



SAVONIA

MUU RAPORTTI - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

KEHOTIETOISUUSHARJOITTEET SYÖMISHÄIRIÖASIAKKAAN KUNTOUTUMISEN TUKENA –

Opas henkilöstölle

TEKIJÄ/T:

Päivi Keränen
Sanna Löppönen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Fysioterapeutin tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Päivi Keränen ja Sanna Löppönen	
Työn nimi Kehotietoisuusharjoitteet syömishäiriöasiakkaan kuntoutumisen tukena – opas henkilöstölle	
Päiväys 13.7.2022	Sivumäärä/Liitteet 35
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Oulun Kaupunki, Mielenterveyskeskus Tuike	
<p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kehittämistyönä, jonka tarkoituksena oli tuottaa opas mielenterveyskeskuksen henkilöstölle psykofyysisen fysioterapian käytännön harjoitteista osana syömishäiriö asiakkaan kuntoutumista. Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa korostetaan mielen ja kehon välistä yhteyttä ja niiden muodostamaa kokonaisuutta. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on tukea ja edistää kokonaisvaltaisesti ihmisen voimavaroja ja toimintakykyä. Työn tilaajana toimi Mielenterveyskeskus Tuike. Työryhmän toiveena oli, että oppaan materiaali keskittyisi kehotietoisuutta tukeviin harjoitteisiin. Työn tavoitteena oli lisätä henkilökunnan tietoa käytettävistä menetelmistä ja ohjata menetelmien käyttöä.</p> <p>Oppaan pohjana käytettiin saatavilla olevaa tutkimustietoa ja voimassa olevaa Käypä hoito -suositusta Syömishäiriöpotilaan hoidosta. Tutkimustiedon haussa hyödynnettiin PubMed-, Pedro-, Medic- ja Theseus-tietokantoja. Lisäksi käytettiin Terveysportti tietokantaa ja syömishäiriöiden Käypä hoito -suositusta. Tutkimustiedon pohjalta tuotettiin opas kehotietoisuusharjoitteiden hyödyntämisestä syömishäiriöasiakkaan kuntoutumisen tukena. Oppaan harjoitteita valittaessa huomioitiin kyseisen yksikön kohderyhmä ja hoitosuhteen kesto. Oppaan valmistuttua henkilöstölle järjestettiin perehdyttämispäivä oppaan sisällöstä. Perehdytyspäivässä käytiin keskustelua asiakkaan kohtaamisesta merkityksellisistä tekijöistä ja psykofyysisen fysioterapian elementeistä, joita kuntoutustyöryhmässä käytettiin aiemman ammatillisen osaamisen pohjalta. Lisäksi perehdytyspäivässä käytiin läpi oppaan harjoitteet ja työntekijät pääsivät kokeilemaan harjoitteiden toteuttamista.</p> <p>Kuntoutustyöryhmä voi hyödyntää opasta syömishäiriöpotilaan kuntoutuksen tukena. Lisäksi yksikkö voi hyödyntää opasta menetelmäkoulutuksissa ja perehdytyksessä. Jatkossa oppaan käyttöä ja harjoitteita voitaisiin arvioida sekä työyksikön ammattilaisten että asiakkaiden kokemusten pohjalta. Lisäksi voitaisiin pohtia asiakkaille suunnatun oppaan valmistamista omatoimiharjoitteiden tueksi.</p>	
Avainsanat syömishäiriöt, psykofyysinen fysioterapia, kehotietoisuus	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme in Physiotherapy	
Author(s) Päivi Keränen and Sanna Löppönen	
Title of Thesis Body Awareness Exercises to Support the Rehabilitation of an Eating Disorder Client – a guide for staff	
Date 13.7.2022	Pages/Appendices 35
Client Organisation /Partners City of Oulu, the Mental health unit Tuike	
<p>Thesis was conducted as a qualitative development work. The purpose was to produce a guide for the staff of the mental health unit on the practical exercises of psychophysical physiotherapy as part of the rehabilitation of the client with an eating disorder. Psychophysical physiotherapy is a specialized field of physiotherapy that emphasizes the connection between mind and body. The aim of psychophysical physiotherapy is to support and promote a person's functional resources and capacity comprehensively. The client organisation of the development work was Tuike Mental Health Center. The working group's wish was that the guide's material would focus on exercises that support body awareness. The goal of the development work was to increase the staff's knowledge of the methods and to guide the use of the methods.</p> <p>This guide was based on available research data and the valid Käypä hoito recommendation for the treatment of patients with eating disorders. PubMed, Pedro, Medic and Theseus databases were used in the search for research information. In addition, the Terveystieto database and the Käypä hoito -recommendation for eating disorders were used. Based on the research information, a guide was produced on the use of body awareness exercises to support the rehabilitation of an eating disorder client. When choosing the guide's exercises, the target group of the respective unit and the duration of the therapeutic relationship were taken into account. After the guide was completed, an orientation day was organized for the staff on the content of the guide. In the orientation day, there was a discussion about the relevant factors when meeting the client and the elements of psychophysical physiotherapy, which were used in the rehabilitation work group based on previous professional expertise. In addition, during the orientation day, the exercises of the guide were reviewed and the employees were able to try out the exercises.</p> <p>The Rehabilitation team can use the guide to support the rehabilitation of the eating disorder patient. In the future mental health unit can benefit from the guide in method training and orientation. Also, the use of the guide and the exercises could be evaluated based on the experiences of both the professionals of the work unit and the customers. Additionally, it might be useful to make a guide aimed at customers to support self-help exercises.</p>	
Keywords eating disorders, psychophysical physiotherapy, body awareness	

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 SYÖMISHÄIRIÖT	6
2.1 Laihuushäiriö (anorexia nervosa)	7
2.2 Ahmimishäiriö (bulimia nervosa)	8
2.3 Ahmintahäiriö (binge eating disorder, BED)	9
3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA JA KUNTOUTUKSESSA	10
3.1 Kehonkuva ja kehotietoisuus	12
3.2 BBAT (Basic Body Awareness Therapy)	13
3.3 Hengitys.....	14
3.4 Psykofyysinen hengitysterapia	15
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	17
4.1 Kehittämistyön suunnittelu	17
4.2 Kehittämistyön toteutus	18
4.3 Kehittämistyön arviointi	20
5 POHDINTA	21
5.1 Kehittämistyön prosessi	21
5.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	22
5.3 Oppimiskokemukset	23
5.4 Hyödynnettävyys ja kehittämisideat	23
LÄHTEET	25
LIITE 1: OPAS.....	28
LIITE 2: KYSELYLOMAKE.....	35

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt ovat yleisimmin nuorilla aikuisilla ja nuorilla esiintyviä mielenterveyden häiriöitä. Koko väestöstä Suomessa sairastaa laihuushäiriötä 1–5 % ja syömishäiriötä esiintyy useammin naisilla kuin miehillä. Syömishäiriöihin liittyy syömiseen liittyvän poikkeavan käyttäytymisen lisäksi psyykkistä, fyysistä tai sosiaalista toimintakyvyn häiriintymistä. Tunnetuimmat syömishäiriön tyypit ovat laihuus- ja ahmimishäiriö. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.) Syyt syömishäiriön syntyyn ovat monitekijäiset ja yleensä siihen liittyy kriittisyys omaa itseä ja kehoa kohtaan (Ruuska 2021).

Syömishäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa voidaan Käypä hoito -suosituksen mukaisesti hyödyntää osana kuntoutusta fysioterapiaryhmiä, joissa tavoitteena on kehonhallinnan ja -tuntemuksen lisääntyminen, ruumiinkuvan selkiyttäminen sekä hyväksyvän suhteen luominen kehon ja mielen välillä. Lisäksi osana kuntoutusta voidaan hyödyntää ahdistuksen hallinta- ja rentoutusryhmiä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.) Kehotietoisuusharjoitteilla on tutkittu olevan myönteisiä vaikutuksia syömishäiriöpotilaiden kuntoutuksessa (Albertsen, Natvik & Råheim 2019).

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa korostetaan mielen ja kehon välistä yhteyttä ja niiden muodostamaan kokonaisuutta. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on tukea ja edistää kokonaisvaltaisesti ihmisen voimavaroja ja toimintakykyä. Kokonaisvaltaisuudella tarkoitetaan sitä, että keho ja mieli huomioidaan yhtenäisenä kokonaisuutena, eikä toisistaan irrallisina asioina. Psykofyysiseen fysioterapiaan ohjautuvalla asiakkaalla voi olla haasteita esimerkiksi itsetunnon ja oman kehonkuvan kanssa, kuten esimerkiksi syömishäiriöissä. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys RY julkaisuaika tuntematon; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.) Itsetunnon ja myönteisemmän kehonkuvan vahvistumista voidaan tukea psykofyysisen fysioterapian ja sen menetelmien avulla. Lisäksi tavoitteena voi olla esimerkiksi jännityksen tai ahdistuksen lievittyminen, joka myös usein voi esiintyä syömishäiriöiden liitännäisoina. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys RY julkaisuaika tuntematon; Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kehittämistyönä, jonka tarkoitus on tuottaa opas syömishäiriöyksikön henkilöstölle syömishäiriöasiakkaan kuntoutuksessa hyödynnettävistä harjoitteista. Tavoitteena on lisätä henkilökunnalle tietoa käytettävistä psykofyysisen fysioterapian menetelmistä ja ohjata menetelmien käytössä. Aihe on tärkeä työyksikön yhtenäisten toimintamallien kehittämiseksi. Opinnäytetyön kautta opinnäytetyön tekijöille mahdollistuu myös itselle uuden tiedon hankkiminen ja osaamisen vahvistaminen psykofyysisestä fysioterapiasta, sen menetelmistä syömishäiriöasiakkaiden kuntoutuksessa.

Kehittämistyön tilaaja on Oulussa toimiva Mielenterveyskeskus Tuike, joka tarjoaa keskitettyjä avohoidon palveluita nuorille ja aikuisille. Mielenterveyskeskus Tuikkeessa toimii ravitsemuskuntoutus, jossa asiakkailla diagnoosina voi olla anoreksia tai bulimia. Tämä huomioiden opinnäytetyössä keskitytään anoreksia ja bulimia asiakkaiden kuntoutuksessa käytettäviin psykofyysisen fysioterapian menetelmiin.

Avainsanat: syömishäiriöt, psykofyysinen fysioterapia, kehotietoisuus

2 SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat yleisimmin nuorilla ja nuorilla aikuisilla esiintyviä mielenterveyden häiriöitä. Syömishäiriöitä esiintyy useammin naisilla kuin miehillä. Naisilla laihuushäiriön esiintyvyyden on tutkittu olevan 0,9 % luokkaa ja miehillä 0,3 %. Syömishäiriöihin liittyy syömiseen liittyvän poikkeavan käytätymisen lisäksi psyykkistä, fyysistä tai sosiaalista toimintakyvyn häiriintymistä. Tunnetuimmat syömishäiriön tyypit ovat laihuus- ja ahmimishäiriö. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.) Epätavalliset syömishäiriöt ovat kuitenkin yleisimpiä syömishäiriöitä ja näistä yleisin on ahmintahäiriö (Smink, van Hoeken & Hoek 2012). Syömishäiriö voi kuitenkin muuttua samalla henkilöllä ajan myötä tyypistä toiseen (Kamryn ym. 2008). Syömishäiriössä yksilön liikunta ja -ruokailutavat vaikuttavat terveyteen ja toimintakykyyn haitallisesti. Syöminen tai syömättömyys ja voimakas oman kehon kontrolloinnin tarve nousee elämän pääsisällöksi haitaten normaalia arjen sujumista. Kehonkuva on yleensä vääristynyt. (Kauranen 2018, 541.) Syömishäiriöistä laihuushäiriö eli anorexia nervosa ja ahmimishäiriö eli bulimia nervosa on kuvattu erityisesti länsimaisilla nuorilla naisilla, mutta tutkimuksen valossa kulttuurimuutoksen seurauksena syömishäiriöistä kärsitään myös kehitysmaissa. (Sharan & Sundar 2015.) Useimmiten syömishäiriö alkaa laihduttamisena ja aluksi positiiviset onnistumiset laihduttamisesta vahvistaa sairastuneen tunnetta hallita elämää. Pikkuhiljaa sairaus kuitenkin alkaa hallita sairastuneen elämää rajoittaen arkea, määrittellen elämän sisältöä, toimintoja ja valintoja. Sairastuneen kokema helpotus oksentelusta, ahmimisesta ja laihduttamisesta muuttuu jatkuvan ahdistuksen, mielialanvaihtelujen ja uupumuksen myötä havahtumiseen siitä, ettei voi enää hyvin. Sairauden myöntäminen ja siitä kertominen tuntuu vaikealta sekä tuottaa sairastuneelle häpeää. (Meskanen ym. 2019, 16–17.)

