

Liinanki Katriina, Rahkola Katja & Rautmaa Helena

PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Esittelyvideo Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalle

PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Esittelyvideo Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalle

Liinanki Katriina, Rahkola Katja &
Rauatmaa Helena
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Tekijät: Katriina Liinanki, Katja Rahkola & Helena Rautamaa

Opinnäytetyön nimi: Psykofyysinen fysioterapia - Esittelyvideo Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalle

Työn ohjaajat: Marika Tuiskunen & Marika Heiskanen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2016

Sivumäärä: 45 + 3

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jossa kehon ja mielen nähdään muodostavan erottamattoman kokonaisuuden. Se perustuu suomalaiseen ja skandinaaviseen fysioterapia-perinteeseen. Opinnäytetyön aihe tuli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan työelämälähtöisestä tarpeesta saada perehdytysmateriaali psykofyysisestä fysioterapiasta opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden käyttöön. Nykyisen perehdytyskäytännön koettiin vievän paljon aikaa ja siihen käytetyt resurssit haluttiin vapauttaa muihin tehtäviin. Psykiatrian klinikan toiveesta tuotettiin perehdytysvideo projektityönä.

Projekti on koostunut projektin suunnitteluvaiheesta, aiheeseen perehtymisestä, tuotteen suunnittelusta ja toteutuksesta sekä projektin raportoinnista. Projektin alussa tehtiin projektisuunnitelma, johon suunniteltiin projektin tavoitteet, vaiheet ja aikataulut sekä riskikartoitus. Projektisuunnitelmaa toteutettiin onnistuneesti koko projektin ajan. Aiheeseen perehtyessä etsittiin tietoa useista tietokannoista ja ammattikirjallisuudesta. Psykiatrian klinikan fysioterapeutti myös perehdytti meitä aiheeseen niin teorian kuin käytännönharjoitteidenkin avulla. Projektin tavoitteena oli tuottaa selkeä ja informatiivinen esittelyvideo psykofyysisestä fysioterapiasta. Oppimistavoitteena oli lisätä ymmärrystä psykofyysisestä fysioterapiasta ja projektityöskentelystä.

Aiheeseen perehtymisen kautta saatiin paljon tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta, siinä käytetyistä menetelmistä, niiden vaikuttavuudesta sekä terapian prosessista. Teorian pohjalta alettiin suunnitella videon sisältöä. Sen suunnittelussa perehdyttiin videon käsikirjoitusta, kuvausta ja editointia käsittelevään teorian tietoon, jonka pohjalta tehtiin käsikirjoitus ja kuvakäsikirjoitus. Videon kuvaamiseen saatiin ammattikuvaaja, jonka kanssa yhteistyössä video kuvattiin ja editoitiin. Videolle on tehty kaksi testinäyttöä, joiden palautteen perusteella videota muutettiin käyttäjäystävällisemmäksi. Videota tullaan hyödyntämään perehdytysmateriaalina opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Palaute videon sisällöstä oli positiivista. Kaikissa palautteissa todettiin, että tuote on informatiivinen ja vastaa kysymykseen ”Mitä on psykofyysinen fysioterapia”. Videon ilmapiiirin kerrottiin olevan rauhallinen ja aiheen ajankohtainen. Kokonaistavoitteita peilaten tilaajataho oli tyytyväinen tuotteeseen, samoin projektipäälliköt.

Yksi suurimpia haasteita projektin aikana oli löytää ajankohtaista tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta. Tiedonhaussa ja aiheeseen perehtyessä nousikin esiin tarve psykofyysisistä fysioterapiasta käsittelevälle yleisteokselle, jossa käsiteltäisiin sen lähtökohtia ja menetelmiä.

Avainsanat: psykofyysinen fysioterapia, biopsykososiaalinen, mielenterveyttä tukeva fysioterapia, ICF, kuntoutusprosessi, toimintakyky, esittelyvideo.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

Authors: Katriina Liinanki, Katja Rahkola & Helena Rauatmaa

Title of thesis: Psychophysical physiotherapy – An introduction video for the psychiatric clinic of the Northern Ostrobothnia Hospital District

Supervisors: Marika Tuiskunen & Marika Heiskanen

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016 Number of pages: 45 + 3

Psychophysical physiotherapy is a holistic approach where mind and body are seen as an inseparable unity. This special field is based on long physiotherapy practices in Finland and Scandinavia. The aim of the Bachelor's thesis was to produce an explicit and informative introduction video about psychophysical physiotherapy. The video is to be used at the psychiatric clinic of the Northern Ostrobothnia Hospital District in Finland. The current employee orientation is considered time-consuming and therefore a need to enhance the practices of introducing psychophysical physiotherapy for new employees and students at the psychiatric clinic was the main reason for this project to begin. In addition to producing an introduction video the learning goals were to increase understanding of psychophysical physiotherapy and get experience from working in a project.

The thesis process consisted of the project planning, orientation to the theoretical background, planning of the product, implementation and project assessment. The first step was to make a project plan where goals and schedule of the project were defined. Before planning the actual product, the project members had to understand the main phenomenon of psychophysical physiotherapy. The understanding of the topic was achieved through concrete practices instructed by the collaborating physiotherapist at the psychiatric clinic as well as through extensive research of scientific articles and professional literature.

Planning of the product was based on the theory about psychophysical physiotherapy process, the main principles and the used methods. The principles of video production were also studied before planning and making a script and a storyboard. The collaborating physiotherapist helped in planning the content of the video. The introduction video has a story about a client going to psychophysical physiotherapy and in between the story information about the process is provided. A professional film maker filmed and edited the video. Two test shows were organized and changes to the video were made according to the given feedback. The final step of this project was to evaluate the product and the process. The test audience considered the video informative and it answered the question of what is psychophysical physiotherapy. The project members and the collaborating physiotherapist were also well satisfied with the end product.

One of the major challenges was the lack of coherent information about psychophysical physiotherapy. A need for a general book about psychophysical physiotherapy arose when trying to collect profound information about the topic.

Keywords: psychophysical physiotherapy, biopsychosocial, psychiatric physiotherapy, ICF, rehab cycle, functional ability, introduction video.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PROJEKTIN TAUSTA, TAVOITTEET JA ORGANISOINTI	8
2.1	Projektiorganisaatio	9
2.2	Projektin tavoitteet ja kohderyhmä	9
3	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA	11
3.1	Psykofyysisen fysioterapian lähtökohdat	11
3.1.1	Vuorovaikutus	12
3.1.2	Ihmiskäsitys	13
3.1.3	Oppimiskäsitys	14
3.1.4	Toimintakyky	14
3.2	Psykofyysisen fysioterapian prosessi	15
3.2.1	Fysioterapeuttinen tutkiminen	18
3.2.2	Fysioterapian toteutus	19
3.2.3	Terapiaprosessin seuranta	26
4	ESITTELYVIDEON SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	28
4.1	Esittelyvideon suunnittelu	28
4.2	Esittelyvideon toteutus	30
5	PROJEKTIN ARVIOINTI	32
5.1	Esittelyvideon arviointi	32
5.2	Projektin prosessin arviointi	34
6	POHDINTA	36
	LÄHTEET	38
	LIITTEET	46

1 JOHDANTO

Psykofyysinen fysioterapia on kokonaisvaltaista toimintakyvyn edistämistä. Se on fysioterapian erikoisala, jossa keskeistä on kehon ja mielen jatkuva vuorovaikutus sekä kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. (PSYFY ry 2016a, viitattu 20.8.16.) Toimintakyvyn ongelmista huolimatta kuntoutuja nähdään aina kokonaisuutena (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265). Psykofyysinen fysioterapia soveltuu monenlaisille asiakasryhmille (Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari 2016, 7-8). Sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi erilaisissa mielenterveyden ongelmissa, neurologisten oireiden yhteydessä sekä pitkittyneissä kiputiloissa. (PSYFY ry 2016a, viitattu 20.8.16.)

Suomessa psykofyysistä fysioterapiaa käytetään muun muassa vammaisten kuntoutuksessa, neurologisessa kuntoutuksessa sekä erilaisten mielenterveydellisten ongelmien sekä kipuoireiden hoidossa. Suomalainen psykofyysinen fysioterapia on syntynyt pitkälti Ruotsissa kehitetyn kehotietoisuusharjoittelun sekä norjalaisen psykomotorisen fysioterapian pohjalta (Norwegian Psychomotor Physiotherapy eli NPMP). (Härkönen ym. 2016, 7-8.) Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) psykiatrian klinikalla on käytössä useita psykofyysisen fysioterapian menetelmiä, kuten läsnäolo-, kehotietoisuus- ja rentoutusharjoituksia. Klinikalla sovelletaan ja yhdistellään erilaisia menetelmiä asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Työskentelyssä tärkeää on muun muassa fysioterapeutin oma itsetuntemus ja läsnäolo sekä pitkän kokemuksen mukanaan tuoma ihmistuntemus (Sorvisto 2016, haastattelu 22.9.2016.)

Raportissa käytetty sana *kokonaisvaltainen* viittaa ymmärrykseemme ihmisen kokonaisvaltaisuudesta eli siitä, miten keho ja mieli ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään ja muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden. Kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä puhutaan myös kansainvälisessä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health eli ICF), jossa henkilön terveydentilan, yksilötekijöiden ja ympäristötekijöiden nähdään vaikuttavan toimintakyvyn ja toimintarajoitteisiin. (Suomela-Markkanen, Mesiäinen, Mäkelä 2015, 8.) Aiheeseen perehtyessämme eteemme tuli myös muita saman merkityksen omaavia termejä kuten *biopsykososiaalinen* ja *holistinen*. Näitä sanoja on hyödynnetty muun muassa tiedonhaussa aiheeseen perehdyttäessä.

Opinnäytetyöprojekti lähti käyntiin työelämälähtöisestä kehittämistarpeesta. PPSHP:n psykiatrian klinikalta oli ehdotettu esittelyvideon tekoa opinnäytetyöaiheeksi. Meille opiskelijoille tieto tuli opettajien kautta alkuvuodesta 2016. Yhteistyötapaamisessa sovimme esittelyvideon kohderyhmästä ja sisällöstä. Psykiatrian klinikalla koettiin, että opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdyttäminen psykofyysiseen fysioterapiaan oli aikaa vievää ja siihen kaivattiin uutta käytäntöä.

Oma kiinnostuksemme psykofyysiseen fysioterapiaan ja halu perehtyä syvällisemmin aiheeseen sai meidät ottamaan yhteistyötarjoituksen vastaan. Projekti on koostunut projektin suunnitteluvaiheesta, aiheeseen perehtymisestä, tuotteen suunnittelusta ja toteutuksesta sekä projektin raportoinnista. Tavoitteenamme oli tuottaa selkeä ja informatiivinen esittelyvideo psykofyysisestä fysioterapiasta psykiatrian klinikan fysioterapeuttien käyttöön, jotta perehdytys sujuisi nopeammin ja siihen aiemmin käytetyt resurssit säästyisivät muuhun käyttöön. Oppimistavoitteenamme oli lisätä ymmärrystä psykofyysisestä fysioterapiasta, siinä käytetyistä menetelmistä, niiden vaikuttavuudesta sekä terapian prosessista. Toisena tärkeänä oppimistavoitteena oli oppia ja saada kokemusta projektityöskentelystä.

2 PROJEKTIN TAUSTA, TAVOITTEET JA ORGANISOINTI

Tarve projektin käynnistämiseksi voi kehittyä halusta uudistaa vanhentunutta järjestelmää tai tarpeesta tehdä siihen muutoksia (Ruuska 2012, 35.). Tämän projektin tarkoitus oli tuottaa psykiatrian klinikalle selkeä esittelyvideo psykofyysisestä fysioterapiasta, jotta perehdytys sujuisi nopeammin ja siihen aiemmin käytetyt resurssit säästyisivät muuhun käyttöön. Projekteja voidaan perustaa asiakkaan tilauksesta sekä idean tai kehitystarpeen seurauksena (Kettunen 2003, 46). Projekti käynnistyi tilaajatahon yhteistyöpyynnöstä Oulun ammattikorkeakoulun opinnäytetyöyhteistyön kautta.

Toimeksianto saatiin alkuvuodesta 2016 Oulun ammattikorkeakoulun opettajien Eija Mämmelän ja Marika Heiskasen kautta. PPSHP oli toivonut esittelyvideota psykofyysisestä fysioterapiasta perehdytyskäyttöön. Toimeksianto välitettiin aluksi yhdelle opiskelijalle, joka sai lopulta kaksi muuta opiskelijaa mukaan projektiryhmään. Tämän jälkeen projektiryhmä otti yhteyttä tilaajatahon edustajiin ja sopi tapaamisen projektin alulle saattamiseksi. Kevään aikana järjestettiin muutama tapaaminen, joissa suunniteltiin tuotetta ja saatiin perehdytystä psykofyysiseen fysioterapiaan. Projekti-suunnitelma ja aikataulu (liite 1) valmistuivat kevään aikana ja ohjausryhmä hyväksyi suunnitelman kesän 2016 alussa. Aiheeseen perehtyminen tapahtui kesän aikana.

Tuotteen suunnittelu aloitettiin aivoriihellä, jossa ideoitiin videon sisältöä. Aivoriihi on työskentelytapa, jolla voidaan etsiä vaihtoehtoisia ratkaisuja ongelmaan. Sen tavoitteena on löytää mahdollisimman monta ideaa, mikä lisää laadullisesti hyvien ideoiden syntyminen todennäköisyyttä. (Jämsä & Manninen 2000, 35-36.) Ideoinnista valikoitiin parhaat vaihtoehdot, joiden pohjalta luonnosteltiin kohtausluettelo ja käsikirjoitus. Luonnosteluvaiheessa on tärkeää kuulla myös sidosryhmiä (sama, 48). Luonnoksia muokattiin yhdessä tilaajatahon kanssa. Tuotteen suunnittelussa ja valmistuksessa myös tuotekohtainen asiantuntemus on tarpeen (sama, 50). Myös kuvaaja auttoi videon suunnittelussa käsikirjoituksen perusteella. Tuotteen valmistuttua järjestettiin testinäytöt ja kirjoitettiin loppuraportti.

