

Amanda Koivunen & Katariina Miettinen

Sovelletut psykofyysisen fysioterapian harjoitteet osana fibromyalgiaa sairastavan elämää

Koulutustilaisuus

Opinnäytetyö

Kevät 2016

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Fysioterapian Tutkinto-ohjelma

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysala

Fysioterapia (AMK) -tutkinto-ohjelma

Amanda Koivunen ja Katariina Miettinen

Sovelletut psykofyysisen fysioterapian harjoitteet osana fibromyalgiaa sairastavan elämää: Koulutustilaisuus

Ohjaajat: Lehtori Pirkko Mäntykivi ja lehtori Riitta Kiili

Vuosi: 2016

Sivumäärä: 52

Liitteiden lukumäärä: 2

Fibromyalgia on krooninen kipu-uupumusoireyhtymä, johon liittyy laaja-alaisen kivun lisäksi masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja toimintakyvyn heikentymistä. Fyysinen ja psyykinen ylikuormittuneisuus vaikuttavat fibromyalgian syntyyn ja pahentavat sen oireita. Maailmanlaajuisesti fibromyalgiaa sairastaa noin 2-8 prosenttia väestöstä.

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka avulla pyritään ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn vahvistamiseen ja tukemiseen. Sitä voidaan käyttää muun muassa stressin, ahdistuneisuuden ja uupumuksen hoidossa sekä kivun lievityksessä. Tutkimusten mukaan psykofyysisen fysioterapian menetelmillä, kuten hengitys-, rentoutus- ja kehontuntemusharjoitteilla, on saatu positiivisia vaikutuksia yleisimmin fibromyalgiaa sairastavan toimintakykyyn, ahdistuneisuuteen ja kivun voimakkuuteen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä fibromyalgiaa sairastavien sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tietoutta oireyhtymästä ja psykofyysisen fysioterapian menetelmien käytöstä oireiden lievityksessä. Tavoitteena oli järjestää koulutustilaisuus fibromyalgiaa sairastaville psykofyysisen fysioterapian hyödyistä oireyhtymän hoidossa, sekä tehdä videomateriaali sovelletuista psykofyysisen fysioterapian harjoitteista.

Toiminnallinen opinnäytetyö koostui teoreettisesta viitekehyksestä, koulutustilaisuuden järjestämisestä ja videomateriaalin tekemisestä. Koulutustilaisuus järjestettiin Seinäjoella 17.8.2016 yhteistyössä Seinäjoen Reumayhdistys ry:n kanssa. Koulutustilaisuus sisälsi teoriaa fibromyalgiasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta sekä käytännön osion, jossa opeteltiin sovellettuja psykofyysisen fysioterapian harjoitteita. Palautteiden mukaan koulutustilaisuus koettiin hyödylliseksi ja mielenkiintoiseksi ja sen käytännön läheisyyttä pidettiin mielekkäänä.

Avainsanat: fibromyalgia, psykofyysinen fysioterapia, hengitys, rentoutus, kosketus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health Care and Social Work

Degree programme in Physiotherapy

Amanda Koivunen and Katariina Miettinen

Applied Psycho-Physical Physiotherapy Exercises as Part of Fibromyalgia Patient's Life: An Educational Event

Supervisors: Senior Lecturer Pirkko Mäntykivi and Senior Lecturer Riitta Kiili

Year: 2016

Number of pages: 52

Number of appendices: 2

Fibromyalgia is a disorder characterized by chronic pain and fatigue. It causes widespread pain, depression, anxiety and weakens physical performance. Excessive physical and mental distress can trigger fibromyalgia or aggravate the symptoms. About 2-8 percent of the world's population suffers from fibromyalgia.

Psychophysical physiotherapy is a special field of physiotherapy. The main purpose of psychophysical physiotherapy is to strengthen and support a patient's / person's overall performance. It can be used for treating stress, anxiety, fatigue and relieving pain. Many studies have shown that breathing, relaxation and body awareness exercises have positive effects on fibromyalgia patients' performance, anxiety and pain intensity.

The purpose of this thesis is to increase fibromyalgia patients' and health care professionals knowledge of the syndrome and the use of psychophysical physiotherapy methods in relieving the symptoms. The aim was to organize an educational event for fibromyalgia patients about the benefits of psychophysical physiotherapy in the treatment of the syndrome, and to make a video material about applied psychophysical physiotherapy exercises.

This functional thesis consisted of a theoretical frame, the organization of an educational event and making the video material. The event was organized in collaboration with Seinäjoki Rheumatism Association in Seinäjoki on August 17, 2016. The event included theory about fibromyalgia and psychophysical physiotherapy, and a practical section where participants practiced applied psychophysical physiotherapy exercises. According to the feed-back, the educational event was useful and interesting and the participants liked the practicality of the event.

Keywords: fibromyalgia, psychophysical physiotherapy, respiration, relaxation, touch

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 Johdanto.....	6
2 Fibromyalgia.....	8
2.1 Patofysiologia.....	8
2.2 Oireet.....	9
2.3 Diagnostiikka.....	10
2.4 Hoito.....	11
2.4.1 Lääkkeetön hoito.....	11
2.4.2 Lääkehoito.....	14
3 Psykofyysinen fysioterapia.....	16
3.1 Psykofyysisen fysioterapian lähestymistapa.....	16
3.2 Kognitiivinen käyttäytymisterapia.....	18
3.3 Body Awareness Therapy –menetelmä.....	20
3.3.1 Olemassaolon neljä tasoa.....	22
3.3.2 Kehoterapian harjoittaminen.....	22
3.4 Hengitys.....	26
3.4.1 Hengityksen säätely.....	26
3.4.2 Hengityksen ilmeneminen kehon asennossa.....	27
3.5 Kipupotilaan hengitys ja sen harjoittaminen.....	27
3.5.1 Epätasapainoinen hengitys.....	28
3.5.2 Hengitys ja lihasjännitys.....	29
3.5.3 Hengitysterapia.....	29
3.6 Rentoutus.....	30
3.6.1 Rentoutusmenetelmät.....	31
3.7 Kosketus ja hieronta.....	34
4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	36
5 Opinnäytetyön toteutus.....	37
5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	37

5.2 Koulutustilaisuus	37
5.3 Videomateriaali	39
5.4 Palautteet.....	39
6 Johtopäätökset ja pohdinta	41
LÄHTEET	45
LIITTEET	52

1 Johdanto

Fibromyalgia on diagnosoitu krooniseksi kipu-uupumusoireyhtymäksi, jossa sairastavan kivunsäätelyjärjestelmän ja sympaattisen hermoston toiminta on herkistynyt pitkään jatkuneen psyykkisen ja fyysisen kuormituksen takia (Kivikoski & Hannonen 2013, 1409). Fibromyalgiaa sairastavilla tuntuu voimakkuudeltaan ja sijainniltaan vaihtelevaa kipua lihaksissa, nivelissä ja jänteissä (Varinen 2015, 11). Kolmasosalla esiintyy myös masennusta ja ahdistusta, jotka vaikuttavat yhdessä uniongelmien ja kroonisen kivun kanssa sairastavan toimintakykyyn heikentäen sitä (Kivikoski & Hannonen 2013, 1409).

Fibromyalgiaa sairastaa maailmanlaajuisesti 2-8 prosenttia väestöstä, josta suurin osa on naisia (Mali 2016, 1371). Suomessa fibromyalgiaa sairastaa 2-5 prosenttia (Pellinen & Keinänen 2015, 24). Fibromyalgiadiagnoosi saadaan yleensä 30-50 vuoden iässä. Tutkimusten mukaan esiintyvyys lisääntyy iän myötä. (Varinen 2015, 12.)

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jolla pyritään vahvistamaan ja tukemaan ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä. Keskeistä on ymmärtää kehon ja mielen yhteys ja niiden vuorovaikutuksellinen kokonaisuus. Lähestymistavassa ohjataan kuntoutujaa tekemään havaintoja sekä ymmärtämään itseään hengityksen, asentojen ja liikkumisen tuomien tunteiden, ajatusten ja kokemusten kautta. (Psykofyysinen fysioterapia 2016.) Terapian tavoitteena on lievittää kipua, oppia rentoutumaan ja aistimaan sekä arvostamaan omaa kehoaan. Tärkeää on myös saada kuntoutuja vaikuttamaan kipujen ja oireiden syntyyn omien oivallusten kautta ja löytämään stressinhallintakeinoja elämään. (Menetelmät ja hyödyt 2016; Talvitie, Karppi, Mansikkamäki 2006, 265-266.)

Psykofyysinen lähestymistapa soveltuu kaikkiin fysioterapiatilanteisiin riippumatta toimintakyvyn ongelmasta. Erityisesti lähestymistapaa kannattaa hyödyntää stressistä, uupumuksesta, ahdistuneisuudesta tai pitkittyneistä kiputiloista kärsivien kanssa. (Psykofyysinen fysioterapia 2016; Talvitie ym. 2006, 265.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä fibromyalgiaa sairastavien sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tietoutta oireyhtymästä ja psykofyysisen fysioterapian

menetelmien käytöstä oireiden lievityksessä. Tavoitteena on järjestää koulutustilaisuus fibromyalgiaa sairastaville psykofyysisen fysioterapian hyödyistä oireyhtymän hoidossa, sekä tehdä videomateriaali sovelletuista psykofyysisen fysioterapian harjoitteista koulutustilaisuuteen osallistuville, Seinäjoen Reumayhdistykselle ja SeAMK:n opetuskäyttöön.

2 Fibromyalgia

Fibromyalgiassa sairastavan kivunsäätelyjärjestelmän ja sympaattisen hermoston toiminta on herkistynyt pitkään jatkuneen psyykkisen ja fyysisen kuormituksen takia. Kolmasosalla sairastavista esiintyy myös masennusta ja ahdistusta, jotka vaikuttavat yhdessä uniongelmiin ja kroonisen kivun kanssa sairastavan toimintakykyyn heikentäen sitä. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1409.)

Fibromyalgia on diagnosoitu krooniseksi kipu-uupumusoireyhtymäksi. Se kuuluu ”määrittämättömiin reumasairauksiin”, joka on tuki- ja liikuntaelinten sairausluokka. Fibromyalgia ei kuitenkaan ole tuki- ja liikuntaelinsairaus, sillä siihen ei liity tulehduksia eikä rakenteellisia kudosaivourioita. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1409.)

Malin (2016, 1371) mukaan fibromyalgiaa sairastaa maailmanlaajuisesti 2-8 prosenttia väestöstä. Esiintyvyys vaihtelee tutkimusten välillä riippuen niissä käytetyistä kriteereistä (Varinen 2015, 12). Suomessa fibromyalgiaa sairastaa 2-5 prosenttia (Pellinen & Keinänen 2015, 24). Suurin osa sairastavista on naisia, mutta fibromyalgiaa esiintyy myös miehillä ja lapsilla etnisistä taustoista riippumatta. Hoitoon haikutumisen erot sukupuolten kesken saattavat selittää sen, miksi esiintyvyys on naisilla suurempi. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1409.)

2.1 Patofysiologia

Fibromyalgian taustalla on keskushermoston kivunsäätelyjärjestelmän herkistyminen, kipua vaimentavien laskevien ratojen vajaatoiminta sekä sympaattisen hermoston epävakaata toiminta. Etiologia fibromyalgiassa on monitekijäinen ja yksilöllinen. Lisääntyneen tieteellisen näytön mukaan fibromyalgian syntyyn saattavat vaikuttaa myös muun muassa hidastunut veren virtaus talamukseen, hormonaalisen ”stressiakselin” (hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisen kuorikerros, HPA) homeostaasin pitkäkestoinen järkkäminen sekä serotoniini-, opioidi- ja endokannabinoidijärjestelmien riittämätön toiminta. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1409-1410; Mali 2016, 1371.) Vakava sairastuminen, raskas työrupeama tai psyykinen traumatisoituminen saattavat aiheuttaa fibromyalgiaan liittyviä kipu- ja uupumusoireita (Crofford 2015).

Periytyvyydellä on myös tutkittu olevan vaikutuksia altistua kipu- ja uupumusoireisiin (Crofford 2015). Perinnöllisten tekijöiden on tutkittu selittävän noin puolet sairastumisriskistä (Varinen 2015, 12). Tutkimuksen mukaan fibromyalgiaa sairastavien sisaruksilla on 27 prosentin mahdollisuus sairastua itsekin fibromyalgiaan, mutta sis-koksilla sairastumisriski on 44 prosenttia (Arnold ym. 2013, 1125-1126). Fibromyalgian periytyvyys saattaa osin selittyä opitun käyttäytymisen kautta. Toiset ihmiset ovat herkempiä reagoimaan stressiin ja ahdistuneisuuteen. Myös tietyillä geeneillä saattaa olla vaikutuksia. (Ablin, Neumann & Buskila 2008, 4.)

2.2 Oireet

Fibromyalgian oireet vaihtelevat intensiteetiltään ja tuntuvat sairastavilla yksilöllisesti. Yleisimpiä fibromyalgian oireita ovat laaja-alaisen, vaihtelevasti heikentyvän ja voimistuvan kivun lisäksi uupumus, uniongelmat, vaikeudet kognitiivisissa toiminnoissa ja jäykkyys. Lisäksi saattaa esiintyä masennusta ja ahdistuneisuutta, migreeniä, tension-neck -tyyppistä päänsärkyä, ärtynyttä tai yliaktiivista rakon toimintaa, ärtyvän suolen oireyhtymää, purentaelimistön toimintahäiriöitä (tmj) ja refluk-sitautia. (Varinen 2015 11, 13; Crofford 2015.)

Fibromyalgiaa sairastavilla tuntuu voimakkuudeltaan ja sijainniltaan vaihtelevaa kipua lihaksissa, nivelissä ja jänteissä (Varinen 2015, 11). Kipu on laaja-alaista, syvää ja kroonista, ja voi pahimmillaan tuntua jatkuvana koko kehossa. Kipu saattaa ilmetä jomottavana, kolottavana ja puristavana. Raajoissa saattaa olla voimattomuuden ja puutuneisuuden tunnetta. Usein sairastavilla keho tuntuu kömpelöltä ja tasapaino on heikentynyt. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1409.)

Fibromyalgiaa sairastavat kärsivät yleensä fatiikista ja uniongelmistä. Fibromyalgiassa fatiikki on kokonaisvaltaista uupumista, joka voi häiritä työperäisiä, henkilökohtaisia, sosiaalisia ja kasvatuksellisia toimintoja heikentämällä toimintakykyä. Fibromyalgiaa sairastavan uni on ”koiran unta”, mikä vähentää syvän unen määrää. (Fibromyalgia symptoms, [viitattu 17.5.2016].) Pinnallinen uni lisää sairastavan väsymystä, kivuliaisuutta ja alttiutta ahdistua, mikä edelleen heikentää seuraavan yön unta. Näin syntyy psykofysiologinen noidankehä, jossa keskushermosto itse ylläpitää kipua ja uupumusta. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1410.)