Sairastuminen syömishäiriöön johtuu monesta eri syystä, joten yksittäistä selitystä häiriön synnystä ei ole. Tyypillisiin psykologisiin taustatekijöihin nykyisen käsityksen perusteella kuuluu täydellisyyden tavoittelu, itsetunnon ongelmat tai kohtuuton huoli omasta ulkomuodosta. Perinnölliset tekijät, sekä ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat kuten ongelmat perheessä, koulukiusaaminen ja ristiriidat kuten seurustelusuhteen loppuminen, vuorovaikutuksen ongelmat voivat edistää alttiutta sairastua. Ympäristötekijät kuten yhteiskunnan kauneushanteet, läheisen syömishäiriö, kilpaurheilun vaikutukset myös osana oirekuvaan, sekä sairastumiseen. Psykkisesti kuormittava elämänjakso voi mahdollisesti laukaista syömishäiriön. (Meskanen ym. 2019, 17.)

Syömishäiriö asiakkaiden hoidossa tärkeintä on solmia luottamuksellinen yhteistyösuhde. Nopea hoitoon pääsy, sekä aktiivinen hoito-ote ja ravitsemustilan tehokas korjaaminen voi olla osana parempaa ennustetta paranemiseen. Hoidon toteutus pyritään järjestämään avohoitona. Monet asiakkaat paranevat ilman erityistason hoitoa ja on todettu, ettei hoitopaikka vaikuta ennusteeseen. Hoidon tavoitteena on lopettaa rajut laihdutusyritykset, vakinaistaa syömiskäyttäytyminen, kohentaa ravitsemustilaa, saada jatkuvaa ahmintaa haltuun, pienentää syömishäiriöoireita ja saada fyysiset terveyttä uhkaavat oireet päätökseen sekä helpottaa ja hoitaa psyykkisiä oireita. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus, 2014.)

2.1 Laihuushäiriö (anorexia nervosa)

Laihuushäiriössä on sairaalloinen halu ja tarve laihtua. Oireilu useimmin alkaa päätöksellä lisätä liikuntaa ja syödä terveellisesti. Lähiympäristö saattaa usein tukea tätä toimintaa kehuilla, jonka vuoksi yksilön itsevarmuus, hallinnan tunne, onnistumisen tunne sekä oireilun paheneminen lisääntyvät. Laihuushäiriön oireita ovat vääristynyt kehonkuva, jolloin yksilöllä on epärealistinen käsitys oman kehon painosta, muodosta ja koosta. Oireisiin kuuluvat myös vähäinen syöminen. Energiasaannin rajoittaminen, runsas liikkuminen, lihomisen pelko ja pakonomainen tarve laihtua. (Kauranen 2018, 541.) Sairastuminen johtaa useimmiten sosiaaliseen eristäytymiseen. Laihuushäiriöön sairastunut kärsii myös usein unettomuudesta, masennuksesta ja ahdistuksesta sekä kokee olevansa iloton ja ärtynyt. (Ruuska 2021.)

Laihuushäiriöön liittyy usein muita mielenterveydenhäiriöitä, kuten vakavaa masennusta, pakko- oireista häiriötä ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa (Ruuska 2021). Sairastunut henkilö jaottelee ruokalajit sallittuihin ja kiellettyihin, on sairaalloisen kiinnostunut ruuasta, sekä usein puuttuu myös muiden perheenjäsenten ruokailutottumuksiin. Nääläntunne lisää vihamielisyyttä, unettomuutta, ehkä viiltelyä sekä muuta psyykkistä ja itsetuhoista oireilua. Pakkoliikunnalla torjutaan nääläntunnetta. Painonpudotuksen tehostamisessa käytetään, joskus nesteenpoisto- ja ulostuslääkkeitä, jotka nostavat sydäntahtumien riskiä elektrolyyttitasapainohäiriöiden kautta. (Kauranen 2018, 541.)

Aliravitsemus vie sairastuneen kehon eriasteisiin puutostiloihin, kuten kuukautisten poisjääntiin, vastustuskyvyn laskuun, hedelmättömyyteen, luukatoon, hiusten lähtöön, lihasatrofiaan, verenpaineen ja sykkeen laskuun, pahimmassa tapauksessa sydänpysähdykseen ja kuolemaan. Sairauteen kuuluu myös muuhun väestöön verrattuna kasvanut kuolemanriski ja itsemurhariski. Koko väestöstä Suomessa sairastaa laihuushäiriötä 1–5 %, joista 50–70 % toipuu somaattisesti täysin viiden vuoden sisällä, 20–30 % sairaus ja oireilu jatkuu aikuisikään saakka. (Kauranen 2018, 541–542.) Laihuushäiriössä 10–20 %:lla sairaus kroonistuu (Ruusunen, Huovinen & Laukkanen 2017). Heikentävät tekijät paranemisennusteessa ovat matala painoindeksi, pitkä sairaushistoria, useat osastohoidot, pitkä sairastamisaika hoitoon pääsyä edeltävästi, alkoholin liikkakäyttö ja heikkous sosiaalisessa toimintakyvyssä (Kauranen 2018, 541–542).

Laihuushäiriöön sairastumiseen johtavat syyt ovat monitekijäiset. Laihuushäiriö on yleisempi naisten keskuudessa kuin miehillä. Sairastunut nuori on usein menestynyt, mutta itseään kohtaan hyvin kriittinen, sekä täydellisyyteen pyrkivä. Tietynlaiset ammatit kuten malli ja harrastukset kuten taitoluistelu, baletti, tai voimistelu lisäävät riskiä sairastua laihuushäiriöön. Traumaattiset kokemukset tai sellaiset kokemukset, jotka pahentavat negatiivista kuvaa omasta kehosta, mutta myös perinnölliset tekijät kasvattavat alttiutta sairastua laihuushäiriöön. (Ruuska 2021.)

Laihuushäiriön hoidossa on tärkeää saada sairastunut nopeasti hoitoon, koska laihuushäiriö on vakava mielenterveyshäiriö. Sairastunut kokee sisäisen arvomaailmansa perusteella lääkäreiden tai omaisten kehotukset huolehtia terveellä tavalla ruokavaliostaan ja painostaan hyödyttämättömäksi, joka osaltaan voi hoidon kannalta olla ongelmallista. Hoitoon motivoitunut asiakkaan kuntoutus koostuu huolellisesta painon seuraamisesta, ravitsemusterapiasta, psykoterapiasta tai mahdollisesti perheterapiasta. Useat asiakkaat hyötyvät alkuvaiheen kuntoutuksessa erityisesti psykofyysisestä fysioterapiasta,

joka tukee positiivista sekä normaalia kehonkuvaa, löytäen myös keinoja helpottaa ahdistusta. Itse sairauteen ei ole lääkinnällistä hoitoa, mutta jos asiakkaalla on muita mielenterveyden häiriöitä kuten vakavaa masennusta, ahdistusta tai pakko-oireita voidaan niitä hoitaa lääkehoidolla. Hoito toteutetaan yleensä avokuntoutuksessa, mutta tarvittaessa myös sairaalahoidossa. Sairaalahoito voidaan järjestää tarvittaessa myös tahdonvastaisesti. Kuntoutumisen ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin näkökulmasta tärkeää on, ettei sairastunut eristäydy läheisistään eikä ystävistään. (Ruuska 2021.)

Syömishäiriöistä toipuminen vie useita vuosia aikaa ja pitkäaikaisesta syömishäiriöstä kärsivän sairastuneen tulisi saada säännöllistä seurantaa (Ruusunen, Huovinen & Laukkanen 2017). Epätyypillinen laihuushäiriö eli anorexia nervosa atypica on samanlainen kuin laihuushäiriö, mutta kaikki diagnoosiin tarvittavat kriteerit eivät toteudu. Näistä tyypillisimpiä syitä tähän diagnoosiin ovat vähäinen painonlasku tai kuukautisten säilyminen (Kauranen, 2018 542).

2.2 Ahmimishäiriö (bulimia nervosa)

Ahmimishäiriössä sairastunut saa ahmimiskohtauksia, jonka jälkeen tulee tyhjennysvaihe ulostuslääkkeiden avulla ja oksentamalla. Ahmimiskohtaukset ovat sairastuneen mielestä itsekurin ja – hallinnan menetyksiä, mikä aiheuttaa sairastuneelle masennusta, ahdistusta ja häpeää. Sairastunut lievittää oksentamalla ja runsaalla liikunnalla itseinhoaan, oireiluaan ja häpeätunnettaan. Sairaus yleensä salataan, jolloin ahminta ja oksentelu tapahtuvat salaa yksin ollessaan. Laihuushäiriön tavoin sairastunut pelkää lihomista ja pyrkii hallitsemaan kehon painoaan, mutta ahmimishäiriötä sairastava ei välttämättä selkeästi laihtu, jolloin ulkopuolisten on vaikea havaita sairastumista. (Kauranen 2018, 542.)

Ahmimishäiriöön kuuluu paljon moninaisia oireita, joita ovat esimerkiksi: jatkuva ulkomuodon tarkistaminen peilistä tai painon tarkkailu vaivalla, itsensä kokeminen liian lihavaksi ja liiallinen keskittyminen ulkomuotoon ja painoon, itselle tehdyt ankarat tavoitteet laihduttamisen suhteen, jyrkät säännöt syömisen säännöstelyyn liittyen tai pakonomainen ruuan ja syömisen ajattelu sekä vaikeudet syödä toisten seurassa. Toistuvat hallitsemattomat ahmimiskohtaukset, jotka helpottavat omaa oloa, tapahtuvat salassa, jonka seurauksena häpeä, syyllisyys itseinho ja ahdistuneisuus. Sairastunut kompensoi ahmintakohtauksiaan ja kontrolloi painoaan liiallisella liikunnalla, ahmittujen ruokien pois oksentamisella, ulostus- tai nesteestoilääkkeiden nauttimisella. (Meskanen ym. 2019, 20–21.)

Bulimian voi ulkopuolinen havaita ruokailujen loputtua välittömästi seuraavista vessakäynneistä, verestävistä silmistä, jotka ovat aiheutuneet oksentamisesta. Ahmimishäiriöön kuuluu myös psyykkistä oireilua, kuten itsetuhoisuutta ja viiltelyä. (Kauranen 2018, 542.) Oksentamisesta aiheutuvia ikäviä ja vaarallisia vaikutuksia ja komplikaatioita kuten hammaskiilteen vaurioituminen, äänen käheys (äänihuulten ärtyminen), sylkirauhasten ärtyminen, pallea-aukon löystyminen, vatsalaukun motoriikan häiriintyminen, elektrolyyttitasapainon häiriintyminen, kehon kuivuminen josta voi aiheutua vakava nestehukka, kehon happamoituminen, ruumiinlämmön lasku, hormonitoiminnan häiriintyminen, infektioherkkyyden lisääntyminen, perusaineenvaihdunnan aleneminen, psyykkisen ahdistumisen lisääntyminen. (Meskanen ym. 2019, 27.)

Ulostuslääkkeitä käyttävät noin kolmasosa bulimiam sairastavista, seuraukset näiden käytöstä ovat vain huonoja kuten nestehukka, peräaukon ärtyminen ja peräpukamat, veren elektrolyyttitasapainon häiriintyminen, paksusuolen motoriikan häiriöt, paksusuolen hermoston vauriot ja toistuvilla yliannostuksella on toksinen eli myrkyllinen vaikutus. Lääkkeiden vaikutus painoon on vähäistä, koska suurin osa ruuan ravintoaineista imeytyy vatsalaukussa ja ohutsuolessa. (Meskanen ym. 2019, 28.)

2.3 Ahmintahäiriö (binge eating disorder, BED)

Ahmintahäiriö (BED) on yksi ahmimishäiriöihin kuuluva syömishäiriö. Sairastunut ei tee välitöntä tyhjennystä ahmimiskohtauksen jälkeen. Ahmimiskohtaukset ovat toistuvia ja hallitsemattomia, eikä sairastunut kykene hallitsemaan ja kontrolloimaan syömistään. Ahmiminen tapahtuu salassa muilta, kohtaukset aiheuttavat itsessään häpeän tunnetta ja itseinhoa. Oksentamiseen liittyviä komplikaatioita ei tule, koska kohtauksiin ei liity oksentelu. Lihavuuteen ja ylipainoon liittyvät ongelmat kulminoituvat ahmintahäiriössä, kuten riski sairastua 2 tyyppiin diabetekseen, ruuansulatuskanavan syöpiin tai sydän- ja verisuonisairauksiin. (Kauranen 2018, 542.)

Epäonnistumisen ja masennuksen tunteet lisääntyvät lukuisista laihdutusyrityksistä, jotka johtaneet kuitenkin uusiin ahmimiskohtauksiin. Hoitamattomana voi johtaa kuolemaan, on vakavuusasteeltaan verrattavissa bulimiaan. Yleisimmin ahmimishäiriöön sairastutaan 25–45-vuoden iässä tyypillisesti sairastunut on nainen, sairastuneista noin 30 % on miehiä. Suomen väestöstä ahmintahäiriötä sairastaa 2–3 % koko väestöstä. (Kauranen 2018, 542.) Tutkimuksissa on saatu myönteisiä viitteitä siitä, että myös ahmintahäiriöpotilaat saattavat hyötyä tietoisuustaitoharjoitteista osana kuntoutusta (Koskinen & Meskanen 2014).

