



**SYÖMISHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVIEN
KUNTOUTUJIENTEN KOKEMUKSIA
PSYKOFYYSISESTÄ FYSIOTERA-
PIASTA**

Katariina Alajoki

Liisa Karttunen

Kehittämistehtävä
Joulukuu 2013
Psykofyysisen fysioterapian
erikoistumisopinnot

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ammatilliset erikoistumisopinnot
Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot

KATARIINA ALAJOKI & LIISA KARTTUNEN:
Syömishäiriötä sairastavien kuntoutujien kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta

Kehittämistehtävä 45 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Joulukuu 2013

Tässä kehittämistehtävässä selvitimme syömishäiriötä sairastavien kuntoutujien kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta. Käytimme aineistonkeruumenetelmänä kyselylomaketta ja analysoimme vastaukset laadullisesti teemoitellen. Kehittämistehtävän toimeksiantaja oli Bodymind Oy Tampereelta.

51:stä kyselyn saaneesta vastuksen palautti 24 syömishäiriötä sairastavaa tai sairastanutta. Likert-asteikolla mitattuna yli puolet vastaajista koki saaneensa fysioterapiasta paljon tai erittäin paljon hyötyä. Avoimella kysymyksellä kartoitetuista kokemuksista voimakkaimmat olivat vastaajille merkityksellinen terapiasuhde, realistisemmän kehonkuvan uudelleen rakentuminen, usko paranemiseen, arvostus omaa kehoa kohtaan sekä ajatusmallien muuttuminen, joista muodostuivatkin kyselyn tulosten viisi teemaa.

Vastaajat kokivat hyötynsä psykofyysisestä fysioterapiasta. Hyödylliseksi ei oltu koettu ainoastaan fysioterapiassa käytettyjä menetelmiä, vaan fysioterapia itsessään ja kokonaisuudessaan, sisältäen vuorovaikutuksellisuuden. Kehollinen työskentely auttoi ymmärtämään itseä uudella tavalla ja se auttoi havainnoimaan kehon todellista tilaa, mikä herätti oman kehon kunnioituksen uudelleen.

Kokemusten keräämisen lisäksi kehittämistehtävän tavoitteena oli tarjota fysioterapeuteille tietoa fysioterapiamenetelmistä, joista syömishäiriötä sairastavat kuntoutujat ovat saaneet eniten hyötyä.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Health Care Specialization
Psychophysical Physiotherapy

KATARIINA ALAJOKI & LIISA KARTTUNEN:

The experiences of psychophysical physiotherapy in rehabilitation of eating disorders

Development project 45 pages, appendices 5 pages

December 2013

The objective of this development project was to explore the experiences of psychophysical physiotherapy in rehabilitation of eating disorders. The data was collected through a questionnaire and it was analyzed qualitatively into themes. The client was Bodymind Oy from Tampere.

51 people with an eating disorder received the questionnaire and 24 returned it. More than half of the people, who answered the questionnaire, saw psychophysical physiotherapy being beneficial in the Likert-scale. The strongest experiences reported through an open question were: important therapeutic relationship, more realistic body image, trust in healing, appreciation of own body and changes of paradigms. These experiences formed the five main themes of the questionnaire.

The subjects of this development project felt that psychophysical physiotherapy was beneficial for them. Not only the used methods were seen as beneficial, but also the interactional therapeutic relationship. Working through body helped the subjects to understand themselves in a new way and also helped them observe the true condition of their bodies, which reawakened the appreciation of their bodies.

In addition to the collection of experiences the objective was also to offer knowledge of methods for physiotherapists that the people who are recovering from eating disorders have found to be the most beneficial.

Key words: eating disorders, psychophysical physiotherapy, experience, rehabilitation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	SYÖMISHÄIRIÖT	7
2.1	Yleistä syömishäiriöistä.....	7
2.2	Anorexia nervosa	8
2.3	Bulimia nervosa	9
2.4	Epätavalliset syömishäiriöt	10
3	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA SYÖMISHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVIEN KUNTOUTUKSESSA.....	12
3.1	Psykofyysinen fysioterapia.....	12
3.2	Syömishäiriötä sairastavien kuntoutujien fysioterapia	13
3.2.1	Tietoisien aistimisen harjoitteet	14
3.2.2	Rentoutusharjoitteet	15
3.2.3	Hengitysharjoitteet	16
3.2.4	Kosketus ja hieronta.....	17
3.2.5	Havainnointiharjoitteet.....	17
3.2.6	Liikunta ja fyysinen aktiivisuus	19
3.2.7	Ohjaus ja neuvonta.....	19
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUS.....	21
4.1	Tarkoitus ja tavoite	21
4.2	Kehittämistehtävän toteutus.....	21
4.3	Tiedonkeruu	22
4.4	Analysointimenetelmä ja eettisyys	24
5	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	26
5.1	Fysioterapiakäyntien määrä ja kuntoutujien kokema hyöty	26
5.2	Kokemukset saadusta fysioterapiasta	27
5.2.1	Merkityksellinen terapiasuhte	28
5.2.2	Realistinen kehonkuva	30
5.2.3	Ajatusmallien muuttuminen	31
5.2.4	Arvostus kehoa kohtaan	32
5.2.5	Usko paranemiseen	32
6	YHTEENVETO TULOKSISTA JA JOHTOPÄÄTÖKSISTÄ	34
7	POHDINTA.....	36
	LÄHTEET.....	39
	LIITTEET	41
	Liite 1. Kyselylomake	41

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat yleistyvää, vakava sairaus ja tällä hetkellä sairaus koskettaa Suomessa satoja tuhansia ihmisiä lähiomaiset mukaan lukien. Eduskunnassa on vasta perustettu syömishäiriösairaus-ryhmä, joka koostuu eri päätöksentekijöistä sekä aktiivisista kansalaisista. Ryhmän perustaminen kertoo vahvasti sen tarpeesta maassamme. Syömishäiriöryhmän puheenjohtajan, Jani Toivolan mukaan syömishäiriökuntoutujan hoidon tulee lähteä hänen kuuntelemisestaan ja tarpeistaan käsin. Toivola kirjoittaa myös siitä, kuinka syömishäiriöiden hoito ja kuntoutus maassamme tulisi olla yhtenäistä ja perustua yhteneviin hoitokäytänteisiin. Tarvitaan tutkittua tietoa siitä mikä toimii ja mikä ei, jotta alan toimijoilla olisi tehokkaita työkaluja työskennellessään syömishäiriöihin sairastuneiden kanssa. Hoidossa tärkeää on pitkäjänteisyys, mikä edellyttää päättäjiltä ymmärrystä siitä, että hoitajaksot ovat pitkiä. (Toivola 2013.)

Syömishäiriöt ovat kehon ja mielen sairauksia, jotka saavat sairastuneen oireilemaan psykosomaattisesti. Sairastuneen syöminen on häiriintynyt ja suhde ruokaan, painoon ja liikuntaan vääristyy. Sairaus aiheuttaa fyysisiä muutoksia kehossa sekä muuttaa sairastuneen kokemusta omasta kehostaan negatiiviseksi, niin painon kuin sen ulkomuodon suhteen. Vääristynyt kehonkuva sekä epäsojivat liikuntatottumukset ovat syömishäiriöissä indikaatioina psykofyysiseen fysioterapiaan, jossa fysioterapeuteilla on erityistä asiantuntemusta kehollisesta työskentelystä. (Probst ym. 2013, 2; Syömishäiriöliitto-Syli Ry, 2013.)

Syömishäiriökuntoutujan fysioterapian tulisi keskittyä realistisen kehonkuvan uudelleen rakentamiseen sekä kuntoutujan ohjaukseen ja neuvontaan. Realistisen kehonkuvan uudelleen rakentaminen on pitkä ja haastava tie, mutta sen kulkeminen on lähes välttämätöntä, jotta sairaudesta toipuminen olisi mahdollista. Ohjaus ja neuvonta antaa kuntoutujalle tietoa kehon anatomiasta ja toiminnasta sekä siitä, mitä syömishäiriö aiheuttaa kehossa. Fysioterapeutin antama ohjaus ja neuvonta antaa myös apukeinoja stressin ja ahdistuksen hallintaan, terveelliseen liikkumiseen sekä se myös käsittelee sosiaalisen median vaikutuksista kauneusihanteisiin. (Probst ym. 2013, 4, 10.)

Käypä hoito- suosituksissa on syömishäiriökuntoutujan fysioterapiasta (2009) suositus, mutta tällä hetkellä siinä esitetään fysioterapian sisällöksi venyttelyjä, lihasten jouta-

vuutta lisääviä harjoituksia, rentousharjoittelua sekä kohtuullisen liikkumisen ohjausta. Suositus sisältää maininnan psykofyysisyyttä korostavasta fysioterapiasuuntauksesta. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ym. 2013.) Suomessa ei ole tällä hetkellä yhtenevää käytäntöä fysioterapian sisällöstä syömishäiriöiden kuntoutuksessa. Kokemuksen pohjalta fysioterapian sisältö syömishäiriöiden hoidossa on paljon muutakin kuin venytelyä ja liikkumisen ohjausta ja psykofyysisellä fysioterapialla voi olla paljon annettavaa kuntoutumisprosessissa. Kehittämistehtävässämme meitä kiinnosti tutkia millaisia vaikutuksia psykofyysisellä fysioterapialla on ollut syömishäiriökuntoutujien elämään ja paranemiseen nimenomaan kuntoutujien omasta näkökulmasta.

2 SYÖMISHÄIRIÖT

2.1 Yleistä syömishäiriöistä

Syömishäiriöt ovat vakavia psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia, joihin tavallisinmin sairastuvat nuoret sekä nuoret aikuiset. Naisilla syömishäiriöiden esiintyminen on noin kymmenen kertaa yleisempää kuin miehillä. (Suokas & Rissanen 2011, 346.) Syömishäiriöiden taustalla on tyypillisesti psyykkistä pahoinvointia, joka tulee esiin häiriintyneessä syömiskäyttäytymisessä sekä sairastuneen fyysisessä voinnissa. Sairastuneella on usein myös vääristynyt käsitys itsestään sekä omasta kehonkuvastaan. Sairastuneen suhde liikkumiseen, painoon sekä ruokaan ovat hyvin vääristyneitä ja poikkeavat normaalista ja terveestä käytöksestä. Tämä poikkeava käytös on sairastuneen keino vältellä taustalla olevaa psyykkistä pahoinvointia, tunteita sekä pelkoja, joiden juuret saattavat olla esimerkiksi nuoruusiän kehitysvaikeuksissa, epävarmoissa elämäntilanteissa tai traumaattisissa kokemuksissa. Näin ollen häiriintyneestä sairauskäyttäytymisestä tulee selviytymis- tai ratkaisukeino syömishäiriöiselle ja syömisen sekä oman kehon kontrollointi antaa sairastuneelle tunteen itsensä sekä elämän hallinnasta. (Syömishäiriöliitto 2009, 5-6.)

Syömishäiriöiden taustalla ei voida tunnistaa yhtä selkeää laukaisevaa tekijää vaan sen kehittymiseen liittyy monia altistavia sekä vaikuttavia tekijöitä, joita ovat muun muassa yhteiskunta ja kulttuuri, perhe ja ihmissuhteet, psykologinen kehitys, persoonallisuus sekä biologia. Usein sairastumisen katsotaan saaneen alkunsa jonkin elämäntapahtuman aiheuttaman psyykkisen kuormituksen ja stressin seurauksena, mutta niinkään merkittävää ei ole itse tapahtuma vaan se, kuinka yksilö kokee tämän tapahtuman ja sen aiheuttamat elämänmuutokset. Sairauden kehittymiseen altistavia tekijöitä ovat myös median sekä yhteiskunnan vallitsevat kauneuskäsitykset ja ihanteet sekä erityisesti esteettisyyttä korostavat liikunta- ja urheilulajit. (Syömishäiriöliitto 2009, 18-20.)

