

Milla Hutri
Sonja Kataja

Tanssi- ja liiketerapia osana psykofyysistä fysioterapiaa

– Asiakkaiden kokemuksia 3 kuukauden tutkimusjakson ajalta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (AMK)

Fysioterapia

Opinnäytetyö

24.11.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Milla Hutri, Sonja Kataja Tanssi- ja liiketerapia osana psykofyysistä fysioterapiaa – Asiakkaiden kokemuksia 3 kuukauden tutkimusjakson ajalta 40 sivua + 3 liitettä 24.11.2014
Tutkinto	Fysioterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Fysioterapia
Ohjaaja(t)	Lehtori Ulla Härkönen Lehtori Tarja-Riitta Mäkilä
<p>Psykofyysisessä fysioterapiassa edistetään ihmisen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. Sen keskeisenä ajatuksena on, että keho ja mieli ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on, että ihminen oppii hyväksymään kehonsa ja aistimaan ja tulkitsemaan sen välittämiä viestejä. Psykofyysisen fysioterapian osana voidaan käyttää tanssi- ja liiketerapiaa. Tanssiterapia luokitellaan ekspressiivisten terapioiden ryhmään ja sen tavoitteena on saavuttaa liikkeen ja tanssin kautta kehon ja mielen tasapaino.</p> <p>Tämän kvalitatiivisin menetelmin toteutetun opinnäytetyön tavoitteena on tarkentaa tietämystä psykofyysisestä fysioterapiasta ja tanssi- ja liiketerapiasta. Tämän työn tarkoituksena on selvittää asiakkaiden subjektiivisia kokemuksia saamastaan psykofyysisestä fysioterapiasta, jonka osana on käytetty tanssi- ja liiketerapiaa sekä tutkia onko 3 kuukauden tutkimusjaksolla vaikutusta asiakkaiden elämänlaatuun. Tutkimusjakso sijoittui ajalle 1.8.–31.10.2014 ja toteutettiin yhteistyössä fysioterapeutti Tuija Laineen kanssa hänen toimitiloissaan Järvenpäässä. Tutkimukseen osallistujat rekrytoitiin yhteistyökumppanin asiakaskunnasta ja lopullinen tutkimusdata saatiin kerättyä neljältä naisasiakkaalta. Subjektiivisten terapiakokemusten kartoittamisen tutkimusmittarina käytettiin yhteistyökumppanin kanssa laadittua kyselylomaketta, joka sisälsi sekä VAS-jana tyyppisiä kysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Kyselomake täytettiin terapiakerran aluksi ja lopuksi. RAND-36 mittaria käytettiin tutkimusjakson alku- ja loppututkimuksena mittaamaan koettua elämänlaatua.</p> <p>Terapiakertoja kertyi kaikilta asiakkailta yhteensä 13. Suurin muutos asiakkaiden subjektiivisissa kokemuksissa tapahtui keskimääräisesti tarkasteltuna jännittyneisyydessä: asiakkaat kokivat terapian jälkeen kehonsa rentoutuneemmaksi. Asiakkaat kokivat keskimääräisesti myös kehotietoisuutensa lisääntyneen, vireystilan kohonneen ja kivun lievittyneen jonkin verran. Avoimissa kysymyksissä asiakkaat kuvailivat terapian sisältäneen kosketusta, hengityksen ohjausta ja liikettä. Asiakkaat kokivat lisäksi terapian pääosin merkitykselliseksi ja positiiviseksi kokemukseksi. Elämänlaadussa keskimääräisesti tarkasteltuna suurin positiivinen muutos tapahtui psyykkisessä roolitoiminnassa. Huomioon otettavia muutoksia tapahtui myös fyysisen toimintakyvyn ja fyysisen roolitoiminnan osa-alueilla. Yllättävää tuloksissa oli, että koetussa terveydessä ei tapahtunut muutoksia lainkaan tutkimusjakson aikana. Tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voida vetää yleisiä johtopäätöksiä, mutta se antaa aihetta jatkotutkimuksille.</p>	
Avainsanat	psykofyysinen fysioterapia, tanssi- ja liiketerapia, kehotietoisuus, elämänlaatu, subjektiiviset kokemukset

Authors Title Number of Pages Date	Milla Hutri, Sonja Kataja Dance and movement therapy as a part of psychophysical physiotherapy – Customer experiences during a Three-Month study 40 pages + 3 appendices 24th November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Instructors	Ulla Härkönen, Senior Lecturer Tarja-Riitta Mäkilä, Senior Lecturer
<p>Mind and body have a seamless connection. Psycho-physical physiotherapy uses knowledge of this to increase one's ability to function comprehensively. The main goal in psycho-physical physiotherapy is that a person learns to accept their body, to sense and to interpret their own body language. Dance and movement therapy can be used as a part of psycho-physical physiotherapy. Dance therapy is an expressive form of therapy and its main goal is to help the person to achieve balance between body and mind by using movement and dance.</p> <p>The goal of this thesis is to increase the knowledge of psycho-physical therapy and dance and movement therapy. The purpose of this qualitative research is to get information about customers' subjective experiences of dance therapy as a part of psycho-physical physiotherapy and to research whether this three-month period had an effect on one's quality of life. The research took place from 1st Aug to 31st Oct 2014 and was carried out in co-operation with physiotherapist Tuija Laine at her clinic in Järvenpää. The inclusion criteria were that all of the examinees, four females, were her customers. We created a questionnaire to examine the subjective experiences in co-operation with our partner. The questionnaire was filled in at the beginning and at the end of each therapy session and it included both linear and open questions. The RAND-36-quality of life meter was used at the beginning and at the end of the study period.</p> <p>There were 13 therapy sessions in total. In average, the biggest changes in customers' experiences were found in the body relaxation rate. Customers also experienced that their alertness and body consciousness increased and pain decreased. The methods being used in the therapy, described by the customers, were touch, breathing guidance and movement. The customers reported that the therapy was an efficient and positive experience. In average, the biggest positive change in quality of life was found in psychical role activity. There were also positive changes in physical functioning and physical role activity. A surprising finding was that there were no changes in the examinees' experience of their own health. The results are not generalizable, so further studies are needed.</p>	
Keywords	psychophysical physiotherapy, dance and movement therapy, body awareness, quality of life, subjective experiences

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Psykofyysinen fysioterapia	3
2.1	”Koen, siis olen olemassa”	3
2.2	Tietoisuuden avulla kohti parempaa toimintakykyä	5
2.3	Työkaluja tietoisuuden lisäämiseksi	6
2.3.1	Kosketus	6
2.3.2	Hengitys	7
2.3.3	Liike	9
3	Tanssi- ja liiketerapia	11
3.1	Tanssien halki historian	11
3.2	Tanssi on kehon kieltä	12
3.3	Tanssiterapian lähestymistapoja ja arviointimenetelmiä	14
4	Tanssiterapiamenetelmät osana psykofyysistä fysioterapiaa	15
4.1	Tanssi- ja liiketerapiaprosessin rakenne	16
4.2	Tanssi ja liike sisäisten prosessien tulkkina	16
4.3	Terapeutin rooli ja mahdolliset apuvälineet	18
5	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	19
6	Opinnäytetyön toteutus ja käytetyt mittarit	20
6.1	Opinnäytetyön aiheen rajautumisprosessi, yhteistyökumppani ja aineiston keräämisen toteutus	20
6.2	Kyselylomake asiakkaiden subjektiivisten kokemusten mittarina	22
6.3	RAND-36 koetun elämänlaadun mittarina	24
7	Asiakkaiden kokemukset	25
7.1	Asiakkaat	25
7.2	Kyselylomakkeiden tulokset	26
7.3	RAND-36 elämänlaatumittarin tulokset	30
7.4	Yhteenveto	33
8	Pohdinta	35
	Lähteet	38

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Esitietolomake

Liite 3. Kyselylomake

1 Johdanto

Filosofiassa termi dualismi tarkoittaa oppia kahtiajakoisuudesta. On ajateltu, että tietyn alan piirissä on kaksi perustavanlaatuista, vastakkaisista oppia tai ideaa tai asiaa. (Robinson 2011.) Dualistista ajattelua on esiintynyt myös fysioterapiassa, jolloin ihmisen keho ja mieli on koettu vastakkaisina tai toisistaan erillisinä osina. Nykyään tilanne on toinen. Sekä lääketieteessä että hyvinvointi- ja terveysalalla on siirrytty biomedikaalisesta näkökulmasta biopsykososiaaliseen paradigmaan, jossa kiinnitetään yhä enenevässä määrin huomiota kehon ja mielen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, sekä siihen, kuinka ne voivat vaikuttaa toinen toistensa toimintaan. Esimerkiksi alaselkäkipu, joka on yksi tavallisimpia tuki- ja liikuntaelämistöön liittyviä vaivoja, voi olla fyysisen/kliinisen etiologiansa lisäksi seurausta mielenterveysongelmasta tai traumasta. Hoitotilanteessa on tärkeää jäljittää oireiden hoidon lisäksi toimintakyvyn ongelman todelliset lähtökohdat kokonaisvaltaisesti. Resurssien ja ajanpuutteen vuoksi lyhyeksi jäävä hoivakontakti on kuitenkin länsimaisen lääketieteen suurimpia haasteita, sillä ihmisen kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen tarvitaan aikaa ja asiakkaan luottamus hoitavaan henkilöön. Asiakkaan hoidosta ja hoitohenkilökunnasta luomilla mielikuvilla voi olla vahva vaikutus asiakkaan subjektiiviseen kokemukseen hoidon vaikuttavuudesta. Puutteellisen huomioimisen takia osa asiakkaista hakeutuu vaihtoehtoisten hoitomuotojen pariin. Vaikka vaihtoehtoisten sairauksien parantavasta vaikutuksesta ei ole vahvaa tieteellistä näyttöä, on tutkimuksissa kuitenkin todettu asiakkaiden saavan apua sairauksien kokemuksellisen puolen käsittelyyn. (Svennevig 2005: 63, 67.) Haasteena on, kuinka saadaan sisällytettyä psykososiaalinen näkökulma biokemialliseen hoitoon parhaalla mahdollisella tavalla myös länsimaisessa lääketieteessä. Asiakkaiden kokemusten käsittelyä ja käsitteellistämistä tarvitaan sekä ammattilaisten että asiakkaiden ohjauksessa.

Ihmisten itsetietoisuuden arvostus on kasvanut, ja yleinen kiinnostus vaihtoehtoisia hoito- ja terapiamuotoja sekä erilaisia kehotietoisuus- ja kehoa huoltavia menetelmiä kohtaan on lisääntynyt. Tietoisuus tarkoittaa mahdollisuutta tutkia, tulkita ja säädellä sisäistä elämäänsä ja omia kokemuksia. Itsetutkiskelulla voi olla vaikutusta elämänlaadun paranemiseen, sillä tarkastellessaan ja arvioidessaan oman hyvinvointinsa tilaa, ihminen ottaa aktiivisesti vastuuta omasta terveydestään. (Bakal 1999: 1–8.) Psykofyysisessä fysioterapiassa tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen kehon ja mielen jatkuvan vuorovaikutuksen kautta (PsyFy ry. 2014). Yhtenä suurena tee-

mana hyvinvoinnin edistämisessä on kehotietoisuuden lisääminen. Täten psykofyysisellä fysioterapialla on hyvät mahdollisuudet olla terapiamuoto, joka vastaa sekä asiakkaiden kliinisiin että kokemuksellisiin tarpeisiin yhdistämällä länsimaisen lääketieteen vahvan kliinisen tietotaidon ja näyttöön perustuvan vaikuttavuuden lempeämpään ja kokonaisvaltaisempaan ihmiskäsitykseen.

Psykofyysisen fysioterapian yhtenä erityismuotona voidaan käyttää tanssi- ja liiketerapiaa. Tanssi- ja liiketerapian kuvataan olevan ”liikkeen ja tanssin psykoterapeuttista käyttöä, jonka avulla henkilö voi luovasti työstää emotionaalista, kognitiivista, fyysistä ja sosiaalista eheytymistään” (Payne 2006: 3). Terapiamuotona tanssiterapia sopii kaikenikäisille ja sen menetelmiä käytetäänkin muun muassa oppimisvaikeuksien ja käyttäytymishäiriöiden hoidossa. Sitä voidaan hyödyntää myös dysfaatikkojen, autististen lasten, vammaisten, syömishäiriötä sairastavien sekä väkivallan uhrien kuntoutusmuotona. Tanssiterapiaa on kokeiltu myös psykosomaattisesti oireilevien hoidossa. (Ylönen 2007: 9.) Tanssi- ja liiketerapiassa liikettä ei pyritä suorittamaan vaan sitä käytetään itseilmäilyn välineenä.

Tässä opinnäytetyössä tavoitteenamme on perehtyä psykofyysiseen fysioterapiaan ja tanssi- ja liiketerapiaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa siitä, millaisia kokemuksia psykofyysinen fysioterapia, jossa on käytetty osana tanssi- ja liiketerapiaa, herättää asiakkaissa yksittäisellä terapiakerralla. Tarkoituksenamme on myös selvittää, millaisia muutoksia asiakkaiden elämänlaadussa tapahtuu kolmen kuukauden RAND-36 -elämänlaatumittarin avulla. Olemme koostaneet teoreettisen viitekehyksen lähdekirjallisuuden tutustumalla ja täydentäneet sitä asiantuntijahaastatteluilla. Kysymykset asiantuntijahaastatteluihin ovat nousseet kirjallisten lähteiden perusteella. Työmme antaa kokemuksellista tietoa psykofyysisen fysioterapian, jossa on käytetty myös tanssi- ja liiketerapian elementtejä, vaikuttavuudesta ja merkityksellisyydestä asiakkaille. Työelämän yhteistyökumppanimme sai tutkimuksen jälkeen käyttöönsä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen, jota hän pystyy halutessaan hyödyntämään omassa työskentelyssään muun muassa asiakkaiden subjektiivisten kokemusten arvioinnissa ja asiakaspalautteiden keräämisessä.

Psykofyysisen fysioterapian ja tanssi- ja liiketerapian menetelmät ovat osittain samoja tai samankaltaisia. Olemme kuitenkin opinnäytetyön selkiyttämisen vuoksi päätyneet tekemään karkean erottelun psykofyysisen fysioterapian ja tanssi- ja liiketerapian menetelmien välille, vaikka menetelmät eivät poissulje toisiaan. Opinnäytetyön kappaleessa 2

käsitlemme psykofyysisen fysioterapian teoriaa ja sen keskeisimpiä menetelmiä. Kappaleessa 3 avaamme lukijalle, mitä tanssi- ja liiketerapia on, ja kerromme sen historiasta sekä kehityksestä omaksi terapiamuodokseen. Lisäksi esittelemme tanssi- ja liiketerapian erilaisia lähestymistapoja ja arviointimenetelmiä. Kappaleessa 4 käsitlemme tanssiterapiaprosessia ja – menetelmiä sekä terapeutin roolia ja apuvälineiden käyttöä terapiassa. Vaikka näkökulma on pääosin tanssiterapeuttinen, voidaan samoja asioita soveltaa myös psykofyysisessä fysioterapiassa, ja siksi kappaleen otsikkokin on tanssi- ja liiketerapia osana psykofyysistä fysioterapiaa. Kappaleessa 5 kerromme opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen. Kappaleessa 6 käymme läpi opinnäytetyön toteutuksen ja kappaleessa 7 esittelemme opinnäytetyömme pohjana tehdyn tutkimuksen tulokset. Kappaleessa 8 pohdimme opinnäytetyöprosessiamme kokonaisuudessaan.

2 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia tarkoittaa fysioterapian erikoisalaa, jossa pyritään edistämään ihmisen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti, ottaen erityisesti huomioon kuinka kehon toiminta ja tunteet vaikuttavat mielen hyvinvointiin ja vastavuoroisesti kuinka tunteet ja ajatukset voivat ilmentyä liikkumisessa sekä oman kehon tiedostamisessa. Keskeisenä ajatuksena on, että keho ja mieli ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Terapia suunnitellaan asiakkaan voimavarat ja elämäntilanne huomioiden. Tavoitteena on, että asiakas saa käsityksen omasta kehollisuudestaan sekä oppii hyväksymään kehonsa ja aistimaan ja tulkitsemaan sen välittämiä viestejä. (Herrala – Kahrola – Sandström 2009: 5; PsyFy ry 2014.) Keskeisinä teemoina on kokonaisvaltaisen ihmiskuvan mukainen lähestymistapa, kehotietoisuuden vahvistaminen sekä asiakkaan omien voimavarojen löytäminen ja niiden hyödyntäminen.

