ei vaadita niin paljon, jos liikkeet harjoitetaan keskustasta. Liikekeskus voi olla kokemuksiemme keskus kehomme sisällä. Liikekeskus on kehominän keskus ja kehominä on minuuden keskus. Siellä kuntoutuja voi tiedostaa kehon olotiloja, ajatuksia, tunteita ja myös havaita mitä ympärillämme tapahtuu. Kun kuntoutuja on keskittyneesti läsnä omassa keskustassaan, on hän samaan aikaan vastaanottavainen ja avoin ympäristölle. Keskittyminen liikkeissä voi häiriintyä monella tavalla. Aluksi liikkeet voi aloittaa perifeerisesti tai käyttää tarpeeton-

ta voimaa hartioissa tai käsissä. Tämä voi johtaa niskakipuun tai hartioiden jännittymiseen. Jos tämä on havaittavissa, on liike jaettava niin, että jalat ja kädet liikkuvat eriaikaan. (Roxendal & Winberg 2002, 70–71; Dropsy 1987, 107–109.)

Hengitys antaa motorisille toiminnoille perusrhythmin, ja näin myös sydämen syke antaa rytmin tiedostamattomille elintoiminnoille. Elintoiminnot ovat osaksi tiedostamattomia ja automaattisia, emmekä usein laita merkille kuinka hengitämme. Usein emme tunnista kehomme signaaleja ehkä kiireisen elämän syklin takia, emmekä pidä kehomme tarpeita suuressa arvossa. Hengitys toiminta on kemikaalinen toiminto, jossa hapetta tuodaan kehon palamisreaktioihin ja hiilidioksidi kulkeutuu pois. Hengitysilihaksista tärkein on pallea, joka sijaitsee keuhkojen alapuolella ja erottaa vatsa ja rintaontelon toisistaan. Se toimii kattona vatsaontelolle ja lattiana keuhkoille ja hengitykselle. (Roxendal & Winberg 2002, 72–73.)

Autonominen hermosto ohjaa pallean toimintaa automaattisesti. Pallean toimintaan voidaan vaikuttaa myös tahdonalaisesti. Sisään hengitys supistaa palleaa alaspäin, jolloin sisäelimet työntävät vatsaonteloon ja vatsa pullistuu, ja keuhkoissa syntyy negatiivinen paine. Tällä paineella täyttyvät keuhkojen alaosat. Tämän jälkeen täyttyy keskiosa kylkivälilihasten ja pallean vaikutuksesta, silloin rintakehä laajenee. Viimeisenä täyttyy keuhkojen ylin osa. Hengityksen aaltomainen liike voi levitä palleasta vatsalihasten yhteistyön kautta lantionpohjaan ja sitä kautta ylös kaulan pikkulihaksiin. Pelloissaan ja vihaisena hengitys voimistuu, mutta pelloissaan sitä pidätellään. Joskus voimakkaat tai usein toistuvat tunteet vaikuttavat hengitystapaan, ja voivat jopa vaikuttaa läpi elämän. Hengitystä voi ohjata myös tietoisesti. Hengitystä voi pidättää, ähkiä, syventää, huokailla tai yhdistellä. Hengitys voi koskettaa syvälle tiedostamattomaan alitajuntaan, mutta samanaikaisesti hengitystä voidaan ohjata ja havainnoida. (Roxendal & Winberg 2002, 72-74.)

Hengityksen harjoittaminen alkaa siten, että kuntoutuja vain havainnoi hengitystä, mutta ei pyri vaikuttamaan siihen. Hän voi tehdä *å* – tai *m*-ääniä uloshengittäessä, jolloin hengitys on konkreettista, mutta ei niin, että hengityksestä tulee jännittynyt. Kun kuntoutuja on harjoittanut tätä hetken, hän voi yhdistää siihen liikkeen. Hän voi hengittää yhdistetysti niin, että nostaa kädet ylös ja hengittää sisään ja laskee kädet, kun hengittää ulospäin. (Roxendal & Winberg 2002, 74.)

Elävä elämä täyttyy ankkuroinnilla, hengityksellä ja **liikkeen virtauksella**. Tämä harmoninen yhteistyö asentovoiman ja painovoiman välillä antaa turvallisen ankkuroinnin alaspäin vapautuneemman sekä rennomman asennon ylöspäin. Tasapaino ja asento ovat automaattisia

niin, että kuntoutuja pystyy siirtämään huomionsa toimintaan tai liikkeeseen. Kun kuntoutuja tuntee harjoituksen ulkoisen muodon, hän kykenee täyttämään sen sisällöllä. Kun liike on virtaava, se tulee soljuvaksi ja pehmeäksi. Joskus on havaittavissa, että kuntoutuja tukkii virtauksen jotenkin. Jos liikkeissä ei ole virtausta, ovat liikkeet äkillisiä, tehottomia ja kulmikkaita. Tällöin molemmat sekä alas – ja ylössuuntautuva voima voivat estyä eri kehon tasoilla. Estymistä voivat aiheuttaa muun muassa, lukitut lonkat, jännittyneet polvet, pienentyneet tai ylikorostuneet selkärangan mutkat, tai sitten jännittynyt niska ja rasittuneet hartiat. (Roxendal & Winberg 2002, 75–76.)

Kehonkuvan harjoittamisen aikana kuntoutujalla voi olla lihasjännityksiä. Terveenkin ihmisen kehon jännitystaso muuttuu hänen silloisen hetken mukaan. Siksi huomiota ei voi keskittää suoraan lihasten jännittyneisyysasteeseen. Usein jännitykset, jotka häiritsevät, johtuvat ongelmista monissa kehominnan toiminnoissa ja näin myös eri olemassa olontasoilla. Harjoittelun myötä häiriintynyt lihastasapaino voi muuttua. Kun kuntoutuja harjoitusten kautta löytää keskilinjan, keskustan ja hengityksen, on mahdollista saada virtaus, jolloin lihasten jännittyneisyys vähenee. Silloin liike on dynaaminen ja harmoninen. Kun virtaus on vapaa, saa se kehossakin aikaan rytmisyyden ja edesauttaa hengityksen vapautta. Kun liikkeen luonnollinen virtaus ja yksilöllinen rytmi on opittu, se on pettämätön ja avoin, ja sitä voi alkaa hyödyntää. Liikkeen voimantaso ja vauhtia nostamalla liike muuttuu rennommaksi tai soljuvammaksi, ja säilyy silti tasaisena. Aluksi liikkeen virtausta voi harjoitella vain kuuntelemalla ja tunnustelemalla hengitystä. (Roxendal & Winberg 2002, 77.)

6 TUOTTEEN LAADINTA

Tuotteen typografia eli graafinen ulkoasu on hyvä, kun se on helposti luettava ja esteettisesti kaunis. Tuotteen typografia on tärkeää, olipa tekstiä vähän tai paljon. Typografia on osa painotuotteen muodostelua, joka luodaan typografista välineistöä ja aineistoa käyttämällä. Tuotteen tekijän oli otettava huomioon sommitteluvaiheessa siihen vaikuttavat: ingressit, kuvatekstit, otsikkotyytit, kuvat, leipäteksti, värit, vierukset, tyhjä tila sekä se, minkä muotoiselle ja kokoiselle alueelle tuotetta tehdään. Graafista tuotetta suunniteltaessa oli otettava huomioon myös tarkoituksenmukaisuus, toimivuus ja tehokkuus. On asianmukaista, että tärkeiksi katsotut asiat nousevat esiin tarpeeksi selkeästi. Tuotteen suunnittelijan oli siis oltava tietoinen tuotteelleen asettamistaan tavoitteista. (Loiri & Juholin 1998, 32, 62–63.)