Syömishäiriöille on tyypillistä niin sanottu sairautentunnottomuus, eli sairastunut itse ei koe olevansa sairas ja hän saattaa voimakkaasti vastustaa läheisten sekaantumista oireisiinsa. Sairastunut itse tuntee enemmänkin hyötyvänsä oireilusta ja moni kokee jäävänsä ”kiinni” laihduttamiseen, koska painon putoaminen antaa positiivisia tunteita oman ruumiin ja elämän hallinnasta. Sairauden edetessä oireiden negatiiviset vaikutukset al-

kavat väistämättä muuttua voimakkaammaksi kuin positiiviset ja häiriintynyt käyttäytyminen sekä pakkoajatukset alkavat hallitsemaan sairastunutta. Tässä vaiheessa sairastunut itsekkin motivoituu luopumaan oireistaan, mutta sairaudessa opittu käyttäytymismalli pitää vahvasti kiinni eikä sairastunut kykene toimimaan muulla tavalla. Sairastunutta ei voi pakottaa luopumaan oireistaan vaan tueksi tarvitaan aina ammattiapua sekä läheisten tukea sekä ymmärrystä. Sairastuneen oma motivaatio parantumiseen on aina tärkeää. (Syömishäiriöliitto 2009, 6; Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2010, 14-15, 61-62.)

Syömishäiriöstä toipuminen on yleensä pitkä prosessi, sillä kyse on luonteeltaan pitkäkestoisesta sairaudesta. Sairastuneen paino saattaa normalisoitua kohtuullisen lyhyessä ajassa sekä näkyvimmit oirekäyttäytymisen merkit voivat jäädä pois, mutta mielen toipuminen ja häiriintyneistä ajatusmalleista irtipäästäminen saattaa kestää pitkään. Joskus syömishäiriömuoto saattaa muuttua, mikä voi olla osa toipumisprosessia. Tärkeää on, että sairastunutta ei vaadita olemaan terveempi vaan hänelle tulee antaa aikaa toipumiseen. Suomessa on tehty tutkimuksia syömishäiriöisten toipumisesta ja näiden mukaan kaikista sairastaneista (eri syömishäiriötyypit huomioiden) 80 prosenttia toipuu niin hyvin, että voi elää normaalia elämää. (Syömishäiriöliitto 2009, 8-9.)

ICD-10 tautiluokituksen mukaan syömishäiriöt jaetaan laihuushäiriöön (anorexia nervosa), ahmimishäiriöön (bulimia nervosa) sekä näiden epätyypillisiin muotoihin ja muihin syömishäiriömuotoihin (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013).

2.2 Anorexia nervosa

Laihuushäiriölle eli anorexia nervosalle on tyypillistä tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila, joka usein alkaa laihdutusyrityksestä tai innostuksesta syödä terveellisesti ja liikkua. Näiden riistäytyttyä käsistä alkaa muodostua hallitsematon laihduminen ja nälkiintyminen sekä sairauteen liittyvät pakkoajatukset ja pelot tulevat mukaan. Hallitsevana tekijänä on lihomisen pelko, joka yleensä vahvistuu painon laskiessa. Sairastuneen ruokailu on niukkaa ja äärimmäisen kapeutunutta. Ruokaan saattaa liittyä rituaaleja ja sääntöjä sekä sen ajatteleminen on lähes jatkuvaa. Liikkuminen saattaa muuttua pakonomaiseksi ja määrät voivat olla hyvin suuria. Noin puolella anorekti-

koista on ajoittain myös oksentelua, ahmimista tai painoon vaikuttavien lääkkeiden käyttämistä. (Suokas & Rissanen 2011, 347.)

Sairastuneen sosiaalinen elämä, ajattelu ja tunnetilat kapeutuvat sekä mielialan vaihtelut lisääntyvät. Laihtumisen aiheuttama nälkiintymistila vahvistaa psyykkisiä oireita, kuten esimerkiksi vihamielisyyttä, masennusta ja unettomuutta. Sairauden edetessä esiintyy tyypillisesti vakavia fysiologisia ja lääketieteellisiä oireita, kuten esimerkiksi kuukautisten poisjääminen, sydämen harvalyöntisyys, matala verenpaine, perusaineenvaihdunnan hidastuminen, osteopenia, lihasmassan väheneminen sekä ruumiinlämpötilan lasku. (Syömishäiriöliitto 2009, 11; Suokas & Rissanen 2011, 347.)

ICD-10-tautiluokituksen mukaan anorexialle (50.0) asetut kriteerit täyttyvät kun painoindeksi on korkeintaan $17,5 \text{ kg/m}^2$, painonlasku on itseaiheutettua, henkilöllä on lihomiseen liittyvää pelkoa ja alipainosta huolimatta näkee itsensä lihavana, todetaan endokriininen häiriö (kuukautisten poisjäänti tytöillä tai seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikentyminen pojilla) sekä ahmimishäiriön kriteerit eivät täyty (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013).

2.3 Bulimia nervosa

Ahmimishäiriön eli bulimia nervosan keskeinen piirre on lihavuuden ja lihomisen pelko ja tästä seuraten laihduttaminen, ahmiminen ja ahmitusta ruoasta eroon pääseminen muodostavat elämää hallitsevan kierteen. Taudinkuvaan liittyy tyypillisesti suurten, runsasenergisten ja helposti sulavien ruokien nopea ahmiminen salassa muilta, mikä päättyy ahmitun ruoan tyhjentämiseen oksentamalla. Oksentamisen lisäksi keinoina voivat olla ulostuslääkkeet, nesteenpoistolääkkeet tai runsas liikunta. Ahmintaan liittyy subjektiivinen kokemus syömisen hallinnan menettämisestä, josta seuraa syyllisyyden tunnetta, masennusta ja itsehalveksuntaa. Aina välttämättä ahmittu ruokamäärä ei ole edes suuri, mutta sairastunut kokee tämän määrällisesti suurena ja tuntee pakottavaa tarvetta oksentaa. Bulimialle on tyypillistä myös se, että sairastunut käyttää runsaasti rahaa ruokaan ja herkkuihin, joita hän piilottaa ja säilyttää kätöksä ahmimiskohtauksen varalle. (Syömishäiriöliitto 2009, 12-13; Suokas & Rissanen 2011, 356-357.)

Bulimiaan liittyy jatkuva ahdistus ja häpeä omasta ulkonäöstä ja painosta. Sairaus ei välttämättä näy sairastuneen painossa ja yleensä bulimikot ovat normaalipainoisia. Ajoittain paino saattaa kuitenkin vaihdella jopa suuresti, sillä ahmintajaksoja seuraa yleensä paastoamista, laihduttamista, runsasta liikuntaa sekä nestetasapainoon ja ulostamiseen vaikuttavien lääkkeiden käyttämistä. Anorexiaan verrattuna bulimiaa ei pidetä niin vakavana sairautena, mutta siinä missä anorexiakin myös bulimia on keholle ja mielelle vakava sairaus. Pitkään jatkuva oksentaminen saattaa aiheuttaa vakavia neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriöitä elimistössä, joiden seurauksena voi esiintyä lihasheikkoutta, kouristeluja ja sydämen rytmihäiriöitä. Tavallisimpia seurauksia sairaukselle ovat hammaskiilteen vauriot oksentamisesta johtuen, sylkirauhasten turpoaminen, vatsakivut, pahoinvointi, epäsäännölliset kuukautiset tai niiden poisjääminen. Noin 80 prosentilla ahmimishäiriötä sairastavilla on todettu myös muita mielenterveyden ongelmia. Vakava masennustila esiintyy noin puolella ja yleisiä ovat myös ahdistuneisuushäiriöt sekä epävakaat persoonallisuushäiriöt. Heillä esiintyy myös tavallista enemmän muita käytös- ja hillitsemishäiriöitä sekä alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttöä. (Syömishäiriöliitto 2009, 12-13; Suokas & Rissanen 2011, 357.)

ICD-10-tautiluokituksen mukaan bulimian (50.2) diagnostiset kriteerit täyttyvät kun toistuvia ylensyömisjaksoja on ollut vähintään kahdesti viikossa kolmen kuukauden ajan, ajattelua hallitsee pakonomainen ja voimakas halu syödä, henkilö pyrkii estämään ruoan ”lihottavat” vaikutukset itse aiheutetun oksentamisen avulla tai käyttämällä muita aiemmin mainittuja kompensatiokeinoja sekä henkilöllä on käsitys itsestään liian lihavana ja hän kokee suurta lihomisen pelkoa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013.)

2.4 Epätyypilliset syömishäiriöt

Epätyypillisistä syömishäiriöistä puhutaan silloin kun oirekäyttäytyminen muistuttaa tyypillisimpiä syömishäiriömuotoja (laihuus- tai ahmimishäiriötä), mutta jokin keskeinen oire puuttuu, kuten esimerkiksi jos nuorella naisella anorexian muut diagnostiset kriteerit täyttyvät, mutta hänellä on kuukautiset. Epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisimpiä syömishäiriöiden muotoja ja on arvioitu, että jopa noin 5-10 prosentilla nuorista esiintyy nuoruudessaan epätyypillistä syömishäiriökäyttäytymistä ja puolet hoitoon ha-

keutuvista sairastaisi juuri tätä syömishäiriömuotoa. (Keski-Rahkonen ym. 2010, 23; Suokas & Rissanen 2011, 362.)

Tavallisin epätyypillinen syömishäiriön muoto on ahmintahäiriö, eli BED (Binge eating disorder), joka muistuttaa ahmimishäiriötä (bulimia nervosaa). BED:iin liittyy usein toistuvia ahmintakohtauksia, jota ei seuraa oksentaminen tai muita tyhjentäytymiskeinoja. BED aiheuttaa voimakasta psyykkistä ahdistusta, masennusta ja häpeää. Hoitamattomana BED johtaa usein vaikea-asteiseen lihavuuteen ja on arvioitu, että noin viidenes lihavuuden vuoksi hoitoon hakeutuvista sairastaisi kyseistä sairautta. Ahmintahäiriöisten on havaittu epäonnistuvan useammin laihdutusyrityksissään, heillä on suuria painonvaihteluita ja he kärsivät muita ylipainoisia enemmän mielenterveyden ongelmista. Ahmintahäiriö on usein muiden syömishäiriöiden tapaan pitkäkestoinen ja sen kulku on aaltoilevaa. Toipumisennusteista on vielä vähän tietoa, mutta lihavuuden tiedetään lyhentävän eliniän ennustetta. (Suokas & Rissanen 2011, 362.)

3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA SYÖMISHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVIEN KUNTOUTUKSESSA

3.1 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa keskiössä on ajatus siitä, että keho ja mieli ovat yhdessä kokonaisuus, toimien vuorovaikutuksessa keskenään myös ympäristön kanssa. Kehon tuntemukset vaikuttavat mieleen sekä ajatuksiin ja toisaalta taas ajatukset ja tunnetilat tuntuvat tuntemuksina kehossa, vaikuttavat liikkumiseen sekä kokemukseen kehosta. Tunteiden tukahduttaminen ja ahdistus voivat esimerkiksi lisätä lihasjännitystä kehossa, ilmentyen hengityksen pidättämisenä tai pinnallisena hengityksenä. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on ihmisen toimintakyvyn edistäminen kokonaisvaltaisesti ja tavoitteet määräytyvät asiakkaan voimavarojen sekä elämäntilanteen mukaan. Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen ja työskentelyssä pyritään ohjaamaan asiakasta kehollisuuden kokemiseen ja tuntemiseen, sekä sitä kautta sen hyväksymiseen. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat esimerkiksi kehotietoisuusharjoitukset, rentoutusmenetelmät, pehmytkuduskäsittelyt sekä harjoitukset vuorovaikutuksen vahvistamiseksi. Fysioterapiassa merkittäviä asioita ovat myös hengitys, asentojen sekä liikkeiden nostamien tunteiden, ajatusten sekä kokemusten merkitys. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265-266; Herrala, Kahrola & Sandström 2010, 58, 66, 74-75; Psyfy 2013.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa kuntoutujaa autetaan tiedostamaan kehonsa viestejä, joiden kautta hän pääsee kosketukseen omiin tunteisiinsa. Fysioterapiassa voidaan käsitellä asioita kehomuistista, joko löytämällä yhteys kehomuistin ja tietoisuuden välille tai käsittelemällä asiat ainoastaan kehollisesti. Tiedostamattomat kokemukset kehomuistissa tai alitajunnassa saattavat aiheuttaa häiritseviä tuntemuksia ja tilanteita. Kun tällaiset kokemukset nousevat tietoisuuteen käsiteltäviksi tai ne käsitellään ainoastaan kehollisesti, keho voi päästää näistä kokemuksista irti. Tämän jälkeen ihminen voi oppia uudenlaisia käyttäytymismalleja arkeen eikä vanhat kehomuistot vaikuta enää käyttäytymiseen. Fysioterapian arvioinnissa merkittävintä on asiakkaan oma kokemus muutoksista itsessään sekä elämänhallinnan kehittymisestä. (Talvitie ym. 2006, 266; Herrala ym. 2010, 29-32, 53, 71, Psyfy 2013.)

