



# LAPSUUDESSA KOMPLEKSISESTI TRAUMATISOITUNEIDEN KUNTOUTUKSESSA KÄYTETYT FYSIOTERAPIAMENETELMÄT

TEKIJÄT: Heiskanen Maiju  
Korhonen Karolina

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma			
Työn tekijät Heiskanen Maiju ja Korhonen Karolina			
Työn nimi Lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden kuntoutuksessa käytetyt fysioterapiamenetelmät			
Päiväys	29.10.2014	Sivumäärä/Liitteet	38/3
Ohjaaja Huovinen Marita			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian palveluyksikkö			
Tiivistelmä			
<p>Tämä opinnäytetyö oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kartoittaa millaisia terapiakeinoja fysioterapeutit käyttävät lapsuuden kompleksisista psyykkisistä traumoista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien kuntoutuksessa. Toimeksiantajana oli Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrinen palveluyksikkö. Tutkimuksen tavoitteena oli, että toimeksiantaja pystyy jatkossa hyödyntämään tutkimustietoa omassa työssään ja kehittämään omaa osaamistaan ja käytäntöjään.</p> <p>Lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien kuntoutuksesta ja fysioterapiasta on vähän tutkittua tietoa. On kuitenkin näyttöä siitä, että konversiohäiriöiden, jotka kuuluvat kompleksisen trauman oireisiin, kuntoutuksessa on hyötyä fysioterapiasta. Tutkimuksessa kompleksisista traumoista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien fysioterapiaa lähestyttiin psykofyysisen fysioterapian menetelmien näkökulmasta.</p> <p>Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä yhdessä toisen opinnäytetyöparin kanssa, koska molempien opinnäytetöiden vastaajaryhmä oli sama. Kysely välitettiin viiden yliopistosairaalan sairaanhoitopiirien psykiatrian fysioterapeuteille. Nämä sairaanhoitopiirit olivat Pohjois-Pohjanmaan -, Pohjois-Savon -, Varsinais-Suomen -, Pirkanmaan - sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit. Kyselyyn saatiin yhdeksän vastausta neljästä sairaanhoitopiiristä.</p> <p>Tutkimustuloksista selviää, että lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden fysioterapia ei ole menetelmäkeskeistä, vaan eri menetelmiä ja niiden harjoitteita yhdistetään sekä sovelletaan kuntoutujakohtaisesti. Tärkeimmiksi asioiksi kuntoutuksessa nousee kuntoutujan minäkäsityksen ja kehotietoisuuden vahvistaminen sekä omien rajojen luominen. Myös luottamuksellinen terapiasuhde on tärkeä huomioitava asia fysioterapiassa. Koska tutkimuksessa ei noussut esille uusia menetelmiä, voivat fysioterapeutit luottaa tutkimustulosten perusteella siihen, että heidän käyttämänsä psykofyysisen fysioterapian menetelmät ovat vaikuttavia. Tarvetta olisi kuitenkin laadulliselle tutkimukselle, jonka avulla saataisiin tarkempaa tietoa siitä, miten fysioterapeutit käyttävät psykofyysisiä fysioterapiamenetelmiä juuri tämän asiakasryhmän kuntoutuksessa.</p>			
Avainsanat Kompleksinen trauma, dissosiaatiohäiriö, psykofyysinen fysioterapia, psykiatria			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Physiotherapy			
Authors Heiskanen Maiju and Korhonen Karolina			
Title of Thesis Physiotherapy methods that are used with a rehabilitee who suffers from a childhood complex trauma			
Date	29.10.2014	Pages/Appendices	38/3
Supervisor Huovinen Marita			
Client Organisation /Partner Psychiatric clinic of Kuopio University Hospital			
<p>Abstract</p> <p>This thesis was a quantitative research, the purpose of which was to survey what kind of therapy methods physiotherapists use with a rehabilitee who suffers from a childhood complex trauma and a dissociative disorder. The client for this thesis was the psychiatric clinic of Kuopio University Hospital. The aim of this thesis was that the client can take advantage of research data in their own work and develop their own know-how and practice.</p> <p>There is not much research data about the rehabilitees who suffer from a childhood complex trauma and a dissociative disorder. However, there is some evidence that the rehabilitees who suffer from a conversion disorder, which belongs to complex trauma symptoms, will benefit from physiotherapy. In this thesis complex traumas and dissociative disorders were approached via psychophysical physiotherapy.</p> <p>The research was carried out by means of an electronic questionnaire together with another thesis couple, because both thesis' groups of respondents were the same. The questionnaire was forwarded to psychiatric physiotherapists in five University hospitals districts. These hospital districts were the Northern Ostrobothnia, North Savo, Southwest Finland, Pirkanmaa as well as the Helsinki and Uusimaa hospital districts. Nine responses to the questionnaire were received from four hospital districts.</p> <p>The research shows that physiotherapy for childhood complex trauma is not a method-oriented, but different methods and exercises are combined and applied to the rehabilitee. The most significant factors in rehabilitation is strengthening rehabilitees' own self-perception and body awareness, as well as their own limits. Also, a confidential therapeutic relationship is an important thing to note in physiotherapy. Since we did not come up with new methods, physiotherapists can rely on research data, which shows that the psychophysical methods they are using in physiotherapy, are effective. However, there should be a need for qualitative research that helps provide more detailed information on how the psychophysical physiotherapists use the physiotherapy methods.</p>			
Keywords Complex trauma, dissociative disorder, psychophysical physiotherapy, psychiatry			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	PSYKKISET TRAUMAT JA DISSOSIAATIOHÄIRIÖT .....	7
2.1	Dissosiaatiohäiriöt .....	8
2.2	Lapsuudessa syntyneet traumat.....	12
2.3	Trauman vaikutus kehoon.....	13
3	PSYKOFYYSINEN LÄHETYSMISTAPA FYSIOTERAPIASSA .....	14
3.1	Psykofyysisen fysioterapian terapiamenetelmät.....	15
3.1.1	Roxendalin keho-terapia .....	15
3.1.2	Norjalainen psykomotorinen fysioterapia.....	16
3.1.3	Feldenkrais-menetelmä.....	17
3.1.4	Psykodynaaminen keho-terapia .....	17
3.2	Rentoutus .....	18
3.3	Kosketus ja hieronta.....	19
3.4	Liikunta.....	19
3.5	Hengitysharjoitukset.....	20
3.6	Rosen-terapia .....	20
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	22
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	23
6	TULOKSET .....	25
6.1	Kuntoutuksessa käytetyt fysioterapiamenetelmät .....	26
6.2	Fysioterapiamenetelmien käyttötavat.....	29
7	POHDINTA.....	31
7.1	Tulosten tarkastelu.....	31
7.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	32
7.3	Johtopäätökset .....	34
7.4	Oma oppiminen .....	35
	LÄHTEET .....	37
	LIITE 1: TUTKIMUSLUVAT.....	39
	LIITE 2: KYSELY .....	48
	LIITE 3: SAATEKIRJE .....	56

## 1 JOHDANTO

*”Eräs 52-vuotias naispuolinen terveydenhuollon ammattilainen oli ollut vuosikymmeniä vastuullisissa ja tarkkuutta vaativissa esimies- ja kliinisissä tehtävissä. Hän hakeutui psykoterapiaan saatuaan voimakkaita sydänoireita, joiden takia hänet oli toimitettu sairaalaan perusteellisiin tutkimuksiin. Jo ennen sydänoireita hän oli kärsinyt voimakkaista kivuista kehon eri osissa ja vaikeasta ihottumasta, joka oli välillä äärimmäisen tuskallinen ja toisinaan täysin oireeton. Mitään selitystä sydänoireille ei kuitenkaan löytynyt. Potilas oli äärimmäisen helpottunut tutkimustuloksista ja valmis selvittämään mahdollisia psyykkisiä syitä oireisiin.*

*Psykoterapian alkuvaiheessa potilas selitti kaikki oireensa työuupumuksella. Hän oli työskennellyt vuosia yli kestävyksensä. Suureksi lohduksi tilanteessa hän koki miehensä tuen ja rauhoittavan läsnäolon. Lukuisten keskustelujen jälkeen alkoi paljastua, että hänen tärkeimmäksi tueksi kuvaamansa aviomies oli pahoinpidellyt häntä erittäin raa’asti koko 20 vuotta kestäneen avioliiton ajan. Pitkän aikaa terapiakeskusteluissa potilas oli kuitenkin ollut yhteydessä vain turvalliseen ja lohduttavaan mielikuvaan miehestään. Kaikki nämä aviovuodet hän oli odottanut ja uskonut, että heidän parisuhteensa muuttuisi rakastavaksi. Potilas oli myös kehittänyt oman kauniin maailman kulttuuriharrastuksiin, jotka keskittyivät arkkitehtuuriin, musiikkiin ja lohdullisiin runoihin.*

*Potilaan psykoterapian edetessä tuli näkyväksi koko lapsuuden kestänyt julma perheväkivalta. Molemmat vanhemmat olivat pahoinpidelleet lapsiaan ja säädelleet omia tunnetilojaan lapsiin kohdistetun väkivallan kautta. Koska potilas joutui olemaan riippuvainen arvaamattomista vanhemmistaan, hän alkoi kokea syyn pahoinpitelyyn itsessään ja ottaa vastuuta kaikesta hänelle tapahtuneesta pahasta. Jo lapsena hän oli odottanut suurta ihmettä, jossa hän olisi voinut saada väkivallan loppumaan olemalla riittävän hyvä ja täydellinen lapsi. Syyttämällä itseään hän saattoi olla kiinnittyneenä vanhempiinsa. Potilas vetäytyi jo varhain omiin kuvitelmiinsä, joissa vallitsi syvä harmonia ja kauneus.*

*Ahdistavissa kotitilanteissa potilas imeytyi kirjaan niin, että hän koki oikeasti elävänsä kirjan maailmassa. Pako mielikuvitukseen auttoi pois vaikeista vanhempien riidoista niin hyvin, ettei hän kuullut eikä nähnyt ympärillä tapahtuvia asioita. Koulussa tyttöjen välisissä riidoissa liukuminen pois tilanteesta aiheutti kuitenkin sen, että hän tuli kiusatuksi ja jäi kaverijoukon ulkopuolelle.*

*Vuosia jatkunut traumatisoituminen perheessä aiheutti edellä kuvatulle potilaalle sekundaarin dissosiaation, jossa puolustusrakenne oli jakautuneena moneen osaan.” (Suokas-Cunliffe ja Van Der Hart 2006, 2001-2005.)*

Kompleksinen psyykkinen trauma on seuraus pitkään jatkuneesta (kuukausia tai vuosia) toistuvasta traumasta. Tällaisessa tilanteessa, esimerkiksi perheväkivallan uhri, vanki tai kaltoin kohdeltu lapsi, on toisen ihmisen vallan alla eikä pääse pakenemaan. Trauma on siis yleensä toisen ihmisen aiheuttama. Trauma on sitä vakavampi, mitä läheisempi trauman aiheuttaja on uhrille. Kaikkein hajottavin vaikutus on lapsuudessa tapahtuvalla jatkuvalla traumatisoitumisella. Traumatisoituminen on syvä

etenkin silloin, kun uhri saa vähän tukea ja hyväksyntää. Uhrilla on usein useita psykiatrisia diagnooseja, joihin kuuluu vakava dissosiaatiohäiriö. (Trauma ja dissosiaatio 2006-2014a.) Kompleksinen trauma ei ole virallinen diagnoosi, joten tämän vuoksi tarkkaa esiintyvyyttä ei tiedetä. Vakava pitkäaikainen traumatisaatio ei ole järin harvinaista, joten voidaan olettaa, että kompleksinen trauma on suhteellisen yleinen. (Trauma ja dissosiaatio 2006-2014b)

Opinnäytetyö oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia terapiakeinoja fysioterapeutit käyttävät lapsuuden kompleksisista psyykkisistä traumoista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien kuntoutuksessa. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sähköistä kyselyä, joka toimitettiin Suomen yliopistollisten sairaanhoitopiirien psykiatrisia kuntoutujia hoitaville fysioterapeuteille. Tutkimuksen tavoitteena oli, että toimeksiantaja pystyy jatkossa hyödyntämään tutkimustietoa omassa työssään ja kehittämään omaa osaamistaan ja omia käytäntöjään. Oma tavoitteenamme oli syventää omaa oppimistamme psykofyysisen ja psykiatrisen fysioterapian saralla.

Opinnäytetyön aihe löytyi Kuopion yliopistollisen sairaalan opinnäytetyöaihepankista. Tilaajan toiveesta aihe valikoitui traumoista ja dissosiaatiosta kärsiviin kuntoutujiin. Rajasimme aiheen tarkemmin lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneisiin kuntoutujiin, koska dissosiaatio liittyy merkittävästi kompleksiseen traumaan. Kompleksisen trauman fysioterapiasta on vähemmän tietoa kuin yhden traumaattisen tilanteen luomasta traumasta. Yksittäisen traumaattisen tilanteen luomaan traumaan on kehitetty mm. seitsemän vaiheen traumaterapiamalli (Pieper ja Bengel 2009). Myös Munnukka-Dahlqvistin (2001) artikkeli ”Traumojen vaikutus kehoon ja kehon hoito osana terapiaa” käsittelee yksittäisen tilanteen luoman trauman kuntoutusta.

Koska kompleksisten traumojen fysioterapiasta ei löydetty tutkimustietoa, aihetta lähdettiin lähestymään psykofyysisen fysioterapian näkökulmasta. On suuntaa antavaa näyttöä, että fysioterapialla on vaikutusta konversiohäiriöiden kuntoutuksessa, joka liittyy kompleksiseen traumaan. Konversiohäiriössä on vähintään yksi aistien toimintaan tai tahdonalaiseen lihakseen liittyvä vajaus tai oire, jota ei voida selittää millään kemiallisen aineen vaikutuksella tai ruumillisella häiriöllä (Huttunen 2013b). MacKinnonin (1984) tutkimuksen mukaan fysioterapia on tärkeä osa konversiohäiriön kuntoutuksessa. Myös Jacquelinen (1996) tutkimuksen mukaan fysioterapia on olennainen osa konversiohäiriöstä kärsivän kuntoutujan moniammatillista kuntoutusta.

## 2 PSYKKISET TRAUMAT JA DISSOSIAATIOHÄIRIÖT

Trauma on henkinen tai ruumiillinen vaurio, jonka voi aiheuttaa mikä tahansa yksilön uhaksi kokema tapahtuma. Tällaisia ovat esimerkiksi henkeä uhkaavat tapahtumat. Traumatisoivan tapahtuman kohteeksi voi joutua yksittäinen henkilö tai se voi uhata isompaa joukkoa, kuten perhettä tai työyhteisöä. Yksittäinen traumatisoiva tapahtuma aiheuttaa ns. 1-tyyppin traumaa, kun taas pitkään aiheutunut traumatisoituminen, kuten perheväkivalta tai hyväksikäyttö, aiheuttaa 2-tyyppin traumatisoitumista. Tyyppin kaksi traumatisoituminen ja syvä 1-tyyppin traumatisoituminen voivat johtaa pysyvään persoonallisuuden muutokseen eli kompleksiseen traumaan. (Traumaterapiakeskus 2013.) Kyseessä on siis kompleksinen trauma, kun ihminen on elänyt pitkään traumaattisissa olosuhteissa, toisen ihmisen vallan alla pystymättä pakenemaan tilanteesta. Tällaisia tilanteita tavataan esimerkiksi vankien tai perheväkivallasta kärsineiden uhrien keskuudessa. Kompleksiseen traumatisoitumiseen johtavan trauman aiheuttaa siis aina toinen ihminen. Trauman vaikutus on sitä tuhoavampi, mitä lähempi pahaa tekevä ihminen on uhrille. Kaikkein hajoittavin on lapsuusiässä tapahtuvalla jatkuvalla traumatisoitumisella. Kompleksisesti traumatisoituneilla potilailla on yleensä diagnosoitu myös jokin psykiatrinen ongelma, joista dissosiaatiohäiriö on yleinen. (Trauma ja dissosiaatio 2006-2014b.)

Psykkisten traumojen ja dissosiaatiohäiriöiden luonteeseen kuuluvat kokemusten yhdistämättömyys omaan elämäntarinaaan. Oireet ovat voimakkaita, mutta koettu yhteys alkuperäiseen traumaan puuttuu. Traumatisoitumisessa on kyse realisaation puuttumisesta. Realisaatioon tarvitaan ymmärrystä, jotta tapahtuma pystyy sijoittumaan tiettyyn ajankohtaan omassa historiassa. Vakavasti traumasoitunut elääkin yhä uudelleen menneisyyden traumaattisia tapahtumia kykenemättä tekemään eroa menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden välillä. Tällöin keho reagoi kuin uhkaava tilanne olisi edelleen läsnä. (Suokas-Cunliffe ja Van Der Hart 2006, 2001-2002.)

Rakenteellisen dissosiaatioteorian mukaan persoona jakautuu kahteen osaan traumasoitumisen jälkeen. Toinen näennäisen normaali osa jatkaa tavallista elämää erillään traumoista, kun taas emotionaalinen persoonan osat kantavat traumaattiset muistot mielen ja kehon tasolla. Vuosia jatkuneessa kompleksisessä traumasoitumisessa emotionaalisia persoonia voi syntyä useita. Näennäisesti normaali persoonallisuuden osa voi olla täysin muistamaton tapahtuneesta traumasta. Persoonan emotionaalisiin osiin on taas tallentunut kapeutuneita muistoja traumakokemuksista ja niihin liittyvistä puolustusmekanismeista. Kun jokin traumaa muistuttava ärsyke hälyyttää emotionaalista persoonan osaa, sen sisältämät muistikuvat ja puolustuskeinot palaavat mieleen. Traumasoitunut voi näennäisen normaalissa persoonassaan olla jopa tietämätön traumastaan, mutta emotionaalisen persoonan aktivoituessa elää traumaattisen tapahtuman yhä uudestaan. Maailmansotien jälkeen havaittiin, että sodat ja luonnonmullistukset aiheuttavat vähemmän traumasoitumista, kuin perheessä tapahtuneet ylivoimaiset traumatilanteet (Suokas-Cunliffe 2006, 9-12.)

Näennäisesti normaalissa persoonan osassa on paljon niin sanotusti negatiivisia dissosiativisia oireita, joihin muistamattomuus traumasta kuuluu. Muita oireita voivat olla muun muassa kyvyttömyys puhua tai niellä, aistimukset voivat olla puutteellisia tai hävitä kokonaan ja yhteys tunteisiin on puutteellinen. Emotionaaliset persoonan osat sisältävät myös paljon positiivisia dissosiativisia oireita, ku-

ten voimakkaita tunteita, ajatuksia, trauman uudelleenelämistä kehon tuntemuksina tai näkö- ja kuuloaistimuksina. Traumatisoitunut voi myös kuulla päänsä sisällä arvostelevia ääniä. Kehossa voi olla myös somatoformisia tunkeutumista kuten kouristeluja, tahattomia kehon liikkeitä, vatsantoinnin häiriöitä, voimakkaita äkillisiä kiputiloja ja neurologiseen sairauteen viittaavia oireita. Somatoformiset oireet eivät ole selitettävissä millään ruumiillisen sairauden perusteella. (Suokas-Cunliffe 2006, 10-12)

## 2.1 Dissosiaatiohäiriöt

Dissosiaatio tarkoittaa kokonaisuuden osien erkaantumista toisistaan. Yleisesti käytetyn määritelmän mukaan dissosiaatio on prosessi, jossa havaintojen, identiteetin, muistojen ja tajunnan yhdistäminen on häiriintynyt. Dissosiaatiossa henkilö ei kykene yhdistämään tunteitaan, ajatuksiaan, muistojaan tai havaintojaan mielekkääksi kokonaisuudeksi. (Huttunen 2013a.)