2.1 ”Koen, siis olen olemassa”

Kokonaisvaltainen ihmiskuva, joka on psykofyysisen fysioterapian lähtökohtana, muodostuu kehollisuuden, tajunnallisuuden ja situationaalisuuden ulottuvuuksista sekä fyysisen, fysiologisen, psykologisen ja eksistentiaalisen olemassaolon tasoista. Kehollisuuden ulottuvuudessa ihmisen olemassaolo konkretisoituu kehon kautta, ja tässä ulottuvuudessa voidaan katsoa vaikuttavan fyysisen ja fysiologisen olemassaolon tasot. Fyysinen taso käsittää kehon anatomiset rakenteet ja fysiologinen taso eri elinjärjestelmien

toiminnot kuten aineenvaihdunnan, hengityksen, verenkierron ym. Fysiologiset toiminnot luovat ihmisen ns. sisäisen rytmin, joka omalta osaltaan ohjaa ihmisen toimintaa. Kehollisuuden konkretian kautta ruumiinkuvan, eli minän lihallisten rajojen, on mahdollista muodostua ja luoda edellytykset tajunnallisuudelle. (Herrala ym. 2009 Rauhalan 1989 ja Dropsyn 1987, 1988 mukaan: 20–24; 26.)

Tajunnallinen ulottuvuus tarkoittaa olemassaolon henkistä puolta, mieltä, joka havaitsee, tuntee, uskoo ja ymmärtää kehon ja mielen sisäisiä sekä ulkoisia ilmiöitä. Mielessä saavat alkunsa myös merkityssuhteet, jotka syntyvät objektien, ilmiöiden ja havaintojen ymmärtämisestä, "tajuamisesta". Merkityssuhteissa on kysymys ihmisen sijoittumisesta suhteessa erilaisiin objekteihin kuten esimerkiksi toisiin ihmisiin. Merkityssuhteet kertyvät ihmisen kokemuksista ja antavat raamit uusien havaintojen ja ilmiöiden tulkitsemiselle. Anatomiset ja fysiologiset aistimukset ja kokemukset alkavat muuntua syy-seuraus -tyyppisiksi tiedostetuiksi ja tiedostamattomiksi miellelyhtymiksi ja mielikuviksi, jotka eivät katoa ajan myötä. (Herrala ym. 2009 Rauhalan 1989 ja Dropsyn 1987, 1988 mukaan: 21–22, 24; Martin – Seppä – Törö 2010: 64–65.)

Situationaalinen ulottuvuus käsittää ihmisen suhteen todellisuuteen, johon vaikuttavat niin elämäntilanteeseen liittyvät, muunneltavissa olevat (esim. ihmissuhteet, harrastukset, työ) kuin kohtalon perusteella määräytyvät, muuttumattomat tekijät (esim. ihonväri, fysiologinen sukupuoli). Tajunnalliseen ja situationaaliseen ulottuvuuteen voidaan katsoa liittyvän psykologisen ja psykososiaalisen sekä eksistentiaalisen olemassaolon tasot. Psykologiseen tasoon kuuluvat muun muassa ajatukset ja tunteet, reaktiot sekä active daily living (ADL) -toiminnot. Ihmisen psyykkiseen kasvuun ja kehitykseen vaikuttavat suuresti ympäristön ja muiden ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet, joiden lisäksi vaaditaan myös voimavaroihin nähden sopivan haastavia tilanteita. Liian kuormittavat vaatimukset sen sijaan voivat altistaa toimintakyvyn erilaisille häiriöille. Eksistentiaalisella tasolla ihminen käsittelee elämän tarkoitusta, hengellisyyttä, itsereflektiota ja on tietoinen itsestään ja kehostaan. (Herrala ym. 2009 Rauhalan 1989 ja Dropsyn 1987, 1988 mukaan: 22; 24.)

Kehotietoisuudella tarkoitetaan kokonaisvaltaista itsensä tiedostamista, ymmärtämistä, hahmottamista ja hallitsemista. Se, miten hyvin ihminen on tietoinen itsestään ja kehostaan, riippuu ihmisen elämäkokemuksien summasta ja siitä, millaisia strategioita hän käyttää haastavista tilanteista selviytymiseen. Tietoisella ajattelulla, kognitiolla, näitä strategioita voidaan kehittää. Kehotietoisuuden kehittyessä ihminen kykenee olemaan

paremmin yhteydessä omiin tunteisiinsa ja sitä kautta myös vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa voi parantua. Ihminen kykenee havaitsemaan ja ennakoimaan, millaisia vaikutuksia hänen valinnoillaan toimia on, jolloin tunne elämän hallinnasta vahvistuu. (Herrala ym. 1999: 32–35.) Eri olemassaolon tasot ja ulottuvuudet huomioiden koostuu kokonaisvaltainen näkemys ihmisestä, mikä antaa useita lähtökohtia puuttua toimintakyvyn mahdollisiin häiriöihin. Samalla myös asiakas oppii huomioimaan olemassaolonsa eri osa-alueita, havainnoimaan niiden vuorovaikutusta keskenään ja toimimaan tavoitteellisesti kohti kokonaisvaltaisempaa ymmärrystä itsestään. Tietoisuus itsestä tarkoittaa myös tietoisuutta kehosta.

2.2 Tietoisuuden avulla kohti parempaa toimintakykyä

Fysioterapian saralla on usein riski jäädä vain fyysiselle ja fysiologiselle tasolle. Tämän takia on tärkeää ohjata huomiota myös psykologiselle ja eksistentialliselle tasolle. Ihminen tekee jatkuvaa tilannearviota kehonsa tilasta. Kokemukset kehon suorituskyvystä, sopeutumisesta uusiin vaatimuksiin sekä esimerkiksi kivuista ja hyvinolon tunteesta vaikuttavat pitkälti siihen, miten asennoidumme kehoamme kohtaan ja kuinka hyvin pystymme tulkitsemaan sen viestejä. Kehon muisti tallentaa kokemusten fyysiset autonomisen hermoston aiheuttamat reaktiot. Mielen muisti sen sijaan tallentaa kokemuksiin liittyvät tunteet ja ajatukset sekä tulkinnan fyysisestä reagoinnista. (Herrala ym. 2009: 30–31; Martin ym. 2010: 64, Svennevig 2005: 20–21.) Autonomisen hermosto on kytköksissä isojen aivojen limbiseen järjestelmään hypotalamuksen kautta. Limbinen järjestelmä vastaa osittain muistitoiminnoista, mutta sillä on rooli myös tunteiden käsittelyssä. Hypotalamus ohjaa suorasti ja epäsuorasti umpieritysjärjestelmän toimintaa sekä toimii autonomisen hermoston ylimpänä säätelykeskuksena vastaten suurimmalta osalta elimistön sisäisen homeostaasin eli tasapainon ylläpidosta. (Sand – Sjaastad – Haug – Bjålie 2011: 125–126; 131; 188.) Tästä kytköksestä johtuen on mahdollista, että samankaltainen autonomisen hermoston reaktio voi eri tilanteessa laukaista tunnereaktion liittyen aiempaan kokemukseen ja samoin tunne voi laukaista fyysiset oireet ilman fysiologista syytä. Tällaisia oireita kutsutaan psykosomaattisiksi oireiksi (Huttunen 2013). Oireet ovat usein tiedostamattomia ja voivat pahimmillaan johtaa ihmiselle epäedullisiin käyttäytymismalleihin, selviytymisstrategioihin, jonka seurauksena elämänlaatu ja/tai toimintakyky merkittävästi alenee ja ihminen menettää uskonsa omaan pystyvyyteensä.

Mielen oireillessa ihmisen aktiivisuustaso usein laskee. Ihmisen mieli pyrkii paljolti siihen, että esimerkiksi ahdistuneena ihminen usein pyrkii ajattelemalla saamaan ahdistuksen

pois. Aivojen työskennellessä jatkuvasti ihminen jää usein ikään kuin paikoilleen, varsinkin silloin, jos ympäristö ei ole kannustava ja aktiivisuutta tukeva. Fysioterapeuteilla on tässä suhteessa tärkeä rooli esimerkiksi ahdistuksen hoidossa, sillä työotteemme nojaa vahvasti oman aktiivisuuden vahvistamiseen. Aktiivinen liikunta ja liikkuminen voivat lievittää ahdistusta katkaisemalla ahdistuneiden ajatusten oravanpyörän sekä edesauttaa mielihyvähormonien vapautumista kehossa. Tällöin aivot saavat levätä. (Sveins 2014.) Kehollisen työskentelyn kautta kasvava tietoisuus ja tiedostaminen nousevat jälleen keskeiseksi työkaluksi, sillä tiedostamalla ongelmaan tai häiriöön, esim. ahdistukseen, voidaan puuttua ja aktiivisesti työstää.

2.3 Työkaluja tietoisuuden lisäämiseksi

Kokonaisvaltaisen lähestymistavan vuoksi psykofyysistä fysioterapiaa voidaan soveltaa kaikessa fysioterapeuttisessa työssä, oli kyse sitten tuki- ja liikuntaelimestön toiminnan häiriöstä tai mielenterveyden ongelmista (PsyFy ry 2014). Tarkoituksena on kääntää asiakkaan huomio itseään ja minuuttaan kohti sekä antaa asiakkaalle työvälineitä oman itsensä havainnoimiseen, tulkitsemiseen ja tuntemiseen. Koulukunnasta riippuen keho-tietoisuuden lisäämisen fyysinen lähtökohta voi vaihdella. Seuraavissa kappaleissa nostamme esille kosketuksen, hengityksen sekä liikkeen. Näitä kolmea elementtiä voidaan perustellusti pitää sekä psykofyysisen fysioterapian että tanssi- ja liiketerapian peruskulmakivinä, joista aloitetaan tietoinen lähestyminen kohti ihmisen psyko-fyysis-sosiaalista kokonaisuutta.

2.3.1 Kosketus

Koskettaminen on yksi terapeuttisista keinoista, ja se kuuluu erottamattomasti inhimilliseen vuorovaikutukseen ja normaalin kehityksen kulmakiviin. Kosketus on ensimmäinen keino saada informaatiota omasta kehosta ja sen suhteesta ympäröivään maailmaan. Ennen käsitteellisen ajattelun kehitystä kosketuksesta saadut kokemukset tallentuvat kehon muistiin. Nämä kokemukset muovaavat yksilöllistä kehonkuvaa jatkuvasti aina syntymästä kuolemaan saakka, mutta myös geneettisellä perimällä on jonkin verran vaikutusta kokemusten aistimisherkkyyteen. Yksi kosketuksen tarkoituseristä onkin kehon rajojen konkretisointi ja niiden hahmottamisen fasilointi. (Herrala ym. 2009: 25.) Iho on se kehon osa, joka erottelee ihmisen sisäisen ja ulkoisen minän. Se aistii kosketuksen

lisäksi myös kipua, lämpöä, kylmää ja painetta. Kasvojen alueen pienten lihasten aktivoituessa iho kiristyy ja syntyy ilmeitä, jolloin iho toimii tunneviestien välittäjänä. Ihon väri, johon vaikuttaa verenkierto, voi myös ilmaista tunteita, esimerkiksi jännittäessä punastuttaa tai pelätessä kalpenee. Näiden erilaisten ominaisuuksiensa ansiosta iho voi toimia siltana kehon sisäisen ja ulkoisen maailman välillä. (Sand ym. 2011: 96–97.) Terapeutin tehtävänä on olla jatkuvasti valppaana huomataksaan erilaiset keholliset viestit ja ohjata asiakasta huomioimaan, mitä hänen kehossaan tapahtuu ja miksi (Laine 2014).

Fysioterapiassa palpaatio ja manuaalinen tutkiminen vaativat kosketusta ja antavat terapeutille paljon informaatiota asiakkaan fyysisestä olotilasta ennen kuin yhtäkään sanaa on vaihdettu, samoin kuin asiakkaan ilmeiden havainnointi. Toista kosketettaessa voidaan aistia konkreettisesti ihon lämpötilaa, ihonalaisten kudosten, kuten lihasten ja ligamenttien, jännittyneisyyttä tai kiputiloja ja saada näin informaatiota kehon sisäisestä tilasta. Tutkimisen lisäksi kosketuksella on kipua lievittäviä ominaisuuksia, sillä voidaan tyynnyttää ylivirittynyttä kehoa ja sen avulla voidaan osoittaa hyväksyntää sekä ilmaista empatiaa. Kosketuksen kautta rakennetut lämpimät ja turvalliset tunnesiteet luovat perustan yhteisöllisyyden tunteelle ja sekä fyysiselle että emotionaalille hyvinvoinnille. Kosketus aktivoi tukahdutetun tunteen tai muiston, joka on varastoitunut kehon muistiin tiedostamattomalle tasolle. Tunteen tai muiston noustessa tietoisuuteen sen käsittely mahdollistuu ja siitä on mahdollista päästää irti. Toista koskettaessa tulee myös itse kosketetuksi. Tämän vastavuoroisuuden perusteella koskettaessa aina sekä “saadaan” että “annetaan” jotain. Monet rentoutusmenetelmät perustuvat kosketuksen vaihtokaupaan ja toisinaan “antaminen” voi olla “saamista” tärkeämpi, voimaannuttava kokemus. (Herrala ym. 2009: 26, 70–74; Martin ym. 2010: 74–76.) Tärkeää on muistaa, että kosketuksella täytyy olla aina jokin asiakkaan tarpeista lähtöisin oleva tarkoitus, oli se sitten lihasjännityksen laukaiseminen, kehon rajojen hahmottaminen tai lohdun ilmaiseminen (Laine 2014).

2.3.2 Hengitys

Hengityksen näkökulmasta ihmisen lähestyminen alkaa hengityselimistön toiminnan ja hengityksen laadun tarkkailusta sekä niiden epäkohtiin puuttumisesta. Hengityksen perusrhythmin ylläpitäjä pallea (m. diaphragma) on autonomisen hermoston hermottama, mutta apuhengityslihaksiin kuuluvien kylkivälilihasten (mm. intercostalis) toimintaan voidaan sen sijaan vaikuttaa tietoisesti. Myös tahdonalaisesti vaikutettavissa olevat suora,

ulompi ja sisempi vino sekä poikittainen vatsalihas (mm. rectus abdominis, externus obliquus abdominis, internus obliquus abdominis sekä transversus abdominis) osallistuvat hengitykseen aktiivisessa uloshengityksessä. Sisäänhengityksessä pallea supistuu ja painuu alas laajentaen rintaontelon tilavuutta neljään eri suuntaan ja luoden onteloon alipaineen, joka mahdollistaa sisäänhengityksen. Vatsa työntyy tällöin hieman ulospäin, ja vapaiden kylkiluiden kautta ojentuva liike jatkuu rintakehän kautta niska-hartiaseudulle sekä kallonpohjaan asti. Uloshengityksessä pallea rentoutuu ja supistuvat vatsalihakset painavat sen takaisin paikoilleen. Ojentuva liike vaihtaa suuntaa alaspäin ja palaa vatsan kautta, samalla kun kehon painopiste siirtyy hieman alemmas kehossa. Uloshengitykseen osallistuvilla lihaksilla on sisäänhengityslihaksia aktivoiva vaikutus, joka mahdollistaa hengityksen aaltomaisen rytmin. Toimintahäiriöt edellä mainituissa lihaksissa vaikuttavat suoraan hengitykseen. Lisäksi on huomioitava hengityslihasten kanssa läheisesti toimivien lihasten vaikutus. Pallea kiinnittyy 12. rintanikamaan (vertebra thoracica). Kyseinen nikama on selkärangan rotaatioiden kulminaatiopiste, jossa etenkin mahdollistuu ylä- ja alavartalon kiertyminen eri suuntiin samanaikaisesti. Tästä alueesta käytetään toisinaan nimitystä vartalon keskusta. Lähialueille kiinnittyy useita asentoa ylläpitäviä isoja lihaksia, kuten leveä selkälihas (m. latissimus dorsi), nelikulmainen lannelihas, (m. quadratus lumborum), lanne-suoliluulihhas (m. iliopsoas) sekä osa syvää selkälihasta (mm. erector trunci). Toimintahäiriöt myös näissä lihaksissa voivat välillisesti häiritä hengityksen luonnollista rytmiä. (Herrala ym. 1999: 77–2; Lehtinen – Martin – Lillrank 2010: 17–22.)