Psykofyysinen fysioterapia on nimenomaan lähestymistapa, jolle on ominaista ihmisen kohtaaminen hänen tilanteeseensa katsomatta. Ihminen kohdataan kokonaisuutena riippumatta siitä, millaisia ongelmia hänen toimintakyvyssään on. Tämä lähestymistapa soveltuu niin neurologisille kuntoutujille, kipupotilaille, tuki- ja liikuntaelin vaivoista kärsiville, työuupumusta, stressiä tai mielenterveysongelmia sairastaville kuin syömishäiriöiden kuntoutuksessa. Kohtaamisen kannalta tärkeää on vuorovaikutuksellisuus. Jotta fysioterapeutti kykenee vuorovaikutukseen ja ihmisen kohtaamiseen, edellyttää se hänen oman itsetuntemuksensa kehittymistä, mikä on myös edellytys psykofyysisen fysioterapian lähestymistavan onnistumiselle. Psykofyysisessä fysioterapiassa voidaan hyödyntää psykoterapeuttista lähestymistapaa, joka soveltuu erityisesti silloin kun on kyse kuntoutujista, joilla on esimerkiksi psykosomaattisia oireita tai psykiatrinen sairaus. (Talvitie ym. 2006, 265-266, 285.)

3.2 Syömishäiriötä sairastavien kuntoutujien fysioterapia

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin työryhmä on maininnut lasten ja nuorten syömishäiriöiden käypähoitosuosituksissa, että potilasta hoitavaan työryhmään tulisi kuulua myös fysioterapeutti (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013.) Syömishäiriökuntoutujan fysioterapia perustuu lähinnä psykofyysiseen fysioterapiaan sekä ohjaukseen ja neuvontaan. Fysioterapian avulla pyritään saamaan syömishäiriökuntoutujalle positiivisia kokemuksia omasta kehosta sekä lisätä tyytyväisyyttä omaa kehoa kohtaan. Fysioterapeutti auttaa kuntoutujaa löytämään keinoja, joilla usko itseän ja omiin kykyihin vahvistuu. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 433, 446.)

Syömishäiriökuntoutujan fysioterapian tulisi keskittyä realistisen kehonkuvan uudelleen rakentamiseen. Kuntoutujan tulisi tiedostaa heikkenevä ruumiintila sekä valmistautua painon lisäyksen myötä muuttuvaan kehoon ja sen mukanaan tuomiin tunteisiin. Keskeistä fysioterapiassa on tutustuminen omaan kehoon ja pikku hiljaa sen hyväksymiseen. Aikuistuvan kehon hyväksyminen on myös keskeistä. Jos kuntoutujalla on historiassaan negatiivisia kokemuksia kehostaan, positiivisten kehontuntemusten aikaansaaminen on erityisen haastavaa. Fysioterapiassa tärkeää on myös kuntoutujan hyperaktiivisuuden, impulssien ja kehon jännityksen hillitseminen. (Probst ym. 2013, 3-4.)

Fysioterapeutti Mikko Patovirran (2013, 9) mukaan fysioterapian tarkoitus on nostaa kuntoutuja tietoisiksi sairauteen liittyvistä ongelmista niin kokemuksellisesti kuin psyykoedukatiivisesti. Kehollisuuden merkitys on tarjota kuntoutujalle mahdollisuus aistia ja havainnoida esiin nousevia tuntemuksia. Syömishäiriökuntoutuja on samalla sekä tekijä että kohde havainnoissaan omaa kehoaan ja sen toimintaa. Samalla hän tulee tietoisiksi omista ajattelumalleistaan, jotka saattavat näyttäytyä myös hänelle itselleen epärealistisina. Probst ym. (2013, 5) vahvistaa, että oman kehon ja ongelmien kohtaaminen voi olla kuntoutujalle todella vaikeaa, mitä fysioterapeutin täytyy muistaa kunnioittaa. Fysioterapeutin tulee kannustaa kuntoutujaa ilmaisemaan harjoituksiin liittyviä tunteita, jolloin hän voi oppia huomaamaan tunteiden muutoksia ja käsittelemään tunteita myös muualla kuten psykoterapiassa.

Syömishäiriökuntoutujan fysioterapia sisältää erilaisia harjoitteita liittyen kehotietoisuuteen, hengitykseen, rentoutumiseen, liikkeen kokemiseen sekä vuorovaikutuksellisuuteen. Fysioterapiaan kuuluu myös erilaiset kosketushoidot, hieronta sekä kivunhoito. Havainnointiharjoitukset, joissa voidaan käyttää peiliä, valokuvaamista sekä piirroksia tukevat realistisen kehonkuvan vahvistamista. Tärkeä osa fysioterapiaa on myös kuntoutujan ohjaus ja neuvonta, eli psyykoedukatiivisuus.

3.2.1 Tietoisien aistimisen harjoitteet

Probst ym. (2013) käyttää nimitystä *tietoisien aistimisen harjoitteet* (Sensory awareness) harjoitteista, joista voidaan käyttää myös termejä kehotietoisuusharjoitteet tai ruumiintuntemusharjoitteet. Lähtökohtaisesti kaikissa näissä harjoitteissa tarkoituksena on kehon oivaltaminen aistien kautta turvallisella tavalla ja sitä kautta lisääntyvä ruumiin hyväksyminen. Harjoitusten tavoitteena voi myös olla ahdistuksen ja masennuksen lievittyminen. Harjoitteet voivat liittyä liikkeen, vireystilan, kehon jännittyneisyyden tai kehon rajojen ja koon tunnistamiseen. Harjoitteissa kiinnitetään huomiota tähän hetkeen ja tietoiseen läsnäoloon. Kokemukset, jotka ovat koettu tietoisien läsnäolon tilassa vahvistavat kuntoutujan itsetuntemusta. Fysioterapiassa samoja harjoitteita toistetaan pitkään, jolloin kuntoutuja oppii kokemaan motorisen suorittamisen sijasta mitä harjoitteessa aistien tasolla tapahtuu. Näissä harjoitteissa korostuvat luottamuksellisen terapiasuhteen, keskittymisen ja tietoisuuden merkitys, joiden saavuttaminen voi kestää jopa useita kuukausia. On tärkeää, että fysioterapeutilla on omakohtaista kokemusta

kyseisistä harjoitteista, jotta hän kykenee ennakoimaan ja tunnistamaan harjoittelun nostamia tunteita ja reaktioita. (Kaipanen & Kuha-Putkonen 2009, 6; Probst ym. 2013, 7-8.)

Norjalainen psykomotorisen fysioterapian asiantuntija, tutkija, Kolnes Liv-Jorunn (2012) on työssään havainnut anorektikoilla olevan hyvin puutteellinen keho-mieli yhteys. Heillä esiintyy myös hämmennystä, kun on kyse kehollisista tuntemuksista. Anoreksiaa sairastavien kyky sanoittaa ja kuvata kehon tuntemuksia on rajallinen sekä käsitys omasta kehosta ja asennosta on puutteellinen. Hänen potilaansa ovat usein tuoneet esiin sitä, kuinka he eivät kykene tunnistamaan esimerkiksi omia jalkojaan tai eivät tunne seisovansa omilla jaloillaan. Heillä on myös tapana etäännyttää itsensä omasta kehostaan ja he saattavat kokea, ettei heillä ole kehoa ollenkaan. He ovat olemassa ainoastaan omassa päässään. Kehotietoisuusharjoitteiden avulla tietoisuus omasta kehosta vahvistuu ja samalla se saattaa tuoda pintaan hyvinkin vahvoja tuntemuksia. Joskus oman kehon tunteminen vahvemmin voi olla pelottavaa. Tämän vuoksi on tärkeää, että kuntoutujan ja terapeutin välillä vallitsee luottamuksellinen suhde. Lisäksi terapian aikana esiin nousseet tunteet on tärkeää reflektoidaan terapian jälkeen. (Liv-Jorunn 2012, 281, 284.)

3.2.2 Rentoutusharjoitteet

Rentoutumisen harjoittelu on tärkeä osa syömishäiriöpotilaan fysioterapiaa. Rentoutuminen pohjautuu tietoiseen läsnäoloon ja yksilöllisesti arvioituihin menetelmiin, jotka voivat olla aktiivisia rentoutusmenetelmiä, joogaa tai rauhoittumis- ja suggestiomenetelmiä. Rentoutusharjoitteisiin voidaan myös yhdistää esimerkiksi pintalämpöhoitoja samanaikaisesti. Rentoutumisen opettelun ohella harjoitteiden tavoitteina ovat ahdistuksen, masennuksen ja stressin lievittäminen sekä kehon viestien tunnistaminen ja niiden arvostaminen. (Kaipanen & Kuha-Putkonen 2009, 6.)

Anoreksiaa sairastaville usein hyviä valintoja ovat sellaiset rentoutustekniikat, jotka ovat aktiivisia ja kuntoutuja saa itse kontrolloida harjoituksen etenemistä. Tällainen rentoutustekniikka on esimerkiksi Jakobsonin progressiivinen jännitys-rentoustekniikka, joka kehitettiin jo 1900-luvun alussa kuntoutujille, jotka esimerkiksi suhtautuivat kielteisesti lepäämiseen, olivat levottomia ja jännittyneitä. (Talvitie ym. 2006, 278; Probst

ym. 2013, 6.) Menetelmän kehittäjän (Edmund Jacobson) mukaan lihasten rentouttaminen on edellytys sille, että hermosto rauhoittuu. Kyseisessä menetelmässä kuntoutuja vuorotellen jännittää ja rentouttaa eri lihasryhmiä, jotka käydään läpi koko kehosta systemaattisesti edeten. Tärkeää harjoitteessa on se, että kuntoutuja kiinnittää huomiota sekä oppii tunnistamaan jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen eron. Kuntoutujan tullessaan tietoisemmaksi jännittyneisyydestään, hän kykenee vähitellen rentouttamaan itseään paremmin. (Talvitie ym. 2006, 278.)

3.2.3 Hengitysharjoitteet

Liv-Jorunn (2012, 285) on havainnut anoreksiaa sairastavien hengityksen olevan rajoittunutta ja pinnallista. Hengitysrytmi on usein muuttunut siten, että sekä sisään- että uloshengitysvaihe ovat molemmat lyhentyneet. Lisäksi uloshengitysvaihe on usein huomattavan jännittynyt, lähes ”tukossa”. Nämä kaikki vaikuttavat hengityksen säätelyyn, sen rytmiin ja syvyyteen. Kun uloshengitysvaihe on jännittynyt, vapaa ja syvä sisäänhengitys on vaikeaa. Anoreksiaa sairastavat ovat kertoneet, että he eivät ole tietoisia omasta hengityksestään tai että heistä tuntuu kuin he pidättäisivät sitä.

Anoreksiaa sairastavien sekä myös yleisesti muidenkin syömishäiriötä sairastavien rajoittunut hengitys voidaan nähdä osana heidän tunteidensa suojamekanismia. Joskus se saattaa olla jopa heidän tärkein selviytymiskeinonsa ja tapa vältellä tunteita, jotka muutoin olisivat liian voimakkaita. Näin ollen rajoittunut hengitys estää tunteiden säätelyä ja ilmaisua samoin kuin kehollisia ilmaisuja, toimintoja ja liikkeitä. Hengitysharjoituksilla voidaan lähteä varovaisesti purkamaan suojamekanismeja, joka auttaa omien tunteiden tiedostamisessa ja niiden tasapainottamisessa. Ne voivat antaa lisää selviytymiskeinoja anoreksiaa vastaan kamppailussa. (Liv-Jorunn 2012, 285.)