Muita oireita ja samanaikaisia sairauksia ovat muun muassa reuma, levottomat jalat, alentunut keskittymiskyky, näköongelmat, pyöritys ja jotkin neurologiset ongelmat. Osalla sairastuneista esiintyy myös valo- ja ääniherkkyyttä. Toiset fibromyalgiaa sairastavat tuntevat normaalin kosketuksen epämiellyttävänä ihon tunnon heristymisen vuoksi. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1409; Fibromyalgia symptoms, [viitattu 17.5.2016].) Fibromyalgiaa sairastavan oireita pahentavat vetoisa ympäristö, kiire, säätilan muutokset, fyysinen inaktiivisuus ja erityisesti henkinen paine ja stressi (Kivikoski & Hannonen 2013, 1410, 1412).

2.3 Diagnostiikka

Fibromyalgian diagnosointi on haasteellista. Patofysiologian ymmärryksen lisääntyminen on kehittänyt sen tunnistamista ja diagnosointia käytännössä. Diagnosoinnissa hyödynnetään fibromyalgian tunnusmerkkejä, kuten laaja-alaista kipua, uupumusta ja unihäiriöitä. Fibromyalgiaa ei voi diagnosoida laboratorikokeiden tai kuvantamismenetelmien avulla. Verikokeiden avulla voidaan poissulkea muita sairauksia. (Arnold, Clauw & McCarberg 2011, 457-45.)

Ensimmäiset fibromyalgian diagnosointikriteerit on kehittänyt The American College of Rheumatology vuonna 1990, joita päivitettiin vuonna 2010. Alkuperäisiin kriteereihin kuului 18 kipupisteen palpoinnista, joista kipua tai arkuutta piti olla 11 pisteessä. Päivitetyissä kriteereissä diagnoosi tehdään kipupisteiden sijaan tarkkan haastattelun ja lomakkeiden täytön perusteella. Lomakkeilla mitataan muun muassa kivun laajuutta (Widespread Pain Index) ja kivun vaikeutta (Symptom Severity Scale). Lisäksi selvitetään kivun kestoa ja muita oireita, kuten kognitiivisia oireita, uupumusta ja virkistämätöntä unta. (Wolfe ym. 2010.) Aikaisemmin lähes kaikki diagnoosin saaneista oli naisia, mutta uusien, laajempien diagnosointikriteereiden käyttöönotto on lisännyt huomattavasti miesten fibromyalgiadiagnooseja (Mali 2016, 1371).

Kivikosken ja Hannosen (2013, 1411-1412, 1414) mukaan käytännössä fibromyalgiadiagnoosi tehdään sairastavan huolellisen kuuntelun ja tarkkailun, sekä lääkärin tekemän aistinvaraisen tutkimisen perusteella. Tutkimisessa kannattaa hyödyntää edelleen kosketus- ja palpaatioarkuutta, koska ne ovat fibromyalgian tunnusmerk-

kejä. Fibromyalgian tunnistaminen ja diagnosoiminen kuuluvat pääasiassa perusterveydenhuoltoon. Lääkärin olisi kuitenkin hyvä olla reumatologi tai fysiatrian erikoislääkäri, sillä heillä on laaja erotusdiagnostiikan osaaminen. Fibromyalgiadiagnosi saadaan yleensä 30-50 vuoden iässä. Tutkimusten mukaan esiintyvyys lisääntyy iän myötä. (Varinen 2015, 12.)

2.4 Hoito

Fibromyalgiaa sairastaville ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Hoidon tavoitteena on, että sairastava oppisi omalla toiminnallaan hallitsemaan oireita, ja sitä kautta parantamaan toimintakykyään ja elämänlaatuaan. (Varinen 2015, 14.) Myös epätaipainoisen kivunsäätelyjärjestelmän toiminnan rauhoittaminen olisi tärkeää. Varhainen diagnosointi ja nopeasti aloitettu kokonaisvaltainen hoito moniammatillisen työryhmän johdolla saattavat parantaa ennustetta ja toimintakykyä. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1414-1415; Stenbäck 2016.)

Diagnoosin saaminen on jo yksi tärkeä osa hoitoa. Hoidon aloittamisen yhteydessä tulee kartoittaa henkilön senhetkinen elämäntilanne mahdollisimman tarkasti ja suunnitella yksilöllinen hoito- ja kuntoutusohjelma. Fibromyalgian hoidossa on erityisen tärkeää luoda luottamuksellinen hoitosuhde asiakkaan ja lääkärin välille. Terveyskeskuksen omalääkäri olisikin paras vaihtoehto fibromyalgiaa sairastavalle, jotta lääkäri pysyisi samana mahdollisimman pitkään. Hoidon toteutumisen kannalta tärkeää on myös tiivis yhteistyö eri hoitotahojen kanssa. Lisäksi erilaisten ammattiosaajien, kuten neurologin tai psykologin konsultaatio voi joskus olla tarpeen. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1415; Stenbäck 2016.)

2.4.1 Lääkkeetön hoito

Lääkkeetön hoito on aina ensisijainen hoitomuoto fibromyalgiassa. Hoidolla pyritään parantamaan sairastavan elämänlaatua, elämäntilannetta ja toimintakykyä (Kivikoski & Hannonen 2013, 1414). Hoidon haasteellisuuteen vaikuttaa jokaisen erilainen oirekuva (Pellinen & Keinänen 2015, 24).

Terveysliikunnalla pystytään vaikuttamaan fibromyalgiaan. Liikunnan aloittaminen tai sen lisääminen arkipäivään on tärkeää, koska hyvä lihasvoima ja kestävyyskunto vähentävät fibromyalgian oireita. (Stenbäck 2016.) Liikunta tasapainottaa kivunsäätelyjärjestelmää ja autonomista hermostoa. Liikunnalla saadaan myös tehostavia vaikutuksia anabolisten ja analgeettisten aineiden vapautumiseen, mikä vähentää tuki- ja liikuntaelinkipuja. Lisäksi keskushermoston dopaminergia voimistuu liikunnan avulla ja vaikutuksia saadaan kipujen lievittymiseen sekä vireydensäätelyn ja kognition normalisoitumiseen. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1414.)

Liikunnan pitäisi olla pitkäjänteistä ja säännöllistä, vähintään kaksi kertaa viikossa tapahtuvaa, jotta siitä saataisiin kunnolla hyötyä. Liikunta tulisi toteuttaa nousujohteisesti, aloittaen muutamista minuuteista ja kasvattaen määrää vähitellen. (Käypähoito suositus: Liikunta 2016.) Kestävyysliikunnan tulisi olla teholtaan kevyttä tai kohtuukuormitteista. Hengästyä ja väsyä saa hetkellisesti, mutta liian rasittavaa liikuntaa olisi syytä välttää. Jos liikunta pahentaa oireita, se on ollut todennäköisesti liian raskasta tai väärin tehtyä. (Stenbäck 2016.) Liikunnan aloittamisen yhteydessä harjoittelun jälkeinen kivun lisääntyminen on kuitenkin normaali fysiologinen reaktio (Pellinen & Keinänen 2015, 24).

Tutkimuksissa on vertailtu erilaisia aerobisen harjoittelun muotoja fibromyalgiaa sairastavilla. Kirjallisuuskatsauksen mukaan suositeltavin vaihtoehto olisi yhdistää kuivanmaan harjoittelu ja allasharjoittelu. Oireiden lievittämiseksi harjoittelun tulisi olla kohtuukuormitteista, kaksi tai kolme kertaa viikossa tapahtuvaa ja kestää vähintään neljän viikon ajan. (Häuser, Klose & Langhorst ym. 2010, 1,9.) Fibromyalgiaa sairastaville suositellaan myös pelkkää allasterapiaa lämpimässä vedessä, koska kiputunteuksia aiheutuu vähemmän kuin muissa liikuntalajeissa. Lämpimällä vedellä on kivun lievityksen lisäksi rentouttava vaikutus. (Pellinen & Keinänen 2015, 25.)

Voimaharjoittelusta on myös tutkittu olevan hyötyä fibromyalgiaa sairastavien oireiden hoidossa. Progressiivisella fysioterapeutin ohjaamalla voimaharjoitteluhjelmalla saatiin 15 viikon aikana positiivisia muutoksia lihasvoimaan, terveyden tilaan, kivun voimakkuuteen, kivun hyväksymiseen sekä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. (Larsson ym. 2015.) Samat tutkijat ovat myöhemmin tutkineet voimaharjoitte-

lun vaikutusta fibromyalgiaa sairastavien naisten fyysiseen väsymykseen. Merkittävään muutokseen saatiin kontrolliryhmään verrattuna fyysistä väsymystä mittaavassa asteikossa, ja erityisesti sen unen tehokkuutta mittaavassa osiossa. (Ericsson ym. 2016.)

Hoidossa on hyvä kokeilla monenlaisia keinoja ja erilaisia liikuntamuotoja löytääkseen itselleen parhaat. Sairastavan täytyy olla itse aktiivinen oman oireyhtymänsä hoidossa ja etsiä ratkaisuja, koska muuten ei voi saada tuloksia. Tärkeää on valita itselle mieluisin liikuntamuoto, mikä motivoi liikkumaan säännöllisesti. (Pellinen & Keinänen 2015, 24.)

Monia fysioterapian keinoja on kokeiltu fibromyalgian hoidossa, kuten fysikaalisia hoitoja sekä tasapainon, lihasvoiman ja kestävyuden harjoittamista. (Talvitie ym. 2006, 441.) Fibromyalgiaa sairastavien fysioterapiassa ei ole yhteistä linjaa, koska keinot, jotka helpottavat toisten oireita, voivat pahentaa niitä toisilla (Pellinen & Keinänen 2015, 24). Fysioterapian keinoilla pyritään vaikuttamaan fibromyalgiaa sairastavan kipuun verenkiertoa ja aineenvaihduntaa lisäämällä, esimerkiksi hieronnalla, kinesioteipillä tai kylmä- ja lämpöhoidoilla. Venyttelyharjoittelulla voidaan helpottaa fibromyalgiaa sairastavan kipua. Venyttely rentouttaa lihasta, lisää sen pituutta ja elastisuutta, sekä parantaa lihaksen aineenvaihduntaa ja verenkiertoa. (Nuoramo 2015, 25.)

Psykofyysisen fysioterapian avulla harjoitellaan kehotietoisuutta ja kehonhallintaa. Näillä harjoitteilla voi löytää oikeita liikemalleja, ja sitä kautta parantaa liikkumisen tuntemuksia. Hyvien tuntemusten etsiminen ja kokeminen on fibromyalgiaa sairastavien olennaista, koska yleensä mietitään vain kipua ja sen aiheuttamia rajoituksia. (Pellinen & Keinänen 2015, 24.) Hennardin (2011, 118, 120) tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan joogalla voidaan vaikuttaa positiivisesti fibromyalgiaa sairastavien yleiseen terveydentilaan ja myös spesifimpiin oireisiin, kuten uupumukseen, jäykkyyteen ja masentuneisuuteen.

Unenlaadun lisäämisen avulla voidaan vaikuttaa fibromyalgiaan liittyvään unettomuuteen. Sairastavaa haastatellaan unirytmistä ja nukkumisympäristöstä, sekä ohjataan vähentämään unenhäiriötekijöitä, kuten kofeiinia, alkoholia ja tupakointia. Myös unipäiväkirjan pitämisestä voi olla hyötyä. (Stenbäck 2016). Mirón ym.

(2011,1-4, 8-12) tutkimuksen mukaan voidaan todeta kognitiivisella käyttäytymisterapialla olevan vaikutuksia fibromyalgiaa sairastavien unettomuuteen, unen laatuun sekä päivittäiseen toiminnallisuuteen.

Kivun hallinta on tärkeä osa hoitoa. Sairastavan tulee tietää, mistä kivussa on kysymys. Kivun merkityksestä sairastavan elämässä, sekä kipua pahentavista ja helpottavista tekijöistä on hyvä keskustella. Lisäksi kipua aiheuttavien virheellisten ajatusmallien, kuten ”fyysinen rasitus aiheuttaa aina kipua”, ennaltaehkäisy tai poistaminen kuuluu kivun hallintaan. (Stenbäck 2016.)

2.4.2 Lääkehoito

Fibromyalgiassa lääkehoidolla ei voi korvata ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja. Lääkehoidon vaikutus on oireiden hoidossa, ei varsinaisen oireyhtymän hoidossa. Lääkkeillä pystytään lievittämään muun muassa kipua, uupumusta ja uniongelmia. Täysin oireettomaksi ei voida lääkkeilläkään parantaa, ja puoleen lievittyneet oireet ovatkin jo erinomainen hoitotulos. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1414.)

Lääkehoidossa tärkeää on yksilöllisesti suunniteltu lääkitys, koska melko suurelle osalle sairastavista lääkityksestä saadut hyödyt ovat pienemmät kuin aiheutuneet haittavaikutukset. Lääkitys tulisi aloittaa mahdollisimman pienillä annoksilla, koska haittavaikutukset voivat olla merkittävät jo ennen hyödyn saavuttamista. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1414.)

Lääkkeenä voidaan käyttää trisyklisiä masennuskipulääkettä, joka nostaa kipukynnystä ja syventää unta. Sen lisäksi käytetään kaksoistakaisinoton estäjiä, duloksetiinia ja milnasipraania, joilla on vahvaa tutkimusnäyttöä kivun hoidossa. Osalla fibromyalgiaa sairastavista oireita voidaan lievittää myös epilepsialääkkeillä. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1414; Stenbäck 2014; Hagelberg 2015; Hannonen 2009.) Kesushermoston kivunsäätelyjärjestelmää tasapainottavia analgeetteja kannattaa kokeilla fibromyalgian hoidossa. Niillä on unta, masennusta sekä ahdistuneisuutta parantava vaikutus. Kaikilla nämä eivät kuitenkaan tehoa oireiden lievitykseen. (Kivikoski & Hannonen 2013, 1414.)

Tulehduskipulääkkeet eivät lievitä fibromyalgiasta johtuvaa kipua, koska se ei ole inflammatorista. Lihasrelaksanteista tai glukokortikoideista ei tutkimusten mukaan myöskään ole hyötyä fibromyalgiaa sairastavan kivun hoidossa. Parasetamolin käyttö kivun hoidossa on melko yleistä, vaikka sen vaikuttavuudesta ei ole kontrolloituja tutkimuksia. Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet vaikuttavat fibromyalgian rinnalla olevaan nosiseptiiviseen kipuun, minkä vuoksi niiden kuvataan lievittävän fibromyalgiaa sairastavien kipua. (Hannonen 2009; Kivikoski & Hannonen 2013,1414.)

3 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jolla pyritään vahvistamaan ja tukemaan ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä. Keskeistä on ymmärtää kehon ja mielen yhteys ja niiden vuorovaikutuksellinen kokonaisuus. Psykofyysisen fysioterapian lähestymistapa on kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja fysiatrien yhteistyön kautta. Lähestymistapa on saanut paljon vaikutteita Norjasta ja Ruotsista. Suomessa se on yleistynyt vasta 1980-luvun aikana lisääntyneen koulutuksen myötä. (Psykofyysinen fysioterapia 2016; Talvitie ym. 2006, 265.)