Pitkään jatkuvina häiriöt voivat alentaa rintakehän ja selkärangan pienten nivelten liikkuvuutta sekä aiheuttaa erilaisia kiputiloja, joiden takia hakeudutaan esimerkiksi fysioterapeutin vastaanotolle. Lihaskireydet voivat johtua esimerkiksi tavasta jännittää tiettyjä lihaksia erilaisten tunnetilojen yhteydessä, etenkin jos nämä reaktiot halutaan peittää. Stressaavissa tilanteissa autonomisen hermoston sympaattinen osa on yliviirittyneessä tilassa, jolloin ihminen valmistautuu joko “taistelemaan” tai “pakenemaan” ahdistavassa tilanteessa. Aktivoimalla tahdonalaisia uloshengityslihaksia ihminen voi pidentää ja syventää hengityksensä rytmiä, jolloin sympaattinen hermosto rauhoittuu. Hengityksen tiedostamisella ja sen toimintaan vaikuttamalla on sekä fysiologisesti rentouttava että psyykkisesti hallinnan tunnetta ja pystyvyyttä selviytyä hankalista tilanteista vahvistava vaikutus. Kognitiivisesti ihminen oppii parempia toiminta- ja käyttäytymismalleja. (Herrala ym. 2009: 77, 83; Laine 2014; Lehtinen ym. 25–26.) Lihaskireyksiä voidaan myös helpottaa kevyellä manuaalisella käsittelyllä. Tällöin kosketuksen tarkoituksena on helpottaa hengitystä ja auttaa havainnoimaan, missä hengitys tuntuu. (Laine 2014.)

Ääni on vahva osa persoonaa ja vaikuttaa omaan kokemukseemme itsestämme. Ääni vaatii hengitystä, jotta äänihuulet voivat värähdellä virtaavassa ilmassa. Jo värähtely itsessään on rentouttavaa ja kehoa rauhoittavaa. Värähtely heijastuu koko kehoon ja saa sen resonoimaan. Kunnollinen resonanssi vaatii äänen värähtelyn etenemistä kehossa vaivattomasti. Jännittyneet lihakset eivät värähtele samalla tavoin kuin rennot lihakset, jolloin äänen käytön avulla voidaan myös jäljittää kehon jännitystiloja. Äänessä kuuluvat lihasjännitysten lisäksi tunteet. Tunnelatausta voidaan nimittää äänen väriksi. Jo pieni vauva oppii ilmaisemaan tarpeitaan erilaisin äännähdyksin ennen sanallisen ilmaisun kehittymistä. Ihmisten välinen kommunikointi perustuukin ensisijaisesti sosiaalisten ja kehollisten ilmaisujen aistimisen ja ymmärtämisen sisäsyntyiseen taitoon. Sen sijaan sanallisella ilmaisulla on vain pieni osuus. Sanallisen kielen kehityttyä juuri ääni paljastaa usein, mikäli puhutun sanallinen sisältö ja sisäinen tunnetila ovat ristiriidassa. Joillakin ihmisillä, kuten autisteilla, voi olla vaikeuksia kuitenkin erottaa äänen eri värejä ja vivah-teita sekä tulkita kasvojen ilmeitä. (Herrala ym. 2009: 85–88 Martin ym. 2010: 74, 77.)

2.3.3 Liike

Liike ja liikkuminen ovat fysioterapian peruselementtejä, ja niitä hyödynnetään eri tarkoituksiin eri ilmenemismuodoissa. Liikettä voidaan käyttää suorituskyvyn harjoittelun välineenä, meditatiivisena työkaluna, tunteiden tulkkina tai persoonallisuuden ilmentämiskeinona. Liikkeen käyttötavat voidaan karkeasti jakaa kolmeen pääteemaan: suoraan, suljettuun sekä epäsuoraan liikkeen käytön tekniikkaan.

Suora liikkeen käyttö on tyypillisin fysioterapiassa ja olennaisena kysymyksenä on, kuinka jokin toiminta muokkaa kehoa. Suora tekniikka perustuu kehon biomekaniikkaan ja optimaalisimpaan toimintaan. Olemassa on aina jokin tietty tavoite; halutaan juosta nopeammin ja pidemmälle, hypätä korkeammalle ja niin edelleen. Liike on väline tuon tavoitteen saavuttamiseksi. Monet urheilulajit ovatkin hyvä esimerkki suorasta liikkeen käytöstä. Jotta tuloksia saataisiin aikaan, on harjoitteiden oltava tarkoituksenmukaisia, harjoitetaan niitä kehon rakenteita ja elementtejä, joita tarvitaan suorituksessa. Suoran liikkeen käytön tekniikan tunnistaa myös siitä, että harjoittelun seurannassa voidaan käyttää apuna erilaisia mittareita. (Parviainen 2006: 183–184.)

Suljetun liikkeen käytön tekniikassa liikkeet, asennot ja jopa hengitysrytmi ovat strukturoituja, joissa ei ole tilaa spontaanille liikkeelle. Suljetulla liikkeellä ei ole myöskään suoraa välineellistä kehon suorituskykyyn liittyvää tavoitetta. Liikkeiden oppiminen tapahtuu ohjaajaa matkimalla. Tapahtuva muutos on liikkujan sisäistä muutosta toiminnan pysyessä kerrasta toiseen samana. Monissa Aasiasta lähtöisin olevissa liikuntamuodoissa hyödynnetään suljettua liikkeen käytön tekniikkaa, kuten esimerkiksi joogan asanoissa. Suljetun liikkeen toistuva, usein rauhallinen, sykli voi rauhoittaa, rentouttaa ja jopa toimia eräänlaisena meditaationa. Toisinaan suljettuun tekniikkaan liittyy myös suoran tekniikan osia. Jooga liikuntamuotona lisää erilaisten asanoiden kautta vartalon elastisuutta, hapenottokykyä ja lihasvoimaa. Toiminta, vaikkakin suljettu, vaikuttaa siis kehoon. Toistuvalla ja muuttumattomalla liikkeellä voidaan tavoitella meditatiivista olotilaa. Selkeän välineellisen arvon puutteella on tarkoitus ohjata liikkujaa tarkastelemaan sisäistä maailmaansa ja siinä tapahtuvia muutoksia suljetun liikkeen sisällä ja näin vahvistaa tietoisuuttaan kehonsa tuntemuksista. (Parviainen 2006: 184–185; 187).

Epäsuoran liikkeen käytön tekniikkaan liittyy liike-improvisaatio ja oivaltaminen. Epäsuoran liikkeen motivaatio kumpuaa sisäisistä impulsseista, joilla ei tavoitella suoran liikkeen tavoin välitöntä hyötyä. Se on myös vapaata ja ennalta määräämätöntä, toisin kuin suljettu liike. Liikkumisen katsotaan olevan tapa kerätä tietoa ympäröivästä maailmasta sekä kehon sisäisestä tilasta. Eri tavat liikkua tuottavat kehossa erilaisia tuntemuksia, eikä mikään niistä syntyvä kokemus toistu koskaan täysin samanlaisena. Tuntemukset ohjaavat huomion eri puolille kehoa ja tarkastelemaan, kuinka oma toiminta vaikuttaa näihin tuntemuksiin. Liikumme ja olemme liikutettuja samanaikaisesti, sekä opimme oivaltamaan kehomme vasteita liikkeisiin. Oivaltamista ohjaa kohdistuneen ja hiljaisen tiedon ulottuvuuksien vaihtelu. Harjoitellessa kinesteettisiä taitoja huomio on kohdistunut käsillä olevan asian ymmärtämiseen ja oppimiseen. Hiljainen tieto aiemmin opitusta vaikuttaa taustalla ja avustaa toiminnassa. Jossakin vaiheessa harjoiteltu asia siirtyy opituna hiljaisen tiedon piiriin ja muokkaa kehomme toimintamalleja dynaamisesti. Hiljaisen ja kohdistetun tiedon vuorottelu mahdollistaa kyvyn yhdistää vanhoihin taitoihin uusia ulottuvuuksia ja sen kautta syntyy kokemus kinesteettisestä tietämisestä, eli siitä, miten jokin asia tai liike tehdään. Kinesteettinen taito tarkoittaa kinesteettisen tiedon soveltamista käytännössä, toisin sanoen harjoittelulla hankittua osaamista. Kinesteettinen taitavuus mahdollistaa liikkumisen teoreettisen puolen ajattelun unohtamisen, sen sijaan tietoisuus keskittyy eläytymiseen ja tunnekokemuksiin. (Parviainen 2006: 74–75; 80–85.)

3 Tanssi- ja liiketerapia

3.1 Tanssien halki historian

Tanssi- ja liiketerapian juuret pohjautuvat tanssiin, jonka historia tunteiden ilmaisun välineenä ulottuu kauas menneisyyteen, sillä kehollinen ilmaisu on ollut olemassa kauan ennen sanallisen ilmaisun kehittymistä. Jo ensimmäisissä heimoyhteisöissä tanssi on nähty linkkinä itsensä, luonnon ja maailmankaikkeuden välisten yhteyksien ymmärtämiseen. Tanssilla on ollut uskonnollisia ulottuvuuksia, ja se on ollut vahvasti kulttuurisidonnaista sekä yhteisöllistä. Tanssia käytettiin muun muassa jumalanpalvontaan sekä ihmisten parantamiseen. Vaikka tanssi on kehittynyt valtavasti tuosta ajasta, omaa se kuitenkin edelleen samankaltaisia piirteitä. (Chaiklin 2009: 4.)

Tanssi- ja liiketerapia, josta käytämme jatkossa nimitystä tanssiterapia, kehittyi kun kehon ja mielen yhteydestä sekä mielen aikaansaamista kehollisista reaktioista kiinnostuttiin 1900-luvulla Yhdysvalloissa ja Englannissa. Useat tanssinopettajat alkoivat tutkia tarkemmin tanssia ja sen psykofyysisiä vaikutuksia. Tanssinopettajat alkoivat tarkkailla tarkemmin oppilaitaan, heidän liikkeitään, ja alkoivat muokata tuntejaan yksilön tarpeita sekä heidän sisäisiä prosessejaan vastaaviksi. Jotkin heistä olivat opiskelleet Sigmund Freudin kehittämää psykoanalyysia, joka oli sen ajan psykiatrinen hoitomuoto ja olivat tietoisia psykiatrisista teorioista sekä siitä, kuinka psyyke ja tunteet liittyvät toisiinsa. Tanssiterapian varhaisia pioneereja Yhdysvalloissa olivat mm. Marian Chase ja Mary Whitehouse. (Chaiklin 2009: 6.) Chase havaitsi oppilaistaan, että kaikki eivät olleet tulleet tanssitunnille vain esiintymisen vuoksi ja tanssijan uran tavoittelun ohjaamina, vaan he olivat myös motivoituneita ja nauttivat kehonsa taiteellisesta ja ekspressiivisestä käytöstä. Oppilaat saattoivat olla tanssitunnille tullessaan masentuneita, mutta tunnin jälkeen kokivat mielialansa kohonneen. Chase kutsuttiin vuonna 1942 levittämään tanssin sanomaa Washington DC:n St. Elizabeth's Hospitalin psykiatrisille potilaille ja käynti osoittautui menestyksekkääksi. Työskennellessään sairaaloiden psykiatrisella osastolla Chase alkoi liikkua potilaiden kanssa heidän usein sanattomissa maailmoissaan heidän itse tuottamiensa rytmien tahtiin saavuttaen vähitellen potilaiden luottamuksen. Whitehouse taas kehitti ”autenttisen liikkeen”. Autenttiseen liikkeeseen sisällytettiin Carl Jungin käsite aktiivisesta kuvittelusta. Autenttinen liike nousee sisäisestä tietoisuudesta ja liikeprosessi tapahtuu sisältä ulospäin tarkoituksena nostaa tietoisuuteen haudattua tietoa esiin. (Loman 2011: 98–99.)

Englannissa taas muun muassa Rudolph von Laban, tanssin teoreetikko ja koreografi, oli vaikuttamassa siihen, että tanssinopettajia alettiin kouluttaa ymmärtämään tanssin ekspressiivisiä Aspekteja 1970-luvun lopulla. Hän kirjoitti paljon liikkeen käyttämisestä terapiana sekä kehitti tanssin ja liikkeen diagnostisen analyysin, joka auttaa terapeutteja tarkkailemaan ja hahmottamaan liikeprosesseja. (The Professional Association for Dance Movement Psychotherapy in the United Kingdom, ADMP 2013). Tanssiterapian ensimmäisen sukupolven pioneerit havaitsivat siis mahdollisuuden tarjota tanssin luovia ja parantavia elementtejä sekä tavallisille ihmisille että emotionaalisista häiriöistä kärsiville laitospotilaille. Toisen sukupolven tanssiterapeutit loivat laajemman näkemyksen DMT:stä, johon sisällytettiin psykodynaamisia käsitteitä. (Loman 2011: 99–100.)

Tanssiterapia oli aluksi psykoterapian muoto psykiatrisissa hoitolaitoksissa, mutta laajeni siitä minne tahansa, missä tarvittiin parantavia hoitomenetelmiä ja kohderyhmien kirjo kasvoi (Payne 2006: 2). Tanssiterapian ammatillisuus vakiintui 1960-luvulla (Loman 2011: 98). Amerikan Tanssiterapiayhdistys (The American Dance Therapy Association, ADTA) perustettiin vuonna 1966 (ADTA 2014). Suomen Tanssiterapiayhdistys ry perustettiin vuonna 2000. Yhdistyksen tarkoituksena on toimia tanssiterapeuttien ammatillisena verkostona, lisätä tietämystä tanssiterapiasta sekä laajentaa toimintaa. Yhdistys on mukana tanssiterapian koulutuksen kehittämisessä ja luo toimintaedellytyksiä suomalaisessa yhteiskunnassa. Yhdistyksen toiminnan kautta tanssiterapian ammattilaiset voivat jakaa ammatillista tietämystään. Yhdistys tuottaa materiaalia, järjestää koulutuksia ja tukee alan tutkimustoimintaa. Suomessa tanssiterapian koulutusta järjestävät Helsingin Teatterikorkeakoulu sekä Jyväskylän Eino Roiha -instituutti. (Suomen Tanssiterapiayhdistys ry 2003.) Euroopan Tanssiterapiayhdistys (European Association Dance Movement Therapy, EADMT) perustettiin vuonna 2010 (Best – Scarth 2010).

3.2 Tanssi on kehon kieltä

Tanssi on yksi suurimmista kehon käytön muodoista. Tanssiksi voidaan mieltää sekä pieni ele että kehon kokonaisvaltainen liikuttaminen. Tanssi voi kestää pidemmän aikaa tai vain pienen hetken, käyttää apuna rytmiä sekä tapahtua tilassa tai vain paikallaan ollessa. Kaikissa tapauksissa tanssi on kuitenkin motorinen tapahtuma, joka syntyy yksilön vastaamisesta sisäisiin tuntemuksiin tai saatuun ulkoiseen stimulaatioon. (Chaiklin 2009: XVI.) Tanssi- ja liiketerapian näkökulmasta tanssi on terapeuttista johtuen sen

psykkisistä, fyysisistä ja emotionaalista ulottuvuuksista. Tanssi on väline sellaisten asioiden ilmaisemiseen, joita on muutoin hankala ilmaista. (Loman 2011: 97.)

Tanssiterapia voidaan luokitella ekspressiivisten terapioiden ryhmään, johon kuuluvat mm. musiikki-, kuvataide- ja draamaterapia (Parvia 1997: 123). Tanssiterapia on psykoterapian muoto, jonka tavoitteena on saavuttaa liikkeen ja tanssin kautta kehon ja mielen tasapaino. Tämän homeostaasitilan saavuttaminen edistää hyvinvointia sekä ennaltaehkäisevässä merkityksessä että hoitaa jo olemassa olevia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia oireita ja sairauksia. (Ylönen 2007: 9.) Tanssiterapia soveltuu kaikille iästä ja fyysisestä sekä psyykkisestä toimintakyvystä riippumatta. Sitä voidaan käyttää muun muassa osana terapiaa syömishäiriöistä, skitsofreniasta ja muista kehonkuvaan liittyvistä ongelmista kärsivien kanssa. Tanssiterapia voi tarjota ongelmien tunnistamista ja konkretisointia henkilöillä, joiden on vaikea ilmaista itseään perinteisessä verbaalissa terapiassa, johtuen esimerkiksi ennen kielen kehittymistä syntyneistä ongelmista, fyysisistä vaurioista tai trauman jälkeisestä stressioireyhtymästä. Tanssiterapiaa käytetään niin ryhmämuotoisesti kuin yksilöasiakkaiden terapiana, koulutuksessa, sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä yksityisvastaanotoilla. (Loman 2011: 97–98; Payne 2006: 2). Tanssiterapiaa ohjaa terapian postmoderni käsitys, eli terapeutti ei muodosta etukäteen käsitystä asiakkaasta ja hoitoprosessin kulusta. Terapeutin tehtävänä on sen sijaan tukea luonnollista vuorovaikutuksessa tapahtuvaa muutosta. Asiakkaan liikkumisessaan ilmaistavat tunteet luovat terapian sisällön lähtökohdat ja raamit. (Ylönen 2007: 9; Payne 2006: 3.)