Dissosiaatiohäiriön aiheuttaja on trauma, joka on vaikeammissa tapauksissa useimmiten toistuva ja alkanut jo lapsuudessa. (Van Der Hart, Nijenhuis ja Steele 2006, 2.) Dissosiativisia oireita ovat mm. oman itsensä, tuttujen tai ympäristön kokeminen outona tai vieraana (derealisaatio), ajan ja paikan tajun kadottaminen, psykogeeninen muistinmenetys (amnesia), havaintojen vääristyminen ja vaikeus erottaa mielikuvia todellisuudesta sekä joskus näkö- ja kuuloharhat. Dissosiaation ruumiillisia oireita voivat olla esimerkiksi lihasnykäykset, äänen katoaminen, ääntämishäiriöt, kivut ja säryt, tunnottomuus, sokeus, tajunnan menetys, aistihäiriöt tai dissosiativiset kouristukset. (Huttunen 2013a.)

Dissosiaatiota pidetään psyyken pyrkimyksenä hallita mielen tasapainoa sitä uhkaavilta voimakkailta tunnetiloilta. Voimakkaita tunnetiloja ovat erilaiset äkilliset traumaattiset kokemukset ja niihin liittyvät häpeän, kauhun tai pelon tunteet. Myöhemmin traumaan liittyvä ärsyke tai pelkkä yritys keskustella traumaan liittyvistä tapahtumista voi laukaista tunnemuistoilta suojaavan dissosiaation. Vaikka dissosiaation tavoitteena on suojata mieltä traumaattiselta kokemuksesta ja siihen liittyviltä ajatuksilta ja muistoilta, se samalla herättää ahdistusta ja voi vaikeuttaa monella tavoin vuorovaikutusta ihmisten kanssa. (Huttunen 2013a.)

Lievä-asteinen dissosiaatio on normaali ja tavallinen psyyken käytössä oleva tapa reagoida ja hallita asioita. Esimerkiksi hypnoosi perustuu terveen psyyken kykyyn dissosoida erilleen tunteet, muistin, ajatukset ja käytöksen. Vaikea-asteisempien dissosiaatiohäiriöiden taustalla on usein nuoruuden ja lapsuuden aikaiset traumaattiset kokemukset. Toistuvan väkivallan tai seksuaalisesti hyväksikäytön kohteeksi joutuneilla lapsilla ja nuorilla ilmenee usein erilaisia dissosiativisia häiriöitä ja oireita. (Huttunen 2013a.)

Dissosiaatio tulee erottaa muiden psykiatristen sairauksien aiheuttamista samankaltaisista oireista. Tällaisia sairauksia ovat erityisesti kaksisuuntainen mielialahäiriö ja psykoottiset tilat. Muita oireita ovat huumeiden ja alkoholin käyttö, lääkkeiden sivuvaikutukset, ohimolohkoepilepsia sekä muut neurologiset sairaudet. (Huttunen 2013a.)



## Persoonallisuuden eri rakenteet

Ihmisen persoonallisuus koostuu useasta psykobiologisesta rakenteesta, jotka säätelevät yksilön neurofysiologiaa, käyttäytymistä, havainnointia ja tunteita. Näitä kutsutaan persoonallisuuden rakenteiksi (kuvio 1). Nämä toimintarakenteet jaetaan kahteen pääryhmään: yksilön eloonjäämiseen liittyviin sekä päivittäistä elämää ja lajin säilymistä ylläpitäviin rakenteisiin. Eloonjäämisen alarakenteita ovat taistelu, pako, ylivireys, kiintymyshuuto, jähmettyminen, täydellinen alistuminen ja toipuminen. Lajin säilymiseen ja päivittäiseen elämään liittyviä rakenteita ovat mm. huolenpito muista, energian säätely, suvunjatkaminen, kiintymys, leikki sekä ympäristön tutkiminen. (Van Der Hart ym. 2006, 2-6.)



KUVIO 1. Yksilön persoonallisuuden toimintarakenteiden jaottelu (Trauma ja dissosiaatio 2006-2014a 2014-9-11.)

Toimintarakenteet saavat alkunsa jo syntymässä ja kypsyvät turvallisessa vanhempi-lapsi - vuorovaikutuksessa. Terveellä yksilöllä rakenteet toimivat vuorovaikutuksessa niin, että kussakin tilanteessa vaadittava toimintarakente on edustettuna muiden rakenteiden tilapäisesti vaimentuessa. Esimerkiksi kotona toimivat eniten suvunjatkamiseen, leikkiin ja huolenpitoon liittyvät toimintarakenteet, kun taas töissä ollessaan ympäristön tutkimiseen liittyvä toimintarakente on yliedustettuna. Jos yksilön turvallisuus on uhattuna, aktivoituvat eloonjäämiseen liittyvät toimintarakenteet, joihin liittyy joukko neurofysiologisia muutoksia. Tällöin yksilön vireystila nousee ja hän valmistautuu puolustautumaan, taistelemaan tai pakenemaan. Uhan ollessa ylivoimainen ja yksilön valmistautuessa kuolemaan lihastonus ja kiputunto häviävät ja yksilö vajoaa mielessään täydellisen rauhan tilaan. Tällä tarkoitetaan täydellistä alistumista. (Van Der Hart ym. 2006, 2-6.) Traumaattisen tapahtuman seurauksena nämä toimintarakenteet saattavat erkaantua toisistaan, jolloin edellä mainitut toimintarakenteet tekevät huonosti yhteistyötä. Tällöin seuraa joukko traumaperäisiä oireita, joita voivat olla yksinkertaisimmillaan trauman jälkeisiä stressihäiriötä tai monimutkaisimmillaan persoonallisuushäiriötä tai vakavia dissosiaatiohäiriötä. Teorian mukaan tervettä dissosiaatiota ei ole. (Van Der Hart ym. 2006, 28-30.)

## Traumaan liittyvä rakenteellinen dissosiaatio

Kun traumaattisen kokemuksen kokenut ihminen ei pysty yhdistämään kokemuksiaan mielekkääksi kokonaisuudeksi, henkilön persoonallisuus jakaantuu lajin säilymiseen ja yksilön eloonjäämiseen liittyvien rakenteiden kesken (kuvio 2). Tätä kutsutaan trauman rakenteelliseksi dissosiaatioksi. (Van Der Hart ym. 2006, 23, 26, 41-43.) Rakenteellisessa dissosiaatiossa lajin säilymiseen ja päivittäiseen elämään keskittyvä persoonallisuuden osa jatkaa elämäänsä kuin trauma ei olisi koskaan tapahtunutkaan. Tästä persoonallisuuden osasta käytetään nimitystä näennäisen normaali persoonallisuuden osa (apparently normal part of the personality, ANP). Traumakokemus ja siihen liittyvät tulkinnat, tunteet ja reaktiot ovat osa yksilön eloonjäämiseen keskittyneitä rakennetta. Tätä kutsutaan emotionaaliseksi persoonallisuuden osaksi (emotional part of the personality, EP). Dissosiaatio syntyy, koska ANP välttelee ja pelkää EP:tä, joka tunkeutuu ANP:n tajuntaan ahdistavina tunteina, kehomuistoina ja takaumina. Tämä lisää ANP:n pelkoa ja tällöin myös eriytyvyys syvenee. Rakenteellista dissosiaatiota esiintyy eriasteisina riippuen henkilön iästä tapahtumahetkellä ja trauman vakavuudesta. (Van Der Hart ym. 2006, 9-15.)



KUVIO 2. Rakenteellinen dissosiaatio. ANP ja EP ovat trauman seurauksena joutuneet erilleen (Trauma ja dissosiaatio 2014-9-11.)

## Primaari rakenteellinen dissosiaatio

Primaarissa rakenteellisessa dissosiaatiohäiriössä persoonallisuus on jakautunut yhteen ANP- ja yhteen EP-osaan. ANP sisältää sosiaalisen kanssakäymisen, suurimman osan henkilön persoonallisuudesta, ja se on osa, joka käy töissä tai koulussa (kuvio 3). EP sisältää eloonjäämiseen liittyvät toimintarakenteet sekä niihin liittyvät traumareaktiot ja -muistot. Lapsena kaltoinkohdellun sisäinen lapsi on esimerkki EP:stä, jonka itsenäisyys ja eriytyminen ovat tavallista syvempiä. (Van Der Hart ym. 2006, 6, 45-49.)



KUVIO 3. Primaari rakenteellinen dissosiaatio (Trauma ja dissosiaatio 2014-9-11.)

### **Sekundaarinen rakenteellinen dissosiaatio**

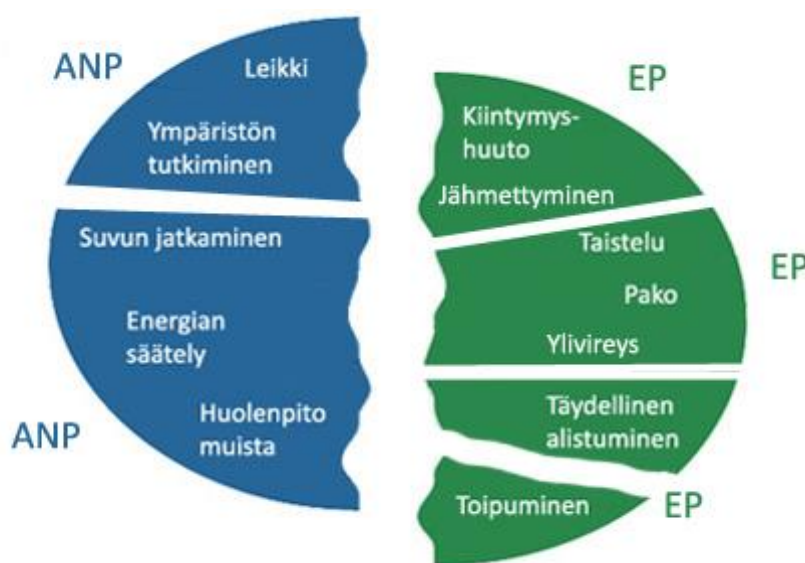
Sekundaarisessa dissosiaatiossa ANP ja EP ovat erkaantuneet toisistaan ja trauman jatkuessa EP on hajonnut alaosikseen (kuvio 4). ANP sisältää edelleen pääosan yksilön persoonallisuudesta, mutta useat EP:t ovat itsenäisempiä ja häiritsevät näin ANP:ta vakavammin kuin primaarissa dissosiaatiossa. Sekundaarinen dissosiaatio on yleisimmin seuraus pitkään jatkuneesta lapsuusiän traumaattisesta aikajaksosta. (Van Der Hart ym. 2006, 6, 61-63.)



KUVIO 4. Sekundaarinen rakenteellinen dissosiaatio (Trauma ja dissosiaatio 2014-9-11.)

### Tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio

Tertiärisessä rakenteellisessa dissosiaatiossa sekä ANP että EP ovat irrallaan toisistaan ja molemmat ovat jakautuneet omiin alarakenteisiinsa äärimmäisen traumatisaation seurauksena (kuvio 5). Osat ovat selkeästi eriytyneitä mm. nimen, iän sekä fyysisten piirteiden mukaan ja niillä on myös oma henkilöhistoria ja muistot. Jotkut osat voivat olla muistamattomia toisten osien käytökselle. Tertiäärisen rakenteellisen dissosiaation seuraus on vakava lapsuusiän traumatisaatio. Traumatisaatio on täytynyt alkaa ennen 5-8 ikävuotta, ja sitä edustaa dissosiativinen identiteettihäiriö. (Van Der Hart ym. 2006, 7, 77-80.)



KUVIO 5. Tertiäärinen rakenteellinen dissosiaatio (Trauma ja dissosiaatio 2014-9-11.)

#### 2.2 Lapsuudessa syntyneet traumat

Lapsuuden traumatisoituminen voi olla seurausta perheessä pitkään tapahtuneesta laiminlyönnistä, väkivallasta tai seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Lapsi on erityisen herkkä rakenteelliselle dissosiaatiolle, sillä hänen persoonansa on integroitumaton, ja aivoalueet, jotka ovat tärkeitä kokemusten yhdistämiselle, ovat vielä kypsyttömät. Tämän vuoksi aikuisen rooli lapsen tunteiden sääätelyssä ja traumatisoivien asioiden käsittelyssä on keskeinen. Jos lapsi joutuu hakemaan turvaa samoista aikuisista, jotka aiheuttavat hänelle jatkuvaa uhkaa ja traumaattisia tilanteita, lapsen ja vanhemman välille kehittyy disorganisoitunut kiintymyssuhde. (Suokas-Cunliffe ja Van Der Hart 2006, 2002-2003.) Disorganisoituneessa kiintymyssuhteessa lapsi joutuu turvautumaan häntä vahingoittavaan vanhempaan. Tämä aiheuttaa ristiriitaa lajin säilymiseen ja puolustautumiseen liittyvien toimintarakenteiden välillä, jossa rakenteet aktivoituvat nopeasti vuorotellen. Disorganisoituneen kiintymyssuhteen seurauksena syntyy rakenteellinen dissosiaatio elonjäämiseen ja lajinsäilymiseen liittyvien toimintarakenteiden välillä. (Suokas-Cunliffe 2006, 10.)

Vakavasti traumatisoituneella lapsella on monesti erilaisia keinoja päästä pois todellisuudesta. Lapsi esimerkiksi oppii erilaisia keinoja rajata tietoisuuttaan ja pääsee näin pois ahdistavasta tilanteesta. Nämä tietoisuuden kaventamiskeinot voivat seurata lasta myös aikuisuuteen. (Suokas-Cunliffe 2006,

13.) Traumatisoitunut on myös alttiimpi vahingoittaville kokemuksille aikuisena. Jatkuva kiintymyksen odotus voi johtaa siihen, että traumatisoitunut kokee vaarallisen suhteen lapsen kiintymystarpeiden pohjalta hyväksi. Lapsi usein uskoo, että hänen muuttuessa hyväksi, vanhemman ei tarvitse enää vahingoittaa häntä. Sama toistuu myös aikuisuuden ihmissuhteessa. (Koivisto ja Korkeila, 2010.)

### 2.3 Trauman vaikutus kehoon

Traumaattisen kokemuksen aikana kehossa tapahtuu sekä sympaattisen että parasympaattisen hermoston toiminnan kiihtymistä yhtäaikaan. Sympaattisen hermoston ylivirittyneisyytilaan kuuluvat kiihtynyt sydämentoiminta, kylmä hiki, nopeutunut hengitys ja liika valppaus. Keho on siis valmis pakenemaan tilanteesta. Kun tilanteesta ei ole pakenemiskeinoa aktivoituu myös parasympaattinen hermosto ja tämä johtaa siihen, että keho jähmettyy. Nämä johtavat fyysisiin oireisiin kuten ahdistuneisuuteen, paniikkikohtauksiin, uupumukseen, keskittymis- ja unihäiriöihin sekä lihasten ylijännittyneisyytilaan, josta johtuvat lihastasapainon vaikeudet. (Rothschild 2000, 25.) Kompleksisesti traumatisoituneella somaattisiin oireisiin kuuluvat ruuansulatusjärjestelmän oireet, krooninen kipu, sydän- ja keuhko-oireet, seksuaaliset oireet sekä konversio-oireet eli lihaksen tai aistien toimintaan liittyvät häiriöt, jotka muistuttavat neurologisia oireita (Traumaterapiakeskus 2013). Kompleksisesti traumasoituneella tapahtuu myös muutoksia minäkuvassa eli kuntoutujalla on ongelmia hahmottaa ja kokea itseään. Kuntoutuja voi kokea itsensä aivan erilaiseksi kuin muut, minkä lisäksi hän voi tuntea häpeää, erpävarmuutta ja syyllisyyttä itsestään. (Trauma ja dissosiaatio 2006-2014b.)

### 3 PSYKOFYYSINEN LÄHETYSMISTAPA FYSIOTERAPIASSA

Psykofyysisyys on yksi fysioterapian lähestymistapa, jonka mukaan ihmisen emootiot eli tunteet vaikuttavat kehon fysiologisiin muutoksiin. Tasapainoisen terveyden kannalta tunteet ovat tärkeitä keholle ja mielelle. Keho reagoikin erilaisiin tunteisiin fyysisesti ja esimerkiksi ristiriitaiset tunteet aiheuttavat ihmiselle fyysistä stressiä. (Wickström 2004, 25.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa ajatellaan, että ihmisen huono psyykinen hyvinvointi heijastuu ulospäin fyysisinä ongelmina ja myös fyysiset ongelmat vaikuttavat ihmisen psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkisen hyvinvoinnin edellytys onkin hyvä, vähintään tyydyttävä itsetunto. Hyvän itsetunnon kautta ihminen löytää sopivat ratkaisumallit ja luottaa itseensä sekä kykyihinsä selvittää erilaisista tilanteista. Psyykinen hyvinvointi voi kuitenkin olla uhattuna tai se voi horjua ihmisen sisäisten uhkatekijöiden tai ympäristön takia. Näitä uhkia voivat olla biologiset, sosiaaliset, psykologiset tai olemassaoloon liittyvät tekijät. Ihminen alkaa oireilla näiden uhkien alla, jos hänen psyykinen hyvinvointinsa ei ole tasapainossa. Yksi esimerkki uhasta voi olla läheisen tai itsensä vakava fyysinen sairastuminen. (Talvitie, Karppi ja Mansikkamäki 2006, 267-268.)

Kehokuva on yksilön luoma käsitys omasta kehostaan. Kehokuvan muodostuminen on koko eliniän jatkuva prosessi, jossa erilaiset tunneperäiset kokemukset muokkaavat kehokuvaa jatkuvasti läpi yksilön elämän. Kehokuva alkaa muodostua jo sikiökaudella, jolloin lapsi alkaa saada kokemuksia äänistä, kosketuksesta, liikkeestä ja hyvinolontunteesta. Turvallinen kasvuympäristö lapsuudessa vaikuttaa kehokuvaan myönteisesti. Kaikki tämä tieto kehosta tallentuu hänen muistiinsa ja luo näin pohjaa myöhemmälle kehokuvan muodostumiselle. (Herrala, Kahrola ja Sandström 2008, 29-31.)

Kehokuva vaikuttaa ihmiseen myös fyysisesti. Ihmisen kehon muisti tallentaa muistiin kokemuksiin liittyvät fyysiset reaktiot ja tästä johtuen ihminen saattaa kokea stressaavat tilanteet niin, että hän oireilee fyysisesti esimerkiksi tuntemalla jännitystä tai kipua selässä, niskassa tai vatsassa. Ihminen toistaa tätä opittua käyttäytymismallia läpi elämän, ellei näitä malleja oteta tietoisesti tarkasteltaviksi. (Herrala ym. 2008, 26-31.) Psykofyysisessä fysioterapiassa kokonaisvaltaisen ajattelutavan mukaan on pyrittävä tarkastelemaan ja havainnoimaan kuntoutujan omaa käsitystä kehokuvastaan (Talvitie ym. 2006, 269). Kuntoutujan kehonkieli, asennot, äänenvoimakkuus, hengitys, perusliikkuminen, liikkeet ja suhde alustaan ovat huomionarvoisia asioita, joihin fysioterapeutin tulisi kiinnittää huomiota. Hyvä esimerkki häiriintyneestä kehokuvasta on, että kuntoutuja ei halua tai pysty katsomaan itseään peilistä tai, että kuntoutuja ei uskalla istua normaalissa asennossa vaan hän istuu kyyristyneenä. (Tuimala 2013.)

