

Dagne Koch, Sara Ollikainen, Piia Paananen, Jonna Pakkanen

”Kaikki fysioterapia on psykofyysistä”

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti

Hyvinvointi ja toimintakyky

Opinnäytetyö

14.4.2016

Tekijät	Dagne Koch, Jonna Pakkanen, Piia Paananen, Sara Ollikainen
Otsikko	”Kaikki fysioterapia on psykofyysistä”
Sivumäärä	39 sivua
Aika	Kevät 2016
Tutkinto	Fysioterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Fysioterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapia
Ohjaajat	Fysioterapian lehtori Tarja-Riitta Mäkilä Fysioterapian lehtori Tuija Jokinen
<p>Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka kehitys Suomessa alkoi voimakkaimmin 1980-luvulla. Se on lähestymistapa, joka korostaa kehon ja mielen välistä yhteyttä ja pyrkii edistämään ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja toimintakykyä. Psykofyysisen fysioterapian yhdistys suosittelee psykofyysistä fysioterapiaa muun muassa ihmisille joilla on stressioireita ja kroonisia kipuja, jotka nykypäivänä heikentävät monen ihmisen elämänlaatua.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda syvällisempi näkemys psykofyysisen fysioterapian pääperiaatteista ja etenkin sen vaikutuksista kroonisen kivun hoidossa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Aineiston keruu tapahtui haastattelulla neljää kokenutta fysioterapeuttia. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina, ja keskeisenä teemana oli psykofyysinen työskentelytapa kipupotilaiden kanssa.</p> <p>Keskeisimpänä tuloksena nousi esiin potilaan oman oivalluksen syntyminen ja aktiivinen osallistuminen omaan fysioterapiaprosessiin, jolloin prosessista muotoutuisi asiakkaan näköinen. Toinen tärkeä tulos korostaa ajatusta siitä, että hyviä hoitotuloksia voidaan saada monien eri menetelmien kautta, joten ei pidä jäädä kiinni menetelmäkeskeisyyteen. Haastateltavat nostivat esiin fysioterapeutin omien valmiuksien, kuten ammatillisen osaamisen ja henkilökohtaisten voimavarojen, kehittämisen tärkeyden.</p> <p>Yhteenvetona voidaan todeta, että lisää tutkimuksia tarvitaan psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuudesta. Sen käyttömahdollisuudet olisivat nykyistä laajemmat, joten sen sisällyttäminen myös fysioterapian muihin osa-alueisiin olisi hyödyllistä. Nykyään yhä useammilla tuki- ja liikuntaelin vaivoista kärsivillä on oireiden taustalla myös psyykkisiä tekijöitä, joten psykofyysinen fysioterapia lähestymistapana voisi hyvin toimia myös esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinfysioterapiassa.</p>	
Avainsanat	psykofyysinen fysioterapia, krooninen kipu, fysioterapia, kipu

Authors	Dagne Koch, Jonna Pakkanen, Piia Paananen, Sara Ollikainen
Title	“Physiotherapy is Always Psychophysical”
Number of Pages	39 pages
Date	Spring 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Specialisation option	Physiotherapy
Instructors	Tarja-Riitta Mäkilä, Senior Lecturer Tuija Jokinen, Senior Lecturer
<p>Psychophysical physiotherapy is a speciality within physiotherapy. The term is not yet widely used outside of Scandinavia, but a closely related term is Physiotherapy in Mental Health. The focus in psychophysical physiotherapy is to develop the overall wellbeing of a patient giving close attention to the bodily, mental and behavioural aspects. Chronic pain is a problem that can widely affect the quality of life and many people are affected by it worldwide.</p> <p>The object of this study was to develop a deeper understanding of the principles behind psychophysical physiotherapy and especially its role in chronic pain management. The study was conducted using qualitative research method. Four experienced physiotherapists were interviewed using a semi-structured interview method and questions were built around the topic of psychophysical physiotherapy practices in chronic pain management. The study includes data collected from these interviews as well as current theory and research in related topics.</p> <p>The findings highlight the importance of developing the patient’s own understanding of their body and how it works as well as empowering the patient to be more involved in their own treatment process. Other findings include being process driven and using a wide variety of treatment modalities to suit the patient’s needs to allow the process to be patient-led. The importance of continuous professional and personal development of the physiotherapist was another key finding as treating a patient in a wholly psychophysical way can be very demanding.</p> <p>In conclusion, more research is desperately needed in psychophysical physiotherapy as it is a speciality that could help many more people with various conditions if used more widely and especially outside the psychiatric field.</p>	
Keywords	psychophysical physiotherapy, chronic pain, physiotherapy, pain

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön toteutus	3
2.1	Tutkimusmenetelmä	3
2.2	Aineiston kerääminen ja haastateltavien valinta	3
2.3	Aineiston analyysi	5
3	Psykofyysinen fysioterapia	6
3.1	Psykofyysisen fysioterapian historiaa	7
3.2	Psykofyysiseksi fysioterapeutiksi	8
4	Kipu - Ärsykkeestä tuntemukseksi	9
4.1	Akuutista krooniseen kipuun	11
4.2	Kipu ja mieli	12
5	Psykofyysisen fysioterapiaprosessin kulmakivet	15
5.1	Oivallusten kautta ymmärtämiseen	17
5.2	Kuulluksi tulemisen tärkeys	21
5.3	Hengittävä mieli	23
5.4	Monta reittiä - yksi päämäärä	28
5.5	Psykofyysinen tulevaisuus	32
6	Pohdinta	35
	Lähteet	36

1 Johdanto

Mulle alkoi tulemaan kipupoliklinikalta asiakkaita, kroonisia kipuasiakkaita. Fyssarin keinoilla pääsin niiden kanssa aika pitkälle, mutta jokin jäi puuttumaan. Siitä tuli se kiinnostus, että mitä näille kroonikoille oikein voisi tehdä. (Haastateltava 1)

Tunne siitä, että jotain jäi puuttumaan. Se johti ryhmämme alun perin pohtimaan psykofyysiseen fysioterapiaan liittyvää opinnäytetyön aihetta. Antaisiko se kaivattuja vastauksia? Sama ajatus nousi myöhemmin myös opinnäytetyötä varten tehdyissä haastatteluissa esiin, kun fysioterapeuteilta kysyttiin, miten he olivat päätyneet työskentelemään psykofyysisen fysioterapian pariin. Se jokin oli perinteisestä fysioterapiasta puuttunut.

Nykyajan hektinen maailma ja kasvavat yhteiskuntapaineet aiheuttavat ihmisissä ahdistusta ja henkistä uupumista. Yhteiskunta korostaa materialistisia arvoja ja jatkuvaa suorittamisen tarvetta. Teknologian lisääntyminen ja sitä kautta jatkuva tavoitettavissa olo ja toisaalta myös pitkään jatkunut epävakaa taloudellinen tilanne luovat ihmisiin epävarmuutta ja ahdistusta. Näistä johtuvia oireita on vaikea tunnistaa ja ne voivat ilmetä ihmisillä psykosomaattisena oireiluna, jolloin psyykkiset tekijät saattavatkin olla fyysisten oireiden taustalla tai niissä mukana.

Psykofyysisen fysioterapian kehitys Suomessa alkoi voimakkaimmin 1980-luvulla. Sen juuret voidaan nähdä suomalaisessa fysioterapiaperinteessä, mutta lähestymistapaan ovat vahvasti vaikuttaneet myös norjalaisen ja ruotsalaisen fysioterapian perinteet. Tätä lähestymistapaa ovat kehittäneet fysioterapeutit, psykologit ja psykiatrit yhteistyössä keskenään ja sen tavoitteena on edistää ihmisen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. (PSYFY ry 2016.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on syventyä psykofyysiseen työtapaan tarkemmin selvittämällä sen keskeisiä periaatteita. Aihevalintaan vaikuttivat kiinnostus psykofyysistä fysioterapiaa kohtaan, sekä saatavan tiedon hyödyllisyys fysioterapeutin työssä. Päätimme hakea inspiraatiota ja tietoa aiheesta haastatteleamalla neljää kokenutta fysioterapeuttia, joilla kaikilla on takanaan pitkä työura psykofyysisen fysioterapian paris-

sa. Tarkoituksena oli ottaa selvää tarjoaako psykofyysinen lähestymistapa apua silloin, kun perinteiset fysioterapian keinot eivät riitä. Esimerkiksi kroonisen kivun hoidossa perinteiset hoitomuodot, kuten lämpö- ja kylmähoitot, terapeutti harjoittelu ja mobilisaatio, eivät aina tuota tulosta. Kroonisesta kivusta kärsiviä on paljon ja tarve vaikuttaville hoitomuodoille on suuri. Vuonna 2002 tehdyn väestötutkimuksen mukaan Suomessa 35 % aikuisista oli kokenut vähintään kolme kuukautta kestänyttä, eli krooniseksi luokiteltavaa, kipua ja päivittäistä kroonista kipua esiintyi 14 prosentilla aikuisista (Käypä hoito 2015). Krooninen kipu olikin psykofyysisen fysioterapian lisäksi toinen meitä kaikkia kiinnostava aihe ja päätimme ottaa sen opinnäytetyötämme rajaavaksi teemaksi. Näin opinnäytetyön lopulliseksi aiheeksi muodostui psykofyysisen fysioterapiaprosessin tarkastelu kroonisen kivun näkökulmasta.

Päällimmäisenä tarkoituksena on tuoda esiin ne kohdat haastatteluista, jotka alan ammattilaiset nostivat tärkeimpinä esille, ja jotka meistä olivat mielenkiintoisimpia. Sen lisäksi kappaleissa kerrotaan teoria- ja tutkimustietoa näihin teemoihin liittyen. Psykofyysisen fysioterapian alue on kuitenkin verrattain tuore ja tutkimuksia on vielä niukasti saatavissa. Lisäksi aihealue käsittelee asioita, joiden tarkka tutkiminen on lähes mahdotonta, sillä esimerkiksi kivun kokeminen, kehonkuvan hahmottaminen ja ammatillinen kehittyminen ovat yksilöllisiä prosesseja, joita ulkopuolisen on mahdoton mitata. Siitä huolimatta aiheen käsittely on tärkeää ja aihealue erittäin ajankohtainen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata aihetta käytännön esimerkein ja innostaa etenkin fysioterapeuttiopiskelijoita psykofyysisen fysioterapian pariin. Tämä työ ei tarjoa valmiita vastauksia, vaan toivottavasti herättää entistä enemmän kysymyksiä.

2 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön aihealueista on vielä vähän tutkimustietoa, joten laadullinen tutkimusmenetelmä sopii hyvin yhteen tavoitteiden kanssa saada syvempi kuvaus aiheesta. Esitystapana on rinnakkaismalli niin, että empiria täydentää teoriaosuutta ja päinvastoin. Suorat lainaukset tuodaan esiin sisentämällä ne tekstiin, jotta ne erottuvat teoriaosuudesta.

2.1 Tutkimusmenetelmä

Laadullinen tutkimus eli kvalitatiivinen tutkimus soveltuu uuden ilmiön hahmottamiseen. Tutkimuskohteeksi valitaan aina ne, joita asia koskettaa, tai vaihtoehtoisesti ne, jotka tietävät asiasta eniten. Laadullinen tutkimus on usein ainut vaihtoehto silloin, kun ilmiöstä tiedetään vielä vähän ja halutaan ilmiöstä hyvä kuvaus. (Kananen 2010: 37–41.)

Laadullisella tutkimuksella ei pyritä totuuden löytämiseen. Tutkimisessa tulisi ottaa kohteen lisäksi huomioon myös konteksti eli mihin yleisiin esimerkiksi ammatillisiin tai sosiaalisiin yhteyksiin tutkittava ilmiö liittyy. (Vilka 2015: 120.) Laadullisessa opinnäytetyössä yhdistyy aina teoriaosa ja empiriaosa. Työn esitystavaksi voi valita perättäisen mallin, jolloin teoriaosa esitetään ensin ja empiria eli oma tuotos teoriaosan jälkeen tai rinnakkaisen mallin, jossa teoria- ja empiriaosa vuorottelevat keskenään (Kananen 2010: 44).

2.2 Aineiston kerääminen ja haastateltavien valinta

Laadullisen tutkimuksen aineisto kerätään usein haastatteluilla, mutta se ei ole ainut mahdollinen tiedonkeruumenetelmä. Aineiston keruu voi tapahtua myös esimerkiksi havainnoimalla tai erilaisia dokumentteja käyttäen. Jos käytetään haastattelua, niin tutkimuksen tarkoituksen mukaan voidaan käyttää joko lomake-, teema- tai avointa haastattelua. Yleisimmin käytetty haastattelumuoto on teemahaastattelu tai toisin sanoen puolistrukturoitu haastattelu. Siinä sovitaan etukäteen aiheet tai teemat, joita olisi välttämätöntä käsitellä tutkimusaineiston keräämiseksi. Haastattelut voi toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna taas kerran tutkimuskysymyksestä riippuen. (Vilka 2015: 122–124.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei aina voida etukäteen määritellä haastateltavien määrää, mutta luku on usein paljon pienempi kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Haastateltavien määrää tärkeämpi on se, että päästään niin sanottuun saturaatiopisteeseen, jolloin vastaukset alkavat toistumaan. Tämä edellyttää tiedonkeruu- ja analyysivaiheen jatkuvaa vuorovaikutusta. (Kananen 2010: 54.) Tiedon keräämiseen haastattelun kautta liittyy omat pulmansa, kuten esimerkiksi kysymysten laatijan oma ennakkokäsitys aiheesta tai ilmiöstä. Jos haastateltava vastaa pelkästään tutkijan toivomalla tavalla ja valmiisiin kysymyksiin, niin aineisto ei loppujen lopuksi välttämättä ole tarpeeksi kattava tutkimusongelmaan. (Vilka 2015: 127.)