2.1 Projektioorganisaatio

Projektioorganisaatioon kuuluu projektiryhmä, ohjausryhmä sekä mahdollisia työskenteleviä asiantuntijoita (Mäntyneva 2016, 19). Projektille valitaan päällikkö, joka vastaa projektin päivittäisjohtamisesta ja päätöksenteosta. Projektipäällikkö valmistelee kokoukset ja toimii tavallisesti myös sihteerinä. (Ruuska 2012, 21.) Projektissamme opinnäytetyön tekijät, OAMKin fysioterapian opiskelijat Katriina Liinanki, Katja Rahkola ja Helena Rauatmaa muodostivat projektiryhmän, jonka kaikki jäsenet vastasivat projektipäällikön tehtävistä tasavertaisesti. Projektipäällikön rooli on myös toimia vastuullisesti projektin vetäjänä ja toteuttaa ohjausryhmän hyväksymä projektisuunnitelma (Mäntyneva 2016, 32). Projektissamme kaikki projektiryhmän jäsenet toimivat projektisuunnitelman mukaisesti ja kantoivat vastuun kullekin annetuista tehtävistä. Lisäksi projektissamme toimi projektityöntekijänä PPSHP:n kuvaaja Marko Korhonen. Tukiryhmänä projektissamme toimivat vertaisarvioijat Auli Inkala ja Iiris Orava. Psykiatrian klinikan fysioterapeutti Mari Sorvisto toimi tukiryhmässä apuna tuotteen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Ohjausryhmässä on yleensä mukana sekä tilaaja- että toteuttajaorganisaation edustajia. Se määrittää tavoitteita ja seuraa niiden saavuttamista sekä ottaa kantaa projektiin. (Mäntyneva 2016, 22.) Tässä projektissa ohjausryhmänä toimi Oulun ammattikorkeakoulun ohjaavat opettajat Marika Heiskanen ja Marika Tuiskunen, jotka hyväksyivät projektisuunnitelman ja ohjasivat opinnäytetyön raportin kirjoittamisessa. Lisäksi ohjausryhmään kuului psykiatrian klinikan fysioterapeutti Mari Sorvisto, joka hyväksyi valmiin tuotteen.

2.2 Projektin tavoitteet ja kohderyhmä

Projektin välitön tavoite kuvaa projektin tavoiteltavaa lopputilannetta ja sitä voidaan mitata asiakaspalautteella (Silfverberg 2016, viitattu 2.5.2016). Projektin välittömänä päätavoitteena oli tuottaa selkeä ja informatiivinen esittelyvideo ja tämän myötä tehostaa opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytystä sekä säästää siihen kuluvia resursseja. Videota hyödyntämällä resurssit voidaan kohdentaa muuhun työhön. Tavoitteiden täyttymistä arvioitiin testinäytöillä ja niistä saaduilla kirjallisilla palautteilla.

Pitkän ajan kehitystavoite on projektin toteuttamisen perusta, joka kuvaa sillä tavoiteltavaa muutosta hyödynsaajanryhmän osalta. Kehitystavoitteen toteutumisen mittaaminen on usein vaikeaa,

sillä muutos käynnistyy hitaasti. Projektin vaikuttavuutta pitäisi kuitenkin pystyä seuraamaan ja arvioimaan. (Silfverberg 2016, viitattu 2.5.2016.) Projektin pitkän ajan kehitystavoitteena oli lisätä tietoisuutta psykofyysisestä fysioterapiasta psykiatrian klinikalla.

Projektilla voi olla useita hyödynsaajia. Lopullisten tulosten suhteen tärkein hyödynsaajaryhmä on projektin kohderyhmä. (Silfverberg 2016, viitattu 11.5.2016.) Tämän projektin varsinaisena kohderyhmänä olivat psykiatrian klinikalle harjoittelujaksoille tulevat sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijat. Varsinaisen kohderyhmän lisäksi projektilla voi olla muita hyödynsaajia, jotka kannattaa määritellä riittävän selkeästi tavoitteiden ja seurannan kohdentamiseksi (sama, viitattu 11.5.2016). Projektin muita hyödynsaajia olivat psykiatrian klinikan psykofyysistä fysioterapiaa toteuttavat fysioterapeutit, sillä video vähentää perehdyttämiseen käytettävää aikaa ja tarjoaa siihen helppokäyttöisen työkalun. Muita hyödynsaajia oli muu henkilökunta, jolle voidaan antaa tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta videon avulla.

3 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysisellä fysioterapialla tarkoitetaan toimintakyvyn sekä voimavarojen tukemista ja vahvistamista. Lähestymistavassa ihminen nähdään kokonaisuutena riippumatta siitä, millaisia toimintakyvyn ongelmia kuntoutujalla on. Kokonaisvaltaisuus perustuu siihen, ettei kehoa ja psyykettä voi erottaa toisistaan, eikä ihmistä omasta ympäristöstään tai vuorovaikutussuhteistaan. (Talvitie ym. 2006, 265-267.) Myös neuropsykologiassa tarkastellaan psyyken ja kehon välistä erottamatonta yhteyttä. Aivojen kognitiivisella ja emotionaalisella tasolla tapahtuva muutos vaikuttaa kehoon ja taas sensomotorisella tasolla tapahtuma muutos vaikuttaa kognitiiviseen ja emotionaaliseen tasoon. (Ogden, Minton & Pain 2009, 5-8.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa on olennaista se, kuinka ihminen ymmärtää kokemuksen kautta itsensä ja tulee tietoiseksi kehonsa viesteistä. Näin hän pääsee omien tunteidensa kanssa kosketuksiin. (Talvitie ym. 2006, 266.) Kuntoutujan voimavarat ja elämäntilanteet huomioidaan aina tavoitteita määriteltäessä. Psykofyysinen lähestymistapa soveltuu esimerkiksi kuntoutujille, joilla on mielenterveyden ongelmia, stressioireita, ahdistuneisuutta tai vaikeuksia oman kehon tiedostamisessa. (PSYFY ry 2016a, viitattu 20.8.16.) Se sopii kuitenkin yhtä hyvin myös kiputiloista kärsivälle tai henkilölle, jolla on aivohalvauksen tai työuupumuksen aiheuttamia ongelmia. Sitä voidaan käyttää myös ennaltaehkäisevänä menetelmänä. (Talvitie ym. 2006, 265.) Psykofyysisessä fysioterapiassa kuntoutujaa kannustetaan ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Terapian avulla kuntoutuja löytää vaihtoehtoisia liikkumistapoja ja oppii vaikuttamaan kipujensa ja oireidensa syihin. (PSYFY ry 2016b, viitattu 24.8.2016.)

3.1 Psykofyysisen fysioterapian lähtökohdat

Psykofyysisen fysioterapian lähtökohtana on kokonaisvaltainen ihmiskäsitys ja keskeisenä tavoitteena kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen (PSYFY ry 2016a, viitattu 20.8.16). Yhtenä tärkeänä lähtökohtana on myös terapeutin ja kuntoutujan välinen vuorovaikutus (Härkönen ym. 2016, 16). Fysioterapiassa kuntoutujalle mahdollistuu oman ruumiillisuuden tunnistaminen, kokeminen ja hyväksyminen, jotka vahvistavat hänen toimintakykyään (Kukkonen 2005, 18). Keskeistä on myös kokemuksellinen oppiminen (Härkönen ym. 2016, 6; PSYFY ry 2016a, viitattu 20.8.16). Tässä

työssä psykofyysisen fysioterapian lähtökohtina on tarkasteltu vuorovaikutusta, ihmiskäsitystä, oppimiskäsitystä ja toimintakykyä.

3.1.1 Vuorovaikutus

Psykofyysisessä fysioterapiassa vuorovaikutus luo perustan kaikelle muulle toiminnalle (Härkönen ym. 2016, 42). Vuorovaikutuksella onkin olennainen rooli terapiasuhteen rakentumisessa (Kukkohovi 2004, 50). Turvallinen ja luottamusta herättävä ilmapiiri on tärkeää, jotta kuntoutuja kokee olonsa turvalliseksi. Esimerkiksi anoreksian hoidossa pienikin muutos kehotietoisuudessa saattaa herättää kuntoutujassa ahdistusta, jolloin luotettava yhteys terapeuttiin korostuu. (Kolnes 2012, 284.) Härkösen ym. (2016, 42) mukaan vuorovaikutustilanteissa elettyä elämää ilmaistaan kehoillisesti. Terapeutin läsnä oloisuus mahdollistaa kuntoutujalle kehollisten viestin vastaan ottamista ja tunteiden ilmaisua (Uusi-Kokko 2009, 68). Kuntoutujan tuntemusten pintaan nousun voidaan nähdä myötävaikuttavan parantumiseen (Afrell & Rudebeck 2009, 286).

Vuorovaikutuksella tavoitellaan hyvää ilmapiiriä, joka puolestaan rohkaisee kuntoutujaa keskustelemaan asioistaan. Näin fysioterapeutti pystyy etsimään ratkaisuja ongelmiin yhdessä kuntoutujan kanssa. Tasavertaisuus ja kuntoutujan osallistuminen keskusteluun ovat tärkeitä tekijöitä sekä terapiasuhteen luomisessa että ylläpitämisessä. (Kukkohovi 2004, 50.) Esimerkiksi kipukuntoutujien fysioterapiassa avoimet, kuntoutujan omaan kokemukseen liittyvät kysymykset voivat toimia prosessin käynnistäjinä (Afrell & Rudebeck 2009, 283). Tällaiset kysymykset edesauttavat niin ikään dialogin kehittymisessä (Afrell & Rudebeck 2009, 286.)

Vastavuoroinen viestintä lisää terapiatilanteen tasavertaisuutta ja yhteisymmärrystä (Kukkohovi 2004, 51). Puhutaan dialogisesta terapiasuhteesta, kun terapeutti ja kuntoutuja ovat tasavertaisia. Tällöin molemmat osapuolet ovat vastuussa kuntoutuksen etenemisestä ja keskustelu esimerkiksi tavoitteiden suhteen on avointa. (Jaakkola 2009, 8-9; Talvitie ym. 2006, 52-54.) Vuorovaikutuksessa olennaista on myös kiireettömyys eli asiakas saa rauhassa kertoa omia kokemuksiaan ja näkemyksiään (Härkönen ym. 2016, 19). Kun terapeutti luottaa kuntoutujan omaan arvioon tilanteestaan, viestittää se tälle arvostusta. Arvostava kohtaaminen puolestaan antaa kuntoutujalle kokemuksen nähdäksi ja kuulluksi tulemisesta (Härkönen ym. 2016, 42.) Kuulluksi tulemisen kokemuksesta lisää myös terapeutin taito olla läsnä (Härkönen ym. 2016, 16).

Vuorovaikutus on niin sanallista kuin sanatontakin (Uusi-Kokko 2009, 68). Molemmilla voidaan välittää empatiaa, välittämistä, rohkaisua ja tukea. Terapiasuhteissa merkityksellisen yhteyden luominen kuntoutujan ja terapeutin välille parantaa terapiasuhdetta (Fuentes, Armijo-Olivo, Funabashi, Miciak, Dick, Warren, Rashiq, Magee & Gross 2013, 486). Esimerkiksi kipukuntoutuksessa on todettu, että vuorovaikutuksellisilla tekijöillä voidaan lisätä myös terapian vaikuttavuutta (Fuentes ym. 2013, 487). Fysioterapeutin on tärkeää osata aistia kehollisessa dialogissa tapahtuvaa kuntoutujan sanatonta viestintää, jolloin hän voi mukauttaa viestintäänsä havaintojensa pohjalta (Uusi-Kokko 2009, 73; Kukkohovi 2004, 77).

3.1.2 Ihmiskäsitys

Psykofyysisessä fysioterapiassa ihminen nähdään kokonaisuutena, jonka muodostavat keho ja mieli vuorovaikutuksessa toisiinsa. Keho ja sen tuntemukset vaikuttavat siis mieleen ja mieli, tunteet ja ajatukset taas näkyvät liikkumisessa ja ihmisen oman kehon kokemisessa. (PSYFY ry 2016a, viitattu 1.11.2016.) Fysioterapiassa ihmiskäsitys vaikuttaa siihen, miten hyvin kuntoutujan kohtaaminen onnistuu. Fysioterapeutin tulisikin olla tietoinen omasta ihmiskäsityksestään, sillä se vaikuttaa vuorovaikutuksen lisäksi myös menetelmävalintoihin ja kuntoutujan osallisuuteen sekä kuntoutujan motivaation kehittymiseen. (Talvitie ym. 2006, 89-90.) Psykofyysinen fysioterapia edellyttää fysioterapeutilta tietoisuutta oman maailmankuvan ja ihmiskäsityksen välisestä suhteesta. Fysioterapeutin tulisi olla kiinnostunut oman ihmiskäsityksensä tietoisesta tutkimisesta ja analysoimisesta, sillä sen tuntemus ja kehittäminen vaativat tarkastelua (Herrala, Kahrola, & Sandström 2009, 12) sekä ymmärrystä sen muotoutumisen taustoista (Talvitie ym. 2006, 266).

Myös kuntoutujan ihmiskäsitys vaikuttaa terapeutin ja kuntoutujan väliseen dialogiin. Fysioterapiassa hyvänä lähtökohtana voidaan pitää sitä, että kuntoutuja löytää voimavaransa oman ihmiskäsityksensä pohjalta (Talvitie ym. 2006, 266). Rauhalan mukaan ihmisen hyväksi toimittaessa ihmiskäsitys on aina taustavaikuttajana (Rauhala 2005, 127). Ihmisen olemassaolo voidaan jakaa kolmeen perusmuotoon, jotka ovat tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus (sama, 32). Muutos missä tahansa olemisen muodossa aiheuttaa aina muutosta myös kahdessa muussa tasossa ja muutosta voidaan saada aikaan minkä tahansa kanavan kautta. (sama, 126.)

3.1.3 Oppimiskäsitys

Talvitien ym. (2006, 29) mukaan fysioterapiassa oppimiskäsitys on behavioristinen, eli se keskittyy ulkoisten tapahtumien tarkasteluun. Motorisessa oppimisessa tulee ensin määrittää oppimiselle päämäärä, joka voi olla esimerkiksi liikesarja tai jonkin välineen käyttäminen. Ohjaamisessa hyödynnetään sanallista ohjausta tai tarpeen vaatiessa esimerkin näyttämistä. Kuntoutujaa voidaan myös manuaalisesti ohjata oikeaan liikkeeseen. Ulkopuolelta tulevan ohjauksen turvin tapahtuva oppiminen on tietoista, eli eksplisiittistä oppimista, mutta siihen liittyy aina myös tiedostamatonta, eli implisiittisellä tasolla tapahtuvaa oppimista. Harjoittelun jatkuessa ja toistuessa itsenäisyys lisääntyy ja uuden taidon edustus motorisella aivokuorella kasvaa. Opitun taidon automatisoituessa ulkoisen ohjauksen tarve on enää hyvin vähäistä ja tekemisen laatu paranee. Pysyvää oppimista voidaan sanoa tapahtuneen, kun opittu asia pysyy muistissa. Uusia taitoja tulisi harjoitella erilaisissa tilanteissa siirtovaikutuksen varmistamiseksi. (Herrala ym. 2009, 130-134.)

Psykofyysistä viitekehystä sovellettaessa oppiminen on kuitenkin myös kokemuksellista. Tämä puolestaan vaatii terapeutilta itseltään riittäviä valmiuksia. (Härkönen ym. 2016, 8.) Fysioterapiassa vaikutuskanavana on keho, mutta muutosta tapahtuu myös sekä tajunnallisesti että välillisesti situationaalisesti. Holistisen eli kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen mukaan kehon kanavan kautta vaikuttaminen toimii myös kokonaisuuden kannalta edullisesti, sillä kokemuksellisuuden kautta yhden kanavan kautta tullut vaikutus voi laajentua useamman kanavan kautta tapahtuvaksi muutokseksi. (Rauhala 2005, 152-158.) Myös Jaakkola (2009, 8) toteaa, että psykofyysisen fysioterapian ”lähestymistie” on ruumiillinen, jossa vaikutukset yltävät myös kuntoutujan mieleen sekä hänen toimintaansa arjessa ja omassa ympäristössään.