6.1 Laatuksiteerit

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatua katsotaan palvelun tuottajan, asiakkaan ja viranomaisen näkökulmasta. Asetetut odotukset tuotteelle vaihtelevat sen mukaisesti, kenen näkökulmasta tuotetta katsotaan tai arvioidaan. Laatuvaatimus voi olla yhteisesti sovittu tai projektiorganisaation tavoite. Laadukas tuote on kilpailukykyinen ja mainostaa itse itseään tuottajan näkökulmasta. Käyttäjän näkökulmasta laadukas tuote vastaa tarpeisiin ja odotuksiin. (Jämsä & Manninen 2000, 50, 133–135, 127–129.) Tulosten laatua arvioitaessa tarvitaan laatuksiteerejä. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 2).

Laatuksiteeri on valittu ominaisuus, joka määrittää tuotteen laadun (Jämsä & Manninen 2000, 128). Laatuksiteerien avulla voidaan arvioida esimerkiksi asiakastytytyväsyyttä, toiminnan tehokkuutta ja tuottavuutta. Laatuksiteereiden valinta on tehtävä huolellisesti. Tarvittavat laatuksiteerit voidaan laatia itse, määritellä valmiiksi tai oppia muilta. (Idänpää-Heikkilä ym., 2000, 21.) Laatuksiteereitä tuotteelleni olivat luotettava, helppoymmärteinen ja käytettävä. Fysioterapian opiskelijat arvioitsivat, toteutuiko tuotteelle asetetut laatuksiteerit. He olivat käyneet kurssin, jonne oppimateriaali tulee. Opiskelijat arvioivat toteutuivatko tuotteessa asetetut laatuksiteerit. Tällä kyselyllä oli tarkoitus selvittää, toteutuiko tuotteelle asetetut laatuksiteerit.

Tuotteen **luotettavuuteen** ja laadunvarmistamiseen vaikuttavat tuotteentekijän perehtyneisyys kirjalliseen materiaaliin. Oppimateriaalin tieto on objektiivista, virheetöntä ja ajantasaista. (Parkkunen ym., 2001, 18–19, 21). Olin lukenut kirjallisuutta ja kirjoittanut viitekehyksen, jonka pohjalta kokosin oppimateriaalin sähköiseen muotoon PowerPoint-ohjelmalla. Tarkoituksena oli, että oppimateriaalia käyttävät opiskelijat saavat siitä tarvittavat objektiiviset ja ajantasaiset perustiedot psykofyysisestä fysioterapiasta ja syvempää tietoa Bunkanin ja Roxendalin menetelmistä/näkökulmista. Käytin koetestauksen kohderyhmää hyödyksi tuottamisprosessin aikana, koska pyrkimykseni oli parantaa tuotteeni luotettavuutta.

Helppoymmärteinen tuote on helppolukuinen. Tuotteen esitystapa on selkeä ja tuotteessa on kuvitus, joka tukee tekstiä. Selkokieli lisää sisällön ymmärrettävyyttä. (Parkkunen ym., 2001, 9). Vaikeiden käsitteiden ja monimutkaisten lauserakenteiden käyttö heikentää luettavuutta. Havainnollistamisella tuetaan myös luettavuutta. Havainnollisempi asia on helpompi pitää mielessä ja ymmärtää. On hyvin tärkeää saada käyttäjä samastumaan asiaan. (Wiio & Puska 1993, 64, 66 - 67, 88.) Tuote on **käytettävä**, kun tietoa on sopiva määrä, tuotteessa on tarvittavat tiedot, tuotteen muoto on tarkoituksenmukainen ja tuote vastaa käyttäjien tarpeita. Sopiva tietomäärä on tärkeä, jottei turhaa ylimääräistä tekstiä olisi ja tekemässä tuotteesta epäselvän. Oppimateriaalin asiat kannattaa esittää ytimekkäästi ja lyhyesti ja jättää kaikki asiaan kuulumaton pois. (Jämsä & Manninen 2000, 54-57). Mielestäni tuotteeni on helposti ymmärrettävä ja käytettävä, koska olen käyttänyt selkeää tekstitystä ja havainnollistavaa PowerPoint-ohjelmaa tuotteen tekemiseen. Tuotteen havainnollistamistapa on suunniteltu kohderyhmälle, ottaen huomioon nykypäivän tietotekniikan käytettävyyden.

6.2 Tuotteen sisällön suunnittelu ja toteutus

Tuote sisältää perustietoa psykofyysisestä fysioterapiasta, koska perustiedot ovat pohja syvemmälle teoretiedolle. Muuten voi olla vaikeaa ymmärtää tätä erikoisalaa ilmiönä. Tuotteen viitekehystä tehdessä havaitsin, että kaikista eniten vastaani tuli Bunkanin ja Roxendalin näkökulmia ja menetelmiä. Siispä päätin, että otan nämä kaksi tältä erikoisalalta tunnettua fysioterapeuttia tuotteeseen laajemmin. Tuotteessa on siis kahden Skandinaviassa tunnetuimman fysioterapeutin näkökulmat ja menetelmät. Näistä tulevat tuotteen pääotsikot: Psykofyysinen fysioterapia, Bunkanin näkökulma ja menetelmät psykosomaattisessa fysioterapiassa ja Roxendalin näkökulma ja menetelmät kehonkuvan eheyttämisessä. Näiden alaotsikot sisältävät syvemmin taustaa lähtökoh-

distia ja keinoista sekä arvioinnin, tutkimisen ja harjoittamisen tietoperustan Bunkanin ja Roxendalin mukaan. Tuote on tehty valmiiksi kirjoitetun viitekehyksen perusteella, kirjallinen opinnäytetyö on siis pohjana tuotteelle.

6.3 Tuotteen ulkoasun suunnittelu ja toteutus

Paino asu on osa painotuotteen oheisviestintää. Tekstinkäsittelyohjelmilla voidaan nykyisin valita runsaasta vaihtoehtoista kirjaintyyppi, -koko, kuvitus ja palstoitus. Lisäksi värejä voidaan käyttää eri painotuotteiden erottelussa tai jopa tehostamaan tekstiä. (Jämsä & Manninen 2000, 57.)

Kuvitin tuotteen ulkoasun violetin väriksi, koska pidän tästä väristä. Tämä väri tuo mieleeni mystiikkaa sekä salaperäisyyttä. Mielestäni se tuo tunnetilaan uusiutumisen voimaa, mutta osaltaan myös tasapainottaa. Fonttiväri oli aluksi ruskea, mutta värinä se oli tuotteeseeni huono vaihtoehto, sillä se ei näkynyt opetustilassa. Tuotteessa on siis siksi valkoinen fontti, jotta se näkyy hyvin tummalta pohjalta ja on helposti luettavissa. Valkoinen taas tuo mieleeni viattomuutta, rehellisyyttä ja puhtautta. Joitakin kuviointitehosteita tehdessäni valitsin vaaleanpunaisen värin, koska värit sopivat hyvin yhteen. Mielestäni vaaleanpunainen huokuu hempeyttä ja salattuja tunteita. Kaikki nämä värit voidaan mielestäni hyvin yhdistää psykofyysiseen fysioterapiaan. (Hintsaanen 2000. Väriterapia ja värien parantava voima. Hakupäivä 25.5.2011.)