Kehotietoisuus on kokonaisvaltaista ja syvää itsensä ymmärtämistä, hahmottamista, tiedostamista ja hallintaa. Erilaiset kokemukset ja selviytymisstrategiat erilaisissa tilanteissa vaikuttavat tällaisen ymmärryksen saavuttamiseen. Saavuttaakseen kehotietoisuuden, ihmisen täytyy olla tietoinen siitä, kuka toimintoja tekee. Tällainen "kuka tekee" -kyky eli se, että ihminen on itse omien toimintojen tuottaja, alkaa näkyä pikkulapsella jo kahden kuukauden kuluttua syntymästä. Silloin lapsi alkaa hah-

mottaa omaa kehoaan ja ymmärtämään, että se kuuluu hänelle. Siihen sisältyy myös oman tahdon tiedostamista erilaisissa tilanteissa. (Herrala ym. 2008, 32-33.)

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltainen eheyttäminen. Työskentelyn taustalla on psykofyysinen ihmiskäsitys ja sen perusajatuksena on ihmisen ruumiin, mielen ja ympäristön jatkuva vuorovaikutus sekä yhteys toisiinsa. Ihmisen ajatukset, tunteet ja tuntemus omasta kehosta vaikuttavat mieleen ja heijastuvat myös liikkumiseen, kuten Wickström (2004) kertoi. (Psyfy 2014.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa pyritään auttamaan ihmistä tulemaan tietoisiksi omasta kehostaan sekä sen viesteistä ja tätä kautta pääsemään jälleen kosketuksiin tunteidensa kanssa. Fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen, jossa hyödynnetään eri asentojen, liikemallien, jännitystilojen sekä ruumiin ja mielen reaktioita. Näitä havainnoimalla ja harjoittamalla etsitään kuntoutujan voimavaroja arjesta selviytymiseen ja pyritään löytämään yhteys itsensä ja elinvoimaisuutensa kanssa. Tavoitteena on, että ihminen löytää itselleen sopivia selviytymismalleja ja toimintatapoja näiden kokemusten kautta. (Psyfy 2014.)

### 3.1 Psykofyysisen fysioterapian terapiamenetelmät

Lähestymme opinnäytetyössä psyykkisistä traumaista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien kuntoutujien fysioterapiaa pääsääntöisesti psykofyysisen fysioterapian kautta. Psykofyysisen fysioterapian menetelmien valikoima on laaja. Psykofyysisen fysioterapian menetelmien tarkoitus on saavuttaa alussa terapialle asetetut tavoitteet, jotka ovat jokaisella kuntoutujalla yksilölliset. Yleisimpiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat muun muassa hengitysharjoitukset, terapeuttinen harjoittelu, vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet, rentoutustekniikat, kehokuvaharjoitteet sekä toiminnalliset harjoitukset yksilö-, pari- tai ryhmäterapiana. Psykofyysisessä fysioterapiassa voidaan myös käyttää erilaisia kehontuntemusta lisääviä harjoitteita esimerkiksi syvävenyttelyä ja pilatesta sekä tilanteesta riippuen keskustelua ja tanssiterapiaa. (Tuimala 2013.) Alla perehdymme terapiamenetelmiin joita uskomme käytettävän edellemainittujen kuntoutujien fysioterapiassa. Kyselyllä selvitetään pääasiassa näiden terapiamenetelmien käyttöä.

#### 3.1.1 Roxendalin kehoterapia

Basic Body Awareness Therapy, BAT, on ruotsalaisen Gertrud Roxendalin kehittämä psykofyysisen fysioterapian menetelmä, jonka tavoitteena on kuntoutujan kehotuntemuksen ja -tietoisuuden, ja sitä kautta kehon itsetuntemuksen ja hallinnan lisääminen. Kehon hallinnalla tarkoitetaan kuntoutujan kykyä ohjata lihasten jännitystä, liikkeitä ja ryhtiä. BAT:ssä keskeisiä ulottuvuuksia ovat kuntoutujan kehon liikekeskus ja hengitys sekä liikevirtaus, tietoinen läsnäolo sekä kehon suhde alustaan ja keskilinjaan. Näihin pyritään vaikuttamaan erilaisilla kehon harjoituksilla, jotka lisäävät kuntoutujan henkistä läsnäoloa. (Talvitie ym. 2006, 269-271.)

BAT:ssä kehon liikekeskus sijaitsee pallealihaksen kiinnityskohdan eli 1.-3. lannenikaman solmujen korkeudella. Monet liikkeet, kuten kierrot, nostot ja yläraajojen liikkeet lähtevät liikekeskuksesta. Kun henkilöllä on hyvä liikkeen- ja kehonhallinta, pystyy hän suorittamaan liikkeet tehokkaasti eikä suorittamiseen kulu liikaa energiaa. (Talvitie ym. 2006, 270-271.)

Hengityksellä on suuri merkitys rentoutumiseen. Toimivassa kehominässä hengitys on vapaata niin eri asennoissa kuin liikkeissäkin, ja se edesauttaa henkilöä rentoutumaan tehokkaasti. Hengitys vaikuttaa myös kehon liikevirtaukseen. Esimerkiksi jos henkilö kiertää koko vartaloon seisoma-asennossa päästä jalkoihin asti oikealle, ja liike on tasainen pitkin koko keskilinjaa, katsotaan liikevirtauksen tällöin olevan avoin. Erilaiset vammat tai lihaskireydet voivat estää tai heikentää liikevirtausta. (Talvitie ym. 2006, 272.)

Tietoinen läsnäolo tarkoittaa sitä, että henkilö on tietoinen omasta kehostaan ja sen asennosta. Henkilö pystyy myös kuvailemaan ja havainnoimaan tunteitaan, ajatuksiaan ja ruumiintuntemuksiaan pyrkimättä muuttamaan niitä. Tietoinen läsnäolo on kuin uteliaisuutta ja avoimuutta omille kokemuksille. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008.)

Suhde alustaan tarkoittaa sitä, miten henkilön paino jakautuu erilaisille alustoille esimerkiksi kävellessä, istuessa, sisoessa ja maatessa ja sitä, miten henkilö käyttää tukipintaa. Reilu tukipinta eli kosketus alustaan on rentoutumisen ja tasapainon edellytys. Kapea tukipinta näkyy ja heijastuu ihmisestä epävarmuutena niin asennossa kuin tasapainossa. (Talvitie ym. 2006, 270.)

Kehon suhde keskilinjaan voi olla tasapainoinen tai siinä voi olla joitain poikkeamia. Kun kehon suhde on tasapainoinen keskilinjaan nähden, kuormittuvat asentoa ylläpitävät lihakset mahdollisimman vähän. Erilaiset poikkeamat keskilinjasta näkyvät ryhdin muutoksina ja asentovirheinä, jotka voivat aiheuttaa kipua, lihasjännitystä, nivelten virheellistä kuormitusta ja tasapaino-ongelmia. (Talvitie ym. 2006, 270.)

### 3.1.2 Norjalainen psykomotorinen fysioterapia

Norjalainen psykomotorinen fysioterapia, NPMP, perustuu Wilhelm Reichin ajatukseen liittää kehoterapeuttinen lähestymistapa psykoanalyysiin, joka on teoria ihmisen mielen rakentumisesta. NPMP:n ajatuksena on, että ihmisen keho ja psyyke ovat toiminnallisesti yhdentyneitä ja erottamattomia. Terapian ydinasiana pidetään hengitystä ja sen vaikutusta kehoon sekä tunteisiin. NPMP:n mukaan terve ihminen on tasapainoinen ja hänen kehonsa on ryhdikäs. Tällöin ihminen pystyy liikuttamaan kehonosiaan joustavasti ja vapaasti suhteessa toisiinsa. Myös kudokset ovat joustavia. Terve ja tasapainoinen ihminen pystyy myös kuvailemaan tunteitaan sanoin ja ilmaisemaan niitä. (Talvitie ym. 2006, 272-273.)

NPMP:n tavoitteena on auttaa kuntoutujaa pääsemään kosketuksiin omiin tunteisiin, voimavaroihin, hengitykseen ja lihaksiin harjoituksista saatujen oivaltamis- ja tiedostamiskokemusten kautta. NPMP



perustuu kahteen tärkeään periaatteeseen. Ensimmäinen periaate on, että jokaisella hoitokerralla käydään koko keho läpi, koska tasapainoinen tai sopiva lihjännitys vaatii jokaisen kehonosan läpikäymisen. Toisen periaatteen mukaan hoito aloitetaan aina alhaalta ylös, koska seisominen omilla jaloilla eli vakaa perusta on vapaan toiminnan perusedellytys. NPMP:ssä kuntoutujaa rohkaistaan ja aktivoidaan liikkumaan ja menetelmässä voidaan käyttää myös hierontaa sekä aktiivisia ja passiivisia liikkeitä. Menetelmää voidaan käyttää kehon jäykkyyden ja lihaskipujen hoitoon. (Talvitie ym. 2006, 273-275.)

Heinonen ja Valkama (2012, 7-8) suomensivat opinnäytetyössään Kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen käsikirjan - The Comprehensive Body Examination (CBE). Opinnäytetyöraportissaan he kertovat ROBE-menetelmästä, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa kuntoutujasta, jolla on tuki- ja liikuntaelinsairauksia, kipua sekä lieviä mielenterveyshäiriöitä. ROBE on kehitetty NPMP:n, CAV:n (Character Analytic Vegetotherapy) ja fysioterapiamenetelmien ja kliinisen kokemuksen pohjalta. Heinosen ja Valkaman tieto perustuu Berit Bunkanin teokseen The Comprehensive Body Examination (CBE) Ap-sychometric evaluation (2003).

### 3.1.3 Feldenkrais-menetelmä

Feldenkrais-menetelmä on neljän eri ulottuvuuden, ajatuksen, tunteen, aistimuksen ja liikkeen muodostama kokonaisuus. Näitä yhdistämällä ja harjoittamalla kuntoutuja hallitsee paremmin kehonsa ja mielensä. Menetelmällä pyritään siihen, että kuntoutuja tulee tietoiseksi omista luontaisista voimavaroistaan liikkeen avulla. Kun tunteet ja ajatukset aiheuttavat muutoksia lihaksistoon, myös lihaksissa tapahtuvat muutokset aikaansaavat henkisiä tapahtumia ja muutoksia. Feldenkrais-menetelmä koostuu kahdesta tekniikasta: toiminnan yhdistämisestä ja tietoisuuden lisäämisestä liikkeen avulla. Toiminnan yhdistäminen on toimivan yhteyden rakentamista eri ulottuvuuksien (liike, aistimus, tunne ja ajatus) välille. Tietoisuuden lisäämisessä kuntoutuja oppii liikkeen tiedostamaan liikkeen ja lisää näin itsetuntemustaan. Menetelmän tavoitteena on saada menetetty tai häiriintynyt liike palautumaan. Feldenkrais-menetelmän harjoitteet alkavat yleensä pienellä liikkeellä, josta kehitetään toistojen avulla yksi iso liike. Lopulta liikkeessä on mukana koko keho. Tarkoituksena on, että kuntoutuja pysyy harjoitusten myötä havainnoimaan itseään ja korjaamaan liikettään keskeyttämättä sitä. Kuntoutujan ja terapeutin välinen viestintä on pääasiassa sanatonta ja tapahtuu koskettamalla. (Talvitie ym. 2006, 277-278.)

### 3.1.4 Psykodynaaminen kehoterapia

Psykodynaaminen kehoterapia on kuntoutujan elämysten ja niiden aiheuttamien ristiriitojen ja ratkaisuyritysten sisäistämistä. Terapiassa myös lisätään tietoisuutta siitä, miten nämä kokemukset heijastuvat kehoon. Psykodynaaminen kehoterapia sisältää fyysisen ja psykoterapeuttisen lähestymistavan. Fyysinen lähestymistapa edustaa pääasiassa norjalaista psykomotorista fysioterapiaa (NPMP), mutta siinä on mahdollista käyttää muitakin kehon toiminnallisuutta huomioivia fyysisiä menetelmiä. Fyysisessä puolessa kiinnitetään huomiota kuntoutujan asentoon, lihaskireyksiin ja hengitykseen. Psykoterapeuttisessa lähestymistavassa keskitytään kuntoutujan ilmaisuihin ja kokemuksiin. Terapi-

assa fysioterapeutti kertoo kuntoutujalle, mitä hänen fyysiset reaktionsa merkitsevät. Terapian tavoitteena on saada kuntoutuja löytämään parempi kosketus omaan kehoonsa ja itseensä, sekä konkreettisten kokemusten kautta selvittää mitä oireet merkitsevät hänelle. Terapiassa kuntoutuja kohdataan ensin alueilla, joilla hänellä on voimavaroja, ja vasta tämän jälkeen käsitellään sairautta sekä sen aiheuttamia muutoksia. Jotta fysioterapeutti voi hyödyntää psykodynaamista fysioterapiaa, tarvitsee hän tietoa ja ymmärrystä psykologiasta. (Talvitie ym. 2006, 273-274.)

### 3.2 Rentoutus

Psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään erilaisia rentoutusmenetelmiä. Käsittelemme niistä kolmea yleistä menetelmää. Nämä menetelmät ovat progressiivinen -, autogeeninen - ja sovellettu rentoutus. (Talvitie ym. 2006, 278.)

#### **Progressiivinen rentoutus**

Progressiivinen rentoutus eli jännitys-rentoutustekniikka on yksi tunnetuimmista rentoutustekniikoista. Menetelmässä kuntoutuja jännittää ja rentouttaa eri lihasryhmiä vuorotellen käyden ne läpi järjestelmällisesti. Tekniikassa on tärkeä kiinnittää huomiota rentoutuneen ja kireän lihaksen eroon, jotta kuntoutuja oppii tunnistamaan ja jättämään pois turhan jännityksen. Progressiivinen rentoutus on hyvä itseharjoittelumenetelmä. (Talvitie ym. 2006, 278.)

#### **Autogeeninen rentoutus**

Autogeeninen rentoutus, jota kutsutaan kehittelijänsä mukaan myös Schultzin menetelmäksi, on sukua hypnoosille ja sitä käytetään usein johdattelemaan hypnoosiin. Menetelmän tarkoituksena on vapauttaa kuntoutuja ei-toivotuista ärsykkeistä ja hyödyntää jälkihypnoottisia suggestioita. Autogeenin rentoutus pohjautuu kahteen asiaan, siihen, että jokainen ajatus vaikuttaa kehoon ja siihen, että yhteen kehon osaan keskittyminen auttaa keskittymään koko kehoon. Autogeeninen rentoutus edellyttää kuntoutujalta motivoitumista, kykyä hallita itseään, oikeaa kehonhallintaa sekä ulkopuolisten ärsykkeiden sulkemista ja mielenrauhaa. Jokainen suggestio on komento alitajunnalle ja uusi suggestio eli komento annetaan vasta, kun edellinen komento on toteutunut. Kuntoutuja harjoittelee komentoa hiljaa itsekseen keskittyen ensin esim. käteen, jonka rentouduttua siirtyy toiseen kehon osaan. Harjoitus lopetetaan rauhallisesti kehottamalla kuntoutujaa liikuttamaan raajojaan, hengittämällä sisään ja avaamaan silmänsä. On tärkeää tehdä yhteistyötä lääkärin kanssa käytettäessä autogeenistä rentoutusta. (Talvitie ym. 2006, 279.)

#### **Sovellettu rentoutus**

Sovellettua rentoutusta on rentoutusmenetelmä, jota käytetään itsehallintamenetelmänä autonomisen hermoston häiriötilojen hoitoon. Rentoutus toteutetaan istuen mukavassa asennossa ja se koostuu kuudesta vaiheesta. Vaiheissa edetään aina järjestyksessä ja jokainen vaihe pohjautuu aina edelliseen vaiheeseen. (Talvitie ym. 2006, 279.)

Sovellettu rentoutus aloitetaan progressiivisella rentoutuksella, joka jaetaan kahteen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa käydään läpi jännitys-rentoutustekniikalla yläraajat, kasvot ja niskahartiaseutu. Toisessa vaiheessa käydään läpi jonkin verran ylävartaloa, mutta keskitytään alavartaloon. Alkuvaiheessa kannattaa ottaa mukaan harjoitukseen myös hengitys. Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena on oppia erottamaan jännittyneen ja rentoutuneen tunteen ero. Toinen vaihe on lyhytrentoutus, jossa rentoutetaan koko keho ilman jännitystä, jolloin rentoutusaika on lyhyempi. Lyhytrentoutusta on helppo käyttää tarvittaessa jokapäiväisessä elämässä. Kolmas vaihe on vihjeren-toutus, jossa opitaan rentoutumaan ohjeen mukaan. Esimerkki tällaisesta ohjeesta on mm. hengitä syvään sisään ja rentoudu. Kolmannessa vaiheessa on hyvä huomioida myös hengitystekniikka. Neljännessä erillisrentoutuksen vaiheessa on tarkoitus oppia rentouttamaan ne lihasryhmät, jota toiminnan aikana ei tarvita. Tavoitteena on oppia rentouttamaan toimintaan tarpeettomat lihasryhmät myös tavallisten päivittäisten toimintojen aikana, kuten seistessä. Viides vaihe on pikarentoutus, jossa opetellaan rentoutumaan useita kertoja päivässä eri tilanteissa. Nämä tilanteet kirjataan itselle ylös. Kuudennessa sovellusharjoittelun vaiheessa opetellaan rentoutumista vaiheissa, joissa sitä tarvitaan. Tällaisia tilanteita ovat mm. kiire tai nukahtamisvaikeudet. (Railo-Granfelt 2004, 13.)

### 3.3 Kosketus ja hieronta

Kosketus on oleellinen osa inhimillistä vuorovaikutusta, ja sitä pidetään merkittävänä osana turvallisuuden tunteen kehittymiselle. Kosketuksella saadaan aikaan yhteys oman itsen ja ulkomaailman välille ja tunnetilat välittyvät kosketuksen kautta osapuolelta toiselle. Kosketus ja sen välittämä viesti voi olla hyvin neutraalia tai myös hyvin intiimiä. Kahden ihmisen välinen välitön kosketus ei ole aina tarpeen, vaan kosketuksessa voidaan käyttää erilaisia välineitä, kuten hernepussia tai palloa. Kaikki kuntoutujat eivät edes pidä koskettamisesta. (Herrala ym. 2008, 73-74.)