3.1.4 Toimintakyky

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltainen toimintakyvyn edistäminen (PSYFY ry 2016a, viitattu 20.8.16). Toimintakyvyn keskeinen määrittäjä on terveys. Hyvän terveyden omaava saattaa kokea toimintakykynsä huonoksi, mutta toisaalta toimintakyky voidaan kokea hyväksi terveysvajeidenkin yhteydessä. Huonoa toimintakykyä voi kompensoida esimerkiksi käyttämällä apuvälinettä tai muuttamalla toimintaympäristöään. (Talvitie ym. 2006, 39-40.) ICF:n mukaisesti toimintakyky käsittää ruumiin rakenteet ja toiminnot sekä suoritukset ja osallistumisen (Pohjolainen & Saltychev 2015, viitattu 6.11.2016). Toimintakykyyn vaikuttavat fyysiset, psyykkiset

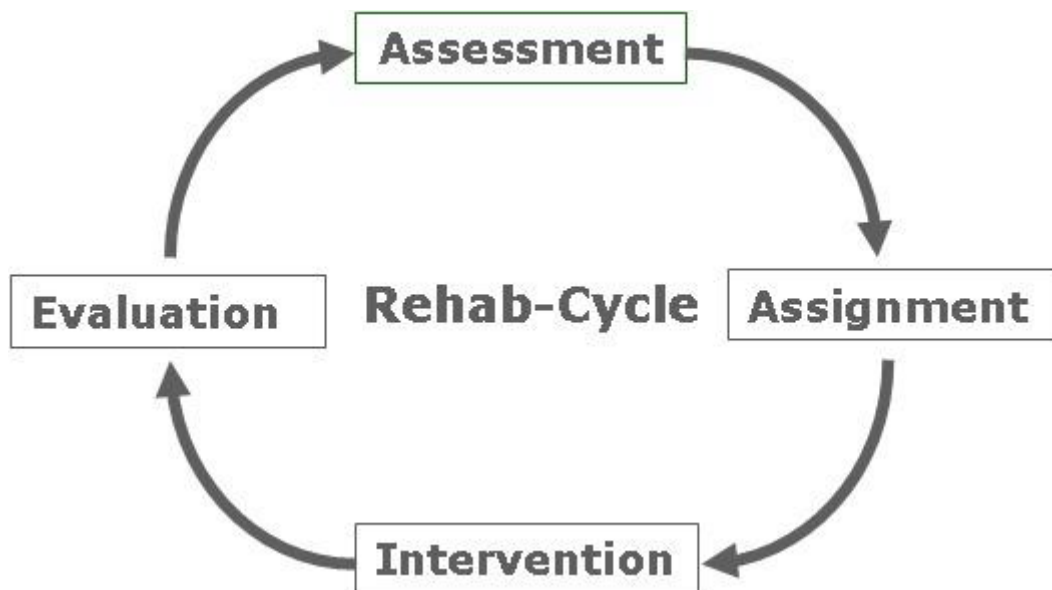
ja perinnölliset tekijät sekä kasvuympäristö. Toimintakyky muuttuu iän myötä. Siihen vaikuttavia asioita ovat muun muassa sairaudet ja vammat, mutta myös omat kokemukset ovat yhteydessä asioihin, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Toimintakykyyn vaikuttavat myös muun muassa muisti, oppiminen, sosiaaliset suhteet ja elämän mielekkyys. (Talvitie ym. 2006, 38-39.)

ICF koostuu kahdesta osasta, jotka ovat ”toimintakyky ja toimintarajoitteet” sekä ”kontekstuaaliset tekijät”. Ensimmäiseen kuuluvat suoritukset ja osallistuminen, ruumiin toiminnot ja ruumiin rakenteet. Toiseen kuuluvat ympäristötekijät ja yksilötekijät. Sairautta tai terveydentilaa kuvattaessa ICF selittää niiden kontekstuaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksia ja sitä, miten ne näkyvät kuntoutujan arjessa ja elämässä. (Paltamaa & Anttila 2015, 15-16.) ICF:n avulla voidaan luoda toimintakyvystä, siinä tapahtuvista muutoksista ja niihin vaikuttavista tekijöistä kokonaisvaltainen kuvaus. Voidaan siis saada käsitys toimintakyvyn ja -rajoitteiden, sekä terveyden taustoista ja siitä miten kyseisiin asioihin voidaan vaikuttaa. (Suomela-Markkanen ym. 2015, 8). ICF:n mukaan toimintakyky ja toimintavaje ovat interaktiivisia ja evolutiivisia prosesseja. Näin ollen toimintakyky rakentuu terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksessa. Eri osiot ovat dynaamisesti vuorovaikutuksessa, jolloin vaikuttaminen yhteen toimintakyvyn osa-alueeseen voi aiheuttaa muutosta yhdessä tai useammassa muussa osa-alueessa. Toisaalta esimerkiksi toimintavaje ei välttämättä aina vaikuta toimintakykyyn, joten vaikutukset eivät aina ole ennustettavissa tai yksi yhteen toisensa kanssa. (World Health Organization 2001, 18-19.)

3.2 Psykofyysisen fysioterapian prosessi

Psykofyysinen fysioterapia on biopsykososiaalista lähestymistapaa hyödyntävä kuntoutusmuoto, jota toteutetaan fysioterapiakuntoutuksena (Härkönen ym. 2016, 9, 20). Kuntoutusprosessia voidaan kuvata ICF:n mukaisella Rehab Cycle -kaaviolla (kuvio 1). Sen mukaan kuntoutus on neliosainen prosessi, joka koostuu tarpeen arvioinnista, työnjaosta, interventioista ja arvioinnista. (World Health Organization 2016, viitattu 14.11.2016.) Sen avulla voidaan myös optimoida hoitoa suhteuttamalla interventioita kuntoutusprosessin tuloksiin. Rehab Cycle on viitekehystenä kokonaisvaltainen ja kuntoutujalähtöinen. (Steiner, Ryser, Huber, Uebelhart, Aeschlimann & Stucki 2002, 1098-1107.)

Kuntoutujan voimavarojen arviointi koko kuntoutusprosessin ajan on edellytys sille, että terapia etenee progressiivisesti ja on onnistunutta. Voimavarojen arvioinnissa ja fysioterapian toteutuksessa keskeistä on myös kuntoutujan oma kokemus ja oivallukset. (Haapanen 2009, 180-181.) Kuntoutusprosessi jaetaan neljään osaan, jotka ovat tutkiminen (assessment), terapian toteutus (intervention), terapiaprosessin seuranta (evaluation) ja työnjakovaihe (assignment), joka jätettiin pois tässä työssä huomiotta, sillä tämä projekti keskittyy vain fysioterapian osuuteen, vaikka kuntoutus tapahtuisikin moniammatillisena yhteistyönä.



KUVIO 1. Rehab Cycle. (World Health Organization 2016, viitattu 14.11.2016.)

Kuntoutussuunnitelma on kuntoutusprosessin lähtökohta ja se perustuu hyvään kuntoutujan kokonaistilanteen arviointiin. Kuntoutujan tutkimisen jälkeen hänestä laaditaan fysioterapiadiagnoosi ja tehdään sen pohjalta yhdessä kuntoutujan kanssa suunnitelma, joka sisältää kuntoutujan tavoitteet sekä tiedon terapian toteuttamisesta. (Suomen fysioterapeutit 2013, 3-12.) PPSHP:n psykiatrian klinikalla prosessi alkaa arviojaksosta, joka käsittää yhdestä viiteen käyntiä. Arviojaksolla tehdään tutkimista ja määritellään terapian sisältö ja kesto. Ensimmäinen käynti käytetään haastatteluun, jossa käydään läpi muun muassa kuntoutujan taustoja, oireilua ja sen kestoa sekä tämän toiveita ja käsityksiä psykofyysisestä fysioterapiasta. Tutkimisella ja haastattelulla määritellään kuntoutujan voimavarot. Terapia voi toteutua yksilö- tai ryhmäterapiana kuntoutujan tilanteesta ja tarpeista riippuen. Prosessi voi kestää muutamista käynneistä useampaan vuoteen. (Sorvisto 2016, haastattelu 22.9.2016.) Fysioterapiaprosessiin kuuluu myös kirjaaminen. Prosessin vaiheina kirjataan kuntoutujan tulotilanne, terapian suunnittelu, - toteutus ja -arviointi. Kirjaaminen on osa fysiotera-

peuttien lakisääteistä toimintaa sekä varmistaa oikeusturvan niin terapeutille kuin kuntoutujalle. Fysioterapiajakson lopussa arvioidaan terapian tuloksellisuutta ja kirjataan loppuarvio. Kirjaaminen varmistaa myös sen, että kaikki kuntoutujaa hoitavat ammattiryhmät näkevät toistensa kirjaamiset ja toimii samalla tiedonvälityskanavana. (Suomen fysioterapeutit 2013, 3-12.)

Terapiasuhteen kehittyminen ja syventyminen lähtevät fysioterapeutin ja kuntoutujan kohtaamisesta. Fysioterapeutilta vaaditaan hyvää itsetuntemusta ja vuorovaikutustaitoja, sekä kykyä luoda luotettava yhteys kuntoutujaan, sillä esimerkiksi kosketuksella voi olla etäännyttäväkin vaikutus tutkimustilanteessa. (Talvitie ym. 2006, 268.) Esimerkiksi Basic Body Awareness Therapy -menetelmässä (BBAT) fysioterapeutin ja kuntoutujan kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat merkittävä osa kokonaisuutta. Samoin NPMP:ssä terapeutin ja kuntoutujan yhteistyötä on arvostettu kehon oireiden merkitystä tutkittaessa. (Gyllensten, Hansson, & Ekdahl. 2003, 174; Dragesund & Råheim 2008, 24.)

Kuntoutujan voimavarojen ja toimintakyvyn tunnistaminen sekä sopivan terapiamenetelmän löytäminen kuuluvat olennaisesti fysioterapeutin työhön (Talvitie ym. 2006, 52). Asiakkaan voimavarat ja elämäntilanne tulee huomioida psykofyysisen fysioterapian tavoitteiden laadinnassa, mutta terapian edetessä asiakasta rohkaistaan ottamaan enemmän vastuuta omasta kuntoutumisestaan. (PSYFY 2016a, viitattu 1.11.2016.) Kuntoutujan voimavarojen lisäksi hänen oma kiinnostuksensa ja ajatuksensa terapian hyödyttävyydestä ovat tärkeitä lähtökohtia psykofyysiselle fysioterapialle (Sorvisto, sähköpostiviesti 2.8.2016).

Psykofyysisen fysioterapian aikana tapahtuu muutosta niin kehontuntemuksissa kuin mielen tapahtumissa, kuten tunteissa ja ajattelussa. Näin ollen psykofyysiseen fysioterapiaan kuuluu vahvasti kokemuksellinen oppiminen, jossa kuntoutujan oma kokemus ja palaute ovat merkityksellisiä. (PSYFY 2016a, viitattu 1.11.2016; Jaakkola 2009, 8.) Ymmärrys omasta itsestä lisääntyy kokemuksen kautta. Kokemus voidaan määritellä monella tavalla, mutta sillä tarkoitetaan muun muassa yksilöllistä kehon tilaa ja tietoa, joka syntyy aistihavaintojen kautta. (Talvitie ym. 2006, 266; Ojala 2014, 4.)

3.2.1 Fysioterapeuttinen tutkiminen

Psykofyysisessä fysioterapiassa alkutilannetta arvioitaessa kuntoutuja kertoo itse muun muassa oireistaan, voimavaroistaan ja hänelle tärkeistä asioista (Sorvisto, sähköpostiviesti 2.8.2016). Kuuntelu, keskustelu ja tilanteeseen paneutuminen yhdessä sekä kehon tutkiminen antavat tietoa kuntoutujan voimavaroista (Haapanen 2009, 180; Talvitie ym. 2006, 132). Myös NPMP:ssä tutkimiseen kuuluu, että kuntoutuja itse kertoo ja tulkitsee omia oireitaan (Dragesund ym. 2008, 243). Kuntoutujan motivaation kartoittaminen ja psykofyysisen fysioterapian sisällön läpikäynti yhdessä kuntoutujan kanssa kuuluvat terapian alkuvaiheeseen (Sorvisto, sähköpostiviesti 2.8.2016). Kuntoutujan sisäistä motivaatiota muutokseen voi vahvistaa muun muassa motivoivan haastattelun avulla, johon kuuluu keskeisesti yhdessä työskentely, hyväksyntä, herättely sekä myötätunto (Veijola, Honkanen & Lappalainen 2015, 37).

Kuntoutujan kehonkuvan tutkimiseen voidaan hyödyntää esimerkiksi kehonkuvakyselyä ja keskustelua (Sorvisto, sähköpostiviesti 2.8.2016). Lisäksi psykofyysisessä fysioterapiassa havainnoitavia asioita ovat muun muassa vuorovaikutus, kuntoutujan asento, hengitys, läsnäolo, liikkuminen, suhde alustaan ja keskiliinjan, ruumiintuntemukset ja kivut (Uusi-Kokko 2009, 68). Samoin esimerkiksi kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen menetelmässä (Comprehensive Body Examination eli CBE) tutkittavia kehon osa-alueita ovat kehon asento, hengitys, liikkuvuus ja lihaskoostumus. Kyseisen menetelmän tietyillä osioilla on saatu selkeitä eroja esille kehon toimintoihin liittyen, kun on verrattu kipupotilaita, psykoosipotilaita ja terveitä henkilöitä. (Bunkan 2003, 22-31, 45 & 60.) Kehon kokonaisvaltainen tutkiminen kuuluu myös NPMP:hen, jossa tutkitaan kuntoutujan asentoa, hengitystä ja lihaskireyksiä ja joilla nähdään olevan yhteys emotionaaliseen tilaan (Dragesund ym. 2008, 243). BBAT:n kehittäjä Gertrud Roxendal on niin ikään kehittänyt kehon tutkimisen sekä BBAT:n vaikuttavuutta mittaavia menetelmiä, kuten Body Awareness Scale (BAS), Body Awareness Scale-Health (BAS-H) ja Body Awareness Rating Scale (BARS), joiden avulla tutkitaan ominaisuuksia kuten liikkeen laatua, kehon suhdetta alustaan ja keskiliinjan sekä vapaata hengitystä (Bunkan 2003, 27-28).

