

PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA –
MENETELMIÄ JA VAIKUTUKSIA FYSIOTERAPEUTTIIEN
NÄKÖKULMASTA

Alaluusua Jenni
Mokko Elina
Raivio Jasmiina

Opinnäytetyö
Fysioterapian koulutusohjelma
Fysioterapeutti (AMK)

2021

Fysioterapian koulutusohjelma
Fysioterapeutti (AMK)

Tekijät	Jenni Alaluusua Elina Mokko Jasmiina Raivio	Vuosi 2021
Ohjaajat	Anne Rautio, Mika Rahkola	
Toimeksiantaja	Edistia Kotiolot	
Työn nimi	Psykofyysinen fysioterapia – menetelmiä ja vaikutuksia fysioterapeuttien näkökulmasta	
Sivu- ja liitesivumäärä	55 + 4	

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa fysioterapeuttien käyttämiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ja heidän kokemuksiaan menetelmien vaikutuksista mielenterveysasiakkailta. Työn tavoitteena oli tuottaa toimeksiantajalle lisätietoa psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksista mielenterveysasiakkaan kuntoutuksessa. Fysioterapia-alalle pyrimme tuomaan kokemuksellista tietoa psykofyysisen fysioterapian menetelmistä ja niiden vaikutuksista mielenterveysasiakkaiden parissa työskenteleville fysioterapeuteille. Omana tavoitteenamme oli luoda syvällisempi ymmärrys psykofyysisestä fysioterapiasta ja siinä käytettyistä menetelmistä.

Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusotteella, jossa tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Haastatteluihin osallistui kaksi fysioterapeuttia ja ne toteutettiin sekä nauhoitettiin Teams –sovelluksen avulla. Saatu materiaali litte-roitiin Microsoft Word- tekstinkäsittelyohjelmalla, jonka jälkeen edettiin aineistolähtöiseen analyysiin.

Psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneet fysioterapeutit hyödyntävät monipuolisesti erilaisia menetelmiä ottaen vaikutteita eri tekniikoista. Esille nousi erityisesti Basic Body Awareness -terapia sekä hengitysharjoitukset. Menetelmillä on koettu olevan positiivisia vaikutuksia muun muassa mielenterveysasiakkaan voimavarojen ja toimintakyvyn lisääntymiseen sekä itsetuntemuksen kohenemiseen. Tutkimustulokset antoivat viitteitä siitä, että psykofyysisen fysioterapian menetelmillä voidaan tehostaa mielenterveysasiakkaan kuntoutusta.

Avainsanat mielenterveys, psykofyysinen fysioterapia, keho ja mieli

Physiotherapy
Bachelor of Health Care,
Physiotherapist

Authors	Jenni Alaluusua Elina Mokko Jasmiina Raivio	Year 2021
Supervisors	Anne Rautio, Mika Rahkola	
Commissioned by	Edistia Kotiolot	
Subject of thesis	Psychophysical physiotherapy – methods and effects from the perspective of physiotherapists	
Number of pages	55 + 4	

The purpose of this thesis was to find both out the methods used by physiotherapists who are specialized in psychophysical physiotherapy and their experiences of the effects of the methods on mental health clients. The aim of this study was to produce experiential information for the commissioner about the opportunities of psychophysical physiotherapy in mental health rehabilitation. As well for the physiotherapy field the aim was to bring experiential information about psychophysical physiotherapy for physiotherapists who work with mental health clients. The aim was to enhance the knowledge of the authors of the topic.

The research approach of this study was qualitative and the material was collected through a thematic interview. There were two physiotherapists who participated in the interview. The interviews were recorded and transcribed with Teams application. The written material was analyzed by a data-driven method afterwards.

Physiotherapists who are specialized in psychophysical physiotherapy use a variety of the methods taking inspiration from different techniques. The study brought up especially Basic Body Awareness therapy and breathing exercises. Physiotherapists have noticed many positive effects of using the methods with mental health clients. Effects included for example improvement in function ability, resources and self-knowledge. Research results suggested that using methods of psychophysical physiotherapy may improve rehabilitation of the mental health client.

Key words mental health, psychophysical physiotherapy,
body and mind

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	MIELENTERVEYS.....	9
2.1	Mielenterveys pätkinänkuoressa.....	9
2.2	Mielenterveyshäiriöiden vaikutus toimintakykyyn.....	10
2.3	Mielenterveysasiakkaan hoito ja kuntoutus.....	11
2.4	Fysioterapia mielenterveyskuntoutuksessa	13
3	PSYKOFYYSSINEN FYSIOTERAPIA	14
3.1	Psykofyysisen fysioterapian määritelmä	14
3.2	Keskeistä psykofyysisessä fysioterapiassa.....	16
3.2.1	Vuorovaikutus, läsnäolo ja ihmiskäsitys	16
3.2.2	Motivaatio.....	17
3.2.3	Vireystila.....	18
4	PSYKOFYYSSISEN FYSIOTERAPIAN MENETELMIÄ.....	21
4.1	BBAT - Basic Body Awareness -terapia.....	21
4.2	NPMP - Norwegian Psychomotor Physiotherapy.....	21
4.3	Alexander- tekniikka	22
4.4	Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät.....	22
4.5	Hengitysharjoitukset	23
4.6	Kehonkuvaharjoitukset.....	25
4.7	Rentoutusharjoitukset	26
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	29
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	30
6.1	Laadullinen tutkimus	30
6.2	Teemahaastattelu	31
6.3	Haastattelun kohderyhmä.....	32
6.4	Sisällönanalyysi	33
6.4.1	Aineiston pelkistäminen.....	34
6.4.2	Aineiston ryhmittely	36
6.4.3	Aineiston käsitteellistäminen	37
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	40
7.1	Fysioterapeuttien käyttämiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä	40

7.2	Psykofyysisen fysioterapian menetelmien vaikutuksia mielenterveysasiakkaila.....	42
8	POHDINTA.....	44
8.1	Opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset	44
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	45
8.3	Opinnäytetyön eteneminen ja oppimiskokemukset.....	48
8.4	Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet	49
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Hyvällä mielenterveydellä viitataan psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaan, jossa yksilö kykenee selviytymään arjen haasteista ja on tyytyväinen elämäänsä, tunnistaa omat vahvuutensa sekä kykenee toimimaan osana yhteisöään (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020; Toivio & Nordling 2013, 62; Cattan & Tilford 2006, 11-12). Vaihtelevien elämäntilanteiden myötä mielenterveys muuttaa muotoaan sitä suojaavien ja uhkaavien tekijöiden kautta (Toivio & Nordling 2013, 62). Muuttuvassa yhteiskunnassa ja vaatimusten kasvaessa mielenterveyden tärkeys korostuu entisestään. Päihde- ja mielenterveyshäiriöt aiheuttavatkin merkittäviä kansanterveydellisiä ongelmia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.) Arviolta jopa yksi viidestä kärsii mielenterveyden häiriöistä jossain kohtaa elämässään (Kinsella & Kinsella 2015, 7).

Suomalaisten fyysinen terveys on parantunut, mutta siitä huolimatta mielenterveydenhäiriöt ovat kuitenkin kasvussa vaikuttaen näin merkittävästi myös sairauspoissaolojen lisääntymiseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020; Blomgren 2020). Sairauspäiväraha-kaudet, jotka alkoivat mielenterveyteen liittyvistä syistä, lisääntyivät 16 % vuonna 2017 edelliseen vuoteen verrattuna. Ne ovat lisääntyneet kaikkien ikäryhmien keskuudessa, etenkin naisilla. Vuosien 2005–2017 aikana mielenterveyshäiriöistä johtuvien sairauspäiväraha-kausien taustalla ovat olleet varsinkin masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt. (Blomgren 2020.) Fyysisten sairauksien hoitoon verrattuna mielenterveyshäiriöiden hoito ei yllä samalle tasolle. Mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi tarvitaan yhteistyötä ehkäisevän työn, sairaanhoidon sekä kuntoutuksen välillä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020.)

Mielen tasapainon järkkyyessä vaikean sairauden tai tilapäisen kriisin myötä voi mielenterveyskuntoutus olla tarpeen. Kuntoutuksella pyritään edistämään yksilön toimintakykyä ja osallisuutta omaan yhteisöönsä. (Mielenterveystalo 2021a.) Mielenterveyspalveluita tarjotaan sekä laitos- että avokuntoutuksena (Mielenterveystalo 2021b). Mielenterveysasiakkaan kuntoutuminen vaatii yleensä moniammatillista työryhmää, johon voi kuulua esimerkiksi psykologi, psykiatri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, työvoimaviranomainen ja fysioterapeutti (Vuori-Kemilä,

Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 66; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 433; Barker 2011, 70).

Yksi fysioterapian erikoistumisaloista on psykofyysinen fysioterapia, joka perustuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen. Keskeistä kyseisessä terapiamuodossa on kehon ja mielen välisen yhteyden ymmärtäminen. Psykofyysisessä fysioterapiassa asiakkaalle pyritään löytämään selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja kokemuksellisen oppimisen kautta. (PSYFY 2020a.) Psykofyysisessä fysioterapiassa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, kuten kehotietoisuus-, hengitys- sekä rentoutusharjoituksia (PSYFY 2020c). Terapian tavoitteet luodaan aina yksilöllisesti asiakkaan voimavarat ja elämäntilanne huomioiden. Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan hyödyntää laajasti eri asiakasryhmien kanssa, esimerkiksi neurologia-, tuki- ja liikuntaelinasiakkailta sekä mielenterveysasiakkailta. (PSYFY 2020a.)

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi psykofyysisen fysioterapian, sillä kiinnostuimme kehon ja mielen välisestä yhteydestä ja sen hyödyntämisestä fysioterapiassa kuultuamme tästä erikoisalasta koulun järjestämällä kurssilla. Psykofyysisen fysioterapia oli meille kaikille hyvin vieras aihealue, joten aiheeseen perehtyminen opinnäytetyön merkeissä tuntui luontevalta vaihtoehdolta. Päädyimme toteuttamaan laadullisen tutkimuksen teemahaastattelulla, sillä halusimme saada nimenomaan kokemuksellista tietoa tutkittavasta aiheesta. Rajasimme haastattelutavat koulutuksen ja soveltuvan työkokemuksen perusteella, sillä koimme toimeksiantajamme hyötyvän ajankohtaisesta ja käytännönläheisestä tiedosta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa fysioterapeuttien käyttämiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ja heidän kokemuksiaan menetelmien vaikutuksista mielenterveysasiakkailta. Toimeksiantajamme toimii mielenterveyskuntoutujien yhteiskoti, Edistia Kotiolot. Työn tavoitteena on tuottaa heille lisätietoa psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksista mielenterveysasiakkaan kuntoutuksessa. Fysioterapia-alalle pyrimme tuomaan kokemuksellista tietoa psykofyysisen fysioterapian menetelmistä ja niiden vaikutuksista mielenterveysasiakkaiden parissa työskenteleville fysioterapeuteille. Omana tavoitteenamme on luoda syvällisempi ymmärrys psykofyysisestä fysioterapiasta ja siinä käytetyistä menetelmistä.

Teoriaosiomme alussa käsittelemme mielenterveyttä yleisesti ja käymme läpi siihen vaikuttavia tekijöitä. Tämän jälkeen syvennymme psykofyysisen fysioterapian perusteisiin sekä terapiassa käytettyihin menetelmiin. Työn lopussa esittelemme haastatteluista saadut tulokset sekä johtopäätöksemme käsiteltävästä aiheesta.

2 MIELENTERVEYS

2.1 Mielenterveys pähkinäkuoressa

Hyvällä mielenterveydellä tarkoitetaan hyvinvoinnin tilaa, jossa ihminen on tyytyväinen omaan elämäänsä ja kokee sen merkitykselliseksi, kykenee tunnistamaan omat vahvuudet ja kyvyt sekä tulee toimeen muiden ihmisten kanssa (Suomen mielenterveys ry 2021a; WHO 2018). Mielenterveyteen mielletään lisäksi yksilön kyky toimia yhteisössä ja joustaa tarvittaessa eri elämäntilanteissa sekä kykenevyys tukeutua toisiin silloin, kun omat voimavarat eivät riitä (Suomen mielenterveys ry 2021a; Hietaharju & Nuutila 2016, 12). Kun elämässä tulee eteen asioita, jotka kuormittavat mieltä, on mielenterveys silloin voimavara, joka auttaa selviämään näistä tilanteista (Suomen mielenterveys ry 2021a). Mielenterveys kulkee mukana läpi elämän, mutta se vaihtelee eri elämäntilanteiden mukaan muun terveydentilan lailla. Näin ollen mielenterveys ei ole pysyvä, staattinen tila. (Suomen mielenterveys ry 2021a; Toivio & Nordling 2013, 60.)

Mielenterveyden ongelmat ovat yksi merkittävimmistä tekijöistä Suomessa, jotka aiheuttavat erityisesti nuorten työkyvyttömyyden lisääntymistä. Psykkiset vaivat eivät ole kuitenkaan vain nuorten rasitteena, vaan mielenterveysongelmia ilmenee kaiken ikäisillä. (Talvitie ym. 2006, 431–432.) Mielenterveys ja erityisesti sen horjumisen eivät ole vain yksilöön itseensä vaikuttava asia, vaan se koskettaa lisäksi useita ihmisiä hänen ympärillään tehden näin siitä sosiaalisen ilmiön (Toivio & Nordling 2013, 61).

Mielenterveyteen voivat vaikuttaa perimä, biologiset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, elämän kokemukset sekä sen hetkisen elämäntilanteen kuormittavuus (Hietaharju & Nuutila 2016, 9; Toivio & Nordling 2013, 60). Edellä mainittujen lisäksi kulttuurisilla arvoilla sekä koulutuksella ja uralla on omat vaikutuksensa siihen, mihin suuntaan mielenterveys kehittyy (Hietaharju & Nuutila 2016, 9). Jokainen kokee jossain vaiheessa elämäänsä mieltä kuormittavia tekijöitä, esimerkiksi stressiä tai univaikeuksia. Myös pettymyksiltä ja menetyksiltä on melkein pä mahdotonta välttää. (Suomen mielenterveys ry 2021a.)

Mielenterveyttä haavoittavilla riskitekijöillä on ihmisen terveyteen, hyvinvointiin ja turvallisuuden tunteeseen heikentävä vaikutus, jonka lisäksi ne lisäävät todennäköisyyttä sairastua mielenterveyden ongelmiin (Hietaharju & Nuutila 2016, 12; Toivio & Nordling 2013, 63). Yksittäisellä haavoittavalla tekijällä ei ole niinkään suurta merkitystä, mutta yhdistyneenä vaikutus moninkertaistuu (Hietaharju & Nuutila 2016, 12). Haavoittavat tekijät jaetaan kahteen eri osaan: sisäisiin ja ulkoisiin. Sisäisiä haavoittavia tekijöitä ovat muun muassa sairaudet, huonot ihmissuhteet ja heikko sosiaalinen asema. Ulkoisiin tekijöihin lasketaan kuuluvaksi esimerkiksi kodittomuus ja työttömyys. (Hietaharju & Nuutila 2016, 12; Toivio & Nordling 2013, 63; Vuori-Kemilä ym. 2007, 10.) Myös erilaisilla katastrofeilla ja traumailla voi olla vaikutusta mielenterveyshäiriöiden kehittymiseen (López-Ibor Aliño 2015, 13).

