

Silja Jämsä

PSYKOFYYSISET MENETELMÄT
KROONISEN KIVUN HOIDOSSA

- työelämävalmiuksia tukevan ryhmätoiminnan suunnittelu
kroonisista kivuista kärsiville pitkäaikaistyöttömille

Fysioterapian koulutusohjelma
2016

PSYKOFYYSISET MENETELMÄT KROONISEN KIVUN HOIDOSSA – Työ-elämävalmiuksia tukevan ryhmätoiminnan suunnittelu kroonisista kivuista kärsiville pitkäaikaistyöttömille

Jämsä, Silja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Syyskuu 2016
Ohjaaja: Keckman, Marjo
Sivumäärä: 55
Liitteitä: 2

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, krooninen kipu, työttömyys, kehotietoisuus, hengitys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata psykofyysisen harjoittelun mahdollisuuksia kroonisesta kivusta kärsivien asiakkaiden kuntoutuksessa sekä suunnitella ryhmätoiminnan käytännön toteutus pitkäaikaistyöttömille pitkittyneistä kiputiloista kärsiville kuntoutujille. Työn tavoitteiksi asetettiin 1) perehtyminen teoreettiselta näkökannalta psykofyysiseen fysioterapiaan ja krooniseen kipuun sekä tutustuminen psykofyysiseen viitekehykseen kuuluviin lähestymistapoihin, menetelmiin ja harjoitteisiin, joista krooniset kipukuntoutujat voisivat hyötyä, 2) ryhmätoiminnan toteutuksen ja sisällön suunnitteleminen sekä 3) ryhmän ohjaajien perehdyttäminen hankkeeseen ja ryhmätoiminnan sisältöön.

Suomessa pitkäaikaistyöttömien määrä on kolminkertaistunut vuodesta 2008. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan jopa kolmasosa pitkäaikaistyöttömistä on todellisuudessa työkyvyttömiä tai heidän työkykynsä on merkittävästi alentunut. Suurimpina syinä tähän ovat erilaiset mielenterveyden sekä tuki- ja liikuntaelimistön ongelmat. Sekä pitkäaikaistyöttömien että kroonisista kivuista kärsivien hoidossa ja kuntoutuksessa suositellaan nykyään käytettävän biopsykososiaalista mallia, jossa on huomioitu asiakkaan fyysinen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivinen tila. Käytännön tasolla mallin toteuttamisessa on edelleen runsaasti haasteita.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on Satakunnan TE-toimisto ja kohderyhmänä työllistymistä tukevan ryhmätoiminnan (TYP) asiakkaat. Kyseessä on pilottihanke Satakunnan ammattikorkeakoulun ja TE-keskuksen välillä. Pilotin tavoitteena on työllistymisedellytyksiä tukevan innovatiivisen ryhmätoimintamallin kehittäminen. Ryhmän toteutusajankohta on syys-joulukuu 2016 ja ryhmää tulevat ohjaamaan kaksi fysioterapian alan opiskelijaa.

Työ on menetelmältään toiminnallinen ja työn tuloksena syntynyt ryhmäsuunnitelma pohjautuu psykofyysisen fysioterapian menetelmiin sekä krooniseen kipuun liittyvään tutkimustietoon. Ryhmäsuunnitelma pitää sisällään 10 ryhmäkertaa, jotka ovat kestoltaan 1,5 tunnin mittaisia. Jokaisella ryhmäkerralla on oma teemansa ja harjoitteissa on huomioitu asiakkaiden psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Koko ryhmän ajan kestäväenä teemana ovat asiakkaiden kehotietoisuuden lisääminen sekä hengityksen tarkkailu ja tasapainottaminen.

PSYCHOPHYSICAL METHODS AND CHRONIC PAIN – Designing group activity that supports employment prerequisites of people who are long-term unemployed and suffer from chronic pain

Jämsä, Silja

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

Month 2016

Supervisor: Keckman, Marjo

Number of pages: 55

Appendices: 2

Keywords: psychophysical physiotherapy, chronic pain, unemployment, body awareness, breathing

The purpose of this thesis was to elicit the possibilities of psychophysical training among rehabilitation of chronic pain patients, and to design a group activity plan for people who suffer from long-term unemployment as well as chronic pain. Objectives of this work were to 1) familiarize oneself with psychophysical physiotherapy and chronic pain on theoretical side and to explore approaches, methods and practices among psychophysical physiotherapy that could benefit chronic pain patients, 2) design execution plan and contents of group activity, and to 3) introduce this project and the group activity plan to chosen group leaders.

In Finland, the amount of people who are long-term unemployed has tripled since year 2008. According to recent studies, as much as one third of these individuals are in fact unable to work or their ability to work has been remarkably reduced. Main causes for this are mental health problems and different musculoskeletal conditions. Today, the so-called biopsychosocial model is advised to be used in the treatment and rehabilitation of both long-term unemployed people, and people who suffer from chronic pain. The biopsychosocial model acknowledges physical, psychical, social and cognitive state of the patient. In reality, there are still many challenges within the implementation of this model.

This thesis was planned in co-operation with The Employment and Economic Development Office in Satakunta. Target group of this work are long-term unemployed people who already participate in group activity that is designed to support their employment possibilities. This is a pilot project which goal is to develop an innovative group activity plan that supports employment prerequisites. The group activity plan is put into practice during autumn 2016 and there will be two physiotherapy students leading the group.

This is a functional study and the outcome of this thesis is the group activity plan which is based on both methods of psychophysical physiotherapy and theoretical knowledge of chronic pain. The group activity plan retains 10 group sessions that last 1,5 hours. Each session has its own theme. Physical, psychical and social aspects have been taken into account when choosing exercises to be done during group sessions. General themes lasting through the entire group are improving body awareness and observing and balancing breathing function of the participating clients.

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | TARKOITUS JA TAVOITTEET | 8 |
| 3 | MENETELMÄT | 8 |
| 4 | PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA | 9 |
| 4.1 | Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa | 9 |
| 4.2 | Psykofyysisen fysioterapian käsitteitä | 10 |
| 4.2.1 | Somatisaatio ja psykosomaattinen oireilu | 10 |
| 4.2.2 | Minäkäsitys ja kehonkuva | 11 |
| 4.2.3 | Kehotietoisuus | 12 |
| 5 | PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN TYÖVÄLINEITÄ..... | 13 |
| 5.1 | Tietoisuus kehosta..... | 14 |
| 5.1.1 | Roxendalin Basic body awereness -terapia | 14 |
| 5.1.2 | Norjalainen psykomotorinen fysioterapia | 17 |
| 5.1.3 | Muita kehotietoisuutta lisääviä menetelmiä | 17 |
| 5.2 | Tunteiden tunnistaminen ja ilmaiseminen | 18 |
| 5.3 | Hengitys | 20 |
| 5.4 | Kosketus ja hieronta..... | 26 |
| 5.5 | Fyysinen aktiivisuus..... | 27 |
| 5.6 | Rentoutuminen..... | 28 |
| 5.7 | Mindfulness..... | 32 |
| 5.8 | Voimavarat, itsetuntemus ja motivaatio | 33 |
| 6 | KROONINEN KIPU | 34 |
| 6.1 | Kipu ja kivun tunteen aistiminen | 34 |
| 6.2 | Yleistä kroonisesta kivusta..... | 36 |
| 6.3 | Kivun kroonistuminen | 37 |
| 6.4 | Kipupotilaan kohtaaminen | 39 |
| 6.5 | Kroonisen kivun hoito..... | 40 |
| 6.6 | Terapeuttinen harjoittelu ja krooninen kipu..... | 41 |
| 6.7 | Kroonisen kivun kanssa eläminen | 42 |
| 6.8 | Esimerkkinä krooninen alaselkäkipu | 43 |
| 6.8.1 | Alaselkäkipu | 43 |
| 6.8.2 | Alaselkäkipun riskitekijät | 44 |
| 6.8.3 | Kroonisen alaselkäkipun kuntoutus..... | 45 |
| 6.8.4 | Alaselkäkipupotilaan liikunta ja terapeuttinen harjoittelu | 46 |
| 7 | TOTEUTUKSEN KUVAUS JA TULOKSET | 48 |
| 8 | OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI JA POHDINTA..... | 51 |

| | | |
|-----|----------------|----|
| 8.1 | Arviointi..... | 51 |
| 8.2 | Pohdinta | 51 |
| | LÄHTEET | 53 |
| | LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Jo länsimaisen lääketieteen perustajana pidetty Hippokrates painotti kehon, sielun ja ympäristön välisen yhteistoiminnan tärkeyttä. Hän piti tärkeänä tukea ihmisen sisällä piileviä parantavia voimia (Monsen 1992, 13). Lääketieteen kehitys etenkin 1900-luvulla on kuitenkin johtanut siihen, että ihmisen henkinen ja ruumiillinen puoli – psyyke ja keho – on monin paikoin erotettu toisistaan. Fysioterapiassa biolääketieteellinen ajattelu on näkynyt siinä, miten asiakkaisiin suhtaudutaan, millaisia menetelmiä ja toimintatapoja käytetään sekä miten alaan liittyvä tutkimus on suuntautunut. Fyysisyyden dominointi on näkynyt esimerkiksi siinä, miten fysioterapeutit puhuvat lähes yksinomaan harjoittelun ja suorituksen fyysisistä elementeistä. Usein tällaisissa terapiatilanteissa kuntoutujien tehtävänä on suorittaa annetut liikkeet ”oikein”. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 15–17.)

Nykytieteen valossa on entistä vaikeampaa erottaa ihmisen mieltä kehosta. Uusilla aivokuvantamismenetelmillä on pystytty osoittamaan, miten ajatukset, tunteet ja asenteet muuttavat keskushermoston toimintaa ja saavat aikaan mitattavissa olevia fysiologisia muutoksia. Kehomme siis ilmentää ajatuksiamme ja tunteitamme. (Miranda 2016, 24.) Fysioterapiassakin asiakkaiden hoitamisessa on alettu vähitellen käyttää yhä kokonaisvaltaisempia menetelmiä. Menetelmät eivät sinänsä ole uusia, vaan uutta on niiden soveltaminen hyvin monenlaisten asiakasryhmien parissa. (Talvitie ym. 2006, 174–176; 267.)

Psykofyysisten menetelmien tavoitteina ovat muun muassa kehontuntemuksen ja -tietoisuuden lisääntyminen, kehon hallinnan lisääntyminen ja rentoutumistaitojen oppiminen. Näihin tavoitteisiin pyritään erilaisten aktiivisten ja passiivisten liikeharjoitteiden, hieronnan, hengitysharjoitteiden, lihasten ja mielen rentouttamisen sekä keskittymisharjoitusten avulla. Harjoitusten kautta ihminen tulee tietoisemmaksi omasta kehostaan ja saavuttaa sellaisia kokemuksia, jotka purkavat ja poistavat stressiä sekä vähentävät kehon toiminnan vajavuudesta aiheutuvaa vieraantumista. Terapian avulla voidaan ohjata kuntoutuja kuuntelemaan ajatuksiaan ja kehoaan, jolloin pystytään vaikuttamaan kuntoutujan elämänhallinnan kokemukseen positiivisella tavalla. (Talvitie ym. 2006, 174–176; 267.)

Niin kuin ymmärrys kehon ja mielen välisestä vuorovaikutuksesta on kehittynyt, myös tietämys kroonisesta kivusta on viime vuosien aikana muuttunut merkittävästi. Kroonista kipua ei voida tarkastella vain perinteiseen malliin nojautuen, jossa kipu olisi aina merkki kudonvauriosta. Kivun pitkittyessä kipuoireesta tulee oma itsenäinen sairautensa, jolloin kivun syy on siirtynyt alkuperäisestä kudonvauriopaikasta keskushermostoon ja aivoihin. Tällöin puhutaan kivun sentralisaatiosta. Kroonisesta kivusta kärsivän henkilön ajatukset ja tunteet muuttavat kipukokemuksen helposti kärsimykseksi. Kroonisessa kivunhoidossa menetelmät keskittyvät nykyään etenkin kivun mukana tulevan kärsimyksen poistamiseen. (Miranda 2016, 24–25.)

Pitkäaikaistyöttömiksi lasketaan sellaiset henkilöt, jotka ovat olleet yhtäjaksoisesti työttömänä 12 kuukautta tai tätä pidemmän ajan. Suomessa pitkäaikaistyöttömien määrä on kolminkertaistunut vuoteen 2008 verrattuna. Heinäkuun 2016 lopussa pitkäaikaistyöttömien määrä oli Suomessa 127 200 (joista miehiä 57 %). Suurimpia pitkäaikaistyöttömyyden takana vaikuttavia tekijöitä ovat mielenterveys- sekä tuki- ja liikuntaelimestön ongelmat. Pitkäaikaistyöttömien määrän kasvuun on vaikuttanut erityisesti työllistymisen vaikeutuminen sekä työttömyyseläkkeelle pääsyn loppuminen. (Tilastokeskuksen www-sivut 2016.)

Raija Kerättären (2016) väitöskirjan mukaan jopa kolmasosa pitkäaikaistyöttömistä on todellisuudessa työkyvyttömiä. Tutkimuksessa työttömiltä löytyi paljon mielenterveysongelmia, oppimishäiriöitä ja sairauksia, joita ei ollut aiemmin joko lainkaan löydetty tai joihin he eivät olleet saaneet hoitoa eivätkä kuntoutusta. Kerättären mukaan työttömyyden takana olevia varsinaisia ongelmakohtia ei löydetä perinteisissä terveystarkastuksissa, vaan arvioinnissa tulisi käyttää niin sanottua biopsykososiaalista mallia, jossa on huomioitu myös työttömän sosiaalinen tilanne sekä psyykkinen ja kognitiivinen kuntotaso. Tutkimustietojen valossa pitkäaikaistyöttömien henkilöiden työelämänvalmiuksien ja kuntoutumisen tukeminen monialaisin keinoin on nykytilanteessa erittäin tärkeää sekä yksilöiden itsensä, että koko kansantalouden kannalta.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on Satakunnan TE-toimisto ja kohderyhmänä työllistymistä tukevan ryhmätoiminnan (TYP) asiakkaat. Kyseessä on pilottihanke

Satakunnan ammattikorkeakoulun ja TE-keskuksen välillä. Pilotin tavoitteena on työllistymisedellytyksiä tukevan innovatiivisen ryhmätoimintamallin kehittäminen. Ryhmäsuunnitelma pohjautuu psykofyysiseen fysioterapiaan sekä krooniseen kipuun liittyvään tutkimustietoon. TE-toimiston lisäksi työn kohderyhmänä ovat kaikki kroonisten kipupotilaiden parissa työskentelevät fysioterapeutit sekä muut terveydenhuollon ja hyvinvoinnin parissa työskentelevät ammattilaiset, jotka ovat kiinnostuneita psykofyysisen harjoittelun mahdollisuuksista kivunhoidossa.

2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata psykofyysisen harjoittelun mahdollisuuksia kroonisesta kivusta kärsivien asiakkaiden kuntoutuksessa sekä suunnitella ryhmätoiminnan käytännön toteutus pitkäaikaistyöttömille pitkittyneistä kiputiloista kärsiville kuntoutujille. Työn tavoitteena on:

- 1) Perehtyä teoreettiselta näkökannalta psykofyysiseen fysioterapiaan ja krooniseen kipuun sekä tutustua psykofyysiseen viitekehykseen kuuluviin lähestymistapoihin, menetelmiin ja harjoitteisiin, joista krooniset kipukuntoutujat voisivat hyötyä.
- 2) Suunnitella ryhmätoiminnan toteutus ja sisältö.
- 3) Perehdyttää ryhmän ohjaajat hankkeeseen ja ryhmätoiminnan sisältöön.

3 MENETELMÄT

Opinnäytetyö on menetelmältään toiminnallinen. Työn lopputuloksena on psykofyysinen ryhmäsuunnitelma kroonisesta kivusta kärsiville pitkäaikaistyöttömille. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuksellinen selvitys liittyy idean toteutustapaan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei korostu niinkään tutkimuksellisuus vaan siinä tavoitellaan esimerkiksi käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. (Vilka & Airaksinen 2003, 7-10, 56.)

Teoriaosuudessa perehdytään kirjallisuus- ja tutkimuslähteisiin sekä psykofyysisen fysioterapian että kroonisen kivun osalta. Kerätyn teoretiedon pohjalta hahmotellaan alaotsikkotasolla sellaisia aihekokonaisuuksia ja teemoja, jotka nousevat lähteissä vahvasti esille. Teemojen pohjalta kootaan lopulta runko toteutettavalle ryhmätoiminnalle. Ryhmätoiminnan tarkoituksena ei ole niinkään perehtyä mihinkään yksittäiseen menetelmään, vaan yhdistellä luovasti eri menetelmiä ja niiden keskeisiä oppeja ja harjoitteita. Tavoitteena on muodostaa monipuolinen ja kokonaisvaltainen ryhmätoimintamalli, jossa huomioidaan ryhmään osallistuvien psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kuntoutuminen ja osallistuminen. Ryhmäsuunnitelman valmistuttua perehdytetään ryhmän ohjaajat kyseessä olevaan pilottihankkeeseen sekä laadittuun ryhmätoimintamalliin. Ohjaajille annetaan kirjallinen suunnitelma, jossa on esitetty perustiedot ryhmästä ja ryhmän ohjaamisesta sekä jokaiselle tapaamiskerralle teemat, tavoitteet ja soveltuvat harjoitteet. Lisäksi ohjaajat voivat käyttää tätä opinnäytetyötä ryhmäsuunnitelman rinnalla kerratakseen teoretietoa eri aiheiden osalta.

4 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

4.1 Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa

”Psykofyysinen fysioterapia tarkoittaa ihmisen liikunta- ja toimintakykyisyyden sekä voimavarojen vahvistamista ja tukemista. Psykofyysiselle lähestymistavalle on ominaista fysioterapeutin näkemys ihmisestä kokonaisuutena riippumatta siitä, millaisia ongelmia kuntoutujan toimintakyvyssä on. Psykofyysinen lähestymistapa sopii yhtä hyvin kuntoutujille, joilla on tuki- ja liikuntaelinvaivojen aiheuttamia kiputiloja, aivohalvauksen aiheuttamia fyysisen toimintakyvyn ongelmia tai työuupumuksesta johtuvia fyysisiä ongelmia, kuin skitsofreniaa sairastaville kuntoutujille.” (Talvitie ym. 2006, 265.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa keskeistä on ymmärrys siitä, että keho, mieli ja ympäristö muodostavat kokonaisuuden ja ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Kehon tuntemukset vaikuttavat mieleen, toisaalta tunteet ja ajatukset heijastu-

vat liikkumiseen ja kokemukseen omasta kehosta. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on, että asiakas saa selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja elämäänsä kokemuksellisen oppimisen kautta. Terapiassa tehtävien harjoitteiden lisäksi kuntoutuksessa huomioidaan harjoitteiden nostamien tunteiden, ajatusten ja kokemusten merkitys ihmiselle ja keskustellaan yhdessä esille nousevista asioista. Fysioterapian tavoitteet määräytyvät aina asiakkaan voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2016; Talvitie ym. 2006, 265.)