Tanssiterapian keskeinen ajatus on kehon ja mielen konsepti: mieli vaikuttaa kehoon ja keho vaikuttaa mieleen. Keho toimii ikään kuin siltana tunteiden ja liikkeen välillä (Payne 2006: XV). Tanssiterapian tavoitteita ovat itseilmaisun esteiden poistaminen yksilönä sekä suhteessa muihin ja auttaa yksilöä hyväksymään oma kehonsa ja itsensä. Terapiaprosessi saattaa johtaa näin itsetuntemukseen ja elämäntapamuutoksiin. (Loman 2011: 97.) Tanssi ei ole vain suoritettava harjoitus vaan enemmänkin tunteiden ja energian purkamista tavoitteena ilmaista asioita syvältä sisimmästä. Kun luodaan tanssia, se perustuu joko realistiseen tai abstraktiin konseptiin, joka halutaan ilmaista muille.

Tanssiterapia kiinnittää huomiota kehoon ja sen asentoon, lihasjännitykseen, hengitykseen sekä kosketukseen. Tanssiterapiassa havainnoidaan, miten näitä elementtejä käytetään, miten ne vaikuttavat aistimuksiin ja millaisia tunteita ne mahdollisesti ilmaisevat. Liike on improvisatorista, ja siinä hyödynnetään luovuutta ja mielikuvitusta. Liikkeiden ja

eleiden improvisointi kumpuaa sisäisistä impulsseista, jotka yhdistyvät tanssijan luontaiseen rytmiiikkaan ja johtavat itseilmaisuun, mikä ei ole välttämättä kognitiivisesti ymmärretty tapahtuma, mutta jolla on kuitenkin yksilölle itselleen jokin merkitys. Improvisaatio on itseohjailtua ja on joko tietoisuuden tai alitajunnan tulos. Tanssilla on siis myös symbolinen merkitys. (Chaiklin 2009: 5–10.)

3.3 Tanssiterapian lähestymistapoja ja arviointimenetelmiä

Tanssiterapiassa on erilaisia lähestymistapoja. Tanssiterapiassa verbaalin ja nonverbaalin viestinnän yhdistely auttaa potilasta tunteiden ilmaisemisessa, kehonkuvan realisoitumisessa ja rentouden löytämisessä sekä mielialan kohottamisessa. Chasen lähestymistavassa peilaus tai liikkeeseen yhtyminen ovat tanssi- ja liiketerapeuttien päämenetelmä nonverbaalin luottamuksellisen ja merkityksellisen kontaktin luomiseksi. Voidaan puhua empaattisesta reflektiosta, joka on terapeutin keino rakentaa hyväksyvä, turvallinen ja tukea antava ympäristö. Terapeutti osaa tulkita asiakkaan nonverbaaleja ja verbaaleja vihjeitä arvioidessaan asiakkaan mielialoja ja tunnetiloja. Tämä liike-empatia vaatii kinesteettisen samaistumisprosessin, eli henkilö osaa samaistua toisen liikkeisiin ja tuntee itse myös toisen lihasjännitykset. (Loman 2011: 100–102.) Liike-empatian ansiosta terapeutti voi auttaa asiakastaan sanallistamaan tämän olotilaa reflektoimalla omassa kehossaan kokemia tuntemuksia. Vaikka terapeutin ja asiakkaan kokemukset eroavat aina toisistaan, asiakas voi kuitenkin löytää terapeutin kertomasta samaistumiskohtia, jotka edesauttavat häntä kertomaan ja löytämään sanoja vastaamaan omaa kokemustaan. Integroidussa kehityksellisessä lähestymistavassa tanssi- ja liiketerapeutit tarkkailevat liikkeiden kehityksellisiä vaiheita ja havaintojen mukaisesti auttavat asiakkaita työstämään kehityksellisiä esteitä, taantumisia ja viivästymisiä. Tässä lähestymistavassa yhdistyvät selkeä liike ja kehollinen ymmärrys yksilön mielen sisäisestä, ihmisuhteisiin liittyvästä ja hengellisestä kehityksestä koko elinkaaren ajalta. Objektisuhdeteoriat, joihin sisältyy kehollisuus ja liike, antavat tietoa yksilöitymisen vaiheista sekä ihmissuhteista (Loman 2011: 102–103.)

Monet tanssiterapeutit käyttävät työssään Mary Whitehousen kehittämää autenttista liikettä. Autenttinen liike -lähestymistapa perustuu liikkujan ja läsnäolijan suhteeseen. Liikkuja kuuntelee sisäisiä impulssejaan sekä kokemusmaailmaansa ja tuottaa niiden sanelemana liikkeitä. Autenttinen liike on kanava, jonka kautta tiedostamaton materiaali muuttuu tiedostetuksi ja se voi olla sekä näkyvää että näkymätöntä. Autenttinen liike mahdol-

listuu, kun liikkuja sisäistää todistajan, esimerkiksi tanssiterapeutin, halun hyväksyä hänet ja hänen koko henkilöhistoriansa sekä hyvine hetkineen että kärsimyksineen. Liikkuja pystyy kokemaan tunteita myös läsnäolijan näkemänä. (Loman 2011: 103–104.)

Tanssiterapian arviointi perustuu kykyyn analysoida ja tulkita asiakkaan nonverbaalisia signaaleja. Arviointimenetelminä käytetään mm. Labanin liikeanalyysia (LMA) ja LMA:sta jalostunutta Kestenberg Movement Profile:a (KMP). LMA-menetelmän avulla pystytään kuvailemaan liikkeen laadullisia piirteitä. Se perustuu neljään keskenään korreloivaan komponenttiin, joita ovat keho, voima, tila ja muoto. Havainnoidaan siis esimerkiksi, mitä kehonosia käytetään tietyn liikkeen toteuttamiseen, liikkeissä käytettyä voimaa ja sen muutoksia, tilankäyttöä ja liikkumista ympäristössä sekä tilan poikki liikkeessä luotuja liikkeen muotoja. (Loman 2011: 105.)

KMP:tä voidaan käyttää psykologisena työkaluna diagnosoinnissa, hoidon suunnittelussa ja hoitotoimenpiteissä. Se on liikepohjainen profiili, joka on suunniteltu havainnoimaan luonnollisia liikeprosesseja. Profiilissa on kuvattuna yli sata mahdollista erilaista liikelaatua yksilön liikevalikoimassa. KMP arvioi yksilön toimintatasoa suhteessa kehitykseen, suosikkiliikkeitä sekä psykologisen tasapainon ja konfliktien alueita ja suhdetta. KMP auttaa terapeutteja muun muassa tiedostamaan yksilön liikesanaston vahvuudet ja rajoitukset ja se voi näyttää taantumisen alueita kehityksellisessä kasvussa. Liikkeiden ominaisuudet, joita KMP:llä tutkitaan, kertovat yksilön oppimis- ja ajattelutavoista, tarpeiden ja tunteiden ilmaisusta, defensesseistä ja sopeutumiskeinoista. KMP:tä käytetään usein tanssiterapiajakson alku- ja loppumittauksessa.

4 Tanssiterapiamenetelmät osana psykofyysistä fysioterapiaa

Tanssiterapiaa on kritisoitu siitä, että se ei ole pelkästään tanssia vaan sisältää monenlaisia luovia menetelmiä kuten mielikuvakommunikaatiota ja psykomotorisia harjoituksia (Parvia 1997: 121). Suomen Tanssiterapiayhdistyksen mukaan tanssiterapiamenetelmiä ovat muun muassa kehotietoisuustyöskentely, rentoutus-, kehonhahmotus- ja mielikuvaharjoitukset, liikeimprovisaatio, tanssin eri muodot, erilaiset leikit ja pelit sekä liikekokeusten läpikäyminen sanoin, kuvin tai liikkeellisesti (Suomen Tanssiterapiayhdistys ry 2003). Musiikki, kirjoittaminen, maalaaminen ja piirtäminenkin voi olla osana terapiaprosessia (Ylönen 2007: 8). Suomen Tanssi- ja liiketerapiayhdistyksen listaamiin menetelmiin liittyy olennaisesti myös luvussa 2 esitellyt psykofyysisen fysioterapian keskeiset

elementit eli kosketus, hengitys ja liike. Tanssiterapiassa hyödynnetäänkin osittain samoja tai samankaltaisia menetelmiä kuin psykofyysisessä fysioterapiassa ja siksi niitä on hankala tai lähes mahdotonta täysin erotella toisistaan. Tässä tutkimuksessa käytetty terapia ei ole puhtaasti pelkästään tanssiterapiaa tai psykofyysistä fysioterapiaa vaan menetelmät sulautuvat toisiinsa. Seuraavissa kappaleissa kuvaamme tanssiterapiaprosessin rakennetta, menetelmiä sekä terapeutin roolia ja mahdollisia terapiassa käytettyjä apuvälineitä pitkälti tanssiterapeuttisesta näkökulmasta, mutta samoja asioita voidaan soveltaa myös psykofyysisessä fysioterapiassa.

4.1 Tanssi- ja liiketerapiaprosessin rakenne

Tanssiterapiaprosessi etenee nelivaiheisen mallin mukaisesti. Ensimmäinen vaihe on lämmittely. Asiakkaat saattavat olla ahdistuneita, heillä saattaa olla tietynlaisia odotuksia ja ajatus tanssiterapiaprosessista saattaa tuntua pelottavalta. Ensimmäisessä vaiheessa tärkeää on turvallisen ilmapiirin luominen sekä fyysisesti että emotionaalisesti, jotta asiakas pystyy myös sitoutumaan terapiaan. Toinen vaihe on uppoutuminen terapiaan. Siinä asiakas ikään kuin unohtaa itsensä ja hyväksyy epätietoisuuden. Asiakas luottaa terapeuttiin ja on valmis avautumaan ja näkemään kokemuksen uudella tavalla. Asiakas seuraa terapeutin tai muiden asiakkaiden liikkeitä ja kokee liike-empatiaa. Peilisolut mahdollistavat oppimisen imitoimalla toisen liikettä ja laukaisevat myös liikemuistin, mikäli asiakas näkee liikkeen, joka on jo hänen liikerepertuaarissaan. Kolmas vaihe, näkeminen, on seurausta tästä peilaamisesta, reflektiosta ja seuraamisesta, jotka muuttavat asiakkaan perspektiiviä, ja hän alkaa nähdä asioita myös eri näkökulmista. Kyseenalais-tamisen ja haasteiden luomisen kautta siirrytään neljänteen vaiheeseen, arviointiprosessiin. Siinä terapiakerran tai terapiasuhteen on päätyttävä ja on päästettävä irti. (Meekums 2006: 171–174.) Yksittäisen terapiakerran rakenne voidaan jakaa karkeasti aloitukseen, varsinaiseen terapiaan ja lopetukseen.

4.2 Tanssi ja liike sisäisten prosessien tulkkina

Sanat ja liike ovat kaksi erilaista kieltä, joiden avulla ihmiset ilmaisevat itseään ja sisäistä maailmaansa. Verbaalisessa psykologiassa puhuttu sana on kommunikaation ydin, kun taas tanssi- ja liiketerapiassa nonverbaalinen kommunikaatio ja sisäisten prosessien ilmaiseminen tanssin keinoin ovat keskiössä (Wengrower 2009: 15). Traumaattiset, mielihyväsävytteiset ja arkiset kokemukset varastoituvat muistiin ja näitä muistoja voidaan

palauttaa tietoisuuteen hyödyntämällä liikettä (Ylönen 2007: 8). Verbaalista puhettakin voidaan käyttää osana tanssiterapiaa, mutta sen käyttöaste riippuu asiakkaan valmiuksista työskennellä verbaalisella tasolla. Esimerkiksi psykoottisten mielenterveyspotilaiden kanssa pelkkä sanallinen kieli ei toimi ja siitä syystä käsitteenmuodostus ei saa olla pääosin sanoista riippuvaista. (Parvia 1997: 116.) On niin paljon erilaisia ihmisiä, persoonia ja elämäntilanteita, että psykoterapian menetelmät, jotka sopivat jollekin ihmiselle, eivät välttämättä sovi toiselle. Tietyt asiakkaat eivät usein pysty puhumaan, sillä käsiteltävät asiat saattavat olla niin arkoja ja hankalia, joten on hyvä, että verbaalin terapian lisäksi löytyy ekspressiivisempiä vaihtoehtoja. (Sveins 2014.)

Tanssiterapiassa tanssi toimii symbolisena kielenä, ja yhdessä verbaalisen terapian kanssa se mahdollistaa sen, että asiakas voi prosessoida hyvin monitasoisesti ongelmiaan. (Ylönen 2007: 8). Tanssiterapiatapahtuma on mielikuvakommunikaation avulla toteutettu tarkoituksellinen, uusia merkityksiä ja mahdollisuuksia luova, monitasoinen muutosprosessi. Sen tavoitteena on resosialisaatio eli tarkoituksellinen, kokemuksellinen, moniulotteinen, koettu ja havaittava muutos yksilön tai ryhmän tilassa (Parvia 1997: 122). Projektio kuuluu keskeisesti tanssiterapiaan ja tarkoittaa erilaisten prosessien käynnistymistä asiakkaassa ja asioiden palautumista mieleen alitajunnasta. Näin ihminen pystyy käsittelemään ja jäsentämään asioita paremmin kuin pelkän puheen kautta ja sitä kautta lisätään asiakkaan itsetuntemusta. (Karkou 2006: 40; Sveins 2014.) Transferenssi-ilmiö on myös vahvasti läsnä tanssiterapiassa. Transferenssi tarkoittaa tunteensiirtoa: asiakas voi ikään kuin nähdä terapeutin jonain menneisyytensä tärkeänä henkilönä. Terapeutin odotetaan täyttävän esimerkiksi asiakkaan tarpeita, joita äiti tai isä ei ole pystyneet täyttämään tai antavan asiakkaalle yksinkertaisen ja nopean ratkaisun häntä vaivaaviin ongelmiin. Transferenssi-ilmiön vaikutukset tulee tunnistaa ja niitä tulee osata hyödyntää oikealla tavalla. Terapeutti voi pyrkiä tuomaan transferenssin myös asiakkaan tietoisuuteen ja siten tukemaan asiakkaan kokonaisvaltaista kuntoutumista. (Laine 2014.)

Tanssiterapiassa liikkeen peilaus on tärkeä osa terapeutin työtä. Tällainen työtapa soveltuu erityisesti lapsille ja varhaisnuorille, joilla on herkästi haavoittuva minäkuva ja itsearvostus, sillä peilisuhde vaikuttaa lapsen kehityksessä aina murrosikään asti. Jos peilausta käytetään ryhmässä esimerkiksi alkupiirissä niin, että jokaisen liike vuorotellen peilataan, ryhmän jäsenet saavat hyväksytyksi tulemisen, onnistumisen ja itsenäisyyden kokemuksia. Tällainen synkronia eli samanaikainen liikkuminen edistää myös ryhmän yhteenkuuluvaisuuden eli koheesion muodostumista. (Ylönen 2007: 9–11.)

Improvisoitu liike on yksi tanssiterapiamenetelmistä, mutta sitä voidaan käyttää myös psykofyysisessä fysioterapiassa. Improvisoitua liikettä voidaan käyttää mm. kehon lämmittämiseen ja rentoutumiseen, asiakkaan voimavarojen lisäämiseen sekä ongelmankäsitteilyn apuvälineenä uudenlaisten toimintatapojen löytämisessä. Improvisoitu liike on hyvä sellaisten liikeratojen ja liikelaatujen tekemiseen, joita asiakas ei muuten tekisi omaehtoisesta liikunnan tai kipujen vuoksi. Improvisaatio kehittää luovuutta, on hyvä työväline itseilmaisun tukemiseen ja onnistuneesti käytettynä tuottaa ilon ja vapauden tunnetta eli vahvistaa asiakkaan itsetuntemusta. Improvisoitua liikettä voi käyttää vain asiakkaiden kanssa, jotka ovat siihen valmiita. Luottamuksellinen ja turvallinen terapiasuhte on tämän menetelmän käytön ehdoton edellytys. (Laine 2014; Sveins 2014.) Tanssiterapian keskeisiä menetelmiä ovat myös erilaiset leikit ja pelit. Leikki mielletään lapsenomaiseksi liikkeeksi, johon sisältyy mielikuvitukselliset kokemukset. Se liitetään usein heittäytymisen, avoimuuden, vapauden ja kokeilun käsitteisiin. Leikissä todellisuus ja mielikuvituksellinen maailma kohtaavat. Asiakkaat pystyvät kulkemaan ikään kuin ajassa taaksepäin takaisin lapsuuteen, jolloin saadaan luovuuden, intuitiivisuuden ja erilaisten spontaanien emootioiden kautta palautettua asioita alitajunnasta takaisin tietoisuuteen. (Hayes 2006: 208–211.) Psykofyysisessä fysioterapiassa voidaan käyttää samoja menetelmiä, mutta eri näkökulmasta.