Haastateltaviksi valikoitui neljä saman alan edustajaa, jotka olivat toisilleen tuntemattomia ja toimivat eri toimipisteissä. Samat aiheet ja ideat nousivat eri haastateltavilta esiin tärkeinä ja tämä antaa työllemme enemmän reliabiliteettia. Aineiston käsittelyn jälkeen voitiin todeta, että neljä haastattelua oli tähän opinnäytetyöhön riittävä määrä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina puolistrukturoidusti. Valmiiden teemojen ohella jätettiin haastateltaville tilaa tuoda esiin asioita, joita ei olisi osattu vielä tässä vaiheessa kysyä.

Opinnäytetyötä varten haastateltiin neljää fysioterapeuttia, jotka valittiin perustuen heidän koulutukseensa ja pitkään työkokemukseen psykofyysisen fysioterapian parissa. Kaikki haastateltavat ovat toimineet fysioterapeuttina vähintään 20 vuotta. Jokaisella haastateltavalla on oma erityisosaamisensa ja omanlainen painotus työssään. Ensimmäinen haastateltava oli koulutukseltaan OMT-fysioterapeutti, joka on suorittanut kognitiivisen psykoterapian lyhytterapia-koulutuksen ja työskentelee tällä hetkellä kroonisten kipupotilaiden parissa sekä on tehnyt aiheesta myös väitöskirjan. Toinen haastateltava on psykofyysinen fysioterapeutti ja NLP-työnohjaaja, joka on pohjakoulutuksensa lisäksi kouluttautunut laaja-alaisesti erilaisiin holistisiin ja integratiivisiin menetelmiin. Kolmas haastateltava on suorittanut psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot ja hankkinut mindfulness- ja pilatesohjaajan pätevyydet. Neljäs haastateltava käyttää työssään erilaisia psykofyysisen fysioterapian menetelmiä, pääasiassa hengitysterapiaa. Kaikki haastattelut toteutettiin marraskuussa 2015, joista kolme kasvotusten ja yksi puhelimitse. Haastateltavat antoivat luvan nauhoittaa haastattelut myöhempää litterointia varten.

2.3 Aineiston analyysi

Litterointi on haastatteluaineiston siirtämistä tekstimuotoon. Se on työlästä, mutta helpottaa tutkimusaineiston täsmällistä ja järjestelmällistä läpikäyntiä. Aineiston voi litteroida joko kokonaan tai osittain, mutta litteroinnissa ei saa muokata haastateltavien puhetta. Joskus voi aineistoa analysoida myös ilman litterointia, mutta se on melko harvinaista. Tässäkin asian ratkaisee tutkimuksen tavoite. (Vilka 2015: 137–138.)

Kaikki haastattelut litteroitiin, jotta aineiston käsittely olisi helpompaa ja täsmällisempää. Litteroinnin jälkeen haastatteluiden tuottama aineisto lajiteltiin teema-alueittain ja sitä kautta nousi esiin muutama erillinen kokonaisuus, joista syntyi opinnäytetyölle runko. Vaikka tutkimuskysymys oli olemassa jo haastatteluihin mentäessä, se täsmentyi haastattelujen jälkeen. Litteroinnin jälkeen tutkimuskysymykset konkretisoituivat:

- Millainen on psykofyysinen fysioterapiaprosessi?
- Miten tämä toteutuu kroonisen kivun hoidossa?

3 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on ihmisen kokonaisvaltaisuutta korostava lähestymistapa fysioterapiassa. Siinä keskeistä on ymmärrys kehon ja mielen erottamattomasta yhteydestä ja jatkuvasta vuorovaikutuksesta. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat muun muassa erilaiset liike-, hengitys-, kehotietoisuus- ja rentoutusharjoitteet, sekä vuorovaikutusta tukeva harjoittelu. Asiakas saa keinoja oman kehonsa aistimiseen ja sen reaktioiden ymmärtämiseen, itsetuntemuksen vahvistamiseen, sekä stressin hallintaan ja rentoutumiseen. Hän löytää paremman kontaktin itseensä ja tapaansa olla, sekä oppii omien oivallustensa kautta mahdollisuuksia vaikuttaa kipujen ja oireiden syihin. (PSYFY ry 2016.)

Psykofyysinen fysioterapia lähtee ajatuksesta, että ihminen on psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus, jossa kaikki osat vaikuttavat toinen toisiinsa. Ihminen ei pysty olemaan vain jotakin näistä kerrallaan, eikä siksi ole mielekästä jättää jotain osaa kokonaisuudesta huomioimatta. Tarkasteltava näkökulma voi muuttua, mutta näkökulmasta riippumatta on aina muistettava koko kokonaisuus. (Herrala – Kahrola – Sandström 2008: 9–11). Yhden haastatellun fysioterapeutin tavoin voidaan miettiä, milloin fysioterapia ei olisi psykofyysistä ja eikö kaiken fysioterapian tulisi lähtökohtaisesti olla sitä. Psykofyysisen fysioterapian käsitettä hän kommentoi näin:

Tää nyt on omaa päähkäilyä, mutta jos ajatellaan fysioterapiaa yleisellä tasolla. Niin milloin fysioterapia on fyysistä fysioterapiaa ja milloin se on psyykkistä fysioterapiaa ja milloin se on psykofyysistä fysioterapiaa? Koska mun ymmärtääkseni näitä käsitteitä on mahdotonta erottaa toisistaan. Jos ajatellaan et mä teen nyt vaan fyysistä fysioterapiaa ja väännän nappulan toiseen asentoon niin mä teen psykofyysistä fysioterapiaa. Tää on täys mahdottomuus. Kun ihmisten kanssa ollaan tekemisissä ja koitetaan saada aikaan dialogia ja kohdata se ihminen, niin mun mielestä on ihan hullu ajatuskin se, että me ei linkitettäis koko ajan psykofyysistä fysioterapiaa. (Haastateltava 1)

Myös psykofyysisen fysioterapian yhdistys toteaa sivuillaan psykofyysisen lähestymistavan soveltuvan kaikkeen fysioterapeuttiseen työhön. (PSYFY ry 2016.)

3.1 Psykofyysisen fysioterapian historiaa

Fysioterapiaa on toteutettu psykiatrisissa sairaaloissa Suomessa jo vuosikymmeniä. Fysioterapeutit ovat kehittäneet tämän fysioterapiamuodon mielenterveysasiakkaiden tarpeista käsin. Fysioterapian historiasta Lapinlahden sairaalassa kirjoitetuissa teksteissä kerrotaan, että 1960-luvun fysioterapiassa korostui yksilöllinen hoito ja kuntovoimistelu, ja 1970-luvulla painotettiin rentoutta ja luovaa ilmaisua. Hesperian sairaalassa fysioterapia aloitettiin vuonna 1961 ja se sisälsi silloin muun muassa liikehoitoa, ryhmävoimistelua, rentoutusta ja tanssia. Vuonna 1987 fysioterapeuttien, silloisten lääkintävoimistelijoiden, valtakunnalliseen opetussuunnitelmaan lisättiin ”Psykkisiä toimintoja tukeva fysioterapia”-kurssi. Kaikilla sen jälkeen valmistuneilla fysioterapeuteilla aihe on siis ollut osa ammatillista koulutusta. (Jaakkola 1999: 4–5.)

Psykofyysisen fysioterapian juuret voidaan nähdä suomalaisessa fysioterapiaperinteessä, mutta lähestymistapa on saanut paljon vaikutteita myös ruotsalaisesta ja norjalaisesta fysioterapiasta. Sitä ovat kehittäneet fysioterapeutit, psykiatrit ja psykologit yhteistyössä keskenään. (PSYFY 2016.) Kokonaisvaltaisesta tai mielenterveysasiakkaiden kuntoutuksen osana käytetystä fysioterapiasta on käytetty myös muita nimityksiä kuin psykofyysinen fysioterapia. Viitekehyksestä riippuen on voitu puhua muun muassa psykodynaamisesta, psykiatrisesta, psykomotorisesta, kokonaisvaltaisesta tai identiteettiä aktivoivasta fysioterapiasta. (Jaakkola 1999: 4.)

Jo vuosikymmeniä kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä on korostanut suomalainen psykologian emeritusprofessori ja filosofi Lauri Rauhala, joka on tehnyt elämäntyönsä holistisen ihmiskäsityksen kehittämiseksi. Rauhalan mielenkiinnon kohde tiivistyy kysymyksiin, joita hän on tutkinut reilusti yli puoli vuosisataa: ”Mitä ihminen on?” ja ”Miten ihminen on olemassa tajunnallisena, kehollisena ja suhteessa maailmaan?” (Vuorila 2013: 6–11; Keski-Luopa 2009: 277–298.) Rauhalan mukaan kokonaisvaltaisessa eli holistisessa ihmiskäsityksessä olemassaolon muodot eli kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus ”kietoutuvat jo olemassaolossaan yhteen”. Muutos yhdessä resonoi myös toisissa, eli osa-alueet vaikuttavat toinen toisiinsa. Rauhala toteaa, että perinteisessä hoitokäsityksessä kehon kautta ajattelu ”on päässyt kohtuuttomalla tavalla dominoimaan hoitotapahtumaa” ja, että ”tuleva hoitotiede voi kehittyä suotuisasti vain sellaisen holistisen ihmiskäsityksen pohjalta, jossa vaikutuskanavien looginen erilaisuus kristallinkirkkaasti oivalletaan ja otetaan työmuotoja kehiteltäessä huomioon.” (Rauhala 2005: 126, 151–156.)

3.2 Psykofyysiseksi fysioterapeutiksi

Psykofyysistä osaamista tukevaa ammatillista lisäkoulutusta on laajasti tarjolla. Erilaisia koulutuksia on esimerkiksi kehotietoisuus- ja rentoutusmenetelmistä, traumaterapiasta, hengityksestä, musiikki- ja tanssiterapiasta, kivusta ja myötätunnosta itseään kohtaan. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry (PSYFY) välittää tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta ja järjestää erilaisia koulutuksia. PSYFY ry järjestää vuosittain kaksi päivää kestävästä koulutustapahtumasta, johon kuuluu ajankohtaisen tutkitun tiedon esittelyä ja käytännön työpajoja. (PSYFY 2016.)

Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot (30 opintopistettä) on aiemmin voinut suorittaa Tampereen ammattikorkeakoulussa. Nykyään korkeakoulujen erikoistumisopinnot on Suomessa lopetettu ja tilalle ovat tulleet uudet erikoistumiskoulutukset. Vuonna 2015 voimaan tulleen lainsäädännön muutoksen tavoitteena on koulutusjärjestelmän selkeyttäminen ja koulutusmahdollisuuksien monipuolistaminen. Erikoistumiskoulutuksia toteuttavat ammattikorkeakoulut ja yliopistot. Muita täydennyskoulutuksia toteutetaan avoimilla markkinoilla. (Mikkola 2015.) Psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneita fysioterapeutteja työskentelee niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla, esimerkiksi erikoissairaanhoidossa, terveysasemilla ja itsenäisinä yrittäjinä (PSYFY 2016).

Psykofyysistä fysioterapiaa toteuttaakseen fysioterapeutilla tulee olla itsellään siihen riittävä valmius. Se vaatii monipuolista osaamista, itsensä kehittämistä ja omista voimavaroista huolehtimista. (Jaakkola 2009: 11.) ”Psykofyysisen fysioterapian toteuttaja elää todeksi omassa olemisessaan ja työnsä tekemisen tavassa samaa, mitä ohjaa potilaille ja asiakkaille” (Jaakkola 2007: 9). Myös Jaakkolan pro gradu – tutkielmassa, jossa hän haastatteli kymmentä fysioterapeuttia, oleellisina asioina esille nousivat fysioterapeutin oma kasvu, itsetuntemuksen ja stressin sietokyvyn kehittyminen, sekä omista rajoista huolehtiminen (Jaakkola 1999: 81–83).

4 Kipu - Ärsykkeestä tuntemukseksi

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP (2012) määritelmän mukaan: ”Kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivurioon tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein.” Kipu on siis epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus. Biologisesti kivun tehtävä on puolustuksellinen eli se varoittaa vaarasta. Kipuaistimukseen liittyy aina myös tunnekokemus, joka koetaan usein epämiellyttävänä. Epämiellyttävän tunnekokemuksen tarkoituksena on saada ihminen reagoimaan, kuten pyrkimään pois tilanteesta. Kipu ohjaa myös varomaan vammaa estäen siten sen pahenemisen. (Granström 2010: 10.) Kun kiputila pitkittyy ja jatkuu vamman parantumisen jälkeen, puhutaan pitkäaikaisesta kivusta eli kroonisesta kivusta. Kivun muuttuessa krooniseksi se menettää suojaavan merkityksensä ja kivun koetaan vain rajoittavan toimintakykyä ja aiheuttavan muun muassa ahdistusta ja alakuloisuutta. (Vainio 2009: 16.)