Psykofyysisen fysioterapian juuret löytyvät suomalaisen fysioterapian perinteestä, mutta lähestymistapaan on vahvasti vaikuttanut myös norjalainen ja ruotsalainen fysioterapiaperinne. Lähestymistapa on kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyön tuloksena. Suomessa kehitys alkoi voimakkaammin 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen kautta. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2016.)

Psykofyysinen lähestymistapa on sovellettavissa kaikkeen fysioterapeuttiseen työhön. Erityisesti psykofyysistä työskentelyä voidaan suositella ihmisille, joilla on mielenterveyden ongelmia, neurologisten tai tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamia toimintakykyhäiriöitä, stressioireita, unettomuutta, jännittyneisyyttä, ahdistuneisuutta tai uupumusta, pitkittyneitä kiputiloja, vaikeuksia perusliikkumisessa tai oman kehon tiedostamisessa tai traumasta tai post-traumaattisesta stressireaktiosta aiheutuvia fyysisiä oireita. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2016.)

4.2 Psykofyysisen fysioterapian käsitteitä

4.2.1 Somatisaatio ja psykosomaattinen oireilu

Lisääntyneen tutkimustiedon myötä jako psyykkisiin ja somaattisiin sairauksiin on alkanut hämärtyä. Somatisaatioissa ihmisen mieli ei kykene käsittelemään psyykkisiä rasitteita vaan osa ärsykkeistä purkautuu kehonkielen kautta. Jos psyykkiset puolustusjärjestelmät eivät riitä sisäisten ja/tai ulkoisten uhkien hallitsemiseen, ihminen alkaa oireilla psyykkisesti. Psyykkisten toimintojen pettäessä osittain tai kokonaan tilanne herättää kiihtymystulvan, jota ihminen ei kykene sitomaan tai liittämään omaan

mielen maailmaansa välittömästi, vaan kiihtymyksen purkautuminen tapahtuu ruumiillisin oirein. Tunteiden ja mielikuvien torjuminen estää niiden tietoisesta havainnoinnin ja ilmaisemisen. Somatisaatio tarkoittaa myös taipumusta kokea ruumiillisia oireita ja hakea niihin lääketieteellistä apua. (Herrala, Kahrola & Sandtröm 2008, 104–106; Sipilä 2000, 67.)

Psykosomatiikalla tarkoitetaan psyykkisten ja somaattisten tekijöiden vuorovaikutusta. Ajatukset, tunteet, ruumiilliset oireet ja käyttäytyminen muodostavat kokonaisuuden, jonka takana on koko elämän historia. Biologiset tekijät (esim. perimä, autonomisen hermoston yliherkkyys) ja varhaiset kokemukset (menetykset, sairaudet, pettymykset) kulkevat ihmisen mukana halki elämän. Myös erilaiset uskomukset (”jotain vialla, jos ruumis ei toimi hyvin”, ”varaudu pahimpaan”, ”läheisiä ei saa kuormittaa”, ”lääkärille varmuuden vuoksi”) voivat ruokkia ja vääristää osaltaan yksilön kokemuksia. Jos aikaisemmat selviytymisstrategiat pettävät esimerkiksi stressin tai elämänmuutoksen seurauksena, pahoinvointi voi ilmetä ruumiillisena oireiluna sekä pelon, ahdistuksen ja turvattomuuden tunteina. (Herrala, Kahrola & Sandtröm 2008, 104–106.) Psykosomaattisesti oireilevilla henkilöillä on usein kehonkuvan ja kehon hahmottamisen häiriöitä. Oma keho saattaa olla niin erillään mielen maailmasta, etteivät ruumis ja mieli enää tavoita toisiaan. (Sipilä 2000, 68–69.)

4.2.2 Minäkäsitys ja kehonkuva

Minäkäsityksen voidaan ajatella koostuvan fyysisestä, sosiaalisesta, emotionaalisesta ja akateemisesta osasta. Fyysinen minäkäsitys on subjektiivinen arvio kehon ulkonäöstä sekä fyysisestä pystyvyydestä. Fyysinen minäkäsitys vaikuttaa voimakkaasti liikuntamotivaatioon. Sosiaalinen minäkäsitys syntyy kanssakäymisen herättämistä ajatuksista ja siitä kokeeko selviytyvänsä sosiaalisista tilanteista ja pystyykö käyttäytymään siten kuin muut odottavat. Emotionaalinen minäkäsitys on arvio siitä, millaisia ominaisuuksia ja taitoja itsellä on ja kuinka hyvin nämä luonteenpiirteet yksilö kykenee itsessään hyväksymään. Akateeminen itsetunto muodostuu oppimiskyvystä sekä luottamuksesta omiin kykyihin ja taitoihin. Yleinen itsetunto edustaa kaikkia näitä itsestä tehtyjä arvioita yhteensä eli siihen sisältyvät kaikki minäkäsityksen osa-alueet. Emotionaalinen ja fyysinen minäkäsitys voidaan yhdistää termiksi kehonkuva

(ruumiinkuva, body image, self image). Kehonkuvaan sisältyvät 1) oma näkemys itsestä, 2) toive siitä, millainen haluaisi olla sekä 3) uskomukset toisten itseä koskevista ajatuksista. (Sandström 2010, 18-20.)

Kehonkuva koostuu siis havainnoista, asenteista ja uskomuksista, jotka ihminen liittää omaan kehoonsa. Kehonkuvan elementtejä ovat havaintokokemukset omasta kehosta, käsitteellinen ymmärrys omasta kehosta ja kehoista yleensä sekä tunneasenne omaa kehoa kohtaan. Kehonkuvan kehittymiseen vaikuttavat muun muassa kokemukset kehosta, terveys, biologisensoriset tekijät, kognitiiviset tekijät, sosiaalinen palaute, emotionaaliset kokemukset ja ruumiin muisti. Ihminen arvioi jatkuvasti kokemuksia kehostaan, sen kyvyistä, jaksamisesta, kivuista, hyvinolonkokemuksista, luotettavuudesta ja muuntuvuudesta. Esimerkiksi kivut, sairaudet ja ikääntyminen muovaavat jo syntyneitä käsityksiä kehonkuvasta uudennlaisiksi. (Herrala ym.2008, 29–31.)

4.2.3 Kehotietoisuus

Kehotietoisuus (body awareness) on syvää ja kokonaisvaltaista itsen tiedostamista, hahmottamista, ymmärtämistä ja hallintaa. Kehotietoisuus voidaan Roxendalin teorian mukaan jakaa liike- ja kokemusaspekteihin. Liikeaspektin muodostavat 1) kehon hallinta (asennon säilyttäminen, asennosta toiseen siirtyminen), 2) kehon kontrolli (hengityksen säätely, kivun sieto) ja 3) liikemallit (esim. lusikan vieminen suuhun). Kokemusaspektin muodostavat käsitys kehosta, elämys ja kokemus kehosta ja tiedostaminen eli tietoisuus itsestä omien tekojen tuottajana. Kehonkuvan voidaan siis ajatella olevan osa kehotietoisuuden kokonaisuutta. (Herrala ym. 2008, 31–35.)

Ihmisen tunnetila, mielentila, aikomukset ja estot näkyvät ulospäin olemuksessa ja asennoissa. Ihmisen fyysisen olemuksen voidaan ajatella olevan jonkinlainen psyykkisen tilamme ruumiillistuma. Tältä pohjalta ajateltuna kehon tuntemuksiin ja lihaskäynnityksiin tutustuminen itsetuntemuksen lisäämiseksi on loogista. Ihmisen ensimmäinen kieli on kehon kieli ja sanaton kommunikaatio, eikä tämä viestikanava poistu, vaikka sanallinen kieli rakentuu sen päälle. Sanat ovat monissa tilanteissa riittävästi kuvaamaan kokemuksellisia asioita. (Svennevig 2005, 39.)

Tavallisesti ihminen ei ole lainkaan tietoinen kehostaan. Erilaiset ulkoapäin tulevat aistimukset sekä sisäiset ajatukset, tunteet ja muistikuvat täyttävät tietoisuuden. Kehon voi tulla voimakkaana esille esimerkiksi kipuna sairauksissa tai nautintona erilaisissa aistinautunnoissa. Kehon läsnäolosta voi myös tulla tarkoituksella tietoiseksi. Kehon voi siis toisaalta unohtaa, ja toisaalta sitä voi tietoisesti kuunnella. (Herrala ym. 2008, 36–37.)

5 PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN TYÖVÄLINEITÄ

Psykofyysisen fysioterapian työvälineitä ovat erilaiset liikeharjoitteet, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitukset, rentoutusmenetelmät, pehmytkudoskäsitteilyt sekä vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet. Kuntoutuksen avulla asiakas muun muassa oppii aistimaan ja arvostamaan omaa kehoaan ja sen reaktioita sekä saa turvallisemman ja varmemman kontaktin itseensä ja omaan tapaansa olla. Kuntoutuksessa keskeisiä tavoitteita ovat rentoutumis- ja stressihallintataitojen oppiminen, oman kuormituksen säätelykyvyn hallinnan paraneminen sekä itsetuntemuksen ja vuorovaikutustaitojen kehittyminen. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen [www-sivut](http://www-ivut) 2016.)

Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäterapiana. Psykofyysisessä fysioterapiassa korostuu asiakkaan ja terapeutin välinen yhteistyö ja vuorovaikutus. Asiakasta kannustetaan ja tuetaan ottamaan enenevässä määrin vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Toteutuneen fysioterapian arvioinnissa merkittävintä on asiakkaan itse kokema muutos ja kasvu kohti oman elämänsä hallintaa. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen [www-sivut](http://www-ivut) 2016.)

Opinnäytetyönä tehdyn systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan tutkimusnäyttö tukee psykofyysisten menetelmien käyttöä kroonisten kipupotilaiden kuntoutuksessa. Tutkimuksissa positiivisia vaikutuksia ilmeni muun muassa kehotietoisuudessa, kivunhallinnassa, kivun lieventymisessä, liikkumiskyvyssä ja selviytymiskeinojen li-

sääntymisessä. Katsaus koostui neljästä satunnaistetusta kontrollitutkimuksesta. Tutkimuksissa käytettyjä hoitomenetelmiä olivat norjalainen psykomotorinen fysioterapia, feldenkrais-terapia, BBA-terapia ja hengitysterapia. (Nisula & Tölli 2012, 40.)

5.1 Tietoisuus kehosta

Ihmisen olemassaolo kiteytyy kahteen elementtiin: olemiseen ja tekemiseen. Olemisen kuvastaa kokemusta saada vain olla, hellittää ja luottaa elämän kantaviin voimiin. Se tarkoittaa myös lupaa antaa hengityksen tapahtua ja lupaa antautua omalle keholle. Olemisen oppimisen kautta ihminen rentoutuu luovaan olotilaan. Itsen kuuntelu, läsnäolo ja tietoisuus omista tunteista, mielikuvista ja ajatuksista herkistyvät. Pyrkimyksenä on toisaalta vaikuttaa hengitykseen ja toisaalta hengityksen avulla ottaa vastuuta siitä, mitä itsessä tapahtuu. Tekeminen puolestaan liittyy kehon ja mielen tekemisen tiedostamiseen, tietoiseen hengityksen ohjaukseen, liikkeen yhteistyöhön hengityksen ja äänen kanssa, oman voiman käyttöön ja omien rajojen ja reiviin tiedostamiseen. Kehon liikkeiden laatuun oleellisesti vaikuttavia elementtejä ovat asento, tasapaino, hengitys ja läsnäolo. (Herrala ym. 2008, 64.)

Kehon liikkeet kuuluvat ihmisen kokonaisuuteen samalla tavalla kuin näkeminen ja kuuleminen. Liikkumisen aikana voi samanaikaisesti olla tietoinen asennoista ja liikkeistä tilassa. Liikkumisen havaintojen tekemiseen tarvitaan kinesteettistä aistia (lihasaisti), jota näköaisti voi tehostaa. Liike vahvistaa yksilön olemassaolon kokemusta, ja sillä on tietty itseisarvo elämässä. Oman kehon hallinta liittyy itsetuntoon, tulevaisuuden toivoon ja elämänuskoon. Tietoisuuskin on liikettä, joka ilmenee jatkuvana mielikuvien virtana, assosiaatioina, muistoina ja suunnitelmina. (Herrala ym. 2008, 111–112, 127.)

5.1.1 Roxendalin Basic body awereness -terapia

Basic Body Awareness -terapia (BBAT) on näyttöön perustuva fysioterapiamenetelmä, joka perustuu Jacques Dropsyn työhön koskien teorioita ihmisen olemassaolosta ja liikkumisen ulottuvuuksista. Dropsy kehitti menetelmää 1960 – 70-luvulla ja käytti pohjana muun muassa taijia ja zen-meditaatiota. Hän piti kursseja Ruotsissa

1970-luvulta lähtien, jolloin ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal löysi menetelmän ja alkoi systemaattisesti soveltaa sitä fysioterapiaan. Dropsyn menetelmästä psykotonia tuli fysioterapiamenetelmä ”basal kroppskänedom”, ” basic body awareness therapy”. Roxendal väitteli aiheesta vuonna 1985. (Dropsy 1988, 9; Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2016.)

BBA-terapiassa tavoitteena on kehontuntemuksen ja -tietoisuuden ja sitä kautta kehon hallinnan ja itsetuntemuksen lisääntyminen. Kehon hallinta käsittää kyvyn ohjata ryhtiä, liikkeitä ja lihasten jännitystä. Keskeisiä ulottuvuuksia harjoittelussa ovat kehon suhde alustaan ja keskilinjaan, kehon liikekeskus, hengitys, liikevirtaus ja tietoinen läsnäolo. (Talvitie 2006, 269–270.)

BBAT sisältää yksinkertaisia liikeharjoituksia, joita tehdään makuulla, istuen, seisten ja kävellen. Harjoittelu sisältää myös pariharjoituksia, äänenkäyttöharjoituksia ja pehmytkudoskäsittelyjä. BBAT kietoo yhteen tasapainon, vapaan hengityksen ja tietoisien läsnäolon liikeharjoittelun kautta. Olennaista terapiassa on asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus sekä keskustelut asiakkaan havainnoista, kokemuksista, oivalluksista ja oppimisesta. BBAT sisältää strukturoidun kuntoutusohjelman, johon kuuluvat harjoitteiden lisäksi testatut arviointimenetelmät (Body Awareness Rating Scale ja Body Awareness Scale-Interview). BBAT soveltuu sekä yksilö- että ryhmätyöskentelyyn. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2016.)

BBA -terapian ytimenä on löytää yksilön pystyvyys ja voima, ei vain nähdä yksilöä hänen sairauksiensa tai vikojensa summana. Tavoitteena on, että ihminen pystyisi sekä liikkeen että levon aikana elämään kehossaan harmonisesti. Säännöllisen harjoittelun kautta on mahdollista oppia uusia ja parempia tapoja olla ja liikkua omassa kehossa. Usein kyse on lapsuudessa opitun alkuperäisen liikemallin uudelleenlöytämisestä, joka on erilaisten elämänvaiheiden myötä joutunut kadoksiin. Terapiamuotoa kehitettiin alun perin psykiatrisille potilaille, mutta kliinisen kokemuksen myötä siitä on todettu olevan erityisesti hyötyä myös erilaisista kiputiloista kärsivien potilaiden fysioterapiassa. Terapiamuotoa voidaan käyttää myös ennaltaehkäisevänä menetelmänä esimerkiksi työfysioterapiassa, palauttavana ja virkistävänä menetelmänä stressaavissa elämäntilanteissa ja sitä voidaan käyttää rinnakkain muiden harjoitusmuoto-

jen kanssa. Se sopii esimerkiksi alkulämmittelyksi ennen varsinaista liikuntasuoritetta (esim. taji). (Roxendal & Winberg 2002, 12; 15–16.)

BBAT -terapiassa tavoitteena on yhdistää kehon ja mielen harjoittelu. Harjoitteiden tarkoituksena on paitsi fyysisesti tukea kehon elpymistä ja vahvistumista tehtävien liikkeiden kautta, keskittää tietoisuus kehoon ja sitä kautta harjoitella tietoista läsnäoloa ja keskittymistä. Harjoitteet tehdään pehmeällä ja rytmisellä tavalla, stimuloiden kehon sisäisiä prosesseja, kuten hengitystä, verenkiertoa ja hormonitoimintaa. Harjoittelun lomassa opittu tietoisien läsnäolon taito seuraa muihin päivittäisiin toimiin ja auttaa suhtautumaan paremmin ympäristöön sekä muihin ihmisiin ja johtaa usein myös parempaan kokonaisterveyteen. Tavoitteena voidaan pitää tulemista enemmän siksi ihmiseksi, joka sisimmässään todella on. (Roxendal & Winberg 2002, 17.)

BBAT-terapian harjoitteet ovat tarkoituksellisesti yksinkertaisia. Yhtä harjoitetta tehdään aina monta toistoa kerrallaan. Liikkeen laatu on tärkeämpää kuin liikkeen määrä (liikelaajuus). Harjoittelun kokeminen merkitykselliseksi lisääntyy henkisen läsnäolon myötä. Harjoitteita voi varioida tekemällä samaa harjoitetta keskittyen eri asioihin. Harjoitteissa voidaan keskittyä liikkeen yksinkertaisuuteen, sisältäpäin tulemiseen, keskustasta tulemiseen (liikkeen voima, liikkeen integroituminen hengitykseen, liikkeen vapaus), virtaavuuteen, kokonaisuuteen keskittyen ja rajaamiseen sekä yhteistoimintaan. (Roxendal & Winberg 2002, 97–102.)

BBA -terapialla on tutkitusti positiivisia vaikutuksia kokonaisvaltaisena hoitomuotona syömishäiriöisten, kipu- ja fibromyalgiapotilaiden sekä traumatisoituneiden hoidossa. Myös masennusta, persoonallisuushäiriöitä ja skitsofreniaa sairastavat ovat hyötäneet BBAT- hoitomuodosta. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2016.) Opinnäytetyönä tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että BBAT -menetelmän vaikuttavuudesta psykiatrisilla potilailla on saatu hyviä tuloksia. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyistä alkuperäistutkimuksista kaksi oli satunnaistettuja kontrollitutkimuksia ja kolme tieteellisesti laadukkaaksi todettua laadullista tutkimusta. (Raatikainen, Ruotsalainen & Tuomola 2013, 30.)

5.1.2 Norjalainen psykomotorinen fysioterapia

Norjalainen psykomotorinen fysioterapia (The Norwegian Psycho Motor Physiotherapy, NPMP) perustuu Wilhelm Reichin ajatukseen liittää kehoterapeuttinen lähestymistapa psykoanalyysiin. Reichin mukaan ihmisen vaikeat lihasjännitykset ovat osa sitä järjestelmää, jolla hän tukahduttaa tunteitaan. Vaikeutunut hengitys, tunneperäiset tilat ja ongelmat liittyvät toisiinsa, eikä niitä voi selvästi erottaa toisistaan. Hengitystä pidetään terapian ydinasiana, koska tunteita ilmaistaan hengittämällä tai hengitystä pidättämällä, ja hengitystapa vaikuttaa puolestaan kokemuksiin. Hengityksen vapauttaminen vapauttaa samalla myös tunteita. Yksilön luonteenpiirteet ja tunteet yhdessä ympäristön aiheuttamien paineiden kanssa ilmenevät ryhdissä, hengityksessä ja lihaksistossa. Geneettisten tekijöiden lisäksi ihmisen kehossa näkyy hänen koko elämäkertansa. (Talvitie 2006, 272–273.)

Huomattavat lihaskivut ja veltostunut tai jännittynyt lihaksisto liittyvät tiettyyn vammaan tai psyykkiseen ristiriitaan. NPMP:llä pyritään ryhdin muutokseen tasapainottamalla lihasjännitystä. Tarkoituksena on vähentää kuntoutujan kipuja auttamalla pääsemään kosketuksiin tunteidensa kanssa. Muutos syntyy tiedostamisen ja oivaltamisen kautta, jolloin kuntoutujan jännittyneet lihakset rentoutuvat, veltot tai unohdetut lihakset alkavat toimia ja hengitys palautuu normaaliksi. Samalla muuttuu myös kuntoutujan asenne itseensä, kykyihinsä, oikeuksiinsa ja tarpeisiinsa. Jokainen hoitokerta aloitetaan jaloista, ihmisen perustasta, ja jokainen hoito käsittää koko kehon. Menetelminä käytetään hierontaa sekä passiivisia ja aktiivisia liikkeitä. (Talvitie 2006, 273–273.)

5.1.3 Muita kehotietoisuutta lisääviä menetelmiä

BBAT:n ja NPMP:n lisäksi löytyy joukko muita kehotietoisuuden ja itsetuntemuksen lisäämiseen pyrkiviä terapiamenetelmiä. Näistä voidaan mainita esimerkkeinä psykodynaaminen kehoterapia sekä Feldenkrais-menetelmä. Yhteistä kaikille kehoterapioille on ajatus siitä, että paremman tiedostamisen, itsetuntemuksen ja ymmärryksen avulla voidaan oppia korjaamaan virheellisiä lihasjännityksiä ja niistä johtuvia kuormittavia asentoja, liikkeitä ja kipuja. (Talvitie 2006, 276–277.)

5.2 Tunteiden tunnistaminen ja ilmaiseminen

Kaikki tunteet ilmenevät väistämättä kehossa. Tunteisiin liittyvää kehon reagointia ei voi estää eikä hillitä, koska reaktion aiheuttaa tahdosta riippumaton autonominen hermosto. Tunnetilan ilmauksia ovat esimerkiksi punastuminen, vapina ja pupillien koon muutokset. Kasvojenilmeitä voi yrittää tietoisesti kontrolloida, mutta sekin on huomattavan vaikeaa. Tunteet ovat eri asia kuin mieliala tai tunneasenne, jotka ovat kestoilmiöitä. Tunteet ovat ohimeneviä reaktioita – ne kestävät vain hetken. Tunteiden syntymistä ei voi valita tai estää, vaan ne syntyvät meissä automaattisesti. (Svennevig 2005, 20–21.)

Eri tunteet ilmenevät kehossa eri tavoilla. Pelossa ja vihassa sydämen syke kiihtyy, kun taas inhon tunne laskee pulssia. Pelossa ja vihassa diastolinen verenpaine nousee, vihassa kuitenkin enemmän kuin pelossa. Pelossa ihon lämpötila on viileämpi ja kehon ääreisosien verenkierto vähäisempi kuin vihassa. Inhossa syljen erityys lisääntyy ja ruoansulatus kiihtyy. Säikähtäessä iho menee kananlihalle, suuttuessa koko keho vapisee ja pelätessä pyörryttää ja oksettaa. Tunnekokemus voidaan siis määrittää kehon reaktioiden pohjalta. Tunne-elämykset saattavat olla voimakkaampia henkilöillä, jotka ovat herkkiä kehostaan tuleville ärsykkeille (esim. sydämen lyöntitiheys), vaikka fysiologinen reaktio ei olisikaan voimakkaampi kuin muilla. Toisaalta ihmisten välillä on eroja siinä, kuinka voimakkaasti autonominen hermosto reagoi erilaisissa tunnetiloissa. Herkästi kehollaan reagoiviin myös esimerkiksi musiikki ja kosketus vaikuttavat voimakkaasti. Vanhoilla ihmisillä reaktiot eivät ole niin voimakkaita kuin nuoremmilla. (Svennevig 2005, 23–25.)

Tunteet voidaan nähdä elämää ylläpitävänä signaalijärjestelmänä, joka on huomattavasti loogis-analyyttistä järkeä nopeampi ja tarkempi. Tunteet ovat elämää ylläpitäviä viestejä siitä, mikä on tärkeää ja mikä vähemmän tärkeää; ihminen elää, kokee ja havaitsee niiden kautta. Tunteilla on käsitysmaailmassamme erilaisia merkityksiä. Voimme käsitellä tunteita tietoisuudessamme ilman, että tunne on ”päällä”. Tähän perustuu ajatus siitä, että tunteiden suuntaamista ja käsittelyä voidaan opetella erilaisien harjoitteiden avulla. Vastoin yleistä käsitystä, tutkimukset eivät tue tunteiden käsittelyä puhumalla, koska puhuessa tunne sekoittuu kognitiivisiin havaintoihin ja

subjektiivisiin tulkintoihin. Kun tunnetta käsitteellistetään puhumisen kautta, se voi antaa väärän muistikuvan. (Kataja 2003, 184–185.)

Rentoutuminen on hyvä keino todentaa tunne emotionaalisenä ja täysivaltaisena kokemuksena. Usein rentoutumisen jälkeen ihmiset herkistyvät fyysisesti, mikä ilmenee esimerkiksi kyynelehtimisestä. Usein kyyneleet liittyvät positiivisiin emootioihin. Tunteiden käsittelyn opettelu lähtee tarkkaavaisuuden ja sisäisen keskittyneisyyden harjoittamisesta. Kun pystymme keskittymään, aivomme saavat käyttöön hillitseviä soluja, jotka aktivoivat myös käyttäytymistä kontrolloivia keskuksia. Tällöin emme anna negatiivisten tunteiden ohjata käyttäytymistämme impulsiivisesti. (Kataja 2003, 184–185.)

Pelko on yksi ihmisen perustunteista, jonka tuottamiseen tarvittavat hermosolupiirit ovat perittyjä. Pelkopiirin aktivoituminen käynnistää taistele-tai-pakene -reaktion, jonka tarkoituksena on virittää elimistö toimintavalmiuteen uhkaavassa tilanteessa. Ellei näiden vaihtoehtojen toteuttaminen ole mahdollista, ihminen lamaantuu. Tunteiden, esim. pelon tunteen tukahduttaminen muuttaa ihmisen kehotietoisuutta: pelko, ahdistus ja tunteiden tukahduttaminen johtavat hengityksen pidättämiseen, mikä taas johtaa lihasjännityksiin (muun muassa hengitysilhaksissa), joista seuraa asentomallin muutoksia, mitkä vähitellen johtavat muutoksiin kehotietoisuudessa. Keho oppii ja mukautuu asentomalliin, jonka taustalla ovat pelko ja ahdistus, eikä enää tunnista asentoa ”virheelliseksi”. Temperamentilla, joka on osa ihmisen pysyvää persoonallisuutta, on vaikutuksensa siihen, miten paljon ihminen kykenee käsittelemään pelkoa, ahdistusta ja muita ongelmia. Hyväksynnän hakeminen muilta (palauteherkkyys) tekee ihmisen riippuvaiseksi muiden mielipiteistä, hyväksynnästä ja myönteisestä tuesta ja johtaa temperamenttipiirteenä helposti ahdistuneisuuteen. (Herrala ym. 2008, 58–60.)

Viimeaikainen psykologinen tutkimus viittaa vahvasti siihen, että psykologinen joustavuus on yhteydessä mielen hyvinvointiin. Steven Hayesin kehittämässä hyväksymis- ja omistautumisterapiassa (HOT), jossa psykologista joustavuutta pyritään harjoitusten avulla lisäämään, on kyse omien kokemusten hyväksymisestä, läsnäolosta nykyhetkessä, sitoutumisesta omien arvojen mukaiseen elämään ja toimimisesta omien arvojen mukaisesti. Tavoitteena on kohdata omat ajatukset, tunteet, tuntemuk-

set ja muut sisäiset kokemukset olivatpa ne millaisia tahansa sekä tunnistaa omat arvot ja viedä elämää niiden suhtaan. Negatiivisiksi miellettyjen kokemusten (esim. negatiiviset ajatukset, tunteet ja fyysiset tuntemukset) välttely on kärsimyksen ensisijainen lähde. Hyväksymis- ja omistautumisterapian käytöstä on näyttöä muun muassa mielenterveys- ja kipupotilaiden hoidossa. Psykologisen joustavuuden lisäämisellä on todettu olevan monenlaisia myönteisiä vaikutuksia myös työperäisen stressin ja työhyvinvoinnin kannalta. (Pietikäinen 2009, 9; 93–94; 101.)

5.3 Hengitys

Rauhallinen, luonnollinen, syvä ja rytmisen hengitys auttaa meitä keskittymään ja rauhoittumaan sekä lisäämään voimavaroja. Tasapainoinen hengitys, joka tapahtuu tärkeimmän hengitysilhaksemme pallean avulla, säästää apuhengitysilhaksia turhalta lihastyöltä ja kuljettaa tehokkaasti happea elimistölle ja ennen kaikkea aivoille. Sisäänhengityksessä vatsan tulee hieman kohota ja hartioiden pysyä paikoillaan tai laskea. Uloshengityksessä tulee kiinnittää huomiota siihen, että keuhkot tyhjäntyvät kaikesta käytetystä ilmasta. Luonnollisen hengityksen etuja ovat muun muassa, että sen johdosta (Kataja 2003, 54–57):

- aivot ja lihakset saavat riittävästi happea
- parasymptaattinen eli elimistöä rauhoittava hermosto aktivoituu
- aineenvaihdunnan säätely parantuu
- tunteet rauhoittuvat ja niiden suuntaaminen helpottuu
- hyperventilaatio estyy.

Hengitys on ainoa ei-tahdonalaisen autonomisen hermoston ohjaama vitaalitoiminto, jota on mahdollista kontrolloida myös tahdonalaisesti. Hengityksen rytmiä ja syvyyttä on mahdollista muuttaa, ja hengitystä voidaan pidättää tiettyyn rajaan asti. Autonomisen hermoston jakautuu sympaattiseen ja parasymptaattiseen osaan, joilla on usein vastakkainen vaikutus elimistöön. Sympaattisen hermoston aktivoituessa pulssi tihenee, sydämen iskuvoima kasvaa ja keuhkoputket laajenevat. Sisäelinten verisuonet supistuvat ja verenpaine nousee. Sympaattisen hermoston aktivoituminen saa hengityksen tehostumaan tulevaa ruumiillista ponnistelua varten. Kiihtynyt hengitys vaimentaa rauhoittavan parasymptaattisen hermoston toimintaa, jolloin hengitys enti-

sestään kiihtyy. Ellei valmiustilaa seuraakaan fyysinen ponnistelu eikä lisääntyntä hapensaantia ole mahdollista hyödyntää, elimistö suojautuu supistamalla verisuonia. Autonomisen hermoston tasapainoinen yhteistoiminta voi häiriintyä esimerkiksi stressitilanteissa. Jos stressi pitkittyy, sympaattinen hermosto on jatkuvasti aktiivinen, jolloin rentoutuminen, nukkuminen ja levon avulla virkistäytyminen vaikeutuvat. (Martin ym. 2008, 77.)

Pallea on keskeinen hengitysilhas, jota ohjaa tiedostamaton autonominen säätely. Muita hengitykseen osallistuvia lihaksia voidaan ohjalla myös tahdonalaisesti. Koordinoituun hengitykseen osallistuu koko vartalon käsittävä lihasten verkosto. Sisäänhengityksen aikana liike nousee ylöspäin selän kautta ja laskee uloshengityksen aikana alaspäin vatsan kautta. Kokonaisuudesta muodostuu ellipsin muotoinen liike. Pallea kiinnittyy selkärankaan (12. rintarikama ja 4. lannenikama) ja kahteen alimmaiseen kylkiluuhun (vapaat kylkiluut). Sisäänhengityksessä pallea painuu alas ja vatsa työntyy hieman eteenpäin. Rintakehän alaosa laajenee eteen, sivuille ja taakse (enemmän taakse kuin eteen). Rintakehän liike jatkuu ylöspäin muihinkin kylkiluihin sekä hartioiden kautta niskaan ja kaulaan saakka. Uloshengityksessä poikittainen vatsalihas toimii päinvastoin kuin pallea ja painaa rentoutuneen pallean takaisin ylöspäin ja pienentää rintakehän tilavuutta. Tasapainoinen hengitysliike on vastavuoroista, aaltomaista ja rytmistä. (Martin ym. 2008, 77–80.)

Muuttunut lihaksiston toiminta ja asennonmuutokset voivat estää hengityksen vapaan liikkumisen ylös rintakehään ja kaulaan sekä alas lantioon. Samalla lihasten joustavuus sekä hartioiden, selän ja lantion liikelajuudet muuttuvat. Asento, hengitys, lihaksisto ja liike ovat toisistaan aina riippuvaisia. Pallean kiinnityskohtaan 12. rintarikamaan (vartalon keskusta, solar plexus) kiinnittyy myös 5 muuta isoa lihasta (m. transversus abdominis, m. quadratus lumborum, m. erector trunci, m. latissimus dorsi, m. iliopsoas). Hengityksen pidättäminen ja siitä johtuvat pallean lisääntynyt kireys esimerkiksi stressitilanteessa vaikuttaa suoraan myös näiden lihasten toimintaan. Leveä selkälihas (m. latissimus dorsi) pitää yllä yläselän asentoa ja tukee hartioita ja rintarankaa. Hengityksen pidättämisen yhteydessä rintakehän ja hartioiden toiminta vaikeutuu. Samalla syvä selkälihas (m. erector trunci) lisää selän ojennusta ja estää näin sekä rintakehän selänpuoleisen laajentumisen sisäänhengityksen aikana, että rintakehän kokoon painumisen uloshengityksen aikana. Selkälihasten kireys lisääntyy,

ja poikittaisen vatsalihaksen lisääntynyt kireys estää hengityksen leviämisen alas lantioon. Syvien selkälihasten ja nelikulmisen lannelihaksen (m. quadratus lumborum) lisääntynyt kireys lisäävät lannerangan notkoa, mikä estää rintakehän laajenemista selkään päin. Lanne-suoliluulihaksen (m. iliopsoas) jännittyneisyys lisää lantion kallistusta eteenpäin. Hengitys ei pääse alas lantioon ja lantion ja ristiselän liikkuvuus pienenevät. (Martin ym. 2008, 80–81.)

Hengityksen perustehtävä on hapen tuominen elimistöön ja hiilidioksidin poistaminen kehosta. Hengitys säätelee elimistön happoemästäsapainoa ja sydämen sykettä, auttaa laskimoverenvirtausta, lymfakiertoa ja ruoansulatusta, antaa tuen äänelle ja puheelle sekä auttaa ylläpitämään rangan asentoa ja joustavuutta. Hengityksen häiriintyminen voi johtua ruumiillisesta sairaudesta, mutta myös tunne-elämän vaikeuksista, sillä hengityksen avulla voidaan säädellä tunteita. Hengitystä pidättämällä tai hyperventiloimalla voidaan saada sietämättömiä tunteita pysymään poissa tietoisuudesta. Rauhallinen hengittäminen antaa tilaa tunteiden tunnistamiselle ja ilmaisulle sekä tyynyttää kehoa ja mieltä. (Martin ym. 2014, 35–37.)

Epätasapainoisen hengityksen piirteitä ovat esimerkiksi hengityksen jälkeisen tauon puuttuminen, hengityksen pidättäminen, lepo hengitystiheyden suurentuminen (normaali 10-14 krt/min), suuhengityksen vallitsevuus, apuhengityslihasten käyttö, huokaileminen, haukottelu ja rykiminen, vatsalihasten jännittäminen, ilman nieleminen ja röyhtäily. Ahdistuneilla potilailla hyperventilaatio vaihtelee usein hengityksen pidättämisen kanssa. Elimistön hyperventilaatiotila muodostuu helposti krooniseksi stressin ja ahdistuneisuuden seurauksena. (Martin ym. 2014, 57–66.)

Hyperventilaatiolla tarkoitetaan keuhkojen tuulettamista yli aineenvaihdunnallisen tarpeen. Hyperventilaatiotilan voi synnyttää tarpeettoman syvä hengitys tai keuhkojen yläosalla tapahtuva pinnallinen ja nopea hengittäminen. Hyperventilaatiotilan seurauksia ovat mm. veren hiilidioksidipitoisuuden lasku ja veren pH:n nousu, jolloin hapen irtoaminen hemoglobiinista vaikeutuu ja solujen käytettävissä olevan hapen määrä vähenee. Verenkierto heikkenee ja hermoston toiminta kiihtyy. Sekä autonomisen sympaattisen hermoston että liike- ja sensorisen hermoston toiminta kiihtyy, mistä seuraa mm. luurankolihasten supistumista (pahimmillaan lihaskramppeja) ja pistelyn ja puutumisen tunnetta iholla. Myös elektrolyyttien (kalium, magnesium,

fosfori, kalsium) toiminta häiriintyy hyperventilaation seurauksena. (Martin ym. 2014, 56–57.)