4.3 Terapeutin rooli ja mahdolliset apuvälineet

Terapeutti itse on terapiansa tärkein työkalu. Kehon kieli kertoo enemmän kuin kaikki ne sanat, joita ihminen sanoo. (Sveins 2014.) Terapeutti käyttää itseään ja kehoaan työvälineenä kommunikoidessaan asiakkaan kanssa. Terapeutti toimii asiakkaan ehdoilla asettuen hänen asettamien virikkeiden vietäväksi hyödyntäen niitä tarjoamassaan terapiassa. Aloittavan virikkeen tulisi tulla asiakkaalta, mutta joskus terapeutin täytyy lähteä liikkeelle saadakseen terapia käyntiin. Kun asiakas vaikuttaa tilanteeseen, terapeutti tarttuu siihen, ja tapahtuma muuttuu vuorovaikutukselliseksi ja eteneminen jatkuu asiakkaan ehdoilla. Terapeutti esittää asiakkaalle tai ryhmälle kysymyksiä, joiden perusteella määrittellään tilanteita ja ratkaistaan ongelmia. Tanssiterapeutin täytyy siis omata joustavuutta, erilaisia lähestymistapoja ja menetelmiä sekä sopeutumiskykyä ja spontaaniutta uusissa ja alati muuttuvissa terapiatilanteissa. (Parvia 1997: 120–121.)

Terapeutin tulee kiinnittää paljon huomiota sekä siihen, millaisena oma kehonkieli ilmenee terapiatilanteissa että huomioimaan asiakkaan kehonkieltä, kuten ilmeitä, eleitä, äänen painoja ja yleistä olemusta. Terapeutin herkkyyys asiakkaan kehonkielille on tärkeää

etenkin kontaktin luomisessa, mikä on tuloksellisen terapian edellytys. Asiakkaan kanssa työskennellessä tulee käyttää kaikkia aisteja: kuunnella, ymmärtää, tukea ja kannustaa asiakasta sekä hyödyntää kinesteettistä empatiaa. Lisäksi terapeutin on tärkeä huolehtia omasta jaksamisestaan ja kehollisesta työskentelystään, jotta hän pystyy kohtaamaan asiakkaansa tämän tarvitsemalla tavalla. (Laine 2014; Sveins 2014.)

Erilaisia konkreettisia välineitä voidaan myös tarkoituksenmukaisesti käyttää osana terapiaa, ja välineillä voi olla myös jokin symbolinen merkitys. Kaikenlaista rekvisiittaa voidaan hyödyntää, mikäli ne tukevat asiakkaan terapiaa ja niitä on turvallista käyttää. (Laine 2014). Esimerkiksi värejä ja rekvisiittaa voidaan käyttää antamaan Parkinson-potilaille erilaisia aistiärsykeitä ja painottomuuden tunnetta parantaa käyttämällä käsipainoja (Bunce 2006: 80). Välineitä voidaan käyttää myös kosketus- ja rentoutusmenetelmissä välikappaleena, mikäli suoraan koskettaminen ei tule kysymykseen. Musiikki on myös yksi mahdollinen terapiassa käytettävä väline, sillä musiikki muun muassa herättää ihmisissä paljon erilaisia tunteita, ajatuksia ja muistoja. Musiikin avulla ja kehollisuuden kautta pystyy prosessoimaan asioita eri tavalla. Musiikin käytössä tulee olla kuitenkin tarkka ja mieltä, onko se asiakkaalle tarpeellinen apukeino. Lisäksi välineiden, esimerkiksi valokuvien, avulla ja toiminnan kautta syntyy psykoterapiassa luonnollista keskustelua ja ne tekevät terapiatilanteista asiakkaalle vähemmän pelottavia (Laine 2014; Sveins 2014.)

5 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tässä opinnäytetyössä tavoitteenamme on perehtyä tarkemmin psykofyysiseen fysioterapiaan ja tanssi- ja liiketerapiaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa siitä, minkälaisia kokemuksia tanssi- ja liiketerapian menetelmien käyttäminen osana psykofyysistä fysioterapiaa herättää asiakkaissa yksittäisellä terapiakerralla. Tutkimusaineiston keräämiseen käytimme fysioterapeuttina toimivan yhteistyökumppanimme kanssa yhdessä tuottamaamme kyselylomaketta, jonka asiakkaat täyttivät välittömästi ennen ja jälkeen terapiakerran. Tarkoituksenamme on myös havainnoida RAND-36 -elämänlaatumittarin avulla, millaisia muutoksia asiakkaiden elämänlaadussa tapahtuu kolmen kuukauden tutkimusjakson aikana.

6 Opinnäytetyön toteutus ja käytetyt mittarit

6.1 Opinnäytetyön aiheen rajautumisprosessi, yhteistyökumppani ja aineiston keräämisen toteutus

Aloittaessamme opinnäytetyöprosessia pohdimme, minkä fysioterapian osa-alueen parissa toivoisimme tekevämme töitä tulevaisuudessa. Opintojen aikana meille molemmille on kasvanut suuri kiinnostus mielen ja kehon vuorovaikutuksellista toimintaa kohtaan, joten psykofyysisen fysioterapian näkökulma tuntui luontevalta valinnalta. Myös henkilökohtaiset kiinnostuksen kohteemme sekä taustamme ekspressiivisten harrastusten, tanssin ja teatterin, parissa ohjasivat edelleen aiheen tarkennusta kohti jotakin tanssiin liittyvää. Otimme yhteyttä Suomen Tanssi- ja liiketerapiayhdistys ry:hyn sähköpostitse ja ilmoitimme, että etsimme opinnäytetyöhön yhteistyökumppania. Yhdistyksen sihteeri välitti ystävällisesti viestimme eteenpäin yhdistyksen jäsenille, jonka jälkeen fysioterapeutti ja tanssi- ja liiketerapeutti Tuija Laine otti meihin yhteyttä. Yhteistyökumppanillamme on yksityinen vastaanotto Järvenpään keskustassa, jossa hän työskentelee psykofyysisen fysioterapian parissa hyödyntäen terapiassaan myös tanssiterapian elementtejä.

Alkuun hahmottelimme opinnäytetyömme aiheen yhteistyökumppanin kanssa kasvotusten keskustellen ja sähköpostitse. Halusimme tuottaa työn, josta yhteistyökumppanimme hyötyisi työssään fysioterapeuttina ja jonka aihepiirin me koemme mielekkääksi. Kiinnostuimme yhdessä ideasta tutkia fysioterapia-asiakkaiden kokemuksia saamastaan fysioterapiasta. Asiakkaan subjektiivisia kokemuksia on haastavaa mitata, ja koimme näiden tutkimisen tärkeäksi varsinkin psykofyysisessä fysioterapiassa, jossa ei tutkita esimerkiksi alaselkäkipua vain tuki- ja liikuntaelimistön ongelmana vaan sekä kehon että mielen toimintahäiriönä. Fysioterapian vaikuttavuutta mitataan usein vain toimintakykyä arvioivin mittarein. Asiakkaiden kokemuksia saamastaan hoidosta sen sijaan on kartoitettu melko vähän. Opinnäytetyön aiheeksi rajautui siis lopulta asiakkaiden kokemusten kartoittaminen saamastaan psykofyysisestä fysioterapiasta, jossa on käytetty osana tanssiterapiaa.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet asiakkaat ovat olleet työelämän yhteistyökumppanimme asiakkaina enintään vuoden verran ennen tutkimusjakson alkua. Alun alkaen tutkimukseen osallistui viisi asiakasta, joista yksi jätti tutkimuksen kesken. Jäljelle jääneistä neljästä kahdella asiakkaalla on diagnosoitu toimintakyvyn ongelma, jonka takia he ovat hakeutuneet fysioterapiaan. Lopuilla kahdella ei ole määritettyä diagnoosia. Asiakkaat

valikoituivat mukaan tutkimukseen terapian aloitusajankohdan mukaan kesätauon jälkeen, eli he kaikki jatkoivat terapiassa käyntiä elokuussa 2014.

Asiakkaat saivat ensimmäisellä terapiakerrallaan, joka sijoittui tutkimusjakson 1.8.–31.10.14 väliselle ajalle luettavakseen saatekirjeen (Liite 1), jossa kerrottiin opinnäyte-työhön liittyvän tutkimuksen tarkoitus sekä käytännön asiat, mm. tutkimusjakson pituus, tutkimuksen eteneminen ja tutkimuksessa käytetyt mittarit. Salassapitovelvollisuuden vuoksi asiakkaille korostettiin, että tutkimus on täysin anonyymi. Kaikki henkilötiedot pysyvät vain asiakkaan itsensä ja terapeutin välisinä, eli emme tavanneet henkilökohtaisesti ketään asiakkaista. Asiakkaita informoitiin siitä, että keräämme vain tutkimuksemme kannalta olennaisia tietoja, ne käsitellään luottamuksellisesti ja heillä on oikeus saada tarkastella, mihin tietoja käytetään. Itsemääräämisoikeuden vuoksi asiakkailta on missä tahansa tutkimuksen vaiheessa oikeus jättäytyä pois tutkimuksesta, mikä tuotiin saatekirjeessä ilmi. Asiakkaiden tutkimukseen osallistumiseen ja sitoutumiseen voi vaikuttaa heikentävästi oletus siitä, että tutkimus muuttaa jollain tapaa heidän fysioterapiansa, joten saatekirjeessä korostettiin, että tutkimusjaksolla ei ole tällaisia vaikutuksia eikä siitä aiheudu asiakkaille ylimääräisiä kuluja. Muun muassa lomakkeiden täyttämiseen oli varattu lisää aikaa, jolloin lomakkeiden käyttö ei vaikuttanut varsinaisen terapian pituuteen vähentävästi.

Asiakkaat täyttivät myös laatimamme esitietolomakkeen (Liite 2). Päädyimme ratkaisuun olla vakioimatta muuttujia, esimerkiksi ikäjakaumaa, vaan sisälsimme otantaan kaikki asiakkaat, jotka halusivat osallistua tutkimukseen ennen tutkimusjakson alkamista. Ainoa inklusiokriteeri oli siis toisin sanoen se, että tutkimukseen osallistuva asiakas käy psykofyysisessä fysioterapiassa yhteistyökumppanimme vastaanotolla. Kunnioittaaksemme asiakkaiden yksityisyyttä päätimme kerätä vain tutkimuksemme kannalta olennaiset esitiedot, jotka saattavat vaikuttaa fysioterapiaan ja sitä kautta myös tutkimustuloksiin. Mahdollinen diagnoosi, oireet ja niiden vaikutus elämään kertovat asiakkaan syyn fysioterapiaan hakeutumiselle. Edellä mainitut muuttujat saattavat varioida eri ihmisillä eri elämänvaiheissa ja siksi koimme tutkimuksen kannalta tärkeäksi tietää myös tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden iän ja sukupuolen. Asiakkaiden terapiataustaa emme yhteistyökumppanimme kanssa pyrkineet tässä tutkimuksessa vakioimaan, sillä halusimme tarkastella psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia laajemmin kuin vain yhden asiakasryhmän näkökulmasta. Halusimme osoittaa, että tietty diagnoosi ei ole syy hakeutua psykofyysiseen fysioterapiaan, vaan se voi olla sopiva hoitomuoto monille eri

asiakkaille. Siksi terapiasuhteen aloittamispäivämäärä on tutkimuksemme kannalta tärkeä tieto. Asiakkaiden anonyymiyden vuoksi emme keränneet nimitietoja. Tästä syystä lomakkeiden järjestelyn ja tutkimustulosten tarkastelun helpottamiseksi lisäsimme lomakkeeseen asiakastunnisteen, joka säilyy samana koko tutkimuksen ajan ja joka kirjoitetaan kaikkiin tutkimuksessa käytettyihin kyselylomakkeisiin.

Asiakkaat täyttivät myös RAND-36 -elämänlaatua mittaavan kyselyn tutkimusjakson ensimmäisellä ja viimeisellä terapiakerralla. Yhtä asiakasta pyydettiin erikseen täyttämään RAND-36 tutkimusjakson viimeisellä viikolla, sillä hänen seuraavan terapiakertansa ajankohta oli tuntematon. Asiakkaat täyttivät tuottamamme kyselylomakkeen osiot jokaisella tutkimusjakson ajalla olleella terapiakerrallaan.

6.2 Kyselylomake asiakkaiden subjektiivisten kokemusten mittarina

Valmiita mittareita asiakkaiden subjektiivisten kokemusten mittaamiseksi on vähän. Halusimme mittarin joka on validi, eli mittaa juuri sitä, mitä on tarkoituskin, päädyimme laatimaan yhdessä yhteistyökumppanimme kanssa oman asiakkaiden subjektiivisia kokemuksia kartoittavan puolistrukturoidun kyselylomakkeen (Liite 3). Asiakkaat täyttävät lomakkeen jokaisen terapiakerran alussa ja lopussa. Laadimme tutkimuslomakkeen yhteistyössä työelämän yhteistyökumppanimme kanssa. Kyselylomakkeen kysymykset 1–6 ovat samat alku- ja loppukyselyssä. Näiden kysymysten avulla on tarkoitus saada informaatioita asiakkaan subjektiivisista tuntemuksista ja kokemuksista koskien itseään ja omaa kehoaan. Täyttämällä kyselylomakkeen sekä terapian alussa että lopussa, saamme tietoa siitä, millaisia mahdollisia välittömiä vaikutuksia saadulla psykofyysisellä fysioterapialla on näillä osa-alueilla. Niiden lisäksi terapian lopussa täytettävässä kyselylomakkeessa on viisi avointa kysymystä (kysymykset 7–11). Nämä kysymykset kartoittavat asiakkaan subjektiivisia kokemuksia, tuntemuksia ja ajatuksia saamastaan fysioterapiasta.

Kyselylomakkeen kysymys 1 on avoin kysymys, jossa tutkittavaa pyydetään kuvailemaan senhetkistä oloaan kolmella adjektiivilla, jotta saisimme tietää, mistä lähtökohdista asiakas aloittaa sen kertaisen terapiansa. Kysymyksessä 2 kartoitamme tutkittavan tuntemusta kehostaan VAS-tyyppisen janan avulla ääripää -määritelmän rentoutunut - jännittynyt. Lihasjännitykset voivat ilmetä kehossa monin eri tavoin, kuten esimerkiksi kipuna, jota kartoitetaan kysymyksessä 3 kipujanavan avulla ja kysymyksessä 4 pyydetään

tutkittavaa tarkentamaan, missä kohdassa kehoa kipu tuntuu. Kysymyksessä 5 kartoitetaan janan avulla, miten hyvin tutkittava kokee aistivansa omaa kehoaan ja sen tuntemuksia ääripää -asteikolla hyvin - huonosti, sillä kuten olemme aiemmissa kappaleissa perustelleet, sekä tanssiterapian että psykofyysisen fysioterapian yksi keskeinen teema on kehotietoisuuden lisääminen ja tästä syystä sitä on olennaista kysyä. Kysymyksellä 6 selvitetään tutkittavan vireystilan tasoa tutkimushetkellä asteikolla korkea - matala. Viireystila vaikuttaa mm. kivun tuntemisen voimakkuuteen ja valmiuteen liikkua sekä käsitellä asioita kognitiivisesti (Sveins 2014).

Käytimme kysymyksissä 2, 3, 5 ja 6 vastausasteikkona janaa, jonka teoreettisena perusteena on VAS-jana. Visual Analogue Scale eli VAS-jana on 10 cm pitkä horisontaalinen jana, jota useimmiten käytetään arvioitaessa yksilön subjektiivista kipukokemusta. Janan ääripäihin sijoittuvat vastakkaiset määreet, esimerkiksi kipua arvioitaessa toinen pää kuvastaa kivuttomuutta ja toinen pää sietämätöntä, pahinta mahdollista kipua. (Vainio 2009.) Valitsimme kysymyksissä käytettäväksi VAS-tyyppisen janan, sillä se on nopea ja helposti ymmärrettävä käyttää. Lisäksi saamme sen avulla kvalitatiivista eli laadullista tietoa mitattavaan muotoon, joka helpottaa tulosten tarkastelua ja vertailua. Mittausvirheen takia kyselylomakkeissa olevat janat ovat pituudeltaan 12 cm. Janojen mitta on kuitenkin vakio, joten saatuja tuloksia voidaan pitää vertailukelpoisina keskenään. VAS-tyyppisen janan etuihin voidaan myös laskea sen neutraalius, jolloin numeeriset arvot eivät johdattele asiakasta. Kyselylomake esitettiin kahdella pilottiasiakkaalla. Heidän palautteensa perustella varmistettiin lomakkeen käytön vaivattomuus sekä kysymysten ymmärrettävyys.

Terapiakerran lopussa täytettävien avointen kysymysten avulla saadaan informaatiota asiakkaan subjektiivisista kokemuksista koskien saamaansa fysioterapiaa. Avoimiin kysymyksiin päädyimme yhdessä yhteistyökumppanimme kanssa. Yhteistyökumppanimme halusi asiakkailta subjektiivisia arvioita käyttämistään menetelmistä ja siitä, miten terapia on vastannut asiakkaan tarpeisiin. Kysymyksessä 7 tutkittava kuvailee lyhyesti, mitä fysioterapiassa hänen mukaansa tehtiin. Asiakas saa itse sanallistaa terapiamenetelmiä, sillä asiakkaan näkökulma on erilainen kuin fysioterapeutin. Kysymyksessä 8 tutkittava kertoo omin sanoin edeltävässä kysymyksessä kuvailemansa terapian herättämiä tuntemuksia. Tämän kysymyksen avulla saamme tietoa siitä, millaisena asiakas kokee terapiansa. Kysymyksessä 9 kartoitamme vastakkainasettelun avulla tutkittavan kokemusta siitä, mikä terapiakerrassa oli merkityksellisintä ja mikä vähemmän merkityksellistä, eli kokeeko asiakas toisin sanoen saamansa terapian vaikuttavaksi ja hyödylliseksi.

Kysymyksessä 10 tutkittavalla on mahdollisuus kertoa, mikäli hän on jäänyt kaipaamaan jotain lisää kyseisellä terapiakerralla ja kysymyksessä 11 on mahdollisuus vielä kirjoittaa vapaasti saamastaan fysioterapiasta heränneitä ajatuksia. Nämä kysymykset ovat asiakaspalautekysymyksiä, jotka antavat asiakkaalle mahdollisuuden tuoda ilmi vielä paremmin omia ajatuksiaan ja toiveitaan.

6.3 RAND-36 koetun elämänlaadun mittarina

Terveysteen liittyvä elämänlaatu voidaan määritellä yksilön kokemukseksi omasta terveydentilastaan sekä terveyteen liittyvästä hyvinvoinnistaan. Terveysteen liittyvä elämänlaatu on dynaaminen käsite, joka voi vaihdella esimerkiksi sairauden tai muun toimintakyvyn ongelman eri vaiheissa. Terveysteen liittyvän elämänlaadun arviointia tarvitaan muun muassa arvioitaessa hoidon tuloksia asiakkaan näkökulmasta. RAND-36 Item Health Survey on Yhdysvalloissa RAND-tutkimuslaitoksessa kehitetty terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari, joka on käytössä laajasti Länsi-Euroopassa. Sen suomenkielinen versio on kehitetty Stakesin Terveystenhuollon tutkimusyksikön, Kansanterveyslaitoksen Epidemiologian ja terveyden edistämisen osaston ja Yhdysvaltalaisen RAND:in yhteistyönä. (Aalto – Aro – Teperi 1999: 1–2; 5–7.)

RAND-36 kartoittaa terveydentilaa ja hyvinvointia käsittäen kahdeksan ulottuvuutta, joita ovat koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, roolitoiminta ja fyysisistä syistä johtuvat ongelmat sekä roolitoiminta ja psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat. Kysymykset mittarin kahdeksalle ulottuvuudelle on valittu RAND-tutkimuslaitoksessa aikaisemmin kehitettyjen pitkien MOS-toimintakyky- ja terveystmittareiden kysymyksistä. Lisäksi RAND-36 sisältää näiden ulottuvuuksien ulkopuolisen kysymyksen, joka kartoittaa terveydentilassa tapahtunutta muutosta. (Aalto ym. 1999: VII; 5.)

Suomenkielistä RAND-36:sta voidaan käyttää tutkimuksissa, joissa halutaan tarkastella terveyteen liittyvää elämänlaatua tai siinä esiintyviä eroja, ja se soveltuu muun muassa kuntoutustyöntekijöille, jotka haluavat seurata työnsä tuloksellisuutta ryhmätasolla. Valitsimme RAND-36 mittarin käytettäväksi tutkimuksemme alkua- ja loppumittauksessa. Mittarin avulla saamme tietoa mahdollisista elämänlaatuun liittyvistä muutoksista ennen tutkimusjakson alkua ja tutkimusjakson lopussa. Toisin sanoen, mittarin avulla saatujen tutkimustulosten avulla pystymme arvioimaan, onko tällä 3 kuukauden mittaisen tutki-

musjakson aikana toteutuneella terapialla ollut vaikutusta tutkittavien terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Valitsimme RAND-36 mittarin, sillä se on tutkittu elämänlaatumittari ja se mittaa terveyteen liittyvää elämänlaatua moniulotteisesti huomioiden kaikki terveyden osa-alueet: fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen. RAND-36 on tarkoitettu ryhmätason vertailuja varten, joten se soveltuu myös tämän tutkimusotannan tutkimiseen. Emme voineet valita elämänlaadunmittariksi sairausspesifiä mittaria, sillä tutkimukseen osallistuneilla asiakkailla ei ollut yhtä yhtenäistä syytä, diagnoosia tai taustatekijää fysioterapiaan hakeutumiselle. Yhden ulottuvuuden elämänlaadunmittari taas kartoittaa vain tiettyä terveyteen liittyvää elämänlaadun ulottuvuutta. Koska ihminen on psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus ja psykofyysinen fysioterapia on tämän työn keskiössä, valitsimme käytettäväksi tämän moniulotteisen yleisen profiilimittarin. (Aalto ym. 1999: 6, 75.)

7 Asiakkaiden kokemukset

7.1 Asiakkaat

Asiakas 1 on 46-vuotias nainen. Hän on aloittanut fysioterapiakäynnit yhteistyökumppanin vastaanotolla lokakuussa 2013. Hänellä ei ole diagnoosia, mutta hän kokee omien rajojensa asettamisen ja voimakkaiden persoonien kohtaamisen esimerkiksi työyhteisössä sekä sosiaalisen kanssakäymisen kumppaninsa kanssa ajoittain haastavaksi. Fysioterapialtaan hän odottaa omien rajojensa selkiyttämistä, itsensä hyväksymistä ja seksuaalisen ”jännitteen/pelon” kohtaamista. Terapiakertoja asiakkaalle kertyi 3 kuukauden tutkimusjakson aikana kolme.

Asiakas 2 on 50-vuotias nainen. Hän on aloittanut fysioterapiakäynnit yhteistyökumppanin vastaanotolla huhtikuussa 2014. Hänellä on diagnosoitu nivelrikko sekä lievä masennus. Hän on hakeutunut fysioterapiaan kipujen ja sosiaalisten tilanteiden pelon vuoksi. Fysioterapialtaan hän odottaa keinoja jännityksen ja sosiaalisten tilanteiden hallintaan, sekä kehon voimistumisen myötä mahdollisuutta vähentää kipulääkkeiden käyttöä. Terapiakertoja asiakkaalle kertyi 3 kuukauden tutkimusjakson aikana kolme.

Asiakas 3 on 57-vuotias nainen. Hän on aloittanut fysioterapiakäynnit yhteistyökumppanin vastaanotolla elokuussa 2013. Hänellä on diagnosoitu mm. nail-patella syndrooma, nivelrikko sekä alaselän välilevyn pullistuma. Kaikkia diagnoosejaan asiakas ei jaksanut

muistella. Hän on hakeutunut fysioterapiaan kivun, uupumuksen ja keskittymisvaikeuksien vuoksi. Oireilu aiheuttaa häiritsee yöunta ja vaikeuttaa niin kognitiota, kävelyä, kuin sosiaalisten suhteiden ylläpitoa. Fysioterapialtaan asiakas odottaa keinoja kivun hallintaan, arjessa selviytymiseen ja jaksamiseen sekä lihaskuntoa. Terapiakertoja asiakkaalle kertyi 3 kuukauden tutkimusjakson aikana neljä.

Asiakas 4 on 41-vuotias nainen. Hän on aloittanut fysioterapiakäynnit yhteistyökumppanin vastaanotolla syyskuussa 2013. Hänellä ei ole diagnoosia, mutta oireita ilmenee niskahartiaseudulla lihasjännityksenä ja sen seurauksena hänellä on usein päänsärkyä. Lihaselaksantteja ja särkylääkkeitä asiakkaalla kuluu paljon. Hän kokee olevansa usein voimaton työpäivän jälkeen, ja rauhoittuminen kiireen keskellä on haastavaa. Fysioterapialtaan hän odottaa keinoja fyysiseen rentoutumiseen ja kiireen katkaisemiseen. Terapiakertoja asiakkaalle kertyi 3 kuukauden tutkimusjakson aikana kolme.

7.2 Kyselylomakkeiden tulokset

Olemme käyttäneet kyselylomakkeella saadun tutkimusaineiston analysointimenetelmänä teemoittelua. Teemoittelu on kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen perusmenetelmä, jonka avulla pyritään löytämään tutkimusaineistosta keskeisiä aihepiirejä. Teemoja ovat aineistossa useasti toistuvat aiheet. (Jyväskylän yliopiston KOPPA; Nikander 2013.)

Kyselylomakkeiden 1. kysymyksessä pyrittiin tarkastelemaan asiakkaiden olotilaa juuri ennen terapiaa ja heti terapian jälkeen. Heitä pyydettiin kuvailemaan oloaan kolmella adjektiivilla. Emme lähde kaikkia adjektiiveja erittelemään vaan esittelemme niitä aihepiireittäin. Tuntemukset vaihtelivat suuresti yksilöittäin, mutta yhteisiä teemoja löytyi. Ennen terapiaa kysytyssä olotilassa väsymystä ilmaistiin erilaisin adjektiivein mm. *väsynyt*, *uupunut*, *nuupahtanut* lähes jokaisella terapiakerralla. Etenkin nivelrikkoa sairastavilla asiakkailla kipu oli selkeä teema vastauksissa, mutta myös diagnosoimattomat asiakkaat ilmaisivat kivun tunnetta osassa terapiakerroistaan. Kipua kuvailtiin mm. adjektiiveilla *kivulias* ja *särkyinen* tai ilmaistiin tarkkaan, mikä paikka kehossa on kipeä. Asiakkaat ilmaisivat myös kaipuun, surun, ärtymyksen ja ahdistuksen tunteita, sekä myös positiivisia, innokkuuden ja rentouden tunteita. Terapian jälkeen kuvailluissa olotiloissa *rentoutunut* -adjektiivi toistui lähes kaikilla terapiakerroilla. Samaten rauhoittumiseen liittyvät adjektiivit, kuten *rauhallinen*, *levollinen*, *helpottunut*, esiintyivät useasti vastauksissa. Osa asiakkaista ilmaisi myös parempaa tietoisuutta omasta kehostaan.

Janakysymysten tulokset taulukoitiin. Sarakkeissa on terapiakerran järjestysnumero, tulos ennen terapiaa, tulos terapian jälkeen sekä tapahtunut muutos. Janakysymysten vastaukset on taulukoitu satunnaisesti, sillä asiakkaiden vastauksia ei ole tarkoitus tutkia yksilökohtaisesti. Haluamme selvittää, ovatko asiakkaiden kokemusten muutokset samansuuntaisia. Janakysymyksistä saatujen tulosten vaihteluväli on 0 - 12 cm. Tapahtuneen muutoksen ollessa numeerisissa arvoissa negatiivinen arvioitava olotilan muutoksen sijaan on positiivinen. Kysymyksessä 2 asiakkaat arvioivat olotilaansa rentoutunut (0 cm) - jännittynyt (12 cm). Saadut vastaukset kerättiin yhteen ja ne taulukoitiin taulukoon 1. Keskimäärin jännittyneisyys väheni terapiakerran aikana janalla mitattuna 3,7 cm verran. Yhdellä terapiakerralla 13:sta jännittyneisyys kuitenkin nousi 3,1 cm verran. Huomionarvoista on, että niillä terapiakerroilla, jolloin asiakas on arvioinut jännittyneisyytensä olevan 4 cm tai enemmän, on terapialla ollut hyvin rentouttava vaikutus (jännittyneisyys väheni 3,6 cm verran tai enemmän).

Taulukko 1. Jännitys

Terapiakerta	Ennen (cm)	Jälkeen (cm)	Muutos (cm)
1.	8,2	1,8	-6,4
2.	7,7	1,4	-6,3
3.	7,7	0,7	-7
4.	9,1	2,7	-6,4
5.	4,1	0,5	-3,6
6.	2	5,1	3,1
7.	3,5	1,5	-2
8.	3,9	3,8	-0,1
9.	3	2,4	-0,6
10.	8,8	3,3	-5,5
11.	7,1	0,9	-6,2
12.	6,8	0,2	-6,6
13.	2,3	1,8	-0,5
Keskiarvoinen muutos (cm)			-3,7

Kysymyksessä 3 asiakkaat arvioivat kivun kokemustaan janojen avulla, ääripäillä ei lainkaan kipua (0 cm) - pahin mahdollinen kipu (12 cm). Tulokset löytyvät taulukosta 2. Arvioitavia tuloksia kertyi poikkeuksellisesti 12, sillä yhdellä terapiakerralla (12.) asiakas ei ollut merkinnyt tulosta terapian jälkeen, jolloin muutosta ei voitu mitata. Keskiarvo on laskettu niiltä terapiakerroilta, joilta on saatu molemmat tulokset. Keskimäärin kipu vä-

heni janalla mitaten ~1,0 cm verran. Kahdestatoista terapiakerrasta kahdella kipu lisääntyi (5. & 6.). Kysymyksessä 4 pyydettiin asiakkaita tarkentamaan, missä kohtaa kehoa kipua tuntuu. Paikat vaihtelivat koko kehon eri alueilla. Nivelrikkoo sairastavien asiakkaiden useat kipukohdat toistuivat samoina kaikilla terapiakerroilla, mikä viitannee aktiiviseen tulehdusvaiheeseen kipualueella olevissa nivelissä.

Taulukko 2. Kipu

Terapiakerta	Ennen (cm)	Jälkeen (cm)	Muutos (cm)
1.	0,3	0	-0,3
2.	0,4	0	-0,4
3.	8,2	4,3	-3,9
4.	8,6	5,6	-3
5.	8,7	9,5	0,8
6.	2	5,4	3,4
7.	1,2	0,8	-0,4
8.	2,1	1,1	-1
9.	5,4	3,5	-1,9
10.	9	4	-5
11.	0	0	0
12.	0,4	-	-
13.	0,9	0,4	-0,5
Keskiarvoinen muutos (cm)			-1,016

Kysymyksessä 5 pyydettiin asiakasta arvioimaan, kuinka hyvin hän kykenee aistimaan omaa kehoaan asteikolla hyvin (0 cm) - heikosti (12 cm). Tulokset löytyvät taulukosta 3. Numeerinen tulos väheni, eli kehotietoisuus lisääntyi keskimäärin ~1,7 cm verran janalla mitattuna. Kahdella terapiakerralla 13:sta asiakas koki kehotietoisuutensa vähenevän (4. & 10.) jolloin numeerinen arvo lisääntyi.

Taulukko 3. Kehotietoisuus

Terapiakerta	Ennen (cm)	Jälkeen (cm)	Muutos (cm)
1.	3,2	1,6	-1,6
2.	5,4	1,2	-4,2
3.	3,6	0,8	-2,8
4.	2,1	3,7	1,6
5.	2,1	1	-1,1
6.	2,3	2,2	-0,1
7.	2,5	1,3	-1,2
8.	5,4	4,5	-0,9
9.	3,2	2,8	-0,4
10.	1,7	2,5	0,8
11.	7	0,5	-6,5
12.	3,6	1,2	-2,4
13.	4,2	1,5	-2,7
Keskiarvoinen muutos (cm)			-1,653

Kysymyksessä 6 asiakkaita pyydettiin arvioimaan vireystilaansa asteikolla korkea (0 cm) - matala (12 cm). Tulokset löytyvät taulukosta 4. Vireystilan numeerinen arvo laski eli vireystila nousi keskimäärin ~1,8 cm verran janalla mitattuna. Kahdella terapiakerralla 13:sta (8. & 13.) asiakas arvioi vireystilansa laskeneen eli numeerisen arvon nousseen terapian aikana.

Taulukko 4. Vireystila

Terapiakerta	Ennen (cm)	Jälkeen (cm)	Muutos (cm)
1.	5,5	2,3	-3,2
2.	6,4	1,7	-4,7
3.	7,3	5,7	-1,6
4.	3,8	2,3	-1,5
5.	3,9	1,8	-2,1
6.	6,9	3,8	-3,1
7.	10,5	9,1	-1,4
8.	7,8	9,3	1,5
9.	7,3	7,1	-0,2
10.	3	2,6	-0,4
11.	3,2	0,5	-2,7
12.	8,5	3	-5,5
13.	1,7	2,6	0,9
Keskiarvoinen muutos (cm)			-1,846

Avoimissa kysymyksissä 7–11 pyrittiin kartoittamaan, mitä asiakkaan mielestä terapiassa tehtiin, millaisia tuntemuksia ne herättivät, mikä oli terapiassa merkityksellistä ja mikä ei, sekä jäikö asiakas kaipaamaan jotain lisää terapiaansa. Viimeinen kysymys oli ns. “vapaa sana”, jossa asiakkaille annettiin mahdollisuus kertoa mitä tahansa terapiaan liittyen, mitä ei ollut aikaisemmin kysytty.