Hengityksen rentouttaminen tulee tehdä aina varovaisesti ja ajan myötä. On tärkeää, että potilas kokee terapiassa etenemistahdin miellyttävänä. Hengityksen vapauttaminen saattaa edesauttaa myös rentoutumista, vähentää lihasjännitystä ja vaikuttaa positiivisesti potilaan kokemukseen omasta itsestään. Jos hengityksen vapauttaminen etenee liian nopeasti, se saattaa vahvistaa negatiivisia tunteita ja kokemuksia, kuten ahdistusta, masennusta ja pakonomaisuutta. (Liv-Jorunn 2012, 285.) Hengitysharjoitusten päämäärä ei ole kuitenkaan ainoastaan hengityksen säätely vaan oppiminen oman kehon kuunteluun

ja tunnustelemiseen, mikä syömishäiriökuntoutujien fysioterapiassa on ensiarvoisen tärkeää. (Probst ym. 2013, 6.)

3.2.4 Kosketus ja hieronta

Kosketus viestittää huolenpidosta. Jo varhaisessa vuorovaikutuksessa kosketuksella on tärkeä rooli lapsen kehityksessä. Yhteys minän ja ulkomaailman välillä syntyy kosketuskokemuksen kautta. Varhaisten vaiheiden kosketuskokemukset vaikuttavat siihen, kuinka ihminen kokee koskettamisen myöhemmin elämässään. Myönteisen ruumiinkuvan kehittymisen taustalla ovat positiiviset kokemukset koskettamisesta. (Kaipanen & Kuha-Putkonen 2009, 6; Herrala ym. 2010, 71-72.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa kosketus ja hieronta ovat hyvin tärkeitä elementtejä. Kosketus on nonverbaalista, sanatonta vuorovaikutusta, joka voi edistää kuntoutujan verbaalista tunneilmaisua ja myös vähentää kuntoutujan psykosomaattista oireilua. Jotta ihminen voi antaa toisen koskettaa, tulee hänellä olla myös kyky koskettaa itse omaa ruumiistaan. Ihmisen tulee myös pitää omasta ruumiistaan, jotta koskettaminen voisi tuntua miellyttävältä. Koskettamiseen tulee aina olla toisen lupa, sillä koskettaminen on luottamuksellinen, vuorovaikutuksellinen ja hyvin intiimi tapahtuma. Jos kuntoutuja ei siedä suoraa kosketusta, se voi tapahtua myös esimerkiksi pehmeän pallon välityksellä. (Kaipanen & Kuha-Putkonen 2009, 6; Probst ym. 2013, 6-7.)

Kosketuksen ja hieronnan tavoitteena syömishäiriökuntoutujien fysioterapiassa ovat muun muassa kivun ja jännityksen lievittyminen, ruumiinrajojen tunnistaminen sekä myönteisten ruumiintuntemusten myötä positiivisemmän ruumiinkuvan muodostuminen. Tutkimusten mukaan anoreksiaa sairastavien kortisoli- sekä ahdistustasot laskevat sekä tyytymättömyys omaan kehoon vähenee hieronnan jälkeen. (Kaipanen & Kuha-Putkonen 2009, 6; Probst ym. 2013, 6-7.)

3.2.5 Havainnointiharjoitteet

Oman ulkoisen olemuksen havainnointiin liittyvien harjoitusten tarkoitus on vahvistaa kuntoutujan kehotietoisuutta, joka on vastakohta sisäisiä tuntemuksia tiedostaviin har-

joituksiin. Tällaisia harjoituksia ovat muun muassa peiliharjoitukset sekä valokuvia ja videointia hyödyntävät harjoitukset. Tutkittuun näyttöön pohjautuen, syömishäiriökuntoutukseen tulisi sisällyttää peilin kanssa toteutettavia harjoitteita. Peiliharjoitteet ovat käyttäytymiseen pohjautuvia sekä oman kehon hyväksymiseen liittyviä. Niissä harjoitellaan peilin sietämistä ja oman kehon koon tunnistamista sekä sen kieltämisen vähentämistä. (Probst ym. 2013, 7.) Peiliharjoitteissa ohjataan kuntoutujaa tarkastelemaan kehoaan kokonaisvaltaisesti yksittäisten kehonosien tarkastelun sijaan. Kuntoutujaa kehoitetaan tarkastelemaan vartaloaan ei-tuomitsevilla asenteella sekä läsnäolevasti. Harjoitteissa käytetään kokovartalopeiliä. Delinsky & Wilsonin (2006) tutkimuksessa, jossa käytettiin peiliterapiaa osana syömishäiriöiden kuntoutusta, osoitti huomattavia positiivisia tuloksia häiriintyneen kehonkuvan uudelleen rakentamisessa. (Delinsky & Wilson 2006, 108.)

Valokuvien käyttö terapiassa voi olla voimaannuttavaa sekä itsetuntoa vahvistavaa. Valokuvien käytössä terapeutisessa mielessä merkittävää on näkemisen tapa, jolla kuvia katsotaan. Kuntoutuja voi esimerkiksi valita kuvan itsestään lapsena sekä aikuisena tai nuorena-aikuisena. Hänet voidaan myös kuvata nykyhetkessä siten, millaisena hän halua itsensä nyt nähdä. Tärkeää menetelmässä on, että kuntoutuja löytää itsestään kyvyn tarkastella itseään lempeästi ja rakastavasti. (Jaakkola 2013; Savolainen 2013.)

Fysioterapiassa voidaan käyttää myös piirtämistä yhtenä harjoitteena, jossa tarkastellaan kuntoutujan käsitystä ja suhtautumista omaan kehoonsa. Piirtämistä on hyvä käyttää esimerkiksi silloin jos syömishäiriöön sairastuneella ei löydy sanoja tai ne eivät riitä kertomaan, kuinka itsensä kokee. Piirroskuvaa ei ole tarkoitus tulkita sellaisenaan vaan sen pohjalta keskustellaan ja verbalisoidaan asioita. Kuvasta voidaan tarkastella ruumiin rajoja, realistisuutta, mittasuhteita, paperin, kynien ja värien käyttöä sekä piirtämisprosessia. Piirtämisen sijasta voidaan käyttää myös valmiita ihmishahmoja, joihin kuntoutuja saa itse piirtää ja kirjoittaa kehollisia tuntemuksia, joista terapeutin kanssa voi yhdessä keskustella. Piirtämisharjoitus voidaan myös toteuttaa siten, että kuntoutuja maaka paperin päällä ja fysioterapeutti piirtää kehon ääriviivat luonnollisessa koossa paperille ja kuntoutuja voi tähän piirroksen täydentää itse omia tuntemuksiaan kehostaan. (Jaakkola 2013.)

Kehon mittasuhteita ja kehonkuvaa realisoivana harjoitteena käytetään kehon ympäristömittojen mittaamista narun avulla. Tässä harjoituksessa kuntoutuja voi ensin itse arvioi-

da narun avulla sovitun kehon osan kokoa ja tämän jälkeen fysioterapeutti mittaa tämän kehon osan. Mittasuhteiden eroja tarkastellaan yhdessä ja niiden pohjalta keskustellaan kuinka realistisia kuntoutujan käsitykset itsestään ovat. (Probst 2013)

3.2.6 Liikunta ja fyysinen aktiivisuus

Syömishäiriökuntoutuksessa on käytetty 1980-luvulta lähtien valvottua liikuntaa osana fysioterapiaa potilaan ravitsemustilan parannuttua. Tavoitteena on lihasvoiman ja itse-tunnon kohottaminen. Psykoedukatiivinen näkökulma liikunnan positiivisiin ja negatiivisiin osa-alueisiin on fysioterapiassa tärkeää, koska anoreksiaa sairastavilla tapahtuu usein pakkoliikkumista ja salaa liikkumista. Kohtuullisen ja kontrolloidun liikunnan avulla voidaan lisätä lihasmassaa, lihasvoimaa sekä lihasten venyvyyttä. Sen avulla voidaan myös auttaa syömishäiriöistä kuntoutuvaa hyväksymään omaa muuttuvaa kehoaan siinä vaiheessa kun paino alkaa nousta. Liikunnalla on tuolloin merkitystä hyvän olon saamiseen. Liikunnalla on myös hoitomyöntyvyyttä lisäävä vaikutus ja se opettaa kuntoutujalle terveyttä tukevaa toimintaa. Levon ja rentoutumisen tulisi kuitenkin säädellä fyysistä aktiivisuutta, sillä levon aikana lihaksia rakennetaan ja elimistö palautuu. Liikunta itsessään voi olla myös keino rentoutua. (Immonen-Orpana 1999, 52; Talvitie ym. 2006, 443, 446; Keskirahkonen ym. 2010, 213, 215, 217; Probst ym. 2013, 8.)

Ravintoaineiden puutostilan vuoksi syömishäiriöisillä on kohonnut riski osteoporoosiin, jota voidaan hoitaa ja ehkäistä liikunnalla. Kohtuullisen määrän tiedetään vahvistavan luustoa, mutta liiallinen fyysinen aktiivisuus, joka on pitkäkestoista ja luustoa rasittavaa, edistää luun haurastumista sekä aiheuttaa muun muassa rasisusmurtumia. Merkittävämpää kuitenkin osteoporoosin tai sen esiasteen osteopenian hoidossa anorektikoilla on painon lisääminen. (Keskirahkonen ym. 2010, 213, 215, 217.)

3.2.7 Ohjaus ja neuvonta

Tärkeä osa syömishäiriökuntoutukseen liittyvää fysioterapiaa on psykoedukaatio kehon toiminnasta, osteoporoosista, stressin siedosta, normaalista fyysisestä aktiivisuudesta sekä painon normalisoitumisesta. Tavoitteena voi olla esimerkiksi, että kuntoutuja ymmärtää terveyden, fyysisen harjoittelun sekä ravitsemustasapainon välisen yhteyden.

Lisäksi psykoedukatiivisen ohjauksen ja neuvonnan tarkoituksena on muuttaa aikaisempia haitallisia tottumuksia sekä parantaa kuntoutujan itsenäistä elämänhallintaa. (Kaipanen & Kuha-Putkonen 2009, 6; Probst ym. 2013, 10; Talvitie ym. 2006, 178.)

Terveysneuvonnassa fysioterapeutti käsittelee kuntoutujan sairautta koskevaa tietoa, antaa tähän liittyen ohjeita sekä keskustelee niiden merkityksestä ja toteuttamisesta. Ohjaus ja neuvonta perustuvat luottamukselliseen ja hyväksyvään vuorovaikutukseen fysioterapeutin sekä kuntoutujan välillä. Kuntoutujaa tulee ohjata lempeästi, mutta kuitenkin määrätietoisesti hoitotavoitteiden suuntaiseen ajatteluun ja toimintaan. (Talvitie ym. 2006, 178-179; Kaipanen & Kuha-Putkonen 2009, 6.)

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUS

4.1 Tarkoitus ja tavoite

Kehittämistehtävän tarkoitus on selvittää syömishäiriötä sairastavien kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta. Kehittämistehtävän tavoitteina on tuoda esille psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuutta syömishäiriöiden kuntoutuksessa sekä tarjota fysioterapeuteille tietoa fysioterapiamenetelmistä, joista syömishäiriöistä kuntoutuvat ovat saaneet eniten hyötyä. Tavoitteena on myös tehdä psykofyysistä fysioterapiaa tunnetummaksi syömishäiriöiden hoidon piirissä ja vakuuttaa hoitavia tahoja siitä, että fysioterapialla on paikkansa syömishäiriöiden kuntoutuksessa. Tavoitteisiimme kuuluu myös oman tiedon lisääntyminen sekä syventyminen aiheesta.

4.2 Kehittämistehtävän toteutus

Saimme kehittämistehtävän aiheen Tamperelaiselta fysioterapia-alan yritykseltä Bodymind Oy:ltä, joka oli antanut tämän aiheen Tampereen ammattikorkeakoulun opettajille eteenpäin vietäväksi. Aihe kiinnostaa meitä molempia, koska työssämme asiakkaina on syömishäiriötä sairastavia nuoria ja aikuisia, jotka ovat yhä kasvava asiakasryhmä. Päätimme yhdessä tarttua aiheeseen, koska kehittämistehtävän tavoite oli mielestämme tärkeä sekä kiinnostusta herättävä.

