



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kehonkuvaa eheyttämässä

- kehonkuva psykofyysisessä fysioterapiassa

Härkälä, Emilia

2014 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi

Kehonkuvaa eheyttämässä - kehonkuva psykofyysisessä fysioterapiassa

Härkälä, Emilia
Fysioterapia
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2014

Härkälä Emilia

Kehonkuvaa eheyttämässä - kehonkuva psykofyysisessä fysioterapiassa

Vuosi 2014 Sivumäärä 49

Kuntoutuslainsäädännön mukaan fysioterapia kuuluu lääkinälliseen kuntoutukseen, jonka tavoitteena on vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn ja normaalin elämän edellytyksiin. Käytännössä ihmisen toimintakykyä arvioidaan sen mukaan, millaiset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset edellytykset yksilöllä on selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja askareista, kuten työstä, opiskelusta, sosiaalisista suhteista ja vapaa-ajan toimista. Toimintakyky on siis laaja käsite, ja tähän kuuluvat oleellisesti fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset osa-alueet.

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka lähtökohtana on ajatus kehon ja mielen muodostamasta kokonaisuudesta ja niiden jatkuvasta vuorovaikutuksesta keskenään. Kehon tuntemukset heijastuvat mieleen ja samoin tunteet vaikuttavat fyysiseen liikkumiseen ja kokemukseen omasta kehosta. Tavoitteena on antaa asiakkaalle ratkaisumalleja ja selviytymiskeinoja elämäänsä esimerkiksi hengityksen, asentojen ja liikkumisen sekä näiden kautta heränneiden tunteiden avulla. Psykofyysiseen fysioterapiaan kuuluu myös kehollisuuden kokeminen, tunnistaminen ja hyväksyminen.

Opinnäytetyöni aiheena on kehonkuva, sen määrittäminen ja eheyttäminen psykofyysisen fysioterapian keinoilla kirjallisuuden perusteella. Tutkimusmetodinä on integroiva kirjallisuuskatsaus. Pyrin työni avulla vastaamaan kahteen tutkimuskysymykseen: ”Miten kehonkuva kuvataan ja määritellään psykofyysisessä fysioterapiassa?” ja ”Miten kehonkuvaan vaikutetaan psykofyysisen fysioterapian harjoitusmenetelmillä?”.

Kehonkuva määritellään kirjallisuudessa monen eri osatekijän muodostamaksi kokonaisuudeksi, joka muokkautuu jatkuvasti erilaisten kokemusten kautta. Siihen vaikuttavat muun muassa yksilön oma arvio ja käsitys omasta kehosta, toimintakyvystä ja jaksamisesta, ulkopuolelta tuleva palaute, kulttuuri, toimintaympäristö, aiemmat kokemukset sekä kehosta mielelle välittyvät aistimukset. Sairaudet ja epärealistinen kuva itsestä ovat yleisemmät kehonkuvaa vääristävät tekijät.

Opinnäytetyöhön valittujen tutkimusten lopputuloksena paljastui fysioterapialla olevan merkittävä vaikutus kehonkuvan kokemiseen. Psykiatriapotilaille toteutetuilla psykofyysisen fysioterapian kuntoutusjaksoilla tuloksiksi saatiin kuntoutujien eheämpi kehonkuva, realistisempi kuva itsestä, kohentunut itsetunto, edistynyt kehotietoisuus, madaltunut kynnys sosiaaliseen toimintaan, näkemys itsestä ja kehosta kokonaisena, kohentunut ryhti sekä kuntoutujien positiivinen palaute fysioterapiajaksosta. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä näillä kuntoutusjaksoilla olivat muun muassa hengitys- ja rentoutusharjoitteet, liike- ja kehotietoisuusterapia, kehontuntemisharjoitteet, pehmytkudoskäsittely sekä ryhtiä kohentavat lihas-kuntoharjoitteet. Terapian apuvälineinä käytettiin muun muassa peiliä ja piirustusta.

Kirjallisuuden ja aiheesta tehtyjen tutkimusten perusteella psykofyysisen fysioterapian menetelmillä on positiivinen vaikutus kehonkuvaan.

Asiasanat: psykofyysinen fysioterapia, kehonkuva, kehotietoisuus, body awareness therapy

Härkälä Emilia

Integrating the body image - body image in psychophysical physiotherapy

Year	2014	Pages	49
------	------	-------	----

According to legislation physiotherapy belongs to medical rehabilitation the aim of which is to influence on functional ability and the prerequisites on normal life. Functional ability is evaluated by a person's physical, mental and social condition to cope in every day life such as work, studies, social life and free time. Therefore the functional ability is a wide term in which physical, mental and social sectors are essentially included.

Psychophysical physiotherapy is one of the special lines in the field of physiotherapy. The basic idea is that the body and mind constitute an entity and they are continuously in interplay with each other. The sensations of the body reflect on the mind and the feelings also affect physical movement and a person's experience of his/her body. The main goal in psychophysical physiotherapy is to provide coping methods to the client through feelings arisen in breathing, postures and movement. Also experiencing, recognising and accepting the bodily experiences is an important part of the therapy.

The subject of my thesis was how the concept of body image is defined in psychophysical physiotherapy and how body image can be integrated by the methods of psychophysical physiotherapy according to the literature. The method was an integrated literature review. This thesis tried to find answers to the two research problems: "How is the term body image defined in psychophysical physiotherapy?" and "How can body image be influenced on by the methods of psychophysical physiotherapy?".

In literature the term body image is defined as an entity of many elements which is modified through the whole life by different emotional experiences. The person's opinion and perception of his/her body and functional ability, culture, social feedback, environment, earlier experiences and the bodily sensations reflecting to the mind strongly affect the body image. Illness and an unrealistic image of oneself usually distort the body image.

The conclusion of the studies selected to this thesis was that one's body image can be positively affected by psychophysical physiotherapy. In the psychiatric patient's physiotherapy rehabilitation period the conclusions were patient's more integrated body image, more realistic image of oneself, improved self esteem and body awareness, courage to participate in social activity, experiencing oneself as a whole, improved posture and the positive feedback of the rehabilitation period.

The psychophysical methods used were breathing and relaxation exercises, movement and balance exercises, body awareness therapy, massage and muscular condition exercises to improve the posture. The aids used in the therapy were drawings and a mirror.

According to the literature, a person's body image can be positively influenced by psychophysical physiotherapy.

Keywords: psychophysical physiotherapy, body image, body awareness, body awareness therapy

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	8
2.1	Fysioterapia	8
2.2	Psykofyysinen fysioterapia.....	10
2.3	Ruumiillisuus, kehollisuus, kehotietoisuus ja kehonkuva fysioterapiassa	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus	18
4	Opinnäytetyön toteutus ja tutkimusmenetelmät	19
4.1	Tutkimusmetodina integroiva kirjallisuuskatsaus	19
4.2	Aineiston keruu ja saatu aineisto	20
4.3	Aineiston analyysi	22
5	TULOKSET	24
5.1	Miten kehonkuvan käsite kuvataan ja määritellään psykofyysisessä fysioterapiassa?.....	24
5.2	Miten kehonkuvaan vaikutetaan psykofyysisen fysioterapian harjoitusmenetelmillä?.....	26
6	Johtopäätökset	32
7	Pohdinta	34
8	Jatkotutkimusehdotus.....	37
	Lähteet	38
	Kuviot.....	41
	Taulukot	42
	Kaaviot.....	43
	Liitteet.....	44

1 Johdanto

Kuntoutuslainsäädännön (1991) mukaan fysioterapia kuuluu lääkinälliseen kuntoutukseen, jonka tavoitteena on vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn ja normaalin elämän edellytyksiin. Nykyisen käsityksen mukaan kuntoutuksen tavoitteet ovat sekä lääketieteellisiä että sosiaalisia korjaavia ja ehkäiseviä toimenpiteitä. Tähän liittyvät lääkinälliset, psykologiset, sosiaaliset ja työolosuhteisiin liittyvät toimenpiteet. Tiedetään myös, että liikunta ja fyysinen harjoittelu vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin ja sairastavuuteen, ja että elinympäristö, työolosuhteet ja vapaa-ajan toiminnot heijastuvat terveydentilaan. Viime vuosikymmeninä fysioterapiamenetelmät ovat kehittyneet ja kuntoutujan aktiivista terapiaan osallistumista on pyritty lisäämään. (Talvitie ym. 2006, 18-19).

Käytännössä ihmisen toimintakykyä arvioidaan sen mukaan, millaiset fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset edellytykset yksilöllä on selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja askareista, kuten työstä, opiskelusta, sosiaalisista suhteista ja vapaa-ajan toimista. Toimintakyky on siis laaja käsite, ja tähän kuuluvat oleellisesti fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset osa-alueet, kuten elämän mielekkyyden kokeminen, muisti, sosiaaliset suhteet, harrastukset sekä ympäristö, jossa ihminen elää. Yksilön oma mielipide ja arvio hänen omasta toimintakyvystään liittyy hänen terveyteensä, sairauksiinsa, toiveisiinsa ja asenteisiinsa. Omat kokemukset ovat myös yhteydessä niihin tekijöihin, jotka haittaavat ja heikentävät suoritus- ja toimintakykyä. Koettu terveydentila näkyy siis usein suoraan henkilön toimintakyvyssä. (Talvitie ym. 2006, 33; 38-39.)

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, joka on syntynyt norjalaisessa ja ruotsalaisessa fysioterapiassa fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyöstä. Sen lähtökohtana on ajatus kehon ja mielen muodostamasta kokonaisuudesta ja niiden jatkuvasta vuorovaikutuksesta keskenään. Toimintakykyä pyritään edistämään ihmisen kokonaisvaltaisen kohtaamisen avulla. (Psykofyysinen Fysioterapia 2013.)

Tärkein elementti psykofyysisessä fysioterapiassa on kehontunteminen. Se on syvällistä kokemista omasta kehosta, olemisesta ja minästä kokonaisuutena. (Lähteenmäki ym. 2005, 88.) Kehon tuntemukset heijastuvat mieleen ja samoin tunteet vaikuttavat fyysiseen liikkumiseen ja kokemukseen omasta kehosta. Kehontuntemisharjoituksilla voidaan lisätä tietoisuutta omasta kehosta sekä kykyä elää tasapainoisemmin omassa kehossa niin liikkeen kuin levonkin aikana. Psykofyysisessä fysioterapiassa puhutaan myös kehotietoisuudesta. Sillä tarkoitetaan kokemusta siitä, miten ajattelutapamme sekä tuntemuksemme ja tunteemme vaikuttavat kehoomme. Kehotietoisuus tarkoittaa psykofyysisessä fysioterapiassa siis fysiologisten toimintojen tiedostamista ja niiden yhdistämistä psyykepuoleen. Psykofyysisessä fysioterapiassa pyritään näiden kahden väliseen tasapainoon. (Herrala, Kahrola & Sandström. 2008.)

Opinnäytetyöni aiheena ja tutkittavana ilmiönä on psykofyysinen fysioterapia kehonkuvan kokemisessa ja eheyttämisessä.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata kehonkuvan määritelmää ja kehonkuvaa eheyttävää fysioterapiaa kirjallisuuden perusteella. Aiheeseen pyrin työssäni vastaamaan seuraavien kahden tutkimuskysymyksen avulla:

1. Miten kehonkuvan käsite kuvataan ja määritellään psykofyysisessä fysioterapiassa?
2. Miten kehonkuvaan vaikutetaan psykofyysisen fysioterapian harjoitusmenetelmillä?

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Fysioterapia

Fysioterapian koulutus on aloitettu 1900-luvun alussa vastaamaan tarpeeseen parantaa huonokuntoisten ihmisten liikuntakykyä sekä kuntouttaa sodassa vammautuneita. Tällöin ala alkoi lääketieteellisessä tiedekunnassa nimellä sairausvoimistelu. Lääketieteen aseman jumiutumisen sekä sen kehityksen seurauksena ihmisen henkinen ja ruumiillinen osuus, psyyke ja keho, oli erotettu toisistaan. Silloisen vallitsevan ajattelutavan mukaisesti kuntoutus keskittyikin lähinnä ainoastaan fyysiseen suorituskykyyn puuttumatta juuri ollenkaan sosiaaliseen elämissältöön. Kuntoutujalla itsellään ei juuri ollut vaikutusvaltaa annetun fysioterapian toimenpiteisiin. (Talvitie ym. 2006, 15-16).

Fyysisellä keholla tarkoitettiin kaikkea sitä, mitä henkinen minuus, ajattelu, tietoisuus, tajunta ja sielu eivät ole. Käsitys ihmisestä ja sairausprosesseista onkin terveydenhuollossa määrätynyt lääketieteellisen näkemyksen kautta. Biolääketieteellisen ajattelutavan mukaan on olemassa normaaleja liikemalleja, liikkuvuutta, kävelyä sekä toimintakykyisyyttä. Fyysinen ongelma pyritään palauttamaan epänormaalisti normaaliksi; lähtökohtana on siis fyysinen ongelma, joka pitää korjata. Fysioterapiassa puhutaan tällöin liikemallien palauttamisesta, jossa apuna käytetään eri mittareita ja näistä saatavien tulosten suhteuttamista ja luokittelua suhteessa siihen, miten normaalius on saavutettu. (Talvitie ym. 2006, 15-16).

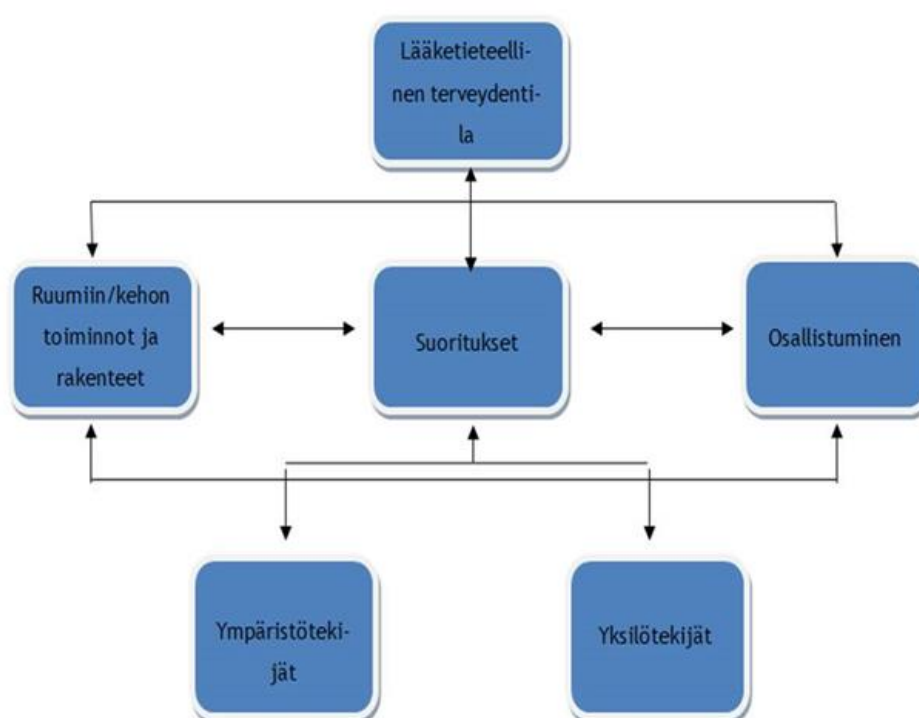
Nykyään fysioterapian perustana on fysioterapiatiede, joka tarkastelee ihmisen toimintakykyä ja liikkumista sekä erityisesti toiminnan heikkenemistä ja sen häiriöitä. Fysioterapia on terveyttä ja toimintakykyä edistävää ohjausta ja neuvontaa, terapeuttista harjoittelua, manuaalista ja fysikaalista terapiaa sekä apuvälinepalveluita. Fysioterapia perustuu terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen. Fysioterapeutti arvioi asiakkaan liikkumista ja toimintakykyä sekä toiminnanrajoitteita hänen omassa toimintaympäristössään. (Suomen Fysioterapeutit 2014).