Hengitystä tulisi tutkia itsenäisenä muuttujana, joka vaikuttaa psykologisiin prosesseihin (Clifton-Smith & Bartley 2011, 99). Eri erityisalojen fysioterapeuttien tulisikin tutkia hengitystapoja, sillä ne kuvastavat hengityselintoiminnan ja biomekaanisen järjestelmän ohella myös kognitiivista tasoa (Clifton-Smith & Bartley 2011, 84). Tutkimisessa voidaan käyttää esimerkiksi Nijmegenin kyselylo-

maketta. Siinä kartoitetaan hengitykseen liittyviä oireita, kuten rintakipua, huimausta, hengenahdistusta, sydämen tykytyksiä ja ahdistuneisuuden tunnetta (Physiopedia 2016, viitattu 1.11.2016; Martin, Seppä, Lehtinen & Törö 2014, 68-69). Martinin ym. (2014, 68) mukaan kyselylomakkeen mukainen laaja oireiston selvittäminen voi auttaa näkemään epätasapainoisen hengityksen oireita yhdistävänä tekijänä. CBE:ssä hengitystä tutkitaan kuudesta näkökulmasta, joita ovat muutoskyky, hengityslihasten jännittyneisyys, hengitysliikkeet makuulla ja seisten, rytmi ja rintakehän asento (Bunkan 2003, 363). Terapeutti havainnoi hengitysliikkeistä muun muassa kuntoutujan spontaania hengitystä, niiden ristiriitaisuutta ja fyysisen rasituksen vaikutusta hengitykseen. Manuaalisesti voidaan tutkia esimerkiksi rintakehän liikkuvuutta. (Bunkan 2003, 364.) Epätasapainoiseen hengitykseen liittyviä ilmentymiä kuten solisluukuopan ja kylkiluuvälien syvenemistä havainnoimalla voidaan saada tietoa apuhengityslihasten käytöstä (Martin ym. 2014, 67). Psykofyysisessä hengitysterapiassa hengitystä tutkitaankin havainnoimalla ja pyytämällä kuntoutujaa itse kertomaan, miten hän hengityksensä kokee. Lisäksi hengitystä voidaan tutkia mukailemalla sen rytmiä käsin. (Martin ym. 2014, 226-227.)

3.2.2 Fysioterapian toteutus

Työvälineinä psykofyysisessä fysioterapiassa käytetään muun muassa hengitys- ja kehotietoisuusharjoituksia, erilaisia rentoutusmenetelmiä, pehmytkudoskäsittelyä, liikeharjoitteita sekä vuorovaikutusta vahvistavia harjoitteita (PSYFY ry 2016b, viitattu 1.11.2016). Psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ovat muun muassa BBAT, Feldenkrais, NPMP, psykodynaaminen kehoterapia, psykofyysinen hengitysterapia, tietoisien läsnäolon harjoitukset ja rentoutusharjoitukset. Terapiatilanteissa ei yleensä käytetä yksittäisiä menetelmiä, vaan niitä yhdistellään ja sovelletaan kuntoutuja-kohtaisesti (Sorvisto 2016, haastattelu 22.9.2016).

Hengitys- ja kehotietoisuusharjoituksilla, rentoutusharjoituksilla, liikeharjoitteilla ja vuorovaikutusta tukevilla harjoitteilla kuntoutuja saa varmemman ja turvallisemman kontaktin itseensä sekä pystyy siten vahvistamaan itsetuntemustaan (PSYFY ry 2016b, viitattu 1.11.2016). Psykofyysisellä fysioterapialla on todettu olevan kuntoutujan toimintakykyä, terveyttä ja elämälaatua parantavia vaikutuksia (Härkönen ym. 2016, 39). Tässä raportissa terapiassa käytettäviä menetelmiä on käsitelty kehotietoisuuden, tietoisien läsnäolon, rentouden ja hengityksen näkökulmista. Lisäksi on tarkasteltu kosketuksen roolia psykofyysisessä fysioterapiassa.

Kehotietoisuus

Kehotietoisuudella tarkoitetaan kokonaisvaltaista tietoisuutta ja ymmärrystä omasta kehosta (Herrala ym. 2009, 31). Siihen liittyy niin elämyksellisiä kuin liikkeeseenkin liittyviä asioita, kuten liikkeen hallintaa ja tapoja käyttää kehoa (Talvitie ym. 2006, 207). Roxendahlin & Winbergin (2002, 42) mukaan kehotietoisuudella tarkoitetaan sitä, että ihminen on tietoinen omasta kehostaan ja siinä ilmenevistä reaktioista, kuten tunteista, sillä tunteet tunnetaan kehossa ja kehonkieli taas kertoo ulkopuolisille tunteistamme. Tietoisuus omasta kehosta ja itsestä ilmenee koetussa toiminnassa sekä siinä, miten käyttäydymme (Herrala ym. 2009, 65). Kehonkuvan kehittyminen alkaa syntymästä. Ensin tutustumme kehoomme ja myöhemmin mukaan tulee kehollisuus eli olemassaolon psykologinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen puoli. Suotuisa kehitys antaa kokemuksen kehon ja mielen toimivasta yhteydestä. (Herrala ym. 2009, 31.)

Esimerkiksi psykiatrisilla potilailla voi olla ongelmia kehon tiedostamisessa. Tämä näkyy psyykkisten oireiden ohella motorisen käyttäytymisen häiriintyneisyytenä. (Talvitie ym. 2006, 43.) Kehonkuva, mikä liittyy olennaisesti kehotietoisuuteen, on usein häiriintynyt tai muuttunut muun muassa seksuaalisesti hyväksikäytetyillä, skitsofreniaa ja anorexia nervosaa eli laihuushäiriötä sairastavilla, psykoosipotilailla sekä ikääntymiseen liittyvien sairauksien ja kipujen yhteydessä (Talvitie ym. 2006, 444-446; Heinonen & Valkama 2010, 9; Kyllönen 2009, 97). Keho-orientoituneilla terapioidella kehon hienovaraisten viestien tunnistaminen ja tulkinta voivat parantua, jolloin tietoisuus tunteista ja kehon kokeminen omaksi lisääntyvät (Vancampfort, Vanderlinden, De Hert, Soundy, Adámkova, Skjaerven, Catalán-Matamoros, Lundvik, Gyllensten, Gómez-Conesa & Probst 2014, 633).

BBAT:ssa on tavoitteena lisätä voimavarojen käytettävyyttä kehotietoisuusharjoitteilla. Harjoitteissa yhdistyvät tasapaino, hengitys ja tietoinen läsnäolo. (PSYFY ry 2016c, viitattu 1.11.2016.) Harjoitteiden tarkoituksena on löytää mahdollisimman harmoninen ja tehokas tapa liikuttaa kehoa, vahvistaa lihaksia ja niveliä sekä lisätä tietoista läsnäoloa ja keskittymistä suuntaamalla tarkkaavaisuus kehoon ja sen liikkeisiin (Roxendal & Winberg 2002, 17). Tietoisuus voidaan suunnata esimerkiksi kehon suhteeseen alustaan, kehon keskilinjaan, kehon liikekeskukseen, hengitykseen tai liikkeen virtaukseen (Roxendal & Winberg 2002, 62.) Feldenkrais-menetelmässä korostetaan liikkeen laatua, mutta myös tietoisuutta niistä. Tavoitteena on lisätä kehonhallintaa ja kehontunteusta. (Suomen Feldenkraisyhdistys ry, 2016.) Harjoittelua voidaan tehdä joko ryhmissä tai yksilöohjauksessa (Rywerant 2003, 4). Feldenkrais-menetelmällä kehoa ja mieltä muistutetaan kehonosista, jotka eivät enää toimi tarkoituksenmukaisesti totutun liikkeen ja toiminnan aikana (Henry,

Paungmali, Mohan & Ramli 2016, 69.) Psykodynaamisessa fysioterapiassa kuntoutujaa autetaan saamaan parempi yhteys omaan kehoonsa ja elämyksiinsä (Monsen 1992, 50).

NPMP:ssä tavoitellaan lihasjännitysten tasapainottamista ja kivun vähenemistä tunneperäisiä risti-riitoja läpi käymällä. Taustalla on ajatus, että tunteiden tukahduttaminen johtaa lihasjännityksiin ja puolustusmekanismit vaikuttavat samanaikaisesti niin psyykkisesti kuin fyysisesti. (Talvitie ym. 2006, 273-274.) Psykodynaamisessa fysioterapiassa käytetään NPMP:n fyysisiä menetelmiä, mutta lisäksi hyödynnetään psykoterapeuttista ulottuvuutta, jonka avulla kuntoutujalle selvennetään tämän kehollisten reaktioiden merkityksiä (Talvitie ym. 2006, 276). NPMP:ssä keinoina ovat liikeharjoitteet, hieronta sekä kosketus. Liikeharjoituksissa käytetään maadoittavia, tasapainottavia, venyttäviä ja rentouttavia liikkeitä. Myös NPMP:ssä harjoittelua tuetaan sanallisella ohjauksella, jolla voidaan kertoa kuntoutujalle havaintoja esimerkiksi tämän lihasjännitystiloista. (Dragesund & Kvåle 2016, viitattu 1.11.2016.) Feldenkrais-menetelmässä terapeutin ja kuntoutujan välisessä kommunikoinnissa korostuu myös sanaton viestintä, jolloin kehoa manipuloitaessa viestintäkanavina toimivat taktiillinen, kinesteettinen ja visuaalinen aisti (Rywerant 2003, 13). Manipuloinnin ensisijainen tarkoitus ei ole muuttaa kehon toimintaa vaan toimia sanattomana viestintänä lisäten kuntoutujan tietoa kehonsa toiminnasta (Rywerant 2003, 19).

Kehotietoisuutta lisäävillä menetelmillä voidaan korjata virheellisiä lihasjännityksiä, mikä vähentää kuormittavia asentoja ja niistä johtuvia vääriä liikemalleja sekä kipuja (Talvitie ym. 2006, 276-277). Varsinkin BBAT:n vaikuttavuudesta psykiatrisen kuntoutuksen yhteydessä löytyy paljon tutkimusta (Härkönen ym. 2016, 33). Sen on todettu lisäävän kehotytyväisyyttä ja parantavan elämänlaatua syömishäiriökuntoutujilla (Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanas, Martínez-Salazar-Arboleas & Sánchez-Guerrero 2011, 623). Myös skitsofrenian hoidossa sillä on saatu hyviä tuloksia kehonkuvaan ja liikkeen laatuun sekä henkiseen läsnäoloon liittyen (Hedlund & Gyllensten 2010, 245-254). Møller ja Hegna (2001, viitattu 27.7.2016) ovat todenneet BBAT-pohjaisten harjoitteiden vaikuttavan ahdistukseen vähentäen oireita. Breitven, Hynnisen ja Kvålen (2010, 212-221) mukaan NPMP puolestaan vähentää potilaiden itsensä kokemaa masennusta, ahdistusta ja väsymystä sekä lisää elämänlaatua. Tanskassa se onkin suositeltu fysioterapiamuoto posttraumaattisen stressioireyhtymän hoidossa ja se soveltuu hyvin traumaperäisten oireiden hoitoon (Stade, Skammeritz, Hjortkjær & Carlsson 2015, 33-50.) Balk (2014, 46-49) on todennut vankisairaalaympäristössä toteutetun kehotietoisuusharjoittelun opettavan kuntoutujia tunnistamaan kehon jännitystiloja, rauhoittumaan, rentoutumaan ja keskittymään.

Tietoinen läsnäolo

Tietoinen läsnäolo tarkoittaa tietoisuutta, hetkeä kun tarkkaavaisuus kohdennetaan nykyhetkeen. Myös hyväksyvä suhtautumistapa on tietoisien läsnäolon osatekijä, jonka avulla tunteet ja tilanteet hyväksytään sellaisena kuin ne ovat. Tietoisien läsnäolon vaikuttavuutta on tutkittu kuntoutujan näkökulmasta, mutta se voi toimia hoitosuhteessa molemmin puolin. Vuorovaikutus potilaan kanssa paranee, kun hoitava henkilö pysähtyy itse tarkastelemaan tuntemuksiaan ja sitä, mitä hoitosuhteessa tapahtuu. (Koivisto & Melartin 2014, viitattu 20.11.2016.)

Yksi tietoisien läsnäolon harjoittamisen menetelmä on mindfulness. Sen juuret ovat buddhalaisuudessa, mutta se ei ole sidoksissa uskontoon, uskomusjärjestelmään tai kulttuuristaan (Raevuori 2016, viitattu 20.11.2016). Mindfulnessissa hyväksynnän lisäksi tärkeää on kehomieliyhteys, eli keho ja mieli nähdään täydellisessä yhteydessä toisiinsa. Keho ja mieli vaikuttavat jatkuvasti toisiinsa, joten tapamme kohdella kehoamme ja suhtautua siihen heijastuu mielen toimintoihin. Mindfulnessin avulla opitaan olemaan läsnä tässä hetkessä ja kehossa. (Pennanen 2014, 97-98.) BBAT:ssa tietoinen läsnäolo on edellytys sille, että menetelmä voi toimia kokonaisvaltaisesti. Tietoista läsnäoloa hyödynnetään BBAT:ssa myös kiinnittämällä huomio siihen, miltä harjoitukset tuntuvat ja miten kuntoutuja ne kokee. (Roxendal & Winberg 2003, 80-81.)

Mindfulnessia käytetään stressin hallintaan, tehokkuuden lisäämiseen ja hyvinvoinnin parantamiseen. Mindfulness-harjoittelun on todettu myös helpottavan masennusta, stressiä, ahdistusta, kroonista kipua ja unettomuutta. (Torppa 2015, viitattu 2.8.2016.) Hyväksyvää läsnäoloa harjaannuttamalla myös sallivuus itseä kohtaan lisääntyy. Sen avulla tähän hetkeen liittyvään kokemukseen pysähtyminen myös helpottuu, jolloin voidaan paremmin tiedostaa erilaisia tuntemuksia ja kokemuksia. (Martin ym. 2014, 216.) Segalin, Williamsin ja Teasdalen (2014, 565) mukaan mindfulness toimii masennuksen uusiutumisen ehkäisyssä. Siitä on todettu olevan apua myös posttraumaattisen stressioireyhtymän hoidossa (Polusny, Erbes & Thuras 2015, 456-465).

Rentous

Rentoutumisessa pyritään pääsemään irti kehoa ja mieltä häiritsevistä tekijöistä. Mielen rentouttamisen aikana pyritään tyhjentämään tai rentouttamaan mieli, jolloin se saa tilaisuuden olla levossa. Kehon rentoutumisessa pyritään poistamaan lihasjännityksiä. (Ljungberg 2012, 17-18.) Yksi yleisimmin käytetyistä rentoutustekniikoista on progressiivinen rentoutus eli jännitys-rentoutustekniikka, jossa kiinnitetään erityistä huomiota jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen eroon harjoituksen ai-

kana (Talvitie ym. 2006, 278). Rentouden uudelleen oppiminen on yksi yleisimmistä oppimistavoiteista mielenterveyskuntoutuksessa (Niskala 2015, 98). On kuitenkin hyvä muistaa, että rentoutumisen oppiminen voi aluksi olla vaikeaa ja ottaa aikaa. Esimerkiksi hyväksikäytetyksi tulleen kuntoutujan voi olla vaikea antaa itsensä rentoutua totutun jatkuvan varuillaan olon vuoksi. Harjoittelemalla rentoutuminen voi kuitenkin avata uusia näkökulmia ja helpottaa vaikeiden tilanteiden kohtaamista. (Tähkävuori 2005, 88.)