Haavoittavien tekijöiden tavoin myös mielenterveyttä suojaavat tekijät jaetaan ulkoisiin ja sisäisiin tekijöihin. Suojaavat tekijät niin sanotusti lisäävät selviytymiskykyä, jonka lisäksi niiden on todettu myös vähentävän mielenterveyden ongelmien riskejä. Sisäisiä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa hyvä terveys, itsetunto ja vuorovaikutustaidot. Ulkoisiin suojaaviin tekijöihin luokitellaan kuuluvaksi esimerkiksi turvallinen elinympäristö, riittävä toimeentulo ja sosiaalinen tuki, kuten perhe ja ystävät. (Hietaharju & Nuutila 2016, 11; Toivio & Nordling 2013, 62–63.) Mielenterveyttä voi harjoittaa ja vahvistaa muun muassa pitämällä kiinni tai luomalla itselle arkeen rutiineja, tekemällä itselle mieluisia asioita sekä ylläpitämällä sosiaalisia suhteita. Mielenterveyttä voidaan tukea harjoittelemalla esimerkiksi tunne-, vuorovaikutus-, rauhoittumis- ja rentoutumistaitoja. (Hietaharju & Nuutila 2016, 12.)

2.2 Mielenterveyshäiriöiden vaikutus toimintakykyyn

“Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa klassiset mielisairaudet eli psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, aivojen kehitykseen liittyvät mielenterveyden häiriöt, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, masennustilat, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireiset häiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot ja traumaattisiin tilanteisiin liittyvät mielenterveyden

häiriöt, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuden liittyvät häiriöt sekä päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt” (Lönqvist & Lehtonen 2019).

Kliinisesti merkityksellisissä mielenterveyden häiriöissä esiintyy aina toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä (Lönqvist & Lehtonen 2019). Mielenterveyshäiriöt voivat vaikuttaa toimintakykyyn joko suoraan tai välillisesti oireiden kautta. Toimintakykyyn vaikuttavat niin yksilön omat selviytymiskeinot kuin myös hänen kokemuksensa ja tulkintansa tilanteesta. Mielenterveyshäiriöiden myötä oman tilanteen hahmottaminen voi olla haastavaa ja täten subjektiivinen ja objektiivinen näkemys tilanteesta ovat usein ristiriidassa. Masennukseen ja ahdistukseen liittyvien kielteisten ajatusten ja tulkintojen vaikutuksesta yksilö usein aliarvioi oman toimintakykynsä. (Katinka, Melartin & Vuokko 2012.)

Mielenterveyshäiriöissä esiintyy psykomotorisia poikkeavuuksia, jotka voivat ilmetä hidastumisena tai kiihtyneisyytenä (Lönqvist 2019a). Esimerkiksi masentuneella henkilöllä psykomotorinen hidastuminen voi näkyä vähentyneinä myötäliikkeinä, liikkumisen estymisenä, ilmeettömyytenä ja pysähtyneenä olemuksena. Psykomotorinen kiihtyneisyys saattaa taas näkyä raajojen levottomana liikkeenä tai pakonomaisena kävelynä. (Lönqvist 2019a; Mielenterveystalo 2021d.) Eräs motoriikan häiriö on niin sanottu vahamainen taipuisuus, jossa henkilö jää siihen asentoon, mihin hänet on asetettu. Motoriikan häiriöt voivat näkyä myös epätaivallisina liikkeinä kuten maneereina tai tic-liikkeinä. Poikkeavat liikkeet voivat olla myös antipsykoottisten lääkkeiden haittavaikutuksia. (Lönqvist 2019a.)

2.3 Mielenterveysasiakkaan hoito ja kuntoutus

Ensisijaisena mielenterveyshäiriöiden hoidossa ovat avopalvelut sekä sosiaali- ja terveyshuollon peruspalvelut. Tämän lisäksi erikoissairaanhoidossa mielenterveyspalveluja on psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoitona. Asu- ja palvelu- ja kotipalveluita ja kuntouttavaa työtoimintaa mielenterveyskuntoutujille järjestyy kunnan sosiaalihuollon kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.) Kuntoutuspalveluita on tarjolla myös kuntoutuslaitoksissa, yksityisillä palveluntuottajilla sekä järjestöillä (Mielenterveystalo 2021b).

Mielenterveyshäiriöiden hoito on kokonaisuus, johon sisältyy yleensä useita hoitomuotoja (Lönnqvist 2019b). Biologisilla hoitomuodoilla tarkoitetaan lääkehoidon lisäksi esimerkiksi valohoitoa ja aivojen magneetti- tai sähköhoitoa (Huttunen 2017). Psykososiaaliset hoidot jaotellaan usein omaksi ryhmäkseen, erilleen biologisista hoitomuodoista. Psykososiaaliin hoitoihin kuuluvat psykoterapiat, joita on olemassa jopa satoja erilaisia. Varsinaisten psykoterapioiden lisäksi psykososiaaliin hoitoihin kuuluu laaja joukko muitakin hoitomenetelmiä, jotka hyödyntävät vuorovaikutuksellisesti psykologisia ja sosiaalisia keinoja. Niitä voidaan järjestää esimerkiksi yksilö-, ryhmä- tai perheinterventioina. (Lönnqvist 2019b.) Erilaisia muotoja psykososiaalisille hoidoille voi olla muun muassa erilaiset luovat terapiat, toimintaterapia tai psykofyysisiä menetelmiä hyödyntävät terapiat (Mielenterveystalo 2021c; Lönnqvist 2019b).

Mielenterveyshäiriöiden akuutissa vaiheessa olennaista on turvallinen hoitoympäristö ja oireiden lääkehoito. Toisinaan tämä ensivaiheen hoito ja sairausloma voivat olla riittävä toimenpide. Jos arjen toimintavalmiudet ovat kuitenkin merkittävästi heikenneet, voidaan tarvita mielenterveyskuntoutusta. Ennen kuntoutuksen aloittamista lääkäri arvioi sen tarpeellisuuden sekä sopivat kuntoutusmuodot. Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa voidaan hyödyntää myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten arviota kuntoutujan toimintakyvystä. Kuntoutuksessa lääkehoidon rinnalla käytetään erilaisia aktiivisia kuntoutusmuotoja. Niiden tavoitteena on, että kuntoutuja vahvistaa oman arkensa kannalta tärkeitä taitoja, jotka ovat sairastumisen seurauksena heikenneet. Kuntoutus voidaan aloittaa silloin, kun kokonaistilanne on saatu tasapainoon ja sairastuneen voimavarat ovat riittävät. (Mielenterveystalo 2021b.)

Sopivan kuntoutusmuodon valinnassa otetaan huomioon yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet ja elämäntilanne sekä oireilun laatu. Ensisijainen kuntoutuksen muoto on yleensä tiedon antaminen eli psykoedukaatio. Kuntoutuksen sisältö voi olla myös esimerkiksi keskustelua, liikuntaa, harjoitteita tai taitojen opettelua arkiympäristössä. (Mielenterveystalo 2021b.)

2.4 Fysioterapia mielenterveyskuntoutuksessa

Mielenterveysasiakkaan kuntoutuminen edellyttää useimmiten eri alojen ammattilaisten, asiakkaan ja hänen omaistensa tiivistä yhteistyötä (Vuori-Kemilä ym. 2007, 66). Mielenterveysasiakkaan kuntoutuksessa parhaimmat tulokset saavutetaan moniammatillisella työryhmällä, johon kuuluu fysioterapeutin lisäksi psykologi, psykiatri, sairaanhoitaja ja työvoimaviranomainen sekä sosiaalityöntekijä. Fysioterapeutin työnkuva ja osallisuus vaihtelevat hoitotiimien mukaan. (Talvitie ym. 2006, 432–433.)

Fysioterapialla on oma osansa mielenterveysasiakkaan kuntoutuksessa. Sen tavoitteena on tukea asiakkaan itsenäistä toimijuutta ja henkilökohtaisten tavoitteiden tunnistamista, edistää työ- ja toimintakykyä sekä osallistaa mielenterveysasiakas yhteisön toimintaan. Psykkisistä oireista kärsivällä asiakkaalla voi ilmetä erilaisia häiriöitä motorisen käyttäytymisen ja kehonkuvan kanssa, jotka taas voivat tuoda omat haasteensa kehon tiedostamiseen ja tuntemukseen. Fysioterapia yhdistettynä muuhun psykiatriseen hoitokeinoon luo asiakkaalle mahdollisuuden löytää yhteyden omiin voimavaroihinsa ja konkreettiseen fyysiseen minäänsä lisäämällä asiakkaan tiedostamista ja uskomusta itseensä ja kykyihinsä. (Talvitie ym. 2006, 431–433.)

3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

3.1 Psykofyysisen fysioterapian määritelmä

Psykofyysinen fysioterapia on yksi fysioterapian erikoistumissaloista, jonka lähtökohtana on kokonaisvaltaisuutta painottava ihmiskäsitys (PSYFY 2020a). Kyseinen terapiamuoto on syntynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyönä Norjassa ja Ruotsissa, josta se on myöhemmin levinnyt Suomeen 1980-luvulla (Kauranen 2017, 522). Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on löytää kuntoutujan voimavaroja sekä edistää hänen toimintakykyään (Talvitie ym. 2006, 265). Tärkeää on ymmärtää kehon, mielen ja ympäristön väliset vaikutukset toisiinsa (Wickström 2004, 25; Talvitie ym. 2006, 265).

Kyseisessä terapiamuodossa asiakasta lähestytään ulkoisen kehon kautta, mutta sen vaikutus ylittää kuitenkin koko ihmiseen, niin mieleen kuin myös hänen omaan toimintaansa osana ympäristöä (Lähteenmäki & Jaakkola 2009, 8). Perustana psykofyysisen fysioterapian toteutumiselle toimii kokemuksellinen oppiminen, jossa asiakkaan tuntemus omaa kehoansa kohtaan lisääntyy ja hän tulee yhä enemmän tietoiseksi mielen ja kehon välisestä yhteydestä ja niiden oireilusta (Järvi-Herlevi 2019). Ymmärtäessään tämän asiakas löytää mahdollisesti uusia ratkaisumalleja ja selviytymiskeinoja elämäänsä (PSYFY 2020a).

Kokonaisvaltaisen lähestymistavan vuoksi psykofyysistä fysioterapiaa voidaan soveltaa kaikilla fysioterapian osa-alueilla (PSYFY 2020b). Se soveltuu yhtä lailla esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinongelmia omaavalle kuin mielenterveyskuntoutujallekin, jonka lisäksi sitä voidaan käyttää myös ennaltaehkäisevästi (Talvitie ym. 2006, 265). Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan käyttää esimerkiksi unettomuuden, stressin, jännitystilojen, ahdistus- ja pelkotilojen sekä kehon hahmotusongelmien, uupumusoireiden ja syömishäiriöiden hoitoon. Psykofyysisellä fysioterapialla on koettu olevan positiivisia vaikutuksia myös kroonisiin kiputiloihin. (PSYFY 2020a; Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari 2016, 8.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään tutkimis- ja arviointimenetelminä haastattelua, havainnointia ja mittaamista. Arviointeja voidaan tehdä esimerkiksi kivusta, jännittyneisyydestä, liikkuvuudesta, hengityksestä, rentoutumiskyvystä, liikkeenhallinnasta ja vuorovaikutuksesta sekä minäkuvasta. (Lähteenmäki &

Jaakkola 2009, 139.) Toteutuneen fysioterapian arvioinnissa on kuitenkin tärkeää asiakkaan oma kokemus hoidosta (Lähteenmäki & Jaakkola 2009, 11).

Terapiamenetelminä voidaan käyttää esimerkiksi rentoutus-, kehotietoisuus- ja hengitysharjoituksia, pehmytkudoskäsittelyjä, aktiivisia tai passiivisia liikehoitoja sekä vuorovaikutukseen vaikuttavia harjoituksia (PSYFY 2020c). Menetelmänä voi olla myös kehon tuntemusta lisäävä liikunta, kuten tanssi, tai chi, pilates tai syvävenyttely (Kauranen 2017, 532). Terapiaa voidaan järjestää joko yksilöllisesti tai ryhmässä (PSYFY 2020c). Hoitajaksot kestävät yleensä useamman kauden ja käyntikertoja fysioterapeutilla on noin 1-3 viikossa riippuen asiakkaasta (Kauranen 2017, 523).

Psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuminen voi tapahtua joko täydennyskoulutuksen, työkokemuksen tai näiden yhdistelmän kautta. Suomessa koulutussuosituksena toimii Tampereen tai Karelia ammattikorkeakoulun 15 opintopisteen mittainen psykofyysisen fysioterapian täydennyskoulutus, joka tarjoaa viitekehyksen kyseiselle fysioterapian erikoisalalle. Täydennyskoulutuksen jälkeen on kuitenkin suositeltavaa kerätä lisäksi vielä vähintään 15 opintopistettä esimerkiksi erilaisilla psykofyysiseen viitekehykseen vetoavilla menetelmäopinnoilla, kuten Basic Body Awareness Terapia (BBAT) tai Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP). Psykofyysisen fysioterapian asiantuntijuutta voi täydentää myös muilla lyhyemmillä fysioterapia-alan koulutuskokonaisuuksilla, kuten rentoutus- ja kehotietoisuusmenetelmillä, hengityskoululla, traumaterapia- ja kipukoulutuksilla tai tanssiopinnoilla. PSYFY ry tarjoaa vuosittain koulutustapahtumia ylläpitämään erikoisan osaamista. (PSYFY 2020b.)

Psykofyysisen fysioterapeutin pätevyyden voi saada myös ilman täydennyskoulutusta, mutta tällöin fysioterapeutin tulee olla työskennellyt vähintään viisi vuotta ”mielenterveys- tai päihdesektorilla, kroonisten kipuasiakkaiden tai muutoin vahvasti kokonaisvaltaisempaa bio-psyko-sosiaalista kuntoutusta vaativien asiakasryhmien parissa”. Vasta tällöin voidaan katsoa fysioterapeutin erikoistuneen psykofyysiseen fysioterapiaan. Psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti voi työskennellä hyvin monialaisesti sekä julkisella että yksityiselläkin sektorilla, kuten erikoissairaanhoidossa, säätiöiden alaisuudessa tai itsenäisenä yrittäjänä. (PSYFY 2019.)

3.2 Keskeistä psykofyysisessä fysioterapiassa

3.2.1 Vuorovaikutus, läsnäolo ja ihmiskäsitys

Ammattilaisen ja asiakkaan välisessä suhteessa on paljon samaa kuin muissakin ihmissuhteissa. Ammattilaisena täytyy muodostaa suhteita, joissa voi olla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa henkilökohtaisella, kunnioittavalla ja aidolla tavalla. Suhteen ammatillinen luonne antaa sille kuitenkin tietyn tarkoituksen ja rajat, joita ei tule unohtaa. (Barker 2011, 149,156.)