Aiheen rajaaminen oli toisaalta melko helppoa, mutta osaltaan myös haastavaa. Helppoa oli se, että rajasimme aiheen koskemaan kaikkia syömishäiriömuotoja erittelemättä mitään niistä, kuten esimerkiksi anoreksiaa. Selvää oli myös se, että fysioterapian tuli olla psykofyysistä fysioterapiaa. Tämän voimme varmistaa sillä, että asetimme kyselylomakkeeseen monivalintakysymyksiä, joilla varmistimme fysioterapian sisällön. Kyselyyn vastaajat tulivat kaikki Bodymind Oy:n asiakkaista, joten jo tämän perusteella oli tiedossa, että kyseessä oli psykofyysistä fysioterapiaa saaneita asiakkaita. Työn alkuvaiheissa mietimme, että keräisimme tietoja myös esimerkiksi Helsingin alueen toimipaikkojen kautta. Rajasimme kuitenkin kyselyn koskemaan pelkästään Bodymind Oy:n asiakkaita, koska kehittämistehtävän resurssien (aika) puitteissa ei ollut mahdollista toteuttaa kyselyä laajemmalle asiakaspiirille. Meille syntyi kuitenkin ajatus siitä, että työemme

voisi toimia pilottitutkimuksena, jota voisi toteuttaa Suomessa eri paikkakunnilla. Tässä voisi olla eri ammattikorkeakoulun opiskelijoille opinnäytetyön aihe, jonka pohjalta saisi kerättyä kokemusnäyttöä eripuolilta Suomea.

Valitsimme kehittämistehtävän aiheen heti erikoistumisopintojemme ensimmäisellä kontaktijaksolla tammikuussa 2013. Aiheen valinnan jälkeen ideoimme, keskustelimme ja annoimme aiheen kehittyä mielessä. Huhtikuussa aloitimme teoreettisen viitekehyyksen kirjoittamisen, täsmensimme kehittämistehtävän tavoitteen ja tarkoituksen, suunnitelimme tulevaa aikataulua sekä aloitimme suunnittelemaan kysymyksiä kyselylomakkeeseen. Kysymysten asettelussa ja kyselylomakkeen laatimisessa saimme ohjausta ja näkökulmia yhteistyökumppanilta sekä opettajiltamme.

Lähetimme alkukesästä valmiin haastattelulomakkeen 51:lle psykofyysisessä fysioterapiassa käyneelle syömishäiriökuntoutujalle ja saimme heinäkuun loppuun mennessä takaisin 24 vastausta. Aloitimme elokuussa tutustumisen saamaamme vastausaineistoon sekä muun muassa teemoitteluun kirjallisuuden pohjalta. Syyskuussa litteroimme vastausaineiston ja teemoitimme kehittämistehtävän tulokset. Työstimme kehittämistehtävän toteutus ja tulososiota lokakuuhun saakka. Muokkasimme ja täydensimme teoreettista viitekehystä loppukesän ja syksyn aikana aineiston analysoinnin ja raportoinnin rinnalla.

4.3 Tiedonkeruu

Kanasen (2008, 57) mukaan tiedonkeruuvaihe tarkoittaa sitä, että määritellään mitä tietoa tarvitaan ja miten se saadaan. Tarvitsemme kehittämisehtäväämme kokemuksellista tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta, eli aineiston tulee olla laadullinen. Ilmaisultaan tekstiä olevaa aineistoa voidaan kutsua laadulliseksi aineistoksi (Eskola & Suoranta 1998, 15). Haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto käytettynä yksittäin tai rinnan, on laadullisessa tutkimuksessa yleisin tiedonkeruumenetelmä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Kyselylomaketta käytetään haastattelua enemmän sen helppouden vuoksi (Hirsjärvi & Hurme 1985, 14).

Valitsimme lomakemuotoisen kyselyn käytettävissä olevien resurssien (aika) vuoksi, mikä helpottaa aineiston keruuta sekä vähentää kustannuksia kuten matkustuskustannuk-

set. Hyvä puoli valmiilla lomakehaastattelulla muihin haastattelumenetelmiin verrattuna on sen nopeampi analysointi (Hirsjärvi & Hurme 2004, 37). Lisäksi haastattelijan poissaolo vähentää haastattelijan vaikutusta haastateltavaan sekä luottamusta lisää kysymyksen identtinen esittäminen jokaiselle vastaajalle (Valli 2001, 100). Heikkouksia lomakekyselyllä on usein heikoksi jäävä vastausprosentti sekä kysymysten väärinymmärtämisen mahdollisuus sekä epätarkat vastukset. Lomakkeen rakentamisessa tulee kiinnittää huomiota kysymysten pituuteen ja lukumäärään sekä laatimisen aloittamiseen vasta tutkimusongelmien selkeytymisen jälkeen, jotta tiedetään minkälaista aineistoa pyritään keräämään (Valli 2001, 100).

Kehittämistehtävämme kyselylomakkeen (kts. liite 1) kaksi ensimmäistä kohtaa valitsimme siksi, että pystyimme kartoittamaan, onko tiedonantaja saanut psykofyysistä fysioterapiaa vai esimerkiksi kaksi ohjauskäyntiä liikuntarajoituksen saamiseksi. Tällä halusimme varmistaa, että raportoimme ainoastaan kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta. Toisessa kohdassa on lueteltuna fysioterapiamenetelmiä, jotka valitsimme kartoittamalla alan kirjallisuutta ja joista kokosimme teoreettista viitekehystä kehittämistehtäväämme. Kyselylomakkeessa esiintyvät menetelmät on pyritty sanallistamaan siten, että tiedonantaja pystyy nimeämään omassa fysioterapiassaan käytettyjä menetelmiä. Valitsimme menetelmät kyselylomakkeeseen syömishäiriöitä käsittelevän kirjallisuuden perusteella sekä konsultoimme BodyMind Oy:n fysioterapeutteja. Kysyimme lomakkeessa fysioterapiasta koettua hyötyä 7-portaisella Likert-asteikolla. Kyselyn tärkein kohta on kuitenkin kysymys 4, jossa saa avoimesti omin sanoin kertoa kokemuksestaan. Valli (2001, 110-111) nimeää avoimien kysymysten hyväksi puoleksi vastaajien kokemuksen selkeän ilmaisun mahdollisuuden ja huonoksi puoleksi asian vierestä vastaamisen.

Kehittämistehtävämme kysely toteutettiin siten, että vastaajat täyttivät postitse saamansa kyselylomakkeen itsenäisesti kotonaan. Postituksesta vastasi Bodymind Oy. Bodymindin henkilökunta oli yhteistyössä valinnut 51 asiakasta, joille kysely postitettiin. Kyselyyn vastaajat olivat satunnaisesti valittu. Kyselyssä pyysimme vastaajia lähettämään vastauksensa valmiiksi maksetussa vastauskuoressa kyselyn toiselle toteuttajalle. Vastauskuorella varmistimme vastaajien anonyymiuden. Saimme 24 vastausta takaisin.

4.4 Analysointimenetelmä ja eettisyys

Laadullisen aineiston analyysitapoja on useita ja niitä kehitellään jatkuvasti (Eskola & Suoranta 1998, 159). Teemoittelu tarkoittaa laadullisen aineiston ryhmittelyä siinä esiintyvien aihepiirien mukaan eli aineistosta nostetaan esiin erilaisia teemoja, jotka valaisevat tutkimusongelmaa ja joiden esiintyvyyttä aineistossa voidaan vertailla (Eskola & Suoranta 1998, 175; Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Eskola ja Suoranta (1998, 175) suosittelivat käytettäväksi teemoittelua, sillä tällöin tekstimassasta saadaan esille vastauksia eriytettyihin kysymyksiin. Koska halusimme tuoda esille vastaajien kokemuksia ja toisaalta osoittaa saman suuntaiset kokemukset eri vastaajien välillä, teemoittelu sopi aineistomme analyysimenetelmäksi.

Eskola ja Suoranta (1998, 162) suosittelivat myös vastauksien numerointia jatkokäsittelyä varten, joka olikin ensimmäinen vaihe vastaustemme käsittelyssä. Aluksi kävimme läpi fysioterapiamenetelmien käytön vastausten perusteella ja totesimme kaikkien vastaajien saaneen psykofyysistä fysioterapiaa. Hyväksyimme jokaisen vastauksen osaksi kehittämistehtäväämme. Tarkentavissa kysymyksissä kartoitimme saatua fysioterapian määrää sekä fysioterapian koettua vaikuttavuutta Likert-asteikolla, joista teimme tulososioon ympyrä- ja pylväsdiagrammit selkeyttämään tulosten lukua.

Luimme avoimet vastaukset läpi useita kertoja ja aloimme huomata toistuvia teemoja niissä, jonka jälkeen litteroimme ja lajittelimme vastauksia teemoittain. Teemat muutuivat ja muotoutuivat litteroinnin myötä, kunnes olimme vakuuttuneita siitä, että jokainen teema on perusteltu aineiston pohjalta ja olimme saaneet kyselyn tulokset, jotka raportoimme kirjallisesti.

Teemoittelussa on tärkeää, että teoria ja kokemuksellinen tieto lomittuvat tekstissä, jottei raportointi kapeudu pelkäksi sitaattikokoelmaksi. Sitaatteja voidaan käyttää kuvaamaan esimerkinomaisesti aineistoa tai perustelmaan tutkijan tulkintoja (Eskola & Suoranta 1998, 175, 180). Tulosten raportoinnissa toimimme sitaatteja ja teoriaa lomittain esille tukemaan saatuja tuloksia. Sitaatit myös tekivät tekstistä paljon elävämpää.

Eskola ja Suoranta (1998, 180) muistuttavat, että laadullisen aineiston analyysivaiheen luotettavuutta ei voi analysoida samalla jyrkkyydellä kuin määrällistä tutkimusta, koska

tutkija joutuu refleктоimaan jatkuvasti omia ratkaisujaan analyysin kattavuudesta ja luotettavuudesta.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 131) yleistävät ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisyyden perustuvan ihmisoikeuksiin. Osallistujien täytyy voida vapaaehtoisesta päättää tutkimukseen tai kyselyyn osallistumisesta ja heillä tulee olla vapaus keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Heille tulee selvittää tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja riskit sekä kertoa mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkimustiedon pitää olla luottamuksellista eikä tietoja saa luovuttaa ulkopuolisille. Tutkimustietoa käytetään ainoastaan luvattuun tarkoitukseen ja osallistujat säilyttävät anonymiteetin.

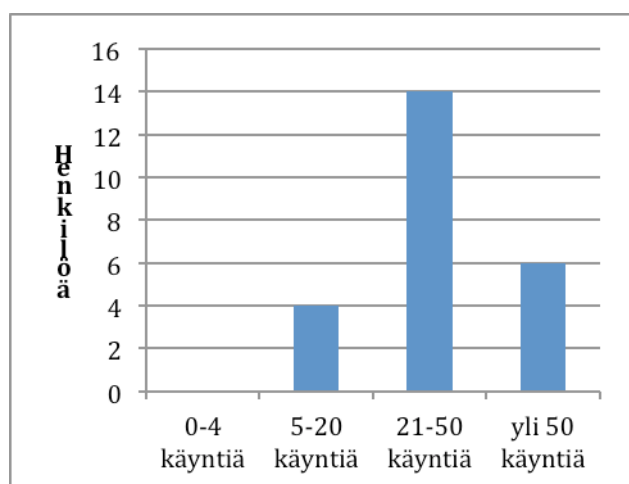
Toimittamamme kyselylomakkeen (liite 1) ensimmäinen sivu antoi osallistujille tarvittavan informaation kyselyyn liittyen. Huomioimme kyselyyn liittyvät eettiset periaatteet koko prosessin ajan ja suojasimme vastaajien anonymiteetin. Kerroimme myös millä tavoin aiomme raportoida kyselyn vastaukset.