3.1 Psykofyysisen fysioterapian lähestymistapa

Kokemuksellinen oppiminen on psykofyysisen fysioterapian perusta. Sen avulla etsitään kuntoutujan voimavaroja ja ohjataan löytämään elämään selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja. Psykofyysisessä fysioterapiassa havainnoidaan ja harjoitellaan asentoa, liikkeitä sekä kehon ja mielen reaktioita. Lähestymistavassa ohjataan kuntoutujaa tekemään havaintoja sekä ymmärtämään itseään hengityksen, asentojen ja liikkumisen tuomien tunteiden, ajatusten ja kokemusten kautta. (Psykofyysinen fysioterapia 2016; Talvitie ym. 2006, 265-266.) Harjoitusten aikana ilmenneet kokemukset ja tunteet pyritään ilmaisemaan sanoin, mikä auttaa ymmärtämään oireita ja niiden syntymekanismia (Wickström 2004, 25).

Psykofyysinen lähestymistapa soveltuu kaikkiin fysioterapiatilanteisiin riippumatta toimintakyvyn ongelmasta. Erityisesti lähestymistapaa kannattaa hyödyntää mielen-terveysongelmista, stressistä, uupumuksesta, ahdistuneisuudesta tai pitkittyneistä kiputiloista kärsivien kanssa. Lisäksi se sopii hyvin neurologisista tai tuki- ja liikuntaelinsairauksista aiheutuneiden toimintakyvyn häiriöiden sekä perusliikkumisen tai oman kehon hahmottamisen vaikeuksien hoitoon. (Psykofyysinen fysioterapia 2016; Talvitie ym. 2006, 265.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään erilaisia terapiamenetelmiä, joita ovat esimerkiksi hengitysharjoitukset, liikeharjoitteet, kehotietoisuusharjoitukset, rentoutusmenetelmät, vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet sekä pehmytkudoskäsittely. Terapia voi toteutua joko yksilö- tai ryhmäterapiana. (Menetelmät ja hyödyt 2016.)

Fysioterapeutin ja kuntoutujan välisellä vuorovaikutuksella ja terapiasuhteella on suuri merkitys psykofyysisessä fysioterapiassa. Fysioterapeutin tehtävänä on kuunnella ja tutustua kuntoutujaan, jolloin he voivat yhdessä etsiä ratkaisuja. Lisäksi on hyvä selvittää kuntoutujan motivaatio paranemiseen. On tärkeää, että kuntoutuja kokee myös itse oivaltaneensa asioita ja ottaa vastuuta kuntoutumisestaan, eivätkä valmiit neuvot tule suoraan fysioterapeutilta. Terapiasuhteessa tärkeää on aito kiinnostus, empatia, kunnioitus ja herkkyys. (Menetelmät ja hyödyt 2016.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa tavoitteet muotoutuvat yksilöllisesti elämäntilanne ja voimavarat huomioiden. Kehollisuuden kokeminen, tunnistaminen ja hyväksyminen ovat merkittäviä asioita psykofyysisessä fysioterapiassa. Terapian tavoitteena on lievittää kipua, oppia rentoutumaan ja aistimaan sekä arvostamaan omaa kehoaan. Lisäksi tavoitellaan turvallisemman kontaktin löytämistä itseensä, sekä stressinhallintakeinojen ja erilaisten liikkumisen muotojen lisäämistä. Tärkeää on myös saada kuntoutuja vaikuttamaan kipujen ja oireiden syntyyn omien oivallusten kautta. (Menetelmät ja hyödyt 2016; Talvitie ym. 2006, 265-266.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa keskeisiä käsitteitä ovat kehollisuus, kehonkuva ja kehotietoisuus. **Kehollisuuden** välityksellä ihminen pystyy kokemaan ensimmäiset olemassaolon kokemukset. Kehollisuus on kehonkuvan muodostumisen perusta. (Herrala ym. 2010, 26.)

Kehonkuvalla tarkoitetaan omasta kehosta tehtyjä havaintoja, kokemuksia ja käsityksiä (Herrala ym. 2010, 31). Se koostuu muistoista, olettamuksista ja yleistyksistä. Kehonkuva sisältää sen, miten ihminen näkee ja kokee kehonsa. Lisäksi se sisältää kehon hallinnan liikuttaessa ja liikkumisen aikaan saamien tunteiden esiintymisen kehossa. (What is body image, [viitattu 2.3.2016].) Kehonkuvan kehittyminen mahdollistaa ihmisen minän kokemisen ja persoonallisuuden hahmottamisen. Ihminen erottaa kokeilujen kautta itsensä muista. Kehonkuvan kehittyminen alkaa ruumiin toiminnosta (anatomiset ja fysiologiset) ja etenee kehollisuutta (psykologinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen) kohti, jolloin mieli ja keho työskentelevät yhdessä. (Herrala ym. 2010, 26, 31.)

Kehonkuva kehittyy monenlaisten tekijöiden vaikutuksesta. Perimä määrää suurimmaksi osaksi biologis-sensorisista tekijöistä. Lapsi tutustuu itseensä vertaillen

itseään muihin. On tärkeää löytää oma paikka ja asema elämässä. Myös ryhmään kuulumisen muovaa kehonkuvaa jo pienestä pitäen, ja se muokkautuukin ihmisen koko elinkaaren ajan. Kehonkuvan selkiytyminen luo olemassaolon pohjan ja antaa ihmiselle tukea elämän eri vaiheissa. (Herrala ym. 2010, 30.)

Kehotietoisuudella tarkoitetaan tietoisuutta omasta kehosta ja sen osista, asennon ja liikkeiden havaitsemista sekä liikkeiden laadun tietoisuutta (Roxendal 1985, 9). Kehotietoisuus edellyttää kehonkuvan muotoutumista, vaikka ne kehittyvät osittain samaan aikaan. Kehotietoisuudessa (body awareness) itsen tiedostaminen, hahmottaminen, ymmärtäminen ja hallinta ovat syvää ja kokonaisvaltaista. (Herrala ym. 2010, 26, 31.)

Kehotietoisuutta voidaan tarkastella psyykkisen, motorisen, autonomisen, endokriinisen ja immunologisen järjestelmän avulla. Tunteet, ajatukset ja havainnot ovat psyykkisen järjestelmän reaktioita. Motorisen järjestelmän reaktiot näkyvät asennoissa ja asentomalleissa ja voivat tuntua lihasjännityksenä tai rentoutumisena. Ruumis on fysiologinen ja biologinen kokonaisuus. Keho taas viestittää ruumiin esille tuomat kokemukset ja tunteet. (Herrala ym. 2010, 32.)

Roxendal käsittelee kehotietoisuutta liikkeen ja kokemuksen kautta. Liikeaspektin kautta ihminen voi hakea aistimuksia sisäisten kokemusten (lihasaisti) kautta tai tarkastella itseä ulkoisesti. Liikeaspektiin kuuluvat kehon hallinta, kehon kontrolli sekä erilaiset liikemallit. Kokemusaspektilla tarkoitetaan itsen kohdistuvaa tietoista toimimista, jonka kautta ihminen tulee tietoiseksi kehostaan. Kokemusaspekti sisältää kehotietoisuuden, kehoelämyksen, kekokokemuksen, kehon rajat ja ihmisen käsityksen omasta kehostaan. Kokemusaspektin kautta ihminen oppii tunnistamaan mielihyvää ja mielihyvää aiheuttavat tekijät. Kehotietoisuuden lisääntymiseksi ihminen kerää kokemuksia itsestään ja ympäristöstään. (Herrala ym. 2010, 32-33.)

3.2 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa on alettu kehittää 1950-luvulla oppimispsykologian kokeellisiin perustutkimuksiin pohjautuen. Hoidon alussa määritellään tavoit-

teet ja aikaraja niiden saavuttamiseksi yhdessä kuntoutujan kanssa. Terapiassa korostuu kuntoutujan ja terapeutin yhteistyö, jossa pyritään luomaan tasavertainen suhde. Terapeutilla on tieto käyttäytymiseen vaikuttavista menetelmistä ja asiakkaalla taas omasta tilanteesta ja ongelmista. Hoidossa molemmat tekevät töitä yhteisen päämäärän eteen ja etsivät yhdessä menetelmiä, joilla voi ratkaista ongelmia ja tilanteita. Hoidon aikana esiin nousseista asioista keskustellaan yhdessä, jolloin avoimuus terapiasuhteessa korostuu. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tehokas hoitomuoto muun muassa ahdistuneisuuden, masennuksen, traumaperäisen stressihäiriön ja unettomuuden hoidossa. (Antony, Ledley & Heimberg 2008, 5-6.)

Kansainvälisistä käsitteistä kognitiivinen käyttäytymisterapia on sisällöllisesti lähimpänä Suomessa käytettävää psykofyysisen fysioterapian -käsitettä. Tämän vuoksi olemme käyttäneet käsitettä ”Cognitive Behavioral Therapy” hakiessamme kansainvälistä näyttöön perustuvaa tietoa. Jatkossa käytämme kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta lyhennettä CBT.

Loebach Wetherell ym. (2011, 2098-2099, 2102-2105) tutkivat CBT:n ja hyväksymis- ja omistautumisterapian ja niihin yhdistetyn tavallisen hoidon vaikutuksia krooniseen kipuun. Tulokset osoittivat molemmilla hoitomenetelmillä olevan positiivisia vaikutuksia kipuhäiriöihin, masennukseen ja kipuun liittyvään ahdistuneisuuteen. Kumpikin hoitomenetelmä osoittautui kipuhäiriöiden ja mielialan hoidossa hyödyllisemmäksi kuin tavallinen hoito, ja tulokset olivat nähtävillä vielä 6 kk:n seurannan jälkeenkin. Bourgault ym. (2015, 1-6, 19-20) mukaan CBT:llä on saatu edellä mainittujen hyötyjen lisäksi vaikutuksia myös fibromyalgiaa sairastavien kivun voimakkuuteen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun.

Bennettin ja Nelsonin (2006, 416, 423) kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että CBT:n myönteisiä vaikutuksia voidaan saavuttaa jo 10-20 hoitokerran jälkeen. Useimmissa tutkimuksissa CBT:n avulla saavutettiin parannuksia kipuun liittyvässä käyttäytymisessä, itsesäätelyssä, selviytymisstrategioissa ja yleisessä fyysisessä toiminnassa.

3.3 Body Awareness Therapy –menetelmä

Body Awareness Therapy (BAT) eli suomennettuna kehoterapia, on fysioterapiamenetelmä, joka on näyttöön perustuvaa. Menetelmän tarkoituksena on harjoittaa kehoa kokonaisuutena, sekä löytää ihmisen voimavarat ja saada ne käyttöön. (Basic Body Awareness Terapia 2016.) Pohjoismaissa kehoterapia on yksi tärkeimmistä hoitomenetelmistä psykiatriassa ja psykosomaattisessa fysioterapiassa (Johnsen & Råheim 2010, 166). Jatkossa tässä opinnäytetyössä käytetään Body Awareness Terapiasta lyhennettä BAT.

Psykoterapeutti Jacques Dropsyn 1960 – 70-luvuilla kehittänyt teoria ihmisen olemassaolosta ja liikkumisen ulottuvuuksista on BAT -menetelmän perusta. Gertrud Roxendal on alan keskeisin uranuurtaja. Hän on ruotsalainen fysioterapeutti ja psykoterapeutti, joka Dropsyn kurssien innoittamana alkoi soveltaa menetelmää fysioterapiaan. Roxendal korostaa fysioterapiassa, että ihminen on psykofyysinen kokonaisuus, ja että voimavarojen kautta identiteetin kokonaisvaltainen kokeminen mahdollistuu. (Basic Body Awareness Terapia 2016; Holmborg 89, 7; Roxendal 1985, 10.)

BAT -menetelmän tarkoituksena on vahvistaa käsitystä ihmisen kokonaisuudesta sekä lisätä kehon tietoisuutta ja kontrollia. Ensimmäinen askel on saada kuntoutuja hyväksymään oma kehonsa ja muodostamaan siihen kontakti. Seuraavaksi on tiedostettava hengitys ja yhdistettävä se liikkeeseen. Hengitys yhdistää kehon ja mielen ja toimii näin siltana niiden välillä. (Gard 2005, 725.)

Mannerkorven ja Arndorwin (2004, 279-281) pilottitutkimuksessa arvioitiin BATin ja qigongin yhteisvaikutuksia fibromyalgiaa sairastavilla. Tutkimukseen osallistui 36 fibromyalgiaa sairastavaa naista, jotka satunnaistettiin koe- ja kontrolliryhmiin. Koe-ryhmä tapasi kerran viikossa 1,5 h kerrallaan kolmen kuukauden ajan. Hoitokerrat sisälsivät BAT-harjoitteita, joissa keskityttiin erilaisiin asento- ja hengitystekniikoihin, sekä qigongia. Qigong on ikivanha kiinalainen hoitomenetelmä, jossa ihminen ohjaa kehossansa olevaa energiaa asentojen, hengityksen ja henkisen keskittymisen avulla. Qigong sisältää hitaita, lempeitä liikkeitä, joiden kautta ihminen voi rauhoitua, lievittää stressiä sekä lisätä elinvoimaansa. (Qigong, [viitattu 3.3.2016].) Tutki-

mus osoitti, että kolmen kuukauden hoidolla oli saatu parannusta koeryhmän liikkeen harmoniaan, mutta fibromyalgiaoireissa tai fyysisessä toimintakyvyssä ei tapahtunut muutoksia. (Mannerkorpi & Arndorw 2004, 279-281.)

BAT -menetelmää käytetään hoitomuotona sellaisissa sairauksissa, joissa kehotietoisuus on häiriintynyt. Sitä voidaan käyttää myös neuroottisten tilojen tai psyykosomaattisten häiriöiden hoidossa. Lisäksi sillä on ollut psykiatrisessa fysioterapiassa vaikutuksia kipuun, liikkeen laatuun, pärjäämiseen ja uneen. (Roxendal 1985, 10; Gard 2005, 725.) Johnsen ja Råheim (2010, 166-173) tutkivat BAT-ryhmiin osallistuneiden kokemuksia saadakseen ja vahvistaakseen käsityksiään hoitomenetelmästä kuntoutujien näkökulmasta. Tulosten perusteella BAT lisäsi keho- ja itsetietoisuutta ja rohkeutta osallistua pitkäaikaisiin muutosta vaativiin prosesseihin, lisäksi suhde itseen ja muihin parantui. Hengityksen työstäminen ja tunnistaminen vaikuttivat uneen ja lepoon, sekä psyykkiseen ja fyysiseen tasapainoon. Tutkimus osoitti, että BAT myötävaikuttaa parempaan terveyteen, vaikka ei tiedetä, ovatko vaikutukset pitkäkestoisia.

