

Selja Eskonen
Eveliina Leinonen

VALOKUVA MS-POTILAAN
KUNTOUTUKSESSA
Fysioterapeuttien käsityksiä

Opinnäytetyö
Fysioterapian koulutusohjelma


Joulukuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Opinnäytetyön päivämäärä 12.12.2013	
Tekijä(t) Selja Eskonen ja Eveliina Leinonen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Fysioterapian koulutusohjelma	
Nimeke Valokuva MS-potilaan kuntoutuksessa - Fysioterapeuttien käsityksiä			
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli teemahaastattelun avulla kerätä tietoa valokuvan käyttömahdollisuuksista fysioterapiassa. Valitsimme teemahaastattelun aineistonkeruumenetelmäksi, koska aihetta ei ole tutkittu aikaisemmin fysioterapian näkökulmasta. Pohjaksi valokuvan käytölle valitsimme MS-taudin fysioterapian. Mielestämme uusien menetelmien pohtiminen on etenevän neurologisen sairauden yhteydessä oleellista, koska terapiasuhteet ovat pitkiä. Haastattelujen avulla halusimme selvittää, olisiko MS-potilaan fysioterapiaan mahdollista tuoda uusia menetelmiä. Haastattelimme neljää fysioterapeuttia, jotka työskentelevät tai ovat työskennelleet neurologisen fysioterapian parissa. Haastattelut litteroitiin ja haastatteluaineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.</p> <p>Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys käsittelee MS-taudin oireita ja hermostollista näkökulmaa oireiden takana, kuntoutuksen ja kuntoutujan roolin muuttumista, valokuvan ominaisuuksia ja sen käyttöä terapiassa. Lisäksi työssä käsitellään opinnäytetyömme menetelmää eli laadullista tutkimusta ja käyttämäämme aineistonkeruumenetelmää eli teemahaastattelua.</p> <p>Ajatus valokuvan käytöstä fysioterapiassa syntyi kuntoutujälähtöisestä näkökulmasta. Tänä päivänä kuntoutuksen paradigma eli tietoteoreettinen pohja tukee kuntoutujälähtöistä näkökulmaa. Kokonaisvaltainen näkemys terapiassa liittyy kuntoutujan elämäntilanteen kokonaisvaltaiseen hahmottamiseen, joka huomioi erilaiset vuorovaikutus- ja ympäristösuhteet. Kuntoutuksessa pyritään dialogisen vuorovaikutuksen avulla löytämään ratkaisuja kuntoutujan ongelmiin.</p> <p>Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että haastattelemamme fysioterapeutit käyttivät valokuvaa terapian tukena mutta eivät tiedostaneet sitä erilliseksi menetelmäksi. Tulokset osoittivat myös, että valokuvan käyttömahdollisuudet ovat monipuolisia ja fysioterapiassa olisi mahdollista hyödyntää myös muita luovia menetelmiä, kuten valokuvaterapiaa tai taideterapiaa.</p>			
Asiasanat (avainsanat) MS-tauti, kuntoutus, valokuva			
Sivumäärä 34 s.+ liitteet 5	Kieli suomi	URN	
Huomautus (huomautukset liitteistä) Liitteet 3 kpl			
Ohjaavan opettajan nimi Anne Henttonen Merja Reunanen		Opinnäytetyön toimeksiantaja	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 12.12.2013	
Author(s) Selja Eskonen ja Eveliina Leinonen		Degree programme and option Degree programme in Physiotherapy	
Name of the bachelor's thesis Using photography in Multiple Sclerosis rehabilitation – Physical therapists point of view			
Abstract <p>The aim of this thesis was to gather information about how to use photographs in physical therapy. A theme interview was used as a research method because there wasn't any existing research about this topic from the physiotherapy point of view. From neurological diseases we chose to use Multiple sclerosis in our research. Multiple sclerosis is a long-term disease and therapy periods are long, therefore we think it is important to find new methods for the rehabilitation. The research results were used to clarify if there could be a possibility to bring some new methods in physical therapy. Four physical therapists who work or have been working with neurological patients were interviewed. The whole data from the interviews was transcribed. The research data was analysed by using inductive content analysis.</p> <p>The theoretical framework consists of theory about Multiple Sclerosis symptoms and how nervous system relates to symptoms. It is also discussed how rehabilitation has changed over the years and how it has affected patient's role and therapy methods. The theoretical framework also includes photograph features and how it has been used in other therapies. Finally we discuss about our research method, the qualitative method and our data collection method, the theme interview.</p> <p>Nowadays there is the aim to see the patient as a whole human being in his/her own social and physical environment. In therapy there is a need to find solutions to the problems patient is facing in everyday life. A proficient physical therapist tries to get the patient involved in decision making and that way the patient and the therapist are both participating in finding solutions to the patient's problems.</p> <p>According to the results the interviewed physiotherapists were using photograph in physical therapy, even if they weren't very conscious about it. There were multiple ways to use photograph in therapy and there could be many possibilities to include other creative therapy methods in physical therapy.</p>			
Subject headings, (keywords) Multiple sclerosis, rehabilitation, photograph			
Pages 34 p.+ appendices 5	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices Appendices 3 pieces			
Tutor Anne Henttonen Merja Reunanen		Bachelor's thesis assigned by	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	MS-TAUTI.....	2
2.1	MS-taudin diagnostiikka	2
2.2	MS-taudin oireet.....	3
3	KUNTOUTUS	8
3.1	Kuntoutuksen historia	9
3.2	Kuntoutuksen paradigma	10
3.3	Kuntoutujan valtaistuminen ja voimaantuminen	11
3.4	Kuntoutustarve MS-taudissa	12
3.5	MS-taudin fysioterapia.....	13
4	VALOKUVAN KÄYTTÖ TERAPIASSA.....	14
4.1	Valokuvaterapia	15
4.2	Valokuvan soveltaminen sosiaali- ja terveysalalla	16
5	OPINÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	18
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
6.1	Aineiston kerääminen.....	19
6.2	Aineiston analyysi.....	20
6.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	21
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
7.1	Kuntoutuksessa koetut muutokset.....	23
7.2	Menetelmät MS-potilaan fysioterapiassa.....	24
7.3	Kuntoutujan voimaantuminen	25
7.4	Valokuvan käyttö MS-potilaan fysioterapiassa	26
8	POHDINTA	28
8.1	Prosessin eteneminen	28
8.2	Tulosten tarkastelua	30
8.3	Jatkotutkimusehdotukset	31
	LÄHTEET	32

LIITTEET

- 1 Tutkimuslupa
- 2 Saatekirje ja haastatteluteemat
- 3 Esimerkki aineiston analyysistä

1 JOHDANTO

Hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan asiakaslähtöistä ja kuntoutuajan arjesta nousevaa toimintaa (Paltamaa 2010, 35). Tämän ajatuksen ja opinnäytetyön toisen tekijän valokuvaajan ammattitutkinnon pohjalta aloimme pohtia, voisiko valokuvan avulla tukea kuntoutujalähtöistä fysioterapiaa. Mielestämme uusien menetelmien kehittäminen fysioterapiaan tukee kuntoutuksen tämänhetkistä arvomaailmaa. Tästä muodostui tutkimuksen lähtökohta ja tutkimustehtävä. Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jonka aineistonkeruumenetelmä on teemahaastattelu. Mielestämme aineistonkeruumenetelmistä juuri haastattelu sopii tutkimuksemme metodiksi, koska aikaisempaa tutkimustietoa ei aiheesta ole.

Valitsimme tutkimuskohteeksi neurologisen sairauden. MS-tauti valikoitui työssämme tarkastelun kohteeksi, koska se on nuorten aikuisten toimintakyvyttömyyttä aiheuttava pitkäaikaissairaus, jonka hoidossa yksilöllisyyden ja psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen on tärkeää. MS-potilaan kuntoutus on usein elämänmittainen prosessi ja terapiasuhteet pitkiä. Tästä syystä uusien menetelmien pohtiminen sopii mielestämme MS-potilaan kuntoutukseen.

Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee MS-taudin etiologiaa ja oireita hermoston näkökulmasta, kuntoutuksessa tapahtunutta muutosta sekä MS-taudin kuntoutusta ja fysioterapiaa. Käymme läpi valokuvan käyttöä terapiassa ja ylipäänsä sen käyttöä sosiaali- ja terveysalalla. Lisäksi teoriaosuus käsittelee opinnäytetyön menetelmää ja aineistonkeruumenetelmää. Empiirisessä osuudessa avaamme haastattelemiemme fysioterapeuttien käsityksiä haastatteluaineiston pohjalta.

2 MS-TAUTI

Multippeliskleroosi, pesäkekovettumatauti eli MS-tauti on yleisin vakava nuorten aikuisten neurologinen pitkäaikaissairaus. Sana multippeliskleroosi viittaa eri puolille keskushermostoa syntyviin pesäkekovettumiin. Keskushermostosta voi vaurioitua mikä tahansa osa, ja vaurioita voi esiintyä multippelisti eli useassa paikassa samanaikaisesti. MS-taudissa myeliini vaurioituu kahdella tavalla: myeliiniin voi syntyä tulehdusalueita tai myeliini voi hajota ja tuhoutua kokonaan, jolloin puhutaan demyelisaatiosta. MS-taudin oireisto on riippuvainen siitä, millä kohtaa ja minkä kokoisia vaurioita keskushermostossa esiintyy ja kuinka vaikea tulehdusaste on tai kuinka nopeasti myeliini tuhoutuu. Tästä johtuen sairaus ja oirekuva ovat aina yksilöllisiä. Sairauteen liittyvä yksilöllisyys ja arvaamattomuus asettavat haasteita sekä potilaalle että potilaasta huolehtiville terveydenhuollon ammattilaisille. (Rintala ym. 2012; 105 - 106; Soinila ym. 2007, 379; Weiner 2012, 214.)

2.1 MS-taudin diagnostiikka

Tyypillisimmin MS-tauti diagnosoidaan 20–40 vuoden iässä. Naiset sairastuvat keskimäärin nuorempina ja useammin kuin miehet. (Soinila ym. 2007, 379 - 383.) MS-taudin esiintyvyys viileän ilmaston maissa, kuten Pohjois-Euroopassa, Pohjois-Amerikassa ja Kanadassa, on yleisempää kuin muualla maailmassa. Suomessa MS-potilaita on noin 6500–7000 ja vuosittain uusia tapauksia diagnosoidaan 200–250. (Rintala ym. 2012, 105 - 106.) MS-taudin varhaisdiagnostiikka on haasteellista (Soinila ym. 2007, 379). Varmaa diagnostista testiä MS-taudin toteamiseen ei ole. Kliininen diagnoosi perustuu erilaisiin kriteeristöihin, joista McDonaldin kriteeristö on käytetyin. Kriteerit pohjautuvat aivojen magneettikuvaukseen, joka suoritetaan neurologisten oireiden ja löydösten jälkeen. Magneettikuvauksella voidaan arvioida hermomuutosten hajapesäkkeitä ja sairauden ajallista aktiivisuutta. Selkäydinnestetutkimusta käytetään erotusdiagnostisena tutkimuksena. (Heiskanen 2009, 28; Soinila ym. 2007, 384.)

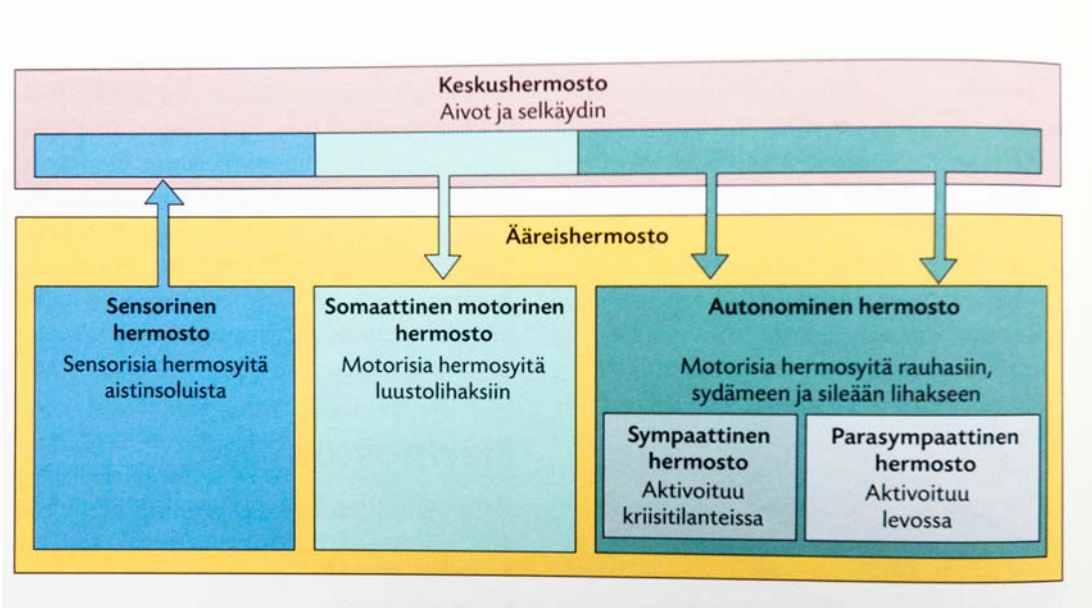
Vaikka MS-taudin oirekuva on yksilöllinen, suurimmalla osalla potilaista tauti on ns. aaltomainen (relapsoiva-remittoiva). Aaltomaiseen MS-tautiin liittyy toistuvia pahenemisvaiheita eli shuubeja, joiden kesto voi vaihdella 24 tunnista jopa neljään

viikkoon. Pahanemisvaiheessa potilaalla ilmenee uusi neurologinen puutosoire tai aiemmin esillä olleet oireet voimistuvat. (Kuusisto 2012, 499 - 502; Rissanen ym. 2008, 238.) Oirejakson jälkeen sairastuneet voivat toipua täysin oireettomiksi tai oirejaksosta voi jäädä eriasteisia jäännösoireita tai toiminnan häiriöitä. Suurimmalla osalla aaltomaisesti etenevä sairaus muuttuu jossakin vaiheessa eteneväksi (sekundaarisesti progressiiviseksi), jolloin potilaan toimintakyky alkaa heikentyä, vaikka pahanemisvaiheita ei esiintyisikään. MS-taudin toinen, harvinaisempi muoto on ensisijaisesti etenevä (primaarisesti progressiivinen) taudin muoto, johon ei liity erillisiä pahanemisvaiheita, vaan toimintakyvyn heikentyminen on alusta saakka progressiivista. Ensisijaisesti etenevän sairauden ennuste on huonompi kuin aaltomaisesti etenevän. (Heiskanen 2009, 29 - 30; Rissanen ym. 2008, 238.)