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan kommunikaation erilaisia muotoja sekä taitoja. Yksi vuorovaikutuksen muodoista on dialogi, jonka koetaan olevan merkittävä osa fysioterapiaa. (Sukanen, Anttila & Korpi 2020, 39–41.) Eryityisesti dialogisen vuorovaikutuksen merkitystä painotetaan psykofyysisessä fysioterapiassa (Talvitie ym. 2006, 266). Keskustelusta dialogisuus eroaa siten, että siinä korostuu toisen osapuolen empaattinen kohtaaminen sekä aktiivinen kuuntelu (Sukanen ym. 2020, 39). Parhaimmillaan se on ajatusten vaihtoa ja uuden oppimista (Herrala, Karhola & Sandström 2008, 149). Dialogiin osallistujat ovat ikään kuin samalla puolella ja tavoittelevat yhteisymmärrystä. Kukin osapuoli tuo dialogiin omat näkemyksensä, jonka seurauksena syntyy jotain aiemmin tuntematonta. Etukäteen ei siis vielä tiedetä millaiseen lopputulokseen päästään, ja siksi avoimuus onkin dialogissa hyödyksi. Myös sanattoman vuorovaikutuksen tärkeys nousee esiin fysioterapiassa. Muun muassa kehonkieli ja kosketus ovat osa sanatonta viestintää, jonka avulla voidaan ilmaista esimerkiksi juuri empatiaa. (Sukanen ym. 2020, 39–40.)

Hyvä vuorovaikutus edellyttää kaikkien osapuolien läsnäoloa (Suomen mielen-terveys ry 2021b). Läsnäolo on taito, joka piilee meissä kaikissa (Takanen 2013, 15). Se on keskittymistä itseensä sekä hetkeen, joka on juuri meneillään (Sundberg, Putkisaari & Salmela 2015, 9). Valitettavan usein läsnäolo kuitenkin hukkuu kaiken suorittamisen alle. Läsnäolon voi löytää aina uudelleen, vaikka se olisi hetkellisesti kadotettu. (Takanen 2013, 15.)

Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys perustuu ajatukseen siitä, että ihmiskeho ja psyyke ovat sidoksissa keskenään eikä näitä kahta kyettä erottamaan toisistaan

sen enempää kuin myöskään ihmistä hänen fyysisestä tai sosiaalisesta ympäristöstään. Ihmisen henkistä tasapainoa voivat koetella niin vallitseva ympäristö kuin myös omat sisäiset uhkatekijät, kuten biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Itsetunnon laadulla on suuri merkitys henkisen tasapainon turvaamisessa. Psykkisten valmiuksien ollessa riittämättömät uhkatekijöiden hallitsemiseen, voi seurauksena ilmetä psyykkistä oireilua. (Talvitie ym. 2006, 267–268.)

Harjoittaakseen psykofyysistä fysioterapiaa fysioterapeutin tulee olla perillä ihmiskäsityksestään suhteessa omaan maailmankuvaansa (Talvitie 2006, 266). Fysioterapeutti tutustuu erikoistuessaan omiin tuntemuksiinsa sekä niiden tuomiin merkityksiin, joka auttaa häntä myöhemmin arvioimaan sitä, että hyötykö asiakas fysioterapiasta vai onko muuhun hoitoon ohjaus tarpeellista (Wickström 2004, 26). Fysioterapeutin ihmiskäsityksen lisäksi dialogisen vuorovaikutuksen aikana korostuu kuntoutujan oma ihmiskäsitys, joka on kehittynyt hänen kokemuksiinsa perustuen. Kuntoutujan henkilökohtaiseen motivoitumiseen ja sitoutumiseen kuntoutusta kohtaan vaikuttavat hänen sen hetkinen elämäntilanneensa, voimavaransa sekä oma ihmiskäsityksensä. Tämän lisäksi vaikutusta on myös sillä, mikä hänen suhteensa on terveyteen ja kuntoutumiseen. (Talvitie ym. 2006, 266.)

3.2.2 Motivaatio

Motivaatio säätelee käyttäytymistä kahdella eri keinolla. Se innostaa toimimaan tietyllä tavalla ja antaa energiaa haastavien tehtävien suorittamiseen. Toisekseen motivaatio ohjaa käyttäytymistä suuntaan, jonka yksilö katsoo edistävän tavoitteen saavuttamista. Motivaatio rakentuu kysymyksen ”miksi?” ympärille. Miksi tai miksi emme ota osaa esimerkiksi johonkin toimintaan? (Liukkonen 2017, 31.)

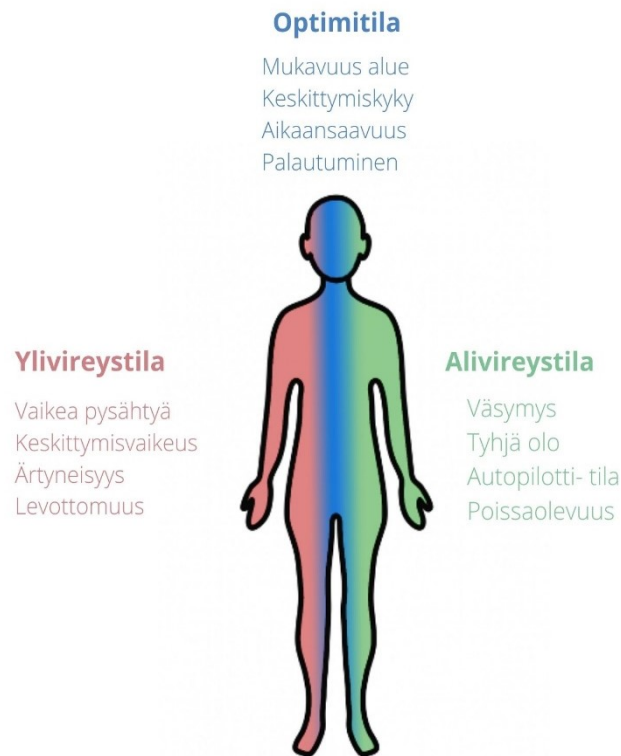
Mielenterveysasiakkaan kuntoutuminen on pitkäkestoinen prosessi ja siihen motivoituminen voi olla haastavaa ongelmien ollessa laaja-alaisia. Asiakkaan usko itseensä ja sisäisiin voimavaroihinsa voi olla vaimea tai psyykkinen energia heikentynyt, mikä tuo lisähaasteita kuntoutuksessa onnistumisen kannalta tarvittavaan motivaatioon. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 55.) Useimmiten asiakkaan motivaatiota ei voida muuttaa, mutta sitä voidaan tukea (Wickström 2004, 27). Motivaa-

tion määrään vaikuttaa yhteistoiminnassa laaditut tavoitteet sekä se, kuinka merkityksellisenä asiakas kokee nämä tavoitteet (Vuori-Kemilä ym. 2007, 56). Asiakkaan uskoessa pystyvänsä saavuttamaan asetetut tavoitteet ja kokiessa ne mielisena, on hän motivoituneempi ja kykenevämpi työskentelemään tavoiteltavan asian eteen. Asettamalla tavoitteet mahdollisimman realistisiksi ja luomalla välitavoitteita, joiden kautta päätavoite saavutetaan, mahdollistetaan onnistumisen tuntemukset, jotka itsessään ylläpitävät motivaatiota. (Talvitie ym. 2006, 85; Vuori-Kemilä ym. 2007, 55–56.)

Ohjaustilanteessa korostuu asiakkaan kuunteleminen ja hänen tavoitteistaan ja toiveistaan keskusteleminen. Motivaation säilymisen kannalta on oleellista paineutua kullakin hetkellä sellaisiin tavoitteisiin, jotka asiakas itse on valmis kohtaamaan. Ohjaajan syöttäessä asiakkaalle omia näkökulmiaan käsiteltävästä asiasta, voi asiakkaan motivaatio yhteistyötä kohtaan hiipua. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 56.) Terapeutin tavoitteena on saada asiakas löytämään toivo tulevaisuudesta ja sen paremmuudesta nykyhetkeen verrattuna. Motivaatio muuttuu asiakkaan nähdessään itsensä ja elämäntilanteensa uudessa valossa. (Wickström 2004, 27.)

3.2.3 Vireystila

Vireystila on psykologinen sekä fysiologinen tila eli mielen ja kehon hereillä olon ja reagoinnin tila. Vireystiloissamme tärkeässä osassa on aivoalueiden aktiivisuustaso, jolla on myös vaikutusta niin verenpaineeseen kuin sykkeeseenkin. Vireystilat (Kuva 1) jaetaan kolmeen eri osaan: optimaali-, ylivireys- sekä alivireystilaan. (Hietakangas 2019.) Optimaalista vireystilaa voidaan kutsua myös mukavuusalueeksi. Tässä tilassa aivomme toimivat erinomaisella tavalla. (Hietakangas 2019; Tuomisilta 2021.) Ylivireystila on tila, jossa vireys on turhan korkealla, kun taas alivireystilassa vireys on hyvin alhainen. Kaikilla edellä mainituilla vireystiloilla on oma tarkoituksenomainen tehtävänsä. Vireystila muuttuu päivän aikana sen mukaan, mitä missäkin hetkessä tapahtuu. Vireystilamuutoksiin vaikuttavat niin sisäiset kuin ulkoisetkin tekijät. (Hietakangas 2019.)



Kuva 1. Vireystilojen jaottelu (Mukaiilu Kinnunen 2019).

Aivojen toiminnan tuntemus on tärkeää vireystilojen säätelyn kannalta. Aivot muodostuvat kolmista eri aivoista: matelija-, nisäkäs- ja ihmisaivoista. Jokaisella näistä on oma erikoistaitonsa ja tehtävänsä. Matelija-aivoilla viitataan aivorunkomme. Tämä aivojen osa pitää kehomme toiminnassa säädellen kehon tahdosta riippumattomia toimintoja, kuten verenpainetta, hengitystä, ruoansulatusta, sydämen sykettä sekä aistimuksia. Nisäkäs-aivoilla tarkoitetaan limbistä järjestelmää. Kyseinen aivojen osa säätelee muun muassa mielentilojamme. Ihmisaivoilla viitataan aivokuoreemme, jossa sijaitsee analyyttinen mieli. Kyseinen aivojen osa on niin sanotusti informaation prosessoinnin keskus. Siellä tapahtuvat ajattelu ja suunnittelu, valintojen teko, puhuminen sekä oppiminen. (Hietakangas 2019.)

Optimaalisessa vireystilassa aivotoiminta on parhaimmillaan. Tässä tilassa henkilö kykenee tekemään suunnitelmia, pohtimaan ongelmia sekä löytämään ratkaisuja asioihin. Jos aivomme ovat ylivireystilassa, manteliumake laukaisee puolustusreaktion, jolloin ihmisaivojen toiminta lakkautuu hetkellisesti ja nisäkäs-aivot

aktivoituvat. Ylivireyden johdosta aivot ovat niin sanotusti “taistele tai pakene” -tilassa. (Hietakangas 2019.) On tärkeää olla keinoja, kuinka sieltä pääsee takaisin omaan optimitilaan. Jollain vireystilan säätely tapahtuu hyvinkin luonnollisesti, kun taas jollekin optimitilaan pääsy tuo haasteita. Esimerkiksi traumailla voi olla vaikutusta siihen, että jokin tilanne voi laukaista ylivireystilan ja sieltä pois pääsy ei tapahdukaan niin luontevasti. (Tuomisilta 2021.)

Kun manteliumake aistii vaaran lisääntyvän, passiivinen puolustusreaktio käynnistyy. Tätä reaktiota voidaan kutsua myös “alustumisreaktioksi”. Kyseisessä tilanteessa nisäkäs- sekä ihmisaivot menevät niin sanotusti “pois päältä”, matelija-aivot aktivoituvat ja aivot siirtyvät alivireystilaan. Tässä tilassa selkeä ajattelu sekä ongelmanratkaisukyky ovat heikentyneet. (Hietakangas 2019.) Kehon ollessa alivireystilassa syke, hengitys ja verenkierto hidastuvat. Lisäksi tyhjän olon tunne, aloitekyvyttömyys ja väsymys lisääntyvät, itseilmaisuuksien latistuu sekä päätöksen teko vaikeutuu. (Hietakangas 2019; Kinnunen 2019.) Tätä tilaa voidaan kutsua niin sanotusti virransäästötilaksi (Kinnunen 2019).

Vireystilojen ohjaus alkaa itsetiedostamisesta. Vireystiloilla on vaikutus ihmiskehoon ja muutokset vireystiloissa vaikuttavat kehon aistimuksiin. Vireystilan ollessa liian korkea tai alhainen kehosignaaleja voi olla esimerkiksi sydämen sykkeen ja ruumiinlämmön muutokset, hikoilu, lihasjännitys tai rentous, unettomuus tai lisääntynyt unentarve sekä ruokahalumuutokset. (Hietakangas 2019.)

4 PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN MENETELMIÄ

4.1 BBAT - Basic Body Awareness -terapia

BBAT eli Basic Body Awareness -terapia on näyttöön perustuva kokonaisvaltainen fysioterapeuttinen lähestymistapa (Härkönen ym. 2016, 8). Kyseisessä lähestymistavassa käytetään hengitystä, tietoista läsnäoloa ja tasapainoa edistäviä liikeharjoitteita, joissa korostuu läsnäolo ja tietoisuus liikkeen yhteydessä. Terapiassa keskitytäänkin erityisesti liikkeen laatuun ja siihen, miten liikkeet suoritetaan ja koetaan suhteessa tilaan ja aikaan. (International Association of Teachers in Basic Body Awareness Therapy 2018.) BBAT:ssa korostuu asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus, asiakkaan havainnointi sekä hänen kokemuksensa. Terapian avuksi pyritään löytämään asiakkaan terveyden kannalta tärkeitä voimavaroja käyttöön sekä parantamaan yhteyttä omaan minäänsä. (Härkönen ym. 2016, 8; International Association of Teachers in Basic Body Awareness Therapy 2018.)

BBAT lähestymistapana soveltuu terveydenhuollossa käytettävänä ennaltaehkäisevänä terapiana, jota voidaan toteuttaa niin yksilö- kuin ryhmäterapianakin. BBAT menetelmää voidaan hyödyntää kuntoutumisen tukena kivun, stressin ja tasapainon hallinnassa. (Härkönen ym. 2016, 8.) BBAT on antanut viitteitä merkittävistä vaikutuksista esimerkiksi syömishäiriöihin, krooniseen kipuun, reumaan, aivohalvaukseen, persoonallisuushäiriöihin ja masennukseen (International Association of Teachers in Basic Body Awareness Therapy 2018).

4.2 NPMP - Norwegian Psychomotor Physiotherapy

NPMP eli Norwegian Psychomotor Physiotherapy on syntynyt ajatuksesta yhdistää psykoanalyysi ja kehoterapeuttinen toimintatapa yhdeksi kokonaisuudeksi (Talvitie ym. 2006, 272–273). Kyseinen terapiamuoto perustuu tietoon siitä, että ihmisen biologisen, fyysisen, psykologisen ja sosiaalisen puolen välillä vallitsee keskinäinen suhde, jossa lihasjännitys, hengitys ja tunteet toimivat itsenäisinä tekijöinä, vaikuttaen kuitenkin toinen toisiinsa. NPMP:ssä ajatellaan, että lihasjännitys ja rajoittunut hengitys muiden kehontoimintojen kanssa suojelevat ihmistä

tuskallisilta muistoilta ja tunteilta. Näiden kehontoimintojen vaikutuksen vähentyessä seurauksena voi olla emotionaalisia konflikteja, jotka taas vahvistavat kehon epätasapainoa ja toimintahäiriöitä. (Probst & Skjaerven 2018, 51–52.) NPMP soveltuu lähinnä ihmisille, jotka kärsivät kroonisista lihaskivuista ja kehon jäykkyydestä (Talvitie ym. 2006, 274; Probst & Skjaerven 2018, 52).

