



BASIC BODY AWARENESS- TERAPIA JA SEN KÄYTTÖ PSYKIATRISTEN POTILAI- DEN FYSIOTERAPIASSA

Kirjallisuuskatsaus

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Helka Kannainen	
Työn nimi Basic Body Awareness -terapia ja sen käyttö psykiatristen potilaiden fysioterapiassa - kirjallisuuskatsaus	
Päiväys	Sivumäärä/Liitteet
Ohjaaja(t) Airi Laitinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) KYS psykiatrian palveluyksikön fysioterapeutit	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla koota tutkittua tietoa Basic Body Awareness -terapiasta ja sen käytöstä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa. Työn tavoitteena oli löytää uutta ja laadukasta tietoa aiheesta sekä koota tieto mahdollisimman kattavasti ja selkeästi kirjallisuuskatsauksen muotoon. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimivat Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian palveluyksikön fysioterapeutit, jotka työskentelevät kaikenikäisten psykiatristen potilaiden kanssa. Heille Basic Body Awareness -terapia (BBAT) on yksi työväline ja he halusivat saada enemmän näyttöön perustuvaa tietoa sen käytöstä.</p> <p>Kirjallisuuskatsaus tehtiin sovelletusti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaan. Tiedonhaussa käytettiin seuraavia tietokantoja: Cinahl, PEDro, Cochrane Library, Pubmed, SveMed+ sekä Medic. Tutkimusten hakuja rajattiin vuonna 2003-2014 tehtyihin englannin- ja ruotsinkielisiin tutkimuksiin. Hakujen tuloksena kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoitui yhteensä seitsemän tutkimusta, joista kolme oli kvantitatiivisia ja neljä kvalitatiivisia tutkimuksia.</p> <p>Aineiston analysointi tehtiin sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Sisällönanalyysin avulla löytyi viisi tutkimusten tuloksia kuvaavaa pääluokkaa: kehotuntemuksen ja -hallinnan kehittyminen, positiiviset vaikutukset psyykeen, minuuden eheytyminen, potilaiden kehittymisen prosessi sekä potilaiden kokemus sosiaalisesta tuesta. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella Basic Body Awareness -terapialla näyttäisi siis olevan monenlaisia positiivisia vaikutuksia psykiatristen potilaiden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen minuuteen.</p> <p>Tutkimustulosten soveltaminen työelämään on mahdollista ja Basic Body Awareness -terapian käyttöä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa voidaan hyvin perustella tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella. Jatkossa tarvitaan vielä enemmän laadukkaita tutkimuksia Basic Body Awareness -terapian käytöstä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa, jotta voidaan varmistua menetelmän hyödyistä kyseisillä potilasryhmillä.</p>	
Avainsanat psykiatria, psykofyysinen fysioterapia, Basic Body Awareness -terapia	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Physiotherapy			
Author(s) Helka Kannainen			
Title of Thesis Basic Body Awareness Therapy and its use in the physiotherapy of psychiatric patients - literature review			
Date		Pages/Appendices	
Supervisor(s) Airi Laitinen			
Client Organisation /Partners The physiotherapists of KUH Psychiatric Clinic			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to make a literature review about The Basic Body Awareness Therapy and its use with psychiatric patients. The aim of this thesis was to find new and high-quality information and to collect information as comprehensive and accurate as possible in a literature review format. The physiotherapists of KUH Psychiatric Clinic were my employer and they work with psychiatric patients of all ages. The Basic Body Awareness Therapy is one of the tools for them and they wanted to get more evidence-based information on the use of it.</p> <p>The method of a systematic literature review was applied on this thesis. The literature search was done using internet databases Cinahl, PEDro, Cochrane Library, Pubmed, SveMed+ sekä Medic. The search of studies was limited to the English and Swedish studies that had been published between the year of 2003 and 2014. The number of studies that filled the entry criteria were three quantitative researches and four qualitative researches.</p> <p>Data was analyzed using the principles of the content analysis. The content analysis revealed five main categories: 1) the development of the awareness and the control of the body 2) the positive influence of the psyche, 3) self healing, 4) patients in the development process and 5) patients' experience about social support. The Basic Body Awareness Therapy has positive effects on patients' physical, mental and social ego.</p> <p>The application of the research results into practice is possible. Moreover this literature review shows that the use of The Basic Body Awareness Therapy in the physiotherapy of psychiatric patients is justified. In the future, you will need additional high-quality studies of The Basic Body Awareness Therapy and its use in the physiotherapy of psychiatric patients.</p>			
Keywords psychiatry, psycho-physical therapy, Basic Body Awareness Therapy			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN PERUSTA	6
2.1	Psykiatrinen potilas	6
2.2	Psykofyysinen fysioterapia	6
2.3	Basic Body Awareness Therapy	8
3	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	11
3.1	Suunnitteluvaihe	11
3.2	Tekovaihe	12
3.2.1	Aineiston laadun arviointi.....	13
3.2.2	Tulosten analysointi ja synteesi.....	14
3.3	Raportointi	15
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	17
4.1	Kehotuntemuksen ja -hallinnan kehittyminen.....	17
4.2	Positiiviset vaikutukset psyykeen.....	18
4.3	Minuuden eheytyminen	19
4.4	Potilaiden kehittymisen prosessi.....	20
4.5	Potilaiden kokemus sosiaalisesta tuesta	21
5	POHDINTA.....	22
5.1	Tulosten tarkastelu	22
5.2	Tulosten hyödynnettävyys	24
5.3	Luotettavuus ja eettisyys.....	25
5.4	Oma oppiminen	27
6	LÄHTEET	30
	LIITE 1 TUTKIMUKSET.....	34
	LIITE 2 HOITO- JA PREVENTIOTUTKIMUSTEN ARVIOINTI.....	41
	LIITE 3 KVALITATIIVISEN TUTKIMUKSEN LAATUKRITEERIT	42
	LIITE 4 SISÄLLÖNANALYYSI.....	43

1 JOHDANTO

Vuonna 2013 suurin työkyvyttömyyttä aiheuttanut sairausryhmä Suomessa oli mielenterveyden häiriöt (40 %). Mielenterveyden häiriöiden osuus työkyvyttömyyden aiheuttajana on ollut suurin vuodesta 2000 lähtien ja se on ollut koko ajan nousussa. (Eläketurvakeskus 2014.) Mielenterveyden ongelmat ovatkin suomalaisen kuntoutusjärjestelmän yksi keskeinen kehittämisen kohde, jotta työelämässä pysyminen tai sinne palaaminen onnistuisi mielenterveyden ongelmasta huolimatta. Mielenterveyden ongelmista kärsivän ihmisen toimintakyky usein heikkenee, jolloin hän tarvitsee monenlaista ammattiapua ja kuntoutusta. Keskeisenä elementtinä kuntoutuksessa ovat kuntoutujan omien voimavarojen hyödyntäminen sekä pienet, arjen hyvinvointia lisäävät tekijät. (Jalava & Koskela 2010, 3-4.) Fysioterapia on yksi osa suomalaista kuntoutusjärjestelmää ja yhä enenevässä määrin se on osa myös mielenterveyskuntoutusta (Opetusministeriö 2006, 28).

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, joka hoitaa ihmistä psykofyysisenä kokonaisuutena, jossa ihmisen mieli ja keho toimivat vuorovaikutuksessa. Erityisesti psykofyysistä fysioterapiaa suositellaan käytettävän juuri mielenterveyden ongelmista kärsivien asiakkaiden kanssa. Psykofyysisessä fysioterapiassa asiakas oppii itsestään liikkeen kautta. Onnistuneessa fysioterapiassa asiakas kykenee ottamaan yhä enemmän vastuuta omasta kuntoutumisestaan ja siten asiakkaan omien voimavarojen hyödyntäminen on erityisen tärkeä osa fysioterapiaa. (Psyfy r.y. 2013.) Basic Body Awareness -terapia (BBAT) on yksi psykofyysisen fysioterapian menetelmä, joka edesauttaa ihmistä löytämään nuo terveyttä edistävät voimavaransa. Sitä voidaan käyttää kokonaisvaltaisena hoitomuotona sekä psyykkisissä että somaattisissa sairauksissa. BBAT-harjoitteet ovat yksinkertaisia liikeharjoituksia, joissa keskitytään ennen kaikkea tasapainoon, vapaaseen hengittämiseen ja tietoiseen läsnäoloon sekä potilaan omiin havaintoihin ja tuntemuksiin harjoittelun aikana. (Psyfy r.y. 2012.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla koota tutkittua tietoa Basic Body Awareness -terapiasta ja sen käytöstä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa. Kirjallisuuskatsaus tuo esiin, miten paljon tutkimuksia aihealueesta on tehty ja millaisia tutkimukset menetelmällisesti ja sisällöllisesti ovat. Kirjallisuuskatsauksia on useita erilaisia, mutta arvostetuin ja tunnetuin menetelmä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Sen tekemiseen vaaditaan tarkkaa tutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessia ja siihen hyväksytään vain tutkimuskysymykseen vastaavat korkealaatuiset tutkimukset. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekovaiheet on tarkkaan määriteltä ja ne on kirjattava virheiden minimoimiseksi ja toistettavuuden mahdollistamiseksi. (Johansson 2007, 3-5.) Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus on tehty sovelletusti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeiden mukaisesti.

Opinnäytetyön toimeksiantajana olivat Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian palveluyksikön fysioterapeutit, jotka työskentelevät monenlaisten psykiatristen potilaiden kanssa. Heille BBAT-menetelmä on yksi työväline, ja he haluavat saada tutkimusnäyttöön perustuvaa tietoa menetelmän hyödyistä omille potilasryhmilleen. Työn tavoitteena olikin löytää uutta ja laadukasta tietoa BBATin käytöstä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa sekä koota tietoa mahdollisimman kattavasti ja selkeästi kirjallisuuskatsauksen muotoon.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN PERUSTA

2.1 Psykiatrinen potilas

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, joka tutkii ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden häiriöitä ovat muuan muassa psykoosit, älyllinen kehitysvamma, elimelliset aivosairaudet, kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, mielialahäiriöt sekä erilaiset pelot ja ahdistuneisuushäiriöt. Lisäksi mielenterveyden häiriöihin voidaan luokitella uni-, syömis-, seksuaali-, käyttäytymis- ja päihdehäiriöt. (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 12-13.)

Mielenterveys on ihmisen mielen hyvää vointia. WHO:n määritelmän mukaan hyvä mielenterveys edellyttää kyvyn luoda ihmissuhteita ja välittää muista, tunteiden ilmaisutaitoa, kykyä tehdä työtä sekä ajoittaisen ahdistuneisuuden ja hallintakyvyn menetyksen hyväksymistä omassa elämässään. Mielenterveys muokkautuu elämän aikana ja siihen vaikuttavat sekä yksilölliset että ulkopuoliset tekijät. Mielen hyvinvointia voi opetella ja sitä voidaan opettaa. (THL 2013.)

Usein mielenterveydenhäiriöt aiheuttavat toimintakyvyn menetystä tai sen huomattavaa laskua sekä yksilöllistä kärsimystä ja elämänlaadun heikkenemistä. Huomioitavaa on, että usein psykiatrisen potilaan kohdalla subjektiivinen sairauskokemus voi olla täysin erilainen suhteessa diagnosoituun sairauteen. Siten henkilö voi kokea suurta huolta omasta mielenterveydestään, vaikka hänellä ei voida todeta olevan mitään vakavaa psykiatrista sairautta. Henkilö voi myös kokea olevansa täysin terve, vaikka hänellä todettaisiin kliinisesti merkittävä ja vaikea-asteinen psyykinen häiriö. (Lönngqvist & Lehtonen 2011, 13.)

Psykiatrisen potilaan diagnosointi perustuu psykiatristen oirekokonaisuuksien ja niiden keston toteamiseen. Diagnoosia voidaan tarkentaa mm. kliinis-neurologisilla sekä röntgen- ja laboratoriotutkimuksilla. Näillä tutkimuksilla on myös erotusdiagnostinen merkitys. Usein psykiatrinen tutkimus edellyttää moniammatillista yhteistyötä niin, että eri ammattiryhmät arvioivat omaan alaansa liittyviä toimintakyvyn osa-alueita. Apuna voidaan käyttää myös erilaisia arviointiasteikkoja. (Koponen & Lepola 2002, 27.)

2.2 Psykofyysinen fysioterapia

Fysioterapia perustuu fysioterapiatieteeseen, joka tutkii ihmisen toimintakykyä ja liikkumista sekä toiminnan heikkenemistä ja häiriöitä. Se on osa julkista ja yksityistä terveys-, sosiaali- ja kuntoutuspalvelujärjestelmää. Fysioterapiassa arvioidaan ihmisen toimintakykyä, terveyttä ja liikkumista. Fysioterapiamenetelmiä ovat esimerkiksi ohjaus ja neuvonta, terapeutin harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut, ja kaikilla näillä menetelmillä pyritään edistämään ihmisen terveyttä ja toimintakykyä. (Suomen Fysioterapeutit Ry 2013.)

Fysioterapeutti voi toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä suoritettuaan fysioterapeutin, lääkintävoimistelijan tai erikoislääkintävoimistelijan ammattitutkinnon (Suomen Fysioterapeutit Ry 2013). Fysioterapeutti työskentelee itsenäisesti tai osana moniammatillista työryhmää edistämällä terveyttä tai ehkäisten sairauksia ja vammoja tai neuvoen. Hän vastaa usein itsenäisesti työnsä suunnittelusta ja toteutuksesta sekä arvioinnista ja kehittämisestä. Ammattitaitoinen fysioterapeutti hyödyntää työssään parasta saatavilla olevaa tietoa sekä kehittää itseään koko ajan. Fysioterapeutin päätöksenteon tulee perustua ensisijaisesti näyttöön, mutta myös kokemuksella on suuri merkitys. Nykyaikana fysioterapeutilta vaaditaan myös laajaa ihmistuntemusta ja valmiutta kohdata ihminen kokonaisuutena. Siten työssä tulee ottaa huomioon eettiset ja lainsäädännölliset näkökulmat. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 88-90.)

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian yksi lähestymistapa, jonka lähtökohtana on juuri kokonainen ihminen (Psyfy r.y. 2013). Psykofyysisen fysioterapian taustalla vaikuttaa psykofyysinen ihmiskäsitys, jonka mukaan ihmisen mieli ja keho toimivat vuorovaikutuksessa keskenään. Siten ihmisen ajatukset, tunteet ja kokemukset voivat siis heijastua myös kehollisina reaktioina ja toisin päin fysiologiset tuntemukset voivat heijastua ajatuksiin, tunteisiin ja kokemuksiin. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 5.) Psykofyysinen fysioterapia on kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyönä norjalaisessa ja ruotsalaisessa fysioterapiaperinteessä jo 1940- ja 50-luvuilla (Lintunen, Koivumäki & Säilä 1995, 133). Suomessa fysioterapiaa on tarjottu psykiatrisissa sairaaloissa 1960-luvulta lähtien, mikä käytännössä tarkoitti liikehoitoa, ryhmävoimistelua, tanssia ja rentoutusta. Tunnetummaksi psykofyysinen fysioterapia alkoi tulla kuitenkin vasta 1980-luvulla, kun menetelmän koulutus lisääntyi. Nykyään fysioterapiasta on jo tullut luonteva osa psykiatrian ja psykosomatiikan kokonaisvaltaista hoitoa. (Jaakkola 1999, 4.) Suomessa on myös mahdollista suorittaa psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot Tampereen ammattikorkeakoulussa. Koulutuksen tarkoituksena on syventää psykofyysistä näkökulmaa fysioterapiassa sekä antaa välineitä psykofyysisen fysioterapian toteuttamiseen. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2012-12-3.)

Psykofyysisen fysioterapian avulla ihmisen liikunta- ja toimintakykyä sekä voimavaroja voidaan vahvistaa ja tukea. Terapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen ja asioita tarkastellaan kuntoutujan kokemuksista ja elämyksistä käsin. Tärkeintä on siis se, että kuntoutujaa autetaan tulemaan tietoisemmaksi itsestään ja että kuntoutuja oppii lukemaan oman kehon viestejä ja pääsee näin kosketuksiin tunteisiinsa. Keinoina voivat olla havainnointi, jännitystilojen rentouttaminen, asentojen ja liikkeiden harjoittaminen sekä kehon ja mielen reaktioiden vastaanottaminen ja tunnistaminen. (Talvitie ym. 2006, 265-265.) Kun fysioterapiassa tarkkaillaan hengitystä, asentoja ja liikkumista sekä reflektoidaan niiden aiheuttamia tunteita, ajatuksia ja kokemuksia, kuntoutujalle mahdollistuu oman kehollisuuden kokeminen, tunnistaminen ja hyväksyminen (Psyfy r.y. 2013).

Fysioterapian toteutumisen ja onnistumisen kannalta merkityksellisintä on fysioterapeutin ja kuntoutujan välisen vuorovaikutuksen rakentuminen. Fysioterapeutilla on fysioterapian ammatillinen tieto ja kuntoutujalla taas käsitys omasta itsestään. Vaikuttava terapia edellyttää siis, että fysioterapeutin ja kuntoutujan välinen suhde on tasavertainen, dialoginen. Tällöin tavoitteet asetetaan yhdessä, terapeutin ja kuntoutujan välillä vallitsee luottamus ja molemmat ovat sitoutuneita tavoitteisiinsa. Kuntou-

tumisen edistyessä vastuuta tulisi siirtää yhä enemmän kuntoutujalle itselleen tai omaisille (lasten, vammaisten ja iäkkäiden kohdalla), jolloin fysioterapeutin toiminta muuttuu kuntoutujan itsehoitoa tukevaksi. (Talvitie ym. 2006, 51-52, 56.)