Malmgren-Olssonin, Armeliuksen ja Armeliuksen tutkimuksessa (2001, 77-94) verrattiin BATin, Feldenkraisin ja tavallisen fysioterapian vaikutuksia kipuoireisiin, psyykkisiin oireisiin ja minäkuvaan epäspesifistä tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivillä. Tulokset osoittivat, että BAT-ryhmäläisten kipu ja psyykkiset oireet vähenivät eniten verrattuna muihin ryhmiin. Kaikissa ryhmissä minäkuva muuttui positiivisemmaksi.

BAT -menetelmää käytetään Suomessa ennaltaehkäisevänä terapiamuotona esimerkiksi työterveyshuollossa ja kuntoutuksessa, sillä se on hyvä menetelmä muun muassa stressin hoidossa. BAT-menetelmällä on saatu positiivisia vaikutuksia syömishäiriöisten sekä kipu- ja fibromyalgiapotilaiden hoidossa. (Basic Body Awareness Terapia 2016.) BATin vaikutuksia on tutkittu fibromyalgiaa sairastavien ja kroonisesta kivusta kärsivien keskuudessa. Tutkimuksessa BAT oli osa moniammatillista 12 viikkoa kestävästä kuntoutusohjelmasta. Tutkimustulosten mukaan koeryhmäläisten liikkeen laatu parani ja vegetatiiviset häiriöt vähenivät verrattuna kontrolliryhmään. Kuuden kuukauden seurannan aikana kontrolliryhmässä tapahtui jatkuvaa heikkenemistä, kun taas koeryhmäläisten positiiviset tulokset olivat edelleen nähtä-

vissä vuoden kuluttuakin. (Gustafsson, Ekholm & Broman 2002, 119-126.) Tutkimuksessa BAT-menetelmää verrattiin tavalliseen terveystieteiden keskuksessa saatavaan fysioterapiaan. Vertailu osoitti, että monialainen kuntoutus, jossa käytettiin BAT-menetelmää, paransi elämänlaatua ja oli kustannustehokkaampaa kuin tavallinen fysioterapia. (Gard 2005, 726.)

3.3.1 Olemassaolon neljä tasoa

Jacques Dropsy jakaa ihmisen olemassaolon neljään tasoon: fyysiseen, fysiologiseen, psykologiseen ja eksistentiaaliseen tasoon. Fyysinen taso rakentuu lihaksista, luista ja muista ruumiin anatomisista rakenteista. Fysiologiseen tasoon kuuluvat esimerkiksi verenkierto, hormonieritys, ruoansulatus ja hengitys. Psykologinen ja psykososiaalinen taso muodostuu ajatuksista, tunteista, reaktioista, havainnoista ja arkipäivän askareista. (Roxendal & Winberg 2002, 26-30, 36.) Psykkiset rasitukset vaikuttavat myös muihin tasoihin. Riittävä haasteellisuus pitää yllä elämisen aktiivisuutta eikä aiheuta fyysisen kunnan heikkenemistä. Tunteiden kohtaaminen ja toimivien ihmissuhteiden rakentuminen helpottuvat, kun kontakti omiin tunteisiin on hyvä. (Herrala ym. 2010, 24.)

Eksistentiaalinen taso koostuu elämän tarkoituksen kokemisesta, elämänkatsomuksesta ja hengellisestä ulottuvuudesta. Lisäksi tasoon sisältyvät itsereflektointi ja tietoisuus itsestä. Tietoisuus mahdollistaa elämysten kokemisen, kuten aistien aistimisen. Eri tasojen toiminnot ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja siten tietoisuus saavuttaa koko kehon. Pikkuhiljaa kaikkien tasojen toiminnoissa esiintyvä henkinen läsnäolo alkaa muuttua syväksi tietoisuudeksi. (Roxendal & Winberg 2002, 32-33.)

3.3.2 Kehoterapian harjoittaminen

BATissa käytetään kahta eri menetelmää, kun harjoitetaan kehonkuvaa. Ensimmäiseen menetelmään (Basic [perus] Body Awareness Therapy) kuuluu perusliikkumisen harjoittaminen (ryhti, askellus, hengitys). Toisessa menetelmässä (Advanced [kehittynyt] Body Awareness Therapy) hyödynnetään kuntoutujan lisääntynyttä ke-

hon hahmottamisen kykyä ja edistetään aikaisemmin opittuja taitoja. Vaikka menetelmillä on eri tekniikkasuuntautumiset, niitä käytetään terapeuttisessa toiminnassa lomittain. (Lindberg 1989, 15; Roxendal 1985, 9-14.)

BAT -menetelmään kuuluu yksinkertaisia liikeharjoituksia, joita tehdään makuulla, istuen, seisten ja kävellen. Harjoittelu voi koostua pariharjoituksista, äänenkäyttöharjoituksista tai pehmytkudoskäsittelyistä. Liikeharjoittelun kautta tasapaino, vapaa hengitys ja tietoinen läsnäolo nivoutuvat yhteen. (Basic Body Awareness Terapia 2016.)

Kehoterapian **perusvaiheen** tärkeimmät asiat ovat suhde alustaan, vertikaalinen tasapaino keskilinjassa, liikkeiden keskustalähtöisyys, koordinaatio, hengitys, virtaus ja tiedostaminen. Harjoitteet eivät vaadi suurta lihasvoimaa, vaan keskittymistä. (Roxendal 1985, 11.)

Suhde alustaan on kaiken liikkumisen lähtöpiste. Sitä pidetään tärkeänä osana niin motorisessa toiminnassa kuin käyttäytymisessäkin. Hyvän alustasuhteen avulla voi saavuttaa tasapainon sekä rentoutumisen, mikä mahdollistaa koordinaation ja vartalon hallinnan. Suhde alustaan ei ole ainoastaan fyysinen kontakti, vaan lisäksi on huomioitava henkinen ja emotionaalinen vakaus ja turvallisuus. Suhdetta alustaan harjoitellaan tekemällä huomioita omasta asennosta sekä kontaktista lattiaan. (Roxendal 1985, 12; Roxendal & Winberg 2002, 62-63; Lindberg 1989, 15.)

Keskilinja tarkoittaa hyvää tasapainoista asentoa. Pystyasennossa kehon asento on keskilinjassa, kun tietyt kehon osat osuvat luotisuoralle. Keskilinjasta poikkeava asento johtuu usein asentovirheistä ja saattaa aiheuttaa lihasjännityksiä ja tasapainon heikkoutta. Keskilinjalla harjoittelu on hyvän asennon ja ryhdin opettelua, sekä liikkeen ja hengityksen yhdistämisen harjoittelua. (Roxendal 1985, 12; Roxendal & Winberg 2002, 65.)

Ihmiskehossa ajatellaan olevan kaksi toiminnallista *liikekeskusta*. Alemman liikekeskukseen kuuluvat lantio ja alaraajat, jotka edustavat voimaa, liikkumista ja stabiiliutta. Ylempi liikekeskus muodostuu rintakehästä, yläraajoista ja päästä tunteita ja kommunikointia edustaen. Kehon keskiosassa navan ja rintalastan välissä sijaitsee yhteinen liikekeskus, joka toimii kehonkuvan liikekeskuksena ja tasapainopisteenä. Harjoittaminen aloitetaan yleensä yhteisestä liikekeskuksesta liikkeen osia

vähitellen laajentaen. Liikkuminen on rentoa ja harmonista, kun se ohjataan liikekeskuksesta. (Roxendal 1985, 12; Roxendal & Winberg 2002, 68-69; Lindberg 1989, 15.)

Hengitys on yksi tärkeimpiä vitaalitoimintojamme, se mukautuu ja muuttuu kehon toimintojen mukana. Erilaiset tunteet vaikuttavat hengitykseen, ne voivat joko tukkia tai stimuloida sitä. Hengitystä ei pitäisi pakottaa, vaan antaa sen kulkea itsestään. Harjoituksissa keskitytään kuuntelemaan ja seuraamaan hengitystä ja sen aikaan saamaa liikettä kehossa. Harjoittelun edetessä hengitykseen yhdistetään liike, mikä saattaa olla aluksi haastavaa. (Roxendal 1985, 13; Roxendal & Winberg 2002, 72-73; Lindberg 1989, 15.)

Kehon rajojen kokeminen ja niiden yhteys ympäristöön ovat yksilöllisiä. Kehon rajojen tunteminen mahdollistaa ympäristön hahmottamisen ja siinä selviytymisen. BATissa kehonrajat nähdään yhtenä osana monimuotoista oirekuvaa, joka on mahdollista hoitaa. Useilla kuntoutujilla on häiriöitä kehonrajojen hahmottamisessa, he saattavat sanoa olevansa kehonsa ulkopuolella. Esineiden tai toisen ihmisen koskettaminen voi olla hankalaa, lisäksi kosketuksen sietämisessä on yksilöllisiä eroja. Kehon rajojen hahmottamista harjoitellaan erilaisten aistiärsykkeiden ja välineiden avulla, kuten lattialla pyörimällä. (Roxendal 1985, 13; Lindberg 1989, 15-16.)

Lihäsjännitys liittyy usein monimuotoisempaan ongelmaan, sen taustalla voi olla esimerkiksi psyykkiset tekijät. Voimakas lihasjännitys on yleensä vain tietyn lihasryhmän alueella, kun taas toisessa lihasryhmässä voi olla alhainen lihasjännitys. Voimakkaasti jännittyneitä lihasryhmiä on vaikea rentouttaa, ja siksi sitä harjoitellaan tietoisesti. Harjoittelun perustana on kolme ulottuvuutta: kyky rentouttaa lihaksia, kyky raskaisiin lihassuorituksiin sekä kyky suorittaa rentoja ja koordinoituja liikkeitä. (Roxendal 1985, 13.)

BAT -menetelmän toisen, eli **kehittyneen vaiheen**, harjoittamisessa keskitytään yksilön identiteetin ja itsetietoisuuden lisäämiseen erilaisten harjoitteiden kautta. Harjoitteet eivät ole yhtä strukturoituja kuin ensimmäisessä vaiheessa, vaan harjoittelu perustuu koettujen tunteiden ja kokemusten esiin tuomiseen. Harjoitteita tehdään

sekä yksilönä että ryhmässä, jolloin kuntoutujat saavat tukea myös ryhmältä. Toisessa vaiheessa keskitytään kävelyyn, rytmiin, ääneen, pelikuvaan sekä vuorovaikutukseen. (Roxendal 1985, 13-14; Lindberg 1989, 16.)

Kävely on toimintona hyvin samankaltainen yksilöstä riippumatta. Tarkemmin katsottuna jokaisella on erilainen ja yksilöllinen liikerata kävelyn aikana. Kävelyn harjoittelu voi sisältää erilaisilla tyyleillä kävelyä, kuten nopeasti tai hitaasti, eteen, taakse tai sivulle. Koordinaatiota harjoitellaan, jotta se automatisoituisi osaksi kävelyä. (Roxendal 1985, 14.)

Rytmi on koko ajan mukana elämässämme, vaikka emme sitä juurikaan ajattele. Fysiologisia rytmejä ovat esimerkiksi sydämen lyönti ja hengitys, joilla on myös psyykkisiä vaikutuksia. Jokaisella on yksilöllinen rytmi, joka muuttuu elämäntilanteen mukaan ja sopeutuu ulkoisiin rytmeihin. Rytmin opettelu aloitetaan yleensä rytmiä, kuten hengitystä, kuuntelemalla. Tämän jälkeen muodostetaan yksinkertaisia rytmiharjoituksia ja myöhemmin edetään haastavampiin rytmisiin improvisaatioharjoituksiin. (Roxendal 1985, 14.)

Ääni on jokaisella yksilöllinen, niin kuin kävely tai ryhtikin. Fysiologisesti ääni muodostuu hengityksen, sisempien puhelihasten, leukalihasten sekä huulten kautta. Äänen avulla voi ilmaista myös tunteita ja tunnetiloja. Äänen harjoittelu aloitetaan varovasti uloshengityksen aikaisilla äänillä. Tavoitteena on hengityksen ja äänen yhdistäminen kehoon ja liikkeisiin. Harjoitteita voidaan tehdä ryhmässä, jolloin ne kehittävät myös itseluottamusta ja omaa identiteettiä. (Roxendal 1985, 15.)

Suhde omaan peilikuvaan voi olla vääristynyt. Monet ihmiset, etenkin psykiatriset potilaat, eivät hyväksy omaa peilikuvaansa, ulkonäköään ja kehoaan. BATissa peiliä ei käytetä asennon korjaamiseen, vaan tunnistamisen ja itsensä tiedostamisen välineenä. Peiliharjoitteiden avulla on tarkoitus hyväksyä oma ulkonäkö ja kehittää identiteettiä. (Roxendal 1985, 15.)

Vuorovaikutusharjoitteissa ihminen testaa omaa sanatonta käyttäytymistään tavassa tai yhteistyössä muiden kanssa. Harjoitteissa hyödynnetään jo opittuja taitoja ja yhdistetään liikkeitä ja vuorovaikutusta. Jokaiseen terapiakertaan voi sisällyttää vuorovaikutuksen harjoittelua, kuten esityksiä, tapaamisia tai erilaisia pelejä, joissa tarvitaan vuorovaikutusta. (Roxendal 1985, 15.)

3.4 Hengitys

Hengityksen tehtävänä on tuoda happea kaikkiin ruumiinosiin ja poistaa hiilidioksidia. Sydän- ja verenkiertojärjestelmä huolehtii hapekkaan veren kuljettamisesta ja jakautumisesta. (Martin ym. 2010, 15.) Lisäksi hengityksen tehtävänä on osallistua elimistön perusaineenvaihduntaan. Hengityksessä syntyy rytmisen aaltoliike, joka leviää palleasta lantionpohjaan, kaulan pikkulihaksiin ja koko ruumiiseen vatsalihasten yhteistyön avulla. (Herrala ym. 2010, 76; Roxendal & Winberg 2002, 72.) Hengityksen ollessa tarkoituksenmukaista, se mukautuu liikkeisiin ja tunteisiin, ja näin ollen tukee ihmistä kaikissa tilanteissa. (Hakanpää & Peltonen 2004, 34.)

Hengitykseen osallistuvia lihaksia ovat muun muassa päänkiertäjälihas, iso rintalihas, pallea, vatsalihakset, kylkivälilihakset ja kylkiluun kannattajalihakset (Martin ym. 2010, 20). Pallealihas on tasapainoisen hengityksen ydin, sillä pallean supistumisesta alkaa normaali, rauhallinen sisäänhengitys. Pallean supistuminen saa aikaan sen vetäytymisen alaspäin ja samalla vatsanpeitteet työntyvät ulos- ja eteenpäin, mikä aiheuttaa imuvaikutuksen syntymisen. Imuvaikutuksen avulla keuhkoihin tulee ilmaa. (Roxendal & Winberg 2002, 73; Martin ym. 2010, 18.)

Sisäänhengitykseen osallistuneiden lihasten rentouduttua, uloshengitys tapahtuu passiivisesti. Keuhkojen ja rintaontelon pienentyessä keuhkorakkuloissa oleva ilmanpaine kohoaa korkeammaksi kuin ulkoilman paine, mikä saa aikaan keuhkojen tyhjentymisen. Ihmisen ollessa rentoutuneessa tilassa, uloshengitysvaihe kestää kauemmin kuin sisäänhengitysvaihe. (Martin ym. 2010, 18.)