NPMP koostuu kehon toimintojen sekä toimintahäiriöiden käytännönläheisestä ymmärtämisestä ja asiakkaiden kokemuksiin perustuvasta arvioinnista ja hoidosta (Probst & Skjaerven 2018, 52). Kyseisessä terapiamuodossa ihmistä pyritään kehittämään sisältäpäin, jolloin tarkoituksena on muun muassa muovata kehon puolustusmekanismeja, auttaa ihmistä kohtaamaan omia tunteitaan sekä muuttamaan asenteitaan. Terapia sisältää aktiivisten sekä passiivisten liikkeiden lisäksi hierontaa, mutta tärkeintä on kannustaa yksilöä luonnolliseen liikkumiseen. (Talvitie ym. 2006, 273–274.) Ennen kaikkea NPMP:ssä on kyse ihmisen kyvystä sopeutua muutoksiin (Probst & Skjaerven 2018, 55).

4.3 Alexander- tekniikka

Alexander- tekniikka on menetelmä, jossa pyritään lisäämään yksilön itsetunteista psyykkisesti ja fyysisesti sekä pois oppimaan raskaaksi koetuista kaavaisista tottumuksista (Kauranen 2017, 524; Gelb, Saraste & Halme 2013, 16). Alexander- tekniikka on tietoista havainnointia – miten olen, reagoin ja havainnoin kaikessa tekemässäni (Tampereen Alexander -tekniikka 2021).

Tekniikkaa käyttäessä fysioterapeutti ohjeistaa asiakkaan ajattelua ja liikkumista niin manuaalisesti kuin myös sanallisesti. Harjoitukset voidaan tehdä istualtaan, selinmakuultaan, seisten tai lepoasennossa. (Kauranen 2017, 524.) Kyseistä tekniikkaa voidaan käyttää esimerkiksi pääkipuun, selkä- ja niskakipuihin sekä masennukseen (Gelb ym. 2013, 16).

4.4 Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät

Fysioterapeutit käyttävät kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä kuntoutuksessa kahdella pääalueella: mielenterveyshäiriöissä ja kroonisissa kiputiloissa (Donaghy, Nicol & Davidson 2008, 14). Kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla

tavoitellaan psyykkisen kärsimyksen ja haitallisen käyttäytymisen vähentämistä kognitiivisiin prosesseihin vaikuttamalla (Puustjärvi 2016). Kognitiivisilla prosesseilla tarkoitetaan tiedonkäsittelyyn liittyviä toimintoja, esimerkiksi havaitsemista, ajattelua ja päätöksentekoa (Karila 2019). Taustalla on näkemys siitä, että tunteet ja toiminta ovat pääosin tulosta yksilön ajatuksista ja uskomuksista. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa pyritään huomaamaan ajatuksien, uskomuksien ja käyttäytymisen välisiä yhteyksiä sekä muuttamaan niitä suotuisampaan suuntaan. (Puustjärvi 2016.) Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkimusten mukaan tehokasta esimerkiksi masennuksen, ahdistuneisuuden ja paniikkihäiriöiden hoidossa (Anthony, Ledley, Heimberg & Koskela 2008, 7).

Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa tarjoaa myös useita hyödyllisiä strategioita, jotka ovat todettu toimiviksi alkoholiriippuvuuden hoidossa. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa painotetaan potilaan kykyä muuttaa käyttäytymistään liiallisen alkoholinkäytön suhteen. Sosiaalisten taitojen ja selviytymistaitojen harjoittelu muodostavat perustan kognitiiviselle käyttäytymisterapialle alkoholiongelmiin hoidossa. Kognitiivisiin selviytymistaitoihin sisältyy menetelmiä, jotka auttavat yksilöä huomaamaan tilanteita, jossa tarve alkoholin käytölle syntyy ja toimimaan tarkoituksenmukaisella tavalla selviytyäkseen kyseisistä tilanteista. Selviytymiseen tarvittavia taitoja voivat olla stressinhallinta, ongelmanratkaisukyvyt, rentoutuminen ja repsahduksien ennaltaehkäisy. Ihmissuhdetaitojen avulla pyritään lisäämään positiivista vuorovaikutusta ja itseluottamusta sekä minimoimaan negatiivista vuorovaikutusta ja muiden välttelyä. (Donaghy ym. 2008, 107–117.)

4.5 Hengitysharjoitukset

Respiraatiolla eli hengityksellä tarkoitetaan sitä tapahtumaa, kun happi siirtyy ilmasta soluun ja hiilioksidi solusta ilmaan (Duodecim terveyskirjasto 2020). Hengitysrytmi jaetaan sisään- ja uloshengitykseen sekä pieneen uloshengityksen jälkeiseen taukoon. Sisäänhengityksen aikana pallelihas ja muut sisäänhengitykseen osallistuvat lihakset supistuvat aktiivisesti, jolloin rintakehä laajenee ja ylävatsa pyöristyy. Uloshengitys tapahtuu passiivisesti sisäänhengityslihasten rentoutuessa. (Hengityслиitto 2021; Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010,

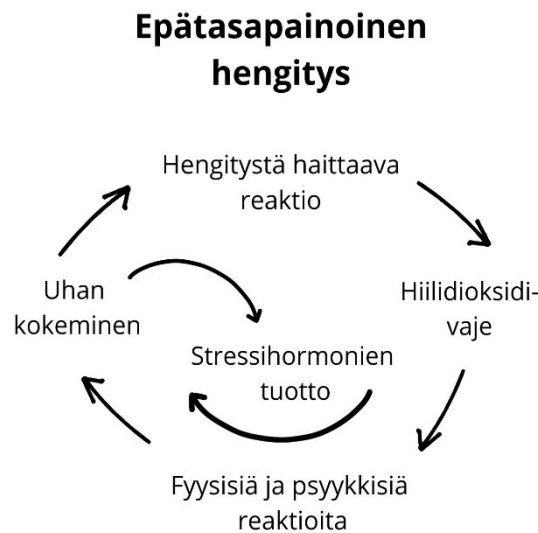
17–18.) Oikeanlaisella ja taloudellisella hengitystekniikalla hapensaanti paranee ja hiilidioksidin poisto tehostuu (Martin ym. 2010, 18).

Tasapainoinen hengitys voi häiriintyä esimerkiksi pelko- ja häpeäkokemusten aikana, joka voi johtaa erilaisten hengitysongelmien ilmenemiseen. Edellä mainittujen lisäksi muun muassa stressi, kipu ja ahdistus voivat aiheuttaa muutoksia hengitykseen esimerkiksi hyperventiloinnin tai hengityksen pidättämisen muodossa. (Martin ym. 2010, 81, 41.)

Ahdistuksesta kärsivällä ihmisillä hyperventilaatio ja hengityksen pidättäminen tyypillisesti vuorottelevat (Martin ym. 2010, 28). Hyperventilaatiolla tarkoitetaan tapahtumaa, missä ihminen hengittää yli tarpeidensa. Hyperventilaation aikana tapahtuva hengitys eroaa normaalista hengityksestä siinä, että se on syvää tai pinnallista, mutta nopeaa, jonka vuoksi keuhkoista poistuu hiilidioksidia enemmän, mitä sitä kerkeää syntymään. Tästä johtuva liian alhainen hiilidioksidimäärä voi aiheuttaa hyvin laaja-alaisia oireita, kuten esimerkiksi tukehtumisen tunteen, sydämentykytystä, lihaskouristuksia, hengenahdistusta, kuoleman pelkoa, uni-häiriöitä tai pyörtymisen. (Martin ym. 2010 26–29; Saarelma 2020.) Hyperventilaatioon on usein liitetty pallean käytön vähäisyys. Tämä voi johtaa esimerkiksi stressitilanteiden aikana ilmenevään ahdistusreaktioon ja sitä kautta lisääntyneeseen hengitykseen. Hyperventilaatio tunnetaan myös yhtenä paniikkihäiriön oireena. (Saarelma 2020.)

Hengityksen pidättäminen on usein kehon keino pyrkiä tasapainoittamaan hiilidioksidipitoisuutta akuutin hyperventilaatiokohtauksen jälkeen. Hengittämättömyyttä voi esiintyä myös ponnisteluja tai huolellisuutta vaativien toimintojen aikana tai jos henkilö pyrkii peittämään tunteitaan tai pysymään poissa näkyvistä. Tällöin kyse voi olla äkillisestä tilanteesta tai henkilön persoonallisuuden piirteistä. (Martin ym. 2010, 28.) Ahdistukseen liittyy hengitystoiminnan vaikeuksien lisäksi myös muita lukuisia fyysisiä muutoksia esimerkiksi hermostossa sekä sydän-, verisuoni- ja ruoansulatusjärjestelmässä. Esimerkiksi erilaisten rentoutus- ja hengitysharjoitusten avulla voidaan vaikuttaa näihin fysiologisiin reaktioihin. (Donaghy ym. 2008, 86.)

Ihmisen ajattelutapa vaikuttaa hyvin monimuotoisesti autonomisen hermoston toimintaan ja stressihormonien toiminnan kautta merkittäviin elintoimintoihin kuten verenpaineeseen ja hengitykseen (Kuva 2). Hyväksyvät mielleyhtymät vaikuttavat tyyntävästi elintoimintoihin, kun taas ahdistavat mielikuvat voivat kiihdyttää hengitystä ja masentuneet rajoittaa sitä. Mielen ja kehon yhteys toimii molempiin suuntiin. Niin psyykkisiä kuin myös fyysisiä vaikutuksia voidaan saavuttaa hengitystä muuttamalla joko tietoisesti tai tiedostamattomasti. Erilaisilla mielikuvia, ääntä, liikettä tai pidennettyjä taukoja sisältävillä hengitysharjoitteilla voidaan harjoittaa esimerkiksi oikeaoppista palleahengitystä tai hyperventilaation kontrolloimista. (Martin ym. 2010, 84, 18.)



Kuva 2. Epätasapainoisen hengityksen kaavio (Martin ym. 2010, 84).

4.6 Kehonkuvaharjoitukset

Kehonkuvalla tarkoitetaan ihmisen käsitystä omasta kehostaan (Väestöliitto 2020). Siihen sisältyy omaan kehoon yhdistettyjä havaintoja sekä kokemuksia. Kehonkuvan muodostuessa ihminen alkaa hahmottaa omaksi itsekseen ja hän alkaa huomata omia piirteitään. Erilaisten kokeilujen kautta kehittyvät erot itsen ja muiden välille. Bunkanin (1992) mukaan kehonkuvan kehitykseen vaikuttavat emotionaaliset kokemukset, sosiaalinen palaute, kognitiiviset ja biologissensoriset tekijät, terveys, ruumiin muisti, erilaiset kokemukset ruumiista sekä tuntemat-

tomat tekijät. Jo muodostunutta kehonkuvaa voivat muokata esimerkiksi vanheneminen ja kivut. Kehonkuva muokkautuu täten koko elämän ajan. (Herrala ym. 2008, 26–31.)

Kehonkuvassa voi esiintyä erilaisten vammojen tai sairauksien kautta ilmeneviä häiriöitä, jotka voi ilmentyä fyysisesti ihmisen liikkumisessa, asennossa, liikkeen rytmisissä, tasapainon hallinnassa tai omien rajojen hahmottamisessa (Talvitie ym. 2006, 268; Herrala ym. 2008, 103). Pelko, epävarmuus tai muu tunnekokemus voi saada aikaan pitkittyneen jännitystilan, epämääräisiä kipuja kehossa tai yksittäisen lihaksen kipeytymisen (Herrala ym. 2008, 103).

Kehotietoisuudella voidaan vaikuttaa positiivisesti toimintakykyyn, voimavaroihin, hyvinvointiin sekä syvempään itsetuntemukseen. Kehotietoisuusharjoitteilla opetellaan havaitsemaan oman kehon käyttäytymistä eri tilanteissa sekä kuuntelemaan kehon viestejä. Kehotietoisuus voimistaa omaa identiteettiä sekä omien rajojen tiedostamista ja niissä pysymistä. Harjoittelu ei vaadi erillisiä välineitä, mutta rauhaisa ympäristö tekee harjoittelun aloittamisesta sujuvampaa. Harjoittelussa kiinnitetään huomio siihen, miten keho reagoi ja käyttäytyy suhteessa hengitykseen, asentoon, liikkeeseen sekä ympäristöön. Harjoittelussa tärkeässä roolissa on hetkeen keskittyminen sekä kokemukset omasta kehosta. Keho muistaa elettyjä asioita ja voi reagoida muistijälkiin epäedullisilla liikemalleilla. Harjoittelemalla voidaan oppia havaitsemaan kehon viestejä ja sitä kautta löytää tilalle luontevia liikemalleja. Harjoittelun avulla voidaan lisäksi saada selviytymiskeinoja arkeen sekä helpottaa kipuja ja jännitystä. (Sundberg ym. 2015, 10.)

4.7 Rentoutusharjoitukset

Rentoutumisen voidaan ajatella olevan joko psykofysiologinen tila tai keino laskea aktiivisuutta ja tietoisuutta (Liukkonen 2017, 66). Se on eräänlaista ”ihmisruumiin omien, tasapainottavien ja terveyttä säilyttävien reaktioiden elvyttämistä, vahvistamista tai säilyttämistä”, jonka avulla pyritään ylläpitämään tasapaino ruumiin ja mielen välillä. Rentoutuminen tapahtuu pääsääntöisesti ihmisen ollessa valvetilassa, tapahtuen tällöin tietoisesti. Rentoutumisasteen syventyessä ja siirtyessä kohti unitilaa rentoutuminen tapahtuu tiedostamattomassa tajunnan tilassa, jolloin käytetään nimitystä syvä rentous. (Herrala ym. 2008, 169–170.)

Verrattuna tavanomaiseen valvetilaan rentoutumisesta seuraa monia myönteisiä vaikutuksia keholle ja mielelle (Liukkonen 2017, 67). Rentoutumisella pyritään tuottamaan mielihyvää ja vapauttamaan ihminen niin psyykkisestä kuin myös fyysisestä jännityksestä. Rentoutumisen myötä ihmisen mieliala rauhoittuu ja tasa-painottuu, keskittyneisyyden tunne paranee, jännittyneisyys lievenee ja hänestä tulee myönteisempi tulevaa kohtaan. Selkeimpiä kehossa tapahtuvia rentoutumisen jälkeisiä fyysisiä muutoksia ovat lihasten rentoutuminen ja täten jännityksen helpottuminen sekä hengityksen tasaantumisen myötä vilkastuva verenkierto etenkin ääreisosissa kuten sormissa ja varpaissa. Rentoutumisella on positiivisia vaikutuksia myös erilaisten kiputilojen helpottumisessa sekä stressin ja ahdistuksen lieventymisessä. (Herrala ym. 2008,171.)