3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA SYÖMISHÄIRIÖIDEN HOIDOSSA JA KUNTOUTUKSESSA

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa korostetaan mielen ja kehon välistä yhteyttä ja niiden muodostamaan kokonaisuutta. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on tukea ja edistää kokonaisvaltaisesti ihmisen voimavaroja ja toimintakykyä. Psykofyysiseen fysioterapiaan ohjautuvalla asiakkaalla voi olla haasteita esimerkiksi itsetunnon ja oman kehonkuvan kanssa, joiden vahvistumista voidaan tukea psykofyysisen fysioterapian ja sen menetelmien avulla. Lisäksi tavoitteena voi olla esimerkiksi jännityksen lievittyminen. (Kauranen 2018, 522.)

Psykofyysinen lähestymistapa käy kaikkien fysioterapeuttiseen työhön, erityisesti se käy mielenterveyden ongelmiin kuten syömishäiriöihin, ahdistukseen ja masennukseen. Psykofyysinen fysioterapia käy myös stressioireista, unettomuudesta, uupumuksesta, tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamien toimintakykyhäiriöistä sekä pitkittyneistä kiputiloista, oman kehon tiedostamisesta ja post- traumaattisesta stressireaktiosta aiheutuvista fyysisistä oireista kärsiville. Psykofyysinen terapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen, jonka myötä sairastunut saa elämäänsä selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja. Terapia sallii oman kehollisuuden kokemisen, hyväksymisen ja tunnistamisen. Terapiassa otetaan huomioon myös liikkumisen, asentojen ja hengityksen nostamien tunteiden, kokemusten ja ajatusten merkitys sairastuneelle. Tavoitteet fysioterapialle muotoutuvat aina sairastuneen elämäntilanteen ja voimavarojen mukaan yksilöllisesti. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys RY julkaisuaika tuntematon.) Psykofyysisessä fysioterapiassa tarkastellaan kehon ja mielen reaktioita, tavoitteena että ymmärrys omasta itsestä ja kehon viestien tulkinnasta vahvistuu (Talvitie ym. 2006, 265).

Syömishäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa voidaan Käypä hoito -suosituksen mukaisesti hyödyntää osana kuntoutusta fysioterapiaryhmiä, joissa tavoitteena on kehonhallinnan ja -tuntemuksen lisääntyminen, ruumiinkuvan selkiyttäminen sekä hyväksyvän suhteen luominen kehon ja mielen välillä. Lisäksi osana kuntoutusta voidaan hyödyntää ahdistuksen hallinta- ja rentoutusryhmiä, jotka ovat psykofyysisen fysioterapian menetelmiä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito- suositus, 2014.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa fysioterapiamenetelmiä ovat:

- liikeharjoitteet (harmonisoiva rauhallinen liike)
- terapeuttinen harjoittelu (liikkeen laatu, liiketavat ja oman kehon arvostus)
- hengitysharjoitukset (oikeanlainen rytmi ja tekniikka)
- pehmytkuduskäsittelyt (rauhottava ja kehoa rajaava kosketus)
- rentoutusharjoitukset (stressi ja sen hallinta)
- ergonomiaharjoitteet (työn kuormituksen säätely ja tunnistaminen, työasennot)
- kehotietoisuus harjoitteet (kehon aistimista lisäävät harjoitteet liikkeessä ja asennoissa)
- vuorovaikutus harjoitteet (kehollinen sanaton viestintä)
- toiminnalliset harjoitteet (painovoima, kuormitus, alusta kehon suhteeseen)
- tanssiterapia, syvävenyttely, pilates (liikuntamuodot, jotka lisäävät kehon tuntemusta)
- ohjaus ja neuvonta (oman kehon kuuntelun ohjaaminen)
- kosketusterapia (tuntemuksen lisääminen omaan kehoon)
- mielikuvaharjoittelu (aivot aktivointi peilisolut)

Psykofyysiseen fysioterapiaan mahtuu monta erilaista menetelmää, sekä kohderyhmää. Terapian keskiössä on mielen ja kehon yhteys, vuorovaikutus terapeutin ja asiakkaan välillä sekä asiakkaan kokemuksellinen oppiminen ja oma kokemus. Psykofyysisen terapian juuret ovat Ruotsista ja sieltä erityisesti Basic Body Awareness eli kehotietoisuus lähestymistapa ja sen soveltaminen ja kehittyminen suomalaiseen terveydenhuoltoon. Norjalainen psykomotorinen fysioterapia (NPMP) on ollut vaikuttamassa myös psykofyysisen fysioterapian kasvuun ja syntyyn Suomessa. (Härkönen ym. 2016.)

Aikaisemmat tutkimukset ovat liittäneet kekokokemuksen syömishäiriöiden kehittymiseen ja sen uusiutumisiin. Vuonna 2019 tehdyn tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella kahta asiakasta, jotka sairastivat ahmintahäiriötä. Tutkittavia haastateltiin perusteellisesti hoidon aikana ja hoidon jälkeen. Tutkimuksen tuloksena oli, että BBAT (Basic Body Awareness Therapy) fysioterapiamenetelmä voi parantaa BED-asiakkaiden terveydentilaa ja tutkittavat kokivat myönteisiä muutoksia omassa suhteessa kehoon ja itseensä (Albertsen, Natvik & Råheim 2019). Myös anoreksiaasiakkaiden kuntoutuksessa BBAT:sta on tutkimuksessa havaittu olevan myönteistä vaikutusta syömiseen liittyviin asenteisiin. Tutkimuksessa havaittiin, että kehonkuva oli muuttunut myönteisemmäksi niillä asiakkailla, joilla se tutkimuksen alkaessa oli häiriintynyt. (Wallin ym. 2002.) Anoreksiaasiakkaat kertovatkin usein kehonkuvan muutoksista, johon liittyy tyytymättömyyttä omaan kehoon (Metral & Mailiez 2018). Soyndy ym. (2012) tutkimuksessa fysioterapeutit vastasivat kysymyksiin syömishäiriöasiakkaiden hoidosta ja kuntoutuksesta. Tutkimuksessa todettiin, että 28:sta fysioterapeutista seitsemän (7) käytti BBAT-menetelmiä. Lisäksi fysioterapeutit käyttivät fyysisiä, toiminnallisia ja manuaalisia menetelmiä ja psykoterapeuttisia menetelmiä, kuten rentoutustekniikoita, mindfulness-harjoitteita ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvia menetelmiä. Lisäksi harjoiteltiin tietoisuus- ja kehotietoisuus-harjoitteita ja yhdeksi keskeiseksi fysioterapeutin rooliksi koettiin juuri kehotietoisuustaitojen tukeminen syömishäiriöpotilaan kuntoutuksessa. (Soundy ym. 2012.) Myös Käypä hoito-suosituksen mukaan fysioterapian tavoitteena syömishäiriöasiakkaan kuntoutuksessa on ohjata asiakasta turvallisen liikunnan lisäksi rentoutumiseen ja muokkaamaan asenteita, käsityksiä sekä kokemuksia omasta kehosta. (Käypä hoito-suositus, 2014.) Tämän työskentelyn tukena voidaan hyödyntää edellä mainittuja BBAT-harjoitteita.

Vuonna 2016 Härkönen ym. tutkimuksessa todettiin, että jooga, aerobinen liikunta sekä kehotietoisuusterapia mahdollisesti vähentävät syömishäiriöön liitettävää patologista käyttäytymistä. Ne voivat myös parantaa fyysistä ja henkistä elämänlaatua bulimia- ja anoreksiaasiakkailla. Kestävyys ja aerobinen harjoittelu nostivat painoindeksiä ja lisäsivät lihasvoimaa sekä kehon rasvaprosenttia anoreksiaan sairastuneella. (Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari 2016.) Huomioitavaa on, että terapiassa harjoittelun ajankohta ja sopivuus asiakkaalle tulee arvioida yksilö- ja tilannekohtaisesti. Vaikean aliravitsemustilan kohennettua, laihuushäiriötä sairastaville ohjattua liikuntaa voidaan pitää turvallisenä (Käypä hoito-suositus, 2014.)

Sojcher ym. (2012) tarkastelivat omassa katsauksessaan meditaation vaikutuksia ahmintahäiriöasiakkaan kuntoutuksessa. Tässä katsauksessa todettiin, että mindfulness-harjoitteet voivat vähentää stressiä, ahdistusta, masennusta ja muita ahmimiseen liittyviä psykologisia tekijöitä. Mindfulness yhdistettynä muihin hoitomuotoihin on antanut myönteisiä viitteitä. Koska mindfulness-harjoitteita voi-

daan toteuttaa niin ryhmässä kuin kotiharjoitteina on tämä tukimuoto osana syömishäiriöön sairastuneen kuntoutuksessa myös kustannustehokasta. (Sojcher ym. 2012.) Tutkimuksissa on saatu myös myönteisiä viitteitä siitä, että ahmintahäiriöön sairastunut saattaa hyötyä tietoisuustaitoharjoitteista osana kuntoutusta (Koskinen & Meskanen 2014). Lisäksi on todettu, että mindfulness -harjoitteiden käyttäminen osana syömishäiriötä sairastavien asiakkaiden kuntoutusta voi lieventää ahdistuneisuutta ja edistää toipumista (Koskinen & Meskanen, 2014).

Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin ahmintahäiriötä sairastavia asiakkaita, todettiin että jooga- ja aerobisten harjoitusten alentavan painoindeksiä ja vähentävän ahmimiskohtauksia. Aerobisten harjoitusten lisänä psykoterapia masennuksen hoidossa tutkimuksen mukaan vähensi masennuksen oireita tehokkaammin. (Vancampfort ym. 2013.) Myös joogaharjoitteista on saatu myönteistä tutkimusnäyttöä, että ne voivat vähentää ahmintahäiriön oireita (McIver, O'Halloran ja McGartland 2009).

Koska mielenterveysyksikkö Tuikkeessa oli laajasti olemassa olevaa tietoa mindfulness- ja rentoutusharjoitteista, kohdennettiin tämän oppaan harjoitteet tutkimusnäytön ja henkilökunnan toiveiden pohjalta koskemaan kehotietoisuusharjoitteita.

3.1 Kehonkuva ja kehotietoisuus

Monet tekijät vaikuttavat kehonkuvan kehittymiseen. Näitä ovat ihmisen terveys, biologis-sensoriset tekijät, kognitiiviset tekijät, ruumiin muisti, erilaiset kokemukset ruumiista, sosiaalinen palaute, emotionaaliset tekijät, sekä tuntemattomat tekijät. Ihmisen ruumiinkuva muovautuu jo lapsuudesta lähtien. Kokemuksiaan kehosta ihminen arvioi jatkuvasti kuten jaksamisesta, kyvystä, hyvänolon kokemuksista, kivuista, muuntuvuudesta ja luotettavuudesta. Mielikuva kehosta, sekä itseensä kohdistamat asenteet ja vaatimukset pitävät samalla yllä vuoropuhelua todellisuuden kanssa, joten mahdolliset kivut tai sairaudet, ikääntyminen muokkaavat ihmisen jo syntyneitä mielikuvia kehosta uudelleen. (Herrala 2008, 29–30.)

Ihmisen kehoon jää muistijälki erilaisista kokemuksista, joihin liittyvät fyysiset reaktiot. Merkityksellisiin kokemuksiin, tapahtumiin tai tilanteisiin ihminen reagoi aina yksilöllisesti. Tärkeät tapahtumat voivat tuntua jännityksenä vatsassa, selässä tai niskassa, toiset saattavat pyörtyä tai kärsiä päänsärystä, ja joillekin voi ilmaantua hikoilua, ihottumaa tai hengen ahdistusta. Nämä ihmisen yksilölliset reaktiot toistuvat läpi elämän, ellei ihminen työstä reagoititapojaan tai nosta tietoiselle tasolle tarkasteltavaksi. Kehonkuva on sisäisiä kokemuksia, havaintoja, mielikuvia, uskomuksia ja asenteita omasta kehosta. (Herrala 2008, 30–31.)

Kehotietoisuutta tarkastellaan erilaisten elinjärjestelmien avulla, joita ovat motorinen järjestelmä, psyykinen järjestelmä, autonominen järjestelmä, immunologinen järjestelmä ja endokriininen järjestelmä. Järjestelmät reagoivat ärsykkeisiin omalla tavallaan, jotka syntyvät yksilössä järjestelmien vaikuttaessa toisiinsa tai yksilön ollessa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Motorisen järjestelmän reaktioita voivat olla nähtävissä esimerkiksi asennoissa, lihasjännityksenä, rentoutumisena tai asentomalleissa. Psyykinen järjestelmän reaktioita voivat olla havainnot, tunteet ja ajatukset. Kehotietoisuus on syväymmärrystä, joka on kokonaisvaltaista ja täysin itsen tiedostamista, ymmärrystä, hahmottamista ja hallintaa. (Herrala 2008, 32.)

Psykofyysisen terapian kuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä ovat erilaiset liikeharjoitteet, rentoutusmenetelmät, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitteet, pehmytkudoskäsittelyt tai vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet. Kuntoutus auttaa sairastunutta saamaan turvallisemman ja varmemman kontaktin itseensä ja omaan tapaansa olla. Asiakas oppii arvostamaan ja aistimaan omaa kehoaan ja sen reaktioita, sekä löytää liikkumiseen erilaisia vaihtoehtoja ja kokemuksia. Kyvyn oppia rentoutumaan, sekä hallita stressiä. Oppii vahvistamaan itsetuntemustaan, säätelämään työasentojaan, vuorovaikutustaitojaan, yhdessä toimimista ja nonverbaalista ilmaisuaan. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys RY julkaisuaika tuntematon.)