Psykofyysinen ihmiskäsitys korostaa itsensä tuntemista ja erityisesti oman ihmiskäsityksen tiedostamista, sillä ihmiskäsityksellä on suuri merkitys dialogisen vuorovaikutuksen luomisessa (Herrala ym. 2008, 12). Terapeutilta psykofyysinen fysioterapia vaatii siis oman kehon tuntemusta ja hyväksymistä sekä oman ihmiskäsityksen ja maailmankuvan tietoisuutta (Talvitie ym. 2006, 266). Fysioterapeutin on helpompi näin päästä hyvään vuorovaikutukseen kuntoutujan kanssa, kun hän kehittää omaa itsetuntemustaan kaikilla olemisen tasoilla. Tähän ei riitä pelkkä kokemus, vaan terapeutin tulee jatkuvasti aktiivisesti reflektoida omaa käytöstään ja tarvittaessa perustellusti muuttaa niitä. (Jaakkola 2005, 6-7.) Dialogisuuteen pääseminen vaatii myös kuntoutujalta aktiivista osallistumista vuorovaikutukseen. Dialogista vuorovaikutusta voidaan rakentaa vain yhdessä, vastavuoroisesti ja niin, että yhteiseen ymmärrykseen pyritään molempien osapuolien ehdoilla. (Mönkkönen 2007, 86-96.) Siten myös kuntoutujan ihmiskäsitys sekä hänen ajatuksensa terveydestä ja kuntoutumisesta näkyvät vuorovaikutuksen rakentumisessa etenkin heijastuen kuntoutujan motivaation tasona ja sitoutumiskykynä (Talvitie ym. 2006, 266).

2.3 Basic Body Awareness Therapy

Basic Body Awareness Therapy (BBAT) on näyttöön perustuva fysioterapiamenetelmä, jonka taustalla on muun muassa ranskalaisen psykoterapeutin ja liikepedagogin, Jacques Dropsyn, teorian ihmisen olemassaolosta ja liikkumisen eri ulottuvuuksista. Dropsyn innoittamana ruotsalainen fysioterapeutti Gertrud Roxendal alkoi soveltaa kyseisiä teorioita edelleen fysioterapiaan 1970-luvulla neuroottisten potilaiden parissa. (Psyfy r.y. 2012.) Aikojen kuluessa menetelmää on kehitetty edelleen etenkin Pohjoismaissa, joissa menetelmästä on muodostettu erilaisia versioita. Ruotsissa menetelmä tunnetaan nimellä Basal kroppskänndom tai Body Awareness Therapy sekä esimerkiksi Suomessa ja Norjassa teoriasta käytetään nimeä Basic Body Awareness Therapy. Terapiat ovat eri nimistä huolimatta kuitenkin käytännössä melko samanlaisia. (Niiranen 2014-2-13.)

BBAT-harjoitteiden teoreettinen tausta on perinteisissä itämaisissa liikeharjoitteissa Tai Chissa ja Zen-meditaatioissa. Myös länsimaiset menetelmät, kuten Feldenkrais- ja Alexanderin-tekniikat sekä eurooppalainen tanssi- ja teatteri-ilmaisu näkyvät BBATin harjoitteiden taustalla. BBAT eroaa näistä menetelmistä kuitenkin sillä, että BBATissa liikkeet ovat hyvin yksinkertaisia. Lisäksi harjoittelussa korostuu oman kehon ja mielen tuntemuksien tarkastelu sekä omien voimavarojen mukaan tekeminen. Myös erilaiset filosofiset ja psykologiset teorit, kuten kehosuuntautuneen psykoterapian edustajat Reich ja Lowen ovat vaikuttaneet BBATin olemukseen. (Hedlund & Gyllensten 2010, 252-253.) BBATin tavoitteena on ennen kaikkea kehotuntemuksen ja -tietoisuuden parantuminen kehon hallinnan ja itsetuntemuksen lisääntymisen myötä. Kehon hallinta on kykyä ohjata ryhtiä, liikkeitä ja liikkumista, ja kehotietoisuus ja -tuntemus ovat kehoelämykseen ja liikkeeseen liittyviä asioita. BBATissa näitä asioita havainnoidaan, arvioidaan ja harjoitetaan liikkeiden avulla. Harjoitteita tehdään maaten, istuen, seisten, kävellen ja juosten. (Talvitie ym. 2006, 269-270.)

BBAT-harjoittelussa tarkastelun kohteena ovat seuraavat viisi kehominnan ja sen harjoittamiseen liittyvää eri toimintaa kuvaavaa käsitettä: ankkuroituminen, keskilinja, keskusta, hengitys ja virtaus. Ankkuroituminen kuvaa sitä, miten henkilö tuntee alustan, jossa hän on, kannattelevan häntä kaikissa asennoissa. Ankkuroituminen ei ole pelkästään fyysinen kokemus, sillä fyysinen tunne kannattelevasta alustasta auttaa myös psyykkistä minää luottamaan itseensä ja omaan elämään. Kun voin sanoa ”tässä minä seison”, turvallisuuden tunne heijastuu myös henkiseen elämään. Keskilinja taas on kehon painovoimalinja, joka toimii kehon eri painopisteitä yhdistävänä kokemuksellisenä ydinlinjana. Kun keskilinja kulkee oikealla paikallaan, olkapäiden, käsien ja jalkojen lihakset voivat olla rentona ja selässä on näkyvissä sen luonnolliset kaaret. Jos taas keskilinjaa ei tunnista tai se kulkee väärin, henkilön on vaikea ylläpitää ja hallita asentoaan. Keskilinja voi vääristyä esimerkiksi psyykkisen sairauden yhteydessä. (Roxendal & Windberg 2003, 62-66.)

Ihmisen kehossa on eroteltavissa ainakin kaksi keskustaa: painopiste ja liikekeskusta. Liikekeskusta voidaan jakaa vielä kolmeen osaan: ylempi (tietoinen), alempi (tiedostamaton) sekä niiden väliin jäävä yhteinen liikekeskusta. Painopiste sijaitsee noin navan tienoilla ja yhteinen liikekeskusta taas on ylempänä jossakin navan ja rintakehän keskivaiheilla. (Herrala ym. 2008, 94-97.) BBAT-harjoittelussa keskitytään tähän yhteiseen liikekeskustaan, sillä nimensä mukaisesti kaikki liike lähtee aina tuosta liikekeskustasta. Lisäksi yhteisessä liikekeskustassa kehon tietoisien yläosan ja tiedostamattoman alaosan liike ja tunteet kohtaavat ja yhdistyvät. Dropsyn mukaan: ollessaan tietoinen omasta liikekeskustastaan voi helpommin vastaanottaa avoimesti ulkopuolella tapahtuvia asioita. Jos liikekeskustan tunteminen on portti ulkopuolella tapahtuvien asioiden havainnoimiseen, on hengitys (yksi BBAT-harjoittelun tärkeimmistä toiminnoista) ikäänkuin portti omien tuntemuksien ja tarpeiden tunnistamiseen. Koska hengitys on niin automaattinen toiminto, siihen harvoin tulee kiinnitettyä huomiota. Ihminen reagoi kuitenkin usein hengityksellään esimerkiksi stressiin, kiireeseen ja erilaisiin tunteisiin, jolloin hengitys muuttuu pinnalliseksi ja jännittyneeksi. BBATissa hengitysharjoitukset aloitetaan sillä, että tiedostetaan oma hengitys, mutta mitään muutoksia siihen ei vielä tehdä. Jatkossa mennään syvemmälle hengityksen mekaniikkaan ja yhdistetään hengitystä omien tunteiden aistimiseen. (Roxendal & Windberg 2003, 68-74.)

Ankkuroituminen, hengitys ja virtaus edustavat ihmisen energistä, elävää osaa. Etenkin virtaava liike on mukana kaikessa energiaa vaativassa tekemisessä, jopa seisoma-asennon ylläpitämisessä. BBATissa näkyvää virtaavaa liikettä voidaan harjoitella eteen ja taakse tai ylös ja alas suuntiin. Virtavaa liikettä voi estää esimerkiksi lihasjännitykset ja keskittymiskyvyn puute. Myös rytmi on tärkeä osa virtavaa liikettä, ja usein vapaa, virtaava liike tapahtuukin vapaan hengityksen rytmiiin. BBAT-harjoittelun aikana henkilön on tarkoitus kohdistaa näiden eri toimintojen (ankkuroituminen, keskilinja, keskusta, hengitys ja virtaus) avulla huomio itseensä, näihin kehominnan edellä esitellyihin toimintoihin ja siihen, mitä tuntemuksia tai ajatuksia harjoittelu itsessä herättää. Lisäksi samalla, kun huomio kiinnitetään omaan liikkeeseen ja sen tekemiseen, henkilö harjoittaa henkisen läsnäolon taitoa. Henkinen läsnäolo on mukana vahvan identiteetin rakentamisessa, ja se edellyttää kokonaisen ihmisen (kehon ja mielen) harjoittamista ja tiedostamista. Henkisen läsnäolon harjoittamisen ta-

voitteena on saada henkilö tuntemaan itsensä ja omat tarpeensa. (Roxendal & Winberg 2003, 62-83.)

BBATia käytetään psykiatrisilla potilailla parantamaan kehon tuntemusta, kehonkuvaa ja psykomotorista käytöstä. Yhtä hyvin terapia sopii neurologisille potilaille, joilla esiintyy oman kehon väheksyntää sekä häiriöitä oman kehon toiminnassa ja psykosomatiikassa. Lisäksi esimerkiksi skitsofreenikoilla BBATia voidaan yhdistää lääkehoitoon, sosiaalisiin harjoitteisiin ja psykoterapiaan. (Roxendal 1985, 10.) BBAT sopii hyvin myös nykyään uhkaaviin sairauksiin kuten stressiin ja masennukseen. Sitä käytetään paljon myös ennaltaehkäisevänä hoitomuotona työterveyshuollossa ja erilaisissa kuntotusryhmissä, kuten stressinhallintaryhmissä. (Psyfy r.y. 2012.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsaus kokoaa yhteen olemassa olevan tutkimustiedon rajatulta aihealueelta ja sen avulla etsitään vastauksia asetettuun tutkimuskysymykseen. Tutkijoille ja muille tiedon käyttäjille kirjallisuuskatsaukset ovat arvokkaita lähteitä, koska tarvittu tieto löytyy yhdestä teoksesta. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen siis edellyttää, että aiheesta löytyy jo valmiiksi tehtyjä tutkimuksia. (Leino-Kilpi 2007, 2.) Kirjallisuuskatsaukseen koottu tieto auttaa myös hahmottamaan sitä, miten paljon tutkimuksia aiheesta on tehty sekä millaista tutkimus on sisällöllisesti ja menetelmällisesti. Kirjallisuuskatsauksen tekotapoja on useita. (Johansson 2007, 3.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (systematic literature review) on laadukkain ja arvostetuin kirjallisuuskatsauksen muoto. Se on sekundaaritutkimus, joka esittelee asetetun tutkimuskysymyksen kannalta keskeisimmät tutkimukset. Siihen pyritään löytämään ja valitsemaan vain kaikki kyseiseen tutkimuskysymykseen vastaavat korkealaatuiset tutkimukset. Menetelmää käyttäen voidaankin analyysien ja perustelujen avulla tehdä luotettavia yleistyksiä tutkitusta aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 97.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekovaiheet on tarkkaan määritelty ja ne on kirjattava virheiden minimoimiseksi ja toistettavuuden mahdollistamiseksi. Se on myös päivitettävä tietyin aikaväleihin, jotta tulosten relevanttius säilyisi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri vaiheeseen: suunnitteluvaihe, katsauksen tekovaihe (haut, analysointi ja synteesi) sekä raportointi. (Johansson 2007, 4-5.) Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus on tehty sovelletusti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeiden mukaisesti.

3.1 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa määritellään katsauksen tarvetta, tehdään tutkimussuunnitelma ja tutustutaan aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta (Johansson 2007, 6). Ennen aineiston hakua tutustuin Basic Body Awareness -terapian teoriaan ja kokeilin eri hakukoneilla, onko aiheesta olemassa tutkimuksia, joissa on mukana psykiatrisia potilaita. Basic Body Awareness -terapiaa käytetään vielä melko vähän maailmanlaajuisesti, mutta Pohjoismaissa menetelmä tunnetaan paremmin, minkä huomasin myös löydettyjen tutkimusten perusteella, sillä suurin osa tutkimuksista on toteutettu Ruotsissa tai Norjassa. Pikaisten hakujen perusteella Basic Body Awareness -terapiaa on tutkittu myös psykiatristen potilaiden parissa, joten kirjallisuuskatsausta aiheesta pystyi tekemään.

Seuraavaksi aloin tehdä tutkimussuunnitelmaa. Tutkimussuunnitelma sisältää muun muassa selkeät tutkimuskysymykset, joita voi olla yhdestä kolmeen (Johansson 2007, 6). Tutkimuskysymysten määrittelyä ohjaa terveydenhuollossa niin sanottu PICO-malli, jota käyttämällä huomioidaan kattavasti kaikki seuraavat neljä tekijää: potilasryhmä tai tutkittava ongelma (P= population/problem of interest), interventiot (I= intervention under investigation), interventioiden vertailut (C= the comparison of interest) sekä kliiniset tulokset (O= the Outcomes considered most important in assessing results) (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47). Tutkimuskysymyksiä muotoutui opinnäytetyön nimen pohjalta ja edellä kuvatun PICO-mallin mukaisesti yksi:

- Millaisia vaikutuksia Basic Body Awareness -terapialla on psykiatristen potilaiden fysioterapiassa?

Myös hakutermien pohtiminen ja tietokantojen valitseminen ovat osa tutkimussuunnitelmaa. Lisäksi tässä vaiheessa on hyvä määritellä tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit kirjallisuuskatsaukseen valittaville tutkimuksille, sillä näin ehkäistään virheiden syntymistä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47-48.) Hakutermeinä käytin pääasiassa menetelmän nimen englanninkielistä versiota, "Basic Body Awareness", lyhenteineen ja hieman muunneltuina, koska sillä nimellä menetelmä tunnetaan laajimmin maailmassa. Lisäksi käytin myös ruotsinkielistä nimeä "Basal Kroppskännedom", jotta sain mukaan mahdolliset ruotsinkielellä tehdyt tutkimukset. Rajatakseni hakuja tarkemmin käytin myös lisänä tarkentavia sanoja: "psychiatric" ja "physiotherapy".

Hakusanoja olivat:

- basic body awareness therapy
- body awareness therapy
- bbat
- body awareness therapy ja physiotherapy
- body awareness therapy ja psychiatric
- Basal Kroppskännedom

Hakuja tein seuraavista tietokannoista: Cinahl, PEDro, Cochrane Library ja PubMed sekä SveMed+. Cinahl, Cochrane Library ja Pubmed ovat terveydenhuollon yleisiä tietokantoja ja Pedro on fysioterapiaan erikoistuneiden tutkimusten artikkelitietokanta. Suomen fysioterapialiitto suosittelee tiedonhaussa käytettävän ainakin Cochrane Librarya, PEDroa ja Pubmedia (Suomen fysioterapeutit ry 2014). SveMed+ esittelee lähinnä pohjoismaisia terveydenhuoltoalan tutkimusartikkeleita, joten sen kautta ajattelin saavani mukaan mahdolliset ruotsinkielellä tehdyt tutkimukset. BBATia on tutkittu enimmäkseen Pohjoimaissa, joten myös sen takia valitsin SveMed+ -tietokannan. Kokeilin tehdä hakuja myös kotimaiseen Medic-tietokantaan, mutta valituilla hakusanoilla ei löytynyt yhtään artikkelia BBAT-menetelmästä.

Hakuja tehdessä rajasin haun tulokset vuonna 2003-2014 tehtyihin tutkimuksiin, jotta tutkimustieto olisi mahdollisimman tuoretta. Lisäksi tutkimusartikkeleiden tuli olla englannin- tai ruotsinkielisiä, mikä määräytyi oman kielitaitoni mukaan. Ideaalitulanteessa kirjallisuuskatsaukseen valitaan kuitenkin kaikilla kielillä tehdyt tutkimukset, jotta kaikki saatavilla oleva tutkimustieto saataisiin mukaan katsaukseen (Pudas-Tähkä & Axelin, 49).

3.2 Tekovaihe

Kirjallisuuskatsauksen tekovaiheessa edetään suunnitelmien mukaisesti hankkimalla tutkimuksia, analysoimalla niitä sisällöllisesti ja laadullisesti sekä tekemällä synteisiä tutkimusten tuloksista (Johansson 2007, 6). Tiedonhaku on prosessi, joka on niin tarkkaan määritelty ja rajattu jo tutkimussuunnitelmassa, että se on mahdollista toistaa (Tähtinen 2007, 10). Lähdin tekemään hakuja suunnitelman mukaisesti valituista tietokannoista määräytyillä hakusanoilla. Tutkimusten julkaisuaika ja -kieli oli mahdollista rajata kaikissa tietokannoissa, niin että mukaan tulivat vain viimeisen kymmenen vuoden aikana tehdyt tutkimukset sekä englannin- ja ruotsinkielellä tehdyt tutkimukset.