Pyrkimys oli pitää selkeät otsikot ja helpottaa näin dian sisällä olevan tekstin, kuvien ja kuvioiden luettavuutta ja ymmärtämistä. Tuotteen sisällön kokoamisen aikana ja jälkeen tein tuotteen muotoiluun ja ulkoasuun liittyviä ratkaisuja, kuten fonttien, värien ja kuvioiden sijoittelusta. Yhdessä diassa on sopiva määrä asiaa, jotta diasta lukeminen pysyisi helppona.

6.4 Tuotteen viimeistely

Tuotteen kehittelyn eri vaiheissa tarvitaan arviointia ja palautetta. Hyvä keino on käyttää tuotetta esitestattavana valmisteluvaiheessa. Palautetta olisi hyvä kerätä tuotteen loppukäyttäjiltä, mutta myös sellaisilta henkilöiltä, jotka eivät ole nähneet tuotetta aikaisemmin ja aihe on heille uusi. Saatujen palautteiden jälkeen tuote viimeistellään. Viimeistelyvaiheessa voidaan hioa tuotteen yksityiskohtia ja suunnitella sen päivittämistä. (Jämsä & Manninen 2000, 81.)

Saatuani tuotteen valmiiksi toimitin sen tarkastettavaksi ohjaaville opettajille sekä äidin kielen lehtori Marja Kuureelle. Sain palautetta yhdeltä fysioterapian opiskelijalta tuotteen ulkoasusta ja sisällöstä. Tuote on kohderyhmän saaman palautteenantajan mielestä luotettava, helppoymmäräinen sekä käytettävä.

Viimeistelin kuitenkin vielä ohjaavien opettajien mielipiteen perusteella tuotetta selkeämmäksi, joten lisäsin siihen sisällysluettelon ja numeroinnin. Sain palautetta tuotteestani myös tukiryhmältä ja fysioterapian opiskelijoilta palautekeskusteluissa sekä sähköpostitse että seminaareissa. Palautteiden pohjalta tein muutoksia tuotteeseen. Lisäsin myös dia-sivuille alatunnisteen, jossa on tuotteen tekijän nimi sekä valmistumisvuosi. Tällä muutoksella halusin varmistaa, että tuotetta käytettäessä tekijänoikeudet säilyvät näkyvillä tuotteen jokaisella dia-sivulla. Tuotteeseen tuli muutoksia vielä fontin väriin, koska tuote ei näkynyt opetustilassa. Kirjoitusfontin väri piti vaihtaa ruskeasta valkoiseksi, ja sisältö on laadittu selkeyttämään oppimateriaalin rakennetta. Sisältö ja diojen numerointi helpottaa halutun asian löytämistä nopeammin. Joitakin muutoksia tuli myös otsikointien nimeämisiin sekä sisällön tekstiin, mutta hyvin pieniä muutoksia, koska asia oli kuitenkin pysynyt samana.

6.5 Etiikka ja tekijänoikeudet

Käytin oppimateriaalin laadinnassa mahdollisimman uusia kirjoja, hyväksytyjä tutkimustuloksia ja asiantuntijoilta saamaani tietoa. Noudatin työskentelyssäni tieteellistä käytäntöä eli merkitsin käyttämäni lähteet asianmukaisin lähdeviittein tekstiin sekä lähdeluettelon kunnioittaen lähdemateriaalin tekijänoikeuksia. Noudatin työssäni terveydenhuollon eettisiä periaatteita ja oman ammattiin laatimia fysioterapeutin eettisiä periaatteita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen, hakupäivä 1.2.2011.)

Tekijänoikeuslain 1 § mukaan henkilöllä, joka on luonut teoksen, on oikeus omaan teokseen. 5 § mukaan henkilöllä on oikeus teokseen, jonka hän on saanut aikaan yhdistämällä teoksia tai osia teoksista. Kuitenkaan hänen oikeutensa eivät rajoita oikeutta alkuperäisiin teoksiin. Tekijänoikeus syntyy teoksen valmistumisesta ja on voimassa peräti 70 vuotta tekijän kuolinvuodesta. (TekL 43§). Tekijänoikeudet voidaan luovuttaa joko kokonaan tai osittain kolmannen momentin mukaisin rajoituksin (TekL 27§). Kolmannessa momentissa määrätään teoksen esittämisen yhteydessä ilmoittamaan tekijä hyvän tavan mukaisesti. Kukaan ulkopuolinen ei saa muuttaa teoksen arvoa

tai omalaatuisuutta loukkaavalla tavalla (TekL 3§). (Finlex 2010, Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404. Hakupäivä 8.2.2011.)

Tekijänoikeus tuotteesta on tekijällä. Sopimuksista tehdään tarvittavat kirjalliset dokumentit, kuten yhteistyösopimus ja sopimus opinnäytetyön tuloksista/tuotoksista. Yhteistyösopimus on molempia osapuolia aikatauluun ja resursseihin sitovia. (Jukkara & Poutala 1999, 32–33). Opinnäytetyön yhteistyösopimus ja sopimus tuotteen käyttämisestä tehtiin Oulun seudun ammattikorkeakoulun lehtori Leena Haaksialan kanssa. Projektin asettaja, lehtori Leena Haaksiala, sai käyttö- ja päivitysoikeudet. Jos joku toinen opettaja opettaa kurssia, siirtyvät nämä oikeudet hänelle. Lehtori Leena Haaksialalla on oikeus päivittää tuotostani tekijän oikeuksia kunnioittaen. Tuotteen tekijä luovutti valmiin tuotteen Oulun seudun ammattikorkeakoulun lehtori Leena Haaksialalle. Tuote on tarkoitettu vain hänelle tai vastaavalle opettajalle opetuskäyttöön Mielenterveyttä tukeva fysioterapia -kurssille fysioterapian opiskelijoille. Tuotetta ei julkaista muille käytettäväksi. Tuotteen tekijä saa käyttää tekemänsä tuotetta sisältöä jatkossa, jos hän muokkaa sen omien tarpeiden mukaan.

7 PROJEKTIN ARVIOINTI

Tavoitteiden saavuttamisen kautta voidaan arvioida projektin onnistumista. Hyvin suunniteltu projekti on hallinnassa koko ajan, ja lopputuloksena on kaikkia tyydyttävä, onnistunut projekti. Onnistuneessa projektissa lopputuotteelle asetetut tavoitteet saavutetaan suunnitelluilla kustannuksilla ja aikataulun mukaisesti. (Ruuska 1999, 33–36.) Olen arvioinut onnistumistani projektin eri vaiheissa. Olen saanut suullista arviointia ohjaavilta opettajilta väliraporttien ohjauksessa sekä niiden esitysten yhteydessä. Tuotteen osalta olen saanut palautetta kohderyhmältä, koska tuote tulee käytettäväksi fysioterapian opiskelijoille. Olen arvioinut projektityöskentelyä ja tuotetta asetettujen tavoitteiden saavuttamisen kautta.