Se mitä peilistä näkyy, on tietoista näkömielikuvaa omasta kehosta, näkeekö ihminen itsensä rumaksi tai kauniiksi vaikuttaa sosiaalisessa kanssakäymisessä siten, että onko hän halukas luomaan kontakteja muihin. Negatiivinen ruumiinkuva omasta kehosta johtaa sosiaalisten ongelmien lisäksi muun muassa masennukseen ja syömishäiriöihin. (Herrala 2008, 32.) Lääkärilehden katsausartikkelin mukaan syömishäiriöissä- syömishäiriö asiakkaat arvioivat itseään pääosin ruumiin koon, painon ja syömisen mukaan tai miten edellä mainittuja asioita pystyy kontrolloimaan. Nuoruusiän kehitykseen kuuluu fyysiset muutokset kehossa puberteettikehityksen myötä, jolloin ruumiillisten muutosten vuoksi painonhuolet ja taipumus dieetteihin näyttää lisääntyvän etenkin tytöillä. (Ruuska & Rantanen 2007.)

3.2 BBAT (Basic Body Awareness Therapy)

BBAT (Basic Body Awareness Therapy) menetelmä on näyttöön perustuva Pohjoismaissa (Ruotsissa ja Norjassa) kehitetty kehotietoisuutta korostava lähestymistapa. BBAT:n tavoitteena on saada ihmisen hyvinvointia edistävät voimavarat käyttöön. Perusterveydenhuollossa menetelmää voidaan soveltaa ja käyttää ennaltaehkäisevänä toimintana ja kuntoutumisen tukena. BBTA soveltuu käytettäväksi niin yksilötyöskentelyssä että ryhmätyöskentelyssä. Suomessa terapiaosaamista fysioterapeuteille tarjotaan täydennyskoulutuksena, koostuen kuudesta koulutusosuudesta, joka on 40 opintopisteen laajuinen. (Härkönen ym. 2016.)

BBAT (Basic Body Awareness Therapy) -menetelmän taustalla on liikepedagogi ja psykoterapeutti Jacques Dropsyn psykotonia, jonka fysioterapeutti Gertrud Roxendal on edelleen kehittänyt fysioterapiamenetelmäksi 1970-luvulla. BBAT-terapiassa huomioidaan viisi K:ta eli Keho, Kehon Kuuntelu, Kokemuksellisuus ja Kunnioittava Kohtelu. BBAT:ssa harjoitellaan tunnistamaan oman kehon asentoa ja kuuntelemaan kehoa. Harjoitteita tehdään eri alkuasunnoista (istuen, seisten, makuultaan) hengitystä, tasapainoa ja tietoista läsnäoloa etsien ja tarkastellen. (Laitinen 2016.) Alkuasentoa vaihtelemalla voidaan saada muutoksia kehon pinta-alaan suhteessa alustaan. Kontakti alustaan on yksi kehotietoisuuden keskeinen elementti ja se toimii perustana toiminnalle, tasapainolle, liikkeelle ja rentoutumiselle. (Lähteenmäki ja Jaakkola 2005, 66–114.)

BBAT-harjoitteiden kautta, yksinkertaisilla liikkeillä, stimuloidaan kehotietoisuutta ja kehon hyväksyntää. (Albertsen, Natvik & Råheim 2019). Valitsimme BBAT -menetelmiin pohjautuvia harjoitteita, koska ne ovat näyttöön perustuvia (Laitinen 2016). BBAT- menetelmätutkimuksessa Catalan-Matamoros ym (2011) mukaan on osoitettu BBAT-harjoitteiden vähentävän syömishäiriöstä kärsivän asiakkaan oireita kuten tyytymättömyyttä omasta kehosta, edistävän myönteisiä ajatuksia omasta kehosta ja paranta-

van elämänlaatua. Tutkimuksen kohteena oli avokuntoutuksessa olleet asiakkaat, jotka olivat sairastaneet syömishäiriötä alle viisi vuotta. Kehotietoisuusharjoitteissa mikään liike ei sisältänyt suoraa fysioterapeutin kehon kosketusta asiakkaaseen ahdistuksen ja stressin välttämiseksi. Harjoitteissa käytettiin epäsuoran kosketuksen saavuttamiseksi tässä tutkimuksessa muovipalloa. Liikkeet suoritettiin makuu-, istuma-, seisoma- ja kävelyasennossa. BBAT- menetelmä ei välttämättä sovi kaikille, koska ei voida olettaa jonkin menetelmän käyvän kaikille syömishäiriöistä sairastaville asiakkaille. (Catalan-Matamoros ym. 2011.) Tässä oppaassa liikkeet valittiin tutkimusnäyttöön pohjautuen ja huomioiden asiakaskohderyhmän hoitosuhteen kesto ja ajankohta. Liikkeinä olivat kehotietoisuus- ja hengitysharjoitteet eri alkuasunnoissa. Tutkimusnäyttöön pohjautuen harjoitteiden apuna käytettiin myös apuvälineitä, kuten maalitelaa tai palloa, kosketuksessa. Harjoitteiden toteutuksessa huomioidaan myös aina asiakkaan yksilöllinen tilanne.

3.3 Hengitys

Hengittämisessä sisäänhengitys on aktiivisin vaihe, jolloin happi siirtyy keuhkorakkuloista verenkiertoon. Pallealihas supistuu painuen alaspäin vatsaontelon elimiä vasten, keuhkojen täytyessä alaosistaan asti. Ulkoapäin tarkastellessa sisäänhengitystä voidaan havaita ylävatsan pyöristyminen, tämän lisäksi rintakehä laajenee. Rintakehän laajentuminen ensin sivuille ja taakse, sitten ylös ja eteen oleva liike lähtee kylkiluiden välisistä lihaksista, jotka nostavat kylkiluita ylöspäin. Uloshengityksessä hengitellään hiilidioksidi ulos elimistöstä ja sydämen pumppujärjestelmä kuljettaa hapekasta verta kaikille elimille. Uloshengitys on passiivinen tapahtuma rentouttaen sisäänhengitysilihakset. Pallea palautuu rintaonteloa vasten ja keuhkokudoksen elastinen rakenne palauttaa rintakehän lepoasentoon, jolloin syntyy pieni tauko, jolloin kaikki hengitysilihakset ovat rentoina. (Hengityслиitto.)

Hengitysharjoitteet vahvistavat hengitysilihaksia ja rikastaa keuhkotuuletusta, mutta se myös rentouttaa mieltä ja hengitystä. Rauhallinen hengittäminen on kaikessa hengitysharjoituksissa kaikista oleellisistä asioista, harjoituksista tulee tehokkaita silloin kun rintakehällä on tilaa laajeta sisäänhengitysvaiheessa. Huulirakohengitys parantaa itsessään hengitysilihasten yhteistyötä ja tällä saadaan myös rauhoitettua uloshengitystä. Huulien pieni rako antaa uloshengitykselle kevyen vastuksen, estäen pienempiä ilmatiehyitä painumasta kasaan helpottaen samalla uloshengitystä. (Hengityслиitto.)

Hengitys reagoi suoraan tunteisiin. Ihmisen ollessa varuillaan, peloissaan tai tukahduttaen tunteensa hengitysilihakset voivat jännittyä. Pitkäaikainen apuhengitysilihasten jännittäminen saavat aikaan kipua lihaksissa. (Hengityслиitto.) Hengitysharjoituksessa voidaan huomio kohdistaa hengitykseen ja sen kontrollointiin, jolla pyritään muuttamaan pinnallinen keuhkojen yläosalla tapahtuva hengitys koko keuhkokapasiteettia hyödyntäväksi palleahengitykseksi, eli syvähengitykseksi. Syvähengitystekniikalla vaikutetaan palautejärjestelmän kautta aivorungon hengitystä ja verenkiertoa sääteleviin keskuksiin, sydämen sykkeen laskuun, verenpaineen laskuun ja lihasten jännitystason laskuun. Syvähengitystekniikka myös lisää vagaalista tonusta, sekä parasympaattisen hermoston aktiivisuutta vähentäen näin ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Hengitykseen voidaan yhdistää myös lihasten jännittäminen ja rentoutus, myös fysioterapeutti voi fasilitoida asiakkaan psyykkistä ja fyysistä rentoutumista kosketuksen

ja kevyen sivelyn kautta. (Kauranen 2018, 525.) Tutkimuksen valossa palleahengitysharjoitukset vahvistavat hengityslihasten voimaa sekä parantaa hengitystoimintaa lisäksi se voi auttaa hoidettaessa syömishäiriöstä kärsivien asiakkaiden ahdistusta, kohonnutta verenpainetta ja migreeniä. Palleahengitystekniikka harjoitukset ovat toteuttamiskelpoisia ja käytännöllisiä syömishäiriötä sairastavien kuntoutuksessa. (Hamasaki 2020.)

3.4 Psykofyysinen hengitysterapia

Psykofyysinen hengitysterapia on alkujaan kehittynyt vuosikymmeniä kestäneen liikuntaterapeutti Maila Sepän ja erikoispsykologin Päivi Lehtisen yhteistyön tuloksena. Menetelmän kehitys on alkanut 1980-luvun alussa potilaiden auttamiseksi, jotka kärsivät ylihengitysoireista ja kehollisista oiretunteuksista. Tuohon aikaan ei ollut käytössä paniikkihäiriödiagnoosia eikä riittävästi psykosomaattisesti oireileville ihmisille apukeinoja tarjolla. Jälkeenpäin psykofyysistä lyhytterapiaryhmää on sovellettu useanlaisista muistakin ongelmista ja oireista kärsivien ihmisten auttamiseksi. Tätä turvallista psykofyysistä hengitysterapiaa on käytetty myös liikunnan, esittävän taiteen, musiikin, opetuksen, ohjauksen ja itsehoidon parissa. Menetelmä, joka tasapainottaa vointia keinolla, johon voi aina turvautua sopii kaikille. (Martin 2016, 13.)

Psykofyysinen hengitysterapia rakentuu monista toisiinsa kietoutuvista näkökulmista. Perustana pidetään tietoa hengityksen tärkeästä merkityksestä fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Hengitys vaikuttaa kehomme tuntemuksiin ja reaktioihin monien mekanismien välityksellä. Näitä vaikutusväyliä ovat esimerkiksi lihasten tapa työskennellä ja fysiologiset muutokset, jännittyminen ja rentoutus. Näistä seuraa erilaisia tuntemuksia, joilla on puolestaan kytkös tunteisiimme ja niiden voimakkuuteen. Kokemuksemme, kuten pelon tai turvallisuuden tunne, sen sijaan vaikuttavat hengitystapoihin. Kehon ja mielen välillä vallitsee useita toisiinsa vaikuttavia yhteyksiä. Suhde toiseen ja itseen muodostuu vuorovaikutuskokemusten kautta. Tunnesäätely ja itsensäätely taidot opitaan yleensä tiedostamatta. Oppimista tapahtuu arjessa itseään toistavien tilanteiden ja niissä ehdollistuvien, urautuvien ja automatisoituvien tapojen kautta. (Martin 2016, 14.)

Hengitys on silta, joka yhdistää sielun ja ruumiin, kehon ja mielen, tiedostamattoman ja tietoisin, sekä toiset ja itsen. Parhain tapa houkuttaa hengitys rauhoittumaan on antaa sille lupa koko ajan säilyttää oma, mieluista ja sopiva rytmensä ja syvyytensä. Tasapainoisen hengityksen, joka on virtaava ja sujuva sen tunnistaa mielihyvän tunteesta, joka leviää mieleen ja kehoon kokonaisvaltaisesti. Joka on valtavan tyydyttävä tunne. Hengityksen potentiaali virrata vapaasti liittyy riittävä turvallisuuden tunne, joka konkretisoituu siinä, miten luottavaisesti voimme olla suhteessa maahan. Joka kerta kun yhteys maan vetovoimaan, juurtumiseen, loppuu, hengityksen luonnollinen virtaus murtuu. Ihmisen jännittäessä, ahdistuessa tai pelätessä, hän usein huomaamattaan kannattelee itseään lihaksillaan irti alustasta. (Martin 2016, 15–16.) Oppaassa käytimme niin kutsuttuja juurtumisharjoituksia, joissa huomiota kiinnitetään hengitykseen ja alustasuhteeseen. Juurtumisharjoituksia voidaan tehdä useissa eri alkuasennoissa ja näitä eri vaihtoehtoja olemme tuoneet esille myös oppaassamme. Juurtumisharjoitukset ovat hyvä tapa rauhoittaa sekä rentouttaa kehoa ja mieltä sekä tukea kehotietoisuutta (Martin 2016, 16).