Hakuprosessin tarkoituksena on löytää kaikki tutkimuskysymyksen kannalta oleelliset tutkimukset, jolloin myös taataan katsauksen luotettavuus. Kaikki haun antamat viitteet tulee käydä läpi sekä arvioida niiden vastaavuutta asetettuun tutkimuskysymykseen. Luotettavuuden lisäämiseksi hakuprosessissa on myös hyvä turvautua asiantuntijan, informaatikon tai muun kirjastoalan ammattihenkilön apuun. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49-51.) Hakuprosessissa en käyttänyt apuna ketään asiantuntijaa. Tutkimuskysymyksiä oli vain yksi, mikä hieman yksinkertaisti hakuprosessia. Haun tuloksena löytyi yhteensä 116 artikkelia, joista osa oli samoja. Näiden kaikkien tutkimusten sopivuutta arvioin ensin otsikoiden ja sitten tiivistelmien perusteella, jonka jälkeen tarkempaan jatkoanalyysiin päätyi 8 artikkelia. Yhden tutkimuksen arviointiin pyysin apua työntilailta, ja päädyimme yhdessä siihen tulokseen, ettei kyseinen tutkimus vastaa asetettuun tutkimuskysymykseen. Jäljelle jäi seitsemän tutkimusta, jotka ovat:

1. GYLLENSTEN, Amanda Lundvik; HANSSON, Lars & EKDAHL, Charlotte 2003. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care.
2. GYLLENSTEN, Amanda Lundvik; EKDAHL, Charlotte & HANSSON, Lars 2009. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study.
3. CATALAN-MATAMOROS, Daniel; HELVIK-SKJAERVEN, Liv; LABAJOS-MANZANARES, M Teresa; MARTINEZ-DE-SALAZAR-ARBOLEAS, Alma & SANCHEZ-GUERRERO, Eduardo 2010. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial.
4. GYLLENSTEN, Amanda Lundvik; HANSSON, Lars & EKDAHL, Charlotte 2003. Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist.
5. JOHNSEN, Ragnhild Wikene & RÅHEIM, Målfrid 2010. Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare.
6. HEDLUND, Lena & GYLLENSTEN, Amanda Lundvik 2010. The experience of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia.
7. HEDLUND, Lena & GYLLENSTEN, Amanda Lundvik 2013. The physiotherapists' experiences of Basic Body Awareness Therapy with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders.

Tutkimusten tarkemmat tiedot ja tulokset löytyvät liitteenä (liite 1).

3.2.1 Aineiston laadun arviointi

Analysoin tutkimuksia sekä sisällöllisesti asettamani tutkimuskysymyksen mukaisesti että laadukkuuden mukaan. Koska valitut seitsemän tutkimusta vastasivat asetettuun tutkimuskysymykseen myös tarkemman lukemisen jälkeen, arvioin niiden kaikkien laatua mittareiden avulla. Kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimusten laatua arvioin eri mittareilla. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen otettujen tutkimusten laatua tuleekin arvioida, sillä näin lisätään katsauksen luotettavuutta. Laadun arvioinnin myötä voidaan myös tehdä jatkotutkimusehdotuksia ja lisäksi se helpottaa tulosten tulkin-
taa ja vaikutusten määrittämistä. (Kontio & Johansson 2007, 101.)

Kvantitatiivisten eli määrällisten tutkimusten tärkeimmät laatukriteerit kohdistuvat satunnaistamiseen, sokkouttamiseen ja kadon arviointiin (Kontio & Johansson 2007, 104). Kvantitatiivisten tutkimusten laadun arvioinnissa hyödynsin Käypä hoito -toimituksen julkaisemaa Hoito- ja preventiotutkimusten arviointi-taulukon ensimmäistä osaa: ovatko tutkimustulokset päteviä (liite 2). Taulukossa on kahdeksan kohtaa, joiden kriteerit täytettyään tutkimus on erittäin laadullinen tutkimus.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä kolme määrällistä tutkimusta, jotka kaikki ovat riittävän laadukkaita sisällytettäväksi tähän kirjallisuuskatsaukseen. 1. tutkimus (Gyllensten ym. 2003) ja 2. tutkimus (Gyllensten ym. 2009) täyttivät varmasti seitsemän (kahdeksasta) taulukon asettamaa laatukriteeriä. Molemmissa jäi uupumaan täydellinen sokkoutus, eli hoidon antajat ja arvioijat olivat tietoisia, mihin ryhmään potilaat kuuluivat. 3. tutkimuksessa (Catalan-Matamoros ym. 2010) ei myöskään sokkoutus ollut täydellinen hoidon antajien ja arvioijien suhteen. Lisäksi 3. tutkimuksessa kontrolliryhmäläisten sitoutuminen tutkimukseen oli vähäistä, sillä kuusi neljästätoista putosi pois alkumittausten jälkeen, kun taas interventoryhmässä kaikki neljätoista pysyivät mukana tutkimuksen loppuun saakka. Tutkimuksista pudonneiden lähtösytyt tulevat tutkimuksessa kuitenkin esille.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen laadun arviointi kohdistuu tutkimuksen teoriapohjaan, menetelmien avoimeen ja selkeään esittelyyn, tutkijoiden kykyyn tulkita subjektiivisia kokemuksia sekä kontekstin merkityksen ymmärtämiseen suhteessa tutkimustuloksiin. Suomen sairaanhoitajaliitto on muun muassa julkaissut kvalitatiivisten tutkimusten laatukriteerit (liite 3). (Kontio & Johansson 2007, 105). Näiden laatukriteerien avulla arvioin kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet kvalitatiiviset tutkimukset.

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui neljä laadullista tutkimusta ja kaikki ne täyttivät riittävän hyvin laadullisen tutkimuksen laatukriteerit. Laadullisia tutkimuksia ovat tutkimukset 4 (Gyllensten ym. 2003), 5 (Johnsen ja Råheim 2010), 6 (Hedlund ja Gyllensten 2010) sekä 7 (Hedlund ja Gyllensten 2013). Näistä 4, 6 ja 7 täyttivät laatukriteereistä 18/19. Tutkimusartikkeleissa ei tule ilmi, ovatko tutkijat pitäneet päiväkirjaa tai tehneet muistiinpanoja tutkimuksen kuluksi. Myöskään 5. tutkimuksessa ei sanota, ovatko tutkijat kirjanneet ylös tutkimuksen kulkua. Lisäksi tutkimuksessa ei ole käytetty triangulaatiota eli tietoja on kerätty vain potilailta eikä useammalta tiedonantajaryhmältä. Näin 5. tutkimus täytti laatukriteerit 17/19.

3.2.2 Tulosten analysointi ja synteesi

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen tutkimusten tulosten analysointiin ja synteisiin käytin apuna sisällönanalyysin periaatteita. Sisällönanalyysi voi olla esimerkiksi kokoava kuvaus kirjallisuuskatsauksen kohteena olevien tutkimusten tuloksista. Tutkittavasta asiasta voidaan sisällönanalyysin avulla tehdä selkeä ja kattava kuvaus niin, että aineisto esitetään mahdollisimman tiiviissä ja informatiivisessa muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 105-110.)

Sisällönanalyysin vaiheet ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että tutkimusaineistosta karsitaan kaikki epäoleellinen pois. Oleellinen, tutkimuskysymykseen vastaava tieto voidaan esimerkiksi alleviivata aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 110-112.) Pelkistämisen tein siten, että ensin alleviivasin värikkäällä tussilla kaikki tutkimuskysymykseen vastaavat tulokset kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista. Sen jälkeen kirjoitin käsin paperille jokaisen tutkimuksen tulokset ylös suomennettuna, jotta sain itselleni selkeän kuvan tutkimustuloksista. Suomennettu tulos oli siis pelkistetty ilmaus.

Aineiston ryhmittelyssä tarkoituksena on löytää aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia pelkistettyjen ilmauksien avulla. Näin voidaan luoda tutkimustuloksia kuvaavia käsitteitä, joita kutsutaan alaluokiksi. Teoreettiset käsitteet taas ovat yläluokkia, jotka muodostetaan oleellisen tiedon pohjalta. Yläluokista voidaan edelleen johtaa pääluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 111-114.) Sisällönanalyysia jatkoin niin, että pelkistetyistä ilmauksista etsin samaa asiaa kuvaavia käsitteitä ja muodostin niille niitä kuvaavan alaluokan. Tällaista ryhmittelyä jatkoin eteenpäin, jotta sain muodostettua myös yläluokat ja lopulta viisi pääluokkaa, jotka kuvaavat tutkimusten tuloksia kattavasti. Ryhmittelyä ja luokkien nimeämistä ohjasi teoriatieto BBATista. Kuviossa 1 on esimerkkejä sisällönanalyysin vaiheista. Laajempi taulukko ala-, ylä- ja pääluokista löytyy liitteenä (liite 4).

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
<p>“they more and more different experiences..breathing, movement, different feelings in their bodies”</p> <p>“you can feel the signals of alarm earlier in a way”</p> <p>“they reflect over the exercise”</p>	<p>yhä enemmän erilaisia kokemuksia..hengityksestä, liikkumisesta ja erilaisista tunteista kehossaan</p> <p>pystyy tunnistamaan kehon viestit aiemmin</p> <p>reflektointia koko harjoittelun ajan</p>	<p>Tuntemusten havaitseminen eri puolilla kehoa</p> <p>Kehon viestien nopeampi tunnistaminen</p> <p>Reflektoinnin ja itseilmäisyyden lisääntyminen ja monisanaistuminen</p>	<p>Sensorinen aistimus</p>	<p>Kehotuntemuksen ja hallinnan kehittyminen</p>
<p>“in the stability of balance and posture”</p> <p>“my knowledge of how to keep my balance has improved”</p> <p>“they look prouder when leaving the treatment”</p> <p>“the reports of better balance and posture are linked to security”</p>	<p>Pysyvä tasapaino ja asento</p> <p>tietoisuus siitä, miten voin ylläpitää tasapainoni, on parantunut</p> <p>potilaat näyttivät ylpeämmiltä hoidosta lähtiessä</p> <p>potilaiden kertomana parempi tasapaino ja asento linkittyi turvallisuuden tunteeseen</p>	<p>Asennon ja tasapainon hallinta</p> <p>Tietoisuus tasapainosta</p> <p>Ryhti</p> <p>Turvallisuus</p>	<p>Tasapaino ja vakaus</p>	

KUVIO 1 Esimerkki sisällönanalyysistä

3.3 Raportointi

Systemaattisen katsauksen viimeinen vaihe tulosten raportoinnin lisäksi sisältää koko tekoprosessin arviointia sekä tulosten yhteenvetoa. Lopussa on hyvä olla myös pohdintaa jatkokehittelyideoista sekä mahdollisten suositusten esittämistä. (Johansson 2007, 7.) Koko opinnäytetyön kirjallinen osuus on siis raportointia. Raportoinnin olen pyrkinyt tekemään mahdollisimman kattavasti ja selkeästi. Tuomi ja Sarajärvi (2013, 153) esittelevät kirjassaan hyvän tutkimusraportin sisällön, joka karkeasti lueteltuna on: tiivistelmä, sisällysluettelo, johdanto, tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat, tutkimus-

sen tarkoitus ja menetelmät, tulokset, pohdinta ja lähteet sekä liitteet. Olen tässä opinnäyetyössäni noudattanut tuota otsikointia.

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena löytyi viisi tutkimusten tuloksia kuvaavaa pääluokkaa: 1) Kehotuntemuksen ja -hallinnan kehittyminen, 2) Positiiviset vaikutukset psyykeen, 3) Minuuden eheytyminen, 4) Potilaiden kehittymisen prosessi sekä 5) Potilaiden kokemus sosiaalisesta tuesta.

4.1 Kehotuntemuksen ja -hallinnan kehittyminen

Kehotuntemuksen ja -hallinnan kehittyminen näkyi tutkimusten mukaan etenkin siinä, että BBAT-harjoitteita tehneet psykiatriset potilaat alkoivat tunnistaa enemmän omia tuntemuksiaan. Esimerkiksi potilaita hoitaneet fysioterapeutit kuvaavat Hedlundin ja Gyllenstenin (2013) tutkimuksessa, miten omien tuntemuksien tunnistaminen ilmeni potilaissa reflektoinnin lisääntymisenä sekä monisanaistumisena, ja reflektoinnista tuli harjoittelun edetessä myös spontaanimpaa. Lisäksi potilaat eri tutkimuksissa havainnoivat BBAT-harjoittelun edetessä yhä enemmän tuntemuksiaan eri puolilla kehoaan. He myös kuvasivat, että kehon viestejä on helpompi ja nopeampi tunnistaa ja ymmärtää. Hedlundin ja Gyllenstenin (2010) tutkimuksessa potilaat löysivät BBAT-harjoittelun myötä jopa yhteyden kehon asennon ja psyyken väliltä.

Kaikkein eniten kehotuntemuksen ja -hallinnan kehittymistä havaittiin potilaiden tasapainon muutoksissa. Kehon tasapainon ja sitä kautta asennon vakauden kehittymistä huomasivat niin potilaat itse kuin myös heitä ohjanneet terapeutit. Tasapainon kehittymistä edellytti tasapainon tiedostaminen, mikä sai aikaan sen, että tasapainon hallinta myös helpottui. Esimerkiksi Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa potilaat kuvaavat kehotietoisuuden kehittymisen auttavan pysyvämpään ja parempaan tasapainoon. Tasapainon huomattiin olevan voimakkaasti yhteydessä myös asentoon ja sen hallintaan kaikissa tilanteissa sekä ryhtiin ja sen ylläpitämiseen. Etenkin ryhdin koettiin vaikuttavan lisäksi psyykkeseen ja ryhdin hallinnan kautta voitiin vaikuttaa myös omaan psyykkiseen tilaan. Hedlundin ja Gyllenstenin (2010) tutkimuksessa potilaat kertoivat esimerkiksi, miten parempi staattinen ja dynaaminen tasapaino lisäävät turvallisuuden ja minäpystyvyyden tunnetta.

Tutkimuksissa hengitys oli tasapainon ohella merkittävä kehotuntemusta ja -hallintaa edesauttava kehon toiminto. Hengityksen havaitseminen omassa kehossa oli helppoa, mutta sen pidempiaikainen tarkastelu koettiin haastavana. Kuitenkin tutkimustuloksissa ilmeni, että hengityksen tietoinen tarkastelu auttoi ja kehitti hengityksen hallintaa. Potilaat kuvasivat tutkimuksissa hengityksen muuttuneen vapaaksi ja virtaavaksi, luonnollisemmaksi. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa hengityksen koettiin auttavan etenkin stressin hallinnassa ja se helpotti myös nukahtamista. Potilaita hoitaneet terapeutit havaitsivat hengityksen ja rauhoittumisen välisen yhteyden Hedlundin ja Gyllenstenin (2013) tutkimuksessa.

BBAT-harjoittelun vaikutuksia liikkeeseen ja liikkumiseen löytyi tutkimusten tuloksista monia asioita. Tasapainon kehittymisen myötä potilaat kokivat hallitsevansa liikettä ja liikkumista paremmin. Hengityksen yhdistäminen liikkeeseen löytyi ja sen koettiin helpottuvan harjoittelun myötä ainakin Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003) tutkimuksessa. Lisäksi tietoisien liikkumisen ja liikkeen kautta

potilaat löysivät yksilöllisen tavan liikkua. Liikettä kuvattiin tutkimuksissa vapaammaksi, virtaavaksi sekä helpommaksi ja lihasjännitystä esiintyi vähemmän. Tutkimusten tuloksissa oli myös kuvausta keskustasta lähtevästä liikkeestä, minkä löytäminen ja tiedostaminen koettiin auttavan liikkeen muodostamisessa. Lisäksi Hedlundin ja Gyllenstenin (2013) tutkimuksessa potilaita ohjanneet fysioterapeutit huomasivat, että keskustalähtöinen liike edesauttoi kehonhallintaa. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen tutkimusten mukaan liikkeestä ja liikkumisesta tuli kaiken kaikkiaan BBAT-harjoittelun myötä aktiivisempaa.

Kehontuntemuksen ja -hallinnan kehittymisen edellytys ja keskiössä on tutkimusten mukaan kehocontactin löytyminen ja lisääntyminen. Potilaat kokivat merkityksellisenä asiana sen, että halu ja uskallus kohdistaa huomionsa omaan kehoon onnistui BBAT-harjoitteiden kautta helpommin. Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003) tutkimuksessa havaittiin myös, että vaikka kontaktia omaan kehoon ei löytynyt tutkimuksen aikana, kuitenkin halu löytää se syttyi kaikilla tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä. Kontaktin luominen omaan kehoon oli tutkimusten mukaan kiinteästi yhteydessä kehon tuntemuksien aistimiseen, kuulemiseen ja ilmaisemiseen. Esimerkiksi Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa lisääntynyt kehocontacti selvensi potilaiden omia haluja ja ajatuksia. Samaisessa tutkimuksessa ilmeni, että oman kehon tunteminen sai potilaat olemaan tietoisesti läsnä laajemminkin omassa elämässä.

4.2 Positiiviset vaikutukset psyykeen

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen tutkimusten tuloksissa ilmeni, miten BBAT-harjoittelu vaikuttaa positiivisesti psykiatristen potilaiden psyykkeeseen. Etenkin harjoittelun vaikutus potilaiden viireystilaan nostavasti tuli esiin kaikissa tutkimuksissa. Viireystilan nousu lisäsi potilaiden mielenkiintoa, harjoittelumotivaatiota ja aktiivisuutta. Viireystilan kasvaessa myös omaehtoinen harjoittelu lisääntyi. BBAT-harjoittelu teki nukahtamisesta helpompaa ja unesta laadukkaampaa, mikä nosti viireystilaa entisestään.