Kosketus ja hieronta ovat perinteisiä rentouttavia ja rauhoittavia menetelmiä fysioterapiassa. Moni kuntoutuja kokee hieronnan miellyttävänä, sillä se rauhoittaa ja rentouttaa kuntoutujaa. Kosketus ja hieronta ovat tärkeitä kehotuntemuksen ja -tietoisuuden kannalta. Näin kuntoutuja oppii tunnistamaan lihasten rentoutuneisuuden ja jännittyneisyyden. Kosketuksen ja hieronnan kautta kuntoutuja oppii myös omien rajojen tunnistamisen sekä hyväksymään omat tunteet ja läheisyyden. Monissa muissa edellä mainituissa terapiamenetelmissä käytetään erilaista kosketusta tai hierontaa. (Talvitie ym. 2006, 280-281.) Vaikka niin sanottu klassinen hieronta kohdistuu pehmytkudosten käsittelyyn ja näin sen fysiologisiin vaikutuksiin, on tutkimusten myötä alettu kiinnittämään huomiota myös sen avulla välittyviin hormoneihin (Herrala ym. 2008, 74).

### 3.4 Liikunta

Vapaaehtoisen ja kohtuullisen rasittavan liikunnan on todettu parantavan psyykkistä hyvinvointia. Fyysisen kunnan lisäksi se parantaa mielialaa, rentouttaa ja edistää mielenterveyttä. Sitä pidetäänkin yleisesti hyödyllisenä terveydelle. Aerobisen ja anaerobisen liikunnan on todettu vähentävän masentuneisuutta. Sitä, miten liikunta koetaan ja millaisia elämyksiä se saa aikaan, pidetään merkityksellisenä psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Psykofyysisen fysioterapian keskeinen ajatus onkin kuntout-

taa ihmistä kokonaisvaltaisesti, parantaa kuntoutujan elämänhallinnantunnetta ja ohjata omaehtoiseen elämään myös liikunnan kannalta. (Talvitie ym. 2006, 281.)

### 3.5 Hengitysharjoitteet

Hengitysharjoitteita käytetään usein rentoutumiseen. Traumatisoituneilla on pääsääntöisesti taipumusta ylihengittämiseen, eli hyperventilaatioon, tai alihengittämiseen, eli hypoventilaatioon. Hengitysharjoitusten tuomilla tiedoilla ja havinnoilla voidaan vaikuttaa yli- ja alivireystiloihin, sillä on huomattu, että hengittäminen on suorassa yhteydessä energian ja vireystilan säätelyyn. (Odgen, Minton ja Pain 2009, 232.)

Psykofyysisessä terapiassa hengitystä ei pyritä korjaamaan ulkoapäin, vaan autetaan kuntoutujaa tekemään itse havaintoja, joiden avulla hän pyrkii muuttamaan hengitystapaansa. Psykofyysisessä hengitysterapiassa käytetään paljon apuna mielikuvia, joilla kuntoutuja pyrkii optimaaliseen hengitystapaan. Myös uloshengitykseen ja sen jälkeiseen taukoon kiinnitetään paljon huomiota. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö ja Lillrank 2010, 18-21.) Ihminen ei voi kontrolloida hengitystään kuin tiettyyn pisteeseen asti. Hyper- tai hypoventilaation jälkeisen tajunnanmenetyksen jälkeen kehon automaattiset mekanismit korjaavat hengitystahdin. Hengitystä kiihdyttämällä, eli hyperventilaatiolla voidaan lisätä parasympaattisen hermoston toimintaa. Vastaavasti hitaalla ja rauhallisella hengityksellä eli hypoventilaatiolla voidaan aktivoida parasympaattista hermostoa. Psykofyysisessä hengitysterapiassa ja monissa muissa terapiamuodoissa vaikutetaan parasympaattiseen hermostoon rauhallisella ja hitaalla hengityksellä. (Martin ym. 2010, 26.)

Hengityskoulu kehittyi kun Maila Seppä lisäsi tunteiden ja vuorovaikutuksen merkityksen hengityksen säätelyssä psykofyysiseen hengitysterapiaan ja sen hoitomalliin. Hengityskoulun päämääränä on auttaa kuntoutujaa löytämään keinoja akuutin ahdistuksen helpottamiseen ja löytämään optimaalinen tapa hengittää. Tavoitteena on, että kuntoutuja pystyy tunnistamaan, sanallistamaan ja työstämään jännitteitä ja ahdistusta sekä vahvistamaan itseluottamustaan ja kokemustaan itsestään. Hengityskoulu on ryhmämuotoinen terapia, mutta se voi sisältää myös yksilökäyntejä ja pariharjoitteita hoitoon ohjanneen terveydenhuollon työntekijän kanssa. Hengitysharjoitukset aloitetaan tutustumalla omaan hengitysrytmiin ja -tapaan. Ryhmän edetessä siirrytään pariharjoituksiin, joissa tutkitaan kuinka vuorovaikutus muuttaa hengitystä. Osallistujia kannustetaan tekemään harjoituksia myös kotona, tosin ylivaativia kuntoutujia suositellaan jättämään harjoittelu toistaiseksi. (Martin ym. 2010, 94-103.)

### 3.6 Rosen-terapia

Rosen-terapiassa yhdistyy rentouttava fysioterapia ja lihasjännityksiin liittyvien traumaattisten tunnemuistojen kertominen ja analysointi. Tavallisen fysioterapian yhteydessä ja hoitopöydällä maatesaan traumatisoitunut kertoo fysioterapian esille tuomia tunteita ja tunnemuistoja. Terapian kehittänyt Marion Rosen huomasi, että kivuilla ja lihasjännityksillä oli yhteys kuntoutujan kipeisiin muistoi-

hin, ja että kipeistä muistoistaan puhuvat kuntoutujat vapautuivat kivuistaan ja jännityksistään nopeammin kuin puhumattomat kuntoutujat. (Huttunen 2012, 255-256.)

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia terapiakeinoja fysioterapeutit käyttävät lapsuuden kompleksisista psyykkisistä traumoista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien kuntoutuksessa.

Tavoitteena on, että toimeksiantaja pystyy jatkossa hyödyntämään tutkimustietoa omassa työssään ja kehittämään omaa osaamistaan ja käytäntöjä. Omana tavoitteenamme oli syventää omaa oppimistamme psykofyysisen ja psykiatrisen fysioterapian saralla.

Tutkimuksen tutkimuskysymykset olivat:

- 1. Mitä fysioterapiaterapiamenetelmiä lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden kanssa käytetään?*
- 2. Miten fysioterapiamenetelmiä käytetään ja miksi?*

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia havainnollistetaan taulukoin ja kuvioin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään usein myös eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia. Tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2010, 16.)

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimus, koska tutkimuksella pyrittiin selvittämään määrällisesti kuinka paljon eri fysioterapiamenetelmiä lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden kuntoutuksessa käytetään. Tutkimuksessa on vähän toisiinsa vaikuttavia muuttujia, jonka vuoksi kyselyssä oli vähän valmiita vastausvaihtoehtoja. Kyselyssä käytettiin paljon avoimia kysymyksiä, koska vastauksia haluttiin myös laadullisiin kysymyksiin, kuten syihin käyttää terapiamenetelmiä.

Kyselyn vastaajina toimivat Suomen viiden yliopistosairaalan sairaanhoitopiirien psykiatristen kuntoutujien kanssa toimivat fysioterapeutit. Näihin sairaanhoitopiireihin kuuluvat Pohjois-Pohjanmaan -, Pohjois-Savon -, Pirkanmaan -, Varsinais-Suomen sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit. Alkuperäisenä suunnitelmana oli hankkia kyselyn vastaajat yliopistollisista sairaaloista. Kartoittaessa yliopistollisten sairaaloiden psykiatristen fysioterapeuttien määrää, huomattiin heitä olevan liian vähän luotettavan määrällisen tutkimuksen toteuttamiseksi. Tämän vuoksi otanta-aluetta laajennettiin yliopistosairaaloiden sairaanhoitopiireihin. Otannassa jätettiin pois muut sairaanhoitopiirit, sillä jokaisesta sairaanhoitopiiristä tulee hankkia oma tutkimuslupa, jonka vuoksi tehtävän määrä olisi kasvanut liian suureksi. Yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiireissä oli arviolta yhteensä noin 30 vastaajaa. Jos näistä noin puolet olisi vastannut, olisi se ollut hyvä määrä luotettavan määrällisen tutkimuksen aikaan saamiseksi. Linkki, josta pääsi vastaamaan sähköiseen kyselyyn, toimitettiin sähköpostilla sairaanhoitopiirien yhteyshenkilöille. Yhteyshenkilöt välittivät linkin eteenpäin kyselyyn vastaaville fysioterapeuteille. Yhteyshenkilönä saattoi toimia vastaajien esimies tai yhteyshenkilöksi lupautunut vastaaja. Poikkeuksena Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, josta saatiin vastaajien sähköpostiosoitteet ja kysely lähetettiin suoraan vastaajille. Jokaisesta yliopistosairaaloiden sairaanhoitopiiristä saatiin tutkimuslupa (liite 1) kyselyn toteuttamiseksi. Tutkimuksen riskinä oli, ettei kyselyyn vastaavien fysioterapeuttien lukumäärä ollut riittävä luotettavan tutkimuksen kannalta. Vaikka kysely välitettiin laajalle vastaajakunnalle, ei heitä voitu velvoittaa vastaamaan kyselyyn.

Tutkimuksen aineiston keräämiseen käytettiin sähköistä kyselyä (liite 2), joka toteutettiin yhdessä toisen opinnäytetyöparin kanssa, koska molempien opinnäytetöiden vastaajat olivat samat. Alun neljä kysymystä olivat molemmille pareille yhteisiä, minkä jälkeen 11 seuraavaa kysymystä käsitteli toisen opinnäytetyöparin aihealuetta, joiden tuloksia ei käsitelty tämän tutkimuksen tuloksissa. Kyselyn loput 27 kysymystä käsittelivät tutkimuksen aihealuetta. Kyselyn toteutukseen käytettiin Webropol 2.0 - kyselytutkimussovellusta. Kyselyyn päädyttiin, koska se oli helppo toimittaa ympäri Suomea sijaitseville vastaajille. Kysely oli aineistonkeruumenetelmänä edullinen ja kätevä toteuttaa.

Tutkimuksen vastaajamäärä jäi pieneksi, joten tulosten analysoinnissa ei käytetty määrällisen tutkimuksen analysointikeinoja. Pienen vastaajamäärän takia tuloksia analysoidessa ei siis laskettu esimerkiksi keskimääriä tai prosenttiosuuksia. Tulosten analysointiin ei tarvittu tilasto-ohjelmia, koska tuloksia oli helppo käsitellä ilmeisesti. Tutkimustulosten havainnoinnin helpottamiseksi raporttiin luotiin graafisia kuvioita ja avoimista kysymyksistä nostettiin esiin niissä eniten ilmeneviä vastauksia.

Kyselyn luontia varten perehdyttiin aiheen teoria- ja tutkimustietoon, jota hankittiin eri aineistotietokannoista, kuten PEDro ja CINAHL, sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta ja lehtiartikkeleista. Aineistonkeruuprosessissa käytettiin informaation apua. Vertaisarviointiryhmä tutustui kyselylomakkeeseen ennen sen toimittamista vastaajille, jolloin saatiin ulkopuolisen mielipide mm. sen loogisuudesta, houkuttelevuudesta, ulkoasusta ja siitä, pystyykö kyselyllä vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Vertaisarviointiryhmänä toimi kolme opiskelijakaveriamme, jotka olivat myös fysioterapeuttipiskelijoita.

Kyselytutkimukseen kuului saatekirje. Saatekirje (liite 3) laadittiin yhdessä toisen opinnäytetyöparin kanssa, koska kysely oli yhteinen. Saatekirjeessä motivoitiin vastaajia osallistumaan kyselyyn. Saatekirje toimitettiin sähköisesti samassa sähköpostiviestissä, jossa toimitettiin linkki sähköiseen kyselyyn. Sähköposti sisälsi saatekirjeen lisäksi myös lyhyemmän motivointiviestin ja vastausohjeet kyselyyn.

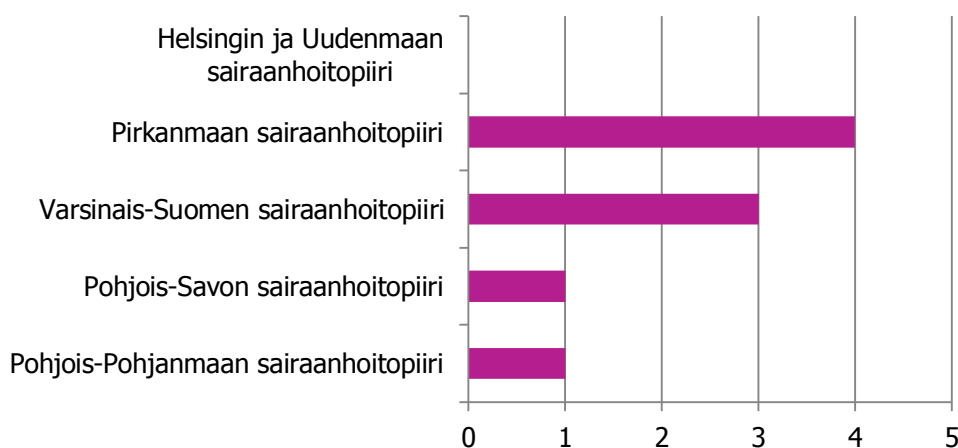
Kyselyyn vastaaminen tapahtui anonymisti. Potilastietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja ei voitu saada selville kuntoutujista tai kyselyyn vastanneesta fysioterapeutista. Tulokset analysoitiin mahdollisimman totuudenmukaisesti vääristämättä niitä mitenkään.



## 6 TULOKSET

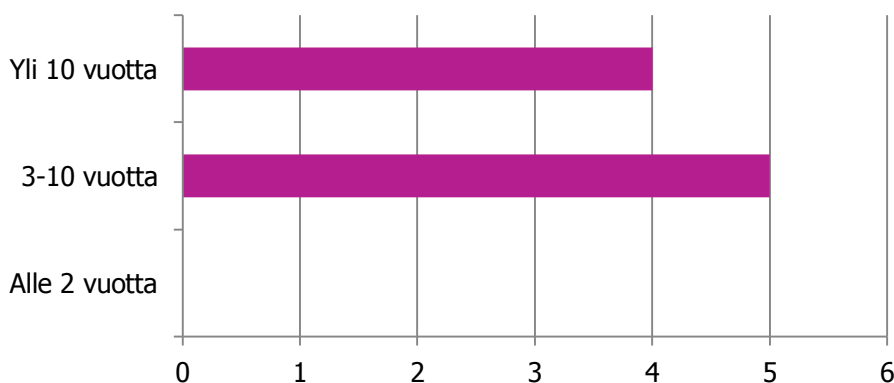
Toisen opinnäytetyöparin kanssa tehtyyn yhteiseen kyselyyn vastasi kaiken kaikkiaan 12 fysioterapeuttia. Vastaajista yhdeksän työskenteli tai oli työskennellyt lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden kanssa. Tutkimuksen aihealueen kysymyksiin vastasi siis yhdeksän vastaajaa. Vastaajien aktiivisuus vaihteli, eivätkä kaikki yhdeksän fysioterapeuttia vastanneet kaikkiin kysymyksiin.

Alla olevasta kuviosta käy ilmi (kuvio 6) kuinka monta vastaajaa kustakin sairaanhoitopiiristä vastasi aihealueemme kysymyksiin. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä ei saatu yhtään vastausta.



KUVIO 6. Vastaajien määrä sairaanhoitopiireittäin (n=9)

Vastaajista (n=9) viisi oli työskennellyt fysioterapeutteina 3-10 vuotta ja neljä yli 10 vuotta. Alle 2 vuotta fysioterapeutteina työskennellyttä ei ollut vastaajissa ollenkaan. (Kuvio 7.) Sama jakauma toistui siinä, kuinka kauan vastaajat olivat työskennelleet psykiatristen kuntoutujien parissa.



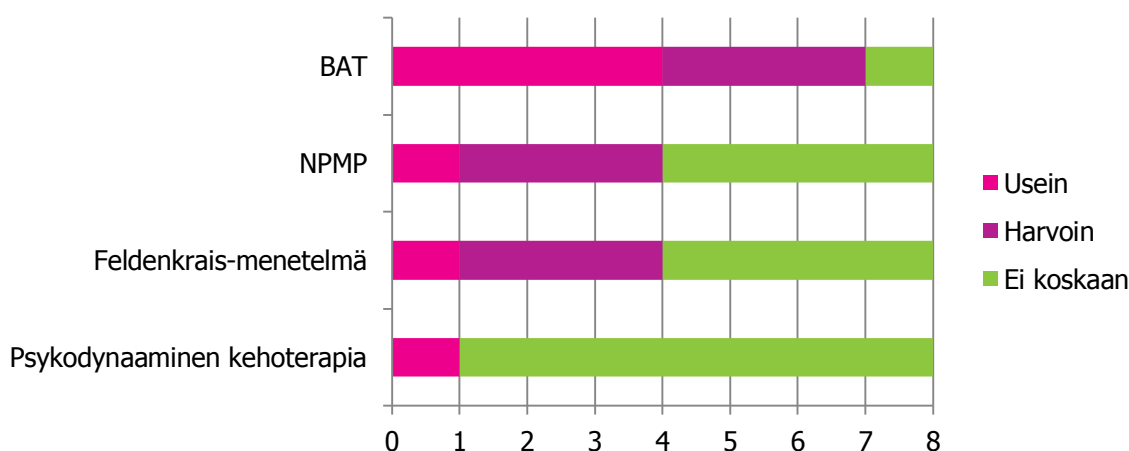
KUVIO 7. Tähänastinen työura fysioterapeuttina (n=9)

Vastaajista (n=9) kaikki olivat käyneet psykofyysisen fysioterapian lisäkoulutuksia. Vastaajista kuusi mainitsi käyneensä psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot. Kuusi vastaajaa mainitsi käyneensä jonkinlaisia hengitykseen liittyviä koulutuksia, joista psykofyysinen hengitysterapia ja hengi-

tyskoulu olivat yleisimpiä. Vastauksista nousi esille myös NPMP-, BAT- ja kehotietoisuuskoulutukset, sekä muita pienempiä kursseja, koulutuspäiviä ja seminaareja.

### 6.1 Kuntoutuksessa käytetyt fysioterapiamenetelmät

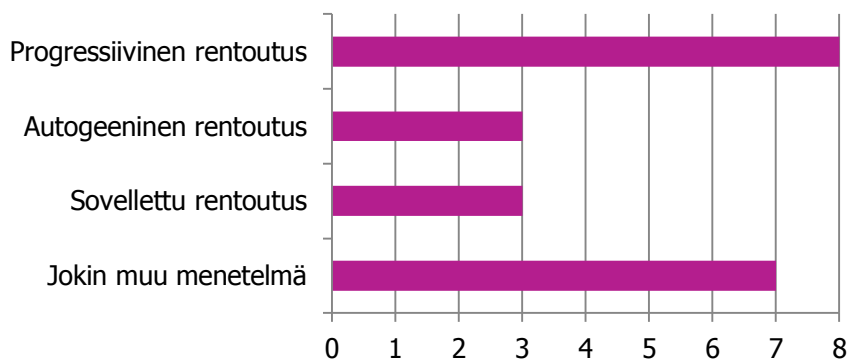
Neljästä psykofyysisen fysioterapian menetelmistä vastaajat mainitsivat käyttävänsä eniten Roxendalin kehoterapiamenetelmää (BAT). Norjalaista psykomotorista fysioterapiaa (NPMP) ja Feldenkrais-menetelmää käytettiin yhtä paljon. Vähiten käytettiin psykodynaamista kehoterapiaa. Syyksi siihen, miksi vastaajat eivät ole käyttäneet tiettyjä terapiamenetelmiä, vastaajat kertoivat, ettei heillä ole koulutusta kyseiseen menetelmään. Alla olevasta kuviosta (kuvio 8) ilmenee kuinka usein vastaajat käyttivät edellä mainittuja menetelmiä.