Jacobsonin (1939) kehittämässä progressiivisessa rentoutuksessa lihaksiston rentoutumisen ajatellaan johtavan rauhoittavaan vaikutukseen koko kehossa, myös mielessä (Probst & Skjaerven 2018 ,82). Lihasten jännittämällä ja sen jälkeisellä rentouttamisella voidaan oppia tiedostamaan sekä vapauttamaan jännitys (Herrala ym. 2008, 172; Probst & Skjaerven 2018, 82). Kyseisestä tekniikasta on kehitetty myös useita muunnoksia. Kirjallisuus vahvistaa jatkuvasti progressiivisen rentoutuksen toimivuutta esimerkiksi unettomuuden, masennuksen, ahdistushäiriöiden, posttraumaattisen stressioireyhtymän, aggressiivisuuden sekä skitsofrenian hoidossa. (Probst & Skjaerven 2018, 82.)

Autogeeninen rentoutuminen on itsehypnoosista johdettu menetelmä. Schultzin (1979) mukaan toistuvalla keskittymisellä tiettyihin itsesuggestioihin saavutetaan meditatiivinen tila ja psykologinen rentoutuminen, johon liittyy myös fyysinen rentoutuminen. Termillä autogeeninen viitataan menetelmän keskeiseen periaatteen, joka korostaa potilaan omaa vastuuta sekä ajatusta siitä, että rentoutuminen saadaan itse aikaan. Autogeenisen rentoutuksen on osoitettu olevan tehokasta ahdistushäiriöiden, psykosomaattisten häiriöiden, toiminnallisten unihäiriöiden sekä lievän ja kohtalaisen masennuksen hoidossa. (Probst & Skjaerven 2018, 82.)

On yksilöllistä, minkä kukin kokee itselleen hyvänä rentoutumiskeinona. Mahdollisia rentoutumiskeinoja on laidasta laitaan ja jollekin jokin toinen tapa on toista soveliaampi ja toimivampi. Liikunta eri tyylessään toimii monelle tarpeellisena

keinona purkaa päivän aikana kohdattuja asioita. Joku voi kokea tarvitsevansa hiljaista yksinoloa, konkreettista lepoa tai muutaman rauhallisen hengähdyksen jaksakseen palata takaisin arkeen, kun taas toiselle ympärillä oleva ihmisjoukko tai räväkkä toiminta ovat paras rentoutumiskeino. (Herrala ym. 2008, 169.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa fysioterapeuttien käyttämiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ja heidän kokemuksiaan menetelmien vaikutuksista mielenterveysasiakkailta. Työn tavoitteena on tuottaa toimeksiantajalle lisätietoa psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksista mielenterveysasiakkaan kuntoutuksessa. Fysioterapia-alalle pyrimme tuomaan kokemuksellista tietoa psykofyysisen fysioterapian menetelmistä ja niiden vaikutuksista mielenterveysasiakkaiden parissa työskenteleville fysioterapeuteille. Omana tavoitteenamme on luoda syvällisempi ymmärrys psykofyysisestä fysioterapiasta ja siinä käytetyistä menetelmistä.

Tutkimustehtävänämmen on kartoittaa fysioterapeuttien käyttämiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ja heidän kokemuksiaan menetelmien vaikutuksista mielenterveysasiakkailta. Tutkimuskysymyksiksemme muodostuivat seuraavat:

1. Millaisia menetelmiä psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistuneet fysioterapeutit käyttävät mielenterveysasiakkaiden parissa työskennellessään?
2. Millaisia vaikutuksia fysioterapeutit ovat kokeneet mielenterveysasiakkaiden saaneen käytetyistä menetelmistä?''.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jossa ei käytetä tilastollisia tai määrällisiä menetelmiä (Kananen 2014, 18). Jotkut asiat vaativat laadullista tutkimusotetta, sillä esimerkiksi ihmisten suhtautumista tai asenteita on hyvin vaikea kuvailla muilla kuin laadullisilla keinoilla eli toisin sanoen tekstinä (Kananen 2015, 71). Kiinnostuksen kohteena kyseisessä tutkimuksessa ovatkin juuri tutkimukseen osallistuvien kokemukset ja näkemykset. Laadullisessa tutkimuksessa havainnointiyksikköä tarkastellaan syvällisesti, jolloin pyrkimyksenä on saada tietoa niin kattavasti kuin mahdollista. Tarkoituksena on siis saada käsitys siitä, mistä tutkittavassa ilmiössä on kyse. Laadullista tutkimusta käytetään etenkin silloin, kun aiheesta ei etukäteen ole paljoa tietoa. (Kananen 2014, 16–19.)

Laadullisen tutkimuksen tilanteet elävät prosessin aikana, joka mahdollistaa joustavan etenemisen. Joustavuus voi myös tuoda haasteita mahdollisuuksien runsauden vuoksi. Laadullinen tutkimus on ikään kuin avain aihealueen ymmärtämiseen ja sen teoretisoimiseen, jonka perusteella voidaan kehittää aihetta koskevia hypoteeseja ja oletuksia. (Kananen 2015, 70–71.) Tutkimuksesta saadut tulokset liittyvät kuitenkin vain tutkimuskohteeseen eikä niitä voida yleistää (Kananen 2014, 19).

Työmme alkuvaiheessa teimme pohdintaa siitä, että lähdemmekö tutkimaan aihettamme laadullisen vai määrällisen tutkimuksen keinoin. Lopulta työmme menetelmäksi valikoitu laadullinen tutkimus, sillä olimme kiinnostuneita nimenomaan kokemusperäisestä tiedosta. Koimme, että laadullisen tutkimuksen kautta saamme syvällisempää ja rikkaampaa informaatiota käsiteltävästä aiheesta.

6.2 Teemahaastattelu

Laadullisen tutkimuksen yhtenä yleisimpänä aineistonkeruumenetelmänä voidaan käyttää teemahaastattelua, joka tunnetaan myös nimityksellä puolistrukturoitu haastattelu (Kananen 2015, 148; Hirsjärvi & Hurme 2000, 47). Kyseinen haastattelu voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna (Kananen 2015, 148). Tutkijan ennakkonäkemyksen pohjalta valitaan tietyt teemat, joiden ympärillä keskustelu pyörii. Haastattelu etenee kuitenkin haastateltavan ehdoilla, eikä siinä ole määritelty valmiita kysymyksiä. (Kananen 2014, 76–77; Aaltola & Valli 2007, 27–28.) Haastattelujen aikana voi tulla esiin myös uusia aiheita, joihin on syytä tarttua. Haastatteluun varaudutaan tarkentavin kysymyksin, joiden avulla voidaan tarvittaessa ohjata keskustelua haluttuun suuntaan. Teemahaastattelu on vapaamuotoista keskustelua, joka yleensä kestää 1-1,5h. Tavoitteena haastattelussa on saada ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. (Kananen 2014, 76-77, 72.) Haastateltavat ovat kokeneet tietyn asian, jolloin tutkittavasta ilmiöstä saadaan mahdollisimman todellinen kuva. Aktiivinen vuoropuhelu tuottaa monipuolisen materiaalin, joten teemahaastattelun avulla tuotettu materiaali on usein hyvin runsas. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47.)

Ennen teemahaastattelujen toteuttamista laaditaan teemahaastattelurunko, josta käy ilmi keskusteltavat aiheet. Haastattelurunkoa ei ole tarkoitus noudattaa tarkasti, vaan sen avulla varmistetaan kaikkien osa-alueiden läpikäynti. (Kananen 2015, 154–155.) Teemahaastattelussa lähdetään liikkeelle aiheen yleiseltä tasolta, josta edetään yhä tarkempiin kysymyksiin (Kananen 2014, 77). Haastattelutilanteessa on tärkeää esittää jatkokysymyksiä eikä tyytyä vain pelkkiin ensimmäisiin saatuihin vastauksiin (Kananen 2015, 150; Sarajärvi & Tuomi 2018, 88).

Valitsimme teemahaastattelun, koska siinä haastattelutilanne on keskustelunomainen ja haastateltava saa kertoa juuri haluamallaan tavalla omia kokemuksia tutkittavasta aiheesta. Ennen haastattelua laadimme teemahaastattelurungon (Liite 3). Haastattelujen teemat valikoituivat aiheeseen perehdyttyämme sekä tutkimustehtävän ja tutkimuskysymyksemme perusteella. Teemoiksi meille nousi taustatiedot, psykofyysinen fysioterapia, psykofyysisen fysioterapian menetelmät sekä psykofyysisen fysioterapian menetelmien vaikutukset.

Ennen haastattelujen toteuttamista teemahaastattelurunko esi-testattiin ulkopuolisella fysioterapeutilla, jonka perusteella haastattelurunkoon tehtiin vielä muutamia rakenteellisia muutoksia. Valitsimme tekijöistä yhden, joka toteutti molemmat haastattelut mahdollisimman luotettavan tiedon saamiseksi tutkittavasta aiheesta. Haastattelut toteutettiin ja äänitettiin Teams-sovelluksen avulla yhdelle haastateltavalle kerrallaan. Tämä vapautti haastattelijan muistiinpanojen tekemiseltä, jolloin tilanteesta saatiin aidompi. Kumpikin haastattelu kesti reilun tunnin verran.

6.3 Haastattelun kohderyhmä

Kohderyhmäksi laadulliseen tutkimukseen voidaan valita joko yksittäinen ihminen tai esimerkiksi jokin yhteisö (Kananen 2014, 31). Tutkimuksen tarkoitus määrittää aina sen, kuinka monta osallistujaa haastatteluun valikoidaan (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58). Kohderyhmän tavoittamisen jälkeen heiltä tulee saada suostumus tutkimukseen osallistumisesta, ja vasta tämän jälkeen tutkimuksessa voidaan edetä. Kohderyhmän tavoittaminen on välttämätöntä tutkimuksen toteuttamisen kannalta, sillä muuten ei saada tietoa, jota tarvitaan tutkimusongelman ratkaisemiseksi. (Kananen 2014, 31.)

Lähestyimme kohderyhmäämme sähköpostitse Psyfy -liiton kautta, joka lähetti edelleen laatimamme sähköpostin liiton jäsenille. Sähköpostissa kerroimme opinäytetyömme tarkoituksen, tavoitteen sekä kohderyhmän. Haastattelusta kiinnostuneet ottivat meihin sähköpostitse yhteyttä, jonka jälkeen kerroimme tarkemmin työstämme sekä varmistimme haastateltavien soveltuvuuden työhömmme. Kriteerimme olivat: psykofyysisen fysioterapiaan erikoistuminen työn tai koulutuksen kautta sekä työskenteleminen mielenterveyskuntoutujien parissa tällä hetkellä tai aiemmin. Yhteensä kolme henkilöä ilmaisivat kiinnostuksensa työtämme kohtaan, joista kaikki soveltuivat kriteereihimme. Yksi haastateltava kuitenkin jättäytyi pois ennen haastatteluja, joten lopullinen aineisto kerättiin kahden henkilön haastatteluista. Ennen haastattelua haastateltavien kanssa täytettiin suostumuslomakkeet (Liite 2), joista kävi ilmi työn tarkoitus, haastattelun tallettaminen ja tuhoaminen, sekä oikeus peruuttaa osallistuminen missä vaiheessa tahansa.

6.4 Sisällönanalyysi

Laadullisessa tutkimuksessa analyysi on mukana koko tutkimusprosessin ajan. Laadullisen tutkimuksen aineisto voidaan analysoida useilla eri tavoilla, joista yksi on sisällönanalyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117–122.) Tässä analyysitavassa tarkoituksena on saada tiivistetty yleiskatsaus tutkittavasta ilmiöstä menettämättä sen keskeistä asiasisältöä (Janhonen & Nikkonen 2001, 23; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Sisällönanalyysillä voidaan järjestellä kerätty aineisto johtopäätöksien tekemiseksi. Sisällönanalyysi on mahdollista toteuttaa kolmella eri tavalla: *teorialähtöisellä, aineistolähtöisellä tai teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä*. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 121–122.) Päätimme lähteä analysoimaan haastatteluista saatua tietoa aineistolähtöisesti. Päädyimme aineistolähtöiseen analyysiin, sillä halusimme nimenomaan edetä haastatteluista saadun aineiston pohjalta.

Aineistolähtöinen analyysi on koko aineistonkäsittelyn kattava prosessi, jossa edetään kokonaisuudesta osiin, luokitteluun ja luokkien yhdistelyyn. Tämän jälkeen edetään synteisiin, jossa palataan takaisin kokonaisuuteen, tulkintaan sekä ilmiön teoreettiseen uudelleen käsittämiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 143–144.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ei käytetä valmista luokittelurunkoa, vaan luokittelu perustuu aineiston sisältöön (Kananen 2014, 108). Jotta analysointi voitaisiin aloittaa, tulee etukäteen valita analyysiyksikkö. Yksikkö voi olla yksittäinen sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Valintaan vaikuttavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. (Janhonen & Nikkonen 2001, 25; Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.) Ennen varsinaisen analyysivaiheen aloitusta aineistoon tulee perehtyä perusteellisesti, joka mahdollistaa aineiston kokonaiskuvan sisäistämisen (Kananen 2015, 163). Varsinainen aineistolähtöinen analyysi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistämiseen (redusointi), aineiston ryhmitteilyyn (klusterointi) ja teoreettisten käsitteiden luomiseen (abstrahointi) (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122).

Ensimmäisenä vaiheena laadullisen aineiston käsittelyssä on litterointi, jolla tarkoitetaan aineiston aukikirjoittamista tekstimuotoon. Litterointi mahdollistaa aineiston, kuten kuvien, äänitteiden tai videoiden analysoinnin. (Kananen 2014, 101.) Litterointivaiheessa voidaan käyttää eri tarkkuuksia, jotka määräytyvät kun-

kin tutkimuksen tutkimustehtävän ja –otteen mukaan (Kananen 2014, 102; Hirsjärvi & Hurme 2000, 139). Tarkimmillaan litteroinnissa otetaan puheen lisäksi huomioon myös ilmeet ja eleet, äänenpainot sekä tauot. Monesti näin tarkalle litteroinnille ei kuitenkaan ole tarvetta. Teemahaastattelua litteroidessa pyritään kirjoittamaan aineisto auki mahdollisimman tarkasti sanasta sanaan. Se on aikaa vievää, mutta tällä tavoin aineistosta ei poissuljeta epähuomiossa mahdollisesti tärkeitä asioita. (Kananen 2014, 102.)

Lähdimme litteroimaan haastattelusta saadun aineiston sanasta sanaan Microsoft Word –tiedostolle. Emme kuitenkaan ottaneet huomioon ilmeitä, eleitä, äänenpainoja tai taukoja, sillä emme kokeneet niiden olevan merkittäviä tutkittavan aiheen kannalta. Säilytimme myös haastatteluissa käytetyn kielen sellaisenaan, emmekä muuttaneet esimerkiksi murre sanoja kirjakiellelle säilyttääksemme tiedon mahdollisimman todenmukaisena.