7.1 Projektityöskentelyn arviointi

Projektin aihe lähti omasta mielenkiinnosta ja palvelee tulevia fysioterapeutteja heidän ammatissaan, koska he saavat opiskeltavakseen oppimateriaalin, jossa on perustiedot psykofyysisestä fysioterapiasta ja syvempää tietoa kahden Skandinaviassa tunnetuimpien fysioterapeuttien näkökulmista ja menetelmistä. Resursseihin kuuluvat yleensä henkilöt, raha, materiaalit, koneet ja laitteet sekä muut resurssit. Suunnittelu on tärkeää muun muassa resurssien oikea-aikaisen saatavuuden varmistamiseksi ja näin sitten aikataulun toteutumiseksi. Suunnittelulla voidaan vähentää ja optimoida resursseista tulevia kustannuksia. (Pelin 2009, 151–152.) Projektisuunnitelmassa kävin läpi projektini eri vaiheet, joka selkeytti suunnitelmassa pysymistä ja aikataulutusta sekä tuotteen valmistumista oikealla ajalla. Tein projektistani tarkan kustannusarvion. Aiheeseen perehtymisen aloitin hyvissä ajoin talvella 2009, jolloin luin alan kirjallisuutta. Tiedon keruu jatkui vielä seuraavana vuonna, eli 2010 ja jatkui koko prosessin ajan. Osana tietoresursseja toimi lehtori Leena Haaksiala. Häneltä olen saanut hyviä neuvoja psykofyysisestä fysioterapian lähteistä. Projektin aikataulun ja resurssisuunnittelu laadinta on vuorovaikutuksellinen suunnitteluprosessi. Tavoitteina ovat aikatauluun arvioitujen resurssien saatavuuden varmistaminen, joka takaa aikataulun toteutumisen ja resurssikustannusten vähentäminen (Pelin 2009, 149). Olin asettanut projektille aikataulun ja varannut resurssimäärät aikataulun mukaisesti. Aikaresurssit ovat liitetty tehtäväluettelon yhteyteen (Liite 3).

Projektini resursseja olivat henkilöstö, materiaalit, laitteet ja ohjelmisto. Tuotteen valmistus ja luonnosteluvaiheessa käytin ohjausryhmän tukea ja tukiryhmän sekä testiryhmän asiantuntijuutta tuotteen ja laadun ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Projektini materiaaliressurssit olivat kirjallisuus, tutkimukset, aiemmat aiheesta tehdyt tuotteet ja tutkimukset, muistiinpanotarvikkeet ja tulostuspaperit. Laiteresurssit olivat tietokoneet ja muistitikut. Käytin omaa ja koulun eri tietokoneita. Muistitikku oli itse hankkimani. Ohjelmistoina käytössä olivat Microsoft Word Office 2007 -tekstinkäsittelyohjelma ja PowerPoint 2007 ohjelma.

Riski tarkoittaa mahdollista negatiivista poikkeamaa projektin tavoitteista. Riskien arviointi vaatii projektisuunnitelman systemaattista analysointia ja riskien tunnistamista. Syntyvät riskit ovat yleensä sisäisiä. Sisäisiä riskejä ovat suunnitelman sisällön epäselkeys, toteutusasetelman vaikeus, suunnitelman pettäminen tai epätarkoituksen mukaiset työkäytännöt. (Pelin 2009, 223–235.) Riskien hallinta etenee vaiheittain. Ensimmäiseksi tunnistetaan olemassa olevat riskit, arvioidaan ja analysoidaan riskien seuraukset ja mahdollisuus. Riskien hallinta koostuu osatehtävistä, joilla riskit vältetään, ja toimet, joilla mahdollisesti toteutuvan riskin seurauksia vähennetään. (Ruuska 2007, 35–36.)

Projektini merkittävimpiin riskeihin kuului muun muassa tuotteen tekijän ja tukiryhmässä olevien ihmisten väliset ongelmat, jos esimerkiksi etukäteen sovitut ohjauskokoukset eivät olisi sopineetkaan. Hankalaa on myös, jos aikataulu pettää, jos yhteistä aikaa ei ole tai työnlaajuus on liian suurelta tuntuva. Tietotekniset ongelmat olivat myös riski, joka tarkoittaa tietokoneen hajoamista tai muistitikun rikkoutumista. Riskeinä oli myös, että suunniteltu budjetti saattoi ylittyä tai yhteistyösopimus ei pidä. Olin ottanut riskit huomioon tekemällä huolellisesti aikataulusuunnitelman, riskianalyysin ja budjetin. Kustannusten arvio ei muuttunut projektin edetessä.

Projektipäällikkö vastasi itse kustannuksistaan sekä materiaalikustannuksista. Ohjaus- ja tukiryhmässä olevien opettajien palkan maksoi Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Tuotteen suunnittelu ja toteuttaminen sekä viimeistely tapahtui keväällä 2011. Projektin tuloksena syntyi tuote, joka tuli Oulun seudun ammattikorkeakoulun opettaja Leena Haaksialalle sekä fysioterapia opiskelijoiden käyttöön opetus- ja oppimateriaaliksi. Onnistuin projektissani mielestäni hyvin, ja suurimmaksi osaksi koko prosessia minua helpotti tehtäväluettelo, joka selkeytti kokonaisuudessaan projektin kulkua ja siinä pysymistä.

7.2 Tuotteen arviointi

Tuotteelle on asetettu laatutavoitteet ottaen huomioon fysioterapian opiskelijat, jotka ovat konkreettisia tuotteen käyttäjiä, opettajan tarpeet ja toiveet sekä viranomaismääräykset. Tuotteen laadun kannalta oleellisia asioita olivat muun muassa projektin asettajan tarpeet, tuotteen asiasisällön selvittäminen ja rajaaminen, tuotteen tuottajan näkemykset, organisaation standardit ja periaatteet. (Jämsä & Manninen 2000, 43–51). Uteliaisuutta herättävä oppimateriaali saa vastaanottajan mielenkiinnon kiinnittymään siihen ja houkuttelee perehtymään sisältöön. (Parkkunen ym., 2001, 11–20.) Tukiryhmästä tuotteen saivat arvioitavakseen lehtorit Leena Haaksiala ja Marika Tuiskunen, fysioterapian opiskelijat eli ftk8, sekä lehtori Marja Kuure. Tuote on tehty projektin asettajan ja kohderyhmän tarpeet huomioon ottaen. Valmistavan seminaarityön esityksessä kysyin kuulijoilta, oliko heidän mielestään tällaiselle tuotteelle tarvetta, joka sisälsi sen teorian, minä esitin. Kohderyhmän palautteen perusteella tuotteelle on tarvetta ja laatuksiteerit täyttyivät palautteen antajan mielestä. Yksikin palaute on arvokasta. Tuotteen asiasisällön tietomäärä on rajattu asianmukaisesti.

Omasta tietoteknisestä osaamisestani ja intressistä aiheeseen halusin tehdä ajanmukaisen oppimateriaalin ja yhtenäisen kattavan tietopaketin psykofyysisestä fysioterapiasta, joka sisältää perustiedot. Tuotteeseen tuli 102 dia-sivua. Lähetin koulun sähköpostitse saatekirjeen ftk8:n ryhmälle, jonka mukana oli heille tuote arvioitavaksi. Saatekirje sisälsi kysymyksiä tuotteelle asetetuista laatuksiteereistä: luotettavuudesta, helppoymmärteisyydestä ja käytettävyydestä. Tuote oli heillä arvioitavana pdf-tiedostona. Sain hyvää palautetta, mutta ainoastaan yhdeltä opiskelijalta. Hän muun muassa mainitsi näin: ”Vaikka diaesitys on kattava, se sisältää oleelliset asiat, teksti ei rön-syile”. Fysioterapian opiskelijalta tulleen palautteen perusteella, voin olla hyvin tyytyväinen tuotteeseen.