Yksi BBAT-harjoittelun perusajatus, tietoisien läsnäolon löytyminen, nousi myös esiin tutkimusten tuloksissa. Potilaat kokivat, että harjoittelun myötä oli helpompi kohdata itsensä ja asettua olemaan tietoisesti omaan kehoon. Fyysisen läsnäolon tunteen lisäksi henkisen läsnäolon tunne tässä ja nyt lisääntyi. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa potilaat kertoivat BBAT-harjoittelun auttaneen tietoiseen läsnäoloon koko elämää ajatellen. Tässä hetkessä oleminen auttoi lisäksi keskittymään ja toi turvallisuuden tunnetta. Potilaita ohjanneet fysioterapeutit kertoivat Hedlundin ja Gyllenstenin (2013) tutkimuksessa tietoisien läsnäolon lisääntymisen näkyvän potilaiden olemuksessa, kun he muuttuivat rauhallisemmiksi ja rennommiksi. Eri tutkimuksissa myös potilaat itse kokivat olonsa rauhallisemmiksi ja rennommiksi, mikä vaikutti oleellisesti kognitiokykyyn ajatusten selkiytyessä ja kärsivällisyyden lisääntyessä. Esimerkiksi Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003) tutkimuksessa yksi potilas kertoi, miten kärsivällisyys harjoitella lisääntyi ja sen myötä henkisen läsnäolon tunne kasvoi, mikä tuntui hyvälle. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa taas potilaat tunsivat, että tietoinen läsnäolo helpotti omien fyysisten ja emotionaalisten tunteiden ilmaisua.

Kokemus tunteiden hallinnasta ja tunnistamisesta lisääntyi BBAT-harjoittelun aikana ja jälkeen. Etenkin epämiellyttävien tunteiden sietokyvyn ja hallinnan lisääntyminen koettiin positiivisena. Potilaat kuvasivat esimerkiksi väsymyksen, masennuksen, erilaisten kiputilojen sekä paniikin ja pelkojen lieventymistä ja heidän oli helpompi käsitellä kyseisiä tunnetiloja. Lisäksi ahdistuksen vähenemistä havaittiin kaikissa potilasryhmissä. Potilaat tulivat myös rohkeammiksi kohtaamaan epämiellyttäviä tunteitaan sekä uskaltautuivat ja löysivät sanoja kertomaan tunteistaan muille. Omia tunteita opittiin lukemaan paremmin, niistä tuli yksilöllisempiä ja myös miellyttäviä tunteita koettiin enemmän. Etenkin skitsofreenikoiden parissa tehtyjen tutkimusten tuloksissa nousi voimakkaasti esiin tunne-elämän rikastuminen (Hedlund ja Gyllensten 2010, Hedlund ja Gyllensten 2013).

BBAT-harjoittelulla näyttäisi tutkimusten tulosten perusteella olevan vaikutusta psyykkisen sairauden tasoon laskevasti sekä potilaiden asenteisiin omaa sairautta kohtaan. Tutkimuksissa kuvattiin yleisesti erilaisten oireiden vähenemistä ja lieventymistä. Esimerkiksi Catalan-Matamoros ja ym. (2010) tutkimuksessa syömishäiriön tasoa mittaavan mittarin mukaan interventioryhmän sairauden taso laski enemmän suhteessa kontrolliryhmään. Samaisessa tutkimuksessa psyykkistä terveyttä mittaavan testin tulokset osoittavat, että interventioryhmä voi psyykkisesti paremmin harjoitteluinterventiön jälkeen verrattuna kontrolliryhmään. BBATin vaikutusta skitsofreenikkojen psyykkeeseen tutkittiin useissa laadullisissa tutkimuksissa. Näissä tutkimuksissa löydettiin BBATin myönteinen vaikutus skitsofrenian negatiivisiin oireisiin, kuten väsymykseen, ahdistukseen ja haluttomuuteen sekä tunteiden puutteeseen. Myös skitsofreenikoille tyypilliset äänet, harhat ja hallusinaatiot vähenivät niin potilaiden itsensä kuin heitä hoitaneiden fysioterapeuttien mukaan. Sairauden tason laskun lisäksi potilaiden oli helpompi hyväksyä sairautensa ja sen aiheuttamat rajoitteet sekä käsitellä menneisyyttään sairauden hoidon näkökulmasta.

4.3 Minuuden eheytyminen

BBAT-harjoittelun vaikutukset minuuden eheytymiseen ovat hyvin monenlaiset näiden tutkimusten mukaan. Usein ensimmäinen havainto minuuden eheytymisestä potilaiden itsensä ja heitä ohjanneiden fysioterapeuttien näkökulmasta oli positiivisempi suhtautuminen omaan kehoon. Harjoittelun myötä potilaat uskalsivat ensinnäkin kiinnittää huomionsa omaan kehoon. Positiivista kehonkuvaa vahvisti harjoitteiden tekeminen, jolloin potilaat saivat tunteen kehosta kokonaisena ja hallitusti liikkuvana. Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003) tutkimuksessa merkittävänä koettiin kokemus siitä, että voi tehdä kehollaan jotakin kaunista. Catalan-Matamoros ja ym. (2010) tutkimuksessa taas syömishäiriö potilaiden kehonkuva muuttui niin, että he näkivät kehonsa oikeissa mittasuhteissa. Kaikissa tutkimuksissa ilmeni, miten BBAT-harjoittelun myötä potilailla oli enemmän myönteisiä ajatuksia omasta kehostaan.

Oman kehon hyväksyminen ja omaksuminen BBAT-harjoittelun avulla johti tutkimusten mukaan itsetuottamuksen ja -tuntemuksen kehittymiseen. Potilaat tunnistivat omat halunsa ja tarpeensa paremmin sekä ymmärsivät tunteitaan ja ajatuksiaan helpommin. He löysivät omat vahvuudet ja mahdollisuudet sekä onnistuivat kehittämään heikkouksiaan. Lisäksi kohentunut itsetuottamus sai potilaat tuntemaan itsensä vahvemmiksi. Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003) tutkimuksessa yksi

potilas kuvasi, että harjoittelu palautti häneen takaisin edellisen elämän ja hänessä tuli esiin uusi, pirteämpi minä. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa ilmeni, että itsensä tunteminen arvokkaana on perustana monille muille positiivisille muutoksille. Potilaita ohjanneet fysioterapeutit taas havaitsivat itseluottamuksen kehittymisen itsekkyyden lisääntymisenä ja rohkeutena ottaa enemmän kontaktia muihin. Useissa tutkimuksissa ilmeni, miten itseluottamuksen ja -tuntemuksen kehittyminen saivat aikaan kaiken kaikkiaan kokemuksen elämänlaadun kohentumisesta ja hyvän olon tunteesta.

Minuuden eheytymiseen liittyy vahvasti myös minäpystyvyyden tunne, joka tutkimusten mukaan lisääntyi BBAT-harjoitteiden myötä. Potilaiden usko omaan kykyihinkin ja mahdollisuuksiin auttoi heitä selviämään aikaisempaa paremmin erilaisista tilanteista. Esimerkiksi Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin määrällisissä tutkimuksissa (2003 ja 2009) havaittiin, että niin lyhyen kuin pidemmän seuranta-ajan aikana potilaiden minäpystyvyys lisääntyi ja sitä myötä luottamus selviytyä erilaisista tilanteista kasvoi. Itsensä tunteminen lisäsi myös halua huolehtia itsestä. Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003) sekä Hedlundin ja Gyllenstenin (2013) tutkimuksissa havaittiin, että etenkin oman mielen ja kehon viestien lisääntynyt ymmärrys motivoi huolehtimaan itsestä. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa potilaiden kokemus siitä, että voin saavuttaa jotakin, lisäsi minäpystyvyyden tunnetta ja motivoi kehittämään itseään edelleen.

Minuuden eheytyminen itsetuntemuksen ja -luottamuksen sekä minäpystyvyyden kehittymisen myötä yhdistettiin tutkimuksissa myös sosiaalisuuden lisääntymiseen. Potilaiden aktiivisuus, osallistuvuus ja rohkeus kasvoivat, jolloin heistä tuli sosiaalisempia. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa ilmenikin, että itsetuntemuksen lisääntyminen auttoi ymmärtämään muitakin paremmin, jolloin ihmisiä oli helpompi kohdata. Skitsofreniaa sairastavat potilaat Hedlundin ja Gyllenstenin (2010) tutkimuksessa kuvasivat sosiaalisuuden lisääntymisen näkyvän siinä, että heillä syntyi tarve olla normaali ihminen. Samaisessa tutkimuksessa potilaat kertoivat häpeän, syrjäytymisen ja itsensä laiminlyönnin olleen suurimpia syitä epäsosiaalisuuteen, mutta BBAT-harjoittelun myötä potilaat kokivat sosiaalisuutensa lisääntyneen. Tutkimuksissa havaittiin, että sosiaalisissa tilanteissa etenkin omien rajojen asettaminen ja pitäminen, rentouden löytyminen sekä rohkeus itseilmaisuuksiin kehittivät.

4.4 Potilaiden kehittymisen prosessi

Kaikissa tutkimuksissa kuvattiin BBAT-harjoittelun aikaansaamia muutoksia prosessiksi. Muutoksia tapahtui ja niitä huomasivat sekä potilaat itsessään että fysioterapeutit potilaissaan. Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003) tutkimuksessa huomattiin, että muutoksia tapahtuu jo lyhyen jakson (3kk) aikana. Samaisten tutkijoiden kahden muun tutkimuksen (2003 ja 2009) tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että enemmän ja suurempia muutoksia saadaan aikaan pidemmällä ja intensiivisemmällä terapiajaksoilla. Hedlundin ja Gyllenstenin (2009) tutkimuksessa potilaat havaitsivat, että muutoksia oli sekä pieniä että suuria ja kaikkea siltä väliltä, mutta kaikki muutokset koettiin merkityksellisinä.

BBAT-harjoittelun aikaansaamaa muutosprosessia kuvattiin kuitenkin yleisesti hitaaksi ja aikaa-vieväksi. Tämä tuli ilmi ainakin Hedlundin ja Gyllenstenin (2013) sekä Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksissa. Hedlundin ja Gyllenstenin tutkimuksessa potilaita ohjanneet fysioterapeutit olivat työssään havainneet myös niin kutsuttuja terapeuttisia hetkiä, jolloin potilaat yhtäkkisesti kokivat ja löysivät jonkun ”ahaa”- elämyksen. Muutosprosessi vaati myös kärsivällisyyttä toistaa harjoitteita useita, jopa satoja kertoja. Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003) tutkimuksessa yksi potilas kertoi kokeneensa niin, että harjoittelua on jatkettava intensiivisesti läpi elämän, jotta muutoksia syntyy ja jotta jo tapahtuneet muutokset jäisivät pysyviksi.

4.5 Potilaiden kokemus sosiaalisesta tuesta

Tutkimuksissa BBAT-harjoitteita tehtiin yksin ja ryhmässä aina menetelmään koulutautuneen fysioterapeutin ohjauksessa, ja potilaille fysioterapeutti-suhde muodostuikin tärkeäksi sosiaaliseksi tueksi. Potilaiden ja ohjaavan fysioterapeutin suhde oli ensinnäkin hyvin merkittävä tekijä ajatellen koko terapiaprosessin onnistumista. Tutkimuksissa nousi esiin muun muassa hyvän terapeutti-suhteen ja omatoimisen harjoittelun välinen yhteys. Esimerkiksi Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003) tutkimuksessa ilmeni, että ne potilaat, jotka kokivat terapeutti-suhteen luottamuksellisena, tekivät BBAT-harjoitteita itsenäisesti päivittäin. Samaisessa tutkimuksessa huomattiin myös, että potilaat, jotka harjoittelivat itsenäisesti, kehittyivät muita enemmän. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa taas potilaat kokivat tärkeänä, että ohjaava fysioterapeutti huomioi jokaista yksilönä, että hän oli kiireettömästi läsnä terapia hetkessä ja että hän antoi palautetta ja neuvoja. Myös fysioterapeutit itse nostivat Hedlundin ja Gyllenstenin (2013) tutkimuksessa BBAT-terapien keskiöön tasavertaisen potilassuhteen. Heidän mielestään kaikkein tärkeintä on luoda potilaille toivoa, uskoa ja mahdollisuuksia muutoksiin. Tutkimuksissa korostettiin myös, että alkuun riittävän helpot harjoitteet madalsivat terapiaan osallistumiskynnystä ja kannustivat potilaita jatkamaan harjoittelua.

Tutkimuksissa nousi esiin myös ryhmässä tekemisen merkityksellisyys. Ryhmässä potilaat kokivat voivansa olla osa jotakin, saivat hyväksyntää ja vertaistukea sekä oppivat itsestä ja muista. Ryhmässä oli myös turvallista tunnustella ja asettaa omia rajoja, mikä sai potilaat tuntemaan itsensä vahvemmiksi. Johnsenin ja Råheimin (2010) tutkimuksessa pariharjoittelun yhteydessä annettu ja saatu kosketus koettiin voimaannuttavana kokemuksena. Lisäksi tutkimuksessa potilaat kuvasivat, että ryhmässä harjoittelu kehitti keskittymiskykyä ja opetti huolehtimista niin itsestä kuin muistakin.

Gyllenstenin, Ekdahlin ja Hanssonin (2009) tutkimuksessa tutkittiin, miten BBAT-harjoittelu vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön. Tutkimustuloksena oli, että BBAT-harjoitteita tehneet potilaat käyttivät psykiatrisia terveyspalveluita (psykiatrian sairaala jaksot sekä avohoidon psykiatrin ja terveydenhoitajien vastaanottokäynnit) puolet vähemmän vuoden aikana verrattuna kontrolliryhmään. Sosiaalipalveluita (sairausvakuutus ja -eläke korvaukset päivinä) interventioryhmä käytti keskimäärin 17,9 päivää vuodessa ja kontrolliryhmä 79,7 päivää vuodessa. Tämän tutkimuksen tuloksista ilmenee siis, että tämänsuuntainen sosiaalisen tuen tarve näyttäisi vähenevän huomattavasti BBAT-harjoittelun myötä.

5 POHDINTA

5.1 Tulosten tarkastelu

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella Basic Body Awareness -terapialla näyttäisi olevan positiivisia vaikutuksia psykiatristen potilaiden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen minuuteen. Huolimatta intervention pituudesta, psykiatrisesta sairaudesta tai tutkimusmenetelmästä (kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen) tulokset ovat hyvin samansuuntaisia. Tuloksista myös heijastuu sekä potilaiden subjektiivinen että heitä ohjanneiden fysioterapeuttien kokemus sekä mittareilla saatu mittaus-tulos BBATin vaikuttavuudesta. Tutkimuksissa ei ilmennyt negatiivisia tai haitallisia vaikutuksia BBATin käytöstä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa.

Tutkimustulokset osoittavat, miten kehollisella harjoittelulla voidaan saavuttaa psyykettä ja sosiaalisuutta parantavia tuloksia. Hanna Svennevig (2005) on tullut samaan tulokseen väitöskirjassaan, ja selittää asiaa sillä, että kehollisten reaktioiden tunnistaminen ja ymmärtäminen auttaa tulkitsemaan omaa mieltä. BBAT-harjoittelussa keskitytäänkin omaan kehoon, sen toimintaan ja liikkeeseen, mutta samalla se kannustaa ihmistä olemaan läsnä tässä hetkessä, omassa kehossa ja omassa mielessä. Eräs tutkimus, jossa selvitettiin fysioterapeuttien ja potilaiden kokemuksia kehotietoisuuden pohjautuvista harjoitteista, osoittaa, että saadakseen kontaktin kehoonsa henkilön on pystyttävä olemaan läsnä tässä hetkessä. Tutkimuksessa myös todetaan, että tässä hetkessä oleminen ja oman kehon tarkastelu on oleellinen asia omien tunteiden ymmärtämiseen. (Gyllensten, Skär, Miller & Gard 2010, 444.) Kirjallisuuskatsaus toi myös esiin, miten oman kehon tarkastelu johti ensin oman kehon hyväksymiseen ja pikkuhiljaa jopa koko minuuden hyväksymiseen. Myös potilaita ohjanneet fysioterapeutit havaitsivat potilaiden itsetuntemuksen ja -luottamuksen kehittymistä harjoittelun edetessä. Itsetuntemus auttaa myös tuntemaan toisia paremmin ja lisää sosiaalisuutta (Toivakka & Maasola 2011, 19), mikä tuli ilmi myös näiden tutkimusten tuloksissa.

Merkittävänä tuloksena voidaan pitää myös sitä, miten tutkimuksissa olleiden potilaiden aktiivisuus lisääntyi ja vireystila nousi BBAT-harjoittelun myötä. Tutkimuksissa ilmeni, että potilaiden kokema väsymys, uupumus ja tahdottomuus lieventyivät ja univaikeudet helpottivat. Vireystilan muutos koettiin voimaannuttavana ja se sai aikaan minäpystyvyyden tunteen. Kirjallisuudessa mainitaankin, että huomion kohdistaminen johonkin tekemiseen sekä lisääntynyt aktiivisuus voivat poistaa masentunutta ja ahdistunutta mielentilaa. Näin saadaan aikaan hyvän kierre: ihminen jaksaa tehdä ja osallistua, onnistuu tekemisessään, uskaltaa ja luottaa itseensä sekä innostuu yrittämään. (Isometsä 2011, 155- 156). Tutkimuksissa mainittiin myös, että on tärkeää aloittaa BBAT-harjoittelu riittävän helpoilla ja yksinkertaisilla harjoitteilla, jotta onnistumisen ja minäpystyvyyden tunteita syntyisi heti harjoittelun aluksi. BBATissa harjoitteet pyritäänkin pitämään mahdollisimman yksinkertaisina, jotta tilaa omille havainnoille ja ajatuksille jäisi enemmän.