Nykytiedon mukaan myös sosiaalinen puoli sekä kulttuuriympäristöä koskeva tieto on nostettu esille sekä terapian toteutuksessa että kuntoutuksessa. Diagnosoitujen sairauksien sekä pelkästään fyysisen suorituskyvyn sijaan ollaan kiinnostuneita myös yksilön psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä, jotka yhdessä fyysisen toimintakyvyn kanssa muodostavat kokonaisuuden. Sosiaalista suorituskykyä ei kuitenkaan pidä tarkastella yksilön ulkopuolisena voimana tai pelkästään yksilöllisenä kyynä; tähän liittyvät myös yksilöä motivoiva toiminnan kohde sekä yhteisö, jolla on toimintaa mahdollistava tai rajaava vaikutus. Fysioterapiassa kuntoutujia tulee tarkastella siis toimijoina omassa toimintaympäristössään, yhteisön jäsenenä, kult-

tuuristen välineiden käyttäjinä ja yhteisöllisten sääntöjen noudattajana. (Talvitie ym. 2006, 15-16.)

Kansainvälinen toimintakyvyn, toiminnan rajoitteiden ja terveyden luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) pyrkii ymmärtämään toimintakyvyn ja toimintarajoitteet moniulotteisena, vuorovaikutuksellisena ja dynaamisena tilana. (Kuvio 1)

Kuvio 1. Ihmisen toimintakykyä ja toiminnan rajoitteita kuvaava ICF-malli. (WHO 2004).



Malli kuvaa yksilön toimintakykyä lääketieteen ja yhteiskunnallisen käsitemallin pohjalta sitomalla ja yhdistelemällä nämä käsitemallit toimivaksi ja tasapainoiseksi kokonaisuudeksi. Luokituksen avulla tarkastellaan yksilön toimintakykyä kehon toimintojen, yksilön aktiivisuuden sekä osallistuvuuden perspektiivistä. Myös ympäristötekijät on otettava huomioon, sillä ihmisen toiminnalla on aina jokin konteksti. (Herrala ym. 2008, 10; WHO 2004.)

Toimintakykyä ja toiminnan rajoituksia ICF-kokonaisuudessa kuvaavat seuraavat tekijät:

- ruumiin ja kehon toiminnot ja rakenteet, eli fysiologiset ja psyykkiset järjestelmät sekä anatominen rakenne
- suoritukset, eli kaikki toimet ja askareet, joita yksilö toteuttaa

- osallistuminen, eli yksilön osallisuus elämän ja yhteiskunnan esille tuomiin asioihin.

Herralan ym. (2008, 10) mukaan suorituksina ja osallistumisena voidaan pitää mm. kommunikointia, oppimista ja tiedon soveltamista, liikkumista, itsestä huolehtimista, koti- ja työelämää, vuorovaikutusta, ihmissuhteita, sekä muita elämään kuuluvia tehtäviä ja niistä suoriutumista.

2.2 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on lähestymistapa, jonka tavoitteena on pyrkiä vahvistamaan ja tukemaan ihmisen toiminta- ja liikkumiskykyä ja voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Lähtökohtana on kehon, mielen ja ympäristön vaikutukset toisiinsa. Kokonaisvaltainen näkemys ihmisestä näkyy fysioterapian tutkimis- ja työtavoissa sekä niiden valinnassa ja toteutustavoissa. Psykologinen todellisuus ilmenee ihmisen käyttäytymisessä sekä hänen kokemissaan aistimuksissa, tunteissa ja tietoisuudessa itsestä ja ympäristöstä. Muutosta ihmisessä voi tapahtua vain sisältä päin omiin kokemuksiin kytkeytyen - tunteissa, ajattelussa, asenteissa sekä olemassaolon ilon kokemisessa. Lisäksi painotetaan potilaan oman kokemuksen ja palautteen tärkeyttä arvioitaessa fysioterapian vaikuttavuutta. (Jaakkola ym. 2009, 8).

Eri ammattiryhmät painottavat eri osa-alueita ihmisen kohtaamisessa. Psykologit tarkastelevat kokonaisuutta psyykkisen järjestelmän kautta, lääkärit endokriinisen tai immunologisen järjestelmän kautta ja fysioterapeutit motorisen järjestelmän kautta. Mistä tahansa näkökulmasta yksilöä tarkasteleekin, huomion kohteena on aina koko ihminen kaikkine osa-alueineen. Eletty elämä, ja sen mukana läpikäydyt ihmissuhteet, kokemukset, tunteet ja kehon toiminta vaikuttavat yksilön nykyiseen käyttäytymiseen, valintoihin ja tapaan elää. (Herrala ym. 2008, 11-13.) Kuten Herrala ym. (2008, 9) mainitsevat, ei selkeä rajanveto eri ammattiryhmien välille ole enää kovin mielekästä. Psykofyysinen fysioterapia siis pyrkii ulottamaan ihmisen kohtaamisen motorisen järjestelmän lisäksi myös ihmisen psyykkiseen puoleen.

Psyykkisten ongelmien merkitys työkyvyttömyyden aiheuttajana on Suomessa lisääntymässä. Psykiatristen potilaiden motorinen käyttäytyminen ja kehonkuva saattavat olla häiriintyneitä eikä kehoa tiedosteta tai tunnisteta. Fysioterapian avulla on mahdollista auttaa kuntoutujaa löytämään omat voimavaransa ja kontaktin fyysiseen minäänsä. Mielenterveyskuntoutuksessa fysioterapia on osana moniammatillista kuntoutusta ja fysioterapia tulee aina yhdistää muuhun psykiatriseen hoitoon. Fysioterapiaa voidaan käyttää esimerkiksi masennus-, stressi-, pitkäaikainen kipuoireyhtymä- sekä syömishäiriöisten kuntoutuksessa. (Talvitie ym. 2006, 431-446).

Fysioterapian tavoitteet määräytyvät aina asiakkaan omien voimavarojen mukaan. Tavoitteena on antaa asiakkaalle ratkaisumalleja ja selviytymiskeinoja elämäänsä esimerkiksi hengityksen, asentojen ja liikkumisen sekä näiden kautta heränneiden tunteiden avulla. Psykofyysiseen fysioterapiaan kuuluu myös kehollisuuden kokeminen, tunnistaminen ja hyväksyminen. Suomessa kyseisen erikoisalan kehitys alkoi 1980-luvulla lisääntyneen koulutuksen ansiosta. (Psykofyysinen fysioterapia 2013.) Psykodynaamisen ajattelun mukaan on tavallista, että oireille ei välttämättä löydy lääketieteellistä selitystä, vaan näiden oireiden taustalla on fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia tekijöitä ja vaikuttajia, jotka yhdessä aiheuttavat somaattista sairastamista. Psykoanalyttisen käsityksen mukaan näiden oireiden kautta on mahdollisuus alkaa käsitellä yksilön psyykkisiä, tiedostamattomiakin ristiriitoja. (Herrala ym. 2008, 9).

Voimakkaat ja ristiriitaiset tunteet muuttavat ihmisen fysiologista tasapainoa. Wickströmin (2004, 25) mukaan ruumiillisten kokemusten voidaan ajatella kertovan tunteista, ja fysiologisen tasapainon horjuminen johtuu tunnetilojen aiheuttamasta fyysisestä stressistä. Ihminen pystyy psyykkisesti tiedostamaan kokemuksia, tunteita ja ongelmia, mutta ruumis voi vähitellen joutua myös tiedostamattomien, torjuttujen tunteiden ja elämysten ”säiliöksi”. Esimerkiksi menneisydessä tapahtuneet traumat tai pitkään jatkunut stressi voivat aiheuttaa fyysisiä oireita, mikä näkyy asennoissa, hengityksessä, liikkuvuuden muutoksissa sekä lihasjänteyksissä. (Wickström 2004, 25; Suomen mielenterveysseura RY 1995, 136.)

Vaikeiden tunnetilojen sieto- ja käsittelykyky sekä tunteiden ilmaiseminen auttavat kuitenkin ylläpitämään fysiologista tasapainoa sekä elämänhallintaa. Psykofyysinen lähestymistapa on yksi keino vaikuttaa tämän tasapainon saavuttamisessa. Herrala ym. (2008, 9) mainitsee, että ruumiillista stressiä aiheuttavat esimerkiksi työelämän koventuneet arvot ja vaatimukset, mikä tarkoittaa työntekijöiden joutumista työskentelemään yhä kovempien paineiden alaisina. Kohtaamme nykyään monesti jatkuvaa suorittamista ja suorituskeskeisyyttä. Tämän johdosta myös terveydenhuoltoon kuormittavat yhä enemmän henkilöt, jotka kokevat erilaisia fyysisiä, psykososiaalisia ja somaattisia ongelmia. Somaattisia oireita ovat mm. uupuminen, kipuilu, uniongelmat, päänsärky ja jaksamattomuus, ja psykososiaalisia puolestaan esimerkiksi läheisen kuoleman aiheuttama suru, perheen sisäiset ongelmat tai ristiriidat työpaikalla. Terveydenhuollon henkilöstö joutuu jatkuvasti kohtaamaan tilanteita, jotka vaativat nykyistä laajempaa osaamista, eikä rajanveto eri ammattikuntien välillä ole enää mielekästä. Koko hyvinvointipalvelujen alalla olisi suotavaa laajentaa näkökulmaa ja käsitystä yksilöstä kokonaisvaltaisempaan suuntaan.

Psykosomaattiset oireet ilmentävät oman elämäntilanteen hallinnan vaikeutta. Wickström (2004, 26) kuvailee tällaisiksi oireiksi muun muassa vatsakivun, hengenahdistuksen tai huimauksen, joita hänen mukaansa voidaan psykosomaattisina oireina esiintyessään pitää tunteiden symbolisena edustajana. Tunteet, ajatukset ja kokemukset heijastuvat ja tuntuvat kehos-

samme, esimerkiksi vihainen ihminen saattaa jopa tärinä ja tuntee niska-hartiaseudussa kipu- ja jännitystiloihin (Herrala ym. 2008, 38).

Jos oireisiin liittyviä tunteita ei tiedosteta tai ymmärretä, oireet jatkuvat samanlaisina tai uuteen muotoon hakeutuneina (Herrala ym. 2008, 38). Psykofyysisessä fysioterapiassa on tärkeää selvittää asiakkaan mielentila sekä terapian, että myös laajemmin oman elämänsä suhteen. Kysymykset auttavat asiakasta hahmottamaan yhteyttä, joka muodostuu tunteiden, ajatusten, mielikuvien ja kehossa syntyvien liikkeiden välillä. Asiakkaan oireiden kautta saattaa terapian aikana ilmetä useitakin tiedostamattomia tunteita sekä tunteiden ristiriitoja. Psykofyysisessä fysioterapiassa fysioterapeutin sekä asiakkaan vuorovaikutussuhde on yhtä tärkeää kuin itse terapiakin ja terapeutti voi toimia kanavana asiakkaan esiin tuomille tunteille. (Wickström 2004, 25).

Muun muassa hengitys-, rentoutus- sekä kehontuntemisharjoitukset ovat psykofyysisen fysioterapian terapiakeinoja. Erikoistuessaan psykofyysiseen lähestymistapaan fysioterapeutti oppii tuntemaan asiakkaan oireiden fyysiset ja psyykkiset osuudet. Esimerkiksi olkanivelen kipu ja liikerajoitteet voidaan hoitaa fysioterapeuttisin keinoin, mutta lopputuloksen kannalta on tärkeää selvittää ja ymmärtää myös asiakkaan kuntoutumismotivaatio sekä taustalla olevia tekijöitä. Esimerkiksi työpaikan negatiivisen ilmapiirin aiheuttama stressi saattaa olla syynä asiakkaan jännitystiloihin ja siitä seuranneeseen olkanivelen ylläkirjoitukseen, jänteen tulehdustilaan sekä kipuihin ja liikerajoitukseen. (Wickström 2004, 27.)

2.3 Ruumiillisuus, kehollisuus, kehotietoisuus ja kehonkuva fysioterapiassa

Rauhala (1989) on tarkastellut ihmisen olemusta kokonaisvaltaisesti. Hänen mukaansa ihminen todentuu kolmen olomuodon mukaan (taulukko 1).

Taulukko 1. Ihmisen olemassaolon kolme perusmuotoa. (Rauhala 1989).

Kehollisuus	Olemassaolo orgaanisena tapahtumana
Tajunnallisuus	Olemassaolo psyykkisenä ja henkisenä tapahtumana = kokemuksen eri laadut ja asteet
Situationaalisuus	Olemassaolo suhteutuneena omaan elämäntilanteeseen

Rauhalan (1989) mukaan tajunnallisuus on kehon olemassaolon mielellistä oivaltamista. Tämän avulla tiedämme, uskomme, uneksimme ja tunnemme eri ilmiöt joksikin. Mieli ja elämys ovat tajunnallisuuden perusyksiköitä ja esiintyvät aina yhdessä. Mieli puolestaan on suurijouk-

koinen tapahtuma. Kun mieli liittyy tajunnassamme johonkin objektiin, asiaan tai ilmiöön, syntyy merkityssuhde. Objektit ja ilmiöt, kuten kipu, rentoutuminen, itsenäisyys ja toimintakykyisyys välittävät kehossa ja tajunnassa erilaisia mieliä. Merkityssuhteissa puolestaan yksilö asettuu tilanteeseen eli suhteeseen. Nämä luovat verkostoja, joiden kautta ihmisen maailmankuva ja käsitys itsestä, eli kehonkuva ja minäkuva voivat syntyä. Merkityssuhteet toimivat spontaanisti ilman tietoista ohjausta, jolloin vanhat kokemukset toimivat niin sanottuna ymmärtämisyhteytenä uusille mielille (Rauhala, 1989).

Jaques Drosy (1988, 1987) on tarkastellut ihmisen olemassaoloa neljän eri tason avulla: fyysinen, fysiologinen, psykologinen ja psykososiaalinen sekä eksistentiaalinen taso (taulukko 2).

Taulukko 2. Olemassaolon eri tasot. (Drosy 1988, 1987).