5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

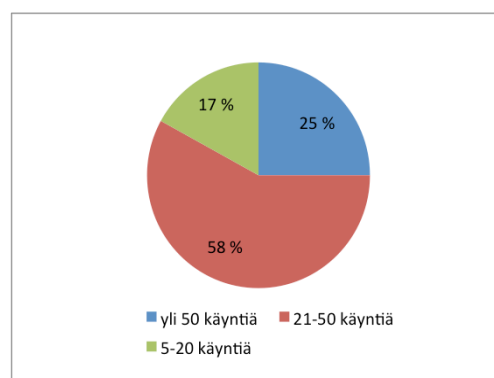
Kyselyyn vastasi 24 syömishäiriötä sairastavaa henkilöä. Tarkentavat kysymykset kertovat saadun fysioterapian määrän sekä koetun hyödyn pylväs- ja ympyrädiagrammein esitettynä. Avoimista kysymyksistä, joilla kartoitettiin kokemuksia fysioterapiasta, nousi vastauksista selkeimmin esiin viisi teemaa. Teemat ovat merkityksellinen terapiasuhte, myönteisemmän ja realistisemmän kehonkuvan uudelleen rakentuminen, usko paranemiseen, arvostus omaa kehoa kohtaan sekä ajatusmallien muuttuminen.

5.1 Fysioterapiakäyntien määrä ja kuntoutujien kokema hyöty

Vastaajista kaikki (24) olivat käyneet psykofyysisessä fysioterapiassa viisi kertaa tai enemmän (kuvio 1). Yli puolet vastaajista (58%) olivat käyneet fysioterapiassa 21-50 kertaa (kuvio 2).



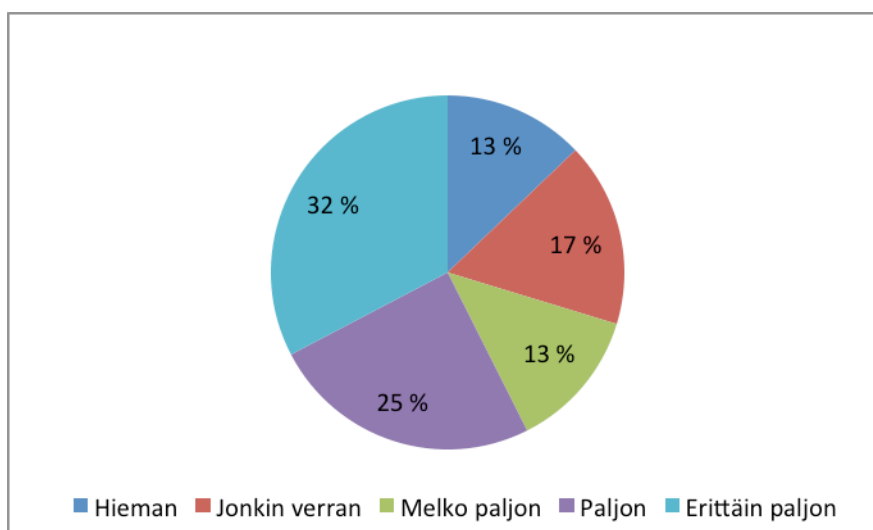
KUVIO 1. Fysioterapiakäyntien määrä



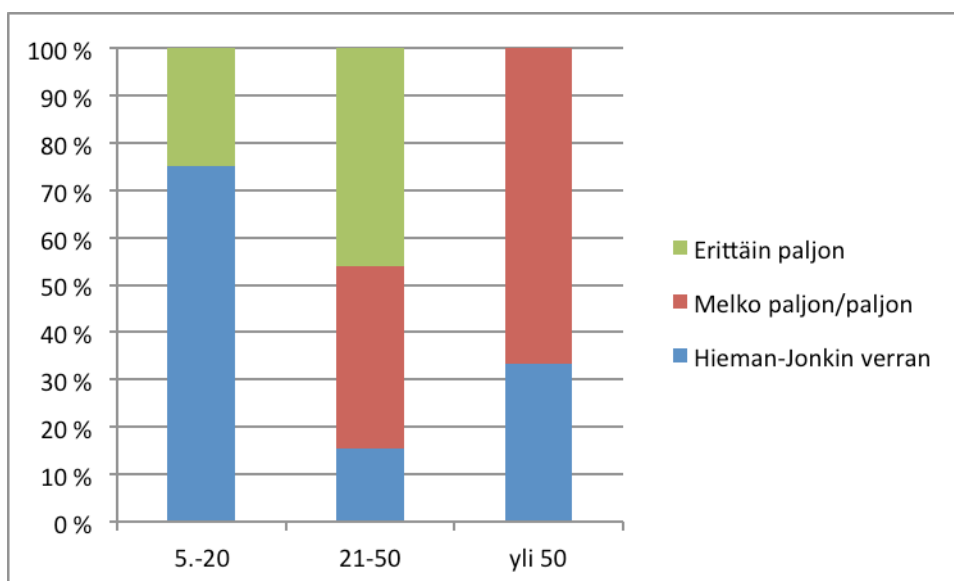
KUVIO 2. Prosentuaalinen jakauma

Likert-asteikolla mitattu psykofyysisen fysioterapian koettu hyöty (katso kuvio 3) jakautuu siten, että kolmasosa vastaajista (32 %) koki saaneensa psykofyysisestä fysioterapiasta erittäin paljon hyötyä. Vastaajista neljäsosa (25 %) oli saanut paljon hyötyä. Yli puolet vastaajista (57 %) koki siis hyötynsä fysioterapiasta paljon tai erittäin paljon. Vastaajista 13 % oli hyötynyt psykofyysisestä fysioterapiasta melko paljon, 17 % jonkin verran ja 13 % hieman. Jokainen vastaaja koki saaneensa psykofyysisestä fysioterapiasta ainakin hieman apua, eikä kukaan (0 %) vastannut ”En yhtään” sarakkeeseen.

Kuviossa 4 on esitetty prosentuaalisesti koettu hyöty fysioterapiasta käyntimäärien mukaan. Koettu hyöty oli suurin 20–50 kertaa fysioterapiaa saaneilla.



KUVIO 3. Koettu hyöty prosentuaalisesti



KUVIO 4. Koettu hyöty käyntimäärien mukaan

5.2 Kokemukset saadusta fysioterapiasta

Kyselylomakkeen viimeinen sekä tärkein kohta oli avoin kysymys, jossa vastaajat saivat vapaamuotoisesti kertoa kokemuksiaan psykofyysisestä fysioterapiasta. Näistä kysy-

myksistä saatuihin vastauksiin perustuvat kehittämistehtävämme tulokset, jotka olemme raportoineet teemoittain.

5.2.1 Merkityksellinen terapiasuhde

Lähes jokainen vastaajista oli kokenut terapiasuhteen fysioterapeutin kanssa merkitykselliseksi. Vastausten perusteella merkityksellinen terapiasuhde muodostuu seuraavista tekijöistä: fysioterapeutin persoonallisuus, kohtaaminen, hyvä vuorovaikutus ja luottamus.

Jotta psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa onnistuu, tulee fysioterapeutilla olla kyky onnistuneeseen vuorovaikutukseen ja kuntoutujan todelliseen kohtaamiseen, mikä perustana on fysioterapeutin itsetuntemus ja persoona. Tällöin kuntoutuja kohtaa yksilön ja persoonan. (Talvitie ym. 2006, 268.) Myös muussa mielenterveyskuntoutuksessa kuten psykoterapiassa tiedetään, että tehokkaan terapian merkityksellisin tekijä on terapeutin persoonallisuus ja se, että hän kykenee luomaan lämpimän ja tukevan terapiasuhteen potilaan kanssa. Tästä aiheesta on raportoinut psykoterapeutti Pirjo Lehtovuori (2003) lisensiaatintyössään.

”Fysioterapeutin luonne oli aivan ihana ja hän osasi sanoa oikeita asioita minulle ja hän elämäkokemuksellaan sai minut suhteuttamaan asioita oikeisiin mittasuhteisiin”

Merkittävää oli vastaajille ollut se, miten he olivat kokeneet tulleeensa kohdatuksi. Vastaajien mukaan fysioterapeutin suhtautumistapa sekä hänen persoonallisuutensa olivat olleet erittäin tärkeät tekijät terapian onnistumisessa. Yksi vastaajista koki, että nimenomaan fysioterapiassa hänet kohdattiin kokonaisuutena. Talvitie ym. (2006, 266) vahvistavat sitä, että kuntoutujalle on todella tärkeää se, miten hän kokee tulleeensa terapiasuhteessa ymmärretyksi sekä kohdelluksi ja hoidetuksi. Psykofyysisen fysioterapian lähestymistavassa keskeisessä asemassa ovatkin juuri kuntoutujan kohtaaminen hänen diagnoosistaan tai tilanteestaan riippumatta. Kohtaamisessa kahden ihmisen välille muodostuu ikään kuin silta, jonka välillä voi kehittyä ja syventyä keskustelua sekä hyvä terapiasuhde. (Talvitie ym. 2006, 266, 268).

”Fysioterapiassa minua kohdellaan ihmisenä, ei sairaana potilaana, mikä helpottaa luottamusta hoitohenkilöihin.”

”...se, että hän antoi minun olla vielä mieleltäni rikkinäinen, oli hyvä asia.”

Vastauksissa fysioterapeutin avointa ja suoraa, mutta kannustavaa ja tukevaa kommunikointia arvostettiin. Lehtovuori (2003) liittyy potilaiden paranemiskokemuksiin ja autetuksi tulemisen kokemuksiin terapeutin henkilökohtaisista ominaisuuksista hyväksyvyyden, rohkaisevuuden, kunnioittavuuden sekä sen, ettei terapeutti ole liian hiljaa.

”Fysioterapeutti haastaa katsomaan ja pohtimaan asioita itse sen sijaan, että kertoisi vain suoraan oman näkemyksensä sekä asioiden todellisen laidan.”

”Terapeutti ymmärtää, kuuntelee, lohduttaa, kertoo tosiasiat, sanoo kaiken suoraan.”

Vastauksissa mainittiin usein fysioterapeutin persoonalliset piirteet, joista eriteltiin lämpö, empaattisuus, aitous, huumori ja suoruus. Lehtovuori (2003) toteaa psykoterapiassa hoitotulokseen myönteisesti vaikuttaviksi terapeutin persoonallisuuden piirteiksi henkisen hyvinvoinnin, emotionaalisen lähestyttävyyden ja ymmärryksen, empaattisuuden, turvallisen terapiasuhteen luomisen kyvyn, joustavuuden sekä herkkyyden, lämmön ja aitouden. Osa vastaajista kertoi, että fysioterapiassa on ollut tärkeä löytää oikeanlainen tunnelma ja rakentaa luottamus terapeutin ja kuntoutujan välille.

”Kun fysioterapeutti oli vieressä, epävarmuuden sai jakaa, joka mahdollisti sen, että ylipäättään miettiminen oli turvallisen tuntuista.”

Koska oman kehon tutkiminen ja tunnustelu voi olla hyvinkin haastavaa, on tärkeää, että kuntoutujan ja terapeutin välillä vallitsee luottamuksellinen suhde (Liv-Jorunn 2012, 281, 284). Luottamuksellisessa terapiasuhteessa osa vastaajista koki voineensa keskustella hyvinkin vaikeista asioista ja lähestyä ongelmiaan turvallisesti. Yksi vastaaja kertoi puhumisen olleen helpompaa, kun fysioterapiassa pystyi rentoutumaan samalla kehollisten harjoitusten avulla. Muutama vastaaja toi esille fysioterapian rennomman luonteen, sitä ei koettu hoitomuotona yhtä viralliseksi kuin esimerkiksi lääkärissä käyntiä.

”Helppo kertoa avoimesti myös niistä asioista joista muualla vaikenen tai häpeilen, ehkä juuri siksi, että koen, että hän (fysioterapeutti) ymmärtää ja hyväksyy minut silti, näkee sairauden ja minut ”erillisinä” paremmin kuin muualla tehdään.”

Yksi vastaajista koki puhumisen olleen kaikkein tärkein fysioterapian anti.

5.2.2 Realistinen kehonkuva

Lähes jokaisessa vastauksessa toistui se, kuinka fysioterapia on tukenut realistisemmän kehonkuvan muodostumista. Probst ym. (2013) mukaan fysioterapian pitäisikin keskittyä juuri realistisen kehonkuvan uudelleen rakentamiseen.

”Ensimmäiset fysioterapiakokemukseni olivat silmiä avaavia, sillä niissä ymmärsin ensimmäistä kertaa oman laihuuteni...ymmärsin fysioterapiassa hyvin nopeasti oman kehoni rajat, jotka olivat kuitenkin ehtineet olla hukassa jo useita vuosia, ennen kuin kukaan auttoi konkretisoimaan niitä.”