Suomessa 35 % aikuisista on kokenut vähintään kolme kuukautta kestänyttä kipua ja päivittäistä kroonista kipua esiintyi 14 prosentilla aikuisista (Käypä hoito 2015). Suurimmalla osalla pitkäaikaisesta kivusta kärsivistä esiintyy masennusoireita jossakin vaiheessa (Granström 2010: 10). Terveyskeskuskäynneistä jopa 40 % liittyy kipuun. Kivun aiheuttamista kustannuksista suuri osa muodostuu epäsuorien kustannusten kautta, joita ovat esimerkiksi poissaolot työstä ja toimintakyvyn heikkeneminen. Muun muassa vuonna 2013 tuki- ja liikuntaelinkipujen aiheuttamat sairauspäiväraha-kustannukset olivat Suomessa 294,6 miljoonaa euroa ja työkyvyttömyyseläkekustannukset olivat 691 miljoonaa euroa, joka oli 31 % noin 2,3 miljardin euron eläkemenosta. (Käypä hoito 2015.) Noin 30 000 henkilöä on jäänyt työkyvyttömäksi vaikean, invalidisoivan kivun takia (Suomen Kipu ry 2012). Nykypäivänä erilaiset kiputilat ovat yleisiä myös lapsilla ja nuorilla. Esimerkiksi ala-asteen kolmas- ja viidesluokkalaisille tehdyssä kyseilytutkimuksessa 64 % vastaajista ilmoitti kokeneensa tuki- ja liikuntaelin kipua edellisten kolmen kuukauden aikana ja 7 % vastaajista ilmoitti kivun olevan laaja-alaista. (Käypä hoito 2015.)

Kivun aistimisen ja tuntemuksen eli kudosaivurion aiheuttaman ärsykkeen ja kivun subjektiivisen tuntemuksen väliset sähköiset ja kemialliset tapahtumat voidaan jakaa neljään vaiheeseen, joita ovat transduktio, transmissio, modulaatio ja perseptio. Kudoksen, kuten ihon, sisältämät nosiseptorit eli kipuhermopäätteet reagoivat tiettyihin ärsykkeisiin. Nosiseptorit ovat primaarisia afferentteja eli tuovia hermosoluja. (Kalso – Konti-

nen 2009: kip00801.) Ärsyke voi olla mekaaninen, kuten kaatuminen, kemiallinen, kuten tulehdus tai lämmön aiheuttama, kuten palovamma (Vainio 2009: 28). Kudokseen kohdistuva ärsyke saa aikaan hermopäätteiden sähkökemiallisen aktivoitumisen eli aktiopotentiaalien syntymisen. Tätä nosiseptorien aktivoitumista kutsutaan transduktioksi. Aktiopotentiaalien taajuus kertoo kudonvauriota aiheuttavan ärsykkeen voimakkuudesta.

Transmissio tarkoittaa kipuviestin siirtymistä keskushermoston osiin, jotka saavat aikaan kivun aistimisen. Kudoksesta impulssit kulkevat perifeerisiä sensorisia hermoja pitkin selkäytimessä sijaitseviin hermopäätteisiin. Suurin osa primaareista afferenteista hermosyistä kulkee selkäytimen takajuuren kautta. (Kalso – Kontinen 2009: kip00801.) Esimerkiksi lyödessään varpaansa kiveen, kipu tuntuu ensin terävältä ja hetken päästä tuntuu tylppä pitkäkestoisempi kipu. Ensimmäinen impulssi kulkee nopeampia A-delta hermosäikeitä pitkin ja toinen impulssi hieman hitaammin C-säikeitä pitkin kudoksesta selkäytimen takasarveen. Kipuradan ensimmäinen synapsi sijaitsee selkäytimen takasarvessa. Synapsi tarkoittaa hermosolujen välistä tilaa, jossa hermosolut viestivät toisilleen kemiallisten välittäjäaineiden välityksellä. (Vainio 2009: 28.)

Selkäytimen välittäjäneuronit kuljettavat kipuviestin eteenpäin aivorunkoon, talamukseen ja aivokuorelle. Hermostossa tapahtuu kivun muuntelua, jota kutsutaan modulaatioksi. Keskushermoston inhibitoriset radat estävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa selkäytimessä. Nämä aivoista selkäyttimeen laskevat hermoradat voivat aktivoitua erilaisten tekijöiden vaikutuksesta, joita ovat esimerkiksi voimakas keskittyminen, stressi, esimerkiksi kilpailutilanteessa tai sähköinen stimulaatio. (Kalso – Kontinen 2009: kip00801.) Selkäytimen takasarven synapsit ovat tärkeitä kohtia kivun muuntelussa, sillä ne vastaanottavat informaatiota keskushermostosta ja ruumiin kudoksista. Informaatio voi olla inhibitorista, eli kipua estävää, tai eksitatorista, eli kipua voimistavaa. Esimerkiksi yleinen reaktio on, että varpaansa lyötyään, ihminen hieroo kipeää varvasta. Hierominen aktivoi kosketus- ja painetuntoa välittäviä nopeita A-delta hermosäikeitä, jolloin hieromisen aiheuttama ärsyke kulkee kipuviestinä nopeammin selkäyttimeen. Tämä vähentää aivoihin menevien kipuimpulssien määrää. (Vainio 2009: 28–30.)

Varsinainen subjektiivinen tunne syntyy kipua välittävien neuronien aktivoitumisesta, tätä viimeistä vaihetta kivun välityksessä kutsutaan perseptioksi (Kalso – Kontinen 2009: kip00801). Aivojen somatosensorinen kuorikerros käsittelee talamuksen kautta tulevaa informaatiota ja arvioi kivun kestoa, voimakkuutta ja sijaintia. Aivojen etuosassa

sijaitseva aivokuoren osa, anterior cingulate cortex eli ACC-kuorikerros, on tärkeä kipuun liittyvän tunnekokemuksen synnyssä. Tämän alueen toiminta vaikuttaa kivun epämiellyttävyyden kokemukseen, mikä ei kuitenkaan liity kivun voimakkuuteen. Aivan aivojen etuosassa sijaitseva prefrontaalinen aivokuori ja insula eli aivosaaareke osallistuvat myös kivun tuntemiseen. (Vainio 2009: 32–33.)

4.1 Akuutista krooniseen kipuun

Kiputila voi olla lyhytaikainen eli akuutti tai jatkuva ja pitkäkestoinen eli krooninen. Akuutti kipu aiheutuu yleensä elimellisestä tekijästä, joka voi olla esimerkiksi tulehdus, haava tai luunmurtuma, ja kipu helpottuu vaurion parantuessa. (Vainio 2009: 15.) Syntymekanismin mukaan kiputilat voidaan jakaa kudonsvauriokipuun, hermovauriokipuun ja tuntemattomasta syystä johtuvaan kipuun. Kudonsvauriokivun eli nosiseptiivisen kivun taustalla on nosiseptorien reaktio kudonsvauriota aiheuttavaan järjestelmään ja tällöin itse kipua kuljettava hermojärjestelmä on terve. Esimerkiksi tulehdus aiheuttaa nosiseptiivistä kipua. Hermovauriokivussa eli neuropaattisessa kivussa vika on kipuviestejä kuljettavassa hermojärjestelmässä. (Vainio 2009: kip01405.) Vaurio voi olla kudosten hermopäätteissä, kudoksista selkäyttimeen kulkevissa hermosäikeissä, selkäytimen takasarven synapseissa, selkäytimen ja keskushermoston välillä kulkevissa nousevissa tai laskevissa hermoradoissa, tai aivojen kipua käsittelevillä alueilla (Vainio 2009: 38). Tuntemattomasta syystä johtuva kipu eli idiopaattinen kipu tarkoittaa sitä, että potilaalla ei havaita kipua selittävää kudons- tai hermovauriota (Vainio 2009: kip01405).

Kun kipu jatkuu kudonsvaurion parantumisen jälkeen, puhutaan kroonisesta kivusta. Kivun taustalla voi olla häiriö keskushermoston kivun säätelyssä tai viestien kulussa. Hermojärjestelmän tärkein ominaisuus on sen plastisuus eli muovautuvuus ja jatkuva kipuimpulssien virta muuttaa hermojärjestelmän toimintaa sekä johtaa hermopäätteen herkistymiseen. (Vainio 2009: 35–36.) Pitkäaikainen kipu saa aikaan muutoksia aivojen tuntoaistimuksia käsittelevillä alueilla eli tieto kivun olemassaolosta jää aivoihin. Kun aivot herkistyvät kivulle, kipukokemus syntyy pienemmällä ärsykkeellä ja se aiheuttaa laaja-alaisemman aktivaation aivojen tuntoaistimuksia käsittelevillä alueilla. (Granström 2010: 50–51.) Pitkäaikaisen kivun syntymiseen vaikuttavat erilaiset psykologiset, biologiset ja sosiaaliset tekijät (Vainio 2009: 35–36). Perintötekijät voivat vaikuttaa kivun havaitsemiseen, tunnereaktioihin ja stressin vaikutuksiin (Vainio 2009: 15–16).

”Psyykkisillä riskitekijöillä on suurempi todennäköisyys kuin fyysisillä poikkeavuuksilla altistaa, laukaista ja ylläpitää kroonista kipua” (Ojala 2015: 82). Kivun kroonistumiselle altistavia psykososiaalisia tekijöitä ovat muun muassa ajatukset ja uskomukset, kuten ”kipu ei ole kontrolloitavissa”, kivun pelko, ahdistuneisuus, ihmissuhteet, kuten vähäinen tuki tai päinvastoin ylihuolehtiminen, työn fyysinen ja psyykinen kuormitus, pitkät sairauslommat, elämäntilanteen ja elämänhistorian kuormitus (Elomaa – Estlander 2009: kip00902). Kuten Butler ja Moseley (2003) toteavat, myös ajatukset ja uskomukset ovat hermoimpulsseja, esimerkiksi pelkkä liikkumisen ajattelemisen voi aiheuttaa kipua (Butler – Moseley 2003: 80). Nykyinen elämäntilanne ei ainoastaan vaikuta kipuun, vaan kivun kroonistumisen riskitekijät voivat olla peräisin aikaisemmista elämäntapahatumista. Yhteenvetona, stressitekijät, kivun saama merkitys ja opitut tavat yhdessä elämänhistorian kanssa vaikuttavat kipuongelman muodostumiseen ja sen jatkumiseen. (Elomaa – Estlander 2009: kip00902.) Kipu on aina psykogeenistä eli pelkkä nosiseptio ei aiheuta kipua, vaan kivun kokeminen vaatii psyyken olemassaoloa. Nosiseptio voi olla vain yksi osatekijä kipukokemuksen muodostumisessa (Butler – Moseley 2003: 97). Psyykinen ja fyysinen kulkevat käsi kädessä, näiden erottaminen toisistaan on vanhentunut ajattelutapa (Vainio 2009: kip01405).

4.2 Kipu ja mieli

Kipu ja mieli vaikuttavat toisiinsa. Mielellä on oma osuutensa kipukokemuksen syntymisessä, mutta kipu itse voi aiheuttaa muun muassa alakuloisuutta ja ahdistusta. (Granström 2010: 10–12.) Toisaalta alakuloisuus ja passiivisuus myös herkistävät kivulle (Estlander 2003: 9). Pitkäaikaisen kivun aiheuttama haitta ja sen kokeminen ovat hyvin yksilöllisiä. Kivun kokemiseen vaikuttavat elämäntilanne, aikaisemmat kokemukset, yksilöllinen tapa suhtautua uuteen tilanteeseen ja löytää selviytymiskeinoja. (Granström 2010: 10–12.) Käyttäytymisellään ihminen viestittää kipua ja kärsimystä. Toisten ihmisten käsitys henkilön kokemasta kivusta syntyy siitä, miten kipuasiakas ilmaisee kokemustaan tai tunteuksiaan. Kipukäyttäytyminen eli kivun ilmaiseminen voi ilmetä esimerkiksi vaikeutena liikkua, voihkimisena, kivusta puhumisena tai eristäytymisenä. (Estlander 2003: 9.) Kipukäyttäytymiseen ja ihmisen tavanomaiseen käyttäytymiseen vaikuttavat samat asiat. Persoonallisuus, luonteenpiirteet, aikaisemmat kokemukset ja kulttuuri sekä muut ihmiset vaikuttavat tapaan ilmaista kipua. Jotkut ihmiset puhuvat mielellään omista vaivoistaan, kun taas toiset eivät tai saattavat jopa vähätellä tunteuksiaan. (Estlander 2003: 66.)

Mä ajattelisin, että oma historia, oma eletty historia ja vanhempien historia ja kavereiden historia määrittelee sitä, että millaisia me ollaan ja miten me koetaan asiat. Ne määrittää kans sen, että miten me koetaan kipua. (Haastateltava 1)

Kipu ei ole ainoa ongelma, vaan myös kaikki siitä aiheutuvat seuraukset. Pitkään jatkuva kipu muuttaa ihmisen elämää. Yleisiä seurauksia ovat masennusoireet, ahdistuneisuus, unettomuus ja siitä aiheutuva väsymys sekä keskittymisvaikeudet. (Vainio 2009: 40–42.) Kipuasiakas, joka kokee oman toimintakykynsä heikoksi, ei usko omiin kykyihinsä tai pystyvyyteensä ja saa vähäistä tukea lähipiiriltä, on taipuvainen alakuloisuuteen (Estlander 2003: 77). Nämä vaikuttavat työntekoon ja sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä ihmissuhteisiin. Kivun takia harrastukset ja liikkuminen usein vähenevät ja fyysinen kunto heikkenee. (Vainio 2009: 40–42.)

Elämänpiirin kaventuminen muuttaa myös ajattelumaailmaa (Vainio 2009: 40–42). Ärtymys ja turhautuminen kuluttavat voimavaroja ja aiheuttavat ongelmia ihmissuhteissa. Kipuasiakkailla ärtymys ja turhautuminen voivat johtua epämiellyttävästä ja tuskallisesta kipukokemuksesta tai taustalla voivat olla kivun aiheuttamat sosiaaliset ja taloudelliset seuraukset tai koettu vääräys. Katastrofiajatuksilla eli katastrofoinnilla tarkoitetaan ahdistuksen, epätoivon ja pelon värittämiä negatiivisia kokemuksia ja ajatuksia kivusta, sen voimakkuudesta ja keinoista vaikuttaa siihen. Katastrofitulkintoihin taipuva henkilö todennäköisesti ilmaisee kipua herkemmin, se rajoittaa hänen toimintaansa ja lisää edelleen ahdistusta. (Estlander 2003: 78–84.)