Fyysinen taso	Fysiologinen taso	Psykologinen & psykososiaalinen taso	Eksistentiaalinen taso
<ul style="list-style-type: none"> • luut • lihakset • muut anatomiset rakenteet 	<ul style="list-style-type: none"> • verenkierto • hormonieritys • ruoansulatus • hengitys • sydämen toiminta • aineenvaihdunta 	<ul style="list-style-type: none"> • ajatukset • tunteet • mielen reaktiot • havainnot 	<ul style="list-style-type: none"> • elämän tarkoituksellisuus • elämänkatsomus • tietoisuus itsestä • hengellisyys

Fyysiseen tasoon kuuluvat lihakset, luut ja muut kehon anatomiset rakenteet. Parhaiten fyysisen tason olemassaolo ilmenee juuri kuolleesta ihmisestä: kaikki rakenneosat ovat tallella, mutta elämä puuttuu. Fyysisen tason rakenteita pitää yksilön elinaikana kuormittaa tarkoituksenmukaisesti niiden hyvinvoinnin takaamiseksi. Fysiologiseen tasoon puolestaan kuuluvat erilaiset elintoiminnot, jotka ovat yhteydessä nesteiden ja kaasujen kuljetukseen kehossamme. Nämä tapahtuvat aina tietyn rytmin mukaisesti ja toimivat vaikka ihminen esimerkiksi nukkuisi. Myös fysiologiselle tasolle pitää antaa sopivassa suhteessa rasitusta sekä lepoa. (Herrala ym. 2008, 23).

Ajatukset, tunteet, reaktiot ja havainnot kuuluvat taas psykologiseen ja psykososiaaliseen tasoon. Psykkinen kasvu ja psykkinen tason vahvistuminen vaativat tälle suotuisat olosuhteet: ihmisuhteet, ympäristö sekä myös vastoinkäymiset auttavat rakentamaan psykkinen kehitystä. Jos taas koettelemuksia ja vastoinkäymisiä esiintyy liikaa, yksilön voimavarat ehtyvät ja psykkinisessä tasossa esiintyy häiriöitä kuten esimerkiksi loppuun palamista ja masennusta. Tämä heijastuu yleensä myös muille olemassaolon tasoille, mikä ilmenee psykosomaattisena oireiluna. Riittävät haasteet pitävät ihmisen virkeänä ja aktiivisena mutta liiallisina määrinä altistavat apatialle ja fyysisen kunnan heikentymiselle. Hyvä kontakti omiin tunteisiin

helpottaa eri tunteiden kohtaamista, josta on hyötyä mm. ihmissuhteissa. (Herrala ym. 2008, 23).

Eksistentiaalisesta tasosta puhuttaessa tarkoitetaan elämän tarkoituksen kokemista, elämänkatsomusta, itsetietoisuutta, itsereflektiota ja hengellistä ulottuvuutta. Näitä asioita ei esiinny esimerkiksi eläimillä. Ihminen kykeneekin erilaisten kokemustensa, tietoisuutensa ja aistimustensa kautta saavuttamaan ja kokemaan elämyksiä ja esimerkiksi käsittämään roolinsa osana yhteiskuntaa - suhteessa työhön ihminen on työntekijä ja kotona puolestaan hän voi olla esimerkiksi äiti, isä, lapsi, veli tai sisar. (Herrala ym. 2008, 24.)

Jo sikiökaudella lapsi aistii ympäröivää olotilaansa osittain äidin tunnetilojen kautta. Kokeemukset hyvinolontunteesta, epämiellyttävydestä, liikkeestä, kosketuksesta, valoista ja jopa makuu- ja aistimuksista kertyvät ruumiinmuistiin käsitteellisen ajattelun kehittyessä vasta myöhemmin. Eletty elämä vahvistaa ihmistä alituisesti ja näin ollen läpi koko ihmisen eliniän yksilö muovaa tiedostamattaan kehonkuvaansa emotionaalisten kokemusten kautta. Hedelmöitymisestä asti ruumiillinen komponentti alkaa tuottaa aistimuksia, jotka tallentuvat, mutta joita tajunta käsittelee vasta myöhemmin - aina ne eivät välttämättä kuitenkaan edes löydä tietoisuuden ja sitä kautta tietoisuuden käsittelyn tasolle. Sikiön kontaktia maailmaan voi kuvaila inaktiiviseksi, sillä informaatiota ympäristöstä tulee koko ajan, mutta lapsi ei pysty käsittelemään sitä tietoisella tasolla. Sikiö erottaa ja aistii kuitenkin muotoja, liikkeitä ja rytmejä. Näitä pidetään esihavaintoina vallitsevasta ympäröivästä maailmasta. Kun vähitellen lapsen tietoisuus kasvaa, myös henkinen matka omaan itseen ja ruumiiseen alkavat kehittyä. (Herrala ym. 2008, 26-27.)

Konkreettinen ruumiillisuus luo pohjaa ruumiinkuvan muodostumiselle. Ruumiillisuuden välityksellä puolestaan saadaan ensimmäiset kokemukset olemassaolosta. Ruumiinkuvan avulla ihminen luo käsitystä itsestään ja suhteestaan muihin ihmisiin ja vallitsevaan ympäristöön. Ruumiintunteminen on tajunnallisuutta sekä käsitystä siitä, miten yksilö elää ja toimii ja käyttää ruumistaan vuorovaikutustilanteissa. Ruumiinkuvan ja -tuntemuksen kautta yksilö alkaa hahmottaa kehoaan ja kehotietoisuuttaan - anatomisten ja fysiologisten rakenteiden kautta välittyvät aistimukset jäsentyvät tajunnassa mielen sisäistämäksi kehoksi ja kehotietoisuudeksi. Kun ruumiinkuva kehittyy, yksilö pystyy hahmottamaan itseään ja persoonallisuutensa piirteitä sekä myös eroja itsensä ja muiden ihmisten välillä. Tämän kautta ihminen pystyy hahmottamaan ikään kuin kotinsa, jossa hän asuu ja elää, sekä löytämään sen avulla mahdollisuuksia ja tapoja, joilla elää elämän varrella muuttuvassa ”kodissaan”. Liikkuminen aktiivisesti yksilöä sekä kuluttaa energiaa, jolloin se yleensä aina tavoittaa psyykkisen tason jollakin tavalla. Herralan ym. (2008, 25) mukaan tietoisuus saavuttaa tällöin koko kehon ja sen jokaisen solun ja solumen. Tästä seuraa parhaimmillaan henkinen läsnäolo ja erityisesti läsnäolo omassa itsessään. Dropsy onkin vuonna 1987 kuvaillut elävän ihmisen sielutetuksi ruumiiksi.

Syntymän jälkeen lapsi alkaa kerryttää kokemuksia esimerkiksi kosketusten avulla: millä tavalla häneen kosketaan, turvallisuuden ja/tai turvattomuuden tunteet sekä sylikokemukset. Pala palalta alkaa muodostua kokonainen ihminen perustarpeineen ja vähitellen lapsi alkaa hahmottaa kehonsa anatomisia osia kuten raajoja ja niiden kautta syntyviä aistimuksia. Kun käsitteellinen ajattelu kehittyy, lapsi hyödyntää sitä psykomotorisen kehityksen kanssa ruumiinkuvansa muodostumisessa ja kehityksessä. Vähitellen yksilö hahmottaa ulkoisen ja sisäisen maailmansa sekä oman suhteensa erillisenä osana muuta maailmaa. Keho myös muistaa kaikki erilaisiin kokemuksiin ja tunnetiloihin liittyvät fyysiset reaktiot. Reagointi jokaiselle merkityksellisille tilanteille on yksilöllistä. Joillakin esimerkiksi tärkeisiin tilanteisiin reagointi ilmenee niska-hartiaseudun jännitys- ja kiputiloina, toisilla vatsassa, toisilla taas voi ilmetä päänsärkyä. Myös ihottuman tai astman puhkeaminen esimerkiksi stressaavan elämäntilanteen yhteydessä on yleistä. Näitä käyttäytymismalleja ihminen toistaa läpi elämänsä ellei niitä nosteta tietoiselle tasolle käsiteltäväksi. On olemassa myös lukuisia tuntemattomia tekijöitä, jotka vaikuttavat meissä ja meihin koko ajan. Murrosikään mennessä ruumiilliset ulottuvuudet alkavat olla valmiina. (Herrala ym. 2008, 26-28.)

Miltä minä näytän? Miten minä liikun ja toimin? Miten minä voin luottaa ruumiiseeni? Miten minä kykenen käyttämään omia resurssejani? Herrala ym. (2008, 37) on esittänyt nämä kysymykset kuvaamaan heränneitä ajatuksia ja kysymyksiä yksilön tarkastellessa ja analysoidessa omaa käsitystä itsestään eli kehonkuvaansa (ruumiinkuvaa, body image). Ihminen analysoi ja arvioi jatkuvasti itseään sekä sisältä että ulkoa. Analysoinnin tukena ovat monenlaiset elämän aikana opitut ja koetut tiedot. Kyvyt, jaksaminen, kivut, hyvänolon tunteet, luotettavuus ja muuntuvuus käsitellään tajunnassamme, ja aistimusten avulla muovataan käsitystä omasta kehosta. On myös olemassa omia, henkilökohtaisia mielikuvia, asenteita ja vaatimuksia omaa kehoa kohtaan, jotka puolestaan käyvät jatkuvaa vuoropuhelua todellisuuden kanssa. Jo syntyneet käsitykset omasta kehosta muokkautuvat uudelleen esimerkiksi kivun, sairauden ja ikääntymisen myötä. Kehonkuvan syntymiseen ja kehittymiseen vaikuttavat monet tekijät, muun muassa biologis-sensoriset tekijät, sosiaalinen palaute ja vuorovaikutustilanteet, ruumiin muisti, kognitiiviset tekijät sekä emotionaaliset kokemukset. Nämä on esitetty myös kuviossa 2. (Herrala ym. 2008, 29). Rauhala (1989) kuvaa kehonkuvan käsitteen puolestaan kehossa tapahtuvien ilmiöiden mielelliseksi oivaltamiseksi. Kehossa tapahtuvien ilmiöiden, kuten kivun, rentoutumisen, itsenäisyyden ja toimintakykyisyyden välittyminen mielelle luo merkityssuhteita. Mieli siis oivaltaa kehossa tapahtuvia ilmiöitä ja synnyttää verkostoja, joiden kautta ihmisen maailmankuva sekä käsitys itsestä eli kehonkuva, minäkuva, syntyvät.

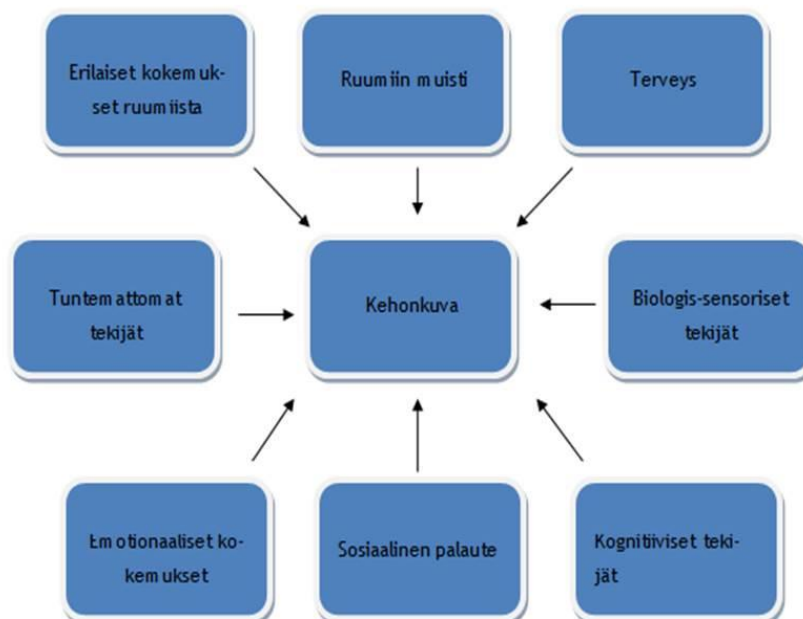
Sosiaalinen palaute auttaa kehittyvää ihmistä tuntemaan ja tunnistamaan omaa paikkaansa elinympäristössään jossa elää. Tähän vaikuttavat mm. päiväkotia, koulu, perhe ja leikkikaverit. Lapsi tutustuu itseensä suhteuttamalla itseään ympärillä oleviin muihin ihmisiin. Omat tavarat ja omaisuuden hahmottaminen sekä kotona että muualla selkiyttävät omaa asemaa vallitse-

vassa ympäristössä. Myös omaan ryhmään kuulumisen tunne auttaa lapsen ruumiinkuvan muotoutumisessa ja kehittämisessä. Aistinelimet ja muut kehonkuvaan vaikuttavat tekijät ovat muotoutuneet noin 6-9 vuoden iässä.

Kehonkuva muokkautuu jatkuvasti erilaisten kokemusten kautta, ja onkin näin ollen elinikäinen prosessi. Kehonkuvan ollessa eheä ja selkeä sen sisäistäminen luo pohjaa olemassaololle ja tukee myös yksilöä eri elämäntilanteissa. Kehotietoisuus (body awareness) on puolestaan syvempää ja kokonaisvaltaisempaa itsen tiedostamista, hahmottamista, ymmärtämistä ja hallintaa. Kehotietoisuutta voidaan tarkastella liikeaspektin, kehon hallinnan, kehon kontrollin, kokemusaspektin sekä yksilön omien, omaa kehoa koskevien kokemusten ja käsitysten kautta. (Herrala ym. 2008, 31-32).

Ruumis on siis fysiologinen ja biologinen kokonaisuus, jonka keho tuo esiin tuntemustemme ja kokemustemme kautta. Kehonkuvan kehittyminen on ruumiin toimintojen kautta vähitellen kehittyvä polku kohti kehollisuutta eli psykologista, sosiaalista ja eksistentiaalista olemassaoloa, jolloin keho ja mieli alkavat toimia yhdessä. Klemola (2000) määrittelee kehonkuvan yksilön omaan kehoon liittyvien sisäisten havaintojen, käsitysten, mielikuvien, asenteiden ja uskomusten systeemiksi. Herralan ym. (2008, 29-31) mukaan kehonkuvan elementtejä ovat puolestaan omat havaintokokemukset ja käsitteellinen ymmärrys sekä omasta että muista kehoista sekä tunneasenne omaa kehoa kohtaan. Herralan ym. (2008, 29) määritelmät kehonkuvaan ja sen kehittymiseen vaikuttavista osatekijöistä on esitetty Kuviossa 2.

Kuvio 2. Kehonkuvaan ja sen kehittymiseen vaikuttavat tekijät. (Herrala ym. 2008, 29).



Ihmisen olevaisuutta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Näkyvä olemus käsittää ihmisen anatomian eli luut, lihakset, nivelet ja muut kehon rakenteet, sekä fysiologiset toiminnot eli esimerkiksi hengityksen. Näkymätön olemus on puolestaan psyykkinen osa, joka on ikään kuin kehon ja ihmisen toiminnan moottori. Tähän osa-alueeseen kuuluvat tunteet, ajattelu ja kokemukset, jotka hyvin vahvasti ohjaavat yksilön käyttäytymistä, toimintaa ja valintoja. Kaikki nämä osa-alueet, näkyvät sekä näkymätön osa, liittyvät ja myös vaikuttavat tietyssä järjestyksessä toisiinsa. Ihminen on myös osa omaa yhteisöään, elinympäristöään ja maantieteellistä ympäristöään, jossa hänelle on muotoutunut tilanteiden ja olosuhteiden mukainen paikkansa. Tähän ympäristöön kuuluvat ja vaikuttavat muun muassa perhe, työyhteisö ja kulttuuri. Mistä tahansa näkökulmasta ihmistä tarkasteleekin, tulee hänet huomioda kaikki nämä osa-alueet huomioon ottaen. Huomion kohteena on aina koko ihminen, jonka yksittäinen osa-alue saattaa muovata kokonaisuutta kulloisenkin tilanteen mukaan. (Herrala ym. 2008, 11.)