Osa vastaajista kertoi huomanneensa fysioterapiassa, kuinka vääristynyt oma kehonkuva oli. Myös Probst ym. (2013) sekä Liv-Jorunn (2012) tuovat ilmi, että syömishäiriöissä kehonkuvan häiriintyminen tai puutteellisuus ovat hyvin yleisiä oireita.

”En halunnut fysioterapeutin tajuavan kuinka ”lihava” oikeasti olen. Mutta tajusin ajatteluni olevan vääristynyt silloin, kun piirsimme muotokuvani paperille. Oman kehon rajat eivät olleetkaan sellaiset kuin kuvittelin ja sain tähän oikeanlaisempaa käsitystä kehostani.”

Konkreettiset harjoitteet auttoivat lähes kaikkia vastaajia hahmottamaan kehonsa todellista kokoa. Yksi vastaajista tähdensi, että anoreksiaa sairastavalle ei riitä, että auktoriteetti kertoo vyötärön olevan liian kapea tai painon alhainen, vaan se täytyy itse konkreettisesti tajuta. Myös muut vastaajat tukivat kokemusta siitä, että tehokkaita harjoitteita olivat konkreettiset kehon koon havainnollistajat välineen avulla, esimerkiksi narulla, peilin avulla ja piirtämällä. Muutama vastaajista oli sitä mieltä, että nämä olivat kaikista tehokkaimpia harjoitteita.

”Kehonkuvaharjoitteet (oman kehon ääriviivojen piirtäminen, lantion ympäröyksen arvioiminen verrattuna todelliseen tulokseen jne.) olivat ehdottomasti toimivin hoitomuoto.”

5.2.3 Ajatusmallien muuttuminen

”Jo ensimmäisen käynnin jälkeen huomasin muutoksia ajatuksissani.”

Vastauksissa tuli esille useasti sairaan minän ja terveen minän välinen vuoropuhelu, missä rooleja sairastuneen on usein vaikea erottaa toisistaan. Charpentier (2012) kertoo sairautta tukevan ajattelun ohjaavan syömishäiriötä sairastavan toimintaa. Tämä tulee esiin erityisesti sairauden vakavassa vaiheessa, jolloin hän tarvitsee ulkopuolista tukea niin kauan kun hän itse ei kykene erottamaan sairasta ja tervettä ajattelua toisistaan. Vastaajien mukaan fysioterapeutti toimi usein kyseenalaistajana sairauden tuomille ajatuksille ja sai osan vastaajista kyseenalaistamaan omia ajatuksia, jotka kuvailtiin vastauksissa esimerkiksi sairaiksi tai mustavalkoisiksi.

”Fysioterapia auttoi hahmottamaan, mitä kaikkea sairaus oli tuonut elämäni ja mikä oli minua itseä/inhimillisiä tapoja toimia sekä löytämään niiden välinen raja, ainakin jossain määrin.”

”Joskus rajukin herättely hölmöistä ajatusmalleista sai tajuamaan syömishäiriön tyhmyden. Mieli kipeänä ei osaa suhteuttaa asioita.”

Muutama vastaaja kuvasi kuinka erilaiset keholliset harjoitteet toivat kokemuksen hetkistä ilman sairauden mukana tuomia ajatuksia. Rentouden oppiminen ja rentoutusharjoitukset antoivat hengähdystaukoja arkeen tai osastojaksolle. Lisäksi keholliset ahdistuksenhallintakeinot koettiin tehokkaiksi.

”...harjoituksen jälkeen tuntui kuin olisi vapautunut kaikista sairauden tuomista inhoitavista ajatuksista.”

5.2.4 Arvostus kehoa kohtaan

”Vaikka mieleni ei aina jaksaisi olla tässä kehossa, on tajuttava mielen ja kehon olevan yhtä ja että kehoa tulee kunnioittaa – onhan se sentään meidän ainoa kehomme.”

Probst ym. (2013) esittävät, että fysioterapiassa keskeistä on omaan kehoon tutustuminen ja pikkuhiljaa sen hyväksyminen. Vastauksissa kävi ilmi, että fysioterapiassa on koettu kehoon tutustumisen ja hyväksymisen lisäksi arvostusta sitä kohtaan.

”Myös armollisuus omaa itseä ja kehoa kohtaan kasvoi hurjasti”

”Terapia on saanut minut ymmärtämään kuinka tärkeä oma kehoni on. Ja että siitä täytyy pitää huolta, sitä täytyy arvostaa ja myös kuunnella”

Vastaajien mukaan psykoedukaatio on ollut yksi tekijä, joka on lisännyt arvostusta omaa kehoa kohtaan. Vastaajat ovat saaneet tietoa kehonsa toiminnasta, mikä on auttanut kehon ainutlaatuisuuden oivaltamista. Patovirta (2013) tähdentää, että fysioterapiassa tulisi tehdä kuntoutuja tietoiseksi sairauden mukanaan tuomista ongelmista niin kokemuksellisesti kuin psykoedukatiivisestikin.

5.2.5 Usko paranemiseen

Vastauksista nousi esiin vahvasti paranemismotivaation syntyminen ja usko siihen, että paraneminen on mahdollista.

”Fysioterapia avasi...pohtimaan, olisiko toipuminen mahdollista minulle.”

Tuloksissa ei käy ilmi, miksi tai mikä fysioterapiassa on herättänyt uskon paranemisesta, mutta teemana se on vahva. Yksi vastaajista kertoi huomanneensa jokaviikkoisen fysioterapian jälkeen, että mieli oli virkeämpi ja elämään oli tullut uutta potkua. Syli ry:n (2013) mukaan paranemiseen tarvitaan vahvan paranemismotivaation lisäksi ammattiapua. Vastauksissa korostui se, että fysioterapia on ollut herättämässä paranemismotivaatiota, jota ei ehkä ollut ennen terapiajaksoa. Talvitien (2006, 85) mukaan moti-

vaation herääminen edellyttää sitä, että aiottu toiminta on merkityksellistä, tärkeää ja mielekästä kuntoutujalle.

”Viikottainen tapaaminen terapeuttini kanssa aina vain paransi haluani tulla terveeksi. Ilman fysioterapiasta saamaani apua en uskoisi ikinä pääseväni tästä kauheasta sairaudesta eroon”

”Koen että, juuri fysioterapia on ollut avain toipumiseeni ja kaikki se, mitä olen siitä saanut on korvaamattoman tärkeää”

6 YHTEENVETO TULOKSISTA JA JOHTOPÄÄTÖKSISTÄ

Yli puolet vastaajista koki saaneensa fysioterapiasta paljon tai erittäin paljon hyötyä. Vastaajat ovat kokeneet hyötyvänsä psykofyysisestä fysioterapiasta. Hyödylliseksi ei koettu ainoastaan fysioterapiassa käytettyjä menetelmiä, vaan fysioterapiaa itsessään ja kokonaisuudessaan, sisältäen vuorovaikutuksellisuuden. Talvitie (2006, 266-268) tähdentää juuri vuorovaikutuksen ja kohtaamisen olevan avain psykofyysisen lähestymistavan onnistumiselle. Kyselyn tulosten valossa voimme todeta, että lähestymistapana psykofyysinen fysioterapia on toteutunut onnistuneesti.

Syömishäiriön kuntoutuksessa yksi kuntoutumisen edellytys on vääristyneen kehonkuvan realisoituminen ja kyselyn tuloksissa menetelmistä tehokkaimmaksi koettiin oman kehon koon ja rajojen konkretisoivat harjoitteet, kuten naru- ja kehonpiirrosharjoitteet. Tämä kysely vahvistaa kirjallisuudessa (esimerkiksi Probst 2013 ja Liv-Jorunn 2012) painotettua kehonkuvan realisoinnin ensiarvoisuutta syömishäiriöiden kuntoutuksessa.

Psykofyysisessä fysioterapiassa psykoedukaatio koettiin merkitykselliseksi. Paranemismotivaatio ja kehon arvostus lisääntyivät saadun faktatiedon kautta.

”Olen saanut paljon tietoa vaurioista, joita käytökseni aiheuttaa kehooni. Se on lisännyt motivaatiotani parantumista kohtaan”

Psykofyysisessä fysioterapiassa ihmistä lähestytään kehollisin menetelmin, jonka rinnalla keskustelun merkitys on suuri.

Psykofyysinen fysioterapia auttoi syömishäiriötä sairastavia kuntoutujia ymmärtämään kehonsa toimintaa tiedon tasolla sekä kokemaan kehoaan. Kehon koon harjoitukset, tieto kehon toiminnasta sekä kokemukselliset kehoarjoitteet auttoivat kuntoutujia huomaamaan kehonsa todellisen tilan, joka herätti sairaudentunnon sekä tarpeen parantua eli motivaation. Talvitie ym. (2006, 86) tiivistää kuntoutukseen liittyviä motivaatiotutkimuksia ja toteaa, että kuntoutumisen tuloksellisuutta ja sitoutumista siihen ennustavat kuntoutujan omat uskomukset terveydestään ja paranemisestaan. Lisäksi motivaatio lisää ihmisen toimintaa ja käyttäytyminen muuttuu tavoitteeseen pyrkiväksi (Talvitie ym. 2006, 85), eli tässä tapauksessa kohti toipumista.

Fysioterapiassa kuntoutujan tekemät oivallukset itsestä herättivät seuraavia tunteita, kuten huolestuneisuus, lempeys, hyväksyminen, armollisuus, usko, toivo ja arvostus. Erilaiset tunteet aiheuttivat positiivista muutosta niin ajatuksissa kuin käyttäytymisessä kehoa kohtaan sekä usko paranemiseen syntyi ja vahvistui.

”Fysioterapia on ollut aina sellainen hengähdystauko, siellä on ollut aina lupa levätä ja päästää irti. Itseasiassa väsyin miltei joka kerta rentoutuessani niin että olisin halunnut jäädä nukkumaan sinne... Silloin tajusin kuinka ylikierroksilla olen ja kuinka huonosti kohtelen itseäni kun en ole antanut itseni levätä. Oman kehon kuuntelu ei ole niin vaikeaa, mutta se että luottaa omaan kehoonsa ja sen hätähuutoihin... Se vasta vaikeaa onkin. Tämänkin opin fysioterapiassa.”

7 POHDINTA

Vastauksissa korostui fysioterapeutin persoonallisuus ja luonne, mikä laittoi meidät pohtimaan terapeutin merkittävää roolia. Se, että fysioterapeutti antoi itsestään aitona persoonana ja toimi kanssakulkijana, koettiin vastauksissa yleisesti tärkeäksi. Teoreettisessa viitekehyksessä olemme vain sivunneet aihetta, sillä kehittämistehtävässämme käyttämässä fysioterapiakirjallisuudessa se ei noussut esille erityisen selkeästi, emmekä ehkä osanneet kiinnittää siihen niin paljon huomiota. Aihetta ei oltu myöskään mainittu kyselylomakkeessa ja näin ollen teeman merkityksellisyys tuli meille yllätyksenä. Tämän kehittämistehtävän myötä olemme tajunneet, mikä merkitys vuorovaikutuksellisuudella on fysioterapiassa ja mitä se konkreettisesti tarkoittaa. Koemme tämän oivalluksen erittäin tärkeäksi ammatillisen kasvun kannalta. Tajusimme, että nimenomaan tästä on kysymys psykofyysisessä fysioterapiassa. Toki toisena tärkeänä osana ovat harjoitteet ja fysioterapeuttiset menetelmät, mutta ne heräävät eloon vasta aidossa vuorovaikutuksellisessa terapiasuhteessa. Tämän vuoksi käytimme tulos- ja johtopäätösosioissa psykoterapiakirjallisuutta, koska siellä vuorovaikutuksellisuutta on tutkittu ja tulokset ovat yhdensuuntaiset kehittämistehtävämme tulosten kanssa.