BBAT:ssa rentoudesta puhutaan virtauksen käsitteellä ja kehon jännitystilojen nähdään olevan tilannesidonnaisia. Virtauksella tarkoitetaan kehon rentoa liikettä, joka on tehokkaampaa kuin jännittyneenä tapahtuva liike. Liikkeen rentouteen pyritäänkin BBAT:ssa harjoittelemalla löytämään kehon keskilinja, keskus ja oma hengitys. (Roxendahl & Winberg 2002, 76-77.) Tension, stress & trauma release –harjoitukset (TRE) voivat puolestaan auttaa pääsemään irti lihaksiin varastoituneista psyykkisistä ja fyysisistä jännityksistä, stressistä tai traumaista (Traumaprevention 2013, viitattu 1.8.2016). Sovellettu rentoutus on menetelmä, jonka avulla pyritään oppimaan rentoutumisen taito mahdollisimman nopeasti missä ja milloin vain. Menetelmä sopii esimerkiksi kivusta, paniikkihäiriöstä tai ahdistuksesta kärsivälle. (Hamari, Saarikoski & Bergström 2012, 45-46.)

Rentoutumisella on lukuisia positiivisia psyykkisiä vaikutuksia, kuten esimerkiksi ahdistuneisuuden vähentyminen, itsetuntemuksen ja keskittymiskyvyn kohentuminen, sekä unenlaadun paraneminen. (Ljungberg 2012, 17-18.) Esimerkiksi ahdistuksen hoidossa rentoutustekniikat ovat maailmanlaajuisesti yksi käytetyimpiä ei-lääkinnällisiä hoitokeinoja ja niillä on saatu hyviä tuloksia aikaiseksi. (Manzoni, Pagnini, Castelnovo & Molinari, viitattu 4.8.2016). Rentoutuksen fysiologisia vaikutuksia ovat esimerkiksi lihasjännitysten väheneminen ja ruoansulatuselimistön toiminnan tehostuminen. (Ljungberg 2012, 17-18.) Muun muassa parempaa itsetuntemusta tavoitellaan autogeenisellä rentoutuksella, joka kuuluu suggestiivisiin menetelmiin (Talvitie ym. 2006, 278).

Hengitys

Hengitys on kehon autonomisista toiminnoista ainoa, josta ihminen voi tulla tietoiseksi ja johon voi tahdonalaisesti vaikuttaa (Herrala ym. 2009, 85). Meillä jokaisella on tapamme hengittää ja hengityksemme muuttuu tilanteen mukaan (Martin ym. 2014, 37). Pitkään jatkuessaan virheelliset hengitystavat heikentävät syviä vatsalihaksia, kiristävät selän ojentajalihaksia sekä pallean faskiaa johtaen rintakehän huonoon liikkuvuuteen ja kipuihin (Chaitow, Bradley & Gilbert 2014, 6-7). Hyperventilaatio puolestaan voi aiheuttaa pelkoa lisääviä kehollisia tunteita, kuten sydämen tyky-

tystä, huimausta ja rintakipua (Meuret, Rosenfield, Hofmann, Suvak & Roth 2009, 639). Epätasapainoinen hengitys voi Martinin ym. (2014, 70) mukaan olla seurausta stressistä ja ahdistuksesta. Hengitystavat ehdollistuvatkin jo varhaisissa vuorovaikutussuhteissa ja niissä koetut puutteet heijastelevat psyykkisen ja fyysisen itsesäätelyn ongelmina hengityksessä (Martin ym. 2014, 118-119). Erityisesti rauhallinen hengitys voi vaikeutua, jolloin epätasapainoisen hengityksen aiheuttama epämukavuus koetaan vuorovaikutussuhteen vaikeutena (Martin ym. 2014, 148). Roxendalin & Winbergin (2002, 73) mukaan hengitystapa voi muuttua erityisen voimakkaiden tai toistuvien tunnetilojen vuoksi, jolloin lapsuudessa koettu pelko voi vielä aikuisenakin näkyä jännittyneenä ja pidättyneenä hengityksenä.

Psykofyysisessä hengitysterapiassa tavoitteena on auttaa kuntoutujaa tunnistamaan itse oma hengityksensä ja hyödyntämään tätä taitoa vuorovaikutusharjoituksissa sekä ymmärtämään oma tapansa reagoida hengityksellä (Martin 2016b, viitattu 5.11.2016). Pohjimmiltaan menetelmässä on kyse tavasta olla ja havaita maailmaa (Martin 2016a, viitattu 1.11.16). Hengityksen ohjaamisessa tuetaan kuntoutujan itsehavainnointikykyä, mutta ei ohjata oikeaa tapaa tai tekniikka hengittää, eikä opeteta hengityslihakiston käyttämistä (Martin 2016b, viitattu 5.11.2016). Martin (2016a, viitattu 5.11.2016) toteaaakin, että niin sanotun oikeaoppisen hengityksen ohjaaminen vain lisää lihasjännitystä ja hengityksen kontrollointia. Feldenkrais-menetelmässäkään kuntoutujan liikkeitä fasilitoitaessa hengitystapaan tai rytmiin ei puututa, vaan fasilitointi tapahtuu uloshengitysliekettä myötäillen (Rywerant 2003, 43). BBAT:ssa hengitykseen suhtaudutaan samoin, eli alussa opetellaan huomaamaan hengitys pyrkimättä vaikuttamaan siihen mitenkään. Myöhemmin hengitys voidaan ottaa osaksi liikeharjoitteita, jolloin sen tehtävänä on rytmittää liikettä. (Roxendal & Winberg 2003, 74). Psykofyysisessä hengitysterapiassa tavoitteena on myös oppia palauttamaan oma luonnollinen hengitysrytmi erilaisissa tilanteissa (Martin ym. 2014, 208-209).

NPMP:ssä hengitys on yksi terapian keskeisimpiä asioita. Hengityksen ja sen pidättämisen nähdään olevan keino ilmaista tunteita ja nämä puolestaan vaikuttavat kuntoutujan kokemuksiin. Tunteita pyritäänkin NPMP:ssä vapauttamaan vapauttamalla hengitystä. (Talvitie ym. 2006, 273.) Niin NPMP:ssä kuin psykodynaamisessa fysioterapiassakin kuntoutujaa kehoitetaan terapiassa hellittämään hengityksen kontrolloimista ja avaamaan sisään- ja uloshengitystä esimerkiksi haukottelella sekä ilmaisemalla itseään hengityksellä, kuten helpotuksen huokaisulla epämiellyttävän tunteen väistyttyä (Monsen 1992, 56). Feldenkrais-menetelmän mukaan ahdistus on yksi syy siihen, että hengitys vaikeutuu. Tämä johtuu keskikehon koukistajalihasten liiallisesta aktivoitumisesta. Hengityksen manipuloinnilla onkin tarkoitus saada kuntoutujan lantion ja rintakehän yhteistoiminta

sellaiseksi, ettei niissä esiintyvä jännitys haittaa hengitystapahtumaa. (Rywerant 2003, 78-79.) NPMP:ssä koukistajalihaksia vapauttaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, että kuntoutuja löytää yhteyden ojentajalihaksiinsa. Ojentajalihasten käsittelyllä, kuten hieronnalla voidaan siis vapauttaa myös hengitystä. Toisaalta hengityksen ajatellaan vapautuvan kuntoutujan löytäessä yhteyden hengitystä rajoittaviin lihaksiin. Näitä NPMP:n fyysisiä menetelmiä hyödynnetään myös psykodynaamisessa fysioterapiassa. (Monsen 1992, 55-56.)

Psykofyysistä hengitysterapiaa käyttäneet ovat todenneet siitä olevan hyötyä yli- ja alivireysoongelmien kuten ahdistuksen ja masennuksen hoidossa, pelkotiloissa, somaattisissa sairauksissa, syömishäiriöissä sekä vuorovaikutuksen tukemisessa (Martin ym. 2014, 184-185). Erilaisten ahdistushäiriöiden hoidossa erilaisilla hengitysmenetelmillä on saatu hyviä tuloksia. Tutkijat arvelevat, että merkityksellisintä näissä on huomion kiinnittäminen normaaliin ja rauhalliseen hengitykseen (Kim, Wollburg & Roth 2012, 931-939), mikä tukee Martinin (2016b, viitattu 5.11.2016) ajatusta kuntoutujan oman itsensä havainnoinnin hyödyllisyydestä. Myös potilaan ja terapeutin välinen suhde on hengitysharjoitteissa todettu merkitykselliseksi (Kim ym. 2012, 931-939; Kim, Roth & Wollburg 2015, 116-130). Meuret'n ym. (2009, 640) mukaan hengitystavan muuttamisesta voi olla apua paniikkihäiriön hoidossa, mutta vaikutuksen saattoi aiheuttaa myös kuntoutujan vähentynyt pelokkuus tämän suhtautumisessa epämieluisiin kehollisiin tuntemuksiin. Kuntoutujan sitoutuminen muutokseen onkin todennäköisempää, kun hän ymmärtää mikä näitä jopa pelottavilta tuntuvia oireita aiheuttaa (Chaitow ym. 2014, 5). Hengityksen kanssa työskennellä on myös muistettava, että terapeutin oma hengitystapa vaikuttaa kuntoutujaan, joten työ hengityksen kanssa alkaa terapeutista itsestään (Martin 2016a, viitattu 5.11.2016).

Kosketus

Fysioterapiasuhteessa yhtenä hoitomenetelmänä käytetään myös kosketusta. Se on hoitomuotona sanatonta, mutta se voi edistää sanallista tunteiden ilmaisemista ja helpottaa kuntoutujan psykofyysistä oireilua. (Uusi-Kokko 2009, 70.) Kosketus on sanatonta viestintää ja voi kertoa enemmän kuin sanat. Ihmisten välisessä kosketuksessa on kyse vuorovaikutuksesta. Kosketuksen aiheuttamaan reaktioon vaikuttaa esimerkiksi tilanne, kulttuuri, persoonallisuus, aikaisemmat kokemukset ja sosiaalinen asema. (Arponen & Airaksinen 2001, 9.) Kosketuksen avulla syntyy yhteys, joka välittää rauhaa, luottamusta ja turvallisuutta. Tunnetilat välittyvät kosketuksessa, esimerkiksi hoitotilanteessa tai kätellessä. Kosketus voi välittää huolenpitoa, inhimillisyyttä ja välittämistä. (Herrala ym. 2009, 72.)

Kosketus ei ole aina mahdollista tai tarpeen, eivätkä kaikki pidä kosketusta miellyttävänä (Herrala ym. 2009, 72). Ellei kosketukselle ole hyväksyntää, voidaan se kokea intiimireviirille tunkeutumisena, jonka seurauksena on torjunta (Arponen & Airaksinen 2001, 10). Joidenkin kuntoutujaryhmien kohdalla kosketuksen kanssa onkin oltava erityisen varovainen ja hoito voidaan esimerkiksi vaikeasti traumatisoituneiden sekä seksuaalisesti hyväksikäytettyjen kohdalla aloittaa tilanteen mukaan toisenlaisin keinoin ja edetä koskettamisessa hitaasti (Martin ym. 2014, 140). Koskettamisen helpottamiseksi voidaan käyttää apuvälineitä, kuten palloa tai telaa. Kosketuksen aiheuttamiin seurauksiin ja tuntemuksiin pyritään löytämään yhteys erilaisissa kehoterapioissa. (Herrala ym. 2009, 72.) Kosketuksen vaikutuksesta terapiatilanteessa on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia psykisellä tasolla, kuten ahdistuksen, pelon ja jännittyneisyyden vähentyminen sekä lisääntynyt stressinsietokyky (Arponen & Airaksinen 2001, 9-13).

3.2.3 Terapiaprosessin seuranta

Fysioterapian vaikutusten seurannassa käytetään samoja mittauksia ja testejä, kuin arvioinnissa ja terapian sisältöä suunniteltaessa (Talvitie ym. 2006, 117; Heinonen & Valkama 2010, 9; Mustonen & Moilanen 2009, 165). PPSHP:n psykiatrian klinikalla kuntoutujan tilannetta arvioidaan puolivuositain. Väliarvion yhteydessä mietitään myös terapian kestoa. Terapian päätyminen suunnitellaan ja siitä sovitaan yhdessä kuntoutujan kanssa. (Sorvisto 2016, haastattelu 22.9.2016.)

Onnistunut fysioterapiaprosessi edellyttää, että kuntoutujan voimavaroissa tapahtuvaa muutosta tarkkaillaan säännöllisesti. Terapeutin asiantunteva, kuunteleva ja ymmärtävä ohjaus korostuvat etenkin silloin, kun kuntoutujan voimavarat ovat vähäiset. (Haapanen 2009, 180.) Olemassa olevien voimavarojen mukaan työskenteleminen tarkoittaakin sen huomioimista, mihin kuntoutuja juuri nyt kykenee. Jaksamisen lisääntyessä syntyy myös kokemus voimavarojen vahvistumisesta. (Härkönen ym. 2016, 17.) Terapiassa harjoiteltujen asioiden siirtyminen arkeen kertoo kuntoutujan liikkumiseen ja asentotottumuksiin liittyvien käsitysten paremmasta tiedostamisesta (sama, 15). Psykofyysisen fysioterapian harjoitteet voivat alussa olla kuntoutujalle hyvin haastavia, mikä voi näkyä tämän ärtymyksenä. Terapian edetessä kuntoutujan luottamus itseen, terapeuttiin ja harjoitteisiin kuitenkin lisääntyy, jolloin avautuu myös mahdollisuus ymmärtää omien oireidensa ja toimintansa yhteyksiä. Tämä myös lisää kuntoutujan omaa vastuunottoa omasta sitoutumisestaan terapiaprosessiin. (sama, 17.) Luottamus onkin yksi tuloksellisuuden ehto (sama, 19). Roxendal ja Winberg

(2003, 207) toteavat, että kehotietoisuusharjoittelussa parhaita tuloksia saavat ne kuntoutujat, jotka ovat kokeneet voivansa luottaa fysioterapeuttiinsa.

Terapeutin ja kuntoutujan välinen dialogi pitää yhteiset näkemykset ajan tasalla ja prosessin aikana onkin tärkeää antaa tilaa kuntoutujan oivalluksille ja kokemuksista puhumiselle (Haapanen 2009, 180). Terapian edetessä kuntoutujat oppivat keinoja, joilla he voivat hallita kipuaan ja rauhoittaa itseään (Härkönen ym. 2016, 15). Oppiminen näkyy muun muassa lisääntyneenä kehotietoisuutena ja omasta kivusta oppimisena (Härkönen ym. 2016, 40). Jotta kuntoutuja voi muuttaa tilannettaan, täytyy hänen tulla tietoiseksi niin tunteistaan ja ajatuksistaan kuten myös ryhdistään ja liikemalleistaan (Roxendal & Winberg 2003, 219). Kehollisuuden ymmärryksen ohella psykofyysisessä fysioterapiassa kuntoutujat kokevat myös oman kehon hyväksymisen lisääntyvän (Härkönen ym. 2016, 15). Myös psyykkiset voimavarat lisääntyvät kehotietoisuuden kehittymisen ja kehon toimintojen parantuessa (Härkönen ym. 2016, 41). Kuntoutuja oppii myös kuuntelemaan ja huomioidaan omia kehollisia viestejään sekä niiden merkityksiä (Roxendal & Winberg 2003, 212). Kuntoutujien itseymmärrys siis kasvaa ja he käsittävät oman toimintansa ja oireidensa välisiä yhteyksiä, eli oppivat omasta kokemuksestaan. Myös kuntoutujan suhtautuminen ja näkökulmat muuttuvat mahdollistaen hyvinvoinnin lisääntymisen. (Härkönen ym. 2016, 20.)