Hengitys on yhdistetty usein rauhoittumiseen, stressin hallintaan sekä itsetuntemukseen. Hengityksen kanssa työskentelevät ammattilaiset ovatkin todenneet, että hengityksen tarkastelu on tärkeää, jotta pystyisimme hallitsemaan toimintaamme. Lisäksi hengityksen kautta voimme tehdä erilaisia

havaintoja kehostamme, jolloin itsetuntemuksemme ja itsereflektointi vahvistuvat. Kehotuntemuksen on sanottu muodostuvan juuri ruumiin elävien toimintojen, kuten sydämen sykkeen ja hengityksen, kautta. (Lehtinen, Martin & Lillrank 2010, 40-41.) Myös opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen tuloksista nousee esiin potilaiden kokemus siitä, että hengitys oli helppo väylä kehotuntemusten tarkasteluun. Hengityksen kuvattiin myös kehittyvän tarkastelun myötä virtaavammaksi ja helpommaksi, ja siitä oli apua stressin hallintaan. Hengityksen pidempi aikainen tarkastelu koettiin kuitenkin vaikeana. Tämä tulee esiin myös hengitysharjoittelua ohjaavien ammattilaisten kirjassa, jossa todetaan, että jo pelkästään hengityksen havainnoin oppiminen vie paljon aikaa (Seppä, Martin & Törö 2010, 131).

Dropsyn (2002) mukaan tasapaino, vapaus ja tietoisuus ovat ne kolme elementtiä, jotka yhdistävät ihmisen mielen ja kehon yhdeksi kokonaisuudeksi. Nämä kolme elementtiä ovat käytössä myös BBAT-harjoitteissa ja nämä kaikki tulivat esiin myös tutkimustuloksissa aikaan saaden positiivisia vaikutuksia psykiatristen potilaiden hoidossa. Tasapainon tiedostaminen ja sen kehittyminen oli yksi kehotietoisuutta ja -tuntemusta lisäävä tekijä, ja vapaus etenkin liikkeessä ja hengityksessä taas koettiin miellyttävänä. Tietoisuus tutkimusten tulosten mukaan ilmeni tietoisena tekemisenä, mutta myös tietoisena läsnäolona tässä hetkessä, omassa kehossa ja laajemminkin omassa elämässä. Deb Shapiro (2011) kirjoittaakin, että itsensä hyväksyminen alkaa itsensä tiedostamisesta ja myös tutkimuksissa päädyttiin tähän tulokseen. Dropsy (2002) valottaa vielä, että näiden kolmen elementin (tasapaino, vapaus ja tietoisuus) ymmärtäminen ja kokeminen omassa itsessä voimaannuttaa ja vahvistaa henkilöä. Tämä ilmeni myös näiden tutkimusten tuloksissa.

BBAT-harjoittelussa tullaan niin lähelle potilasta, että myös harjoitteita ohjaavan fysioterapeutin, mahdollisen ryhmän sekä harjoittelun edistymisen merkityksellisyyttä ei voi sivuuttaa BBATin vaikuttavuudesta puhuttaessa. Varsinkin laadullisten tutkimusten tuloksissa tuli esiin, miten hyvä fysioterapeuttisuhte oli lähestulkoon edellytys onnistuneelle terapiaprosessille. Hyvä terapeutti-suhde oli myös selvästi yhteydessä aktiiviseen, omatoimiseen harjoitteluun. Kukkohovi (2004, 53) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan vuorovaikutusta fysioterapiassa ja toteaa siinä, että tasavertainen ja luottamuksellinen terapiasuhte kannustaa potilasta aktiivisesti kuntouttamaan itseään. Ryhmän merkityksen potilaat kokivat tutkimuksissa lähinnä sosiaalisuutta lisääväksi ja tukevaksi, mutta se toi myös lisää haastetta keskittymiseen. Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksessa (2013-2-14) ryhmässä tapahtuvaa kuntotusta suositellaankin, koska se saattaa poistaa potilaiden kokemaa sosiaalista ahdistuneisuutta sekä parantaa potilaiden vuorovaikutustaitoja ja itsetuntoa. Harjoittelussa kehittyminen koettiin myös tärkeänä, mutta samalla aikaavievänä ja vaativana prosessina. Potilaiden mielenkiinto harjoitteluun näytti pysyvän paremmin yllä, jos harjoittelu aloitettiin riittävän helpoilla harjoitteilla. Myös Kukkohovin (2004, 74) pro gradussa todetaan, että sopivan tasoiset harjoitteet ehkäisevät asiakkaan turhautumista.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat kuuluivat joko avo- tai sairaalahoidon piiriin ja heillä oli BBAT-harjoittelun lisäksi saatavilla muuta hoitoa. Osassa tutkimuksissa mainittiin, että potilaat saivat muun muassa psykiatrin hoitoa, psykoterapiaa ja lääkehoitoa. Siten BBATin tulisi aina olla osana psykiatristen potilaiden koko hoitoa eikä se yksin riitä psykiatrisen sairauden hoitoon. Esimerkiksi

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri linjaa, että paras hoito saavutetaan yhdistelemällä eri hoitomuotoja ja tekemällä jokaiselle yksilöllinen hoitosuunnitelma (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2014).

5.2 Tulosten hyödynnettävyys

Kirjallisuuskatsauksella, kuten muillakin tutkimusartikkeleilla, tulee olla merkitystä hoitotieteelle ja -työlle sekä koulutukselle (Ääri & Leino-Kilpi 2007, 111). Tällä kirjallisuuskatsauksella on vahva työelämäyhteys, kun työntilajana olivat Julkulan sairaalan fysioterapeutit, jotka työskentelevät kaikenikäisten psykiatristen potilaiden kanssa. Fysioterapeuteille Basic Body Awareness -terapia on yksi työväline, ja he halusivat saada enemmän perusteluja sen käytölle omista potilasryhmissään. Siten tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset ovat merkityksellisiä työntilajille, mutta laajemminkin fysioterapian työelämälle ja koulutukselle sekä erityisesti niille, jotka käyttävät työssään BBATia. Lisäksi tutkimustulosten soveltaminen työelämään on mahdollista, sillä suurimmassa osassa tutkimuksissa interventio ja potilaat ovat hyvin kuvattu. Siten BBATin käyttöä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa voi hyvin perustella näiden tutkimustulosten perusteella.

Kuntoutuksen yhtenä haasteena ja kehittämiskohteena lähitulevaisuudessa on katsottu olevan mm. mielensterveys- ja päihdekuntoutus (Opetusministeriö 2006, 28). Tämä kirjallisuuskatsaus osaltaan vastaa tuohon haasteeseen. Tulosten perusteella voidaan myös todeta, että BBAT on yksi mahdollinen menetelmä mielensterveyskuntoutuksessa. Myös Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys, Psyfy r.y. (2012) mainitsee sivuillaan, että BBAT on todettu hyödylliseksi muun muassa skitsofreniaa, masennusta ja persoonallisuushäiriötä sairastavien potilaiden kuntoutuksessa. Lisäksi BBATin ajatellaan soveltuvan hoitomuodoksi nykyajan terveyttä uhkaaviin haasteisiin, kuten stressiin.

Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on koota aiheesta jo olemassa olevaa tutkimustietoa (Leino-Kilpi 2007, 2) arvioimalla, analysoimalla ja yhdistelemällä saatavilla olevaa tietoa yhteen (Johansson 2007, 3-7). Tähän opinnäytetyöhön olen pyrkinyt kokoamaan mahdollisimman tuoreen ja laadukkaan tutkimustiedon BBATin käytöstä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa. Löydettyjä tutkimuksia olen arvioinut ja tutkimustuloksista olen tehnyt analyysia ja synteesia, niin että tämänhetkinen tieto aiheesta olisi helposti hyödynnettävissä. Tutkimustiedon lisäksi olen esitellyt BBATin, psykofyysisen fysioterapian ja psykiatrisen potilaan teoriataustaa, jotta aiheesta kiinnostunut, mutta tietämätön ymmärtäisi myös tutkimustuloksia paremmin.

Jatkossa tarvitaan vielä enemmän laadukkaita tutkimuksia Basic Body Awareness -terapian käytöstä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa, jotta voidaan varmistua BBATin hyödyistä kyseisillä potilasryhmillä. Lisäksi olisi mielenkiintoista saada tutkimuksia BBATin vaikuttavuudesta stressaantuneiden ja liiallisesta kiireestä kärsivien ihmisten hyvinvointiin. Nykyajan ihmisten on vaikea pysähtyä ja keskittyä olemaan läsnä, joten BBAT voisi toimia rauhoittavana ja voimaannuttavana hoitomuotona näihin haasteisiin. Nykyaikana mainostetaan jo paljon erilaisia mindfulness-tekniikoita, mutta BBAT antaisi enemmän ja syvällisempää ymmärrystä kehon ja mielen yhteistoiminnasta.

5.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tämän kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli minulle ensimmäinen laatuaan. Siksi ennen varsinaisen työn aloittamista perehdyin kirjallisuuskatsauksesta kertovaan kirjallisuuteen sekä luin aikaisemmin tehtyjä opinnäytetyötasoisia kirjallisuuskatsauksia. Päädyin lopulta tekemään sovelletusti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, koska systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoon löytyi eniten vinkkejä ja selkeimmät ohjeet. Koin kuitenkin, ettei taitoni ja saatavilla oleva tutkimusaineisto kuitenkaan riittäneet vielä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tasolle, siksi korostan tämän olevan sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Lisäksi tein työn yksin, mikä saattaa heikentää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Esimerkiksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoon vaaditaan vähintään kaksi tutkijaa, jotta kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen tutkimusten valinta- ja käsittelyprosessien voidaan katsoa olevan päteviä (Johansson 2007, 6).

Kirjallisuuskatsausta voidaan kutsua kvalitatiiviseksi tutkimukseksi, koska siinä ei käytetä numeerisia mittareita mittaamaan tutkimuksen tuloksia. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat muun muassa uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus on sitä, että tulokset on ymmärrettäviä ja niiden analyysi on tarkkaan kuvattu. Se pitää sisällään esimerkiksi tulosten esittämistä luokitusten tai kategorioiden kautta, mikä taas edellyttää sitä, että muodostetut kategoriat tai luokitukset kuvaavat kattavasti aineiston. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tehty kirjallisuuskatsaus on menetelmiseen ja analyysiin kuvattu niin tarkkaan, että sen voi joku halutessaan toistaa samanlaisena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.) Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta parantaa ennen kaikkea tarkka ja jäsentynyt kuvaus tutkimuksen toteutuksesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227). Uskottavuutta tässä työssäni lisää se, että analysoin jokaisen kirjallisuuskatsaukseen valitun tutkimuksen laatua ja esitin laadunarvioinnit sekä talukon että tekstin avulla. Lisäksi tein tutkimusten perustiedoista ja tuloksista taulukon, mikä helpottaa lukijaa hahmottamaan kirjallisuuskatsausta. Tulosten analysointiin ja synteessin hyödynsin sisällönanalyysia. Tulokset esitin sisällönanalyysin periaatteiden mukaan luokitusten avulla, joten kaikki löydetyt tutkimustulokset on ainakin pääpiirteittäin esitelty.

Työssäni pyrin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti kirjallisuuskatsauksen tekovaiheet. Huomasin työtä tehdessä, että hyvin suunnitellun ja suunnitelman toteutuessa tekovaiheen selostaminen työhön oli helpompaa kuin huonosti suunnitellun. Vaikka olin jokaisesta tekovaiheesta tehnyt itselleni suunnitelman, suunnitelma saattoi muuttua työn edetessä, jos huomasin sen olevan kelvoton. Siten kokemus kirjallisuuskatsauksen tekemisestä lisäisi luotettavuutta. Kirjallisuuskatsausta tehdessä halusin olla myös riippumaton ja puolueeton. Koen, että puolueettomuus oli helppo toteuttaa, koska oma kokemukseni BBAT-terapiasta on vähäistä eikä minulla siis ollut minkäänlaisia ennakkokäsityksiä tai -odotuksia tulosten suhteen. Lisäksi minulla ei ole mitään henkilökohtaisia suhteita tutkimusten tekijöihin.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeisiin kuuluu vielä, että aihe on tarkkaan rajattu ja tutkimusten valinta on pätevää (kattava tutkimusten hakuprosessi ja laadukkaat, mahdollisimman tuoreet sekä tutkimuskysymykseen vastaavat tutkimukset) (Johansson 2007, 3-5). Opinnäytetyön aihe

oli selkeä ja tarkkaan rajattu. Etsin tutkimuksia kuudesta eri tietokannasta, jotta haku tavoittaisi mahdollisimman laajalti aiheesta tehtyjä tutkimuksia. Oman kielitaitoni vuoksi jouduin rajaamaan hakua vain englannin ja ruotsin kielellä tehtäviin tutkimuksiin, mikä pudotti joitakin tutkimuksia pois. Rajasin hakua myös niin, että vain viimeisen kymmenen vuoden ajalla tehdyt tutkimukset huomioitiin, jotta tutkimustieto olisi mahdollisimmat tuoreita. Tutkimuskysymyksiä oli vain yksi, mikä osaltaan helpotti mukaan otettavien tutkimusten rajausta. Aiheesta on lisäksi tehty vain vähän tutkimuksia, mikä heikentää kirjallisuuskatsauksen laatua, mutta toisaalta pystyin siten sisällyttämään kaikki tehdyt ja tutkimuskysymykseen vastaavat tutkimukset tähän kirjallisuuskatsaukseen. Lisäksi kaikki valitut tutkimukset olivat laadukkaita. Nykyään systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen voidaankin sisällyttää myös korkealaatuisesti tehtyjä kvalitatiivisia tutkimuksia (Johansson 2007, 5).

Tutkimuksissa potilaita ohjanneet fysioterapeutit olivat kouluttautuneet BBAT-menetelmän käyttöön ja lisäksi heillä oli kokemusta psykiatristen potilaiden kanssa työskentelystä, joten fysioterapeuttien osaaminen ja tietotaito oli varmasti lähes samantasoista kaikissa tutkimuksissa. Fysioterapeuttien ammattitaito osaltaan myös vahvistaa tutkimustuloksia. Potilaat olivat useimmiten motivoituneita ja sitoutuneita BBAT-harjoitteluun eikä tutkimuksista poisjääneitä ollut kovinkaan paljon. Tutkimusjoukot tutkimuksissa olivat kuitenkin pieniä (noin kymmenestä seitsämäänkymmeneen osallistujaan), mutta toisaalta kvalitatiivisissa tutkimuksissa on yleensäkin pienet osallistujamäärät. Suppeasta potilasmäärästä huolimatta tutkimukseen osallistuneiden potilaiden joukosta löytyy yleisimpien psyykkisten sairauksien edustajia. Tutkituin joukko oli skitsofreniaa tai sen kaltaista sairautta sairastavien ryhmä. Lisäksi tutkimuksissa oli mukana syömishäiriö-, mielialahäiriö- ja persoonallisuushäiriö potilaita sekä masennus- ja ahdistuspotilaita.

Tutkimuksia BBATin käytöstä psykiatristen potilaiden fysioterapiassa on yleensäkin tehty vähän ja tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui vain seitsemän tutkimusta. Kaikki tutkimukset olivat kuitenkin metodologisesti laadukkaita. Kolme tutkimuksista oli kvantitatiivisia ja neljä kvalitatiivisia. Kvantitatiivisten tutkimusten tulokset saatiin mittaamalla yleisesti tunnetuilla ja hyväksytyillä mittareilla. Esimerkiksi Psyfy r.y.:n (2012) mukaan Gyllenstenin, Hanssonin ja Ekdahlin (2003 ja 2009) tutkimuksissa käytetyt BAS-H - ja BAS- interview -mittarit ovat luotettavia. Muutoinkin tutkimuksissa mainitaan, että kaikkien käytettyjen mittareiden reliabiliteetti ja validiteetti ovat hyväksyttäviä. Numeerisen mittaamisen lisäksi tutkimusten tuloksissa tulee ilmi potilaiden subjektiivinen kokemus BBATin käytöstä sekä myös fysioterapeuttien ja muiden ammattihenkilöiden mielipide ja kokemus BBATin vaikutuksista. Varsinkin laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimusaineistoa on kerätty usealta eri tiedonantajaryhmältä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 144).

Koska BBATia on vähän tutkittu ja sitä käytetään vielä melko suppealla alueella maailmanlaajuisesti katsottuna, jouduin turvautumaan paljon samoihin lähteisiin. Esimerkiksi BBATin teoriaa kuvatessa käytin lähestulkoon pelkästään Roxendalin ja Windbergin kirjoittamaa *Levande människa* -kirjaa (2003) lähteenä. BBATista kyllä kerrotaan monessa lähteessä, mutta hyvin pintapuolisesti. Halusin kuitenkin tähän työhön saada syvällisempää ja konkreettisempää kuvausta BBAT-menetelmästä, ja saatavilla oli vain tuo Roxendalin ja Windbergin kirja. BBATin vähäinen tunnettavuus tulee esiin

myös löydettyjen tutkimusten määrässä ja tekijöissä. Tutkimuksia oli vähän ja useissa tutkimuksissa oli samoja tekijöitä.