6.4.1 Aineiston pelkistäminen

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on redusointi eli pelkistäminen (Janhonen & Nikkonen 2001, 26; Tuomi & Sarajärvi 2018, 123). Pelkistämisen alkuvaiheessa aineistosta poistetaan tutkimukselle epäolennainen pois, joka voi tapahtua aineiston osiin pilkkomisen kautta tai tiivistämällä aineisto. Pelkistäminen voidaan tehdä auki kirjoitetusta aineistosta etsimällä tutkimustehtävää kuvaavia samoja ilmaisuja. Tässä apuna voidaan käyttää esimerkiksi alleviivaustekniikkaa. Aineistosta tulee kerätä kaikki alkuperäisilmaukset ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyt ilmaukset kirjataan allekkain ylös aineistosta kuitenkin mitään poistamatta ja tällä tavalla luodaan pohja klusteroinnille. Tulee ottaa huomioon, että yhdestä lausumasta voidaan saada useita eri pelkistettyjä ilmaisuja. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123–124.)

Huolellisen aineistoon tutustumisen jälkeen valitsimme analyysiyksiköksi lausekokonaisuuden, jotta sanoman sisältö pysyisi mahdollisimman ehjänä. Lähdimme poimimaan aineistosta tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja merkatien eri väreillä ilmaiset tutkimuskysymysten mukaisesti. Poimimme valitsemamme alkuperäisilmaiset erilliselle Microsoft Word- tiedostopohjalle, jonka jälkeen kä-

vimme vielä läpi poimitut ilmaisut ja varmistimme niiden sopivuuden tutkimuskysymysten kannalta. Seuraavaksi lähdimme pelkistämään saadut ilmaisut poistamalla turhat sanat ja muuttamalla ne kirjakielelle. Tarvittaessa muodostimme alkuperäisilmauksista useampia pelkistettyjä ilmauksia. Taulukossa 1 on esimerkki siitä, miten alkuperäisilmaukset pelkistettiin.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
”Se on semmonen vähän niin ku sipuli se asiakas, mistä sitten kuoriutuu niitä kerroksia ja se alkaa sitten tuottamaan enemmän sitä semmosta niinkö tavallaan niitä, että minä, minä tarvitsisin nyt tällaista.”	-Oppii tunnistamaan omia tarpeitaan
”...sää löydät niitä keinoja vaikuttaa ni sit se niinkö tavallaan niinkö myös se haitta pienenee niistä se semmonen pelontunne, mikä taas niinkö vähentää sitä ahdistuneisuutta.”	- Vaikuttavien keinojen löytäminen -Pelontunteen ja ahdistuksen vähentäminen
”... pystyy saamaan sen kokemuksen et on semmonen niinkö tavallaa hyvä olla itensä kanssa.”	-Kokee olonsa hyväksi itsensä kanssa
”...rupee kertomaan et hetkinen nyt mä oivalsin, että et en mä oo tullu koskaan ajatelleks, et en mä oo huomannu, en mä oo tajunnu, et mulla on jotenki vaikka tämmönen tapa tai mä oon ajatellu noin ja se on vaikuttanu mun toimintaan näin ja nyt mä niinku jotenkin yhdistän näitä asioita.”	-Alkaa oivaltaa omien tapojen ja ajatusten vaikutuksia toimintaan
”...saattaa niin ku rohkaistua vaikka lähtemään liikkeelle, et heillä on voinu olla liikkeen pelkoa, et en mä uskalla mennä vaikka kyykkyy tai mä en uskalla tehdä jotakin, koska mä pelkään, että mua sattuu tai se tulee se kohta tai mitä se sit onkaan. Niin sitten ku huomataankin, että et se toimintakyky on muuntunut.”	-Rohkaistuu liikkumaan -Toimintakyvyn muuntuminen

6.4.2 Aineiston ryhmittely

Kun aineisto on pelkistetty, siirrytään sen ryhmittelyyn eli klusterointiin. Klusteroinnissa aineistosta nostetut alkuperäisilmaisut käydään läpi yhdistellen samaan ilmiöön liittyvät käsitteet samoihin ryhmiin, jotka näin muodostavat alaluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 28; Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Alaluokille annetaan niiden sisältöön sopivat nimet, jotka kuvaavat esimerkiksi tarkasteltavan ilmiön ominaisuuksia, piirteitä tai käsityksiä. Luokittelussa edetään yksittäistä käsitteistä kohti yleisempiä käsitteitä. Klusterointi mahdollistaa tutkimuksen perusrakenteen muodostumisen ja antaa ensikuvauksia tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Perehtymällä myös muihin aihetta käsitteleviin tutkimuksiin ja teorioihin saadaan varmuus ryhmittelyn järkevyydestä (Puusa, Juuti & Aaltio 2020).

Siirsimme pelkistetyt ilmaisut jälleen uudelle Microsoft Word-tiedostolle, johon olimme valmiiksi luoneet taulukkopohjan. Kävimme pelkistettyjä ilmaisuja huolellisesti läpi saadaksemme käsityksen siitä, mitkä ilmaukset olisivat keskenään yhteensopivia. Yhteensopivista ilmauksista muodostimme alaluokkia, jotka nimesimme niiden sisältöä kuvaavilla nimillä. Taulukko 2 toimii esimerkkinä siitä, miten alaluokat ovat syntyneet pelkistetyistä ilmauksista.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat
-Mielenkiinto itseä kohtaan nousee -Alkaa olemaan omia kysymyksiä -Halu auttaa itseään	Asiakkaan mielenkiinto itseään kohtaan herää
-Vireystilaan vaikuttaminen opituilla keinoilla -Rauhoittelevien keinojen löytäminen -Ahdistuksen hallinnan keinojen oppiminen -Vaikuttavien keinojen löytäminen	Asiakas löytää keinoja vaikuttaa omaan oloon
-Suhde itseen muuttuu -Kokee olonsa hyväksi itsensä kanssa -Alkaa olemaan kontaktissa itseensä - Oppii sietämään omaa ja muiden kosketusta	Asiakkaan suhde omaan minäänsä paranee
-Paniikin poistuminen koetuista oireista -Pelontunteen ja ahdistuksen väheneminen	Asiakkaan oireista johtuva pelko vähenee

6.4.3 Aineiston käsitteellistäminen

Ryhmittelyn jälkeen seuraa aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi. Abstrahoinnin tarkoituksena on erottaa tutkimuksen kannalta keskeinen tieto, jonka pohjalta pyritään saamaan aikaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 125.) Abstrahoinnissa aineistoa tiivistetään edelleen yhdistelemällä alaluokkia yläluokiksi ja yläluokkia pääluokiksi (Janhonen & Nikkonen 2001, 29; Tuomi & Sarajärvi 2018, 125–126). Luokat nimetään aineiston sisältöön perustuen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä luokkien määrää ei ole rajattu, vaan luokittelua jatketaan siihen asti kuin se on aineiston kannalta tarpeen. Lopuksi pääluokat muodostavat vielä yhdistävän luokan, joka nimetään niin, että se yhdistyy tutkimustehtävään. On tärkeää huomioida koko analyysin ajan, että yhteys alkupe-

räiseen aineistoon säilyy. Abstrahoinnissa käytetään hyödyksi luokittelusta muodostuneita käsitteitä, joiden perusteella tehdään kuvaus tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124–127.)

Abstrahointivaiheessa aloimme yhdistelemään alaluokkia siten, että niistä muodostui sisällöltään sopivia kokonaisuuksia. Nämä kokonaisuudet muodostivat yläluokat, jotka nimesimme niiden sisältöä kuvaavasti. Yläluokat yhdistelimme edelleen kahdeksi pääluokaksi niin, että ne vastaisivat tutkimuskysymyksiimme. Näistä pääluokista teimme vielä yhden yhdistävän luokan, joka vastaa kokonaisuudessaan tutkimustehtäväämme. Koko työvaiheen ajan pyrimme säilyttämään yhteyden alkuperäiseen aineistoon, ja tarvittaessa palasimme litteroituun aineistoon tarkastamaan, että merkitykset pysyivät oikeina. Taulukossa 3 on kuvattu esimerkki aineiston ylä- ja pääluokkien muodostamisesta.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> -Asiakkaan oireista johdettava pelko vähenee -Asiakkaan uskallus tehdä liikkeitä lisääntyy -Asiakas alkaa ymmärtämään oireiden ja ajatusten vaikutusta toimintaansa -Asiakkaan uskallus kotoa poistumiseen lisääntyy 	Liikkumisen pelon vähentyminen	Elämänlaatu kohenee sujuvamman arjen ja paremman itsetuntemuksen myötä
<ul style="list-style-type: none"> -Asiakkaan unenlaadun paraneminen terapian myötä -Asiakkaan edistyminen näkyy numeraalisilla mittareilla mitattuna -Asiakkaan elämänlaatu paranee voimavarojen ja toimintakyvyn lisääntymisen myötä -Asiakas löytää keinoja vaikuttaa omaan oloon 	Asiakkaan voimavarojen ja toimintakyvyn kohentuminen	
<ul style="list-style-type: none"> -Asiakkaan suhde omaan minäänsä paranee -Asiakkaan mielenkiinto itseään kohtaan herää -Asiakas oppii ymmärtämään ja tunnistamaan omia tarpeitaan -Asiakas oppii havainnoimaan kokonaisvaltaisesti kehon ja mielen käyttäytymistä 	Itsetuntemuksen lisääntyminen	

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Fysioterapeuttien käyttämiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että haastattelemamme psykofyysistä fysioterapiaa toteuttavat fysioterapeutit ottavat vaikutteita eri tekniikoista sekä yhdistelevät erilaisia menetelmiä keskenään työssään mielenterveysasiakkaiden kanssa. Terapiassa hyödynnetyistä tekniikoista nousi esiin etenkin BBAT eli Basic Body Awareness-terapia, jonka lisäksi vaikutteita mainittiin saatavan Asahista sekä Alexander- ja Feldenkrais-tekniikoista. Vaikka psykofyysisessä fysioterapiassa ei suoranaisesti käytetä yhtä tiettyä menetelmää, vaikuttaa potilaan sen hetkiset voimavarat sekä toimintakyky käytetyn menetelmän valikoitumiseen.

“..no mää kyllä yhistelen sillälailailla, että se kyllä on vähän semmonen soppa... mutta tottakai asiakaskohtasesti niinkö mietitään.”

“...ehkä ne menetelmät jo sekottuu mun mielessä... jotenkin näen et asiat niin kun, et ne ei oo enää puhtaasti jotakin yhtä menetelmää.”

Kuulluksi tulemisen tunne terapiasuhteen alkutaipaleella on hyvin merkityksellistä potilaalle, koska se voi auttaa sitoutumaan terapiaan sekä mahdollisesti helpottaa asioiden läpikäymistä. Asiakkaan kuuleminen terapiasuhteen jokaisessa vaiheessa on hyvin merkityksellistä. Asiakkaan oma näkemys oireilun vaikutuksesta toimintakykyynsä on tärkeä oivallus ja toimii myöskin suuntaviivana terapian etenemiselle.

Yksi terapeuttien työssään hyödyntämä menetelmä on kognitiivisen käyttäytymisterapian keinot, joiden avulla pyritään opettelemaan vaihtoehtoisia toimintatapoja ja näin ollen löytämään uusia ratkaisumalleja arjessa ilmeneviin ongelmiin. Vaihtoehtoisten toimintatapojen harjoittelu voi sisältää muun muassa trauman taakaman pysäyttämisen sekä fokuksen siirron harjoitteita. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa voidaan soveltaa myös vireystilan hallintakeinojen harjoittelun tukena. Alussa asiakkaalle selitetään, mitä vireystila on ja millaisia vaikutuksia yli-

tai alivireydellä voi olla. Kun asiakas oppii vireystilojen merkityksen, voidaan lähteä havainnoimaan sekä harjoittelemaan, miten yli- ja alivireydestä päästään omaan henkilökohtaiseen optimitilaan.

Myös erilaiset kehotietoisuusharjoitukset ovat oleellinen osa mielenterveysasiakkaan fysioterapiassa. Kehotietoisuusharjoituksilla pyritään vaikuttamaan asiakkaan kehonkuvaan sekä kehon tiedostamiseen. Konkreettisina menetelminä mainittiin muun muassa kehopiirros, jossa asiakkaan kehon ääriviivat piirretään isolle paperille. Tämän jälkeen piirrosta voidaan hyödyntää kehonkuvan tarkastelussa sekä tunteiden tunnistamisessa ja sanoittamisessa. Myös pienempää ihmisen muotoista kuvaa voidaan hyödyntää kehon tuntemuksien objektiiviseen tarkasteluun. Lisäksi kehon tiedostamisen apuna käytetään myös erilaisia keskilinjan löytämisen harjoitteita, kehon skannausta sekä peilikuvaharjoittelua, jonka avulla asiakas voi tarkastella vastaako oma kehonkuva peilissä näkyvää todellisuutta.

Hengitys tuli esiin aineistosta eri tavoin niin hengityksen huomioimisena ja tiedostavana hengityksenä kuin myös varsinaisina hengitysharjoituksinakin. Hengitysharjoitukset ovat joskus tarpeellisia ottaa mukaan jo varhaisessa vaiheessa muun muassa vireystilan säätelyn tueksi. Harjoituksia voidaan alussa tehdä avustetusti, joiden sujuessa asiakkaan on mahdollista edetä yhä haasteellisempiin harjoituksiin. Haastattelemamme fysioterapeutit kokivat omien asiakkaiden hyötynneen hengitysharjoituksista ja näin niiden olevan tärkeä osa psykofyysistä fysioterapiaa.

“Hengityksen mä oikeestaan otan mukaan jo siinä hyvin aikasin siinä intenssiivijaksolla... se on kuitenkin semmonen, millä saadaan hyvin niinkö sitä vireystilaaki tiputettua sitten, jos on aivan kierroksilla koko ajan.”

Edellä mainittujen menetelmien lisäksi tärkeänä osana psykofyysistä fysioterapiaa toimii myös rentoutus- ja läsnäoloharjoitukset. Rentoutusharjoituksista esiin nousivat erityisesti sovelletun rentoutuksen menetelmät sekä progressiiviset rentoutusharjoitukset. Läsnäoloharjoituksina mainittiin esimerkiksi maadoittaminen sekä avustettu maadoittaminen, jossa asiakkaan kehon ääriviivat käydään kosketuksen avulla läpi. Maadoittamisessa voidaan hyödyntää myös painopeittoa. Läsnäoloharjoituksia voidaan soveltaa lisäksi arkiympäristöön vietyinä.

Psykofyysisessä fysioterapiassa voidaan hyödyntää pitkälti myös tavanomaisesta fysioterapiasta tuttuja menetelmiä, kuten motivoivaa haastattelua sekä liike- ja tasapainoharjoituksia. Myös manuaalinen käsittely tuli mainituksi menetelmien joukossa, jonka lisäksi aineistosta nousi ilmi kosketuksen tärkeys yleisesti menetelmiä käytettäessä.

