



Alle 1-vuotiaan torticollis lapsen vanhempien

fysioterapeuttinen ohjaus

Opas lapsen käsittelyyn vanhemmille arjen eri tilanteisiin

Oona Heikura

Nea Rannema





2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Alle 1-vuotiaan torticollis lapsen vanhempien  
fysioterapeuttinen ohjaus

Opas lapsen käsittelyyn vanhemmille arjen eri tilanteisiin

Oona Heikura, Nea Rannema  
Fysioterapeuttikoulutus  
Opinnäytetyö  
Lokakuu, 2020

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tiivistelmä  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Fysioterapeutti (AMK)

Oona Heikura, Nea Rannema

Alle 1-vuotiaan torticollis lapsen vanhempien fysioterapeuttinen ohjaus

Vuosi 2020 Sivumäärä 45

---

Torticollis, eli kierokaulaisuus, on kolmanneksi yleisin tuki- ja liikuntaelinsairaus vastasyntyneillä. Torticolliksessa lapsen pää on pitkäaikaisesti kallistunut ja kiertynyt toiselle puolelle vartalon keskiliinjasta. Torticollis voi olla peräisin monesta eri syystä, joita ovat neurologiset sairaudet sekä lihaksiston ja luuston ongelmat. Yleensä torticollis hoidetaan konservatiivisesti, mutta vaikeimmissa tapauksissa turvaututaan leikkaushoitoon. Yleisimmät konservatiiviset hoitomuodot ovat fysioterapeutin ohjaamat venytykset ja asentohoidot, joita lapsen vanhempi käyttää arjessa hoidon tukena. Näin ollen lapsen torticolliksen hoidossa korostuu vanhempien ohjauksen ja neuvonnan tärkeys.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa torticollis lapsen käsittelystä vanhemmille arjen eri tilanteisiin. Tavoitteena on fysioterapeuttisen ohjauksen keinoin tukea torticollis lapsen vanhempia lapsen käsittelyssä arjessa. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa opas vanhemmille tukemaan lapsen käsittelyä päivittäisissä toiminnoissa.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Uuden Lastensairaalan ja Laurea-ammattikorkeakoulun kanssa. Toimeksiantaja toivoi opasta torticollis lapsen vanhemmille tukemaan torticolliksen hoitoa. Oppaan toivottiin sisältävän helppoja ohjeita vanhemmalle, miten huomioida torticollis arkisissa toiminnoissa, kuten leikki- ja kantoasunnoissa.

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, joka koostuu kirjallisesta raportista sekä tuotoksesta, eli oppaasta. Työn teoreettinen viitekehys muodostuu käsitteistä: torticollis lapsen fysioterapia, vanhempien fysioterapeuttinen ohjaus, alle 1-vuotiaan pään hallinnan kehitys. Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen oppaan arviointiin osallistuivat toimeksiantaja sekä kahden eri pienen lapsen vanhemmat. Raporttia arvioidaan itsearviointin kautta. Oppaseen sekä raporttiin tehtiin tarvittavia muutoksia ja korjauksia saadun palautteen perusteella. Opas löytyy valmiista opinnäytetyöstä liitteenä.

Asiasanat: torticollis, pään hallinnan kehitys, fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta, vanhempien ohjaus, lasten fysioterapia.

Oona Heikura, Nea Rannema  
Physiotherapeutic guidance to parents with a one-year old torticollis child.

Year 2020

Pages

45

Torticollis (twisted neck) is the third most common musculoskeletal disease in newborns. In torticollis a child's head tilts or rotates to one side and the range of motion is limited in head and neck. Torticollis is a long-term disease and the causes of it can be musculoskeletal problems or neurological diseases. Usually torticollis is treated conservatively but sometimes surgery may be required. The conservative treatments involve different stretches and posture treatments. A physiotherapist instructs the movements to the parents and therefore physiotherapeutic guidance and counseling plays a significant role.

The purpose of this thesis was to produce new information about the treatment of a child's torticollis. The aim was to support parents in the daily life with a torticollis child through physiotherapeutic guidance. The task of the thesis was to produce a guide for parents to support the child's handling in daily activities.

This thesis is a co-operation between Laurea University of Applied Sciences and the New Children's hospital. There was a desire arising from the client to produce a guide for the parents of a torticollis child to support the treatment of torticollis. It was hoped that the guide would include easy instructions for the parents in everyday activities, for example in playing and carrying positions.

This thesis is a functional thesis which consists of a written report and the guide for parents. The theoretical framework of the thesis consists of a torticollis child's physiotherapy, parent's physiotherapeutic guidance, development of head control in children under 1 year of age. The representative from the New children's hospital and two parents of a small child participated in the evaluation of the guidebook. The report is evaluated through self-assessment. The necessary changes and corrections were made to the guide and the report based on the feedback received. The guide can be found attached to the completed thesis.

Keywords: torticollis, development of head control, physiotherapeutic guidance and counseling, parental guidance, pediatric physiotherapy.

---

## Sisällys

1	Johdanto .....	7
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä .....	7
3	Teoreettinen viitekehys .....	8
4	Alle 1- vuotiaan pään hallinnan ja motoriikan kehitys yleisesti .....	9
4.1	Alle 6 kuukauden ikävaihe .....	9
4.2	Yli 6 kuukauden ikävaihe .....	11
5	Torticollis käsitteenä .....	12
5.1	Kongenitaalinen muskulaarinen torticollis .....	13
5.2	Rakennepoikkeavuudesta johtuva torticollis .....	14
5.3	Silmäperäinen torticollis .....	15
6	Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta .....	15
6.1	Vuorovaikutus fysioterapeutin ja asiakkaan välillä .....	17
6.2	Vanhempien ohjaus lasten fysioterapiassa .....	18
7	Torticollis lapsen fysioterapia .....	21
7.1	Fysioterapeuttinen tutkiminen .....	22
7.2	Passiivinen venyttely .....	23
7.3	Asentohoidot .....	25
8	Opinnäytetyöprosessi .....	27
8.1	Suunnitteluvaihe .....	28
8.2	Toteutusvaihe .....	30
8.3	Arviointivaihe .....	31
9	Pohdinta .....	32
9.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	34
9.2	Jatkotutkimusehdotukset .....	36
	Kuviot .....	42
	Taulukot .....	42
	Liitteet .....	43

## 1 Johdanto

Torticolliksesta käytetään suomen kielessä nimitystä kierokaula tai vinokaula. Sana torticollis tulee latinan kielestä, torus eli kiertynyt ja collum eli kaula. (Do 2006, 26.) Kierokaulaisuudessa on kyse siitä, että pää on kääntynyt sivulle ja leuka osoittaa kohti kainaloa. Lievä kierokaulaisuus paranee useimmissa tapauksissa konservatiivisella hoidolla, mutta vaikeimmat tapaukset voidaan joutua operoimaan. (Terveyskylä 2019.)

Konservatiivisella hoitolinjalla tarkoitetaan hoitoa, missä ei käytetä leikkauksellisia menetelmiä, eikä lääkkeitä. Fysioterapia on ammattiala, joka on yksi konservatiivisista hoitomuodoista. Fysioterapia käsittää toimintakyvyn, liikkeen, liikkumisen ja terveyden. Fysioterapiassa käytettyjä menetelmiä ovat terapeutin harjoittelu, fysikaalinen ja manuaalinen terapia, ohjaus ja neuvonta, sekä apuvälinepalvelut. Fysioterapia toimii terveyden edistämässä, ennaltaehkäisyssä ja kuntoutuksessa. Näissä kaikissa osa-alueissa huomioidaan yksilön fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. (Duodecim, lääketieteensanasto; Suomen Fysioterapeutit 2016.)

Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Uuden Lastensairaalan kanssa. Työn aihe muodostui yhteistyökumppanin tarpeiden ja toiveiden pohjalta. Opinnäytetyössä tutustuttiin laajasti aiheen teoriapohjaan eri tietokantojen ja ammattikirjallisuuden kautta. Teoriatietoa kirjoitettiin moneen eri lähteeseen perustuen, niin että se olisi mahdollisimman luotettavaa. Uuden Lastensairaalan fysioterapeuttien toiveena oli saada opas torticollis lapsien vanhemmille tukemaan torticolliksen hoitoa. Oppaan toivottiin sisältävän arkeen linkitettäviä lapsen käsittelyohjeita, jotka vanhempien olisi helppo toteuttaa. Tutkitun tiedon pohjalta luotiin opas tukemaan vanhempien arkea.

Tämä työ on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisessa opinnäytetyössä päämääränä on tuottaa toiminnallinen tuotos, sekä osoittaa ammatillista kypsyttä fysioterapiaan. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu raportoinnista ja tuotoksesta. Tässä opinnäytetyössä tuotoksena on torticollis opas, joka perustuu kirjallisen työn pohjalta tehtyihin johtopäätöksiin. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008.)

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

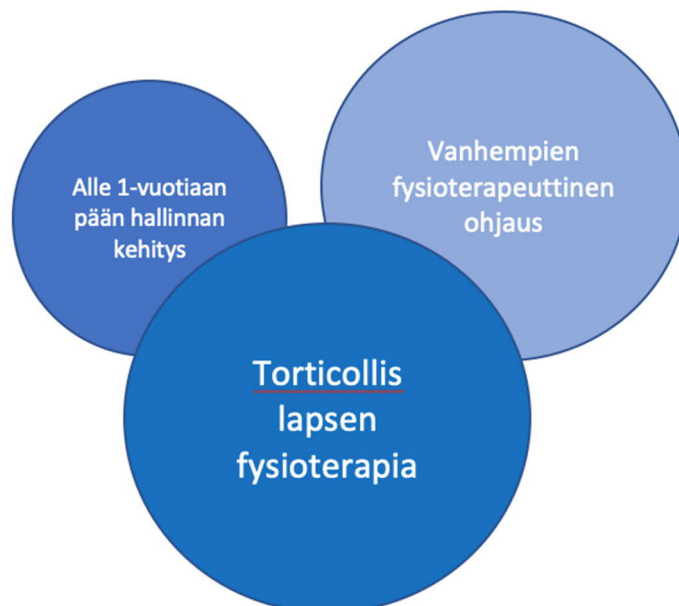
Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa torticollis lapsen käsittelystä vanhemmille arjen eri tilanteisiin. Tavoitteena on fysioterapeuttisen ohjauksen keinoin tukea

torticollis lapsen vanhempia lapsen käsittelyssä arjessa. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa opas vanhemmille tukemaan lapsen käsittelyä päivittäisissä toiminnoissa.

### 3 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat torticollis lapsen fysioterapia, vanhempien fysioterapeuttinen ohjaus ja alle 1-vuotiaan pään hallinnan kehitys. Opinnäytetyössä perehdytään yleisesti torticollikseen ja sen eri muotoihin tieteelliseen tietoon pohjaten. Pään hallinnan normaalia kehitystä avataan opinnäytetyössä lapsen syntymästä yhteen ikävuoteen asti. Opinnäytetyössä fysioterapeuttinen ohjaus ja sen tärkeys korostuu etenkin vanhempien ohjauksessa.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu keskeisten käsitteiden ympärille. Opinnäytetyössä keskitytään torticolliksen konservatiiviseen hoitolinjaan, eikä näin ollen puututa pre- ja postoperatiiviseen hoitolinjaan. Kuvassa 1 on kuvattuna keskeiset käsitteet. Näistä isoimpana käsitteenä torticollis lapsen fysioterapia, seuraavana vanhempien fysioterapeuttinen ohjaus ja pienimpänä alle 1-vuotiaan pään hallinnan kehitys. Torticollis lapsen fysioterapiaan liittyy merkittävästi vanhempien ohjaus, sillä lasten kanssa työskennellessä myös vanhemmat ovat tiiviisti kuntoutuksessa mukana. On myös tärkeää ymmärtää lapsen pään hallinnan normaalin kehityksen vaiheet, sillä torticolliksessa on kyse kaularangan alueen ongelmasta.



Kuva 1 Keskeiset käsitteet



#### 4 Alle 1- vuotiaan pään hallinnan ja motoriikan kehitys yleisesti

Jokaisen lapsen kehitys on yksilöllistä, ja se sisältää monia erilaisia vaiheita, joissa lapsen tulisi oppia tiettyjä taitoja tietyssä järjestyksessä. Lapsen kehittyminen ei kuitenkaan aina ole suoraviivaista, vaan lapsi oppii tiettyjä taitoja samalla kuin toisia. Lapsen ensimmäisten 18 kuukauden aikana lapsi oppii ja kehittyy kaikista nopeimmin. Tällöin lapsi oppii tukeutumaan käsivarsiin, hallitsemaan päätään ja vartaloaan, nousemaan painovoimaa vastaan ylös, kävelemään sekä käyttämään käsiään erilaisissa tilanteissa. Lapsen kehittymisnopeuteen vaikuttavat sekä ympäristötekijät, että lapsen omasta käyttäytymisestä johtuvat seikat. Joissain tapauksissa lapsen kehitys ei ole normaalilla tasolla, tai tämän motoriikassa voidaan havaita poikkeavia liikemalleja. Tällaisessa tilanteessa on hyvin tärkeää selvittää poikkeavuuden syy. (Salpa 2007, 9-10.)

Lapsen motorinen kehitys etenee kefalokaudaalaisesti, eli päästä alaraajoihin. Lapsen pään hallinta kehittyy ennen vartalon hallinnan kehittymistä. Liikkeet ovat alkuun kokonaisvaltaisempia, ja tästä edetessä ne muuttuvat pikkuhiljaa hienovaraisemmiksi. (Kauranen 2011, 346; Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2013, 7-8.) Jo sikiökaudella on havaittavissa, että sikiön pää kehittyy vartaloa ja raajoja nopeammin. Tämän myötä myös sikiön eri aistit pääsevät kehittymään jo kohdussa. Vauvan pää on muuhun vartaloon nähden iso ja painava, eikä niskalihakset ole vielä kehittyneet riittävästi kannattelemaan päätään itsenäisesti. Vastasyntynyt vauva opettelee ennen raajojen liikuttelua pään hallintaa erilaisin keinoin. (Salpa 2007, 25; Kauranen 2011, 246; Mannerheimin Lastensuojeluliitto 2013, 7-8.)

##### 4.1 Alle 6 kuukauden ikävaihe

Alle kahden kuukauden ikäinen lapsi ei vielä hallitse päätään, joten pään ja vartalon välinen asento voi olla epäsymmetrisen näköinen. Lapsen liikkeitä ohjaavat vastasyntyneisyyden vaiheessa primitiiviheijasteet. Vastasyntyneen lapsen pään aktiivinen kääntyminen tapahtuu hamuamisreaktion avulla. Hamuamisreaktio on spontaani liikemalli, mikä tapahtuu vastasyntyneellä lapsella ennen syöttämistä. Lapsen poskea koskettaessa lapsen pää kääntyy kosketuksen suuntaan. Hamuamisreaktioiden avulla lapsi oppii pään hallinnan ja liikkeiden suhdetta vartalonsa keskilinjaan. Nämä valmentavat lasta pään tahdonalaiseen hallintaan. (Salpa 2007, 17; Salpa & Autti-Rämö 2010, 9.)

Vastasyntynyt lapsi saattaa pään kääntyessä sivulle kierähtää kyljelleen, sillä pään ja vartalon liikkeet eivät ole eriytyneet toisistaan. Vatsamakuulla pään liikuttaminen on vielä lähes mahdotonta, ja pää on tällöin kääntyneenä sivulle. Kuukauden iässä vauva pystyy jo kääntää päätään sivulle ollessaan vatsamakuulla. Kun lapselta alkaa onnistua pään nosto ja kääntö, alkavat myös tasapainoelimet aktivoitua. Tämä valmistaa lasta tulevaisuudessa istumisen ja kävelyn oppimiseen. Lasta nostettaessa käsistä ylöspäin, jää lapsen pää vielä roikkumaan huonon

lihasaktivaation vuoksi. Samasta syystä istuma-asennossa lapsen pää vajoaa eteenpäin. (Aitasalo 2014; Salpa 2007, 30-34.)

Kahden kuukauden iässä vauva pystyy kohottaa päätään ollessaan vatsamakuulla. Pään ja vartalon hallinta alkavat kehittyä, minkä avulla vauva oppii aukaisemaan käsiään sekä tuomaan päätään ja käsiään kohti vartalonsa keskilinjaa. Vatsamakuulla lapsi pystyy kannatella ja kääntää päätään jo hieman. Tässä ikävaiheessa kehitty myös asymmetrinen niskaheijaste, jossa pää kääntyy sivulle ja kasvojen puoleiset raajat ojentuvat sekä takaraivon puoleiset koukistuvat. Tämä valmistaa lasta kääntymään kyljelleen ja vatsamakuulle. (Aitasalo 2014; Helsingin kaupunki 2020; Salpa 2007, 43-46.)