3.4.1 Hengityksen säätely

Normaalisti hengitys on automaattista ja tiedostamatonta, mutta siihen voidaan myös vaikuttaa tietoisesti. Esimerkiksi rytmiin ja syvyyteen on mahdollista vaikuttaa. (Herrala ym. 2010, 77.) Hengitystä ei kuitenkaan aivan täysin voida kontrolloida, sillä viimeistään ali- tai ylihengityksestä johtuva tajunnan menetys saa hengityksen automaattiset mekanismit toimimaan. (Martin ym. 2010, 26.)

Autonominen hermosto jakautuu sympaattiseksi ja parasympaattiseksi osaksi. Sympaattinen hermosto valmistaa elimistöä tulevaa uhkaa varten kiihdyttäen hengitystä, verenkiertoa ja sydämen sykettä. Vaaratilanteen väistyessä parasympaattinen hermosto aktivoituu, jolloin hengitys, verenkierto ja sydämen syke jälleen hidastuvat ja elimistö palautuu lepotilaan. (Martin ym. 2010, 26.) Parasympaattisen hermoston aktivoituessa syvän ja rauhallisen hengityksen kautta keho rentoutuu, ahdistuksen tunne lievenee ja turvallisuuden tunne lisääntyy. (Herrala ym. 2010, 85.) Stressitilanne voi johtaa sympaattisen ja parasympaattisen hermoston yhteistoiminnan häiriintymiseen. Stressi lisää sympaattisen hermoston aktivoitumista, mikä pitkään jatkuessaan vaikeuttaa rentoutumista, nukkumista ja levon avulla virkistymistä. Ihminen oppii kokemusten kautta hallitsemaan elämäänsä. (Herrala ym. 2010, 77, 85.)

3.4.2 Hengityksen ilmeneminen kehon asennossa

Hengityksen kautta mieliala saattaa näkyä erilaisina jännityksinä, rintakehän lukkiutumisenä, niska- ja selkävaivoina tai kipuina sisäelimissä. Mieliala on yhteydessä rintakehän liikkuvuuteen ja hengityksen vaiheisiin. (Herrala ym. 2010, 83.) Hengityksen kautta voidaan saada tietoa kuntoutujan voimavaroista. Pieni, tiheä, pinnallinen hengitys voi olla merkki voimavarojen heikkoudesta. (Hakanpää & Peltonen 2004, 32.) Psykiatri Tryggve Braatsyn mukaan keuhkojen yläosilla hengittäminen kuvastaa pelkoa ja tunteiden epävakaisuutta (Lindberg 1989, 14). Uloshengitysasentoon lukkiutunut pienen hengityслиikkeen omaava rintakehä voi kertoa heikkoudesta, alemmuudentunteesta, suojautumisen tarpeesta ja riippuvuudesta. Sisäänhengitysasentoon lukkiutunut rintalasta muistuttaa panssaria, sillä rintalasta on hyvin korkealla. Tämä voi kertoa ihmisen syvällä olevasta epävarmuudesta, mikä joillakin saattaa näkyä estyneisyytenä tai aggressiivisuutena. (Herrala ym. 2010, 83.)

3.5 Kipupotilaan hengitys ja sen harjoittaminen

Kroonisen kipupotilaan hengittäminen on pientä ja painottuu sisäänhengitykseen, sillä hengitys tapahtuu usein rintakehän yläosalla. Laboratoriotutkimukset ovat

osoittaneet, että kroonisten kipupotilaiden elimistö on fysiologisessa hyperventilaatiotilassa, sillä heidän hiilidioksidipitoisuutensa on alhainen. Epätasapainoinen hengitys saattaa jatkua vielä sen aiheuttajan poistuttua. Kipua saattaa aiheuttaa myös apuhengityslihasten liiallinen, pitkäaikainen käyttö. (Martin ym. 2010, 52-53.) Kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden psykofyysisinä hoitomenetelminä käytetään hengitysharjoituksia, rentoutumista ja lihasten manuaalista käsittelyä. Edellä mainittujen menetelmien ansiosta lihasten dynamiikka muuttuu ja kipuratojen toiminta normalisoituu. (Martin ym. 2010, 54.)

3.5.1 Epätasapainoinen hengitys

Epätasapainoinen hengitys voi olla liiallista tai liian vähäistä ja sitä voi esiintyä ahdistuneisuudessa, paniikkihäiriössä, jännityksessä, psykosomaattisessa oireilussa tai kivussa. Ihmisen tuntiessa jonkin uhkaavan hänen hyvinvointiaan, sympaattinen hermosto aktivoituu, jolloin ihminen hengittää tiheämmin. (Herrala ym. 2010, 84.) Hyperventilaatiossa eli liikahengityksessä hengitys on nopeaa ja syvää, mikä aiheuttaa sen, että keuhkoissa verestä poistuu runsaammin hiilidioksidia kuin mitä aineenvaihdunnassa syntyy. Valtimoveren alentunut hiilidioksidimäärä muuttaa veren emäksiseksi, mistä seurauksena on verisuonten supistuminen ja monenlaiset oireet. Oireet voivat ilmentyä esimerkiksi tukehtumisen tunteena, rintakipuna, sydämentykytyksenä ja pyörtymisenä. Useat tekijät, kuten stressi, kofeiini ja hiilidioksidi saattavat provosoida liiallista hengitystä. Lisäksi muita tekijöitä voivat olla erilaiset sairaudet, kuten keuhkokuume, keuhkoveritulppa tai astma. (Saarelma 2015.)

Epäsäännöllisestä hengittämisestä kärsii noin 10 prosenttia aikuisväestöstä. Sen ensisijaiseksi hoitomuodoksi on suositeltu hengitysterapiaa. Kirjallisuuskatsauksen mukaan hengitys- ja rentoutusmenetelmien avulla voidaan vaikuttaa hengityksen taajuuteen ja hyperventilaatiokohtausten vähentymiseen. (Jones ym. 2013, 2, 4.)

3.5.2 Hengitys ja lihasjännitys

Tunteiden tukahduttaminen, jatkuva varuillaan olo ja erilaiset fyysiset tekijät saattavat aiheuttaa hengityslihasten jännittyneisyyttä, mikä estää hengityksen vapaan virtauksen. Wilhelm Reichin mukaan ihmisen kokiessa uhkaa, hengityslihakset jännittyvät. Hänen mukaansa lihasten mekaniikkaa ei tulisi muokata vaan lihasjännitystä puretaan kuntoutujaa kuunnellen. (Martin ym. 2010, 22.)

Hengitys voi olla jännittyneitä, heikkoa tai lyhyttä ja se näkyy kehon asennossa ja ryhdissä. Se myös kuuluu äänessä ja puheen rytmissä. Hengityksessä näkyvät tunteet, mutta hengittäminen myös saa aikaan tunteita. (Hakanpää & Peltonen 2004, 32.) Psykofyysisessä fysioterapiassa asentoon ja hengitykseen ei anneta valmiita ohjeita vaan aktivoidaan kuntoutujaa tekemään itse havaintoja (Martin ym. 2010, 21).

3.5.3 Hengitysterapia

Hengitysterapian on kehittänyt Elsa Gindler (1885-1961) Berliinissä. Hengitysterapian tarkoituksena on laukaista hengityslihasten jännitystä. Fyysiset sairaudet, leikkaukset ja vammat ovat selkeitä hengityslihaksiin vaikuttavia tekijöitä, kun taas tunteisiin liittyvät tekijät ovat hieman monimutkaisempia. Ihminen tukahduttaa tunteensa estämällä tunteen ilmenemisen, mikä johtaa hengityksen lyhenemiseen ja pinnallistumiseen. (Svennevig 2005, 99.)

Tutkimuksen mukaan hengitystavalla voidaan ratkaisevasti vaikuttaa kivun käsittelyyn. Kokeellisessa tutkimuksessa selvitettiin syvän ja hitaan hengittämisen (deep and slow breathing eli DSB) vaikutuksia kivun aistimiseen, autonomiseen aktiivisuuteen ja mielialan käsittelyyn. Tulosten perusteella DSB:tä suositellaan käytettävän yksilöllisesti kipuun liittyvissä sairauksissa. (Busch ym. 2012, 215-217, 224.)

Ihminen voi oppia tunnistamaan kehon jännitteitä hengityksen avulla. Keskittyminen hengitykseen voi viedä ajatukset pois kivusta ja rauhallisen hengittämisen kautta

kipu myös lievittyy. Elämänhallinta paranee ihmisen oppiessa ymmärtämään kehoaan, jolloin myös kokemus itsestä vahvistuu. (Wickström 2004, 27; Martin ym. 2010, 54, 94.)

Yksilöfysioterapiaa suositellaan kuntoutujille, joilla on vähäiset voimavarat. Fysioterapeutti voi tällöin avustaa kuntoutujaa manuaalisesti ja ohjata hengitystä. Hengitysryhmät sopivat niille, joilla on hyvä keskittymiskyky ja jotka pystyvät rauhoittumaan kuuntelemaan itseään. Ryhmästä saa vertaistukea, mikä tukee yksilön itsetuntoa. (Hakanpää & Peltonen 2004, 33.) Hengitysharjoitukset antavat ihmiselle mahdollisuuden muovata hengitystään ja vaikuttaa sitä kautta myös terveyteen (Herrala ym 2010, 85). Psykofyysisessä fysioterapiassa pohditaan hengittämisen herättämiä tunteita ja sitä, miltä hengittäminen tuntuu (Hakanpää & Peltonen 2004, 32, 34).

3.6 Rentoutus

Rentoutuminen on yksilöllinen kokemus, se on elimistön toiminnan rauhoittamista sekä ihmisen terveyttä ja elimistön tasapainoa säätelevien reaktioiden ylläpitämistä tai vahvistamista. Rentoutumisen fysiologiaa voidaan selittää myös käyttäytymispsykologisena ilmiönä tai solujen jakautumisena ja hermoston toimintana. Rentoutuminen on yleensä tietoisista ja siihen voidaan pyrkiä erilaisten tekniikoiden avulla. Rentoutumisen aikana tajunnan tila saattaa vaihdella ja rentoutumisen aste syvenyä. Syvän rentoutumisen tai transsin aikana ihminen on tiedostamattomassa tajunnan tilassa. (Herrala ym. 2010; 169, 170; Kataja 2003, 13, 22-23.)

Rentoutuminen vaikuttaa elimistöön välittömästi sekä psyykkisillä että fyysisillä muutoksilla. Psykkisiä seurauksia ovat jännittyneisyyden lieveneminen, virkistyminen, mielialan rauhoittuminen sekä mielihyvän ja tasapainoisuuden tunne. Fyysisiä seurauksia taas ovat jännityksen ja kivun lievittyminen, lihasten rentoutuminen, verenkierron vilkastuminen, hengityksen tasaantuminen ja lämmön tunteen kokeminen. (Herrala ym. 2010, 170.) Rentoutuminen aktivoi hormonitoimintaa ja lisää hormonien tuotantoa, mikä vaikuttaa ihmisen kokemusmaailmaan, stressiin ja mielihy-

vän tunteisiin. Hormonitasapainoa säätelämällä voidaan vaikuttaa aineenvaihduntaan ja sen avulla parantaa jännittyneiden lihasten energiansaantia, mikä taas alentaa lihastonusta. (Kataja 2003, 17-18.)

Lihasten kautta rentoutuminen määritellään kaikkien kehon lihasten samanaikaisena täydellisenä rentoutumisena. Edmund Jacobsonin mukaan täydellinen rentoutuminen tarkoittaa lihastonuksen etenemistä nolllapisteeseen asti, ja epätäydellinen, kun ei saavuteta lihaksen nolllatonusta. Rentoutuminen voi olla myös yleistä, eli koko kehon rentoutumista, tai paikallista, jolloin rentoutuminen tapahtuu vain yhdessä lihaksessa tai lihasryhmässä. Yleinen ja paikallinen rentoutuminen voi olla joko täydellistä tai epätäydellistä. (Kataja 2003, 24.)

Nykyään kiireinen ja aikataulutettu elämäntyyli, sekä jatkuvat aistiärsykkeet saattavat nostaa hermostollista vireystilaa, mikä voi aiheuttaa levon ja palautumisen ongelmia. Hermoston liian kauan jatkunut ylivilittynyt tila voi ilmetä henkisenä tai keuhollisena pahoinvointina, muun muassa masennuksena tai psykosomaattisina vaijoina. (Kataja 2003, 23.)

Rentoutumisen opettelu on aina uusien taitojen opettelu, tai jo ennestään opittujen vahvistamista. Harjoittelussa määrällä ja laadulla onkin suuri vaikutus saatuihin tuloksiin, minkä takia rentoutusharjoitteita olisi hyvä tehdä päivittäin. (Payne & Donaghy 2010, 12.)

3.6.1 Rentoutusmenetelmät

Yksi tunnetuimmista **progressiivisista rentoutusmenetelmistä** on jännitys-rentoustekniikka, jonka on kehittänyt amerikkalainen neurofysiologi Edmund Jacobson 1900-luvun alussa. Tekniikka kuuluu aktiivisiin rentoutusmenetelmiin, jossa lihakset työskentelevät. Jännitys-rentoustekniikassa kuntoutuja jännittää ja rentouttaa lihasta vuorotellen, näin käydään koko kehon lihakset järjestyksessä läpi. Jännityksen ja rentoutuksen vaihtelun avulla kuntoutuja oppii tunnistamaan rennon ja jännittyneen lihaksen välisen eron. Menetelmässä lihasten kautta aktivoidaan hermostoa ja pyritään siten vaikuttamaan rentoutumiseen. (Payne 2010, 47-48.) Usein fibromyalgiaa sairastavien kongnitiivinen käyttäytymisterapia sisältää muun muassa

progressiivisia rentoutusharjoituksia. Liian kovaa lihasten jännitystä on kuitenkin syytä välttää, ettei kipu lisääny. (Hassett & Gevirtz 2009, 5.) Fibromyalgian lisäksi progressiivinen rentoutus sopii esimerkiksi ahdistuneisuuden, paniikkioireiden, migreenin ja jännityspäänsäryn hoitoon (Payne & Donaghy 2010, 239).

Autogeeninen rentoutus kuuluu suggestiivisiin rentoutusmenetelmiin, joissa keskittyminen ja mielikuvat ovat tärkeitä. Autogeenistä rentoutusmenetelmää on kehittänyt saksalainen neurologi Johannes Schultz, jonka mukaan sitä kutsutaan myös Schultzin menetelmäksi. Rentoutusharjoituksissa kuntoutuja pyrkii autonomisen hermoston vaikuttamiseen psyykkisten mekanismien välityksellä. Rentoutuminen tapahtuu niin sanotusti puhuttelemalla lihasryhmiä ja aistimalla niissä painon, lämmön ja rentoutumisen tuntoja. (Kataja 2003, 24, 95; Talvitie ym. 2006, 278.)