KUVIO 8. Psykofyysisien fysioterapiamenetelmien käyttö (n=8).

Vastaajat kertoivat käyttävänsä paljon BAT:n perusharjoitteita. Vastauksista nousi esille seuraavia perusharjoitteita: kehon suhde alustaan, keskilinjan tunnistamisharjoitteet ja asennon ja liikkeen aistimiseen liittyvät harjoitteet niin seisten, maaten kuin istuen. Yksi vastaajista mainitsi myös pariharjoitteet ja BBAT-hieronnan. Vastaajat kertoivat käyttävänsä NPMP:tä pääasiassa tutkimiseen sekä kehon asennon ja lihaskireyksen havainnointiin. Yksi kolmesta vastaajasta kertoi käyttävänsä NPMP:n pohjalta kehitettyä ROBE-tutkimusmenetelmää. Kaksi kolmesta vastaajasta kertoi käyttävänsä joitakin NPMP:n harjoituksia tarkentamatta millaisia. Feldenkrais-menetelmästä vastaajat kertoivat käyttävänsä perusharjoitteita, joilla harjoitellaan oman kehon ja asennon tunnistamista sekä erilaisia liikkeen tunnistamisharjoituksia. Vastaajista ainoa psykodynaamisen kehoterapian käyttäjä kertoi kokevansa psykodynaamisen lähestymistavan sisältyvän pitkälti kaikkeen terapiaan ja harjoitteluun niin yksilö- kuin ryhmänohjauksessa.

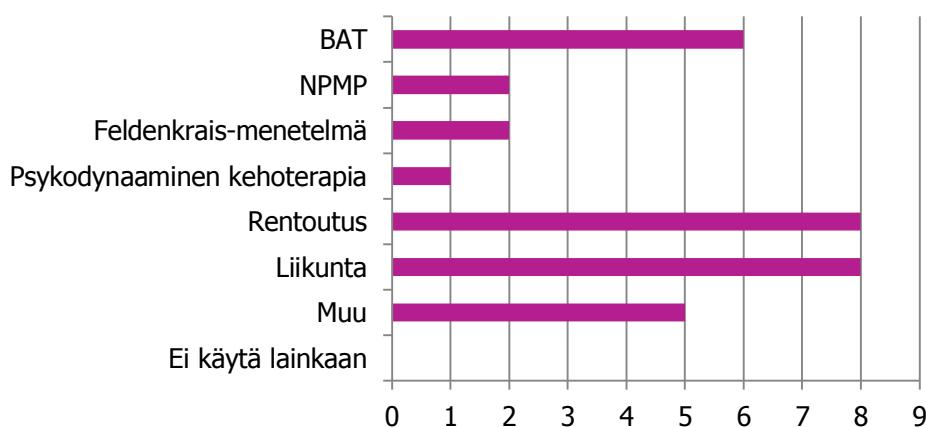
Rentoutusharjoituksista eniten käytetty oli progressiivinen rentoutus eli jännitys-rentoutustekniikka. Tätä kertoivat käyttävänsä kaikki (n=8) kysymykseen vastanneet fysioterapeutit. Vastanneista seitsemän kertoi käyttävänsä myös jotain muuta, kuin kyselyssä mainittua menetelmää. Autogeenistä - ja sovellettua rentoutusta kertoi käyttävänsä kolme vastaajaa. Seuraavasta kuviosta (kuvio 9) ilmenee kuinka moni vastaaja kertoi käyttävänsä eri rentoutusmenetelmiä. Kyselyn kaikki vastaajat (n=9) kertoivat yhdistävänsä eri rentoutusmenetelmiä.



KUVIO 9. Eri rentoutusmenetelmien käyttö (n=8).

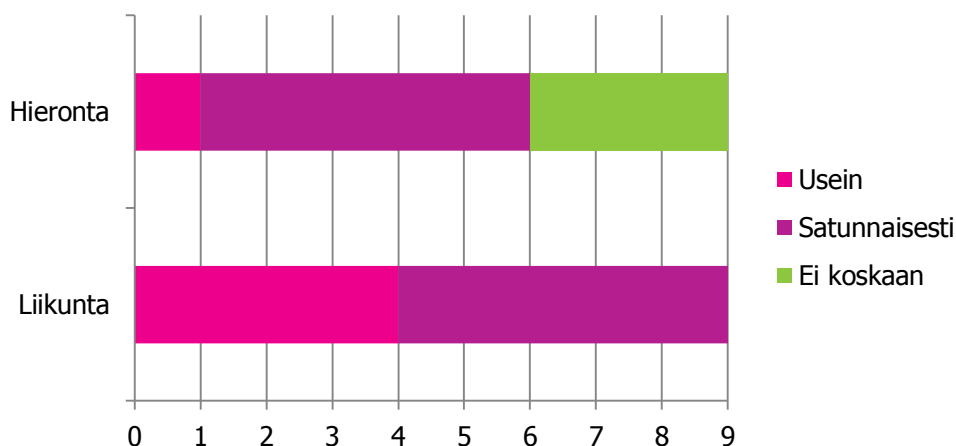
Seitsemän vastaajaa kahdeksasta kertoi käyttävänsä joitakin muita menetelmiä rentoutumiseen kuin progressiivistä-, autogeenistä- tai sovellettua rentoutusta. Kolme vastaajaa kertoi käyttävänsä hengitys- ja venyttely- ja mielikuvaharjoituksia rentoutuksessa. Muita mainittuja menetelmiä olivat hiekkapussirentoutus sekä ison lämpöpakkauksen käyttäminen rentoutuksessa. Yksi vastaajista kertoi käyttävänsä sellaisia harjoitteita, jotka kuntoutuja kokee turvalliseksi.

Kaikki kyselyn vastaajat (n=9) kertoivat yhdistänsä kosketusta muuhun psykofyysisen fysioterapiaan. Vastaajat kertoivat yhdistävänsä kosketusta eniten liikuntaan ja rentoutukseen. Vastaajat kertoivat yhdistävänsä myös Roxendalin kehoterapiaan (BAT) paljon kosketusta. Vastaajista viisi kertoi yhdistävänsä kosketuksen myös muihin, kuin taulukossa esitettyihin terapiamenetelmiin. Kaksi viidestä vastaajasta kertoi yhdistävänsä kosketuksen psykofyysisen hengitysterapian harjoitteisiin. Kaksi vastaajaa kertoi käyttävänsä kosketusta aina tarpeen mukaan oman kokemuksen ja arvion sekä kuntoutujan antaman palautteen mukaan. Yksi vastaajista tarkensi, että käyttää kosketusta hyvin harkitusti aina luvan kanssa, joko selkeyttämään/vahvistamaan, tai ohjaamaan/rauhottamaan kuntoutujaa harjoituksen aikana. Alla olevasta kuviosta nähdään kuinka vastaajat kertoivat yhdistävänsä kosketusta eri terapiamenetelmien kanssa (kuvio 10). Kaikista vastaajista (n=9) vain kaksi kertoi, ettei käytä kosketusta puhtaasti yhtenä terapiamenetelmänä. Vastaajista neljä kertoi käyttävänsä kosketusta usein ja kolme satunnaisesti omana terapianaan.



KUVIO 10. Kosketuksen yhdistäminen muihin menetelmiin (n=9).

Kaikista vastaajista (n=9) viisi kertoi käyttävänsä terapiassaan hierontaa satunnaisesti ja yksi usein. Kolme vastaajaa kertoi, ettei käytä hierontaa lainkaan. Syyksi he kertoivat, että hieronta on poissuljettu erikoissairaanhoidosta resurssien vuoksi, ja että manuaalinen terapia kuuluu osaksi NPMP-terapiaa. Vastaajista (n=9) neljä kertoi käyttävänsä liikuntaa terapiassaan usein ja viisi satunnaisesti. Vastausten jakautuminen hieronnan ja liikunnan osalta selviää alla olevasta kuvioista (kuvio 11).



KUVIO 11. Hieronnan ja liikunnan käyttö (n=9).

Kaikki kyselyn yhdeksän vastaajaa (n=9) kertoivat käyttävänsä hengitysharjoituksia yhdessä psyko-fyysisten fysioterapiamenetelmien kanssa. Kolme vastaajaa kertoi käyttävänsä hengitysharjoituksia myös puhtaasti omana terapiamenetelmänään. Kahdeksan vastaajaa oli kertonut tarkemmin millaisia hengitysharjoitteita he käyttävät terapiassa. Neljä kahdeksasta kertoi käyttävänsä psykofyysisen hengitysterapian mukaisia harjoitteita, esimerkkinä Maila Sepän hengityskoulua. Kolme vastaajaa kertoi yhdistävänsä hengitysharjoitteet liikkeeseen.

Kaikki yhdeksän vastaajaa kertoivat antavansa kuntoutujilleen kotiharjoituksia. Heistä neljä kertoi antavansa kotiharjoitteita usein ja viisi satunnaisesti. Harjoitukset ovat pääasiassa tuttuja harjoitteita fysioterapiasta. Neljä vastaajaa (n=9) kertoi antavansa muutamia helppoja ja yksinkertaisia harjoitteita kotiin, joita on helppo yhdistää arkeen kuntoutujan voimavarat huomioon ottaen. Yksi vastaajista nosti esille, että 1-2 kertaa viikossa tapahtuva ohjattu harjoittelu fysioterapiassa on harvoin riittävää, koska kehon kanssa työskennellessä toistoja täytyy tulla paljon. Tämän vuoksi harjoitteita tulisi tehdä kotona, jotta harjoitteilla olisi vaikutusta ja kuntoutuja oppisi tunnistamaan niitä omassa itsessään. Kolme nosti esille hengitysharjoitteet. He kertoivat, että hengitysharjoitteita on hyvä käyttää hengityksen ja tunnetilojen tarkkailussa sekä niiden säätelyssä. Vastaajien mukaan hengitysharjoitteita voi käyttää rauhoittuakseen ahdistavissa tilanteissa. Yksi vastaajista toi esille myös kirjalliset venyttely- ja lihaskuntoharjoitteet. Vastauksista nousi esille kuntoutujan tunnetilojen ja voimavarojen oma tarkastelu ja oivaltaminen arkiympäristössä.

Kyselyn lopussa kysyttiin käyttävätkö vastaajat terapiassaan joitakin muita fysioterapiamenetelmiä, joita ei tutkimuksessa kysytty. Kysymyksen viidestä (n=5) vastaajasta kaksi nosti esille pilateksen tai pilatestyyppiset harjoitteet. Yksi vastaajista mainitsi hengityskoulun, joka nousi monissa vastauksissa

esille kysyttäessä hengitysharjoitteista. Kaksi vastaajista nosti esille, että terapiassa on usein mietittävä muuten kuin menetelmän kautta, mistä kuntoutuja hyötyisi. Vastaajat kertoivat soveltavansa ja yhdistävänsä eri harjoituksia/variaatioita eri terapiamenetelmien harjoituksista kuntoutujalle sopivaksi. Toinen vastaajista kertoi yhdistävänsä ja soveltavansa niin psykofyysisiä ja psykoterapeuttisia menetelmiä. Vastaajat kertoivat, etteivät kohdenna eri menetelmiä tietyntyyppisille kuntoutujille, vaan soveltavat harjoitteita yksilöllisesti kuntoutujan voimavarojen mukaan. Yksi vastaaja kertoi esimerkkinä liikkeen ja hengityksen yhdistämisen, koska se vaatii kuntoutujalta paljon keskittymistä. Tällöin huomio on poissa kuntoutujan ongelmasta ja tämä voimaannuttaa kuntoutujan.

## 6.2 Fysioterapiamenetelmien käyttötavat

Laadullisista vastauksista kävi ilmi, että kaksi neljästä vastaajasta kertoi yhdistävänsä BAT-harjoitteita muihin harjoituksiin, kuten mielikuva- ja hengitysharjoitteisiin sekä yksilö- ja ryhmänohjaukseen. Vastaajat kertoivat, että harjoitteita käytetään myös puhtaasti BAT-harjoitteina yhdistämättä niitä muihin harjoitteisiin. Yksi vastaajista kertoi käyttävänsä vain yhtä tai kahta liikettä aina yhdellä terapiakerralla ja toistavansa samoja liikkeitä useilla terapiakerroilla. Vastaajat kertoivat käyttävänsä BAT-harjoitteita, koska ne auttavat kuntoutujaa rentoutumaan, lisäävät kuntoutujan kehotuntemusta ja turvallisuuden tunnetta ja vahvistavat minäkäsitystä. Yksi vastaajista kertoi alkuvaiheen seisten ohjattavien harjoitteiden tuovan turvaa ja rajoja kuntoutujalle sekä lisäävän luottamusta, joka on hyvän ja luottamuksellisen hoitosuhteen edellytys. Yksi vastaajista kertoi vakaan ja turvallisen alustakontaktin antavan perustaa rauhoittumiselle ja traumasta kuntoutuvan vakauttaville harjoitteille. BAT-harjoitteiden avulla kuntoutuja voi oppia tunnistamaan omia kehollisia tuntemuksiaan, niissä tapahtuvia muutoksia ja vireystilojen vaihteluja. Harjoituksilla voi vaikuttaa vireystilaan laskevasti rauhoittavina harjoitteina tai kohottavasti aktivoivina harjoitteina. Harjoitteet helpottavat myös lihasjännitystä ja auttavat löytämään uusia tapoja olla ja liikkua.

Vastaajat kertoivat, että ROBE-menetelmällä tutkiessa saa hyvän kuvan kuntoutujan tavasta olla ja käyttää kehoaan sekä mahdollisuuden arvioida muutoksia. Harjoitteet, joilla harjoitetaan vuorotahtisuutta, rytmiä ja ristikkäisiä liikkeitä vakauttavat kuntoutujaa ja auttavat harjoittamaan kehotuntemusta. Vastaajat kertoivat käyttävänsä Feldenkrais-harjoitteita yhdistettynä muuhun harjoitteluun käyttäen harjoitteita siten, että kuntoutuja voi oppia kuuntelemaan itseään ja kehoaan sekä löytämään juuri siihen hetkeen sopivan tavan tehdä liikettä. Vastaajat kertoivat, että Feldenkrais-menetelmää käytetään niin yksilö- kuin ryhmänohjauksessakin. Harjoitteiden tavoitteena on kuntoutujan kehotuntemuksen paraneminen ja ne auttavat kuntoutujaa pysähtymään ja keskittymään. Yhdellä vastaajista oli omakohtaisia kokemuksia harjoitteista ja hänen mukaansa ne toimivat yhdessä muiden harjoitteiden kanssa.

Vastaajat kertoivat käyttävänsä progressiivista rentoutusta eri alkuasunnoissa. Harjoituksissa opetellaan jännittämään ja rentouttamaan kehon eri osia sekä tunnistamaan jännityksen ja rentoutuksen ero. Harjoitusten avulla voidaan opetella rentoutumaan, tai yhden vastaajan mukaan ”hellittämään”, turvallisesti. Yksi vastaaja kertoi käyttävänsä autogeenistä rentoutusta soveltaen. Vastaaja kertoi käyttävänsä sitä kehon eri osien vaiheittaisessa rentouttamisessa mielikuvia apuna käyttäen. Kukaan

sovellettua rentoutusta käyttävistä vastaajista ei kertonut tarkemmin miten ja millaisia harjoitteita he käyttävät. Vastaajat olivat kokeneet rentoutusmenetelmien yhdistämisen käytännössä hyvin toimiviksi. Rentoutusmenetelmien yhdistäminen myös muuhun harjoitteluun oli koettu hyväksi. Yksi vastaajista kertoi, että kuntoutujien antama palaute ja vastaajan oma kokemus ovat opettaneet hakemaan erilaisia yksilöllisiä tapoja rentoutumiseen. Toisen vastaajan mukaan oleminen on joskus kuntoutujalle vaikeaa, jolloin rentoutumista on helpompi hakea tekemisen, esimerkiksi venyttelyn, avulla. Kolmas vastaaja kertoi yhdistävänsä eri rentoutusmenetelmien elementtejä sen mukaan mikä siinä hetkessä tuntuu kuntoutujalle sopivimmalta.

Seitsemän vastaajaa kertoi käyttävänsä kosketusta puhtaasti omana terapiamenetelmänään. Heistä neljä vastaajaa kertoi käyttävänsä omia käsiään tehden mm. paineluita, sivelyitä, tassuttelua, kevyitä ja tiiviitä paikallisia kosketuksia sekä ravisteluita. Vastaajat kertoivat käyttävänsä apuvälineinä mm. hiekkapussia, palloa, nystyräpalloa, peittoa ja lämpöpakkausta. Vastaajat kertoivat käyttävänsä kosketusta rauhoittamaan ja rentouttamaan, stimuloimaan sekä lievittämään kipua. Heidän mukaan kosketuksella voidaan vahvistaa kuntoutujan kokemusta omasta itsestään, lisätä kehotuntemusta, saada aikaan hyvän olon kokemuksia sekä sietämään kosketusta. Kosketuksella voidaan myös harjoitella turvallista kosketusta sekä oman kehon kunnioittamista. Samalla fysioterapeutti voi tutkia esim. lihaskäynnityksiä. Kosketuksella harjoitellaan myös vuorovaikutustaitoja. Yksi vastaajista korosti, että kosketuksella on todettu olevan parantava vaikutus.

Kolme viidestä vastaajasta kertoi käyttävänsä klassista hierontaa osana terapiaa. Yksi näistä vastaajista kertoi käyttävänsä klassista hierontaa kuntoutujan toiveesta terapiaprosessin alussa, jos kuntoutuja ei ole vielä valmis muuhun keholliseen työskentelyyn ja on kokenut hieronnan aiemmin hyvänä ja turvallisena. Hieronnalla voidaan ohjata kuntoutujan ajatukset ja huomio omaan kehoon, ja näin käyttää hierontaa oman kehon hyväksikokemisen välineenä. Kolme vastaajista kertoi käyttävänsä hierontaa toisinaan rentoutukseen vaatteiden päältä toteutettuna esimerkiksi pallon avulla. Vastaajat olivat kokeneet liikunnan hyväksi osana terapiaa. Kolme kahdeksasta vastaajasta nosti esille asahi-, taji- ja pilatestyypiset harjoitteet. Myös lihaskunto-, kuntosali- ja kehonhuoltoharjoitteet ovat vastaajien mukaan hyviä. Perusliikunta, kuten kävely ja sauvakävely, oli todettu hyväksi ja yksi vastaajista oli huomannut, että joskus kuntoutujan on helpompi puhua asioistaan kävelylenkin aikana kuin vastaanottohuoneessa. Vastaajien mukaan kuntoutujaa kannattaa rohkaista liikkumaan ja liikunnan tulee tapahtua kuntoutujan omista lähtökohdista.