Tuloksissa ja kokemuksissa korostui ulkoa ohjautuva kehon koon ymmärtäminen ja ”järjen päähän takominen”. Toki vastauksissa kuvailtiin myös rentoutumisen tiedostamista, tunteiden heräämistä ja kehomieli-oivalluksia, mutta näitä oli määrällisesti selkeästi vähemmän, kuin ulkoapäin tulevia itseä koskevia havaintoja sekä kehon toimintaan liittyvää tietoa. Pohdimme, että oliko tällaisten sisäisten oivalluksien sanoittaminen tekstiksi asti haastavampaa vai ovatko havainnot ulkoiseen olemukseen liittyen sekä psykoedukaatio helpompi ymmärtää. Terapiajaksot ovat suhteellisen lyhyitä ja kehomieliyhteyden luominen on pitkä prosessi, erityisesti heille, joilla on siinä vakavia häiriöitä, kuten monella syömishäiriötä sairastavalla. Siksi tuntuu hyvin ymmärrettävältä, että tutkimustuloksissa korostuvat enemmän ulkoiseen olemukseen liittyvät harvainnot kuin sisäisen kokemuksen liittyvät

Kyselylomakkeen alussa kartoitimme käytettyjä fysioterapiamenetelmiä, joilla halusimme selvittää oliko vastaaja ollut psykofyysisessä fysioterapiassa. Pohdimme, että ohjasiko tämä monivalintakysymys vastaajia kertomaan avoimessa kysymyksessä fysioterapian sisällöstä kokemusten sijaan. Toki informaatio hyödyllisistä ja vaikuttavista

ta harjoitteista on tärkeää tietoa fysioterapeuteille. Toisaalta onhan kuvailu auttavasta harjoitteesta myös kokemus. Vastausten lukeminen vaati monta lukukertaa, ennen kuin tulokset alkoivat aukeamaan. Vaikka käytettyjä menetelmiä ja fysioterapeuttia kuvailtiin paljon, niin teksteistä alkoi pikkuhiljaa nousta syvemmät teemat.

Avoimen kysymyksen olisimme voineet muotoilla myös toisin, esimerkiksi olisimme voineet kysyä fysioterapian hyödyistä sekä fysioterapiassa oivalletuista asioista. Toisaalta emme halunneet johdatella kertomaan ainoastaan hyödyistä vaan kuntoutujan omasta aidosta kokemuksesta. Jäimme myös miettimään, kuinka luotettavaa oli kysyä Likert-asteikolla koetun hyödyn määrää. Osa vastaajista sanoitti kokemuksiaan siten, että saimme käsityksen, että oivallukset itsestä olivat olleet merkittäviä ja fysioterapian rooli tärkeä. Silti samat vastaajat arvioivat hyötyneensä fysioterapiasta vain hieman.

Vastausprosentin ollessa lähes 50% tarkoittaa sitä, että puolet kyselyn saaneista eivät vastanneet siihen. Jäimme pohtimaan syitä, miksi he ovat jättäneet vastaamatta. Jos joku heistä on jättänyt vastaamatta sen vuoksi, ettei ole kokenut hyötyvänsä fysioterapiasta, olisi ollut mielenkiintoista lukea myös sellaisista kokemuksista. Yksi vastaajista kertoi fysioterapian hyödyttäneen häntä vain vähän, koska sairas ajattelumalli oli ollut vallalla, mikä oli jäänyt fysioterapeutilta huomaamatta.

Kehittämistehtävämme tarkoitus oli selvittää syömishäiriötä sairastavien kuntoutujien kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta, joka toteutui mielestämme onnistuneesti. Saamamme vastaukset olivat kuvailevia ja niiden kirjoittamiseen oli paneuduttu. Mielestämme saavutimme myös asettamamme tavoitteet. Kehittämistehtävämme tulokset puhuvat psykofyysisen fysioterapian puolesta ja ne tarjoavat fysioterapeuteille tietoa vaikuttaviksi koetuista menetelmistä. Psykofyysisen fysioterapian tunnettavuutta syömishäiriöiden kuntoutuksen piirissä lisäämme muun muassa kirjoittamalla kehittämistehtävästämme artikkelin. Oman tiedon ja syvemmän ymmärryksen määrä on lisääntynyt hurjasti ja koemme kasvaneemme ammatillisesti kehittämistehtävän laadinnan myötä.

Pohdimme kehittämissideaksi kyselyn toteuttamista muissa Suomen kaupungeissa, jotta kokemuksia fysioterapiasta saataisiin isommalta joukolta eri puolelta Suomea. Kyselyt voitaisiin toteuttaa fysioterapian perusopinnojen opinnäytteinä ja tähän voisi käyttää

paranneltua versiota meidän kyselylomakkeestamme. Tällöin työemme toimisi pilottityönä aiheelle.

LÄHTEET

- Charpentier P. 2012. Syömishäiriöiden hyvä hoito ja nykykäytännöt. Syömishäiriöliitto. Luettu 10.10.2013. <http://www.syomishairioliitto.fi/arkisto/Seminaari-Helsinki-2012/Pia-Charpentier-hoito.pdf>
- Delinsky, S. & Wilson, G. 2006. Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders* 39; 108.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4.painos. Tampere: Vastapaino.
- Franssila, P. & Wallin, M. 2010. Fysioterapia on potilaan ohjausta. *Fysioterapia-lehti* 5/2010, 5.
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2010. Psykofyysinen ihminen. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. Teemahaastattelu. 3.painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Immonen-Orpana, P. 1999. Fysioterapian mahdollisuuksia anorexia nervosapotilaiden hoidossa. *Kansanterveystieteen julkaisuja* 161:1999. Helsingin yliopisto: Kansanterveystieteen laitos, 52.
- Jaakkola, R. 2013. Kuva, sanat ja symbolit – käsitys ja suhtautuminen omaan kehoon. TAMK luentomateriaali. Luettu 17.9.2013 & 22.10.2013.
- Kaipanen, P. & Kuha-Putkonen, A-K. 2009. Kehittämiskohteena anoreksia nervosapotilaan fysioterapia. *Fysioterapia-lehti* 4/2009, 6.
- Kananen, J. 2008. Kvali: kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketalous.
- Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen R. (toim.) 2010. Syömishäiriöt. Läheisen opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lehtovuori, P. 2003. Psykoterapeuttien kokemuksia ammatillisesta kehityksestä ja henkilökohtaisesta elämästä. *Psykoterapia* 22(3), 178—187. Luettu 30.10.2013 <http://www.psykoterapia-lehti.fi/tekstit/lehtovuori303.htm>
- Liv-Jorunn, K. 2012. Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 16/2012, 281, 285.
- Mikä on häiriintynyttä syömistä? Syömishäiriöliitto – Syli ry. Luettu 10.10.2013. www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot1.html
- Patovirta, M. 2013. Psykofyysinen fysioterapia syömishäiriöön sairastuneiden hoidossa. *Syllinen* 2/2013, 9.

- Probst, M. 2013. Bodyoriented therapy. Luento. 5. Psykomotoriikan kongressi 9.-11.5.2013. Barceloona.
- Probst, M., Majewski, M.L., Albertsen, M.N., Catalan-Matamoros, D., Danielsen, M., De Herdt, A., Duskova Zakova, H., Fabricius, S., Joern, C., Kjölstad, G., Patovirta, M., Philip-Rafferty, S., Tyyskä, E. & Vancampfort, D. 2013. Advances in Eating Disorders: Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice, 2013.
- Psyfy r.y. 2013. Psykofyysinen fysioterapia. Luettu 20.3.2013. <http://www.psyfy.net>
- Psyfy r.y. 2013. Psykofyysinen fysioterapia. Tunne ja ymmärrys voimavaraksi. Luettu 13.6.2013. http://www.psyfy.net/pdf/psyfy_esite.pdf
- Savolainen, M. 2013. Voimauttavan valokuvan menetelmä. Luettu 17.9.2013. <http://www.voimauttavavalokuva.net/menetelma.htm>
- Suokas, J. & Rissanen, A. 2011. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Keuruu: Ota-van Kirjapaino Oy, 346-347, 356-357, 362.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2013. Syömishäiriöt (lapset ja nuoret). Käypähoito. Luettu 7.4.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi33030>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys. 2013. Fysioterapia syömishäiriöpotilaan hoidossa. Luettu 27.11.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix00178>
- Syömishäiriöliitto-SYLI Ry. 2009. Syömishäiriöt – mistä on kyse? Ensitieto-opas syömishäiriöön sairastuneiden lasten ja nuorten vanhemmille. Jyväskylä: Kopijyvä.
- Syömishäiriöliitto-Syli Ry. 2013. Mitä syömishäiriöt ovat? Luettu 20.11.2013. <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/index.html>
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. Uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Toivola, J. 2013. Syömishäiriösairaudet Suomessa. Luettu 26.11.2013. <http://janitoivola.net/2013/11/20/syomishairiosairaudet-suomessa/>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.uuditettu laitos. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

1 (5)

Liite 1. Kyselylomake

**KYSELY FYSIOTERAPIAKOKEMUKSISTASI**

Vastaaminen vie noin 15 minuuttia. Viimeinen vastauspäivä on 10.7.2013.

Olemme fysioterapeutit Katariina Alajoki ja Liisa Karttunen. Opiskelemme psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopintoja Tampereen ammattikorkeakoulussa. Tämä kysely liittyy kehittämistehtäväämme, jonka avulla on tarkoitus kerätä kokemuksia fysioterapian vaikutuksista syömishäiriökuntoutuksessa. Tavoitteena on käyttää tutkimuksemme raporttia fysioterapia-alan kehittämisessä syömishäiriöitä koskien. Käytämme tämän kyselyn vastauksia kehittämistehtävässämme, mutta vastaajien henkilöllisyys ei näy/tule esiin valmiissa raportissa eikä vastaajia pystytä siitä tunnistamaan. Kaikki lähettämämme tiedot hävitetään raportin valmistumisen jälkeen. Sinulla on myös oikeus keskeyttää kyselyyn vastaaminen missä vaiheessa tahansa. Viimeinen kysymys (4.) on tärkein ja toivomme sinun paneutuvan tähän kysymykseen. Kokemuksesi ja vastauksesi ovat meille tärkeitä!

Jos olet alaikäinen, pyydämme huoltajaltanne lupaa osallistumisellesi tähän kyselyyn. Lähetä lupa-anomus allekirjoitettuna vastauslomakkeen mukana kirjekuussa 10.7.2013 mennessä.

Ystävällisin terveisin,

Katariina Alajoki ja Karttunen Liisa

Olen lukenut ylläolevan saatekirjeen ja annan lapselleni luvan osallistua tähän kyselyyn ja tutkimukseen, joka käsittelee kokemuksia fysioterapiasta syömishäiriön hoidossa.

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys

3 (5)

KYSELYLOMAKE FYSIOTERAPIAKOKEMUKSISTA SYÖMISHÄIRIÖIDEN KUNTOUTUKSESSA

(Alajoki K. ja Karttunen L.)

Ikäni on _____

1. Montako kertaa olet saanut fysioterapiaa syömishäiriön hoidossa?
(Rasti yksi vaihtoehto)

0-4 tapaamiskertaa 5-20 tapaamiskertaa 21-50 tapaamiskertaa yli 50 tapaamiskertaa

2. Mitä syömishäiriön hoitoon saamasi fysioterapia on sisältänyt?
(Rastita kaikki sopivat vaihtoehdot)

Hieronta/manuaalinen käsittely Kosketushoidot Kipuhoidot Liikuntaohjaus / -rajoitukset Ohjaus ja tiedonsaanti (liittyen esim. kehon toimintaan, osteoporoosiin,
stressin sietoon, painon normalisoitumiseen)Tiedostavat hengitysharjoitukset Liikkeen kokemista edistävät harjoitteet Vuorovaikutusharjoitukset Vireystilan säätelyä ohjaavat harjoitteet Kehon jännittyneisyyden purkuharjoitteet Rentoutusharjoitukset Kehon koon, painon ja rajojen tunnistaminen Reviiriharjoitukset Havainnointiharjoitteet peilin edessä Oman kehon havainnointia kehopiirroksilla,
valokuvilla tai videoinnilla

Jotain muuta, mitä?

3. Minkä verran koet fysioterapiasta olleen hyötyä syömishäiriöstä kuntoutumisessa?
(Rastita yksi vaihtoehto)

Ei lainkaan

Hieman

Jonkin verran

Melko paljon

Paljon

Erittäin paljon

En osaa sanoa

Miksi?