Hengitysharjoitukset aloitetaan kasvattamalla tietoisuutta siitä, miten herkästi hengitys reagoi vuorovaikutuksessa ollessa. Ihmisen mitä herkimmin tiedostaen mielensä tapahtumia, havainnoi ruumiintuntemuksia ja mitä tottuneemmin ja luonnollisesti ihminen pystyy rauhoittamaan tai palauttamaan hengityksen omaan ryhtiinsä, sitä helpompaa on vaikuttaa hengitykseen. Hellittämisen vaikeaa taitoa voi harjoitella hengitysharjoitusten avulla. Ihmisen on sisäistettävä hengitysharjoitukset omalla tavallaan ja tehdä ne itselle sopivaksi. Hengitysharjoitukset on hyvä aloittaa miellyttävistä harjoituksista, niiden vahvistaen ja elvyttäen tuttuja ja turvallisia sisäisiä resurssejamme. Harjoitukset, jotka tuntuvat alussa epämiellyttäviltä tai jopa ahdistavilta voivat olla itseymmärryksen aarrearkkuja. Nämä voivat auttaa hahmottamaan mikä omassa hengityksessä saa aikaan ihmetystä tai mitä ei ole aikaisemmin itsessään tunnistanut. Harjoituksissa edetään pienin askelin muistaen samalla hyväksyvän läsnäolon merkityksen kaikessa mitä me teemme ja mitä me löydämme itsestämme. Harjoituksissa on tavoitteena hengityksen helpottuminen, tähän ei pyritä hengitystä treenaamalla, ainoastaan tarjoamalla mahdollisuus havainnointikyvyn kehittymiseen. Kyseinen asia vahvistaa vuorovaikutusta itsessä olevaan hyväksyvän ja rauhoittavan puolen kanssa. (Martin ym. 2010, 128-129.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kehittämistyönä, jonka tarkoituksena on tuottaa opas syömishäiriöpoliklinikan henkilöstölle psykofyysisen fysioterapian käytännön harjoitteista osana syömishäiriö asiakkaan kuntoutumista. Työn tavoitteena on lisätä henkilökunnalle tietoa käytettävistä psykofyysisen fysioterapian menetelmistä ja ohjata menetelmien käytössä. Aihe on tärkeä työyksikön yhteisten toimintamallien kehittämiseksi. Opinnäytetyön kautta opinnäytetyön tekijöille mahdollistuu myös itselle uuden tiedon hankkiminen ja osaamisen vahvistaminen psykofyysisestä fysioterapiasta, sen menetelmistä syömishäiriöasiakkaiden kuntoutuksesta. Valitsimme aiheen, koska olimme kiinnostuneita psykofyysisen fysioterapian osaamisalasta ja halusimme kehittää omaa osaamista tällä saralla. Lisäksi pohdimme, kuinka fysioterapia-alan osaamista voitaisiin hyödyntää psykiatrisessa hoitotyössä ja -kuntoutuksessa. Oppaan tilaajana toimi syömishäiriöyksikkö Tuike. Heidän kuntoutustiiminsä tarpeet huomioiden oppaassa keskityttiin anoreksian ja bulimian hoitoa tukeviin menetelmiin, koska Tuikkeessa ei kuntouteta ahmintahäiriötä sairastavia asiakkaita. Keskustelimme yksikön henkilökunnan kanssa heidän tarpeistaan ja toiveena oli, että oppaan materiaali keskittyisi kehotietoisuutta tukeviin harjoitteisiin. Oppaan pohjana käytetään saatavilla olevaa tutkimustietoa ja voimassa olevaa Käypä hoito -suositusta Syömishäiriöpotilaan hoidosta. Tavoitteena oli lisätä henkilökunnan tietoa käytettävistä menetelmistä ja ohjata menetelmien käyttöä.

4.1 Kehittämistyön suunnittelu

Kehittämistyön toteutuksesta tehtiin realistinen aikataulusuunnitelma, joka on esitetty taulukossa 1. Kehittämistyön aihekuvaus ja aiheen suunnittelu aloitettiin kaksi vuotta ennen kehittämistyön oletettua valmistumista. Riskinä työn etenemiselle oli kehittämistyön tekijöiden mahdolliset haasteet pysyä suunnitellussa aikataulussa. Työn tekemisestä tehtiin selkeä työnjako, mikä tuki työn edistymistä aikataulussa. Kehittämistyön tekijät tekivät työtä sekä itsenäisesti että yhdessä. Itsenäisen työskentelyn lisäksi sovittiin yhteisiä tapaamisia, joissa tarkasteltiin työn etenemistä ja tehtiin tarpeenmukaista työnjakoa työn eteenpäin viemiseksi sekä kuvattiin opasmateriaalia.

Kehittämistyötä suunniteltaessa perehdyimme ns. hyvän oppaan kriteereihin. Hyvässä oppaassa on selkeä kokonaisrakenne. Otsikot selkeyttävät rakennetta ja ohjeitten tulisi olla loogisessa järjestyksessä. Ohjeissa voi tarvittaessa hyödyntää kuvia. Ohjeissa tulisi käydä selvästi ilmi työjärjestys ja mitä tulee tehdä ja mikä taas on vapaaehtoista. Tarvittaessa voidaan hyödyntää esimerkiksi luetteloita tai listoja. Ohjetta laadittaessa toimintaa on tärkeää tarkastella oppaan loppukäyttäjän näkökulmasta, jotta ohjeet ovat ymmärrettäviä. Asia- ja erikoissanoja olisi hyvä välttää. (Kotimaisten kielten keskus.) Edellä mainitun huomioiminen tässä opinnäytetyössä oli tärkeää, koska oppaan käyttäjät eivät olleet fysioterapian alan ammattilaisia, joten pyrimme kiinnittämään huomiota käytetyn kielen selkeyteen ja lyhenteiden välttämiseen.

Taulukko 1. Kehittämistyön aikataulu

Kehittämistyön vaihe	Ajankohta
Aihekuvaus ja lähdeaineistoin analysointi	kevät 2021
Työsuunnitelma vaihe ja tarvittavien lupien hakeminen. Aineiston keruu, tiedonhaku.	kevät 2022
Työn toteutus. Menetelmien kerääminen lähdeaineiston pohjalta	kevät 2022
Oppaan sisällön suunnittelu ja tekeminen	kevät 2022
Oppaan hyväksyminen	kevät 2022
Valmiin oppaan esittely työn tilaajalle, perehdytyspäivä yksikössä.	kesä 2022
Opinnäytetyön viimeistely, esitys ja julkaisu. Opinnäytetyön loppuraportti.	alku syksy 2022

4.2 Kehittämistyön toteutus

Opinnäytetyömme aihetta pohdimme keväällä 2021. Halusimme tehdä opinnäytetyömme psykofyysisen fysioterapian näkökulmasta, koska opinnäytetyön tekijöinä olimme tästä lähestymistavasta kiinnostuneita ja ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen korostuu tämän päivän hoito-, kuntoutus- ja asiakastyössä. Psykofyysinen lähestymistapa kuvastaa myös ammattilaisina meidän tapaamme kohdata asiakkaat kokonaisvaltaisesti, jonka vuoksi lähestymistavassa on paljon elementtejä, joihin halusimme lisää paneutua. Lisäksi olimme kiinnostuneita tutkimaan, miten psykofyysistä fysioterapiaa ja sen menetelmiä voidaan hyödyntää kuntoutuksen kentän eri osa-alueilla. Päädyimmekin tiedustelemaan halukkaita yhteistyökumppaneita ja päädyimme tekemään opinnäytetyön kehittämistyönä syömishäiriöyksikkö Tuikkeeseen.

Kehittämistyön aloitimme prosessin mukaisesti opinnäytetyön suunnitelman laatimisella. Tuossa vaiheessa tapasimme myös kuntoutustiimiä, jotta heidän tarpeensa tulevat kuulluksi ja huomioituksi oppaan suunnittelussa ja kasaamisessa. Tapaaminen auttoi myös meitä opinnäytetyön tekijöinä rajaamaan aihetta työyksikön tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Toiveena oli, että opas tarjoaisi ammatillisia menetelmiä anoreksiaa tai bulimiaa sairastavien asiakkaiden kehotietoisuuden tukemiseksi. Huomioitavaa oli myös, että yksikössä ei toimi fysioterapeutteja ja tämän näkökulman huomioimiseen saimme opastusta ja tukea ohjaavalta opettajaltamme prosessin aikana.

Aiheen tarkennuttua aloimme rajata suunnitteluvaiheessa haettua tutkimusnäyttöä ja kohdensimme uudet tutkimushaut vastaamaan anoreksiaa ja bulimiaa sairastavien asiakkaiden hoitoa ja kuntoutusta sekä kehotietoisuuden menetelmiä. Prosessin aikana ilmeni, että tutkimusnäyttöä kehotietoisuuden tukemisesta anoreksiaa tai bulimiaa sairastavien asiakkaiden kohdalla on vielä varsin vähän, joten

laajensimme hakua koskemaan myös ahdistus- ja masennusoireita sekä niihin liittyviä kehotietoisuus-harjoituksia ja näistä saatuja tutkimustuloksia. Tutkimustietoa etsiessämme hyödynsimme PubMed-, Pedro-, Medic- ja Theseus-tietokantoja. Lisäksi hyödynsimme Terveysportti -tietokantaa ja syömishäiriöiden Käypä hoito -suositusta. Käypä hoito -suosituksen lisäksi opinnäytetyön teoriaosuuden pohjana käytettiin tutkimuksia, joiden näytön asteena oli A-C. Lisäksi lähteinä käytettiin ammatillista kirjallisuutta ja -internetsivustoja. Kävimme yhdessä läpi kasaamaamme teoria tietoa, joiden pohjalta aloimme miettimään oppaaseen tulevia harjoitteita.

Teoria- ja tutkimustiedon pohjalta aloitettiin talvella 2022 oppaan kasaaminen ja harjoitteiden suunnittelu ja kuvaaminen. Oppaan kasaamisessa haasteita asetti aluksi halu tehdä mahdollisimman monipuolinen opas, mutta kohderyhmän ja työn tilaajan tarpeet huomioiden aihetta rajattiin edelleen vastaamaan paremmin juuri heidän tarpeitaan. Aiheen rajaaminen tukee mielestämme myös oppaan käyttöönottoa työyksikössä. Alkuun toiveena oli tehdä opasvideot harjoitteista, mutta riittävän ohjeistuksen saaminen videoille tuotti haasteita. Videoista olisi tullut niin pitkiä, että ne eivät olisi olleet käytännön työssä mielestämme käyttäjystävällisiä, jolloin riskinä olisi ollut, että opas ja videot jäävät hyödyntämättä niiden pitkäkestoisuuden vuoksi. Tämän vuoksi päädyimme lopulta kuvalliseen ja kirjalliseen ulkoasuun. Pyrimme, oppaan kasaamisessa kiinnittämään huomiota hyvän oppaan kriteereihin, joihin suunnitteluvaiheessa olimme perehtyneet.

Harjoitteiden kasaamisessa keskiössä pidettiin työn tilaajan tarpeita sekä tutkimusnäyttöä ja Käypä hoito -suosituksen suosituksia siitä, kuinka anoreksiaa tai bulimiaa sairastavan asiakkaan kehotietoisuutta voidaan tukea. Harjoitteet valittiin huomioiden kuntoutusprosessin vaihe ja asiakkuuden kesto syömishäiriöyksikkö Tuikkeessa. Asiakkaat ohjautuvat yksikköön kuntoutusprosessin alkuvaiheessa ja asiakkuus yksikössä kestää keskimäärin 1–3 kuukautta. Tämä huomioiden myös harjoitteet valittiin tukemaan alkuvaiheen kuntoutumista. Kaikki harjoitteet tukevat kehotietoisuuden tukemista ja ohjautuvat BBAT- eli Basic Body Awareness terapiaan, jonka hyödyntämisestä löytyi kattavammin myös aiempaa tutkimusnäyttöä. Harjoitteet tehdään istuma- asennossa, seisten ja selälleen maaten. Harjoitteet vahvistavat asiakkaan kehotietoisuutta. Harjoitteissa kiinnitetään huomiota kehon keskilinjan ja hengitykseen. Kehon keskilinjan hahmottaminen on vaikeaa, kun oma kehon kuva on häiriintynyt. Hengitys voi olla pinnallista ja samalla lihakset jännittyneinä, jolloin harjoitteiden tarkoituksena on oppia hengittämään vapaammin ja näin ollen saada kehoa rentoutumaan, sekä hahmottamaan kehon keskilinjan. Oppaassa ohjataan henkilöstöä huomioimaan harjoitteiden hyödyntämisen valinnassa aina asiakkaan yksilöllinen tilanne. Tarvittaessa henkilöstö voi konsultoida liikunnanohjaajaa tai fysioterapeuttia moniammatillisen hoitosuunnitelman laatimisen ja toteuttamisen tueksi.