Vastaajien mukaan hengitysharjoitteiden avulla kuntoutujat harjoittelevat itsehavainnointia, rentoutumista, koostumista, tietoista hengitystä ja tietoisuutta itsestään. Yksi vastaajista kertoi ohjaavansa kuntoutujaa tunnistamaan tämän omaa hengitystä ja sen vaihteluita eri tilanteissa. Kuntoutujaa ohjataan myös harjoittelemaan erilaisia hengitystapoja ja hengityksen rauhoittamista, jolla pyritään rauhoittumaan esimerkiksi ahdistuskohtauksen aikana. Toinen vastaaja kertoi harjoittelevansa kuntoutujan kanssa hengityksen tarkkailua eri asennoissa ja tunnetiloissa. Vastaajien mukaan hengitysharjoitteita voi tehdä aktiivisesti, passiivisesti, välineen avulla ja avustettuna.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia terapiakeinoja fysioterapeutit käyttävät lapsuuden kompleksisista psyykkisistä traumaista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien kuntoutuksessa. Tutkimuksen neljästä psykofyysisen fysioterapian terapiamenetelmästä käytetään eniten Roxendalin kehoterapiaa (BAT) ja vähiten pykodynaamista kehoterapiaa. Yleisin syy menetelmien käyttämättömyyteen on se, etteivät vastaajat ole käyneet koulutusta kyseisiin menetelmiin. Vaikka kyselyssä kysyimmekin BAT-harjoitteista, kertovat monet vastaajat käyttävänsä BBAT-harjoitteita kuntoutuksessa. Tämä voi johtua siitä, että BAT- ja BBAT-harjoitteiden välillä ei ole merkittävää eroa ja käsitteet menevät tämän vuoksi helposti sekaisin.

Rentoutusmenetelmistä eniten käytetään progressiivista rentoutusta. Toiseksi eniten käytetään jostain muuta menetelmää, kuten venytys- ja hengitysrentoutusta sekä mielikuvaharjoitteita ja mielikuvarentoutusta. Vastausten mukaan rentoutusmenetelmiä yhdistetään myös paljon keskenään.

Kosketusta yhdistetään paljon muihin terapiamenetelmiin ja sitä käytetään yhdessä kaikkien terapiamenetelmien kanssa. Vastaajat yhdistävät kosketusta eniten kuitenkin liikuntaan ja rentoutukseen sekä BAT:iin. Kosketusta käytetään myös puhtaasti yhtenä terapiamenetelmänä. Vastaajat käyttävät tällöin omia käsiään tehden mm. paineluita, sivelyitä, tassuttelua, kevyitä ja tiiviitä paikallisia kosketuksia sekä ravisteluita. Kosketusta käytetään rauhoittamaan ja rentouttamaan, stimuloimaan sekä lievittämään kipua. Hierontaa käytetään pääasiassa satunnaisesti kuntoutuksessa. Vastaajien mukaan hieronta ei koskaan ole ainoa hoitomuoto, vaan osa kokonaisuutta.

Liikuntaa käytetään osana traumakuntoutujan terapiaa usein tai satunnaisesti. Hyviksi liikuntamuodoiksi oli havaittu kehotietoisuutta, -kokemusta ja -hallintaa lisäävät harjoitteet, kuten pilates ja asahi. Myös perus- ja lihaskuntoa ylläpitävä liikunta, esimerkiksi kävely ja kuntosaliharjoittelu, sekä itsenäiseen liikuntaan aktivoiminen on tärkeää.

Hengitysharjoituksia käytetään yhdessä psykofyysisten fysioterapiamenetelmien kanssa, mutta niitä käytetään myös omana terapiamenetelmänään. Vastaajat käyttävät paljon psykofyysisiä hengitysharjoitteita ja mm. hengityskoulua. Hengitysharjoitteita yhdistetään paljon liikkeeseen, ja niitä sovelletaan kuntoutujakohtaisesti.

Vastaajat antavat pääsääntöisesti kotiharjoitteita kuntoutujilleen. Harjoitukset ovat pääasiassa tuttuja harjoitteita fysioterapiasta, ja niiden avulla kuntoutuja harjoittelee tunnistamaan omia reaktioitaan ja mm. hengitystään arjen eri tilanteissa. Kehotietoisuusharjoitteita tulee tehdä myös kotona, sillä toistojen määrän tärkeys korostuu tehtäessä kehon kanssa. Harjoitteiden avulla kuntoutuja voi myös esimerkiksi rauhoittua ahdistavissa tilanteissa.

Tutkimuksesta käy ilmi, että lapsuuden kompleksisista traumaista kärsivien fysioterapia ei ole menetelmäkeskeistä, vaan eri menetelmiä ja niiden harjoitteita yhdistetään sekä sovelletaan kuntoutuja-kohtaisesti. Keskeisimmiksi asioiksi kuntoutuksessa nousevat kehotietoisuuden ja minäkäsityksen vahvistaminen ja omien rajojen luominen. Myös kuntoutujan luottamus itseensä ja luottamuksellinen terapiasuhde ovat tärkeitä huomioon otettavia asioita fysioterapiassa. Tämä luo turvallisuuden tunnetta kuntoutujalle.

Vaikka Rosen-terapiaan liittyy olennaisesti fysioterapia, ei se ole käytössä kenelläkään vastaajista. Kukaan vastaajista ei käytä Rosen-terapiaa, koska kukaan ei ole käynyt siihen koulutusta. Vaikka Rosen-terapia on löytämistämme terapiamenetelmistä ainut traumakuntoutujille kohdennettu terapiamuoto, sitä ei käytetä vastaajien keskuudessa. Tähän voi vaikuttaa se, että Pohjoismaissa fysioterapeuttien keskuudessa psykofyysinen lähestymistapa on vahva. Tämän vuoksi psykofyysinen fysioterapia todennäköisesti syrjäyttää Rosen-terapian, joka voi olla enemmän tunnettu psykoterapian puolella.

## 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Suomen tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) mukaan tutkimus on eettisesti luotettava ja hyväksyttävä vain, jos tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Jokainen tutkija vastaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta itse. (TENK 2012, 6-7.) Tutkimusta tehdessä noudatettiin näitä ohjeita. Tutkimusta varten haettiin ja saatiin tutkimusluvut jokaisesta sairaanhoitopiiristä. Vastaajat saivat kyselyn yhteydessä saatekirjeen, jossa kerrottiin taustatietoa tutkimuksesta sekä tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot. Vastaaminen tapahtui anonyymisti, eikä vastausten perusteella pystytä jäljittämään vastaajaa tai heidän yhteystietojaan. Tutkimuksen vastaajilla on ollut mahdollisuus jättää vastaamatta kyselyyn. Tutkimuksen vastauksia on päässyt tarkastelemaan vain opinnäytetöitä tekevät henkilöt. Tuloksia on käsitelty luottamuksellisesti niitä mitenkään vääristelemättä. Tutkimuksen tuloksia ei salata, vaan ne on julkaistu kaikkien hyödynnettäväksi. Lähteiden käyttö on asianmukaista ja kunnioittavaa. Tutkimusta tehdessä on noudatettu yleistä huolellisuutta, tarkuutta ja rehellisyyttä sekä hyvää tutkimusetiikkaa.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat kaksi tekijää, validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, missä määrin mittarilla on onnistuttu mittaamaan sitä mitä pitikin, eli saadaanko mittarilla vastaus tutkimuskysymykseen. (Heikkilä 2010, 185-186.) Tutkimuksen validiteettiin vaikuttavat mm. se, onko tutkija onnistunut muuntamaan teoreettiset käsitteet arkikielelle, ja onko tutkija onnistunut muotoilemaan mittarin kysymykset niin, että tutkija ja tutkittava ymmärtävät ne samalla tavalla. Validiteettiin vaikuttaa myös se, onko tutkija onnistunut luomaan mittariin toimivan asteikon ja sisältykö mittariin epätarkkuuksia. (Vilka 2007, 150.)

Tutkimuksella haettiin vastaukset kysymyksiin *"Mitä fysioterapiaterapiamenetelmiä lapsuudessa traumatisoituneiden kanssa käytetään?"* sekä *"Miten fysioterapiamenetelmiä käytetään ja miksi?"* Tutkimuksella onnistuttiin saamaan vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Toiseen tutkimuskysymykseen saatiin vastauksia suppeasti. Tähän todennäköisesti vaikutti kyselyn kysymystenasette-



lu ja se, että avoimiin kysymyksiin on hankala vastata sanallisesti ja kattavasti. Sähköistä kyselyä luodessa kyselyyn on jäänyt pieniä huolimattomuusvirheitä, joita ulkoisesta tarkastelusta huolimatta ole huomattu. Esimerkkinä tällaisesta on että ensin kysytään ”Millaisia harjoitteita käytät?” mutta seuraavassa kysymyksessä kysytään ”Miten käytät mainitsemaasi menetelmää?”, ja kysyttäessä tarkennusta psykodynaamisen kehoterapian käytöstä on kysymykseen eksynyt sana NPMP-terapia. Näihin huolimattomuusvirheisiin vaikutti se, että sähköistä kyselyä muokattaessa oli muokattava yhtä kysymystä kerrallaan, jolloin oli hankala nähdä kokonaiskuva ja havaita huolimattomuusvirheitä. Kyselyn miten-kysymyksiin pystyi vastaamaan eri tavoin. Osa vastaajista oli vastannut yksinkertaisesti esimerkiksi ”yksilö- tai ryhmäohjauksessa”, kun taas toiset kertoivat tarkemmin, miten he toimivat ryhmäohjaustilanteessa tai yksilökuntoutujan kanssa. Olisimme toivoneet enemmän jälkimmäisen kaltaisia tarkempia vastauksia. Vaikka kyselyssä painotettiin kysymysten koskevan lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden kuntoutujien fysioterapiaa, on vastaaja voinut vastata kysymyksiin kaiken tyyppisten traumatisoituneiden fysioterapian kannalta. Mielestämme kyselyn mittaasteikko (usein – harvoin – ei koskaan) on tarkoitukseemme toimiva. Näin saimme tarkempaa tietoa siitä, kuinka paljon menetelmiä käytetään, verrattuna siihen, mitä pelkillä kyllä - ja ei –vastauksilla olisi ollut mahdollista tietää.

Reliaabelius on kyky olla tuottamatta ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen reliabiliteetti on hyvä, jos tutkimus voidaan toistaa ja tulokset ovat samat riippumatta tutkijasta. (Vilka 2007, 149.) Kenen tahansa on siis mahdollista tehdä vastaavanlainen tutkimus. Tällöin tutkimuksen tulokset olisivat todennäköisesti samansuuntaisia, sillä tuloksista ei ilmennyt mitään merkittävää, mitä emme osanneet huomioida etukäteen.

Tutkimuksen luotettavuuteen ovat voineet vaikuttaa myös vastaamisaika, kysymysten sijaitseminen kyselyn loppupäässä ja se, ovatko vastaajat vastanneet oikeasta aihealueesta. Sähköisen kyselyn ohjelmasta näkee kuinka kauan kysely on ollut auki vastaajilla. Tämän perusteella osa on vastannut kyselyyn kymmenessä minuutissa kun taas muutamalla vastaajalla kysely on ollut auki tunnin ajan. Tästä voidaan päätellä, että joku on saattanut vastata kyselyyn nopeasti vain osallistumisen vuoksi, joku on paneutunut vastaamiseen, tai kysely on vahingossa voinut jäädä auki. Yksi vastaajista kommentoi kesken kyselyn, että joutuu lyhentämään vastauksiaan kiireen vuoksi. Kyselyn alkupäässä oli 11 toisen opinnäytetyöparin kysymystä, jotka sisälsivät paljon avoimia kysymyksiä. Tämä on saattanut vaikuttaa vastaajien motivaatioon vastata loppupään kysymyksiin, jotka koskivat tutkimuksen aihealuetta.

Ei myöskään voi olla varmaa, että kaikki vastaajat ovat vastanneet kysymyksiin juuri lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden fysioterapian kannalta. Vastaajat ovat voineet vastata minkä tahansa kuntoutujaryhmän kannalta, joiden kanssa he käyttävät psykofyysisiä fysioterapiamenetelmiä. Vaikka saatekirjeessä mainitaan, että tutkimus käsittelee kompleksisen trauman lisäksi dissosiaatiohäiriötä, ei dissosiaatiohäiriö noussut esille, eikä sitä mainittu itse kyselyssä. Jos vastaaja ei ole lukenut saatekirjettä, ei hän vältämättä ole osannut vastata kysymyksiin traumojen lisäksi myös dissosiaation kannalta. Vastaajien kuitenkin oletetaan vastanneen oikean kuntoutujaryhmän terapia mielessä pitäen.

On harmillista, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä ei tullut yhtään vastausta, vaikka tältä sairaanhoitopiiriltä saatiin kuulla aiheen olevan tärkeä. Arvoitukseksi jää, onko yhdyshenkilön, jonka oli tarkoitus toimittaa kysely eteenpäin vastaajille, ja vastaajien välillä tapahtunut informaatiokatkos vai eikö vastaajilla ole ollut aikaa vastata kyselyyn. Tämä on harmillista, koska ennakkotietojen mukaan Helsingin ja Uudenmaan alueella on paljon psykiatristen kuntoutujien parissa työskenteleviä fysioterapeutteja.

Kompleksisista traumaista ja dissosiaatiohäiriöistä tai niiden kuntoutuksesta ei löytynyt tutkimustietoa. Traumaan liittyviä tutkimuksia kuitenkin löytyi esimerkiksi luonnonkatastrofeihin ja sodan uhreihin liittyen. Näitä tutkimuksia ei käytetty, koska ne eivät ole mielestämme palvelleet aihetta, eikä niistä käynyt ilmi fysioterapiamenetelmiä. Työhön ei haluttu tuoda väkisin tutkimustietoa, joka olisi edes vähän viittannut aiheeseen. Vastauksia ei voitu verrata muuhun tutkittuun näyttöön, koska juuri tästä aihealueesta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa. Aikaisempaa tutkimustietoa ei löytynyt, vaikka aineistonkeruussa käytettiin ammattitaitoisen informaatikon apua. Tutkimustiedon puuttuminen on vaikuttanut myös aiheeseen perehtymiseen, teorian tiedon keräämiseen sekä kyselyn luomiseen. Tutkimustiedon puuttuessa on jouduttu käyttämään oppikirjojen, teosten ja artikkeleiden tietoa. On kuitenkin pyritty siihen, että lähdeaineisto on mahdollisimman luotettavaa ja asianmukaista. On pyritty myös huolehtimaan siitä, että tutkimuksessa käytetyt käsitteet on määritelty oikein. Koska kompleksinen trauma ei ole virallinen diagnoosi, käytetään siitä eri lähteissä eri nimityksiä. Tämän vuoksi tapahtuu helposti väärinkäsityksiä käsitellessä aihetta eri lähteiden pohjalta. Syy siihen, miksi Fysioterapia-kirjaa on käytetty paljon, on että aihetta haluttiin lähestyä fysioterapian näkökulmasta. Muussa kirjallisuudessa kompleksista traumaa ja dissosiaatiohäiriöitä käsitellään psykoterapian näkökulmasta.

### 7.3 Johtopäätökset

Tutkimustulosten perusteella vastaajat käyttävät samankaltaisia fysioterapiamenetelmiä lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden fysioterapiassa. Tutkimustulosta ei voi yleistää, koska vastaajien määrä (9) jäi pieneksi. Koska tutkimus perustui psykofyysisen fysioterapian menetelmiin, eikä tuloksista tullut esille mitään muuta terapiamenetelmää, voidaan olettaa että psykofyysinen fysioterapia on tuloksellista kompleksisesti traumatisoituneiden kuntoutuksessa. Varsinkin kaikki kehotetoisuutta, kehokuvaa ja minäkäsitystä vahvistavat harjoitteet on todettu toimiviksi. Näiden lisäksi perusliikunta ja siihen aktivointi on tärkeää. Kaikilla vastaajilla on yli kolmen vuoden työkokemus psykiatristen kuntoutujien kanssa, joista neljällä yli kymmenen vuoden kokemus. Heidän työkokemuksensa perusteella uskalletaan olettaa harjoitteet toimiviksi ja oletamme, että kuntoutujaryhmän fysioterapiaa olisi kehitetty eteenpäin, jos psykofyysisen fysioterapian harjoitteet olisi huomattu epäpäteviksi. Tutkimustuloksia on hankala yleistää myös siksi, koska juuri tähän aihealueeseen liittyvää aikaisempaa tutkimustietoa ei ole. Tuloksia ei voi siis verrata aikaisempaan näyttöön.

Tutkimustulosten samankaltaisuuden vuoksi toimeksiantaja ei välttämättä hyödy tutkimuksesta uusien menetelmien löytämisen kannalta. Tutkimustulokset antavat luottamusta sille, että tutut menetelmät ovat toimivia kyseisen kuntoutujaryhmän kuntoutuksessa. Tutkimustuloksista fysioterapeutit

voivat kuitenkin löytää vinkkejä fysioterapiaansa. Tällaisia voi olla esimerkiksi pilates, asahi ja taiji tyyppiset harjoitteet.

Kuntoutuja ryhmän kannalta jatkotutkimusta voisi tehdä siitä, miten fysioterapeutit toteuttavat fysioterapiaansa. Tarvetta olisi laadulliselle tutkimukselle, jossa haastateltaisiin fysioterapeutteja ja/tai havainnoitaisiin heidän toimintaansa kuntoutujien kanssa. Vaikka tutkimuksessa yritettiin selvittää kyseisiä asioita avoimin kysymyksiin, saatiin niihin suppeasti vastauksia. Kasvotusten tehtävällä haastattelulla näihin kysymyksiin saataisiin kattavammin vastauksia, ja lisäksi haastattelussa olisi mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä.

#### 7.4 Oma oppiminen

Savonia-ammattikorkeakoulun fysioterapian koulutusohjelman osaamistavoitteiden mukaan fysioterapeutti ymmärtää tehtäväalueensa kattavuuden ja rajat sekä hallitsee teorian, menetelmien, periaatteiden ja keskeisten käsitteiden kriittisen arvioinnin. Fysioterapeutti hallitsee taidot, joita tarvitaan asioiden hallintaan, soveltamiseen ja luoviin ratkaisuihin. Fysioterapeutti pystyy johtamaan hankkeita tai toimimaan ja työskentelemään itsenäisesti alan asiantuntijana sekä kykenee päätöksentekoon ylittävässä tilanteissa. Fysioterapeutti pystyy työskentelemään myös yksityisyrittäjänä. Fysioterapeutti pystyy arvioimaan ja kehittämään niin omaa kuin yksittäisten ihmisten tai ryhmien toimintaa. Fysioterapeutilla on valmiudet jatkuvaan oppimiseen ja hän pystyy esiintymään suullisesti ja kirjallisesti niin alan sisäiselle tai ulkopuoliselle yleisölle. Hänen tulee kykyä kansainväliseen viestimiseen. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011b.)

Savonia-ammattikorkeakoulun fysioterapian koulutusohjelman opintojaksokuvauksen mukaan opinnäytetyöprosessin osaamistavoitteisiin kuuluu, että opiskelija noudattaa tutkimuseettisiä ohjeita, ymmärtää vastuunsa ammattialansa kehittämisestä ja omasta ammatillisesta kasvustaan. Opiskelija osaa kartoittaa taustatiedot, laatia työsuunnitelman sekä koota ja hankkia tietoa järjestelmällisesti sekä tulkita ja ilmaista niitä kirjallisena tuotoksena. Opiskelija osaa käyttää näyttöön perustuvaa tietoa ja perustella valintojaan sekä esitellä opinnäytetyönsä julkisesti. Opiskelijan tulee osata myös toimia joustavasti eri tahojen kanssa sekä tuoda asiantuntijuuttaan esille opinnäytetyön avulla. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011a.)