Harjoittelun perustana on kaksi ajatusta: jokainen ajatus vaikuttaa kehoon, ja vain yhteen kehonosaan keskittyminen auttaa koko kehoon keskittymisessä. Harjoituksessa lihasryhmiä käydään järjestyksessä läpi ja keskitytään vain yhteen osaan kerrallaan. Menetelmässä myös hengityksen rauhoittamisella on keskeinen asema. (Talvitie ym. 2006, 278-279.) Autogeenistä rentoutusta voidaan käyttää monien erilaisten ongelmien hoidossa, kuten masennuksessa, syömishäiriöissä, jännityspäänsäryssä, unettomuudessa ja erilaisissa kiputiloissa (Payne & Donaghy 2010, 239).

Sovellettu rentoutus on itsehallintamenetelmä, jolla pyritään hoitamaan autonomisen hermoston häiriötiloja. Menetelmää käytetään stressin, uupumuksen, kiputilojen, uniongelmien sekä jännityspäänsäryn hoitoon. Professori Lars-Göran Öst on ollut mukana kehittämässä menetelmää ruotsalaisen fobioita käsittelevän tutkimuksen kautta 1970-luvun lopulla. Menetelmän vaikutusmekanismit ovat samoja kuin muissakin rentoutusmenetelmissä; kehon ja lihasten jännittyneisyys sekä väsymys ja voimattomuus vähenevät ja itsehallinta lisääntyy. (Talvitie ym. 2006, 279; Railo-Granfelt 2004, 12.)

Sovellettua rentoutusta opetellaan yleensä aluksi terapeutin kanssa ryhmäterapiana kerran viikossa 8-10 viikon ajan. Menetelmän opittua, sitä voi käyttää missä ja milloin vain. Rentoutukseen kuuluu kuusi eri vaihetta, jotka pohjautuvat aina edelliseen vaiheeseen ja lyhenevät ajallisesti vaihe vaiheelta. Vaihteita ovat progressiivinen

rentoutus, lyhytrentoutus, vihjerentoutus, erillisrentoutus, pikarentoutus sekä sovelusharjoitteluvaiheen rentoutus. (Railo-Granfelt 2004, 13.) Sovellettua rentoutusta suositellaan ainakin kroonisen kivun, fobioiden ja ahdistuneisuuden hoitoon (Payne & Donaghy 2010, 239).

Mielikuvarentoutus on terapeutin tekniikka, jossa mielikuvituksen avulla pyritään lievittämään kipua ja vähentämään ahdistuneisuutta. Sen on kuvattu olevan kehon sisäistä, kaikki aistit sisältävää viestintää ja sen uskotaan muodostavan emotionaalinen yhteys kehon ja mielen välille. Menetelmää voidaan käyttää useimmissa kipua ja kärsimystä sisältävissä tilanteissa, ja se on tutkimusten mukaan hyödyllinen lisä perinteiseen lääkkeelliseen ja psykiatriseen hoitoon. Mielikuvitus on turvallinen, ei-invasiivinen ja halpa hoitomuoto. (Payne & Donaghy 2010, 157-159.)

Kirjallisuuskatsauksen mukaan kuudessa tutkimuksessa fibromyalgiaa sairastavat raportoivat mielikuvarentoutuksella olevan vaikutuksia kipuun. Lisäksi kahdessa tutkimuksessa havaittiin välitöntä kivun lieventymistä jo yhden mielikuvarentoutuskeran jälkeen. (Meeus ym. 2015, 228.) Mielikuvarentoutusta voidaan hyödyntää esimerkiksi urheiluvammojen kuntoutuksessa, ennen ja jälkeen leikkauksen sekä kroonisen kivun ja ahdistuneisuuden lievittämisessä (Payne & Donaghy 2010, 239).

3.7 Kosketus ja hieronta

Kosketuksella on suuri merkitys elämässämme (Svennevig 2005, 46). Lähes kaikilla ihmisillä on koko elämän ajan koskettamisen ja kosketetuksi tulemisen tarve (Arponen & Airaksinen 2007, 11). Kosketukseen liittyy tiettyjä kirjoittamattomia sääntöjä, joiden mukaan toimimme. Kosketus ja hellä fyysinen huolenpito vaikuttavat positiivisesti ihmisen, erityisesti lapsen, turvallisuuden tunteen kehittymiseen. (Svennevig 2005, 46-47.) Kosketuksen puuttuminen lapsuudessa voi aiheuttaa erilaisia ongelmia, kuten aloitekyvyttömyyttä tai pelkoa (Herrala ym. 2010, 71).

Kosketus luo yhteyden johonkin itsemme ulkopuolella olevaan, sekä muodostaa itsen ja ympäristön välisen suhteen. Kosketuksen voi jakaa konkreettiseen ja abstraktiin. Konkreettinen kosketus tarkoittaa esimerkiksi kahden ihmisen välistä fyysistä kontaktia, ja se liittyy usein vuorovaikutustilanteisiin. Abstrakti kosketus taas on asian tai tapahtuman aikaansaama kosketus tunnetasolla. (Arponen & Airaksinen 2007, 9.) Kosketus voi olla välitöntä, jolloin ihot koskettavat toisiaan, tai välillistä, jossa kosketetaan välineen avulla. Välitön kosketus saattaa olla osalle aluksi epä-mukavaa, jos siihen ei ole tottunut. Tällöin on hyvä aloittaa välillisestä kosketuksesta, esimerkiksi hieronnan tai kosketuksen toteuttamisesta pallon avulla. (Herrala 2010, 72.)

Kosketus lisää luottamusta, rauhoittaa sekä viestittää monenlaisia tunteita ja kokemuksia, esimerkiksi inhimillisyyttä, välittämistä ja huolenpitoa (Herrala 2010, 72). Kosketusta on helppo tulkita väärin, jolloin sen aiheuttama reaktio on ei-toivottu. Tulkintaan vaikuttavat tilanne, persoonallisuus, kulttuuri sekä omat kokemukset. (Arponen & Airaksinen 2007, 9.)

Monissa kulttuureissa terapeuttinen kosketus on yksi vanhimmista hoitomuodoista. Se on edistänyt sivilisaation, sosiaalisten suhteiden sekä ihmisen oman identiteetin kehittymistä. Terapeuttinen kosketus on ollut olennainen osa fysioterapiakäytännön kehittämisessä, minkä vuoksi se on edelleen tärkeä ammatillisen osaamisen alue. (Nicholls & Holmes 2012, 454.) Terapeuttista kosketusta käytetään yleisesti manuaalisen terapian yhteydessä, liikkumisen avustamisessa, hieronnassa ja mobilisatiossa (Franssila & Wallin 2014, 37).

Kosketusta ja hierontaa käytetään fysioterapiassa niiden rentouttavan ja rauhoittavan vaikutuksen takia (Talvitie 2006, 280). Lempeä kosketus ja hieronta ilman muokkaavaa vaikutusta voivat saada aikaan hämmästyttäviä, positiivisia vaikutuksia, esimerkiksi kroonisen kivun ja ahdistuneisuuden lievityksessä (Franssila & Wallin 2014, 38). Monroen (2009, 85-92) kirjallisuuskatsauksessa todettiin terapeuttisen kosketuksen vähentävän kipua. Lisäksi terapeuttista kosketusta voidaan suositella yleisesti kivun hoitomuotona sen riskittömyyden takia.

Li'n ym. (2015, 6-7) kirjallisuuskatsauksen mukaan viisi viikkoa tai kauemmin kestäväällä hierontaterapialla on saatu huomattavia vaikutuksia fibromyalgiaa sairastavan kipuun, ahdistuneisuuteen ja masennukseen. Hieronnan pidempikestoisista hyödyistä ei kuitenkaan ole riittävästi näyttöä. Parantavia vaikutuksia perustellaan fyysisten ja psykologisten kaavojen monimutkaisella vuorovaikutuksella. Lisäksi pehmyt- ja sidekudosten hieronta lisää paikallisia biokemiallisia muutoksia, mikä parantaa lihasten joustavuutta ja lisää lymfa- ja verenkiertoa. Näiden seurauksena kudosvaurioita ja tulehduksen välittäjäaineita poistuu elimistöstä. Katsauksesta selvisi hieronnan vaikuttavan myös fibromyalgiaa sairastavan serotoniinitasoon, ja paikallisten vaikutusten muuttavan hermon aktiivisuutta selkäytimen kivun aistimisesta ja mielialasta vastaavalla tasolla.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä fibromyalgiaa sairastavien sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tietoutta oireyhtymästä ja psykofyysisen fysioterapian menetelmien käytöstä oireiden lievityksessä.

Tavoitteena on järjestää koulutustilaisuus fibromyalgiaa sairastaville psykofyysisen fysioterapian hyödyistä oireyhtymän hoidossa, sekä tehdä videomateriaali sovelletuista psykofyysisen fysioterapian harjoitteista koulutustilaisuuteen osallistuville, Seinäjoen Reumayhdistykselle ja SeAMK:n opetuskäyttöön.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan järjestäminen tai ohjeistaminen. Lopputuotos on aina konkreettinen, ja alasta riippuen työ voi olla käytännön ohje, opas tai tapahtuman toteuttaminen, esimerkiksi koulutuspäivän järjestäminen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä kohderyhmän valinta on keskeistä, sillä opastus tai tapahtuma suunnataan aina jollekin tai jonkun käyttöön ja tavoitteena on saada ihmiset osallistumaan toimintaan tai tapahtumaan. Kohderyhmä tulee ottaa huomioon toteutustapaa valittaessa, jotta se saisi parhaan mahdollisen hyödyn. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 38, 51.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää yhdistää käytännön toteutus ja sen raportointi. Raportoinnissa käsitellään keinoja, joita konkreettisen tuotoksen saavuttamiseksi on käytetty. Opinnäytetyön raportti etenee projektin ja työprosessin mukaan. Raportista selviää muun muassa työn eri vaiheissa tehdyt valinnat ja ratkaisut, joiden kautta valmis produkti on syntynyt. Toiminnallisessa opinnäytetyössä raportin ja produktin yhteensopivuus on olennaista, eli kokonaisuus on tärkeä. Tuotos on kuitenkin toiminnallisessa työssä olennaisin osuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 82-83.)

5.2 Koulutustilaisuus

Koulutustilaisuudessa käytimme perustana konstruktivistista oppimiskäsitystä ja kokemuksellista oppimista. Konstruktivistisessa oppimisessä keskeinen idea on, että oppija muokkaa itse uutta tietoa vanhan tiedon pohjalta, eikä oppiminen näin ollen tapahdu passiivisesti. Tiedon omaksumiseen vaikuttavat aikaisemmat käsitykset ja kokemukset. Oppimisen kannalta olennaista on oppijan ongelmanratkaisutaidot ja tiedon sisäistäminen, jolloin oppimisesta tulee oman toiminnan tulosta. Lisäksi siihen liittyvät vuorovaikutus ja tilannesidonnaisuus. (Oppimiskäsitykset: Konstruktivismi ja oppiminen, [viitattu 1.9.2016].)

Kokemuksellisen oppimisen lähtökohta on omakohtainen kokemus. Oppija itse pohdii ja havainnoi tietoisesti opittavaa asiaa, sillä pelkästään kokeminen ei riitä oppimiseen. Kokemuksellisessa oppimisessa olennaista on myös oppijan aktiivinen toiminta. (Oppimiskäsitykset: Kokemuksellinen oppiminen ja oppimisen ohjaaminen, [viitattu 2.9.2016].)

Järjestimme koulutustilaisuuden fibromyalgiaa sairastaville 17.8.2016. Koulutustilaisuus järjestettiin Seinäjoen Ammattikorkeakoulun luokkatilassa. Koulutustilaisuuteen osallistui 14 henkilöä, joista kolme oli fysioterapeutteja ja loput fibromyalgiaa sairastavia. Teimme työmme yhteistyössä Seinäjoen Reumayhdistys ry:n kanssa. Sovimme, että yhdistys hoitaa markkinoinnin ja tekemiemme mainosten levittämisen. Mainoksessa pyysimme ilmoittamaan koulutustilaisuuteen osallistumisesta Seinäjoen Reumayhdistykselle, jotta tietäisimme osallistujamäärän. Olimme etukäteen suunnitelleet osallistujamäärän olevan 10-15 henkilöä. Koulutustilaisuutta varten teimme Power Point –esityksen, jonka jaoimme tilaisuuteen osallistuneille.

Koulutustilaisuuden tavoitteena oli lisätä fibromyalgiaa sairastavien tietoutta fibromyalgiasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta, sekä opettaa sovellettuja psykofyysisen fysioterapian harjoitteita. Koulutustilaisuus kesti noin kolme tuntia, mihin sisältyi teoriaosuus fibromyalgiasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta ja käytännön harjoittelua.

Teoriaosuuden jälkeen aloitimme käytännön harjoittelun. Olimme suunnitelleet sovelletut psykofyysisen fysioterapian harjoitteet kohderyhmää ajatellen. Harjoitteiksi valitsimme: suhde alustaan, keskilinjan etsiminen, hengityksen kuunteleminen, pal-leahengitys, mielikuvarentoutus sekä rentoutus ja hengitys. Ohjasimme harjoitteita vuorotellen, jolloin toisella oli aikaa käydä antamassa yksilöllisiä neuvoja ja ohjeita niitä tarvitseville. Koulutustilaisuuden lopussa pyysimme osallistujilta sekä suullista että kirjallista palautetta. Kirjallista palautetta keräsimme kaikilta ja laadimme sitä varten palautelomakkeen (liite 1). Palautelomakkeessa oli kuusi kysymystä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot, kaksi avointa kysymystä sekä muu palaute –osio. Palautelomakkeessa tiedustelimme muun muassa, saivatko osallistujat uutta tietoa, minkälaisia harjoitteet olivat ja kokivatko he tilaisuuden hyödylliseksi. Tilaisuuden lopuksi jaoimme kaikille tekemämme DVD:n, joka sisälsi samat harjoitteet kuin tilaisuudessa ohjasimme.

5.3 Videomateriaali

Video on tehokas väline, sillä liikkuva kuva ja ääni jäävät katsojan mieleen sekä vaikuttavat tunteisiin. Tämän vuoksi video on hyödyllinen opettamisessa ja tiedottamisessa. Se on myös edullinen ja helposti muokattavissa sekä levitettävissä eri muodoissa. Videon avulla voidaan tavoittaa suuri yleisö tai rajata kohderyhmä tarkasti. (Aaltonen 2007, 16.)

Suunnittelimme ja käsikirjoitimme harjoitteet videota ja koulutustilaisuutta varten. Lainasimme videokameran koululta harjoitteiden kuvaamiseen. Kuvasimme SeAMK:n luokkatilassa, johon pyrimme luomaan mahdollisimman rauhallisen ympäristön. Esiinnyimme itse videolla. Kuvauksen jälkeen aloitimme videon editoinnin, johon kuului muun muassa videopätkien leikkaaminen ja yhdistäminen, musiikkien liittäminen sekä alku- ja lopputekstien laatiminen. Editoinnin jälkeen poltimme valmiin videon 20:lle DVD-levylle. Koulutustilaisuuteen osallistuneiden lisäksi DVD toimitettiin Seinäjoen Reumayhdistys ry:lle ja SeAMK:n opetuskäyttöön.