4 ESITTELYVIDEON SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Esittelyvideon suunnittelu alkoi aiheeseen perehtymisellä. Ohjausryhmän ammattikorkeakoulun edustajat Marika Tuiskunen ja Marika Heiskanen antoivat ohjausta aiheeseen perehtymiseen ja lisäksi projektiryhmä kävi OAMKin kirjaston informaation tiedonhakuohjauksessa. Ohjausryhmän psykiatrian klinikan edustaja Mari Sorvisto piti kesällä 2016 projektiryhmälle harjoitustunnin psykofyysisestä fysioterapiasta demonstroidakseen sen kehollista ja kokemuksellista luonnetta. Psykiatrian klinikan ohjaustapaamisten aikana perehdytysmateriaalin toteutustavaksi vahvistui video, sillä tilaajatahon mukaan se säästää aikaa ja perehdytys voidaan antaa useammalle henkilölle yhtäaikaista.

Psykiatrian klinikalta saatiin tietoa heidän käyttämistään psykofyysisen fysioterapian menetelmistä, joista rakentui alustava pohja kerättävälle teorialiedolle. Projektiryhmän jäsenet hakivat tietoa eri tietokannoista ja kirjallisuudesta. Tietokannat, joista tietoa haettiin, olivat BioMed Central, CINAHL (Ebsco), Elsevier Science Direct Freedom Collection, Leevi, Medic, PubMed, Google Scholar, Oppiportti ja Terveysportti. Tietokannoista tietoa haettaessa hakusanojen muodostaminen osoittautui haasteelliseksi, sillä psykofyysinen fysioterapia on terminä käytössä vain Suomessa (Härkönen ym. 2016, 8) ja esimerkiksi englanninkielisessä lähdemateriaalissa puhutaan biopsykososiaalisesta lähestymistavasta, psykiatrisesta fysioterapiasta sekä mielenterveyttä tukevasta fysioterapiasta. Edellä mainittujen termien lisäksi hakusanoina käytettiin psykofyysisessä fysioterapiassa käytettäviä menetelmiä. Tiedonhakuaiheen jälkeen projektiryhmä perehtyi kirjallisuuteen ja tutkimustietoon ja sopi kirjoittamiseen liittyvästä työnjaosta. Aiheeseen perehtymisestä tehtiin kirjallinen tuotos, jossa määriteltiin keskeiset käsitteet sekä psykofyysisen fysioterapian menetelmät rajaten ne psykiatrian klinikalla käytettyjen sekä yleisimmin kirjallisuudessa vastaan tulleiden menetelmien mukaan.

4.1 Esittelyvideon suunnittelu

Mielenkiintoisen esitystavan valitseminen on tärkeää videon suunnittelun alkuvaiheessa (Leponiemi 2010, 54). Esittelyvideo on luonteeltaan informatiivinen, jonka esitystavaksi valittiin tarina, jotta se olisi katsojille miellyttävämpi ja kiinnostavampi. Varsinainen esittelyvideon suunnittelu alkoi, kun videon esitystapa oli päätetty. Videolle oli myös hahmoteltu alustavasti informatiivista sisältöä,

jota muokattiin tilaajatahon palautteen avulla. Lopulta videoon päätyi tietoa siitä, mitä psykofyysinen fysioterapia on, kenelle se sopii, miten tutkiminen tapahtuu, minkälaisia harjoituksia siihen muun muassa kuuluu ja miten prosessi päättyy.

Videolla suunniteltiin aluksi näkyvän irrallisina kohtauksina otteita erilaisista psykofyysisen fysioterapian harjoitteista. Aivoriihen päätteeksi tultiin kuitenkin siihen päätökseen, että fysioterapian prosessia on parempi kuvata yhtenäisellä tarinalla. Videolla voidaankin välittää informaatiota tekstin lisäksi niin auditiivisesti kuin visuaalisesti (Jämsä & Manninen 2000, 59). Tarina psykofyysisessä fysioterapiassa käyvästä kuntoutujasta rakentui suunnitellun informatiivisen osuuden ympärille.

Ennen varsinaisen käsikirjoituksen tekoa laaditaan kohtausluettelo (Aaltonen 2003, 114). Videon sisältöä suunniteltiin tekemällä iso käsitekartta, johon kirjattiin kaikki alkuvaiheen ideat. Visuaalisen hahmottelun jälkeen laadittiin kohtausluettelo ennen käsikirjoituksen tekoa, jolle videon tuotanto perustui. Hyvin laadittu käsikirjoitus on lähes poikkeuksetta edellytys onnistuneelle lopputuotteelle. Hyvä käsikirjoitus on selkeä ja konkreettinen, jotta videon sisältö ja idea välittyvät lukijalle. Käsikirjoitus on jaettu kohtauksiin ja niissä pyritään kuvaamaan toiminta niin yksityiskohtaisesti kuin mahdollista. Myös vuorosanat ja selostustekstit näkyvät käsikirjoituksessa. Käsikirjoitus auttaa hahmottamaan kokonaisuuden sekä helpottaa aikataulun suunnittelua. Lisäksi käsikirjoitus toimii kommunikoinnin välineenä projektiryhmän jäsenten, ohjaavan fysioterapeutin sekä kuvaajan välillä. (Aaltonen 2003, 12-14 & 114.) Käsikirjoitus tehtiin huolella ja sitä muokattiin tilaajatahon ja kuvaajan neuvojen pohjalta. Videota haluttiin elävöittää siten, että siinä näkyy vuoroin elävää kuvaa ja vuoroin psykofyysisestä fysioterapiasta kertovia tekstiosioita. Video-osuuksien tarkoituksena on viedä tarinaa eteenpäin ja samalla antaa tietoa psykofyysisen fysioterapian sisällöstä kuvakerronnalla.

Käsikirjoituksen lisäksi on hyvä laatia kuvakäsikirjoitus, jonka avulla tiedetään, miten kuvauksissa toimitaan. Kukin kohtaus jaetaan kuviksi, joista selviävät muun muassa kuvakoko ja kameran liikkeet. Yleisimmin käytössä on niin sanottu kahdeksan kuvan järjestelmä. (Aaltonen 2003, 138-139.) Kuvasta kuvaan siirtymisissä käytetään erilaisia kuvakokoja ja kuvakulmia (Huovila 2006, 191). Käsikirjoituksen laatimisen jälkeen suunnittelimme ja piirsimme kuvakäsikirjoituksen, josta osoitautui olevan erittäin paljon hyötyä etenkin videon kuvauksissa. Kuvakäsikirjoitukseen määriteltiin valmiiksi jokaiselle otokselle kuvakulma ja kuvakoko. Kuvaajan oli helppo suunnitella ja seurata kuvausten etenemistä havainnollistavan kuvakäsikirjoituksen avulla. Kuvakäsikirjoitus selkeytti vi-

deontekoprosessia myös projektiryhmälle. Käsikirjoitukseen voi tulla muutoksia vielä kuvauspai-
kalla (Leponiemi 2010, 70). Taidokkaan kuvaajan ansiosta kuvakulmia ja kuvakokoja pystyttiin hio-
maan vielä kuvauspäivänä.

4.2 Esittelyvideon toteutus

Projektisuunnitelmassa kuvaukset aikataulutettiin syksyille 2016. Aikataulua tarkennettiin alkusyk-
systä ja sovittiin kuvauspäivistä kuvaajan ja tilaajatahon kanssa. Kuvauksiin varattiin kaksi kuvaus-
päivää, mutta kuvaukset saatiin tehtyä yhdellä kerralla. Tästä johtuen toinen suunniteltu kuvaus-
päivä voitiin käyttää videon editointiin ja video valmistui suunniteltua aikaisemmin. Kuvauksissa
projektiryhmän jäsenet toimivat yhteistoimin ohjaajina. Lisäksi projektiryhmän jäsenet hoitivat ääni-
tyksen ja näyttelemisen. Toisena näyttelijänä toimi ohjaava fysioterapeutti.

Tuotteen toteutustapa videona tuli tilaajataholta. Esittelyvideo onkin hyvä audiovisuaalinen pereh-
dytyskeino (Jämsä & Manninen 2000, 59) Videossa yhdistyvät kuva ja ääni, jotka tukevat toisiaan
informaation välittämisessä katsojalle (Huovila 2006, 193). Kuntoutujan prosessia havainnollistet-
tiin videolla näyttelijän kehonkielen muuttumisella sulkeutuneesta avoimemmaksi. Alussa tarinan
kuntoutuja on selvästi masentunut ja videon edetessä olemus muuttuu. Videolla käytetty musiikki
vahvistaa sen tunnelmaa ja sitä voidaan käyttää kuvastamaan päähenkilön tuntemuksia (Lepo-
niemi 2010, 156). Videoon valittiin musiikkia, joka tukee tarinaa muuttuen alun mollivoittoisesta
sävellyksestä duurivoittoiseen kuvaten kuntoutujassakin tapahtuvaa muutosta.

Videon tekstiosiolle luotiin visuaalisesti selkeä ilme editoinnin yhteydessä. Tekstiä luettaessa hyvä
typografia auttaa lukijaa hahmottamaan tekstin (Loiri & Juholin 1999, 33). Kuva puolestaan voi olla
tukemassa viestin välittymistä katsojalle. Kuvaa käytettäessä koristeellisena elementtinä, luo se
tuotteen tunnelmaa yhdessä typografian ja sommittelun kanssa. Kuvan valintaan vaikuttavat kont-
trasti ja kuvan käyttötarkoitus. (Pesonen 2007, 48-49.) Tekstien osalta tavoitteena oli selkeys ja
hyvä luettavuus. Tekstien taustakuvaksi valittiin hyvin vaalea luontoaiheinen kuva. Tekstin väriksi
tuli musta, jotta kontrasti mahdollistaa hyvän luettavuuden. Tekstin erottuvuuden takaamiseksi ku-
van valintaan vaikutti sen pelkistetty ulkoasu. Se myös loi videoon rauhallista tunnelmaa. Otsikon
taustaksi tuli tummempi syksyinen luontokuva ja tekstin väriksi valkoinen. Näin myös otsikosta tuli
selkeä ja helposti luettava. Typografiassa tärkeintä on kirjaintyyppien valinta.

Kirjaintyyppin valinta voi olla tarkkaan harkittua tai vaistonvaraista (Loiri & Juholin 1999, 34). Leipäteksteihin haluttiin kirjasintyyppi, jota on helppo lukea ja joka ei ole liian koristeellinen tai koukeroinen. Otsikkotekstiin valittiin enemmän kaunokirjoitusta muistuttava, koristeellisen, mutta silti selkeä kirjaintyyppi. Selkeyden takaamiseksi kirjaintyyppejä ei tule olla liian montaa (Loiri & Juholin 1999, 34). Tuotteen eri tekstiosat voidaan luokitella omiksi ryhmikseen ja valita jokaiselle oma kirjaintyyppi (Huovila 2006, 94). Videolla olevat tekstiosat luokiteltiin otsikoksi, leipätekstiksi ja lopputeksteiksi. Selkeyden säilyttämiseksi videolla käytettiin vain kahta kirjaintyyppiä ja hyödynsimme otsikossa käytettyä kirjaintyyppiä myös lopputeksteissä, jotta tyyli säilyisi yhtenäisenä. Typografia onkin yhtenäisen ulkoasun perusta (Huovila 2006, 19). Leipätekstien kirjaimen koko pidettiin myös koko videon ajan samana.

5 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin tultua päätökseen arvioitiin niin esittelyvideota kuin projektin prosessia. Projektiryhmän oppimistavoitteena oli syventää tietoutta psykofyysisestä fysioterapiasta. Tavoitteena oli myös saada parempi käsitys psykofyysisestä fysioterapiasta prosessina sekä perehtyä siinä käytettyjen menetelmien vaikuttavuuteen. Hyvin onnistuneessa opinnäytetyössä tietotaito kiinnostavaan aiheeseen lisääntyy. Mikäli opinnäytetyöllä on toimeksiantaja, on mahdollista päästä kokeilemaan asioita ja kehittämään taitoja sekä päästä näyttämään osaamista laajemmin. Lisäksi työelämästä saatu aihe tukee osaamista, koska työelämän muutokset menevät koulutusta edempänä. (Vilka & Airaksinen 2003, 16-17.) Projekti toteutettiin yhteistyössä työelämän edustajan kanssa, jonka kautta saatiin paljon tietoa psykofyysisestä fysioterapiasta, sen terapiaprosessista sekä siinä käytetyistä harjoitteista ja niiden soveltamisesta. Lisäksi oppimistavoitteena oli saada kokemusta projektityöskentelystä ja oppia, mitä projektityöskentely on. Tämän projektin myötä projektiryhmä sai hyvää projektityökokemusta ja oppi projektiprosessista.

5.1 Esittelyvideon arviointi

Projektin lopputuotteen tullessa valmiiksi projektiryhmä luovuttaa sen tilaajataholle, jonka velvollisuudeksi jää tarkistaa, että tuote on tilausta vastaava. Tarkistus tehdään yhteistyössä projektin tekijöiden sekä tuotteen käyttäjien kanssa. Lopputuloksen hyväksymiselle asetetut kriteerit tulee olla määriteltynä jo projektin alussa, jolloin näkemyseroja ja tulkinnanvaraa voidaan vähentää. Nämä kriteerit tulisi käydä ilmi myös projektisuunnitelmasta. (Ruuska 2012, 266-267.) Psykiatrian klinikan fysioterapeutit toivoivat videosta selkeää esitystä, jossa kerrotaan perusasiat psykofyysisestä fysioterapiasta. Sen tuli vastata kysymykseen, mitä psykofyysinen fysioterapia on. (Sorvisto, sähköpostiviesti 26.4.2016.) Videon sisältö rajattiin psykiatrian klinikalla käytettyihin menetelmiin, mutta tässä raportissa teoriaa on käsitelty laajemmin.

Laatu on käsitteenä monitulkintainen ja suhteellinen, eli sen arviointikriteerit ovat tilanteesta ja asetetuista tavoitteista riippuvaisia. Tuotteen laatua arvioidaankin sille asetettujen tavoitteiden toteutumisen pohjalta. Laadunvarmistus on koko projektiryhmän vastuulla ja sitä toteutetaan päivittäin projektin parissa työskennellessä. (Ruuska 2012, 234-235.) Projektin laatutavoitteena oli tuottaa

selkeä ja informatiivinen esittelyvideo. Tärkeintä tuotteessamme oli sen hyvä käytettävyys ja hyödynnettävyys opiskelijoiden perehdytyksessä sekä työntekijöiden informoinnissa. Laatumme mittarina oli videon sisältö ja informatiivisuus, eikä niinkään täydellinen kuvanlaatu tai muu videoon itseensä liittyvä tekijä.