2.2 MS-taudin oireet

MS-tauti alkaa tyypillisesti nopeasti kehittyvillä keskushermoston oireilla. Noin puolella sairastuneista ensioireet viittaavat selkäytimen vaurioon, 25 %:lla oireet liittyvät näköhermoon aiheuttaen usein näköhermon tulehduksen ja 15 %:lla sairastuneista oireet viittaavat aivorungon vaurioon. Ensioireiden jälkeen potilas usein toipuu täysin oireettomaksi. (Soinila ym. 2007, 383.)

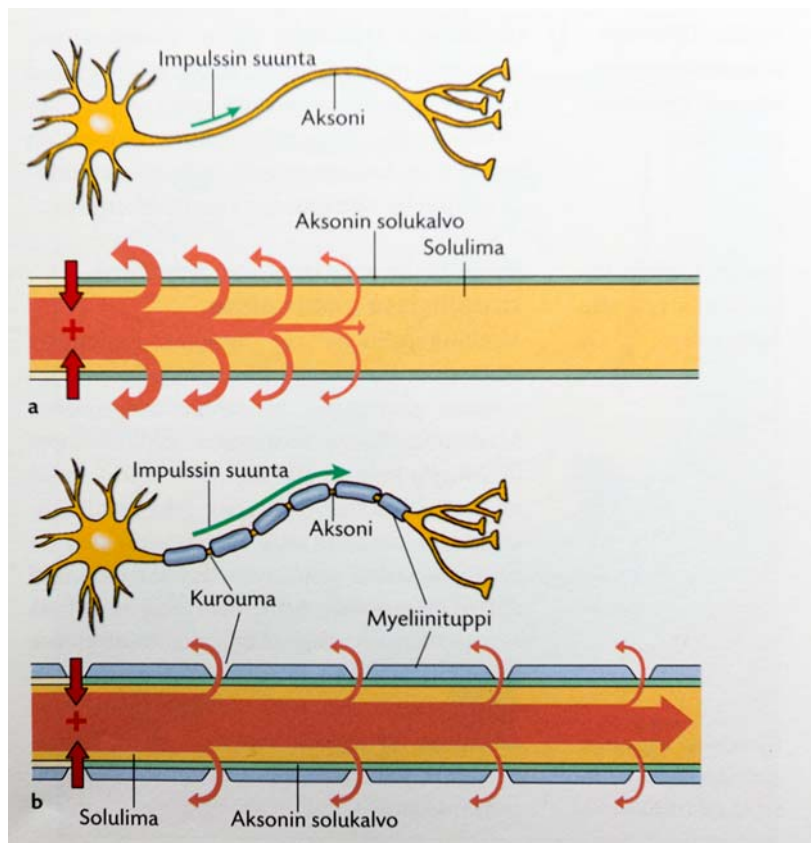
Hermosto on ihmisen tärkein elintoimintoja säätelevä ja koordinoiva kokonaisuus. Se jakautuu toiminnallisiin ja rakenteellisiin kokonaisuuksiin, joilla on erilaisia tehtäviä (kuva 1). Toiminnallisesti hermosto voidaan jakaa tahdonalaisesti toimivaan eli somaattiseen hermostoon ja tahdosta riippumattomaan eli autonomiseen hermostoon. Autonomisen hermoston toiminnan ongelmista yleisiä MS-taudissa ovat **suoliston ja virtsarakon toimintaan liittyvät häiriöt**. Virtsarakon toiminnanhäiriöt liittyvät virtsan varastoitumiseen sekä virtsarakon tyhjenemiseen, ja oireet voivat käsittää mm. inkontinenssia, tihentynyttä virtsaamisen tarvetta ja yökastelua. Myös suoliston motorinen toiminta ja rektaalialueen tuntoaisti voivat häiriintyä. Oireina häiriöistä ovat esimerkiksi ripuli, ummetus ja ulosteen karkaaminen. (Soinila ym. 2001, 388 - 390; Weiner 2012, 219.)



KUVA 1. Hermoston jako osiin (Bjälje ym. 2011, 106)

Hermostolla on useita tiedonvälityksellisiä rooleja: se vastaanottaa, muokkaa ja kuljettaa elimistön viestejä. Hermostollista tiedonvälitystä kutsutaan neuraaliseksi tiedonvälitykseksi. Viestinvälitys toimii portaittain: erilaiset aistireseptorit saavat informaatiota ympäristöstä tai elimistön sisäisestä tilanteesta, jonka jälkeen informaatio siirtyy hermoimpulsseina ääreishermoston pitkin keskushermostoon. Keskushermosto, joka toimii hermoston keskusyksikkönä, käsittelee saamaansa informaatiota reagoiden siihen ohjaamalla esimerkiksi luustolihasen toimintaa. (Leppäluoto ym. 2013, 381 - 382; Bjälje ym. 2011, 102; Hiltunen ym. 2007, 282 - 283.)

Myeliinin vaurioitumisesta johtuen MS-taudissa viestinvälitys keskushermostosta muualle kehonosiin joko hidastuu tai kokonaan estyy. **Myeliini** on valkosoluista koostuva rasva-aine, joka peittää hermosolujen jatkeita ja muodostaa eristävän kerroksen eli myeliinitupen aksonin eli viejähaarakkeen ympärille. Myeliinitupelliset aksonit mahdollistavat nopeat reaktiot ympäristön ärsykkeisiin, sillä hermoimpulssien johtuminen on nopeampaa myeliinitupellisissa aksonissa kuin myeliinitupettomassa (kuva 2). Myös luustolihasen normaali toiminta vaatii ehjän myeliinitupen. (Bjälje ym. 2011, 104 - 108; Leppäluoto ym. 2013, 392 - 410; Lundy-Ekman 2007, 29.)

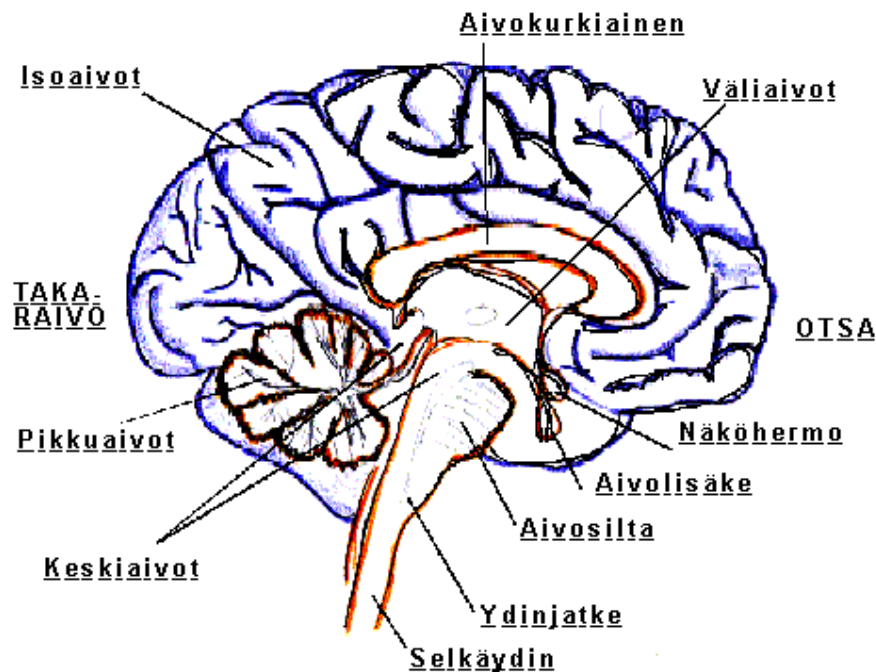


KUVA 2. Impulssin johtuminen (a) myeliinitupettomassa ja (b) myeliinitupellisessa aksonissa (Bjälle ym. 2011, 107)

Hermoimpulssit eli aktiopotentiaalit kulkevat impulsseina hermosyitä pitkin ja siirtyvät solusta toiseen välittäjäaineiden avulla. Aktiopotentiaali syntyy, kun solukalvon sisäpinnan negatiivinen varaus muuttuu hetkellisesti positiiviseksi. Aktiopotentiaali toimii kaikki tai ei mitään -periaatteella, mikä tarkoittaa, että ärsykkeen ylittäessä ärsykekyynnyksen aktiopotentiaali syntyy aina samansuuruisena. Aktiopotentiaalin laukaisevia tekijöitä ovat esimerkiksi aistinreseptorisolun ärsytys tai synapsien välityksellä muista hermosoluista välittyvät ärsykkeet. Aksonia pitkin aktiopotentiaali kuljettaa hermoimpulssin kehon ääreisosista toiseen. (Bjälle ym. 2011, 104 - 109; Hiltunen ym. 2007, 134 - 135; Leppäluoto ym. 2013, 409 - 410; Lundy-Ekman 2007, 37.)

Aivojen (kuva 3) lisäksi keskushermostoon kuuluva **selkäydin** sijaitsee selkäydinkanavassa selkäydinkalvojen ja aivoselkäydinnesteen ympäröimänä. Sillä on kaksi pääasiallista tehtävää: käsitellä aistinelimiltä saatua tietoa ja kuljettaa ääreishermoston osien ja aivojen välistä informaatiota. Selkäytimestä lähtee molemmiin puolin hermojuuria, jotka jatkuvat selkäydinhermoina. Selkäydinhermoja on yhteensä 31 paria. Ne muodostuvat motorisista hermosyistä, jotka kuljettavat

viestejä selkäytimestä muille hermoston osille ja kohdesoluihin sekä sensorisista hermosyistä, jotka tuovat viestejä aistinsoluista selkäyttimeen. (Bjälle ym. 2011, 104 - 106; Hiltunen ym. 2007, 328; Leppäluoto ym. 2013, 382 - 383; Lundy-Ekman 2007, 8; Weiner 2012, 221.)



KUVA 3. Aivojen poikkileikkaus (Salo 1997)

MS-taudissa keskushermoston liike- ja tuntohermoradat vaurioituvat, mistä johtuen valtaosa MS-potilaista kärsii erilaisista **sensorista oireista**, kuten tunnottomuudesta, pistelystä, puutumisesta tai kuumottavasti tunteesta. Oireet voivat paikallistua muutamille alueille tai pelkästään yhteen raajaan riippuen vaurion sijainnista. (Oger 2006, 11 - 15; Soinila ym. 2007, 384 - 389.) Erilaiset näköön liittyvät häiriöt ovat yleisiä, erityisesti kaksoiskuvat. Näköhermotulehdukset voivat aiheuttaa näönmenetyksen joko yhteen tai molempiin silmiin, silmämunantakaista kipua ja silmän liikearkuutta. Tulehduksien jälkeen näkö palautuu usein hyvin, mutta värinäkö voi kuitenkin jäädä puutteelliseksi. (Soinila ym. 2007, 384 - 388.)

Ylemmän liikehermon vaurio aiheuttaa MS-potilaille **motorisia oireita**, kuten lihasheikkoutta, klonusta eli kouristuksia ja spastisuutta. Lihasheikkous ja rasituksen sietokyvyn lasku ovat paitsi tavallisia ensioireita, pitkään MS-tautia sairastaneille myös hyvin yleisiä ongelmia. Useimmiten lihasheikkous esiintyy alaraajoissa, vaikkakin potilaat voivat kokea voimien heikentymistä myös yläraajoissa.

Yläraajoissa usein ojentajalihakset ovat heikompia suhteessa koukistajalihaksiin, kun taas alaraajojen osalta tilanne on päinvastainen. Spastisuutta esiintyy jopa 60 %:lla MS-potilaista, ja se voi aiheuttaa toiminnallisia haittoja, kuten vaikeuttaa siirtymisiä ja häiritä unta. Eniten spastisuus hankaloittaa alaraajojen lähentäjä- ja koukistajalihasten toimintaa. Oireen hankaluuteen voi vaikuttaa stressi, meneillään oleva pahenemisvaihe, tulehdus tai jopa kellonaika. (Oger 2006, 13; Soinila ym. 2007, 384 - 388; Weiner 2012, 217.)