Kolmen-neljän kuukauden ikäisenä lapsen symmetrisyys kehitty ja lapsi oppii tunnistamaan kehonsa keskilinjaa tullen tietoiseksi kehonsa kahdesta eri puolesta. Lapsi oppii ensin kahden suunnan hahmottamisen omasta kehosta, ja sitten vasta ympäristöstä. Pään hallinnan kehittyminen mahdollistaa silmien liikkeiden kehittymisen. Lapsi oppii kohdistamaan katseensa kiinnostaviin asioihin, mikä saattaa johtaa pään kääntöliikkeisiin. (Salpa 2007, 51; Aitasalo 2014; Kauranen 2017, 495.)

Vatsamakuulla kolmen kuukauden ikäinen lapsi kykenee kannattelemaan päätään normaalisti noin minuutin ajan, niin että pää on noin 90 asteen kulmassa. Kolmen kuukauden ikäinen lapsi ei kuitenkaan vielä täysin hallitse päätään istumaan vedettäessä. Istumaan vetämisen alussa pää saattaa vielä jäädä vartalolinjan taakse, mitä lapsi saattaa yrittää korjata nostamalla hartioitaan ylös ja katsomalla vetäjää kohti. Tämän liikkeen hallinnan tulisi kehittyä 4-5 ikäkuukauteen mennessä. Istuma-asennossa lapsen pään liikkeet eivät vielä eriydy hartioiden liikkeistä, eikä näin ollen ympärille katseleminen vielä onnistu. (Kauranen 2017, 495; Salpa 2007, 58-59.)

Neljän kuukauden ikäisenä lapsi alkaa pitää päätään keskilinjassa sekä istumaan vedettäessä, että istuma-asennossa. Lapsi osaa vatsamakuulla nostaa rintakehän irti alustasta ja kannatella päätään itsenäisesti. Neljän kuukauden ikäisenä lapsi on kiinnostunut muista lapsista, leikkimisestä ja leluista. (Kauranen 2017, 495; Aitasalo 2014.) Neljään ikäkuukauteen mennessä lapsen tulisi osata pitää päätään keskiasennossa ja tuoda kädet yhteen selinmakuulla. Lisäksi lapsi osaa tukeutua kyynärnojiaan vatsallaan, ja tässä asennossa pitää päätään pystyasennossa kasvot eteenpäin. Lapsi hallitsee painonsiirron, eli osaa tavoitella esimerkiksi lelua toisella kädellään tukeutuen kyynärnojiaan. (Torikka, Ilo, Eskelinen, Lowe & Leppänen 2016, 5-6.)

Lapsi alkaa oppimaan uusien ja vanhojen oppimiensa taitojen ja liikkeiden yhdistämistä 5-6 kuukauden iässä. Uudet liikkeet alkavat mahdollistamaan itsenäisempää liikkumista. Asennon hallinta alkaa tässä ikävaiheessa olemaan selinmakuulla jo erityisen hyvä, tosin lapsi ei enää oikein viihdy tässä asennossa. Lapsen päässä alkaa esiintymään kiertoliikkeitä, ja lapsi saattaa

jaksaa seurata jotakin esinettä useiden minuuttien ajan. (Salpa 2007, 65; Kauranen 2017, 495.)

Ennen puolen vuoden ikää lapsi oppii yleensä myös selinmakuulta vatsamakuulle kääntymisen sekä päinvastoin. Kääntyminen alkaa usein katseen kiinnittämisellä leluun, sitten tapahtuu pään nosto alustalta, painonsiirto ja vartalon kierto. Vatsamakuulla lapsi osaa hallita päänsä liikkeitä eri suuntiin, säilyttäen samalla vartalonsa lihasten hallinnan. Vatsamakuulla painopiste on siirtynyt alemmas vartalolla, mikä mahdollistaa lapsen tukeutumisen yläraajoihinsa. (Aitasalo 2014; Salpa 2007, 70-73.)

Istuma-asennossa lapsen tasapainon säilyttämistä alkavat tukea vartalon ja pään taivutukset. Istumaan vedettäessä lapsi osaa jo hallita päänsä asennon suhteessa keskilinjaan, mutta huono vartalonhallinta ei mahdollista vielä itsenäistä istumista. Lasta tuettaessa pään ja vartalon hallinta riittävät pystyasennon säilyttämiseen. (Kauranen 2017, 495; Salpa 2007, 77-80.)

#### 4.2 Yli 6 kuukauden ikävaihe

Seitsemän kuukauden ikäinen lapsi osaa istua itsenäisesti pää pystyssä. Tässä iässä lapsi on myös oppinut kääntymisen aktiivisesti selinmakuulta vatsalleen, ja päin vastoin. (Kauranen 2017, 495.) Seitsemään ikäkuukauteen mennessä lapsi tarttuu yhdellä kädellä esineisiin, ja osaa siirtää esineitä toisesta kädestä toiseen. Vauva alkaa oppia ryömimistä ja konttaamista, ja pääsee näin tutustumaan uudella tavalla ympäristöönsä 7-8 kuukauden iässä. (Aitasalo 2014; Helsingin kaupunki 2020.)

Lapsi alkaa 8-10 ikäkuukauden aikana yhdistelemään hieno- sekä karkeamotoriikkaa hallitessaan perustaidot ja tätä kautta oppii yhä monimutkaisempia taitoja. Lapsi lähtee vatsa- ja kylkimakuulta tavoittelemaan mielekästä lelua kääntäen pään lelun suuntaan, saaden aikaan vartalon painon siirtymisen vastakkaiselle puolelle ja kasvojen puoleisen kyljen supistumisen. Tätä liikkumistyyliä kutsutaan kellonviisarikiertymiseksi. (Kauranen 2011, 495; Salpa 2007, 87.)

Konttausasennon ja konttaamisen oppiminen alkaa kehittyä ryömimisestä. Aluksi lapsi siirtyy paikasta toiseen pyörimällä vatsallaan ja ryömimällä, ja siirtyy tästä pikkuhiljaa aktiiviseen ryömimiseen sekä konttaamiseen. Näiden taitojen kehittyessä lapsi pystyy itsenäisesti siirtymään istuma-asentoon ja siitä pois, jolloin itsenäinen istuminen alkaa onnistua. Konttausasennon opittuaan lapsi pystyy polviseisonnan kautta harjoittelemaan seisomaan nousua tukea vasten. (Helsingin kaupunki 2020; Salpa 2007, 89-91.)

Lähes vuoden ikäinen lapsi alkaa olla monissa liikkeissään jo itsenäinen. Leikkiminen alkaa sujua, kun asennonhallinta, käden ja silmän yhteistyö, koordinaatio sekä itsenäinen liikkuminen

kehittyvät. Ensimmäiseen ikävuoteen mennessä lapselle muodostuu istuma-asennosta toiminnallinen leikkiasento. Lapsi oppii seisomaan nousun toispolviseisonnan kautta. Alussa asennon ylläpitäminen vaatii useiden lihasryhmien yhtäaikaista aktivoimista. (Salpa 2007, 110.)

Kävely alkaa kehittyä 12-18 kuukauden ikävaiheessa. Alkuun lapsi kaatuilee paljon, mutta hyvä pään hallinta estää usein selälleen kaatumisen, ja lapsi kaatuu usein istuma-asentoon. Lapsen pään eteen-taakse-liikkeen hallinta edesauttaa asennon säilyttämisen taitoa. Lapsi aloittaa kävelyn harjoittelun yleisimmin huonekaluihin tukeutumalla. Lapsi oppii myös kulkemaan niin, että pitää käsillään kiinni vanhemman käsistä ja liikkuu näin eteenpäin. Kävelyä harjoitellessa lapsi ottaa sivuaskeleita tukea vasten, ja näin tasapaino ja pystyasennon hallinta varmentuvat. Lapsi oppii menemään hallitusti seisoma-asennosta takaisin lattialle. Lapsen tulisi normaalin kehityksen mukaisesti oppia itsenäinen kävely viimeistään 16 ikäkuukauden mennessä. (Salpa 2007, 110-112; Kauranen 2017, 495; Helsingin kaupunki 2020.)

## 5 Torticollis käsitteenä

Torticolliksesta käytetään suomen kielessä nimitystä kierokaula tai vinokaula. Sana torticollis tulee latinan kielestä, torus eli kiertynyt ja collum eli kaula. Torticollis-termiä käytetään, kun lapsen pää on pitkäaikaisesti kallistuneena ja kiertyneenä toiselle puolelle vartalon keskilinjasta. Tämä virheasento voi olla peräisin neurologisesta sairaudesta tai lihaksiston tai luuston ongelmasta. (Do 2006, 26; Doyle 2012.) Kierokaulaisuudessa on kyseessä siitä, että pää on kääntynyt sivulle ja leuka osoittaa kohti kainaloa. Lievä kierokaulaisuus paranee useimmissa tapauksissa konservatiivisella hoidolla, mutta vaikeimmissa tapauksissa voidaan päätyä leikkaushoitoon. Yleisimmät torticolliksen merkit ovat lapsen pään jatkuva kallistuminen toiselle puolelle leuan osoittaessa toisen olkapään suuntaan, sekä lapsen haluttomuus kääntää päätään toiseen suuntaan. Torticolliksessa on tyypillistä, että kaularanka on jatkuvasti toiselle puolelle lateraalifleksiossa, eli sivutaivutuksessa. (Terveyskyä 2019; Burke 2018; Öhman ym. 2011, 463.)

Torticolliksen toteamisessa on tärkeää erottaa syy mistä se on peräisin. Torticollis voi lapsilla johtua silmä-, kaularanka- tai lihasperäisestä syystä. Lihasperäinen torticollis tunnetaan paremmin nimellä kongenitaalinen muskulaarinen torticollis (KMT). Torticollis on vastasyntyneillä tuki- ja liikuntaelin sairauksista kolmanneksi yleisin lonkkaluksaation ja kumpurajalkaisuuden jälkeen. (Boston Children's Hospital; Do 2006, 26; Öhman, Mårdrbrink, Stensby & Beckung 2011, 463; Terveyskyä 2019.)

Lapsi kehittyy nopeaan tahtiin ensimmäisten elinkuukausien aikana. Näin ollen torticollis voi vaikuttaa merkittävästi lapsen normaaliin kehitykseen ja viivästyttää sitä. Torticollis voi vaikuttaa esimerkiksi lapsen pään hallinnan ja tasapainon kehitykseen. Lisäksi torticollis voi

viivästyttää istumisen ja kävelyn oppimisen kehitystä. Lapsi mielellään suosii vain sitä puolta, mihin suuntaan pää on kääntynyt. (Doyle 2012.)

### 5.1 Kongenitaalinen muskulaarinen torticollis

KMT on lyhenne yhdestä torticolliksen muodosta, joka on kongenitaalinen muskulaarinen torticollis. KMT:n aiheuttajana on aina jokin tuki- ja liikuntaelimistön ongelma. KMT todetaan yleensä pian synnytyksen jälkeen tai sen yhteydessä. (Haque ym. 2012, 2,10; Doyle 2012.) Siinä päänkiertäjälihakset eli m. sternocleidomastoideus (SCM) on toispuoleisesti joko lyhentynyt, supistunut tai sidekudostunut. Tämä voi johtua muutamista syistä, joista yleisimpiä ovat vauvan asento kohdussa ennen syntymää, lihaksen epänormaali kehitys, tai synnytyksessä tapahtunut vaurio kohdistuen SCM-lihakseen. Harvinaisimmissa tapauksissa kongenitaalinen muskulaarinen torticollis voi olla peräisin jostakin muusta sairaudesta tai syystä, joita ovat muun muassa lyhentynyt niska, normaalia lyhyemmät raajat, Klippel Feilin oireyhtymä ja akondroplasia. (Boston Children's Hospital; Öhman ym. 2011, 463.) M. sternocleidomastoideus lähtee rintalastan yläosasta sekä solisluusta ja se kiinnittyy ohimoluun kartiolisäkkeeseen. Päänkiertäjälihaksen tehtävänä on kohottaa leukaa, ja kiertää leukaa vastapuolelle. Sternocleidomastoideus lihas on ihmisillä molemmin puolin kaulaa. (Sand ym. 2016, 254.)

Lapsella, jolla on torticollis, on kaularangan ja niskan alueen lihaksistossa yleisimmin merkittävää lihasepätasapainoa, eli oikean ja vasemman puolen lihakset eivät ole yhtä vahvat verrattuna toisiinsa. Tutkimuksissa on huomattu, että vaurioituneen puolen SCM-lihas on tervettä puolta vahvempi. Terveen puolen SCM-lihas on heikompimpi kuin mitä sen tulisi olla normaaliin ikätasoon nähden. Vastaavaa lihasepätasapainoa ei ole löydetty terveiltä henkilöiltä. (Öhman ym. 2011, 63-64.)

Yleisin lasten torticolliksen muoto on kongenitaalinen muskulaarinen torticollis. KMT:n yleisimpiä oireita ovat muun muassa pään ja niskan lihasten rajoittunut liikelajisuus, pää ja leuka ovat eri suunnissa keskilinjaan nähden, tai SCM-lihaksessa on pieni patti/kyhmy. Lisäksi tuki- ja liikuntaelimistön ongelmia saattaa esiintyä muuallakin kuin vain pään ja kaulan alueella. (Boston Children's Hospital.)

KMT:n etiologia on tuntematon. Vaikka sille on luotu useita teorioita, ei niille kuitenkaan löydy tutkimusnäyttöä. KMT:n riskitekijöitä ovat esimerkiksi syntymäpaino, miessukupuolisuus, ensisynnyttävä äiti, komplikaatiot raskaudessa ja synnytyksessä, monisynnytys, perätilasynnytys, poikkeavuudet äidin kohdussa sekä kaulan ympäri kietoutunut napanuora. Yleisin käytetty teoria selittämään torticollista on sikiön poikkeava asettuminen kohdussa. Teorioina sternocleidomastoideuksen lyhentymiseen on käytetty myös kaularangan eteentaivutuksen, sivutaivutuksen ja kierron aiheuttamaa kompressiota, joka voi aiheuttaa lihaksen vaurioitumisen. Kompression lisäksi lyhentymistä on selitetty kaularangan ja raajojen voimakkaan ojentumisen ja päänkiertäjälihaksen ylivenytetystä asennosta koituvaa verenpurkausta, joka saa

hyytyessään aikaan lihaksen lyhenemisen. (Gundrathi, Cunha, Mendez 2020; Burch ym. 2009, 1; Haque ym. 2012, 2-10)

KMT-diagnosoiduista vauvoista 30-60%:lla on taustalla vaikea synnytys. Kuitenkin myös keisari-leikatuilla vauvoilla on diagnosoitu KMT:tä, minkä vuoksi tutkijat epäilevät taustalla vaikuttavan myös perinnölliset tekijät. Myös ympäristötekijöillä on huomattu olevan vaikutusta KMT:n diagnosoinnissa. Yhdysvalloissa vallitsi vuonna 1992 kampanja, jossa suosittiin vauvojen nukkuttamista selällään, minkä jälkeen luvut kaularangan virheasentojen diagnosoinnista lähtivät nousuun. (Burch ym. 2009, 2; Luther 2002, 21-22; Shepherd 1995, 293.)

KMT voidaan luokitella kolmeen eri luokkaan, sen mukaan onko m. sternocleidomastoiduksessa palpoitavissa kyhmy, palpoitavissa oleva strenocleidomastoideus lihaksen kireys tai asentoperäinen torticollis, jolloin palpoitavissa ei ole kyhmyä eikä kireyttä. Palpaatiolla tarkoitetaan käsin tunnustelemista. Kyhmy havaitaan tavanomaisesti noin kahden viikon jälkeen syntymästä ja se häviää tyypillisesti 4-8kk ikään mennessä. (Bidermann 2004, 292.; Karmel-Ross 2011, 21-22.)

## 5.2 Rakennepoikkeavuudesta johtuva torticollis

Kaularangan rakennepoikkeavuuksia on useampia eri muotoja. Näistä yleisimpiä ovat nikamien yhteensulautuminen, puolินิกama sekä luusiltamuodostumat. Nikamien yhteensulautumisesta käytetään myös nimikettä Klippel-Feilin oireyhtymä. Klippel-Feilin oireyhtymässä kaikki nikamat eivät välttämättä sulaudu yhteen, jolloin useimmiten jäljellejääneisiin nikamaväleihin muodostuu epävakautta, mikä saattaa vaatia luudutusta. Rakennepoikkeavuuksissa pään vino asento aiheutuu kaularangan yläosan epäsymmetrisestä nikamarakenteesta, jolloin oiretta voidaan kutsua torticollikseksi. Tällaisen tilanteen yleisin aiheuttaja on hemiatlas. Hemiatlak-  
sessa on kyse siitä, että toinen pään kannattajanikaman sivuosista ei muodostu ollenkaan. Virheasentoa voidaan hoitaa sekä operatiivisesti että konservatiivisesti. Operatiivisessa hoidossa asento korjataan luuduttamalla kallonpohja kaularangan yläosaan. Operatiivisessa hoidossa voidaan myös poistaa puolินิกama, mutta operatio on riskialtis, sillä kaulanikamien sisällä kulkee nikamavaltimo. Useimmissa tapauksissa kuitenkin konservatiivinen hoitolinja riittää. (Helenius 2016.)