Kysymyksessä 7 asiakkaita pyydettiin kuvailemaan lyhyesti, mitä terapiassa kyseisellä kerralla tehtiin. Asiakkaiden kertoman mukaan terapian pääpainot olivat keskustelussa terapeutin kanssa sekä kehon käsittelyssä kosketuksen ja liikkeen keinoin. Kysymyksessä 8 pyydettiin asiakkaita kertomaan, minkälaisia tuntemuksia edellä kuvailtu fysioterapia heissä herätti. Useimmin esiintyviksi teemoiksi asiakkaiden vastauksista nousi kehotietoisuuden lisääntyminen, luottamuksen, turvallisuuden ja hoivatuksi tulemisen tunne sekä rentoutuminen. Kysymyksessä 9 asiakkaita pyydettiin kertomaan, mikä oli terapiassa merkityksellistä ja mikä oli vähemmän merkityksellistä. Asiakkaat nostivat merkityksellisenä esille keskustelun terapeutin kanssa mieltään askarruttavista tai painavista asioista, lisääntyneen tietoisuuden omasta kehostaan ja rauhoittumisen/rentoutumisen. Vähemmän merkityksellisiä asioita asiakkaat eivät kirjanneet lainkaan. Kysymyksiin 10 ja 11 asiakkaat vastasivat harvakseltaan, mutta vähäiset saadut vastaukset ilmaisivat asiakkaiden kokevan, että terapia sopii heille ja vastaa heidän tarpeisiinsa.

7.3 RAND-36 elämänlaatumittarin tulokset

Seuraavaksi esittelemme RAND-36 elämänlaatumittarin tulokset. Asiakkaat vastasivat poikkeuksetta kaikkiin kysymyksiin, joten tuloksia voidaan pitää luotettavina ja arvioivan kokonaisvaltaisesti asiakkaiden elämänlaatua eri osa-alueet huomioiden. RAND-elämänlaatumittari on jaettu kahdeksaan eri osioon: Fyysinen toimintakyky (FyTo), Roolitoiminta/fyysinen (RoFy), Roolitoiminta/psykykinen (RoPs), Tarmokkuus (Tarm), Psykykinen hyvinvointi (PsHy), Sosiaalinen toimintakyky (SoTo), Kivuttomuus (Kivu) sekä Koettu terveys (KoTe). Asiakkaiden alkuperäiset vastaukset koodattiin uudelleen RAND-36 ohjeistuksen mukaan, jolloin tulokset saatiin taulukoitua kunkin asiakkaan kohdalta. Uudelleen koodauksen jälkeen eri osa-alueille saatiin pistemäärä, jonka vaihteluväli on 0–100, 0 merkitessä huonointa ja 100 parasta mahdollista tulosta. (Aalto ym. 1999: liite 4.)

Asiakas 1:n tulokset on esitelty taulukossa 5. Asiakkaan vastauksien rinnalle on myös asetettu hänen ikäryhmäänsä vastaavat väestönnormit elämänlaadun eri osa-alueilta. Lähtökohtaisesti asiakkaan elämänlaatu parani (RoFy, RoPs, Tarm ja SoTo) tai pysyi

samana (PsHy, Kivu ja KoTe). Ainoastaan fyysisen toimintakyvyn (FyTo) osiossa elämänlaatu aleni. Asiakkaan loppumittauksen tuloksia vertaillaessa ikäryhmän 45–49 v. väestönnormeihin voidaan huomata asiakkaan sijoittuvan väestönnormien alapuolelle osioissa tarmokkuus, psyykinen hyvinvointi sekä sosiaalinen toimintakyky. Kyseiset osiot korreloivat melko vahvasti keskenään.

Taulukko 5. Asiakkaan 1 elämänlaatumittarin tulokset.

Asiakas 1	Tutkimusjakson alussa	Tutkimusjakson lopussa	Muutos	RAND-36-asteikkojen väestönnormit 5-vuotisiaikäryhmissä naisilla (45–49)
FyTo	100	90	-10	88,8
RoFy	50	100	+50	79,1
RoPs	33,33	100	+66,67	78,4
Tarm	30	50	+20	66,6
PsHy	68	68	0	75,6
SoTo	62,5	75	+12,5	81,4
Kivu	90	90	0	73,5
KoTe	80	80	0	65,6

Asiakkaan 2 tulokset on esitelty taulukossa 6. Asiakkaan vastauksien rinnalle on asetettu RAND-36 -asteikkojen pitkäaikaissairaiden väestöarvot, johtuen asiakkaan nivelrikko-diagnoosista. Tulimme siihen tulokseen, että asiakkaan kohdalla pitkäaikaissairaiden arvot olisivat tarkoituksenmukaisempia vertailukohtia kuin ikäryhmän väestönnormit. Asiakkaan elämälaatu parani tai pysyi samana kaikissa osioissa, paitsi kivuttomuudessa, jossa elämänlaatu aleni 70:stä 57,5 pisteeseen. Pitkäaikaissairaiden väestöarvojen alapuolelle asiakas jää osioissa Fyysinen toimintakyky, Roolitoiminta/Fyysinen sekä Kivuttomuus. Vaikka osassa osioita asiakas jääkin vielä väestöarvojen alapuolelle, on huomionarvoista, että positiivisia muutoksia on tapahtunut lähes jokaisella elämänlaadun osa-alueella tutkimusjakson aikana.

Taulukko 6. Asiakkaan 2 elämänlaatumittarin tulokset.

Asiakas 2	Tutkimusjakson alussa	Tutkimusjakson lopussa	Muutos	RAND-36-asteikkojen ikä- ja sukupuoli vakioituja väestöarvoja eri väestöryhmissä (pitkäaikaissairaat)
FyTo	45	60	+15	79,1
RoFy	25	50	+25	63,7
RoPs	0	100	+100	69,2
Tarm	50	65	+15	58,1
PsHy	68	84	+16	70,0
SoTo	62,5	100	+37,5	76,8
Kivu	70	57,5	-12,5	67,8
KoTe	60	60	0	58,1

Asiakas 3:n tulokset on esitelty taulukossa 7. Myös hänen kohdallaan on tulosten vertailukohteena käytetty pitkäaikaissairaiden väestöarvoja, syynä asiakkaan nail- patella ja nivelrikko diagnoosit. Asiakkaan elämänlaatu parani tai pysyi samana kaikissa osioissa. Väestöarvojen yläpuolelle asiakas kuitenkin pääsi vain psyykkisen hyvinvoinnin ja psyykkisen roolitoiminnan osioissa, joissa asiakkaalla on alun alkaen ollut hyvät pisteet. Näitä voidaan pitää epäilyksettä asiakkaan voimavaroina. Huomattavaa on kuitenkin, että asiakkaan pistemäärät osioissa roolitoiminta/fyysinen, tarmokkuus ja koettu terveys ovat olleet lähtökohtaisesti alhaiset, eikä niihin ole tullut parannusta 3 kuukauden tutkimusjakson aikana. Fyysinen toimintakyvyn tulos on kohentunut hieman, mutta pistemäärä on edelleen noin $\frac{1}{3}$ maksimipistemäärästä. Suurimmat positiiviset muutokset ovat tapahtuneet kivuttomuuden ja sosiaalisen toimintakyvyn osioissa.

Taulukko 7. Asiakkaan 3 elämänlaatumittarin tulokset.

Asiakas 3	Tutkimusjakson alussa	Tutkimusjakson lopussa	Muutos	RAND-36-asteikkojen ikä- ja sukupuoli vakioituja väestöarvoja eri väestöryhmissä (pitkäaikaissairaat)
FyTo	30	35	+5	79,1
RoFy	0	0	0	63,7
RoPs	100	100	0	69,2
Tarm	25	25	0	58,1
PsHy	80	88	+8	70,0
SoTo	0	50	+50	76,8
Kivu	22,5	45	+22,5	67,8
KoTe	25	25	0	58,1

Asiakkaan 4 tulokset on esitelty taulukossa 8. Niiden rinnalle on asetettu asiakkaan ikäryhmän mukaiset väestönormit vertailukohteeksi. Asiakkaalla on ollut lähtökohtaisesti

korkeat pisteet kaikissa elämänlaadun osa-alueissa ja loppumittauksessa ainoastaan sosiaalisessa toimintakyvyssä on tapahtunut huomattava negatiivinen muutos. Myös psyykinen hyvinvointi on alentunut hieman tutkimusjakson aikana, mutta tulos on edelleen väestöarvon yläpuolella, kuten muutkin osa-alueet sosiaalista toimintakykyä lukuun ottamatta.

Taulukko 8. Asiakkaan 4 elämänlaatumittarin tulokset.

Asiakas 4	Tutkimusjakson alussa	Tutkimusjakson lopussa	Muutos	RAND-36-asteikkojen väestönormit 5-vuotiskäryhmissä naisilla (40–44)
FyTo	95	95	0	92,7
RoFy	100	100	0	81,2
RoPs	100	100	0	78,0
Tarm	80	85	5	62,8
PsHy	92	88	-4	72,7
SoTo	100	50	-50	82,9
Kivu	90	90	0	77,9
KoTe	85	85	0	67,7

7.4 Yhteenveto

Tässä tutkimuksessa tarkasteltuna kyselylomakkeen kaikissa janakysymyksissä (kehon jännitystila, kipukokemus, kehotietoisuus ja vireystila) tapahtui keskimääräisesti positiivisia muutoksia yhden terapiakerran aikana. Vaikka yksilölliset erot ovat suuret, osassa vastauksista on silti löydettävissä yhtenäisiä teemoja. Asiakkaat olivat usein terapiaan tullessaan väsyneitä ja/tai kivuliaita. Terapialla oli asiakkaisiin usein rentouttava vaikutus (3,7 cm muutos), ja he tiedostivat kehoaan aiempaa hieman paremmin. Keskustelu terapeutin kanssa koettiin merkitykselliseksi, samoin tiedon ja tietoisuuden lisääntyminen omasta kehosta. Asiakkaat eivät kirjanneet lainkaan terapiassa kokemiaan vähemmän merkityksellisiä seikkoja, mistä voidaan olettaa, että terapia on ollut asiakaskeskeistä ja paneutuminen on kohdistunut selkeästi asiakkaalle tärkeisiin asioihin. Sekä janakysymysten että avoimien kysymysten vastaukset tukivat toisiaan antaen samankaltaista informaatiota asiakkaan kokemuksista.

Tulos ei ole yllättävä, sillä psykofyysisen fysioterapian tulisikin vaikuttaa näihin elämänlaatuun vaikuttaviin tekijöihin. Sosiaalinen toimintakyky lisääntyi myös jonkun verran (+12,5). Yllättävä tulos oli se, että kivun kokemisessa, psyykkisessä hyvinvoinnissa ja tarmokkuudessa tapahtui vain vähän positiivisia muutoksia ja koetussa terveydentilassa

ei tapahtunut muutoksia lainkaan. Tämä tulos saattaa myös johtua siitä, että tutkimusjakso ei ollut tarpeeksi pitkä, jotta näihin elämänlaadun osa-alueisiin olisi saatu vaikuttavia tuloksia. Syynä voi myös olla se, että asiakkaiden terapiaprosessit olivat edenneet jo niin pitkälle, että suurimmat muutokset olivat tapahtuneet jo ennen tutkimusjaksoa.

Asiakkaiden elämänlaatumittarin tuloksia vertaillessa voidaan laskea joka osiolle keskiarvoiset muutokset, jotka on esitelty taulukossa 9. Suurimmat muutokset tapahtuivat tämän kolmen kuukauden terapiajakson aikana psyykkisen roolitoiminnan (+41,68), fyysisen roolitoiminnan (+37,5) ja fyysisen toimintakyvyn (+22,5) osa-alueilla. Yksilölliset erot olivat kuitenkin suuria, joten yhtenäisiä johtopäätöksiä ei voida tehdä. On esimerkiksi syytä pohtia, onko asiakas 4:n elämänlaatu oikeasti laskenut, vai onko asiakas tullut kriittisemmäksi arvioidessaan elämänlaatuun esimerkiksi lisääntyneen tietoisuuden seurauksena. Tutkimusryhmämme koko oli pieni, joten vastaisuudessa suuremmalla otannalla voisi olla mahdollista selvittää, löytyykö asiakkaiden kokemuksista yhteneväisiä linjoja tulosten suhteen. Tutkimusryhmässämme oli sekä pitkäaikaissairaita että normaaliväestöön verrattavia asiakkaita. Jatkotutkimuksissa asiakasryhmää voitaisiin tarkentaa esimerkiksi pitkäaikaissairaisiin tai tiettyyn ikäryhmään. Tutkimukseemme osallistui pelkästään naispuolisia asiakkaita, joten myös miesten elämänlaatua olisi syytä tutkia ja mahdollisesti vertailla sukupuolten välisiä eroja keskenään.

Taulukko 9. Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden elämänlaatumittarin alku- ja loppumittauksen välillä tapahtuneiden muutosten keskiarvo

	Keskimääräinen muutos
Fyto	+22,5
Rofy	+37,5
Rops	+41,68
Tarm	+5
PsHy	+5
SoTo	+12,5
Kivu	+8,75
Kote	0

8 Pohdinta

Opinnäytetyö on moniulotteinen oppimisprosessi, jota tehdessä opiskelijan tulee osata monipuolisesti hyödyntää fysioterapian koulutuksessa opittua, hankkia tietämystä ja jäsenellä uutta tietoa. Opinnäytetyön tekemiseen oli koulutusohjelmassa varattu vuosi aikaa. Vaikka aikaa oli verrattain runsaasti, varsinaisen työn tekeminen tiivistyi loppua kohti. Halusimme tehdä opinnäytetyön aiheesta, joka tukisi meidän molempien kiinnostuksen kohteita, ja tämä osoittautui opinnäytetyömme toteutuksessa sekä haasteeksi että mahdollisuudeksi. Monet opinnäytetyöt toteutuvat niin, että opiskelijat ottavat johonkin työelämän yhteistyökumppaniin yhteyttä ja yhteistyökumppani tarjoaa opinnäytetyölle aihepiirin. Tässä työssä päätimme ensin pitkällisen pohdiskelun jälkeen suuntaa antavan opinnäytetyön aiheen ja vasta aihepiirin valinnan jälkeen otimme mahdollisiin yhteistyökumppaneihin yhteyttä. Tämä osaltaan hidasti opinnäytetyön tuottamisen aloittamista. Päädyimme tulokseen, että fysioterapeutti Tuija Laineen kanssa yhteistyössä toimiminen tukee opinnäytetyömme tavoitetta parhaiten. Muutamien yhteydenottojen ja tapaamisten jälkeen sekä opinnäytetyötä ohjaavien opettajien että yhteistyökumppanimme kanssa opinnäytetyön lopullinen aihe muotoutui. Tämän jälkeen aloimme pohtia opinnäytetyön toteutusta: mitä tutkimusmittareita hyödyntäisimme, jotta lopputulos palvelisi opinnäytetyömme tarkoitusta parhaalla mahdollisella tavalla, eli tutkimuksemme olisi mahdollisimman validi. Ratkaisu tähän tutkimusongelmaan oli elämänlaatumittari RAND:in käyttäminen ja oman kyselylomakkeen laatiminen.

Yhteistyökumppanimme näkemys ohjasi paljon kyselylomakkeen muotoutumista, ja hän kokikin olevansa paljolti vastuussa sen asiasisällöstä, sillä meidän kokemuksemme psykofyysisestä fysioterapiasta ovat verrattain vähäiset. Tutkimuslomakkeessa päädyimme ratkaisuun käyttää osassa kysymyksiä VAS-janaa, joka on tutkittu mittari asiakkaan subjektiivisten kokemusten mittaamiseen. Työmme reliabiliteettia vähentää VAS-janan pituudessa tapahtunut mittausvirhe, sillä jana ei ollutkaan 10 cm pituinen myös tulostetussa versiossa. Kuitenkin kaikki janat ovat keskenään samanmittaisia (12 cm), joten tulokset ovat mittausvirheestä huolimatta yleistettäviä ja vertailukelpoisia keskenään. Tämä opetti meille sen, että tutkimuslomakkeita tehtäessä on oltava erittäin tarkka ja huolellinen sekä yritettävä ennakoida kaikki mahdolliset esteet, haasteet ja tutkimustuloksiin vaikuttavat tekijät, jotta ne pystytään mahdollisimman hyvin minimoimaan. Janakysymysten lisäksi tutkimuslomake sisälsi muutaman avoimen kysymyksen. Olisimme voineet laatia kysymyslomakkeen käyttäen pelkästään esimerkiksi VAS-janaa, jolloin kaikki vastaukset olisivat olleet numeerisia arvoja, mikä olisi helpottanut tutkimustulosten

vertailua ja analysointia. Halusimme kuitenkin sisällyttää kyselylomakkeeseen fysioterapiakokemuksiin liittyviä avoimia kysymyksiä, sillä emme halunneet ohjailta vastauksia vaan halusimme antaa asiakkaan itse sanallistaa kokemuksensa joiltain osin. Tutkimuksemme pieni otanta mahdollisti tämän kysymysasettelun käytön.