Kehittämistyö aiheutui kustannuksia opinnäytetyön tekijöille. Työn toteuttamiseen tarvittiin tietokone ja internetyhteys sekä pääsy tutkimustietokantoihin sekä Microsoftin käyttöoikeudet. Opas tuotettiin Microsoft Word -ohjelmaa hyödyntäen. Lisäksi tarvittiin kamerapuhelin kuvien ja videoiden ottamista varten. Kuvat tuotettiin oppaaseen itse opiskelijoiden toimesta ja ne kuvattiin oppilaitoksen tiloissa. Kustannuksia tuli tapaamisista johtuvista matkakuluista ja matkapuhelimien sekä nettiliittymien käytöstä. Kuvat otettiin ja tuotettiin itse opiskelijoiden toimesta, joten siitä ei kertynyt kustannuksia. Kuvaus suoritettiin koulun tiloissa, jota saatiin hyödyntää ilman kustannuksia. Opas tuotettiin PDF-muo-

dossa, jolloin oppaan taittamisesta ei koitunut kustannuksia opinnäytetyön tekijöille. Pehdyttämispäivä työntekijöille toteutettiin työyksikössä, jolloin siitä aiheutui matkakuluja opiskelijoille. Tutkimustietokantoja pystyimme hyödyntämään maksuttomasti koulun tunnuksilla. Tutkimustieto kasattiin tutkimustietokantojen kautta saatavien tutkimuslähteiden kautta. Lisäksi hyödynnettiin artikkeleja ja ammattikirjallisuutta, jota voitiin lainata maksuttomista e-kirjastoista.

4.3 Kehittämistyön arviointi

Opinnäytetyötä arvioitiin koko opinnäytetyö prosessin ajan opiskelijoiden ja ohjaavan opettajan toimesta. Lisäksi käytiin keskusteluja ja pyydettiin palautetta työn eri vaiheissa työn tilaajalta. Opas (Liite 1) esitettiin työn tilaajalle kesäkuussa 2022. Oppaan esittelyn yhteydessä pidettiin kuntoutusryhmälle osallistava työpaja ja tarpeenmukainen pehdytys psykofyysisestä kohtaamisesta ja oppaan menetelmien hyödyntämisestä asiakastyössä. Työpajassa käytiin keskustelua asiakkaan kohtaamisessa merkityksellisistä tekijöistä ja psykofyysisen fysioterapian elementeistä, joita kuntoutusryhmässä käytettiin aiemman ammatillisen osaamisen pohjalta. Lisäksi pehdytyksessä käytiin läpi oppaan harjoitteet ja työntekijät pääsivät itse testaamaan harjoitteiden toteuttamista.

Pehdytyspäivästä pyydettiin numeraalista palautetta (Liite 2) asteikolla 1-5, jossa 1 = täysin eri mieltä, 2 = erimieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 4 = samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä. Palautetta pyydettiin oppaan rakenteesta ja harjoitteiden soveltuvuudesta sekä pehdytyspäivän merkityksestä oppaan käyttöönotolle. Saimme vastauksia kolme (3) kappaletta, joista laskettiin keskiarvot annettujen numeraalisten arvioiden perusteella. Oppaan rakenne koettiin selkeäksi keskiarvolla 5. Otsikoiden koettiin selkiyttävän oppaan rakennetta keskiarvolla 4,7. Harjoitteet vastasivat työryhmän toivomiin aihealueisiin keskiarvolla 4,7. Harjoitteiden koettiin sopivan yksikön asiakasryhmille keskiarvolla 4,7. Harjoitteiden työjärjestys oli vastaajien mielestä selkeästi esitetty keskiarvolla 5. Oppaan esittely tuki harjoitteiden käyttöönottoa keskiarvolla 5.

5 POHDINTA

Opinnäytetyön kasaaminen koettiin pitkänä, mutta mielekkäänä prosessina. Opinnäytetyön suunnitelma sujui jouhevasti, sovimme yhdessä työnjaon ja aikataulun, josta pystyimme pitämään kiinni. Kehittämistyö koettiin opinnäytetyön tekijöiden osalta mielekkäänä tapana toteuttaa opinnäytetyö. Haasteita opinnäytetyön tekemiselle asetti pääasiassa ajanhallinnallisesti muiden roolien sekä opintojen yhteensovittaminen, kun kyseessä on laaja kirjallinen, tutkimusnäyttöön perustuva työ. Aiheen rajaus auttoi kuitenkin työn eteenpäin saattamisessa, mutta toisaalta vähäinen tutkimusnäyttö juuri syömishäiriöistä ja psykofyysisten menetelmien käytöstä asetti myös haasteita saada riittävästi näyttöön perustuvaa aihealueeseen liittyvää tutkimustietoa. Tutkimustiedon kasaaminen ja läpikäyminen vei huomattavasti aikaa opinnäytetyön prosessin aikana. Opinnäytetyön eteenpäin viemistä edisti työn tekijöiden sisäinen motivaatio aihetta ja kehittämistyötä kohtaan. Opinnäytetyön toteutus tapahtui Oulussa Tuikkeessa, opettaja oli läsnä tietokoneella zoomin välityksellä. Oppaan tuottaminen ja jalkauttaminen työyksikköön yhteistyössä työntilaaajan kanssa koettiin mielekkäänä ja aihe mielenkiintoisena, mikä edisti oppaan tuottamista aikataulussa haasteista huolimatta. Perehdytyspäivä oli tärkeä oppaan jalkauttamisen kannalta ja koimme, että sitä oli mukava järjestää. Pääsimme keskustelemaan tärkeistä aihealueista moniammatillisessa tiimissä ja saimme oman työn tueksi hyviä ja tärkeitä näkökulmia.

Palautelomake antoi meille hyvin informaatiota oppaan sisällöstä ja toteutuksesta. Palautetta suullisesti pyytäessä pohdimme, että palautelomakkeelle olisi voinut laittaa vielä avoimen kysymyksen kehittämideoista. Saimme palautetta kuitenkin suullisesti ja työn tilaaajan palaute kokonaisuudessaan oli myös tämän osalta positiivista ja he eivät tässä tilanteessa tuoneet esille kehittämisehdotuksia työn tekijöille.

Opinnäytetyön viimeistelyssä koimme isoimmat haasteet molempien elämän tilanteiden muutoksien myötä. Koimme kuitenkin koko projektin mielekkäänä ja saimme lisää tietoa syömishäiriöistä kärsivien asiakkaiden kohtaamisesta, avo- kuntoutuksesta ja kehotietoisuusharjoitteista. Teoriatiedon hankkimisesta eri tietolähteistä ja tutkimusnäytön etsimisestä eri tietokannoista, sekä laajasta kirjallisen työn tekemisestä, yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa.

5.1 Kehittämistyön prosessi

Koemme, että saimme vastattua tuotetulla oppaalla melko hyvin työn tilaaajan ja asiakaskohderyhmän tarpeisiin. Tutkimusnäytön analysointiin ja hakemiseen olisimme varmasti voineet käyttää aikaa loputtomasti, mutta työn etenemisen kannalta hakusanojen ja tulosten rajaaminen keskeisimpiin mahdollisesti myös työn etenemisen aikataulussa. Huomioitavaa oli, että psykofyysisen fysioterapian menetelmien käytöstä syömishäiriöpotilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa ei ollut niin vahvaa näyttöä, kuin muiden mielenterveyden häiriöiden osalta. Pohdimme, että tämä osa-alue kaipaa jatkossa lisätutkimusta ja myös lisää asiakaskokemuksia psykofyysisen fysioterapian hyödyntämisestä osana syömishäiriöiden hoitoa ja kuntoutusta. Näyttöön perustuvaa tietoa kuitenkin saatiin oppaan kasaamisen pohjaksi, jonka pohjalta opas voitiin kasata ja voitiin todeta, että psykofyysisten harjoitteiden käytöstä voi olla hyötyä syömishäiriö potilaan kuntoutumisessa. Huomioitavaa on, että ammattilaisen on arvi-

oita harjoitteiden käyttö aina asiakkaan yksilöllinen kokonaistilanne huomioon ottaen. Aiempaan tutkimusnäyttöön emme voi oppaan harjoitteita verrata, koska tässä työssä harjoitteiden käytön ja hyödyn seurantaa ei toteutettu vaan tavoitteena oli oppaan tuottaminen. Koemme, että visuaalisesti opas on selkeä ja helppolukuinen. Tämän vuoksi sitä on helppo käyttää tehokkaasti asiakastyön tukena.

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisiä periaatteita tarkastellessa kiinnitimme huomiota tutkimuseettisiin ja fysioterapian eettisiin ohjeisiin. Opinnäytetyön toteutusta varten pyydettiin tutkimuslupa työn tilaajalta. Opinnäytetyön tilaaminen perustui työn tilaajan tarpeisiin ja vapaaehtoisuuteen. Oppaan kautta työn tekijän on mahdollista saada jalkautettua uutta ammatillista tietoa ja menetelmäosaamista työyksikköön. Opinnäytetyömme ei käsittele henkilötietoja. Opas on tuotettu Mielenterveyskeskus Tuikkeen syömishäiriö yksikön sisäiseen käyttöön.

Perehdyimme Arene ry:n Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiin suosituksiin. Työ tarkistettiin plagiaatintunnistusjärjestelmässä ja olemme huomioineet, että kyseessä on julkinen asiakirja. Lähteitä hakiessa ja käytettäessä kiinnitimme huomiota tieteellisen tutkimusnäytön kriittiseen arviointiin, tiedon luotettavuuteen ja soveltuvuuteen opinnäytetyön aiheen kannalta. Tavoitteena oli, että tutkimustieto on näyttöön perustuvaa ja tukee oppaaseen valittujen psykofyysisen fysioterapian menetelmien käyttöä asiakastyössä. Haetun ja saadun tutkimustiedon valossa valikoimme oppaassa käytetyt menetelmät. Opasta koottaessa otimme huomioon myös oppaan kohderyhmän. Huomioitavaa oli, että opasta ei kasattu fysioterapeuteille vaan moniammatilliselle tiimille, ja tämä tekijä ohjasi meitä työn tekijöinä työntekijäohjeiden kasaamisessa.

Näyttöön perustuvan tiedon tavoitteena on tutkittuun tietoon perustuvan terveydenhuollon toiminnan toteuttaminen. Suomessa yksi merkittävä tukirakenne näyttöön perustuvan toiminnan tukemiseksi on Duodecimin Käypä hoito -suositukset ja Stakesin eli Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen menetelmien arviointijärjestelmä Finohta. (Perälä ym. 2008.) Käypä hoito -suosituksissa tutkimusnäyttö on luokiteltu neljään eri luokkaan asteikolla A-D. A tarkoittaa vahvaa tutkimusnäyttöä (useita tasokkaita tutkimuksia, joissa tulokset samansuuntaisia), B tarkoittaa kohtalaista tutkimusnäyttöä (ainakin yhtä menetelmällisesti tasokasta tutkimusta tai useita kelpollisia tutkimuksia on käytetty), C vastaa niukkaa tutkimusnäyttöä (ainakin yhtä kelpollista tieteellistä tutkimusta käytetty) ja D tarkoittaa sitä, että tutkimusnäyttöä ei ole lainkaan. (Näytön asteen luokitus: Käypä hoito -suositus, 2014.)

Edellä mainitut periaatteet huomioitiin opinnäytetyön tiedonhaussa ja kasaamisessa. Näytön asteelta opinnäytetyöhön valittiin luokan A-C olevia tutkimuksia. Pyrimme kiinnittämään tutkimusten valinnassa huomiota myös siihen, että opinnäytetyössä käytetty tutkimusnäyttö olisi mahdollisimman tuoretta ja pyrimme arvioimaan muiden käytettyjen lähteiden käyttöä kriittisesti sekä huomioimaan, että käytetyt internet lähteet, kirjallisuus ja lehtiartikkelit olivat terveydenhuollon ammattihenkilöiden kasaamia ja mielellään myös näyttöön perustuvia.

5.3 Oppimiskokemukset

Opinnäytetyön kautta opinnäytetyön tekijöille mahdollistui uuden tiedon hankkiminen ja osaamisen vahvistaminen psykofyysisestä fysioterapiasta, sen menetelmistä ja syömishäiriöpotilaiden kuntoutuksesta. Näitä psykofyysisen fysioterapian menetelmiä voidaan sovelletusti käyttää myös muiden potilasryhmien hoidossa ja kuntoutuksessa. Opinnäytetyön kautta opiskelijat saivat ammatillista osaamista kokonaisvaltaisen kohtaamisen vahvistamiseksi ja menetelmäosaamista työelämään. Lisäksi opinnäytetyöprosessin aikana voitiin vahvistaa yhteistyö- ja projektityöskentelyn taitoja. Ammatillinen osaaminen ja tieto erityisesti syömishäiriöiden osalta on lisääntynyt. Olemme opinnäytetyön prosessin aikana myös huomioineet, että mielenterveystyössä käytetään vielä toistaiseksi varsin vähän hyödyksi fysioterapia-alan ammatillista osaamista.

Lisäksi opinnäytetyöprosessin aikana voitiin vahvistaa yhteistyö- ja projektityöskentelyn taitoja. Tutkimustiedon läpikäynti oli aikaa vievä prosessi, mutta aiheen riittävä rajaaminen tuki myös tiedonhaun rajaamista ja mahdollisti työn valmistumisen aikataulussa. Tutkimustiedon läpikäymiseen ja etsimiseen olisi voinut mahdollisesti käyttää vielä enemmän aikaa. Pohdimme, että käytettyihin lähteisiin palaamiseksi olisimme voineet laatia vielä taulukon käytetyistä tutkimuksista ja niiden näytön asteista. Tiedonhaun tiedettiin olevan huomattavasti aikaa vievä prosessi ja myös merkityksellinen vaihe, jotta voidaan tuottaa näyttöön perustuvaa materiaalia. Toisella meistä oli aiempaa kokemusta korkeakoulutasoisen opinnäytetyön kasaamisesta. Selkeä työnjako on tukenut opinnäytetyön valmistumista, mikä on mielestämme ollut vahvuutemme koko opinnäytetyön prosessin ajan. Opinnäytetyön suunnitelma, aikataulu ja saamamme koulutus tutkimustietokantojen käytöstä helpotti prosessin eteenpäin viemistä. Opinnäytetyön onnistunut loppuun saattaminen on tarjonnut meille myönteisiä kokemuksia projektityön osaajina.