Klippel-Feilin oireyhtymä on diagnosoituaan hyvin harvinainen, eli vain pieni osa torticollisista on siitä peräisin. Klippel-Feilin oireyhtymä voidaan todeta, kun vastasyntyneellä vauvalla vähintään kaksi niskanikamaa ovat sulautuneet yhteen. Klippel-Feilin oireyhtymän kolme tunnusmerkkiä ovat: lyhyt kaula, joka voi aiheuttaa kasvojen puolieroja, matala hiusraja, sekä kaularangan rajoittunut liikkuvuus taivutuksissa ja kierroissa. Oireyhtymässä on tyypillistä, että potilaalla on vähintään yksi näistä tunnusmerkeistä, mutta on harvinaisempaa, että nämä

kaikki kolme toteutuvat. Tyypillisimpiä Klippel-Feilin oireyhtymän oireita ovat: torticollis, skolioosi, niska- ja selkäkipu, päänsärky, selkäydinkanavan ahtauma, ja selkärangan rappeuma. (Rehan 2019.)

### 5.3 Silmäperäinen torticollis

Intian yliopistossa on tehty tutkimus, jossa lapsella epäiltiin torticollista, ja haluttiin selvittää torticolliksen aiheuttaja. Tutkijat rupesivat poissulkemaan eri aiheuttajia, ja lopulta syyksi saatiin silmäperäinen torticollis eri tutkimusten perusteella. Tutkimuksissa huomattiin, ettei lapsen kaularangassa esiintynyt liikerajoitteita, eikä palpoitaessa noussut esiin sternocleidomastoideus-lihaksen kireystiloja. Ortopedi arvioi tilanteen, ettei torticolliksen syy ollut myöskään luustoperäinen. Silmälääkäri arvioinnissa tehtiin löydös oikean silmän karsastuksesta, jossa silmän liikuttajalihas ei toiminut normaalisti ja oli heikompi verrattuna vasemman silmän lihakseen. Tällaisessa tilanteessa pää kiertyy heikomman silmän puolelle, eli tässä tapauksessa oikealle. Tutkimuksessa todettiin, että karsastus on yleisin syy silmäperäisellä torticollikselle, ja sen esiintyvyys on 18% ei-lihasperäisistä torticolliksista. Silmäperäisessä torticolliksessa aikainen diagnosointi on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. Kaikkia potilaita, joilla todetaan torticollis ilman ortopedista syytä, suositellaan menemään silmälääkäriin tutkimaan. Näissä tapauksissa silmälääkäri vastaa torticolliksen hoidosta. (Narayanappa, Rajani, Anita & Rashmi 2013.)

Silmäperäinen torticollis on yleisimmin lähtöisin silmien karsastuksesta. Karsastuksessa on kyse siitä, että silmät eivät pysty katsomaan yhtäaikaaisesti samaan kohteeseen. Karsastus voi esiintyä piilevänä, ajoittaisena tai jatkuvana. Lapsen karsastusta epäiltäessä neuvolassa lapsi saa lähetteen silmälääkärille tarkempiin tutkimuksiin. Karsastuksen oireet vaihtelevat eri asteittain. Vaikeissa tapauksissa voi näyttää siltä, että silmät katsoisivat täysin eri suuntiin. Lievimmissä tapauksissa puolestaan silmät katsovat eri suuntiin vain tietyssä suunnassa. Kaikkein voimakkain karsastuksen muoto on, kun lapsi näkee asiat kahtena, tämä saa aivot pysäyttämään toisen kuvan, jolloin toisen silmän näön kehitys heikentyy. (Terveyskylä 2019; Seppänen 2018.)

## 6 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

Fysioterapia on luonnonmukainen hoitokeino, missä hyödynnetään kehon omia fysiologisia parantumismekanismeja oireiden parantamiseen, lievittämiseen tai ennaltaehkäisyyn. Fysioterapian sisältö voi vaihdella saman oireen omaavilla hyvinkin paljon eri yksilöiden välillä riippuen heidän toimintakyvystään ja rajoitteistaan. Fysioterapiasuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Fysioterapian päätavoitteena on aina toimintakyvyn

ylläpitäminen, edistäminen tai toimintakykyä uhkaavien tekijöiden ennaltaehkäisy. (Kauranen 2017, 10.)

Asiakkaan ja fysioterapeutin välinen vuorovaikutus katsotaan kuuluvan terveysviestinnän piiriin. Terveysviestintä on vuorovaikutusta, joka liittyy terveyteen, sairauteen, lääketieteeseen tai terveydenhuoltoon. Vuorovaikutukseen katsotaan vaikuttavan osallistujien ominaisuudet, joita ovat sukupuoli, ikä, koulutus, viestintätyyli ja viestintätaidot. Terveysalan ammattilaisen ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa pääpaino muodostuu asiakkaan kokeman tyytyväisyyden ympärille. Asiakkaan kokemaan tyytyväisyyteen vaikuttavat vastaanoton ilmapiiri, asiakkaan saama informaation määrä, ammattilaisen myönteinen puhe ja äänenpainot sekä ammattilaisen ja asiakkaan välinen tasavertaisuus. Asiakkaalle on myös tärkeää, että ammattilainen selittää asiat selkokielellä, eikä puhu pelkkää ammattisanastoa, niin ettei asiakas ymmärrä mistä on kyse. (Kukkohovi 2004, 6-9; Holopainen & Lausmaa 2018.)

Fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan keskiössä on asiakkaan toimintakykyä edistävä ohjeistus liikuntaharjoitteluun ja tarvittaessa kivun hallinta fysioterapeuttisia hoitomenetelmiä hyödyntäen. Ohjauksessa voidaan tänä päivänä hyödyntää perinteisen manuaalisen ja verbaalisen ohjauksen tukena myös teknologiaa esimerkiksi erilaisten sovellusten ja etäkuntoutuksen avulla. (Savolainen & Partia 2018, 13.)

Asiakasta voidaan lähestyä biomekaanisen tai biopsykososiaalisen näkökulman kautta. Biomekaaninen lähestymistapa keskittyy asiakkaan fyysisiin ongelmiin, eli tässä ihmistä lähestytään oireiden kautta ja tämän takia se onkin saanut kritiikkiä. Biopsykososiaalinen puolestaan lähestyy ihmistä kokonaisuutena, ottaen huomioon fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen puolen. Ihmisen sairautta tai vaivaa ei lähestytä vain oireiden kautta, vaan mukaan otetaan asiakkaan kokemat tunteet, asenteet, uskomukset ja elämäntilanne. Asiakkaat kokevat biopsykososiaalisen lähestymistavan olevan biomekaanista parempi, sillä siinä nimenomaan otetaan huomioon sosiaalinen ja psykologinen puoli. Terveysalan ammattilaiset saattavat kokea biomekaanisen lähestymistavan paremmaksi, sillä sitä ajatellaan nopeampana tapana käydä vuorovaikutusta. Tutkimusten mukaan se ei kuitenkaan ole sen nopeampaa. (Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen & Vainio 2018, 268; Kukkohovi 2004, 10.)

Ohjaus ja neuvonta on yksi fysioterapeutin ydinosuutensa osa-alueista ja tätä kautta yksi isoimmista osista fysioterapeutin työssä. Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta on asiakkaiden, yhteisöjen, ryhmien ja yhteiskunnan terveyttä ja toimintakykyä edistävää toimintaa, jossa hyödynnetään erilaisia ohjaus- ja neuvontamenetelmiä kuten manuaalista, verbaalista ja digitaalista. Ohjauksella pyritään aktivoimaan asiakasta terapian suhteen sekä vaikuttamaan asiakkaan asenteisiin, motivaatioon ja välittää tietoa asiakkaalle. Ohjauksessa fysioterapeutit hyödyntävät verbaalista, visuaalista ja manuaalista ohjausta. Tiedon antaminen, neuvonta, konsultaatio, oppiminen ja terapia ovat ohjauksen eri elementtejä, josta koko



kokonaisuus koostuu. Jokainen ohjaustilanne on erilainen ja tässä tärkeää on muistaa yksilöllisyys. Ohjaukseen käytettävät elementit määräytyvät tilanteen, tavoitteiden ja käytettävien menetelmien mukaisesti. (Kukkohovi 2004, 19; Suomen Fysioterapeutit 2020; Vänskä ym. 2011, 19.)

Fysioterapeuttisessa ohjauksessa lähtökohtana on laatia yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteet fysioterapialle ja asiakasta tuetaan suuntaamaan voimavaransa niitä kohden. Tavoitteet ovat aina yksilöllisiä ja asiakaslähtöisesti asetettuja, joten saman asiakasryhmän yksilöille ei voida suoraan asettaa samoja tavoitteita. Tavoitteita asettaessa tulee ottaa huomioon asiakkaan omassa elämässä esiintyvät tilanteet, joihin kaivataan fysioterapeutin ammatillista apua. Tavoitteen asettamisessa tulee myös huomioida, millainen realistinen toimintakyky on mahdollista saavuttaa ja missä aikataulussa fysioterapian keinoin. Tavoitteiden asettamisessa voidaan hyödyntää erilaisia keinoja ja menetelmiä. (Autti-Rämö ym. 2015, 5-6; Veijola ym. 2015, 32-33; Suomen Fysioterapeutit 2020.)

Kela on luonut asiakkaan tavoitteen asettamista varten GAS-menetelmän, jota voidaan hyödyntää myös fysioterapiassa eri ikäisillä asiakkailta. Se on asiakaslähtöinen menetelmä, jossa asiakas toimii oman elämänsä asiantuntijana. GAS-menetelmässä tavoitteiden tulee aina olla mitattavissa ja saavutettavissa olevia, sekä niiden tulisivat olla realistisia ja noudattaa sovitua aikataulua. Keskimäärin tavoitteita asetetaan yhdelle asiakkaalle 1-3 tilanteesta riippuen. GAS-asteikossa tavoitteet ovat -2, -1, 0, +1 ja +2. Tavoitetaso on 0, ja miinuksen puolella olevat lukemat tarkoittavat, ettei muutosta ole juurikaan tapahtunut. Jos tavoite saavutetaan paremmin kuin on oletettu, voidaan saavuttaa lukemat +1 tai +2. (Sukula & Vainiemi 2015, 5-9.)

## 6.1 Vuorovaikutus fysioterapeutin ja asiakkaan välillä

Tutkimuksissa on huomattu, että fysioterapeuttien ohjaus on usein asiantuntijakeskeistä, eli ei niinkään asiakaslähtöistä toimintaa. Tällaisissa tilanteissa asiakkaan kuunteleminen jää vähälle ja fysioterapeutti suunnittelee kuntoutuksen itse. Ennen ohjattavan rooli on ollut passiivinen, jolloin ohjaaja on toiminut enemmän tilannetta johtavana. Tätä on kuitenkin muutettu ja viimeisimmän tiedon mukaan ohjauksessa korostetaan asiakkaan oman elämänsä asiantuntijuutta. Tavoitteena on, että asiakas on aktiivinen päätökseen tekoon osallistuva tasavertainen kumppani. Kuntoutuksen tulisi lähteä asiakaslähtöisyyden kautta, jossa asiakas ja fysioterapeutti tuovat vuorovaikutukseen oman persoonansa ja osaamisensa. (Kukkohovi 2004, 22; Vänskä 2012, 26; Valvio 2010, 67.)

Terapiasuhteen luomisen alkuvaiheessa on tärkeää keskittyä dialogisuuteen ja vuorovaikutukseen, sillä niillä on suuri vaikutus suhteen rakentamiseen. Haastattelun avulla fysioterapeutti

kartoittaa asiakkaan tilannetta ja esittää asiakkaalle erilaisia kysymyksiä, joiden avulla on tarkoitus aktivoida asiakasta keskusteluun. Fysioterapeutin tulee olla tilanteessa läsnä, kuunnella sekä reagoida asiakkaan kertomiin asioihin. Asiakas voi kokea rauhallisuuden tunnetta ja sopeutumista terapiaan, kun asiakas kokee itsensä kuulluksi ja ymmärretyksi. Asiakaslähtöisyyden kautta pystytään rakentamaan luottamuksellinen terapiasuhte, jossa asiakas ja fysioterapeutti ovat yhdenvertaisia kumppaneita. Dialogisuudessa ei ole kyse vain pelkästä keskustelusta, vaan sen tarkoituksena on antaa asiakkaalle mahdollisuus muutosprosessiin. Fysioterapeutin tulee jakaa omaa tietoaan ja taitoaan, minkä lisäksi omaa persoonaa tulee käyttää avoimesti yhtenä työkaluna. (Talvitie ym. 2006, 185; Ojanen 2006, 62; Holopainen & Lausmaa 2018.)

Dialogeista voidaan ohjauksen yhteydessä puhua avoimesta ja teknisestä dialogista. Avoin dialogi keskittyy toisen kunnioittamiseen, toisen asemaan asettumiseen, sekä hyväksymiseen, vaikka olisi asiasta henkilökohtaisesti eri mieltä. Avoimen dialogin keskeisiä asioita ovat kuunteleminen ja kysyminen, jolloin vuorokuuntelu korostuu molemmin puolin. Teknisessä dialogissa puolestaan keskiössä ovat laskelmoiva ja tekninen asennoituminen, joissa inhimillinen muutoksen mahdollisuus jää hyvin pieneksi. Sen keskeiset tunnuspiirteet ovat asioiden tietämisessä, jossa asioiden pohtimiselle ja ihmettelylle ei jää tilaa. Perheiden kanssa työskennellessä tulisi hyödyntää avointa dialogia, sillä kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen ovat keskeisiä piirteitä perheiden kohtaamisessa. Ammattilaisen yksi tärkeimmistä tehtävistä on saada lapsen ja vanhempien ääni kuuluvaksi. Tämä korostuu varsinkin silloin kun lapsi on pieni, eikä vielä osaa itse sanoittaa toiveitaan ja tarpeitaan. Ammattilaisen tulee työskennellä kunnioittavasti, kiinnostuneesti sekä myötätuntoisesti perheiden kanssa. (Ojanen 2006, 64-70; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Hyvällä vuorovaikutuksella on merkittävä vaikutus myös vauvan taitojen harjoittamisessa. Vauva oppii kuuntelemaan ja matkimaan puhetta esimerkiksi erilaisten laulujen ja lorujen kautta. Ilmeet ja eleet voivat innostaa vauvaa erilaiseen touhuiluun. Vauvat hakevat aktiivisesti katsekontaktia. Heille merkityksellisiä asioita vuorovaikutuksessa ovat ilmeet, reaktiot, äänen painot sekä vanhemman liikehännän kautta välittyvät viestit tunteista. Vauvan tapa kommunikoida vuorovaikutuksessa vanhemman kanssa on hyödyntää eleitä ja ilmeitä. Vauvan kanssa yksi tärkein vuorovaikutuksen keino on kosketus. Kosketus viestittää vauvalle turvallisuuden tunnetta ja se rauhoittaa, lievittää levottomuutta sekä parantaa unenlaatua. (Eskelinen ym. 2016, 6-11; Väestöliitto 2019; Varhainen vuorovaikutus 2019.)

## 6.2 Vanhempien ohjaus lasten fysioterapiassa

Vanhemmat eivät lähtökohtaisesti varaudu etukäteen siihen, että lapsella olisi jokin sairaus tai erityistarve. Tällaisessa tilanteessa vanhemmat ovatkin usein pelokkaita, ja ulkopuolisen

tuen tarpeessa. Vanhemmillä voi kulua aikaa siihen, että kyky toimia erityislapsen vanhempana kehittyy. Vanhempien ohjauksessa lähtökohdaksi on antaa vanhemmille taidot ymmärtää, mitä oma lapsi milloinkin tarvitsee ja mikä tukee lapsen kuntoutusta. Vanhempia ohjattaessa ammattilaisen tulisi toimia empaattisesti, avoimesti ja rohkaista vaikeissa tilanteissa.

(Burslen, McAtasney, McGarrity, Old, Sellar & Todd 2016, 42.)

Ohjaamisen tärkeys korostuu yleisesti sosiaali- ja terveysalalla. Perhettä ohjattaessa korostuvat vuorovaikutuksen tärkeys ja vanhempien ohjaaminen sekä osallistaminen. Terveystieteen ammattilaisella on suuri vastuu antaa vanhemmille ohjausta etenkin silloin, kun kyseessä on pieni lapsi. Luottamus, rehellisyys ja molemminpuolinen sitoutuminen yhdessä asetettuihin tavoitteisiin sekä toimintaan ovat keskiössä koko hoitopolun ajan. Hoitopolku koostuu eri osa-alueista, joita ovat ohjaustarpeen määrittely, ohjauksen suunnittelu ja toteutus sekä lopuksi ohjauksen vaikuttavuuden arviointi. Lähtökohdaksi kaikessa hoidossa tulee olla asiakas eli lapsi ja hänen perheensä. Asiakaslähtöisyydellä saadaan tuettua hoitoa ja sen toteutumista sekä vanhempien osallistamista koko prosessiin. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5-6; Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10.)