Monella on jäänyt se välttämiskäyttäytyminen päälle ja siitä tulee oikeasti isompia ongelmia, kuin siitä itse vaivasta. (Haastateltava 1)

Nykypäivän arkiset toiminnot vaativat kognitiolta paljon. Tiedonsaanti ja asiointi edellyttävät hahmottamiskykyä, uuden oppimista ja nopeaa päätöksentekoa. Kipu vaikuttaa kielteisesti kognitiivisiin toimintoihin. Häiritsevä vaikutus aiheutuu siitä, että kivun hahmottaminen vie tilaa muilta kognitiivisilta toiminnoilta. Tämä voi ilmetä siten, että henkilö vaikuttaa olevansa omissa maailmoissa; reagoi hitaasti tai ei muista mistä on puhuttu. Kipu saattaa rajoittaa mielen liikkeitä, kuten tekemisten suunnittelua, ja tämä vaikeuttaa toimintojen aloittamista entisestään. Ympäristö vaikuttaa kognitioon, tutussa ympäristössä on helpompi toimia. Pitkäaikainen kipu aiheuttaa usein elämänpiirin ka-

ventumista, mikä vähentää ympäristön tukea, ja hiukankin erilainen toiminto voi tuntua haastavalta. (Granström 2010: 32–34.)

5 Psykofyysisen fysioterapiaprosessin kulmakivet

Edellisissä luvuissa käsiteltiin psykofyysisen fysioterapian määritelmää ja kipuun liittyviä aiheita, koska ne olivat haastatteluiden pohjalla. Tässä luvussa kerrotaan tarkemmin aineiston analysoinnin jälkeen syntyneistä tuloksista. Keskeisimpänä tuloksena nousi esiin potilaan oman oivalluksen syntyminen ja aktiivinen osallistuminen omaan fysioterapiaprosessiin, jolloin prosessista muotoutuisi asiakkaan näköinen. Toinen tärkeä tulos korostaa ajatusta siitä, että hyviä hoitotuloksia voidaan saada monien eri menetelmien kautta, joten ei pidä jäädä kiinni menetelmäkeskeisyyteen. Haastateltavat nostivat esiin myös muun muassa fysioterapeutin omien valmiuksien, kuten ammatillisen osaamisen ja henkilökohtaisten voimavarojen, kehittämisen tärkeyden.

Mä hirveen vähän kiinnitän huomiota tai yritänkään löytää mitään syytekijää. Yleensä se eka kerta siinä kohtaamisessa, mä lähen ihan muusta kuin siitä vaivasta. Mä yleensä istutan sen asiakkaan ja jutellaan. Että mitä sulle kuuluu ihmisenä? (Haastateltava 1)

Akuutti vamma voi aiheuttaa paikallista kipua, mutta kivun muuttuessa krooniseksi kipu tuntuu laajenevan, se hallitsee mieltä ja koko elämää. Henkilön yksilöllistä kokemusta kivusta ei oteta huomioon kroonisen kivun hoitosuosituksissa ja luokitteluissa, sillä ne kertovat vain oireista. Hoitosuositukset on usein laadittu lääketieteen näkökulmasta, eikä niissä oteta huomioon kivun ja mielen välistä yhteyttä tai sitä, että kipukäyttäytyminen on oppimisen tulosta. Perinteinen ajattelutapa on, että kipu ymmärretään oireeksi, jonka taustalla on jokin vamma tai poikkeavuus. Kivulle halutaan etsiä syitä ja antaa nimi eli diagnoosi, jonka perusteella sopiva hoito määritetään. Koska kivulle ei kuitenkaan ole omaa diagnoosia, diagnoosin saaminen ei kerro kivusta tai kipukokemuksesta. (Ojala 2015: 83–84.) Tutkimuksissa on havaittu ihmisen kokiessa sekä psyykkistä että fyysistä kipua, samat aivoalueet aktivoituvat. Kroonisen kivun ehdollistuttua, psyykkiset tekijät voivat aktivoida kivun muistijäljen, aiheuttaen kipukokemuksen, vaikka kudolvauriota ei todettaisi. (Räsänen 2012: 3655–3656.)

Siis poikkeavuus on yhtä kuin kipu. Mikä ei suinkaan pidä paikkaansa. (Haastateltava 1)

*Ne ei oo yks ja sama asia, et on löydöksiä ja, et on kipua.
(Haastateltava 2)*

*Ja sieltä on jo löydetty prolapsia ja kulumista ja nikamat
vinksin vonksin ja sit ne ei oookaa enää vinksin vonksi, kun
se psyykkinen ongelma on ratkennut. (Haastateltava 4)*

Jos asiakas on käynyt usean terveydenhuollon ammattilaisen luona kivun takia, hän on luultavasti kuullut useita eri mielipiteitä, mitä syytekijöitä kivun taustalla on. Tämä usein aiheuttaa entistä enemmän huolta ja murhetta (Butler – Moseley 2003: 80.) Väitöskirjaa varten Ojala haastatteli 34 kroonista kipua kokevaa henkilöä. Haastatteluista kävi ilmi, että suurimpia ongelmia kipukokemuksen uskottavuudelle aiheutti kivun näkymättömyys. Haastateltavat kokivat, että heidän lähipiirinsä ja terveydenhuollon ammattilaiset eivät pitäneet kipua todellisena ongelmana ja tämän epäuskon takia haastateltavat alkoivat itsekin epäilemään omaa mielenterveyttään. Kipua ja ajatuksia voidaan verrata toisiinsa. Toisen ajatuksia ei voi nähdä, mutta se ei tarkoita, että emme ajattelisi. (Ojala 2015: 83–84.) Middelkoop, Rubinstein, Kuijpers, Verhagen, Ostelo, Koes ja Tulder (2010) kokosivat katsausartikkeliin 83 RCT-tutkimusta ja he vertailevat eri kuntoutusmuotojen, muun muassa terapeuttinen harjoittelu, fysikaaliset hoidot, TENS ja behavioraalinen terapia, vaikuttavuutta krooniseen alaselkäkipuun. Katsausartikkelista käy ilmi, että moniammatillinen hoito vaikutti kivun voimakkuuteen tehokkaammin ja lyhensi sairauslomia lyhyellä aikavälillä verrattuna perinteiseen kivun hoitoon ja fysioterapiaan. Lisäksi behavioraalisella terapialla oli vaikutusta kivun voimakkuuteen, vaikka terapian tavoitteena ei ollut itse kivun hoito, vaan siinä keskityttiin käyttäytymiseen ja kognitioon. (Middelkoop ym. 2010.)

*Okei toki sit voidaan antaa niitä liikeohjeita tai harjoituksia tai
venytysohjeita, mutta, jos se tehdään vaan sillä kehon tasol-
la koko ajan niin mun mielestä se ei vaan oikeesti oo niin
vaikuttava, kun silloin, kun me päästään ihmisen mielen
kautta sinne myöskin. (Haastateltava 3)*

Kysymys kuuluukin, tulisiko kipua vastaan taistella vai olisiko parempi vaihtoehto hyväksyä kipu ja oppia elämään sen kanssa? Taistelu kipua vastaan kuluttaa niin fyysisiä kuin psyykkisiä voimavaroja, kun ajatukset ja huomio on suunnattu kipuun, vaikka tähtäimenä olisikin sen lievittyminen. Mieli on tiukasti kivussa ja yleensä tiivis keskittymi-

nen johonkin asiaan vain voimistaa sen vaikutusta. Myös kivun hallinnassa ja sen hyväksymisessä haasteena on, että niissä ajatukset ja huomio suunnataan kipuun. Vältjemmällä asennoitumisella, jolloin ajatukset ja huomio suunnataan muihin asioihin kuin kipuun, voidaan saada aikaan toivottuja tuloksia. Hyväksymällä ihminen ei pyri kontrolloimaan tai poistamaan kipua, vaan yrittää kiinnittää siihen mahdollisimman vähän huomiota. (Granström 2010: 116–117.)

Kipukokemuksen saama merkitys määrittää sen, miten henkilö toimii ja elää kivun kanssa. Jos kipu saa kielteisen merkityksen, se näkyy usein ahdistuksena, kivun pelkona, passiivisena elämäntapana ja välttämiskäyttäytymisenä. Kivun saama merkitys ja uskomukset ovat myös yhteydessä toisiinsa. Kielteisiä uskomuksia voivat olla esimerkiksi ajatukset, että kipu on kärsimystä ja kipu on rangaistus. Väitöskirjassaan Ojala (2015) toteaa haastateltavien kertovan, että taistelu kipua vastaan, parannuksen etsiminen ja kivun kieltäminen ovat niin ajan kuin rahan tuhlausta. Jatkuvan kipua vastaan taistelemisen sijaan elämässä tulisi tehdä niitä asioita, mistä nauttii, asettaa tulevaisuuden tavoitteita ja uskaltaa haaveilla. Kivun hyväksyminen on pitkä prosessi ja sen tulee lähteä itsestä. (Ojala 2015: 84–85.)

5.1 Oivallusten kautta ymmärtämiseen

Mä otan sen fläppitaulun esiin ja mä voin kysyä että: ”Silloin kun sä oot oikein helkkarin kipeä, niin minkälainen mieli sulla on, minkälaisia tunteita sulla on?” Yleensä ne ovat negatiivisia tunteita. Sitten mä voin kysyä: ”Onko tilanteita, milloin sä unohdat kivun, minkälaisissa tilanteissa sulla on hyvä mieli?” Sitten tulee taas lista ja mä kysyn, että onko näillä mitään yhteistä. Silloin monella lamppu syttyy, et mitä enemmän mä teen sitä mistä mä nautin elämässä, niin sitä vähemmän mun tarvitsee huolehtia kivusta ja sitä pienempi kipukokemus mulla on. Ja kääntäen, silloin kun mulla on huolta ja murhetta elämässä niin sitä todennäköisemmin kipukokemus tai kivun intensiteetti kasvaa ja sitä enemmän mä kiinnitän huomiota siihen. (Haastateltava 1)

Ihminen on kokonaisuus, jossa keho, mieli ja ympäristö vaikuttavat jatkuvasti toinen toisiinsa. Kehon ja mielen yhteyden voi huomata esimerkiksi tunteiden heijastumisesta

kehoon. Autonominen eli tahdosta riippumaton hermosto ilmentää tunteita sanan mukaisesti tahdosta riippumatta. Kehon reagoitua tunteisiin ei siis voi estää, vaikka tunteiden näkymistä ulospäin voikin yrittää tietoisesti kontrolloida. Jokainen kuitenkin tietää kuinka vaikeaa naurua pidättelevän ihmisen on pitää kasvot peruslukemilla tai suuttuneen vakuuttavasti peittää suuttumustaan. (Svennevig 2005: 20.) Tunteet siis ilmevät aina jollain lailla myös kehossamme. Ojala (2015) kertoo väitöskirjassaan, että kivun voimakkuus oli haastateltavien mukaan verrannollinen tunteisiin. Kielteiset tunteet pahensivat kiputuntemusta ja vastaavasti myönteiset helpottivat sitä. (Ojala 2015: 83).

Se ei oo vaan niinku et se tipahtaa mulle jostakin tuolta se oire, vaan siel on aina jotakin tarinaa taustalla. Se olis mun mielestä fysioterapeutin työssä ihan mieletön juttu, että fysioterapeutinkin vois alkaa niinku oivalluttamaan niitä potilaitaan tähän. (Haastateltava 2)

Sillä, mitä henkilö kivusta ajattelee ja millaisen arvon kipu hänen elämässään saa, on suuri rooli kivun kokemisessa. Kipukokemus ei ole sama asia, kuin kiputuntemus, eivätkä niille annetut merkitykset vastaa toisiaan. Kipu ei olisi kipua, jos se ei tuntuisi epämiellyttävältä, mutta kiputuntemus on vain yksi osa kipukokemusta. Kiputuntemuksen lisäksi kipukokemukseen vaikuttavat henkilön asenne, uskomukset ja tunteet, sekä ympäristö ja elämäntilanne. Kipu saa uuden merkityksen kun sitä tarkastelee eri näkökulmista käsin ja oppii erottamaan kiputuntemuksen ja –kokemuksen toisistaan. (Ojala 2015: 84).

Sit se, miten siihen kipuun suhtautuu, niin se on sit se juttu. (Haastateltava 3)

Kehon tunneperäisten jännitysten takana voi olla hyvin monenlaisia osatekijöitä ja niiden yhteisvaikutuksia. Kehon kuormittuneisuus lisääntyy esimerkiksi stressaavassa tai pelottavassa tilanteessa, jolloin autonomisen hermoston tasolla tapahtuvat muutokset saattavat johtaa liikkeen ja asennon muutokseen aiheuttaen kivun tuntemusta. Tunteiden kieltäminen ja tukahduttaminen voi myös vieraannuttaa ihmisen omasta itsestään ja johtaa lihasjännitysten lisäksi hengitysmuutoksiin, kun keho ei pääse ilmentämään tunteita normaalilla tavalla. Fysioterapeutti voi ohjata potilasta parempaan kontaktiin kehoonsa, joka edistää myös tunteiden tiedostamisen kehittymistä. Kehon tuntemusten

aistiminen lisää kehotietoisuutta, joka taas yhdistyy emotionaaliseen kokemiseen. Kyky säädellä tunteita voi siis helpottaa fysiologisten muutosten aiheuttamia vasteita ja edistää siten hyvinvointia. (Herrala ym. 2008: 168; Jaakkola 2009: 9.)