8 POHDINTA

Koko opinnäytetyö prosessini on alkanut jo pari vuotta sitten, kun ajatus aiheen suhteen lähti Mielenterveyttä tukeva fysioterapia -opintojakson jälkeen. Koska olin aikaisemmin työskennellyt mielenterveysseurassa vapaaehtoisena ja kokenut sen osaksi omaa ammatillisuuttani, niin halusin myös syventää fysioterapian avulla tietämystäni ja taitoja tulevaisuutta varten. Mielestäni aihe oli myös valintana ajankohtainen, koska viime vuosien aikana mielenterveysasiat ovat olleet enemmän esillä esimerkiksi lehdissä. Pidän teoretiedon osaamista merkittävänä osana käytännössä työskennellessä, mutta kaikkea ei voi oppia kirjallisuuksista.

Aluksi selvitin olisiko esittelyaineistolle mahdollisesti kysyntää. Koska alun perin halusin tehdä esittelyaineiston psykofyysisestä fysioterapiasta. Olin yhteydessä Oulun mielenterveystoimistolle, ja siellä työntekijät olivat kiinnostuneita aiheestani. Myöhemmin kuitenkin esittelyaineisto vaihtui oppimateriaalin tekemiseksi ja Mielenterveyttä tukeva fysioterapia -opintojaksoa opettanut Leena Haaksiala oli projektini asettaja. Tein oppimateriaalin, jota voin itse hyödyntää edelleenkin esittelyaineistona, tietenkin sisältöä täytyisi muokata.

Aiheeni oli loppuun saakka kiinnostava. Aikomukseni on myös jatkaa tämän erikoisalan parissa. Viitekehysten tekeminen oli opinnäytetyön isoin työpanos. Ainakin minusta tuntui siltä. Teoretiedon hakeminen oli suhteellisen työlästä, koska osa teoksista oli hankalasti saatavilla ja osa oli noudettavissa vain koulumme kirjastosta. Yhden teoksen kaukolainasin, koska käsittelemääni aihetta ei ole tutkittu paljon. Psykofyysistä fysioterapiaa on tuotu esille 1980-luvulla Suomessa, mutta tietoisuus tästä erikoisalasta on vähäistä. Viimeisten vuosien aikana tiedollinen määrä on ollut selkeästi kasvussa. Ristiriidassa ovat monet termit, miten jokin asia ilmaistaan ja mitä se tarkoittaa. Samaa tarkoittavia sanoja oli vaikea rajata yhdeksi, koska monesti samasta aiheesta puhuttiin, mutta eri termeillä. Esimerkkinä tästä on kehonkuvan eheyttämisen ja harjoittamisen ero. Päätin itse pitää yhtenäistä linjaa termien käytön suhteen selkeyttämään työtäni. Lisäksi minun piti tehdä runsaasti kääntämistyötä, minkä vuoksi termien yhdenmukaistaminen oli haastavaa ja aikaa vievää.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa aiheen rajaus oli haasteellista, mutta päätin kuitenkin ottaa esille kaksi merkittävintä henkilöä pohjoismaista ja heidän tutkimuksiaan, näkemyksiään ja kokemuksiaan psykofyysisestä fysioterapiasta. Loppuraporttia tehdessäni pyrin tuomaan

tärkeimmät perustiedot psykofyysisestä fysioterapiasta selkeästi ja johdonmukaisesti. Pääpainoni oli Bunkanin ja Roxendalin taustoissa ja tutkimismenetelmissä. Perehtyessäni aiheeseen, tuli tunne, että tietoa oli hajanaisesti ja eri tutkijoiden samanlaisia, mutta kuitenkin erilaisia tuloksia. En tiennyt oikein mistä aloittaa, ja mistä kaikesta kertoisin eli mihin aiheeni rajaisin.

Olen erittäin kiinnostunut tästä erikoisalasta, ja mielestäni se piti mielenkiintoni yllä koko työkulun ajan, vaikka aihe olikin haastava ja opinnäytetyön kirjoittaminen on ollut yksin raskasta. Sain paljon apuja ohjaavilta opettajiltani ja tukea ystäväiltäni sekä sosiaali- ja terveystieteiden (Oamk) kirjaston informaatioiltoilta. Hyötyä on ollut atk-taidoista, jotka olen saanut eri kursseilta aikaisemmista oppilaitoksista, sekä vielä päivittänyt niitä fysioterapia koulutuksen aikana. Työskentelyssä minua ovat auttaneet projektipäiväkirja ja pientenkin muistiinpanojen merkintä yhteen vihkoon. Olen pyrkinyt ottamaan tähän työhöni aina tuoreimman lähteen asian mukaan, ja osittain valinnut alkuperäisen lähteen. Koen että käyttämäni lähteet ovat luotettavia, vaikka osa niistä olikin vanhoja. Uusista lähteistä löytämäni tieto vastasi hyvin alkuperäistä. Yksi vanha lähde on työssäni mukana, sillä en löytänyt mistään muualta vastaavaa tietoa, joka kertoisin niin hyvin aiheeni historiasta eli taustasta.

Suurimmaksi haasteeksi koin sen, miten sain poimittua tärkeimmät ja oleellimmat asiat työstäni, jotta oppimateriaalista tuli mahdollisimman laadukas. Eräs suurimmista haasteista oli myös se, kuinka pystyn luomaan selkeän oppimateriaalin psykofyysisen fysioterapian perusteista fysioterapian opiskelijoille. Projektisuunnitelma antoi minulle luovia ajatuksia, ja sain sitä kautta uutta inspiraatiota itse tuotetta laatiessani. Tuotteeni on luotettava ja miellyttävä käytössä, koska se on nykyaikaisella tietotekniikan ohjelmalla tehty. Oppiminen tehostuu, kun energiaa ei tarvitse käyttää sen epäloogisuuden miettimiseen tai harhaanjohtavaan tietoon. Tuotteeni on helppoymmärteinen, jolloin se antaa oppijalle enemmän mahdollisuutta selkiyttää itselleen asiaa kokonaisuutena. Oppimateriaalissa eli itse tuotteessa tieto on kattavasti, olen siihen hyvin tyytyväinen. Luotettavuutta tuotteelle antaa myös se, että olin perehtynyt kirjallisuuteen ja tehnyt hyvin viitekehysten, jonka esitin kuulijoille ja ohjausryhmälle. Tuote oli näin helpompi tehdä, kun kirjallinen työosuus lähteineen oli pohjana.

Yksi oppimistavoitteeni oli projektityöskentelytaitojen kehittyminen, ja tämä mielestäni toteutui. Olen oppinut työskentelemään tehokkaasti projektin etenemisen suhteen ja lisäksi kehityin arvioimaan tarvittavaa aikaa projektityöskentelyssä. Itse tuotteen tekeminen oli minulle iso oppimista-

voite. Sain palautetta tuotteen kehittämisen suhteen, ja pystyin palautteiden pohjalta muokkaamaan tuotetta, vaikka se veikin aikaa.