Vanhempien ohjaus lähtee liikkeelle perhekeskeisyyden kautta. Perhekeskeisyyden lähtökohdaksi on yhteinen päätöksenteko perheen ja lasta hoitavan tahon kanssa. Päätöksenteossa on muistettava, että vanhemmat ovat yhtenä asiantuntijana mukana hoitoprosessissa sekä erilaisissa päätöksissä lasta koskevista asioista. Merkittävimpiä periaatteita perhekeskeisyydessä ovat tiedonjakaminen, erilaisuuden hyväksyminen, keskinäinen kunnioitus, yhteistyö sekä neuvottelevuus. Tärkeitä käsitteitä perhekeskeisyydessä ovat kunnioittava kohtelu, avoin vuorovaikutus ja oikean tiedon välittäminen. Perhekeskeisellä hoidolla pyritään edistämään perheen kokonaisvaltaista selviytymistä arjessa lapsen sairauden kanssa. (Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons & Neff 2011, 297-298; Lehto 2004, 11.)

Lasten fysioterapiassa tulee vahvasti ottaa huomioon lapsen lisäksi myös tämän vanhemmat, sekä perheen yleinen toimintaympäristö. Fysioterapeutilla on tärkeä rooli ottaa vanhemmat kuntoutuksen alusta alkaen osaksi lapsen kuntoutumista. Ei riitä, että fysioterapeutti olettaa vanhempien suoraan olevan osa kuntoutusta, vaan fysioterapeutin tulee osata osallistaa vanhemmat uuteen tilanteeseen mukaan. On kuitenkin selvää, että vanhempien ja ammattilaisten näkökulmat lapsen kuntoutukseen ovat erilaiset, vaikkakin molemmat tahot haluavat tukea lapsen kuntoutumisprosessia. Lasten terveydenhuollossa onkin olennaista huomioida myös vanhemmat niin sanottuina potilaina. Ohjaus kohdistetaan tasavertaisesti niin lapselle, kuin vanhemmalle, riippuen lapsen iästä. On huomattu, että mikäli vanhemmat osallistuvat aktiivisesti lapsen kuntoutukseen ja hoitoon, tarvitsevat he tähän paljon tukea ja ohjausta hoitohenkilökunnalta. (Koivikko & Sipari 2006, 77; Lehtonen ym. 2008, 4 & Lehto 2004, 22-29; Burslen ym. 2016, 42.)

Lapsen fysioterapeuttisessa ohjauksessa vanhempien ohjaus muodostuu yhdeksi, ellei tärkeimmäksi osaksi lapsen kuntoutusprosessia. Ellei fysioterapeutin toteuttama vanhempien ohjaus onnistu, ei myöskään voida olettaa, että suunniteltu kotiharjoittelu onnistuisi, sillä vanhempi on sen toteutumisesta päävastuussa. Vanhemman sitouttamista lapsensa kuntoutukseen voidaan lisätä ammattilaisten tuella ja lapsen tilanteesta riittävästi tiedottamalla. Hyvää yhteistyötä ammattilaisten ja vanhempien välillä voi tapahtua, jos työskentely on molemmin puolin luottamuksellista ja kunnioittavaa. Lähestymistavan tulisi olla yhteistyöhön perustuvaa. Ammatillaisen tehtävänä lapsen kuntoutuksessa on ohjata tiedon ja käytännön ohjeiden kautta vanhempia. Vanhempien ohjaus lapsen fysioterapiassa ei ole vain kuntoutuksesta kertomista ja perehdyttämistä. Vanhemmille tulee sen sijaan antaa myös mahdollisuus kertoa omat mielipiteensä siitä, mitä tarvitaan ja mitä he ovat valmiita tekemään osana lapsen kuntoutusprosessia. Fysioterapeutin tulee ymmärtää perheiden kulttuurierot, sosioekonomiset tekijät, vanhempien kyvyt, sekä tunnistaa vanhempien ulkoisten apujen tarve. (Koivikko & Siipari 2006, 37, 102; Burslen ym. 2016, 42.)

Lasten fysioterapiassa hyödynnetään useissa tapauksissa jonkinlaisia kotiharjoitteita. Vanhempien pystyvyyden tunnetta, ja ymmärrystä harjoitteiden soveltamisesta pystytään lisäämään, kun vanhemmat ymmärtävät mitkä ovat kotiharjoitteiden tavoitteet. Kotiharjoitteiden lähtökohtana tulisi kuitenkin olla perheen arjen sujuminen. Harjoitteet voidaan lisätä joustavasti arjen toimintoihin, mutta joissain tilanteissa vanhemmat saattavat kuitenkin kokea lapsensa kotiharjoitteista kuormittuneisuutta. Mikäli vanhemmat kokevat tällaisesta stressiä, jää harjoitteiden teko yleensä vähäiselle. Näin ollen olisi tärkeää tunnistaa mahdolliset kuormitustekijät ajoissa, ja toimia mahdollisimman asiakaslähtöisesti. Harjoitteluun liittyvän kuormittuneisuuden on huomattu olevan yhteydessä siihen, ettei perheen arkea ole huomioitu ammattilaisten toimesta riittävässä määrin. Harjoittelun onnistuminen puolestaan lisää vanhempien onnistumisen kokemuksia, ja he saavat konkreettisia merkkejä lapsen toimintakyvyssä siitä, miksi harjoitteita on kannattanut tehdä. Vanhemmille onkin erityisen tärkeää huomata lapsen toimintakyvyn edistyminen ja tätä kautta toiminnan helpottaminen. (Rosendahl 2015, 19-20.)

Lasten kuntoutuksessa on todettu olevan merkityksellistä se, että suurin osa fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja harjoittelusta toteutetaan lapsen kotona muiden kuin terapeuttien toimesta, eli esimerkiksi vanhempien toimesta. Lapsen iänmukaisen harjoittelun ja toiminnan tukeminen arjessa lisää yleistä hyvinvointia sekä kehitystä. Kuntoutuksessa keskiössä on yksilöllisyys, mikä tulee huomioida esimerkiksi harjoittelutilassa ja -välineissä. Välineet, eli lelut, tulee valita iän mukaan, mutta myös sen mukaan mikä on lapselle mielekkäin lelu, ja mitkä saavat aikaan erilaisia reaktioita. (McBurney, Taylor, Dodd & Graham 2003, 658–663.)

Lasten fysioterapiassa vanhempien ohjaus kohdistuu useimmiten pienen lapsen käsittelyyn ja sitä kautta kuntouttamiseen. Hieman vanhempien lasten vanhempia kannustetaan ohjaamaan lasta omatoimisuuteen. Joskus tämä voi olla vanhemmille raskasta, jolloin myös vanhempien

motivoinnin tärkeys korostuu. Perheen voimavarojen riittäminen tulee taata monin keinoin, kun lapsella on käynnissä pitkäaikainen kuntoutus. Näitä keinoja ovat muun muassa vanhempien riittävä tiedon saanti tilanteesta, vanhempien ohjeistus monipuolisiin keinoihin hoitaa omaa lastaan, sekä tiedottaminen mahdollisista lapsen kehityksen viivästymisistä ja tukipalveluiden saannista. (Muurinen & Surakka 2001, 13, 257.)

Lasten fysioterapeutit saattavat joutua toimimaan tilanteissa, joissa perhe on vasta äskettäin saanut huonoja uutisia, esimerkiksi diagnoosin pitkäaikaisesta sairaudesta. Tutkimukset ovat osoittaneet, että tapa, jolla sairaudesta kerrotaan vanhemmille, vaikuttaa vanhempien suhtautumiseen uuteen tilanteeseen. Eli jos asiasta kerrotaan vanhemmille vain lääketieteellisten faktojen kautta, voi vanhemmille tulla sellainen olo, ettei heidän omia henkisiä voimavarojaan huomioida. Näin ollen lasten fysioterapeutilta vaaditaan hyviä empaattisia taitoja keskustella vanhempien kanssa vaikeistakin asioista, ja löytää näiden pohjalta oikeanlaisia ratkaisuja arkeen. (Burslen ym. 2016, 43.)

## 7 Torticollis lapsen fysioterapia

Torticolliksen hoidon yleisenä tavoitteena on kiinnittää huomiota lihasten epätasapainoon, sekä liikerajoitteisiin kaularangan alueella. Näiden ratkaisemisen kautta pystytään vaikuttamaan kasvojen ja kallon epämuodostumien syntymiseen, sekä estää pysyviä asentomuutoksia. (Öhman ym. 2011, 464.) Fysioterapia on erityisen tärkeä ja ensisijainen hoitomuoto vastasyntyneen lapsen torticollista hoidettaessa. Fysioterapian tehokkuudesta löytyy paljon tutkittua näyttöä torticolliksen hoidossa, silloin kun se aloitetaan heti varhaislapsuudessa. Mikäli lapsen fysioterapia aloitetaan myöhässä, hoidon vaikuttavuus vähenee ja hoitajakson kesto kasvaa. Tällöin ei myöskään välttämättä saavuteta täyttä liikelaajuutta kaularangan alueelle. Kun hoidetaan lapsen kehityksellistä ongelmaa, on erityisen tärkeää kohdata lapsi ja tämän perhe kokonaisuutena asiakaslähtöisesti. Arkeen helposti liitettävä kuntoutus on todettu torticollis lapsien konservatiivisessa hoidossa tulokselliseksi. Harjoitteita voidaan yhdistää esimerkiksi leikkimiseen, syöttämiseen tai pesutilanteisiin. (Hukki, Vuola & Leikola 2013; Veijola 2003, 26 & Öhman ym. 2011, 463–470; Heidenreich, Johnson & Sargent 2018.)

Kaularangan normaalin lihastasapainon saavuttamiseksi tulee huomioida tarkkaan pään hallinnan liikerajoitus sekä lapsen ikä. Länmukaisella harjoittelulla voidaan saada tavoitteiden mukaisia tuloksia, kun harjoitteet ohjataan lapsen kehitystason mukaisesti. Lapsen on vaikeaa saavuttaa pään symmetristä asentoa, jos lihasepätasapainoa on edelleen jäljellä. Tämän vuoksi lihastasapaino tulisi saavuttaa niin nuorena kuin mahdollista. Lihastasapainoa tarkasteltaessa fysioterapian tavoitteeksi asetetaan kaularangan normaali liikkuvuus lateraalifleksiossa ja -rotaatioissa, sekä symmetrinen asennonhallinta. Näitä asioita voidaan

fysioterapeuttisin keinoin arvioida myös toiminnallisesti lapsen leikkimisen ohessa. (Burch ym. 2009, 2-5; Öhman ym. 2011, 463-470.)

Ensimmäisellä fysioterapiakäynnillä torticollis lapsen vanhemmille kerrotaan torticolliksesta ja annetaan kotihoito-ohjeita. Seuraavilla käynneillä on tarkoituksena käydä suullisesti kotiharjoitteiden sujumista läpi, ja fysioterapeutti tarkastaa lapsen kaularangan liikkeitä ja pään hallinnan manuaalisesti. Jokaisella seurantakäynnillä on tärkeää huomioida lapsen motorinen kehitys, sekä ylä- ja alaraajojen liikelaajuudet. (Burch ym. 2009, 2-5; Karmel-Ross & Lepp 2011, 63-64.)

Torticollis lapsen konservatiiviseen fysioterapiaan kuuluu yleisimmin asentohoidot sekä liikeratojen ja lihasvoiman lisääminen harjoitteiden avulla. Lihaksia vahvistavat ja venyttävät harjoitteet voidaan liittää arkisiin toimiin, kuten lapsen kantamiseen ja tämän kanssa leikkimiseen. Yleisimmät torticollis lapsen fysioterapian tavoitteet ovat niskan liikelaajuuksien ylläpitäminen ja kohentaminen aktiivisin ja passiivisin keinoin. Muita tavoitteita ovat muun muassa virheasentojen ehkäiseminen, pään symmetrisen asennon saavuttaminen sekä pystyasennossa pään saaminen vartalon kanssa keskilinjaan. (Scott Freed & Coulter-O'Berry 2004, 18-23.)

Torticolliksen konservatiivisista hoitomuodoista on tehty lukuisia tutkimuksia. Tutkimusten pohjalta on luotu erilaisia fysioterapeuttisia käytänteitä torticollis lapsen hoitoon liittyen. Yleisesti hyväksytyjä konservatiivisia hoitomuotoja ovat passiivinen lihaksen venyttäminen, asento- ja käsittelyhoidot, lateraaliset päätä oikaisevat venyttelyharjoitukset sekä aktiivinen kaularangan liikeradan käyttö. (Emery 2011, 13-14.)

Torticollis lapsen fysioterapian päätavoitteena on saada kaularangan liikkuvuus normaaliksi. Yleisesti torticollis lasta pyritään kontrolloimaan ainakin siihen asti, että kaularangan liikerajoitus on korkeintaan viisi astetta pään kierroissa ja kallistuksissa. Normaali kaularangan kierto on yli 100 astetta, ja sivutaivutus yli 65 astetta. Tavoitteena onkin, että fysioterapia, kontrollikäynnit, sekä kotiharjoitteet voidaan lopettaa, kun lapsen asennosta ja karkeamotoriikasta on tullut symmetristä kaikissa toiminnallisissa lähtöasunnoissa. Lapsen kehittyessä on kuitenkin mahdollista, että liikelaajuudet ja keskiasennon hallinta rajoittuvat uudelleen, jolloin on tarpeen palata fysioterapiaan ja arvioida lapsen tilannetta uudelleen. (Burch 2009, 4; Kaplan, Coulter & Fetters 2013, 355.)

## 7.1 Fysioterapeuttinen tutkiminen

Lapsen fysioterapeuttiseen tutkimiseen sisältyvät havainnointi, tutkiminen sekä vanhempien haastattelu. Vanhempien haastattelussa selvitetään muun muassa miten synnytys sujui, ja miten lapsen pään epäsymmetria on kehittynyt syntymän jälkeen. Nykyisestä lapsen tilanteesta

selvitetään milloin torticollis on alkanut ilmetä, ja miten arkiset toimet sujuvat. Kliinisillä havainnoilla lepoasennosta, motorisesta kehityksestä sekä kallon muodoista saadaan tehtyä fyysinen arviointi lapsen tilanteesta. Fysioterapeutin havainnoilla ja tutkimuksilla voidaan tarvittaessa ohjata lapsi jatkotutkimuksiin. (Burch ym. 2009, 3; Karmel-Ross & Lepp 2011, 23.)

Fysioterapeutti seuraa ja tutkii torticollis lapsen tilannetta säännöllisesti. Fysioterapeutin pääasiallinen tutkimisen kohde on kaularangan passiivisen liikkuvuuden seuraaminen. Liikelaajuuksia pystytään mittaamaan passiivisesti jo kahden päivän ikäiseltä lapselta. Fysioterapeutti voi arvioida kaularangan lihaskireyksiä liikuttamalla lapsen päätä jokaiseen liikesuuntaan. Fysioterapeutin tulee kuitenkin muistaa passiivisen liikelaajuuden lisäksi tutkia aktiivista kaularangan liikettä. Pienellä lapsella aktiivista kaularangan liikettä voidaan tutkia muun muassa houkuttelemalla lasta lelun avulla liikuttamaan päätänsä. Lapsen pään liikkuvuuksia ja lepoasentoja tulisi arvioida niin selinmakuulla, istuen, kuin vatsamakuulla. Liikelaajuuksien havainnoinnin tukena fysioterapeutti voi käyttää mittaamiseen goniometriä, jolloin lukemia voidaan vertailla toisiinsa kuntoutuksen edetessä. Passiiviset ja aktiiviset mittaukset tulee tehdä turvallisesti, ja niissä tulee huomioida lapsen mahdolliset kivut. (Karmel-Ross 2006, 366; Kaplan ym. 2013, 365.)

Fysioterapeutin arviointiin ja tutkimiseen tulee sisältyä myös kaulan ja pään alueen lihaskiston tutkiminen. Palpoimalla voidaan arvioida lihasten jännittyneisyyttä. Myös lihasten toimintaa tulee arvioida lapsen eri asennoissa. Fysioterapeutin tulee kirjata, millainen liikelaajuus on, ja onko liike suoritettu painovoimaa vastaan vai se eliminoituna. (Karmel-Ross 2006, 367.)