5.4 Hyödynnettävyys ja kehittämisideat

Työn tilaajan työyksikön ammattilaiset kohtaavat työssään syömishäiriöpotilaita. Opinnäytetyömme tavoitteena oli jakaa syömishäiriökuntoutusyksikön moniammatilliselle työryhmälle tietoa psykofyysisen fysioterapian menetelmistä ja ohjata menetelmien käytössä asiakastyössä. Tärkeää oli huomioida kyseisen yksikön kohderyhmä ja hoitosuhteen kesto. Tämän pohjalta pyrimme valikoimaan oppaamme harjoitteet ja mielestämme harjoitteet vastasivat näihin tarpeisiin hyvin. Tällaista palautetta saimme myös moniammatilliselta työryhmältä pyytäessämme palautetta. Huomioitavaa oli myös, että opasta tuotettiin moniammatilliselle tiimille, johon ei kuulu fysioterapeuttia. Mielestämme moniammatillinen tiimi voi jatkossa hyödyntää opasta syömishäiriöpotilaan kuntoutuksessa. Ammatillaiset arvioivat ja valitsevat käytettävät menetelmät oppaasta asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Harjoitteiden taustalla käytettiin kattavasti teoria- ja tutkimustietoa, mikä lisää opinnäytetyön ja tuotetun oppaan luotettavuutta.

Opinnäytetyön tavoitteen mukaisesti opas saatiin tuotettua ja tuloksista raportoitiin työn tilaajalle. Opas esiteltiin sovittuna perehdyttämispäivänä kesällä 2022. Perehdyttämispäivänä työntekijöiden kanssa käytiin keskustellen läpi psykofyysisen kohtaamisen teoriaa ja oppaassa esitellyt psykofyysisen fysioterapian menetelmät, joita syömishäiriöpotilaan kuntoutuksessa voidaan hyödyntää ja annettiin

opastusta menetelmien käyttöönottoon sekä huomioitaviin tekijöihin asiakastyön aikana. Ohjaus oli tärkeää, jotta työryhmä sai perehdytystä menetelmien käyttöön aiemmasta koulutus- ja osaamistautasta riippumatta sekä kokemusta menetelmien käytöstä.

Mielestämme saimme opinnäytetyön prosessin aikana toteutettua kehittämistyön tavoitteen hyvin. Tutkimusnäyttöä olisimme voineet kuvata opinnäytetyössämme vielä tarkemmin, esimerkiksi taulukon avulla. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa eri yksiköissä, missä kuntoutetaan syömis-häiriöpotilaita. Lisäksi yksikkö voi hyödyntää opasta menetelmäkoulutuksissa omassa työyksikössään. Jatkossa oppaan käyttöä voitaisiin arvioida sekä työyksikön ammattilaisten että asiakkaiden kokemusten pohjalta. Myös asiakkaille suunnattuja oppaita tai opasvideoita voitaisiin harkita omatoimiharjoitteiden tekemiseksi kuntoutumisen myöhemmissä vaiheissa, mikäli asiakas on harjoitteet kokenut itselleen merkityksellisinä ja omaa kokonaisvaltaista hyvinvointia edistävinä.

LÄHTEET

Albertsen, Marit Nilsen, Natvik, Eli & Råheim, Målfrid 2019. Patients' experiences from basic body awareness therapy in the treatment of binge eating disorder -movement toward health: a phenomenological study. *Journal of eating disorders* 7, (36). <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.1186/s40337-019-0264-0>. Viitattu 17.5.2021.

Catalan-Matamoros, Daniel, Helvik-Skjaerven, Liv, Labajos-Manzanares, M Teresa, Martínez-de-Salazar-Arboleas, Alma & Sánchez-Guerrero, Eduardo 2011. A pilot study on the effect of basic body awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clin rehabil.* 25 (7), 617–626. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21402650/>. Viitattu 25.4.2022.

Kamryn, Eddy, Dorer, David, Debra, Franko, Kavita, Tahilani, Heather, Thompson- Brenner & Herzog, David 2008. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2008, 165 (2), 245-250. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684068/>. Viitattu 20.2.2021.

Hamasaki, Hidetaka 2020. Effects of Diaphragmatic Breathing on Health: A Narrative Review. *Medicines (Basel, Switzerland)*, 7 (10), 65. <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.3390/medicines7100065>. Viitattu 30.5.2022.

Hengityslitto. Hengitysharjoitukset. Vaikuta omaan hengitykseesi ja hyvinvointiisi. Verkkajulkaisu. <https://www.hengityslitto.fi/elamanlaatu-ja-hyvinvointi/hengitysterveys/hengittaminen/hengitysharjoitukset/>. Viitattu 30.5.2022.

Herrala, Helinä, Kahrola, Tytti & Sandström, Marita 2008. *Psykofyysinen ihminen. 1. painos.* Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Härkönen, Ulla, Muhonen, Minna, Matinheikki-Kokko, Kaija & Sipari, Salla 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuden valossa. Kelan tutkimus. Verkkajulkaisu. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>. Viitattu 16.5.2021.

Kauranen, Kari 2018. *Fysioterapeutin käsikirja. 1.–2. painos.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koskinen, Minna & Meskanen, Katariina 2014. Mindfulness- Harjoitteluun pohjautuvien menetelmien lisääminen osaksi syömishäiriöiden hoitoa. Näytönastekatsaus. <https://www.kaypahoito.fi/nak08340>. Viitattu 6.5.2021.

Koskinen, Minna & Meskanen, Katariina 2014. Mindfulness-menetelmä (hyväksyvä tietoinen läsnäolo, tietoisuustaidot) syömishäiriöiden hoidossa. Näytönastekatsaus. <https://www.kaypahoito.fi/nak08341>. Viitattu 20.2.2021.

Kotimaisten kielten keskus. Hyvän virkakielen ohjeita. Ohjeita ohjeiden tekijöille. https://www.kotus.fi/ohjeet/hyvan_virkakielen_ohjeita/millaisia_ovat_toimivat_ohjeet_ja_kysymykset/ohjeita_ohjeiden_tekijoille. Viitattu 18.4.2022.

- Laitinen, Hannele 2016. *BBAT-artikkeli: Hei keho, mitä kuuluu?* Hyvä Selkä -lehti 2, 29. <http://www.rentosyke.fi/bbat/hei-keho-mita-kuuluu-artikkeli>. Viitattu 18.4.2022.
- Lähteenmäki, Marja-Leena & Jaakkola, Raija 2005. Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.
- Martin, Minna 2016. Hengitys virtaa. Kohti kehon ja mielen tasapainoa. Helsinki: Kirjapaja.
- Martin, Minna, Seppä, Maila, Lehtinen, Päivi, Törö, Tiina & Lillrank, Benita 2010. Hengitys. Itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.
- McIver, Shane, O'Halloran, Paul & McGartland, Michael 2009. Yoga as a treatment for binge eating disorder: a preliminary study. *Complementary therapies in medicine*, 17 (4), 196–202. <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.1016/j.ctim.2009.05.002>. Viitattu 20.10.2021.
- Metral, Morgane & Mailliez, Melody 2018. How certainty appraisal might improve both body dissatisfaction and body overestimation in anorexia nervosa: a case report. *Journal of eating disorders*, 6, 29. <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.1186/s40337-018-0216-0>. Viitattu 21.11.2021.
- Perälä, Marja-Leena, Toljamo, Maisa, Vallimies-Patomäki, Marjukka & Pelkonen, Marjaana 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. STAKES. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76655/R28-2008-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 17.4.2022.
- Ruuska, Jaana 2021. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Lääkärikirja Duodecim. Verkkojulkaisu. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00111>. Viitattu 9.4.2022.
- Ruuska, Jaana & Rantanen, Päivi 2007. Syömishäiriöt ja nuoruusiän kehitys. *Lääkärilehti* 2007, (48), 4527–4532. Saatavissa: <https://www.laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/syomishairiot-ja-nuoruusian-kehitys/>. Viitattu 10.4.2022.
- Ruusunen, Anu, Huovinen, Minna & Laukkanen, Eila 2017. Pitkäaikaisen laihuushäiriön hoito. *Lääkärilehti* 72, 1359–1363. Viitattu 10.4.2022.
- Sharan, Pratap & Sundar, A Shyam 2015. Eating disorders in women. *Indian journal of psychiatry*, 57, 286–295. <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.4103/0019-5545.161493>. Viitattu 17.4.2022.
- Smink, Frédérique, van Hoeken, Daphne & Hoek, Hans 2012. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012, 14 (4), 406–414. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409365/>. Viitattu 20.2.2021.
- Sojcher, Renee, Gould, Fogerite, Susan & Perlman, Adam. Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder. *Explore (NY)* 2012 (8), 271–276. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550830712001280>. Viitattu 4.5.2021.

Soundy, Andy, Stubbs, Brendon, Probst, Michel, Lundvik, Gyllensten, Amanda, Skjaerven, Liv, Helvik, Catalan-Matamoros, Daniel & Vancampfort, Davy 2016. Considering the Role of Physical Therapists Within the Treatment and Rehabilitation of Individuals With Eating Disorder: An International Survey of Expert Clinicians. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.savonia.fi/26267762/>. Viitattu 20.11.2021.

Suomen Psykofyysinen Fysioterapian Yhdistys RY julkaisuaika tuntematon. Mitä on psykofyysinen fysioterapia? Verkkojulkaisu. <https://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/>. Viitattu 17.5.2022.

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 20.2.2021): <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101#R11>.

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

Vancampfort, Davy, Vanderlinden, Johan, De Hert, Marc, Adámkova, Milena, Skjaerven, Liv Helvik, Catalán-Matamoros, Daniel, Lundvik-Gyllensten, Amanda, Gómez-Conesa, Antonia, Ijntema, Rutger, & Probst, Michel 2013. A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disability and rehabilitation*, 35 (26), 2191–2196. <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.3109/09638288.2013.771707>. Viitattu 17.5.2021.

Wallin, Ulf & Kronvall, Per 2002. Anorexia nervosa in teenagers: change in family function after family therapy, at 2-year follow-up. *Nordic journal of psychiatry*, 56 (5), 363–369. <https://doi-org.ezproxy.savonia.fi/10.1080/080394802760322132>. Viitattu 20.11.2021.

LIITE 1: OPAS



Kehotietoisuusharjoitteet syömishäiriöasiakkaan kuntoutumisen tukena

Opas henkilöstölle

Savonia-ammattikorkeakoulu

Sanna Löppönen ja Päivi Keränen 2022

Johdanto ... s. 1

Psykofyysinen
fysioterapia ja
psykofyysinen
kohtaaminen ... s. 1

Kehonkuva ja
kehotietoisuus... s. 2

Kehotietoisuusharjoi-
te istuen ... s. 2

Kehotietoisuusharjoi-
te seisten ... s. 3

Kehoni rajat -
harjoite ... s. 3

Hengitysharjoitus
selinmakuulla ... s. 4

Lähteet ... s. 5

JOHDANTO

Tämä opas on tuotettu Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä syömishäiriökeskus Tuikkeen henkilöstölle.

Oppaan tavoitteena on tuottaa tietoa psykofyysisestä lähestymisestä ja menetelmistä kehotietoisuuden työstämiseen osana syömishäiriöasiakkaan kohtaamista ja kuntoutusta.

Huomioitavaa on, että asiakkaan yksilöllinen kokonaistilanne ja kuntoutuksessa hyödynnettävät menetelmät tulee arvioida terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta, yhteistyössä asiakkaan ja hoitoon osallistuvan moniammatillisen tiimin kanssa.

PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa korostetaan mielen ja kehon välistä yhteyttä ja niiden muodostamaan kokonaisuutta. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on vahvistaa, tukea ja edistää asiakkaan toimintakykyä sekä voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Keskiössä on asiakkaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus sekä asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen.

Syömishäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa voidaan Käypä hoito -suosituksen mukaisesti hyödyntää fysioterapiaa osana kuntoutusta. Tavoitteena on fysioterapian kautta kehonhallinnan ja -tuntemuksen lisääntyminen, ruumiinkuvan selkiyttäminen sekä hyväksyvän suhteen luominen kehon ja mielen välillä. Tavoitteet huomioiden, syömishäiriöasiakkaan kohtaamisessa hyödynnetään psykofyysisen fysioterapian erikoisalan osaamista.

PSYKOFYYSINEN KOHTAAMINEN

Psykofyysisessä kohtaamisessa merkityksellistä on asiakkaan kuulluksi tuleminen ja kohtaaminen oman kokemusmaailmansa kautta. Asiakkaan kokemukselle ja näkemykselle omasta tilanteestaan ja itsestään on annettava riittävästi tilaa ja aikaa. Kiireetön ja asiakkaan kokemusta arvostava kohtaaminen edistää teraputin ja asiakkaan välistä luottamuksen rakentumista ja turvallisuuden tunnetta terapisuhteessa.