7.2 Psykofyysisen fysioterapian menetelmien vaikutuksia mielenterveysasiakkailta

Psykofyysisen fysioterapian menetelmillä on koettu olevan paljon erinäisiä positiivisia vaikutuksia mielenterveysasiakkaan fysioterapiassa. Haastateltavat toivat esiin sen, kuinka asiakkaiden voimavarat sekä toimintakyky ovat kohentuneet terapian myötä. Asiakkaat ovat menetelmien myötä löytäneet erilaisia keinoja vaikuttaa omaan oloonsa. Keinoja on löytynyt esimerkiksi ahdistuksen hallintaan, vireystilan vakauttamiseen sekä tasapainoisemman hengityksen saavuttamiseen. Opitut keinot ovat edesauttaneet niin ikään arjessa selviytymistä. Terapiasta seuranneen rentoutuneen olon myötä myös unenlaadun on koettu parantuneen. Haastatelluissa viitattiin lisäksi asiakkaiden kokeman kivun lievittymiseen sekä elämänlaadun kohentumiseen. Näitä kokemuksia on pystytty todentamaan myös VAS- janan avulla.

“..et he on niin kun löytäny sitä et niitä keinoja kohti tasapainoisempaa hengitystä.”

“Pikkuhiljaa ku oppii sitä omaa, omaa oloaan havainnoimaan ja löytämään niitä keinoja sitten niinkö vakauttamaan itseään.”

“..et on pystyny nukkumaan enemmän kuin 2 h yössä tai et se uni on vaikka niinkö yhtenäisempää, että ei heräile niihin painajaisiin niin paljoo.”

Terapeuttien mukaan asiakkaat ovat alkaneet olemaan enemmän kontaktissa itseensä ja heidän suhteensa omaan minäänsä on koettu parantuneen terapian myötä. Terapian edetessä asiakkaat ovat esimerkiksi oppineet sietämään omaa sekä muiden kosketusta. Asiakkaat ovat ruvenneet havainnoimaan kehon ja mielen käyttäytymistä sekä ymmärtämään ja tunnistamaan omia tarpeitaan. Edistyminen on näkynyt myös heränneenä haluna auttaa itseään. Lisäksi mielenkiinto

itseään kohtaan on lisääntynyt ja asiakkaat ovat alkaneet osallistumaan terapiaan aktiivisemmin, joka on näkynyt esimerkiksi omien kysymysten heräämisenä omasta voinnistaan.

“..pystyy rentoutumaan ja pystyy saamaan sen kokemuksen, et on semmonen niinkö tavallaa hyvä olla ittensä kanssa.”

“...ihminen rupee kiinnostumaan ja hänellä rupee olemaan omia kysymyksiä ja hän rupee jäsentämään asioita...”

“...niin sitten rupeekin kääntymään niin, että hei et nyt mä oon huomannu itsensäni tällasia juttuja ja voitasko me käsitellä tätä...”

Terapeutit ovat kokeneet asiakkaiden käsityksien omista oireista muuttuneen ja esimerkiksi oireista johtuvan pelon sekä ahdistuksen vähentyneen. Asiakkaat ovat niin ikään rohkaistuneet tekemään esimerkiksi jonkin tietyn liikkeen pelkäämättä sen tuomia kipuoireita ja täten kyenneet etenemään haasteellisimpiin harjoitteisiin. Lisäksi konkreettinen liikkuminen paikasta toiseen on mahdollistunut oireiden lievittyessä terapian myötä.

“..että oppii niinku ymmärtämään itseään paljon paremmin ja siihen, että se semmonen paniikki poistuu niistä oireista, mitä sää koet.”

“He saattaa niinku rohkastua vaikka lähtemään liikkeelle, et heillä on voinu olla liikkeen pelkoa, et en mä uskalla mennä vaikka kyykkyyyn tai mä en uskalla tehdä jotakin, koska mä pelkään, että mua sattuu tai se tulee se kohtausta tai mitä se sit onkaan. Niin sitten ku huomataankin, että et se toimintakyky on muuntunut.”

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa fysioterapeuttien käyttämiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ja heidän kokemuksiaan menetelmien vaikutuksista mielenterveysasiakkailla. Teoriaosuudessamme avasimme niitä menetelmiä, jotka lähdemateriaalista nousivat useimmiten esille. Aiheeseen perehdytämme ja pohdinnan seurauksena teimme oletusarvoja siitä, mitä menetelmiä psykofyysisessä fysioterapiassa käytännön työssä käytetään. Näiden perusteella lähdimme avaamaan kyseisiä menetelmiä syvällisemmin. Haastatteluista saadut tulokset menetelmien osilta olivat hyvin samankaltaisia teoriaosiomme kanssa, joka vahvisti sidettä teorian tiedon sekä käytännöntyön välillä. Haastatteluista ilmeni myös sellaisia menetelmiä, joita emme olleet teoriaosuudessa käsitelleet. Pääsääntöisesti teoriaosuus ja haastatteluista saadut tulokset olivat kuitenkin yhteneväisiä.

Toteutettujen teemahaastatteluiden perusteella ilmeni, että tavanomaisten fysioterapiamenetelmien lisäksi psykofyysisessä fysioterapiassa hyödynnetään monipuolisesti erilaisia kehon kautta mieleen sekä mielen kautta kehoon vaikuttavia menetelmiä. Haastattelemamme fysioterapeutit ovat kokeneet psykofyysisellä fysioterapialla olevan positiivisia vaikutuksia osana mielenterveysasiakkaan kuntoutusta. Tämä on näkynyt muun muassa elämänlaadun kohenemisena sujuvamman arjen sekä paremman itsetuntemuksen myötä.

Kelalle tuotetun tutkimuksen mukaan psykofyysisen fysioterapian avulla asiakkaat olivat kokeneet toimintakykynsä kohentuneen. Lisäksi he olivat muun muassa löytäneet keinoja itsesäätelyyn ja heidän ymmärryksensä omasta kehostaan oli lisääntynyt. (Härkönen ym. 2016, 14–15.) Myös meidän toteuttamassa tutkimuksessa oli havaittavissa samankaltaisia kokemuksia toimintakyvyn ja itsetuntemuksen kohentumisessa. Asiakkaat olivat lisäksi löytäneet terapian avulla monipuolisesti keinoja vaikuttaa omaan oloonsa.

Tutkimustuloksien perusteella tulimme johtopäätökseen, että mielenterveysasiakkaan kuntoutuminen voisi olla tehokkaampaa, jos psykofyysistä fysioterapiaa hyödynnettäisiin yhä enemmän osana moniammatillista kuntoutusta. Aineistoista tuli vahvasti esille, että psykofyysinen fysioterapia toimii etenkin “perusvakauttavana työnä” ja on ikään kuin tukitoimi psykoterapian onnistumiselle. Perusvakauttavan työn avulla voidaan niin sanotusti avata “portteja mieleen”, jolloin asioiden käsittely psykoterapian puolella mahdollisesti helpottuu.

Tutkimuksesta saatuja tuloksia ja johtopäätöksiä arvioidessa tulee huomioida se tosiasia, että tähän opinnäytetyöhön osallistui vain kaksi psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunutta fysioterapeuttia. Tämän vuoksi siitä saatuja tuloksia ei voida yleistää kaikkia koskeviksi. Osanottajat kertoivat omat näkemyksensä ja kokemuksensa tutkittavasta aiheesta, jonka perusteella muodostimme johtopäätöksemme kyseisestä aihealueesta. Se ei kuitenkaan tarkoita, että mainitsemamme asiat olisivat ainoat tulokset, mitä psykofyysisellä fysioterapialla voidaan saada aikaiseksi, vaan fysioterapeuttien tulkitsemat vaikutukset ovat aina yksilöllisiä.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä tulee huomioida niin eettiset kysymykset kuin myös hyvä tieteellinen käytäntö (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 23). Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että koko tutkimustyön ajan noudatetaan huolellisuutta, totuudenmukaisuutta sekä täsmällisyyttä tutkimustyössä, tulosten talletuksessa, esittelyssä sekä tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021). Olemme perehtyneet käsiteltävään aiheeseen huolellisesti ja huomioineet työssämme hyvän tieteellisen käytännön eri osa-alueet. Toteutimme työmme alusta loppuun vastuullisesti sekä noudatimme rehellisyyttä ja tarkkuutta koko tutkimusprosessin ajan. Emme ole sidoksissa mihinkään tahoihin ja olemme pyrkineet tulkitsemaan tulokset puolueettomasti. Työmme ei ole tuottanut kenellekään rahallista hyötyä.

Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä tulee antaa tarpeeksi tietoa tutkimuksesta sekä mahdollisuus päättää itse tutkimuksen osallistumisesta (Hirsjärvi ym. 2010,

25). Olemme huomioineet haastateltavien itsemääräämisoikeuden ja yksityisyydensuojan koko tutkimusprosessin ajan. Ennen tutkimuksen alkua haastateltavat täyttivät suostumuslomakkeet, joista kävi ilmi tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja heidän oikeutensa. Pidimme haastateltavat ja toimeksiantajan ajan tasalla työnkuluista. Tuhoamme haastatteluäänitteet, kun ne eivät enää työn kannalta ole tarpeellisia.

Opinnäytetyön tuloksista täytyy käydä ilmi niiden luotettavuus. Luotettavuus tulee huomioida jo suunnitteluvaiheessa, jotta osataan valita tutkimukseen kannalta oikeanlaiset menetelmät. Tieteellisessä tutkimuksessa käytettäviä mittareita ovat reliabiliteetti ja validiteetti, joiden avulla tarkastellaan työn luotettavuutta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysymistä muuttumattomina, jos tutkimus toistetaan. Validiteetilla viitataan siihen, että tutkinnan kohteena ovat oikeat asiat ja tulkinnat johdetaan oikein. (Kananen 2014, 145–147.) Kyseiset mittarit eivät kuitenkaan suoraan sovi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuskriteereinä voidaan käyttää lähteistä riippuen esimerkiksi luotettavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta, vahvistettavuutta sekä saturaatiota. (Kananen 2015, 352.) Otimme huomioon jo työn alkuvaiheessa luotettavuuden kannalta oleelliset tekijät, jonka perusteella valitsimme tutkimuksemme sopivat menetelmät. Valitsimme myös haastateltavat sellaisin perustein, että saisimme työmme kannalta oleellista ja luotettavaa tietoa.

Luotettavuudella varmistetaan tutkimustulosten vastaavuus tutkittavaan ilmiöön. Tuloksien tulee siis olla totuudenmukaisia. Vaaditaan riittävän tarkkaa dokumentointia, jotta myös lukija voi varmistua tulosten luotettavuudesta sekä päättelypolun ristiriidattomuudesta. Ilman riittävää dokumentointia ei voida tarkastaa johtopäätösten pätevyyttä. (Kananen 2015, 353.) Olemme avanneet käytetyt tutkimus, tiedonkeruu- ja analysointimenetelmät sekä syyt, miksi olemme päätyneet kyseisiin menetelmiin luvuissa 6 ja 7. Haastattelurunko on muodostettu teoriapohjasta nousseiden teemojen perusteella.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin. Tutkijan olisi hyvä kuvata tutkimuksen lähtökohtatilanne sekä oletukset mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jotta myöhemmin on tarvittaessa mahdollista arvioida, että so-

pisivatko tulokset siirrettäväksi toiseen kontekstiin. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei kuitenkaan ole tulosten yleistäminen. (Kananen 2015, 353.) Olemme kuvanneet tutkimuksen kulun sekä kohderyhmän mahdollisimman selkeästi koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Laadullisen tutkimuksen riippuvuudella viitataan tulosten pätevyYTEEN ja toistettavuuteen. Edellytyksenä tutkimustulosten riippumattomuudelle on se, että tulokset on päätelty oikeaoppisesti käsiteltävästä aineistosta. Jos useampi lukija tekee saman tulkinnan tutkimustuloksista, voidaan tulkinta esittää totuudenmukaisena eli lukijasta riippumattomana. (Kananen 2015, 353.) Jokaisessa analysoinnin vaiheissa piilee aina omat riskinsä, joita voivat olla esimerkiksi oleellisen tiedon pois karsiutuminen aineistosta tai virhetulkintojen syntyminen analysoinnin loppupuolella. Kaikki tekijät osallistuivat analyysin jokaiseen vaiheeseen. Tämän avulla pyrimme minimoimaan edellä mainitut luotettavuuden riskitekijät sekä edistämään lukijasta riippumatonta tulosten tulkintaa.

Vahvistettavuus tarkoittaa esimerkiksi sitä, että informantit vahvistavat tulkinnan ja tutkimustuloksen. Tällä tavoin voidaan varmistua siitä, ettei tutkija ole keksinyt tuloksia itse ja ne ovat luotettavia tutkittavan kannalta. Toinen tapa vahvistaa luotettavuutta on saadun tulkinnan tukeminen muiden lähteiden avulla. (Kananen 2015, 354.) Vahvistimme saamiemme tulosten ja johtopäätöksien paikkaansa pitävyyttä antamalla ne luettavaksi haastatteluun osallistuneille. Pohdinnassa toimimme myös esille aiemmin julkaistua materiaalia tukemaan johtopäätöksiämme.

Saturaatiolla tarkoitetaan sitä pistettä, jossa aineisto alkaa toistaa itseään. Uusia havaintoyksiköjä tulisi ottaa tutkimukseen mukaan siihen saakka, kunnes uutta tietoa ei enää saada irti. Riippuu tutkimusongelman asettelusta, missä vaiheessa saturaatioon päästään. (Kananen 2015, 355.) Teimme opinnäytetyötämme varten kaksi haastattelua. Saimme näiltä kahdelta toisistaan riippumattomalta haastateltavalta keskenään samankaltaisia vastauksia niin menetelmistä kuin myös niiden vaikutuksista, joten aineiston voidaan ajatella saavuttaneen saturaation ainakin jossakin määrin. Useamman haastattelun kautta olisimme epäilemättä saaneet laajemman aineiston sekä mahdollisesti lisää tukea ja luotettavuutta esiinnousseille asioille.

8.3 Opinnäytetyön eteneminen ja oppimiskokemukset

Työmme aihealueeksi valikoitui psykofyysinen fysioterapia yhteisen mielenkiintomme pohjalta. Työn tarkoituksen, tavoitteiden sekä toteutustavan valinta vaativat kuitenkin lisää perehtymistä aihealueeseen. Vasta tämän jälkeen meille alkoi muodostua käsitys mihin suuntaan haluamme työtämme kehittää. Toimeksiantajan löydyttyä laadimme toimeksiantosopimuksen (Liite 1), jonka jälkeen työmme päämäärä vahvistui entisestään ja rajasimme työmme mielenterveysasiakkaisiin.

Työmme lähti käyntiin ideapaperin tekemisellä keväällä 2020, jolloin meille muodostui peruspohja opinnäytetyömme kululle. Ideapaperin hyväksymisen jälkeen lähdimme työstämään opinnäytetyön suunnitelmaa alkusyksyllä 2020 sekä perehtymään yhä syvällisemmin työmme aihealueeseen. Perusajatus työssämme on säilynyt ideapaperista lähtien samana, mutta pientä hienosäätöä on tapahtunut matkanvarrella muun muassa otsikoinnin ja tavoitteiden asettelun suhteen. Alkuperäinen aikataulusuunnitelma eri työnvaiheista on elänyt paljon, mutta olemme silti pysyneet työn kokonaisaikataulussa.