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat kehonkuva ja psykofyysinen fysioterapia. Kehonkuvaan vaikuttavat suurelta osin yksilön emotionaaliset kokemukset, ja fysioterapian erikoisalana psykofyysinen fysioterapia pyrkii vaikuttamaan yksilön toimintakykyyn tunneaspektin kautta. Tiedostamattomat ja käsittelemättömät tunteet voivat vaikuttaa ihmisen fysiologiseen tasapainoon ja vaikuttaa myös kehonkuvaan. Psykofyysinen fysioterapia pyrkii mielen ja kehon välisen tasapainon saavuttamiseen ja sen kautta ihmisen toimintakyvyn edistämiseen.

Kehonkuvasta käytetään kirjallisuudessa erilaisia termejä. Synonyymeinä mainitaan esimerkiksi termit body image (kehonkuva), body schema (kehonkaava), self-image (minäkuva), ja body concept (kehonkuva). (Sandström 1999, 18.) Taulukossa (Taulukko 3) on Sandströmiä (1999) ja Herralaa ym. (2008) soveltaen listattu erilaisia termejä suomenkieliselle käsitteelle kehonkuva.

Taulukko 3. Kehonkuvaa ja sen osatekijöitä käsittäviä termejä Herralaa ym. (2008, 28) ja Sandströmiä (1999) soveltaen.

Englanninkielinen termi	Vastaava suomenkielinen ilmaisu
body image body concept	ruumiinkuva, kehonkuva
body schema self-schema	kehonkaava, kehominä, ruumisminä
body awareness	tietoisuus itsestä, kehotietoisuus, ruumiintuntemus, ruumiinhahmotus
self-image	minäkokemus, minuus
body experience	kehon kokeminen nykyhetkessä

3 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kehonkuvan määritelmää sekä kehonkuvaa eheyttävää fysioterapiaa kirjallisuuden perusteella. Aiheeseen pyrin työssäni vastaamaan seuraavien kahden tutkimuskysymyksen avulla:

1. Miten kehonkuvan käsite kuvataan ja määritellään psykofyysisessä fysioterapiassa?
2. Miten kehonkuvaan vaikutetaan psykofyysisen fysioterapian harjoitusmenetelmillä?

4 Opinnäytetyön toteutus ja tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyön perustana on laadullinen tutkimusote. Laadullinen tutkimusote tarkoittaa pyrkimystä ymmärtää ilmiöitä, tulkita niitä sekä luoda merkityksiä asioille. Tätä varten tarvitaan käsitteellinen viitekehys, jonka läpi saatuja havaintoja tarkastellaan. (Pitkäranta 2010, 20)

4.1 Tutkimusmetodina integroiva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus, englanniksi literature review, on tieteellinen tutkimusmetodi, joka antaa lukijalleen kokonaiskuvan tietystä, rajatusta asiakokonaisuudesta. Sen avulla voidaan koostaa ja arvioida tutkittua tietoa sekä hahmotella sen historiallista kehitystä. Kirjallisuuskatsauksessa tehdään siis ”tutkimusta tutkimuksista” eli kootaan yhteen eri tutkimusten tuloksia samasta aiheesta. Tämä luo edelleen pohjaa uusille tutkimustuloksille (Salminen 2011, 4; Johansson ym. 2007, 2.)

On olemassa erilaisia kirjallisuuskatsauksen tyypejä. Näiden edellytys on, että tarkasteltavasta aiheesta on julkaistu ennestään jonkin verran tutkittua tietoa. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään vastaamaan johonkin kysymykseen eli tutkimusongelmaan. Tyypillistä katsauksille on myös niiden luotettavuuden arvioiminen ja se, että tulokset ovat yksityiskohtaisesti luettavissa, sillä tämä lisää niiden käyttöarvoa. (Johansson ym. 2007, 2).

Suomenkielinen termi ”katsaus” ymmärretään usein pikaisena, lyhyenä ja tiiviinä vilkaisuna, jonka rinnalla ei ole analyttistä tai muuta perusteellista otetta. Vastaava englanninkielinen termi ”review” määritellään kuitenkin katsauksen ohella tehtäväksi kriittiseksi arvioinniksi. Fink (2005, 3) onkin määritellyt kirjallisuuskatsauksen toistettavana, systemaattisena ja täsmällisenä tutkimusmenetelmänä, jonka avulla tunnistetaan, arvioidaan ja tiivistetään jo olemassa olevaa, valmista tutkimusaineistoa. Katsauksen pohjana ovat aiemmin tehdyt, korkealaatuisesta tutkimustyöstä saadut tutkimustulokset ja johtopäätökset. Bearfield & Eller (2008, 62) ovat täsmennykseksi maininneet mitä kirjallisuuskatsaus ei ole: se ei ole selityksin siivitetty lähdeluettelo tai kirja-arvostelu. Lyhyet tiivistelmät eri aihealueiden kirjoista ja artikkeleista eivät yleensä sisällä kirjallisuuskatsaukselle ominaista tarkkaa arviointia, kriittisyyttä, ja lähempää tarkastelua.

Salminen (2011, 6) jaottelee kirjallisuuskatsauksen edelleen kolmeen eri tyyppiin: kuvailevaan narratiiviseen tai integroivaan kirjallisuuskatsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sekä kvantitatiiviseen ja kvalitatiiviseen meta-analyysiin. Johansson ym. (2007, 3) puolestaan kertoo katsauksia olevan seuraavia tyypejä: kirjallisuuskatsaus, narratiivinen kirjallisuuskatsaus, perinteinen kirjallisuuskatsaus, systemoitu katsaus, systemaattinen kirjalli-

suuskatsaus sekä meta-analyysi. Tutkijan tulee harkita mitä katsauksen tyyppiä käyttää sen mukaan, mikä on tutkittavalle aihealueelle tarpeellinen ja mahdollinen. Tutkijan tulee myös olla tietoinen muista tyyppivaihtoehdoista.

Opinnäytetyöni tutkimusmetodina on integroiva kirjallisuuskatsaus. Salmisen (2011) mukaan integroiva katsaus ei ole yhtä valikoiva eikä se seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti kuin systemaattinen katsaus, vaan integroivan katsauksen tutkimusaineisto saa olla laajempi ja väljempi. Tällä tavoin tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta on mahdollista kerätä huomattavasti isompi otos. Integroiva ote sallii erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset analyysin pohjaksi. (Salminen 2011, 14)

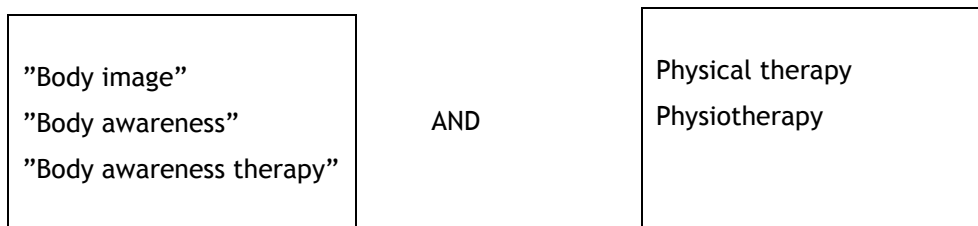
Opinnäytetyössäni pyrin vastaamaan tutkimuskysymyksiin kirjallisuuden perusteella. Tarkoituksena on koota yhteen tutkimusaiheeseen liittyviä tutkimuksia ja kirjallisuutta, selvittää kuinka paljon tutkimuksia aiheesta löytyy ja millaista se on menetelmällisesti ja sisällöllisesti.

4.2 Aineiston keruu ja saatu aineisto

Aihetta käsittelevään kirjallisuuteen tutustuminen auttaa tutkijaa perehtymään aiheeseen ja käsiteltävään ilmiöön, miettimään tutkimuskysymyksiään ja aiheen rajausta. Tämän jälkeen tutkimus etenee konkreettiseen aineiston keruuseen, jonka valinnassa ja tulkinnassa tarvitaan harkintaa ja lähdekritiikkiä. (Hirsjärvi ym. 1997, 105; 109).

Aineiston koonti ja keruu toteutettiin marras- ja joulukuussa 2013. Koonti alkoi aiheeseen liittyvän kirjallisuuden etsimisellä ja täydentyi tutkimuksilla sekä internetin tietokannoista saatavilla lähteillä. Käytettyjä tietokantoja olivat SportDiscus, EBSCOCinahl ja Academic Search Elite. Hakusanoina käytettiin seuraavia termejä (Kaavio 1): ”body image” AND physiotherapy, ”body image” AND physical therapy, ”body awareness” AND physiotherapy, ”body awareness” AND physical therapy. Hakusanat kohdistettiin tietokantojen hakuominaisuuksista riippuen joko asiasanoihin, tutkimusten otsikoihin tai tutkimusten tiivistelmiin. Tuloksissa ovat mukana sekä saatavilla olevat kokonaiset tutkimukset, että tutkimukset, joihin haussa löytyi vain viittaus.

Kaavio 1. Tutkimushaussa käytetyt hakusanat.



Opinnäytetyöhöni sopivia tutkimuksia löytyi seuraavista tietokannoista (Taulukko 4). Taulukossa on mainittu käytetyn tietokannan nimi, löydettyjen tutkimusten lukumäärä Kaaviossa 1 mainituilla hakusanoilla, sekä opinnäytetyöhöni hyväksytyjen viitteiden lukumäärä.

Taulukko 4. Opinnäytetyöhön haetut ja hyväksytyt tutkimukset tietokannoittain.

Tietokanta	Saatujen viitteiden määrä	Hyväksytyjen viitteiden määrä
SportDiscus	8	2
EBSCOcinahl	78	0
Academic search elite	10	1

Valintakriteerinä oli aineiston vastaaminen joko yhteen tai molempiin tutkimuskysymyksiini. Hirsjärven ym. (1997, 109-110) mukaan aineistoa kerätessä kannattaa kiinnittää huomiota tutkimusten kirjoittajan tunnettuuteen ja arvostettavuuteen. Jos kirjoittajan nimi toistuu useissa julkaisuissa ja lähdeviitteissä, kirjoittajalla on alalla todennäköisesti arvovaltaa, ja hänen muihinkin julkaisuihin kannattaa tutustua lähemmin. Myös lähteen julkaisuvuoteen tulee kiinnittää huomiota. Tutkimustieto yleensä muuttuu nopeasti ja aiemman tiedon katsotaan kumuloituvan uuteen tutkimustietoon. Alkuperäisten lähteiden käyttäminen on toisaalta suotavaa, jotta tutkimustieto ei ole myöhemmissä referoinneissa muuttunut. Lähdekritiikkiin kuuluu myös lähteen uskottavuuteen ja julkaisijan arvovaltaan ja vastuuseen tutustuminen sekä tutkimuksen puolueettomuus ja totuudellisuus.

Tietokantahaulla saatu aineisto:

- *Johnsen, R. & Råheim, M. 2010. Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. Advances in Physiotherapy 2010; 12: 166-174.*

- *Caddy, P. & Richardson, B. 2012. A pilot body image intervention programme for in-patients with eating disorders in an NHS setting. International Journal of therapy & rehabilitation vol. 19:4. 190-199.*
- *Thörnborg, U. & Mattsson, M. 2010. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders - A cross-sectional study. Advances in Physiotherapy 2010; 12: 24-34.*

Aineiston hakua laajennettiin, koska integroiva katsaus ei ole yhtä valikoiva eikä se seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti kuin systemaattinen katsaus. Integroiva ote sallii myös erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset analyysin pohjaksi. Tarkoitus oli saada aiheesta kolmea edellä mainittua artikkelia kattavampi aineisto.

Laajennetun haun kautta aineistoksi hyväksyttiin seuraava kirjallisuus:

- *Franssila, P. 2007. Fysioterapialla mahdollisuus rakentaa kehollista eheyttä. Fysioterapia-lehti vol. 54, 2007: 1.*
- *Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008 & 2010. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.*
- *Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki: SHKS. Teoksessa Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 1998. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.*
- *Sandström, M. 1999a. Ruumiinkuva - mistä kaikesta se muodostuu? Fysioterapia-lehti vol. 46, 1999: 2*
- *Sandström, M. 1999b. Kun ruumiinkuva häiriintyy. Fysioterapia-lehti vol. 46, 1999: 3.*

4.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuden keruun ja siihen perehtymisen jälkeen seuraa aineiston analyysi- ja pohdintavaihe (Hirsjärvi ym. 1997, 105). Tuomen ja Sarajärven (2009, 108) mukaan sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä käsitys lyhyessä, tiivistetyssä muodossa, jonka pohjalta voidaan tehdä myös johtopäätöksiä. Käytän opinnäytetyön aineiston analyysissä teoriaohjaavaa eli abduktiivista sisällönanalyysiä. Se tarkoittaa teorian apuna käyttämistä analyysin etenemisessä, mutta analyysi ei ole suoraan teorialähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Aikaisempi tieto vaikuttaa analyysiin ja auttaa avaamaan ja luomaan uusia merkityksiä. Ajatteluprosessiin vaikuttavat näin aineistolähtöisyys sekä valmiit mallit. Tutkimuksen, jossa käytetään teoriaohjaavaa analyysiä, aineistonhankinta on myös vapaamuotoista, eikä jo valmiiksi tiedetty teoria ohjaa tiedon keruuta. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 96-98).

Sisällönanalyysi suoritetaan lukemalla tutkimusaineisto läpi ja poimimalla tekstistä tutkimuskysymyksiä koskevat tekstin osat, lauseet ja käsitteet. Näitä kutsutaan autenttisiksi ilmaisuik-

si (alkuperäinen ilmaus). Autenttisista ilmaisuista muodostetaan sen jälkeen pelkistetty ilmaus, josta edelleen muodostuu sisältöluokka sekä alaluokka. Esimerkki sisällönanalyysistä on esitetty Taulukossa 5.

Taulukko 5. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Sisältöluokka	Alaluokka
<i>Tajunnallisuus on kehon mielellistä oivaltamista. Kun mieli liittyy tajunnassamme johonkin objektiin, ilmiöön, syntyy merkityssuhde. Ilmiöt kuten rentoutuminen, kipu, itsenäisyys ja toimintakykyisyys välittävät kehossa ja tajunnassa erilaisia mieliä. Nämä luovat verkostoja, joiden kautta ihmisen maailmankuva ja käsitys itsestä eli kehonkuva, minäkuva, voivat syntyä (Rauhala 1989).</i>	Kehossa tapahtuvien ilmiöiden tunnistaminen ja ymmärtäminen muodostavat käsitystä omasta kehosta.	Kehon tunnistaminen ja ymmärtäminen	Kehontuntemus
<i>Kehonkuva on yksilön omaan kehoon liittyvien havaintojen, asenteiden ja uskomusten systeemi, mihin liittyy sisäisiä kokemuksia, mielikuvia, uskomuksia ja asenteita. (Klemola 2000).</i>	Kehonkuva koostuu yksilön omista, omaan kehoon kohdistuvista mielikuvista ja asenteista.	Havainnot ja mielikuvat kehosta	Kehonkuva

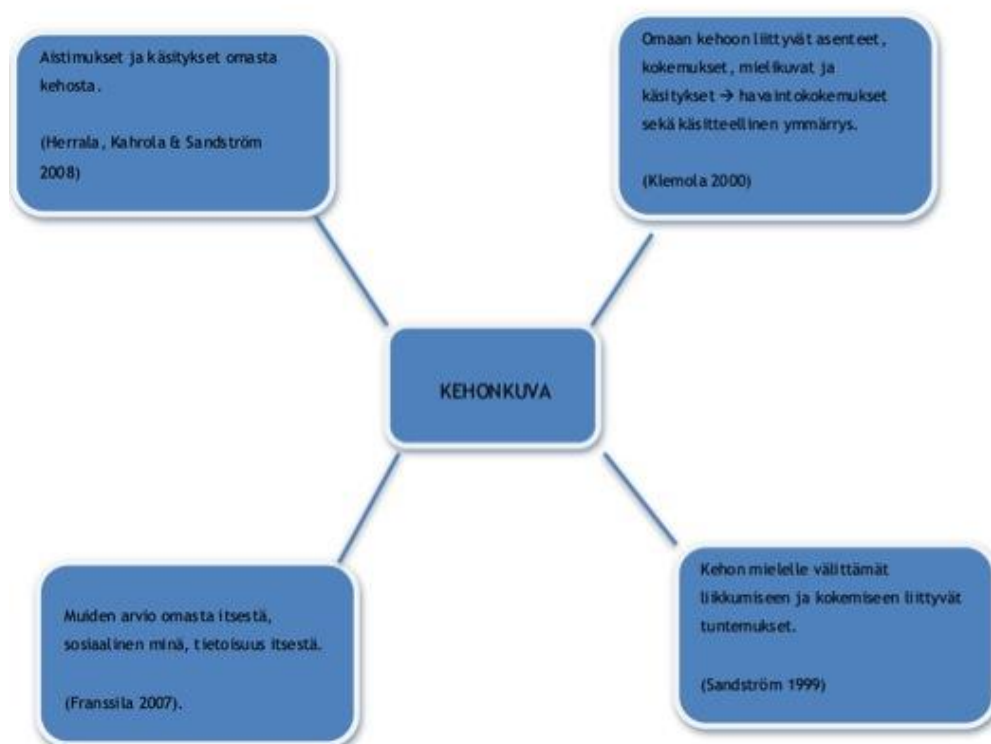
Hirsjärven ym. (1997, 224) mukaan analyysivaihetta seuraa tulosten tulkinta, jolla tarkoitetaan tulosten pohtimista ja omien johtopäätösten tekemistä. Tämä selkiyttää analyysissä esiin nousseita merkityksiä.

5 TULOKSET

5.1 Miten kehonkuvan käsite kuvataan ja määritellään psykofyysisessä fysioterapiassa?

Aineistona olleen kirjallisuuden perusteella kehonkuva on omaan kehoon liittyvistä asenteista, ihanneminän ja todellisuuden kohtaamisesta, sosiaalisesta palautteesta sekä kehosta mielelle välittyvistä aistimuksista ja kokemuksista syntyvä kokonaisuus. (Kuvio 3).

Kuvio 3. Kehonkuvan määritelmiä kirjallisuuden perusteella.



Keho ja mieli ovat koko ajan läsnä toisissaan. Itseensä, sekä mieleen että kehoon, tutustuminen voi vaatia rohkeutta, mutta sitä kautta voi löytää laajempaa ymmärrystä kohdata ja käsitellä mielen ja kehon kokonaisuutta. Kun jokin kehon osa-alueista muuttuu, muuttuu koko järjestelmä ja prosessi. Kaikkia käytännön kokemuksia voidaan pitää kosketuksina vallitsevaan ympäröivään maailmaan, joiden kautta ihminen tuntee olevansa totena omassa itsessään sekä osana tätä maailmaa. Asia voidaan nähdä ilmaisuna ”minä maailmassa - maailma minussa”. (Herrala ym. 2008, 38.)

Terve keho mahdollistaa kokemuksen ympäröivästä maailmasta sekä toisista ihmisistä. Tasa-painoisessa elämäntilanteessa mieli myös käyttää kehoa oikein, ja Sandström (1999, 17) kuvailee kehomme elävän tällöin niin kuin sitä eletään. Jokaisella yksilöllä on omassa mielessään arvioita omasta itsestään ja ulkonäöstään. Myös muiden kommentit vaikuttavat vahvasti kehonkuvan kokemiseen ja omanarvontuntoon. Kokemukseen itsestä, minuuteen kuuluvat kaikki käsitykset, mielikuvat, tunteet, toiveet ja kuvitelmat, joita yksilö liittää itseensä.

Itse kehonkuvaan (ruumiinkuvaan, englanniksi body image) kuuluu eri osatekijöitä. Fransilan (2007, 19) mukaan näitä ovat muun muassa muiden arvio omasta itsestä ja ulkonäöstä, sosiaalinen minä, omanarvontunto, tilanteiden hallintakyky, tietoisuus itsestä, menneisyys, mielen toiminta, keholliset aistimukset, liikkumisen säätely sekä kehon kokonaiskuvan rakentuminen. Klemola (2000) on puolestaan määritellyt kehonkuvan yksilön omaan kehoon liittyvien havaintojen, asenteiden ja uskomusten systeemiksi, johon liittyy yksilön omia sisäisiä kokemuksia, mielikuvia, uskomuksia ja asenteita. Näistä syntyvät havaintokokemukset ja käsitteellinen ymmärrys omasta kehosta luovat kehonkuva. (Herrala ym. 2010, 31). Minäkokemus ja kehonkuva eivät aina vastaa realiteetteja, jolloin ne ovat vääristyneitä. (Sandström 1999, 17.)

5.2 Miten kehonkuvaan vaikutetaan psykofyysisen fysioterapian harjoitusmenetelmillä?

Psykofyysisen fysioterapian terapiakeinoja (Taulukko 6) ovat muun muassa hengitys-, rentoutus- ja kehontuntemisharjoitukset. Työvälineinä ovat myös liike- ja kehotietoisuusharjoitteet, pehmytkudoskäsittely sekä vuorovaikutusta edistävä kuntoutus. Näiden avulla kuntoutuja oppii vaihtoehtoisia tapoja liikkua, saa työkaluja stressinhallintaan, oppii tuntemaan ja arvostamaan omaa kehoaan, oppii kuuntelemaan kehoaan ja sen aistimuksia, pystyy vahvistamaan itsetuntemustaan sekä oppii myös vuorovaikutustaitoja ja ryhmässä toimimista. Tutkimusten mukaan (Johnsen & Råheim 2010; Caddy & Richardson 2012; Thörnberg & Mattson 2010) näillä terapiamuodoilla on positiivinen vaikutus kehotietoisuuteen, kehonkuvaan ja itsetuntoon. Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäterapiana. (Psykofyysinen fysioterapia 2013).

Taulukko 6. Psykofyysisen fysioterapian harjoitusmenetelmien vaikutuksia kehonkuvaan.

Tutkimus ja kirjoittajat	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen ydinkäsitteet	Terapiamenetelmät	Tulokset
Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. (Johnsen & Råheim 2010)	Basic Body Awareness- menetelmän vaikutukset psykiatrisille potilaille, potilaiden kokemukset jaksosta.	Body experience (kehon kokemus), body awareness (kehotietoisuus), self awareness (itsetietoisuus)	Hengitysharjoitukset, kehon keskilinjan löytäminen, vuorovaikutus, keskustelu, liikeharjoitteet makuulla, istuen ja seisten.	Lisääntynyt kehotietoisuus ja tietoisuus itsestä, tasapainoinen keho ja mieli, parempi asenne itseä kohtaan, rohkeus muutokseen, tunne itsestä kokonaisena, läsnäoleminen, kontrollin tunne, kohentunut itsetunto, kiputilojen ja lihasjännityksen lieventyminen.
A pilot body image intervention programme for in-patients with eating disorders in an NHS setting. (Caddy & Richardson 2012)	Fysioterapian vaikutukset syömishäiriöisten kehonkuvaan.	Body image (kehonkuva), body awareness (kehotietoisuus)	Kehotietoisuusterapia, hieronta, luennot terveellisestä elämäntavasta sekä anatomiasta ja fysiologiasta, Pilates, jooga, harjoitteet ryhdin kohentamiseksi, peiliharjoitukset, omakuvan piirtäminen, kuuntelemistaitoharjoitteet	Ehetyntynyt kehonkuva, realistiset omakuvapiirroukset, lisääntynyt kehotietoisuus, madaltunut kynnys tulla kosketetuksi, kohentunut ryhti, positiivinen käsitys itsestä, positiiviset kokemukset terapiasta, lopputuloksena fysioterapian tarve vääristyneen kehonkuvan eheyttämisessä.

Rating body awareness in persons suffering from eating disorders - A cross-sectional study. (Thörnborg & Mattson 2010)	Fysioterapeutin sekä itse kuntoutujan havainnot kehollisista ilmaisuista	Body image (kehonkuva), body awareness (kehotietoisuus), body ego (kehominä), self esteem (itsetunto)	Body awareness therapy, kehon keskilinjan löytäminen, hengitys-, rentoutus- ja tasapainoharjoitukset makuulla, istuen, seisten ja kävellen.	Kohentunut itsetunto, positiiviset kokemukset omasta kehosta, vapautunut hengitys, kehittynyt aistien, tarpeiden ja tunteiden ilmaisu kehon avulla, parantunut liikkeen laatu, tietoisuus oman liikkeen laadusta, lopputuloksena body awareness therapy- menetelmän positiiviset vaikutukset syömishäiriöisten kuntoutuksessa.
--	--	---	---	--

Roxendalin (1985) mukaan termiä ”body awareness therapy” on käytetty ensimmäisen kerran perinteisen, neurologisten potilaiden fysioterapian yhteydessä. Sen perusta on fysioterapeuttien biologisessa ja somaattisessa tietämyksessä, ja erona perinteiseen fysioterapiaan voidaan pitää menetelmän tarkoituksenmukaista aistimuksellisen tietoisuuden herättelyä. Tarkoitus ei ole keskittyä ihmisessä esiintyviin ongelmiin, vaan jokaisen yksilöllisiin vahvuuksiin ja voimavaroihin.

Fysioterapian eräs vaikuttamismahdollisuus kehonkuvan kokemisessa ja eheyttämisessä sekä kehotietoisuuden edistämiseksi on myös näyttöön perustuva Body Awareness Therapy eli lyhennettynä BBAT. Se perustuu psykoterapeutti Jacques Dropsyn 1960-1970-luvulla esittämään teoriaan ihmisen eri tasoista (Taulukko 2) ja liikkumisen ulottuvuuksista. Dropsyn pitäessä luentoja aiheesta 1970-luvulla ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal löysi menetelmän ja alkoi soveltaa sitä fysioterapiaan. Hän myös väitteli aiheesta vuonna 1985. (Psykofyysinen fysioterapia 2013).

Body Awareness Therapyyn avulla pyritään saamaan ihmisen terveyttä edistävät voimavarat käyttöön. Menetelmää voidaan käyttää vastaamaan moneen nykypäivän haasteeseen, kuten lisääntyneeseen stressiin, syömishäiriöihin, masennukseen, persoonallisuushäiriöihin, fibromyalgiaan, erilaisiin kiputiloihin sekä skitsofreniaan. Myös traumatisoituneet henkilöt ovat hyötynneet menetelmästä. Terapiassa suoritetaan erilaisia harjoituksia joko makuulla, istuen, seisten tai kävellen ja sitä voidaan toteuttaa sekä yksilöille että ryhmille. Harjoitusten aikana keskitytään vartalon keskilinjan etsimiseen ja tiedostamiseen, hengitykseen sekä tietoiseen läsnä olemiseen liikkumisen ja liikkeen kautta. Olennaista BBAT- menetelmässä on myös asiakkaan ja fysioterapeutin välinen vuorovaikutus, ryhmän keskinäinen vuorovaikutus sekä keskusteluosiot, joissa käydään läpi asiakkaassa harjoituksen aikana heränneitä tunteita, kokemuksia, ajatuksia ja oivalluksia. (Psykofyysinen Fysioterapia 2013.)

BBAT- menetelmästä ja sen vaikutuksista potilaan kehotietoisuuteen ja kehonkuvaan on tehty myös muutamia tutkimuksia. Johnsen & Råheim (2010) tarkastelivat fysioterapian vaikutuksia psykiatriapotilaille tutkimuksessaan *Feeling more in balance and grounded in one's own body and life; focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare*. Tutkimuksessa toteutettiin body awareness therapy- menetelmää ryhmä-terapiana yhteensä 18:lle psyykkisistä ongelmista kärsivälle henkilölle. Ryhmässä oli 17 naista ja yksi mies ja heidän keskuudessaan esiintyi muun muassa syömishäiriöitä, persoonallisuuden häiriöitä ja masennusta. Tutkimuksessa tarkastelun kohteena olivat henkilöt, jotka osallistuivat ryhmään vähintään puolen vuoden ajan. Tunnit kestivät kerrallaan 1,5 tuntia ja koostuivat makuu-, istuma- ja seisomaharjoitteista, joiden aikana keskityttiin hengitykseen, liikkeen aikaansaamiseen kehon keskilinjasta lähtien sekä liikkeen jatkuvuuteen. Tärkeässä osassa olivat myös ryhmän sisäinen vuorovaikutus sekä keskusteluosiot.

Tutkimuksen tuloksena Johnsen & Råheim kertovat olleen ryhmäläisten lisääntynyt kehotietoisuus sekä tietoisuus itsestä, parempi ja myönteisempi suhde itseä ja omaa kehoa kohtaan, lisääntynyt rohkeus ottaa osaa kyseiseen ryhmään ja tätä kautta rohkeus muutoksen vastaanottamiseen, lisääntynyt tunne itsestä kokonaisena, edistynyt läsnä oleminen omassa kehossa, lisääntynyt tunne kontrollista, vakaudesta, rentoudesta sekä nykyhetkessä olemisesta. Ryhmäläiset oppivat myös tuntemaan omat rajansa ja kapasiteettinsa sekä olemaan kontaktissa oman kehonsa kanssa. Tämä puolestaan johti ryhmäläisten eheämpään itsetuntoon ja itseluottamukseen sekä kiputilojen ja lihasjännitysten vähenemiseen. Ryhmäläiset kokivat myös, että BBAT- ryhmän ansiosta he pystyvät paremmin tunnistamaan kehon reaktiot eri elämäntilanteissa.

Caddy & Richardson (2012) ovat puolestaan tarkastelleet fysioterapian vaikutuksia syömishäiriötä sairastavien vääristyneeseen kehonkuvaan. Tutkimuksessa *A pilot body image intervention programme for in-patients with eating disorders in an NHS setting* on ollut mukana 7 henkilöä, joista kuusi naista ja yksi mies. Heille on järjestetty maksimissaan 38 toistensa kanssa samanlaista fysioterapiakertaa, joissa pääpainoina ovat olleet kehotietoisuusterapia, kosketusharjoitukset, hieronta, omakuvan piirtäminen, kuuntelemistaidot sekä peiliharjoitukset. Tutkimuksen toteutukseen on terapiakertojen lisäksi kuulunut sopivien ja terveellisten liikuntamuotojen sekä erilaisten rentoutustekniikoiden ohjaaminen ja opettaminen, ryhmäharjoitteluun rohkaiseminen, terveemmän kehonkuvan ja lisääntyneen kehotietoisuuden tavoittelemineen, ryhdin koheneminen ja muuttuvan kehon ja painoindexin hyväksyminen. Ryhmäläisille annettiin tietoa myös anatomiasta ja fysiologiasta, omakuvapiirroksista, hieronnasta, peilin käytöstä harjoituksissa sekä Pilateksesta yhtenä keinona kohentaa ryhtiä ja parantaa keskivartalon tukilihaksia. Ryhmäläisille toteutettiin sekä ensimmäisellä että viimeisellä terapiakerralla Body Shape Questionnaire BSQ-34- kysely, jonka tarkoituksena oli antaa kuvaa osallistujien kehonkuvan eheydestä.

Jokainen terapiakerta kesti noin 45 minuuttia ja se koostui aina samoista menetelmistä. Menetelmät olivat omakuvapiirros, kehotietoisuusterapia, kosketus, hieronta, peiliharjoitukset sekä ryhdin korjaamisharjoitteet. Omakuvapiirros suoritettiin aina 2-3 kertaa yhden terapiakerran aikana. Piirroksessa tuli piirtää kaksi kuvaa itsestä edestä; ensimmäinen kuvaamaan miltä oma keho ryhmäläisestä tuntuu, toinen kuvaamaan sitä, millaiselta ryhmäläinen kokee itsensä näyttävän. Terapiakerrat aloitettiin aina omakuvapiirroksella. Tämän jälkeen seurasi kehotietoisuusharjoite, jossa osallistujat makasivat lattialla. Heidän tuli tunnustella ja tarkastella miltä oma keho tuntuu alustaa vasten sekä suhteessa alustaan, ja pyrkiä tiedostamaan mitkä kehonosat ovat kontaktissa alustaan. Tämän jälkeen ryhmäläisiä pyydettiin koskemaan ja tunnustelemaan tiettyjä kehonosiaan silmät kiinni ja aistimaan niiden mittasuhteita. Ryhmäläisiä pyydettiin välillä avaamaan silmänsä ja katsomaan, missä heidän kätensä kulloinkin sijaitsivat. Kosketusharjoitukseen kuului myös se, että fysioterapeutti asetti omat kätensä vastaavaan paikkaan ja ryhmäläisen tuli tarkastella ja miettiä mitä informaatiota tämä kosketus antoi tai miltä se tuntui. Kosketusharjoituksen jälkeen seurasi fysioterapeutin antama hieronta, jonka tarkoitus oli rohkaista terapeutin ja ryhmäläisen väliseen luottamukseen ja vuorovaikutukseen sekä edistämään ryhmäläisen rohkeutta vastaanottaa kosketusta ulkopuoliselta henkilöltä. Hieronta toteutettiin kokovartalohierontana, jonka tarkoitus oli edistää ryhmäläisen tunnetta omasta kehosta kokonaisuutena. Heti hieronnan jälkeen suoritettiin terapiakerran toinen omakuvapiirros, jossa tarkasteltiin oliko ryhmäläisen kokemus ja käsitys itsestä muuttunut verrattuna saman terapiakerran ensimmäiseen kuvaan. Hieronnan jälkeen tehtiin harjoitteita peilin edessä. Tarkoitus oli tarkastella itseään suhteessa taustaan, lisätä rohkeutta katsoa peiliin ja tuoda esiin ajatuksia, millaisena ryhmäläiset kokivat oman kuvansa ja kehonsa peilin kautta katsottuna. Jos ryhmäläiset kokivat peiliharjoitteen jälkeen kokemuksensa omasta kehosta muuttuneen, suoritettiin terapiakerran kolmas omakuvapiirros. Muutoin siirryttiin ryhdin ja asennon kohentamiseen muun muassa keskivartaloa vahvistavien lihaskuntoliikkeiden sekä Pilates-menetelmän ja joogan myötä.

Kyseisen tutkimuksen tuloksina saatiin seuraavat asiat:

- a) omakuvapiirroksot realisoituivat ja kehonkuvasta tuli todempi
- b) BSQ-34-kyselyn tulokset kertoivat ryhmäläisten kehonkuvan kohentuneen
- c) ryhmäläisten kommentit terapiasta olivat positiivisia ja he itse kokivat hyötyvänsä siitä
- d) kehotietoisuus edistyi ja kynnys antaa toisten koskea omaa kehoa madaltui
- e) tietoisuus ryhdistä tuli paremmaksi ja samalla asento ja ryhti kohenivat
- f) käsitys omasta kehosta parani ja tuli realistisemmaksi.

Tutkimuksen lopputuloksena siis oli, että fysioterapian menetelmillä voidaan vaikuttaa kehonkuvan kokemiseen ja sen eheyttämiseen. Caddy & Richardson myös toteavat fysioterapeuttien olevan tärkeässä asemassa nuorten kehonkuvan eheyttämisessä sekä terveellisten elämäntapojen omaksumisessa ja saavuttamisessa.

Kolmas tutkimus, *Rating body awareness in persons suffering from eating disorders - a cross-sectional study* (Thörnborg & Mattson 2010), on käsitellyt basic body awareness-terapian vaikutuksia syömishäiriöisten kuntoutuksessa. Tarkoituksena on ollut tutkia fysioterapeutin havaintoja menetelmän hyödyistä sekä potilaan omia kokemuksia basic body awareness- kuntoutusjaksosta.

Tutkimukseen osallistui 84 syömishäiriöpotilasta iältään 17-53 vuotta. Tutkimuksen lähtökoh- tana oli tieto siitä, että syömishäiriöisillä kehonkuva on muuttunut, tarve oman kehon kont- rollista lisääntynyt, tyytymättömyys omaan kehoon on yleistä, ja että jatkuva stressi ja kont- rollintarve näkyvät kehossa lihasten jännitystiloina ja hengityksen vapauden ja spontaaniuden puuttumisena. Tutkimuksen mukaan edistynyt kehotietoisuus vaikuttaa itsetuntoon, kehon toiminnot auttavat ymmärtämään tunteita ja omaa käyttäytymistä ja kehon aistimukset ovat vahvasti yhteydessä tunteisiin. Myös kipu, oma motivaatiotaso ja tunnereaktiot ovat linkitty- neinä kehonkuvan kokemiseen. Syömishäiriöpotilaiden kuntoutuksessa fysioterapeutit hyödyn- tävät ja käyttävät tietoa kehon aistien, motorisen systeemin, motivaation ja tunne-elämän välillä olevasta yhteydestä ja sen merkityksestä kehotietoisuuteen ja kehonkuvan kokemi- seen.

Tutkimuksessa käytettiin hyödyksi psykoterapeutti Dropsyn esittämää muutamaa liikkeen laa- tuun vaikuttavaa tekijää: tasapaino, hengitys, kehon keskilinjan löytäminen ja psyykinen tietoisuus itsestä. Kuntoutusjaksolla keskityttiinkin hengityksen vapauttamiseen ja normali- soimiseen, lihasjännitysten lieventämiseen ja tasapainon edistämiseen. Tavoitteena oli löytää sisäisen ja ulkoisen maailman vuorovaikutus, saada aikaan kehollisia kokemuksia, saavuttaa tietoisuus tunteista, kehollisista ilmaisuista ja liikkumisesta ja näiden avulla edistää kuntoutu- jien itsetietoisuutta, kehotietoisuutta, eheyttää kehonkuvaa ja parantaa itsetuntoa. Harjoit- teet suoritettiin makuu-, istuma-, seisoma- ja kävelyasennoissa ja näihin kuuluivat BBAT eli kehotietoisuusterapia, kehon keskilinja- ja tasapainoharjoitteet, hengitysharjoitteet ja lihas- jännitystä lieventämisen harjoitteet. (Thörnborg & Mattson 2010).

Tutkimuksen tuloksena kirjoittajat kertovat olevan kuntoutujien kohentunut itsetunto, posi- tiiviset kokemukset omasta kehosta, vapautuneempi hengitys, kehittynyt aistien, tarpeiden ja tunteiden ilmaisu oman kehon avulla, parantunut liikkeen laatu, lisääntynyt tietoisuus itsestä sekä edistynyt tietoisuus oman liikkeen laadusta. Tutkimuksen perusteella tutkijat toteavat

psykofyysisellä fysioterapialla olevan positiivinen vaikutus syömishäiriöisten potilaiden kuntoutuksessa.

Sandströmin mukaan eheän ruumiinkuvan edellytyksenä on kehon mielelle välittämät liikkumiseen ja kokemiseen liittyvät tuntemukset, sekä mielen kykeneväisyys vastaanottaa ja käsitellä näitä tuntemuksia. Aikuisiällä alamme vertaamaan todellista itseämme kuvaan ihanne-minästä eli mielikuvaan siitä, millaisia haluaisimme olla, jolloin saatamme asettaa itsellemme korkeita tavoitteita. Mitä paremmin tämä toiveajattelu ja todellisuus kohtaavat, sitä tyytyväisempi ja onnellisempi ihminen on. (Sandström 1999, 17.) Todellisuudentajun menettäminen puolestaan rikkoo hyvin todennäköisesti kehonkuvan eheyttä. Toinen kehonkuvaa negatiivisesti muokkaava seikka on erilaiset sairaudet. Franssila (2007, 19) kertoo sairauden rikkovan kehon välitöntä ja itsestään selvää suhdetta maailmaan, mikä puolestaan vaikuttaa kielteisesti kehonkuvaan.

Kehotietoisuuden yhteydessä puhutaan usein kokemus- ja liikeaspektista (Herrala ym. 2008, 34-35; Roxendahl 1987). Herralan ym. (2008, 34-35) mukaan kokemusaspektin avulla yksilö tulee tietoiseksi omasta ruumiistaan ja sen anatomisista osista, kuten raajoista, päästä, keuhkoista, vatsasta, aivoista ja sydäimestä, sekä niiden tehtävistä ja siitä, miten niitä voi käyttää. Yksilö alkaa myös tiedostaa kuinka paljon niitä voi käyttää ja miten omia kehon- ja ruumiinosiaan voi huoltaa, mikä heijastaa käsitystä omasta jaksamisesta ja siitä, mitkä seikat aiheuttavat mielihyvää ja mielihäviötä. Roxendahl (1987) puolestaan määrittelee liikeaspektin olevan yksi kehotietoisuutta tarkasteleva osa-alue. Liikeaspekti tarkoittaa lihasaistia eli sisäisistä kokemuksista syntyviä aistimuksia ja itsen tarkastelua ulkoapäin.

Kehotietoisuuden edellytyksenä Herrala ym. (2008, 33) mainitsee olevan yksilön tietoisuus siitä, että hän on itse omien toimintojensa tuottaja. Tähän vaikuttavat lapsena muotoutuva oma tahto ja käsitys oman kehon kuulumisesta itselle. Näin hahmotetaan itse tuotetut liikkeet ja miten ne eroavat liikkeistä, jotka joku muu tuottaa kehollemme. Jos esimerkiksi toinen yläraaja kipsataan, lusikan suuhun viemiseen kiinnitetään tämän jälkeen aiempaa enemmän huomiota. Ennen tapaturmaa ja ilman kipsiä kyseinen liike syntyy huomaamatta ja automaattisesti. Nyt taas raaja tuntuu painavalta ja siinä saattaa tuntua kipua, sitä on mahdollisesti vaikea kontrolloida ja suuhun saattaa olla vaikea osua. Tämä muokkaa uudelleen yksilön kokemusta ja käsitystä omasta itsestään. Tietoinen tarkastelu ohjaa havainnoimaan itseä sisältä ja ulkoa ja tämän avulla voidaan ikään kuin piirtää omalle keholle rajat. Oman ruumiin kokeminen omana, muista erillisenä kehona viestii yksilön suhtautumista itseensä ja kehoon. Tätä kautta ilmennetään myös hyväksymistä ja hyväksymättömyyttä. (Herrala ym. 2008, 34-35)

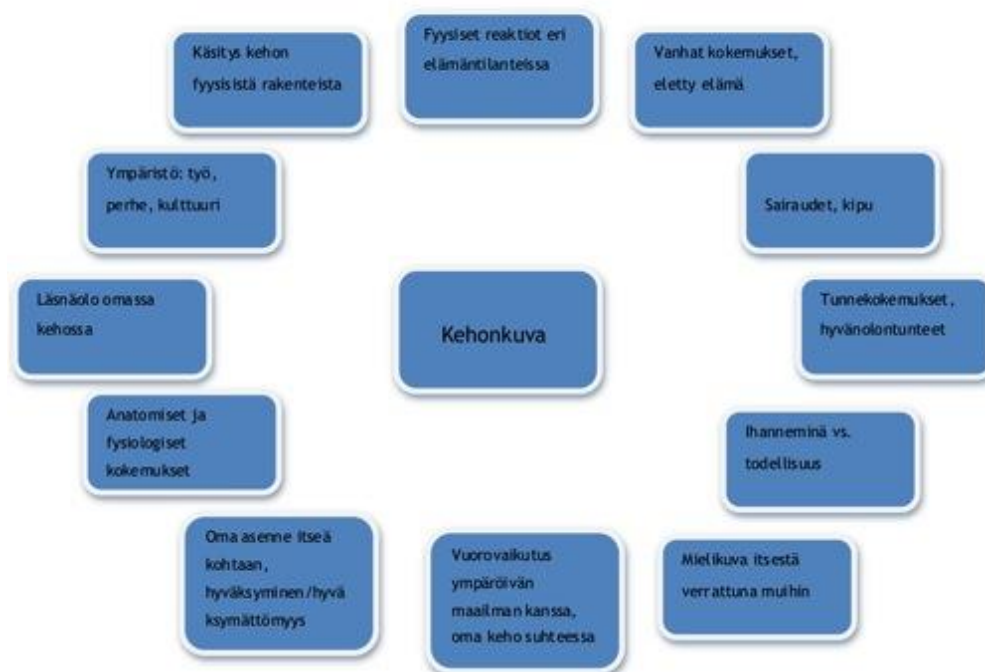
6 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kehonkuvan määritelmää psykofyysisessä fysioterapiassa ja kehonkuvaa eheyttävää fysioterapiaa kirjallisuuden perusteella.

Kirjallisuuden perusteella kehonkuva on omaan kehoon liittyvistä asenteista, ihanneminän ja todellisuuden kohtaamisesta, sosiaalisesta palautteesta sekä kehosta mielelle välittyvistä aistimuksista ja kokemuksista syntyvä kokonaisuus.