Opinnäytetyötä tehdessä olen pyrkinyt kaikin tavoin eettiseen toimintaan. Kankkusen ja Julkuse-Vehviläisen (2013) kirjassa esitelläänkin tutkijalle kahdeksan eettistä vaatimusta. Niitä ovat älyllisen kiinnostuksen, tunnollisuuden, rehellisyyden, vaaran eliminoimisen, ihmisarvon kunnioittamisen, sosiaalisen vastuun ja ammatinharjoituksen edistämisen sekä kollegiaalisen arvostuksen vaatimukset. Minulla oli paljon kiinnostusta aihetta kohtaan laajemmassakin kontekstissa ja kiinnostus säilyi läpi opinnäytetyön tekemisen. Lisäksi halusin perehtyä aiheeseen ja tutkimusmenetelmäni niin tarkasti, että työn tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Minulla ei myöskään ole mitään syytä esittää tuloksia virheellisesti tai muutoin vilpillisesti. Lähdeviitteiden asianmukaisella käytöllä ja omalla moraalaisella toiminnalla pyrin sen sijaan välttämään plagiointia ja näin kunnioittamaan muiden aikaisemmin tuottamaa tietoa. Muutoinkin kaiken aikaan halusin pysyä puolueettomana niin, etten loukkaaisi tai kehuisi ketään tarpeettomasti. Lisäksi Kuopion yliopistolliselle sairaalalle (KYS) tehtävien opinnäytetöiden tekemiseen tarvitsee anoa tutkimuslupaa erillisellä tutkimuslupahakemuksella, mikä jälkeen opinnäytetyön tekemisen voi aloittaa. Tutkimusluvan tälle opinnäytetyölle hain ja sen myönsi KYSin psykiatrian palveluyksikön ylihoitaja Pasi Kuosmanen.

5.4 Oma oppiminen

Fysioterapeutin opintojen laajuus on vähintään 210 opintopistettä, joista 15 opintopistettä muodostuu opinnäytetyöstä ja kypsyysnäytteestä (Opetusministeriö 2006, 32). Siten opinnäytetyöllä on yksittäisenä kurssina iso merkitys. Opinnäytetyön tarkoituksena onkin, että opiskelija kehittyy ja saa valmiuksia soveltaa tietojaan ja taitojaan asiantuntijana. Samalla vahvistuu, konkretisoituu ja syvenyy koulutuksen aikana saatu ammatillinen teoria ja käytäntö. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2014.) Opinnäytetyön tekeminen vastaa noin 2-4 kuukauden työskentelyaikaa (Korkeakouluosaajat 2014). Olen valmistellut tätä opinnäytetyötä noin vuoden ajan pitäen välillä pidempiäkin taukoja työn tekemisestä. Koen, että opinnäytetyö on ollut prosessina vaativa, mutta erittäin kehittävä ammatillisen kasvun kannalta.

Ammatillinen kasvu on yksilön ammatillisten taipumusten ja pyrkimysten sekä valmiuksien kehittymistä ja muuntumista. Ammattiin kasvaminen tapahtuu vähitellen oppimalla ja oma ammatillinen identiteetti muodostuu siinä samalla. (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven, Välimäki & Söderström 2007, 217-219.) Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut omaa ammatti-identiteettiäni ja rohkaisut käyttämään työssä hyödyksi omia vahvuuksiani rauhallisena persoonana. Psykofyysisestä fysioterapiasta olen löytänyt työkaluja toteuttaa omanlaista fysioterapiaa kaikenlaisten asiakkaiden kanssa. Myös tunne siitä, että olen oikealla alalla, on vahvistunut, kun ammatillinen kasvuni on edennyt. Koen tärkeänä sen, että opinnäytetyön aihe on samansuuntainen kuin omat ammatilliset taipumukset ja pyrkimykset.

Opinnäytetyön merkittävimpana oppimiskokemuksena olen kokenut näyttöön perustuvan työn omaksumisen. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen edellytti tutkimusten etsimistä, arviointia ja ana-

lysointia, joten kynnys tutkimusten hyödyntämiseen tulevaisuuden työelämässä on nyt paljon matalampi. Opetusministeriö (2006) toteaaakin julkaisussaan, että terveydenhuollossa työskentely muuttuu jatkuvasti, kun tieto lisääntyy, moniammatillistuu ja uudistuu. Samalla terveydenhuollon työntekijöiltä vaaditaan yhä enemmän valmiuksia kehittää itseään ja toiminnan tulee perustua tutkittuun tietoon ja näyttöön.

THL (2012) on kuvannut vuosittaisessa ennakointiraportissaan muitakin sosiaali- ja terveysalan haasteita, joita tällä hetkellä on ja tulee olemaan ja joihin olisi nyt pyrittävä vastaamaan. Haasteena ovat muun muassa väestön ikääntyminen, työelämän globaalistuminen ja teknologistuminen, talouden niukkuus, arvojen katoaminen, perheiden moninaiset ongelmat sekä hallinto- ja toimintorakenteiden väistämättömät muutokset. Koen, että fysioterapialla osana kuntoutusta voidaan oikein kohdistettuna vastata ainakin väestön ikääntymisen ja talouden niukkuuteen. Kuntoutuksen avulla ikääntyvien toimintakykyä ylläpidetään pidempään ja jopa parannetaan, joten holhottavien määrä yhteiskunnassa ei kasva. Yleinen taloudellinen niukkuus taas laittaa miettimään, mihin niukat resurssit kohdennetaan. Tässä opinnäytetyössä tuli ilmi, miten esimerkiksi BBATilla voidaan vähentää huomattavasti psykiatristen potilaiden sosiaali- ja terveysalan palveluiden käyttöä ja osaltaan vähentää talouden kuormitusta. Yhteiskunnassa on herätty myös siihen, että arvojen katoaminen johtaa perheiden ja yksittäisten ihmisten erilaisiin ongelmiin, mikä taas heijastuu mielenterveyshäiriöiden lisääntymisenä. Itsekin olen koulutuksen aikana ollut huomaavinani tällaista kehitystä, ja koen tärkeänä, että voin omalla työlläni vaikuttaa tämän negatiivisen kehityksen katkaisuun. Opinnäytetyöni on opettanut minulle paljon psykiatrisista sairauksista, niiden taustoista sekä niiden parannuskeinoista, ja siksi minulla on nyt mielestäni melko hyvät valmiudet psykiatristen asiakkaiden kohtaamiseen työelämässä. Lisäksi koulutus ja opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut asiantuntijuuttani fysioterapiassa ja rohkaissut tuomaan sitä esiin niin työyhteisössä kuin muuallakin elämässä. Uskallan siten ottaa herkemmin vastaan vastuutehtäviä ja uskon selviytyväni niistä.

Yhä lisääntyvien mielenterveysongelmien kasvu johtaa siihen, että myös fysioterapeutin, sosiaali- ja terveysalan työntekijänä, tulee kohdata asiakkaansa kokonaisvaltaisena ihmisenä, vaikka asiakas tulee vastaanotolle useimmiten yhden, tietyn vaivan vuoksi (Laine ym. 2007, 176). Lisäksi kuntoutuksen tarkoituksena on asiakkaan omien voimavarojen hyödyntäminen ja kehittäminen, jolloin työskentelyssä korostuu asiakaslähtöisyys (Opetusministeriö 2006). Opinnäytetyön tekeminen konkretisoi minulle juuri näitä kahta keskeistä fysioterapian työskentelyä kuvaavaa peruselementtiä. Psyko-fyysisessä fysioterapiassa ihmisen kokonaisvaltainen huomioiminen tulee osaksi työskentelyä luontevammin, mutta nyt uskon osaavani soveltaa sitä myös somatiikan puolelle ja ymmärrän sen merkityksen myös siellä. Lisäksi ymmärrän paremmin asiakaslähtöisen ja ihmisen voimavaroja hyödyntävän terapian merkityksen kuntoutumisen etenemisen edellytyksenä.

Nykypäivänä sosiaali- ja terveysalan työntekijä kohtaa monenlaisia haasteita työelämässä. Fysioterapia osana kuntoutusta on keskeisessä roolissa väestön ikääntymisen haasteessa, sillä kuntoutus ylläpitää työkykyä ja toisaalta ehkäisee holhottavien määrän lisääntymistä, siksi myös oma arvostukseni ammattikuntaamme kohtaan on kasvanut. Globaalisuus fysioterapeutin työssä tulee esiin varsinkin saatavilla olevan tiedon globaalistumisella, minkä huomasi myös tehdessäni opinnäytetyötä.

Vieraskielisten tietolähteiden käyttö tulevaisuudessa on paljon helpompaa, kun sitä on jo tehnyt. Teknologia osaaminen, etenkin tietotekniikan käyttö, helpottaa paljon omaa työtä, kun sitä osaa käyttää. Yleinen taloudellinen niukkuus laittaa miettimään, mihin niukat resurssit kohdennetaan. Tässä opinnäytetyössä tuli ilmi, miten esimerkiksi BBATilla voidaan vähentää huomattavasti psykiatristen potilaiden sosiaali- ja terveysalan palveluiden käyttöä, mikä osoittaa kuntoutuksen merkityksellisyyttä. Lisäksi voin esimerkillisellä käytökselläni, eettisellä työskentelyllä ja epäkohtiin puuttumalla ehkäistä arvojen katoamista tässä maailmassa.

Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut ja valmistanut minua työskentelemään vastuullisena ammattilaisena. Fysioterapeutin tuleekin kyetä itsenäiseen työskentelyyn suunnitellessaan, toteuttaessaan ja arvioidessaan sekä kehittäessään asiakastyötään. Samalla hän toimii kuitenkin osana moniammatillista työryhmää tai -yhteisöä toimien asiantuntijana omassa ammatissaan. Työtä ohjaa eettiset ja lainsäädännölliset sekä talouden vaatimukset. (Opetusministeriö 2006, 29.) Opinnäytetyön tekeminen on ollut omalla vastuullani, mutta olen saanut tarvittaessa tukea ja neuvoa koululta sekä työntilaaajiltani, työelämästä.

6 LÄHTEET

- CATALAN-MATAMOROS, Daniel, HELVIK-SKJAERVEN, Liv, LABAJOS-MANZANARES, M Teresa, MARTINEZ-DE-SALAZAR-ARBOLEAS, Alma & SANCHEZ-GUERRERO, Eduardo 2010. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 25 (7), 617-629.
- DROPSY, Jacques 2002. Body attunement, the conditions for body use. Julkaisussa SKJAERVEN, Liv Helvik (toim.) 2002. *Quality of movement - the art and health*. Bergen University College, Department of Health- and Social Sciences, 14-27.
- ELÄKETURVAKESKUS 2014-4-1. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-4-9.] Saatavissa: <http://www.findikaattori.fi/fi/76>
- GYLLENSTEN, Amanda Lundvik, EKDAHL, Charlotte & HANSSON, Lars 2009. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Physiotherapy* 11 (1), 2-12.
- GYLLENSTEN, Amanda Lundvik, HANSSON, Lars & EKDAHL, Charlotte 2003a. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care. *Physiotherapy* 5 (4), 179-190.
- GYLLENSTEN, Amanda Lundvik, HANSSON, Lars & EKDAHL, Charlotte 2003b. Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Bodywork & Movement Therapies* 7 (3), 173-183.
- GYLLENSTEN, Amanda Lundvik, SKÄR, Lisa, MILLER, Michael & GARD, Gunvor 2010. Embodied identity - A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practise* 26 (7), 439-446.
- HEDLUND, Lena & GYLLENSTEN, Amanda Lundvik 2013. The physiotherapists' experience of Basic Body Awareness Therapy in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Bodywork & Movement Therapies* 17 (2), 169-176.
- HEDLUND, Lena & GYLLENSTEN, Amanda Lundvik 2010. The experience of basic body awareness therapy in patients with scizophrenia. *Bodywork & Movement Therapies* 14 (3), 245-254.
- HERRALA, Helinä, KAHROLA, Tytti & SANDSTRÖM, Marita 2008. *Psykofyysinen ihminen*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko & SAJAVAARA, Paula 2007. *Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- ISOMETSÄ, Erkki 2011. *Masennushäiriöt*. Julkaisussa LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSONN, Markus, MARTTUNEN, Mauri & PARTONEN, Timo (toim.) 2011. *Psykiatria. 9., osin uudistettu painos*. Helsinki: Duodecim, 154- 193.
- JAAKKOLA, Raija 2005. *Psykofyysisen fysioterapian opiskelusta*. Julkaisussa LÄHTEENMÄKI, Marja-Leena & JAAKKOLA, Raija (toim.) 2005. *Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista*. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt nro 2, 6-12.
- JAAKKOLA, Raija 1999. *Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa*. Pro gradu -tutkielma. [verkkojulkaisu] Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. [Viitattu 2014-4-28.] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/12337>
- JALAVA, Janne & KOSKELA, Tuomas 2010-12-2. *Vertaistuesta voimia elämään* [verkkojulkaisu]. Kuntoutussäätiö. [Viitattu 2014-4-10.] Saatavissa: http://www.mielenterveysseura.fi/files/654/Varhaiskuntoutuksen_arviointi_F.pdf
- JOHANSSON, Kirsi 2007. *Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen*. Julkaisussa JOHANSSON, Kirsi, AXELIN, Anna, STOLT, Minna & ÄÄRI, Riitta-Liisa (toim.) 2007. *Sys-*

temaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51, 3-7.

JOHNSEN, Ragnhild Wikene & RÅHEIM, Målfrid 2010. Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Physiotherapy* 12 (3), 166-174.

JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU 2014. Opinnäytetyö [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-4-29.] Saatavissa: <https://opinto-oppaat.jamk.fi/fi/opinto-opas-amk/Opiskelu/Opinnaytetyo/>

KANKKUNEN, Päivi & VEHVILÄINEN- JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., osin uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KONTIO, Elina & JOHANSSON, Kirsi 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Julkaisussa JOHANSSON, Kirsi, AXELIN, Anna, STOLT, Minna & ÄÄRI, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51, 101-120.

KOPONEN, Hannu & LEPOLA, Ulla 2002. Potilaan psykiatrisen tutkiminen. Julkaisussa LEPOLA, Ulla, KOPONEN, Hannu, LEINONEN, Esa, JOUKAMAA, Matti, ISOHANNI, Matti & HAKOLA, Panu 2002. *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 27-36.

KORKEAKOULUOSAAJAT 2014. Millaisia korkeakoulujen opinnäytetyöt ovat? [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-4-29.] Saatavissa:

http://www.korkeakouluosajat.fi/aloita_yhteistyö/opinnaytetyöt/millaisia_korkeakoulujen_opinnaytteet_ovat

KUKKOHOVI, Kirsi 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus. Pro gradu -tutkielma. [verkkajulkaisu] Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. [Viitattu 2014-05-13] Saatavissa:

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/URN_NBN_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1

KÄYPÄ HOITO 2013-2-14. Skitsofrenia. [verkkajulkaisu] Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys Ry:n asettama työryhmä. [Viitattu 2014-5-15.] Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.savonia-amk.fi/dtk/ltk/koti>

KÄYPÄ HOITO -TOIMITUS 2013-2-21. Hoito- ja preventiotutkimusten arviointi [verkkajulkaisu]. Duodecim: Hoitosuositusryhmien käsikirja. [Viitattu 2014-3-11.] Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>

LAINEN, Anne, RUISSHALME, Outi, SALERVO, Pirjo, SIVEN, Tuula, VÄLIMÄKI, Päivi & SÖDERSTRÖM, Werner 2007. Opi ja ohjaa. 4.-6., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

LEHTINEN, Päivi, MARTIN, Minna & LILLRANK, Benita 2010. Epätasapainoinen hengitys terveysongelmien yhteydessä. Julkaisussa MARTIN, Minna, SEPPÄ, Maila, LEHTINEN, Päivi, TÖRÖ, Tiina & LILLRANK, Benita 2010. Hengitys. Itsesääätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta, 40-60.

LEINO-KILPI, Helena 2007. Kirjallisuuskatsaus - tärkeää tiedon siirtoa. Julkaisussa JOHANSSON, Kirsi, AXELIN, Anna, STOLT, Minna & ÄÄRI, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51, 2.

LINTUNEN, Taru, KOIVUMÄKI, Kari & SÄILÄ, Hannu (toim.) 1995. Jalka potkee mieli notkee. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura ry.

LÖNNQVIST, Jouko & LEHTONEN, Johannes 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Julkaisussa LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSONN, Markus, MARTTUNEN, Mauri & PARTONEN, Timo (toim.) 2011. *Psykiatria*. 9., osin uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 12-31.