5.4 Palautteet

Kirjallisesta palautteesta esille nousi koulutustilaisuuden hyödyllisyys. Suurin osa sai uutta tietoa fibromyalgiasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta ja koki harjoitteet sopiviksi. Harjoitteet herättivät monenlaisia tunteita ja ajatuksia. ”Että voikin rentoutuminen olla näin täydellistä! Ihanaa!” ”Sain taas itseni miettimään omia kipujani. Arkielämässä joudun usein siirtämään vain kivut taka-alalle.” Harjoitteista eniten keskustelua ja mielenkiintoa herätti mielikuvaharjoite, jossa kivulle annettiin konkreettinen muoto. ”Kivun kuvitteleminen ”näkyväksi” oli uusi asia, ja varmasti hyödyllinen.” ”Mielenkiintoisinta oli kivulle muodon antaminen.” ”Kivun miettiminen minkälainen se on ja sen ”luovuttaminen” pois, ulkoistaminen.” Oli yllättävää huomata, että kivun käsitteleminen konkreettisenä oli monelle uutta.

Saimme lisäksi palautetta omasta toiminnasta ja ohjauksesta. Suullinen palaute oli hyvin rohkaisevaa ja kannustavaa. Saimme kiitosta ammatillisuudestamme ja asiantuntijuudestamme. Myös kirjallisesta palautteesta nousi esiin positiivisia asioita: ”Taitavasti järjestetty, esitys ymmärrettävästi kerrottu. Tietoa oli jo ja tuli uuttakin.”

”Ihanat opiskelijat, oikean asenteiset psyfy-juttuihin!” Palautelomakkeesta selvisi, että kaikki, yhtä lukuun ottamatta, olisivat valmiita tekemään harjoitteita myös kotona videon avulla. Psykofyysinen fysioterapia herätti kiinnostusta ja monet voisivat jatkaa aiheen parissa, esimerkiksi kerran viikossa toteutuvan ryhmän avulla.

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Saavutimme opinnäytetyöllemme asetetut tavoitteet. Koulutustilaisuutta pidettiin erittäin hyödyllisenä ja sellaisille olisi enemmänkin tarvetta. Tarkoituksemme toteutui osittain, sillä koulutustilaisuuteen osallistuneet saivat uutta tietoa ja uusia näkökulmia oireyhtymän hoitoon, mutta laajempi kohderyhmä on vielä tavoittamatta.

Opinnäytetyöprosessimme alkoi aiheen valinnalla keväällä 2015, mutta lopullinen aihe varmistui vasta syksyllä. Aiheemme valintaan vaikuttivat oma kiinnostus psykologiaan ja sitä kautta syventyminen psykofyysiseen fysioterapiaan. Halusimme oppia lisää psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen eri menetelmistä. Yhdistimme työhömme fibromyalgian sen moninaisten fyysisten ja psyykkisten oireiden vuoksi. Fibromyalgian hoidon haasteellisuus sai meidät haluamaan tietoa psykofyysisen fysioterapian mahdollisuuksista fibromyalgian hoidossa. Rajasimme aiheemme fibromyalgiaan ja psykofyysisen fysioterapian yleisimpien menetelmien vaikutuksiin fibromyalgian hoidossa.

Syksyn 2015 aikana otimme yhteyttä Seinäjoen Reumayhdistys ry:n puheenjohtajaan, jolta kyselimme mahdollisesta yhteistyöstä koskien opinnäytetyötämme. Aihe herätti mielenkiintoa, ja Seinäjoen Reumayhdistys oli hyvin innokas tekemään yhteistyötä kanssamme.

Aloitimme työstämisen tiedonhankinnalla. Fibromyalgiasta löytyi hyvin tietoa suomeksi ja englanniksi, kun taas psykofyysisestä fysioterapiasta lähinnä vain suomeksi. Varsinaista käsitettä ”psykofyysinen fysioterapia” ei käytetä kansainvälisesti, joten valitsimme tiedonhakuun termin ”CBT”. Sitä kautta löysimme enemmän tutkimuksia ja kirjallisuuskatsauksia liittyen psykofyysisen fysioterapian hyödyntämisestä fibromyalgian hoidossa. Arvioimme kriittisesti kehoterapiassa käytettyjä vanhoja lähteitä. Päätimme kuitenkin käyttää alkuperäisiä lähteitä, sillä tieto ei ole muuttunut.

Teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen sujui hyvin. Koimme hyväksi tavaksi jakaa tehtäviä ja sopia yhteisistä aikatauluista. Välillä aikatauluista lipsuttiin, joten työ ei aina edennyt toivotulla tavalla. Harjoitteiden valitseminen vei paljon aikaa, koska perehdyimme fibromyalgiaa sairastaville sopiviin harjoitteisiin tutkitun tiedon avulla.

Huomioimme myös harjoitteiden tason aloittelijoille sopivaksi sekä mahdollisuuden tehdä niitä itsekseen kotona. Harjoitteiden käsikirjoittaminen oli yllättävän aikaa vievää, koska emme halunneet käyttää valmiita harjoitteita. Lopulliset harjoitteet olivat mielestämme hyviä ja sopivia niin koulutustilaisuuteen kuin videollekin. Valmistaudimme harjoittelemalla ääneen lukemista, että puhe olisi mahdollisimman selkeää, sujuvaa ja harjoitteisiin sopivan rauhallista. Käytimme työssämme käsitettä ”sovelletut psykofyysisen fysioterapian harjoitteet”, sillä emme ole käyneet psykofyysisen fysioterapian lisäkoulutusta.

Työn alussa pohdimme videon tarpeellisuutta, sillä se lisäisi työmäärää huomattavasti. Ajattelimme videon tekemisen olevan meille liian haastavaa ja mietimmekin pyytävämme apua ammattilaiselta. Videon kuvaaminen ja editointi osoittautuivatkin melko yksinkertaisiksi toteuttaa. Valmiin videon nähtyämme, tajusimme sen olevan erittäin hyödyllinen ja konkreettinen väline harjoitteiden oppimiseen.

Mietimme pitkään koulutustilaisuuden ajankohtaa, että mahdollisimman moni kohderyhmästä pääsisi osallistumaan. Päädyimme pitämään koulutustilaisuuden keskiviikkona 17.8.2016 klo 16.30-19.30, mikä osoittautui hyväksi ajankohdaksi. Olimme suunnitelleet tilaisuuden 10-15 henkilölle, että pystyisimme antamaan myös yksilöllistä ohjausta. Ilmoittautuneita oli 16, joten ilmoitimme kiintiön olevan täysi, vaikka kiinnostuneita olisi ollut enemmänkin. Teoriaosuuteen olisimme voineet varata enemmän aikaa, sillä osallistujat olivat kiinnostuneita saamaan tietoa ja keskustelemaan aiheesta. Osallistujien aktiivisuus yllätti meidät positiivisesti, joten annoimme aikaa keskustelulle. Olimme kuitenkin varanneet harjoitteluosuuteen runsaasti aikaa, joten pysyimme kokonaisuikataulussa. Tilaisuuden oli tarkoitus olla rento ja vuorovaikutuksellinen, joten pyrimme olemaan helposti lähestyttäviä ja avoimia.

Koulutustilaisuus jännitti meitä aluksi melko paljon, koska kummallakaan ei ollut aikaisempaa kokemusta koulutustilaisuuden pitämisestä. Teoriaosuuden alettua jännitys häipyi, sillä olimme perehtyneet asiaan hyvin. Koulutustilaisuuden pitäminen, erityisesti harjoitteiden ohjaaminen, toi ohjaamiseen varmuutta ja oli opettavainen kokemus tulevan ammatin sekä työelämän kannalta. Koulutustilaisuudesta saadun

positiivisen palautteen kautta varmentui, että voisimme tulevaisuudessa työskennellä psykofyysisen fysioterapian parissa. Mielestämme persoonamme ja luontemme sopivat hyvin tähän aiheeseen.

Aiheemme on ollut mielenkiintoinen ja olemme saaneet paljon uutta tietoa sekä fibromyalgiasta että psykofyysisestä fysioterapiasta. Syventyminen aiheeseen on tuonut paljon uusia näkökulmia. Tutkitun tiedon lisääntymisen myötä psykofyysistä fysioterapiaa on alettu soveltaa laajemmin eri sairauksien ja oireiden hoidossa. Nykypäivänä muun muassa aikataulutettu elämäntyyli ja työelämän asettamat paineet lisäävät psyykkisen hyvinvoinnin ongelmia. Suomessa fibromyalgiadiagnoosi on vain lyhytkestoisen sairausloman peruste, eikä oikeuta työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen (Kivikoski & Hannonen 2013, 1415). Fibromyalgia lisää sairauspoissaoloapäiviä, jotka aiheuttavat kustannuksia työnantajalle ja yhteiskunnalle. Fibromyalgiaa sairastavien terveydenhuoltokustannukset on arvioitu olevan kolminkertaiset muuhun väestöön verrattuna, suurimmaksi osaksi liitännäissairauksista ja työkyvyttömyydestä johtuen (Varinen 2015, 14). Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä käytetään ennaltaehkäisevänä terapiamuotona esimerkiksi työterveyshuollossa ja sen on tutkittu olevan kustannustehokasta (Gard 2005, 726; Basic Body Awareness Terapia 2016). Tämän vuoksi koemme aiheemme erityisen tärkeäksi ja ajankoh- taiseksi.

Koulutustilaisuudessa keskusteltiin diagnoosin saamisen vaikeudesta. Lisääntyneestä tiedosta huolimatta vielä nykyäänkään kaikki lääkärit eivät diagnosoi fibromyalgiaa yhtä herkästi. Malin (2016, 1371, 1374) mukaan diagnoosin saaminen helpottaisi sairastavan oloa oireiden selittymisen kautta. Tutkitun tiedon perusteella diagnoosin varmistuminen vähentää terveyspalvelujen käyttöä, jolloin kustannukset pienentyvät. Fibromyalgiaa sairastaville on tehty Yhdysvalloissa ilmainen Internet-pohjainen ohjeistus fibromyalgiasta ja sen hoidosta (FibroGuide). Se on jo parin vuoden ajan ollut suosittu ja käytännöllinen apu useille. Mengan ym. (2014, 343, 345, 348-349) tutkimuksen perusteella Internet-pohjainen CBT saattaisi olla hyödyllinen hoitomuoto fibromyalgiaa sairastavien lievän tai keskivaikean masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa. Tutkimuksessa käytetty Internet-pohjainen ohjelma on kehitetty Australiassa (MoodGYM), lisäksi samantapainen ohjelma on ollut saatavilla ainakin Hollannissa (FITNET). Suomi tulee hieman kansainvälisen kehityksen

perässä, koska vastaavia ohjelmia ei ole vielä tehty suomenkielellä. Toivottavasti Suomeenkin saataisiin pian helposti tavoitettavissa oleva ja kustannustehokas apukeino.

Pohdimme, että työmme jatkokehitys voisi liittyä sovellettujen psykofyysisen fysioterapian videoharjoitteiden vaikuttavuuden tutkimiseen fibromyalgiaa sairastavilla. Toinen mahdollinen idea voisi olla suomenkielisen Internet-pohjaisen ohjelman kehittäminen fibromyalgiaa sairastaville psykofyysisestä fysioterapiasta ja sen harjoitteista.

Opinnäytetyöprosessi on kokonaisuudessaan ollut pitkä ja haastava, mutta antoisa. Olemme kehittyneet tiedonhankinnassa, lähdekriittisyydessä ja ongelmanratkaisussa. Lisäksi stressinsietokykymme on kasvanut ja ammatillista kehittymistä on tapahtunut koko prosessin ajan. Työn kautta olemme saaneet valmiuksia siirtyä työelämään.

Haluamme kiittää Seinäjoen Reumayhdistys ry:tä sujuvasta yhteistyöstä.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 2007. Käsikirjoittajan työkalut: audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Helsinki : Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Ablin, J., Neumann, L. & Buskila, D. 2008. Pathogenesis of fibromyalgia – A review. [Verkkolehtiartikkeli]. *Joint Bone Spine* 2008, 75 (3), 1-7. [Viitattu 30.8.2016]. Saatavana: http://library.tasmc.org.il/wwwnew/Staff_Publications/publications2008/ablin.pdf
- Alda, M., Luciano, J.V., Andrés, E., Serrano-Blanco, A., Rodero, B., López del Hoyo, Y.Roca, M., Moreno, S., Magallón, R. & García-Campayo, J. 2011. Effectiveness of cognitive behaviour therapy for the treatment of catastrophisation in patients with fibromyalgia: a randomised controlled trial. [Verkkolehtiartikkeli]. *Arthritis Research & Therapy* 13 (5), R173. [Viitattu 10.12.2015]. Saatavana: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308108/pdf/ar3496.pdf>
- Antony, M. M., Ledley, D. R. & Heimberg, R. G. 2008. Pysyvä muutos: Kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Suomentaja Laura Koskela. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Arnold, L.M., Clauw, D. J. & McCarberg, B.H. 2011. Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. [Verkkolehtiartikkeli]. *Mayo Clinic Proceedings* 86 (5), 457-464. [Viitattu 21.5.2016]. Saatavana: <http://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196%2811%2960035-9/pdf>
- Arnold, M. L., Fan, J., Russell, I. J., Yunus, M. B., Khan, M. A., Kushner, I., Olson, J. M. & Iyengar, S. K. 2013. The Fibromyalgia Family Study: A Genome-Scan Linkage Study. [Verkkolehtiartikkeli]. *Arthritis & Rheumatism*, 65 (4), 1122-1128. [Viitattu 30.8.2016]. Saatavana: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.37842/pdf>
- Arponen, R. & Airaksinen, O. 2014. Hoitava hieronta. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Basic Body Awareness Terapia (BBAT). 2016. [Verkkosivu]. PSYFY ry. [Viitattu 12.2.2016]. Saatavana: <http://psyfy.net/opiskelu/basic-body-awareness-terapia/>
- Bennett, R. & Nelson, D. 2006. Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. [Verkkolehtiartikkeli]. *Nature Clinical Practice Rheumatology* 2 (8), 416-424. [Viitattu 8.12.2015]. Saatavana: <http://www.myalgia.com/PDF%20files/Bennett%20Nelson%20CBT%202006.pdf>
- Bourgault, P. Lacasse, A., Marchand, S., Courtemanche-Harel, R., Charest, J., Gaumont, I., Barcellos de Souza, J. & Choinière, M. 2015. Multicomponent Interdisciplinary Group Intervention for Self-Management of Fibromyalgia: A