Tuotteen selkeä graafinen ulkoasu, fontti ja kirjaintyyppi ovat valittu oman värimieltykseni mukaan. Otsikointia ja väliotsikoita on asianmukaisesti ja boldausta käytetty hillitysti. Kuvat ja kuviot selkeyttävät paljon, varsinkin visuaalisia oppijoita. Olenkin käyttänyt hyviä ja laadukkaita kuvia ja tehnyt kuvioita, joiden koin selkeyttävän tuotetta. Tuotteessa on jonkin verran laatikon mallisia vaaleanpunaisia tehosteita sekä boldausta, ja tuotteesta löytyy muutamia symbolikuvioita. Värien valinnassa on käytetty pehmeitä sekä voimakkaita värejä tehosteeksi, jotta asiakokonaisuudet jäsentyisivät.

Tuote on tehty PowerPoint ohjelmalla, mikä helpottaa opiskelijoiden tuotteen saantia ja on osa tämän päivän opetuskäytäntöä. Mietin tuotteen helppokäyttöisyyttä, ja tulin siihen tulokseen, että nykyään kaikki on enemmän tikulla kuin cd:llä, joten oli helppo valita tämä vaihtoehto opettajalle käytettäväksi. Opettaja voi itse muokata tuotetta, jos sitä tarvitsee myöhemmin päivittää. Opettajan on helppo kuljettaa oppimateriaalia mukanaan ja esittää tekemäni tuote oppitunnilla fysioterapian opiskelijoille. Koska sisällöllisesti aihe etenee loogisesti, voi hän halutessaan jakaa opetettavan aiheen useampaankin eri osaan, eri opetuskerroille.

Olen tehnyt aiemmissa opinnoissani yhden lopputyön, ja tämä oli hiukan erilainen tehdä, koska tämä opinnäytetyö on prosessina jaoteltu kolmeen eri osaan. Fysioterapiakoulutuksen aikana olen tehnyt projektiointoja muutaman muun opiskelutoverini kanssa, joka on helpottanut tämän tuotteen kanssa työskentelyä. Tavoitteenani oli tehdä luotettava, helppoymmärteinen ja käytettävä tuote, missä koin onnistuneeni kiitettävästi. Vaikka tavoitteeni oli valmistua jouluksi, oli parempi, että keskityin aiheeseeni maltilla ja siirsin aikatavoitettani, koska kysymys oli kuitenkin fysioterapian erikoisalaan pohjautuvasta aiheesta. Jatkossa hyviä aiheita opinnäytetyön tekemiseen voisi olla esimerkiksi kehonkuvan tutkimuslomakkeiden laatiminen tai niiden päivittäminen. Vastaani tuli hyvinkin erilaisia tutkimisen lomakkeita. Osa näistä lomakkeista ja kaavakkeista oli hyvin epäselviä tai näytti ulkoisesti vanhoilta. Näistä asioista voisi olla yhteydessä niihin fysioterapeuteihin, jotka käyttävät psykofyysistä fysioterapian menetelmiä kuntoutuksessa, esimerkiksi jotkut yksityiset hoitolaitokset tai yksityiset yrittäjät fysikaalisissa hoitolaitoksissa sekä Oulun yliopistollinen sairaala. Pystyn hyödyntämään teoriatietoa psykofyysisestä fysioterapiasta fysioterapeuttina työskennellessäni, sillä koen että minulla on kattavat tiedot. Minulla kiinnostaa psykofyysinen fy-

sioterapia ja uskon, että jatkan tämän erikoisalan parissa. Omaa urakehitystä ajatellen, uskon, että opinnäytetyöni vaikuttaa vain positiivisesti tulevaisuuteen.

LÄHTEET

Finlex 2009. Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404. 1§, 3§, 5§, 6§, 27§, 43§ Hakupäivä 8.2.2011.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404?search\[type\]=pika&search\[pika\]=tekij%C3%A4n%20oikeudet](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1961/19610404?search[type]=pika&search[pika]=tekij%C3%A4n%20oikeudet).

Bunkan, B H. 1987. Muskelspänning. Undersökning och behandling. Universitetsforlaget, Oslo.

Bunkan, B H. 2000. Manual The Comprehensive Body Examination (CBE) and The Resource Oriented Body Examination (ROBE) Oslo: Scandinavian University Press.

Dropsy, J. 1987. Leva i sin kropp: kroppsuttryck och mänsklig kontakt. Viborg, Danmark: Nörhaven.

Dropsy, J. 1988. Den harmoniska kroppen: en osynlig övning. Stockholm : Natur och Kultur.

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

Hintsanen, P., 2000. Väriterapia ja värien parantava voima. Hakupäivä 25.5.2011.
<http://www.coloria.net/kulttuurit/terapia.htm>.

ICF – toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes. 2004. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Idänpään-Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, M., Mäkelä, M. 20/2000. Laatu-kriteerit – Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Helsinki: Stakes – Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Jukkara, J. & Poutala, M. 1999. Tekijänoikeudet opetustyössä. Helsinki: Edita Oy.

Jämsä, K & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: TummaVuoren kirjapaino Oy.

Kansaneläkelaitos. Lääkinnällinen kuntoutus vaikeavammaisille. Hakupäivä 9.5.2011.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801121838EH?OpenDocument>.

Koulutusselitteet. Hakupäivä 26.5.2010.
http://www.tep.fi/fysioterapia_selitteet.php#urheilufysioterapia.

Keinänen, K., fysioterapeutti, Oulun Yliopistollinen sairaala, psykiatrian klinikka. 2009. Harjoitusoppikerta ja keskustelu 29.5.2009. Tekijän hallussa.

Lindberg I., 1989. Psykosomaattinen fysioterapia Pohjoismaissa. Lääkintävoimistelija (6), 6-7.

Loiri P. & Juholin E. 1998. Visuaalisen viestinnän käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lähteenmäki, M-L., & Jaakkola, R. 2005. Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 2.

Lähteenmäki M-L., & Jaakkola R. 2007. Psykofyysinen fysioterapia 2. Kehon tuntemista kehon ymmärtämistä. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4.

Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 7/2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Trio-offset.

Patovirta, M., fysioterapeutti, Bodymind Oy Tampere. Re: Psykofyysinen fysioterapia. Sähköposti johanna.b.ojala@mail.suomi.net 15.11.2010.

Psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen sivut. Copyright 2005 - 2010 Psyfy r.y. Hakupäivä 5.4.2010 klo 10.48. [Http://www.psyfy.net/fysioterapia.php](http://www.psyfy.net/fysioterapia.php).

Pelin, R. 2009. Projektihallinnan käsikirja. 6. uudistettu painos. Jyväskylä: Projektijohtaminen Oy.
Pohjola, A. & Hokkanen, L. 1998. Projektit paikallisena jatkuvuutena. Rovaniemi: Lapin Yliopistopaino.

Psykofyysisen fysioterapia yhdistyksen sivut. Copyright 2005 - 2011 Psyfy r.y. Hakupäivä 5.4.2009. <http://www.psyfy.net/fysioterapia.php>.

Roxendal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur.

Roxendal, G. 1988. Levande människa – Kropp och rörelse i terapi. Växjö: Lic Förlag.