MÖNKKÖNEN, Kaarina 2007. Vuorovaikutus - Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

- NIIRANEN, Mikko 2014-2-13. Fysioterapeutti. [Haastattelu.] Kuopio: Julkulan sairaala.
- OPETUSMINISTERIÖ 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon [verkkojulkaisu]. Opetusministeriö: Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. [Viitattu 2014-4-29.] Saatavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>
- POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPAIKKA 2014-4-8. Psykiatria [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-4-8.] Saatavissa: <https://www.pssh.fi/hoitopalvelut/psykiatria>
- PUDAS- TÄHKÄ, Sanna-Mari & AXELIN, Anna 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen raja- ja hakutermit ja abstraktien arviointi. Julkaisussa JOHANSSON, Kirsi, AXELIN, Anna, STOLT, Minna & ÄÄRI, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51, 46-57.
- PSYFY R.Y. 2012-10-15. Basic Body Awareness terapia [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-04-19.] Saatavissa: <http://www.psyfy.net/bbat.php?id=157>
- PSYFY R.Y. 2013. Psykofyysinen fysioterapia [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-04-17.] Saatavissa: <http://www.psyfy.net/index.php>
- ROXENDAL, Gertrud 1985. Body awareness therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy [verkkojulkaisu]. Sweden: Kompendietryckeriet, Kållered. [Viitattu 2013-04-17.] Saatavissa: http://www.ibk.nu/abstracts/avhandling_roxendal.pdf
- ROXENDAL, Gertrud & WINDBERG, Agneta 2003. Levande människa. Basal kroppskännetnad för rörelse och vila. Natur och Kultur.
- SHAPIRO, Deb 2011. Kehosi paljastaa mielesi. 3. painos. Helsinki: Basam Books OY.
- SEPPÄ, Maila, MARTIN, Minna & TÖRÖ, Tiina 2010. Hengitysharjoituksia. Julkaisussa MARTIN, Minna, SEPPÄ, Maila, LEHTINEN, Päivi, TÖRÖ, Tiina & LILLRANK, Benita 2010. Hengitys. Itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta, 128-162.
- SUOMEN FYSIOTERAPEUTIT RY 2013. Fysioterapia ammattina [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-05-08.] Saatavissa: https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=275
- SUOMEN FYSIOTERAPEUTIT RY 2014. Tietokantoja [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-01-13.] Saatavissa: http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=547
- SVENNEVIG, Hanna 2005. Kehon mieli. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- TALVITIE, Ulla, KARPPI, Sirkka-Liisa & MANSIKKAMÄKI, Tarja 2006. Fysioterapia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU 2012-12-3. Erikoistumisopinnot, psykofyysinen fysioterapia [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-4-16.] Saatavissa: [http://www.tamk.fi/cms/tamk.nsf/\(\\$All\)/9259173CF4FA0618C2257A230032ADA1?OpenDocument](http://www.tamk.fi/cms/tamk.nsf/($All)/9259173CF4FA0618C2257A230032ADA1?OpenDocument)
- THL 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-05-07.] Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/230514f2-fc31-4bbf-839d-df1173333d22>
- THL 2013. Mielen hyvinvointi [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2013-02-07.] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/amis/mielen_hyvinvointi
- TOIVAKKA, Sari & MAASOLA, Miina 2011. Itsetunto kohdalleen. Jyväskylä: PS- kustannus.
- TUOMI, Jouni & SARAJÄRVI, Anneli 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- TUOMI, Jouni & SARAJÄRVI, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

TÄHTINEN, Helena 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Julkaisussa JOHANSSON, Kirsi, AXELIN, Anna, STOLT, Minna & ÄÄRI, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51, 10-45.

ÄÄRI, Riitta- Liisa & LEINO-KILPI, Helena 2007. Haasteita ja huomioitavaa kirjallisuuskatsauksen teossa. Julkaisussa JOHANSSON, Kirsi, AXELIN, Anna, STOLT, Minna & ÄÄRI, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51, 109-120.

LIITE 1 TUTKIMUKSET

Tutkimus, tutkimuksen tekijät, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkittavat	Tutkimuksessa käytetyt harjoitteet	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	Tutkimuksen tulokset	Tutkimuksen luotettavuus
<p>Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Out-patient Care;</p> <p>Amanda Lundvik Gyllensten, Lars Hansson ja Charlotte Ekdahl</p> <p>2003</p>	<p>Tutkia BBATin ja tavanomaisen hoidon vaikuttavuutta ja verrata sitä pelkän tavanomaisen hoidon vaikuttavuuteen psykiatrisen avohoidon potilaiden parissa.</p> <p>Määrällinen tutkimus.</p>	<p>Psykiatrisen avohoidon potilaita, joilla ICD-10- luokituksen mukaiset diagnoosit seuraavista tautiluokista: mielialahäiriö, elimellisoireinen häiriö tai persoonallisuushäiriö.</p> <p>Potilailla oli kehollisia oireita, kuten lihasjännitystä, huimausta, pahoinvointia, vatsaongelmia, sydän oireita ja vaikeutta hengittää luonnollisesti. Poissulkukriteerit: akuutti psykoosi, pakko-oireinen häiriö, huumeiden tai alkoholin väärinkäyttö sekä anoreksia ensisijaisena diagnoosina.</p> <p>82 potilasta valikoitui alkuvaiheeseen, joista 80 täytti sisäänotto kriteerit. Kolme potilasta jäi myöhemmin pois keskittymiskyvyn tai kielitaidon puutteen vuoksi. Lopulta tutkimukseen osallistui 77 potilasta ja tutkimuksen loputtua mukana oli 30 potilasta sekä interventio- että kontrolliryhmässä</p>	<p>Tutkittavat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista interventio-ryhmä sai tavanomaisen hoidon (TAU) lisäksi 12 yksilötuntia BBA- terapiaa koulutetulta fysioterapeutilta kerran viikossa kolmen kuukauden aikana. TAU sisälsi mm. psykoterapiaa ja lääkettä.</p> <p>BBAT- harjoitus sisälsi yksinkertaisia liikkeitä, joita tehdään myös T'ai-chissa. Harjoitteita tehtiin maaten, istuen, seisten ja kävellen. Myös pariharjoitteita ja hierontaa käytettiin.</p>	<p>The Body Awareness Scale- Health (BAS-H)</p> <p>Body Awareness Scale (BAS) - interview</p> <p>Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES)</p> <p>Nottingham Health Profile (NHP)</p> <p>The Symptom Check List 90 (SCL 90)</p> <p>Coping Resources Inventory (CRI)</p>	<p>BAS-H: kehon näkyvä tasapaino ja elinvoimaisuus sekä vakaus paranivat, hengitys ja liikkuminen muuttuivat vapaammiksi ja hallitummiksi. Lisäksi lihasjännitys väheni, ryhti parani ja keho kaiken kaikkiaan näytti tasapainoisemmalta.</p> <p>BAS-interview: psyykkiset oireet vähenivät ja asenteet omaa kehoa kohtaan paranivat (positiivisempi suhtautuminen omaan kehoon, fyysinen kapasiteetti ja harjoittelu). Minäpystyvyys ja usko omiin kykyihin kohdata erilaisia tilanteita kehittyivät.</p> <p>ASES ja CRI: liikkeen laatu, asenteet omaa kehoa kohtaan, fyysinen jaksaminen, minäpystyvyys ja unenlaatu paranivat.</p>	<p>7,5/8</p> <p>Sokkoutus ei täydellinen.</p>

Tutkimus, tutkimuksen tekijät, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkittavat	Tutkimuksessa käytetyt harjoitteet	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	Tutkimuksen tulokset	Tutkimuksen luotettavuus
<p>Long- Term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study;</p> <p>Amanda Lundvik Gyllensten, Charlotte Ekdahl ja Lars Hansson</p> <p>2009</p>	<p>Tutkia BBATin pitkäaikaista vaikuttavuutta psykiatrian avohoidon potilailla, jotka saivat myös tavanomaista hoitoa (TAU), verrattuna pelkän tavanomaisen hoidon vaikuttavuuteen.</p> <p>Lisäksi tutkittiin, miten BBAT-harjoitteet vaikuttavat joidenkin terveystalveluiden käyttöön tällä potilasryhmällä.</p> <p>Määrällinen tutkimus.</p>	<p>Psykiatrian avohoidon potilaita, joilla ICD-10- luokituksen mukaiset diagnoosit seuraavista tautiluokista: mielialahäiriö, elimellisoireinen häiriö tai persoonallisuushäiriö.</p> <p>Potilailla oli kehollisia oireita, kuten lihasjännitystä, huimausta, pahoinvointia, vatsaongelmia, sydän oireita ja vaikeutta hengittää luonnollisesti.</p> <p>Poissulkukriteerit: akuutti psykoosi, pakko-oireinen häiriö, huumeiden tai alkoholin väärinkäyttö sekä anoreksia ensisijaisena diagnoosina.</p> <p>82 potilasta valikoitui alkuvaiheeseen, joista 80 täytti sisäänotto kriteerit. Kolme potilasta jäi myöhemmin pois keskittymiskyvyn tai kielitaidon puutteen vuoksi. Lopulta tutkimukseen osallistui 77 potilasta ja tutkimuksen loputtua mukana oli 30 potilasta sekä interventio- että kontrolliryhmässä</p>	<p>Tutkittavat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista interventio-ryhmä sai tavanomaisen hoidon (TAU) lisäksi 12 yksilötuntia BBA- terapiaa koulutetulta fysioterapeutilta kerran viikossa kolmen kuukauden aikana. TAU sisälsi mm. psykoterapiaa ja lääkahoitoa.</p> <p>BBAT- harjoitus sisälsi yksinkertaisia liikkeitä, joita tehdään myös T'ai-chissa. Harjoitteita tehtiin maaten, istuen, seisten ja kävellen. Myös pariharjoitteita ja hierontaa käytettiin.</p> <p>Tutkimukset tehtiin välittömästi hoitokauden jälkeen ja siitä kuuden kuukauden päästä.</p>	<p>The Body Awareness Scale- Health (BAS-H)</p> <p>Body Awareness Scale (BAS) - interview</p> <p>Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES)</p> <p>Nottingham Health Profile (NHP)</p> <p>The Symptom Check List 90 (SCL 90)</p> <p>Coping Resources Inventory (CRI)</p> <p>Sense of Coherence (SoC)</p>	<p>BAS-H: Pitkän aikavälin vaikutuksina oli kehotietoisuuden ja liikekäyttäytymisen paraneminen, mikä näkyi etenkin asennon hallintana, kykynä käyttää kehoaan koordinoitusti sekä vapaampana hengityksenä ja lihasjännityksen vähenemisenä.</p> <p>BAS-I: Pitkän aikavälin vaikutuksina tuli esiin BBAT- harjoittelun parantavan henkilön asenteita kehollisia asioita kohtaan sekä vähentävän joitakin psyykkisiä oireita. Lisäksi harjoittelu näyttöisi parantavan minäpystyvyyden tunnetta ja tuovan itseluottamusta sekä hallinnan tunnetta omaa kehoaan ja laajemminkin omaa elämää kohtaan.</p> <p>BBAT- harjoitteita tehneet potilaat käyttivät vuoden aikana selvästi vähemmän sekä psykiatrian että sosiaalihuollon palveluita.</p>	<p>7,5/8</p> <p>Sokkoutus ei täydellinen.</p>

Tutkimus, tutkimuksen tekijät, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkittavat	Tutkimuksessa käytetyt harjoitteet	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	Tutkimuksen tulokset	Tutkimuksen luotettavuus
<p>A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial;</p> <p>Daniel Catalan-Matamoros, Liv Helvik-Skjaerven, M Teresa Labajos-Manzanares, Alma Martinez-de-Salazar-Arboleas ja Eduardo Sanchez-Guerrero</p> <p>2010</p>	<p>Tutkia BBATin soveltuvuutta syömishäiriöpotilaiden hoitoon on ensisijainen tarkoitus.</p> <p>Tutkimuksen toissijaisena tarkoituksena on selittää BBATin vaikutuksia syömishäiriön tyypillisiin oireisiin, kuten keho-tyytyttömyyteen, henkiseen terveyteen ja pakon omaiseen tekemiseen ja ajatteluun.</p> <p>Määrällinen tutkimus.</p>	<p>Sisäänotto kriteerit: diagnosoitu joku syömishäiriö, avohoidon potilas, diagnoosin saamisesta alle viisi vuotta, riittävät fyysiset taidot käydä eri asentoihin (makuulle, istumaan seiso-maan) ja yli 18-vuotias.</p> <p>Osallistujia rekrytoitiin Espanjan kahden sairaalan (Andalusia ja Almeria) potilaista. Kaikkiaan 102 kriteerit täyttävää potilasta kutsuttiin haastatteluun, ja 28 potilasta suostui mukaan tutkimukseen.</p> <p>Potilaat jaettiin satunnaisesti kahteen yhtä suureen ryhmään, interventio- ja kontrolliryhmään. Tutkittavat testattiin kahdesti; ennen ja jälkeen harjoitteluintervention. Kuusi kontrolliryhmän potilasta ei osallistunut lopputesteihin.</p>	<p>Interventoryhmä osallistui BBAT- ryhmään seitsemän viikon ajan. Kahtena ensimmäisenä viikkona ryhmäläiset saivat yksilöharjoitusta tunti/viikossa. Seuraavan viiden viikon aikana he tapasivat ryhmänä kaksi kertaa viikossa 1, 5 tunnin ajan. Yhteensä interventoryhmä sai ohjattua BBAT- harjoittelua siis 12 kertaa.</p> <p>BBAT- harjoittelu alkoi aina lämmittelyllä, jatkui varsinaisella harjoittelulla ja lopuksi oli mahdollisuus suulliseen reflektointiin.</p> <p>Harjoittelu sisälsi yksinkertaisia liike-, koordinaatio-, maadoitus- ja hengitysharjoitteita. Harjoitteita tehtiin maaten, istuen, seisten ja kävellen. Harjoittelussa tehtiin myös hieronta- ja pariharjoitteita. Harjoittelun apuna käytettiin myös joitakin välineitä, kuten patjoja, tyyynyjä, palloja ja tuoleja.</p>	<p>SF-36 (lyhyempi versio)</p> <p>The Eating Disorder Inventory (EDI)</p> <p>Eating Attitude Test-40 (EAT-40)</p> <p>Body Attitude Test (BAT)</p>	<p>BBAT- harjoittelulla näyttäisi olevan positiivisia vaikutuksia pakkomielteiseen tekemiseen ja ajatteluun (esim. pakonomainen laihduttaminen, oksentelu, yliaktiivisuus ja lihasjännitys).</p> <p>Kehotyytymättömyys väheni harjoittelun aikana, mikä heijastuu myös parempana kehonkuvana ja kokemuksena omasta kehosta.</p> <p>EDI- ja EAT-40- testien mukaan interventoryhmäläisten syömishäiriön oireet vähenivät huomattavasti enemmän kuin kontrolliryhmän.</p> <p>SF-30- testi antoi viitteitä siitä, että interventoryhmä koki elämänlaatunsa parantuneen, etenkin psyykkisen terveyden osalta.</p>	<p>6,5/8</p> <p>Sokkoutus ei täydellinen ja kontrolliryhmäläisten seuranta riittämätön suhteessa interventoryhmään (6/14 kontrolliryhmäläisestä jäi pois loppumittauksesta)</p>

Tutkimus, tutkimuksen tekijät, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkittavat	Tutkimuksessa käytetyt harjoitteet	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	Tutkimuksen tulokset	Tutkimuksen luotettavuus
<p>Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist;</p> <p>Amanda Lundvik Gyllensten, Lars Hansson ja Charlotte Ekdahl</p> <p>2003</p>	<p>Tutkia ja selittää potilaiden kokemuksia BBATista psykiatriassa fysioterapiassa.</p> <p>Lisäksi tutkittiin potilaiden kokemuksia fysioterapeutti-suhteestaan ja yhteistyöstä fysioterapeutin kanssa.</p> <p>Laadullinen tutkimus.</p>	<p>Kaksi potilas ryhmää valikoitui tutkimukseen. BBAT- harjoitteita ohjasi kaksi fysioterapeuttia, joilla oli koulutus ja paljon kokemusta kyseisestä menetelmästä.</p> <p>Sairaalahoitossa olevien ryhmään kuului kuusi skitsofreniaa sairastavaa henkilöä (4 miestä ja 2 naista), joiden keski-ikä oli 30 vuotta ja jotka olivat tehneet BBAT- harjoitteita ohjatusti 3-22 kuukautta. Heitä haastateltiin kolme kertaa ryhmän aikana: ensimmäisen kerran jälkeen, 4kk ja 6kk kuluttua aloituskerrasta. Viimeisessä haastattelussa oli mukana enää kolme henkilöä (aluksi oli kuusi).</p> <p>Avohoidossa olevien ryhmään kuului ahdistus- ja masennuspotilaita, elimellisoireinen sekä Gille de Touretten- syndroomaa sairastava henkilö (2 miestä ja 3 naista). Heidän keski-ikänsä oli 45 vuotta ja he olivat tehneet BBAT- harjoitteita ohjatusti 0-36 vuotta. Heitä haastateltiin ensimmäisen ja viimeisen ryhmätapaamisen jälkeen. Toiseen haastatteluun osallistui kolme potilasta (viidestä). Jokaisen haastattelun aluksi haastateltavalle näytettiin videokuvaa edeltävästä ryhmästä.</p>	<p>Sairaalahoitossa olevilla potilailla oli 1,5h ryhmätapaaminen kolme kertaa viikossa 10kk aikana.</p> <p>Avohoidon potilailla oli 1,5h ryhmätapaaminen kerran viikossa 3kk aikana.</p>	-	<p>Potilaiden kokemukset BBATista: Laadullisen tutkimuksen tuloksena tutkijat löysivät neljä pääluokkaa ja jokaiseen tarkentavia alaluokkia:</p> <ol style="list-style-type: none"> henkilökohtainen osallistuminen <ol style="list-style-type: none"> kyky harjoitella yksin kysymykset harjoittelun merkittävyydestä heräsivät tasapaino ja asento <ol style="list-style-type: none"> parantunut tasapaino ja asento tietoisuus kehon viesteistä ja niiden käsittely <ol style="list-style-type: none"> syventynyt tietoisuus ja tulkinta oman kehon viesteistä liikkumisen helpottuminen lihasjännitysten käsittely ja hallinta kehon liikkeiden kontrollointi <ol style="list-style-type: none"> tunne oman kehon kontrollista liike ja olemus näyttävät hyvältä ja kontrolloidulta <p>Potilaiden kokemukset fysioterapeutti- suhteestaan ja yhteistyöstä fysioterapeutin kanssa sekä niiden vaikutukset BBAT- harjoitteluun: potilaan kokemana luottamuksellinen fysioterapeutti- suhde edistää BBAT- harjoittelun omatoimista ja päivittäistä tekemistä.</p>	<p>18/19</p> <p>Artikkelissa ei tule ilmi, ovatko tutkijat tehneet päiväkirjaa tai muistiinpanoja tutkimuksen kuluksi.</p>