Tutkimusjakson pituudeksi määräytyi kolme kuukautta, sillä se sopi opinnäytetyömme toteutuksen aikatauluun, ja arvioimme saavamme kerättyä tarpeeksi asiakkaiden kokemuksia, jotta tutkimus voitiin ylipäättään toteuttaa. Aineistoa saatiin kerättyä oletettua vähemmän, mutta koimme sen kuitenkin riittäväksi. Lisäksi halusimme, että tuloksissa olisi teoriassa mahdollista havaita muutoksia elämänlaadussa tutkimusjakson aikana. Psykofyysiset fysioterapiaprosessit ovat usein pitkiä, joten lyhempi tutkimusjakso ei tuntunut mielekkäältä. Kesäaika oli työn tekemisen kannalta haastavaa johtuen yhteistyökumppanin sekä asiakkaiden kesälomista, jotka vaikuttivat varsinaisen tutkimuksen aloitusajankohtaan.

Tutkimukseemme osallistuneet asiakkaat rekrytoitiin yhteistyökumppanimme jo olemassa olevasta asiakaskunnasta. Tutkimuksemme tarkoitus ei ollut millään muotoa vaikuttaa asiakkaiden saamaan fysioterapiaan, fysioterapiakertojen määrään tai ajankohtaan, vaan halusimme liittää tutkimuksen yksityisen fysioterapialaitoksen toiminnan oheen. Siksi emme vakioineet esimerkiksi fysioterapiakertojen määrää, fysioterapiakeran sisältöä, tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden fysioterapiasuhteen pituutta tai vaatineet tutkimukseen osallistuneilta ihmisiltä tiettyä diagnoosia. Koska tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat olleet yhteistyökumppanimme asiakkaina jo jonkin aikaa ja heidän terapiaprosessinsa olivat jo käynnissä, varsinaisia terapiakertoja kertyi 3 kuukauden tutkimusjakson aikana suhteessa vähän. Yhteistyökumppanimme kertoman mukaan hänen uudet asiakkaansa kävivät terapiassa keskimäärin kerran viikossa, joten mikäli olisimme rajanneet asiakasryhmän uusiin asiakkaisiin, olisimme saattaneet saada kerättyä enemmän dataa. Uusien asiakkaiden kohdalla riskinä sen sijaan olisi ollut haluttomuus osallistua ja sitoutua tutkimukseen terapiaprosessin ollessa alkutekijöissään. Lisäksi uudet asiakkaat aloittivat terapiansa vasta syyskuun puolella, jolloin $\frac{1}{3}$ tutkimusjaksosta oli jo takana, minkä vuoksi päätimme olla rekrytoimatta heitä mukaan tutkimukseen.

Yhteistyökumppanimme kertoi, että asiakkaiden oli joskus vaikea vastata kyselylomakkeen kysymykseen 1, jossa piti kuvailla sen hetkistä olotilaa kolmella adjektiivilla. Mahdollisesti olisi ollut parempi asetella kysymys toisin vastaamisen helpottamiseksi, esi-

merkiksi “kuvaile muutamalla sanalla tämänhetkistä olotilaasi”. Kuitenkaan kahden pilot-tiasiakkaan kanssa kyselylomakkeen esitestauksessa ei ollut ilmennyt ongelmia. Kyse-lylomaketta laadittaessa olimme laittaneet janakysymysten asettelun positiivisesta tun-temuksesta negatiivisempaan kokemukseen VAS-kipujan mukaisesti (ei kipua - pahin mahdollinen kipu). Tuloksiin jana-asettelu ei vaikuttanut millään tavalla, mutta tulosten loogista tarkastelua olisi toisaalta helpottanut se, että olisimme laittaneet osassa kysy-myksiä asetelman päinvastoin. Esimerkiksi kysymyksissä kehotietoisuudesta ja vireysti-lasta lukema (cm) vähenee vaikka suurimmassa osassa tuloksia kehotietoisuus lisääntyi ja vireystila nousi. Kyselylomakkeen laatimisprosessista opimme myös sen, että kysy-mystenasettelulla on tärkeä merkitys.

Opinnäytetyön on oppimisprosessi, jonka avulla olemme syventäneet tietämystämme tanssi- ja liiketerapiasta sekä psykofyysisestä fysioterapiasta teoriassa. Koemme opin-näytetyön tavoitteen ja tarkoituksen toteutuneen, sillä olemme saaneet jonkinlaista käsi-tystä siitä, miten asiakkaiden subjektiivisia kokemuksia tanssiterapiasta osana psykofyy-sistä fysioterapiaa voidaan kartoittaa. Opinnäytetyömme osoittaa, että tanssiterapia osana psykofyysistä fysioterapiaa tämän tutkimusjakson aikana sai aikaan positiivisia muutoksia elämänlaadussa psyykkisen ja fyysisen roolitoiminnan sekä fyysisen toimin-takyvyn osa-alueilla. Lisäksi suurin muutos yksittäisellä terapiakerralla oli kehon jänni-tystilassa: asiakkaat kokivat tällaisen fysioterapiakerran jälkeen kehonsa olevan rentou-tuneempi. Tämä tuli ilmi sekä janakysymyksessä että avoimissa kysymyksissä.

Tutkimuksessa saadut tulokset olivat vaihtelevia, mutta mielenkiintoisia, ja aihetta olisi syytä tutkia lisää, esimerkiksi juuri terapiaprosessinsa aloittaneiden parissa ja miten te-rapiajakson pituus vaikuttaa subjektiivisiin kokemuksiin. Työ opettaa tekijäänsä, ja teke-miemme virheiden kautta opimme analysoimaan omaa toimintaamme paremmin, otta-maan huomioon monenlaisia prosessin lopputulokseen vaikuttavia tekijöitä ja välttä-mään mahdollisesti seuraavalla kerralla tässä prosessissa tapahtuneet virheet ja riskit. Opinnäytetyö on opettanut meitä näkemään, että pienistä osista muodostuu koko-naisuus ja tämä kokonaisuus pitää nähdä jo varhaisessa vaiheessa, jotta osat palvelevat mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ennalta suunniteltua lopputulosta.

Lähteet

Aalberg, Veikko 2009. Psykodynaamiset yksilöterapiat. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00103> Luettu 8.9.2014.

Aalto, Anna-Mari – Aro, Arja R. – Teperi, Juha 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina – Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 101, 1999. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/04/04/RAND-36_ohjeet_Aalto_1999.pdf> Luettu 8.9.2014.

Bakal, Donald 1999. Minding the Body: clinical uses of somatic awareness. New York: Guilford Press.

Bunce, Jill 2006. Dance movement therapy with patient Parkinson's disease. Teoksessa Dance movement therapy. Theory, research and practice. Toim. Payne, Helen. 2. painos. New York: Routledge.

Chaiklin, Sharon 2009. We Dance from the Moment Our Feet Touch the Earth. Teoksessa The Art and Science of Dance/Movement Therapy. Life Is Dance. Toim. Chaiklin, Sharon ja Wengrower Hilda. New York: Routledge.

Hayes, Jill. Dance movement therapy with undergraduate dance students. Teoksessa Dance movement therapy. Theory, research and practice. Toim. Payne, Helen. 2. painos. New York: Routledge.

Herrala, Helinä – Kahrola, Tytti – Sandström, Marita 2010. Psykofyysinen ihminen. 1.–2. painos. Espoo: WSOYpro Oy 2010.

Huttunen, Matti 2013. Somatisaatiohäiriöt (psykosomaattiset oireet). Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00490> Luettu 25.8.2014.

Jyväskylän yliopisto. Avoimen yliopiston Koppa. Menetelmäpolkuja humanisteille. Teemoittelu. n.d. <<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/teemoittelu>>. Luettu 18.11.2014

Karkou, Vicky 2006. Dance movement therapy in the community. Group work with people with enduring mental health difficulties. Teoksessa Dance movement therapy. Theory, research and practice. Toim. Payne, Helen. 2. painos. New York: Routledge.

Laine, Tuija 2014. Fysioterapeutti, tanssi- ja liiketerapeutti. Asiantuntija-haastattelu sähköpostin välityksellä.

Lehtinen, Päivi – Martin, Minna – Lillrank, Benita 2010. Hengityksen psykofyysinen säätely. Teoksessa Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta 2010.

Loman, Susan 2011. Tanssi- ja liiketerapia. Teoksessa Ilmaisuterapiat. Toim. Malchiodi, Cathy. Suom. Kankaansivu Kirsi. Unipress 2011.

Martin, Minna – Seppä, Maila – Törö, Tiina 2010. Hengittävä kohtaaminen. Teoksessa Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Mediapinta 2010.

Meekums, Bonnie 2006. Embodiment in dance movement therapy training and practice. Teoksessa Dance movement therapy. Theory, research and practice. Toim. Payne, Helen. 2. painos. New York: Routledge.

Nikander, Riku 2013. Kvalitatiivisen tutkimustyön menetelmät. Luentomateriaali. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Parvia, Riitta 1997. Tanssiterapia mielenterveystyössä. Teoksessa Lintunen, Taru – Koivumäki, Kari – Säilä, Hannu (toim.): Jalka potkee mieli notkee – Liikunta mielenterveyden tukena. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Payne, Helen 2006. Introduction. Embodiment in action. Teoksessa Dance movement therapy. Theory, research and practice, (toim.) Helen Payne. 2. painos. New York: Routledge.

Robinson, Howard 2011. Dualism. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Verkkodokumentti. <<http://plato.stanford.edu/entries/dualism/>>. Luettu 24.8.2014.

Sand, Olav – Sjaastad, Øystein V. – Haug, Egil – Bjålie, Jan G. Kuv. Toverud, Kari C. 2011. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Suom. Hekkanen, Raila. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys – PsyFy ry. 2014. Verkkodokumentti. <<http://www.psyfy.net/>> Luettu 6.9.2014.

Suomen Tanssiterapiayhdistys ry 2003. Verkkodokumentti. <<http://www.tanssiterapia.net/>>. Luettu 30.9.2014.

Sveins, Petteri 2014. Psykoterapeutti. Asiantuntija-haastattelu 21.10.2014.

Svennevig, Hanna 2005. Kehon mieli. Kehontuntemuksesta itsetuntemukseen. Helsinki: WSOY.

Vainio, Anneli 2009. Kivunhallinta. Voiko kipua mitata? Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025>. Luettu 19.10.2014.

Wengrower, Hilda 2009. The Creative-Artistic Process in Dance/Movement Therapy. Teoksessa The Art and Science of Dance/Movement Therapy. Life Is Dance. Toim. Chaiklin, Sharon ja Wengrower Hilda. New York: Routledge.

Ylönen Maarit 2007. Luova ja terapeuttinen liike lasten kehityksen tukena. Liikuntakasvatusten julkaisuja 8. Liikuntatieteenlaitos. Jyväskylä: Kopijyvä Oy

Saatekirje

Helsinki 9.6.2014

Hyvä vastaanottaja,

olemme kaksi fysioterapeuttiopiskelijaa Metropolia Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä asiakkaan kokemuksista saamastaan psykofyysisestä fysioterapiasta. Osana opinnäytetyötämme suoritamme kyselytutkimuksen. Tutkimusjakson pituus on 3 kuukautta ja tämän ajanjakson sisällä olevien fysioterapiakertojen aikana tutkimukseen osallistuva asiakas täyttää tutkimuslomakkeet. Tutkimukseen osallistuvat asiakkaat on valittu fysioterapeutti Tuija Laineen asiakaskunnasta.

Alku- ja loppumittauksessamme, tutkimusjakson ensimmäisellä ja viimeisellä fysioterapiakerralla, käyttämämme kysely on Anna-Mari Aallon, Arja Aron ja Juha Teperin kehittämä RAND-36 elämänlaatumittari. Tämän kyselyn tarkoituksena on tutkia, millaisia vaikutuksia psykofyysisellä fysioterapialla on havaittavissa asiakkaan elämänlaatuun 3 kuukauden tutkimusjakson aikana. Olemme lisäksi laatineet jokaisen fysioterapiakerran alussa ja lopussa täytettäväksi asiakkaan subjektiivisten tuntemusten ja fysioterapiakokemusten kartoittamiseen oman tutkimuslomakkeen. Tällä lomakkeella on tarkoitus kerätä tietoa psykofyysisen fysioterapian välittömistä vaikutuksista asiakkaan olotilaan.

Tutkimukseen osallistuminen tapahtuu anonymisti. Esitietolomakkeella keräämme vain tutkimuksemme kannalta olennaiset tiedot, tarkempia henkilötietoja ei kerätä. Vastauksianne ei voida yhdistää Teihin ja ne käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuminen ja kyselyyn vastaaminen ei vaikuta saamaanne fysioterapiaan. Teillä on halutessanne oikeus keskeyttää ja jättää osallistumatta tutkimukseen. Opinnäytetyön olisi tarkoitus valmistua marraskuussa 2014. Opinnäytetyö on julkinen ja Teillä on oikeus saada tarkastella, mihin kyselylomakkeilla kerättyä tietoa on käytetty.

Etukäteen osallistumisestanne kiittäen,

Milla Hutri
fysioterapiaopiskelija
Metropolia Ammattikorkeakoulu
milla.hutri@metropolia.fi

Sonja Kataja
fysioterapiaopiskelija
Metropolia Ammattikorkeakoulu
sonja.kataja@metropolia.fi

Esitietolomake

Päivämäärä: _____

Asiakastunniste: _____

Päivämäärä, jolloin olen aloittanut fysioterapian Tuija Laineen vastaanotolla: _____

Sukupuoli: nainen ___ mies ___

Ikä: ___

Diagnoosi:

Oireet, joiden takia olen hakeutunut fysioterapeutin vastaanotolle:

Kuvaile, miten oireet vaikuttavat elämääsi (esim. työssä tai vapaa-ajalla, itsestä huolehtimisessa, unen laadussa yms.):

Odotukseni fysioterapialta:

Kyselylomake

Päivämäärä: _____

Asiakastunniste: _____

1. Kuvaile tämän hetkistä oloasi kolmella adjektiivilla.

2. Koen kehoni tuntuvan tällä hetkellä... Merkitse janalle rastilla (x) tuntemuksesi:

Rentoutuneelta

Jännittyneeltä

|-----|

3. Kiputuntemukseni voimakkuus. Merkitse janalle rastilla (x) tuntemuksesi:

Ei lainkaan kipua

Pahin mahdollinen kipu

|-----|

4. Jos kipua tuntuu, niin missä?

5. Miten hyvin aistit tällä hetkellä omaa kehoasi ja sen tuntemuksia?

Hyvin

Heikosti

|-----|

|

6. Vireystila. Merkitse janalle rastilla (x) tuntemuksesi:

Korkea

Matala

|-----|

Päivämäärä: _____

Asiakastunniste: _____

1. Kuvaile tämän hetkistä oloasi kolmella adjektiivilla.

2. Koen kehoni tuntuvan tällä hetkellä... Merkitse janalle rastilla (x) tuntemuksesi:

Rentoutuneelta

Jännittyneeltä

|-----|

3. Kiputuntemukseni voimakkuus. Merkitse janalle rastilla (x) tuntemuksesi:

Ei lainkaan kipua

Pahin mahdollinen kipu

|-----|

4. Jos kipua tuntuu, niin missä?

5. Miten hyvin aistit tällä hetkellä omaa kehoasi ja sen tuntemuksia?

Hyvin

Heikosti

|-----|

6. Vireystila. Merkitse janalle rastilla (x) tuntemuksesi:

Korkea

Matala

|-----|

7. Kuvaile lyhyesti mitä fysioterapiassa tehtiin:

8. Millaisia tunteita edellä kuvailemasi fysioterapia sinussa herätti:

9. Mikä terapiakerrassasi oli tänään sinun kannaltasi merkityksellisintä ja mikä oli vähemmän merkityksellistä:

10. Jäitkö kaipaamaan jotain lisää tämänkertaiseen fysioterapiaan?

11. Haluatko sanoa vielä jotain muuta tämänkertaisesta fysioterapiasta?

Kiitos vastauksistasi!