Vaikka fysioterapeutin tutkimisessä tärkeimpänä tutkimisen kohteena ovat lapsen kaularangan liikkeet, tulee huomioida myös raajojen symmetriset liikkeet. Yläraajojen liikkeitä arvioitaessa on tärkeää tarkastella keskilinjaa kohti vieviä liikkeitä, sekä kurkottamis- ja tarttumisliikettä. Alaraajojen tutkimisessä fysioterapeutin tulee tarkastella muun muassa sitä, onko lapsen alaraajoissa pituuseroja ja pystyykö lapsi kannatella vartaloaan alaraajojen päällä. Fysioterapeutti voi tutkimisessaan mitata myös lapsen päänympäryksen mittanauhalla ja ottaa kallosta eri suunnista valokuvat. Mikäli lapsella todetaan sekä kallon epämuodostuma, että KMT-torticollis, on tarpeen tarkistaa lapsen ryhti, motorinen kehitys sekä suojareaktiot. (Karmel-Ross 2006, 367.)

## 7.2 Passiivinen venyttely

Torticollis lapsen fysioterapiamenetelmistä venyttely on yleisesti käytetty ja hyväksytty hoitomuoto. Leikkaushoito pystytään useimmissa tapauksissa välttämään silloin, kun konservatiivinen hoito aloitetaan riittävän ajoissa. Tällöin hoidon keskiössä on passiivinen venyttely.

Normaalia kaularangan liikkuvuutta sekä pään ja kasvojen symmetristä asentoa pystytään hyödyntämään hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. Venyttelyiden päätavoitteena on saavuttaa lapsen ikätasoinen kaularangan liikkuvuus. Venytyksien valinnassa tulee ottaa huomioon lapsen ikä sekä vanhempien yhteistyökykyisyys. Aktiivisesti lasta voidaan houkuttaa viemään päätään sivulta toiselle esimerkiksi lelujen avulla. Ennen passiivisia liikeharjoitteita olisi hyvä aloittaa aktiivisilla pään ja kehon liikkeillä. (Emery 2011, 14-15; Gundrathi ym. 2020; Karmel-Ross & Lepp 2011, 61.)

Hoidossa tärkeimmät harjoitettavat liikesuunnat ovat kaularangan lateraalifleksio (sivutaivutus) ja rotaatio (kierto). Kaularangan lateraalifleksio tapahtuu niin, että lapsen päätä lähdetään viemään korva edellä kohti hartiaa. Lapsi voidaan pitää venytyksen aikana kylkimakuulla, vatsamakuulla, selinmakuulla tai istuen. Asento suositellaan valitsemaan sen mukaan, mikä on lapselle mieluisin asento. Venytyksessä tulee huomioida hyvä lähtöasento, jossa leuka ja nenä ovat suorassa linjassa vartaloon nähden. Kaularangan sivutaivutus tehdään vamma-puolesta kohti tervettä puolta, eli jos oikea puoli on vaurioitunut, viedään lapsen korvaa kohti vasenta hartiaa. Vaurioituneen puolen hartiaa pidetään kevyesti paikallaan. Toisena venytyksenä on kaularangan rotaatio, jossa lapsen leukaa viedään kohti hartiaa. Myös tässä venytyksessä lapsi voi olla mieluisessa asennossa vatsa-, selin-, kylkimakuulla tai istuen. Kaularangan kierto tehdään kireän päänkiertäjälihaksen puolelle, eli jos oikea puoli kiristää kierretään päätä kohti oikeaa hartiaa. (Karmel-Ross & Lepp 2011, 53.)

Vanhempia tulee ohjata venytysten teossa ja niiden sijoittamisessa päivän toimintoihin. Ruokailujen yhteydessä vanhemman tulee kiinnittää huomiota syöttöasentoon. Lapsen leuka tulisi suunnata kireää hartiaa kohden ja syöttää tässä asennossa, jolloin kireä puoli venyy. Syöttöasentojen lisäksi venyttelyitä tulee toteuttaa eri asennoissa vatsa-, selkä- ja kylkimakuulla. Venyttelyyn löytyy useita eri ohjeistuksia. Gundrathin tekemän tutkimuksen mukaan venyttelyä tulisi toteuttaa vähintään kolme kertaa viikossa noin 15 kertaa per venytys muutaman sekunnin ajan ja venytysten välillä 10 s tauko. Gundrathi toteaa tutkimuksessaan, että venytysharjoituksilla olisi eniten tutkimuksellista näyttöä KMT:n hoidossa. Keklicekin ja Uygurin tekemän tutkimuksen mukaan KMT:n tehokkain hoitomuoto on venyttelyiden ja sternocleidomastoideus lihaksen mobilisoinnin yhdistäminen. Tämän tutkimuksen mukaan venyttelyt tulisi tehdä 5 kertaa molemmin puolin, venytyksen pituus olisi 30 sekuntia, ja tauko venytyksen välillä 10 sekuntia. (Gundrathi ym. 2020; Keklicek & Uygur 317, 2018.)

Passiivista venyttelyä tulee jatkaa, kunnes lapsen kaularangan liikkuvuudet ovat normaalit. Tutkimuksissa on todettu, että venyttelyn vaikuttavuudesta ei ole näyttöä, silloin kun se on kestänyt yli 6kk. Lapsen omaa aktiivisuutta tulisi tukea, varsinkin silloin, kun venyttelyt eivät enää tunnu mieleisille. Vatsamakuulla lapsi pystyy itse tekemään pään ja ylävartalon ojenusta, joten tätä tulisi harjoittaa päivittäin. (Kinga ym. 2013, 365.) Torticollis lapsen venyttelyharjoitusten kontraindikaatiot, eli vasta-aiheet, ovat listattuna taulukossa 1.



Venyttely kielletty	Venyttely keskeytettävä
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Murtuma</li> <li>• Selkäydinkohju</li> <li>• Infektio</li> <li>• Tuberkuloosi</li> <li>• Poikkeama luisissa rakenteissa</li> <li>• Downin syndrooma</li> <li>• Niskan instabiliteetti</li> <li>• Poikkeava hengitysfunktio</li> <li>• Suntti</li> <li>• Poikkeava verenkierto</li> <li>• Arnold-Chiarin epämuodostuma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silmien pyöriminen</li> <li>• Muutos hengitystiheydessä</li> <li>• Hikoilu</li> <li>• Värimuutos kasvoissa</li> </ul>

Taulukko 1, Venytysharjoitteiden kontraindikaatiot (Karmel- Ross 2006, 370.)

### 7.3 Asentohoidot

Torticollis lapsen konservatiivinen hoito pitää sisällään venytysten lisäksi tiettyjä asentoja, sekä tapoja käsitellä lasta arjessa. Kun lapsen kallossa tai kasvoissa havaitaan poikkeavuuksia, täytyy vanhempien kiinnittää huomiota lapsen asentoihin, ja pitää lasta mahdollisimman paljon vatsamakuulla. Venyttelyiden rinnalle lisätään niskaa, sekä vartaloa vahvistavia liikkeitä lapsen ollessa neljä kuukautta vanha. Vahvistavien liikkeiden tarkoituksena on kehittää tasapaino- sekä oikaisurefleksejä. Vahvistavia liikkeitä aletaan tehdä myös painovoimaa vasten lapsen tultua 6-8 kuukauden ikään. Vahvistavia liikkeitä ovat esimerkiksi kanto- ja nostoasennot. Vanhempien avustamien liikkeiden toteuttaminen alkaa jäämään taka-alalle, silloin kun lapsi alkaa kontata ja nousta pystyasentoon, sillä tällöin voimaharjoittelusta tulee spontaanimpaa. (Fradette, Gagnon, Kennedy, Snider & Majnemer 2011; Karmel- Ross & Lepp 2011, 373; Burch ym. 2009, 3.)

Öhmanin ym. tekemässä tutkimuksessa tutkittiin asentohoitojen ja venyttelyiden vaikutusta torticollis vauvan hoidossa. Vanhemmille annettiin kotiin sekä venyttely- että asento- hoito-ohjeita. Tutkimuksessa huomattiin, että osa vanhemmista käytti pelkästään asentohoitoja, ja toiset keskittyivät vain venytyksiin. Tutkijat totesivat, että hoidon tulokset olivat parempia niillä lapsilla, joiden vanhemmat olivat käyttäneet ainoastaan asentohoitoja intensiivisesti arjessaan. Tutkimuskysymykseksi asetettiin, voidaanko ensisijaisesti pelkillä asentohoidoilla saavuttaa symmetrinen kaularangan lihastasapaino. Tutkimustuloksena todettiin, että

asentohoidot toimivat ensisijaisena hoitokeinona vauvojen torticolliksessa. Tämän todettiin myös olevan vanhemmille helpoin tapa tukea lapsen kuntoutusta arkisten rutiinien yhteydessä. (Öhman ym. 2011, 467.)

Fysioterapeutin tärkein tehtävä on harjoittelussa huomioida lapsen iänmukainen kehitys ja tasapaino refleksin kehittymisen vaihe. Motorisen kehityksen tukemiseksi yli kolmen kuukauden ikäisille lapsille suositetaan toteutettavaksi keskilinjassa tapahtuvia yläraajojen harjoituksia. Harjoitukset voidaan toteuttaa vanhemman sylissä reisien välissä tai lattialla selinmakuulla. Tarkoituksena on saada lapsi kiinnostumaan tartuntaetäisyydellä olevasta lelusta. Lelu tulisi asettaa joko suoraan keskilinjalle tai hieman keskilinjasta sivuun kireään päänkieräjälihaksen puolelle, jotta liikettä saataisiin lisättyä myös tähän suuntaan. (Karmel-Ross 2006, 369.)

Leikki-tilanteissa vanhemman tulee huomioida, että leluja olisi etenkin vaurioituneen päänkieräjälihaksen puolella, jolloin lapselle tulee aktiivista kierto- ja kiertoliikettä kyseiseen lihakseen. Näin lasta saadaan rohkaistua kääntämään päätään spontaanisti myös vaurioituneelle puolelle. Ripustettavia leluja tulisi välttää, sillä ne edistävät lapsen kaularangan passiivisuutta ja tuottavat liiallista kaularangan ojennusta. (Nationwide Children's Hospital 2007; Aarnivala, Vuollo, Harila, Heikkinen, Pirttiniemi & Valkama 2015, 1206, 2015.)

Torticollis lapsen käsittelyssä vanhemman on tärkeää nostaa lapsi alustalta mahdollisimman usein kylkimakuun kautta. Lapsi saadaan aktivoitua mukaan liikkeisiin silloin kun vanhempi toimii liikkeissään rauhallisesti ja lapsi ehtii mukaan tekemiseen. Vanhemman tulee kuitenkin vaihtaa nostettavaa puolta, niin ettei lasta nosteta aina saman kyljen kautta. Kyljen vaihtelun kautta saavutetaan symmetrinen lihasvoima molemmin puolin. Suositeltavassa kantoasennossa lapsi makaa kylkimakuulla vaurioituneen puolen korva vasten vanhemman kyynärvarvasta. Vanhemman kyynärvarsi tulee asettaa lapsen pään ja hartian väliin, jolloin kireä päänkieräjälihas venyy. Vanhempi asettaa toisen yläraajansa lapsen jalkojen välistä kehon tukemiseksi. Venytystä tehostetaan pitämällä kiinni lapsen vaurioituneen puolen yläraajasta. Lasta olisi suositeltavaa kantaa tässä asennossa päivittäin mahdollisimman paljon. Lapsen laskemisessa takaisin alustalle tulee noudattaa samaa kaavaa, kuin nostamisessa ja vaihdella laskettavan kyljen puolta. (Kienzle-Muller & Wilke-Kaltenbach 2012, 13; Nationwide Children's Hospital 2007.)

Torticollis-konservatiivisessa hoidossa suositetaan hyvinkin paljon erilaisia asentohoitoa, jossa lapsen arkiset toiminnot pyritään toteuttamaan lapsen heikomman puolen kautta. Heikompa puolta tulisi aktiivisesti suosia nukuttamisessa, hoidoissa, syöttämisessä sekä leikki-tilanteissa. (Aarnivala 2015, 18.) Lapsen syöttämisessä tulee suosia lapsen heikompa puolta, eli pään tulisi kiertyä vaurioituneelle puolelle. Näitä syöttöasentoja voidaan hyödyntää sekä rintaruokinnassa että lusikalla syöttämisessä. Rintaruokinnassa vanhempi vaihtaa ajoittain imetettävää rintaa, jolloin myös syöttöasento vaihtuu ja rasitusta tulee lapsen kaularangan

alueelle tasapuolisesti. Pulloruokinnassa tulee yhtä lailla vaihtaa puolta, josta lasta syötetään niin, että lapsi on yhtä paljon vasemmalla ja oikealla kyljellä syömisen ajan. (Kinga ym. 2013, 365; Nationwide Children's Hospital 2007; Aarnivala ym. 2015, 1206.)

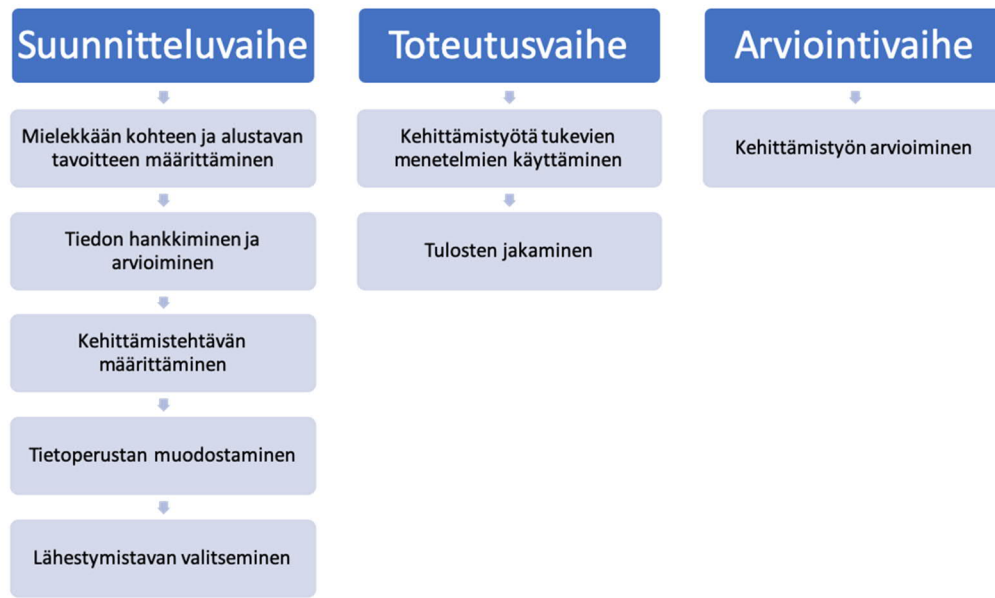
Nukuttamisasennoilla on merkittävä rooli osana torticollis lapsen konservatiivista hoitoa, sillä vastasyntyneet lapset nukkuvat suurimman osan vuorokaudesta. Lapsen sänky tulisi asettaa vanhemman sängyn ja seinän väliin, niin että vaurioitunut puoli on vanhempien sängyn puolella. Tällöin lapsi kiinnostuu katsomaan vanhempiansa sängyn puolelle, ja tällä pyritään saamaan aikaan aktiivista kaularangan kiertoa vaurioituneelle puolelle. Sänky tuli myös olla riittävän tilava, jotta lapsi pystyy liikkumaan vapaasti nukkuessaan. Lasta nukuttaessa suositellaan käyttämään selinmakuuasentoa, tällä ehkäistään kätkytkuolemaa. Tämän takia on erityisen tärkeää pitää lasta hereillä ollessaan mahdollisimman paljon vatsa- ja kylkimakuulla, ettei selinmakuulla oloa lisätä entisestään. Selinmakuulla olon vaarana on lisätä lapsen kallon epämuodostumia. Lasta nukuttaessa vanhemman olisi tärkeää huomioida, että lapsen pää olisi vartaloon nähden mahdollisimman hyvin keskilinjassa. Kun lapsi nukkuu, vanhemman tulisi säännöllisesti seurata lapsen pään asentoa. Lapsi saattaa mielellään kääntää päänsä nukkuessa aina toiselle puolelle, ja vanhemman olisikin tärkeää korjata pään asentoa myös toiseen suuntaan. (Intermountain Healthcare 2017; Aarnivala ym. 1206, 2015.)

Torticollis lapsen ollessa hereillä, on tärkeää, että lapsi viettää aikaa vatsamakuulla mahdollisimman paljon. Vatsamakuulla oleminen ehkäisee kallon takaosan muodonmuutoksia. Tästä johtuen vatsamakuulla oleminen tulisi aloittaa jo lapsen ensimmäisinä päivinä syntymisen jälkeen. Alkuun vatsallaan olo kestää vain muutamia minutteja, mutta kun lapsen pään hallinta kehittyy, voidaan aikaa lisätä vähitellen. Lapsen ollessa vatsamakuulla, tulee vanhemman aina valvoa tilannetta, eikä lasta jättää esimerkiksi nukkumaan yksin vatsamakuulle. (Nationwide Children's Hospital 2007; Aarnivala ym. 1206, 2015.)