Tasapainon ja koordinaation ongelmat ovat yleisiä MS-taudissa, ja ne yhdessä heikentyneen proprioseptiikan, raajojen heikkouden ja spastisuuden vuoksi voivat aiheuttaa kävelyn epävakautta (Hankey ym. 2008, 341 - 343; Soinila 384 - 388).

Fatiikki eli epätavallinen väsymys on myös yksi toimintakyvyttömyyttä aiheuttavista MS-taudin oireista. Syntymekanismi oireelle on tuntematon, ja osa potilaista pitää oiretta suurimpana elämää vaikeuttavana tekijänä. Fatiikki voi ilmetä tavallisten askareiden tai rasituksen seurauksena, mutta myös ilman erillistä selittävää tekijää. Osa potilaista kokee jatkuvasti selittämätöntä väsymystä, joka ei helpotu nukkumisella tai lepäämisellä. Oireesta tekee hankalan sen subjektiivisuus ja vaikea mitattavuus. Myös kipu liittyy lähes jokaisen MS-potilaan oirekuvaan jossakin sairauden vaiheessa, erityisesti kolmoishermoston särkyä pidetään MS-taudille ominaisena. Kipu voi johtua keskushermoston vaurioitumisesta, vartalon ja raajojen krampeista tai neuralgisista tuntemuksista. (Oger 2006, 11 - 15; Soinila ym. 2007, 384 - 389, Weiner 2012, 214 - 224.)

Monet MS-potilaat kokevat fyysisten oireiden lisäksi myös **psykykkisiä oireita**, kuten ahdistusta, masennusta, emotionaalista epätasapainoa ja kognitiivisten toimintojen (esim. muistin ja keskittymiskyvyn) heikentymistä (Hankey ym. 2008, 341 - 343). Kroonisen sairauden kohtaaminen pakottaa potilaan tilanteeseen, jossa hän joutuu miettimään, miten säilyttää itsenäisyys ja minuus sairauden edetessä. Prosessi on samankaltainen kuin missä tahansa kroonisessa sairaudessa, mutta erityisesti se koskettaa MS-potilasta ja hänen omaisiaan diagnosoitujen nuoresta iästä ja taudin ennustamattomuudesta johtuen. MS-potilailla on suuri riski sairastua masennukseen. Masennuksen yleisyyttä MS-potilailla ei voida selittää kroonisesta sairaudesta aiheutuvilla psykykkisillä rasitteilla, vaan tutkijat epäilevät MS-potilaan masennukseen olevan muita, taudin kulkuun liittyviä elimellisiä syitä. Monet MS-taudin oireet, kuten

fatiikki, heikentynyt keskittymiskyky ja negatiivinen minäkuva vaikeuttavat masennusdiagnoosin tekemistä. Masennus voi äärimmillään johtaa itsemurhaan. Itsemurhariski on MS-potilailla jopa 2–7-kertainen muuhun väestöön nähden. (Kanner 2012, 158 - 170; Soinila ym. 2001, 389 - 391.)

3 KUNTOUTUS

Kuntoutus voidaan jakaa ammatilliseen, lääkinnälliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Jako osa-alueisiin tekee kuntoutuksesta monitieteisen kokonaisuuden, jolloin tutkimusmenetelmien käyttö on myös laajaa. Fysioterapia sisältyy lääkinnälliseen kuntoutukseen, sillä se pohjautuu lääketieteellisiin tutkimuksiin. Fysioterapian pyrkimyksenä on parantaa ihmisen fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Kuntoutus-käsitteen sisältö vaihtelee näkökulman mukaan. Eri näkökulmia voivat olla esimerkiksi yksilön muutos, oppimisprosessi tai kuntoutusta voi käsitellä yhteiskunnallinen muutoksen kautta. Nykypäivänä kuntoutus on merkittävä osa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. (Järvikoski ym. 2011, 20 - 21; Koukkari 2010, 22 - 24; Matinvesi 2010, 30 - 31.)

Kuntoutustarve risteilee yksilön ja yhteiskunnan tarpeiden välissä (kuva 4). Yksilön tarpeisiin pohjautuen kuntoutuja ja kuntoutuksen asiantuntija laativat yhdessä kuntoutussuunnitelman. Kuntoutussuunnitelman pyrkimyksenä on dialogisen vuorovaikutuksen avulla löytää yksilön voimavaroja tukevaa toimintaa. Tavoitteena on elämänhallinnan tunteen lisääminen eli parempi selviytyminen arjessa ja työelämässä. Kuntoutus voi sisältää myös haittoja ehkäisevää toimintaa. (Järvikoski ym. 2011, 158 - 160.)

	Yksilöllinen kuntoutumistarve	Yhteiskunnallinen kuntoutumistarve
Ristiriita	Yksilön perustarpeiden heikentyminen: ristiriita nykytilan ja tavoitteiden tai odotusten välillä	Säädösten mukaan todettu sairaus, vamma tai vika, josta aiheutuu toimintakyvyn haitta
Tavoite	Parempi elämänhallinta; jaksaminen sekä työssä ja arjessa	Yksilön työkyvyn säilyttäminen: taloudellinen hyöty

KUVA 4. Yksilöllisen ja yhteiskunnallisen kuntoutumistarpeen tarkastelua (mukaillen Järvikoski ym. 2011, 158)

3.1 Kuntoutuksen historia

Historiallisesti kuntoutuksen tarkkaa alkamisajankohtaa on vaikea määrittää. Kreikassa esimerkiksi kylpylätoiminta on ollut varhainen esimerkki kuntouttavasta toiminnasta. Ilmiössä on pohjimmiltaan kyse yhteisöllisestä huolenpidosta, jolloin voidaan ajatella kuntoutusta esiintyneen jossakin muodossa jo varhaisissa ihmisyyhteisöissä. Suomessa kuntoutus-käsite on tullut käyttöön 1940-luvun lopulla. (Järvikoski ym. 2011, 35 - 36; Koukkari 2010, 18 - 19; Rissanen ym. 2008, 16.)

1900-luvun maailmansodilla on ollut merkittävä vaikutus kuntoutuksen kehittymisessä. Maailmansotien jälkeisessä Suomessa kuntoutuksen tavoitteet olivat sodassa vammautuneiden paluu työelämään. Työvoimasta oli kova pula ja tämä tosiseikka teki kuntoutuksesta tehokasta toimintaa. Suurin asiakasryhmä oli nuoret sodassa vammautuneet miehet, joilla oli ortopedisistä ja kirurgista vammoista aiheutuneita eriasteisia liikuntarajoituksia. (Koukkari 2010, 18 - 19; Talvitie 2006, 18 - 27; Rissanen ym. 2008, 52 - 53.) 1940–50-luvun kuntoutuksen kuvataan olleen kiteytymisvaiheessa. Kuntoutus oli vajavuuskeskeistä, ja kuntoutus keskittyi fyysisen ongelman tarkasteluun ja korjaavaan toimintaan. Kuntoutujan yksilöllisyys, erilaiset toimintaympäristöt ja sosiaaliset suhteet olivat vähemmällä huomiolla. Kuntoutuksen piiriin kuului tämän päivän näkökulmasta suppea erityisryhmä, josta puuttui esimerkiksi mielenterveyskuntoutujat ja monet pitkäaikaissairaat. (Järvikoski ym. 2011, 35 - 52; Koukkari 2010, 18 - 19.)

Kiteytymisvaiheen jälkeen kuntoutus on kehittynyt ja laajentunut monessa suhteessa. Tänä päivänä jälkihoidollisen toiminnan rinnalle on noussut ennaltaehkäisevä kuntoutus. Kuntoutuksen aloitusajankohta on varhaistunut, se pyritään aloittamaan jo silloin, kun on havaittavissa ennakoivia merkkejä toiminta- tai työkykyä alentavista tekijöistä. Kuntoutuksen piiriin kuuluvat useammat sairausryhmät ja vammat. Tämä liittyy oleellisesti terveystieteellisen tutkimuksen kehitykseen. Sairaus-vamma-käsityksen laajentuminen on lisännyt ymmärrystä esimerkiksi psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden merkityksestä kuntoutuksessa. (Järvikoski ym. 2011, 40 - 52.)

Kuntoutuksen kehitykseen ja eri menetelmien syntyyn ovat osaltaan vaikuttaneet laajat epidemiat. Esimerkiksi neurologisen kuntoutuksen menetelmiin ovat vaikuttaneet merkittävästi sodanjälkeiset polioepidemiat. 1950-luvulla polio vammautti tuhansia ihmisiä. Neuroterapeuttiset menetelmät kehittyivät, ja hermostoa vaurioittavia sairauksia alettiin kuntouttaa eri näkökulmasta, kun tietous hermoston toiminnasta lisääntyi. Uusia oppimisteorioihin perustuvia menetelmiä otettiin käyttöön myöhemmin, kun tieto oppimisesta lisääntyi. Nämä pyrkivät aktivoimaan potilasta vastaamaan kuntoutumisestaan aktiivisemmin. (Talvitie 2006, 18 - 33.)

3.2 Kuntoutuksen paradigma

Kuntoutuksen **tietoteoreettinen pohja, paradigma** on sidoksissa toimintaympäristöönsä eli yhteiskuntaan. Yhteiskunnalliset muutokset ja ilmiöt heijastuvat kuntoutuksen menetelmiin ja arvoihin. Esimerkiksi maailman modernisoituminen, globalisoituminen, eri tieteenalojen kehitys, väestön ikärakenteen muuttuminen ja työelämän muutokset ovat ilmiöitä, jotka muokkaavat kuntoutuksen sisältöjä. (Järvikoski ym. 2011, 8 - 14; Koukkari 2010, 18 - 19; Rissanen ym. 2008, 51 - 52; Kokko 2003, 6 - 8.)

Maailman teollistuminen ja modernisaatio ovat merkittäviä tekijöitä kuntoutuksen **paradigmaattisen muutoksen** kannalta. Yhteiskunnan rakenne muuttui radikaalisti ihmisten muuttaessa maaseudulta kaupunkiin. Kaupungissa asumisen kautta muodostui aivan uudenlainen työnkuva ja arvomaailma, esimerkiksi yhteisöllisyyden kulttuuri muuttui enemmän yksilöä korostavaksi individualismiksi. Nämä mainitut ja monet muut modernisaatioon liittyvät muutokset ovat tuoneet kuntoutuksen piiriin uusia sairauksia ja ongelmia, kuten hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet. Myös mielenterveyden häiriöt ovat tulleet osaksi kuntoutuksen kenttää. (Karjalainen ym. 2008, 12 - 19.)

Kuntoutuksen paradigma on muuttunut vajavuuskeskeisestä valtaistumista korostavaan toimintamalliin. Ero vajavuuskeskeiseen toimintamalliin on, että yksilö on vahvempi toimija, jolloin kuntoutuja pystyy paremmin vaikuttamaan oman kuntoutuksensa sisältöihin. Kuntoutuja pyritään näkemään kokonaisvaltaisemmin oman elämänsä kontekstissa, erilaiset vuorovaikutus- ja ympäristösuhteet huomioiden.

Terapiatilanteessa pyritään kahden toimijan tasa-arvoisuuteen, jolloin keskustelu on terapian ydin. Vuorovaikutus perustuu molemminpuoliseen ilmaisuun ja viestien vastaanottamiseen. Valtaistava toimintamalli pyrkii purkamaan passiivisen kuntoutujan roolia, jossa kuntoutuja nojaa terapeutin asiantuntijuuteen. Kuntoutumisen kannalta kuntoutujan oma motivaatio on oleellinen tekijä tavoitteiden saavuttamisessa. (Järvikoski ym. 2011, 49 - 52; 166 - 178; Karjalainen ym. 2008, 11 - 20; Rissanen ym. 2008, 51 - 58.)

3.3 Kuntoutujan valtaistuminen ja voimaantuminen

Käsitteissä valtaistuminen ja voimaantuminen on paljon yhtäläisyyksiä, ja ne toimivat usein dialogisesti. Käsitteet rakentuvat kantasanojen valta ja voima ympärille. Ne ovat yleistyneet tieteenaloilla, joissa tutkitaan yhteiskuntaa ja ihmistä. Keskeistä valtaistumiselle on jokin yhteiskunnallinen ongelma, esimerkiksi köyhyys, joka vaikuttaa myös yksilön elämään. Valtaistumisen avulla ongelma tiedostetaan ja siihen pyritään vaikuttamaan esimerkiksi kohentamalla yksilön elinolosuhteita. (Järvikoski ym. 2011, 141 - 146; Mäntysaari ym. 2009, 315 - 331.)

Voimaantuminen on yksilöllinen, itsestä lähtevä tapahtumasarja tai prosessi, johon myös toimintaympäristön olosuhteet vaikuttavat. Yksilötasolla tarkasteltaessa esimerkiksi voimaantunut potilas kykenee tunnistamaan omat voimavaransa. Suurempi tietoisuus oikeuksista ja terveydellisestä ongelmasta vahvistaa potilaan asemaa terveysten palvelujen käyttäjänä. Näin ollen voimaantuminen yksilötasolla laajentuu valtaistavaksi ja sillä on vaikutusta sekä terveysten palveluiden tarjontaan. (Mäntysaari ym. 2009, 331 - 334; Tuorila 2009.)

Sekä valtaistumisessa että voimaantumisen on kyse pitkälti elämänhallinnasta. Kuntoutuksen piiriin tulevat ihmiset ovat usein tavalla tai toisella menettäneet elämänhallinnan tunteensa. Esimerkiksi vakavan sairauden diagnosointi aiheuttaa yksilölle henkilökohtaisen kriisin. Ihminen etsii kriisitilanteessa selviytymiskeinoja, jotka voivat olla toiminnallisia tai psyykkisiä. Tärkeä tekijä selviytymisprosessissa on pystyvyyden ja elämänhallinnan tunne, jota kuntoutuksen avulla pyritään vahvistamaan. (Järvikoski ym. 2011, 135 - 146.)

3.4 Kuntoutustarve MS-taudissa

Kuntoutus on tärkeä tekijä MS-taudin kokonaisvaltaisessa hoidossa ja potilaiden näkökulmasta merkityksellisempää kuin lääkehoito. MS-taudista aiheutuvat toiminnanhäiriöt ovat hyvin moninaiset, ja erilaisia oireita (fyysisiä ja psyykkisiä) esiintyy samanaikaisesti. Tämän vuoksi kuntoutuksessa on oleellista kaikkien osa-alueiden huomioiminen ja moniammatillisen ryhmän yhteistyö. Työryhmään tulisi kuulua esimerkiksi neurologi, neuropsykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, sairaanhoitaja, puheterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Kuntoutuksen tärkeä yleinen tavoite on kohentaa ja ylläpitää toimintakykyä mahdollisimman pitkään, ja se pitää sisällään myös erilaisten komplikaatioiden kehittymisen estäminen ja erilaisten kompensatiokeinojen löytämisen. Erilaisten kuntoutustoimenpiteiden valinnan tekee haasteelliseksi sairauden kulun ja oireiden ilmaantuvuuden ennustamattomuus. Kuntoutuksessa tulisi huomioida, että sairaus on aina yksilöllinen ja henkilökohtaisen toimintakyvyn ylläpitämisen tulisi liittyä yksilön toimintaympäristöön. (Elovaara ym. 2006, 171 - 172; Rissanen ym. 2008, 235 - 243; Järvikoski ym. 2011, 8 - 9.)

MS-tauti diagnosoidaan tyypillisesti varhaisaikuisuudessa, ja tällöin kuntoutuksen tarve ulottuu läpi lähes koko elämän. Kuntoutuksessa on tärkeää oikeanlaisen kuntoutuksen ajoittaminen sairauden eri vaiheissa ja oikeanlaisten palvelujen valinta. Kuntoutustarvetta esiintyy usein kaikilla kuntoutuksen osa-alueilla (ammatillinen, lääkinnällinen, kasvatuksellinen ja sosiaalinen). Riippuen MS-taudin aiheuttamista toiminta- ja liikkumiskyvyn vajauksista voidaan käyttää esimerkiksi allas-, puhe-, toiminta- tai ratsastusterapiaa. Koska MS-tauti diagnosoidaan aikuisiällä, oleelliseksi kuntoutuksessa nousee ammatillinen kuntoutus. Työkyky ja työelämässä selviytymisen mahdollisuudet ovat merkittäviä tekijöitä. (Elovaara ym. 2006, 171 - 172; Järvikoski ym. 2011, 8 - 9; Kallanranta ym. 2001, 216; Rissanen ym. 2008, 235 - 237.)

Kuten yleisesti kuntoutuksessa, myös MS-potilaan kuntoutuksen taustalla tulisi olla **yksilöllinen kuntoutussuunnitelma**. Kuntoutussuunnitelmaan liittyy kuntoutuspalvelujen toimiva yhdistäminen. Tämä vaatii potilaan omaa aktiivisuutta ja hyvää yhteistyötä eri yhteistyötahojen kanssa, mikä voi olla haastava tehtävä, koska yksilön kuntoutukseen osallistuvien eri yhteistyötahojen on usein monia (KELA,

julkinen terveydenhuolto, työeläkelaitokset, MS-liitto). Tutkimusten mukaan laitosmuotoisista kuntoutusjaksoista on hyötyä arjessa selviytymisen, toiminnanvajeen, osallistuvuuden ja elämänlaadun näkökulmasta. Sopeutumisvalmennus on usein ensimmäinen laitosjakso, jolle MS-potilas osallistuu. Laitoskuntoutus voi jatkaa sopeutumisvalmennusjakson jälkeen työ- tai opiskelukykyä kohentavilla jaksoilla. Jaksomuotoisessa kuntoutuksessa korostuu vertaistuen ja verkostoitumisen merkitys. (Elovaara ym. 2006, 172 - 173; Rissanen ym. 2008, 237 - 242.)

3.5 MS-taudin fysioterapia

Neurologisia sairauksia yhdistäviä tekijöitä ovat esimerkiksi oireiden moninaisuus ja jonkinlainen kuntoutuksen tarve. Neurologinen fysioterapia on tärkeä osa MS-potilaan kuntoutusta. Neurologinen fysioterapia sisältää sekä oppimisteorioihin perustuvia menetelmiä että neuroterapioiden, joita terapeutti suorittaa potilaalle käsillään manuaalisesti liikettä avustaen. Neuroterapioiden ovat esim. Bobath-terapia ja PNF-menetelmä. Neuroterapian menetelmiin on viime vuosina kohdistettu kritiikkiä taustalla olevan muuttuneen tiedon ja oppimisteorioihin perustuvien menetelmien yleistymisen vuoksi. (Talvitie 2006, 356 - 358.) Taudin kulusta riippuen osa potilaista tarvitsee fysioterapiaa heti sairastumisen alkuvaiheesta alkaen, toisilla fysioterapian tarve ilmenee vasta, kun oireet lisääntyvät ja sairaus etenee. (Kallanranta ym. 2001, 216.)

Sairauden diagnosointivaiheessa fysioterapia sisältää liikuntaneuvontaa ja liikuntaan motivointia. Yksilöllinen fysioterapia aloitetaan usein esimerkiksi lihasheikkouden tai spastisuuden ilmaantuessa. Jos lihasheikkous aiheuttaa toiminnanvajeita, fysioterapia voi olla esimerkiksi lihasten suorituskykyä parantavaa terapeutista harjoittelua. Tasapaino- ja koordinaatiohäiriöistä aiheutuvaa haittaa pyritään vähentämään ottamalla käyttöön apuvälineitä, joiden käyttöä fysioterapeutti ohjaa. Apuvälineen käyttöönoton yhteydessä myös fysioterapiakerrat lisääntyvät. (Elovaara ym. 2006, 172; Paltamaa ym. 2010, 87.)

Tutkimusten mukaan MS-potilaan avofysioterapia sisältää useimmiten rangan ja raajojen liikkuvuusharjoitteita, lihasvoima- ja kestävyysharjoitteita sekä toiminnallisia harjoitteita. Lisäksi fysioterapiassa harjoitetaan hengitys- ja verenkiertoelimistöä,

hengitystä ja sairauden edetessä myös arkielämässä selviytymisen taitoja. Virtsarakon ja suoliston ongelmissa lantionpohjanlihasten harjoittelulla on saatu aikaan positiivisia tuloksia. Tarkkoja suosituksia MS-potilaan fysioterapialle ei voida kuitenkaan määrittää, koska vahvaa näyttöä fysioterapian vaikuttavuudesta MS-tautiin ei ole. (Paltamaa ym. 2010, 87; Soinila ym. 2007, 388 - 391.)

Liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden positiiviset vaikutukset terveyskuntoon MS-potilailla ovat samanlaisia kuin terveillä ihmisillä. Tutkijoiden keskuudessa vallitsee yleinen yksimielisyys siitä, että liikunnalla on monia positiivisia vaikutuksia MS-potilaalle. Tutkimusnäyttöä on kestävyysliikunnan ja erityisesti kuntopyöräilyn vaikuttavuudesta, lihaskuntoharjoittelua on tutkittu vähemmän. Positiiviset vaikutukset liittyvät kokonaisvaltaisesti fyysiseen ja psyykkiseen kuntoon ja sitä kautta elämänlaadun paranemiseen. Liikunnan väheneminen on ennemminkin riski lisäsairauksien, kuten ylipainon ja sepelvaltimotaudin, esiintymiselle. Fyysiseen aktiivisuuden vähenemiseen löytyy syitä taudin oireistosta, joka voi vähentää sekä fyysistä että kognitiivista kapasiteettia. Liikunnan aloittaminen vaikeutuu, ja siihen liittyy sosiaalista ja henkistä painetta. (Elovaara ym. 2006, 171; Borgoles ym. 2008, 428 - 429; Romberg 2005, 60.)

MS-potilaan liikunnan ohjauksessa tärkeä tekijä on rajojen tunnistaminen: liikunta on lääkettä, mutta sairaus on myös tosiasia. Sairaus ei ole parannettavissa, eikä liikunnan avulla voi estää muutosten esiintymistä keskushermostossa. MS-potilas voi kyllä vahvistaa lihaksia lihaskuntoharjoittelun avulla, mutta lihasten heikkenemistä ei voida kokonaan pysäyttää. Rankkaa liikunnan harrastamista tulisi aina tarkkaan harkita. Sairauteen liittyvään sopeutumiseen liittyy sairauden ja sen aiheuttamien rajojen hyväksyminen. (Romberg 2005, 30 - 33; Rintala ym. 2012, 105 - 106.)

4 VALOKUVAN KÄYTTÖ TERAPIASSA

Halkola ym. mukaan (2009, 40 - 42.) valokuva sisältää terapeuttisia elementtejä, joita valokuvaterapia hyödyntää. Niitä ovat esimerkiksi valokuvan suhde aikaan, valokuvan totuuteen liittyvä ongelmallisuus, sanaton vuorovaikutus ja kehollisuus. Valokuvan suhdetta aikaan pidetään valokuvalla ominaisempana ominaisuutena. Sen avulla voidaan herättää tunteita ja muistoja sekä välittää kehollis-aistimuksellista tietoa.

Valokuva tarjoaa näkemyksen todellisesta tilanteesta, se voi välittää kuvaushetkellä koettuja ajatuksia tai heijastaa tunteita, joita kuvan vastaanottaja kuvaa katsoessaan kokee. (Halkola ym. 2009, 39 - 46.)

Valokuvan avulla annetaan mahdollisuus sanattomalle kokemukselle ja viestinnälle, mikä edistää kommunikaatiota ja syventää emotionaalisuutta vuorovaikutustilanteessa. Valokuva voi tarjota viestintävälineen niille, joilla on ongelmia puheen tuottamisessa tai tunteiden ilmaisussa. Valokuvia käytetään usein myös muistiongelmaisten ihmisten kanssa mieleen palauttamisen harjoittelussa. Valokuvaa voidaan hyödyntää myös muutosprosessissa, sillä se mahdollistaa sekä muutoksessa kuljetun matkan dokumentoinnin että reflektoinnin. Tämä voi auttaa motivoinnissa. (Halkola ym. 2009, 51; Craig 2009, 27 - 31.)

4.1 Valokuvaterapia

Valokuvaterapia määritellään valokuvauksen tai valokuvamateriaalien menetelmälliseksi käytöksi terapiatilanteissa. Valokuvaterapian historia ulottuu 1970-luvun Amerikkaan ja Kanadaan, jossa valokuvan luonteen teoreettinen tarkastelu käynnistyi. Valokuvaterapia ei ole itsenäinen terapiamuoto eikä valokuvaterapeutti-nimikettä esiinny Suomessa. Valokuvaterapia on lähellä kuvataideterapiaa, ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset voivat käyttää sitä joko itsenäisenä terapiana, taideterapian osana tai osana muuta terapeutista työtä. Valokuvaterapiassa pyritään työskentelemään potilasjohtoisesti perinteisen terapeuttijohtoisen työskentelyn sijaan. (Heikkilä ym. 2000, 61; Salo 2009; Suomen valokuvaterapiayhdistys r.y.)

Valokuvaterapiaa on kirjallisuuden mukaan sovellettu mm. taidon opettamisessa, emootioiden herättämisessä, muutoksen dokumentoinnissa, verbaalisten terapioiden apuvälineenä ja puheviestinnän apuvälineenä (Heikkilä ym. 2000, 71). Valokuvaterapian menetelmät voidaan jakaa yksinkertaistaen kolmeen eri ryhmään. Yksi menetelmistä on **omaelämänkerrallisten** kuvien eli esimerkiksi perhealbumien katsominen. Perhealbumikuvat ovat konkreettinen esimerkki valokuvan muistiin ja muistoihin liittyvästä ominaisuudesta. Terapiatilanteessa perhealbumikuvien avulla potilas voi hahmottaa omaa elämäntarinaansa. Omaelämänkerralliset kuvat terapiatilanteessa on hyvä väylä puhua menneistä tapahtumista, merkityksellisistä ihmisistä ja tarkastella erilaisia vuorovaikutussuhteista. Toinen valokuvaterapiassa

käytetty menetelmä on **symbolisten** kuvien käyttäminen. Symbolit ovat yhteydessä muistiin ja tunteisiin, näiden pohjalta valittuja kuvia tulkitaan. Kolmas menetelmä on **uusien kuvien ottaminen**. Tässä menetelmässä potilas voi ottaa itse kuvia merkittäviksi kokemistaan asioista tai suunnitella tilanteen, jossa haluaa tulla kuvattavaksi. Terapeutti voi myös käyttää otettuja valokuvia havainnollistamisen välineenä. (Halkola ym. 2009, 18 - 19; Heikkilä ym. 2000, 71.)

4.2 Valokuvan soveltaminen sosiaali- ja terveysalalla

Valokuvaterapia sosiaali- ja terveysalalla voi olla esimerkiksi ennaltaehkäisevää, hoitavaa tai kuntouttavaa. Valokuvan luonne on taipuisa, ja sen käyttöä voi varioida paljon, siksi se soveltuu monenlaisiin terapiatilanteisiin. Nykypäivänä valokuvauksen tekniikka ei vaadi erityistä osaamista. Sen arkinen luonne tekee siitä helposti käyttöön otettavan. (Craig 2009, 21; Halkola ym. 2009, 16 - 19.)

Suomessa tunnetuin sosiaali- ja terveysalalla käytetty valokuvaterapian muoto on Miina Savolaisen luoma **voimauttavan valokuvauksen metodi**. Metodin tavoitteena on yksilön kasvun ja kehityksen tukeminen sekä voimavarojen löytäminen. Vuorovaikutustilanne on voimautumisen näkökulmasta merkittävässä roolissa. (Savolainen 2009, 211 - 227.)

Psykoterapiassa potilas ja terapeutti pyrkivät yhdessä löytämään valokuvan ja tunteiden välille yhteyden. Kuvien kanssa voidaan olla vuorovaikutuksessa: terapeutti voi pyytää asiakasta kertomaan kuvasta tai puhumaan kuvalle, kuvia voidaan muokata tai niiden kanssa voidaan käydä dialogia. Psykoterapiaan valokuva tarjoaa sekä asiakkaalle että terapeutille konkreettisen objektin yhdessä työstettäväksi. (Halkola 2009, 176; Salo 2009, 49 - 52; Weiser 2001.) Sitvast ym. (2011, 2176 - 2177) tutkivat valokuvan käyttöä itseilmaisun välineenä psykiatristen potilaiden terapiassa. Tutkimuksessa todettiin valokuvan antavan lisäinformaatiota esimerkiksi potilaan voimavaroista ja siitä, minkä hän kokee arvokkaaksi elämässään. Valokuvailmaisun käyttäminen terapiatyössä vaatii hoitohenkilökunnalta tietoisuutta valokuvan viestien tulkinnasta.

Valokuvaa taideterapiassa puolestaan hyödynnetään laajasti erilaisten asiakasryhmien parissa. Somaattisten sairauksien hoitoon taideterapia tuo mahdollisuuksia psyykkisen kivunhallinnan harjoittamiseen, sillä taideterapeuttinen näkökulma pyrkii integroimaan mieltä ja kehoa. Sen avulla voidaan helpottaa sairaudesta aiheutuvien muutosten hyväksymistä. (Rankanen ym. 2007, 60.)

Selkäydinvammapotilailla **mielikuvaharjoittelun** yhdistämisestä konventionaaliseen terapiaan saatiin tutkimuksessa hyviä tuloksia. Mielikuvittelu on monimutkainen, kognitiivinen prosessi, jossa käytetään sekä aistitoimintaan että työmuistiin liittyviä prosesseja. Motorisen mielikuvaharjoittelun lähtökohta on, että yksilö kuvittelee mielessään motorisen liikkeen ilman varsinaisen liikkeen tapahtumista kehossa. Sillä pyritään parantamaan tai ylläpitämään motorista toimintaa. Mielikuvaharjoittelun avulla on mahdollista aktivoida hermostollisia yhteyksiä ja hermoston osia, jotka osallistuvat liikkeen toteuttamiseen ja suunnittelemiseen. Näin ollen myös ilman liikettä on mahdollista ylläpitää itse liikkeeseen tarvittavia hermoyhteyksiä. Mielikuvat voivat toimia myös motivoinnin apuvälineenä, kognition kehittämisessä ja niiden avulla voidaan orientoitua erilaisiin tavoitteisiin. (Dickstein ym. 2007; Grandeon ym. 2012, 766 - 771.) Myös aivohalvauspotilailla toteutetussa tutkimuksessa, jossa tutkittiin mielikuvaharjoittelun vaikutusta tasapainoon ja kävelykykyyn, tulokset kävelyharjoittelun ja mielikuvaharjoittelun yhteisvaikutuksesta olivat lupaavia (Guy-Chang ym. 2012).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää teemahaastattelun avulla neurologisten potilaiden parissa työskentelevien fysioterapeuttien ajatuksia ja kokemuksia MS-potilaan fysioterapiasta. Tarkoitus on tutkia valokuvan konkreettisista käyttöä tai käyttömahdollisuuksia fysioterapian yhteydessä, kuntoutuksessa tapahtunutta muutosta ja sen vaikutusta terapiamenetelmiin. Halusimme tarkastella myös kuntoutujan voimaantumista terapiassa. Tämän pohjalta muodostimme tutkimuskysymykset:

1. Miten kuntoutus on muuttunut?
2. Mitkä ovat käytettyjä fysioterapiamenetelmiä MS-taudin hoidossa?
3. Miten voimaannuttava näkemys näkyy fysioterapiassa?
4. Minkälaisia käyttömahdollisuuksia valokuvalla on MS-potilaan fysioterapiassa?

Laajemmin ajatus liittyy fysioterapian mahdollisuuteen yhdistää erilaisia luovia menetelmiä, tässä tapauksessa valokuvaterapiaa.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessimme käynnistyi marraskuussa 2012. Idea hyväksyttiin helmikuussa 2013, jonka jälkeen aloimme rakentaa teoreettista viitekehystä tiedonhaun avulla. Tutkimustiedon etsimisessä käytimme seuraavia tietokantoja: Ebrary, Academic Search Elite, Google Scholar. Aiheesta löytyvän tutkimustiedon vähyyden vuoksi käyttämämme lähteet painottuvat kirjalähteisiin. Tiedonhaun vaihe jatkui syyskuuhun 2013, jolloin esitimme tutkimussuunnitelmamme suunnitelmaseminaarissa. Tämän jälkeen otimme yhteyttä haastateltaviin sähköpostitse. Lähetimme heille ensin lyhyen esittelyn aiheestamme ja alustavan kyselyn halukkuudesta osallistua opinnäytetyöhömmme, minkä jälkeen lähestyimme haastateltavia saatekirjeellä (liite 1). Saatekirje sisälsi suostumuskaavakkeen haastatteluaineiston keräämiseksi ja teemahaastattelun teemat, jotka sisälsivät myös apukysymyksiä. Haastatteluihin valitsimme fysioterapeutteja erilaisista työympäristöistä Etelä-Savon alueelta. Erilaisten työympäristöjen valinnalla, pyrimme

saamaan aineistoon mahdollisimman monipuolisia näkemyksiä otoksen suppeasta koosta huolimatta. Halusimme, että haastateltavilla olisi kokemusta neurologisesta fysioterapiasta ja MS-potilaista. Haastattelut toteutettiin haastateltavien työpaikoilla ja koulun tiloissa loka-marraskuussa 2013. Etenimme aikataulun mukaisesti aineiston analyysiin ja opinnäytetyömme esitykseen, joka oli joulukuussa 2013.

6.1 Aineiston kerääminen

Laadullisen tutkimuksen menetelmistä valitsimme tämän opinnäytetyön toteuttamiseen teemahaastattelun. Teemahaastatteluun päädyimme, koska emme löytäneet kirjallisuudesta aikaisempaa tietoa valokuvan käytöstä fysioterapian yhteydessä ja koska se sopi tutkimustehtäväämme. Strukturoimaton haastattelumuoto sopi tutkimustehtäväämme strukturoitua haastattelua paremmin, sillä se mahdollisti haastattelun edetessä tarkentavien kysymysten esittämisen haastateltaville ja näin saimme mahdollisimman hyvän kuvauksen haastateltavien omista ajatuksista ja kokemuksista. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Valitsimme yksilöhaastattelun, koska ryhmähaastattelu olisi voinut tuottaa yhteneväisiä käsityksiä ryhmän sisällä. Mielestämme yksilöhaastattelut oli helpompi toteuttaa ensikertalaisen kokemuksella, sillä ryhmädynamiikka asettaa omat haasteensa haastattelutilanteeseen. Haastatteluteemat (liite 2) poimimme opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Haastattelutilanteet nauhoitettiin litteroinnin helpottamiseksi ja tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Haastattelujen kesto vaihteli 27–50 minuutin välillä.

Aira ja Seppä (2010) kuvailevat laadullista tutkimusta seuraavalla tavalla: **Laadullinen tutkimus** pyrkii kuvaamaan, ymmärtämään ja selittämään tutkittavaa ilmiötä ja sen pyrkimyksenä voi olla uusien ideoiden tai hypoteesien luominen. Laadullisen tutkimuksen menetelmä sopii parhaiten sellaisten tutkimuskysymysten selvittämiseen, joista on vähän ennalta tutkittua tietoa. Erilaisia laadullisen tutkimuksen menetelmiä ovat kysely, haastattelut, havainnointi ja dokumentointi. Laadullisen tutkimuksen luonteelle on tyypillistä, ettei sen kaikkia vaiheita ja kulkua voida täysin ennakoida. Vaikka tutkimuksessa pyritäisiin väljyyteen ja joustavuuteen, on tutkimussuunnitelmassa esitettävä selvästi, mitä tutkitaan, missä tutkitaan ja miten tutkitaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 45; Aira & Seppä 2010.) Myös tutkimuksen tekijä toimii tutkimuksen aikana aktiivisen osallistujan roolissa, sillä laadulliseen tutkimukseen liittyy vahva vuorovaikutuksellisuus tutkimuksen tekijän ja

tutkimukseen osallistujan välillä. Tutkimukseen osallistujat pyritään valitsemaan tarkoituksenmukaisesti, ja osallistujia on tavallisesti vähän. (Kylmä & Juvakka 2012, 28 - 31.)

Teemahaastattelussa tutkija poimii keskeiset teema-/aihealueet tutkimustehtävästään ja näiden pohjalta suunnittelee ja valmistelee teemahaastattelun. Tutkijalla on laaja teoreettinen perehtyneisyys tutkittavasta asiasta. Teemahaastattelu sijoittuu tutkimushaastattelun muodoista lähemmäksi strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelumenetelmää. Haastattelutilanne etenee valittujen teemojen mukaisesti, ja teema/aihealueet ovat kaikille haastateltaville samat. Teemat eivät saisi kuitenkaan olla liian tiukkarajaisia, jotta ne eivät ohjaa liikaa haastateltavien vastauksia. Apukysymysten avulla haastattelutilanteen jäsentäminen ja hallitseminen voi kuitenkin olla helpompaa. Tutkija voi haastattelun aikana muuttaa teemojen järjestystä ja tarkentaa haastateltavan ymmärrystä valitusta teemasta. Teemahaastattelun tavoitteena onkin saada haastateltavan oma kuvaus valituista teemoista. Tutkijan tehtävänä on kerätä ja välittää haastateltavan ajatuksia, kokemuksia ja tunteita tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2008, 41 - 53; Kylmä & Juvakka 2012, 79 - 80; Vilkkä 2007, 97 - 104.)

6.2 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineisto koostuu sanoista ja sanoista rakentuvista teksteistä. Kirjoittaessaan tutkimusaineistoa tekstiksi tutkija tulee samalla perehtyneeksi aineistoon. **Aineiston analysoinnissa** tarvitaan analyttisiä kysymyksiä, joiden avulla saadaan vastauksia alkuperäiseen tutkimusongelmaan. Tutkimuskysymykset on hyvä asetella avoimeen muotoon suljettujen kyllä- tai ei -kysymysten sijaan. Tapa, jolla tutkija lukee ja tulkitsee aineistoa, ohjaa aineiston käsittelyä. (Kylmä & Juvakka 2012, 65 - 66; Ruusuvuori ym. 2011, 13 - 17.) Aineistoa käsiteltäessä on pyrittävä säilyttämään aineisto mahdollisimman tarkkana, jotta siitä saataisiin totuudenmukainen käsitys. Nauhoitetun aineiston litterointi eli puhtaaksikirjoitus voidaan tehdä joko koko haastattelutilanteesta tai valikoiden, esimerkiksi vain haastateltavan puheesta. Aineistoa voidaan analysoida myös suoraan tallennetun aineiston pohjalta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 136 - 139.)

Induktiiviseen eli aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin sisältyy kolme päävaihetta, jotka ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. **Pelkistäminen** eli redusointi tarkoittaa, että analysoitava informaatio pelkistetään poistamalla aineistosta epäolennaisuudet. Pelkistämisessä voidaan käyttää koodaamista, jolloin aineistosta koodataan tutkimustehtävään olennaisesti liittyvät ilmaukset. **Ryhmittely** eli klusterointi tehdään käymällä aineistoista koodatut ilmaukset läpi etsimällä käsitteitä, jotka kuvaavat yhtäläisyyksiä/eroavaisuuksia. Käsitteet ryhmitellään, ryhmitellyt käsitteet yhdistetään luokiksi ja luokat nimetään niin, että ne kuvaavat syntyneitä käsiteloukkia. **Käsitteellistämis-** eli abstrahointivaiheessa aineiston analyysissä edetään alkuperäisilmauksien käyttämisestä johtopäätöksiin ja käsitteisiin. Abstrahointivaiheen tarkoituksena on liittää kerätty aineisto teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 108 - 116.)

Litteroinnin suoritimme sanatarkasti niin, että litteroimme myös oman puheemme. Puhtaaksikirjoitettua litteroitua aineistoa haastatteluista tuli yhteensä 22 sivua, fontilla Times New Roman, fonttikoko 10. Litteroinnin jälkeen jatkoimme sisällönanalyysiin, jonka toteutimme aineistolähtöisesti Tuomen ja Sarajärven (2002) esimerkkiä mukaillen (liite 4). Aineiston analyysi eteni seuraavanlaisesti: poimimme alleviivaten litteroidusta aineistosta tutkimuksemme kannalta oleellisia asioita. Taulukoimme **alkuperäisilmaukset** ja muutimme ne asiasisällön säilyttäen **pelkistetyiksi ilmauksiksi**. Tämän jälkeen siirryimme ryhmittelyvaiheeseen, jossa keräsimme ryhmiksi samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset ja annoimme ryhmien asiasisältöä kuvaavan nimen eli **alaluokan**. Alaluokkien ryhmittely puolestaan synnytti **yläluokat** ja yläluokkien ryhmät edelleen **pääloukat**. Alaluokkia syntyi 31, yläluokkia syntyi kymmenen ja pääloukkia viisi.

6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Jokaiseen tutkimustyöhön liittyy eettisyys, ja ammattitaitoinen tutkija osaa pohtia työhön liittyviä kysymyksiä ja näkökulmia eettiseltä kannalta. Tutkimusprosessin luotettavuutta voidaan arvioida tutkimusprosessin eri vaiheissa. Luotettavuutta arvioidessa kiinnitetään huomiota mm. tutkittavan ilmiön nimeämiseen, tutkimuksen tarpeen perusteluun, tutkimustehtävien selkeyteen ja tutkimusmenetelmän soveltuvuuteen, aineistonkeruumenetelmään, analyysimenetelmään ja koko prosessin kuvaukseen. Myös henkilötietolaki säätelee tutkimuseettistä toimintaa. Tietoturvilla

käsitetään kaikkia niitä toimenpiteitä, joiden avulla estetään tiedon muuttuminen, tuhoutuminen tai joutuminen väärin käsiin. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 51 - 53; Kuula 2011, 34 - 36; Kylmä & Juvakka 2012, 130 - 133.)

Motivoinnin kannalta haastateltavien on hyvä tietää, mitä tutkimuksessa tavoitellaan ja miten mahdollisista tutkimustuloksista voidaan jatkossa hyötyä. Tarkkojen tutkimustehtävien kertominen ei ole oleellista, mutta pääaiheiden kertominen on välttämätöntä, jotta tutkittavat voivat päättää tutkimukseen osallistumisesta. Tallennevälineiden käytöstä tulee kertoa haastateltaville. (Kuula 2011, 104.)

Teoreettisessa viitekehyksessä pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita ja monipuolisia lähteitä, millä halusimme varmistaa opinnäytetyömme luotettavuutta. Pyrimme tekemään tutkimukseen liittyvät valinnat perustellen ja asettamaan riittävän selkeän ja väljän tutkimustehtävän opinnäytetyöllemme. Opinnäytetyömme prosessin etenemisen kuvauksen yhteydessä tarkastelemme tarkemmin työhöme liittyviä eettisiä ongelmia.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Haastattelimme neljää fysioterapeuttia, joista kaksi työskentelevät neurologisen fysioterapian osa-alueella kuntoutuskeskuksessa, yksi psykofyysisen fysioterapian parissa yksityisenä ammatinharjoittajana ja yksi fysioterapian lehtorina ammattikorkeakoulussa. Haastateltavat henkilöt olivat iältään 36–64 vuotta, ja työkokemusta fysioterapiasta heillä oli 10–40 vuotta. Kaikki haastattelemamme henkilöt olivat naisia.

Käsitlemme opinnäytetyömme tuloksia aineiston analyysissa nousseiden yläluokkien pohjalta.

7.1 Kuntoutuksessa koetut muutokset

Haastattelujen perusteella kuntoutuksessa koettuja muutoksia olivat kuntoutujan roolin muuttuminen, kuntoutujan itseohjautuvuuden lisääntyminen, harjoittelun omatoimisuuden korostuminen, muutos terapeutin roolissa sekä työnkuvan ja näkökulman laajeneminen.

Suurin muutos on tapahtunut kuntoutujan roolissa, mikä näkyy kuntoutujan aktivoitumisessa. Kuntoutus on kuntoutujan näkökulmasta aktiivista toimintaa, jonka suunnitteluun kuntoutuja itse osallistuu. Tavoitteet asetetaan kuntoutujan omiin lähtökohtiin perustuen, ja terapiassa pyritään dialogiseen vuorovaikutukseen kuntoutujan ja terapeutin välillä. Fysioterapeutin rooli terapiassa on muuttunut: terapiasta on tullut ohjauksellisempaa, eikä terapia enää useimmiten keskity yksittäisiin suorituksiin.

”Kyl se rooli on hirmu paljon muuttunut. Että ehkä enemmän sellasesta hoidollisesta suuntautumisesta enemmän tämmöseks coacheriks, opettajaks, vierelläkulkijaks, valmentajaks. Se on paljon muutakin kuin käsityöläinen.”

Fysioterapia on tullut lähemmäksi potilaan arkipäiväisiä toimintoja. Omatoimisen harjoittelun lähtökohta pyritään löytämään kuntoutujan omasta elämästä, jolloin hän

motivoituu harjoitteiden tekemiseen ymmärtäessään harjoitteiden merkityksen arjessa selviytymisen kannalta.

”... Musta tuntuu että ohjataan entistä enempi ja mietitään täällä jo, että mitä vaikka jos joku pyykin ripustaminen on hankalaa niin tehään jo toiminnallisesti niitä harjoituksia täällä soveltaen, mitä pystys sitten hyödyntää siellä kotona arjessa.”

Nykypäivän fysioterapiaan sisältyy paljon muutakin kuin pelkkää terapiaa. Työnkuva on laajentunut, ja siihen liitetään enemmän suunnittelua ja moniammatillista yhteistyötä. Modernisaatio on osaltaan vaikuttanut muutoksiin: tietotekniikan käyttö ja välineet ovat lisääntyneet. Esimerkiksi erilaisia tasapainoharjoitteluun liittyviä välineitä käytetään enemmän kuin aikaisemmin.

7.2 Menetelmät MS-potilaan fysioterapiassa

Tärkeiksi tekijöiksi MS-taudin fysioterapiassa nousivat yksilöllisyys, olemassa olevan toimintakyvyn ylläpitäminen, vertaistuen merkitys, ohjauksen painottuminen ja motivoinnin keinot.

MS-kuntoutujalle on hankala määrittää yksittäisiä vaikuttavia terapiamenetelmiä/hoitomuotoja, koska sairauden luonne on yksilöllinen ja oireet moninaisia.

”No se skaala on niinku ihan valtava. Et siellä on pyörätuolissa olevia ihan toimintakyvyttömiä tai toimintakyvyltään hyvin rajoittuneita ja sit siel on hyvinkin itsenäisiä ja työelämässä olevia ihan pärjääviä.”

MS-kuntoutujan fysioterapiassa sairauden aiheuttamiin tyypillisiin toiminnanvajauksiin pyritään vaikuttamaan harjoitteilla: kävelyn, tasapainon ja vartalonhallinnan sekä lihaskunnon harjoitteet ovat käytettyjä fysioterapiassa. Myös liikkuvuuden ja kestävyyskunnon harjoittaminen on tärkeää. Passiiviset hoitomuodot ovat väistyneet, ja aktiivisten menetelmien käyttö lisääntynyt. Monen MS-kuntoutujan kohdalla allasterapia on toimiva terapiamuoto.

”...sillon voi hyvin antaa kuntoharjoitteluohjelmia, aerobista harjoittelua, voimaharjoittelua, tasapainoharjoittelua, ihan intensiivistä harjoittelua...sehän voi olla oikeastaan mitä vaan liikuntamuotoa, ellei se toimintakyky ihan ole rajottunut.”

”Tietysti ihan sitten tää tasapaino, kävely jo hyvissä ajoin katotaan mitkä ruppeee kävelyn osa-alueet heikentyy, niin niihin sit tietysti puututaan jo hyvissä ajoin.”

MS-kuntoutujan psyykkisen toimintakyvyn tukeminen on tärkeää ja oleellista fysioterapiassa. Ryhmämuotoisen terapian osalta positiivinen tekijä on vertaistuki, jonka merkitys sairastuneille on suuri.

”...monestihan se on niin, että MS-potilaalle/kuntoutujalle on se niinku, että sehän on se rupee nakertamaan niin sanotusti korvien väliä, elikkä sitten myös tukea sitä, että tää nyt on etenevä sairaus.”

7.3 Kuntoutujan voimaantuminen

Haastateltavat kokivat valtaistumisen käsitteen osin vieraaksi. Haastattelutilanteessa käytimme valtaistumisen käsitteen sijasta voimaantumisen käsitettä, joka oli haasteltaville tutumpi. Haastattelujen mukaan kuntoutujan voimaantuminen tarkoittaa yksilöllisyyden huomioimista terapiassa, potilaan voimaantumisen keinoja ja voimaantumiseen pyrkiminen terapiassa.

Voimaantuminen kuntoutuksessa koetaan positiivisena asiana, johon tulisi terapiatilanteessa pyrkiä. Voimaantumisen kautta kuntoutuja saa mielihyvän kokemuksia, jotka vahvistavat itsetuntoa. Voimaantuminen on kuntoutujan tahtiin etenevä prosessi, jossa kuntoutuja työskentelee itsensä kanssa. Myös terapeutin tulisi olla tietoinen siitä, mitä hänen oma kehonsa viestii kuntoutujalle voidakseen tukea voimaantumisprosessia terapian edetessä.

”Et niinku sitä työtähän myö tehhään, että kuntoutuja sais niitä hyviä elämyksiä, onnistumisen kokemuksia...et ehkä se siellä taustalla on koko ajan.”

Fysioterapiassa voimaantumiseen pyrkivän terapian tulisi tarkastella toimintakykyä voimavaralähtöisemmin. Toimintakyvyn arviointi on usein puutteisiin ja heikkouksiin pohjautuvaa. Voimavaralähtöisyyden avulla voitaisiin edistää kuntoutujan voimaantumista.

”...ettei aina vaan niitä heikkouksia ja puutteita poimittais sieltä, että ikään kuin niiden voimavarojen kautta lähettäis lähestymään niitä vähän heikompia asioita. Kuntoutuja sais positiivista haastetta ja onnistumisen kokemusta semmosen positiivisen kierteen kautta.”

7.4 Valokuvan käyttö MS-potilaan fysioterapiassa

Ajatus valokuvan käytöstä fysioterapiassa toi esiin seuraavia asioita: valokuvan käyttö rentouttamisessa, havainnollistamisen välineenä, harjoitteiden yhdistämisessä, itsetunnon vahvistamisessa, mielikuvien käyttö terapiassa ja menetelmään liittyvä vierauden tunne.

Valokuvan käytöstä MS-kuntoutujan fysioterapiassa oli vähän kokemuksia. Valokuvaa oli käytetty hengityksen ja puheentuoton harjoituksissa sekä ryhmäyttämisen tukena MS-kuntoutujille suunnatuilla kursseilla. Kuntoutujia oli pyydetty valikoimaan lehdistä kuvia, joiden avulla he kertoivat itsestään.

”Yks vielä mikä tulee noista valokuvista mieleen, joittenkin MS-potilaitten kohalla kenelle on esimerkiksi hengitys ja puheen tuotto työläämpää niin heidän kohalla just näitä et puhutaan ja kuvien avulla on tavallaan haettu sitä pystyasentoo, hengitystä, puhumista.”

Valokuvan ja fysioterapian yhdistämisen ajatus tuntui haastattelujen alussa haastateltavista vieraalta. Keskustelun edetessä kokemuksia valokuvan käytöstä fysioterapiassa löytyi kuitenkin jokaiselta, ja haastateltavat olivat itsekin yllättyneitä valokuvan käyttöön liittyvien kokemusten runsaudesta.

”...sitä piti oikein ruveta miettimään kun sillon luin näitä, et hetkinen kyl loppupeleissä tulee aika paljon käytettyä, kun aluks tuntu, et en missään käytä.”

Valokuvaa käytetään fysioterapiassa havainnollistamisen apuna erilaisissa tilanteissa, esimerkiksi annettaessa kotiharjoiteohjeita kuntoutujalle tai kuntoutujan omaisten ohjaamisessa. Valokuvan avulla havainnollistamalla voidaan osoittaa kuntoutujalle esimerkiksi ryhdin muuttumista terapian edetessä. Omaelämäkerrallisia eli albumikuvia käytetään fysioterapeuttisen harjoitusten yhteydessä keskittymisen helpottamiseksi ja mielialan nostamiseen. Kuvia käytetään myös kognitiivisia toimintoja, esimerkiksi muistia, harjoitettaessa.

”Tai seisomatelineellä jos on vähän niinku tämmönen joka ei jaksu pitkään keskittyä, vaikka seisomatelineellä seisomiseen, niin sit siihen etteen valokuva-albumi, et hän kertoo, kuka tässä on, niin sitten aika mennee huomaamatta.”