- Mixed-Methods Randomized Controlled Trial. [Verkkolehtiartikkeli]. PLoS ONE 10 (5). [Viitattu 8.12.2015]. Saatavana: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126324>
- Busch, V., Magerl, W., Kern, U., Haas, J., Hajak, G. & Eichhammer, P. 2012. The Effect of Deep and Slow Breathing on Pain Perception, Autonomic Activity, and Mood Processing – An Experimental Study. [Verkkojulkaisu]. Pain Medicine 13, 215-228. [Viitattu 4.3.2016]. Saatavana: https://www.researchgate.net/profile/Walter_Magerl/publication/51663018_The_effect_of_deep_and_slow_breathing_on_pain_perception_autonomic_activity_and_mood_processing--an_experimental_study/links/0c96052fd29102dd47000000.pdf
- Crofford, L. J. 2015. Fibromyalgia. [Verkkosivu]. American College of Rheumatology. [Viitattu 16.5.2016]. Saatavana: <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Fibromyalgia>
- Ericsson, A., Palstam, A., Larsson, A., Löfgren, M., Bileviciute-Ljungar, I., Bjersing, J., Gerdle, B., Kosek, E. & Mannerkorpi, K. 2016. Resistance exercise improves physical fatigue in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. [Verkkoartikkeli]. Arthritis Research & Therapy 18 (1), 176. [Viitattu 11.9.2016]. Saatavana: <http://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13075-016-1073-3>
- Fibromyalgia symptoms. Ei päivystä. [Verkkosivu]. National Fibromyalgia Association. [Viitattu 17.5.2016]. Saatavana: <http://www.fmaware.org/about-fibromyalgia/symptoms/>
- Franssila, P. & Wallin, M. 2014. Kosketus fysioterapiassa: Kuri, halu ja rajojen ylittäminen. Fysioterapia 5. 37-38.
- Gard, G. 2005. Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. [Verkkolehtiartikkeli]. Disability and Rehabilitation 27 (12), 725-728. [Viitattu 2.3.2016]. Saatavana: http://kineoo.nl/bat_for_patients_with_fibro.pdf
- Gustafsson, M., Ekholm, J. & Broman, L. 2002. Effects of a multiprofessional rehabilitation programme for patients with fibromyalgia syndrome. [Verkkojulkaisu]. J Rehabilitation Medicine 34, 119-127. [Viitattu 2.3.2016]. Saatavana: <http://medicaljournals.se/jrm/content/download.php?doi=10.1080/165019702753714147>
- Hagelberg, N. 1.12.2015. Duloksetiini ja milnasipraani fibromyalgian hoidossa. [Verkkoartikkeli]. Käypä hoito. [Viitattu 24.4.2016]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak08506>
- Hakanpää, T. & Peltonen, S. 2004. Hengitys on kehon ja mielen tulkki. Fysioterapia 7, 32–34.

- Hannonen, P. 1.11.2009. Fibromyalgian hoito. [Verkkoartikkeli]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 24.4.2016]. Saatavana Terveysportista. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hassett, A.L. & Gevitz, R.N. 2009. Nonpharmacologic Treatment for Fibromyalgia: Patient Education, Cognitive-Behavioral Therapy, Relaxation Techniques, and Complementary and Alternative Medicine. [Verkkolehtiartikkeli]. Rheumatic Disease Clinics of North America 35(2), 393–407. [Viitattu 10.8.2016]. Saatavana: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743408/pdf/nihms116518.pdf>
- Hennard, J. 2011. Yoga Therapy in Practice: A Protocol and Pilot Study for Managing Fibromyalgia with Yoga and Meditation. [Verkkolehtiartikkeli]. International Journal of Yoga Therapy (21), 109-121. Saatavana: <http://yogaclub.us/attachments/Other%20Diseases%20Disorders/Yoga%20and%20Fibromyalgia.pdf>
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2010. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Häuser, W., Klose, P., Langhorst, J., Moradi, B., Steinbach, M., Schiltenswolf, M. & Busch, A. 2010. Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. [Verkkoartikkeli]. Arthritis Research & Therapy 12 (3, R79), 9-14. [Viitattu: 30.8.2016]. Saatavana: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/ar3002.pdf>
- Johnsen, R.W. & Råheim, M. 2010. Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with basic body awareness therapy in psychiatric healthcare. [Verkkojulkaisu]. Advances in Physiotherapy 12, 166-174. [Viitattu 2.3.2016]. Saatavana EBSCO –tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Jones, M., Harvey, A., Marston, L. & O'Connell, NE. 2013. Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in adults (Review). [Verkkojulkaisu]. The Cochrane Library. (5). [Viitattu 12.9.2016]. Saatavana: <http://bura.brunel.ac.uk/bitstream/2438/7718/2/Fulltext.pdf>
- Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kivikoski, L. & Hannonen, P. 2013. Fibromyalgian taustalla on kivunsäätelyn ja autonomisen hermoston herkistyminen. Suomen Lääkärilehti 68 (19), 1409-1415a.
- Käypä hoito: Liikunta. 13.1.2016. [Verkkosivu]. Duodecim. [Viitattu 24.4.2016]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>

- Larsson, A., Palstam, A., Löfgren, M., Ernberg, M., Bjersing, J., Bileviciute-Ljungar, I., Gerdle, B., Kosek, E. & Mannerkorpi, K. 2015. Resistance exercise improves muscle strength, health status and pain intensity in fibromyalgia—a randomized controlled trial. [Verkkoartikkeli]. *Arthritis Research & Therapy* 17(1), 161. [Viitattu 11.9.2016]. Saatavana: <https://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13075-015-0679-1>
- Li, Y., Wang, F., Feng, C., Yang, X. & Sun, Y. 2014. Massage Therapy for Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. [Verkkolehtiartikkeli]. *PLOS ONE* 9 (2), 1-9. [Viitattu 10.3.2016]. Saatavana: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0089304>
- Lindberg, I. 1989. Psykosomaattinen fysioterapia Pohjoismaissa. *Lääkintävoimistelija* 89 (6), 6-8.
- Lindberg, I. 1989. Roxendal tähdentää ruumiinkuvan eheyttämistä. *Lääkintävoimistelija* 36 (6), 14-16.
- Loebach Wetherell, J., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J., Stoddard, J., Petkus, A., Solomon, B., Lehman, D., Liu, L., Lang, A. & Atkinson, J.H. 2011. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. [Verkkolehtiartikkeli]. *International Association for the Study of Pain* 152. [Viitattu 10.3.2016]. Saatavana: https://www.researchgate.net/profile/Thomas_Rutledge/publication/51229020_A_randomized_controlled_trial_of_acceptance_and_commitment_therapy_and_cognitive-behavioral_therapy_for_chronic_pain/links/0922b4f90da759c5c7000000.pdf
- Mali, M. 2016. Eväitä fibromyalgiapotilaan kohtaamiseen. *Suomen lääkirilehti* 71 (19), 1371-1374.
- Malmgren-Olsson, E-B., Armelius, B-Å. & Armelius, K. 2001. A comparative outcome study of body awareness therapy, Feldenkrais, and conventional physiotherapy for patients with non-specific musculoskeletal disorders, changes in psychological symptoms, pain and self-image. [Verkkolehtiartikkeli]. *Physiotherapy Theory and Practice* 17, 77-95. [Viitattu 3.3.2016]. Saatavana: https://www.researchgate.net/profile/Eva-Britt_Malmgren-Olsson/publication/232056640_Comparative_study_of_the_efficacy_of_Body_Awareness_Therapy_Feldenkrais_and_conventional_physiotherapy_in_patients_with_prolonged_unspecified_musculoskeletal_disorders_Changes_in_psychological_symptoms_pain_and_self-image/links/00b4952a0dfd8d4858000000.pdf
- Mannerkorpi, K. & Arndorw, M. 2004. Efficacy and feasibility of combination of body awareness therapy and qigong in patients with fibromyalgia: A pilot study. [Verkkoartikkeli]. *Journal of Rehabilitation Medicine* 36, 279–281. [Viitattu: 3.3.2016]. Saatavana: http://www.thaicam.go.th/attachments/387_R2010070103.pdf

- Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta.
- Meeus, M., Nijs, J., Vanderheiden, T., Baert, I., Descheemaeker, F. & Struyf, F. 2015. The effect of relaxation therapy on autonomic functioning, symptoms and daily functioning, in patients with chronic fatigue syndrome or fibromyalgia: a systematic review. [Verkkolehtiartikkeli]. *Clinical Rehabilitation*. 29 (3), 221-233. [Viitattu 31.8.2016]. Saatavana: https://www.researchgate.net/publication/265472455_The_effect_of_relaxation_therapy_on_autonomic_functioning_symptoms_and_daily_functioning_in_patients_with_chronic_fatigue_syndrome_or_fibromyalgia_A_systematic_review
- Menetelmät ja hyödyt. 2016. [Verkkosivu]. PSYFY ry. [Viitattu 9.2.2016]. Saatavana: <http://psyfy.net/menetelmatjahyodyt/>
- Menga, G., Ing, S., Khan, O., Dupre, B., Dornelles, A.C., Alarakhia, A., Davis, W., Zakem, J., Webb-Detiege, T., Scopelitis, E. & Quinet, R. 2014. Fibromyalgia: Can Online Cognitive Behavioral Therapy Help? [Verkkolehtiartikkeli]. *The Ochsner Journal* 14 (3), 343-349. [Viitattu 12.9.2016]. Saatavana: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4171792/pdf/i1524-5012-14-3-343.pdf>
- Miró, E., Lupiáñez, J., Martínez, M.P., Sánchez, A.I., Díaz-Piedra, C., Guzmán, M.A. & Buéla-Casal, G. 2011. Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: A pilot, randomized controlled trial. [Verkkolehtiartikkeli]. *Journal of Health Psychology*, 1-13. [Viitattu 8.3.2016]. Saatavana: <http://hpg.sagepub.com/content/early/2011/01/12/1359105310390544.full.pdf>
- Monroe, C.M. 2009. The Effects of Therapeutic Touch on Pain. [Verkkolehtiartikkeli]. *Journal of Holistic Nursing American Holistic Nurses Association* 27(2), 85-92. [Viitattu 10.4.2016]. Saatavana SeAMK:n verkosta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Nicholls, D.A. & Holmes, D. 2012. Discipline, desire, and transgression in physiotherapy practice. [Verkkolehtiartikkeli]. *Physiotherapy Theory and Practice* 28(6), 454-465. [Viitattu 10.4.2016]. Saatavana: https://www.researchgate.net/publication/228329455_Discipline_desire_and_transgression_in_physiotherapy_practice
- Nuoramo, T. 2015. Miten fysioterapia voi auttaa fibromyalgiaa sairastavaa? *Reuma* 1, 25.
- Oppimiskäsitykset: Kokemuksellinen oppiminen ja oppimisen ohjaaminen. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2.9.2016]. Saatavana: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskasitykset/oppimiskasityksista-oppimisen-ohjaamiseen/kokemuksellinen-oppiminen-ja-oppimisen-ohjaaminen/>

- Oppimiskäsitykset: Konstruktivismi ja oppiminen. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. [Viitattu 1.9.2016]. Saatavana: <http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskasitykset/oppimiskasitykset/konstruktivistinen-oppiminen/>
- Payne, R.A. & Donaghy, M. 2010. Payne's handbook of relaxation techniques: a practical guide for the health care professional. 4. uud. p. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Pellinen, A. & Keinänen, K. 2015. Fibromyalgiaa sairastavan kannattaa treenata. Reuma 1, 24-25.
- Psykofyysinen fysioterapia. 2016. [Verkkosivu]. PSYFY ry. [Viitattu 9.2.2016]. Saatavana: <http://psyfy.net/esittely/>
- Qigong. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. The National Qigong Association. [Viitattu 3.3.2016]. Saatavana: <http://nqa.org/about-nqa/what-is-qigong/>
- Railo-Granfelt, A. 2004. Sovellettu rentous on hyvä itsehallintamenetelmä. Fysioterapia 7, 12-13.
- Roxendal, G. & Winberg, A. 2002. Levande människa: Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Stockholm: Natur och kultur.
- Roxendal, G. 1985. Body Awareness Therapy and The Body Awareness Scale: Treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. [Verkkojulkaisu]. Kompendietryckeriet. Kålleröd. [Viitattu 19.2.2016]. Saatavana: <http://www.ki-neoo.nl/bibliotheek/body-awareness-therapy-and.pdf>
- Saarelma, O. 13.6.2015. Hyperventilaatio (liikahengitys). [Verkkoartikkeli]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 10.2.2016]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00905
- Stenbäck, S. 17.5.2016. Fibromyalgiapotilaan hoito. [Verkkoartikkeli]. Duodecim. [Viitattu 24.4.2016]. Saatavana Terveysportista. Vaatii käyttöoikeuden.
- Svennevig, H. 2005. Kehon mieli: Kehontuntemuksesta itsetuntemukseen. Helsinki: WSOY.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uud. p. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Varinen, A. 2015. Fibromyalgia yleislääkärin silmin. [Verkkolehtiartikkeli]. Yleislääkäri 30 (4), 11-15. [Viitattu 12.9.2016]. Saatavana: <https://www.lukusali.fi/reader/68a3081a-04ff-11e5-b3ce-00155d64030a>

What is body image. Ei päivystä. [Verkkosivu]. The National Eating Disorders Association. [Viitattu 2.3.2016]. Saatavana: <http://www.nationaleatingdisorders.org/what-body-image>

Wickström, C. 2004. Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. *Fysioterapia* 7, 25-27.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M-A., Goldenberg, D. L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J.B. & Yunus, M.B. 2010. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. [Verkkolehtiartikkeli]. *Arthritis Care & Research* 62 (5), 600-610. [Viitattu 21.5.2016]. Saatavana: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.20140/full>

LIITTEET

Liite 1. Palautelomake

Liite 2. Koulutustilaisuuden runko

LIITE 1 Palautelomake

PALAUTELOMAKE

Koulutustilaisuus 17.8.2016

	Kyllä	Vähän	En
Saitko uutta tietoa fibromyalgiasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kyllä	Vähän	En
Tiesitkö psykofyysisestä fysioterapiasta aikaisemmin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kyllä	Vähän	En
Saitko uutta tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erittäin	Vähän	En lainkaan
Kuinka hyödylliseksi koit koulutustilaisuuden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Helppoja	Sopivia	Vaikeita
Millaisia harjoitteet mielestäsi olivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kyllä		En
Voisitko tehdä harjoitteita kotona videon avulla?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Mikä oli mielestäsi mielenkiintoisinta? _____

Jäikö jokin asia mietityttämään/puuttumaan? _____

Muu palaute: _____

LIITE 2 Koulutustilaisuuden runko

Koulutustilaisuuden sisältö ja aikataulu:

- 16.30-17.15 aloitus ja teoriaosuus
 - o fibromyalgia
 - o psykofyysinen fysioterapia
- 17.15-17.30 kahvitauko
- 17.30-19.15 käytännön harjoittelu
 - o suhde alustaan
 - o keskilinjan etsiminen
 - o hengityksen kuunteleminen
 - o palleahengitys
 - o mielikuvarentoutus
 - o rentoutus ja hengitys
- -19.15-19.30 palautteet ja lopetus