## 8 Opinnäytetyöprosessi

Tämä työ on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitteena on osoittaa ammatillista kypsyttä suunnattuun alaan kohden ja päämääränä on tuottaa toiminnallinen tuotos. Eli toiminnallinen opinnäytetyö sisältää kaksi osiota, toiminnallinen osuus eli opas, sekä prosessin dokumentointi, eli raportti. Usein tavoite on ratkaista jokin ongelma, kuvailla prosessia ja analysoida sen vaiheita tai kehittää jonkin alan käytäntöä. Tuotos voi olla esimerkiksi palvelu, tuote tai toimintatapa. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu myös kirjallinen osio, jonka raportissa esitellään työn viitekehys. Raportissa kirjallinen osuus painottuu käytännön osion toteuttamisen kuvaamiseen ja reflektointiin. Siinä siis kuvataan käytännön osion aikana tehtyjä valintoja ja peilataan niitä ammattikirjallisuuteen sekä teoriataustaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 200; Airaksinen 2010; Salonen 2013, 19.)

Tutkimuksellinen kehittämistyö voidaan jakaa kolmeen eri päävaiheeseen, joita ovat suunnittelu-, toteutus-, ja arviointivaihe. Nämä vaiheet jakautuvat vielä kahdeksaan pienempään työtä ohjaavaan vaiheeseen. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 24.) Kuvassa 2 on ryhmiteltyä isompien päävaiheiden alle pienemmät alavaiheet. Opinnäytetyössä on sovellettu tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheita ja edetty niiden mukaisesti.



Kuva 2, Opinnäytetyöprosessin vaiheet.

### 8.1 Suunnitteluvaihe

Opinnäytetyöprosessi alkaa mielekkään kohteen ja alustavan tavoitteen määrittämisestä. Tässä vaiheessa valitaan, onko opinnäytetyö ongelmaperustainen vai uudistamisperustainen. Ongelmaperustaisessa työssä etsitään erilaisia ratkaisuja käytännössä löydettyyn ongelmaan, joka voi olla esimerkiksi organisaatiossa esiintyvä ongelma, joka vaatii parantamista. Uudistamisperustaisessa työssä puolestaan etsitään uusia toimintamalleja vanhojen toimintamallien tilalle. (Ojasalo ym. 2015, 26.) Liikkeelle lähdettiin keskustelemalla toimeksiantajan kanssa mahdollisista kehittämiskohteista maaliskuussa 2020. Toimeksiantajalta nousi tarve torticollis lapsen käsittelyoppaalle, joten tämä työ on ongelmaperustainen. Tämän jälkeen aihe esiteltiin ohjaaville opettajille, ja he hyväksyivät tämän opinnäytetyön aiheeksi.

Tiedon hankkimisessa ja arvioimisessa on tarkoitus muodostaa laajempi käsitys aiheesta. Tässä vaiheessa on tärkeää ymmärtää toimiala, havainnoida eri lähteitä, tutustua olennaisiin käsitteisiin ja tätä kautta dokumentoida muodostuneet ajatukset. Tässä vaiheessa myös tutustutaan ja etsitään lähdekriittisesti tutkimuskirjallisuutta opinnäytetyön pohjalle. (Ojasalo ym.

2015, 29–30.) Opinnäytetyön aiheanalyysia tehtiin huhtikuussa, jolloin muodostui laajempi kuva työn aiheesta. Työlle etsittiin mahdollisia tietokantoja ja kirjallisuutta, joita voitaisiin hyödyntää raportin teossa. Tiedonhaussa käytettiin yleisimpinä hakusanoina: torticollis, torticollis vauvalla, lapsen normaali motorinen kehitys, torticollis ja fysioterapia, fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta, sekä opinnäytetyöprosessi. Englanninkielisinä hakusanoina puolestaan olivat: torticollis, torticollis in infants, parents guidance, torticollis physiotherapy ja pediatrics.

Kehittämistehtävän määrittämisellä tähdätään avaamaan yksityiskohtaisesti opinnäytetyön tavoite. Kehittämistehtävä voi olla esimerkiksi konkreettinen tuotos työelämään tai siinä voidaan lähteä luomaan toimintatapoja ja kehittämisideoita. (Ojasalo ym. 2015, 32.) Tässä prosessin vaiheessa määritettiin opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tehtävä, sekä laadittiin opinnäytetyösopimus. Opinnäytetyösuunnitelman kirjoittaminen alkoi ja opinnäytetyölle luotiin teoreettinen viitekehys, joka määrittää työn keskeiset käsitteet. Keskeiset käsitteet muovautuivat suunnitteluvaiheen edetessä, ja näiksi muodostuivat: alle 1-vuotiaan pään hallinnan kehitys, torticollis lapsen fysioterapia, ja vanhempien fysioterapeuttinen ohjaus.

Tietoperustan muodostamisessa on kyse keskeisistä käsitteistä ja niiden välisistä suhteista. Tietoperusta koostuu keskeisimmistä teorioista, niitä kuvaavista malleista, sekä tuoreimmista tutkimustuloksista. Keskeisimmät käsitteet auttavat jäsentämään käsiteltävää ilmiötä. (Ojasalo ym. 2015, 34.) Opinnäytetyölle asetetut tarkoitus, tavoite ja tehtävä sekä teoreettinen viitekehys tukivat varsinaisen teoriapohjan kirjoittamista. Tiedonhaku suoritettiin käsitteeltä sekä avattiin käsitteet suunnitelmaan käyttäen monipuolisesti eri tietokantoja. Painopiste tiedonhaussa keskittyi torticolliksen konservatiiviseen hoitolinjaan. Tietoperustan laajentaminen jatkui koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Lähestymistavan valitsemisessa tutustutaan eri tutkimusmuotoihin, joita ovat tapaus-, toiminta-, ja konstrukttiivinen tutkimus, palvelumuotoilu sekä innovaatioiden tuottaminen. (Ojasalo ym. 2015, 36.) Opinnäytetyön lähestymistavaksi valittiin konstrukttiivinen tutkimus. Konstrukttiivisessa tutkimuksessa pyritään ratkaisemaan käytännön ongelma konkreettisen tuotoksen avulla, joka voi olla esimerkiksi ohje tai käsikirja. Konstrukttiivisen tutkimuksen päätavoitteena on tuottaa jokin käytännön tuotos, joka perustuu tieteelliseen pohjaan. Lisäksi tarkoituksena on tuottaa muille ammattilaisille uutta tietoa käsiteltävästä aiheesta. (Ojasalo ym. 2015, 37–38; Lukka 2001.) Opinnäytetyön tuotoksena on opas, joten konstrukttiivinen tutkimus sopii tältä osin työhön. Oppaan tarkoituksena on organisaation, sekä käyttäjän kannalta luoda tehokas, helppo ja toimiva työkalu arkeen.

Opasta tehdessä se tulisi heti alussa kohdentaa kohderyhmälle, minkä avulla selviää, kenelle opas on suunnattu. Hyvä opas perustuu tutkitun tiedon avulla tehtyihin ohjeisiin ja neuvoihin, ja sen tuntomerkkejä ovat tekstin selkeäkielisyys, selkeä ulkoasu sekä tekstin helposti

ymmärrettävyys. (Torkkola, Heikkinen, Tiainen 2002, 34-38.)

## 8.2 Toteutusvaihe

Seuraavassa opinnäytetyöprosessin vaiheessa käytetään kehittämistyötä tukevia menetelmiä. Opinnäytetyössä voidaan käyttää hyväksi erilaisia menetelmiä, joiden avulla saadaan aikaan erilaista tietoa ja monenlaisia näkökulmia aiheesta. Menetelmät voidaan jakaa karkeasti laadullisiin ja määrällisiin. Menetelmää valittaessa on tärkeää tiedostaa mitä tietoa halutaan ja mitä varten. Tyypillisimpiä menetelmiä on haastattelu, havainnointi, kysely, dokumenttianalyysi, benchmarking, ryhmähaastattelu, prosessikarttojen piirtäminen, yhteisölliset ideointimenetelmät, sekä ennakoitimenetelmät. (Ojasalo ym. 2015, 40.) Tässä opinnäytetyössä ei suoranaisesti käytetty Ojasalon ym. kirjassa mainittuja menetelmiä. Työ pohjautui olemassa olevaan teorian tietoon, joka koottiin luodun teoreettisen viitekehyksen ympärille. Tämän pohjalta luotiin opas, joka tulee toimeksiantajan käyttöön.

Tulosten jakaminen on keskeinen osa opinnäytetyöprosessia ja sitä tehdään koko prosessin ajan. Useimmiten työn tulos jaetaan julkiseen jakoon vasta prosessin loputtua. Opinnäytetyössä korostuu prosessikirjoittaminen, jossa on tavanomaista jakaa tuloksia koko prosessin ajan. (Ojasalo ym. 2015, 46.) Valmis opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa ja opas siirtyy Uuden Lastensairaalan käyttöön. Opinnäytetyössä tehtiin jatkuvaa prosessikirjoittamista huhti-lokakuun aikana lähettämällä kuukausittain ohjaaville opettajille vedoksia työstä. Opettajilta saadun palautteen mukaan täydennettiin ja korjattiin työtä.

Kesäkuun alussa järjestettiin viimeinen palaveri opettajien kanssa ennen kesää. Kesän ajan syvennyttiin täydentämään työn teorian tietoa, joka esiteltiin opettajille elokuun alussa. Palaverissa ilmeni, että teorian tietoa pitäisi entisestään syventää, joten osallistuttiin Laurean järjestämään tiedonhankintapajaan. Palaverin jälkeen alettiin rakentaa oppaan kuvaussuunnitelmaa.

Elokuun alussa pidettiin palaveri yhteistyökumppanin kanssa. Tarkoituksena oli saada yhteistyökumppani ajan tasalle opinnäytetyön etenemisestä, sekä selvittää tarkemmat toiveet oppaan sisällöstä. Oppaasta toivottiin helposti käytettävää ja perheiden arkeen soveltuvaa. Oppaan visuaaliseen puoleen annettiin hyvinkin vapaat kädet. Yhteistyökumppanin kanssa sovittiin, että seuraava palaveri pidetään, kun opasta varten on saatu otettua kuvia ja työ on kaikesta puolin edennyt.

Syyskuun alussa osallistuttiin tiedonhankintapajaan, jonka jälkeen teorian tietoa syvennettiin entisestään, ja lähdemateriaalia laajennettiin. Työn kappaleita jäsenneltiin uudelleen helpommin luettaviksi. Lisäksi laadittiin kuvaussuunnitelma, johon sisällytettiin otettavien valokuvien määrä, kuvakulmat, värit, ja valot. Otettiin myös yhteyttä tuttavaperheeseen, jolla on

alle 1-vuotias lapsi. Sovittiin perheen kanssa kuvasten yksityiskohdista sekä kuvauspäivämäärästä, ja siirryttiin oppaan tekovaiheeseen.

Kuvauspäivä toteutui sovittuun 15.09.2020, jolloin saatiin otettua kattavasti erilaisia kuvia opasta varten. Kuvausten aikana sovellettiin kuvaussuunnitelmaa tilanteen mukaisesti. Kuvausten jälkeen oppaaseen valittiin onnistuneimmat kuvat, ja ne muokattiin sovittulla tavalla. Perheen toiveena oli, ettei lapsen kasvoja selkeästi tunnista kuvista, joten lapsen kasvot sumennettiin muokkausohjelman avulla.

Opinnäytetyön opas laadittiin noudattamalla hyvän oppaan tuntomerkkejä. Opas luotiin ilmaisella Canva-ohjelmalla, jonka avulla liitettiin muokatut kuvat ja lyhyet ohjetekstit tehtävistä liikkeistä. Oppaasta tehtiin kaksipuoleinen, toisella puolella venyttävät liikkeet ja toisella asentohoidot. Oppaita tehtiin kaksi versiota, erikseen oikean ja vasemman puolen torticolliseen.

### 8.3 Arviointivaihe

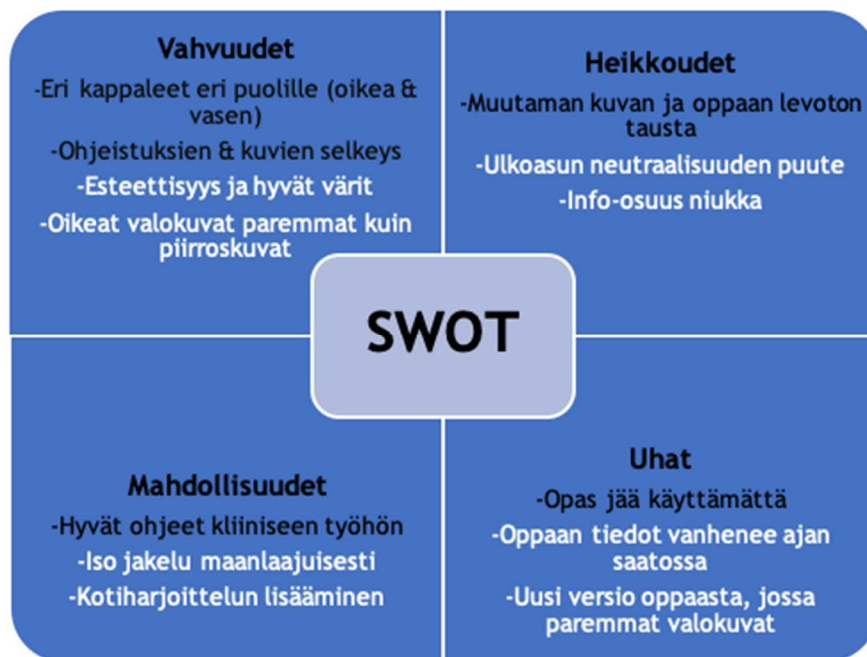
Kehittämistyön arvioiminen on opinnäytetyöprosessin viimeinen vaihe. Arviointia tehdään koko prosessin ajan, mutta varsinainen loppuarviointi osoittaa miten opinnäytetyö on kokonaisuudessaan onnistunut. Arviointi muodostuu opinnäytetyöhön käytetyistä panoksista, muutosprosessista ja lopputuotoksista, sekä näiden kaikkien välisistä suhteista. Arviointiprosessille on määritelty tarkat vaiheet, joiden mukaan edetään. Arviointiin osallistuvat kaksi arvioitsijaa, jotka noudattavat arvioinnissaan opinnäytetyön arviointikriteerejä. Varsinaisen arvion lisäksi opiskelijakollega tekee opponoinnin ja opiskelija suorittaa itsearvioinnin työilleen. Tämän lisäksi työn toimeksiantajalta pyydetään palaute opinnäytetyöstä. (Ojasalo ym. 2015, 47; Nieminen 2017.)

Tässä työssä noudatettiin opinnäytetyölle määriteltyä arviointiprosessia. Opinnäytetyön arviointia työstettiin aktiivisesti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Arviointia kohdennettiin niin opinnäytetyön raporttiin kuin tuotokseen. Opas lähetettiin Uuden Lastensairaalan yhteyshenkilölle arvioitavaksi, ja opasta muokattiin vielä valokuvien osalta. Valmiista oppaasta kerättiin palautetta yhteistyökumppanilta, sekä kahdelta eri pienen lapsen vanhemmalta. Kyseessä oli terveiden lasten vanhemmat. Palautetta pyydettiin oppaan visuaalisuudesta, tekstien ja ohjeistuksien selkeydestä sekä oppaan kokonaisuudesta. Arvioinnissa käytettiin apuna SWOT-analyysia, sillä se koettiin selkeäksi ja helppokäyttöiseksi arviointimenetelmäksi. SWOT-analyysin avulla on myös kätevää koota yhteen ja ryhmittää usealta henkilöltä saadut palautteet.

SWOT-analyysi eli nelikenttäanalyysillä voidaan arvioida tehdyn projektin vahvuuksia, heikkouksia, uhkia ja mahdollisuuksia. SWOT sana on englannin kielen sanoista strength, weakness, opportunity ja threat muodostuva lyhenne. Työn vahvuuksilla tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joita pystytään hyödyntämään ja heikkouksilla puolestaan niitä, joita tulisi

parantaa tehokkaan toiminnan takaamiseksi. Analyysi on hyvin moneen eri tarkoitukseen so- piva ja sitä voidaan soveltaa erilaisten prosessien arvioinnissa, sekä sitä käyttäessä tulee ra- jata tarkasti analysoitava kohde. (Lindroos & Lohivesi 2010, 219.)