Opinnäytetyön perusteella ihmisen kehonkuvaan vaikuttavat ja sitä määrittävät monet eri osatekijät koko ihmisen elämänkaaren ajalla. Kehonkuvaan vaikuttavat jatkuvasti muun muassa toimintaympäristö, jossa yksilö elää, oma arvio omasta toimintakyvystä, sosiaalinen palaute sekä eletty elämä ja siitä saadut emotionaaliset kokemukset. Kehonkuva on kirjallisuudessa määritelty eri lähteiden mukaan hieman erilaisilla tavoilla pohjautuen kuitenkin yhteneviin seikkoihin. Tärkeimmäksi kehonkuvaan vaikuttavista tekijöistä nousi monen eri lähteen mukaan yksilön oma kokemus omasta itsestä ja kehosta. Sairaus, kivun tunne, negatiiviset kokemukset sekä epärealistinen kuva itsestä vääristävät kehonkuvaa (Kuvio 4).

Kuvio 4. Kehonkuvaan vaikuttavat tekijät tutkielman perusteella.



Tutkimusten perusteella fysioterapian menetelmillä voidaan vaikuttaa kehonkuvan kokemiseen ja kehonkuvan eheyttämiseen. Kolmen tutkimuksen, joissa tarkastelun kohteena on ollut fysioterapian menetelmien vaikutus psykiatristen potilaiden kuntoutuksen tuloksiin (Taulukko 6), terapian menetelmät olivat hengitys- ja rentoutusharjoitteet, kehotietoisuusterapia, kehon keskilinjan löytämis- sekä tasapainoharjoitteet, liiketerapia ja hieronta. Apuvälineinä käytettiin peiliä ja piirrosharjoituksia. Harjoitteet suoritettiin joko makuulla, istuen, seisten tai kävellessä. Myös vuorovaikutuksen merkitystä korostettiin kuntoutusjaksoilla ja tuloksena olikin osallistujien kehittyneet vuorovaikutustaidot. Lopputuloksena kaikista tutkimuksista on osallistujien edistynyt toimintakyky ja terveys.

Lopputuloksena olivat myös potilaiden lisääntynyt kehotietoisuus, eheämpi kehonkuva ja parempi itsetunto. Tästä voidaan päätellä fysioterapeuteilla olevan merkittävä osuus erityisesti psyykkisistä ongelmista kärsivien potilaiden kuntoutuksessa ja terapiassa. Psykofyysisen fysioterapian harjoitusmenetelmät kehittävät potilaan kehotietoisuutta ja eheyttävät kehonkuvaa, jota voidaan hyödyntää niin syömishäiriöiden kuin muidenkin psyykkisistä ongelmista kärsivien potilaiden kuntoutuksessa. Lopputuloksena on myös se, että fysioterapia-asiakasta tulee aina tarkastella monesta eri näkökulmasta sekä fyysiset että psyykkiset ominaisuudet huomioon ottaen.

Yhteenvetona Taulukosta 6 on psykofyysisen fysioterapian positiiviset vaikutukset kuntoutujien kehonkuvaan ja läsnäolemiseen omassa kehossaan. Muita yhteneväisiä vaikutuksia olivat kohentunut asenne omaa kehoa kohtaan (mikä vaikuttaa positiivisesti kehonkuvaan), edistynyt tunteiden ilmaisu oman kehon avulla, kehittyneet vuorovaikutustaidot ja tasapainoisempi kehon ja mielen kokonaisuus. Myös kuntoutujien omat kokemukset ja mielipiteet fysioterapian kuntoutusjaksosta olivat positiivisia.

7 Pohdinta

Psykofyysinen fysioterapia on suhteellisen tuore fysioterapian erikoisala ja tutkimuksia sen menetelmistä ja vaikutuksista on toistaiseksi melko vähän. Tämän vuoksi tutkimuskysymyksiini vastaavia tutkimuksia löytyi vain muutama. Käytetyillä hakusanoilla tutkimuksia tuli runsaasti, mutta vain muutama niistä koski opinnäytetyöni aihetta eli kehonkuvaan vaikuttavaa fysioterapiaa. Koen kuitenkin pystyväni jo niiden avulla vastaamaan kattavasti joko yhteen tai molempiin tutkimuskysymyksiini. Tarkka aiheen valinta ja aiheen rajaus muotoutuivat opinnäytetyön edetessä ja tutkimusaineistoon tutustumalla.

Fysioterapian lähtökohtana on ihmisen toimintakyvyn ja terveyden edistäminen. Toimintakykyä ja toiminnan rajoitteita kuvaavan ICF-mallin (Kuvio 1) mukaan yksilötekijät vaikuttavat yksilön suoritukseen ja sen kautta osallistumiseen. Tutkimusten tulokset fysioterapian vaikutuksista kehonkuvaan olivat positiivisia ja yhteenvetona tutkimuksista on osallistujien toimintakyvyn edistyminen. Kehonkuvan eheytyminen ja oman kehon toimintojen tiedostaminen kohentavat yksilön itsetuntoa. Tämä osaltaan edistää yksilön suorituksia ja osallistumista, mikä edelleen vaikuttaa yksilön toimintakykyyn ja terveyteen. Ihmisen anatomia ja kehon fysiologiset toiminnot ovat linkittyneinä psyykkiseen puoleen ja mielen hyvinvointiin, ja eheän kehonkuvan edellytyksenä on muun muassa tiedostaa ja tunnistaa omat anatomiset rakenteet ja kehossa tapahtuvat fysiologiset ilmiöt. Fysioterapeuttien ollessa anatomian ja fysiologisten toimintojen asiantuntijoina he voivat osaltaan edistää kuntoutujan kehonkuvan eheytymistä niin fysioterapian kuin psykiatrisenkin puolen kentällä.

Uskon psykofyysisen fysioterapian suosion lähivuosina lisääntyvän. Jatkuva suorittaminen, lisääntyvä teknologia, ja näiden myötä ihmisten jatkuva tavoitettavissa olo aiheuttavat yhä enemmän henkistä uupumista. Tämä voi esiintyä psykosomaattisena oireiluna, jolloin fysioterapiaan tulevan asiakkaan oireiden taustalla saattaakin olla psyykkisiä tekijöitä. Myös nykypäivän muuttuvat kauneusihanteet ja ihannekropan tavoittelemisen suosio pitävät yllä keskustelua kehonkuvasta ja sen eheyteen vaikuttavista tekijöistä. Sosiaalinen palaute ja esimerkiksi mediasta ja ystäväpiiristä tulevat paineet saattavat vaikuttaa monen kehonkuvaan negatiivisesti, jolloin erityisesti terveydenhuollon ammattilaisilla olisi hyvä olla aiempaa enemmän ratkaisuja kehonkuvan eheyttämiseksi.

Tietämystä psykofyysisestä fysioterapiasta tulisi mielestäni lisätä fysioterapian koulutuksessa tarjoamalla esimerkiksi enemmän psykologian ja psykofyysisen fysioterapian luentoja. Koulutuksen aikana suosittelen opiskelijoita myös suorittamaan yhden työharjoittelun psykiatrisella kentällä. Tämä lisää osaltaan tietämystä siitä, että ihmistä tulee tarkastella aina kokonaisuutena, eikä pelkästään fyysisten osien ja jäsenten palapelinä.

Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on yhdessä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa laatinut tutkimuseettisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Ohjeen tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä, estää epärehellisyyttä ja tutkimusvilppiä ja saada mahdolliset loukkausepäilyt käsiteltyä mahdollisimman nopeasti, oikeudenmukaisesti ja asiantuntevasti. Ohjetta tulee noudattaa niin yliopistoissa, ammattikorkeakouluissa kuin tutkimuslaitoksissakin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Menettely hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti on edellytys luotettavalle ja hyväksyttävälle tutkimukselle. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 8) mukaan tutkimusta tehdessä tulee noudattaa yleistä rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta niin tutkimustyötä tehdessä kuin sen tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Aineiston- ja tiedonhankinta ja sen tutkiminen ja arviointi tulee suorittaa eettisin menetelmin. Muiden tutkijoiden tekemää työtä tulee arvostaa ja kunnioittaa muun muassa merkitsemällä kaikki tutkimuksessa käytetyt lähteet ja viittaukset lähdeluetteloon. Tutkimus suoritetaan, tallennetaan ja esitetään tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimusta varten tarvittavat mahdolliset tutkimusluvut hankitaan ja työnjako sovitaan vastuullisesti ja oikeudenmukaisesti eri tutkijoiden ja esimiehen kesken sekä kaikkien hyväksymällä tavalla. Mahdolliset rahoituslähteet ja muut tutkimuksen suorittamiseen liittyvät ja vaikuttavat merkittävät seikat tulee mainita tutkimuksen tuloksia tallennettaessa ja esiteltäessä.

Tutkimusta tehdessä pyritään virheiden välttämiseen ja mahdollisimman luotettavaan lopputulokseen. Jokaiseen tutkimukseen kuuluu sen luotettavuuden arvioiminen. Tätä voidaan tarkastella muun muassa arvioimalla tutkimuksen reliabeliutta ja validiutta. (Hirsjärvi ym. 1997, 226).

Reliabelius tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta. Validius puolestaan tarkoittaa tutkimuksen vastaamista asetettuun tutkimusongelmaan. Kyseisiä termejä käytetään erityisesti määrällisissä tutkimuksissa ja laadullisen tutkimuksen yhteydessä ne saattavat olla harhaanjohtavia. Jokaisessa tutkimustyyppissä tulee kuitenkin tarkastella sen luotettavuutta ja pätevyyttä. Laadullisessa tutkimuksessa voikin arvioida miten tutkimusta on tehty ja millä keinoilla saatuihin tutkimustuloksiin on päädytty. Aineiston analyysissä keskeisessä asemassa on luokittelujen tekeminen ja esittäminen. Myös triangulaatio auttaa hahmottamaan tutkimuksen pätevyttä ja luotettavuutta. Metodologinen tai metodinen triangulaatio tarkoittaa samassa tutkimuksessa käytettäviä erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tutkijatriangulaatio puolestaan tarkoittaa, että yhteen tutkimukseen ja sen arviointiin ja analysoimiseen osallistuu monia eri tutkijoita. Teoreettisesta triangulaatiosta puhutaan, kun aihetta lähestytään monen eri teorian näkökulmasta, ja aineistotriangulaatiosta taas kun tutkimuskysymykseen pyritään vastaamaan usean eri tutkimusaineiston avulla. (Hirsjärvi ym. 1997, 227-228).

Toimin aineistoa hankkiessani eettisesti. Olen kunnioittanut muita tutkijoita ja heidän töitään merkitsemällä opinnäytetyöhöni asianmukaiset lähdeviittaukset sekä merkinnyt kaikki käyttämäni lähteet lähdeluetteloon. Aineistoa etsiessäni saatoinkin huomata saman tutkijan tai tutkijoiden nimet monessa eri viitteessä tai julkaisussa. Tämä kertoo tutkijan olevan alalla pätevä, jonka perusteella otin selvää myös muista kyseisen tutkijan tai kirjoittajan julkaisuista. Tämä vaikuttaa positiivisesti opinnäytetyöni luotettavuuteen ja pätevyYTEEN. Aineistotriangulaatio toteutui siinä määrin, että käytin lähteenä sekä kirjallisuutta että internetin tietokannoista löytyviä tutkimuksia. Tutkijatriangulaatio ei toteutunut, sillä tein opinnäytetyön yksin. Tällöin opinnäytetyöni luotettavuus kärsii, koska mukana on vain yhden ihmisen näkökulma. Luotettavuutta lisää kuitenkin se, että opinnäytetyöni on toistettavissa. Olen merkinnyt ylös käyttämäni hakusanat ja koska tutkimuksia aiheesta on vielä vähän, käytetyillä hakusanoilla käyttämäni tutkimukset on helposti löydettävissä. Käyttämäni kolmen tutkimuksen lopputulokset olivat myös samankaltaisia, jolloin vastaukset tutkimuskysymyksiini olivat yhteneväisiä.

8 Jatkotutkimusehdotus

Talvitien ym. (2006, 431) mukaan psyykkiset ongelmat ovat Suomessa yhä useammin työkyvyttömyyden syynä ja aiheuttavat potilaan kehonkuvan vääristymistä heikentyneen motorisen kontrollin sekä itsensä ja kehonsa tunnistamattomuuden vuoksi. Koska fysioterapia on osa moniammatillista kuntoutusta psykiatrian kentällä, tulisi psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia tutkia lähivuosina laajemmin. Nyt psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia on tutkittu lähinnä syömishäiriöisten kuntoutuksessa.

Keho ja mieli ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Jatkotutkimusehdotukseni on psykofyysisen fysioterapian vaikutukset työhyvinvoinnissa tuki- ja liikuntaelimesten vaivojen ja kipujen sekä henkisen uupumisen ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä. Pitkään jatkunut stressi aiheuttaa henkistä uupumista ja vaikuttaa näin ollen työkyvyttömyyteen ja sairauspoissaoloihin. Opinnäytetyössäni olevien tutkimusten tuloksina psykofyysisen fysioterapian kuntoutusjaksoista olivat muun muassa lisääntynyt kontrollin tunne, lihasjännitysten ja kipujen lieventyminen, lisääntynyt tietoisuus itsestä, tasapainoinen keho ja mieli, läsnäoleminen omassa itsessään, kohentunut ryhti, rentous sekä vapautunut hengitys. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä voisi soveltaa työelämän kentällä ennaltaehkäisevänä terapiamenetelmänä ja voimavarojen antajana, ja tutkia menetelmien vaikuttavuutta stressin ja henkisen uupumisen hoidossa ja ennaltaehkäisyssä.

Lähteet

Airaksinen, T. 1999. Minuuden rakentajat. Keuruu: Otava. Teoksessa Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 1998. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Bearfield, D. & Eller, W. 2008. Writing a literature review: The art of scientific literature. Teoksessa Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteen sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4.

Birmingham, P. 2000. Reviewing the Literature. Teoksessa Wilkinson, D. Researcher's Toolkit: The Complete Guide to Practitioner Research. Teoksessa Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteen sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4.

Caddy, P. & Richardson, B. 2012. A pilot body image intervention programme for in-patients with eating disorders in an NHS setting. International Journal of therapy & rehabilitation vol. 19:4. 190-199.

Dropsy, J. 1988. Den harmoniska kroppen. En osynlig övning. Stockholm: Natur och Kultur. Teoksessa Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 1998. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Dropsy, J. 1987. Leva i sin kropp. Kroppsuttryck och mänsklig kontakt. Natur och Kultur. Teoksessa Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 1998. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Fink, A. 2005. Conducting research literature reviews: from the internet to the paper. Teoksessa Salminen, A. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteen sovelluksiin. 2011. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4.

Franssila, P. 2007. Fysioterapialla mahdollisuus rakentaa kehollista eheyttä. Fysioterapia vol. 54, 2007: 1.

Fysioterapia-lehti. 2008. Fysioterapiaryhmissä harjoitellaan tervettä suhtautumista omaan ruumiiseen. Vol. 55, 2008: 3.

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

Herrala, H. Kahrola, T. & Sandström, M. 2010. Psykofyysinen ihminen. 1. - 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Jaakkola, R. 2009. Psykofyysinen fysioterapia - Kokemus kehossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt, nro 5. <http://julkaisut.tamk.fi/PDF-tiedostot-web/C/5-Psykofyysinen-fysioterapia3-Kokemus-kehossa.pdf>. Luettu 17.3.2014.

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

Johnsen, R. & Råheim, M. 2010. Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. Advances in Physiotherapy 2010; 12: 166-174.

Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. 1995. Jalka potkee mieli notkee - Liikunta mielenterveyden tukena. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola R. 2005. Psykofyysinen fysioterapia - Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt, nro 2.

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle - työkirja. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf.

Luettu 13.4.2014.

Psykofyysinen fysioterapia. 2013. www.psyfy.net. Luettu 21.11.2013; 9.1.2014; 19.3.2014.

Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki: SHKS. Teoksessa Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 1998. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Roxendal, G. 1985. Body awareness therapy and the body awareness scale. Treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy.

http://www.ibk.nu/abstracts/avhandling_roxendal.pdf. Luettu 13.1.2014.

Roxendal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv - sjukgymnastik inför framtiden. Lund: Studentlitteratur. Teoksessa Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja halintotieteen sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4.

Sandström, M. 1999. Ruumiinkuva - mistä kaikesta se muodostuu? Fysioterapia vol. 46, 1999: 2.

Sandström, M. 1999. Kun ruumiinkuva häiriintyy. Fysioterapia vol. 46, 1999: 3.

Skjaerven, L., Gard, G. & Kristoffersen, K. 2004. Greek sculptures: A tool in understanding the phenomenon of movement quality. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* vol. 8, 2004: 3. Tutkimuksessa Thörnborg, U. & Mattsson, M. 2010. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders - A cross-sectional study. *Advances in Physiotherapy* 2010; 12: 24-34.

Suomen Fysioterapeutit. 2014.

https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=275. Luettu 17.3.2014.

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

Thörnborg, U. & Mattsson, M. 2010. Rating body awareness in persons suffering from eating disorders - A cross-sectional study. *Advances in Physiotherapy* 2010; 12: 24-34.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 1.4.2014.

Wickström, C. 2004. Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. Fysioterapia vol. 51, 2004: 7.

World Health Organization. 2004. International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.who.int/classifications/icf/en/> . Luettu 27.11.2013.

Kuviot

Kuvio 1: Ihmisen toimintakykyä ja toiminnan rajoitteita kuvaava ICF-malli	9
Kuvio 2: Kehonkuvaan ja sen kehittymiseen vaikuttavat tekijät	16
Kuvio 3: Kehonkuvan määritelmiä kirjallisuuden perusteella	25
Kuvio 4: Kehonkuvaan vaikuttavat tekijät tutkielman perusteella	32

Taulukot

Taulukko 1: Ihmisen olemassaolon kolme perusmuotoa	12
Taulukko 2: Olemassaolon eri tasot	13
Taulukko 3: Kehonkuvaa ja sen osatekijöitä käsittäviä termejä	17
Taulukko 4: Opinnäytetyöhön haetut ja hyväksytyt tutkimukset tietokannoittain	21
Taulukko 5: Esimerkki sisällönanalysistä	23
Taulukko 6: Psykofyysisen fysioterapian harjoitusmenetelmien vaikutuksia kehonkuvaan	26

Kaaviot

Kaavio 1: Tutkimushaussa käytetyt hakusanat 21

Liitteet

Liite 1: Abduktiivinen sisällönanalyysi	44
Liite 2: Abduktiivinen sisällönanalyysi	46

Liite 1: Abduktiivinen sisällönanalyysi. Miten kehonkuvan käsite kuvataan ja määritellään psykofyysisessä fysioterapiassa?

Alkuperäinen ilmaus, mahdollinen suomennos	Pelkistetty ilmaus	Sisältöluokka	Alaluokka
<i>Tajunnallisuus on kehon mielellistä oivaltamista. Kun mieli liittyy tajunnassamme johonkin objektiin, ilmiöön, syntyy merkityssuhde. Ilmiöt kuten rentoutuminen, kipu, itsenäisyys ja toimintakykyisyys välittävät kehossa ja tajunnassa erilaisia mieliä. Nämä luovat verkostoja, joiden kautta ihmisen maailmankuva ja käsitys itsestä eli kehonkuva, minäkuva, voivat syntyä (Rauhala 1989).</i>	Kehossa tapahtuvien ilmiöiden tunnistaminen ja ymmärtäminen muodostavat käsitystä omasta kehosta.	Kehon tunnistaminen ja ymmärtäminen	Kehontuntemus
<i>Sikiö aistii ja erottaa muotoja, liikkeitä ja rytmejä. Näitä pidetään esihavaintoina vallitsevasta ympäröivästä maailmasta. Kun vähitellen lapsen tietoisuus kasvaa, myös henkinen matka omaan itseen ja ruumiiseen alkavat kehittyä. (Herrala ym. 2008, 27).</i>	Kokemukset ja aistihavainnot ympäröivästä maailmasta vaikuttavat ja muokkaavat kehonkuvaa.	Aistihavainnot ympäröivästä maailmasta	Kokemuksellisuus
<i>Kehonkuva on yksilön omaan kehoon liittyvien havaintojen, asenteiden ja uskomusten systeemi, mihin liittyy sisäisiä kokemuksia, mielikuvia, uskomuksia ja asenteita. (Klemola 2000).</i>	Kehonkuva koostuu yksilön omista, omaan kehoon kohdistuvista mielikuvista ja asenteista.	Havainnot ja mielikuvat kehosta	Kehonkuva

<p><i>Kokemus itsestä pohjautuu usein yksilön omiin sisäisiin kokemuksiin, kun taas identiteetti määräytyy monesti ulkoapäin tulevan arvostelun mukaisesti. (Thörnborg & Mattson 2010).</i></p>	<p>Yksilön sisäiset kokemukset omasta itsestä muokkaavat ja vaikuttavat kehonkuvaan.</p>	<p>Kokemus itsestä</p>	<p>Kokemuksellisuus</p>
<p><i>Epäonnistumiset ja onnistumiset satutuilla elämänalueilla vaikuttavat vahvasti yksilön kuvaan ja käsitykseen itsestä. (Thörnborg & Mattson 2010).</i></p>	<p>Kokemukset elämän eri tilanteista vaikuttavat ja muokkaavat kehonkuvaa.</p>	<p>Arvio omista kyvyistä, tilanteisiin reagoimisen tunnistaminen</p>	<p>Kokemus itsestä</p>
<p><i>Kehonkuvaan vaikuttavia osatekijöitä ovat muiden arvio omasta itsestä ja ulkonäöstä, sosiaalinen minä, omanarvontunto, tilanteiden hallintakyky, tietoisuus itsestä, menneisyys, mielen toiminta, keholliset aistimukset, liikkumisen säätely sekä kehon kokonaiskuvan rakentuminen. Minäkokemus ja kehonkuva eivät aina vastaa realiteetteja, jolloin ne ovat vääristyneitä. (Franssila 2007, 19; Sandström 1999, 17).</i></p>	<p>Sosiaalinen palaute, oma arvio ja tietoisuus itsestä, menneisyys, mielen ja kehon toiminta sekä kokonaiskuva omasta kehosta ovat kehonkuvan osatekijöitä. Mielikuvien ollessa epärealistisia kehonkuva vääristyy.</p>	<p>Vuorovaikutus ympäristön kanssa, omat havainnot ja mielikuvat kehosta, kehontuntemus, realistinen kuva itsestä</p>	<p>Kehontuntemus Kehotietoisuus</p>

Liite 2: Abduktiivinen sisällönanalyysi. Miten kehonkuvaan vaikutetaan psykofyysisen fysioterapian harjoitusmenetelmillä?

Alkuperäinen ilmaus, mahdollinen suomennos	Pelkistetty ilmaus	Sisältöluokka	Alaluokka
<i>Eletty elämä vahvistaa ihmistä alituisesti ja näin ollen läpi koko ihmisen eliniän yksilö muovaa tiedostamattaan kehonkuvaansa emotionaalisten kokemusten kautta. (Herrala ym. 2008, 26).</i>	Emotionaalisten kokemukset vaikuttavat ihmisen kehonkuvaan läpi koko elämän.	Emotionaaliset kokemukset	Kokemuksellisuus
<i>Ruumiinkuvan ja -tuntemuksen kautta yksilö alkaa hahmottaa omaa kehoaan ja kehotietoisuuttaan. Anatomisten ja fysiologisten rakenteiden kautta välittyvät aistimukset jäsenyvä tajuunsa mielen sisäistämäksi kehoksi ja kehotietoisuudeksi. (Herrala ym. 2008, 25).</i>	Fyysisten kehon rakenteiden kautta mielelle välittyvät tuntemukset vaikuttavat kehonkuvaan.	Kehosta mielelle välittyvät aistimukset, tietoisuus omasta kehosta	Aistihavainnot omasta kehosta Kehotietoisuus
<i>Kehonkuvan syntymiseen ja kehittymiseen vaikuttavat monet tekijät, muun muassa biologis-sensoriset tekijät, sosiaalinen palaute ja vuorovaikutustilanteet, ruumiin muisti, kognitiiviset tekijät sekä emotionaaliset kokemukset. (Herrala ym. 2008, 37).</i>	Kehonkuvaan vaikuttavat vuorovaikutus ympäristön kanssa, omasta kehosta mielelle välittyvät aistimukset sekä emotionaaliset tekijät.	Kehosta mielelle välittyvät aistimukset, vuorovaikutus vallitsevan ympäristön kanssa	Emotionaaliset kokemukset
<i>Tavoitteena on antaa ratkaisumalleja ja selviytymiskeinoja elämään hengityksen, asentojen ja liikkumisen sekä näiden kautta heränneiden tunteiden</i>	Oikeanlaisella hengityksellä, liikkumisella ja asennoilla voidaan vaikuttaa kehonkuvaan. Positiivinen vaikutus on	Kehosta mielelle välittyvät aistimukset, liike- ja hengitysterapia, oman kehon hyväksyminen	Myönteinen asenne omaa kehoa kohtaan

<p><i>avulla. Psykofyysiseen fysioterapiaan kuuluvat myös kehollisuuden kokeminen, tunnistaminen ja hyväksyminen. (Psykofyysinen fysioterapia 2013).</i></p>	<p>myös kehollisuuden hyväksymisellä ja kokemisella.</p>		<p>Liike- ja hengitysterapia</p>
<p><i>Body awareness- terapia sisälsi makuu-, istuma- ja seisomaharjoituksia, joiden aikana keskityttiin hengitykseen, liikkeen aikaansaamiseen kehon keskilinjasta lähtien sekä liikkeen jatkuvuuteen. Tuloksena olivat ryhmäläisten lisääntynyt kehotietoisuus, parempi ja myönteisempi suhde itseä ja omaa kehoa kohtaan, lisääntynyt tunne itsestä kokonaisuutena, edistynyt läsnä olominen omassa kehossa, kontrollin tunne, vakaus ja rentous sekä eheämpi itsetunto. (Johnsen & Råheim 2010).</i></p>	<p>Hengitys- ja liikeharjoitteilla sekä kehon keskilinjan tunnistamisella voidaan edistää kuntoutujan itsetuntoa, kehotietoisuutta ja kehonkuvaa.</p>	<p>Kehon keskilinjan löytäminen, liike- ja hengitysterapia, kehosta mielelle välittyvät aistimukset</p>	<p>Liike- ja hengitysterapia Kehotietoisuus Myönteinen asenne omaa kehoa kohtaan</p>
<p><i>Tutkimuksen fysioterapiamenetelmiä olivat kehotietoisuusterapia, kosketusharjoitukset, hieronta, omakuvan piirtäminen, kuuntelemistaidot ja peiliharjoitukset. Osallistujille annettiin myös tietoa anatomiasta ja fysiologiasta. Tutkimuksen tuloksena saatiin osallistujien todempi ja kohentunut kehonkuva, edistynyt kehotietoisuus, madaltunut kynnys antaa toisen koskettaa, parantunut ryhti ja positiivisempi asenne omaa kehoa kohtaan. Lopputuloksena oli, että fysioterapialla voidaan vaikuttaa kehonkuvan kokemiseen ja sen eheyttämiseen. (Caddy & Richardson 2012).</i></p>	<p>Kosketus-, peili-, piirros-, ja vuorovaiikutusharjoitteet sekä hieronta ja ryhdin huomioiminen edistävät kehotietoisuutta ja vaikuttavat näin ollen positiivisesti kehonkuvaan.</p>	<p>Tietoisuus omasta kehosta ja sen anatomisista ja fysiologisista toiminnoista, hieronta ja kosketus, peili ja piirtäminen fysioterapian apuvälineenä</p>	<p>Myönteinen asenne omaa kehoa kohtaan Kehotietoisuus Kehosta mielelle välittyvät aistimukset</p>

<p><i>Keholliset kokemukset luovat ymmärrystä itsestä ja maailmasta, ja kehotietoisuus edistää tietoisuutta omasta itsestä. Neurobiologiset löydökset ilmentävät kehon toimintojen vaikutusten tärkeyttä tarkasteltaessa ihmisen tunteita ja käyttäytymistä. Psykiatrisen kentän fysioterapeuttisessa harjoittelussa kehotietoisuuden edistäminen on avainasemassa. (Thörnborg & Mattson 2010).</i></p>	<p>Kehon toiminnoilla sekä tunteilla ja ihmisen käyttäytymisellä on suora yhteys toisiinsa. Kehotietoisuuden harjoittelulla voidaan edistää potilaan tietoisuutta omasta itsestä.</p>	<p>Kehotietoisuus yhteydessä oman kehon kokemiseen, kokemukset omasta kehosta</p>	<p>Kehotietoisuus Kokemuksellisuus Keho ja mieli</p>
<p><i>Tasapainon hallinta, yhteys alustaan ja liikkeet suhteessa fyysiseen ympäristöön vaikuttavat yksilön liikkumiseen. Ryhti, vapaa hengitys ja tietoisuuden taso ovat yhteydessä toisiinsa ja vaikuttavat yksilön dynaamiseen tasapainoon ja liikkeen hyvään laatuun. (Skjaerven ym. 2004).</i></p>	<p>Hyvä tasapaino, ryhti, vapaa hengitys sekä yhteys alustaan auttavat hahmottamaan omaa kehoa ja sen suhdetta vallitsevaan ympäristöön.</p>	<p>Hengitysharjoitteet, yhteys alustaan, tasapaino</p>	<p>Liike- ja hengitysterapia Oman kehon suhde ympäristöön</p>
<p><i>Kipu, motivaatio ja tunnereaktiot vaikuttavat kehonkuvaan ja ryhdin kontrolliin. (Thörnborg & Mattson 2010).</i></p>	<p>Myönteisillä tunnereaktioilla, motivaation lisäämisellä ja kivun lieventymisellä voidaan vaikuttaa kehonkuvaan positiivisesti.</p>	<p>Emotionaaliset kokemukset, kivun poisto, motivaatio</p>	<p>Kehon fysiologiset ilmiöt Emotionaaliset kokemukset</p>
<p><i>Psykofyysisessä fysioterapiassa terapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde on yhtä tärkeää kuin itse terapiakin ja terapeutti voi toimia kanavana asiakkaan esiin tuomille tunteille. (Wickström 2004, 26).</i></p>	<p>Asiakkaan ja fysioterapeutin vuorovaikutussuhde terapiajaksolla tärkeää ja vaikuttaa kuntoutujaan positiivisesti.</p>	<p>Luottamussuhde</p>	<p>Vuorovaikutus</p>