Roxendal, G., & Winberg, A. 2002. Levande människa – Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Falköping: Tryckning Elanders Gummerssons.

Ruuska, K. 2006. Terveysthuollon projektihallinta. Helsinki: Talentum Media Oy.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa: suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 6. tarkistettu painos. Helsinki: Talentum.

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

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteluiden hahmottelua. Oulun yliopiston väitöskirja. Elektroninen aineisto, 82–96. Hakupäivä 8.5.2011. <http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Suomen fysioterapeutit. Fysioterapia ammattina. Hakupäivä 7.5.2011.

http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=55.

Suomen Luonneanalyttinen kehopsykoterapiayhdistys ry. © 2007. Hakupäivä 6.10.2010.
<http://www.luonne.fi/reich.htm>.

Stakes. 2004. ICF – toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus.
Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Särkilahti-Pennanen R. 1993. Psykosomaattinen fysioterapia. Oamk – luentomateriaali.

Talvitie, U., Karppi, S-L., Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: © Tekijät ja Edita Publishing Oy.

Thornquist, E. & Bunkan, B. 1991. What is psychomotor therapy?. Oslo: Norwegian University Press.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. s. 4-5 Hakupäivä 1.2.2011. <http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/htkfi.pdf>.

Wiiio, O. & Puska, P. 1993. Terveysviestinnän opas. Keuruu: Otava.

LIITTEET

TERMEJÄ

LIITE 1

Kehon/Ruumiin toiminnot: Fysiologisia toimintoja elinjärjestelmissä (luetaan myös mielen toiminnot).

Kehon/Ruumiin rakenteet: Kehon/Ruumiin anatomiset osat; elimet ja raajat sekä rakenne osat.

Vajavuudet: Kehon/Ruumiin rakenteiden ja toimintojen ongelmat; huomattavat puutokset ja poikkeamat.

Suoritus: Toimi tai tehtävä, joka on yksilön toteuttama.

Osallistuminen: Elämän tilanteisiin osallistuminen.

Suoritusrajoite: Yksilöllä on vaikeus toimen tai tehtävän toteuttamisessa.

Osallistumisrajoite: Yksilön kokema ongelma elämän tilanteisiin osallisuudessa.

Ympäristötekijät: Sosiaalinen, fyysinen ja asenneympäristö, jossa ihmiset asuvat ja elävät. (ICF 2004, 10.)

Kehotietoisuus: Kokonaisvaltaista ja syvää itsensä tiedostamista, ymmärrystä, hallintaa ja hahmottamista.

Kehonkuva: Tunteet, havainnot ja ajatukset. ”Minä maailmassa – maailma minussa”. Tietopohjainen mielikuva omasta kehosta.

Voimaantuminen/Eheyttäminen: Kokemukset nostetaan tietoisuuteen, tiedostetaan, katsotaan ja niistä päästetään menemään, niin lakkaavat olemasta. Kehollinen tiedostaminen ja oivalluksen muuttaminen toisenlaiseksi toimintamalliksi saa uuden miellelyhtymän, jolloin kuntoutuja voi vapautua häiritsevistä kokemuksista. (Herrala ym. 2008, 29–38.)

Oulussa 2.4.2011

OSALLISTUMINEN TUOTTEEN LAATUKRITEEREIDEN ARVIOINTIIN

Teen opinnäytetyössä tuotetta psykofyysisestä fysioterapiasta. Tuote on sähköisessä muodossa PowerPoint-ohjelmalla tuotettu, ja sen on tarkoitus tulla oppimateriaaliksi fysioterapian koulutukseen. Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan Oulun seudun ammattikorkeakoulun, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikön fysioterapiaopiskelijan asettamiin laatukriteereiden arviointiin. Testiryhmään osallistuvat henkilöt ovat opiskelleet opinnoissaan mielenterveyttä tukevan fysioterapian kurssin.

Arviointikohteena ovat tuotteen luotettavuus, helppoymmärteisyys ja käytettävyys oppimateriaalina.

Osallistuminen tähän kyselyyn on täysin vapaaehtoista. Palautteet käsitellään nimettöminä. Sinulla on mahdollisuus antaa vapaata palautetta ja kehitysehdotuksia tuotteeseen. Vastaaminen tuotteen läpikäymiseen ja laatukriteereiden arviointiin vie Sinulta noin 20 minuuttia. Voit vastata kysymyksiin tallentamalla tiedoston, vastaamalla siihen ja lähettämällä takaisin sen minulle. Toivottavasti mahdollisimman moni vastaa arviointiin tuotteen laadun varmistamiseksi.

Pyydän Sinua vastaamaan 13.5.2011 mennessä sähköpostitse osoitteeseen
o6ojjo00@students.oamk.fi

Kiitos osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin

Johanna Ojala
fysioterapian opiskelija

Kysymykset tuotteesta:

Luotettavuuteen ja laadunvarmistamiseen vaikuttaa tuotteentekijän perehtyneisyys kirjalliseen materiaaliin. Oppimateriaalin tiedon tulee olla objektiivista, virheetöntä ja ajantasaista.

1.) Onko tuote mielestäsi luotettava? Perustele vastauksesi.

Helppoymmärteinen tuote on helppolukuinen. Tuotteen esitystapa on selkeä, ja tuotteessa on kuvitus, joka tukee tekstiä. Selkeä kieli lisää sisällön ymmärrettävyyttä. Havainnollistamisella tuetaan myös luettavuutta. Havainnollisempi asia on helpompi pitää mielessä ja ymmärtää.

2.) Onko tuote mielestäsi helppoymmärteinen? Perustelu vastauksesi.

Tuote on **käytettävä**, kun tietoa on sopiva määrä, tuotteessa on tarvittavat tiedot, tuotteen muoto on tarkoituksenmukainen ja tuote vastaa opiskelijoiden tarpeita. Sopiva tietomäärä on tärkeä laatukriteeri. Tuotteessa esitetyt asiat kannattaa esittää ytimekkäästi ja lyhyesti ja jättää kaikki asiaan kuulumaton pois.

3.) Onko tuote mielestäsi käytettävä? Perustele vastauksesi.

Voit antaa vapaata palautetta ja kehitysehdotuksia tuotteeseen.

Kiitos vastauksissasi!

Nro	Tehtävä	Alku	Loppu	Suunn tunnit	Tot. tunnit	Suorittaja/ vastuu
1	Opinnäytetyön aiheen ideointi	11/2008	1/2009	10	10	Ojala
1.1	Omaa ideointia	11/2008	1/2010	2	2	Ojala
1.2	Keskustelu ohjaavan opettajan kanssa	12/2008	1/2009	2	2	Ojala, ohjaava opettaja
1.3	Keskustelu aiheesta opettajien kanssa	9/2010	10/2010	2	2	Ojala, ohjaavat opettajat
1.4	Alustavan suullisen ja kirjallisen yhteistyösopimuksen laatiminen	4/2010	5/2011	2	4	Ojala, ohjaava opettaja
2	Aiheeseen perehtyminen	1/2009	1/2011	135	139	Ojala
2.1	Materiaalin hankkiminen ja siihen tutustuminen	3/2010	1/2011	40	40	Ojala
2.2	Valmistavan seminaarityön kirjoittaminen	3/2010	11/2010	83	83	Ojala
2.3	Valmistavan seminaarityön esittäminen	14.12. 2010	14.12. 2010	2	2	Ojala, ohjaavat opettajat, opponoiijat, kuuntelijat
2.4	Valmistavan seminaarityön viimeistely	12/2010	1/2011	10	14	Ojala
3	Tuotekehitysprojektin suunnittelu	1/2011	2/2011	70	70	Ojala
3.1	Materiaalin hankkiminen ja siihen tutustuminen	1/2011	2/2011	5	5	Ojala
3.2	Tuotekehitysprojektin suunnitelman kirjoittaminen	1/2011	1/2011	60	60	Ojala
3.3	Tuotekehitysprojektin suunnitelman esittäminen	19.4.2011	19.4.2011	2	2	Ojala

3.4	Tuotekehitysprojektin suunnitelman viimeistely	4/2011	4/2011	3	3	Ojala
4	Tuotteen kehittäminen ja valmistaminen	2/2011	4/2011	75	82	Ojala
4.1	Tuotteen ideointi ja sisällön suunnittelu	2/2011	3/2011	20	20	Ojala
4.2	Tuotteen tekeminen	3/2011	4/2011	42	45	Ojala
4.3	Tuotteen arviointi ja palaute	4/2011	4/2011	5	5	Ojala, ohjaavat opettajat, testiryhmä
4.4	Tuotteen viimeistely	4/2011	4/2011	8	12	Ojala
5	Tuotekehitysprojektin raportointi ja päättäminen	4/2011	5/2011	70	77	Ojala
5.1	Loppuraportin kirjoittaminen	4/2011	5/2011	45	52	Ojala
5.2	Loppuraportin esittäminen	31.5.2011	31.5.2011	2	2	Ojala, ohjaavat opettajat, opponoiijat, kuuntelijat
5.3	Loppuraportin viimeistely	5/2011	5/2011	20	20	Ojala
5.4	Opinnäytetyön sidonta	5/2011	5/2011	2	2	Ojala
5.5	Projektin päättäminen	5/2011	5/2011	1	1	Ojala
	TUNNIT YHTEENSÄ			360	378	Ojala

Esimerkki asiakas: Työkäinen nainen, asuu yhdessä alle kouluikäisen lapsensa kanssa.

Tässä esimerkissä on käytetty Bunkanin kehonkuvan kyselyä. Alkuasennossa kuntoutuja makaa alustaa vasten.

Haastatteleamalla kuntoutujalta mielihyvän kokemuksesta, saattaa tunne olla esimerkiksi hieronnasta saatu, telkkarin katsominen tai musiikin kuunteleminen. Kuntoutuja ei välttämättä tunnista kehostaan erityisesti mitään kohtaa. Joskus kuntoutuja voi kertoa tuntevansa kipua tai vaikka pientä jomotusta niskassa. Kuntoutuja voi kokea terveytensä olevan huono. Kuntoutuja voi tuntea myös kehonsa olevan väsynyt ja voimaton sekä aistia pääkipua joskus kuntoutuja voi tuntea jännittynyt kun hän on surullinen tai pettynyt. Iloisena ja tyytyväisenä kuntoutuja voi tuntea olevansa rento. Kuntoutuja voi tuntea kehossaan tärinää/vapinaa sekä kireyttä lihaksissa että mielessään, kun on vihainen tai loukkaantunut. Kuntoutujalta kysytään myös missä hän tuntee minuuden olevan, jolloin aika moni kertoo minuuden sijoittavansa päähän tai sydämeen.

Seisoma-asento fysioterapeutin kuvailemana: Paino on enemmän kantaluilla ja kuntoutuja kokee asennon horjuvaksi. Polvet ovat yliojentuneet. Lannerangassa on vahva lordoosi. rintarangan alue on vahvasti kyfoottinen. Pää on työntynyt sivultapäin havainnoiden eteenpäin keskilinjasta. Edestäpäin havainnoiden pää on työntyneenä hivenen oikealle alaviistoon. Vasen hartia on ylempänä verrattavissa oikeaan hartiaan. Tämä asentotyyppi kuvaa masennusta. Näillä kuvauksilla kuntoutujalla on niin kutsuttu koukistusasento. Makuuasennossa kuntoutuja pystyy kuitenkin muuntautumaan ja antaa jännittyneiden kehon-osien, esimerkiksi hartioiden vajota enemmän alustaa vasten.

Toimintakokeissa pystyasennossa kuntoutuja ei pysty olemaan rentona, vaan avustaa liikkeessä tai jännittää vastaan. Vartalon eteentaivutuksessa joustopainalluksilla ei ole havaittavissa joustoa juurikaan selkärangassa, rintarangassa eikä niskassa. Näiden alueiden lihastenkireydet estävät ominaisliikkeen.

Vahva palleahengitys näkyy seistessä sekä makuuasennossa. Makuuasennossa hengitystä havainnoidessa Rintarangan alueella ei voi havainnoida hengityслиikettä. Rintarangan joustopainalluksessa ei voi havainnoida joustoa. Kuntoutujaa voi ahdistaa jokin asia (trauma?) tai jokin voi tuntua niin ongelmalliselta, että hänellä on niin sanottu rintapanssari rintakehällään, joka on jäykistynyt ja laajentunut. W. Reichin mukaan tämän on aiheuttanut seksuaalisuuden, himon tai jonkun muun vastaavan torjuminen.

Olkanivelen liike aktiivisesti normaali, liikkeen lopussa vaikea rentouttaa nivelen alueelta vapaaksi. Kuntoutuja pystyy rentouttamaan yläraajansa passiiviseen liikkeeseen. Molempien olkanivelten liikkuvuudet ovat hyvät. Lonkkien nivelliikkuvuudet ovat hyvät. Suoran jalan nosto vasen sekä oikea 0–90 astetta. Passiivisesti polvinivelen koukistus tuottaa jonkin verran kipua etureiteen. Kuntoutuja pystyy rentoutumaan liikkeeseen ja kuntoutujan sanoo tuntevansa olonsa turvalliseksi, näin ollen hän luottaa terapeuttiin tämän tehdessä liikkeen.

Lihasten toiminta ja asento otetaan huomioon, kun tarkastellaan kuinka ne voivat vaikeuttaa ihmisen hengitystä tai vapauttaa sitä. Palpoiden lihakset ovat kauttaaltaan normaalin pehmeät, paitsi selkärangan molemmin puolin, niska-hartiaseudun, ja käden lihakset hivenen normaalia kovemmat. Kuntoutuja omaa suuren määrän keskikireitä lihaksia, mutta tämä ei ole voimavara, sillä hänen hengityksensä on estynyt rintakehän alueelta. Silloin lihaksistossa on vähäinen puolustusvalmius eikä kuntoutuja uskalla hellittää otettaan hengityksestään. Palpoitaessa takareidet tuntuivat kuntoutujan kertomana aroilta. Kipuherkkyys on myönteisenä asia, koska se kertoo siitä, että kuntoutuja pystyy tuntemaan ja kokemaan. Kuntoutuja ei reagoanut erityisesti fyysiseen tutkimiseen.

Tasahypyissä kuntoutuja on suhteellisen rento, mutta hartiat ja pää jäävät jäykiksi. Kävelyn normaalit vaiheet näkyivät, mutta myötäliikkeitä ei juuri voinut havainnoida. Tilaa kuntoutuja käytti hyvin hyödykseen.