Taulukossa 2 käydään läpi oppaasta saatua palautetta, joka on annettu SWOT-analyysin avulla. Taulukkoon on eroteltuna mustalla värillä yhteistyökumppanin antamat palautteet, ja valkoisella värillä vanhemmilta saadut palautteet. Oppaan vahvuuksiksi nousivat ohjeistuksien ja kuvien selkeys ja oppaan esteettinen ulkoasu sekä hyvät värit. Vahvuudeksi mainittiin myös oikeat valokuvat, jotka konkretisoivat liikkeitä paremmin kuin piirroskuvat sekä oikean ja va- semman puolen torticolliksen omat versiot oppaasta. Heikkouksina puolestaan oli muutaman kuvan ja oppaan levoton tausta, ulkoasun neutraalisuuden puute ja info osuuden niukkuus. Oppaan mahdollisuuksiksi muodostui iso maanlaajuinen jako, hyvät ohjeet kliiniseen työhön ja kotiharjoittelun lisääntyminen oppaan kautta. Uhkina oppaassa oli tiedon vanheneminen ajansaatossa, oppaan jääminen pois käytöstä sekä uudet versiot oppaasta, joissa mahdolliset paremmat valokuvat.



Taulukko 2, Oppaan SWOT-analyysi

## 9 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa vanhemmille torticollis lapsen käsitte- lystä arkisissa tilanteissa. Aiheanalyysin pohjalta lähdettiin luomaan teoreettista viitekehystä opinnäytetyölle, jotta voitiin edetä kohti opinnäytetyön tarkoitusta. Opinnäytetyön teossa



käytettiin erilaisia tietokantoja ja kirjallisuutta, niin suomenkielisistä kuin englanninkielisistä lähteistä.

Tuoretta tutkimustietoa oli helppoa löytää etenkin fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta, sekä lapsen motorisesta kehityksestä. Torticolliksesta löytyi niukasti tuoretta tutkimustietoa, etenkin kun opinnäytetyön kohderyhmä on alle 1-vuotiaiden torticollicis. Tutkimustietoa torticolliksesta löytyi paremmin englanninkielisistä lähteistä, suomeksi tutkimustietoa ei juurikaan ole julkaistu. Ennen tiedonhankintapajaan osallistumista tutkitun tiedon etsiminen englanniksi oli haastavaa, eikä oikeita hakusanoja osattu hyödyntää. Tiedonhankintapajassa käytiin läpi erilaisten tietokantojen täsmennettyä hakua. Sieltä saatiin myös ohjeita erilaisiin hakusanoihin, ja näiden linkittämiseen toisiinsa. Englanninkielisten lähteiden tulkitseminen oli haastavampaa sekä vei enemmän aikaa kuin suomalaisiin lähteisiin perehtyminen. Ennen tiedonhankintapajaa löydetty tutkittu tieto oli opinnäytetyön kannalta liian vanhaa. Pajan jälkeen löydettiin enemmän tuoreita tutkimuksia, mikä lisäsi teorian tiedon luotettavuutta.

Tutkittua tietoa etsittäessä huomattiin, että torticollicisen kohdalla eri hoitolinjauksissa oli paljon eroja. Guntrathin ym. (2020) tekemän tutkimuksen mukaan venytysharjoittelulla on eniten tutkimuksellista näyttöä, kun taas Keklicekin ja Uygurin (2018) tutkimuksen mukaan venyttelyiden ja asentohoidon yhdistämisellä on paras loppu tulos. Hoitosuosituksissa näiden tutkimusten välillä erosi myös venytysten kestot. Guntrathin mukaan venytyksiä tulisi tehdä kolme kertaa viikossa noin 15 kertaa per venytys muutaman sekunnin ajan ja venytysten välillä noin 100 sekunnin tauko. Puolestaan Keklicekin ja Uygurin mukaan venyttelyt tulisi tehdä 5 kertaa molemmin puolin, venytyksen pituus olisi 30 sekuntia, ja tauko venytyksen välissä 10 sekuntia. (Gundrathi ym. 2020; Keklicek & Uygur 317, 2018.) Tutkimuksiin perehtyessä oli erikoista huomata, että näinkin lähekkäin tehdyt tutkimukset eroavat toisistaan hoitosuosituksen perusteella. Fysioterapeuttiset hoitosuositukset keskittyvät venyttelyiden ja asentohoitojen ympärille, mutta eri tutkimukset kuitenkin painottavat eri tavoin näiden tärkeyttä. Yhteistyökumppanin toiveesta oppaaseen valittiin sekä venyttelyitä että asentohoitoja.

Opinnäytetyön yhtenä pääkäsitteenä oli vanhempien fysioterapeuttinen ohjaus. Tähän tietoa etsiessä ymmärrettiin vanhempien ohjauksen merkitys lasten kuntoutuksessa. Lapsen fysioterapeuttisessa ohjauksessa vanhempien ohjaus muodostuu yhdeksi, ellei tärkeimmäksi asiaksi lapsen kuntoutusprosessissa. Ammattilaisen tehtävänä lapsen kuntoutuksessa on ohjata ja tukea vanhempia tiedon sekä käytännön ohjeiden kautta. Vanhempien ohjaus lapsen fysioterapiassa ei ole vain kuntoutuksesta kertomista ja perehdyttämistä. Vanhempien ohjaus sisältää koko perheen tilanteen huomioimisen ja sen mukaan toimimisen sekä perheen tukemisen kaikissa kuntoutumisen eri vaiheissa. (Koivikko & Sipari 2006, 37, 102; Burslen ym. 2016, 42.) Lasten fysioterapeuttisesta ohjauksesta löytyi paljon tietoa leikki-ikäisistä ja sitä vanhemmista, mutta vauvojen ohjaamisesta tietoa löytyi niukasti. Tietoa kannattakin etsiä

vanhempien ohjaus-termin kautta, sillä vauvaa ohjattaessa ei voida ohjata suoraan vauvaa, vaan fysioterapeuttinen ohjaus on vahvasti liitoksissa vauvan vanhempaan.

Opasta luotiin työn teoriapohjan ollessa valmis. Oppaan liikkeet valikoituivat etsityn teorian tiedon sekä yhteistyökumppanin toiveiden pohjalta. Tämän jälkeen luotiin kuvaussuunnitelma. Kuvauspäivänä todettiin, että suunnitelman mukainen eteneminen on haastavaa, sillä kuvaussuunnitelmassa ei ollut otettu huomioon lapsen ikää. Kuvattava lapsi oli jo 11 kuukautta vanha, ja motorisilta taidoiltaan kehittynyt iän mukaisesti. Lähes vuoden ikäinen lapsi alkaa olemaan monissa liikkeissään itsenäinen. Konttausasennon opittua lapsi pystyy polviseisannon kautta harjoittelemaan seisomaannousua tukea vasten. (Helsingin kaupunki 2020; Salpa 2007, 89-91.) Lapsi oli hyvin liikkuvainen, mikä vaikeutti valokuvien ottamista. Tämä ilmeni suurimpana haasteena venytyksien kuvaamisessa, mutta siitä huolimatta saatiin otettua kaikki suunnitellut kuvat. Haasteista huolimatta valmis opas vastasi sekä tekijöiden että toimeksiantajan toiveita. Oppaita saatiin luotua tavoitteiden mukaisesti kaksi versiota, molempien puolien torticolliksille omansa. Valokuvista saatiin selkeät ja ohjeteksteistä toiveiden mukaisesti tarkat.

Opinnäytetyön tavoitteeksi asetettiin fysioterapeuttisen ohjauksen keinoin tukea torticollis lapsen vanhempia lapsen käsittelyssä arkisissa tilanteissa. Tavoite saavutettiin luomalla työlle teoriapohja, ja tämän kautta opas. Toimeksiantajan tilaama opas luotiin aikataulussa ja heidän toiveitaan noudattaen. Tavoite täydentyy vielä, kun toimeksiantaja pääsee hyödyntämään opasta konkreettisesti asiakastilanteissa.

Opinnäytetyön tehtävänä oli oppaan tuottaminen niin sähköisessä kuin paperisessä muodossa. Opasta lähdettiin luomaan sähköisesti niin, että sitä voidaan tulevaisuudessa tulostaa paperiseen muotoon tarvittaessa. Oppaan tekoon etsittiin siihen soveltuva selkeäkäyttöinen työkalu, Canva-ohjelma. Tämän avulla oppaasta saatiin luotua visuaalisesti miellyttävä kokonaisuus, mikä miellytti myös yhteistyökumppania.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöprosessi kesti noin seitsemän kuukautta, ja eteni alustavan aikataulun mukaisesti ongelmitta. Yhteistyö Uuden Lastensairaalan kanssa oli sujuvaa, ja yhteydenpitoa käytiin koko prosessin ajan viestitse sekä puhelimitse. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön raportti sekä opas onnistuivat odotusten mukaisesti ja sujuvasti. Koko opinnäytetyöprosessi on ollut opettava kokemus teorian tiedon, yhteistyön ja prosessikirjoittamisen kannalta.

## 9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut yhdessä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä (HTK). Ohjeen tavoite on edistää hyvää tieteellistä

käytäntöä, sekä varmistaa loukkausepäilyjen oikeudenmukainen, asiantunteva ja nopea käsittely. Hyvä tieteellinen käytäntö koostuu rehellisyydestä, huolellisuudesta ja tarkkuudesta tutkimustyössä. Nämä seikat tulee ilmetä tutkimuksen tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä arvioimisessa. Tutkimusten tekijöiden tulee ottaa muiden tutkimusten tekijät asianmukaisesti huomioon, ja merkitä lähdeviittaukset oikealla tavalla tekemäänsä tutkimustyöhön. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2020.)

Opinnäytetyössä on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön ohjeistusta, eli työ on tehty rehellisesti, huolellisesti sekä tarkasti. Opinnäytetyössä on käytetty monipuolisesti eri lähteitä, ja lähdemerkinnät on tehty Laurean antaman ohjeistuksen mukaisesti. Lähteiden valinnassa on oltu kriittisiä, ja pyritty käyttämään mahdollisimman ajankohtaista ja luotettavaa tutkimustietoa. Työn teksti on jäsennelty niin, että lukijan on helppoa lukea sitä loogisessa järjestyksessä. Teksti on pyritty kirjoittamaan selkeästi ja hyvin ymmärrettävästi. Rehellisyys ilmenee työssä tarkkoina lähdemerkintöinä ja haasteiden esiin tuomisena. Työssä tuodaan rehellisesti esiin, millaista palautetta saatiin ulkopuolisilta arvioitsijoilta.

Tutkimusta ja kehittämistyötä tehtäessä tulee ottaa huomioon käytetyn tiedon luotettavuus. Luotettavaa tutkimustietoa etsiessä tulee arvioida, miten todenmukaista tietoa tutkimus on tuottanut. Tutkimus- ja kehittämistyötä ohjaavat yhteiset tietokäsitykset ja tiedontuotantotapaan kuuluvat käytänteet. Tulosten sovellettavuuden arviointi ja käytännön pohjalta tehdyt ongelmanratkaisut ovat merkittäviä seikkoja kehittämistyössä. Luotettavuutta tulee arvioida koko kehittämistyöprosessin ajan. Luotettavuus tulee myös ottaa huomioon työn johdonmukaisuudessa, eli työn tulisi olla loogisesti rakennettu kokonaisuus. Kehittämistyön luotettavuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon, miten osallistujat ovat olleet mukana prosessin eri vaiheissa. Osallistujilla tarkoitetaan työelämätoimijoita, asiakkaita ja kansalaisia. Lisäksi luotettavuuden arvioinnissa tarkastellaan sitä, kuinka hyvin kehittämistyöprosessin eri vaiheita on avattu työhön. (Kylmä & Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003; Vuokila-Oikkonen 2015.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin mahdollisimman tuoretta ja luotettavaa tutkittua tietoa. Työn teoriapohja on koottu monipuolisesti eri lähteistä, eli samaa tietoa tukee moni eri lähde. Työssä on myös tuotu ilmi, mikäli samasta aiheesta tehdyt eri tutkimukset ovat tulleet eri tutkimustulokseen. Oppaaseen valikoidut liikkeet pohjautuivat monista eri lähteistä kerättyyn teoriatietoon. Koko opinnäytetyöprosessin ajan oltiin tiiviissä yhteistyössä yhteistyökumppanin kanssa. Työn prosessivaiheeseen on kuvattu mahdollisimman tarkasti työn eri vaiheita ja niiden etenemistä. Nämä kaikki edellä mainitut seikat osaltaan lisäävät työn kokonaisluotettavuutta.

## 9.2 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa uutta tietoa torticollis lapsen käsittelystä vanhemmille arjen eri tilanteisiin. Tehtävänä puolestaan oli tuottaa opas vanhemmille tukemaan lapsen käsittelyä päivittäisissä toiminnoissa. Opas tilattiin Uudelta Lastensairaaltal. Oppaassa käytettyyn materiaaliin on käytetty tämänhetkistä tutkimustietoa, mutta ajan saatossa tutkimustieto saattaa kuitenkin päivittyä. Mikäli näin tapahtuu, uudelle oppaalle on tarvetta. Opas tulee Uuden Lastensairaalan käyttöön, mutta kehitysehdotuksena olisi saada opas yleisesti käyttöön lasten sairaanhoidossa muissakin sairaaloissa ja terveyskeskuksissa.

Tässä opinnäytetyössä on keskitytty pelkästään torticolliksen konservatiiviseen hoitolinjaan, joten yhtenä jatkotutkimusehdotuksena olisi opas operatiivisesti hoidetun torticolliksen kotihoitoon. Kyseisessä oppaassa voisi olla operaation jälkeiseen kuntoutukseen liittyviä ohjeita, ja opasta olisi syytä jakaa jo ennen operaatiota asiakkaille.

## Lähteet

## Painetut

Biderman, H. 2004. *Manual Therapy in Children*.

Do, TT. 2006. Congenital muscular torticollis: current concepts and review of treatment. *Current Opinion in Pediatrics* 18(1), 26.

Emery, C. 2011. *Torticollis. Different Diagnosis, Assessment and Treatment, Surgical Management and Bracing*. New York: Taylor & Francis Group.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara P. 2008. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki. Tammi.

Holopainen, R. Lausmaa M. 2018. Hyvä vuorovaikutuksen ja terapiasuhteen merkitys fysioterapiassa. *Manuaali* 1/2018.

Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., & Vainio, A. 2018. *Kipu*. 4. uudistettu painos. Duodecim, Helsinki.

Karmel-Ross, K & Lepp, M. 2011. *Torticollis different Diagnosis, Assessment and Treatment, Surgical Management and Bracing*. New York: Taylor & Francis Group.

Karmel-Ross, Karen 2006. *Congenital Muscular torticollis*. Teoksessa: *Physical therapy for Children*. Third Edition. Saunders Elsevier.

Kauranen, K. 2017. *Fysioterapeutin käsikirja*. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kauranen, K. 2011. *Motoriikan säätely ja motorinen oppiminen*. Tampere. Kirjapaino Tammerprint Oy.

Kienzle-Muller, B. & Wilke-Kaltenbach, G. 2012. *Babys in Bewegung, Spielerisch bis zum ersten Schritt*. Munchen: Der Urban & Fischer Is ein Imprint der Elsevier GmbH.

Lehtonen, K., Viisanen, V., Saarinen, J., Mäenpää, H., Ilveskoski, I., Kallio, P., Laine, T., Piirainen, A. 2008, *Monitasokirurgisten potilaiden hoidon vaikuttavuuden arviointi ja kehittämisen HUS:ssa ja Suomessa*. TKK-hankeprojekti.

McBurney, H., Taylor, N., Dodd, K., Graham, H. 2003. A qualitative analysis of the benefits of strength training for young people with cerebral palsy. *Dev. Med. and Child Neurol*.

Muurinen, E. & Surakka, T. 2001. *Lasten ja nuorten hoitotyö*. Tampere. Tammi.

Ojanen, S. 2006. *Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian käsittelyä*. Helsinki: Yliopistopaino

Salpa, P. 2007. *Lapsen liikkumisen kehitys, ensimmäinen ikävuosi*. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Salpa, P. & Autti-Rämö, I. 2010. *Lapsen ensimmäinen vuosi, kehitys ei etene odotetusti, mitä tehdä?*. Tammi.

Sand, O., Sjaastad, O., Haug, E., Bjålie, J. & Toverad, K. 2016. *Ihminen- Fysiologia ja anatomia*. 8.-13. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Scott Freed, S. & Coulter-O'Berry, C. 2004. Identification and Treatment of Congenital Muscular Torticollis in Infants. *Journal of Prosthetics & Orthotics* 16(4).