Kun ymmärtää tunteita, ymmärtää uskomuksia, ymmärtää elämäntilannetta ja ymmärtää paremmin myös kipua ja kuinka paljon voi itse siihen vaikuttaa. (Haastateltava 1)

Ihmismieli reagoi psyykkisiin rasitteisiin ja ongelmatilanteisiin erilaisin psykologisin keinoin. Jos nämä keinot eivät ole riittäviä, mieli ottaa keholliset menetelmät avukseen. Tällöin mieleen kohdistuvat rasitteet ja paineet voivat ilmetä kehollisina oireina. Jokainen ihminen kokee tällaisia kehollisia oireita joskus. Kipu on yksi mielen keino sietää ahdistusta ja epämiellyttävää oloa. Tilanne muuttuu ongelmalliseksi ja kipu pitkäaikaiseksi, jos psyykinen ongelma on vakava ja kipu toimii ainoana ratkaisukeinona. Lisäämällä mielen keinoja käsitellä ongelmatilanteita, voidaan somaattiset oireet saada häviämään. (Sipilä 2000: 66–67.)

Jos mieli ei pysty käsittelemään vaikeita asioita, niin keho ottaa käsiteltäväksi. (Haastateltava 4)

Mikä on sitä varsinaista kipua ja sitä kivun aistimista ja sen epä mukavuutta tai mikä on sit sen ahdistuksen aiheuttamaa epä mukavuutta ja tietynlaista henkistä kipua. (Haastateltava 3)

Kipuongelman jatkumisessa voi olla kyse itseään ruokkivasta noidankehästä. Tällöin yksilön oma toiminta, ajatukset ja uskomukset yhdessä ympäristön suhtautumistapojen kanssa ylläpitävät ja jopa vahvistavat ongelmaa. (Estlander 2003: 55.) Kroonistessaan kipu valtaa koko kehon ja mielen, ja alkaa hallita elämää. Lopulta psyykinen ja fyysinen kipu ovat yhtä ja samaa kipukokemusta. (Ojala 2015: 83, 86.) Fysioterapeutti voi avata asiakkaalle tämän fyysisten reaktioiden merkityksiä ja auttaa tiedostamaan mahdollisia tekijöitä niiden taustalla. Mikäli taustalla oleviin psyykkisiin tekijöihin ei päästä käsiksi, oireiden helpotus saattaa olla vain lyhytaikaista. Oireet uusiutuvat tai korvautuvat uusilla oireilla, joiden hoitoon siirrytään. Fysioterapian tulokset ovat pysyvämpiä, kun fysioterapiaan sisällytetään asiakkaan kokemusten käsittelyä ja niiden aktiivista tiedostamista. (Svennevig 2005: 96–98.)

Enemmänkin, että se ihminen oivaltaa itse. Se on kokonaan kaiken kaikkiaan mun työn lähtökohta. (Haastateltava 2)

Me voidaan muuttaa sitä kokemusta, me voidaan muuttaa sitä meidän stressitilaa ja sitä kautta mä en tarvitse niitä oireita enää. (Haastateltava 2)

Pain Clinic (Royal United Hospital, Bath, UK), Pain Management Unit (University of Bath, UK) sekä School of Psychology (Birkbeck, University of London, UK) toteuttivat yhdessä kvalitatiivisen tutkimuksen kehon kokemuksista kroonisen alaseläkivun yhteydessä. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla kuutta keski-ikäistä, keskiluokkalaista eurooppalaista, jotka kaikki olivat joutuneet jäämään pois työelämästä kivun takia. Tutkimuksen hetkellä haastateltavat eivät saaneet minkäänlaista lääkinnällistä tai muuta kivun hoitoa. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla ja jokaista osallistujaa pyydettiin ilmaisemaan mahdollisimman laajasti, miten kipu vaikuttaa heidän tunteisiin, asenteisiin ja uskomuksiin itsestä. Haastattelujen analysoimisen jälkeen yhtenä selkeänä yhteisenä teemana nousi esille heidän kokemus kehosta erillisenä osana minuutta. Tutkittavat kiinnittivät vähän huomiota kehoon silloin kun kipua ei ollut ja kivun ilmestyessä kivulias kehonosa jätettiin minuuden ulkopuolelle. Kivuliaat kehonosat koettiin vieraiksi ja sillä tavalla kivun poissulkeminen ajatuksista ja kehosta oli tyypillisempää kuin kivuliaan kehonosan hyväksyminen ja sopeutuminen kipuun. (Osborn – Smith 2006.)

Mia Anttila (2013) selvitti pro gradu -tutkielmassaan millaista oppimista sairastumisen aiheuttama elämänmuutos saa ihmisessä aikaan. Aineisto koostui sairastumisen elämänmuutoksenaan kokeneiden, tässä vaiheessa jo sairautensa hyväksyneiden ihmisten kirjoitelmista. Kävi ilmi, että elämänmuutoksensa ansiosta kirjoittajat oppivat kuuntelemaan ja arvostamaan kehonsa viestejä, sietämään tulevaisuuteen liittyvää pelkoa, sekä tiedostamaan arvojaan ja voimavarojaan aiempaa paremmin. Kirjoittajat toivat tämän ilmi kirjoitelmissaan esimerkiksi seuraavasti: ” ’Aloin pikkuhiljaa ajatella asioita uudella tavalla...’ ’Pelkkä pieni ajatuksen muutos teki ihmeitä.’ ’Niin kauan kuin ajatteli vain asioita mihin en pysty, masentui vain lisää.’ ” (Anttila 2013: 54.) Juuri tällaisia oivalluksia kohti fysioterapeuttikin voi asiakastaan ohjata.

Voi ohjata haastattelua ja niitä kysymyksiä niin, että milloin sä olet kokenut onnistumisia. Eli hyvin semmoista ratkaisu-

keskeistä, että se ihminen alkaa tajuamaan, että kyllä hänellä on sittenkin omia voimavaroja. (Haastateltava 2)

Löydetään sitä hyvää kehosta, eikä mennä niitten virheitten tai sen patologian kautta. Näin sieltä lähtee se voimavara pikkuhiljaa löytymään. Oma voima. (Haastateltava 2)

Muutos on se, joka pakottaa ihmisen pysähtymään, pohtimaan asioita syvällisesti ja tekemään rohkeitakin päätöksiä muuttuneista lähtökohdista käsin. Nämä merkitykselliset, elämää muuttavat kokemukset ovat arvokkaita. ”Ilman niitä emme ehkä löytäisi kaikkia omia voimavarojamme, joihin turvaten voimme uskaltautua hyppäämään uudelleen, heittäytymään kohti uutta alkua, nousemaan siivillemme.” (Anttila 2013: 71–72.)

5.2 Kuulluksi tulemisen tärkeys

Lääketieteessä keskitytään helposti liikaa oireisiin ja kadotetaan tarinankuuntelukyky. Asiakkaan oma kokemus siirretään syrjään, vaikka juuri kuulluksi tuleminen ja oman tarinan jakaminen olisi tärkeää, jopa terapeutista. Asiakkaan tarinan kuunteleminen, tunnemaailman ymmärtäminen, empatia ja eläytymiskyky ovat osa vuorovaikutusta. (Vainikainen 2002: 476–477.) Aktiivisesti kuunnellessaan kuulija kuulee niin asiasisällön kuin siihen liittyvät tunteetkin (Iija 2009: 114). Tärkeää ei ole vain se mitä sanotaan, vaan myös se miten sanotaan, joista jälkimmäisen merkitys on yleensä suurempi (Matti 2009: 90).

Itseasias se potilas alkaa toipua nopeemmin siitä, et hän kokee tulleensa kuulluksi, et se tarina niinku kuullaan loppuun asti, mikä hänellä siellä taustalla on. (Haastateltava 2)

Asiakkaalle on tärkeää antaa aikaa tarinan kertomiseen, kysymyksiin vastaamiseen ja vastausten miettimiseen, täyttämättä hiljaisuutta näennäispuheella, joka saattaisi vain häiritä asiakkaan ajatuksenkulkua ja vastaamiseen keskittymistä (Matti 2009: 85–89). Niemelän, Suuan ja Väisäsen (2009) mukaan on tutkittu, että työuransa alkutaipaleella olevat puhuvat liikaa, eivätkä kuuntele yhtä paljon kuin kokeneemmat työntekijät (Niemelä ym. 2009: 19). Puhuminen auttaa jäsentämään asioita ja siksi on tärkeää antaa asiakkaalle aikaa ja mahdollisuus puhumiseen. Asiat pystytään yhdessä purkamaan sanoiksi ja asiakas saa vapaasti kertoa tunteistaan ja tuntemuksistaan. ”Auttajan tulee jaksaa kuulla vaikeatkin asiat eikä toivoa vain, että kaikki olisi hyvin.” (Kiiltomäki 2009:

59.) Myös kysymysten asetteluun, tarpeellisuuteen ja hienovaraisuuteen tulee kiinnittää huomiota. Kysymyksistä heijastuu yleensä kysyjän asenne ja suhtautuminen, joita kullakin oman kokemuksensa mukaisesti tulkitsee. (Mattila 2009: 85.)

Kipuasiakkaan kohdalla tärkeää on, ettei kipukokemusta tai kivun määrää kyseenalaisteta. Vain kokija itse tietää, miltä hänen kipunsa tuntuu, ja on näin myös oman kipunsa paras asiantuntija. Kipuasiakkaan oma kertomus onkin luotettavin lähde kivun arvioinnissa. Asiakkaan ja hänen kipukokemuksena ottaminen vakavasti on hyvän ja vuorovaikutuksellisen terapiasuhteen perusta. Samalla se on myös paras keino torjua kivun kroonistumista. (Ojala 2015: 68, 80, 84.)

Kukaan muu ei voi täysin tietää miltä sun kehossa tuntuu. Jotkut ajattelee, et no lääkäri tietää ja tuntee, mutta jos ajatellaan esim. kivun kokemusta, ei kukaan muu pysty sitä arvioimaan tai näkemään. (Haastateltava 3)

Keskustelun lisäksi myös sanattomiin viesteihin on tärkeä kiinnittää huomiota. Vuorovaikutuksesta suurin osa perustuu sanattomaan viestintään. Ihminen tulkitsee toisen sanatonta viestintää, kuten ilmeitä, eleitä ja yleistä olemusta jo ennen kuin on vaihdettu sanaakaan. Toisen henkilön sanatonta viestintää voi oppia tunnistamaan myös itsensä kautta, jolloin puhutaan kinesteettisestä empatiasta. Omat mielikuvat ja kokemukset jostain vastaavasta aktivoituvat, jolloin omaa kehoa voi hyödyntää toisen auttamisessa ja ymmärtämisessä. Tämä taito, kyky tunnistaa toisen sanaton viesti itsessä, kehittyy työvuosien myötä. (Niemelä ym. 2009: 28–34.) Asiakastilanteessa hiljaisuuteen liittyvät sanattomat viestit, kuten asennon vaihtelu, pään alas painuminen, katsekontaktin välttely tai kyyneleet, saattavat olla merkki siitä, että asiakas tarvitsee apua ajatustensa ja tunteidensa ilmaisemiseen (Mattila 2009: 90).

Sun oma keho on työkalu siihen että sä aistit mitä toisessa tapahtuu. Se vaatii herkkyyttä ja kehotietoisuutta. (Haastateltava 2)

Omien ja potilaan tunteiden tunnistaminen ja huomioon ottaminen kuuluu olennaisena osana psykofyysiseen fysioterapiaan, joten fysioterapeutin tulee kehittää myös omia emotionaalisia taitojaan. Fysioterapeutti pystyy näin reagoimaan potilaan verbaaliseen ja nonverbaaliseen tunteiden ilmaisuun, ja osaa olla aidosti läsnä vuorovaikutuksessa.

Omien tunteiden erottaminen potilaan tunteista on tärkeä taito. Julkaisusarjassa Jaakkola (2009) toteaa: ”Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot pyrkivät antamaan mahdollisuuden ammattitaidon ja osaamisen laajentamiseen, syventämiseen ja opiskelijoiden väliseen keskinäiseen kokemusten jakamiseen.” Erikoistumisopinnoissa hyödynnetään sekä käytännössä hyväksi havaittuja kokemuksia että teoretietoa, jota haetaan sekä psykologiasta että liikunta- ja luonnontieteistä. Opinnoissa tärkeää on itse-tuntemuksen kehittyminen, mikä toki jatkuu opiskelun jälkeenkin. (Jaakkola 2009: 9–12.)

Harva valmistuva fysioterapeutti on valmis tekemään työtä asiakkaan kanssa todella kattavan psykofyysisesti. Se vaatii sitä omaa henkistä valmiutta siihen ja omaa kypsyyttä ja omaa läsnäoloa niin paljon, että se vaatii yleensä niitä vuosia ja kokemusta asiakkaista ja siitä työstä ja myöskin työtä itsensä kanssa. (Haastateltava 3)

Ehkä tietynlainen kokemus, elämäkokemus ja ammatillinen kokemus, ja kouluttautuminen on helpottanut näkemään asioita, että se ei oo niin sanotusti mun juttu. Se on sen asiakkaan juttu. Mun ei oo tarkotuskaan parantaa häntä, koska mä en voi. Mun on vaan tarkotus auttaa ja mä voin antaa vinkkejä, mitä se asiakas voi tehdä. Se vastuu jää asiakkaalle. Mä en voi sitä tehdä hänen puolestaan. Ehkä tää on ollu se kaikkein tärkein juttu auttaa omaa jaksamista. (Haastateltava 1)

5.3 Hengittävä mieli

Tässä kappaleessa perehdymme hengitykseen ja sen kautta vaikuttamiseen fysioterapiassa. Hengitys nostettiin omana aihealueenaan esiin sen tärkeyden ja vaikuttavuuden vuoksi. Haastateltavamme toivat hengityksen esiin merkittävänä, sekä kehoon että mieleen vaikuttavana keinona, joka yhdistyy useisiin psykofyysisen fysioterapian menetelmiin, kuten rentoutumiseen tai kehotietoisuuden harjoittamiseen.