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen pääsimme työstämään varsinaista opinnäytetyötä. Alkajaisiksi aloimme työstämään tietoperustaa, jonka perusteella muodostimme teemahaastattelurungon tärkeäksi kokemistamme aihealueista. Teemahaastattelun esitestauksen jälkeen toteutimme varsinaiset haastattelut. Haastatteluiden ollessa valmiita, lähdimme analysoimaan aineistoja sisällönanalyysillä, jonka jälkeen etenimme tulosten raportointiin ja johtopäätösten muodostamiseen. Lopuksi kirjoitimme vielä työllemme pohdinnan.

Kyseinen opinnäytetyö on ollut meille kaikille ensimmäinen tutkimuksellinen työ, ja siten kaikin puolin opettavainen prosessi. Ajoittain kohtasimme haasteita työn toteuttamisen aikana. Erityisesti analysointivaihe koetteli hermojamme ja vaati meiltä kaikilta pitkäjänteisyyttä. Tämän työn myötä laadullisen tutkimuksen vaiheet ovat kuitenkin selkeytyneet meille käytännön kokemuksen kautta. Työn loppupuolella aloimme ymmärtää, että joitakin asioita olisi voinut tehdä toisin. Olimme esimerkiksi voineet rajata työtä tarkemmin, jolloin olisimme saaneet syvällisemmän käsityksen rajatusta aiheesta. Rajaamisen myötä myös lähteiden

hankkiminen jostakin tarkemmin määritellystä aiheesta olisi saattanut olla helpompaa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa fysioterapeuttien käyttämiä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ja heidän kokemuksiaan menetelmien vaikutuksista mielenterveysasiakkailta. Koemme, että saimme haastattelujen avulla laajasti tietoomme konkreettisia käytettyjä menetelmiä ja niistä koettuja vaikutuksia. Näin ollen kasvatimme omaa tietämystämme kyseisestä aiheesta. Mielestämme annoimme työmme avulla toimeksiantajallemme kattavan alkukatsauksen psykofyysisestä fysioterapiasta ja siitä, miten sitä voidaan hyödyntää osana mielenterveys asiakkaiden kuntoutusta. Fysioterapia -alalle emme välttämättä tuoneet mitään uutta tietoa aiheesta, mutta nostimme kuitenkin esille ajankohtaista kokemuksellista tietoa mielenterveysasiakkaiden parissa työskenteleviltä fysioterapeuteilta.

Ryhmämme toimi hyvin ja työntekeo oli sujuvaa. Opinnäytetyön tekeminen itsessään on vaativaa ja aikaa vievää. Koimme kuitenkin, että jokaisella meillä oli omat vahvuutemme, jotka täydensivät toisiaan ja kantoivat työtä eteenpäin. Ryhmänä työskentely opetti meille entistä enemmän joustavuutta ja kompromissien tekoa. Saimme aikaiseksi myös paljon hyviä keskusteluja, mitkä avasivat laajempia näkemyksiä työn tarkasteluun.

8.4 Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheet

Tietoperustassa käsitelimme useita erilaisia psykofyysisessä fysioterapiassa käytettyjä menetelmiä. Teemahaastatteluista löytyikin näiltä osin paljon yhtäläisyyksiä tietoperustamme tueksi. Joidenkin asioiden tärkeys tuli esille vasta haastattelujen kautta. Esimerkiksi vireystilan merkitys korostui aineistossa, vaikka lähdemateriaaleissa siitä tuntui löytyvän niukasti tietoa. Sekä lähteiden että haastattelujen perusteella voimavaralähtöisyys on suuressa roolissa psykofyysisessä fysioterapiassa, mutta kuitenkin sen todellinen merkitys avautui meille vasta haastattelujen kautta.

Työstämme nousi mahdolliseksi jatkotutkimusaiheeksi syvällisempi perehtyminen jonkun tietyn psykofyysisen fysioterapian menetelmän vaikutuksiin. Meidän työmme tarkoitus oli pikemminkin selvittää, mitä menetelmiä kentällä on käytössä

sekä niiden koettuja vaikutuksia. Tästä syystä koemme, että menetelmien syvällisempi tutkiminen olisi aiheellista. Mielenkiintoista olisi myös tutkia sitä, että miten eri menetelmillä voidaan vaikuttaa vireystilan säätelyyn.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Anthony, M. M., Ledley, D. R., Heimberg, R. G. & Koskela, L. 2008. Pysyvä muutos: Kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Helsinki: Edita: Suomen psykologiliitto.

Barker, P. J. 2011. Mental health ethics: The human context. Abingdon: Routledge. E-kirja. Viitattu 14.7.2021. <https://luc.finna.fi/lapinamk/> , Ebook Central verkkokirjajhyly.

Blomgren, J. 2020. Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä. Kelan tutkimusblogi. Viitattu 25.2.2020 <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/5168>

Cattan, M. & Tilford, S. 2006. Mental Health Promotion. McGraw-Hill Education. E-kirja. Viitattu 14.7.2021 <https://luc.finna.fi/lapinamk/> , Ebook Central verkkokirjajhyly.

Donaghy, M., Nicol, M. & Davidson, K. 2008. Cognitive-behavioural interventions in physiotherapy and occupational therapy. Edinburgh: Butterworth-Heinemann.

Duodecim terveyskirjasto 2020. Lääketieteen sanasto. Hengitys. Viitattu 3.3.2021 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01101&p_hakusana=hengitys

Gelb, M. J., Saraste, P. & Halme, A. 2013. Vapaana oppimaan. Kehon kautta tietoiseen oppimiseen: johdatus Alexander-tekniikkaan. Kuopion Alexander-tekniikka.

Hengitysliitto 2021. Hengittäminen. Viitattu 3.3.2021 <https://www.hengitysliitto.fi/hengitysterveys-ja-sairaudet/hengitysterveys/hengittaminen/>

Herrala, H., Karhola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hietakangas, A. 2019. Millainen on sinun stressinsietoikkunasi? Aivojen käyttö-opas vireystilan hallintaan. Viitattu 11.3.2019 <https://finla.fi/blogi/millainen-on-sinun-stressinsietoikkunasi-aivojen-kayttoopas-vireystilan-hallintaan/>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M.O. 2017. Biologiset psykiatriset hoidot. Terveyskirjasto. Viitattu 10.7.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00005/biologiset-psykiatriset-hoidot>

Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen perusteella, 7–9. Viitattu 20.7.2021 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopa-pereita97.pdf?sequence=1>.

International Association of Teachers in Basic Body Awareness Therapy 2018. Basic Body Awareness Therapy (BBAT). Viitattu 3.3.2021 <http://www.iat-bbat.com/basic-body-awareness-therap.html>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Järvi-Herlevi, A-M. 2019. Läsnäoloa, hengitystä, oman kehon kuuntelua. Sydän.fi. Viitattu 26.7.2021 <https://sydan.fi/artikkeli/lasnaoloa-hengitysta-oman-kehon-kuuntelua/>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Karila, I. 2019. Kognitiiviset psykoterapiat. Duodecim Oppiportti. Viitattu 3.3.2021 <https://luc.finna.fi/lapinamk/> , Duodecim Oppiportti.

Katinka, Melaritin & Vuokko 2012. Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arviointi. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 10.7.2021. <https://www.julkari.fi/handle/10024/132202>

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

Kinnunen, S. 2019. Vireystilatesti. Zenaattorit. Tiedettä ja täsmäratkaisuja. Viitattu 11.3.2021 <https://www.zenaattorit.fi/test/vireystilatesti/>

Kinsella, C. & Kinsella, C. 2015. Introducing Mental Health, Second Edition. A Practical Guide. Jessica Kingsley Publishers. E-kirja. Viitattu 14.7.2021 <https://luc.finna.fi/lapinamk/> , Ebook Central verkkokirjahylly.

Liukkonen, J. 2017. Psykkinen vahvuus. Mielen taitojen harjoituskirja. Jyväskylä: PS-kustannus.

López-Ibor Aliño, J. J. 2005. Disasters and mental health. Chichester: John Wiley & Sons. E-kirja. Viitattu 10.7.2021 <https://luc.finna.fi/lapinamk/> , Ebook Central verkkokirjahylly.

Lähteenmäki, M. & Jaakkola, R. 2009. Psykofyysinen fysioterapia: 3. Kokemus kehossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Lönnqvist, J. 2019a. Psykiatrinen kliininen tutkimus. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Viitattu 10.7.2021. <https://luc.finna.fi/lapinamk/> , Oppiortti Duodecim.

- Lönnqvist, J. 2019b. Psykososiaaliset hoidot ja psykoterapiat. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Viitattu 10.7.2021. <https://luc.finna.fi/lapinamk/> , Oppiportti Duodecim.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2019. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Viitattu 10.7.2021. <https://luc.finna.fi/lapinamk/> , Oppiportti Duodecim.
- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesääätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.
- Mielenterveystalo 2021a. Tietoa mielenterveyskuntoutuksesta. Viitattu 1.3.2021 https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/default.aspx
- Mielenterveystalo 2021b. Monenlaista kuntoutusta. Viitattu 1.3.2021 https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/monenlaista_kuntoutusta.aspx
- Mielenterveystalo 2021c. Hoitomuotoja. Viitattu 10.7.2021. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/default.aspx>
- Mielenterveystalo 2021d. Sanasto. Viitattu 10.7.2021. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/sanasto.aspx>
- Probst, M. & Skjaerven, L. H. 2018. Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry. A scientific and clinical based approach. Poland: Elsevier.
- PSYFY 2019. Psyfyn suositus psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistumisesta. Viitattu 17.11.2020 <http://psyfy.net/app/uploads/2019/03/PSYKOFYYSINEN-FYSIOTERAPEUTTI-NIMIKE.pdf>
- PSYFY 2020a. Mitä on psykofyysinen fysioterapia? Viitattu 17.11.2020 <https://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/esittely/>
- PSYFY 2020b. Erikoistuminen. Psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistumisen suositukset. Viitattu 17.11.2020 <http://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/erikoistuminen/>
- PSYFY 2020c. Menetelmät ja hyödyt. Psykofyysisen fysioterapian työvälineitä. Viitattu 17.11.2020 <https://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/menetelmat-ja-hyodyt/>
- Puusa, A., Juuti, P. & Aaltio, I. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja. Viitattu 10.2.2021 <https://luc.finna.fi/lapinamk/> , Ellibs – verkkokirjahylly.
- Puustjärvi, A. 2016. Lasten ja nuorten kognitiivinen käyttäytymisterapia. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.3.2021 <https://www.kaypahoito.fi/nix00939>

Saarelma, O. 2020. Hyperventilaatio (liikahengitys). Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 3.3.2021 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00905

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Mielen terveystalot. Viitattu 10.7.2021. <https://stm.fi/mielen terveystalot>

Sukanen, M., Anttila, M-R. & Korpi, H. 2020. Fysioterapeuttien kokemuksia dialogisuudesta asiakkaan ohjauksessa. Fysioterapia-lehti 7/2020, 39–41.

Sundberg, N., Putkisaari, H. & Salmela, J. 2015. Kehoni on pesäni. Matka kehoitietoisuuteen: psykofyysinen lähestymistapa ohjaustyössä. 2.painos. Helsinki: Solution Models House.

Suomen fysioterapeutit 2021a. Mitä on fysioterapia? Viitattu 1.3.2021 <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/fysioterapia-ammattina/mita-on-fysioterapia/>

Suomen fysioterapeutit 2021b. Fysioterapian erikoisalot. Viitattu 30.3.2021 <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/fysioterapia-ammattina/fysioterapian-erikoisalot/>

Suomen mielen terveys ry 2021a. Mitä mielen terveys on. Viitattu 23.3.2021 <https://mieli.fi/fi/mielen terveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mita-mielen terveys>

Suomen mielen terveys ry 2021b. Vuorovaikutustaitoja voi oppia. Viitattu 23.3.2021 <https://mieli.fi/fi/mielen terveys/ihmissuhteet/vuorovaikutustaitoja-voi-oppia>

Takanen, K. 2013. Päästä irti, vapaudu läsnäoloon. Helsinki: Kirjapaja.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2.uud.p. Helsinki: Edita.

Tampereen Alexander -tekniikka 2021. Taitoa ja läsnäoloa. Viitattu 3.3.2021 <https://www.alexandertekniikka.fi/alexander-tekniikka-mita-se-on/>

Terveystalot ja hyvinvoinnin laitos 2020. Kansallinen mielen terveysstrategia lyhyesti. Viitattu 1.3.2021 <https://thl.fi/fi/web/mielen terveys/mielen terveyden-edistaminen/kansallinen-mielen terveysstrategia-2020-2030-lyhyesti>

Toivio, T. & Nordling, E. 2013. Mielen terveyden psykologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomisilta, T. 2021. Geneesi. Kouluttajapsykoterapeutti, traumapsykoterapeutti, EMDR- terapeutti, sairaanhoitaja, joogaopettajan puhelinhaastattelu 31.3.2021.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2021. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) Viitattu 9.4.2021 <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö. Yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Väestöliitto 2020. Kehotunne ja kehoitsetunto. Viitattu 11.2.2021
<https://www.vaestoliitto.fi/ammattilaiset/lasten-kehotunnekasvatus/keho-ja-tunteet/kehotunne-ja-kehoitsetunto/>

WHO 2018. Mental health: Strenghtening our response. Viitattu 8.3.2021
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Wickström, C. 2004 Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. Fysioterapia –lehti 7/04, 25–27.

LIITTEET

Liite 2. Suostumuslomake haastatteluun

Liite 3. Teemahaastattelurunko

Liite 2. Suostumuslomake haastatteluun



Jenni Alaluusua, Elina Mokko & Jasmiina Raivio
 Opinnäytetyö, Lapin ammattikorkeakoulu
 Sosiaali-, terveys- ja liikunta- ala
 Fysioterapian koulutusohjelma

SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun antamaan haastattelun, jonka tarkoituksena on selvittää fysioterapeuttien kokemuksia psykofyysisen fysioterapian menetelmistä ja niiden hyödyistä. Allekirjoittaessani tämän lomakkeen annan opinnäytetyöntekijöille Jenni Alaluusuulle, Elina Mokolle ja Jasmiina Raiviolle luvan käyttää haastattelusta saatua tietoa opinnäytetyössään. Annan suostumukseni haastattelun nauhoittamiselle tiedostaen, että nauhoitteet tuhoataan asianmukaisin menetelmin, kun niitä ei enää työn puolesta tarvita. Olen tietoinen, että voin perua tai keskeyttää haastatteluun osallistumisen missä vaiheessa tahansa.

Tiedän, millainen opinnäytetyö on kyseessä, ja olen tietoinen työn tavoitteesta sekä tarkoituksesta. Tarpeen tullen voin olla yhteydessä opinnäytetyön tekijöihin opinnäytetyöhön liittyvissä asioissa.

Haastatteluun osallistuvan allekirjoitus ja nimenselvennys	Paikka ja päiväys
--	-------------------

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys	Paikka ja päiväys
---	-------------------

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys	Paikka ja päiväys
---	-------------------

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys	Paikka ja päiväys
---	-------------------

Jenni Alaluusua, Elina Mokko & Jasmiina Raivio
 Lapin Ammattikorkeakoulu

Liite 3. Teemahaastattelurunko

1. Taustatiedot
2. Psykofyysinen fysioterapia
3. Psykofyysisen fysioterapian menetelmät
4. Psykofyysisen fysioterapian menetelmien vaikutukset