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi psykiatrisia kuntoutujia koskevan aihealueen, koska tiesimme psykofyysistä fysioterapiaa koskevan kurssin olevan suppea koulutusohjelmassamme. Tällä tavoin pystyimme syventämään tietoaamme psykofyysisestä fysioterapiasta, sillä olimme kiinnostuneita siitä. Ajattelimme, että laajennamme opinnäytetyöllä tietotaitouttamme ja madallamme kynnyistä työskennellä tulevaisuudessa psykiatristen kuntoutujien parissa. Mielestämme onnistuimme tässä, emmekä näe psykiatrisia kuntoutujia ja psykofyysistä fysioterapiaa tuntemattomana osa-alueena, vaan uskallamme tulevaisuudessa kohdata psykiatriset kuntoutujat paremmin. Tähän vaikuttaa se, että tutkimustulosten mukaan psykofyysinen fysioterapia ei ole niin menetelmäkeskeistä, vaan terapia tulee toteuttaa aina kuntoutujalähtöisesti soveltaen tietotaitoutta. Prosessin aikana opimme tuntemaan psykofyysisiä fysioterapiamenetelmiä ja kuinka niitä voi käyttää niin, että uskaltaisimme tart-

tua niihin työelämässä. Opinnäytetyön suurin merkittävyys ilmeneekin omassa oppimisessamme. Koska tutkimustulosta ei voida yleistää vastaajien vähyyden vuoksi, jää valtakunnallinen merkittävyys ja käytettävyys vähäiseksi.

Opinnäytetyöprosessin alku oli nihkeä. Alussa meillä oli väärinkäsityksiä toimeksiantajan kanssa ja prosessi saatiin hitaasti käyntiin. Lopulta aihe rajautui traumoihin ja dissosiaatiohäiriöihin ja saimme toimeksiantajalta vapaat kädet työn toteutukseen. Erinäisten aikataulullisten ongelmien vuoksi tutkimussuunnitelma täytyi tehdä lyhyessä ajassa ja vaikeaan aiheeseen orientoituminen sekä asian sisäistäminen oli hankalaa. Opinnäytetyöprosessi on kuitenkin kasvattanut meitä tutkijoina ja itse tutkimusprosessi on selkeytynyt. Tulevaisuudessa osaisimme välttää tiettyjä virheitä ja toteuttaa laadukkaamman tutkimuksen. Olemme pystyneet työskentelemään molemmille sopivalla ja joustavalla tavalla sekä olemme onnistuneet aikataulullisesti sovittamaan työajat hyvin yhteen. Olemme oppineet toimimaan joustavasti niin toistemme, kuin muidenkin opinnäytetyöhön liittyvien tahojen kanssa. Onnistuimmekin aikatauluttamaan opinnäytetyön raportointivaiheen suunnitellusti ja aikaa jäi hyvin vielä raportin viimeistelyyn. Prosessin aikana opimme sen, että olisimme voineet tutustua etukäteen eri tutkimustyyppeihin, jolloin olisimme osanneet valita parhaimman tavan toteuttaa työ. Määrällinen tutkimus ei välttämättä ole paras menetelmä toteuttaa tämän aihealueen opinnäytetyötä. Koska aiheesta löytyy vähän tutkimustietoa, emme päässeet toteuttamaan näyttöön perustuvan tiedon analysointia.

Molemmilla meistä on jo jonkin verran työkokemusta harjoittelun lisäksi. Ymmärrämme fysioterapeutin työnkuvan, tehtäväalueen ja sen rajat. Ammattitaidon kasvun myötä kriittisyys niin teorian tiedon kuin käytäntöä kohtaan on lisääntynyt. Osaamme arvioida omaa osaamistamme kriittisesti ja toimia sen mukaisesti. Emme kuitenkaan pelkää kysyä neuvoa ja ottaa vastaan uusia haasteita. Luotamme omaan asiantuntijuuteemme niin, että rohkenemme toimia oman alan asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä ja hankkeissa. Koemme kuitenkin, että emme ole vielä valmiita toimimaan yksityisyrittäjinä heti opintojen päätyttyä, vaan haluamme kasvattaa osaamistamme mahdollisimman laaja-alaisesti ja monipuolisesti eri osa-alueilta. Pystymme arvioimaan niin omaa, kuin toisten toimintaa, ja olemaan mukana toiminnan kehittämisessä. Meillä on halua ja intoa oppia uutta, sekä laajentaa osaamisaluettamme jatkuvasti muuttuvassa yhteiskunnassa. Kansainvälisten opintojen myötä, Erasmus ja Nordplus, myötä pystymme kansainväliseen viestimiseen kiitettävästi.

## LÄHTEET

- HEIKKILÄ, Tarja 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.8.-painos. Helsinki: Edita.
- HEINONEN, Kirsi ja VALKAMA, Tytti 2010. Kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen käsikirjan suomentaminen [verkkojulkaisu]. The Comprehensive Body Examination (CBE). Helsinki: Metropolia-ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2014-9-22.] Saatavissa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14589/Kehonkok.pdf?sequence=1>
- HERRALA, Helinä, KAHROLA, Tytti ja SANDSTRÖM, Marita 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.
- HUTTUNEN, Matti 2012. Muita psykoterapioita. Julkaisussa: HUTTUNEN, Matti ja KALSKA, Hely (toim.) Psykoterapiat. Helsinki: Duodecim, 243-263.
- HUTTUNEN, Matti 2013a. Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisyyss) [verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 2013-12-2.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00360](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00360)
- HUTTUNEN, Matti 2013b. Konversiohäiriö [verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 2014-10-7.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00380](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00380)
- JACQUELINE, Behr 1996. The role of physiotherapy in the recovery of patients with conversion disorder. *Physiotherapy Canada*, 48 (3), 197-202.
- KOIVISTO, Maaria ja KORKEILA, Jyrki 2010. Epävaka persoonallisuushäiriö [verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 2014-1-7.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00994#s3](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00994#s3)
- MACKINNON, Joyce 1984. Physical therapy treatment of a patient with a conversion reaction – a case report. *Physical therapy*, 64 (11), 1687-1688.
- MARTIN, Minna, SEPPÄ, Maila, LEHTINEN, Päivi, TÖRÖ, Tiina ja LILLRANK, Benita 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.
- MUNNUKKA-DAHLQVIST, Merja 2001. Traumojen vaikutus kehoon ja kehon hoito osana terapiaa. *Perheterapia* (4). Suomen mielenterveysseura.
- ODGEN, Pat, MINTON, Kekuni ja PAIN, Clare 2009. Trauma ja keho, sensorimotorinen psykoterapia. Oulu: Traumaterapiakeskus.
- PIEPER, Georg ja BENGEL, Jürgen 2009. Seitsemän vaiheen traumaterapiamalli. Nuorten ja aikuisten PTSD:n hoito. Helsinki: Psykologinen kustannus.
- PSYFY 2014. Psykofyysinen fysioterapia [verkkosivu]. [Viitattu 2014-1-8.] Saatavissa: <http://www.psyfy.net/>
- RAILO-GRANFELT, Anne 2004. Sovellettu rentoutus on hyvä itsehallintamenetelmä. *Fysioterapia* (7). 12-13.
- ROTHSCHILD, Babette 2000. The body remembers: the psychophysiology of trauma and trauma treatment. New York: Norton professional book.
- Savonia-ammattikorkeakoulu 2011a. Opetussuunnitelma. TF11S Fysioterapian koulutusohjelma. Opin-tojaksokuvaus [verkkosivu]. [Viitattu 2014-16-9.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=352&tab=6&krtid2=5414>
- Savonia-ammattikorkeakoulu 2011b. Opetussuunnitelma. TF11S Fysioterapian koulutusohjelma. Osaamistavoitteet [verkkosivu]. [Viitattu 2014-16-9.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=352&tab=2>

- SUOKAS-CUNLIFFE, Anne 2006. Lapsuuden kompleksisen traumatisoitumisen seuraukset aikuisuudessa [verkkoartikkeli]. Yleislääkärilääkärilehti (6), 9-14. [Viitattu 2013-12-1.] Saatavissa: [http://files.kotisivukone.com/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/suokascunliffe\\_2.pdf](http://files.kotisivukone.com/ttkeskus.palvelee.fi/tiedostot/suokascunliffe_2.pdf)
- SUOKAS-CUNLIFFE, Anne ja VAN DER HART, Onno 2006. Dissosiaatiohäiriö – varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus [verkkoartikkeli]. Duodecim 122(16), 2001-7 [Viitattu 2013-12-1.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95941.pdf>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008. Tietoinen läsnäolo [verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 2014-9-22.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01057](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01057)
- TALVITIE, Ulla, KARPPI, Sirkka-Liisa ja MANSIKKAMÄKI, Tarja 2006. Fysioterapia. 2. painos. Helsinki: Edita.
- TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäillyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-10-7.] Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut)
- Traumaterapiakeskus 2013. Psykkinen trauma [verkkosivu]. Oulun ensi- ja turvakoti oy. [Viitattu 2014-1-10.] Saatavissa: <http://www.traumaterapiakeskus.com/18>
- TRAUMA JA DISSOSIAATIO 2006-2014a. Persoonan rakenteellinen dissosiaatio [verkkosivu]. [Viitattu 2014-9-12.] Saatavissa: <http://traumajadissosiaatio.fi/persoonan-rakenteellinen-dissosiaatio/>
- TRAUMA JA DISSOSIAATIO 2006-2014b. Kompleksinen PTSD [verkkosivu]. [Viitattu 2014-9-16.] Saatavissa: <http://traumajadissosiaatio.fi/kompleksinen-ptsd/>
- TUIMALA, Liisa 2013. Psykofyysinen lähestymistapa. Kehonkuvani [verkkosivu]. [Viitattu 2014-1-10.] Saatavissa: <http://www.kehonkuva.com/9>
- VAN DER HART, Onno, NIJENHUIS, Ellert ja STEELE, Kathy 2006. Vainottu mieli. Rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen. Oulu: Traumaterapiakeskus.
- VILKKA, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Wikström, Clara 2004. Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. Fysioterapia (7). 25–27.

## LIITE 1: TUTKIMUSLUVAT

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI		OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Lite 1		
Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Heiskanen Maiju, Korhonen Karolina			
	Virka/toimi tai oppinverkoluokasta Ammattikorkeakouluopiskelija			
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei			
	Sähköpostiosoite/puhelin Maiju.E.Heiskanen@edu.savonia.fi, [REDACTED] Karolina.a.Korhonen@edu.savonia.fi , Kotiosoite [REDACTED]			
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Savonia-ammattikorkeakoulu Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Microkatu 1, 70210 KUOPIO			
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteydet (sähköposti/puhelin) Marita Huovinen, THM Fysioterapian lehtori, Marita.Huovinen@savonia.fi, 0447856439			
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma on hyväksytty oppilaitoksessa			
	Suku- ja etunimi/virka/toimi Huovinen Marita, THM Fysioterapian lehtori Työpaikan osoite Savonia-ammattikorkeakoulu, Microkatu 1, 70210 KUOPIO Sähköpostiosoite/puhelin Marita.Huovinen@edu.savonia.fi HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai lääklaitos, jossa vastuhenkilö työskentelee Kyselyn yhteyshenkilönä HUS:lta toimii Tuula Vesiluoma			
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Mitä lapsuuden kompleksoituneista psyykkisistä traumaista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden fysioterapia on?			
	Lyyhit seloitus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Sähköisellä kyselytutkimuksella selvitetään HUS:n sairaanhoitopiirin (HYKS, Hyvinkää, Lohja, Länsi-Uusimaa) psykiatrisia potilaita hoitavilta fysioterapeuteilta millaisia terapiamenetelmiä he käyttävät kyseisen potilasryhmän kanssa. Kyselyn tavoitteena on kehittää kyseisen potilasryhmän fysioterapiaa.			
	Asiasanat (max 5 kpl)			
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkiinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkiinto <input type="checkbox"/> Yliopist AMK tutkiinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkiinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tiede <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? Sosiaali- ja terveysala	
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä?		Arvioitu aloituspvm. 15.5.2013	Arvioitu päättymispvm. 30.10.2014
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa				
<input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input checked="" type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Sydän-kauhukeskus		<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desko <input type="checkbox"/> HUS-Käinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintätekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tiakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 20
Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot <b>Työn tilaajana toimii Kuopion yliopistollinen sairaala</b>		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Väitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin traumapotilaiden fysioterapian kehittäminen <input type="checkbox"/> Ei väitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 3.2.2014 <i>Maiju Heiskanen</i> VAIHTO-OPINTOJEN TAKA KAROLINA KORHUSEN AVUSTUSTA <i>Maiju Heiskanen</i> Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys <i>MAIJU HEISKANEN</i>		Päiväys  HUS:n vastuuhenkilö nimenselvennys

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

<b>LOMAKE- PÄÄTÖS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että   <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)   *) Oikaisuvaatimusohje liitteenä	
	Tutkimusluvan alkamispäivä <i>11.4-14</i>	Tutkimusluvan päättymispäivä <i>30.12-14</i>
	Päiväys <i>[Signature]</i> 11.4-14	Päiväys  
	Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys <i>[Signature]</i>	Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvennys

#### Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

#### Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Valtiositoutumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoutumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste



VSSH/ Aikuispsykiatria

26.2.2014

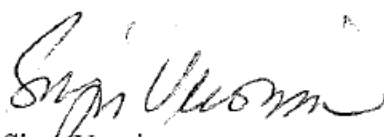
Päätös T33/2/2014

**TUTKIMUSLUPA**

(Toimintasääntö § 15)

Tutkimuksen numero:	T33/2/2014
Tutkimuksen nimi:	Kehonkuvaharjoitteet – mielenterveyspotilaiden kuntoutuksessa ja Mitä lapsuuden kompleksista psyykkisistä traumoista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden fysioterapia on?
Tutkimuksen ajoitus:	2014
Vastuullinen tutkija:	THM Marita Huovinen (Savonia ammattikorkeakoulu, fysioterapia)
Tutkittavien lukumäärä:	5 psykiatristen potilaiden kanssa toimivat fysioterapeutit

Myönnämme luvan yllä mainittuun tutkimukseen. Edellytämme, että tutkimuksesta ei aiheudu haittaa yksiköiden normaalille toiminnalle eikä muita kustannuksia sairaalalle.



Sirpa Vuorinen  
Ylihoitaja

JAKELU Vastuullinen tutkija  
Opinnäytetyön tekijä  
Tutkimuksen ja opetuksen vastuhenkilö  
TurkuCRC  
Hoitotyön toimisto



Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

 HAKEMUS / LUPA  
 Opinnäytetyölle / tieteelliselle tutkimukselle

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet Maiju Heiskanen  Karolina Korhonen	Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka [redacted] [redacted]	Sähköposti Maiju.E.Heiskanen@edu.savonia.fi Karolina.a.Korhonen@edu.savonia.fi	Puhelin [redacted] [redacted]
--	---	--	-------------------------------------

Ammattikorkeakoulu / yliopisto Savonia Ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma / laitos Fysioterapian koulutusohjelma
--	---

 Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi  
 Mitä lapsuuden kompleksioituneista psyykkisistä traumoista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden fysioterapia on?

 Vastuualue / yksikkö, jossa opinnäytetyö / tutkimus toteutetaan  
 Psykiatria (TA5) & Kehitysvammahuolto (6) *VÄRTMÄLÄN ALUEBARAALIA, KÄVÄNÖ*

 Opinnäytetyön / tutkimuksen tarkoitus ja kuvaus toteutuksesta  
 Opinnäytetyössä teemme määrällisen kyselytutkimuksen yliopistollisille sairaaloille sekä niiden sairaanhoitopiireille. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa millaisia terapiakeinoja fysioterapeutit käyttävät lapsuuden kompleksioituneista psyykkisistä traumoista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden kuntoutuksessa. Tavoitteena on kehittää kyseisen potilasryhmän fysioterapiaa.

Kyselyyn vastaa myös neljä muuta Suomen yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien psykiatristen potilaiden kanssa toimivat fysioterapeutit. Kysely toteutetaan sähköisenä kyselynä.

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota. Opinnäytetöiden julkistaminen edellyttää erillistä lupaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä.

 Kustannuksista vastaa \_\_\_\_\_ (pvm ja nimi)  
 opiskelija / tutkija  PSHP:n vastuuyksikkö, josta sovittiin \_\_\_\_\_ kanssa

 Opinnäytetyön / tutkimuksen raportti toimitetaan ylihoitajalle ja  
 Raportista pidetään osastokokous  
 Jokin muu tapa, mikä Valmis opinnäytetyö on saatavissa Theseus-tietokannasta, mutta se voidaan myös toimittaa suoraan esimerkiksi ylihoitajalle.

<b>Työryhmä</b>		
AMK/ yliopisto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimiselvennys <i>Maiju Heiskanen</i> (MAIJU HEISKANEN)	Puhelin 044-7856439
Vastuualue/ osasto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimiselvennys	Puhelin

 Pvm ja allekirjoitus (hakijan tai ryhmästä yhden henkilön)  
 3.2.2014 *Maiju Heiskanen MAIJU HEISKANEN*
**PÄÄTÖS**
 Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään  
 hakemuksen mukaisesti  
 päätöksessä nro-*31* mainituin edellytyksin  
 Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin  
 Hakemus hylätään, perustelut:  
*Susanna Teuvo*  
*Asiantuntija*

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

p.08.11



**Elämän  
tähden**

Tampereen yliopistollinen sairaala

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

19.3.2014

38 §

## OPINNÄYTETYÖLUPA

Savonia ammattikorkeakoulun fysioterapian koulutusohjelman opiskelijat Minna Pääkkönen ja Emmi Varis sekä Maiju Heiskanen ja Karolina Korhonen hakevat lupaa opinnäytetyönsä toteuttamiseksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, Toimialueelta 5 ja 6 sekä Kaivannon sairaalasta ja Vammalan aluesairaalasta. Kyseessä on kaksi erillistä opinnäytetyötä, joiden aineistonkeruu toteutetaan yhteisesti.

Minna Pääkkösen ja Emmi Variksen opinnäytetyön työnimi on " Kehonkuvaharjoitteet- mielenterveys potilaiden kuntoutuksessa . " Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten ja millaisia kehotietoisuusharjoitteita fysioterapeutit käyttävät osana mielenterveyspotilaiden kuntoutusta.

Maiju Heiskasen ja Karolina Korhosen opinnäytetyön työnimi " Mitä lapsuuden kompleksisoituneista psyykkisistä traumaista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden fysioterapia on. " Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa millaisia terapiakeinoja fysioterapeutit käyttävät lapsuuden kompleksisoituneista tarumoista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden kuntouksessa. käyttämiä terapiakeinoja

Opinnäytetöiden aineistonkeruu toteutetaan sähköisenä lomakekyselynä toimialueella 5 ja 6 sekä Vammalan sairaalassa ja Kaivannossa työskenteleville fysioterapeuteille.

Opinnäytetyön toteuttamisesta on sovittu työelämätahojen kanssa. Opinnäytetyön luvan saatuaan opiskelijat voivat olla yhteydessä työelämäyhdyshenkilöön, opetushoitaja Anu Salhojaan, aineistonkeruun käytännön toteuttamiseksi.

### Päätös

Päätän myöntää luvan opinnäytetyölle seuraavilla edellytyksillä:

- opinnäytetyössä yhteistyötahona mainitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen
- opinnäytetyön tuloksia raportoitaessa yksittäisiä kyselyyn vastanneita ei voida tunnistaa
- opinnäytetyön julkaisuluvan antaa työnvalmistumisenvaiheessa erikseen sovitun vastuualueen ylihoitaja.
- opinnäytetyöstä toimitetaan raportti työelämäyhteistyötaholle ja sen esittämisestä sovitaan erikseen työn valmistumisvaiheessa.

Arkistotunnus: 430

**Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä**

Teiskontie 35, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03 311 611, faksi 03 311 64369, etunimi.sukunimi@pshp.fi, www.pshp.fi



Tampereen yliopistollinen sairaala

## PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

19.3.2014

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Susanna Teuho".

Susanna Teuho  
 Opetusylihoitaja  
 Tiedekeskus

Päätösvallan perusteet ja sovelletut oikeusohjeet	Hallintoylihoitajan päätöspöytäkirja 1§/2010
Liitteet	Opinnäytetyön suunnitelma liitteineen Hakemus
Jakelu	Opiskelijat Minna Pääkkönen ja Emmi Varis Opiskelijat Maiju Heiskanen ja Karolina Korhonen  Osastonhoitaja Erja Arvonen  Ylihoitaja Maarit Selander Ylihoitaja Marita Saari Ylihoitaja Sari Lepistö  Opetushoitaja Anu Salhoja
Tiedoksi	



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Ammattikorkeakoulu- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden opinnäytetyön lupahakemus 1 (3)

Nro \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Opiskelijoiden opinnäytetyöt KYSissä". Hakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma aineistonkeruulomakkeineen, saatteineen ja rahoitussuunnitelma.

**HAKIJA**

Opinnäytetyön tekijä(t)

Maiju Heiskanen

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Karolina Korhonen

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Nimi

Osoite, puh, s-posti

Opiskelupaikka



AMK mikä

Savonia-amk



muu mikä

Suoritettava tutkinto

Fysioterapian tutkinto-ohjelma

**OPINNÄYTETYÖ**

Opinnäytetyön nimi Mitä lapsuuden kompleksoituneista psyykkisistä traumaista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden fysioterapia on?

Opinnäytetyön lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisuunnielma (maksimissaan 300 sanaa)

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa millaisia terapiakeinoja fysioterapeutit käyttävät lapsuuden kompleksoituneista psyykkisistä traumaista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden kuntoutuksessa. Kartoitus tehdään sähköisellä kyselytutkimuksella ja vastaajina toimivat yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien (PPSHP, PSSHP, PSHP, VSSHP, HUS) psykiatrisia potilaita hoitavat fysioterapeutit.

Opinnäytetyö esitetään seminaarissa loppusyksystä 2014, tallennetaan Theseus-tietokantaan ja toimitetaan tilaajalle.

Opinnäytetyö on



amk-tutkinto



muu mikä

Opinnäytetyön kokonaisaikataulu

Aikataulu KYSissä

15.5.2013-30.10.2014

Kustannukset



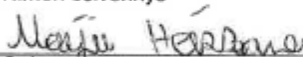

Arvio KYSille koituvista kustannuksista

€

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.



Ei aiheuta kustannuksia KYSille

<b>Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto</b>	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
<b>Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten</b>	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
	pvm _____
<b>Henkilöstöjohtajan puolto henkilökuntaa koskevia opinnäytetöitä varten</b>	
<input type="checkbox"/> annettu	<input type="checkbox"/> käsittelyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu
	pvm _____
<b>Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei
<b>ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS</b>	
Allekirjoittaneet opinnäytetyöntekijät sitoutuvat noudattamaan palveluyksikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään valmiin opinnäytetyön yksikköön, jossa tutkimus on tehty, sekä luvan myöntäjälle.	
17 / 2 2014	
	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Maiju Heiskanen	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
	
Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Vaihto-opintojen vuoksi Karolina Korhosen puolesta Maiju Heiskanen	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
<b>OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT</b>	
	
Ohjaajan allekirjoitus	Ohjaajan allekirjoitus
Marita Huovinen	
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
Marita.Huovinen@savonia.fi, 0447856439	

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin  
kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE  
(täytettävä koneella)

Tulosalue / vastuualue		vastuuyksikkönro	DIAARINRO: 26/2014	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Heiskanen Maiju Korhonen Karolina		Henkilötunnus [REDACTED]	
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Savonia Ammattikorkeakoulu		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Opiskelija	
	Kotiosoite [REDACTED]		Postinro ja -paikka 70600 Kuopio 70150 Kuopio	
	Puhelin toimeen [REDACTED]	Puhelin kotiin [REDACTED]	Sähköpostiosoite Maiju.E.Heiskanen@edu.savonia.fi Karolina.a.Korhonen@edu.savonia.fi	
	Suoritettu tutkinto		Suoritusvuosi	Suorituspaikka
2. Tutkimusprojektia tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katso hallinto-keskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi Mitä lapsuuden kompleksoituneista psyykkisistä traumoista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden fysioterapia on?			
	Tutkimus on <input type="checkbox"/> julkinen <input checked="" type="checkbox"/> salainen		Tutkimusaika 3.2.2014 - 30.5.2014	
	Pääkaavanumero 902		Tutkimuksen luonteen määrittely Muut tutkimukset	
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja			
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei	
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki l55k. tutk. 794/2010) / ohjaaja / päätutkija Marita Huovinen, Savonia AMK, THM, Fysioterapian lehtori			
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät Opinnäytetyön tilaajana toimii Kuopion yliopistollinen sairaala ja kyselyn tekoon osallistuu toinen opinnäytetyöpari Savonia AMK:sta. Kyselyyn vastaavat Yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiireissä työskentelevät fysioterapeutit, jotka työskentelevät psykiatristen potilaiden kanssa.			
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteellä)			
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ▶ Erillinen liite			
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia mitään			
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain		Rahoittaja	Sopimuksen nro	
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> KEVO		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)		
Päivämäärä 3.2.2014 Anojen allekirjoitus ja nimen selvitys MAIJU HEISKANEN Maiju Heiskanen VAIHTO-OPINTUEN VUOSI, KAROLINA KORHONEN PUOLESTA Maiju Heiskanen				
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvitta	lähetyispäivä		vastaus saatu
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen tmk / <input type="checkbox"/> Ilmoitus kansallisesta lausunnosta			
	<input type="checkbox"/> TUKIJA <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> Fimea <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> Johtajayll./laitoksen joht./STM/THL <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> VALVIRA <sup>4)</sup>			
4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta			
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä			
	Päätöksentekijä <input checked="" type="checkbox"/> tulosalueen johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja <input type="checkbox"/> johtajaylilääkäri / hallintoylihoitaja <input type="checkbox"/> hallitus			
	Päivämäärä 13.2.2014		Allekirjoitus [REDACTED] Helli Laakkonen	
	LOMAKKEEN SÄILYTYYS		- Tutkija alkuperäinen (tutkimuksen ajan) - Päätöksiä (arkistointi)	

## LIITE 2: KYSELY

## Neutral

## Kysely fysioterapeuteille psykofyysisestä fysioterapiasta

## 1. Millä sairaanhoitopiirillä työskentelet? \*

- Pohjois-Phjanmaan sairaanhoitopiiri
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

## 2. Kuinka kauan olet työskennellyt fysioterapeuttina? \*

- alle 2 vuotta
- 3-10 vuotta
- yli 10 vuotta

## 3. Kuinka kauan olet työskennellyt psykiatristen potilaiden kanssa? \*

- alle 2 vuotta
- 3-10 vuotta
- yli 10 vuotta

## 4. Oletko käynyt lisäkoulutuksia psykofyysiseen fysioterapiaan liittyen?

 En Kyllä, mitä

## 5. Käytättekö kehonkuvaharjoitteita asiakkaillesi? \*

- Usein
- Harvoin
- En koskaan

## 6. Käytättekö joitakin seuraavista harjoitteista syömishäiriöisille?

 Hengitysharjoitteita, millaisia ja miten Harjoituksia kehon suhteesta alustaan, millaisia ja miten Kehon hahmottamisen harjoituksia, millaisia ja miten



- Rentoutusharjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Muita, mitä ja miten | \_\_\_\_\_
- En käytä

#### 7. Käytättekö joitakin seuraavista harjoitteista masentuneille?

- Hengitysharjoitteita, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Harjoituksia kehon suhteesta alustaan, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Kehon hahmottamisen harjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Rentoutusharjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Muita, mitä ja miten | \_\_\_\_\_
- En käytä | \_\_\_\_\_

#### 8. Käytättekö joitakin seuraavista harjoitteista paniikkihäiriöistä kärsiville?

- Hengitysharjoitteita, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Harjoituksia kehon suhteesta alustaan, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Kehon hahmottamisen harjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Rentoutusharjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Muita, mitä ja miten | \_\_\_\_\_
- En käytä | \_\_\_\_\_

#### 9. Käytättekö joitakin seuraavista harjoitteista ahdistuneisuushäiriöistä kärsiville?

- Hengitysharjoitteita, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Harjoituksia kehon suhteesta alustaan, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Kehon hahmottamisen harjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Rentoutusharjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Muita, mitä ja miten | \_\_\_\_\_
- En käytä | \_\_\_\_\_

#### 10. Käytättekö joitakin seuraavista harjoitteista seksuaalisen hyväksikäytön uhreille?

- Hengitysharjoitteita, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Harjoituksia kehon suhteesta alustaan, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Kehon hahmottamisen harjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Rentoutusharjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Muita, mitä ja miten | \_\_\_\_\_

En käytä | \_\_\_\_\_

#### 11. Käytättekö joitakin seuraavista harjoitteista kipupotilaille?

- Hengitysharjoitteita, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Harjoituksia kehon suhteesta alustaan, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Kehon hahmottamisen harjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Rentoutusharjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Muita, mitä ja miten | \_\_\_\_\_
- En käytä | \_\_\_\_\_

#### 12. Käytättekö joitakin seuraavista harjoitteista stressistä kärsiville?

- Hengitysharjoitteita, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Harjoituksia kehon suhteesta alustaan, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Kehon hahmottamisen harjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Rentoutusharjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Muita, mitä ja miten | \_\_\_\_\_
- En käytä | \_\_\_\_\_

#### 13. Käytättekö joitakin seuraavista harjoitteista uupumuksesta kärsiville?

- Hengitysharjoitteita, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Harjoituksia kehon suhteesta alustaan, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Kehon hahmottamisen harjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Rentoutusharjoituksia, millaisia ja miten | \_\_\_\_\_
- Muita, mitä ja miten | \_\_\_\_\_
- En käytä | \_\_\_\_\_

#### 14. Millaista hyötyä olette kokenut harjoitteista olevan asiakkaillesi?

### 15. Entä mahdollista haittaa?

### 16. Työskenteletkö tai oletko työskennellyt psyykkisesti traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa? \*

Jos vastaat tähän "En", voit lopettaa kyselyn.

- Kyllä  
 En

### 17. Työskenteletkö tai oletko joskus työskennellyt lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden asiakkaiden kanssa? \*

Jos vastaat tähän "En", voit lopettaa kyselyn.

- Kyllä  
 En

Seuraavat kysymykset koskevat lapsuudessa kompleksisesti traumatisoituneiden asiakkaiden fysioterapiaa. Vastatteen kysymyksiin juuri tämän potilasryhmän näkökulmasta.

### 18. Käytätkö Roxendalin kehoterapiamenetelmää (BAT)?

- Usein  
 Harvoin  
 En koskaan. Miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "En koskaan" siirry kysymykseen 20.

### 19. Roxendalin kehoterapiamenetelmä (BAT)

Millaisia harjoitteita käytät Roxendalin kehoterapiassa?

Miten käytät mainitsemasi menetelmiä?

Miksi juuri näitä harjoitteita?

### 20. Käytätkö Norjalaista psykomotorista fysioterapiaa, NPMP?

- Usein  
 Harvoin  
 En koskaan. Miksi?

## 21. Norjalainen psykomotorinen fysioterapia, NPMP

Millaisia harjoitteita käytät NPMP-terapiassa?

Miten käytät mainitsemiasi harjoitteita?

Miksi juuri näitä harjoitteita?

## 22. Käytätkö psykodynaamista kehoterapiaa?

Usein

Harvoin

En koskaan. Miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "En koskaan" siirry kysymykseen 24.

## 23. Psykodynaaminen kehoterapia

Millaisia harjoitteita käytät NPMP-terapiassa?

Miten käytät mainitsemiasi harjoitteita?

Miksi juuri näitä harjoitteita?

## 24. Käytätkö Feldenkrais-menetelmää?

Usein

Harvoin

En koskaan. Miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "En koskaan" siirry kysymykseen 26.

## 25. Feldenkrais-menetelmä

Millaisia harjoitteita käytät Feldenkrais-menetelmässä?

Miten käytät mainitsemiasi harjoitteita?

Miksi juuri näitä harjoitteita?

## 26. Käytätkö seuraavia rentoutusharjoituksia?

- progressiivista rentoutusta eli jännitys-rentoutustekniikka. Millaisia harjoitteita?
- autogeenistä rentoutusta (Scultzin menetelmä). Millaisia harjoitteita?
- sovellettua rentoutusta. Millaisia harjoitteita?
- Jotain muuta menetelmää, mitä?

## 27. Yhdisteletkö eri rentoutusmenetelmiä?

- Kyllä, miten ja miksi?
- En, miksi?

## 28. Käytätkö kosketusta yhdessä muiden terapiamenetelmien kanssa? Minkä?

- Roxendal
- NPMP
- Psykodynaaminen kehoterapia
- Feldenkrais
- Rentoutus
- Liikunta
- Muun, minkä?
- En käytä, miksi?

## 29. Käytätkö kosketusta puhtaasti yhtenä terapiamenetelmänä?

- Usein
- Satunnaisesti
- En koskaan. Miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "En koskaan" siirry kysymykseen 31.

## 30. Kosketuksen käyttö omana terapiamenetelmänä

Millaista kosketusta käytät?

Miksi?

## 31. Käytätkö hierontaa?

- Usein

Satunnaisesti

En koskaan. Miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "En koskaan" siirry kysymykseen 33.

### 32. Millaista hyväksi havaitsemaa hierontaa käytät terapiana? Miksi?

### 33. Käytätkö liikuntaa terapiassa

Usein

Satunnaisesti

En koskaan, miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "en koskaan", siirry kysymykseen 35

### 34. Millaisen liikunnan olet havainnut hyväksi ja miksi?

### 35. Käytätkö hengitysharjoituksia?

Yhdessä psykofyysisten fysioterapiamenetelmien kanssa

Puhtaasti yksittäisenä terapiamenetelmänä

En käytä. Miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "En koskaan" siirry kysymykseen 37.

### 36. Millaisia hengitysharjoituksia käytät ja miksi?

### 37. Oletteko käynyt Rosen-terapian koulutuksen?

Kyllä

En

### 38. Käytätkö Rosen-terapiaa?

Usein

Satunnaisesti

En koskaan. Miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "En koskaan" siirry kysymykseen 40.

### 39. Rosen terapia

Millaista fysioterapiaa yhdistät Rosen-terapiaan?

Mitkä seikat vaikuttavat Rosen-terapiassa käyttämäänne fysioterapian valintaan?

### 40. Annatko asiakkaillesi kotiharjoitteita?

Usein

Satunnaisesti

En koskaan. Miksi?

Jos vastasit edelliseen kysymykseen "En koskaan" siirry kysymykseen 42.

### 41. Millaisia kotiharjoitteita annat asiakkaillesi?

### 42. Käytättekö jotain muuta fysioterapiamenetelmää, mitä tässä kyselyssä ei tullut ilmi?

Mitä?

Kenelle?

Miten?

## LIITE 3: SAATEKIRJE

Savonia ammattikorkeakoulu  
Sosiaali-, terveys – ja liikunta-ala  
Fysioterapian koulutusohjelma



Saatekirje  
9.1.2014

## Hyvä fysioterapian ammattilainen!

Nyt sinulla on mahdollisuus kehittää kanssamme psykiatristen potilaiden fysioterapia.

Olemme neljä Savonia ammattikorkeakoulun kolmannen vuoden fysioterapeuttiopiskelijaa. Teemme pareittain kaksi opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä aiheista: ”Kehonkuvaharjoitteet - mielenterveyspotilaiden kuntoutuksessa” -” sekä ”Mitä lapsuuden kompleksisista psyykkisistä traumaista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden fysioterapia on?”. Toimeksiantajanamme toimii Kuopion Yliopistollinen ja Julkulan sairaala.

Ensimmäisen opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten ja millaisia kehotietoisuusharjoitteita fysioterapeutit käyttävät masennus-, psykoosi-, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö-, paniikkihäiriö-, syömishäiriö-, stressi- ja uupumus-, pitkittynyt kipuoireyhtymä-, fibromyalgia potilaiden sekä seksuaalisen hyväksikäytön uhrien kuntoutuksessa.

Toisen opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa millaisia terapiakeinoja fysioterapeutit käyttävät lapsuuden kompleksisoituneista psyykkisistä traumaista ja dissosiaatiohäiriöistä kärsivien potilaiden kuntoutuksessa.

Kyselyn vastaajina toimivat Suomen viiden yliopistosairaalan sairaanhoitopiirien psykiatristen potilaiden kanssa toimivat fysioterapeutit. Näihin sairaanhoitopiireihin kuuluvat Pohjois-Pohjanmaan -, Pohjois-Savon -, Pirkanmaan -, Varsinais-Suomen sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit.

Antamanne vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi. Tulokset julkaistaan kokonaistuloksina, joten kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksista. Valmiit opinnäytetyöt löytyvät Theseus- tietokannasta, josta jokainen voi käydä lukemassa opinnäytetyöt ja tutkimuksien tulokset.

Kysely on sähköisessä muodossa, johon saatte linkin yhteishenkilöltänne. Kyselyyn voitte vastata noin kuukauden ajan. Vastaamiseen menee noin 15 minuuttia.

**Kiitos etukäteen vastauksistanne. Vastaamalla kyselyyn olette mukana kehittämässä omaa alaanne ja luomassa uutta tietoa!**

Fysioterapiaopiskelijat Savonia-Ammattikorkeakoulu  
Heiskanen Maiju, Korhonen Karolina, Pääkkönen Minna ja Varis Emmi  
Yhteydenotot sähköpostitse: [Maiju.E.Heiskanen@edu.savonia.fi](mailto:Maiju.E.Heiskanen@edu.savonia.fi), [Karolina.a.Korhonen@edu.savonia.fi](mailto:Karolina.a.Korhonen@edu.savonia.fi)  
[Minna.H.Pääkkönen@edu.savonia.fi](mailto:Minna.H.Pääkkönen@edu.savonia.fi) [Emmi.S.Varis@edu.savonia.fi](mailto:Emmi.S.Varis@edu.savonia.fi)

Opinnäytetyön ohjaaja  
THM fysioterapian lehtori Marita Huovinen, 044-7856439, [Marita.Huovinen@savonia.fi](mailto:Marita.Huovinen@savonia.fi)