Videon laatuvaatimusten toteutumista arvioitiin testinäytöllä. Koska videota tullaan käyttämään moniammatillisessa perehdytyksessä, haluttiin sitä testata muilla kuin fysioterapiaopiskelijoilla. Näin pystyimme myös selvittämään, onko videon sisältö ymmärrettävä ja informatiivinen opiskelijoille, joilla ei ole aiheesta aiempaa tietämystä. Testinäyttöä varten tehtiin kyselylomake (liite 2). Videon ensimmäisen version testinäyttö tehtiin sosionomiopiskelijoille. Palautteen perusteella kaikki olivat sitä mielestä, että video vastasi kysymykseen ”Mitä on psykofyysinen fysioterapia?” ja sitä pidettiin informatiivisena. Osan mielestä musiikki oli liian isolla puheen äänitasoon verrattuna. Tekstiosioista tuli suurimmalta osalta palautetta, että tekstiä on ruudulla joko liikaa tai teksti näkyy ruudulla liian vähän aikaa. Tämä vaikeutti osalla asian sisäistämistä. Yleisenä palautteena tekstiosioihin liittyvät asiat korostuivat vielä kertaalleen. Parin testaajan mielestä tekstien sijaan olisi voinut käyttää puhetta. Videota pidettiin kokonaisuudessaan selkeänä ja hyvänä ja musiikki keräsi erityistä kiitosta.

Palautteen perusteella videoon tehtiin muutoksia. Muutokset ilmoitettiin kuvaajalle, joka editoi videon annettujen ohjeiden mukaisesti. Musiikin äänentaso laskettiin hieman, jotta se olisi puheen kanssa samalla äänentasolla. Tekstiosioita jaettiin lyhyemmiksi kappaleiksi, jaettiin erillisiksi osioiksi ja niiden kokonaiskesto pidennettiin. Muokkauksen jälkeen järjestettiin toinen testinäyttö psykiatrian klinikalla.

Psykiatrian klinikalla järjestetyssä testinäytössä oli mukana muun muassa fysioterapeutteja, sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Kaikki katsojat pitivät videota informatiivisena ja sen koettiin vastaavan hyvin kysymykseen, mitä psykofyysinen fysioterapia on. Osa piti musiikin äänentasoja tehdyistä muokkauksista huolimatta yhä liian voimakkaana. Myös tekstien kesto osa arvioi liian lyhyeksi. Muutamissa palautteissa todettiin videon sopivan hyvin myös opetuskäyttöön. Sitä pidettiin sopivan pituisena ja havainnollistavana. Yhden palautteen mukaan tarinan kuntoutujalla olisi voinut olla enemmän psykosomaattisia oireita, mikä olisi kuvastanut paremmin kuntoutujan soveltuvuutta psykofyysiseen fysioterapiaan. Tämän muuttaminen jälkikäteen ei kuitenkaan ollut mahdollista. Palautteen perusteella musiikin äänentaso ja tekstien pituuksia muutettiin vielä kertaalleen, jotta video olisi mahdollisimman käyttäjäystävällinen.

Tilaaajatahon palautteen mukaan video vastaa sille asetettuihin laadullisiin tavoitteisiin ja sitä on jo käytetty perehdytyksessä. Videota voidaan käyttää selventämään psykofyysistä fysioterapiaa sekä klinikan fysioterapeuttien työnkuvaa niin opiskelijoille kuin uusille työntekijöille. Vaikka pitkän ajan kehitystavoitteen arviointi on tässä vaiheessa vielä mahdotonta, uskoo tilaaajatahon edustaja sen säästävän perehdytykseen käytettäviä resursseja. Videon koetaan antavan sosiaali- ja terveydenhuoltoalan opiskelijoille riittävän tiedon, jolloin kaikille opiskelijoille ei tarvitse varata erillistä perehdytysaikaa. Klinikalla on ollut myös kiinnostusta käyttää videota psykiatrian jaksolla olevien kandi-vaiheen opiskelijoiden opetuksessa.

5.2 Projektin prosessin arviointi

Projektiryhmän kaikki jäsenet olivat jo valmiiksi kiinnostuneita psykofyysisestä fysioterapiasta, joten toimeksiantoon tarttuminen oli helppoa ja tapahtui nopeasti. Alkuinnostus auttoi käynnistämään projektin suunnittelun nopealla tahdilla, mutta kirjallisen suunnitelman tekeminen osoittautui luultua työläämmäksi. Projektisuunnitelman aiheita jaettiin kullekin niin, että työtä pystyttiin tekemään itsenäisesti, mutta viimeistely tehtiin yhdessä. Näin projektisuunnitelma ehdittiin saada valmiiksi ennen ohjaavien opettajien kesälomia, mikä mahdollisti aiheeseen perehtymisen kesän aikana.

Alkukesästä 2016 suunniteltiin teorian tiedon jäsentelyä ja työnjakoa. Työnjako tehtiin tasapuolisesti ja aiheeseen perehtyminen tapahtui sovitun työnjaon mukaisesti. Tekstien työstämistä tehtiin itsenäisesti ja teksteistä annettiin palautetta projektiryhmän sisällä. Projektiryhmä tapasi kesän aika säännöllisesti ja tekstin yhtenäisyydestä pidettiin huolta. Koska työskentely tapahtui kesäloman aikana, oli aikataulutuksen helppoa ja uuteen aiheeseen perehtymiseen oli riittävästi aikaa. Kirjallisesta tuotoksesta saadun palautteen perusteella lähestymistapa aiheeseen oli liian menetelmäpainotteinen ja tekstiin ehdotettiin isoja muutoksia.

Tuotteen suunnitteluvaiheessa yhteistyö tilaaajatahon kanssa oli tiivistä ja videon sisältöä suunniteltiin yhteistyötapaamisissa sekä sähköpostitse. Lisäksi suunnittelua tehtiin yhdessä kuvaajan kanssa. Koska suunnittelun kanssa yhtä aikaa viimeisteltiin myös teoriapohjaa, tuli videon suunnittelun osalta kiire. Haastavaa oli myös kolmen tahon, eli tilaaajatahon, kuvaajan ja projektiryhmän välinen aikataulutuksen. Suunnitelma haluttiin tehdä huolella, jotta kuvaukset sujuisivat mahdollisimman tehokkaasti ja ongelmitta. Kuvaukset onnistuivatkin suunniteltua aikataulua nopeammin.

Tämä onnistui huolella tehtyjen käsikirjoituksen ja kuvakäsikirjoituksen ansiosta. Erityisesti kuvakäsikirjoitus osoittautui hyödylliseksi työkaluksi kuvauksissa niin kuvaajalle kuin projektiryhmälle.

Tuotteen valmistuttua alkoi loppuraportin työstäminen yhtä aikaa tuotteen testaamisen kanssa. Odotuksista poiketen teoriapohjaa tuli vielä muokata yhtä aikaa työn raportoinnin kanssa, joten aikataulussa pysyminen oli haasteellista. Lisäksi tämä työvaihe aiheutti projektiryhmässä turhautumista. Vaikeinta ryhmätyöskentelyssä onkin ollut vastuiden ja työmäärän oikeudenmukaiselta tuntuva jakaantuminen. Työskentelytapamme olivat osittain hyvin erilaisia, mikä aiheutti ajoittain myös ristiriitoja projektiryhmän sisällä. Näissä tilanteissa koettiin tärkeäksi se, että tilanteet saatiin aina ratkaistua asioista rehellisesti keskustelemalla, mikä myös palautti hyvän työskentelyilmapiirin.

Projektityöskentely sujui alkuperäisen aikataulun mukaisesti lukuun ottamatta teoriapohjan muokkaamista. Tuotteelle asetetut laatutavoitteet saavutettiin odotusten mukaisesti ja lisäksi videosta tuli teknisesti laadukkaampi kuin oli uskallettu olettaa. Merkittävimpänä syynä tähän oli se, että saimme ammattikuvaajan projektityöntekijäksi esittelyvideon kuvaamiseen ja editointiin. Videoon liittyvien tavoitteiden lisäksi myös projektityöskentelyyn liittyvä tavoite saavutettiin. Projektiryhmä on oppinut projektityöskentelyn pääpiirteet ja saanut arvokasta projektityökokemusta. On ollut erittäin opettavaista päästä tekemään projekti alusta loppuun saakka ja sitä kautta perehtyä sen eri vaiheisiin ja erityispiirteisiin. Saimme kiitosta myös tilaajataholta hyvin sujuneesta projektista.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön projektin tavoitteena oli tuottaa PPSHP:n psykiatrian klinikalle esittelyvideo psykofyysisestä fysioterapiasta perehdytyskäyttöön. Opinnäytetyöprosessimme tavoitteena oli syventää tietoutta psykofyysisestä fysioterapiasta, sen menetelmistä, näiden menetelmien vaikuttavuudesta sekä terapiaprosessin etenemisestä. Tietämyksemme psykofyysisestä fysioterapiasta projektin alussa oli pintapuolista. Ymmärryksemme psykofyysisestä fysioterapiasta on lisääntynyt teorian toteuttamiseen sekä psykiatrian klinikan fysioterapeutin antaman ohjauksen myötä. Koska harjoitusten sisäistäminen vaatii niiden kokemuksellista ymmärtämistä, halusi psykiatrian klinikan fysioterapeutti pitää meille harjoitustunnin. Tunnilla kokeilimme erilaisia kehotietoisuusharjoituksia. Harjoitusten kokeileminen selkeytti ajatustamme psykofyysisen fysioterapian sisällöstä, joten aiheeseen perehtymisen aloittaminen tuntui luontevammalta.

Suunnitteluvaiheessa työ eteni nopeasti alkuinnostuksen siivittämänä. Aiheeseen perehtyminen kesän aikana mahdollisti intensiivisen työskentelyn, koska aikaa oli enemmän käytettävissä. Teoriatiedon kerääminen ja tiedonhaku tuntuivat alkuun vaikeilta ja aiheen ollessa uusi keskityimme tässä vaiheessa pitkälti eri menetelmiin, vaikka olimmekin perehtyneet myös psykofyysisen fysioterapian ihmiskäsitykseen ja terapeutin ja kuntoutujan vuorovaikutussuhteeseen. Tuotteen suunnitteluvaiheen alussa työskentely oli nopeatahtista, mutta muiden opintojen jatkuessa syksyllä muuttui tuotteen suunnittelukin haastavammaksi. Tästä vaiheesta selvittiin koko projektiryhmän sitoutuneisuuden ja tarkan aikataulutuksen avulla. Videon tuottaminen sujui suunniteltua aikataulua nopeammin, minkä johdosta pääsimme syventymään loppuraportin työstämiseen hyvissä ajoin. Säästynyt aika tulikin tarpeeseen, sillä halusimme työstää loppuraportin alun perin menetelmäkeskeisen teoriaosuuden kuvaamaan paremmin psykofyysisen fysioterapian prosessia. Teorian uudelleen muokkaaminen oli välillä turhauttavaa, mutta kuitenkin kaiken vaivan arvoista. Huolellisen aiheeseen perehtymisen ansiosta videon suunnittelu ja toteutus onnistuivat yli odotusten. Projektin raportointi puolestaan tuntui helpolta ja työskentely mielekkäältä.

Syvällisiin, ihmisyyttä käsitteleviin aiheisiin perehtyminen on herättänyt paljon ajatuksia ja aiheita on joutunut peilaamaan omiin kokemuksiin. Toisaalta tämä on myös ammatillisen kasvun kannalta tärkeää, sillä koemme että terapeutissa työskentelyssä toista ei voi auttaa sen pidemmälle kuin mihin itse on päässyt. Erityisesti psykofyysisessä fysioterapiassa terapeutin tulee ymmärtää omia kehollisia reaktioita sekä kyetä olemaan läsnä. Työssä vaaditaan myös kykyä tunnistaa ja käsitellä

omia ajatuksia ja tunteita, jotta ne eivät vaikuta haitallisesti terapiatilanteeseen tai terapeutin työssä jaksamiseen.

Koemme, että ryhmätyöskentelytaitomme ovat kehittyneet. Nykyajan moniammatillisissa ja monialaisissa työyhteisöissä yhteistyötaidot ovat välttämättömiä kokonaisvaltaisen kuntoutuksen onnistumiseksi. Tämän projektin myötä olemme joutuneet tarkastelemaan omia työskentelytapoja ja kyseenalaistamaan niitä. Toisiltamme olemme oppineet uusia tapoja kohdata haasteita sekä kykyä tukea toisiamme vaikeissa tilanteissa. Projektin edetessä tapamme antaa ja vastaanottaa rakentavaa palautetta on muuttunut luontevammaksi. Vaikka yhteistyötaitomme ovat kehittyneet, on niissä yhä myös kehitettävää. Alussa olisimme voineet tehdä tarkemman vastuunjaon esimerkiksi sen suhteen, kuka pitää yhteyttä mihinkin yhteistyötahoon. Projektin loppupuolella huomasimme myös, että sovitut asiat oli usein käsitetty eri tavoin. Olisi siis hyvä aina varmistaa, että kukin on ymmärtänyt asiat samoin. Jatkossa osaamme varmasti ottaa nämäkin asiat paremmin huomioon.

Tiedonhakuvaiheessa nousi selvästi tarve psykofyysisen fysioterapian yleisteokselle. Tietoa aiheesta oli saatavilla vaihtelevasti ja sitä joutui keräämään pieninä osina eri lähteistä. Tästä syystä kokonaiskuvan muodostaminen psykofyysisestä fysioterapiasta oli etenkin alussa haastavaa, mutta koemme että tieteellisen tekstin hyödyntäminen omassa työskentelyssä on kehittynyt. Tietoa psykofyysisestä viitekehystä voisi mielestämme käyttää laajemmin fysioterapian alalla. Esimerkiksi kehotietoisuuden teemaa voidaan hyödyntää missä tahansa terapeutisessa harjoittelussa kokemuksellisen oppimisen lisäämiseksi. Jatkotutkimusaiheita voisivat olla muun muassa psykofyysisen fysioterapian kuntoutujien ohjauksessa käytettävät opetus- ja ohjaustavat ja niiden vaikutavuus sekä eri menetelmien tarkempi tarkastelu fysioterapiaprosessin näkökulmasta.

Projekti on kokonaisuudessaan ollut haastava, mutta samalla todella mielenkiintoinen ja antoisa. Oppimista on tapahtunut ei pelkästään psykofyysisen fysioterapian ymmärtämisessä vaan myös projekti- ja ryhmätyöskentelyssä, videon tuottamisessa ja ammatillisessa osaamisessa. Ennen kaikkea projekti on kasvattanut meitä ihmisinä. Tämä on oleellista, jotta voimme hyödyntää psykofyysisen fysioterapian lähtökohtia tulevassa työssämme riippumatta siitä, millä fysioterapian erikoisalalla tulemme työskentelemään.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2003. Käsikirjoittajan työkalut – audiovisuaalisen käsikirjoituksen tekijän opas. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Afrell, M. & Rudebeck, C. E. 2009. "We got the whole story all at once": physiotherapists' use of key questions when meeting patients with long-standing pain. *Scandinavian journal of caring sciences* 24 (2), 281-289.

Arponen, R. & Airaksinen, O. 2001. *Hoitava hieronta*. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Balk, T. 2014. Kehotietoisuutta vankilassa. *Fysioterapia* 61 (5), 46-49.

Bunkan, B.H. 2003. *The Comprehensive Body Examination (CBE). A psychometric evaluation*. Oslo: Unipub AS.