Hengitys on kaiken alku elämälle ja mahdollisesti kaikkein tärkein elintoimintomme. Tunne-elämän hankaluudet ja yhtäläillä ruumiilliset sairaudet voivat johtaa hengityksen

häiriintymiseen. (Martin 2014: 35; Roxendal – Winberg 2002: 72.) Dixhoorn (2007) toteaa hengityksen olevan kehon rytmistä supistumista ja laajenemista, joka johtaa ilman virtaamiseen sisään ja ulos keuhkoista (Dixhoorn 2007: 292). Tarkemmin katsasteltuna hengityksellä tarkoitetaan kaasujen vaihdon vaiheita, joka tapahtuu ilman ja elimistön solujen välillä. Ilman kuljetusta keuhkoihin sisään ja niistä ulos kutsutaan keuhkotuule-
 tukseksi eli ventilaatioksi. Kaasujenvaihdolla puolestaan tarkoitetaan hiilidioksidin kulje-
 tusta soluista keuhkoihin ja hapen kuljetusta keuhkoissa olevasta ilmasta soluihin. (Sand – Sjaastad – Haug – Bjälje – 2011: 356.) Keskeisimpiä psykofyysiseen hyvin-
 vointiin vaikuttavia tehtäviä hengityksellä on hapen tuonti kaikkiin ruumiinosiin ja lihas-
 toiminnan sekä aineenvaihdunnan seurauksena syntyneen hiilidioksidin poistaminen. Hiilidioksidipitoisuuden ja happoemästasapainon säätely on tärkeää solujen toiminnan kannalta. (Martin – Seppä – Lehtinen – Törö – 2014: 36.)

*Hengitys on meidän ainut toiminto, joka on sääätynyt sekä autonomisesti että tahdonalaisesti. Ja se tekee hengitykses-
 tä erikoisen, että hengitystä kuuntelemalla ja hengitystä sää-
 tämällä säädetään autonomisen hermoston säätelyjärjes-
 telmiä manipuloimaan tai käsittelemään. Kun ei oo mitään
 muuta lähestymistapaa, kun se hengitys. Eli meidän pitä-
 saada yhteys sinne aivojen järjestelmään, neurologiseen jär-
 jestelmään. Hengitys on niinku se ainoa mikä sinne johtaa.
 (Haastateltava 4)*

Psykofyysisen hengitysterapian perinteet pohjautuvat 1980-luvulta alkaen. Liikuntate-
 rapeutti Maila Sepän ja TYKS:n erikoispsykologi Päivi Lehtisen yhteistyön pohjalta ke-
 hittyi hengityskoulu, joka on lyhytterapiaryhmämenetelmä. (Martin n.d.). Aluksi se oli
 tarkoitettu vain somaattisista ahdistusoireista kärsiville ja hyperventiloiville asiakkaille.
 Myöhemmin hengityskoulun menetelmiä alettiin hyödyntämään laaja-alaisemmin myös
 muista oireista ja ongelmista kärsivien asiakkaiden auttamiseen yksilöterapiassa sekä
 ryhmäterapeuttisessa työskentelyssä. Hengityskoulua on alettu nykyään kutsumaan
 laajemmin psykofyysiseksi hengitysterapiaksi. Psykofyysinen hengitysterapia muodos-
 tuu monista toisiinsa yhdistyvistä näkökulmista. Se pohjautuu hengityksen psykofyysi-
 seen säätelyyn ja tasapainoiseen hengitykseen ja niiden merkityksestä fyysiselle ja
 psyykkiselle hyvinvoinnille, johon yhdistetään ymmärrys myös varhaisen vuorovaiku-
 tuksen merkityksestä hengitystapojen oppimisessa ja stressinsäätelyjärjestelmien ke-

hittymisessä. Psykofyysisen fysioterapian ajattelu- ja toimintatapoihin on suuresti vaikuttanut tutkimustieto varhaisesta vuorovaikutuksesta ja objektiuhdeteoria, erityisesti pohjautuen Donald W. Winnicotin ajatuksiin. (Martin 2014: 11–22.)

Menetelmillä, joita käytetään psykofyysisessä hengitysterapiassa, voidaan edistää tasapainoisemman hengityksen oppimista ja sitä kautta vaikuttaa laajasti ihmisten terveyteen. (Martin – Seppä 2011: 8.) Keskeisenä menetelmänä kuvataan ”olla vain” – olotilaa. Siitä ajatuksesta lähtien harjoitetaan psykofyysisiä harjoitteita ja opetellaan huomaamaan erilaisten hengitystapojen tuntuminen sekä eri puolilla kehoa että mielen sisäisesti. Mielikuvia käyttämällä ja kokemalla itse opetellaan erilaisia hengitystapoja ja tutustutaan omassa kehossa olemiseen ja hengittämiseen. (Martin ym. 2014: 38.) Psykofyysisessä hengitysterapiassa ei ohjeisteta ”rentoutumaan”, sillä useimmilla tämä tavoite saa aikaan suorittamisen käynnistymisen. Niin kuin kaikessa psykoterapeuttisessa työskentelyssä, potilas on subjektiivinen, joten on tärkeä pitää tavoite etukäteen avoimena. (Martin n.d.)

Sehän on tärkeää, kun hengityksen kanssa työskennellään, että asiakasta ei saa käskee hengittää silleen, tälleen tai toilleen. Vaan hengityksessä näkyy kaikki pelot, ahdistukset ja häpeät ja kaikki tunteet ilmenee siinä hengityksessä. Että sä voit olla tarkkailija ja antaa asiakkaan itse havainnoida. (Haastateltava 4)

Ei niinkään opetella mitään hengitystekniikoita, vaan sitä, että oppii huomaamaan miten hengitys vaikuttaa aina, kun tunnetilat muuttuu. (Haastateltava 2)

Ideaalisessa hengityksessä hengitysliikkeet leviävät kauttaaltaan koko kehoon. Liikkeessä tarkkaillaan ja arvioidaan hengityksen mukautumista liikkeeseen, erityisesti rytmin suhteen. Hengityksen vapaata liikkumista vartalossa kuvataan käsitteellä hengityksen virtaus. (Roxendal – Nordvall 1997: 9–10.)

Jos sä oikeesti kuuntelet hengitystä, niin se alkaa heti muuttamaan. Ja on muistettava aina, että jos hengitys ei seuraa meidän liikkeitä, niin sitten tulee todella vakavia ongelmia. Että hengityksen ja liikkeen pitää synkronisoitua aina siihen

samaan. Että jos sä teet tällaista taiji-harjoitusta, niin hengitys seuraa sitä liikettä aina. (Haastateltava 4)

Hengitys on riippuvainen monista tekijöistä, sekä fyysisistä että psyykkisistä, jotka vaikuttavat sen nopeuteen, syvyyteen ja muotoon (Dixhoorn 2007: 294). Esimerkiksi pelätessään ihminen pidättää hengitystään, kun taas vihaisella ihmisellä hengitys kiihtyy. Hengitys voi häiriintyä toistuvien ja hyvin voimakkaiden tunteiden takia hyvin pitkäksi aikaa, jopa koko elämän ajaksi. (Roxendal – Winberg 2002: 72–74.) Hyperventiloimalla reagoiminen akuuttiin ja psyykkiseen ahdistukseen on hyvin normaalia. Psyykkisperäinen, usein tiedostamaton ahdistuneisuus voi hyperventilaation välityksellä kanavoitua ruumiilliseksi oireeksi. Vaikuttamalla hengitykseen, voidaan myös vaikuttaa mieleen, joten niiden välinen yhteys on tärkeä tiedostaa. (Lehtinen – Tammivaara – Seppä – Luutonen – Äärelä 2000.) Uloshengityksen jälkeisen tauon tunnistaminen on oleellinen osa tasapainoisen, rauhallisen hengityksen oppimisen alkua (Martin n.d.).

Hengitys on se silta, joka yhdistää kehon ja mielen. (Haastateltava 2)

Se on ihan oleellinen osa se tyhjä tila. Jos aattelee, niin uloshengitys on luopumista ja pois antamista ja tyhjä tila on kuin pieni kuolema, koska sit, ku sä pidät tyhjän tilan, niin voit tietääkää alkaako uus hengitys, että se on niin kuin rohkeuden ja luottamuksen osoitus se tyhjä tila. Ja sitten taas sisäänhengitys on inspiraatio, elikä se on niinku uuden alkamista. (Haastateltava 4)

Hengitysterapian vaikuttavuudesta vaihtoehtoisena terapiamuotona alaselän kipupotilailla on tutkittu olevan positiivista näyttöä. Mehling, Hamel, Acree, Byl ja Hecht vertailivat RCT-tutkimuksessa hengitysterapian ja fysioterapian vaikuttavuutta krooniseen alaselkäkipuun. Tutkittavia oli 36 henkilöä. Molemmat olivat yhtä vaikuttavia menetelmiä. Tutkijat toteavat, että hengitysterapian ja fysioterapian yhteisvaikutuksen tutkimuksesta olisi hyötyä tulevaisuudessa. (Mehling ym. 2005: 44–52.).

Krooniseen kipuun liittyvää epätasapainoista hengitystä on tutkittu niukasti ja se on melko tuntematonta. On kuitenkin havaittu, että pitkäaikaiset kipupotilaat käyttävät apuhengityslihaksia hengittäessään normaalia enemmän, jonka seurauksena hengityk-

sestä tulee niukkaa ja sisäänhengityspainotteista. Lihaskivut ylävartalonalueella johtuvatkin usein pitkäaikaisesta apuhengityslihasten epätarkoituksenmukaisesta käytöstä, toisin kuin potilaat usein liittävät ne sydäimestä johtuviin oireisiin. Kroonisilla kipupotilaila on elimistö fysiologisessa hyperventilaatiotilassa, joka tarkoittaa, että uloshengitysilman hiilidioksidipitoisuus on vähäistä. (Martin ym. 2014: 99–100). Erityisesti fibromyalgiaa sairastavilla stressi saattaa pahentaa kipukokemusta ja muita oireita. (Sandström 2010: 187).

Minulle fibromyalgia näyttäytyy hapen puute tautina ja se näyttäytyy just sellasena, että fibromyalgia –potilaat on hyperventilaatio tilassa, jossa hapesta ei ole mitään hyötyä, kun ei ole hiilidioksidia, elikä koko ajan ylihengittäny hiilidioksidit pihalle ja se happimyrkky myrkyttää, jäykistää ja kipeyttää ihmisen. Niin semmosen asiakkaan kanssa on päästy aika pitkälle hengitysharjoitusten kautta, eikä oikeestaan ole mitään muuta tehty kuin hengitysharjoituksia. (Haastateltava 4)

Lihaskipujen psykofyysisessä hoidossa tärkeää on eri hoitomuotojen yhdistäminen. Asiakkaat, joilla on hengityshäiriöitä, saattavat tarvita lääkehoitoa, psykoterapiaa, manuaalista käsittelyä ja hengitysterapiaa. On todettu, että kipua, jännittyneisyyttä ja levottomuutta voi hengityksen avulla oppia tiedostamaan ja tutkimaan. Sen sijaan, että vältetään kipua, pyritään olemaan sen kanssa. (Martin ym. 2014: 104.)

Ja se, että kipua ei pidä mennä ottamaan pois, jos ei tiedä mitä siellä takana on. Siis tarkoitan nyt niin, kuin mentaaliossa mielessä. Että useinhan niitä kipuja hoidetaan lääkkeillä ja pistoksilla ja kaikennäköisellä, että sillä lailla on ajateltava ihminen kokonaisuutena. (Haastateltava 4)

Ihminen reagoi kovaan kipuun hengityksellään. Tämä voi ilmetä hengityksen kiihtymisenä, hengityksen pidättämisenä tai molempia. Lieventääkseen kipua, ihminen alkaa ylihengittämään. Akuutissa tilanteessa hyperventilaatio toimii kivun puuduttajana ja lievittäjänä. Jatkuessaan se kuitenkin vain voimistaa kivun kokemista. Erilaiset hengitys-, rentoutus-, tietoisuustaito-, ja mielikuvaharjoitukset on todettu hyödyllisiksi kivun säätelyssä. (Martin ym. 2014: 96.)

Eli silloin, kun me tuodaan huomio meidän kehoon, meidän kehon tuntemuksiin tai vaikka hengitykseen, niin se on aina sellainen hetki, että me ollaan täysin läsnä tässä hetkessä, tässä tilassa. Silloin ei mieti yhtään mitään muuta, vaan se on just se hetki, läsnäolon hetki. (Haastateltava 3)

Sit kun asiakas pääsee siihen kehotietoisuuden tasoon ja hengitys seuraa sitä mitä kuunnellaan, niin aivot rauhoittuu ja se kipu informaatio siellä päässä helposti rupee menemään kakkoseks. (Haastateltava 4)

Ei niinkään ohjata rentoutumaan, vaan huomaamaan, miten hengityksellä voi rauhoittaa kehoa, koska monille ahdistuneille ja stressaantuneille sana rentoutuminen on kuin punainen vaate. (Haastateltava 2)

Ja oikeestaan tärkeää on se, että pystyy kuunteleen ja keskittyy siihen yhteen asiaan. Se on erittäin vaikeaa, varsinkin silloin, kun sulla on kipuasiakas, jonka koko keho on tavaltaan hajallaan ja rikki, niin tota keskittyä hengitykseen on jo niin iso terapia, ettei oikeestaan muuta tarvi ja usein just näillä fibromyalgia potilailla. (Haastateltava 4)

Keskeistä kivun säätelyssä onkin tavoittaa myötätunto itseään kohtaan, osata säilyttää rauhallisuus, tynnytellä ja lohduttaa itseään (Martin ym. 2014: 98).