Valokuvan käyttöön liittyvät rajoitukset olivat ajan rajallisuus ja potilaskohtainen soveltuvuus. Potilasta tulisi tuntea ennen valokuvan kokeilemista terapiassa. Kaikille potilaille menetelmä ei sovi esimerkiksi tarkkaavuuden häiriöiden vuoksi tai neuropsykologisten ongelmien takia.

”...valokuvien käytöllä voi tehdä entistä sekasemmaks sen, et siinäkin pitää olla tarkkana, et eihän kaikille voi et katotaanpa nyt kuvia... että niinku isket seinälle, että täällä on nyt kymmenen kuvaa niin sit voi olla et pasmat taas aivan sekasin.”

Yleinen asenne valokuvan käytöstä oli positiivinen. Erilaisia luovia menetelmiä fysioterapiassa voisi soveltaa laajemmin kuin tällä hetkellä, esimerkiksi taideterapeuttista näkökulmaa hyödyntäen. Moniammatillisuus voisi sisältää taideterapeutin ja fysioterapeutin yhteistyön.

”...mut joittenkin kohalla varmasti ihan älyttömän hyvä toimiva systeemi.”

”Mä luulen, että fysioterapiassa ois paljon hyödynnettävissä monia avauksia, kun vaan osais lähteä tarkastelemaan niitä.”

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää kuntoutujan roolin muuttumista ja valokuvan soveltuvuutta osaksi MS-kuntoutujan fysioterapiaa. Halusimme tuoda uutta näkökulmaa sekä kuntoutukseen että fysioterapiamenetelmiin. Työllämme ei ole työelämän yhteistyökumppania ja näin ollen selvä yhteys työelämään puuttuu. Prosessin aikana pohdimme tätä tekijää, mutta emme löytäneet ratkaisua siihen. Opinnäytetyömme käyttöarvo tulee innovatiivisen lähestymistavan kautta, ja se voi antaa uutta näkökulmaa perinteiseen terapiaan. Opinnäytetyötämme voivat hyödyntää luovien menetelmien käytöstä kiinnostuneet fysioterapeutit.

8.1 Prosessin eteneminen

Valokuvan yhdistäminen fysioterapiaan tuntui aluksi kaukaiselta. Aikaisempaa tutkimustietoa aiheesta ei ollut, joten teoreettinen viitekehys koottiin eri tieteenalojen tutkimustietoa soveltaen. Työn edetessä aloimme löytää yhtymäkohtia valokuvan ja fysioterapian välille. Onnistuimme mielestämme tutkimusmenetelmän valinnassa ja saimme resurssien ja aikataulun puitteissa riittävän kattavia tuloksia. Aineiston analyysivaiheelle olisimme voineet varata hieman enemmän aikaa, sillä koimme, että meille tuli hieman kiire.

MS-taudin valitseminen tutkimukseemme ei ollut itsestäänselvyys, vaan mietimme työmme alkuvaiheessa esimerkiksi syömishäiriöitä ja Parkinsonin tautia. Ne ovat myös sairauksia, joissa psyykkisen toimintakyvyn tukeminen terapiassa on tärkeää. Haastatteluissa nousi useasti esille haastateltavien kokemukset valokuvan käytöstä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa. Aivoverenkiertohäiriön ottaminen tarkastelun kohteeksi olisi voinut tuottaa meille enemmän materiaalia haastatteluissa. Emme kuitenkaan halunneet tutkia aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapiaa, koska siitä on mielestämme tehty jo paljon tutkimuksia. Prosessimme aikana esille tulivat MS-tautiin liittyvät näkökenttämuutokset ja niiden mahdollinen vaikutus menetelmän käytettävyyteen MS-kuntoutujilla. Näkökenttämuutokset MS-taudissa ovat usein shuubivaiheeseen liittyviä ja ohimeneviä (Soinila ym. 2007, 384 - 388). Tämän vuoksi

ne eivät mielestämme ole este menetelmän käytölle, mutta terapeutin tulee pohtia menetelmän soveltuvuutta kuntoutujakohtaisesti oireet ja toimintakyvyn puutteet huomioiden.

Valtaistumisen käsite ei ollut kaikille haastateltaville selkeä, mikä yllätti meitä. Teemahaastatteluprosessissa jouduimme eettisen ongelman eteen, sillä osa haastateltavista pyysi lisätietoa valtaistumiseen liittyen. Avasimme heille hieman valtaistumisen käsitettä, mutta emme antaneet heille työmme teoreettista viitekehystä. Perustelimme tämän teemahaastattelun teoriaan pohjautuen, jonka mukaan tutkimukseen osallistuvien ei ole tarpeen tietää tarkkoja tutkimustehtäviä (Kuula 2011, 104). Jälkeenpäin mietimme, olivatko kaikki haastateltavat samassa asemassa, kun osalle avattiin teemoja hieman enemmän.

Olisimme voineet kertoa tarkemmin teemahaastattelun luonteesta haastateltaville, sillä osa haastateltavista tarttui mielestämme hieman liikaa etukäteen lähetettyihin apukysymyksiin. Toisaalta tämä ei haitannut, koska haastattelutilanteen luonne mahdollisti myös tarkentavien kysymysten esittämisen (Hirsjärvi ym. 2008, 41 - 53; Kylmä & Juvakka 2012, 79 - 80; Vilkkä 2007, 97 - 104). Haastattelutilanteiden jälkeen kuitenkin mietimme, kuinka paljon tulimme esittäneeksi johdattelevia kysymyksiä ja vaikuttiko tämä haastattelujen tuloksiin. Mielikuvien käytön terapiassa nostimme haastatteluissa itse esiin, koska halusimme laajentaa keskustelua konkreettisten valokuvien käytön yli.

"Mites paljon työ käyttätte esimerkiks mielikuvia? Jos ei nyt ajatella ihan konkreettista valokuvaa, miten paljon työ mielikuvien avulla tavallaan sitten niitä potilaita ohjeistatte?"

Opinnäytetyössämme haastateltavia oli neljä. Laadullisen tutkimuksen tarkoitus ei välttämättä ole tuottaa yleistettävää tietoa, vaan pyrkiä selittämään tutkittavia ilmiöitä ja luoda uusia ideoita (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 45; Aira & Seppä 2010). Tuloksien yleistämiseksi haastateltavien otos tulisi olla huomattavasti suurempi. Opinnäytetyömme tarkoitus oli herättää ajatuksia valokuvan käytöstä fysioterapiassa ja selvittää valokuvan tämänhetkistä käyttöä. Näin ollen pieni otos palveli hyvin opinnäytetyömme tarkoitusta.

8.2 Tulosten tarkastelua

Tämä tutkimus osoittaa fysioterapeuttien käyttävän valokuvaa fysioterapiassa, mutta he eivät välttämättä tee sitä kovin tietoisesti tai tiedosta kaikkia menetelmään liittyviä mahdollisuuksia, kuten voimaantumista. Kirjallisuudessa valokuvalla on kuvattu monia eri käyttömahdollisuuksia erilaisten terapioiden yhteydessä (Halkola ym. 2009, 18 - 19; Heikkilä ym. 2000, 71). Haastateltavien esimerkit olivat osin samoja kuin kirjallisuudesta löytyvät menetelmät, kuten omaelämäkerralliset kuvat ja symbolisten kuvien käyttö. Käytetyt menetelmät olivat konkreettisempia ja arkisempia kuin oletimme. Valokuvan käyttö oli usein fysioterapiassa integroitu osaksi fyysisiä harjoitteita, mihin löytyy luonteva selitys fysioterapian sisällöstä. Oletimme, että valokuvan ja fysioterapian välinen yhtymäkohta olisi voimakkaammin löytynyt valokuvan voimaannuttavasta elementistä tai mielikuvaharjoittelusta.

Haluamme nostaa haastatteluissa esille tulleen esimerkin valokuvan voimaannuttavasta käytöstä fysioterapiassa. Esimerkissä kuntoutujasta otetaan terapiatilanteessa valokuvia, joita kuntoutuja ja terapeutti yhdessä katselevat. Voimaannuttava elementti tilanteeseen tulee, kun terapeutti antaa kuntoutujan ensin lähteä itse tarkastelemaan valokuvaa sen sijaan, että ohjeistaisi kuntoutujaa etsimään valokuvasta tiettyjä asioita. Kirjallisuuden mukaan voimaantuminen on yksilöstä lähtevä prosessi (Mäntysaari ym. 2009, 331 - 334; Tuorila 2009). Kun kuntoutuja saa nostaa valokuvasta tärkeäksi kokemiaan asioita, myös terapeutti saa tärkeää tietoa kuntoutujan suhtautumisesta itseensä. Fysioterapian kannalta oleellisia asioita voisivat olla esimerkiksi kuntoutujan näkemys omasta kehosta. Valokuva heijastaa todellisen kuvan senhetkisestä tilanteesta kuvan katselijalle (Halkola ym. 2009, 51; Craig 2009, 27 - 31). Tästä johtuen valokuvan käyttöä voidaan hyödyntää edellä mainitun kaltaisissa tilanteissa.

Voimaantumisen yksi lähtökohta on, että sen kautta kuntoutujasta tulee aktiivisempi toimija. Terapiasuhteessa voimaantumisen esiin nostaminen tukee kuntoutuksen paradigmaattista muutosta, jossa kuntoutujan rooli on tullut aktiivisemmaksi (Järvikoski ym. 2011, 49 - 52; 166 - 178; Karjalainen ym. 2008, 11 - 20; Rissanen ym. 2008, 51 - 58). Paradigmaattisesta muutoksesta johtuen terapeutin ja kuntoutujan

vuorovaikutus on muuttunut dialogisemmaksi ja sitä kautta terapiassa kuntoutujan elämää tarkastellaan kokonaisvaltaisemmin. Tämä on johtanut kuntoutujan ja terapeutin välisen valta-asetelman purkautumiseen, ja kuntoutujan omaa aktiivisuutta tukevat terapiamenetelmät ovat nousseet passiivisten hoitomuotojen yli. Haastatteluaineisto ja teorian tieto tukevat tässä toisiaan.

MS-kuntoutujan fysioterapiassa korostuu yksilöllisyys, joten myös terapiamenetelmät ovat moninaisia (Paltamaa ym. 2010, 87; Soinila ym. 2007, 388 - 391). Myös haastateltavat olivat yksimielisiä tästä. Moniammatillisuuden näkökulma MS-kuntoutuksessa on huomioitu kirjallisuudessa (Elovaara ym. 2006, 171 - 172; Rissanen ym. 2008, 235 - 243; Järvikoski ym. 2011, 8 - 9). Haastateltavat eivät tuoneet tätä esille erityisesti MS-kuntoutuksesta puhuttaessa, mutta moniammatillisuuden tärkeydestä keskusteltiin yleisesti terapiassa tapahtuneen muutoksen yhteydessä. Moniammatillisen yhteistyö voisi helpottaa myös luovien menetelmien käyttöönottoa perinteisemmissä terapiamuodoissa.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena esitämme valokuvan voimaannuttavan vaikutuksen tutkimista fysioterapiassa. Lisäksi voisi olla kiinnostavaa tehdä esimerkiksi tapaustutkimus valitsemalla tietoisesti joku valokuvan käyttömenetelmä ja yhdistämällä se osaksi fysioterapiaa. Näin voitaisiin kerätä kokemuksia menetelmän tietoisesta käytöstä ja saada mahdollisesti myös kuntoutujien kokemuksia. Tutkimuksemme tuotti vähän aineistoa valokuvan käytöstä spesifisti MS-kuntoutujan fysioterapiassa. Jatkossa tutkimukseen voitaisiin valita yhteistyökumppaniksi esimerkiksi erityisesti MS-kuntoutukseen erikoistunut kuntoutuslaitos, jolloin voitaisiin saada enemmän aineistoa valokuvan käytöstä nimenomaan MS-kuntoutuksesta ja saataisiin opinnäytetyöhön enemmän työelämälähtöisyyttä.

LÄHTEET

- Aira, Marjo & Seppä, Kaija 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Suomen Lääkärilehti 9, 805 - 810.
- Al-Araji, Adnan & Oger, Joel 2006. Multiple Sclerosis for practicing neurologist. New York, USA: Demos Medical Publishing.
- Clarkeburn, Henriikka & Mustajoki, Arto 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tallinna: Vastapaino.
- Craig, Claire 2009. Exploring the self through photography: activities for use in group work. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Dickstein, Ruth & Deutsch, Judith 2007. Motor imagery in physical therapist practice. Physical Therapy 87, 942 - 953.
- Elovaara, Irina, Pirttilä, Tuula, Färkkilä, Markus & Hietaharju, Aki 2006. Kliininen neuroimmunologia. Helsinki: Yliopistopaino.
- Grangeon, M., Revol, P., Guillot, A., Rode, G. & Collet, C. 2012. Could motor imagery be effective in upper limb rehabilitation of individuals with spinal cord injury? A case study. Spinal Cord 50, 766 - 771.
- Gyu-Chang, Lee, June-sun, Kim & Hwi-young, Cho 2012. Effects of motor imagery training on balance and gait abilities in post-stroke patients: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation 27, 675 - 680.
- Halkola, Ulla, Mannermaa, Lauri, Koffert, Tanja & Kolu, Leena (toim.) 2009. Valokuvan terapeuttinen voima. Helsinki: Duodecim.
- Hankey, Graeme J. & Wardlaw, Joanna M. 2008. Clinical Neurology. United Kingdom: Manson Publishing Ltd.
- Heikkilä, Tuula, Paloheimo, Leena & Taipale, Ilkka (toim.) 2000. Mieli ja taide. Vantaa: Mielenterveyden keskusliitto ry.
- Heiskanen, Satu 2009. MS-tautiin vastasairastuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu. Hoitotieteen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Hiltunen, Erkki, Holmberg, Peter, Jyväsjärvi, Erkki, Kaikkonen, Matti, Lindblom-Ylänne, Sari, Niensted, Walter & Wähälä, Kristiina 2007. Galenos Ihmiselimistö kohtaa ympäristön. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Järvikoski, Aila, Lindh, Jari & Suikkanen, Asko (toim.) 2011. Kuntoutus muutoksessa. Tampere: Lapin yliopistokustannus.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kanner, Andres M. 2012. Depression in neurologic disorders: Diagnosis and management. Somerset, USA: Wiley.

Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2008. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kokko, Riitta-Liisa 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä : institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Koukkari, Marja 2010. Tavoitteena kuntoutuminen - kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67116/Koukkari%20DORIA.pdf. Päivitetty 2010. Luettu 10.6.2013.

Kuula, Arja 2011. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Vastapaino.

Kuusisto, Hanna 2012. Koska tulee epäillä MS-tautia ja kuinka se diagnosoidaan? Duodecim 7, 499 - 512.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Leppäluoto, Juhani, Kettunen, Raimo, Rintamäki, Hannu, Vakkuri, Olli, Vierimaa, Heidi & Lähti, Sole 2013. Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Matinvesi, Seppo 2010. Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoututtamisessa - ICF tulkintaa. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67117/Matinvesi%20DORIA.pdf?sequence=1>. Päivitetty 2010. Luettu 28.8.2013.

MS-liitto 2013. Mikä on MS- tauti? WWW-dokumentti. <http://www.ms-liitto.fi/tietoa/ms-tauti/mika-ms-tauti>. Ei päivitystietoja. Luettu 8.11.2013.

Mäntysaari, Mikko, Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.) 2009. Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä: PS-kustannus.

Paltamaa, Jaana, Karhula, Maarit, Suomela-Markkanen, Tiina & Aitti-Rämö, Ilona (toim.) 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta - käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Rankanen, Mimmu, Hentinen, Hanna & Mantere, Meri-Helga 2007. Taideterapian perusteet. Hämeenlinna: Duodecim.

Rintala, Pauli, Huovinen, Terhi & Niemelä, Satu 2012. Soveltava liikunta. Tampere: Tammerprint Oy.

Rissanen, Paavo, Kallaranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) 2008. Kuntoutus. Keuruu: Keuruu.

Salo, Helena 1997. Aivojen poikkileikkaus. WWW-dokumentti.
<http://materiaalit.internetix.fi/fi/opintojaksot/5luonnontieteet/biologia/ihmisenbiologia/keskushermosto>. Päivitetty 1997. Luettu 21.11.2013.

Salo, Marjo 2009. Valokuva menetelmänä kognitiivisessa psykoterapiassa. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti 6, 40 - 62.
<http://www.kognitiivinenpsykoterapia.fi/verkkolehti/2009/vermarjosalo.pdf>. Päivitetty 2009. Luettu 6.9.2013.

Sitvats, Jan E., Abma, Tineke E. & Widdershoven, Guy A.M. 2011. Living with severe mental illness: perception of sickness. Journal of advanced nursing 67, 2170 - 2179.

Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Opettajakoulutuslaitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti.
<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/isbn951425340X.pdf>. Päivitetty 1999. Luettu 17.7.2013.

Soinila, Seppo, Kaste, Markku & Somer, Hannu (toim.) 2007. Neurologia. Jyväskylä: Duodecim.

Talvitie, Ulla, Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tuorila, Helena 2009. Terveyspalvelut ja potilaan voimaantuminen. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja. PDF-dokumentti.
http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf. Päivitetty 2009. Luettu 25.2.2013.

Suomen valokuvaterapia yhdistys r.y. 2013. Valokuvaterapian määrittely. WWW-dokumentti. <http://www.valokuvaterapiayhdistys.net/valokuvaterapia.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 11.1.2013.

Veijola, Arja 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön - lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja. WWW-dokumentti
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514274245/?lang=en>. Päivitetty 2004. Luettu 21.5.2013.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Weiner, Howard L. & Stankiewicz, James M. 2012. Multiple sclerosis: Diagnosis and therapy. Hoboken, USA: Wiley.

Weiser, Judy 2001. Phototherapy techniques: Using client's personal snapshots and family photos as counseling and therapy tools 29, 10 - 16.



PYYNTÖ
Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

**Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan:**

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Selvittää neurologisten potilaiden parissa työskentelevien fysioterapeuttien ajatuksia MS-potilaan fysioterapiasta: valokuvan konkreettinen käyttö/käyttömahdollisuudet, kuntoutuksessa tapahtunut muutos sekä potilaan valtaistuminen
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Tutkittava ryhmä: MS-potilaat Haastateltava ryhmä: Fysioterapeutit
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Laadullinen tutkimus Teemahaastattelu
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Loka-marraskuu 2013
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Joulukuu 2013
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	----- päivänä ----- kuuta 200 Merja Reunanen opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Merja Reunanen Anne Henttonen
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot Nimi: Selja Eskonen puh. xxx-xxxxxxxx Osoite: xxxxxxxx xx, xxxxx xxxxxx Nimi: Eveliina Leinonen puh. xxx-xxxxxxxx Osoite: xxxxxxxx xxx, xxxxx xxxxxxxxxxx	

Anomus käsitelty ____ 200__

____ lupa myönnetty
____ lupa eväetty, peruste:

Saatekirje ja haastatteluteemat

Arvoisa fysioterapeutti,

Teemme fysioterapeutin AMK- tutkintoon liittyen opinnäytetyötä aiheesta valokuva MS-potilaan kuntoutuksessa. Pyrimme työllämme tuomaan uutta näkökulmaa kuntoutukseen ja fysioterapiamenetelmiin ja haluamme kartoittaa, millaisia ajatuksia ajatus valokuvan käytöstä fysioterapiassa herättää. Tarkastelemme työssämme erityisesti MS-potilaan kuntoutusta. Olemme valinneet haastateltaviksi fysioterapeutteja Savonlinnan alueelta ja haastattelut toteutetaan loka-marraskuussa 2013.

Pyydämme lupaasi haastatteluun ja haastatteluaineiston käyttöön opinnäytetyössämme. Haastattelut nauhoitetaan, mikä helpottaa aineiston käsittelyä. Aineiston analyysin jälkeen nauhat tuhotaan. Haastateltavien nimiä ei tulla mainitsemaan opinnäytetyössä.

Lähetämme teille saatekirjeen ohessa haastattelun keskeiset teemat, joihin voitte halutessanne tutustua ennen haastattelua. Mikäli haluatte lisää tietoa opinnäytetyötämme/haastattelua koskien, kerromme siitä mielellämme lisää.

Yhteistyöterveisin,

Selja Eskonen	xxx-xxxxxxx	xxxxxxxxxxx@gmail.com
Eveliina Leinonen	xxx-xxxxxxx	xxxxxxxxxxx@gmail.com

SUOSTUN HAASTATTELUUN JA HAASTATTELUAINEISTON KÄYTTÖÖN
OPINNÄYTETYÖN YHTEYDESSÄ

____.____.2013

Päivämäärä

Allekirjoitus

Saatekirje ja haastatteluteemat

Taustatiedot: Ikä, sukupuoli, työuran pituus, työkokemus fysioterapeuttina, nykyinen työpaikka/toimenkuva

Teema 1: Haasteet ja muutos kuntoutuksessa

- Miten olet kokenut kuntoutuksessa tapahtuvan muutoksen työurasi aikana?
- Millaisia uusia menetelmiä olet kokenut/kokeillut fysioterapiassa urallasi?
- Miten kuntoutettavan rooli on mielestäsi muuttunut?

Teema 2: MS-potilaan kuntoutus ja fysioterapia, valtaistuminen

- Mitä ovat mielestäsi oleelliset tekijät, joita tulee huomioida neurologisessa fysioterapiassa?
- Millaiset fysioterapiamenetelmät olet kokenut vaikuttavaksi MS-potilaan fysioterapiassa?
- Mitä ajattelet potilaan valtaistumisesta fysioterapiassa? Miten valtaistavaa

fysioterapiaa on mahdollista toteuttaa käytännön työssä?

Teema 3: Valokuva ja fysioterapia

- Millaisia kokemuksia sinulla on valokuvan käytöstä fysioterapian yhteydessä?
- Miten valokuvaa voisi mielestäsi käyttää fysioterapiassa?
- Valokuva potilasta valtaistavana elementtinä?

Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Nyt niinku pyritään aktivoimaan kuntoutuja, että kuntoutajat olis mahdollisimman itseohjautuvia."	Kuntoutujien aktivoituminen	Kuntoutujan roolin muuttuminen	Muutos kuntoutujan roolissa	KUNTOUTUKSESSA KOETUT MUUTOKSET
"...kuntoutujan rooli, se on ollut niinku muovailuvahaa jota terapeutti on ryhtynyt muovailemaan...nykyään kuntoutuja on itse itsensä muokkaaja."	Kuntoutujan roolin muuttuminen aktiiviseksi			
"Tärkein, mitä tässä on tapahtunut on, niin se selkein muutos ehkä mitä täs nyt oon havainnu, niin on se, että kuntoutuja ois ite aktiivisempi tässä kuntoutumisessa."	Kuntoutujan aktivoituminen			
"... painotetaan tätä, että pitää asettaa kuntoutujan kanssa yhdessä ne tavoitteet."	Tavoitteiden asettaminen yhdessä kuntoutujan kanssa	Kuntoutujan itseohjautuvuus		
"...et ihminen työskentelee itsensä kanssa. Ettei jumpata. Eikä treenata."	Itsensä kanssa työskentely kuntoutuksessa			
"...ja tietysti sekin et motivoidaan omatoimiseen harjoitteluun ja yritetään tehdä tavallaan itemme tarpeettomiks."	Omatoimiseen harjoitteluun motivoiminen	Harjoittelun omatoimisuuden korostuminen		
"...ja innostus tekemään kotona juttuja ja sitä tietä niinku voimaantuisi. Et ehkä siellä taustalla se on niinku koko ajan."	Motivoiminen kotiharjoitteisiin			
"...tavallaan semmosta et hyö pystys tekemään mahdollisimman paljon omatoimisesti."	Omatoiminen tekeminen			
"opettaa sitä just että tiedostamaan itsekin miltä tuntuu, et enhän minä tiedä, mikä minulle hyväksi on."	Opettaminen aktiivisempaan tekemiseen			
"...haaste on ollut aina toi, et miten tän motivaation syntyminen."	Haaste motivoinnissa			
"... on tullu enempi näitä välineitä ja sitten tämmöstä tietotekniikkaa."	Tietotekniikan ja välineiden käytön lisääntyminen	Terapian luonteen muuttuminen		
"...et just tämmöset niinku toiminnalliset harjotukset on lisääntyny ihan huomattavasti."	Toiminnallisten harjoitteiden lisääntyminen			

Esimerkki aineiston analyysistä

"Siin on kans hirveen tärkeätä et itse on myös käynyt tai jollain lailla oman itsensä kanssa myös kehollisesti...että mitä enemmän tulee tämmöstä laaja- alaista niin sitä enemmän tarvittis fysioterapiankin tiedostaa se oma tila"	Terapeutin itsetietoisuus	Muutos terapeutin roolissa	Kuntoutuksen sisällön laajeneminen	
"nyt kun ajattelee, että fysioterapeuteistakin on tullut yhä enemmän semmonen niinku opettaja."	Fysioterapeutin roolin muuttuminen			
"...sillon oli aika taval kaikki niinku semmosta ongelmakeskeistä"	Fysioterapian ongelmakeskeisyys	Näkökulman muuttuminen		
"Ne oli niinku semmosii suoritettaita fysioterapian puolelt"	Fysioterapian suorituskeskeisyys			
"...käytettiin aika paljon niitä konehoitoja, oli ihan koneella venytyksiä, ja oli monenlaisia lämpähoitoja ja muuta kaikkee"	Fysikaalisten hoitojen käyttäminen			
"Ja hengitysjutut ja kaikki muut, et semmonen kokonaisvaltanen näkemys siinä tekemisessä."	Kokonaisvaltainen ajattelutapa terapiassa	Kokonaisvaltaisuuden ajatus		
"ensinnäkin niinku fysioterapia, niin terapia- sana on oppimista. Et mitään terapiaa ei saisi sanoakkaan jos se on vaan hoitoa."	Fysioterapian sisällön laajuus			
"...voitais taitavasti rikkoo niitä ammattirajoja, ruveta rakentamaan yhteistä kuntoutuspohjaa kuntoutujalle."	Ammattirajojen rikkominen	Työnkuvan laajeneminen	Modernisoituminen	
"...ku meillon moniammatillinen yhteistyö niin sitten huomioida kaikki palaset siinä."	Moniammatillisuus			
"... kuntoutujat on nykyisin myös hyvin tietoisia kaikista asioista, että se asettaa aikalailla haasteita myös tähän työhön. Et ne saattaa tietää jotakin sellasiikin juttuja, mitä ite ei tiedä."	Potilaiden tiedon lisääntyminen	Tiedon luonteen muuttuminen		