Breitve, M. H., Hynninen, M. J. & Kvåle, A. 2010. The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International* 15 (4), 212-221.

Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M., Martínez-de-Salazar-Arboleas, A. & Sánchez-Guerrero, E. 2011. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 25 (7), 617-626.

Chaitow, L., Bradley, D. & Gilbert, C. 2014. *Recognizing and treating breathing disorders*. 2. painos. London: Churchill Livingstone.

Clifton-Smith, T. & Bartley, J. 2011. Breathing pattern disorders in physical therapy: a musculoskeletal perspective. *Teoksessa Public Health in the 21st Century: Physical Therapy: Theory, Practices and Benefits* (toim.) Bennett, J. P. New York: Nova Science Publishers Inc.

Dragesund, T & Kvåle, A. 2016. Study protocol for Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education in combination with active individualized physiotherapy in patients with long-lasting musculoskeletal pain – a randomized controlled trial. Viitattu 1.11.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4974790/>.

Dragesund, T. & Råheim, M. 2008. Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory & Practice* 24 (4), 243-254.

Fuentes, J., Armijo-Olivo, S., Funabashi, M., Miciak, M., Dick, B., Warren, S., Rashiq, S., Magee, D. J. & Gross, D. P. 2013. Enhanced Therapeutic Alliance Modulates Pain Intensity and Muscle Pain Sensitivity in Patients With Chronic Low Back Pain: An Experimental Controlled Study. *Physical Therapy* 94 (4), 477-489.

Gyllensten, A. L., Hansson, L. & Ekdahl, C. 2003. Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 7 (3), 173-183.

Haapanen, T. 2009. Fysioterapeutin hiljainen osaaminen – kuntoutujan voimavarojen tutkiminen näkyväksi. Teoksessa *Psykofyysinen fysioterapia – Kokemus kehossa*. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5, 180-192.

Hamari P., Saarikoski H. & Bergström P. 2012. Fysioterapeutit sovelletun rentoutuksen ryhmänveittäjinä – apua krooniseen päänsärkyyn? *Kipuviesti – Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti*. 1. 45-47.

Hedlund, L., Gyllensten, A. L. 2010. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 14 (3), 245-254.

Heinonen, K. & Valkama, T. 2010. Kehon kokonaisvaltaisen tutkimisen käsikirjan suomentaminen – The Comprehensive Body Examination (CBE). Metropolia ammattikorkeakoulu. Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Henry, L. J., Paungmali, A., Mohan, V. & Ramli, A. 2016. Feldenkrais method and movement education – An alternate therapy in musculoskeletal rehabilitation. Polish Annals of Medicine 2 3(1), 68-74.

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2009. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.

Huovila, T. 2006. "Look" – Visuaalista viestisi. Helsinki: Inforviestintä.

Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona – Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. Helsinki: Kela.

Jaakkola, R. 2009. Psykofyysisestä fysioterapiasta ja erikoistumisopinnoista vuonna 2008. Teoksessa Psykofyysinen fysioterapia – Kokemus kehossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5, 8-13.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen. Helsinki: Tammi.

Kettunen, S. 2003. Onnistu projektissa. WS Bookwell Oy: Juva.

Kim, S., Roth, W. T. & Wollburg, E. 2015. Effects of therapeutic relationship, expectancy, and credibility in breathing therapies for anxiety. Bulletin of the Menninger Clinic 79 (2), 116-130.

Kim, S., Wollburg, E. & Roth, W. T. 2012. Opposing Breathing Therapies for Panic Disorder: A Randomized Controlled Trial of Lowering vs. Raising End-Tidal Pco2. Journal of Clinical Psychiatry 73 (7), 931-939.

Koivisto, M., Melartin, T. 2014. Miten lääkäri voi kohdata ahdistuneen potilaan? Viitattu 20.11.2016. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo13356&p_haku=tietoinen%20%C3%A4sn%C3%A4olo

Kolnes, L. 2012. Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. Journal of Bodywork and Movement Therapies 16 (3), 281-288.

Kukkohovi, K. 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu.

Kukkonen, S. 2005. Miten fysioterapeutti voi auttaa katastrofin uhreja? Fysioterapia. 52 (5), 18.

Kyllönen, E. 2009. Liikkumisen iloa, sujuvuutta ja varmuutta ikääntyvien kehitysvammaisten Kropapoppoo-ryhmässä. Teoksessa Psykofyysinen fysioterapia – Kokemus kehossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5, 96-107.

Leponiemi, K. 2010. Videokuvaus – taitoa ja tekniikkaa. Jyväskylä: WSOYpro Oy.

Ljungberg, T. 2012. Rentoutumisen avaimet – vapaudu stressistä ja jännityksestä. Helsinki: Delfiini kirjat.

Loiri, P. & Juholin, E. 1999. HUOM! Visuaalisen viestinnän käsikirja. 2. painos. Helsinki: Inforviestintä Oy.

Manzoni, G.M., Pagnini, F., Castelnovo, G. & Molinari, E. 2008. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. Viitattu 4.8.2016, <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/41>.

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P. & Törö, T. 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Uusi laajennettu laitos. Tampere: Mediapinta.

Martin, M. 2016b. Hengitys työvälteenä. Viitattu 1.11.2016. http://www.hengittavamieli.fi/tiedostot/Hengitys%20tyovalineena_2016.pdf.

Martin, M. 2016a. Psykofyysinen hengitysterapia. Viitattu 1.11.2016, <http://www.hengittavamieli.fi/tiedostot/Viisi%20ovea%20hengitykseen.pdf>.

Meuret, A., Rosenfield, D., Hofmann, S., Suvak, M. & Roth, W. 2009. Changes in respiration mediate changes in fear of bodily sensations in panic disorder. Journal of Psychiatric Research 43 (6), 634-641.

- Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Suom. Y. Kosonen. Keuruu: Otava.
- Mustonen, T. & Moilanen, T. 2009. Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa Psykofyysinen fysioterapia – Kokemus kehossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5, 159-177.
- Mäntyneva, M. 2016. Hallittu Projekti - Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Helsinki: Kauppakamari.
- Møller, T. & Hegna, E. A. 2001. Behandling i angstgruppe – nytte og utbytte. Viitattu 27.7.2016, <http://tidsskriftet.no/article/380232>.
- Niskala, K. 2015. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.) GAS – Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 32-46.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. 2009. Trauma ja keho – Sensorimotorinen psykoterapia. Suom. I. Pekkarinen. Helsinki: Traumaterapiakeskus.
- Ojala, T. 2014. Kipu kokemuksena on haaste fysioterapialle. Fysioterapia 61 (2), 4-9.
- Paltamaa, J. & Anttila, H. 2015 Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF). Teoksessa J. Paltamaa & P. Perttinen (toim.) Toimintakyvyn arviointi - ICF teoriasta käytäntöön. Tampere: Juvenes Print, 15-19.
- Pennanen, L. 2014. Stressinhallinta Jon Kabat-Zinnin MBSR-menetelmässä. Teoksessa I. Kortelainen, A. Saari & M. Väänänen (toim.) Mindfulness ja tieteet – Tietoisuustaidot ja kehotietoisuus monitieteisen tutkimuksen kohteena. Tampere: Tampere University Press.
- Pesonen, E. 2007. Julkaisijan käsikirja. Porvoo: WSOYpro
- Physiopedia. 2016. Nijmegen Questionnaire. Viitattu 1.11.2016, http://www.physio-pedia.com/Nijmegen_Questionnaire.

Pohjolainen, T. & Saltychev, M. 2015. Toimintakyky. Viitattu 6.11.2016, http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00002&p_haku=toimintakyky.

Polusny, M., Erbes, C. & Thuras, P. 2015. Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans – A Randomized Clinical Trial. *The Journal of the American Medical Association* 314 (5), 456-465.

PSYFY ry. 2016c. Basic Body Awareness Terapia. Viitattu 1.11.2016, <http://psyfy.net/opiskelu/basic-body-awareness-terapia/>.

PSYFY ry. 2016a. Esittely. Viitattu 1.11.2016, <http://psyfy.net/esittely/>.

PSYFY ry 2016b. Menetelmät ja hyödyt. Viitattu 1.11.2016. <http://psyfy.net/menetelmatjahyodyt/>.

Raevuori, A. 2016. Mindfulnessin terveysvaikutukset – mitä lääkärin on hyvä tietää? Viitattu 20.11.2016. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo13356&p_haku=tietoinen%20I%C3%A4sn%C3%A4olo

Rauhala, L. 2005. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Uudistettu laitos. Helsinki: Yliopistopaino. Alkuperäisjulkaisu 1983.

Roxendal, G. & Winberg, A. 2002. Levande människa. Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Tukholma: Natur och Kultur.

Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa – suunnittelu, menetelmät ja vuorovaikutus. Helsinki: Talentum Media Oy.

Rywerant, Y. 2003. The Feldenkrais method – teaching by handling. 4. painos. California: Basic Health Publications.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. 2014. Mindfulness masennuksen hoidossa. Suom. Kielinen, T. Helsinki: Basam Books.

Silfverberg, P. 2016. Ideasta projektiksi – projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy. Viitattu 16.5.2016, http://www.helsinki.fi/rekry/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf.

Sorvisto, M. 2016. Haastattelu. Fysioterapeutti, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosityksikkö. Haastattelu 22.9.2016.

Sorvisto, M. 2016. Opinnäytetyöhön tarkentavia kysymyksiä. Fysioterapeutti, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosityksikkö. Sähköpostiviesti 26.4.2016.

Sorvisto, M. 2016. Opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä. Fysioterapeutti, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosityksikkö. Sähköpostiviesti 2.8.2016.

Stade, K., Skammeritz, S., Hjortkjær, C. & Carlsson, J. 2015. "After all the traumas my body has been through, I feel good that it is still working." -Basic Body Awareness Therapy for traumatised refugees. *Torture* 25 (1), 33-50.

Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A. & Stucki, G. 2002. Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy* 82 (11), 1098-1107.

Suomela-Markkanen T, Mesiäinen H & Mäkelä L 2015. Alkusanat. Teoksessa J. Paltamaa & P. Perttinen (toim.) Toimintakyvyn arviointi - ICF teoriasta käytäntöön. Tampere: Juvenes Print, 6-7.

Suomen Feldenkraisyhdistys ry. 2016. Feldenkrais®-menetelmä. Viitattu 26.7.2016. <http://www.feldenkrais.fi/feldenkrais-menetelma/>.

Suomen Fysioterapeutit. 2013. Fysioterapian rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa. Suomen Fysioterapeutit.

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

Torppa, M. 2015. Mindfulness – tietoinen hyväksyvä läsnäolo. Viitattu 2.8.2016. http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl01405

Traumaprevention. 2013. TRE stands for tension & trauma releasing exercises. Viitattu 1.8.2016.
<http://traumaprevention.com/what-is-tre/>.

Tähkävuori, I. 2005. Psykofyysisen fysioterapiaryhmän vaikuttavuus seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten terapiassa. Teoksessa Psykofyysinen fysioterapia – Kohti oman kehon kuulemistä, omassa ruumiissa asumista. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 2, 85-95.

Uusi-Kokko, J. C. 2009. ”Annabella - peilin takana ja edessä”, Syömishäiriötä sairastavan aikuis-kuntoutujan psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa Psykofyysinen fysioterapia 3 – Kokemus keuhossa. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5, 64-75.

Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L. H., Catalán-Matamoros, D. Lundvik Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A. & Probst, M. 2014. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability & Rehabilitation* 36 (8), 628-634.

Veijola, A., Honkanen, H. & Lappalainen, P. 2015. Asiakkaan osallisuuden mahdollistava ja sitä tukeva haastattelukeskustelu. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.) GAS – Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 32-46.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy.

World Health Organization. 2016. ICF eLearning Tool. Viitattu 14.11.2016,
<http://icf.ideaday.de/en/index.html>.

World Health Organization. 2001. International classification of functioning, disability and health - ICF. Geneva: WHO.

PROJEKTIN AIKATAULU

LIITE 1

AIKATAULU	PÄÄTEHTÄVÄ	OSATEHTÄVÄT	VASTUUHENKILÖT
Helmikuu- Maaliskuu 2016	-Valmistelu	-Ideointi -Yhteydenpito eri toimijoihin	Projektipäälliköt
Huhtikuu 2016	-Projektisuunnitelman aloitus	-Toimeksiantajan tapaaminen -Ohjaustapaaminen -Suunnittelun aloitus -Työnjako	Projektipäälliköt Ohjausryhmä
Toukokuu 2016	-Projektisuunnitelma	-Projektin suunnittelu ja aikataulu- tus -Yhteistyösopimukset ja lupa-asiat -Perehdytys psykofyysiseen fy- sioterapiaan psykiatrian klinikalla -Projektisuunnitelman vertaisarvi- ointi -Tiedonhaku	Projektipäälliköt Ohjausryhmä
Kesäkuu-Elokuu 2016	-Tietoperusta	-Perehtyminen aiheeseen -Tiedonhaku -Aiheeseen perehtyminen -Tarkemman projektiaikataulun laa- timinen	Projektipäälliköt
Syyskuu 2016	-Projektisuunnitelman päivitys Tietoperustan viimeis- tely -Videon käsikirjoitus	-Mahdollinen projektisuunnitelman päivitys -Palaute tietoperustasta -Tietoperustan esittäminen -Käsikirjoitus ja kuvakäsikirjoitus	Projektipäälliköt Ohjausryhmä
Lokakuu 2016	-Videon toteuttaminen	-Kuvaaminen -Editointi	Projektipäälliköt Ohjausryhmä

	-Projektisuunnitelman päivitys	-Palaute ohjaus- ja tukiryhmiltä -Mahdollinen projektisuunnitelman päivitys -Testiesitys ja suullinen palaute testiryhmältä -Mahdolliset muokkaukset	Projektiryhmä
Marraskuu 2016	-Projektin päättäminen	- Opinnäytetyön raportin kirjoittaminen -Valmiin tuotteen esittely toimeksiantajalle ja luovutus -Opinnäytetyön palauttaminen ohjausryhmälle	Projektipäälliköt Ohjausryhmä
Joulukuu 2016	-Opinnäytetyöprosessin päätökseen vieminen	-Mahdolliset korjaukset raporttiin -Kypsyysnäyte -Opinnäytetyön julkaiseminen Theseuksessa	Projektipäälliköt

**ESITTELYVIDEO PSYKOFYYSISESTÄ FYSIOTERAPIASTA PPSHP:N PSYKI-
ATRIAN KLINIKALLE**

- Testinäytön palautekysely

1. Vastaako video kysymykseen ”Mitä on psykofyysinen fysioterapia”?
2. Onko video mielestäsi informatiivinen?
3. Onko videolla kuuluva musiikki liian hiljainen, sopiva vai liian voimakas suhteessa puheeseen?
4. Pysyvätkö tekstiosuudet ruudulla riittävän kauan, jotta ehdit lukea ne ajatuksella?
Erottuuko teksti hyvin taustasta? Onko fonttikoko sopiva?
5. Risuja ja ruusuja

Kiitos palautteestasi!

Liinanki Katriina, Rahkola Katja & Rauatmaa Helena (ftk14sn)