5.4 Monta reittiä - yksi päämäärä

Kipuasiakkailla on usein erilaisia syitä avun hakemiselle, kuten halu selvittää kipujen syy, lievittää kipuja tai jäädä sairaalomalte. Taustalla voi olla myös tarve saada tukea ja lohdutusta tai ilmaista omaa tuskaa ja turhautumista. (Estlander 2003: 97–98.)

Syytekijät, pelko kivusta, pelko tulevaisuudesta ja tällöinen tietynlainen välttämiskäyttäytyminen. Ehkä ne on niitä

yleisimpiä juttuja, mitä ihmiset haluaa tietää. (Haastateltava 1)

Kipuasiakkaan kohtaamisessa pätevät pitkälti samat periaatteet kuin yleensäkin asiakkaan kohtaamisessa. Luottamuksellisen suhteen perustana ovat keskittyminen, kiireettömyys, kiinnostus, asiakkaan kuunteleminen, havainnoiminen, tunnereaktioiden salliminen ja ennen kaikkea kivun käsitteleminen todellisena ongelmana. (Estlander 2003: 97–98.)

Krooninen kipu on laaja ongelma, joka vaatii monen asian kartoittamista ennen jatkotutkimusten tai hoitosuunnitelman tekemistä, siksi kipuasiakkaan vastaanottokäynnille on varattava riittävästi aikaa. Haastattelu ja havainnointi ovat yleisiä tutkimusmenetelmiä kipuasiakkailla. Käyttäytymistä havainnoimalla saadaan käsitys ihmisen kokemasta kivusta. Asiakas voi ilmaista kipua eri tavoin, kuten sanallisesti kuvaillen, huutamalla, vaikeutena liikkua, itkemällä, irvistellen tai hieromalla kipeää kohtaa. Haastattelun ja havainnoinnin lisäksi voidaan käyttää erilaisia kyselylomakkeita, esimerkiksi kivun voimakkuuden mittaamiseksi ja sen paikallistamiseksi. (Estlander 2003: 65, 98–99.) Yleisesti käytetty kipumittari on visuaalianalogiasteikko eli VAS, joka on 10 cm pitkä vaakasuora jana. Janan vasemmassa päässä on numero 0 eli ei kipua ja oikeassa päässä on numero 10 eli pahin mahdollinen kipu. Asiakas merkitsee janalle kohdan, joka vastaa parhaiten sen hetkisen kivun voimakkuutta. Tärkeää on selvittää kivun alkaminen, laatu, paikka, kesto, paheneminen, toistuvuus, muutokset ja tekijät, jotka helpottavat tai pahentavat kipua sekä miten kipua on aikaisemmin hoidettu ja minkälaisin tuloksin. (Vainio 2004: 40–42.) Kipuasiakkaan tutkimuksessa on huomioitava, että yhtä ainoaa kattavaa kipumittaria ei ole, kivun ilmaiseminen ei aina kerro selkeästi kivun voimakkuudesta, potilaan käsityksiä ja kokemuksia ei voi validoida. (Estlander 2003: 108–133.)

Oikeestaan ainut mittari, mitä mä käytän on Kroonisen kivun hyväksymisen- kyselylomake, mitä mä validoin omassa gradussa. Mä käytän sitä kliinisessä työssä ja se pelittää ihan hyvin. En mä VAS:sseihin tai muihin usko, koska VAS mittaa vain sitä tuntemusta, ei kokemusta. Ja jokaisella ne on niin yksilölliset. Mä juttelen asioista ja mä kuuntelen mielummin kuin käytän jotakin mittaria. (Haastateltava 1)

Mä pyydän sitä asiakasta kertomaan, että mitä hänen mielestään kipu on. Sit sinne (fläppitaululle) tulee tietynlaisia ranskalaisia viivoja. Sitten mä kysyn et mistä tää johtuu, että onko näillä jotain yhteistä? (Haastateltava 1)

Pitkäaikaisen kivun hoidon perustana on jatkuva ja luottamuksellinen hoitosuhde. Riittävä informaatio kivun syistä, asiakkaan rohkaiseminen ja motivoiminen muodostavat kivun hoidon kulmakivet. (Facultas 2008: 2.) Riittävällä informaatiolla, asiakkaan huolia ja käsityksiä kuuntelemalla sekä mahdollisista väärinkäsityksistä keskustelemalla voidaan lievittää kipuun liittyvää pelkoa ja ahdistuneisuutta. Kipuasiakkaat kokevat usein, erityisesti jos lääketieteellistä diagnoosia ei ole määritetty, että heitä vähätellään tai ei kuunnella. Tärkeää olisi selvittää asiakkaan kipuun liittyvät käsitykset, uskomukset ja merkitykset. (Elomaa – Estlander 2009: kip00902.) Valitettavan usein terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat krooniseen kipuun kuin uuteen akuuttiin vammaan, vaikka asiakas olisi käynyt kivun takia useamman kerran vastaanotolla. Tällöin tavoitteeksi muodostuu kivun aiheuttajan poistaminen, vaikka kroonisten kipujen hoidossa se harvoin on realistista. (Estlander 2003: 175–177.)

Dialogi pitää ensin saada sen asiakkaan kanssa kunnolla. Se on oikeastaan koko fysioterapiaprosessin perusta. Jos se dialogi menee ketuilleen, niin yleensä se prosessi menee sitten ketuilleen. Jollain tavalla se asiakkaan luottamus ja kunnioitus pitää saada. Yrittää nähdä se kipu sen asiakkaan näkökulmasta. Ja yrittää selittää sille asiakkaalle, että mistä tässä on kysymys. Mä en tarkoita nyt, että niitä syytekijöitä haetaan, mutta yrittää selittää, että kipu on kokemus, se ei ole pelkkä tunne. (Haastateltava 1)

Lähtökohta kuntoutuksellisessa työotteessa tulisi olla enemmänkin opetuksellinen kuin hoidollinen. Fysioterapeutti pyrkii tukemaan, rohkaisemaan ja ohjaamaan asiakasta niin, että tämä kykenisi ottamaan vastuuta kuntoutusprosessistaan. Jotkut ohjeet, kuten “kivun sallimissa rajoissa” tai “ota särkylääkettä tarvittaessa”, voivat lisätä oireisiin taktumista ja niiden tarkkailua sekä asiakkaan passiivisuutta. (Estlander 2003: 101, 175–177.) Fysioterapeutilla tulisi olla kokonaisvaltainen lähestymistapa eli tässä tapauksessa ymmärrys siitä, että kivun taustalla vaikuttavat, uskomukset, kivun sama merkitys, aikaisemmat kokemukset ja elämän historia (Jones – Hush 2011). Paras tu-

los saadaan, kun asiakas osallistuu itse aktiivisesti tavoitteiden asetteluun, hoidon toteutukseen ja on kärsivällinen (Vainio 2004: 73).

Mitä sä tänään haluaisit? Ei niin, että minä fyssarina määrittelisin, että mitä tehdään. (Haastateltava 1)

Jos joku kiinnostaa sua erityisesti lähdetään siitä liikkeelle. (Haastateltava 2)

Se voi olla ihan erilainen se prosessi koska se ei ole pelkäämistään sitä kehon vääntämistä, vaan se on sitä mielen avaamista. Ja se voi edetä hyvin eri tahdilla, toiset saa heti kiinni niistä jutuista ja ottaa ne käyttöön ja toiselle se voi olla pidempi juttu. (Haastateltava 3)

Perinteisiin fysioterapeuttisiin kivunhoitomenetelmiin kuuluu erilaisia fysikaalisia hoitoja ja terapeuttista harjoittelua. Yleisimmin käytettyjä fysikaalisia hoitoja ovat lämpöhoidot, kylmähoidot ja transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio eli TENS. Tyypillisesti terapeuttinen harjoittelu sisältää toiminnallisia menetelmiä, joilla pyritään vaikuttamaan asiakkaan suoritus- ja toimintakykyyn joko korjaamalla tai ehkäisemällä kehon rakenteiden ja niiden toimintojen vajavuuksia. Fysikaalisilla hoidoilla asiakas voidaan valmistaa terapeuttiseen harjoitteluun. (Pohjolainen 2009: kip02011.) Niillä pyritään myös vaikuttamaan kivun säätelyyn (Vainio 2004: 87). Väitöskirjassaan Ojala (2015) toteaa, että kroonisen kivun hoidossa liikunnalla ja terapeuttisella harjoittelulla on saatu aikaan tuloksia, mutta ristiriitaista tietoa on siitä, mikä harjoittelumuoto on tehokasta ja mikä on se vaikuttava tekijä, jolla toivottuja tuloksia on saatu aikaan. Artus, Windt, Jordan ja Hay (2010) selvittävät katsausartikkelissaan erilaisten hoitomenetelmien vaikuttavuutta epäspesifin alaseläkivun hoidossa. Katsausartikkeliin on koottu 118 RCT-tutkimusta ja sen tuloksista käy ilmi, että kivun hoidossa jokin tietty menetelmä tai yksittäinen harjoite eivät ole oleellisia tekijöitä. Sen sijaan vaikuttavia tekijöitä ovat useat muut epäspesifit tekijät, kuten asiakkaan ja terapeutin välinen kommunikaatio, ympäristö ja asiakkaan omat uskomukset, odotukset ja kokemukset kivusta. (Artus ym. 2010.)

Muutos ei suinkaan ole pelkästään sellasta fyysistä tekemistä et menee kuntosalille ja alkaa tekemään jotakin. Ennen kaikkea kroonikoiden kanssa, että ne jollain tavalla alkaa

ajattelemaan asioita. Se heidän ajattelutapansa muuttuisi jollakin tavalla ja saisi ehkä laajemman näkökulman, toisen näkökulman. (Haastateltava 1)

Krooniseen kipuun liittyviä tunteita, uskomuksia ja asenteita fysioterapia ei poista, vaan se vaatii rinnalleen muuta terveydenhuollon osaamista. Silti fysioterapian tavoitteisiin tulisi kuulua myönteisiä tunteita ja onnistumisenkokemuksia lisäävien tekijöiden etsiminen. (Ojala 2015: 85.) Kehon tuntemus lisääntyy tunteiden tiedostamisen kautta ja psykofyysinen fysioterapia mahdollistaa tunteiden käsittelyn oman kehon kautta. (Lindman-Moisio 2007: 192.)

Fyssarin tehtävä on yrittää löytää niitä kiinnekohtia elämään. Monethan on toki ihan suossa, aivan suossa. Ei minkäänlaista paloa elämässä. Voi kysyä, että: ”Mistä sä oot ennen nauttinu? Mikä sun entisessä elämässä on ollu kivaa? Mistä sä oot unelmoinu ennen? Voisitko ajatella et sä unelmoisit niistä uudestaan?” Tai että: ”Mistä sä haluaisit unelmoida?” Mennään sitten taas tulevaisuuteen. (Haastateltava 1)

Kuntoutujan omat tarpeet ja voimavarat ovat fysioterapiaprosessin lähtökohtana. Erityisesti olemassa olevat voimavarat ja hallinnan tunteen huomioiminen ovat tärkeitä. Potilaan elämänhallinnan tunnetta edistää ymmärrys terveyslähtöisyydestä, taidolliset keinot ja mielekkyys. Käytännön esimerkkinä voisi olla esimerkiksi kipuasiakkaan kanssa pienen kivuttoman liikkeen löytäminen tai tietyn venytysliikkeen kokeminen kehossa tunnustelemalla sitä kokemusta. Fysioterapiassa, etenkin psykofyysisessä, terapeutin ei tulisi kiirehtiä neuvomaan, vaan hänen tulisi tutustua ihmiseen katsomalla ja kuuntelemalla. Hänen tulisi auttaa ihmistä löytämään oivaltamisen ilo, myönteiset merkitykset ja ratkaisut. Ihmisen omien voimavarojen löytämisessä keskeistä on läsnäolo ja kohtaaminen. Kiinnostus, herkkyys ja empatia ovat ainakin joitakin elementtejä läsnäolevassa kohtaamisessa. ”Voi sanoa, että vuorovaikutuksessa on taianomaista voimaa.” (Jaakkola 2009: 8.)

5.5 Psykofyysinen tulevaisuus

Väitöskirjassaan Ojala toteaa haastatteluista käyvän ilmi, että kipua ja sen kokemuksellista luonnetta ei vielä täysin ymmärretä. Kuten aiemmin tekstissä on todettu, perinteii-

nen ajattelutapa on, että kipu ymmärretään oireeksi, jonka taustalla on jokin vamma tai poikkeavuus. Kivulle halutaan etsiä syitä ja antaa nimi eli diagnoosi, jonka perusteella sopiva hoito määritetään. Tyypillinen tavoite on kiputuntemuksen vähentäminen, mikä on riittämätön keino. Kivun hoito on puutteellista, jos kivun kokemuksellista luonnetta ei oteta huomioon. (Ojala 2015: 86.) Kun oppii ymmärtämään, että kipu on niin sanotusti korvien välissä, on vaikea palata perinteiseen ajattelutapaan. Tätä ajattelumallia pitäisi korostaa enemmän myös fysioterapeuttien koulutuksessa (Jones – Hush 2011). Kroonista kipua tulee tarkastella laajemmasta näkökulmasta kuin pelkästään patofysiologian näkökulmasta. Jälleen kerran voidaan todeta, että keho, mieli ja ympäristö kuuluvat erottamattomasti yhteen. (Ojala 2015: 86.)

Ihana juttu olis, jos psykofyysinen fysioterapia olis psykoterapian rinnalla, et se potilas sais valita. Se olis ihannemaailma, et se potilas sais valita. (Haastateltava 2)

Fysioterapeutit ovat viime vuosina entistä enemmän kiinnostuneita omasta ammatti-identiteetistä. Tämän kiinnostuksen ytimessä on kysymys kehon roolista ja merkityksestä fysioterapiassa. Kehon on fysioterapian keskeinen huomion kohde, joten on mielenkiintoista, että alan kirjallisuudessa keskustelua kehoteorioista löytyy vain vähän. Fysioterapeutit ovat aina peräänkuuluttaneet asiakkaan huomioimista yksilönä, mutta eivät kenties ole omaksuneet laajempaa lähestymistapaa kehoon kuin ”keho-kuin-kone” (body-as-machine). Tietomme kehosta perustuu biomekaaniseen lähestymistapaan ja huomio kiinnittyy usein tarkasti valikoituihin alueisiin kehossa, usein biomekaanisiin. Fysioterapeutit ovat olleet hitaita omaksumaan holistisempia ulottuvuuksia terveydenhuollossa, joihin kysyntä kasvaa jatkuvasti. Erityisesti tuki- ja liikuntaelinfysioterapiassa halu säilyttää pelkästään biomekaaninen lähestymistapa on vahva. Terapia perustuu usein oireiden tilapäiseen poistamiseen passiivisten hoitomenetelmien turvin sen sijaan, että huomio kiinnitettäisiin jatkuvaan prosessiin, joka on lähtökohdiltaan holistinen ja ihmiskeskeinen. Lyhyet, mutta toistuvat hoitojaksot ovat tuki- ja liikuntaelinfysioterapiassa tyypillisiä, mutta vaihtoehtona olisi jatkuva hoito ja tuki ihmiskeskeisesti. (Nicholls – Gibson 2010.)

Mä uskon enemmänkin siihen, että se mitä me tehdään sen plintin ulkopuolella on olennaisempaa kuin mitä me tehdään siinä plintillä. (Haastateltava 1)

Nicholls ja Gibson (2010) suhtautuvat kriittisesti fysioterapian nykytilaan. Tällä hetkellä moni työskentelee fysioterapian alalla holistisella otteella koulutuksesta riippumatta eikä niinkään koulutuksen takia. Tämä on tärkeä huomio, koska nykyisten käsitysten rinnalle tarvitaan uutta teoreettista viitekehystä, joka huomioi terveydenhoitoalalla tapahtuvat muutokset. Perinteinen fysioterapian käsitys kehosta biomekaanisesta näkökulmasta jää luovuuden ja uusien teoreettisten viitekehitysten luomisen jalkoihin. (Nicholls – Gibson 2010.)

Et se tietynlainen opettaminen fysioterapiassa siihen armollisuuteen ja läsnäolon opettaminen, niin mä nään sen hirveän merkitykselliseksi. (Haastateltava 3)

6 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutustua psykofyysiseen fysioterapiaan tarkemmin ja löytää mahdollisia vastauksia psykofyysisestä lähestymistavasta, silloin kun perinteiset fysioterapian keinot eivät enää riitä. Työ toteutettiin laadullisen opinnäytetyön haastatteleamalla neljää kokenutta fysioterapeuttia, jotka työskentelevät nykyään psykofyysisen fysioterapian parissa. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoidusti. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat: Millainen on psykofyysinen fysioterapiaprosessi? Miten tämä toteutuu kroonisen kivun hoidossa?

Haastateltavat nostivat esiin, että terapian taustalla on sama ajatus, mutta menetelmät, joita he käyttävät työssään, ovat hyvin erilaisia. Tärkeimmät teemat, jotka nousivat esiin, olivat asiakkaan oman oivalluksen syntyminen ja kipukokemuksen ymmärtäminen. Mielenkiintoinen tulos oli, että löydös ei ole yhtä kuin kipu ja kivun taustalla ei aina ole löydöstä. Aiheena psykofyysinen fysioterapia ja krooninen kipu ovat vaikeita tutkimuskohteita, erityisesti näitä yhdistäviä tutkimuksia on niukasti.

Vaikka työn aihe on pysynyt koko ajan samana, sen sisältö on muuttunut useaan kertaan. Aluksi suunnitelmissa oli, että teemme kirjallisuuskatsauksen psykofyysisen fysioterapian menetelmistä, jota haastatteluiden oli tarkoitus värittää. Haastattelut oli tarkoitus tehdä loppuvaiheessa, kun työn teoriaosuus olisi kasassa. Suunnitelmat muutuivat ja päätimme tehdä laadullisen tutkimuksen, joten oli loogista aloittaa haastatteleluista. Olimme lähestyneet aihetta hyvin menetelmäkeskeisesti ja pian meille selvisi, että käytännön työssä tämä ei toteudu. Tämän vuoksi olimme tyytyväisiä päätöksemme luopua ajoissa aiheen käsittelystä menetelmäkeskeisesti. Haastateltavat ovat poimineet hyväksi koettuja asioita eri menetelmistä ja soveltavat niitä terapiassaan.

Myös käsitys kivusta on muuttunut työn kautta. Työn alkuvaiheessa kipu ymmärrettiin lähinnä patofysiologian kautta, mutta haastattelujen myötä sen kokemuksellinen luonne on alkanut hahmottumaan. Uskomme vahvasti psykofyysisen fysioterapian lisääntyvän tulevaisuudessa. Tällä hetkellä psykofyysinen fysioterapia jää irralliseksi muusta, eikä sitä osata hyödyntää fysioterapian eri osa-alueilla riittävästi. Lisää laadukkaita tutkimuksia tarvittaisiin kauttaaltaan psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen käyttömahdollisuuksista.

Lähteet

Anttila, Mia 2013. "Sairaus on muuttunut voimamuistoksi elämäni helminauhaan" – tarinallinen tutkimus sairastumisen elämänmuutoksenaan kohdanneiden aikuisten oppimiskokemuksista. Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Artus, Majd – Hay, Elaine – Jordan, Kelvin – Windt, Danielle 2010. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. Verkkodokumentti. <<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/49/12/2346.long>>. Luettu 25.1.2016.

Butler, David – Moseley, Lorimer 2003. Explain Pain. Noigroup Publications. Adelaide. Australia.

Dixhoorn, Jan 2007. Whole body breathing. A Systems Perspective on Respiratory Retraining. Teoksessa Lehrer, Paul Woolfolk, Robert & Sime, Wesley (toim.) Principles and practice of stress management. New York: The Guilford Press. 291–323.

Elomaa, Minna – Estlander, Ann-Mari 2009. Teoksessa Haanpää, Maija – Kalso, Eija – Vainio Anneli (toim.): Kipu. Verkkodokumentti. <http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661> Luettu 24.1.2016.

Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. 1. painos. Juva: WSOY. WS Bookwell Oy.

Gibson, Barbara – Nicholls, David 2010. Professional theoretical article. The body and physiotherapy. University of Toronto. Physiotherapy Theory and Practice, 26(8);497–509.

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

Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo – Närhi, Matti – Salanterä, Sanna 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Herrala, Helinä – Kahrola, Tytti – Sandström, Marita 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hush, Julia – Jones, Lester 2011. Pain education for physiotherapists: is it time for curriculum reform? Verkkodokumentti. <[http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553\(11\)70049-2/fulltext](http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553(11)70049-2/fulltext)> Luettu 26.1.2016.

IASP Taxonomy. International Association for the Study of Pain (IASP) 2012. Verkkodokumentti. <<http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>> Luettu 26.1.2016.

Iija, Aulikki 2009. Teoksessa Hentinen, Kirsi – Iija, Aulikki – Mattila, Eija (toim.): Kuuntele minua – mielenterveytyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariton Kirjapaino Oy. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jaakkola, Raija 2009. Psykofyysisestä fysioterapiasta ja erikoistumisopinnoista vuonna 2008. Teoksessa Jaakkola, Raija – Lähteenmäki, Marja-Leena (toim.): Psykofyysinen fysioterapia 3. Kokemus kehossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. 8–13.

Jaakkola, Raija 2007. Hetkiä psykofyysisen fysioterapian käytännöstä. Teoksessa Jaakkola, Raija – Lähteenmäki, Marja-Leena (toim.): Psykofyysinen fysioterapia 2. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. 8–11.

Jaakkola, Raija 1999. Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Fysioterapian pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto: Liikuntatieteellinen tiedekunta.

Kalso, Eija 2009. Teoksessa Haanpää Maija – Kalso, Eija – Vainio Anneli (toim.): Kipu. Verkkodokumentti. <http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661> Luettu 24.1.2016.

Kalso, Eija – Kontinen, Vesa 2009. Teoksessa Haanpää, Maija – Kalso, Eija – Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Verkkodokumentti. <http://www.oppiportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661> Luettu 24.1.2016.

Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Juvenes print.

Keski-Luopa, Leila 2009. Kohti kokonaisvaltaista ihmiskäsitystä. Minäfilosofiasta dialogiseen filosofiaan. Psykoterapia 2009, 28(4), 277–298. <<http://www.psykoterapia-lehti.fi/tekstit/keski-luopa409.htm>>

Kiiltomäki, Aliisa 2009. Teoksessa Hentinen, Kirsi – Iija, Aulikki – Mattila, Eija (toim.): Kuuntele minua – mielenterveytyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariton Kirjapaino Oy. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Krooninen kipu. Facultas toimintakyvyn arviointi. 2008. Verkkodokumentti. <<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>> Luettu 25.1.2016.

Käypä hoito-suositus. Kipu. 2015. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>> Luettu 24.1.2016.

Lehtinen, Päivi – Tammivaara, Ritva – Seppä, Maila – Luutonen, Sinikka – Äärelä, Erkki 2000. Hyperventilaatio ja sen hoitomahdollisuudet. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2000; 116:1969-75. Suomalainen lääkärisseura Duodecim.

Lindman-Moisio, Taina 2007. Tunteet, tunneäly ja psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa Jaakkola, Raija – Lähteenmäki, Marja-Leena (toim.): Psykofyysinen fysioterapia 2. Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro. 4. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. 186–198

Martin, Minna. Hengittävä mieli. Hengitys työvälineenä auttamisammateissa. Verkkodokumentti.

ti.<<http://hengittävamieli.fi/tiedostot/Hengitys%20tyovalineena%20auttamisammattissa.pdf>>. Luettu 15.11.2015.

Martin, Minna – Seppä, Maila – Lehtinen, Päivi – Törö, Tiina 2014. Hengitys itse-säätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.

Martin, Minna – Seppä, Maila 2011. Hengitysterapeutin työkirja. Tampere:Mediapinta.
Mattila, Eija 2009. Teoksessa Hentinen, Kirsi – Iija, Aulikki – Mattila, Eija (toimi.): Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariton Kirjapaino Oy. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mehling, Wolf – Hamel, Kathryn – Acree, Michael – Byl, Nancy – Hecht, Frederick 2005. Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Alternative therapies*. Vol. 11, No 4, 44–52

Middelkoop, Marienke – Rubinstein, Sidney – Kuijpers, Ton – Verhagen, Arianne–Ostelo, Raymond – Koes, Bart – Tulder, Maurits 2010. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* (2011) 20:19-39. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3036018/>> Luettu 25.1.2016.

Mikkola, Sonja 2015. Syvennä osaamistasi! Akavan Erityisalojen verkkolehti 1/2015. Verkkodokumentti.<<http://www.yhteenveto.fi/yhteenveto/artikkelit/2015/1/vuosi-2015-toi-hyvia-muutoksia-erikoistumiskoulutuksiin>>. Luettu 10.4.2016.

Niemelä, Mika – Suua, Pirkko – Väisänen, Leena 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Sastamala:Vammalan kirjapaino.

Ojala, Tapio 2015. The Essence of the Experience of Chronic Pain. A Phenomenological Study. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Verkkodokumentti. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/45325/978-951-39-6060-5_vaitos_21022015.pdf?sequence=11> Luettu 25.1.2016.

Osborn, Mike – Smith, A. Jonathan 2006. Living with a body separate from the self. The experience of the body in chronic benign low back pain: an interpretative phenomenological analysis. *Scand J Caring Sci*. 216–222.

Pohjolainen, Timo 2009. Teoksessa Haanpää, Maija – Kalso, Eija – Vainio, Anneli (toim.):Kipu.Verkkodokumentti.<http://www.oppoportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661> Luettu 24.1.2016.

Rauhala, Lauri 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino. Julkaistu ensimmäisen kerran 1983 (Gaudeamus)

Roxendal, Gertrud – Nordwall, Vivianne 1997. Tre BAS-skolor. Lund: Studentlitteratur.

Roxendal, Gertrud – Winberg, Agneta 2002. Levande människa. Basal kroppskänndom för rörelse och vila. Stockholm: Natur och Kultur.

Räsänen, Sami 2012. Selittämättömästi oireileva potilas – konsultoinko psykiatria? *Suomen Lääkärilehti*, 49/2012 vsk 67 s.3653–3657.

Sand, Olav – Sjaastad, Øystein – Haug, Egil – Bjålie, Jan – Toverud, Kari 2011. Ihminen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Sipilä, Marianne 2000. Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Svennevig, Hanna 2005. Kehon mieli. Kehon tuntemuksesta itsetuntemukseen. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Vainikainen, Tuula 2002. Kuuntele potilaan tarinaa! Toimiva vuorovaikutus auttaa sekä potilasta että lääkäriä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2002: 118(5): 476–477. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Vainio, Anneli 2009. Teoksessa Haanpää Maija – Kalso Eija – Vainio Anneli (toim.): Kipu. Verkkodokumentti. <http://www.oppiporssi.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04493&p_selaus=18661> Luettu 24.1.2016.

Vainio, Anneli 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuorila, Heikki 2013. Ainutlaatuinen filosofi. Uusi Safiiri 1/2013: 6–11. Verkkodokumentti. <http://www.via.fi/tiedostot/US_2013-1_6-11_Ainutlaatuinen_filosofi.pdf> Luettu 8.4.2016.