Koska hyperventilaatiotila vaikuttaa lähes koko elimistöön verenkierron ja hermoston välityksellä, oireita ja tuntemuksia on laajalti koko kehossa. Hyperventilaatiopotilailla esiintyy hyvin monenlaisia psyykkisiä ja fyysisiä oireita eri puolilla kehoa, joita voi olla vaikea tunnistaa hengityksestä johtuviksi. Ylihengittämisen oireita ovat esimerkiksi: hengästyminen, hengenahdistus, huimaus, erilaiset näköhäiriöt, pistely, puutuminen, kylmäntunne erityisesti raajoissa, lihasjäykkyys, lihasvapina, sydänoireet, suun kuivuminen, palan tunne kurkussa, nielemisvaikeudet, pahoinvoinnin tunne, ylävatsakivut, röyhtäily, ilmavaivat, suoliston spasmit, yleinen jännitys, tuskaisuus, rauhattomuus, epätodellisuuden tunne, paniikin tunne, kuoleman pelko, väsymys ja unihäiriöt. Hyperventilaatio myös heikentää elimistön immuunipuolustusta sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä ja lisää veren histamiinipitoisuutta, millä voi olla vaikutusta allergiaoireisiin. (Martin ym. 2014, 60–62.)

Kroonisen hyperventiloinnin havainnoiminen on vaikeaa, sillä jo 10 % lisäys hengityksen minuuttitilavuudessa saa tilan jatkumaan. Hengitys voi olla muuten rauhallisen oloista, mutta yksikin syvä hengitys voi ylläpitää fysiologista hyperventilaatiotilaa. Fysioterapeutti saa kuitenkin vihjeitä ylihengittämisestä havainnoimalla asiakkaan kaulan lihasten jännittymistä, solisluukuopan syvenemistä ja nenän sieraimia ympäröivien lihasten lisääntyntä työskentelyä. Nijmegenin kyselykaavakkeen käyttö, jossa hyperventilaatio-oireet pisteytetään niiden esiintyvyyden mukaan, helpottaa oireiden tunnistamista ja arviointia. (Martin ym. 2014, 57–68.)

Suomalainen psykofyysinen hengitysterapia kehittyi Turun yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian poliklinikalla työskennelleiden psykologi Päivi Lehtisen ja liikuntaterapeutti Maila Sepän monikymmenvuotisen yhteistyön ja kehittämistyön tuloksena. Menetelmän soveltaminen jatkuu nykyään hengityskouluohjaaja-koulutuksen käyneiden toimesta. Hoitoon on yhdistetty vaikutteita saksalaisesta hengitysterapiatraditiosta, psykoterapiasta, joogasta, meditaatiosta ja mindfulnessista. Mukana ovat vahvasti myös tunteiden ja vuorovaikutuksen käsittely hengityksen säätelyssä. (Martin, Seppä, Lehtinen & Törö 2014, 16–17.)

Psykofyysisen hengitysterapian päämääränä on auttaa potilasta oppimaan parempia tapoja hengittää sekä löytämään apukeinoja akuutin ahdistuksen lievittämiseksi. Tavoitteena on, että potilas oppii tunnistamaan, sanallistamaan ja työstämään jännitteitä ja ahdistusta sekä vahvistamaan itseluottamusta ja kokemusta itsestään. (Martin ym. 2014, 18.)

Hengitysterapiassa ohjaaja houkuttelee itsehavainnointiin ja mielikuvien käyttöön. Tullessaan tietoisiksi hengityksen muutoksista potilas voi saada yhteyden hengitysmuutoksen aikaansaaneisiin tunteisiin ja ajatuksiin, jolloin niiden psyykinen työstäminen tulee mahdolliseksi. Tämä johtaa ruumiillisen reagoinnin vähenemiseen ja tasapainoisempaan hengitykseen. Hengitysterapiassa tärkeinä pidettyjä käsitteitä ovat mielensisäinen hengitys, saa olla vain -kokemus, ”aina voi kuitenkin hengittää” -ajattelu, hellittäminen, keholle antautuminen, kannateltavana oleminen ja luottaminen elämän kantaviin voimiin. Näihin päästään käsiksi olemisen ja tekemisen rytmin, liikkeen, hengityksen, äänen ja voiman käytön harjoittamisella ja tiedostamisella. (Martin ym. 2014, 22–23.) Alla olevassa taulukossa on esitetty tiivistetysti ja mukailen psykofyysisessä hengitysterapiassa tärkeinä pidettyjä periaatteita.

Taulukko 1. Hengitysterapian periaatteita (Martin ym. 2014, 37-47)

| Periaate | Tarkennus |
|---------------------|---|
| Itsemääräämisoikeus | Potilaille ei opeteta ”oikeaa” hengitystekniikkaa, vaan heitä autetaan löytämään itselle edullisempia tapoja hengittää. |
| Havainnointi | Hengitystä ei pyritä kontrolloimaan, vaan hengitystä havainnoidaan ja annetaan sen virrata. |
| Mielikuvien käyttö | Mielikuvien käyttö auttaa sujuvan hengityksen löytämisessä paremmin kuin huomion suuntaaminen palleaan tai muihin hengitystyöhön osallistuviin lihaksiin tai kehon anatomisiin osiin. |
| Nenähengitys | Nenän kautta hengittäminen on elimistön kan- |

| | |
|--------------------------|--|
| | nalta edullisempaa kuin suuhengitys, koska se aktivoi palleahengitystä, lämmittää ja suodattaa ilmaa viruksista, bakteereista ja pienhiukkasista, pienentää riskiä ylihengittämiseen ja vähentää nenän tukkoisuutta. |
| Hengityksen tauotus | Huomiota kiinnitetään uloshengityksen jälkeiseen taukoon, mutta ei sisäänhengityksen jälkeiseen taukoon, koska se saattaa provosoida haitallista lihasjännitystä entisestään. |
| Rauhallinen uloshengitys | Rauhallisessa olotilassa uloshengitys on pidempi kuin sisäänhengitys. Monilla ihmisillä on pulmia nimenomaan uloshengityksessä, mikä johtuu muun muassa hengitysilihasten jännittämisestä. |
| Asiakas määrää tahdin | Lihaskäynnin kanssa edetään asiakkaan omassa tahdissa. Lihaksiin rakentunut jännitys voi olla asiakkaalle tarpeellinen psyykinen suoja. |

Saksalaisessa hengitysterapeuteille tehdyssä kyselytutkimuksessa todettiin, että hengitysterapia vaikuttaa olevan erityisen hyödyllistä kroonisista alaselkävivusta kärsiville potilaille ja alustavat tulokset viittaavat siihen, että hengitysterapian tehokkuus perustuu parantuneeseen proprioseptiikkaan eli liike- ja asentotuntoon, joka on useissa aikaisemmissa tutkimuksissa todettu selkäkipupotilaille heikentyneeksi (Mehling 2001). Neljä vuotta myöhemmin julkaistussa satunnaistetussa kontrollitutkimuksessa (N=36) todetaan, että hengitysterapiaa saaneiden kroonisten alaselkävivutalaiden tulokset (kivun vähentyminen ja toimintakyvyn parantuminen) olivat 2 ja 6 kuukauden seurantajaksoilla täysin vertailukelpoisia perinteistä korkealaatuista fysioterapiaa saaneeseen verrokkiryhmään nähden. Hengitysterapia todettiin turvalliseksi terapia-muodoksi ja lisäksi potilaat kokivat oppineensa uusia selviytymiskeinoja sekä saa-

vuttaneensa paremman ymmärryksen stressin vaikutuksista kehoon (Mehling, Hamel, Acree & Hecht 2005).

5.4 Kosketus ja hieronta

Kosketukseen perustuvia, rauhoittaviksi tarkoitettuja menetelmiä on käytetty tuhansia vuosia monissa kulttuureissa (Uvnäs 2007, 134–135). Fysioterapiassakin kosketus on ammatillisen osaamisen keskeinen osa-alue. Kosketus on aistillinen kokemus ja fysioterapeutin osaamiseen kuuluu, että hän kykenee hallitsemaan tätä aistillisuutta niin, ettei soveliaisuuden rajoja rikota. Fysioterapiassa erilaisia terapeuttisen kosketuksen muotoja käytetään esimerkiksi liikkumisen avustamisessa, mobilisaatiossa ja hieronnassa. (Nicholls & Holmes 2012.)

Kosketuksen avulla syntyy yhteys itsen ja ulkomaailman välille. Kosketus viestittää välittämistä, pitämistä, inhimillisyyttä ja huolenpitoa ja samalla lisää turvallisuutta sekä luottamusta. Kosketus voi olla konkreettista tai abstraktia. Konkreettinen kosketus voi tapahtua suoraan iholta iholle tai jonkin välineen (esimerkiksi pallo) avustuksella. Abstrakti kosketus on eräänlaista psyykkistä koskettamista, johon voi liittyä esimerkiksi kokemus läheisyydestä, kuulluksi tulemisesta, hyväksytyksi tulemisesta, lohdun saamisesta tai myönteisistä odotuksista. Hieronnan avulla kuntoutuja voi oppia tunnistamaan lihastensa jännittyneisyyden ja rentoutuneisuuden sekä auttaa kuntoutujaa tunnistamaan kehonsa rajat paremmin. Monet kehotietoisuusmenetelmät sisältävät erilaista hierontaa ja kosketusta. (Herrala ym. 2008, 72–73; Talvitie 2006, 280–281.)

Lempeän, ei-muokkaavan kosketuksen voima voi olla hämmästyttävän suuri (Nicholls & Holmes 2012). Kun lihaksia rentoutetaan sivelyhieronnalla, oksitosiinin erityis aivolisäkkeestä kasvaa. Oksitosiini vaimentaa stressihormoneja tuottavien aivoalueiden toimintaa, nostaa kipukynnystä, lievittää ahdistusta ja aktivoi aivojen omien opioidien eritystä sekä serotoniinijärjestelmää. (Herrala ym. 2008, 172.) On pystytty osoittamaan, että hieronnalla on ahdistusta lievittävä, rauhoittava ja rentouttava vaikutus sekä lapsiin että aikuisiin. Myös kortisolitasojen on osoitettu laskevan hieronnan seurauksena. (Uvnäs 2007, 134–135.)

5.5 Fyysinen aktiivisuus

Liikuntaa pidetään hyvinvoinnin ja terveyden kulmakivenä. Fyysisen kunnan lisäksi liikunta parantaa mielialaa, rentouttaa ja edistää mielenterveyttä. Se vähentää ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja stressaantuneisuutta. Liikunta tukee hallinnan kokemusta ja huomion siirtämistä pois arkisista huolista. Ihmiset kokevat liikunnan merkityksen elämässään eri tavoin ja siksi on tärkeää, että ihminen saa löytää oman tapansa liikkua. (Martin 2016, 148–149; Talvitie 2006, 281.)

Liikunnan on todettu edistävän psyykkistä hyvinvointia, jos se on vapaaehtoista, haastavaa, kohtuullisen tehokasta, sopivasti kuormittavaa ja se tuottaa myönteisiä elämyksiä. Eri-ikäisille ihmisille liikunta merkitsee erilaisia asioista ja myös motivaatio liikkua muuttuu iän myötä. Psykofyysisessä fysioterapiassa pyritään ohjaamaan kuntoutuja omaehtoiseen, elämänhallinnan tunnetta parantavaan liikuntaan. (Talvitie 2006, 281.)

Liikunta on tehokas stressinpurkukeino. Se vaikuttaa laaja-alaisesti ja nopeasti sekä mieleen että ruumiiseen. Liiallinen liikkuminen voi kuitenkin kääntyä itseään vastaan ja liikunta voi muuttua tekijäksi, joka ylläpitää elimistön stressitilaa. Liikuntasuositusten noudattaminen ei aina ole helppoa stressaantuneille, sillä herkästi ylihengittäville fyysinen rasitus voi olla vastenmielistä epätasapainoiseen hengitykseen liittyvien oireiden lisääntymisen takia. Ylihengitys liikkussa lisää lihasjännitystä, jolloin kunto ei kasva, koska lepo- ja palautumisvaihe jäävät puutteellisiksi. Urheilulääketieteessäkin suositellun nenähengityksen oppiminen voi edistää suorituskykyä ja terveyttä sen palleaa aktivoivan vaikutuksen ansiosta. Hengittämällä rauhallisesti nenän kautta ylihengittämisen vaaraa voidaan pienentää. (Martin 2016, 151.)

Monissa lajeissa voi havaita liikunnan ja hengityksen välisen yhteyden olemassaolon. Lajin kannalta voi olla oleellista löytää hengityksen ja liikkeen välille sopiva rytmi. Liikunta voi myös tarjota hyvän tilaisuuden havainnoida ja kuunnella omaa hengitystapaa. Hengitys voi auttaa keskittymään ennen vaativaa suoritusta, keräämään tarvittavat lihasvoimat ennen suurta ponnistusta, rauhoittamaan oloa tarkkuutta vaativissa tehtävissä sekä antaa voimaa iskuihin ja potkuihin. (Martin 2016, 148–153.)

Luontevin tapa pysähtyä itsensä tiedostamisen äärelle on hidas liike. Hitaat ja hengittävät liikkeet parantavat liikkujan kykyä ymmärtää itseään ja kehoaan. Hengittävä liike on pyöreää ja dynaamista ja se ulottuu virtaavana liikkeen rajojen yli. Oleellista on lupa ja vapaus hengittää omalla rytmillä ja tavalla. Liikuntaan voi yhdistää hengityksen tutkimisen lisäksi myös tietoisuustaitojen harjoittamisen. Olemassa olevista liikuntamuodoista tähän soveltuvat esimerkiksi pilates, asahi, tai chi ja jooga. (Martin 2016, 141-144.)

5.6 Rentoutuminen

Muissa kulttuureissa rauhallisuuden tilaa on perinteisesti pidetty tavoittelemisen arvoisena (Uvnäs 2007, 18.). Useissa itämaisissa opeissa ja uskonnoissa, kuten esimerkiksi buddhalaisuudessa, mielen, hengen ja ruumiin tasapainoa on kautta aikojen haettu kokonaisvaltaisten oppien pohjalta. Länsimaissakin on jo 1700-luvulla tehty koekteita, joissa on todettu ihmisten paranevan sairauksista, kun kehoon ja mieleen vaikutetaan samanaikaisesti. Samasta asiasta kertovat myös placebo- eli lumevaikutuksesta tehdyt tutkimukset, joissa on havaittu, että placebo toimii tehokkaana kivunlievittäjänä ahdistuneisuuteen taipuvaisilla potilailla. (Kataja 2003, 10–11.)

Keskenään erilaisilla kehoon ja mieleen vaikuttavilla tekniikoilla, kuten esimerkiksi liikunnalla, akupunktiolla, hieronnalla, rentoutumisella ja hengellisyydellä on tiettyjä samankaltaisuuksia, sillä ne kaikki aktivoivat kehon omaa rauhoittumisjärjestelmää ja vapauttavat kehon omia mielihyvähormoneja, kuten oksitosiinia. Paranemista rauhoittumisen kautta voidaan siis stimuloida hyvin monella tavalla ja ilman lääkkeitä tai monimutkaista teknologiaa. (Uvnäs 2007, 19, 33.)

Rentoutumisen hallitsevilla ihmisillä on taito levätä ja kerätä energiaa, kun siihen on mahdollisuus, ja työskennellä tehokkaasti, kun on työn aika. Rentoutuminen on kehon omien, tasapainottavien ja terveyttä säilyttävien reaktioiden elvyttämistä ja vahvistamista, mikä johtaa mielen ja ruumiin tasapainoon. Liikunta eri muodoissa on monelle tärkeä tapa purkaa päivän paineita, mutta myös taide, luovuus ja oman ilmaisuvoiman käyttö edistävät rentoutuneeseen olotilaan pääsemistä. Rentoutumisen välittömiä psyykkisiä seurauksia ovat mielihyvän tunne, mielialan rauhoittuminen,

virkeytyminen, keskittyneisyyden tunne, myönteinen asennoituminen, tasapainoisuuden tunne ja jännittyneisyyden lieveneminen. Fyysisiä seurauksia taas ovat jännityksen lieveneminen, lihasten rentoutuminen, hengityksen tasaantuminen, pallean rentoutuminen, verenkierron vilkastuminen, lämmön tunteen kokeminen ja kivun lievittyminen. (Herrala ym. 2008, 169–176.)

Rentoutuminen on ahdistuneisuuden vastakohta. Se on kokonaisvaltainen, sekä psyykkinen että fyysinen tapahtuma. Rentoutumisen aikana ihmisen elimistössä tapahtuu monia asioita samanaikaisesti riippuen käytettävästä rentoutustekniikasta. Aktiivisissa menetelmissä (esimerkiksi jännitys-rentous -menetelmä, pehmytkudoskäsittelyt tai erilaiset liikuntamuodot) vaikutus tulee pääosin lihaksiston välityksellä, kun taas rauhoittumis- ja suggestiomenetelmissä (esimerkiksi hengitys-, keskittymis- ja mielikuvaharjoitukset) vaikutus tulee pääosin psyykkisten mekanismien välityksellä. Hengitys on kaikissa rentoutusmenetelmissä keskeisessä roolissa. On hyvä muistaa, että aivoissa sisään- ja uloshengitystä säätelevät eri keskukset, joten myös suggestiokäskyt sisään- ja uloshengityksen aikana ovat erilaiset. Sisäänhengitys koetaan usein lataavana ja virkistävänä, kun taas uloshengitys vapauttavana ja syventävänä. (Kataja 2003, 56; 172.)

Katajan (2003, 35–45) mukaan rentoutumisella on monia hyvinvointia edistäviä tekijöitä sekä yksilön että hänen lähipiirinsä kannalta. Näitä tekijöitä on esitetty alla olevassa taulukossa.

Taulukko 2. Rentoutumisen hyvinvointia edistävät tekijät (Kataja 2003, 35–45)

| Rentoutumisen edut | Selitys |
|---------------------------|---|
| Stressinhallinta | Rentoutuessa aktivoituu parasympaattinen hermosto, joka säätelee muun muassa mielialahormonien tuotantoa. |
| Luovuus | Aivojen sähköinen taajuus laskee, mikä antaa tilaa uusille ajatuksille, mielikuville ja ratkaisuille. |

| | |
|----------------------|--|
| (Mielikuva)oppiminen | Mielikuvien ja kuvitelmien on todettu muuttavan autonomisen hermoston toimintaa lähes yhtä paljon kuin tositilanteet. Mielikuvaoppimista voidaan tehostaa rentoutuksen avulla. |
| Palautuminen | Rentoutuessa fyysisen palautumisen nopeutuu ja lihasten kestojännitys purkautuu, kun verenkierto vilkastuu lihaksissa ja lihastonus alenee. |
| Keskittymiskyky | Rentoutuminen vaatii keskittymistä yhteen asiaan kerrallaan. |
| Itsehoito | Rentoutumistaitojen avulla on mahdollista hallita paremmin somaattisia oireita ja kipua. |
| Itseymmärrys | Rentoutuneessa tilassa ihminen pystyy analysoimaan omia käyttäytymismallejaan ja sitä kautta kehittää itsetuntemustaan. |
| Lepo | Rentoutumisesta on hyötyä kiihtyneen hengityksen tasaamisessa, univajeen paikkaamisessa ja voimien keräämisessä. |
| Voimavarat | Rentoutuneessa tilassa ihminen pystyy paremmin jäsentämään tavoitteitaan suhteessa omiin voimavaroihin. |

Aktiivisista rentoutusmenetelmistä tunnetuin lienee Edmund Jakobssonin kehittämä menetelmä, joka perustuu lihasten jännittämiseen ja jännityksen laukaisemiseen. Näin voidaan oppia tunnistamaan jännittyneen ja rennon lihaksen ero. Suggestiome-

netelmistä käytetyin on Schulzin menetelmä, jossa ”puhutellaan” päälihasryhmät rennoiksi ja opetellaan aistimaan lihaksissa painon, lämmön ja rentoutumisen tuntoja. Suggestiomenetelmiin luetaan myös erilaiset meditaatio- eli keskittymisharjoitukset, mielikuvarentoutukset sekä syvärentoutukset. Rentoutumisharjoitukset kannattaa usein aloittaa aktiivisista menetelmistä ja siirtyä vähitellen mielikuvapohjaisiin harjoitteisiin. Rentoutumisäänite voi olla hyödyllinen apuväline harjoittelun alkuvaiheessa. (Kataja 2003, 52–53, 110–122.)

Rentoutuminen on taito, joka tulee oppia ja jota tulee aktiivisesti harjoitella. Rentoutumista voi oppia vain kokemuksen ja harjoittelun kautta. Rentoutumistilan saavuttamisen tärkein edellytys on keskittyneisyyden olotila. Tietoisien huomion siirtymisen lyhyeksikin hetkeksi syrjään avaa tien mielen rentoutumiselle. Rentoutumisessa tulee kiinnittää huomiota rentoutusasentoon (mukava istuma-asento vs. makuuasento), riittävään lämpötilaan ja vetoisuuden minimointiin sekä ympäristön ääni- ja valoärsykkeisiin. Hämärän valaistuksen on todettu edistävän rentoutumista. Tärkein sisäinen edellytys rentoutumiselle on ihmisen oma motivaatio ja suhtautuminen rentoutumiseen. Motivaatiota voidaan lisätä oikean tiedon jakamisella ja hyvillä ulkoisilla tekijöillä. Ohjaajan käytöksen tulee olla sensitiivistä, rauhallista ja suhtautuminen asiakkaaseen sallivaa. Rentoutus on aina hyvä aloittaa yksinkertaisilla kiistämättömillä toteamuksilla, kuten: ”istut tuolissa”, ”tänään on perjantai ja olet...”, ”hengitys kulkee” jne. Näillä yksinkertaisilla ohjaavilla toteamuksilla eli suggestioilla on rentoutumista edistävä vaikutus. (Kataja 2003, 33–35, 124.)

Katajan (2003, 133) mukaan rentoutumisen harjoittelussa on hyvä edetä seuraavalla tavalla:

- aloitus yksinkertaisilla keskittymisharjoituksilla
- jatkaminen hengitysharjoituksilla
- lihasrentoutuksen opettelu
- jatkaminen suggestiorentoutumisella
- mielikuvarentoutuminen käyttöön
- eri harjoitusten yhdisteleminen
- mentaaliharjoitukset.

Mitä useammin rentoutusharjoituksia tehdään, sitä parempi vaikutus niillä on ja sitä tehokkaampaa rentoutumisen oppiminen on. Harjoituksen kestoksi riittää 15 minuuttia, mutta pidempiäkin harjoituksia voi tehdä rentoutusharjoitusmuodosta riippuen. Rentoutumisharjoitus jaksetaan aina kolmeen osaan: alku- eli syventämisvaiheeseen, keski- eli työskentelyvaiheeseen ja loppu- eli herätys ja virkistymisvaiheeseen. (Kataja 2003, 132; 143.)

5.7 Mindfulness

Mindfulness-meditaatio (suomennettuna hyväksyvä tietoinen läsnäolo) kuuluu suggestiorentoutumisen piiriin. Amerikkalainen kipuklinikalla työskennellyt professori Jon Kabat-Zinn kehitti 1970-luvulla Mindfulness-Based Stress Reduction -terapiamenetelmän (MBSR), mikä toi menetelmän laajemman yleisön tietoisuuteen. Kyseessä on tutkittu itsehoitomenetelmä, jonka sertifiointi on meneillään Yhdysvalloissa ja Euroopassa. Menetelmän perusta on aasialaisessa buddhalaisessa perinteessä. Menetelmän hyödyntäminen on laajentunut kroonisten kipupotilaiden hoidosta myös työelämän ja urheiluvalmennuksen puolelle. MBSR-menetelmällä hoidetaan nykyisin laajaa joukkoa erilaisia kehollisia ja psyykkisiä vaivoja, kuten masennusta, työstressiä, uupumusta ja erilaisia kiputiloja. Sitä hyödyntävät psykiatrit, terapeutit ja kivunhoitoon erikoistuneet lääkärit. (Pennanen 2014, 96–99.)

Hyväksyvä tietoinen läsnäolo on olemisen tila, jossa kehon tuntemukset, eri tunteet ja ajatukset nähdään jatkuvasti muuttuvina. Hyväksyminen tarkoittaa sitä, että toteamme tunteen tai ajatuksen olevan sellainen kuinka sen koemme ja aistimme kehossa. Hyväksyminen tarkoittaa myös pyrkimystä kehittää ystävällisyyttä ja uteliaisuutta niin negatiivisia kuin positiivisia tuntemuksia kohtaan. (Pennanen 2014, 96–99.)

Kabat-Zinnin (2012, 22) kehittämä kahdeksan viikkoa kestävä stressi- ja rentoutusohjelma perustuu tarkkaan ja järjestelmälliseen hyväksyvän, tietoisien läsnäolon harjoittamiseen, jossa harjoitteita tehdään joka päivä 45 minuutin ajan. Harjoituksissa huomio kiinnitetään tarkoituksella asioihin, joihin normaalisti ei tuhlata energiaa (esim. hengitys, eri kehonosat, ajatukset). Hyväksyvä läsnäolo tarjoaa keinon saada

elämään uudenlaista hallintaa ja viisautta, jotka pohjautuvat kykyyn rentoutua ja saada sisäisiä oivalluksia, keskittää huomio ja pysyä tietoisena. Harjoitteita tehdään paikallaan istuen ja maaten sekä kävelyn ja aktiivisen liikkeen, kuten joogan aikana.

5.8 Voimavarat, itsetuntemus ja motivaatio

Jokaisella ihmisellä on käytössään monenlaisia voimavaroja eli resursseja. Ne voivat olla laadultaan:

- ulkoisia (läheisten tuki, asema yhteiskunnassa) tai sisäisiä (terveys, toimintakyky, osaaminen)
- aineellisia (mahdollisuus ostaa esimerkiksi palveluita) tai henkisiä (arvot, asenteet, motivaatio)
- tiedostettuja tai tiedostamattomia.

Voimavarat karttuvat elämän aikana: niitä voi löytää lisää ja aikaa myöden niiden käyttö monipuolistuu ja muuttuu joustavammaksi. Voimavarojen käyttöönsaamisen ytimenä on yksilön tapa suhtautua itseensä, maailmaan ja toisiin ihmisiin. Selkeä minäkuva on henkisen hyvinvoinnin perusedellytyksiä. Kun tuntee itsensä ja toimii omien voimavarojensa rajoissa, voi tuntea aitoa iloa ja innostuneisuutta toimistaan ja tehtävistään. Omien vahvuuksien ja heikkouksien tunnistaminen vahvistaa itsetuntemusta ja selviytymistä sekä auttaa tuntemaan myös muita ihmisiä paremmin. Lisäämällä itsetuntemustaan voi lisätä omaa jaksamistaan tunnistamalla omat rajansa, lopettamalla vertaamisen muihin ja olemalla oma itsensä. Aidot tunnelmaisut ja kokemukset ovat ihmisen vaikuttavimpia ja tärkeimpiä voimavaroja. Sen sijaan toisten odotuksiin vastaaminen ja omista elämyksistä vieraantuminen on henkisesti raskasta (Herrala ym. 2008, 144–146.)

Voimaantuminen kuvaa sellaista prosessia, jossa ihminen saavuttaa sisäisen voimaantumisen (empowerment) eli oppii hyödyntämään omia voimavarojaan. Voimaantuminen on yhteydessä 1) toimintaympäristön mahdollistaviin näkökohtiin, kuten valinnanvapauteen, ilmapiiriin, arvostukseen ja turvallisuuteen, 2) henkilökohtaiseen ja ympäristön hyvinvointiin sekä 3) minän vahvistumiseen. Voimaantumiseen kuuluu pyrkimys opetella itsensä ja toimintansa kontrollia ja hallintaa. Onnistuneen voi-

maantumisen kautta ihminen kehittyy itsenäiseksi ja riippumattomaksi. (Herrala ym. 2008, 151–152.)

Kokonaisvaltaisissa hoitomuodoissa terapian tavoitteena on löytää perimmäinen syy kivulle sekä vahvistaa kivusta kärsivän omia voimavaroja. Kokonaisvaltaiset hoitomuodot koetaan yleensä koululääketiedettä täydentäviksi. Asiakkaan aktiivinen kuuntelu voi olla monelle tärkeä syy hoitoihin turvautumisessa. Erilaiset hoitomuodot eivät sulje toisiaan pois, vaan usein kivusta kärsivä turvautuu monenlaisiin hoitomuotoihin. Erilaisissa kiputiloissa on aktiivinen helpottavien ja pahentavien tekijöiden etsiminen tehtävä usein itse. Tärkeimpiä kipua ennaltaehkäiseviä tekijöitä ovat mielen, työn, liikunnan, levon ja ravinnon tasapainottaminen. (Lampinen & Haapio 2000, 228–242.)

Kuntoutukseen liittyvissä motivaatiotutkimuksissa on todettu, että kuntoutujan omat uskomukset terveydestään ja paranemisestaan ennustavat kuntoutuksen tuloksellisuutta ja sitoutumista hoitoon. Kuntoutujan motivaatioon vaikuttavat sekä hänen sosiaalinen verkostonsa, että hänen kykynsä käyttää henkilökohtaisia resursseja eli voimavaroja hyväkseen. Motivoituminen edellyttää, että aiotulla toiminnalla on merkitys, ja että toiminta koetaan tärkeäksi, arvokkaaksi ja hyväksi. Toiminnan tulee sopia kuntoutujan elämän kokonaisuuteen. (Monsen 1992, 9-10; Talvitie ym. 2006, 85–86; 267.)

6 KROONINEN KIPU

6.1 Kipu ja kivun tunteen aistiminen

Kipu voidaan kuvata epämiellyttäväksi aistimukseksi ja tunnepitoiseksi kokemukseksi, joka liittyy todelliseen tai mahdolliseen kudosaivaurioon. Kipu pitää sisälleen fyysisen osatekijän eli pelkistetyimmillään pääte-elimen herkistymisen kemiallisille muutoksille, sekä mielen sisäisen prosessoinnin eli tulkinnan näiden muutosten uhkaavuudesta. Kokemus on ihmiselle todellinen riippumatta siitä, liittyykö tapahtumaan todellista vaaratekijää. Akuutti kipu viestii mahdollisesta kudosaivuriosta ja

kestää rajatun ajan, kun taas krooninen kipu on pitkäkestoisia ja löydökset kudostasolla vähäisiä tai ei-havaittavia. Akuutti kipu reagoi kroonista kipua suotuisemmin perinteisille lääketieteellisille hoitomuodoille ja hoitovaste lääkitykselle on yleensä hyvä. Kroonisen kivun taustalta voi löytyä monisäikeinen tapahtumaketju, joka tekee kivun hoidosta ja siihen sopeutumisesta haasteellista. Varsin usein krooniselle kivulle ei löydy yksiselitteistä syytä. (Miranda 2016, 10; Roberts & Crowell 2014, 105–106.)

Kipukokemus voidaan nykyään todentaa objektiivisesti. Aivojen toiminnallisilla magneettikuvauksilla pystytään näkemään kipukokemukseen osallistuvat aivoalueet ja mittaamaan niiden toimintaa reaaliajassa. Kipua kokevan ihmisen magneettikuvissa voidaan nähdä aivojen kipua aistivien alueiden aktivoituminen, jolloin näiden alueiden sähköinen toiminta lisääntyy ja verenkierto vilkastuu. Kipukokemus syntyy aivoissa, oli kyse sitten akuutista tai kroonisesta kivusta. Kivun reitti on seuraava: 1) Kipuärsyksen kokeminen jossakin kehonosassa 2) Ärsyksen aiheuttama tuntemus siirtyy iholta reseptoreiden ja hermosäikeiden välityksellä sähköisenä signaalina aivokuorelle 3) Aivoissa tuntemus muokataan ja tulkitaan, ja sille annetaan nopeasti merkitys. Se millaisen merkityksen ja tulkinnan aivomme antavat kivulle riippuu aikaisemmista kokemuksistamme. Mitä vaarallisemmaksi uhaksi kivun koemme, sitä voimakkaampi on itse kivun tuntemus. (Miranda 2016, 18–23.)

Ajatuksilla, asenteilla ja tunteilla on valtava merkitys kivun kokemisessa. Ajatteluun vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, kulttuuri ja henkilökohtainen elämänhistoria. Negatiiviselta puolelta merkittävin kipuun vaikuttava tunne on pelko. Hallitsemattomat pelot muuttavat kivun kärsimykseksi. Kärsimyksen voidaan katsoa olevan seurausta siitä tulkinnasta, joka annetaan kivun kokemukselle. Kipu ja kärsimys eivät siis aina ole keskenään synonyymejä. Modernin kivunhoidon keskeisimpiä asioita on tiedostamattomien pelkojen tunnistaminen ja hallinta. (Miranda 2016, 13–15; Roberts & Crowell 2014, 105–106.)

Tapio Ojalan kroonista kipua käsittelevässä väitöskirjassa todetaan, että krooninen kipu on monitahoinen sairaus, jonka hallintaan tarvitaan monialaista kuntoutusta. Psykososiaalisten oireiden alkuperä saattaa piillä niissä reaktioissa, jotka perustuvat yksilökohtaiseen merkityksenantoon krooniselle kivulle. Kuntoutuksen fokus tulisi

olla tämän merkityksenannon tarkistamisessa eli kivun merkityksen muuttamisessa, jottei kipu veisi pois kaikkea positiivista henkilön elämästä. (Ojala 2015.) Martinin ym. (2014, 97–98) mukaan varhaisessa vuorovaikutuksessa syntynyt kyky itsemyötätuntoon on keskeistä kipukokemuksen säätelyssä ja itsensä rauhoittelussa.

6.2 Yleistä kroonisesta kivusta

Pitkäkestoisella eli kroonisella kivulla tarkoitetaan yli 3 kuukautta kestänyttä kipua. Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan 35 % aikuisista oli kokenut vähintään 3 kuukautta kestänyttä kipua; päivittäisen kroonisen kivun esiintyvyys oli 14 %. Kroonisista kivuista suurin osa johtuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista. Neuropaattisen kivun esiintyvyydeksi on arvioitu 6–8 %. Suomessa kivun on todettu liittyvän noin 40 % terveyskeskuslääkärikäynneistä. Kivun aiheuttamista kokonaiskustannuksista selkeästi suurimman osan muodostavat epäsuorat kustannukset, kuten työpoissaolot ja toimintakyvyn heikkeneminen. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Krooninen kipu on merkittävä terveydellinen ongelma, joka koskettaa yksilöä ja yhteiskuntaa laaja-alaisesti. Se on yhteydessä lukuisiin liitännäissairauksiin ja yksilön elämänlaadullisiin tekijöihin kuten työkyvyn heikkenemiseen. Krooninen kipu aiheuttaa yksilölle ja yhteiskunnalle myös merkittäviä suoria ja epäsuoria kustannuksia. Maailmanlaajuisesti arviolta 1,5 miljardia ihmistä kärsii kroonisesta kivusta ja 3–4,5 prosenttia maailman kansalaisesta kärsii neuropaattisesta kivusta, jota on erityisen haastava hoitaa. Krooninen kipu koskettaa naisia useammin kuin miehiä, mikä saattaa anatomisten ja hormonaalisten tekijöiden lisäksi johtua erilaisesta psyykkisestä tavasta käsitellä kipua. (Roberts & Crowell 2014, 104–106.)

Krooninen kipu voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin: 1) nosiseptiseen eli kudonsvauriokipuun, 2) neuropaattiseen eli hermovauriokipuun ja 3) krooniseen kipuoireyhtymään, jossa kivun tarkkaa aiheuttajaa ei tiedetä. Perinteiset lääketieteelliset hoitomuodot eivät useinkaan ole riittävän tehokkaita erityisesti neuropaattisen kivun ja kipuoireyhtymän hoidossa. Neuropaattisessa kivussa hermoston muutosten seurauksena tuntoaisti ei toimi normaalisti, vaan aiemmin kivuton ärsyke, kuten kosketus, tai ei-ärsykettä ollenkaan voi aiheuttaa voimakkaan kiputunteuksen. Kipu jää ikään

kuin päälle, jolloin puhutaan sentraalisesta eli aivojen ja keskushermoston ylläpitämästä kivusta. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015; Roberts & Crowell 2014, 106–107.)

Sentraalisesta kipuongelmasta kertovat muun muassa potilaan runsaat kipuoireet, jotka saattavat vaihtaa paikkaa kehossa. Kipujen pahenemisen ennustaminen on vaikeaa, levon parantava vaikutus on vähentynyt ja kivut ovat usein kehittyneet pidemmän ajanjakson aikana. Sentraalisesta kivusta kertovat lisäksi jo nuorena alkaneet kipuoireet, väsymys, muistamisen ja keskittymisen ongelmat, uniongelmat, mielialaongelmat sekä herkkyys erilaisille ärsykkeille. (Miranda 2016, 45.)

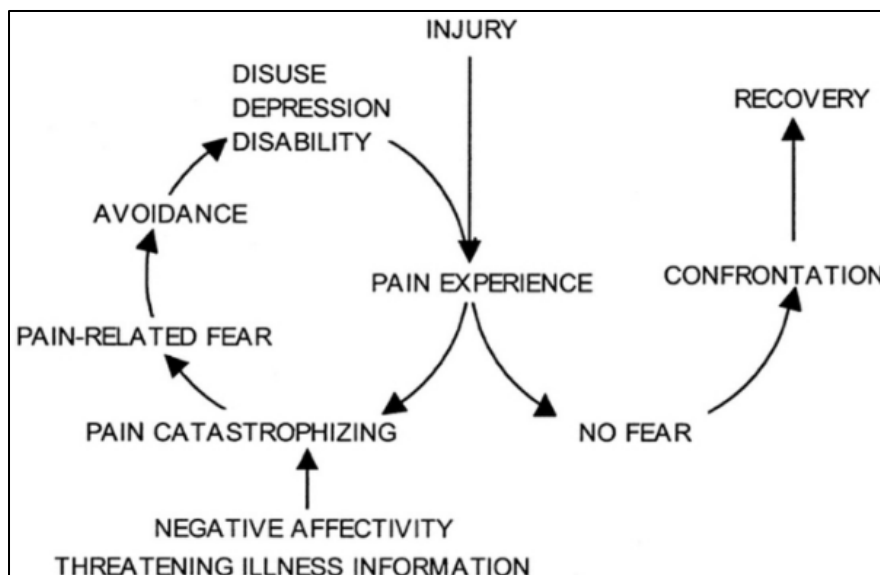
6.3 Kivun kroonistuminen

Keskushermostossa, jonka muodostavat aivot ja selkäydin, on monimutkainen kivunsäätelyjärjestelmä. Kehon eri osat lähettävät keskushermostoon jatkuvasti viestejä erilaisista tuntemuksista, mutta vain osa näistä yltää aivojen tietoisuuteen, sillä yli 70 prosenttia viesteistä pysähtyy jo selkäytimen tasolle. Signaaleja torjuvat niin sanotut laskevat radat (radat aivojen kuorikerrokselta selkäytimen takaosiin), sekä kipusignaalin kulkua vaimentavat hermoston välittäjäaineet (neurotransmitterit). Myös aivojen tuottamat tehokkaat kipulääkkeet, morfiininkaltaiset aineet kuten endorfiini, ovat keskeisessä roolissa estäessään kipusignaalin pääsyä tietoisuuteen. (Miranda 2016, 28–29.)

Kun kivunsäätelyjärjestelmään tulee häiriö, se alkaa päästää läpi viattomiakin signaaleja, jotka aletaan virheellisesti tulkita kivuksi. Kivun jatkuessa pitkään, aivokuoren tuntoalueet alkavat muovautua ja aivojen harmaan aineen määrä vähentyä. Mitä vähemmän aivoissa on harmaata ainetta, sitä voimakkaampana kipu koetaan. Nämä muutokset alkavat jo jopa 3 kuukauden kipujakson jälkeen. Ahdistuneisuus ja masennus heikentävät entisestään keskushermoston suojamuuria ja huonontavat laskevien hermoratojen toimintaa, jolloin kivunsietokyky heikkenee. Nämä ovat usein tilapäisiä häiriöitä, jotka korjaantuvat kipua, ahdistusta ja masennusta hoidettaessa. Nykytiedon mukaan mikä tahansa tavallinen kipuoire saattaa kuitenkin kroonistua ja herkistää keskushermoston kipuradat. Pysyviä kivunsäätelyjärjestelmän häiriöitä on

todettu erityisesti selkäkipua, päänsärkyä, nivelrikkoa, nivelreumaa, ärtynyt suoli-
-oireyhtymää ja fibromyalgiaa sairastavilla. Nykytiedon mukaan kipuperkkyys voi
olla periytyvä ominaisuus, vaikkei selkeitä kipugeenejä olekaan vielä löydetty. (Mi-
randa 2016, 10–11; 29–30.)

Vlaeyen ja Linton (2000) ovat kuvanneet kivun kroonistumisen prosessia kuviossa 1
esitetyllä tavalla. Akuutti kipukokemus voi kivun katastrofisoinnin myötä johtaa pel-
kovälttämiskäyttäytymiseen, mikä taas johtaa varovaisuuteen, masennukseen ja toi-
mintakyvyttömyyteen, joista aiheutuu kipukokemuksen pitkittyminen. Jos kipuun ei
liity pelkoa, seuraa tästä puolestaan kivun kohtaaminen ja parantuminen.



Kuvio 1. Kivun kroonistuminen (Vlaeyen & Linton 2000)

Pelkovälttämiskäyttäytyminen ja kivulta suojautuminen saavat aikaan epätarkoituksenmukaista lihasten jännittämistä ja hengityksen vaikeutumista, mistä seuraa kivun lisääntymistä. Harjoituksissa ei olekaan aina tarvetta puuttua itse kipuun, vaan sen aiheuttaman stressin käsittelyyn ja lieventämiseen. Tavoitteena on vahvistaa kipupotilaan tietoisuutta itsestä sekä lisätä vaikutusmahdollisuuksia omaan olotilaan. Harjoitteissa edetään hengityksen tarkkailusta, lihasjännitysten havainnointiin ja tunnistamiseen, jonka jälkeen itsensä kuuntelua laajennetaan eri puolille kehoa. Ensisijainen tavoite on taito aistia kehon muutoksia hengityksen avulla; kivun lievittyminen ja rentoutuminen ovat usein seurausta tästä. Kipupotilaat saavat usein paljon apua mielikuvaharjoituksista, joissa ”hengitetään kipuun tai siitä ulos”. Myös mielikuvat

myötätuntoisesti tai silittävästä hengityksestä ja hiussuonien avautumisesta voivat auttaa lihaksia vaivihkaa hellittämään kestojännitystään. Kipupotilaat hyötyvät myös erilaisista kehon rajoja vahvistavista harjoituksista ja kosketusharjoituksista. Edellä mainittujen harjoitusten vaikutusmekanismi perustuu porttikontrolliteoriaan. (Martin ym. 2014, 193–194.)

6.4 Kipupotilaan kohtaaminen

Kipupotilaan kohtaamisessa keskeisiä asioita ovat empaattinen ja kokonaisvaltainen kohtaaminen, kuunteleminen, myötäkulkeminen ja voimaannuttaminen (Miranda 2016, 8). Lähtökohtana on, että potilaan kipu on todellista riippumatta sen etiologiasta tai patofysiologiasta. Kipupotilaan hyvä hoito perustuu toimivaan ja jatkuvaan hoitosuhteeseen. Potilaan haastatteluun varataan riittävästi aikaa ja yksilöllisen ohjauksen tulee olla osa jokaista vastaanottokäyntiä. Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan kanssa ja molemmat osapuolet sitoutuvat siihen. Potilaan aktiivisuutta, pysyvyyttä, vastuuta ja rauhallista suhtautumista kipuun tuetaan. Kivun arvioinnin lähtökohta on potilaan oma arvio kivusta. Kipupotilas haastatellaan ja tutkitaan huolellisesti, ja hänen kipunsa ja toimintakykynsä arvioidaan ja kirjataan. Kivun kesto, tyyppi ja sijainti arvioidaan esimerkiksi kipupiirroksen avulla. Kivun voimakkuus arvioidaan jollakin yleisesti käytetyllä mittarilla, kuten kipujanalla (visual analogue scale, VAS). (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Potilaan ohjauksessa on tärkeää, että ammattilaisten potilaalle antama tieto ja neuvot ovat yhdenmukaisia, sillä ristiriitaiset ohjeet voivat hämmentää potilasta ja heikentää hänen luottamustaan hoitoon. Ohjaustilanteella tulee olla selkeä alku ja loppu. Ohjaustilanne etenee keskustelemalla ja potilaan omista lähtökohdista. Hyvässä ohjaustilanteessa potilas tietää, mistä asioista aiotaan keskustella, hän osallistuu keskusteluun ja hänen ymmärtämisensä varmistetaan. Ohjaustilanne päättyy yhteenvetoon, jossa kerrataan tärkeimmät kohdat ja sovitaan, miten tästä eteenpäin toimitaan. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

6.5 Kroonisen kivun hoito

Tämän hetken hoitolinjausten mukaan lääkkeettömät hoidot ja moniammatillinen lähestymistapa ovat ensisijaisia kroonisten kiputilojen hoidossa. Hoitoon voivat sisältyä esimerkiksi fysio- ja toimintaterapeuttinen ohjaus, psyykinen tuki ja hoitajan antama ohjaus. Potilasta ohjataan myös sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä. Kivun oireenmukaisen hoidon lisäksi tulee tähdätä potilaan elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseen, mikä edellyttää potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa. Potilaan omien selviytymiskeinojen käyttö tukee kivun kanssa selviytymistä ja ne voivat lievittää kipua ja tukea selviytymistä arjessa ja työssä. Itsehoito-ohjelmien keskeisiä sisältöalueita ovat tieto kivusta ja siihen liittyvistä tekijöistä, rentoutumisen harjoittelu, kognitiiviset selviytymiskeinot, ongelmanratkaisutaidot, kommunikaatio-aidot, tavoitteiden asettaminen ja kannustaminen liikunnan jatkamiseen. Keskeisiä lääkkeettömiä hoitoja ovat muun muassa liikunta, terapeuttinen harjoittelu (suunnitelmallinen, systemaattinen ja ohjattu), kognitiivis-behavioraalinen terapia, fysikaaliset hoidot, kylmä- ja lämpöhoito sekä TNS-hoito. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Kroonisen kivun hoidossa korostuu ihmisen psykososiaalinen tilanne. Tavallisesti hoidon tärkein tavoite on sopeutua elämään kivun kanssa, minkä vuoksi kipukuntoutuksessa korostuvat psykoterapeuttiset lähestymistavat. Kivusta kärsivän ihmisen omat käsitykset kivusta ja sen vaikutuksista ovat merkittäviä kivunhallinnassa. Ahdistusta voivat tuottaa kysymykset kivun ennusteesta, jatkuvuudesta tai sen kontrolloitavuudesta. Erilaiset pelon ohjaamat ajatukset voivat aiheuttaa jopa enemmän kärsimystä kuin itse kivun tunne. Kun ihminen liittyy kipuun sen uhkaavuutta ja vaarallisuutta korostavia uskomuksia, hänen pelkonsa vain vahvistuvat. Välttämiskäyttäytyminen vahvistuu helposti pelon ja negatiivisten ajatusten lisääntyessä. Ihminen alkaa välttää toimintoja, joiden hän uskoo tuottavan kipua ja hän alkaa kiinnittää liiallista huomiota oireisiin. Toiminnan kaventuminen johtaa usein heikentyneeseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä psykiatrisiin liitännäissairauksiin, kuten masennukseen ja ahdistukseen. (Roberts & Crowell 2014, 107–108.)

Psykofyysisten menetelmien avulla voidaan vaikuttaa kipupotilaan ajatuksiin, tunteisiin ja pelkoihin ja siten poistaa kipuun liittyvää kärsimystä. Psykofyysisten keinojen

avulla houkutellessaan kivuista kärsivää vähitellen hyväksymään kipu osana elämäänsä ja löytämään omia keinoja kipujen hallitsemiseksi. Tässä voivat auttaa muun muassa oman kehon ja tunteiden kuuntelu sekä hyväksyminen, kehon ja mielen vuorovaikutuksen ymmärtäminen ja kokeminen, hengityksen tasapainottuminen, rentoutuminen, itsemyötätunnon lisääntyminen ja oman voiman löytyminen sekä rajojen vahvistuminen. (Martin 2016.)

Kivun hyväksymiseen pyrkivällä terapialla on saatu tuloksia kroonisen kivun hoidossa. Hyväksyvä asenne on yhteydessä potilaan parempaan psyykkiseen hyvinvointiin sekä vähäisempään kipuun liittyvään katastrofijatteluun. Parantunut toimintakyky johtaa myös vähäisempään masentuneisuuteen. McCracken ja Volwes (2007) ehdottavat tutkimuksensa perusteella, että joustavan mielen taidot, kuten hyväksyvä asenne, tietoisuus vallitsevasta hetkestä, arvokeskeinen toiminta ja kyky erottaa ongelmalliset ajatukset ja uskomukset toiminnallisesta päätöksestä korreloivat paremmin potilaan toimintakyvyn lisääntymisen kanssa, kuin perinteiset sopeutumiskeinot, kuten toiminnallisuuden lisääminen, rentoutus ja itselle kohdistetut positiiviset toteamukset. Tietoisuustaitoihin perustuvien terapiamuotojen tehokkuus kivunhoidossa näyttäisi perustuvan merkittävältä osin psyykkisen joustavuuden lisääntymiseen. Varsinaiseen kivun tunteeseen näillä menetelmillä ei välttämättä ole suoraa vaikutusta. (Roberts & Crowell 2014, 117-120.)

6.6 Terapeuttinen harjoittelu ja krooninen kipu

Petteri Kohon liikkumisen pelkoa käsittelevässä väitöskirjassa (2015) todetaan, että kroonisessa kivussa harjoittelun aikana lisääntyvä kipu on vain harvoin merkki kudolvauriosta. Potilasta pitää muistuttaa, että harjoittelun aiheuttama kivun lisääntyminen johtuu liian herkästi toimivan suojelujärjestelmän toiminnasta. Kipujärjestelmän normaalin toiminnan palauttamiseksi tarvitaan kivun koulutusta, mikä tarkoittaa laajaa tietopakettia kivusta ja siihen liittyvistä ilmiöistä, empaattista suhtautumista sekä asiakkaan tuntemusten ja ajatusten kuuntelemista ja niihin reagoimista. Pyrkimyksenä on kaikin keinoin tukea kipupotilaan kykyä huolehtia omasta tilanteestaan. Fysioterapeutin osaamisessa korostuvat hyvät vuorovaikutustaidot. Terapian lähtökohtana tulee olla potilaan yksilöllinen huomiointi ja kunnioitus.

Asiakkaalle tulee kertoa, miksi kivun tunteen lisääntymisestä ei tarvitse olla huolissaan. Oireiden pitkäkestoinen paheneminen tai voimakas lisääntyminen ei kuitenkaan vie tilannetta eteenpäin, vaan vaikutus on usein päinvastainen. Harjoittelu pyritään annostelevaan siten, että kipu lievittyy tai palautuu noin 30 minuutissa lähtötasolle. Harjoitteiden suunnittelussa huomioidaan asteittaisen altistamisen periaate (siedättäminen) ja hiljalleen edetään kohti toiminnallisempaa ja dynaamisempaa harjoittelua. Pelkoa aiheuttavat tehtävät pilkotaan pieniin osiin, jolloin niitä on helpompi käsitellä. (Koho 2015.)

6.7 Kroonisen kivun kanssa eläminen

Kipukokemus on jokaiselle yksilöllinen ja niin ovat myös ne tekijät, jotka aiheuttavat, pahentavat tai helpottavat kipua sekä vaikuttavat sen kanssa selviytymiseen. Hyvän kivun hallinnan tavoitteen on, että kipupotilas pystyy nauttimaan mahdollisimman usein ja pitkään hyvistä jaksoista, jolloin kipu ei merkittävästi haittaa elämää. Kipuoireiden pahentumisvaiheiden aikana tavoitteena on, että vaikeampi jakso kestää mahdollisimman lyhyen aikaa, kipu häiritsee mahdollisimman vähän ja toimintakyky säilyy kohtuullisena. Näitä tavoitteita ajatellen kipupotilaalla on hyvä olla työkalupakissaan paljon erilaisia työkaluja, joita voi käyttää sopivassa määrin tilanteesta riippuen. Hankalamman kipujakson aikana käytettävät työkalut ovat erilaisia kuin parempien vaiheiden aikana käytetyt. Uuden kivunhallintakeinon opettelu- ja haltuunotto kestää keskimäärin jopa 2 kuukautta. Uusiin toimintatapoihin tulee siis tutustua rauhassa, eikä odottaa tuloksia heti ensimmäisen kokeilukerran jälkeen. Työkalupakin kokoaminen kannattaa aloittaa helpoimmalta tuntuvasta keinosta. (Miranda 2016, 11; 31.)

Kipupotilaan kannattaa kiinnittää myös erityistä huomiota riittävän ja laadukkaan unen saantiin. Seurantatutkimusten avulla on pystytty osoittamaan, että hyvän ja elvyttävän unen avulla krooniset kipuoireet lievittyvät ajan kanssa. Uudet tutkimukset osoittavat, että uniongelmat moninkertaistavat riskin laaja-alaisen kipuoireilun puhkeamiseen myöhemmin elämässä. Kivun hoitaminen vahvoilla kipulääkkeillä voi entisestään pahentaa uniongelmaa, sillä opioidit rikkovat unen rakennetta, vähentävät

elvyttävän unen määrää ja sekoittavat unenaikaisen hengitysrytmin, jolloin uniapnean riski kasvaa. Jopa joka neljäs opioideja käyttävä kipupotilas kärsii uniapneasta. (Miranda 2016, 56–57.)

6.8 Esimerkkinä krooninen alaselkäkipu

6.8.1 Alaselkäkipu

Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan selkäkipujen esiintyvyys suomalaisilla on kasvanut. Kolme neljästä yli 30-vuotiaasta suomalaisesta on kokenut vähintään yhden selkäkipujakson elämänsä aikana. Noin puolella aikuisista on ollut yli 5 selkäkipujaksoa. Iskiaskipua on ollut lähes 40 %:lla aikuisista, ja heistä joka toisella on ollut yli 5 iskiaskipujaksoa. Selkä kivun ja -sairauksien takia vuonna 2012 Suomessa oli hieman yli 2,1 miljoonaa sairauspäivärahopäivää ja niiden kustannukset olivat 119,8 miljoonaa euroa. Vuonna 2012 selkäsairauksien takia työkyvyttömyyseläkkeellä oli 26 600 henkilöä ja työkyvyttömyyseläkekustannukset selkäsairauksissa olivat 346,6 miljoonaa euroa. (Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus, 2015; Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Valtaosa (85 %) alaselän vaivoista on epäspesifisiä. Epäspesifisten selkäoireiden taustalla ei todeta viitteitä vakavasta sairaudesta tai hermojuuren toimintahäiriöstä. Kivut kestävät useimmiten vain joitakin päiviä tai viikkoja, mutta kipujaksoilla on voimakas taipumus uusiutua. Kivun tarkkaa syytä ja syntytapaa ei useinkaan voida varmistaa. Kipujen aste ja luonne vaihtelevat suuresti särystä, jomotuksesta ja jäykkyydestä liikuntakyvyttömyyttä aiheuttavaan lihasten kouristukseen ja voimakkaaseen terävään kipuun. Särkyä ja jäykkyyttä ilmenee erityisesti pitkän selkää kuormittavan istumisen tai hankalien asentojen seurauksena. Voimakkaat äkilliset ja terävät kivut liittyvät tyypillisesti äkillisiin ponnistuksiin tai rasittavaan ruumiilliseen toimintaan erityisesti hankalissa asennoissa. (Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus, 2015; Vuori 2015, 57–61.)

Epäspesifisten selkäoireiden taustalta löytyy usein selän liikekontrollin häiriötila (movement control impairment), jolloin potilailla on vaikeuksia hallita selkänsä

asentoa istumisen, seisomisen tai selän taivutusliikkeiden yhteydessä. Kontrollihäiriö on usein seurausta aiemmasta selkäkipujaksosta. Tilanteen tekee ongelmalliseksi se, että potilaat eivät usein itse huomaa edesauttavansa kivun provosoitumista väärillä selän asennoilla. (Lehtola 2016, 31.)

6.8.2 Alaselkävun riskitekijät

Vaikka selkäsairauksissa on useita epäiltyjä riskitekijöitä, minkään tekijän syysuhteesta ei ole vahvaa näyttöä. Riskitekijöiksi on esitetty seuraavia (Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus, 2015):

- fyysisesti selkää kuormittava työ: toistuvat nostot, hankalat työasennot, tärinä
- istumatyö
- lihavuus
- tupakointi
- psykososiaaliset tekijät
- perintötekijät.

Eri riskitekijät vahvistavat toistensa vaikutuksia (Vuori 2015, 57). Terveelliset elämäntavat ovat tärkeitä selkävun ehkäisyssä. Vahvaa näyttöä on olemassa siitä, että terapeuttisella harjoittelulla voidaan ehkäistä selkävun uusiutumista kipujaksoa seuraavan vuoden aikana. (Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

McGillin (2007, 11–13) mukaan suurin osa selkävunuista johtuu kumulatiivisesta traumakertymästä selän kudoksille, mikä vähitellen johtaa akuuttiin selkätapaturmaan. Selkätapaturman syy ei siis useinkaan ole yksi ainoa tapahtuma, vaan rasituksen kumuloituminen, jolloin lopulta yksittäinen väärä liike voi laukaista kiputilan. Kumulatiivinen trauma voi syntyä kahdella tapaa: 1) monta kertaa virheellisesti toistettavissa tehtävissä (esimerkiksi useiden laatikoiden nostaminen selkä pyöreänä) tai 2) pitkään jatkuvissa selän rakenteita kuormittavissa asennoissa (esimerkiksi työskentely tai istuminen pitkään etukumarassa asennossa), jolloin selän kudokset väsyvät ja kuormituskestävyys alenee.

Paranemista estäviä tai hidastavia tekijöitä, ns. keltaisen lipun tekijöitä, ovat seuraavat (Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus, 2015):

- usko, että kipu ja aktiivisuus ovat haitallisia
- epäsuhtainen sairauskäyttäytyminen kuten pitkitetty lepo
- masentuneisuus, negatiivisuus ja sosiaalinen vetäytyminen
- moniin eri hoitoihin hakeutuminen
- fyysisesti raskas työ
- ongelmat työssä ja tyytymättömyys työhön
- ylihuolehtiva perhe tai tuen puute
- valitukset, oikeudenkäynnit ja korvausten hakeminen.

Potilaan aktiivinen hoitoon osallistuminen, toimintakyvyn parantamiseen tähtäävät hoito- ja kuntoutusmenetelmät ja myös oireenmukainen hoito ovat tärkeitä, kun tavoitteena on estää selkä kivun kroonistuminen. Näyttö psykososiaalisten tekijöiden merkityksestä selkä kivun riskitekijöinä on epävarmaa, mutta ne suurentavat selkä kivun kroonistumisen riskiä. Kuntoutuksella pyritään vähentämään sairauden tai vammän aiheuttamia haittoja, parantamaan potilaan toiminta- ja työkykyä tai lisäämään hänen mahdollisuuksiaan kivun- ja elämänhallintaan sekä sosiaaliseen selviytymiseen. Kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan myös toimintakykyä edistäviin ja rajoitaviin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. (Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

6.8.3 Kroonisen alaselkä kivun kuntoutus

Kroonisessa alaselkä kivussa potilaan aktiiviseen osallistumiseen ja toimintakyvyn parantamiseen tähtäävän kuntoutuksen merkitys on keskeinen. Asteittain lisättävä terapeuttinen harjoittelu vähentää kroonisilla selkäkipupotilailla kipua ja parantaa toimintakykyä (vahva näyttö). Liike- ja liikuntahoidot lievittävät jonkin verran kipua ja parantavat toimintakykyä kroonisessa alaselkä kivussa (vahva näyttö). Terapeuttiseen harjoitteluun ja ohjaukseen yhdistettynä selän hieronta ilmeisesti vähentää kroonista alaselkäkipua ja parantaa toimintakykyä. Kognitiivis-behavioraalisen hoidon avulla potilas voi oppia käyttämään erilaisia kivun-, stressin- ja kuluttavien affektiivisten reaktioiden hallintakeinoja (esimerkiksi rentoutustaitoja) ja sosiaalisia

taa taitoja käyttää selkää tehokkaasti ja turvallisesti. Venyttely ja voimistelu ehkäisevät selän rakenteita jäykistymästä. (Vuori 2015, 58–71.)

McGillin (2007, 133) mukaan alaselkäkipupotilaan kuntoutuksessa tulee kiinnittää erityistä huomiota 1) asiakkaan tilanteeseen sopivaan ohjaukseen ja neuvontaan, jonka avulla pyritään poistamaan selkää kuormittavat tekijät, jotka aiheuttavat tai pahentavat kipua sekä 2) sellaisten toimintamallien tukemiseen, jotka auttavat vahvistamaan selän tukikudoksia terveellisellä tavalla.

Sanerin ym. satunnaistetussa kontrollitutkimuksessa (n=106) ei todettu merkittävää eroa siinä noudattivatko kroonisesta alaselkäkipusta kärsivät henkilöt yleistä harjoitteluohjelmaa vai spesifistä selän liikehäiriöiden hoitoon suunniteltua harjoitteluohjelmaa; molemmat harjoittelutavat todettiin 6 ja 12 kuukauden seurannoissa yhtä vaikuttaviksi ja molemmissa ryhmissä tapahtui merkittävää edistymistä kivun määrässä ja toimintakyvyssä. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että liikuntaharjoittelun sisältämällä yksittäisillä liikkeillä ei välttämättä ole niinkään merkitystä kuin aktiivisuudella itsellään, liikunnan annostelulla, informaation laadulla ja fysioterapiaan liittyvillä yleisillä näkökohdilla. (Saner ym. 2015, 672.)

Toisaalta Vesa Lehtolan väitöstutkimuksessa, jossa spesifisiä liikekontrolliharjoitteita saanutta ryhmää verrattiin yleistä harjoitteluohjelmaa seuranneeseen ryhmään, puolestaan todettiin, että spesifisiä harjoitteita saaneen ryhmän tulokset olivat sekä tilastollisesti että kliinisesti merkitsevästi parempia kuin yleisten harjoitteiden ryhmän jäsenillä. Molemmat ryhmät koostuivat subakuutista selkäkipusta kärsivistä potilaista ja molempien ryhmien tulokset paranivat merkittävästi kolmen kuukauden intervention jälkeen ja tulos säilyi 12 kuukauden seurannassa (n=70). (Lehtola 2016, 33.)

7 TOTEUTUKSEN KUVAUS JA TULOKSET

Opinnäytetyön varsinainen toteutus alkoi keväällä 2016 ohjaajani ehdotuksesta suunnitella psykofyysinen ryhmätoteutus pitkäaikaistyöttömille yhteistyössä Satukunnan TE-keskuksen kanssa. Olin jo syksystä 2015 asti suunnitellut ja pohjustanut tahollani opinnäytetyötä, jossa tutustuisin psykofyysisin terapiamuotoihin, joista voisi olla hyötyä selkäkipukroonikkojen fysioterapiassa. Kiinnostuksen kohteenani oli yhdistää psykofyysisen fysioterapian harjoittelumuotoja perinteisesti tuki- ja liikuntaelinongelmiksi miellettyjen sairauksien hoitoon. Psykofyysisestä harjoittelusta on pääosin ollut tarjolla tutkimustietoa psykiatristen potilaiden hoidossa, mutta itse olin kiinnostunut siitä, miten harjoittelua voisi yhdistää osaksi kroonisen (alaselkä)kivun hoitoa sekä myös niin sanottua perinteistä tuki- ja liikuntaelinfysioterapiaa. Psykofyysisen fysioterapian kurssin aikana minulle oli muodostunut vahva käsitys siitä, että jokainen ihminen on kokonaisuus ja jokaisen sairauden takana piilee sekä psyykkisiä että fyysisiä vaikutusmekanismeja. Kun aloin asiaan tarkemmin perehtyä kirjallisuuden perusteella, tämä ennakkokäsitys vain vahvistui.

Hain kirjallisuuden pohjalta erilaisia psykofyysiseen fysioterapiaan liittyviä teemoja, jotka tuntuivat toistuvan eri lähteissä. Ajatuksenani oli selvittää, millaisia työkaluja fysioterapeutilla olisi käytettävissään, jos hän haluaisi tehdä asiakkaansa kanssa psykofyysistä harjoittelua. Koko ajan pidin mielessä sen, mihin tarkoitukseen olen opinnäytetyötä tekemässä eli pyrin löytämään aihealueita, joista muodostuisi runko tulevalle ryhmäsuunnitelmalle. Lähtökohtani ei ollut tieteellisen tutkimuksen tekemisessä, vaan sellaisten käytännön harjoitteiden ja toimintamuotojen hakemisessa, joita kuka tahansa fysioterapeutti pystyisi käyttämään työssään ilman suurta lisäkoulutuksen tarvetta. Tästä lähtökohdasta käsin työni ei ole kaikilta osin tieteellisesti perustelluin tai aineistoltaan ehein, täydellisin tai harkituin, vaan siinä näkyy tekijänsä kädenjälki. Aiheen laajuuden vuoksi, minun ei ollut opinnäytetyön puitteissa mahdollista tehdä täydellistä aineistoanalyysiä jokaisesta käsitellystä aihealueesta, vaan teoriaosuuden pohjana toimivat pääasiassa tasokkaat kirjallisuudet, joiden takaa löytyy kylläkin huomattava määrä tieteellistä tutkimustietoa.

Prosessin edetessä sain ohjaajaltani perustietoja siitä, millaiselle kohderyhmälle suunnitelmani tultaisiin käyttämään. Sain tietää, että kyseessä olisi pitkäaikaistyöttömien, kroonisista kivuista kärsivien henkilöiden ryhmä. Sovimme lisäksi jo varhain, että minun osuuteni työstä olisi ryhmäsuunnitelman laatiminen ja varsinaisen ryhmäohjaamisen tulisi tekemään kaksi muuta fysioterapian opiskelijaa, joiden opinnäytetyö tulisi käsittelemään ryhmän toteutusta ja vaikuttavuuden mittaamista sekä jatkokäytön mahdollisuuksia.

Kun olin saanut mielestäni riittävän määrän aineistoa koottua yhteen, aloin laatia varsinaista ryhmäsuunnitelmaa. Ryhmäkertojen teemat valitsin melko suoraan teori-antiedon pohjalta ja lisäksi otin huomioon sen, millaiselle kohderyhmälle olin suunnitelmaa tekemässä. Hain myös lisätietoa hyvinvointiryhmän ohjaamisesta sekä käytännön vinkkejä esimerkiksi järjestelyiden osalta. Kaikessa pyrin huomioimaan sen, että harjoitteet olisivat riittävän yksinkertaisia ja yksiselitteisiä sekä ohjaajille ja ohjattaville. Pyrin tarjoamaan vaihtoehtoisia harjoitteita ja loin suunnitelmaan tarkoituksella joustavuutta, jotta ohjaajilla olisi vapaat kädet edetä ryhmälle sopivassa tahdissa.

Suunnittelin yhteensä kymmenen ryhmätapaamiskerran ohjelman ja yhden kerran kestoksi määrittelin 1,5 tuntia. Kymmenen tapaamiskerran aikana ehditään kattavasti käsittelemään eri teemoja ja tekemään niihin liittyviä harjoitteita. Kymmenen ryhmäkerran aikana on myös todennäköistä, että ohjaajat ja osallistujat pääsevät hyvin toimintaan mukaan ja ryhmän sisällä ehtii muodostua luottamuksellinen ilmapiiri. Käsiteltävät aihealueet ovat laajoja ja kertoja olisi voinut olla enemmänkin, mutta opinnäytetyön puitteissa kymmenen kerran ryhmäsuunnitelma katsottiin riittäväksi ja sinä aikana voi positiivisia, mitattavissa olevia muutoksia ehtiä jo tapahtua. Tulee myös muistaa, että harjoittelun ei ole tarkoitus tapahtua vain ryhmäkerroilla, vaan osallistujille annetaan kotitehtäviä ja heitä kannustetaan tekemään opittuja harjoitteita kotonaan. Yhden ryhmäkerran keston - 1,5 tuntia – lainasin suoraan Somebody® -menetelmästä (SomeBody www-sivut 2016), jossa tämä kesto on todettu toimivaksi jo usean toteutetun ryhmän kokemuksella. Siinä ajassa ehditään hyvin syventymään aiheeseen kuitenkin ylittämättä osallistujien keskittymiskykyä.

Kevään 2016 lopussa kävimme ohjaajani kanssa esittelemässä ryhmäsuunnitelmaa Satakunnan TE-toimistossa ja keskustelimme lisäksi projektin tavoitteista, ryhmän koosta, aikatauluista, ryhmän nimestä sekä käytännön toteutuksesta. Alustava suunnitelmamme sai hyvän vastaanoton ja sovimme, että laatisin ryhmästä vielä esitteen, jonka avulla TE-toimiston henkilöstö voisi markkinoida ryhmää asiakkaidensa parissa. Valmis esite lähetettiin TE-toimistoon kesäkuussa 2016 (ks. liite 1).

Kesän aikana viimeistelin ja muokkasinkin vielä ryhmäsuunnitelmaa ja elokuun 2016 alussa pidimme palaverin, jossa perehdytin ryhmän tulevat ohjaajat aihepiiriin, hankkeen sisältöön ja itse ryhmäsuunnitelmaan. Keskustelimme myös yhdessä ryhmätöiminnan tavoitteista sekä niistä vaikuttavuusmittareista, joita tämän ryhmämallin kohdalla voitaisiin käyttää.

Ryhmäkoon osalta päädyimme ohjaajieni ja TE-toimiston kanssa siihen lopputulokseen, että optimaalinen koko tällaiselle ryhmälle olisi 8-10 henkilöä. Hyvinvointiryhmätyöskentelyssä korostuu ryhmän sisäinen luottamuksellisuus ja turvallisuuden tunne, minkä vuoksi ryhmäkoko täytyy pitää suhteellisen pienenä. (Martin, Heiska, Syvälahti & Hoikkala 2012.) Lisäksi päätimme, että varsinaisten osallistujien lisäksi ryhmään osallistuisi 1-2 TE-toimiston työntekijää, jotka toimisivat yhdistävänä linkkinä ja tiedonvälittäjinä SAMK:n ja TE-toimiston välillä. He voisivat lisäksi omaksumia uusia ideoita ja ajatuksia sekä viedä näitä myöhemmin eteenpäin oman organisaationsa sisällä. Ryhmään osallistuvien työntekijöiden osalta ehdoksi asetettiin sitoutuminen ryhmään koko sen ajaksi ja täysipainoinen osallistuminen ryhmän kaikkien toimintaan. Ryhmän luottamuksellisesta luonteesta johtuen ulkopuolisia seuraajia ryhmässä ei voisi olla.

Tarkemmat tiedot ryhmäsuunnitelmasta on esitetty liitteessä 2. Ohjaajille luovutettu ryhmäsuunnitelma harjoitteineen ja liitteineen on yli 40 sivua pitkä, minkä vuoksi liitteessä 2 on esitetty ainoastaan yhteenveto suunnitelmasta.

8 OPINNÄYTETYÖN ARVIOINTI JA POHDINTA

8.1 Arviointi

Tämä opinnäytetyö on menetelmään toiminnallinen ja sen lopputuotoksena on psykofyysinen ryhmäsuunnitelma kroonisista kivuista kärsiville pitkäaikaistyöttömille. Suunnitelman luotettavuus syntyy ennen kaikkea sen teoreettisen viitekehyksen luotettavuudesta, mikä tässä opinnäytetyössä on esitetty sekä siitä, kuinka hyvin tämä viitekehys on viety ryhmäsuunnitelman tasolle sen järjestelyihin, teemoihin, keskusteluihin ja harjoitteisiin. Ryhmätoiminnan toteutuksen onnistuminen riippuu sekä suunnitelman laadusta, että itse toteutuksesta. Toteutukseen vaikuttavat muun muassa ryhmänohjaajat ja heidän saamaansa perehdytys sekä myös ryhmään osallistuvat henkilöt itse. Varsinaisen ryhmätoteutuksen kuvaus ja tuloksellisuuden mittaus eivät sisälly tämän opinnäytetyön laajuuteen, vaan se tulee olemaan osa ryhmää ohjaavien opiskelijoiden opinnäytetöitä. Ryhmäsuunnitelman käyttökelpoisuutta ja siirrettävyyttä on vielä tässä vaiheessa vaikea arvioida, sillä kyseessä on pilottihanke, jonka testaus tapahtuu kuluvan syksyn aikana. Aihepiiri on kuitenkin hyvin ajankohtainen ja tilausta tämän tyyppiselle ryhmätoiminnalle olisi todennäköisesti laajemminkin.

8.2 Pohdinta

Fysioterapiaa on leimannut pitkään kurinalainen ja järjestelmällinen biolääketieteellinen näkemys, jossa keho on käsitetty lähes mekaaniseksi välineeksi. Sairauksien ja vammojen selittämisessä ja ymmärtämisessä ovat ensisijaisia lähestymistapoja olleet anatomia, biomekaniikka ja kinesiologia. Terapeuttisten harjoitteiden ohjaamisessa liikkeiden ja asentojen tiukalla säätelyllä on voitu niin ikään osoittaa systemaattisuutta ja kurinalaisuutta. Biomekaanisen ja biolääketieteellisen lähestymistavan joustamattomuus on tehokkaasti estänyt fysioterapeutteja näkemästä muita mahdollisuuksia tarkastella ihmisten kokemuksia terveydestä ja sairaudesta. Vaarana on, että fysioterapia tulee kykenemättömäksi vastaamaan nykyajan yhä monimuotoisempiin haasteisiin, joita ovat esimerkiksi ikääntyneiden ja kroonisesti sairaiden kokonaisval-

tainen kuntoutus. Tarve ymmärtää terveys laajempänä kehollisena kokemuksena on kuitenkin selkeästi kasvamassa yhteiskunnassa. (Nicholls & Holmes 2012.)

Ojalan (2015, 30-34) mukaan erityisesti kroonisen kivun hoito ontuu nykyterveydenhuollossa. Krooninen kipu on enemmän henkinen taakka kuin fyysinen vaiva, eikä aina voida tehdä selvää eroa psyykkisen ja fyysisen kivun välillä. Tämä asettaa haasteen menetelmille, joita käytetään kroonisen kivun hoidossa. Kroonisen kivun hoitosuosituksissa suositetaan ihmisen kokonaisvaltaista hoitamista (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015), mutta tämä ei useinkaan vielä toteudu käytännön toiminnan tasolla. Kroonista kipua hoidetaan edelleen pääasiassa lääkkeillä, vaikka niiden teho krooniseen kipuun on useissa tutkimuksissa osoitettu kyseenalaiseksi. Myöskään perinteisellä fysioterapialla ei useinkaan ole positiivista vaikutusta kipupotilaan kuntoutumiseen.

Kroonista kipua voidaan harvoin parantaa kokonaan. Sen kanssa on opittava elämään ja potilaan tulisi oppia hyväksymään kipu osaksi elämänsä kokonaisuutta. Kipupotilaan hoidon osalta tämän toteaminen ei kuitenkaan riitä, vaan hän tarvitsee tuekseen paljon ohjausta ja erilaisia tekniikoita ja menetelmiä, jotka voivat auttaa häntä tässä vaativassa ja pitkäkestoisessa projektissa. (Ojala 2015, 34; Runsio 2015, 36.) Psyko-fyysiselle fysioterapialle on tässä valossa olemassa todellinen tilaus ja sen vaikuttavuutta muun muassa kipupotilaiden kohdalla tulisi entistä enemmän tutkia.

Tulee myös huomioida, että riippumatta siitä millaisia menetelmiä fysioterapiassa käytetään, onnistunut terapiasuhde perustuu aina terapeutin ja asiakkaan väliseen onnistuneeseen dialogiin, johon vaikuttavat myös terapeutin persoona ja keskustelutaidot. Varsinkin kroonisesta kivusta kärsivän kohtaaminen vaatii teoriaosaamisen ja kädentaitojen lisäksi aina terapeutilta ihmisen kohtaamisen taitoja. (Ojala 2015, 34.)

LÄHTEET

- Alaselkäkipu (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 13.11.2015). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi
- Dropsy, J. 1988. Den harmoniska kroppen: en osynlig övning. Stockholm: Natur och kultur.
- van Geen, J., Edelaar, M., Janssen, M. & van Eijk, J. 2007. The long-term effect of multidisciplinary back training: a systematic review. Spine (Phila Pa 1976) 15; 32(2): 249-55.
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Kabat-Zinn, Jon. 2012. Täyttä elämää: Kehon ja mielen yhteistyö stressin, kivun ja sairauksien hoidossa. 2. p. Helsinki: Basam Books Oy.
- Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki. Edita.
- Kerätär, R. 2016. Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän: Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. D, Medica. Viitattu 8.9.2016. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526210865>
- Kipu (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2015 (viitattu 21.4.2016). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi
- Koho, P. 2015. Fear of movent: Epidemiological and clinical evaluation in the Finnish general population and chronic musculoskeletal pain patients and relevance for rehabilitation. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Tieteellinen tutkimus ORTONin julkaisusarja. Viitattu 5.9.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-9657-83-4>
- Lampinen, A. & Haapio, M. 2000. Vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Teoksessa Sailo E. & Varti A. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammi.
- Lehtola, V. 2016. Yksilöllisestä harjoittelusta apua pitkittyvään selkäkipuun. Fysioterapia 3/2016, 30–35.
- Martin, M. 2016. Hengitys virtaa: Kohti kehon ja mielen tasapainoa. Helsinki: Kirjapaja.
- Martin, M., Heiska H., Syvälahti A. & Hoikkala M. 2012. Satoa ryhmästä – opas hyvinvointiryhmän ohjaajalle. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Viitattu 20.5.2016. http://www.yths.fi/filebank/1546-Satoa_ryhmasta.pdf

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

McCracken, L. & Vowles, K. 2007. Psychological Flexibility and Traditional Pain Management Strategies in Relation to Patient Functioning With Chronic Pain: An Examination of a Revised Instrument. *Journal of Pain* 8; 339-49.

McGill, S. 2007. *Low Back Disorders: Evidence-Based Prevention and Rehabilitation*. Champaign: Human Kinetics.

Mehling, WE, Hamel, KA, Acree, M., Byl, N. & Hecht, FM 2005. Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. Jul-Aug;11(4):44-52.

Mehling, WE 2001. The experience of breath as a therapeutic intervention - psychosomatic forms of breath therapy. A descriptive study about the actual situation of breath therapy in Germany, its relation to medicine, and its application in patients with back pain. *Research in complementary and natural classical medicine*. Dec; 8(6); 359-367.

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

Monsen, K. 1992. *Psykodynaaminen fysioterapia*. Helsinki: Otava.

Nicholls, D. & Holmes, D. 2012. Discipline, desire and transgression in physiotherapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*. 28(6); 454-465.

Nisula, E. & Tölli, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus psykofyysisestä fysioterapiasta kroonisen kivun hoidossa. AMK-opinnäytetyö. Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.2.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012112917457>

Ojala, T. 2015. Kroonisen kivun hoito ontuu terveydenhuollossa. *Fysioterapia* 3, 30-35.

Ojala, T. 2015. *The Essence of the Experience of Chronic Pain: A Phenomenological Study*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 217.

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

Pietikäinen, A. 2009. *Joustava mieli: vapaudu stressin, uupumuksen ja masennuksen yliotteesta*. Helsinki: Duodecim.

Raatikainen, A., Ruotsalainen, A. & Tuomola, T. 2013. *Basic Body Awareness Therapy -menetelmä ja sen vaikutukset psykofyysisessä fysioterapiassa*. AMK-opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.1.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013121821785>

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

Roxendal G. & Winberg A. 2002. Levande människa: basal kroppskänedom för rörelse och vila. Stockholm: Natur och kultur.

Runsio, T. 2015. Pitkääkaiseen kipuun sopeutuminen on usein vuosien prosessi. Fysioterapia 3, 36-39.

Saner, J., Kool, J., Sieben, J., Luomajoki, H., Bastiaenen, C. & de Bie, R. 2015. A tailored exercise program versus general exercise for a subgroup of patients with low back pain and movement control impairment: A randomised controlled trial with one-year follow-up. Manual Therapy 20; 672-79.

Schütze, R., Slater, H., O'Sullivan P., Thornton, J., Finlay-Jones, A. & Rees, C. 2014. Mindfulness-Based Functional Therapy: a preliminary open trial of an integrated model of care for people with persistent low back pain. Frontiers in Psychology. Aug; Vol.5; 839; 1-9.

Sipilä, M. 2000. Psykosomaattinen kipu. Teoksessa Sailo E. & Varti A. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammi.

Somebody www-sivut. Viitattu 6.9.2016. <http://somebody.samk.fi>

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen www-sivut. Viitattu 4.1.2016. <http://www.psyfy.net>

Svennevig, H. 2005. Kehon mieli: Kehontuntemuksesta itsetuntemukseen. Helsinki: WSOY.

Talvitie, U., Karppi, S. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Tilastokeskuksen www-sivut. Viitattu 2.9.2016. <http://www.stat.fi>

Uvnäs, K. 2007. Rauhoittava kosketus: oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Helsinki: Edita.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vlaeyen, J. & Linton, S. 2000. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain 85(3); 317-332.

Vuori, I. 2015. Liikuntaa lääkkeeksi. Helsinki: Readme.fi.

RYHMÄESITE



Kipu hallintaan -ryhmä

Ryhmä on suunnattu Satakunnan työvoiman palvelukeskuksen asiakkaille. Toiminnan tavoitteena on edistää ryhmään osallistuvien työelämävalmiuksia, kivunhallinta keinojen käyttöä, henkilökohtaisia vahvuuksia sekä tarjota mahdollisuus vertaistukeen. Ryhmään osallistuminen ei edellytä liikunnallisia valmiuksia.

Harjoittelemme ryhmässä yksin ja yhdessä muun muassa seuraavia asioita:

- hallitsemaan kivuntunnetta paremmin
- rentoutumaan ja keskittymään
- havainnoimaan omaa hengitystä
- toimimaan toisten kanssa (sanallinen ja sanaton viestintä, kosketus)
- tunnistamaan kehon viestejä
- tunnistamaan, miten keho ja mieli ovat vuorovaikutuksessa
- ilmaisemaan omia tunteita.

Ryhmä järjestetään syksyllä 2016 (syys-joulukuu) Satakunnan ammattikorkeakoulun tiloissa (Tiilimäki; Maamiehenkatu 10). Ryhmä alkaa maanantaina 19.9.2016. Ryhmäkoko on 8-10 henkilöä. Ohjaajina toimivat kaksi SAMK:n fysioterapian opiskelija. Ohjelma koostuu kymmenestä 1,5-2 tunnin mittaisesta ryhmätapaamisesta ja sisältää lisäksi pienimuotoisia kotiin annettavia tehtäviä. Lisätiedot ja ilmoittautuminen oman sosiaaliohjaajasi kautta 9.9.2016 mennessä.

Anna mahdollisuus uusille kokemuksille. Tule rohkeasti mukaan!



YHTEENVETO RYHMÄSUUNNITELMASTA

JOHDATUS RYHMÄTOIMINTAAN

Tämä ryhmä on laadittu yhteistyössä Satakunnan ammattikorkeakoulun ja Satakunnan työ- ja elinkeinotoimiston (TE-toimisto) kanssa ja se on suunnattu TE-toimiston työllistymistä tukevan ryhmätoiminnan (TYP) piiriin kuuluville pitkäaikaistyöttömille asiakkaille, jotka kärsivät kroonisista kipuoireista ja/tai kroonisista alaselkäongelmista. Ryhmäsuunnitelma on toteutettu osana SAMK:in opinnäytetyötä ja toteutuksesta vastaavat myös SAMK:in opiskelijat. Suunnittelu- ja toteutustyön ohjaajina ovat toimineet lehtorit Marjo Keckman ja Maija Kangasperko.

Kurssi järjestetään syksyllä 2016 (syys-joulukuu) ja se pitää sisällään kymmenen 1,5-2 tunnin mittaista ryhmäkertaa, jotka pidetään Satakunnan ammattikorkeakoulun tiloissa. Ryhmän suunniteltu koko on 8-10 henkilöä ja lisäksi mukana on 1-2 TE-toimiston työntekijää, jotka perehtyvät toimintamalliin sekä toimivat tiedonvälittäjinä TE-toimiston ja koulun välillä. Ryhmän ohjaajina toimivat kaksi fysioterapeuttiohjaajaa SAMKista.

Kurssin tarkoituksena on tukea siihen osallistuvien henkilöiden työelämävalmiuksia lisäämällä pystyvyyden tunnetta, vastuunottoa itsestä ja kivun kanssa selviytymistä sekä tukemalla positiivista minäkäsitystä ja henkilökohtaisia vahvuuksia. Tavoitteena on kehittää ryhmään osallistuvien kehotietoisuutta, rentoutumis- ja keskittymistaitoja tunneilmaisua, stressinkäsittelytaitoja ja vuorovaikutusosaamista. Ryhmä tarjoaa myös vertaistukea, joka ryhmän antaman henkisen tuen lisäksi auttaa hahmottamaan paremmin omaa tilannetta sekä havainnoimaan omia toimintatapojaan suhteessa muihin.

Ryhmän toimintamalli perustuu psykofyysiseen fysioterapiaan sekä osittain myös Satakunnan ammattikorkeakoulun kehittämään Somebody® -menetelmään (Somebody www-sivut 2016). Harjoitteissa on huomioitu asiakkaiden psyykkisen, fyysisen

ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Koko ryhmän ajan kestäväenä teemana on asiakkaiden kehotietoisuuden lisääminen. Tämän lisäksi jokaisella ryhmäkerralla on oma teemansa, jolloin tehdään erityisesti tähän teemaan liittyviä harjoitteita. Teemat on valittu psykofyysistä fysioterapiaa käsittävän kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja ne mukailevat psykofyysisen fysioterapian erilaisia käytössä olevia terapiamenetelmiä. Kurssilla tehtävät harjoitteet ovat pääosin haettu kirjallisuuslähteistä, mutta mukana on myös teorian pohjalta itse kehitettyjä harjoitteita.

Harjoitteissa on edustettuna muun muassa erilaiset rentoutumis- ja keskittymisharjoitteet, hengitysharjoitteet, kevyet liikeharjoitteet, vuorovaikutusharjoitteet sekä pohdiskelutehtävät. Toiminnallisten harjoitteiden jälkeen keskustellaan tehtävän aikana ja sen jälkeen havaituista kehon ja mielen tuntemuksista. Osallistujia kannustetaan havainnoimaan ja tutkiskelemaan omia tunteitaan ja ilmaisemaan niitä avoimesti. Osallistujat saavat joillakin kerroilla myös kotitehtäviä, jotka johdattavat ajatukset seuraavan kerran teemaan. Kotitehtävät puretaan yhdessä seuraavan ryhmäkerran alussa. Tavoitteena ei ole niinkään käydä läpi teemoihin liittyvää teoriatietoa luento-
 maisesti, vaan herättää ryhmässä keskustelua ja saada osallistujat pohtimaan asioita omakohtaisesti.

RYHMÄKERTOJEN TEEMAT JA TAVOITTEET

| Teema | Tavoitteet |
|-------------------|--|
| 1. Ryhmän aloitus | <ul style="list-style-type: none"> • alkuarviointi • esitellään ohjaajat ja ryhmän jäsenet toisilleen • esitellään suunniteltu ohjelma • määritellään ryhmän tavoitteet ja sovitaan säännöistä • luodaan edellytykset ryhmän toiminnalle ja hyvälle ilmapiirille • saadaan ensimakua tulevien kertojen harjoitteista |
| 2. Tunneilmaisu | <ul style="list-style-type: none"> • opitaan paremmin tunnistamaan ja ilmaisemaan erilaisia tunteita |

| | |
|--------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • pohditaan omaa elämänhistoriaa ja havaitaan syyseuraus -suhteita • tutustutaan syvemmin ja luodaan ryhmälle turvallinen ilmapiiri • tutustutaan taktiiliseen hahmotuskykyyn |
| 3. Hengitys | <ul style="list-style-type: none"> • opitaan, mitä epätasapainoisella hengityksellä tarkoitetaan ja mitkä sen oireet ovat • pysähdytään havainnoimaan omaa hengitystä • keskitytään hengittämään nenän kautta ja pallealla • tunnustellaan, miten hengitys vaikuttaa kehoon ja mieleen |
| 4. Kehotietoisuus | <ul style="list-style-type: none"> • harjoitellaan kehotietoisuutta • havaitaan mielen ja kehon yhteyksiä • vähennetään liikkumisen pelkoa • pysähdytään keskittymään ja rauhoittumaan • vahvistetaan kehon rajoja |
| 5. Kipu ja stressi | <ul style="list-style-type: none"> • saadaan lisää tietoa kivusta kokemuksena • edistetään kroonisen kivun hyväksymisprosessia • saadaan lisää työkaluja kivunhallintaan • syvennetään hengityksen havainnoimistaitoja |
| 6. Rentoutuminen | <ul style="list-style-type: none"> • pohditaan omia rentoutumistapoja ja saadaan lisävinkkejä rentoutumiseen • ymmärretään rentoutumisen vaikutukset kehoon ja mieleen • saadaan uusia kokemuksia erilaisista rentoutumismenetelmistä • lisätään itsetuntemusta ja voimavaroja |

| | |
|------------------------------|---|
| 7. Vuorovaikutus | <ul style="list-style-type: none"> • kehitetään vuorovaikutustaitoja • harjaannutetaan aktiivisen kuuntelemisen taitoja • kiinnitetään huomiota toisten huomioimiseen ja kunnioittamiseen • opitaan tunnistamaan oma reviiri • kehitetään itseilmaisua |
| 8. Mindfulness | <ul style="list-style-type: none"> • tiedostetaan erilaisia keskittymis- ja rauhoittumistapoja • pysähdytään kuuntelemaan omia ajatuksia ja tunteita • opetellaan hyväksymään omat ajatukset ja tunteet |
| 9. Minäkäsitys ja voimavarat | <ul style="list-style-type: none"> • perehdytään omaan minäkäsitykseen • lisätään vastuun ottamista itsestä ja pystyvyyden tunteen kokemista • havaitaan ja vahvistetaan omia voimavaroja • edesautetaan voimaantumista ja itsetuntoa |
| 10. Ryhmän päätös | <ul style="list-style-type: none"> • loppuarviointi • yhteenveto kurssista • pohditaan, mitä ryhmän aikana on opittu • päätetään ryhmä |