Terapiatilanteessa tietoinen läsnäolo, kiireettömyys ja tilan antaminen ovat tärkeitä elementtejä. Tärkeää on sallia asiakkaan kokema oman asennon ja liikkeen tuottamat aistimukset puuttumatta liikaa hänen kokemusprosessiinsa. Terapiatilanteessa asiantuntija ja asiakas kohtaavat tasavertaisina kumppaneina mikä tarkoittaa asiakkaan näkökulmasta lupaa olla oma itsensä ja oman itsensä sekä kokemustensa äärelle pysähtymisenä. Asiantuntija auttaa ja tukee asiakasta löytämään ja tunnistamaan omat voimavaransa sekä keinonsa auttaa itseään.

KEHONKUVA JA KEHOTIETOISUUS

Kehonkuva on muovautuva näkemys ja se muovautuuuikin kokemusten myötä läpi elämän. Kehonkuva havainnoitaessa kiinnitetään huomiota asiakkaan asentoon, liikkeisiin, alustasuhteeseen, rentoutumiskykyyn, hengitykseen sekä äänen- ja voimankäyttöön. Häiriintynyttä kehonkuvaa kuvaavat esimerkiksi korostunut tai sulkeutunut asento, kehonosien hahmottamisen ja liikekontrollin vaikeudet. Asiakas ei tuolloin yleensä mielellään katso itseään ja mielikuva omasta kehosta on vääristynyt. Kehopiirustusta tehtäessä asiakas voi korostaa tai pyrkiä häivyttämään epämiellyttäviksi kokemiaan kehonosia. Häiriintynyttä kehonkuvaa ja kehotietoisuutta voidaan harjoittaa ja tarkentaa esimerkiksi aistimusten kautta itsestä ja ympäristöstä.

Huomioitavaa kaikissa harjoitteissa on, että asiakasta ohjataan tekemään harjoitteet rauhallisesti, omaa kehoa ja kokemuksia havainnoiden. Kiinnitä huomiota rauhalliseen tilaan ja tilanteeseen sekä huomioi, että ympäristö on rauhallinen harjoitteiden toteuttamiseen. Tarvittaessa harjoitteiden aikana voidaan käyttää tyynyä ja peittoa, mikäli asiakas kokee nämä mielekkäinä tai tarpeellisina. Harjoitteet valitaan aina yksilöllisesti asiakkaan kokonaistilanne huomioiden.

KEHOTIETOISUUSHARJOITE ISTUEN

Tavoite: Kehotietoisuuden vahvistaminen

Harjoitteen eteneminen: Asiakas istuu tuolilla. Havainnoidaan asiakkaan istuma-asentoa. Istuuko asiakas esimerkiksi toispuoleisesti tai lihasryhmät jännittyneenä. Ohjataan asiakasta istuma-asennon ja kehonhallinnan havainnoinnissa sekä vartalon keskilinjan tunnistamisessa. Ohjataan asiakasta etsimään vartalon keskilinjaa sekä edestä että sivulta katsottuna. Havainnoinnin ja kehotietoisuuden tukena voidaan käyttää apukysymyksiä, kuten:

”Havainnoi miltä tuoli istuinkyhmyjen alla tuntuu”

”Havainnoi miltä lattia jalkojen alla tuntuu”

”Havainnoi, ovatko molemmat jalkapohjat tasaisesti kosketuksessa lattiaan”

”Havainnoi ylävartalon asentoa suhteessa lantioon”

ja ohjataan näiden kysymysten kautta asiakasta etsimään vartalon keskilinjaa ja tunnistamaan kehon ääriviivoja. Pään asentoa voidaan korjata tarvittaessa, mikäli pää on esimerkiksi eteen- tai taaksepäin työntynyt. Ohjataan lopuksi asiakasta hengittämään tietoisesti nenän kautta sisään ja suun kautta ulos.

Kuvat:



1) Luonnollinen istuma-asento



2) Havainnoinnin kautta ohjattu istuma-asento

KEHOTIETOISUUSHARJOITE SEISOEN

Tavoite: Kehotietoisuuden vahvistaminen

Harjoitteen eteneminen: Asiakas seisoo perusasennossa. Perusasennon etsimisessä voidaan hyödyntää paikallaan käyntiä ennen seisoma-asentoa. Ohjataan asiakasta vakaan seisoma-asennon ja keskilinjan tunnistamisessa. Apukysymyksinä voidaan käyttää:

”Havainnoi miltä lattia jalkojen alla tuntuu”

”Havainnoi, ovatko molemmat jalkapohjat tasaisesti kosketuksessa lattiaan”

Ohjataan asiakas lievään haara-asentoon ja heijaamaan vartaloa kevyesti puolelta toiselle sekä hakemaan oman vartalon keskiasentoa. Toinen harjoite tehdään eteen-taakse suuntaisesti heijaamalla, keskiasentoa etsien.

Kuvat:



1) Perusasento seisoen



2) Seisoma-asento eteen-taakse suuntautuvassa liikkeessä

KEHONI RAJAT

Tavoite: Kehonkuvan ja kehotietoisuuden vahvistaminen, rentouttava ja hyväksyvä kosketus

Harjoitteen eteneminen: Asiakas ”maalaa” siveltimellä, maalitelalla tai pallolla kehon eri osia. Mikäli oman kehon hyväksyminen on hyvin haasteellista, voidaan keskittyä hyväksi koettuihin / hyväksytyihin kehonosiin ja niiden tunnistamiseen sekä rentouttamiseen. Pohditaan yhdessä miltä kosketus tuntuu ja asiakkaan kokemuksia omasta kehosta sekä harjoitteesta.

Kuvat:



1) Kehon ääriviivojen läpikäyminen palloa apuna käyttäen

HENGITYSHARJOITUS SELINMAKULLA

Tavoite: Rentoutuminen, ahdistuksen lievittyminen, kehotietoisuuden vahvistaminen

Harjoitteen eteneminen: Harjoitteen eteneminen: Asiakas asettuu makuuasentoon. Ohjataan hengittämään nenän kautta sisään ja suun kautta pienestä huuliraosta ulos puhaltaen. Toisessa vaiheessa asiakas koukistaa polvensa ja jatkaa rauhallista hengittelyä nenän kautta sisään ja huuliraon kautta ulos. Kolmannessa vaiheessa harjoitteeseen lisätään lantion rentouttava, heijaava liike, sivulta sivulle pientä liikerataa käyttäen. Neljännessä vaiheessa kädet asetetaan vaaka-asentoon vartalon vierelle hengittelyä ja jalkojen liikettä jatkaen. Viimeisessä vaiheessa asiakas voi halutessaan nostaa kädet ylös vartalon jatkeeksi, korvien vierelle ja jatkaa edelleen hengittelyä nenän kautta sisään ja suun kautta ulos, samalla jalkojen rentouttavaa liikettä jatkaen. Lopuksi kädet palautetaan vartalon vierelle, jalkojen liike pysäytetään ja jalat suoristetaan. Tunnustellaan hengityksen virtaamista vapaasti ylhäältä alas ja takaisin alhaalta ylös sekä asiakkaan kokemusta harjoitteesta.

Kuvat:



1) vaihe yksi: alkuasento selinmakuulla



2) vaihe kaksi: jalat koukussa



3) vaihe kolme: kädet vaaka-asennossa

LÄHTEET

- Catalan-Matamoros, Daniel, Helvik-Skjaerven, Liv, Labajos-Manzanares, M Teresa, Martínez-de-Salazar-Arboleas, Alma, Sánchez-Guerrero, Eduardo 2011. A pilot study on the effect of basic body awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. PubMed. Clin rehabil. Jul; 25(7):617-26. Doi: 10.1177/0269215510394223. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21402650/>. Viitattu: 25.4.2022.
- Kamryn, Eddy, Dorer, David, Debra, Franko, Kavita, Tahilani, Heather, Thompson- Brenner & Herzog, David 2008. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. Am J Psychiatry 2008, 165 (2), 245-250. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684068/>. Viitattu: 20.2.2021.
- Herrala, Helinä, Kahrola, Tytti, Sandström, Marita 2008. Psykofyysinen ihminen. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. Viitattu: 11.4.2022.
- Härkönen, Ulla, Muhonen, Minna, Matinheikki-Kokko, Kaija & Sipari, Salla 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuden valossa. Kelan tutkimus Verkkojulkaisu: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>. Viitattu: 16.5.2021.
- Koskinen Minna & Meskanen Katariina 2014. Mindfulness- Harjoitteluun pohjautuvien menetelmien lisääminen osaksi syömishäiriöiden hoitoa. Näytönastekatsaus. Saatavissa. <https://www.kaypahoito.fi/nak08340>. Viitattu: 6.5.2021.
- Koskinen Minna. & Meskanen Katariina 2014. Mindfulness-menetelmä (hyväksyvä tietoinen läsnäolo, tietoisuustaidot) syömishäiriöiden hoidossa. Näytönastekatsaus. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nak08341>. Viitattu: 20.2.2021.
- Laitinen Hannele 2016. BBAT-artikkeli: Hei keho, mitä kuuluu? Saatavissa: <http://www.rentosyke.fi/bbat/hei-keho-mita-kuuluu-artikkeli>. Viitattu: 18.4.2022.
- Nilsen Albertsen Marit, Natvik Eli & Råheim Målfrid 2019. Patients' experiences from basic body awareness therapy in the treatment of binge eating disorder- movement toward health: a phenomenological study. Saatavissa <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-019-0264-0>. Viitattu: 17.5.2021.
- Pratap, Sharan, A. Shyam, Sundar 2015. Eating disorders in women. Pubmed. Indian J Psychiatry. 2015 Jul; 57(Suppl 2): S286–S295. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.savonia.fi/pmc/articles/PMC4539873/>. Viitattu: 17.4.2022.
- Ruuska, Jaana 2021. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa). Lääkärikirja Duodecim. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00111>. Viitattu: 9.4.2022.
- Ruuska, Jaana, Rantanen, Päivi 2007. Syömishäiriöt ja nuoruusiän kehitys. Lääkärilehti 2007, 48/2007 vsk 62 s. 4527 – 4532. Saatavissa: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/syomishairiot-ja-nuoruusiän-kehitys/>. Viitattu: 10.4.2022.
- Ruusunen Anu, Huovinen Minna & Laukkanen Eila 2017. Pitkäaikaisen laihuushäiriön hoito. Lääkärilehti 2017, 72: 1359- 1363. Viitattu: 10.4.2022.
- Smink Frédérique, van Hoeken Daphne, Hoek Hans 2012. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep 2012, 14 (4), 406-414. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409365/>. Viitattu: 20.2.2021.

- Sojcher, Renee, Gould, Fogerite, Susan, Perlman, Adam. Evidence and potential mechanisms for mindfulness practices and energy psychology for obesity and binge-eating disorder. *Explore (NY)* 2012, 8:271- 276. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550830712001280>. Viitattu: 4.5.2021.
- Soundy, Andy, Stubbs, Brendon, Probst, Michel, Lundvik, Gyllensten, Amanda, Skjaerven, Liv, Helvik, Catalan-Matamoros, Daniel & Vancampfort, Davy 2016. Considering the Role of Physical Therapists Within the Treatment and Rehabilitation of Individuals With Eating Disorder: An International Survey of Expert Clinicians. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ezproxy.savonia.fi/26267762/>. Viitattu: 20.11.2021.
- Suomen Psykofyysinen Fysioterapian Yhdistys RY. Mitä on psykofyysinen fysioterapia? Saatavissa: <https://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/>. Viitattu:17.5.2022.
- Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Saatavilla internetissä: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101#R11>. Viitattu: 20.2.2021.
- Vancampfort, Davy, Vanderlinden Johan, De Hert Marc, Adámkova, Milena, Skjaerven Liv Helvik, Catalán-Matamoros, Daniel, Lundvik- Gyllensten, Amanda, Gómez- conesa, Antonia, Ijntema, Rutger & Probst, Michel 2013. A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23594056/>. Viitattu: 17.5.2021.
- Wallin, Ulf, Kronvall, Per, & Majewski, Marian 2000. Anorexia nervosa in teenagers: change in family function after family therapy, at 2-year following up. Saatavilla: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12470310/>. Viitattu:20.11.2021.

Palautelomake opinnäytetyönä toteutetusta oppaasta

pvm: 6.6.2022

Anna arviointi asteikolla 1-5

(1= täysin erimieltä, 2= erimieltä, 3= joihinkin samaa mieltä, 4= samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä)

1. Oliko oppaan rakenne mielestäsi selkeä? _____
2. Otsikot selkeyttivät mielestäni rakennetta? _____
3. Harjoitteet vastasivat toivomiini aihealueisiin? _____
4. Harjoitteet sopivat työyksikköni asiakasryhmälle? _____
5. Kuvat tukivat mielestäni harjoitteiden ohjeita? _____
6. Harjoitteiden työjärjestys oli mielestäni selkeästi esitetty? _____
7. Oppaan esittely tuki harjoitteiden käyttöönottoa? _____