- Talvitie, U., Karppi, S.L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki. Edita.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Tammi.
- Valvio, T. 2010. Palvelutapahtuma ja asiakkaan kohtaaminen. Helsinki. Kauppakamari.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T., Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki. Edita
- Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat- miten he sen tekevät?. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

#### Sähköiset

- Airaksinen, T. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Viitattu 14.09.2020  
<https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>
- Aitasalo, M. 2014. Vauvan kehitysvaiheet 0-6 kuukautta. Väestöliitto. Viitattu 07.05.2020.  
<https://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/?x208942=3206549>
- Aarnivala, H. 2015. Valtakunnalliset neuvolapäivät. THL. Viitattu 17.08.2020.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127026/URN\\_ISBN\\_978-952-302-539-4.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127026/URN_ISBN_978-952-302-539-4.pdf?sequence=1)
- Aarnivala, H., Vuollo, V., Harila, V., Heikkinen, T., Pirttiniemi, P., & Valkama, M. 2015. Preventing deformational plagiocephaly through parent guidance: a randomized, controlled trial. Viitattu 03.09.2020. <http://web.a.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=3b17cc4b-95f1-4193-9987-f4c32514ed8e%40sdc-v-sessmgr02>
- Autti-Rämö, I., Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. Tavoitteiden laatiminen. GAS-menetelmä. Käsi- kirja, versio 4. Viitattu 23.06.2020. <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-käsi-kirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>
- Boston Children's hospital. Torticollis, symptoms and causes. Viitattu 05.07.2020.  
<http://www.childrenshospital.org/conditions-and-treatments/conditions/t/torticollis/symptoms-and-causes>
- Burch, C., Dreyer, Hudson, K., Reder, P., Ritchey, R., Strenk, M., Woosley, M. 2009. Evidence-Based Care for Management of Congenital Muscular Torticollis in children age 0 to 36 months. Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Viitattu 07.05.2020.  
<https://fliphtml5.com/tucg/cdtf/basic>
- Burke, D. 2018. What you can do to help relieve your baby's torticollis. Cleveland Clinic. Viitattu 05.07.2020. <https://health.clevelandclinic.org/torticollis-how-parents-can-help-correct-a-babys-head-tilt/>
- Burslem, J., McAtasney, D., McGarrity, K., Old, S., Sellar, J. & Todd, G. 2016. Working with Children - Guidance on Good Practice. Viitattu 05.09.2020. [https://apcp.csp.org.uk/system/files/working\\_with\\_children\\_2016\\_1.pdf](https://apcp.csp.org.uk/system/files/working_with_children_2016_1.pdf)
- Doyle, S. 2012. Congenital Muscular Torticollis: An Overview. Orthopedic hospital in the U.S. Viitattu 05.07.2020. [https://www.hss.edu/conditions\\_congenital-muscular-torticollis.asp](https://www.hss.edu/conditions_congenital-muscular-torticollis.asp)
- Duodecim. Terveyskirjasto. Lääketieteensanasto. Viitattu 07.04.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=Itt01726](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Itt01726)

- Eskelinen, M., Ilo, J., Leppänen, L., Lowe, R. & Torikka, M. 2016. Ohjeita lapsesi liikunnallisen kehityksen tukemiseksi. Potilasohje. Fysiatrია. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. Viitattu 28.04.2020. <https://www.phhyky.fi/assets/files/2016/11/Vanhemmille-ohjeita-lapsen-liikunnallisen-kehityksen-tukemiseksi.pdf>
- Fradette, J., Gagnon, I., Kennedy, E., Snider, L. & Majnemer, A. 2011. Clinical Decision Making Regarding Intervention Needs of Infants With Torticollis. *Paediatric Physical Therapy* 23. 249-256. Viitattu 13.07.2020. [http://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2011/23030/Clinical\\_Decision\\_Making\\_Regarding\\_Intervention.8.aspx](http://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2011/23030/Clinical_Decision_Making_Regarding_Intervention.8.aspx)
- Gundrathi, J., Cunha, B. & Mendez, M. 2020. Congenital torticollis. Viitattu 12.08.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549778/>
- Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 12.08.2020. [http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf)
- Heidenreich, E., Johnson, R. & Sargent, B. 2018. Informing the Update to the Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Viitattu 05.09.2020. [https://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2018/07000/Informing\\_the\\_Update\\_to\\_the\\_Physical\\_Therapy.2.aspx](https://journals.lww.com/pedpt/Fulltext/2018/07000/Informing_the_Update_to_the_Physical_Therapy.2.aspx)
- Helenius, I. 2016. Lasten ortopediset kaularankaongelmat. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Viitattu 31.03.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/11/duo13170>
- Helsingin kaupunki. 2020. Vauvan sensomotorinen kehitys. Viitattu 29.04.2020. <https://www.hel.fi/sote/perheentuki-fi/0-1-vuotiaat/vauvan-kehitys/vauvan-sensomotorisen-kehitys/>
- Hukki, J., Vuola, P. & Leikola, J. 2013. Lapsen kallon poikkeavan muodon diagnostiikka. Suomen lääkärilehti. Viitattu 27.07.2020. <https://researchportal.helsinki.fi/en/publications/lapsen-kallon-poikkeavan-muodon-diagnostiikka>
- Intermountain Healthcare. 2017. Infant torticollis. Viitattu 17.08.2020. <https://intermountainhealthcare.org/blogs/topics/intermountain-moms/2017/11/infant-torticollis/>
- Kajaanin ammattikorkeakoulu. Tutkimuksen- opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Viitattu 07.04.2020. <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tuki-materiaali/Tavoite-ja-tarkoitus>
- Kaplan, S., Coulter, C., & Feters, L. 2013. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline: From the section on pediatrics of the American physical therapy association. Viitattu 14.05.2020. [https://journals.lww.com/pedpt/fulltext/2013/25040/Physical\\_Therapy\\_Management\\_of\\_Congenital\\_Muscular.2.aspx](https://journals.lww.com/pedpt/fulltext/2013/25040/Physical_Therapy_Management_of_Congenital_Muscular.2.aspx)
- Keklicek, K. & Uygur, F. 2018. A randomized controlled study on the efficiency of soft tissue mobilization in babies with congenital muscular torticollis. Viitattu 03.09.2020. <http://web.a.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=3b17cc4b-95f1-4193-9987-f4c32514ed8e%40sdc-v-sessmgr02Keklicek & Uygur 317, 2018.>
- Koivikko, M. & Sipari, S. 2006. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Vajaaliikkeisten kunto ry. Viitattu 23.04.2020. <http://www.vlkunto.fi/koulutus/aikaisemmat/tampere%202006/Koivikko.pdf>
- Kuo, D.Z., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M. & Neff, J. M. 2011. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal child health*. Viitattu 26.08.2020.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=3817eda9-c155-42c4-93b3-94f89c886e5f%40sessionmgr4003&hid=4201>

Kukkohovi, K. 2004. Fysioterapia ohjaustilanteen vuorovaikutus. Pro- gradu. Viitattu 23.04.2020. [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/11217/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200536.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/11217/URN_NBN_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1)

Kylmä, J. Vehviläinen-Julkunen, K. ja Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus: mitä, miten ja miksi? Vol. 119:609-15 Duodecim. Viitattu 4.10.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitoon sairaalassa. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos. Viitattu 23.04.2020. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5935-0.pdf>

Lipponen, K. & Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopisto hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Oulun yliopistopaino. Viitattu 26.08.2020. [https://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Lindroos, J. & Lohivesi, K. 2010. Strategiatyökaluja. Onnistu strategiassa. Helsinki: Talentum Media Oy. E-kirja. Viitattu 14.09.2020. <https://luc.finna.fi/lapinamk/>, Talentum verkkokirjahylly.

Lukka. 2001. Konstruktiivinen tutkimusote. Viitattu 05.10.2020. <https://metodix.fi/2014/05/19/lukka-konstruktiivinen-tutkimusote/>.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto. 2013. Lapsi eri ikävuosina 0-6kk. Viitattu 02.04.2020. <https://dzmdrwrwnq2zx.cloudfront.net/prod/2017/08/04174306/Lapsi-eri-ik%C3%A4kausina-0-6-kk.pdf>

Narayanappa, D., Rajani, H., Anita, T. & Rashmi, N. 2013. A case of ocular torticollis. Oman medical journal. Viitattu 08.08.2020. [http://www.omjournal.org/images/411\\_M\\_Deatials\\_Pdf\\_.pdf](http://www.omjournal.org/images/411_M_Deatials_Pdf_.pdf)

Nationwide Children's Hospital. 2007. Exercises: Right Torticollis Positioning for Play. Viitattu 17.08.2020. <https://www.nationwidechildrens.org/family-resources-education/health-wellness-and-safety-resources/helping-hands/exercises-right-torticollis-positioning-for-play>

Nieminen, L. 2017. Laurea Opinnäytetyöohje. Laurea-ammattikorkeakoulu 2017. Viitattu 05.10.2020. <https://laureauas.sharepoint.com/sites/linkfi/Dokumentit/Laurean%20opinnäytetyöohje.pdf>

Rehan, K. 2019. Klippel-Feil Syndrome: Short Neck and Congenital Cervical Spine Disorder. Viitattu 08.08.2020. <https://www.spineuniverse.com/conditions/upper-neck-disorders/klippel-feil-syndrome-short-neck-congenital-cervical-spine-disorder>

Rosendahl, S. 2015. Perheiden käsityksiä lapsen fysioterapian tavoitteista. Pro-gradu. Viitattu 27.04.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/46183/1/URN%3ANBN%3Afi%3Ajyu-201506032170.pdf>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Viitattu 14.09.2020. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Savolainen, T. & Partia, R. 2018. Fysioterapianimikkeistö. Viitattu 23.06.2020. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2018/1892-fysioterapianimikkeisto-nomenklatur-fysioterapia>



- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. ETENE julkaisuja 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki. Viitattu 26.08.2020. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfcdce9841>
- Seppänen, M. 2018. Karsastus lapsella. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 31.03.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00987](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00987)
- Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. GAS-menetelmä. Käsikirja versio 4. Kela. Viitattu 23.06.2020. <https://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>
- Suomen Fysioterapeutit. 2020. Ohjaus- ja neuvontaosaaminen. Viitattu 27.4.2020. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/ammattillinen-osaaminen/ohjaus-ja-neuvontaosaaminen.html>
- Suomen Fysioterapeutit. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Viitattu 7.04.2020. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/FysioterapeutinYdinosaaminen.pdf>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä. Viitattu 27.10.2020. [https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon\\_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus\\_ammattilaisen\\_ja\\_perheen\\_valilla](https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla)
- Terveyskylä. 2019. Kierokaula. Viitattu 31.03.2020. <https://www.terveyskyla.fi/lasten-talo/tietoa-lasten-sairauksista/lasten-ja-nuorten-ortopedia/niska-ja-hartia/kierokaula>
- Torikka, M., Ilo, J., Eskelinen, M., Lowe, R. & Leppänen, L. 2016. Ohjeita lapsesi liikunnallisen kehityksen tukemiseksi. Viitattu 23.06.2020. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. <https://www.phhyky.fi/assets/files/2016/11/Vanhemmille-ohjeita-lapsen-liikunnallisen-kehityksen-tukemiseksi.pdf>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2020. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 12.08.2020. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>
- Varhainen vuorovaikutus. 2019. Viitattu 23.06.2020. <https://lapsuus.ouka.fi/lapsen-ikakaudet/vauvaika/varhainen-vuorovaikutus/>
- Veijola, A., Honkanen H. & Lappalainen, P. 2015. Asiakkaan osallisuuden mahdollistava ja sitä tukeva haastattelukeskustelu. Julkaisussa GAS-menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 23.06.2020. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158520/GAS.pdf?sequence=5>
- Veijola, A. 2003. Perhelähtöinen lasten fysioterapia edellyttää uutta ajattelua. TAMK. Viitattu 01.08.2020. [https://andor.tuni.fi/discovery/fulldisplay?vid=358FIN\\_TAMPO:VU1&docid=alma997919386905973&lang=fi&context=L](https://andor.tuni.fi/discovery/fulldisplay?vid=358FIN_TAMPO:VU1&docid=alma997919386905973&lang=fi&context=L)
- Vuokila-Oikkonen, P. & Hyväri, S. 2015. Toimijoita osallistava kehittämisprosessi - esimerkkinä Oulun mielenterveyspalvelujen rajapintatyön mallintaminen. Viitattu 04.10.2020. <http://urn:URN:ISBN:978-952-493-233-2>
- Väestöliitto. 2019. Kosketuksen merkityksestä. Viitattu 23.06.2020. [https://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa\\_vanhemmille/pienien\\_lasten\\_vanhemmat/lapsijaseksuaalisuus/usein-kysytyt-kysymykset/lapsen-itsetyydytys-tai-unnutus/kosketuksen-merkityksesta/](https://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/pienien_lasten_vanhemmat/lapsijaseksuaalisuus/usein-kysytyt-kysymykset/lapsen-itsetyydytys-tai-unnutus/kosketuksen-merkityksesta/)
- Öhman, A., Mårdbrink, E-L., Stensby, J. & Beckung, E. 2011. Evaluation of treatment strategies for muscle function in infants with congenital muscular torticollis. Viitattu 28.08.2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21568831/>

## Kuviot

Kuva 1, Keskeiset käsitteet

Kuva 2, Opinnäytetyöprosessin vaiheet

## Taulukot

Taulukko 1, Venytysharjoitteiden kontraindikaatiot

Taulukko 2, Oppaan SWOT-analyysi

## Liitteet

Liite 1, Torticollis oppaan 1. sivu (oikean puolen torticollis)

Liite 2, Torticollis opas (oikean puolen torticollis)

Liite 3, Torticollis oppaan 1. sivu (vasemman puolen torticollis)

Liite 4, Torticollis opas (vasemman puolen torticollis)

Liite 1, Torticollis oppaan 1. sivu (oikean puolen torticollis)

## TORTICOLLIS OPAS

oikean puolen torticollis

**INFO**

- Torticollis eli kierokaula on yksi yleisimmistä tuki- ja liikuntaelinsairauksista vastasyntyneillä.
- Siinä pää on kääntynyt sivulle ja leuka on kohti kainaloa.
- Tähän oppaaseen on koottu keskeisimmät venytykset sekä asentohoidot torticolliksen hoidon tueksi.
- Opas perustuu opinnäytetyöhön, joka on tehty yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun ja HUS:in kanssa

Oona Heikura & Nea Rannema  
Laurea- ammattikorkeakoulu



**Sivutaivutus**

- Vie lapsen pää kohti vasenta hartiaa ja paina vasenta hartiaa kevyesti
- Valitse lapselle mieluinen asento venytykseen: kylki-, vatsa-, selinmakuu tai istuen



**Kierto**

- Vie lapsen leuka kohti oikeaa hartiaa ja varmista vartalon pysyminen paikallaan toisella kädelläsi
- Valitse lapselle mieluinen asento venytykseen: kylki-, vatsa-, selinmakuu tai istuen

Liite 2, Torticollis oppaan 2. sivu (oikean puolen torticollis)

## TORTICOLLIS OPAS

oikean puolen torticollis



**Kantoasento**

- Aseta lapsi kylkimakuulla vasen puoli vasten kyynärvarttasi
- Kyynärvarsi tulee olla pään ja hartian välissä
- Aseta toinen kätesi lapsen jalkojen välistä



**Leikkiasento selinmakuulla**

- Vie lelua vasemmalle puolelle, niin että lapsi kääntäisi päätään kohti lelua



**Leikkiasento vatsamakuulla**

- Vie lelua vasemmalle sivulle, niin että lapsi kääntäisi päätään kohti lelua

Liite 3, Torticollis oppaan 1. sivu (vasemman puolen torticollis)

## TORTICOLLIS OPAS

### vasemman puolen torticollis

**INFO**

- Torticollis eli kierokaula on yksi yleisimmistä tuki- ja liikuntaelinsairauksista vastasyntyneillä.
- Siinä pää on kääntynyt sivulle ja leuka on kohti kainaloa.
- Tähän oppaaseen on koottu keskeisimmät venytykset sekä asentohoidot torticolliksen hoidon tueksi.
- Opas perustuu opinnäytetyöhön, joka on tehty yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun ja HUS:in kanssa

Oona Heikura & Nea Rannema  
Laurea- ammattikorkeakoulu



**Sivutaivutus**

- Vie lapsen pää kohti oikeaa hartiaa ja paina vasenta hartiaa kevyesti
- Valitse lapselle mieluinen asento venytykseen: kylki-, vatsa-, selinmakuu tai istuen



**Kierto**

- Vie lapsen leuka kohti vasenta hartiaa ja varmista vartalon pysyminen paikallaan toisella kädelläsi
- Valitse lapselle mieluinen asento venytykseen: kylki-, vatsa-, selinmakuu tai istuen

Liite 4, Torticollis oppaan 2. sivu (vasemman puolen torticollis)

## TORTICOLLIS OPAS

### vasemman puolen torticollis



**Kantoasento**

- Aseta lapsi kylkimakuulla vasen puoli vasten kyynärvarttasi
- Kyynärvarsi tulee olla pään ja hartian välissä
- Aseta toinen kätesi lapsen jalkojen välistä



**Leikkiasento selinmakuulla**

- Vie lelua vasemmalle puolelle, niin että lapsi kääntäisi päätään kohti lelua



**Leikkiasento vatsamakuulla**

- Vie lelua vasemmalle sivulle, niin että lapsi kääntäisi päätään kohti lelua