Tutkimus, tutkimuksen tekijät, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkittavat	Tutkimuksessa käytetyt harjoitteet	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	Tutkimuksen tulokset	Tutkimuksen luotettavuus
<p>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;</p> <p>Ragnhild Wikene Johnsen ja Målfrid Råheim</p> <p>2010</p>	<p>Tutkia potilaiden kokemuksia osallistumisesta BBAT-ryhmään ja syventää ymmärrystä BBATista potilaiden näkökulmasta.</p> <p>Laadullinen tutkimus.</p>	<p>18 potilasta (17 naista ja yksi mies), jotka oli valittu BBAT-ryhmiä vetävien fysioterapeuttien kautta ja jotka olivat osallistuneet BBAT-ryhmään vähintään 6 kk ajan. Heidät haastateltiin kolmesti, haastattelut kestivät noin 90 min, ja haastattelut tehtiin välittömästi harjoittelun jälkeen.</p> <p>Kaikilla potilailla oli diagnosoitu jokin psykiatrinen sairaus, kuten persoonallisuus häiriö, syömishäiriö, ahdistusta, masennusta sekä identiteetti- ja läheisyys ongelmia. Lisäksi usealla heistä oli jokin seuraavista diagnooseista: fibromyalgia, kroonistunut kipu-oireyhtymä tai krooninen väsymysoireyhtymä.</p>	<p>Jokainen ryhmäkerta kesti 1,5 h. Harjoittelu sisälsi maaten, istuen ja seisten tehtäviä harjoitteita, joissa keskityttiin etenkin tietoiseen ja vapaaseen hengittämiseen, virtaavaan liikkeeseen, joka lähtee kehon keskustasta sekä koko kehon liikkeeseen. Harjoitteita tehtiin myös pareittain, kuten hierontaa. Jokainen pari harjoittelu päättyi parikeskusteluun.</p>		<p>Laadullisen tutkimuksen tuloksena tutkijat erottivat kolme pääteemaa alaluokkineen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lisääntynyt tietoisuus omasta kehosta ja parempi itsetuntemus <ol style="list-style-type: none"> a. löytyi uusia näkökulmia elämään ja uusia kontakteja itseensä b. hengitys, lihasjännitys ja lepo - uudelleen linkittyminen c. kohti vankempaa kehoa ja tasapainoisempaa elämää 2. Kynnys ottaa osaa aikaa vieviin muutoksiin <ol style="list-style-type: none"> a. madaltunut osallistumiskynnys, mutta silti kovan työn takana b. muutokset vie aikaa 3. Suhteet itseensä ja muihin <ol style="list-style-type: none"> a. itsestä huolehtiminen ja itsensä rajoittaminen - uusia ja tärkeitä, mutta samalla vaativia tosiasioita b. olla osa BBAT-ryhmää - asian kannattavuudesta, oivalluksista ja muutoksista <p>Tiivistettynä haastattelujen tuloksena BBAT-ryhmään osallistuminen vahvisti kokemusta omasta kehosta, toi tunnetta minuudesta kokonaisuena, antoi eväitä olla oma itsensä omassa kehossa ja ryhmässä.</p> 	<p>17/19</p> <p>Artikkelissa ei tule ilmi, ovatko tutkijat tehneet päiväkirjaa tai muistiinpanoja tutkimuksen kuluista eikä tutkimuksessa käytetty triangulaatiota.</p>

Tutkimus, tutkimuksen tekijät, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkittavat	Tutkimuksessa käytetyt harjoitteet	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	Tutkimuksen tulokset	Tutkimuksen luotettavuus
<p>The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia;</p> <p>Lena Hedlund ja Amanda Lundvik Gyllensten</p> <p>2010</p>	<p>Tutkia ja kuvata skitsofreniaa tai sen samankaltaista sairautta sairastavien kokemuksia BBATista keskitetyen tärkeimpiin hoidon tuloksiin.</p> <p>Laadullinen tutkimus.</p>	<p>Potilaita kysyttiin fysioterapeuteilta, jotka olivat työskennelleet skitsofrenikkojen tai muuta samankaltaista sairastavien potilaiden kanssa vähintään kahden vuoden ajan ja joilla oli BBAT- koulutus.</p> <p>Potilaiden sisäänottokriteerit: heillä oli diagnosoitu skitsofrenia tai samantyyppinen sairaus ja he olivat tehneet ohjastusti BBAT- harjoitteita vähint. vuoden ajan.</p> <p>Kahdeksan potilasta (4 naista ja 4 miestä) osallistui tutkimukseen: kolme skitsofreniaa, kaksi epäspesifiä skitsofreniaa, kaksi määrittelemätöntä skitsofreniaa ja yksi paranoidista skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Kaikki saivat tutkimuksen aikana myös muuta hoitoa (lääkkeellistä hoitoa ja keskustelu terapiaa).</p> <p>Aineisto kerättiin haastattelulla, joka sisälsi sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä.</p>	<p>Potilaat osallistuivat sekä yksilö- että ryhmäterapiaan, yksi potilas osallistui pelkästään yksilöterapiaan.</p> <p>BBATin juuret ovat perinteisessä itäisessä kehon liikeharjoittelussa, Tai Chi Chuanissa. Harjoittelussa tehdään erilaisia liike- ja hengitysharjoitteita sekä käytetään apuna hierontaa ja manuaalista ohjausta. Tavoitteena on tasapainoisempi, vapaampi sekä yhtenäisempi keho ja mielen kokonaisuus. Harjoitteita voidaan tehdä yksilöllisesti, pareittain tai ryhmässä.</p>		<p>Tutkijat löysivät laadullisen haastattelututkimuksen perusteella neljä pääteemaa ja jokaiseen tarkentavia alateemoja:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vaikutusten säätely <ol style="list-style-type: none"> a. hyvänolon tunteen lisääntyminen ja parempi mieli b. epämiellyttävien ja vaikeiden harjoitteiden löytyminen c. rauhallisuus lisääntyi d. parempi sietokyky e. rentous ja positiivinen väsymys f. valppaampi ja vahvempi g. mielenkiinnon lisääntyminen h. ahdistusten, stressin ja pelkojen vähentyminen 2. Kehotietoisuus ja itseluottamus <ol style="list-style-type: none"> a. parempi psyykinen olotila ja parempi kontakti kehoon ja kehon tunteisiin b. aktiivisempi c. parempi itseluottamus d. lisääntynyt tietoisuus omasta käytöksestä e. liikkuvuus 3. Sosiaalisessa kontekstissä kuvattut vaikutukset <ol style="list-style-type: none"> a. rennompi ja luonnollisempi sosiaalisissa tilanteissa, helpompi ottaa kasekontaktia b. lisääntynyt yhtenäisyyden tunne c. vähemmän häpeää 4. Vaikutukset ajattelukykyyn <ol style="list-style-type: none"> a. parempi keskittymiskyky ja selkeämmät ja rauhallisemmat ajatukset <p>Kaikki haastateltavat kokivat BBAT- harjoittelun antaneen joitakin positiivisia vaikutuksia.</p>	<p>18/19</p> <p>Artikkelissa ei tule ilmi, ovatko tutkijat tehneet päiväkirjaa tai muistiinpanoja tutkimuksen kuluksi.</p>

Tutkimus, tutkimuksen tekijät, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkittavat	Tutkimuksessa käytetyt harjoitteet	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	Tutkimuksen tulokset	Tutkimuksen luotettavuus
<p>The physiotherapists' experiences of Basic Body Awareness Therapy with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders; Lena Hedlund ja Amanda Lundvik Gyllensten</p> <p>2013</p>	<p>Tutkia ja kuvata fysioterapeutin näkökulmasta BBATin käyttöä skitsofreenikkojen ja samankaltaista sairautta sairastavien kanssa sekä sitä kuinka fysioterapeutit kokevat BBAT- harjoittelun hyödyt kyseiselle potilasryhmälle.</p> <p>Laadullinen tutkimus.</p>	<p>Sisäänottokriteerit:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. työskennellyt skitsofreenikkojen tai samankaltaista sairautta sairastavien kanssa vähintään viimeiset kolme vuotta 2. käynyt vähintään toisen tason BBAT- koulutuksen <p>Fysioterapeutit rekrytoitiin mukaan tutkimukseen Ruotsin BBAT- yhdistyksen kautta. Kaikkia kriteerit täyttäneitä fysioterapeutteja haastateltiin. Heitä oli yhteensä kahdeksan naista, ikähaarukka 30- 67- vuotta ja työskentely kokemus skitsofreenikkojen kanssa 3- 31 vuotta.</p>	<p>Fysioterapeutit kertovat, että yksilöllisten tavoitteiden asettaminen on BBAT- harjoittelussa tärkeää ja siinä fysioterapeutti auttaa potilasta esim. kannustamalla ja neuvomalla. Fysioterapeutit myös ajattelivat, että harjoittelu on hyvä aloittaa helpoista ja potilaalle miellyttävistä harjoitteista, jotta mielenkiinto ja motivaatio harjoitteluun säilyvät. Fysioterapeutin rooli on rohkaista ja kannustaa sekä neuvoa ja muistuttaa potilasta kääntämään huomionsa itseensä ja omiin tunteuksiin.</p>		<p>Tutkijat löysivät laadullisen tutkimuksen kautta kolme pääteemaa tarkentavine alateemoineen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kohtaaminen <ol style="list-style-type: none"> a. teoriapohja b. vaikeudet ja mahdollisuudet c. osallistuminen ja tavoitteiden asettaminen tavalla, joka vahvistaa kokemusta itsestä d. sanallinen ja sanaton vuorovaikutus 2. Kehollisuuden löytyminen <ol style="list-style-type: none"> a. harjoitella löytämisen prosessia b. ohjata tuntemaan ja olemaan läsnä omassa kehossa 3. Sisäinen kokemus ulkoisesta maailmasta <ol style="list-style-type: none"> a. järjestelmän löytyminen b. lisääntynyt yhteys omiin tunteuksiin c. huomion kääntyminen ulkoiseen maailmaan 	<p>18/19</p> <p>Artikkelissa ei tule ilmi, ovatko tutkijat tehneet päiväkirjaa tai muistiinpanoja tutkimuksen kuluista.</p>

LIITE 2 HOITO- JA PREVENTIOTUTKIMUSTEN ARVIOINTI

I) Ovatko tutkimuksen tulokset päteviä (valideja)?
1) Satunnaistettiin potilaat hoitovaihtoehtoihin asianmukaisella tavalla? (Random allocation)
2) Oliko potilaan valitseminen hoitoryhmiin tehty siten, että potilaan tutkimukseen soveltuvuuden päättävä ja tutkimukseen hyväksyvä henkilö ei voinut tietää, mihin ryhmään potilas joutuu eli valinta salattiin? (Concealment of allocation)
3) Olivatko ryhmät samanlaisia tutkimuksen alkaessa? (Baseline comparability)
4) Olivatko potilaat, hoidon antajat sekä hoitotulosten arvioijat sokkoja annetulle hoidolle? (Blinding of patients, therapists and outcome assessors)
5) Oliko hoitoon sitoutuminen riittävää kaikissa hoitoryhmissä? (Adherence/compliance with treatment)
6) Hoidettiin ryhmiä samalla tavalla lukuun ottamatta tutkimuksen kohteena olevaa interventiota? (Existence of co-interventions)
7) Oliko potilaiden seuranta riittävän pitkä ja täydellinen? (Appropriate and complete follow-up)
8) Analysoitiinko potilaat niissä ryhmissä, joihin heidät oli satunnaistettu? (Intention-to-treat analysis)

KÄYPÄ HOITO -TOIMITUS 2013-2-21. Hoito- ja preventiotutkimusten arviointi [verkkajulkaisu]. Duodecim: Hoitosuositusryhmien käsikirja. [Viitattu 2014-3-11.] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>

LIITE 3 KVALITATIIVISEN TUTKIMUKSEN LAATUKRITEERIT

Kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit (mukaeltu Suomen sairaanhoitajaliitto 2004)

Tutkimus:	Kyllä	Ei	Ei tietoa/ Ei sovellu
<i>Tutkimuksen tausta ja tarkoitus</i>			
Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi?			
Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti ja onko se riittävän innovatiivinen			
Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?			
<i>Aineisto ja menetelmät</i>			
Ovatko aineistonkeruumenetelmät ja -konteksti perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?			
Soveltuuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille?			
Onko aineiston keruu kuvattu?			
Onko aineisto kerätty henkilöiltä, joilla on tietoa tutkittavasta ilmiöstä?			
Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu (saturaatio)?			
Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?			
Soveltuuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön?			
<i>Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys</i>			
tutkija on nimennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta			
tutkimuksessa on käytetty aineiston tai menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta			
tutkija on pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä (mm. tietoinen suostumus)			
tutkimukseen osallistuneet ovat arvioineet tutkimustuloksia ja vahvistaneet tulosten vastaavuuden kokemuksiinsa; tai lukija voi tunnistaa ja ymmärtää tulokset			
tutkija on pitänyt päiväkirjaa tai kirjoittanut muistiinpanoja tutkimuksen kulusta			
<i>Tulokset ja johtopäätökset</i>			
tuloksilla on uutuusarvoa ja merkitystä hoitotyön kehittämisessä			
tulokset on esitetty selkeästi, loogisesti ja rikkaasti ja niiden antia on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin			
tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä			
<i>Muut huomiot/kokonaisarvio</i>			
tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden			

LIITE 4 SISÄLLÖNANALYYSI

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
Tuntemusten havaitseminen eri puolilla kehoa Kehon viestien nopeampi tunnistaminen Reflektoinnin ja itseilmaisun lisääntyminen ja monisanaistuminen	Sensorinen aistimus	Kehotuntemuksen ja hallinnan kehittyminen
Asennon ja tasapainon hallinta Tietoisuus tasapainosta Ryhti Turvallisuus	Tasapaino ja vakaus	
Hengityksen havainnointi Hengityksen koordinointi Vapaa ja virtaava hengitys Luonnollinen hengitys Stressin hallinta Rauhoittuminen	Hengitys	
Liikkeen hallinta Yksilöllinen liikkumistapa Keskustalähtöinen liike Tietoinen liikkuminen Lisääntynyt aktiivisuus	Liikkuminen ja liike	
Kehokontaktin löytyminen Kehokontaktin lisääntyminen Halu enenevään keuhokontaktiin Läsnäolo	Kehokontakti	

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
<p>Lisääntynyt mielenkiinto</p> <p>Harjoittelumotivaatio</p> <p>Lisääntynyt aktiivisuus</p> <p>Omatoiminen harjoittelu</p> <p>Nukahtaminen ja unenlaatu</p>	Vireystilan nousu	Positiiviset vaikutukset psyykeen
<p>Itsensä kohtaaminen ja itsessä oleminen</p> <p>Tässä hetkessä oleminen</p> <p>Omassa elämässä oleminen</p> <p>Turvallisuus</p> <p>Kognitiokyky: selkeämmät ajatukset ja kärsivällisyys</p> <p>Rauhallisuus</p>	Läsnäolo	
<p>Epämiellyttävien tunteiden sietokyky ja hallinta</p> <p>Ahdistuksen väheneminen</p> <p>Rohkeus tunteiden kohtaamiseen</p> <p>Uskallus tunteiden ilmaisemiseen</p> <p>Yksilölliset tunteet</p> <p>Miellyttävien tunteiden lisääntyminen</p>	Tunteiden hallinta ja tunnistaminen	
<p>Sairauden tason lasku</p> <p>Psyykkisten oireiden lieventyminen ja väheneminen</p> <p>Sairauden hyväksyminen</p>	Vaikutukset psyykkiseen sairauteen	

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
<p>Huomion kohdistaminen itseensä</p> <p>Positiivisempi suhtautuminen kehoon ja sen toimintaan</p> <p>Tunne kehosta kokonaisena</p> <p>Hallinnan tunne</p>	Oman kehon hyväksyminen	Minuuden eheytyminen
<p>Omien halujen ja tarpeiden tunnista- minen</p> <p>Ajatusten ja tunteiden ymmärtäminen</p> <p>Omien vahvuuksien ja mahdollisuuksien löytäminen</p> <p>Itsensä kehittäminen</p> <p>Itsensä tunteminen vahvaksi</p> <p>Elämänlaadun kohentuminen</p>	Itseluottamuksen ja -tuntemuksen kehittyminen	
<p>Usko omaan kykyihin ja mahdollisuuksiin</p> <p>Eri tilanteista selviytyminen</p> <p>Itsestä huolehtiminen</p>	Minäpystyvyys	
<p>Osallistuvuus lisääntyi</p> <p>Aktiivisuus</p> <p>Rohkeus kasvoi</p> <p>Omien rajojen asettaminen ja pitäminen</p> <p>Rentous</p>	Sosiaalisuuden kehittyminen	

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
<p>Lyhyen ja pitkän harjoittelujakson muutokset</p> <p>Pienet ja suuret muutokset</p>	Muutokset prosessina	Potilaiden kehittymisen prosessi
<p>Aikaa vievä</p> <p>Muutosten hitaus</p> <p>Terapeuttiset hetket</p> <p>Kärsivällisyys</p> <p>Useita toistoja</p> <p>Harjoittelu on jatkumo</p>	Prosessin luonne	

Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
<p>Hyvän terapeutti-suhteen ja omatoimisen harjoittelun välinen yhteys</p> <p>Kannustava fysioterapeutti</p> <p>Yksilöllinen huomioiminen</p> <p>Läsnäolo</p> <p>Harjoitteiden sopivuus</p>	Suhde ohjaavaan fysioterapeuttiin	Potilaiden kokemus sosiaalisesta tuesta
<p>Ryhmään kuulumisen tunne</p> <p>Vertaistuki</p> <p>Sosiaaliset taidot ja muiden huomioon ottaminen</p> <p>Keskittymiskyky</p>	Ryhmän merkitys	
<p>Psykiatristen terveyspalveluiden käytön väheneminen</p> <p>Sosiaalipalveluiden käytön väheneminen</p>	Sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö	