

1847

**FYSIOTERAPIAN ERITYISPIIRTEITÄ
MIELENTERVEYSONGELMAISTEN POTILAJDEN HOIDOSSA**

Raija Jaakkola

Fysioterapian pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Terveystieteen laitos

Kevät 1999

TIIVISTELMÄ

JAAKKOLA RAIJA : Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO, Liikuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteen laitos 1999

Fysioterapian pro gradu -tutkielma, 130 sivua

Avainsanat : Fysioterapia, mielenterveysongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on löytää fysioterapian olennaiset piirteet mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa kymmenen käytännön työssä toimivan fysioterapeutin ajatuksiin, käsityksiin ja osittain myös heidän kokemuksiinsa pohjautuen.

Tutkimukseen osallistui kymmenen fysioterapeuttia, jotka toteuttavat fysioterapiaa mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Aineisto koottiin avoimina keskustelunomaisina haastatteluina, joilla saatiin esiin fysioterapeuttien käsityksiä, ajatuksia ja kokemuksia mielenterveysongelmaisten fysioterapiasta. Tutkimusote on fenomenologis-hermeneuttinen.

Haastatteluista tehtiin kuvaukset, joista nousseet merkityskokonaisuudet analysoitiin ja tulkittiin.

Samankaltaiset merkityskokonaisuudet yhdistettiin, ja teoria tuotiin tulkintojen tueksi.

Merkityskokonaisuuksien yhteenvetoon koottiin mielenterveysongelmaisten potilaiden fysioterapian olennaiset piirteet haastateltavien ajatuksiin ja käsityksiin sekä kokemuksiin pohjautuen.

Tutkimuksen tuloksina hahmottuivat mielenterveysongelmaisten fysioterapian erityispiirteet.

Haastateltavien käsitysten mukaan fysioterapian on mahdollista toteutua onnistunesti, kun fysioterapeutti ja potilas kohtaavat toisensa ja heidän välilleen syntyy yhteys. Heidän mielestään on olennaista edistää potilaan itsetuntemusta, jotta tämä voisi käsitellä asioitaan ja itse muuttaa tilannettaan. Haastateltavat ajattelevat, että itsetuntemusta edistää myös tunteiden vapautuminen. Potilaan voimavarat ovat haastateltavien mielestä fysioterapian lähtökohtana ja sitä ohjaavana. Heidän puheessaan on selvästi ruumista ja mieltä kokonaisuudeksi yhdistävä pyrkimys ja pyrkimys kokonaisvaltaisuuteen tutkimisessa ja fysioterapian työtavoissa. Fysioterapian työtavoissa heillä korostuvat kuunteleminen, läsnäolo, perusliikkuminen ja yksinkertaisten liikkeiden ohjaus, kosketus ja rentoutus, kehontuntemuksen kehittäminen, ruumiinhahmotus ja liikunta sekä luova ilmaisu. Osalla fysioterapeuteista näkyy selvästi ruumiinhahmotukseen liittyvä tai sitä soveltava viitekehys. Fysioterapeuttien käsitysten mukaan fysioterapia edistää potilaan muutosprosessia ja muutos tapahtuu parhaimmillaan koko ihmisessä, hänen ajatuksissaan, tunteissaan, käyttäytymisessään, liikkumisessaan ja fyysisessä olemuksessaan sekä aktiivisuudessaan ja sosiaalisissa suhteissaan. Haastateltavien käsitysten mukaan fysioterapiaa ei voi toteuttaa tuloksettaasti ilman syvällistä yhteistyötä muiden kokonaishoitoon osallistuvien kanssa, mutta yhteistyön toteutuminen on heidän kokemuksensa mukaan usein puutteellista.

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	4
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAUSTA	6
3	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	7
3.1	Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja tutkimusmenetelmän valinta	7
3.2	Tutkimuksen kulku	9
4	TUTKIMUSAINEISTON KUVAUKSET, ANALYYSI JA TULKINNAT	13
4.1	Haastateltava "Mirja"	13
4.2	Haastateltava "Tanja"	19
4.3	Haastateltava "Jaana"	26
4.4	Haastateltava "Leena"	32
4.5	Haastateltava "Milja"	40
4.6	Haastateltava "Kaisli"	51
4.7	Haastateltava "Maria"	57
4.8	Haastateltava "Toni"	63
4.9	Haastateltava "Verna"	65
4.10	Haastateltava " Veera"	69
5	MERKITYSKOKONAISUUKSIEN YHDISTÄMINEN JA ANALYYSI	75
5.1	Kohtaaminen	75
5.2	Fysioterapeutin oma itsetuntemus ja ihmisenä kasvaminen	81
5.3	Potilaan itsetuntemuksen edistäminen	83
5.4	Tunteiden vapautuminen keskustelun edistäjänä	86
5.5	Ruumista ja mieltä yhdistäminen kokonaisuudeksi	87
5.6	Potilaan voimavarat fysioterapian lähtökohtana ja fysioterapiaa ohjaavana	97

5.7 Tutkiminen rinta rinnan terapian kanssa	104
5.8 Fysioterapian työtapoja potilaan voimavarojen lisääjinä	106
5.9 Yhteistyötä monella tasolla	111
6 YHTEENVETO FYSIOTERAPIAN OLENNAISISTA PIIRTEISTÄ MIELENTERVEYSONGELMAISTEN HOIDOSSA	116
7 POHDINTA	123
LÄHTEET	128

1 JOHDANTO

Fysioterapiaa on vuosikymmeniä toteutettu useissa Suomen psykiatrisissa sairaaloissa mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Hesperian sairaalaan perustettiin fysioterapiaosasto 1961. Fysioterapia sisälsi muun muassa liikehoitoa, ryhmävoimistelua, rentoutusta ja tanssia ja vuosikymmenen lopulla järjestettiin myös rentoutuskursseja lääkintävoimisteliijoille. Lapinlahden sairaalassa toteutetun fysioterapian historiasta kertovissa teksteissä todetaan, että 1960-luvulla korostuivat yksilöllinen hoito ja kuntovoimistelu, ja 1970 - luvulla fysioterapiassa painottuivat rentous ja luova ilmaisu. Kahden viime vuosikymmenen aikana on yhteistyö lisääntynyt ja fysioterapiasta on tullut osa kokonaisuhoitoa sekä psykiatrinen ja psykosomaattinen fysioterapia ovat kehittyneet (Paakkari 1987, Achte 1991).

Fysioterapeutit ovat itse luoneet mielenterveysongelmaisten fysioterapialle muodon soveltamalla fysioterapiaa mielenterveysongelmaisten potilaiden tarpeisiin. Tässä työssä käytän nimitystä fysioterapia mielenterveysongelmaisten hoidossa ja tarkoitan sillä fysioterapiaa niiden potilaiden tai asiakkaiden hoidon ja kuntoutuksen osana, joilla on mielenterveyden ongelmia tai psykiatrinen sairaus tai joiden fysioterapiaa halutaan toteuttaa kokonaisvaltaisesti. Fysioterapiasta tällä alueella käytetään myös nimityksiä psykofyysinen, psykosomaattinen, psykodynaaminen, psykomotorinen, psykiatrinen, kokonaisvaltainen tai identiteettiä aktivoiva fysioterapia sen mukaan, millainen viitekehys määrittelijällä on. (Immonen-Orpana 1995 , Roxendal 1995).

Viime vuosikymmenen aikana mielenterveysongelmaisten potilaiden hoitoon osallistuvien fysioterapeuttien määrä on lisääntynyt, ja mielenterveysongelmaisia potilaita tai asiakkaita tulee fysioterapeutin hoitoon kaikkialla muuallakin kuin sairaaloiden psykiatrisissa yksiköissä. Tietoisuus mahdollisuudesta käyttää fysioterapiaa mielenterveysongelmaisten hoidon osana on lisääntynyt. Vuonna

1987 tuli fysioterapeuttien, tuolloin lääkintävoimistelijoiden valtakunnalliseen opetussuunnitelmaan "Psyykkisiä toimintoja tukeva fysioterapia"

-oppikurssi, joten noin vuosikymmenen ajan jokaisella valmistuvalla fysioterapeutilla on virallisesti ollut koulutuksessaan tämä aihe. Alan kehitykseen Suomessa ovat vaikuttaneet koulutusta tarjoamalla ja aiheesta kirjoittamalla myös ruotsalaiset Gertrud Roxendal ja Riitta Keskinen-Rosenqvist sekä norjalainen Berit Heir Bunkan. Roxendal on tutkinut ruumiinhahmotuksen arviointia ja kehittänyt fysioterapian periaatteita psykiatristen potilaiden hoidossa; hänen tutkimuksensa ja kehitystyönsä on tapahtunut kiinteässä yhteydessä käytäntöön. Hänen kehittämänsä periaatteet ja tapa toteuttaa terapiaa kulkee ruumiinhahmotuksen nimellä (Body awareness therapy), ja hänen väitöskirjansa aiheesta on myös suomennettu 1985.

Fysioterapiasta mielenterveysongelmaisten hoidossa ei ole ollut kouluttajien eikä käytännön työtä tekevien fysioterapeuttien keskuudessa selkeätä yhtenäistä käsitystä, ja aiheesta kirjoitettu fysioterapiakirjallisuus on paljolti vieraskielistä. Käytännössä työskentelevät fysioterapeutit ovat myös keskusteluissa todenneet, että fysioterapian toteutus mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa vaihtelee paljon. Useat heistä kokevat tekevänsä työtä kokonaisvaltaisesti ja keskusteluissa he ovat myös todenneet, että koko fysioterapialle olisi hyötyä vastaavasta kokonaisvaltaisesta näkemyksestä. Tämän työn tarkoituksena on kuvata käytännön työssä toimivien fysioterapeuttien kokemusten ja käsitysten perusteella, millaiset ovat fysioterapian olennaiset piirteet mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Olen tehnyt avoimen haastattelun kymmenelle mielenterveysongelmaisten hoidossa työskentelevälle fysioterapeutille.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAUSTA

Tutkimuksen tarkoitus on löytää fysioterapian olennaisia piirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa fysioterapeuttien kokemusten ja käsitysten pohjalta. Näin mielenterveysongelmaisten hoidossa toteutettavan fysioterapian sisältö jäsentyy sekä tulee syvemmin ymmärretyksi, mitä se on käytännön todellisuudessa. Tutkimuksen myötä mielenterveysongelmaisten hoidossa toteutettava fysioterapia tulee entistä tutummaksi fysioterapeuteille ja edelleen muulle terveydenhuoltohenkilöstölle. Kokemuksista todennäköisesti löytyy myös uutta ulottuvuutta, jota ei ole kirjallisuudesta luettavissa. Olennaisten piirteiden hahmottumisen lisäksi nousee fysioterapeuteilta varmasti myös fysioterapian kehittämistarpeita mielenterveysongelmaisten hoidossa.

Aiheen olen valinnut, koska koen fysioterapian tärkeäksi mielenterveysongelmien noustua entistä enemmän esiin nyky-yhteiskunnassa sekä julkisessa keskustelussa että työkyvyttömyyden syynä. Olen myös ollut kiinnostunut tästä fysioterapian osa-alueesta useiden vuosien ajan omassa työssäni. Aiemmin ovat fysioterapeutit saattaneet jopa arastella lähteä työskentelemään niille osastoille, joilla on mielenterveysongelmaisia ja psyykkisesti sairaita potilaita, koska alue on koettu oudoksi ja vaikeaksi. Kuitenkin fysioterapeutti voi missä tahansa työpaikassa kohdata potilaan tai asiakkaan, jolla on mielenterveysongelmia ja jonka oletetaan hyötyvän fysioterapiasta. Aiheen koen tärkeäksi myös siksi, että kokonaisvaltaisuudesta ja kokonaisvaltaisesta ihmiskäsityksestä puhutaan paljon potilaiden hoidossa ja fysioterapiassa. Oletan, että mielenterveysongelmaisten hoidossa toteutettavaa fysioterapiaa tutkimalla nousee esiin jotain oleellista siitä, miten kokonaisvaltaisuus ilmenee fysioterapian toteutuksessa. Lisäksi uskon, että valitsemani menetelmä kehittää myös omaa näkökulmaani ihmiseen ja elämän todellisuuteen.

3 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

3.1 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja tutkimusmenetelmän valinta

Tutkimusta ohjaa fenomenologis-hermeneuttinen ajattelu ja ote. Siinä nousee tärkeäksi tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien sekä tutkijan omien lähtökohtien ja esiymmärryksen selvitys sekä menetelmällisten valintojen ja ratkaisujen tarkka esittäminen ja perustelu. Fenomenologinen tutkimus kohdistuu elävään elämään kokemusten kautta ja pyrkii näkemään tutkittavasta ilmiöstä olennaisen. Hermeneuttinen ote pyrkii syvään ja rikkaaseen ilmiön ymmärtämiseen (Varto 1996, van Manen 1990).

Tutkittava ilmiö on fysioterapia mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Se on elämismaailmaan kuuluvaa ihmisten välistä toimintaa, johon sopii laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus (Varto 1996). Fenomenologisessa tarkastelussa oletetaan ihmisen maailman ilmenevän eletyissä kokemuksissa. Kokemus on ihmisen suhde maailmaan, toisiin ihmisiin ja omaan itseensä ; kokemus syntyy vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa. Kokemuksista nousevat merkitykset ovat fenomenologisen tutkimuksen varsinainen kohde. Kaikki merkitsee meille jotakin, koska ihminen havaitsee ja kokee asian pyrkimystensä, kiinnostuksensa tai uskomustensa varassa. Tässä työssä tarkoitan kokemuksella laajasti ihmisen kokemuksellista suhdetta omaan todellisuuteensa - kokemus on siis fysioterapeutin suhde toisiin ihmisiin, itseensä ja työhönsä.

Hermeneuttinen ulottuvuus tulee mukaan, kun kokemuksista nousevat merkitykset tulkitaan ja pyritään ymmärtämään syvemmin. Ymmärtäminen vaatii tutkijan omien lähtökohtien ja esioletusten tiedostamisesta. Tarkoitus on, että tutkija aineiston lukemisen ja kirjoittamisen myötä pääsee lähemmäksi tutkittavan ilmiön olennaista sisältöä (Varto 1996) ja että se nousee tutkittavasta aineistosta. Tutkijan pitää

tulkinnassaan tavoittaa toisen ihmisen näkökulmaa ja ymmärrystä. Tässä työssä fysioterapeuttien kokemuksista merkityksiä tulkitsemalla ja ymmärtämällä nousevat mielenterveysongelmaisten hoidossa toteutettavan fysioterapian olennaiset piirteet.

Fysioterapeuttien kokemusten lisäksi saan aineistosta myös heidän käsityksiään fysioterapiasta. Käsitusten tulkinnassa tarvitsen sisäistettyä asiantuntemusta (Syrjälä 1995) aiheeseen. Sitä minulla mielestäni on myöhemmin esittämäni esiyymmärryksen perusteella. Käsitukset liittyvät usein siihen, millaisia teorioita ja toimintatapoja tutkittava pitää hyvänä ja haluaa soveltaa työssään ja miten hän haluaisi toimia. Lopullisesti kuitenkin kokemus ilmaisee todellisuutta ja vasta kokemuksen kautta tulee ymmärretyksi, miten tutkittavat todellisuudessa toimivat eli millaisiksi muodostuvat mielenterveysongelmaisten fysioterapian oleelliset piirteet tutkittavien käytännön toiminnassa.

Tutkijana kuulun samaan elämämaailmaan tutkimushenkilöiden ja tutkittavan ilmiön kanssa. Oma tapani ymmärtää tutkimuskohde vaikuttaa tutkimiseeni koko ajan. Esitän oman suhteeni tutkimuskohteeseen sekä oman esiyymmärryksen aiheesta voidakseni mahdollisimman hyvin tiedostaa tai välttää sen vaikutusta tulkintoihini pystyäkseeni ymmärtämään tutkittavasta ilmiöstä sen, mikä aidosti nousee aineistosta.

Viitekehukseeni mielenterveysongelmaisten fysioterapiassa ovat vaikuttaneet useat alan kouluttajat, alan kirjallisuus ja keskustelut tämän alueen käytännön työssä työskentelevien fysioterapeuttien kanssa sekä muutaman fysioterapeutin työn seuraaminen sekä lisäksi elämäkokemus. Ensimmäinen konkreettinen kosketukseni tutkittavaan ilmiöön oli 1987 osallistuminen "Mielenterveystyön fysioterapia" - koulutukseen, jossa kouluttajina toimivat Roxendal ja Keskinen-Rosenqvist Ruotsista. Sen jälkeen olen osallistunut lähes vuosittain Suomessa toteutettuihin koulutuksiin tällä fysioterapian alueella sekä olen omassa opettajan työssäni opettanut fysioterapeuttien ammatillisessa peruskoulutuksessa sekä lisäkoulutuksessa tätä fysioterapian osa-alueita. Tämän alueen kokemusta

kliinisessä potilastyössä minulla ei ole, mutta olen osallistunut opiskelijoiden kliiniseen ohjaukseen. Hahmotan fysioterapiaprosessin avulla fysioterapeutin ja potilaan yhteistyötä, ja mielestäni toiminnassa näkyy molempien ihmiskäsitys. Psykosomaattinen malli ja resurssianalyysi eli ruumiillinen voimavaratutkiminen antavat raameja potilaan tutkimiseen. Tärkeänä osana fysioterapian menetelmissä pidän kehotietoisuuden huomioimista ja tunnen myös ruumiinhahmotusharjoitusten periaatteita Roxendalin mukaan. Ihmisen ajattelu, tunnekokemus ja ruumiillinen reagointi ovat yhteenkietoutuneita. Psykologisista näkökulmista olen jonkin verran saanut tutustua psykodynaamiseen ja kognitiivis-konstruktiviseen suuntaukseen. Näkemykseni mukaan fysioterapeutti luo itse viitekehýksensä eri vaikutteiden ja kokemustensa pohjalta.

3.2 Tutkimuksen kulku

Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus etenee vaiheittain. Vaiheita hahmotin aluksi Varton (1996) ja Giorgin (1985) sekä analyysivaiheen yhteydessä myös van Manen (1990) mukaan. Tutkijalla on joka vaiheessa mielessään tutkimuksen tarkoitus eli tutkimuskysymys, joka antaa näkökulman ja ohjaa pysymään tutkittavassa ilmiössä. Läpi tutkimuksen vaiheiden tutkija on myös tietoinen omasta esiyymmärryksestään, jotta itse aineisto pääsisi puhumaan. Aineiston keruu toteutetaan haastattelemalla; haastateltavia pyydetään kertomaan kokemuksia ilmiöön liittyvästä eletystä todellisuudesta. Jokaisesta haastattelusta tehdään kuvaus haastateltavan omalla kielellä, ja kuvauksia lukemalla niistä nousevat esiin merkityskokonaisuudet, jotka tulkitaan. Analyysivaiheessa kootaan samankaltaiset merkityskokonaisuudet yhteen ja erilaiset erikseen ja tulkinta syvenee. Tässä vaiheessa analyysin tueksi voi tuoda myös teorian. Lopuksi synteisivaiheessa tehdään yhteenveto, joka kertoo, mitä tuloksia tutkittavasta ilmiöstä on saatu.

Tässä tutkimuksessa aineiston keruumenetelmäksi valitsin avoimen keskustelunomaisen haastattelun. Haastateltaviksi valitsin harkinnanvaraisesti kymmenen fysioterapeuttia, jotka työskentelevät mielenterveysongelmaisten tai

psykkisesti sairaiden potilaiden kanssa. Ensinnäkin halusin haastateltavaksi fysioterapeutteja, joiden oletin olevan niin kiinnostuneita työstään, että he ovat olleet avoimia kokemuksille ja ovat halukkaita kertomaan kokemuksistaan. Toiseksi halusin haastateltavakseni fysioterapeutteja eri puolilta Suomea ja kolmanneksi halusin, että heillä on vaihtelevan pituiset työkokemukset ja siten myös vaihteleva koulutustausta. Näin ajattelin haasteltavien kokemusten edustavan monipuolisesti tämän hetken elävää todellisuutta käytännön fysioterapiasta mielenterveysongelmaisten hoidossa. Kiinnostuneisuuden olemassaoloa oletin sillä perusteella, että osan heistä tunsin henkilöinä, osa taas työskentelee sellaisissa työpaikoissa, joissa tiedän fysioterapiaa kehitettävän, ja osan haastateltavistani sain alueen fysioterapiaopettajan suosittelemana.

Haastateltavat ovat Etelä-, Länsi-, Pohjois- ja Keski-Suomesta, ja yksi heistä on työskennellyt myös Itä-Suomessa. Työkokemuksen pituus vaihtelee parista vuodesta noin kahteenkymmeneen vuoteen, ja siten myös koulutus vaihtelee 1970-luvun lääkintävoimistelijakoulutuksesta 1990-luvun fysioterapeutti-koulutukseen. Kaikilla on jotain lisäkoulutusta fysioterapiasta mielenterveysongelmaisten hoidon alueelta. Haastateltavista kolme oli minulle ennestään tuntemattomia. Kolme heistä tunsin siten, että yhden työpaikalle olen tehnyt vuosia sitten tutustumiskäynnin, toinen on ollut lyhyellä kurssilla, jossa itse olin opettajana, ja kolmas oli samalla viikon pituisella kurssilla, johon itse osallistuin kolme vuotta sitten. Neljän kanssa olen tehnyt yhteistyötä ennestään opiskelijaohjauksessa, tai he ovat olleet jossain vaiheessa opiskelijoitani tässä aihealueessa.

Haastattelut tein mahdollisimman avoimina ja jätin tilaa haastateltaville kertoa omia kokemuksiaan ilmiöstä mahdollisimman elävästi ja monipuolisesti. Kehykset haastattelulle antoi tutkimuksen tarkoituksen eli tutkimuskysymykseni näkökulma. Kysyessäni haastateltavien suostumusta haastatteluun kerroin myös haastattelun aloituskysymykseni "Millaisia kokemuksia sinulla on fysioterapiasta psykiatrisella alueella?". Tehtyäni osan haastatteluissa jouduin muuttamaan haastattelun lähtökysymystä saadakseni esiin enemmän kokemuksia kuin käsityksiä ja

mielipiteitä. Muutin kysymystä siihen suuntaan, että pyysin haastateltavia kertomaan kokemistaan fysioterapiatilanteista, tapahtumista sellaisenaan. Parhaimmillaan haastattelun avoimet kysymykset sisältävät rajaavan näkökulman, mutta eivät ohjaa vastausta tuon näkökulman sisällä. Onnistuin tässä ajoittain.

Haastattelussa tutkijan suhde haastateltavaan on henkilökohtainen, jos hän tekee haastattelun itse. Tällöin tutkija on itse mukana tuottamassa haastatteluaineistoa ja vaikuttaa vuorovaikutuksessa aineiston syntymiseen (Patton 1990). Haastattelujen myötä opin, miten todennäköisimmin saisin aineistoon puhtaasti kokemuksia. Havaittiin myös, että osa haastateltavista tuotti enemmän kokemuksia ja osa tuotti enemmän käsityksiä.

Haastattelut toteutin 21.11.1997 ja 25.3. 1998 välisenä aikana nauhoittaen ne. Kahdeksan fysioterapeutin luokse matkustin heidän työpaikalleen. Yksi haastateltava poikkesi kotiini työmatkallaan, ja yhden haastattelun tein puhelimitse. Lähetin haastattelunauhurin haastateltavalle, ja hänen äänensä nauhoittui puhelinhaastattelun aikana. Omat kysymykseni kirjoitin muistiin paperille. Tässä haastattelussa äänenpainot ja äänensävy olivat merkittäviä, koska eleitä ja ilmeitä en nähnyt. Tunnen tämän haastateltavan yhden kurssin ajalta, joten minulle syntyi haastattelun aikana elävä mielikuva hänen olemuksestaan ja tavastaan puhua.

Aineiston käsittelyn aloitin purkamalla haastattelunauhat tekstiksi sanasta sanaan. Luin kunkin haastateltavan tekstin useaan kertaan tehden jokaisesta haastattelusta **kuvauksen** haastateltavan omalla kielellä. Luin kuvauksia nähdäkseni ja eritelläkseni **merkityskokonaisuudet**, joiden avulla muodostuu kuva mielenterveysongelmaisten hoidossa toteutettavan fysioterapian olennaisista piirteistä. Merkityskokonaisuus on mielellinen sisältö, jonka avulla jokin ymmärretään joksikin; maailma tai sen osa merkitsee ihmiselle sitä, mitä hän kokee. Merkityskokonaisuuksia tutkimalla pyritään siis ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. (Varto 1996). Annoin jokaiselle merkityskokonaisuudelle nimen haastateltavan sanoilla ja jokaisen merkityskokonaisuuden perään sijoitin siitä

nousevan analyysin ja tulkinnan. **Analyysillä** etsin ydintä ja **tulkinnalla** ilmaisen sitä, mitä minulle merkityskokonaisuudesta välittyy haastateltavan sanojen kautta. Tässä vaiheessa jokaisen haastattelun kohdalla minun piti palata uudelleen kuuntelemaan haastattelunauhaa varmistaakseni, että merkityskokonaisuus nousee varmasti haastateltavan ilmaisun pohjalta. Samalla pystyin tarkistamaan äänensävyjen ja äänenpainojen, mieleeni palautuvien ilmeiden ja eleiden sekä tunnevaikutelmien sisällymistä tulkittavaan aineistoon. Merkityskokonaisuuksien kirjoittaminen kuvauksista tuli päätökseen kesäkuun lopussa 1998.

Luin merkityskokonaisuuksia uudelleen ja uudelleen ymmärtääkseni haastateltavien todellisuutta ja antaakseni merkityskokonaisuuksien tulkintojen nousta esiin. Näin halusin tutkimushenkilöiden todellisuuden tulevan näkyviin ilman, että oma esiymmärrykseni ja spontaani ymmärrykseni pakottaa tulkintoja tietynlaisiksi. Tulkintaprosessi oli usean haastateltavan merkityskokonaisuuksien osalta sikäli monivaiheinen, että tulkinta ei noussut yhdellä kerralla riittävän syväksi ja saattoi pulpahtaa esiin vasta muhittuaan riittävästi. Yhden haastateltavan kohdalla tein tarkennuskysymyksen yhden merkityskokonaisuuden kohdalla ymmärtääkseni syvemmin hänen sanomaansa. Tulkinnat veivät aikaa useita kuukausia, ja sain ne valmiiksi vuoden 1998 loppupuolella. Tosin analyysivaiheessa jouduin palaamaan joihinkin tulkintoihin syventäen niitä.

Yhteenvetovaiheessa kokosin samankaltaiset merkityskokonaisuudet ja niiden analyysit ja tulkinnat yhteen sekä erittelin erilaiset poikkeavat merkityskokonaisuudet. Syvensin merkityskokonaisuusryhmien analysointia ja tulkintoja tarpeellisilta osin nähdäkseni, mitä aineksia niistä nousee mielenterveysongelmaisten fysioterapian oleellisiin piirteisiin. Toin tueksi **teoreettista** tietoa kirjoittaen teorian aina kyseisen asian kohdalle. Näin teoreettinen tieto tulee ikään kuin "keskustelemaan" tutkimuksella saaduista tuloksista. Jokaisesta merkityskokonaisuusryhmästä muodostui oma aiheensa, jolle annoin nimen. Nimetyistä merkityskokonaisuusryhmistä tein **yhteenvedon** kuvaten niiden keskinäisiä suhteita. Näin sain esiin fysioterapian olennaiset piirteet haastateltujen kokemuksiin ja käsityksiin pohjauten.

4 TUTKIMUSAINEISTON KUVAUKSET, ANALYYSIT JA TULKINNAT

Olen tehnyt jokaisesta haastattelusta kuvauksen haastateltavan omalla kielellä. Tässä raportissa kirjoitan kuvauksista suoraan merkityskokonaisuudet, jotka nousivat kuvauksista niitä lukemalla. Tarpeen mukaan palasin vielä kuuntelemaan haastattelunauhaa varmistaakseni, että havaitsen merkityskokonaisuudet sellaisina kuin ne nousevat aineistosta. Merkityskokonaisuudet ilmaisevat tutkittavaa ilmiötä. Ennakkokäsityksiäni tiedostamalla annan merkityskokonaisuuksista nousta esiin sen, mitä niissä ilmenee. Sen jälkeen analysoin, mitä merkityskokonaisuudet sisältävät ja tulkiten, mitä niistä ilmenee. Haastateltujen puheen suorat lainaukset olen kirjoittanut pienemmällä kirjaimella ja omat tulkintani merkityskokonaisuuksista kursivilla.

4.1 Haastateltava " Mirja "

Mirjasta välittyy rauhallisuus ja vakava ote hänen puhuessaan työstään ja kokemuksistaan, ja välillä pilkahtaa myös hyvä huumori hänen puhettavassaan. Mirja puhuu "vakavalla rintaäänellä" ja tulee vaikutelma, että hän tekee parhaansa potilaansa hyväksi. Hänestä välittyy myös inhimillistä lämpöä. Välillä hänen ilmeistään ja eleistään päätellen haastattelukysymysten avoimuus vaivaa häntä ja hän vaikuttaa hieman epätietoiselta, mitä häneltä oikein odotan. Haastattelun lopussa hän toteaaakin spontaanisti, että olipa vaikeata. Haastatteluun kuluu puoli tuntia rauhallisessa ja kauniissa toimistohuoneessa.

"Kuunteleva kohtaamisen tie"

Mirjan mukaan fysioterapiassa kaikkein tärkeintä on kohtaaminen ja se, että on aikaa kuunnella potilasta, kun hän kertoo vaivastaan. Jos ei lähde kuuntelevan kohtaamisen tielle, on suurempi vaara mennä harhaan, hän toteaa. Ongelmalliseksi Mirja kokee, ettei hänellä yksin työskentelevänä ole paljon resursseja ottaa päivästä aikaa kohdata ihmistä syvällä tasolla. Rentoutusharjoitukset ja varsinkin kosketusrentoutus ovat olleet hyvin kysytyjä ja haluttuja potilaiden taholta. Niiden ilmapiiri, kohtaaminen ja potilaiden kiitollisuus palkitsevat myös tekijää. Joissain tilanteissa, kun kosketusrentoutus on avannut väyliä, on Mirja näyttänyt myös omahoitajalle kosketusrentoutusta, jota jatkamalla on voinut lisätä vuorovaikutusta potilaan kanssa.

Fysioterapiassa ensisijaista Mirjan mielestä on potilaan kohtaaminen. Mirja puhuu kohtaamisesta syvällä tasolla, mikä näyttää tarkoittavan potilaan sisimmän, sisimpien tunteiden tavoittamista. Fysioterapeutin ja potilaan välille syntyy molemminpuolinen yhteys. Avaimena potilaan kohtaamisessa Mirja pitää potilaan kuuntelemista, jolla hän näyttää varmistavan sitä, että potilas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi ja että fysioterapiassa vastataan hänen tarpeisiinsa ja potilas saa juuri sitä tukea ja apua, jota hän tarvitsee. Päävastuu kohtaamisen mahdollistumisesta näyttää olevan fysioterapeutilla, hänen kyvyllään kuulla, ymmärtää ja antaa tilaa potilaalle. Hän puhuu kuuntelevan kohtaamisen tiestä, joka kuvastaa sen vaativan aikaa. Fysioterapeutti näyttääkin kokevan, ettei hän ehdi työaikansa puitteissa kohdata syvällisesti niin monia potilaita kuin olisi tarve. Kosketuksen Mirja näyttää kokevan toisten potilaiden kohdalla erittäin tehokkaaksi kohtaamisen edistäjäksi. Näyttää siltä, että kosketus luo sanattomasti edellytyksiä luottamuksen syntymiselle. Niinpä hän on ohjannut tarvittaessa myös omahoitajalle kosketusrentoutusta keinoksi päästä potilaan kanssa paremmin vuorovaikutukseen.

"Pystyy tunne-esteitensä ylittämään, itkee rauhassa"

Psykiatriset potilaat tulevat Mirjalle kehontuntemus- ja rentoutusharjoituksiin, vaikka näilläkin potilailla tietysti voi olla myös "puhtaasti fysioterapeuttisesti" hoidettavia tapaturmien ja kaatumisien jälkitiloja. Kosketusrentoudessa Mirja

pyrkii siihen, että potilaalle välittyy välittäminen, että hän saa kokea olevansa arvokas ja rakastamisen arvoinen.

" Ett hyvin sairaita ihmisiä on...nääh on lähinnä ollu näitä, joista mä puhun niin tämmösiä itsemurhaa yrittäneitä keski-ikäisiä ihmisiä...ja pienten lasten äitejäkin... tietysti koskettaa aina syvältä itteekin nämä tämmöset, kun on samanikäisiä ihmisiä...elää niin voimakkaasti niissä mukana...lähinnä sellasia syviä masennustiloja on paljon..."

"...moni on juuri yrittänyt itsemurhaa ja ollut valmis luopumaan kaikesta ja se on ollu hyvin silmiinpistävää ihan tässä puolen vuoden sisään kuinka ihmiset liikuttuu ihan kyyneliin. Niille tulee mieleen ihan jostain peittelystä ja lämmöstä, siitä pakkaamisesta jokin varhasen lapsuuden semmonen myönteinen juttu, ovat ihan pystyneet sanoinki sanoon...ett se avaa niinku sille myöhemmin tapahtuvalle keskustelulle ovia, sitä mä pidän ihan tarkoituksena näille eka kerroille, rentoutusterapialle, että pystyy niitä tunne-esteitänsä ylittäään, itkee rauhassa....ja paperia kuluu .."

Fysioterapeutti korostaa psyykkisesti sairaiden potilaiden fysioterapiassa kehontuntemus- ja rentoutusharjoituksia. Hän erottelee fyysisesti ja psyykkisesti painottuvat ongelmat puhuen haastattelussa erityisesti jälkimmäisten hoidosta. Kosketusta haastateltava näyttää pitävän erittäin tärkeänä osana potilaan fysioterapiaa. Kosketuksen avulla fysioterapeutti haluaa välittää potilaalle tunteen siitä, että tämä on arvokas ja rakastamisen arvoinen ihminen, mikä taas antaa potilaalle voimavaroja ja jaksamista omassa tilanteessaan. Potilas voi turvallisesti purkaa ja ilmaista tunteitaan vaikkapa itkuna. Tunteiden purkaminen ja ilmaisu hyväksyvässä ilmapiirissä auttaa hänen mielestään potilasta myöhemmin puhumaan ja keskustelemaan asioistaan, mikä näyttää olevan merkittävä osa potilaan kuntoutumis- tai terveyhtymisprosessia.

"Herättelee kysymyksillä pohdintaa syvemmmälle"

Psykiatrisille potilaille Mirja antaa 45 minuuttia kohtaamista painottaen vuorovaikutusta ja ihmisen itsensä löytämistä ja tunnistamista, mutta ei yleensä niinkään hoida eli ei ohjaa kuntosalitai muita harjoitteita. Mirja herättelee kysymyksillä potilasta pohtimaan syvemmmälle, miksi vaiva on sellainen ja mitä vaivan takana on, jotta kohtaamisen lisäksi syntyisi ahaa-elämyksiä ja heräisi toivo. Potilas alkaisi ajatella itsekin, ettei tarvitsekaan alistua vaikkapa kivun riepotelevaksi, vaan itsekin sille jotain voi. Haastavaksi Mirja kokee sen, että

"hoksaisi" ja näkisi, mitä ihminen jaksaa, ettei vaatisi liikaa eikä liian vähän. Miten saisi ihmiselle hoidossa voimavaroja lisää.

"...Ja nää liikunnallisetkin kysymykset, missä vaiheessa ne ottaa esiin...ne saa välillä odottaa, ett se ei ole se ensisijainen läheskään aina. Se on väline ja kapine, jonka kans pääsee...tulee mieleen miesasiakkaita, sen avulla voi päästä niinku kaveriksi ja sitä kautta päästä pohtimaan kiertoteitse... yksinkertaista tämä ei ole mutta haastavaa hommaa.."

Potilasta pitää kuunnella, jotta jotain löytyisi tällä reissulla. Osa potilaista tulee uudelleenkin sairaalaan kokeiltuaan välillä omia siipiään, ja siitä jatketaan, mihin on jääty.

Fysioterapeutti näyttää ajattelevan, että ihmisellä sisällään ovat voimavarat, joiden voimin ihminen jaksaa ja että potilaan itsetuntemus ja tilanteensa tiedostaminen auttavat häntä itse auttamaan itseään. Fysioterapiankin keinoin on tarkoitus tuottaa tai auttaa potilasta löytämään voimavaroja lisää. Fysioterapeutti näkee ihmisen psykofyysiseksi kokonaisuudeksi siten, että kivun ja vaivan takana voi olla koettuja tunteita tai tapahtumia tai fyysisiä muutoksia ja että potilas hyötyy yhteyden tiedostamisesta. Fysioterapeutti näyttää aktivoivan potilasta kysymyksillään itse oivaltamaan yhteyksiä kivun tai vaivan ja tunteiden, tapahtumien tai fyysisten muutosten välillä. Näin fysioterapeutti ajattelee potilaan saavan lisää voimavaroja; potilaan itsensä ajatuksissa, ymmärryksessä, asenteissa ja edelleen toiminnassa ja käyttäytymisessä tapahtuvat muutokset ovat avaimia paranemisen suuntaan.

Fysioterapeutti näyttää kovasti pohtivan potilaan yksilöllisiä edellytyksiä, jotta osaisi herätellä potilasta pohtimaan juuri sen verran kuin potilas jaksaa. Vaatii paljon taitoa havaita, missä kohdassa potilas etenee ja minkä verran hän jaksaa käsitellä asioitaan ja toimia ongelmiensa vähentämiseksi. Fysioterapeutin pitää olla kekseliäs siinä, miten hän saa potilaan kiinnostuksen heräämään, miten hän saa potilaan havaitsemaan, että asioidensa pohdiskelu kannattaa. Liikuntakin voi toimia yhteyden syntymisen polkuna potilaan kohtaamisessa ja edelleen herätellessä potilasta pohtimaan tilannettaan. Fysioterapeutin näkemyksenä välittyy, että fysioterapia ei ole edes tuloksekasta, jos ei jotain löytöjä potilaan mielessä tai muutoksia toiminnassa tapahdu.

"Miettii, onko hoitolinja oikea"

Aikaisemmin fysioterapeutti on tottunut verkkaisempaan tahtiin. Edelleenkin pitkäaikaisilla skitsofreniapotilailla on kehontuntemusharjoituksia useammankin vuoden ajan, jolloin on aikaa tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa. Akuuttiosastolla potilaat sen sijaan ovat vain muutamia viikkoja, ja nyt eletäänkin muutos- ja murrosvaihetta, joka vaatii fysioterapeutilta omaa kasvua ja kehittymistä, kun on päästävä nopeammin vauhtiin. Lisäksi akuuttiosastolla tulee potilaita usein ryöppynä kerralla ja tilannetta helpottaisi, kun olisi toinenkin fysioterapeutti talossa. Välillä Mirja kokee olevansa yksin potilaan kanssa, jos omahoitajakin on lomalla, ja hän miettii, onko hoitolinja oikea. Toki potilaalla on vastuuhoitaja, mutta akuuttiosastolta potilas tulee hänelle niin nopeasti, että tuskin hoitajatkaan ovat ehtineet saada kunnolla tietoa potilaasta. Ongelma on kyllä tiedostettu akuuttiosaston kanssa ja on yritetty, että löytyisi nopeasti tietoa ja kirjallistakin materiaalia potilaasta. Hän kaipaisi toista fysioterapeuttia, josta olisi tukea ja jolle voisi puhua samaa kieltä. Puutetta hän on kokenut työnohjauksesta, tosin sitä on nyt luvassa.

Fysioterapeutin potilaat ovat osaksi pitkäaikaispotilaita, mutta nyt yhä useammin lyhytaikaisia akuuttiosaston potilaita. Fysioterapeutti on tottunut pitkäaikaispotilaiden hoitoon, joiden kohdalla on ollut aikaa luoda potilassuhde ja miettiä, mikä on potilaalle parasta fysioterapiassa, ja on ollut aikaa yhteistyön tekemiseen yhteisen hoitolinjan löytämiseksi. Pitkäaikaispotilaalla myös muutokset ja eteneminen tapahtuvat hitaasti.

Akuuttiosaston potilaiden kanssa fysioterapeutin pitäisi oppia nopeatahtisempi työskentely, päästä nopeasti sisälle potilaan ongelmien ymmärtämiseen, jotta voisi toteuttaa fysioterapiaa potilaalle hyödyllisellä tavalla. Fysioterapeutilta vaaditaan muutoskykyä oppia nopeatahtisemmaksi potilaan ongelmien ja tarpeiden hahmottamisessa ja kykyä soveltaa fysioterapian keinoja nopeammin etenevässä prosessissa.

Fysioterapeutti kokee yhteistyön tärkeäksi potilaan hoidon yhteisten päämäärien selkiyttämiseksi, mutta sairaalan osastojenkaan toiminta ei vielä ole esimerkiksi yhteistyön osalta kehittynyt nopeatahtiseen akuuttiosaston työhön - fysioterapeutti ei saa riittävän nopeasti

tietoa potilaan tilanteesta tai fysioterapeutti ei tavoita riittävän nopeasti potilaan omahoitajaa voidakseen suunnitella ja toteuttaa fysioterapiaa tavoitteellisesti osana kokonaihoitoa.

Vaikuttaa kuitenkin siltä, että tähän asti yhteistyö on toiminut fysioterapeuttia tyydyttävästi ja näin ollen pohja yhteistyön sujumiselle on olemassa, mutta vie jonkin aikaa, että osastojen henkilökunta ja fysioterapeutti kehittävät lyhentyneiden hoitoaikojen vaatiman hyvin toimivan yhteistyötavan. Muutos näyttää tuovan lisää työpaineita fysioterapeutille. Fysioterapeutti kokee, että tarvittaisiin toinen fysioterapeutti toisaalta jakamaan työmäärää mutta myös keskustelemaan fysioterapiasta. Työnohjaus myös auttaisi fysioterapeuttia kehittämään työtään.

"Mikään ei haluta – miksi pitäisi liikkua"

Jotkut potilaat voivat olla siinä pisteessä, että mikään ei haluta - miksi pitää liikkua ja miksi pitää peseytyä. Silloin Mirja kokee motivoinnin ja aktivoinnin vaikeaksi ja toisinaan turhauttavaksikin. Pitäisi pystyä motivoimaan, mutta se vie paljon voimia, resursseja ja työaika. On auttanut ja antanut tukea, kun tästä on keskusteltu. Joillakin potilailla liittyy sairauteensa, että vastustaa paranemista eikä halua tulla hoitoon. Silloin yhteistuumin mietitään, että odotetaanko parempaa aikaa vai jatketaanko sinnikkäästi vai harvennetaanko tapaamisia, mikä myös on tuonut hyviä tuloksia. Potilaita ei kuitenkaan pakoteta esimerkiksi fysioterapiaan, vaan osastolla jo arvioidaan, missä vaiheessa potilas on, kun lähete laitetaan.

Psyykkisesti sairaiden kanssa työskentely näyttää vaativan kärsivällisyyttä ja erityisiä motivoinnin ja aktivoinnin taitoja. Samoin näyttää siltä, että vaaditaan kykyä arvioida, milloin motivointi ei tuota tulosta. Yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä motivointi ja aktivointi tuntuu vaativan.

"Kuljetaan niin herkillä aluilla, että olisi hyvä tuntea, kenelle potilaan lähettää"

Mirjalla on myös henkilökunnalle palveluja, mistä on se etu, että hän oppii tuntemaan toisten ajatusmaailmaa. Se auttaa miettiessä, kenelle potilaan lähettää ja kuka osaisi hyvin vastata potilaan kysymyksiin. Samoin hän itse on

saanut vähän sielunhoidollista koulutusta ja osastolla tiedetään lähetettä lähetettäessä, että hän voi siinäkin puolella auttaa.

Akuuttiosaston potilaat ovat sairaalassa hyvin lyhyen aikaa. Monesti potilas kotiin päästyään tarvitsee vielä kiinnekohtaa ja tukihenkilöä. Jatkohoitoa miettiessä Mirja kokee, että hänellä saisi olla tiedossa enemmän sellaisia paikkoja, joissa tarjotaan rentoutushoitoa, ja työntekijöitä, joille voisi tietäytyyppisen potilaan lähettää. Tässä kuljetaan niin herkillä aluilla ja pääsee niin lähelle potilasta, että olisi hyvä tuntee ja tietää, mihin ja kenelle lähettää. Mirja kokee, ettei hänellä ole ollut aikaa luoda tuttavuuksia ulospäin ja keksiä verkostoa.

Fysioterapeutti näyttää pitävän erityisen tärkeänä sitä, että hän henkilökohtaisesti tuntee tai muuten tietää toisen työntekijän ajatusmaailmaa ja työskentelytapaa eli suhtautumista toiseen ihmiseen, jolloin on helpompi lähettää potilas hänelle sopivan henkilön luo hoitoon oman sairaalan sisällä tai jatkofysioterapiaan sairaalan jälkeen. Jatkopaikkojen fysioterapeuteista hänen pitäisi tietää paitsi fysioterapeutin suhtautumisesta ihmiseen myös se, onko käytössä rentoutus- ja kehontuntemusta kehittäviä menetelmiä. Fysioterapeutilla näyttää olevan sellainen käsitys, että fysioterapian menetelmät sinänsä yksistään eivät vastaa mielenterveysongelman potilaan tarpeisiin, vaan fysioterapeutilta vaaditaan persoonana herkkyyttä ja ymmärrystä. Fysioterapeutin persoona on fysioterapian menetelmiä tärkeämpi, mikä varmistaa kohtaamisen ja yhteyden tunteen syntyminen mahdollisuuden potilaan ja fysioterapeutin välille. Fysioterapeutti näyttää kohtelevan potilaitaan yksilöinä ja ainutlaatuisina ihmisinä ja kantaa vastuuta, että he saisivat parhaan mahdollisen hoidon myös fysioterapiassa.

4.2. Haastateltava "Tanja"

Tanja puhui runsain sanoin ja eloisesti kokemuksistaan ja näkemyksistään fysioterapiasta psykiatrisessa sairaalassa. Hän tuntui puhuvan sydämensä syvyyksistä, mutta koki myös väsymystä ja olisi jo halunnut sapattivuoden. Hän

sanoo, että murroskausi on hirveän väsyttävää, kun potilaita siirtyy avohoitoon ja sairaalaan jäävät potilaat ovat huonokuntoisia. Päässä poukkoilevat ajatukset, kun yrittää miettiä, minne fysioterapian painopistettä pitäisi siirtää ja missä tulokset olisivat parhaita. Haastattelu tapahtui rauhallisessa miellyttävässä pienessä huoneessa ja aikaa oli riittämiin.

"Fysioterapian merkitystä ei tiimissä aina ymmärretä"

Tanja sanoo työskennelleensä fysioterapiassa suunnilleen siitä asti kun Suomessa on tällä alueella fysioterapiaa toteutettu. Tanjan aloittaessa ei tiedetty, mitä psykiatrinen fysioterapia on, ja oli hirveän vaikeata mennä puhumaan, että fysioterapia on tärkeätä, kun ei itsekään tiennyt siitä paljoa.

"...Ett musta on tärkeää, ett mä pistän meidän uudet ihmiset pitämään esitelmiä ja kertomaan, mitä tää työ on. Ne kertoo sen paljon paremmin kuin minä. Se on niinku tärkeätä, että jokainen, joka tekee meillä töitä on joutunu selittämään."

Vieläkin hän kokee ongelmaksi sen, että tiimissä ei aina ymmärretä fysioterapian merkitystä, joskin parannusta on hirveästi tapahtunut niin, että fysioterapeutti kutsutaan tiimiin ja voi tuntea kuuluvansa joukkoon. Onnistumisen tunnetta hän on kokenut siitä, että osastolta on tullut positiivista palautetta ja muu hoitohenkilökunta alkaa nähdä fysioterapian hyödylliseksi terapiamuodoksi.

Fysioterapiatyöntekijät ovat itse joutuneet miettimään ja jäsentämään fysioterapian sisältöä, merkitystä ja sovellusta psyykkisesti sairaille potilaille siitä lähtien, kun fysioterapiaa on Suomessa alettu käyttää psyykkisesti sairaiden potilaiden hoidossa. Fysioterapian vasta jäsenyessä fysioterapeuteille itselleen heidän on pitänyt jo viedä tietoa eteenpäin potilasta hoitavan työryhmän jäsenille ja tehdä tilaa fysioterapialle potilaan kuntoutuksen osana. Näyttää siltä, että fysioterapeutit itse kokemuksen lisääntyessä ovat uskoneet fysioterapian hyötyyn ja tehneet uraa uurtavaa työtä. Voi olettaa, että uusien työntekijöiden pitämien esitysten merkitys on paitsi siinä, että he itse jäsentävät fysioterapiaa, myös siinä, että he tekevät voimia vaativaa fysioterapiatietouden eteenpäin viemistä helpottaen samalla vanhempien työntekijöiden paineita

ja toisaalta siinä, että he tuovat uuttakin tietoa, jonka vanhat työntekijät voivat liittää aiempaan tietämykseensä. Koko fysioterapian työyhteisön yhteinen fysioterapiatieto ja -taito voi kasvaa. Suurta tyydytystä tuottaa, kun tulee positiivista palautetta fysioterapian hyödyllisyydestä potilaalle myös muiden ammattiryhmien havaitsemana. Näyttää myös siltä, että vuosikymmenienkään työn jälkeen ei moniammatillisessa hoitotiimissä aina ymmärretä, mikä merkitys fysioterapialla voisi olla psyykkisesti sairaiden potilaiden hoidossa.

"Matalalta tasolta lähdetään yksinkertaisin liikkein"

Tanja on viimeiset vuodet tehnyt työtä pitkäaikaisten psykiatristen potilaiden kanssa ja toteaa, että fysioterapiassa pitää lähteä matalalta tasolta, koska liikkeiden ja liikkumisen osaaminen ja hallinta on potilailla heikkoa sairauden, inaktiiviteetin, lääkkeiden ja mahdollisen liikuntakielteisen taustan vuoksi. Gertrud Roxendalin liiketestistön perusliikkeet ovat hänen mielestään sopiva ohjenuora pitkäaikaisesti sairastaneiden potilaiden fysioterapiassa. Hänen mielestään Roxendalin väitöskirja osoitti, että kaikki on varsin yksinkertaista - "yksinkertainen on kaunista" - vaikka takana ovat monimutkaiset systeemit. Yksinkertainen sopii juuri pitkäaikaispotilaille. Fysioterapiaa tehdään pitkällä tähtäimellä parin kolmen vuoden ajan, jolloin vasta fyysisellä tasolla alkaa nähdä vaikutuksia. Psyykkisellä puolella voi vaikuttavuutta keskittymiskykyisyytenä tai kontaktikyvyissä näkyä aikaisemminkin, mutta fyysisellä puolella kestää pitkään, ennen kuin tulee tuloksia.

Fysioterapeutti näyttää kokeneen Roxendalin kehittämän liiketestistön hyväksi tueksi pitkäaikaispotilaiden fysioterapiassa. Kyseisen testistön perusliikkeet koostuvat siirtymisistä, kuten makuulle meno ja seisomaan nousu, liikkumisesta, kuten kävely ja juoksu, ja niissä tarkastellaan myös liikkeiden laatua, kuten nopeus-hitaus tai keveys-voimakkuus, ja liikkeiden suuntien hallintaa. Lisäksi liiketestistössä tulee esiin kontaktikyky katseen, kosketuksen ja puheen avulla. Fysioterapeutti on havainnut pitkäaikaisesti psyykkisesti sairastavien potilaiden liikekykyjen ja liikkumiskyvyn rajoittuneen niin, että juuri yksinkertaiset liikkeet ja tavallinen perusliikkuminen on heille hyödyllisintä. Takana olevat monimutkaisesti systeemit viittaavat

mielestäni siihen, että ihmisen liikkeiden säätely sinänsä on monimutkaista ja että perusliikkeet yksinkertaisuudestaan huolimatta ovat monipuolisesti perusteltu valinta. Käytäntö näyttää myös vahvistaneen, että fyysiset muutokset vievät aikaa vuosia, kun taas käyttäytymisessä edistymistä näkyy nopeammin.

"Antaa potilaalle takaisin liikkeitä ja jäseniä, joita hän on kadottanut"

Fysioterapia tällä alueella on Tanjan sanoin sanottuna liikkumista, jossa annetaan potilaalle takaisin niitä liikkeitä, joita hän on kadottanut, niitä jäseniä, joita hän on kadottanut, niitä fyysisiä kokemuksia, jotka hän on kadottanut, liikkumista kaikkein alkeellisimmalla tasollaan. Tanja tekee liikkeitä potilaiden kanssa yhdessä, koska usein he eivät löydä liikkeitä itse. Harvemmin, esimerkiksi testitilanteissa, hän käyttää pelkkää verbaalista ohjausta. Hän sanoo kokeilevansa eri tapoja ja myös mittaavansa potilaan oppimista ja osaamista jättämällä mallin pois. Tanja pitää peilin käyttöä tärkeänä, jotta potilas ei vain koe vaan myös näkee. Peiliin katsominen tosin voi olla vaikeata osalle potilaista. He voivat kokea itsensä kauhean näköiseksi, tai heille tulee tunne, että peili vie heidät sisäänsä tästä tilasta.

Fysioterapeutti ohjaa erilaisin keinoin potilasta hahmottamaan ruumistaan, liikkeitään, liikkumistaan ja tukee myös oman ruumiin hyväksymistä. Hän näyttää tarjoavan yksinkertaisessa muodossa ja turvallisessa ilmapiirissä niitä ruumiillisia kokemuksia, joilla potilas voi rakentaa eheämpää ruumiinkuvaa, selkeää ja realistista kokemusta ja käsitystä omasta ruumiistaan ja sen toiminnasta. Peilin käyttö viittaa siihen, että fysioterapeutti haluaa potilaan saavan palautetta liikkeistään ja ruumiinhahmotuksen paranevan peilin käytöllä, vaikka peiliin katsominen voi olla aluksi potilaalle vaikeaa, jos potilas ei pidä näkemästään tai minän rajojen ollessa epäselvät pelkkä peilin imevän hänet sisäänsä.

"Helpompi keskittyä tekemään liikettä makuuasennossa....ja lopettaa seisten"

Tanja toteaa, että Roxendalin liiketestissä kaikki liikkeet tapahtuvat seisten, mikä on hyvä asento korostamaan itsenäisyyttä ja identiteettiä. Hän sanoo kuitenkin

huomanneensa, että potilaiden on helpompi keskittyä tekemään liikettä makuuasennossa kuin seisten, koska seisten näkökenttä toimii eri tavalla ja häiriötekijät voivat olla suuria kuten peilit huoneissa. Hän sanoo "ajautuneensa" makuuasennosta aloittamiseen ja on joutunut miettimään, haluaako hän hallita tilannetta, mutta hän on tietoisesti sallinut potilaille regression. Hän toteaa, että yksittäisen hoitotilanteen hän usein aloittaa makuulta, jolloin keskittyminen liikkeeseen tai kosketukseen on potilaalle helpompi, ja sitten edetään korkeampiin alkuasentoihin lopettaen tilanne seisten ojennukseen ja vielä mielellään peilin edessä.

Tanja on käytännön kokemuksensa perusteella päätenyt siihen, että hän aloittaa liikkeiden ohjaamisen potilaille usein makuuasennossa, jossa potilaan on helpompi keskittyä tekemään liikkeitä tai vastaanottamaan kosketusta kuin seisoma-asennossa. Tanja näyttää kokevan hieman ristiriitaa valitsemansa työskentelytavan ja Roxendalin kehittelemien periaatteiden välillä ; niinpä hän haluaa vahvistaa potilaan itsenäisyyden ja identiteetin kokemusta lopettamalla liikkeit seisten. Tanjan epäröinti makuuasennon käyttöön viittaa ilmeisesti siihen, että psykoanalyttisissä teorioissa katsotaan makuuasennon regressoivan potilasta tai viitataan fysioterapeutin vallankäytön haluun asettamalla potilas itseä matalammalle. Kuitenkin fysioterapeutti näyttää luottavan kokemukseensa, joka on hänelle tullut työskennellessään potilaiden kanssa; fysioterapeutti näyttää luovan käyttöteoriaansa.

"Ettei jähmettyisi kaavoihin, mutta olisiko jotain säännönmukaisuutta"

Tanja sanoo tietoisesti varoneensa kaikkia lomakkeita , ettei jähmettyisi kaavoihin, koska potilaat eivät mahdu niihin. On tärkeätä pitää itsensä auki tilanteessa, ja vaikka pienet oivallukset saattavat ensin mennä ohi, niin seuraavalla kerralla niihin palaa. Toisaalta on turvallista, kun on päässä jokin systeemi, ja hän muistaa lukeneensa Roxendalin BAS:n ja tohtorinväitöskirjan yhdessä yössä saatuaan sen käsiinsä. Fysioterapiatyöryhmässä he ovat miettineet, kuinka fysioterapiaa pitäisi jaksottaa. Hän miettii, olisivatko grounding, keskilinjan etsintä tai hengitys niitä osioita, joiksi harjoituskertoja voisi paloitella. Fysioterapiassa käydään potilaan kanssa läpi liikkumisen koko skaala, mutta hän itse miettii, olisiko jotain jaksotusta

ja säännönmukaisuutta, joka helpottaisi tekemistä. Ongelmaksi Tanja toteaa resurssien riittämättömyyden; jotkut potilaat saavat fysioterapiaa ja toiset taas eivät. Tanja kertoo merkittävästä kokemuksestaan erään potilaan kanssa. Potilaalla oli paljon särkyjä jaloissa ja huono kontakti alustaan testeissä. Hän oli harjoittanut potilaalla paljon alustasuhdetta, tehnyt grounding-harjoituksia, kunnes videoituaan potilaan kävelyä havaitsikin voimakkaan hypotonian vartalossa. Hän kertoi tämän esimerkiksi siitä, miten voi kiinnittää huomion yksityiskohtaan eikä näekään kokonaisuutta, ja toisaalta siitä, mikä merkitys yksityiskohtalla on kokonaisuudelle.

Tanja kaipaa lisää säännönmukaisuutta helpottamaan fysioterapian toteutusta. Tanja näyttää omaksuneen paljon Roxendalin periaatteita käyttöönsä ja kokee helpotusta, kun on mielessä joitain raameja, jotka ohjaavat työskentelyä, vaikkakin hän tietoisesti haluaa varoa kaavamaisia lomakkeita. Omien havaintojensa ja oivallustensa mukaan hän muuttaa terapiaa sen mukaan, mitä havaitsee potilaan tarvitsevan, vaikkakin kuulostaa siltä, että valmis malli voi joskus vaikeuttaa sen havaitsemista, mitä potilaalla ilmenee. Omat oivallukset tuottavat fysioterapeutille suurta tyydytystä työstä sekä tuottavat myös kokemuspäisiä tietoja.

"Lihaksen voiman aistiminen.... auttaa kokemaan oman ruumiinsa"

Omana tärkeänä oivalluksenaan hän kertoo lihaksen voiman aistimisen tärkeyden.

" ... lihas - lihaksen voiman aistimiseen - että vaikka meidän potilailla on hirveen vähä sitä voimaa, niin meidän pitää antaa niinku käyttää kaikki se voima, että sun pitää vastustuksella tehdä jotain liikettä...se on mun oma päätelmä siinä tilanteessa, että mä oon kokenu, että se auttaa niitä potilaita kokemaan oman ruumiinsa, että ne saa todella käyttää sitä voimaa ja niinku vastusta vasten. Ja se voi olla hirveen vaikee edes löytää, että sitä pitää treenata, että nää uskaltaa tai niinku hiffaa, että aha, näin se tapahtuu että näin mä jännitän lihasta vastaan."

Oman kehon aistimisen yksi tärkeä osa on lihasvoiman aistiminen liikkeen ja toiminnan yhtydessä. Psykkisesti sairailta potilailla usein voiman käyttö on vähentynyt samalla kun kaikki toiminta ja liikkuminen on vähentynyt. Lihaskäytön kokeminen yhtenä osana oman ruumiin tiedostamista on Tanjalle ollut tyydytystä tuottava oivallus.

" Pitkäaikaisen ja konkreettisen kuntoutuksen myötä potilas alkoi ottaa kontaktia"

Tanja sanoo, että kaikkein ihaninta on se, kun näkee, että potilas onnistuu, sen näkee potilaan koko olemuksesta. Hän kertoo onnistumisen esimerkin aggressiivisesta potilaasta, jonka hoitotoimenpiteet oli pitkät ajat tehty rauhoittavan piikin avulla usean hengen voimin. Potilaan loukattua jalkansa Tanja aloitti konkreettisen fysioterapian potilaan maata vuoteessa. Sitten potilas siirtyi pyörätuoliin, ja lopulta kuukausien jälkeen potilas käveli fysioterapiaan. Potilas ikään kuin selkeni vamman vaatiman pitkäaikaisen ja konkreettisen kuntoutuksen myötä, alkoi ottaa kontaktia ja sanoi, ettei olisi selvinnyt ilman fysioterapiaa ja Tanjaa. Yhden aggressiivisuuskohtauksensa jälkeen potilas oli todennut, että "sä et jaksa mun kanssa". Muutos potilaan käyttäytymisessä kontaktin kehittyessä oli Tanjalle itselleenkin suuri onnistumisen kokemus.

Fysioterapeutti tekee konkreettisia asioita potilaan kanssa, kuten jalan liikkeitä, siirtymisiä tuoliin ja kävelyn harjoittelua, jotka vahvistavat potilaan oman ruumiin tiedostamista. Potilas selkeni kuntoutuksen myötä ja havahtui arvioimaan myös oman käyttäytymisensä vaikutusta toiseen ihmiseen. Aggressiivisuuskohtauksensa jälkeen potilas kykeni huomioimaan toista ihmistä. Näyttää siltä, että fysioterapeutti konkreettisen toiminnan ohella antoi potilaalle kokemuksen, että hänestä välitetään ja hänet otetaan tosissaan - fysioterapeutti ei suuttunut eikä jättänyt fysioterapiaa sikseen, vaan kesti hänen tunteenpurkauksensa.

Vuorovaikutuksen ja kontaktin seestyminen vaikutti syvästi ja tyydytystä tuottavasti myös fysioterapeuttiin.

" Tärkeintä on tykätä näistä ihmisistä"

Psykiatrista, psykologista ja psykoterapeutista koulutusta on fysioterapeuteilla liian vähän, jotta ymmärrettäisiin psykiatrisia ja psykologisia taustoja sairauksissa ja ruumiinkuvahäiriöissä. Päällimmäisenä ongelmana toisinaan on löytää avain, miten lukko aukeaa yhteistyölle potilaan kanssa; siihen voisi olla hyötyä psykologisesta koulutuksesta Tanjan mielestä, vaikka tärkeintä onkin avoin mieli ja luova hulluus ja se, että tykkää näistä ihmisistä ja potilas saa kokea olevansa

ainutkertainen. Aitous on tärkeätä, ja sitä Tanjan mielestä ei välttämättä kaikista löydy. Opiskelijoista huomaa, että toisilla menee ihan luonnostaan. Pitää osata nähdä ihminen, nähdä maskin taakse. Tämä työ vaatii määrätynlaista asennoitumista ja luonteenlaatua, aitoutta ja ihmisrakkautta, eikä se ole välttämättä vain koulutuksella autettavissa.

Kaikkein tärkeintä on fysioterapeutin asenne työhönsä ja potilaaseen, ihmiseen. Työ vaatii todellista kiinnostusta toiseen ihmiseen niin, että potilas saa kokea olevansa tärkeä, ainutkertainen ihminen. Välittämistä ei myöskään voi teeskennellä, vaan sen on oltava aitoa ja tultava ihmisen sisältä. Kaikilta se ei luonnistu, eikä siihen silloin auta koulutuskaan. Näyttää siltä, että fysioterapeutti uskoo huumorin ja epätavallisten toimintatapojen - luova hulluus hänen sanoillaan sanottuna - toisinaan auttavan pääsyssä yhteyteen potilaan kanssa. Näyttää siltä, että potilaan kanssa yhteyteen pääsemiseksi fysioterapeutti joutuu etsimään tietä, kun potilas on ikään kuin piilossa suojaten itseään oireillaan tai käyttäytymisellään.

Tietoa psykiatrisista sairauksista ja psykologiasta pitäisi fysioterapeuteilla olla enemmän, jotta heidän olisi helpompi ymmärtää psyykkisesti sairaita potilaita ja soveltaa fysioterapiaa myös mahdollisimman onnistuneesti. Psykoterapeuttinen taito lisäisi fysioterapeutin kykyä kohdata psyykkisesti sairaita potilaita.

4.3. Haastateltava "Jaana"

Jaana on työskennellyt kolmisen vuotta psykiatrisessa sairaalassa. Tapasin hänet ensimmäistä kertaa. Hän vaikutti innostuneelta työstään, ja hän mitä ilmeisimmin nautti haastattelusta. Aikaa oli rajallisesti puoli tuntia, ja olimme kahdestaan rauhallisessa tilassa. Alkukysymykseni jälkeen hän kertoi pulputen ja energisesti hyvin eloisalla puhetavalla kokemuksistaan ja ajatuksistaan fysioterapiasta psykiatrisessa sairaalassa. Tein vain joitakin tarkennuskysymyksiä haastattelun aikana.

"Läsnäolo, olla vaan, jotta vastavuoroinen kontakti syntyy"

Jaana toteaa, että tärkein ja olennaisin asia fysioterapiassa on läsnäolo, olla vaan, jotta kontakti, vastavuoroinen kontakti potilaan kanssa voisi syntyä. Millään harjoitteella ja tavoitteella ei tee mitään, jos ei pääse kontaktiin. Kontakti ei ole vain puhetta, vaan se voi olla mitä tahansa nonverbaalista viestintää kuten katse. Jaana toteaa, että hänellä on työstään aivan ihania yksittäisiä kokemuksia ja hänelle tulee mieleen ensimmäiseksi pitkäaikainen potilaansa, joka oli sairastanut kolmekymmentä vuotta nuoruudestaan lähtien, oli aggressiivinen ja joka ei ottanut kontaktia kehenkään.

"Kaks kuukautta mä kävin hänen vieressä istumassa ja tietenki mä yritin aina ehdottaa, millasia välineitä meillä on, ja aluksi hän ei ottanu mitään kontaktia, mutta sitte kerran hän haistatti minut ja uhkas tappaa ja teki vaikka mitä, mutta ei niinku fyysisesti käyny kimppuun. Mä ajattelin että jee, se ottaa minuun kontaktia ja mä aina vaan sanoin, että mä tulen ja tää aika on sulle ja mä olin jo melkein luovuttanu, että ei tästä tule mitään, kun hän otti vastaan ja me lähdettiin liikkeelle jalkapohjista."

"...Koska hänellä oli monta sivupersoonaa, hän oli jakanu että yhdellä ihmisellä oli yhtä toimintaa ja toisella toista ja erilaiset niinku tunnekokemukset ja sitte ääniki muuttu. Sitt työnhajaukses puhuttiin, että aina sen ihmisen kautta pääsi kontaktiin, että aina välttämättä ei päässy kyseisen ihmisen kans kontaktiin..."

Fysioterapia voi olla ikään kuin sillan rakentamista ihmisen luo, jos potilas on sairautensa takia kieltäytynyt kontaktista tai menettänyt kontaktinsa toisiin ihmisiin. Fysioterapeutti voi pysähtyä potilaan luo antaen kärsivällisesti ja pitkäjänteisesti aikaa kontaktin hitaasti rakentua. Fysioterapeutti on avoin ja valmis havaitsemaan, milloin potilas alkaa sallia kontaktia ja millä keinoilla kontaktia alkaa syntyä. Fysioterapeutti osaa olla hiljaa ja odottaa ja toisaalta osaa kokeilla eri polkuja potilaan luo. Fysioterapeutin itseluottamuksen ja uskon kontaktin syntyminen mahdollisuuteen pitää säilyä silloinkin, kun ei näytä tapahtuvan mitään, tai silloinkin, kun potilas pystyy vasta rajuun uhkaavaan reagointiin, jolloin fysioterapeutti osoittaa kestävänsä potilaan pahan olon purkauksen hylkäämättä häntä. Fysioterapeutti tarvitsee myös tietoa sairauden laadusta ymmärtääkseen potilasta paremmin.

"Potilaan ruumiinosat olivat kaikki sekaisin"

Potilaan ruumiinosat olivat kaikki sekaisin, ja fysioterapeutin kanssa he lähtivät jaloista liikkeelle. Jalkojen käsittelyyn Jaana liitti sittemmin hierontaa ja toimintaa eli jalkojen rasvauksen .

"Hänen kans me vähän kyllä lässytetäänki välillä , ei se mitään, että kenen pienet varpaat ja mikäs se kaikista isoin varvas ja kantapää ja niihin hän niinku keskitty. Ja hän näki...jalat hän näki... "

Potilaalla oli runsaasti ylipainoa, mutta hän pelkäsi maailman kaikkien ihmisten kuolevan nälkään, jos hän lopettaa syömisen. Kuitenkin hän koki itsensä solakaksi ja lyhyeksi. Omasta mielestään hän käytti myös naisten pienimmän koon vaatteita, vaikka isoimmatkaan vaatteet eivät tahtoneet mahtua hänen ylleen. Hän näki Jaanan samankokoisena kuin itsensä, vaikka samanpituinen Jaana painoi puolta vähemmän. Alussa Jaana teki potilaan kanssa paljon ruumiinosan nimeämisiä ja niiden yhteydessä myös ruumiin rajauksia. Prosessi Jaanan aikana on kestänyt kolme vuotta . Potilaalla on nyt ruokavalio, hän kävelee ulkona ja on laihtunut normaalipainoon.

" ...tänä päivänä hän ottaa sukat pois ruumiinrajaukses , kuuntelee oikein...nyt hän tietää ruumiinosat, mitä me on harjoiteltu. Tänä päivänä hän on avoinna, hän nauttii ja kuuntelee".

Fysioterapia auttaa ihmistä kokemaan ja tietämään oman ruumiinsa osat realistisesti. Fysioterapia yhdessä muun hoidon ja kuntoutuksen kanssa auttaa ihmistä tunnistamaan myös oman ruumiinsa fysiologisia tarpeita. Nämä edistävät ihmisen kykyä huolehtia itsestään. Ihmisen on vaikea elää päivittäistä elämää vastaten itsestään, jos hän ei tunne eikä tiedosta omia ruumiinosiaan eikä ruumiinsa tarpeita ja jos hän näyttää kokevan itsensä aivan erikokoiseksi kuin hän on todellisuudessa. Hän ei näytä pystyvän huolehtimaan edes sopivasta ravinnosta eikä sopivista vaatteista itse. Ihmisen liikkuminen tilassa, eri paikoissa ja toiminta päivittäisessä elämässä ei onnistu, jos ei oman ruumiin rakenne ja koko hahmotu hänelle realistisesti. Fysioterapiassa potilas tutustuu ruumiinosaan näköaistin, tuntoaistin ja liikeaistin välityksellä ja kuulee ruumiinosaansa nimiä nimeten ja koskettaen niitä myös itse. Ruumiinsa

kokonaisuutta ja sen rajoja hän hahmottaa tuntiessaan rajaavan kosketuksen. Potilas opettelee itsestään niitä asioita , jotka kuuluvat jo pienen lapsen kehitykseen. Tässä yhteydessä fysioterapeutti on aloittanut myös lapsenomaisella puheella ruumiinosien nimeämisen , koska potilas käyttäytyi puheissaan ja tunneilmaisuuksissaan lapsen tavoin. Ilmeisesti hänet tavoitti aluksi parhaiten lapsen tasoisella puheella palaten vähitellen aikuismaiseen keskusteluun. Fysioterapia on pitkäjänteistä työskentelyä. Eri hoitavien tahojen yhteistyö näyttää olevan tarpeen, jotta oman ruumiin hahmotusta autetaan ja ruumiin tarpeita kuten ruuan määrää säädellään, kunnes ihmisen oma elimistö ja mieli sanoo esimerkiksi, mikä on riittävä ravinnon määrä. Liikkuminen myös tukee realistisempaa käsitystä omasta ruumiista antamalla liikeaistimuksia.

"Lähdettiin makuuasennosta ja regressiosta, nyt hän tekee jo itse"

Jaanan mielestä regressiotaso oli ihan selkeä ja potilas oli hoivaamistarpeessa ja on sitä vieläkin, joskin vähän enemmän hän jo ottaa vastuuta , tekee itse ja tekee yhteistyötä. Hänen kanssaan lähdettiin makuuasennosta ja regressiosta niin kuin pienen lapsen kanssa. Nyt on edetty makuuasennosta konttausasennon ja istuma-asennon kautta ylöspäin siihen vaiheeseen, että tehdään paljon seisten.

"Mikä mun mielestä tärkeä, että vaikka olis sitä hoivaa ja sitä, niin me ollaan kaks aikuista, ett sillai realiteeteista, ett ei jätetä pikkulapsen maailmaan, kaikki pitää olla rajattu, rajat on hirveen tärkeet on sitte mitä tahansa, rajat on kaikilla tärkeet..."

"No sitte se eteni ja hän kävi täällä ja koko ajan niinku tietyt ihan Roxendalin , että suhde alustaan, keskilinja, liikekeskus ja siihen sisälty hengitys sitt se huomioitu siinä..."

Aluksi Jaana näytti liikkeitä. He tekivät vastakkain istuen käsien liikkeitä eri suuntiin ja jalkojen tömistyksiä. Sitten potilas pystyi jo tekemään pallon päällä joustoja ja ponnistamaan jalat maassa . Nykyään potilas sanoo tullessaan fysioterapiaan, että minä haluan tehdä sitä ja sitä. Alkuun hän otti kontaktia vain Jaanaan ja omahoitajaan, mutta nyt hän tervehtii iloisesti uusiakin ihmisiä. Potilas on sairastanut useita vuosikymmeniä, mutta muutos on kolmen vuoden aikana ollut suuri. Jaanan kertoman mukaan ainoa muutos potilaan hoitosysteemissä on

ollut fysioterapia, jolla on ollut ratkaiseva merkitys. Potilas tulee aina tarvitsemaan kyllä tukihenkilön.

Fysioterapeutilla näyttää olevan selkeä pyrkimys ohjata potilasta lapsenomaisuudesta ja hoivan tarpeesta kohti omavastuisempaa ja itsenäisempää toimintaa. Eteneminen konkretisoituu asentojen ja liikkeiden valinnassa sekä potilaan oman tahtonsa ilmaisussa. Fysioterapiassa käytetyt asennot etenevät asteittain makuuasennosta kohti seisoma-asentoa, liikkeet yksinkertaisista liikkeistä laadultaan monivivahteisiin, joustavuutta vaativiin. Näyttää siltä, että fysioterapeutti käyttää Roxendalin kehittämiä periaatteita potilaalle ohjaamissaan yksinkertaisissa perusliikkeissä. Liikkeet tulevat vaativammiksi, kun niihin sisältyy oman ponnistusvoiman ja jouston käyttöä eli ne vaativat enemmän oman ruumiin hallintaa.

Tavoitteena näyttää olevan myös potilaan omavastuisuuden, itsenäisyyden ja sosiaalisen kanssakäymisen kehittäminen. Itsenäistymisprosessiin kuuluu, että potilas tekee asioita itse sen sijaan että hänen puolestaan tehtäisiin, ja että potilas tekee valintoja ja päätöksiä pienissäkin asioissa. Fysioterapeutti näyttää tulkitsevan potilaan omavastuisuuden ja itsenäisyyden lisääntyneen, koska potilas tekee ehdotuksia ja valintoja fysioterapiaharjoitusten suhteen ilmaisten "minä" haluan... Myös sosiaalisten taitojen fysioterapeutti katsoo parantuneen, kun potilas tervehtii uusia ihmisiä. Kontaktin ottaminen muihin ihmisiin on lisääntynyt sitä mukaa kuin ruumiinkuva on vahvistunut ja varmistunut.

Näyttää siltä, että fysioterapeutti etenee potilaan voimavarojen mukaan ja niitä lisäten myös siinä, miten potilas on valmis tekemään ehdotuksia, valintoja ja lopulta itse tiedostamaan myös tavoitteita ja päämääriä. Potilas on sairastanut vuosikymmeniä ja muutos parempaan on tapahtunut viimeisen kolmen vuoden aikana. Fysioterapeutti uskoo fysioterapialla olleen ratkaisevan merkityksen potilaan kuntoutumisessa. Fysioterapia on ilmeisesti tullut otolliseen aikaan potilaan omassa prosessissa. Fysioterapeutilla on myös hänelle aikaa pitkäjänteisesti ja hyvin konkreettisissa asioissa. Mielestäni fysioterapian etu on nimenomaan konkreettinen fyysinen tekeminen, johon yhdistyy potilaan kohtaaminen läsnäolossa hänen kanssaan ja hänen ajattelu- ja tunnemaailmansa tavoittaminen. Tämän potilaan kanssa työskentelyssään fysioterapeutti on saanut tyydytystä työssään onnistumisesta.

"Potilaat tarvitsisivat tuetumpaa avokuntoutusta"

Potilaat etenevät yksilöfysioterapiasta ryhmään, ensin suljettuun ja sitten avoimeen fysioterapiaryhmään ja siitä edelleen liikunnanohjaajan ryhmään. Jaana kokee puutteeksi, ettei potilaille ole fysioterapian ja sairaalan liikunnan ohjaajan ryhmien jälkeen jatkoetenemismahdollisuutta kaupungin liikuntapalveluihin; potilaat jäävät ikään kuin tyhjän päälle. Kaupungin erityisryhmät ovat heille liian vaativia; he tarvitsisivat siinä välissä jotain tuetumpaa avokuntoutuksena.

Potilaan fysioterapia etenee yksilöterapiasta suljettuun fysioterapiaryhmään ja sitten avoimeen sekä edelleen liikunnan ohjaajan ryhmään, jonka jälkeen fysioterapeutin mielestä potilaat jäävät tyhjän päälle eivätkä ole vielä valmiita osallistumaan kaupungin tarjoamiin erityisryhmiin. Fysioterapeutti näkee jonkinlaisen liikuntaryhmän sairaalan liikuntaryhmän jälkeen olevan oleellisen tärkeä potilaan selviytymiselle. Ilmeisesti se lisääisi potilaan aktiivisuutta ja itsehottamusta, joiden avulla pystyy toimimaan elämässään mahdollisimman itsenäisesti. Fysioterapeutin mielestä potilaat tarvitsisivat tuetumpaa ohjausta kuin kaupungin erityisryhmät pystyvät tarjoamaan. Näyttäisi siltä, että psyykkisesti sairailta tai psyykkisestä sairaudesta toipuvilla puuttuu rohkeutta tai motivaatiota lähteä kaupungin erityisryhmiin itsenäisesti tai ryhmien toteutus on liian vaativaa heidän voimavaroihinsa nähden.

" Se vaatii oman itsen kasvua"

Fysioterapeutin pitää laittaa itsensä peliin ja se vaatii oman itsen kasvua. Hän kokee, että työ on vaikeata ja haastavaa. Läsnäolo, joka siis Jaanan mielestä on tärkeintä fysioterapiassa, voi kärsiä, jos on väsynyt tai on ongelmia omassa elämässä. Nykyään muutokset omassa työssä ja epätietoisuus omista tulevista työskentelytiloista vie turhaan työntekijän energiaa, vaikka niiden ei pitäisi edes kuulua työntekijän murehdittavaksi. Kaikki on lopulta pois potilaalta, jos ja kun läsnäolevuus kärsii; vaikka yrittää vetää vetoketjun eteen, niin ne asiat kuitenkin ovat siellä. Toisaalta on pyrittävä olemaan rehellinen itselle sekä potilaalle toteamalla tilanne, täytyy antaa realistista mallia eikä pyrkiä olemaan

ylienerginen. Fysioterapeutilla on tietysti vastuu, ja hänen rajansa ovat paljon suuremmat kuin potilaan.

Vaiuttaa siltä, että Jaana paneutuu työhönsä koko persoonallaan ja on myös kokenut oman itsen kasvua, mikä osaltaan tekee työn hänelle haastavaksi. Oman itsen kasvuun näyttää kuuluvan tunteidensa tiedostaminen ja niiden käsittely niin, etteivät ne haittaa työn vaatimaa koko persoonallisuudellaan läsnäoloa potilaan kanssa. Samoin itsen kasvuun näyttää kuuluvan omien luonteenpiirteiden ja toimintatapojen tunnistaminen ja sopivan ammatillisen käyttäytymisen löytäminen. Tästä esimerkkinä Jaanan puheesta välittyy se, että hän vuorovaikutuksessa potilaan kanssa etsii sellaisen innostuksen ja energisyyden tason itsestään, joka sopii yhteen potilaan innostuksen ja energian tason kanssa mahdollistaen siten yhteyden syntymistä heidän välilleen. Jaana näyttää kokevan, että työorganisaation luomat epävarmuudet työolosuhteissa kuluttavat turhaan työntekijän voimia. Oman itsen kasvuun näyttää kuuluvan myös, että fysioterapeutti osaa voimiaan kuluttavien epävarmuustekijöidenkin aikana olla tunteistaan rehellinen potilaalle osoittaen samanaikaisesti riittävää jaksamisen mallia, koska fysioterapiassa fysioterapeutti on "antava" osapuoli ja potilas on "tarvitseva" osapuoli.

4.4. Haastateltava "Leena"

Leena oli täsmällisen, hyvin realistisen ja asioita jäsentävän oloinen. Haastattelun kuluessa hän välillä koki haastattelun hieman vaikeaksi, koska aihe oli niin avoin. Aikaa oli varattu riittävästi, mutta haastattelun venyessä melko pitkäksi oletan, että kirjallisten töiden tekeminen ennen lomalle lähtöä alkoi painaa Leenan mieltä. Saatuaani haastattelutekstistä esiin merkityskokonaisuudet ja tehtyäni niistä tulkintaa tapasin Leenan uudelleen, jolloin syvensin ja konkretisoin liikkeestä nauttimisen ohjaamista ja liikkeestä nauttimisen merkitystä. Syvennetty osuus näkyy ensimmäisen tulkittavan merkityskokonaisuuden yhteydessä.

"Ojentaa ryhtinsä ja ikään kuin herää henkiin, aktivoituu"

Fysioterapia potilaan kanssa riippuu paljon potilaan resursseista. Se on oman kehon käytön tiedostamista levossa ja liikkuesssa, miten kehoaan käyttää ja miltä se tuntuu, omien tuntemusten ja omien tunteiden esiintuomista. Potilasta ohjataan tiedostamaan, millaisia asentoja hän käyttää ja mitä asentotottumuksista seuraa pitemmän päälle. Ohjataan myös rentouttamaan ja korjaamaan asentoaan rennommaksi ja joustavammaksi ja tasapainoisemmaksi niin, ettei tarvitsisi jännittää mistään kehonosasta, ja näin myös liikkeet vapautuvat. Potilasta ohjataan kaikissa tilanteissa ottamaan huomioon, miten hän istuu, miten nukkuu sängyssä, mikä tuntuu hyvältä ja tuo hyvän olon tunnetta kehoon vieläpä niin, että oppisi nauttimaan kehostaan. Esimerkiksi anoreksia-potilailla Leena sanoo korostavansa, että he oppisivat hyväksymään oman kehonsa ja antaisivat sille mahdollisuuden kehittyä ja kasvaa eikä sitä tarvitsisi rangaista. Musiikkia hän myös käyttää usein, jotta potilas voisi nauttia liikkeestä ja musiikista.

Leena ajattelee, että ihmisen on helpompi ilmaista itseään ulospäin ja kaikissa vuorovaikutussuhteissa uskaltaa enemmän olla oma itsensä, kun hänellä on kotoinen olo kehossaan. Oma keho tulee tutummaksi, ja potilas voi oppia nauttimaan venytyksistä ja liikkumisesta ja liikunnan harrastamisestakin. Näin potilas motivoituu pitämään itsestään huolta.

"..Se on tosi hyvä tavote, ku huomaa, että joku esimerkiks syvästi depressiivinen , nyt tulee mieleen yks pitkäaikainen miespotilas, ja joka oli kauheen depressiivinen ja hänellä oli hirveen huono ryhti ja siis aivan kasassa ja kumarassa ja makoili vaan suorastaan ja vähitellen semmosen monen kuukauden pitkäaikasen työn tuloksena hän rypes herään ikäänkuin henkiin, että kaikella tavalla aktivoitu. Ett aktivoitu huomaamaan sitä omaa kehoonsa että osaa ojentautua ja motivoituu liikkumisesta, harrastaa enemmän ja kaikella tavalla herää henkiin elämään, että sosiaaliset suhteet sun muut kohentuu ..."

"...Viimesellä kerralla muodostetaan tunnepatsas ja ryhmä itse mietti,että minkä tunteen tekevät patsaalle ja nää kaikki ihmiset oli sinä päivänä hirveen väsyneitä ja he halusivat tehdä väsymypatsaan ja no siitä se väsymypatsas lähti aivan upeesti kehittymään, siinä oli jotku säännöt, että heillä kaikilla piti olla joku fyysinen kontakti toiseen, ettei kukaa jää irralliseksi..."

Fysioterapeutti lähestyy kehon kautta potilasta kokonaisuutena. Ohjaamalla kehonsa aistimista ja tiedostamista eri asennoissa, levossa ja liikkeessä, hän uskoo edistävänsä potilasta tulemaan tutummaksi kehonsa kanssa, minkä hän uskoo parantavan potilaan kykyä olla vuorovaikutuksessa ja kanssakäymisessä toisten ihmisten kanssa päivittäisessä elämässään. Fysioterapeutti ohjaa potilasta fyysisesti aistimaan ja tiedostamaan kehoaan sekä nauttimaan ja kokemaan hyvää oloa fyysisten harjoitusten avulla katsoo sen vaikuttavan ihmisen tunteisiin, asenteisiin kehoaan ja itseään kohtaan sekä käyttäytymiseen. Näin hänen mielestään oman kehonsa hyväksyminen ja siitä huolehtiminen paranee ja elämänhalukin voi palata, kuten depressiivisen potilaan esimerkki osoitti.

Depressiivisen potilaan kohdalla näkyi kokonaisvaltainen muutos potilaan fyysisessä olemuksessa kumarasta asennosta ojentuneeseen samanaikaisesti kun haluttomuus vaihtui aktiiviseksi toiminnaksi ja potilas ikään kuin "heräsi henkiin". Tässä esimerkissä mielestäni elää fysioterapeutin näkemys siitä, että mieli ja keho ovat erottamattomasti yhtä, minkä perusteella hän myös ajattelee fyysisen harjoittelun vaikuttavan ihmiseen kokonaisuutena tunteita ja käyttäytymistä myöten.

Kehon käytön ohjaus sisältää perusliikkumisen ohjausta, kehon asentojen, liikkeiden ja lihasjännitystason aistimista, kehon liikkeistä nauttimista sekä tunteiden ja kehon yhteyden oppimista. Lisäksi fysioterapeutti auttaa potilasta ymmärtämään, mitä oireita voi epäedullisesta kehon käytöstä seurata pitemmän päälle, sekä innostaa myös liikunnalla huolehtimaan itsestään.

"Oppia nauttimaan liikkeestä, nauttimaan venytyksestä, kuuntelemaan kehoaan"

Myöhemmin syventävässä haastattelussa Leena kuvasi, mitä muun muassa tarkoittaa liikkeestä nauttimaan oppiminen konkreettisesti. Hänellä oli potilaana keski-ikäinen nainen, jolla oli heikko itsetunto ja heikko elämänhallinta niin, että tämä sortui helposti viihteen puolella alkoholiin ja miessuhteisiin. Leena halusi, että potilas saisi omasta kehostaan nautintoa muutenkin kuin alkoholin ja miesten kautta, ja ohjasi esimerkiksi olkavarren pyöritystä ohjaten potilasta samalla tunnustelemaan, miltä liike tuntuu, sitten ojentamaan käsivarren pitkäksi

venyttäen - ja nauttimaan venytyksestä ja kuuntelemaan kehoaan. Potilaalla ilmeni jähmeyttä, ja hänen oli vaikea jättäytyä rennoksi fysioterapeutin tekemille passiivisille liikkeille ja rentouttaville ravisteluille. Leena arveli jähmeyden osittain johtuvan psyykenlääkkeistä. Leena ohjasi potilasta elämänhallinnan kehittämiseksi rytmittämään viikkonsa ohjelmaa suunnittelemalla ja pitämällä päiväkirjaa siitä, mikä on kunkin päivän mukava asia kuten uimaan meno . Leena piti tärkeänä myös, että potilaalle korostetaan positiivisia asioita, joissa hän on onnistunut, eikä niinkään sitä, jos hän lomalla repsahti viihteen puolelle.

Syventävän haastattelun esimerkissä fysioterapeutti kuvailee, miten potilas voi oppia nauttimaan venytyksestä ja siten oppia nauttimaan ruumiistaan. Näin potilas voisi alkaa myös arvostaa ruumistaan, mikä taas liittyy läheisesti oman itsen arvostukseen ja siten itsetuntoon ja lopulta elämänhallintaan. Omasta kehostaan ja liikkeistään nauttiminen voi siten olla osatekijänä edettäessä kohti oman elämän hallintaa. Potilas voi löytää voimia ja halua vaikkapa vähentää epäterveellistä alkoholin käyttöä ja pystyä valitsemaan tai löytämään ihmissuhteita, joissa tulee kohdelluksi hyvin eikä tulisi hyväksikäytetyksi. Välineenä elämän hallinnan harjoittelussa potilas voi käyttää päiväkirjaa päiväohjelmastaan. Näyttää siltä, että fysioterapian päämäärät kulkevat kiinteästi kokonais kuntoutumisen osana.

"Kauheen huonosti osas ilmasta omia tuntemuksiaan"

Upeaksi haasteeksi ja itseäkin motivoivaksi Leena kokee sen, kun potilaalla on paljon resursseja , ja vaikeaksi taas sen, jos potilaan resurssit ovat vähäiset. Turhan paljon on tilanteita, joissa hän ajattelee, ettei tämä kannata pitkälle, kun potilaalla ei oikein ole motivaatiota tai hän voi olla hyvin sairas, esimerkiksi harhainen.

"...oli mies, joka oli niukka ilmaisuissaan, siis sanallisissa ilmaisuissaan, että ei ole esimerkiksi sanoja sillä tavalla...kauheen huonosti osas ilmasta omia tuntemuksiaan, oman kehon tuntemuksia ja miltä tuntuu. Ei hän osannu sanoa siihen kyllä muuta ku että hyvältä tuntuu ja sitte... mitä se hyvän olon tunne on niin ei mitään semmosta.... Mutta se oli hyvä ku hän sano siitä kävelystä, että hän on huomannu, että kävelee jotenki jäykästi, niin mä ajattelin, että hyvä, hän tuotti itte jotakin siitä kävelystä, että katotaan, miten sä kävelet voisitko tehdä näin ja näin, ett vähän vartalon

myötäliikkeitä lisää... ja miten jalat rullaa vai minkälaiset on askeleet.....mutta emmä tiedä osako hän sitä muuksi muuttaa sen kummemmin sitte... me tavattiin kuus kertaa.. Kyllä ne pysy ne ilmeet ja eleet ja kaikki, ne pysy samanlaisina, että kaikki ilmeet ja eleet ja koko vartalon asento ja... elämä oli ollu kauheen kapeeta kesästä asti, vetäytyny kontakteista ja..."

"... että osaisi yksilöidä, että mitä juuri tämä ihminen tarvitsee, ett sellasen taidon kehittäminen, että miten sitä toteuttaa.... ettei niinku yritä kaikille ihmisille sitä samaa ja samanlaista muottia vaan se, ett tämä ihminen kykenee nyt tähän ja tälle on mahdollista tämä.."

Ryhmäläisten resurssit tarkoittavat Leenan mielestä sitä, että he pystyvät osallistumaan ja keskittymään harjoitteisiin, tuottavat sanallisesti tuntemuksia omasta kehostaan, osaavat ja uskaltavat ilmaista itseään.

"...ja jos hän on liikkeen johtaja, hän uskaltaa lähteä tekemään sitä liikettä ihan mitä sieltä omasta kehosta tulee, eikä välitä, mitä ne toiset ajattelee, vaan uskaltaa niinku ottaa sen johtajan roolin ja tota ja tällasia aivan mahtavia tilanteita oli..."

Potilaan resurssit näyttävät konkreettisesti vaikuttavan paitsi siihen, miten ja millaiseen fysioterapiaan potilas kykenee osallistumaan, myös siihen, miten fysioterapeutti jaksaa työnsä tehdä. Potilaan runsaita resursseja kuvastaa muun muassa potilaan kyky keskittyä fysioterapiaan, kyky ottaa vaativia tehtäviä harjoituksissa ja kyky ilmaista sanallisestikin tuntemuksiaan monipuolisesti. Vähäisiä resursseja puolestaan kuvastaa muun muassa se, ettei potilas edes motivoitu eli ei jaksaa kiinnostua fysioterapiasta tai hän on liian sairas kyetäkseen fysioterapiaan. Tällöin lähestytään rajaa, jolloin potilaan resurssit ovat liian vähäiset minkäänlaiseen fysioterapiaan. Fysioterapeutti korostaa taitoa toteuttaa fysioterapiaa juuri kyseisen potilaan yksilöllisiin tarpeisiin pohjauten.

Fysioterapeutin hyvä työmotivaatio näyttää olevan myös läheisesti riippuvainen potilaan resurssien määrästä - mitä motivoituneempia potilaat tai ryhmäläiset ovat, sitä enemmän työ innostaa myös fysioterapeuttia; mitä enemmän potilaat pystyvät osallistumaan tai tuottamaan aktiivisesti, sitä helpompi fysioterapeutin on työskennellä, ja hän kokee onnistumista työssään. Toisaalta suurin haaste fysioterapialle voikin olla keksiä keinoja silloin, kun potilaan resurssit ovat vähäiset, motivaatio vähäinen tai kykeneminen vähäistä. Kun potilas hoidossa etenisi

vähistä resursseista runsaampiin resursseihin, voisi fysioterapeutinkin kokea omistuneensa erittäin hyvin.

"Fysioterapia unohtuu osaston hässäkössä"

Hoitajat soittavat saadakseen potilaan fysioterapiaan, mutta muuten Leena kokee, että fysioterapia on yhteydenotoissa aloitteentekijä osastoon päin. Hän esimerkiksi tutustuttuaan potilaaseensa soittaa omahoitajalle ja keskustelee tämän kanssa potilaan tilanteesta, koska fysioterapian pitäisi edistää kokonaishoitoa ja olla yksi palanen hoidosta. Vuorovaikutusta fysioterapian ja osastojen välillä kaiken kaikkiaan pitäisi kehittää Leenan mielestä. Potilas saattaa jopa lähteä kotiin ilman, että osasto muistaa ilmoittaa fysioterapiaan mitään; fysioterapia saattaa unohtua siinä hässäkössä.

Lääkärin lähetteet ovat myös usein niukkoja riippuen tietysti lähettävästä lääkäristäkin. Leenan mielestä lääkärin tietämystä fysioterapiasta ja fysioterapian työskentelytavoista pitäisi lisätä. Lisäksi vielä apulaislääkärit vaihtuvat usein, eivätkä monetkaan tiedä paljon fysioterapiasta.

" Me ei voida kauheesti mennä sanomaan, että tehkää nyt ihmeessä lähete tästä potilaasta, mutta jossakin tilanteessa on ollu sellastaki, että jos on selkeesti nähny jonkun potilaan kohdalla, että tää saattas selvästi hyötyä fysioterapiapalveluista, niin sitte sanotaan ku ollaan semmoses tilantees, että tiedetään, tunnetaan, että ovatko aikoneet lähettää potilaan, mutta tota osastoilla, siellä joittenki kohdalla käy niin, että sitä ajatellaan, että hän vain somatisoi ja yritetään vaan painaa villasella eikä vastata tarpeeseen. "

Osastoille on menty pitämään lähinnä opiskelijoiden toimesta osastotunteja, joissa osaston henkilökunta on voinut kuulla fysioterapiasta ja kokea kehontuntemusharjoituksia. Niissä on osallistujia ollut vaihtelevasti; toisinaan kovin niukasti, ja loputkin ovat saattaneet hiljalleen häipyä töihinsä, mutta joskus on ollut montakin kuulijaa ja kokijaa, sillä tilanteissa on tehty yhdessä harjoituksia, jolloin asia tulee tutummaksi. Lääkäreiden suuntaan Leenan mielestä voisi myös enemmän mennä tiedottamaan fysioterapiasta.

Fysioterapeutin on tehtävä kriittisesti priorisointia, miten käyttää aikansa tehokkaasti, kenen potilaan kanssa työskentelee pitempään ja kenen kanssa lyhyempään. Ei ole aina helppo ratkaista, kenen kanssa lopettaa hoitosuhteen; hoitohenkilökunnan ja lääkärin kanssa on hoidon lopettamisesta keskusteltava ja selitettävä se. Itse Leena priorisoi lasten osaston lähetteet tärkeimmiksi, samoin nuoriso-osaston ja sitten aikuisten ja vähimmälle jäävät vanhukset. Toisinaan tuntuu, että fysioterapian resurssit eivät riitä vastaamaan tarpeeseen, vaikka toisaalta kaikki osastot eivät välttämättä edes osaa käyttää fysioterapiaa tarpeeksi.

Tätä nykyä fysioterapia ei aina saumattomasti nivoudu potilaan kokonaišhoidon osaksi. Lääkäreiden tietämys fysioterapiasta ja sen käyttöarvosta potilaan hoidossa vaihtelee ja kuulostaa olevan keskimäärin niukka. Osaston henkilökunnallakaan ei tunnu aina olevan vankkaa käsitystä fysioterapian hyödyllisyydestä potilaan hoidon osana. Näyttää myös siltä, että fysioterapiahenkilökuntakaan ei koe itseään riittävän varmaksi tai oikeutetuksi tekemään aina itse ehdotuksia siitä, keille potilaille he katsoisivat fysioterapian hyödylliseksi.

Kuten Leena toteaa, pitäisi fysioterapiahenkilökunnan esitellä fysioterapiaa enemmän osastoille ja myös lääkäreille, jotka fysioterapialähetteen potilaalle määräävät. Tämä vaatii mielestäni fysioterapian sisällön hyvää jäsentämistä ja tehokkaiden informaatiotapojen löytämistä niin, että fysioterapiasta ja sen hyödystä potilaan hoidon osana hahmottuisi selkeä ja mieliin jäävä kuva osastojen henkilökunnalle sekä lääkäreille ja myös potilaille. Potilaissa tapahtuva edistyminen fysioterapian myötä ja potilashoitoon liittyvä yhteistyö on konkreettista ja tehokasta sekä helpoiten sisäistettävää tiedotusta fysioterapian sisällöstä ja merkityksestä. Opiskelijoiden pitämät osastotunnit palvelevat fysioterapian markkinointitarkoitusta samalla kun ne ovat opiskelijalle oppimisen välineitä sekä saattavat joskus tuoda myös fysioterapiahenkilökunnalle uusia ideoita. Mielestäni näyttää kuitenkin siltä, että erittäin tärkeitä olisivat fysioterapiahenkilökunnan itsensä pitämät informaatio- ja koulutustilanteet fysioterapiasta sekä edellä mainittu yhteistyö potilashoidoissa, koska fysioterapeutit kykenevät sitomaan fysioterapian osastojen konkreettiseen todellisuuteen sekä kehittämään henkilökohtaisia yhteistyösuhteitaan osastojen henkilökuntaan. Kun ammattiryhmät tuntevat toistensa työtä, on myös helpompi suunnitella, keille potilaille fysioterapiaa annetaan, ja käyttää fysioterapiaakin mahdollisimman sopivasti potilaiden hyödyksi. Yhteistyössä näyttää siis olevan kehittämisen

varaa, jotta fysioterapia olisi tarkoituksenmukaisella tavalla potilaan kokonaishoidon osa, samoin kehittämistä on yleisesti fysioterapian sisällön jäsentämisessä, jolloin fysioterapeuttien on helpompi ilmaista sen tuoma hyöty potilaalle tai suositella lähetteen kirjoittamista fysioterapiaan.

"Suljetun ryhmän prosessi eteni"

Leena on kokenut koko työssäoloaikansa ryhmät aina enemmän energiaa vieviksi kuin yksilöhoidot. Ryhmät vievät myös paljon aikaa. Avoryhmän kokoonpano vaihtuu viikoittain sen mukaan, keitä potilaita osastolla on.

" Mä koen sen sillä tavalla , että mä pitäisin yksilöpotilaita enemmän ja ryhmiä vähemmän. Mä koen ne ryhmät semmosina , ne on semmosia suoritusilanteita jotenki vaikka sitä ei tarttis tuntee semmosena, mutta mä koen sen sentakia rassaavampana; ... se ryhmä saattaa olla hyvin heterogeeninen, että siinä on hyvin erilaisia ihmisiä ja kuka siltä sanoo mitään ja kuinka hyvin sitte saa sen ryhmän mukaan ... Se riippuu niin paljon esimerkiksi siitä, millä kokoonpanolla se ryhmä on... Hoitajathan kerää potilaat siihen ryhmään ja minkälaiset potilaat on tuotu siihen ryhmään. Ja kun se on tällanen vaihtuva ... viikottain, niin ei koskaan tiedä, millaisia ihmisiä siellä ryhmäs on."

Suljetun, kiinteän ryhmän pitäminen avohoidossa sen sijaan oli Leenan mielestä mielekäs ja haastava kokonaisuus. Tämän ryhmän kanssa hänen mielestään ryhmän prosessi eteni, ja ihmiset jaksoivat sitoutua ryhmään. Viimeisen kerran palautteessa paikalla olleet ryhmäläiset kommentoivat , miten he olivat ryhmän kokeneet.

"...Tää yks ihminen, joka koki kontaktiharjotukset vastakkaisen sukupuolen kanssa vaikeina ja vähän ahdistavina niin hän halus enemmän näitä kehontuntemusharjotuksia, olis voinu olla enemmän juuri semmosia oman ittensä kuulostelua. Mä ajattelin, että hän tarvitsi juuri näitä kontaktiharjotuksia, että ne oli ihan hyviä ja ne oli vaikeita hänelle, mutta hän pysty oleen mukana niis.....

.....ne naiset sano oikeen ku piti antaa ryhmässä positiivista palautetta toiselle, niin moni sano, että kiltti, niin sellanen liiallinen kiltteys, niin ei se ole hyvä, että joskus pitää osata olla myös jämäkkä ja sanoa ei ja olla semmonen selkeä, että mä toivon, että hän sai sellasta rohkeutta ja vahvuutta.....

....joku ryhmän henkilöistä koki saaneensa itseluottamusta vähäsen lisää että hän voi olla oma itsensä ja hän sai sellasta turvallisuuden tunnetta myöskin, että hän koki turvallisena tän mitä tehtiin ja mitä tapahtu ja sen ilmapiirin, mikä oli ja se oli hänelle kans hyvin tärkeä, koska elämä oli ollu hyvin semmosta turvatonta niin sellanen luottamuksen ja turvan kokeminen oli mut tota aika niukasti muutamat henkilöt kommentoi mitään ryhmästä..."

Fysioterapeutti kokee avoimet vaihtuvat ryhmät energiaa ja aikaa vieviksi suorituskeskeisiksi tilanteiksi. Energiaa kuluu todennäköisesti siksi, että ryhmälle on vaikea asettaa päämääriä, jos ryhmäläisiä ei opi riittävästi tuntemaan ja kun ryhmän kokoonpano on viikoittain muuttuva. Ryhmälle on vaikea saada jatkuvuutta eikä fysioterapeutti todennäköisesti saa itselleen riittävää onnistumisen kokemusta avoimesta ryhmästä. Ryhmäläistenkin motivaatio voi vaihdella suuresti. Suljettuun ryhmään tulevat tietyt henkilöt, ja yleensä on etukäteen tiedossa, kuinka monta kertaa ryhmä kokoontuu. Näyttää siltä, että suljetussa ryhmässä fysioterapeutti oppii paremmin tuntemaan ryhmäläiset ja pystyy suunnittelemaan ryhmän toteutusta huomioiden ryhmäläisten yksilöllisiäkin tarpeita. Suljetun ryhmän jäseniltä fysioterapeutti todennäköisesti saa myös palautetta runsaammin ja pystyy kokemaan työstään tyydytystä. Suljetussa ryhmässä on mahdollista helpommin hyödyntää ryhmää siten, että ryhmäläiset antavat tukea tai palautetta toisilleen tai lisäävät toistensa itsetuntemusta. Ryhmässä voidaan harjoittaa myös sosiaalisia taitoja konkreettisesti. Ryhmäharjoituksissa voi luoda tunnekokemuksia, jotka auttavat ihmistä rakentamaan jaksamista omassa elämässään, esimerkkinä itseluottamuksen saaminen tai turvallisuuden tunteen kokeminen. Suljetun ryhmän pitäminen on näyttänyt tuovan tälle fysioterapeutille onnistumisen kokemusta, ja siten työ tuo tyydytystä ja antaa energiaa.

4.5 Haastateltava "Milja"

Milja on nuori työstään kiinnostunut fysioterapeutti, ja kertomus soljuu eteenpäin. Aikaa haastattelulle oli riittävästi, ja tila oli miellyttävä, rauhallinen kokoustila.

"Muutama ensimmäinen kerta potilaalla voi mennä pelkäämiseen"

Kontaktin luominen potilaaseen vie pitkän aikaa Miljan kokemuksen mukaan. Potilaat voivat olla niin jännittyneitä, että muutama ensimmäinen kerta menee sen pelkäämiseen, mistä on kyse, tai he eivät ahdistuksen takia koe jaksavansa tai heillä on niin paha olo ja sisäinen levottomuus, että he eivät voi olla rauhassa.

"...että vaikka he tulee fysioterapiaan, niin hetken päästä sanoo, että mä en kyllä jaksa olla tässä, niin sitte pyritään vaihtaan se, mitä tehdään...se miettiminen on aika tärkeätä, mitä milloinkin tehdään, missä vaiheessa sitä potilaan kuntoa. Mutt sillai just se kontaktin luominen vie aikaa, mutta sitte on tosi mahtavaa ku se oikeen tosi hyvä semmonen luottamus syntyy.. ja just se ehkä, että kyllä vuorovaikutuksessakin ja yleensä puheessa se laajuus ja syvyys on aika tärkeä..."

Psyykkisesti sairaan potilaan kanssa kontaktin luomiseen ja luottamuksen syntymiseen voi kulua useita tapaamiskertoja. Fysioterapeutilta vaaditaan herkkyyttä nähdä ja ymmärtää, miten potilas kokee tai reagoi, sekä joustavuutta ja kekseliäisyyttä muuttaa toimintaa heti potilaan reaktioiden mukaan niin, että tavoitteellisuus ja punainen lanka säilyvät. Fysioterapeutti tukee potilasta keksien vaihtoehtoisia, potilaalle helpompia tapoja toimia, kun potilas jännittää, pelkää, "ei jaksa". Näyttää siltä, että fysioterapeutilta vaaditaan herkkyyttä aistia, mitä on potilaan jaksamattomuuden takana. Potilaan sisäinen paha olo hidastaa kontaktin syntymistä; mielestäni "sisäinen paha olo" on myös hänen fysioterapian tarpeensa ytimessä; jaksamattomuus, jonka taustalla on potilaan sisäinen levottomuus, pelko tai paha olo, kuvastaa potilaan resursseja, jotka ovat fysioterapian suunnittelun ja toteutuksen pohja. Fysioterapeutille näyttää tulevan hyvin positiivinen kokemus, kun kontakti vihdoinkin syntyy.

"Tutkiminen ja terapia kulkevat rinta rinnan"

Miljalle potilaat tulevat lääkärin pyynnöllä, joka hänen mielestään on yleensä melko suppea, kuten "potilas kulkee vinossa". Hänellä on hyvin vapaat kädet miettiä, miten tutkia, mutta toisaalta se on myös vaikeaa. Fysioterapiassa pitää tutkia laajasti ja kiinnittää huomio moneen asiaan ja ongelmien hahmottuminen vie aikaa. Ei voi ajatella niin kuin esimerkiksi polvipotilaan kohdalla, että ensin tutkin ja sitten tiedän, miten hoidan. Tutkiminen sekä terapia kulkevat rinta rinnan, eikä niitä selvästi voi erottaa

toisistaan. Miljalla ei ole mitään tiettyä kaavaa, miten hän tutkii, eikä erillistä haastattelua ole, vaan keskustelu kulkee läpi fysioterapian. Hän mielestään havainnoi kokonaisvaltaisesti tutkien lihasjännitystä, epäsymmetrisyyksiä, potilaan olemusta, hengitystä, perusliikkumisen joustavuutta tai kankeutta jne. On olemassa Roxendalin ja muidenkin tutkimuskaavakkeita, mutta ne ovat pitkiä ja perusteellisia eivätkä oikein palvele häntä.

"... yleensäkin jo siitä , että miten potilas kommunikoi, istuu, seisoo, millaista se puhe on, onko se hiljasta , arkaa. Ja ihan sitte puhetyyli, koska aika mielenkiintosta on yleensäkin se, miten potilas käyttäytyy ja koska semmottet tilanteet on hankalia ja jälkikäteen ajatellen hauskojakin, että mulle tulee joku keski-ikänen nainen ja käyttäytyy kuin 14-vuotias tyttö, että ... että tietää ikäänkuin millä tasolla se potilaan tavallaan mieli menee, missä ne hänen ajatukset, tunteet menee, kuinka hän ite niinku osaa huomioida ja yhdistää omaan käyttäytymiseensä, että kaikesta tästä..."

"... huomioi potilaan asennoista ett onks kuinka sulkeutunu ja jännittyny ja myöski puheesta, ihan äänestä, mutta myöski sitte sanoistaki ja samaten lauseista, mitä sieltä tulee...ja sitte ihan samaten kaikki liikkeet ja jos jotain lihasjännitysastetta niin sitte myös tuntee sen ja tavallaan ne kaikki potilaan reaktiot, että jos on hyvin jännittynyt ihminen niin tämmönen tutkimistilanne lisää sitä jännitystä. Usein onkin niin , ettei pysty tutkiin kauaa tai näkee , että potilas tulee semmonen huono olo...ja tämmöset reaktiot..."

Fysioterapeutille jää suuri vapaus arvioida ja päättää, mitä potilaassa on tarpeellista tutkia. Tutkiminen etenee lomittain terapian kanssa. Kokonaisvaltaisuus näyttää elävän fysioterapeutin työskentelyssä siten, että hän huomioi potilaassa fyysiset muutokset sekä tunteiden ja ajatusten ilmenemisen käyttäytymisessä sekä ruumiillisessa ilmaisussa. Hän tutkii potilaan fyysistä olemusta ja perusliikkumisen joustavuutta tai kankeutta, potilaan kommunikointia , vuorovaikutusta ja äänen käyttöä, havainnoi potilaan ajattelua ja tunteita sekä potilaan käyttäytymistä ja tilanteeseen reagointia vertaillen käyttäytymistä tarvittaessa myös ikätasoon. Fysioterapeutti suunnittelee ja toteuttaa potilaiden tutkimistavat olemassa olevan fysioterapiatietonsa ja -taitonsa ja oman kokemuksensa pohjalta soveltaen yksilöllisesti. Fysioterapeutti kokee toisaalta mielenkiintoiseksi , mutta vaikeaksi ja voimia vieväksi suuren vapauden valikoida ja soveltaa tutkimista ja fysioterapiaa kunkin potilaan kohdalla yksilöllisesti. Fysioterapeutin mielestä olemassa olevat tutkimiskavakkeet ovat liian pitkiä eivätkä palvele häntä potilaan tutkimisessa. Hän mainitsee Roxendalin Body awareness scalen eli

ruumiintietoisuusmittarin. Näyttää siltä, että hän on ottanut vaikutteita olemassa olevista tutkimiskaavakkeista ja tutkimistavoista, vaikkei niitä suoraan käytäkään.

"Kaaosmainen olo välillä kun ei tiedä mistä aloittaisi ja kuinka tarkkaan"

Milja on kokenut psyykkisesti sairaiden potilaiden kanssa vaikeaksi potilaiden moniongelmaisuuuden. Miljalla on käsitys, että fyysisen vamman hoidossa on ikään kuin selvät ohjeet, miten edetään. Psykiatrian alueella pitäisi taas olla asiantuntija jokaisella fysioterapian alueella. Itseltään vaatii, että tietäisi tarkasti kaikista osa-alueista, ja tietoa hakee sitten kaikesta kuten neurologiasta ja tules-asioista ja muusta tarpeen mukaan. Toisaalta hän ajattelee, että pintapuolisempikin tieto riittää niistä, kun miettii, mikä on olennaista.

Psykiatrisella puolella potilaalla voi olla pahoja vammoja esimerkiksi itsemurhayrityksen jälkeen, sekä jännittyneisyyttä ja kehonhahmotusvaikeuksia, joten välillä tuntuu, ettei tiedä, mistä aloittaisi, ja aikaakin on rajallisesti. Milja kokee, että tulee välillä kaaosmainen olo, kun ei ole valmiita ohjeita, vaan pitää itse miettiä ja soveltaa. Vaikka se onkin työn rikkaus, niin se on myös sen voimia vievin osa.

" tietysti on paljon asioita, mitä voi tehdä, sama harjoitus voi palvella niinku näihin kaikkiin, mutta välillä tulee semmonen kaaosmainen olo, että ei tie mistä niinku alottaa ja kuinka tarkkaan, kuinka perusteellisesti hoitais sitä yhtä juttua.Se on just, että jos vaikka MS-potilas ja parkinson-potilas ja jos sitte hirveen niinku kontraktuurat ja sitte tää niinku psyykkinen puoli niin kyllä siinä vähän aikaa miettii, että mistä lähtee.."

Hän kaipasi jotain selkeämpää struktuuria fysioterapiaan psykiatrian alueelle, että pääsisi vähän helpommalla. Kollegojen kanssa keskusteltuaan hän on huomannut, että jokaiselle talolle tulee vähän omat toimintatavat, mikä tuo myös hankaluutta.

Potilaiden fysioterapiassa olennaisen löytäminen vaatii fysioterapeutilta tietoa, kokemuksen karttumista , ajattelua ja harjaantumista . Potilailla voi olla niin monia ongelmia, että fysioterapeutti tuntee tietojensa ja taitojensa riittämättömyyttä, kun tuntuu, että kaikki fysioterapian osa-alueet pitäisi hallita. Kaaosmaista oloa kokee, kun miettii, mistä aloittaisi ja

miten paljon painottaisi minkäkin ongelma-alueen hoitoa. Useita tapaamiskertoja kuluu aikaa ja paljon miettimistä vaatii, ennen kuin kunkin potilaan ongelmat hahmottuvat ja jäsentyvät. Helposti fysioterapeutille tulee myös ajatus, että jokin somaattisen fysioterapian alue on selkeämpi ; siellä tietää helpommin, miten kuuluu fysioterapiassa edetä.

"Voisi enemmänkin käyttää mieleen vaikuttamista"

Milja kokee, että vuorovaikutus potilaiden kanssa on kyllä aina toiminut, mutta hän kaipaa psykoterapeuttista tietoa enemmän, koska potilaat usein avautuvat fysioterapiassa puhumaan. Milja ajattelee, että hän voisi enemmän käyttää mieleen vaikuttamista. Potilaat sanovat, että omahoitajan kanssa keskustelu tapahtuu tietyinä päivinä tietyllä kellon lyömällä, jolloin istutaan pöydän ääreen ja silloin pitäisi pystyä avautumaan ja kertomaan ongelmastaan syvällisesti, mikä ei aina onnistu. Milja kaipaa koulutusta, joka antaisi syvyyttä vuorovaikutukseen ja asiakassuhteeseen, ja psykoterapeuttista taitoa saadakseen ihmisen heräämään tietoisiksi joistakin asioista, joihin tämän pitäisi itse vaikuttaa. Hänen mielestään eivät pelkät fysioterapian menetelmät riitä, kun koetetaan saada ihmistä pitämään itsestään huolta. Silloin tärkeintä on motivoiminen, kommunikointi ja se, miten puhuu potilaalle. Tuntuu, että he ottavat sanatarkasti sen, mitä sanoo.

"...että jos nyt ajatellaan, että niska-hartiaseutu on tavallaan se syy, miks potilas tulee mulle niin sanotaan, että niska-hartiaseutu on jännittynyt, niin jos aatellaan, että somaattisessa yksikössä, miten siellä lähdettäis niinku tutkiin ja näin, niin täällä se ote on erilainen, että kyllä mä nyt tutkin sen sillai niinku pitää tutkia, mutta sitte tämmönen, missä vaiheessa niitä voi esittää, mutta ei jää pelkästään siihen, millasella tyynyllä nukut vaan menee ihmisen siihen elämäntilanteeseen ja kaikkeen...Sen takia sitä kaipaaki just tämmöstä niinkun enemmänkin psykoterapeuttista osaamista. Vaikka siinä pitää ikäänkuin ammattinsa rajat tietää, mutta ku sen on huomannu, että siinä on mahdollisuus sitäkin puolta viedä...se vuorovaikutus korostuu..."

Milja kaipaa fysioterapiataitojensa lisäksi syvempää kykyä ymmärtää ja vaikuttaa potilaan mieleen, psykoterapeuttista taitoa herättää potilasta enemmän tietoisiksi jostain, mihin hänen pitäisi itse vaikuttaa ja ottaa itsestään enemmän vastuuta. Näyttää siltä, että fysioterapeutilla on kahdenkeskistä aikaa ja jakamatonta huomiota potilaalle fysioterapian yhteydessä, jolloin potilaat helposti avautuvat ja puhuvat asioistaan. Ilmeisesti myös fysioterapian keinot kuten

liike, lihasjännitysten ja hengityksen vapautuminen voivat osaltaan vapauttaa potilaan tunteita, mikä edistää potilasta avautumaan asioissaan fysioterapeutille. Näin fysioterapeutti pääsee potilaan ongelmien äärelle. Fysioterapeutti kokee, että fysioterapian menetelmät eivät auta pitkälle esiin nousseiden asioiden käsittelyssä, vaan ratkaisevaa on fysioterapeutin kyky ja taito kuunnella, olla tukena ja sopivalla tavalla herättää potilaan omaa oivallusta käsitellä tunteitaan ja auttaa itseään. Omahoitajankin keskustelun ajankohta voi olla kaukana siitä hetkestä, kun potilaalla puhe virtaisi.

"Fysioterapiassa autetaan potilasta tuntemaan itseään paremmin"

Jos akuuttipotilas on vain kuukaudenkin sairaalassa elämänkriisinsä vuoksi, niin akuutein vaihe menee kyllä ohi, mutta ongelman prosessointi ja itsetuntemuksen lisäämisprosessi voi viedä vuosia. Muutamalla ensimmäisellä kerralla ei voi vielä sanoa, mikä nousee tärkeäksi, mistä potilas hyötyy ja mihin pyritään, vaan tavoitteiden ja päämäärien hahmottuminen yksilöllisesti vie aikaa. Päämäärien selkiytyttyä Miljan mielestä fysioterapeutin tehtävä usein on auttaa potilasta tuntemaan ja tiedostamaan itseään, elämäntilannettaan sekä elämänhistoriaansa - miten tähän on tultu - ja sitä kautta auttamaan itseään. Vaikka kehollisista ongelmista lähdetään liikkeelle, niin itsetuntemuksen lisääminen on kuitenkin pohjalla oleva vaikein asia. Kun joku potilas tulee uudelleen sairaalaan, voi huomata, että hän on edennyt prosessissaan. Ihmiselle tulee ahaa-elämyksiä, ja sitten taas saattaa jäädä kiinni johonkin vaiheeseen, niin ettei tahdo millään päästä yli.

Fysioterapialla pyritään fysioterapeutin näkemyksen mukaan potilaan yleisen toimintakyvyn ja vuorovaikutuskykyjen parantamiseen. Akuuttipotilailla usein fysioterapian tärkein päämäärä on auttaa potilasta tuntemaan itseään ja siten auttamaan itse itseään. Potilaalle tulee ahaa-elämyksiä itsestään ja elämäntilanteestaan, mutta ihminen voi useaankin kertaan tarvita toisten apua omassa etenemisessään, koska prosessi voi olla vuosia kestävä ja prosessissa tulee pysähdysvaiheita, joista ei aina itse tahdo päästä eteenpäin. Fysioterapeutilta menee myös aikaa, että hän pystyy hahmottamaan fysioterapian päämääriä ja tavoitteita potilaan kohdalla. Fysioterapeutti näyttää olevan avoin odottamaan, katsomaan ja kuulemaan, mikä potilaan tavoitteissa nousee tärkeäksi.

"Kun tulee ahdistava olo niin happi loppuu"

Tavoitteena fysioterapiassa on, että potilas pystyy päivittäisiin toimiinsa ja pystyy olemaan vuorovaikutuksessa. Miljan mielestä ensisijaisimpia menetelmiä fysioterapiassa ovat perusliikkumiseen ja kehontuntemukseen liittyvät käsittelyt ja harjoitukset. Jos hän tarkemmin miettii menetelmien taustoja, niin sieltä löytyy feldenkraisia ja muuta vastaavaa. Psykofyysistä jännitystä on lähes kaikilla potilailla. Hengityksen tutkiminen ja ohjaaminen korostuu myös, ja Miljan mielestä hengityksen suuren merkityksen ymmärtää parhaiten fysioterapeutti. Potilaat sanovat, että kun tulee oikein ahdistava olo, niin happi loppuu. Miljalla on myös monia potilaita, jotka eivät pysty kommunikoimaan. Sanallinen anti on heikkoa, he eivät uskalla puhua tai puhuminen on heille vaikeaa. Äänen, sanojen ja lauseiden tuottamista harjoitellaan edeten vastaamiseen, kysymiseen ja keskusteluun.

Yleisenä tavoitteena fysioterapiassa näyttää olevan arkielämästä selviytyminen ja kyky vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa. Fysioterapian keinoina korostuvat perusliikkumisen ja kehontuntemuksen ohjaaminen. Perusliikkuminen viittaa päivittäisen elämän vaatimaan liikkumiseen asentoineen, siirtymisineen ja liikkeineen. Kehontuntemuksen ohjaamisella haastateltava mielestäni tarkoittaa kosketukseen tai potilaan omiin aktiivisiin liikkeisiin tai asentoihin perustuvaa kehonsa kokemista, jota fysioterapeutti voi tarvittaessa edistää ohjaamalla potilasta keskittämään huomionsa kokemiseen.

Potilaan jännitykset ovat Miljan käsityksen ja kokemuksen mukaan aina psykofyysisiä. Niiden ilmenemismuotoina hän mainitsee puhumisen vaikeuden, kun potilas ei uskalla puhua, tai hapen loppumisen tunteen, kun sisäinen ahdistus vaikuttaa hengitykseen. Miljan kohdalle on sattunut monia potilaita, joille puhuminen on vaikeata tai lähes mahdotonta jonkin psyykkisen syyn vuoksi ja harjoittelu lähtee äänen tuottamisesta edeten kohti keskusteluun uskaltautumista. Hengitystä hän pitää merkittävänä viitaten ilmeisesti sen voimakkaaseen yhteyteen tunteiden kanssa. Hän ajattelee fysioterapeutilla olevan erityistä taitoa havainnoida ja hoitaa potilasta hengittämisessä psykofyysisissä jännitystiloissa.

"Avo-osaston potilaat ovat tietoisempia tilastaan, pitkäaikaispotilaista osan on täysi mahdottomuus itse olla mukana suunnittelemassa fysioterapiaansa"

"...avo-osaston potilaat, jotka on niinkun muutoinkin saattaa olla enemmän tietoisempia omasta tilastaan ja kiinnostuneita fysioterapiasta, niin heidän kans voidaan enempi mieltä ja mä voin heille niinku avoimemmin kertoa, mitä tehdään ja miksi ja mihin pyritään...mutta mä en tie kuulostaako tää epäeettiseltä, mutta sitten monet pitkäaikaispotilaat tai mä on ainakin kokenu, että ei oo niin tärkeetä heille kertoo mihin tässä nyt pyritään kun he ei niinku tiedosta sitä tilaansa. Että sillon menee kyllä enempi mun ehdoilla, että mä arvioin, että mitä kannattaa tehdä ja toisten potilaitten kans on käytännös mahdottomuus, että he ite olis mukana suunnittelemas ja näin että...Se täällä psykitrias on suuri ero sinne somaattiseen..."

Fysioterapeutilta vaaditaan eri sairauksien tuntemusta ja ihmistuntemusta, jotta hän pystyy arvioimaan, miten aktiivisesti potilas kulloinkin pystyy osallistumaan päätöksentekoon omasta fysioterapiastaan. Useiden potilaiden kohdalla päätöksenteko ja vastuun ottaminen itsestään on myös harjoiteltava asia. Esimerkiksi pitkään skitsofreniaa sairastaneella ihmisellä ei useinkaan ole resursseja tiedostaa koko tilannettaan ja tehdä päätöksiä itse; fysioterapeutti kantaa vastuuta fysioterapian etenemisestä, mutta yhtenä tavoitteena on potilaan omavastuisuuden lisääntyminen.

"Moniammatillisuus ei aina toteudu muualla kuin paperilla"

Miljan mielestä yhteistyö eri ammattiryhmien välillä voisi toteutua paremminkin. Moniammatillisuus ei aina toteudu muualla kuin paperilla, hän tokaisee; se vaihtelee työryhmittäin. Selkeä yhteistyömalli puuttuu, ja esimerkkinä hän mainitsee kipupotilaista päänsärkypotilaat, joilla saattaa olla päivittäinen kova päänsärky, eikä tutkimuksissa löydy mitään syytä; välillä sairaalassa mietitään, onko sitä kipua heillä ollenkaan! Koko hoitotiimi on ymmällään. Milja on itsekin kokenut osaamattomuutta ja hankaluutta näitä potilaita tutkiessaan, koska siinä ei riitä tavallinen niska-hartiaseudun jännitystilojen tutkiminen.

Miljan mielestä selkeä moniammatillinen yhteistyö, jossa jokaisen ammattikunnan löytämät asiat koottaisiin yhteen, puuttuu. Hänen mielestään pitäisi kokoontua potilaskohtaisesti yhteen miettimään, mistä eri ammattiosaamisesta potilas voisi

hyötyä. Potilastakin voisi hänen mielestään kuulla enemmän, koska potilaalla voi olla aikaisempia kokemuksia tai hän tietää, mitä hän haluaisi.

Milja ajattelee, että fysioterapeutti voisi olla mukana potilaan ensimmäisessäkin hoitoneuvottelussa, koska fysioterapeutti voisi arvioida parhaiten fysioterapiatarpeen siltä pohjalta, miten psyykinen tila kehossa näkyy. Milja toteaa, että enemmän pitäisi fysioterapeutin itsekkin mennä kierrolle mukaan ja olla itse hyvin aktiivinen koko ajan.

"...mä en usko, että yhteistyö tulee paraneen, jos vaan fysioterapeutit yrittää todistaa pätevyyttään taikka osaamistaan, vaan mun mielestä on tärkeitä, että sellaset lääkärit, joilla on kokemusta ja jotka tietää, mitä se on niin pitäs vaikka koulutuspäiviä tai jotain niin ihan lääkäreille. Koska mä nyt uskon, että lääkärit suhtautuu lääkärin pitämään tai heidän sanomaan erilailla kuin fysioterapeuttien. Se on vaan mun mielestä niinku näin..."

Potilaan seurantalehteen hoitohenkilökunnalle hän kirjaa hyvin konkreettisia asioita siitä, miten potilas on käyttäytynyt tai miltä hänestä on potilaan vointi tuntunut fysioterapiassa. Potilas saattaa olla fysioterapiassa hyvin erilainen kuin osastolla. Muuten hän kirjaa itselleen sellaista tietoa, jota hän myös välittää omahoitajalle tai lääkärille, kun hän on päässyt selvyteen, mitä hän näkee potilaan tilasta.

Moniammatillinen yhteistyö ei aina näytä toteutuvan parhaalla mahdollisella tavalla; moniammatilliseen yhteistyöhön pyritään, mutta toisinaan se ei elä vaan saattaa jäädä pinnalliseksi. Näyttää siltä, että ammattiryhmät saattavat puhua eri kieltä tai yhteistyöllä ei ole selkeitä toteutusmallia ja tilaisuuksia, joissa kootaan ja keskustellaan konkreettisesti potilaan kokonaihoidosta yhdessä. Potilaan mielipiteen huomioonottamista fysioterapeutti toivoo vielä lisää. Osa potilaiden ongelmista on niin vaikeita käsitellä, että ne vaatisivat pohdintaa monelta näkökulmalta, kuten osoittaa esimerkki kipupotilaan hoidon vaikeudesta.

Yhteistyötä vaikeuttava seikka voi mielestäni olla sekin, että eri ammattiryhmät eivät ehkä osaa ytimekkäästi tuoda esiin, mitä heidän työnsä potilaan kanssa on, tai siihen ei ole riittävästi varattua aikaa, eivätkä ammattiryhmät siten aina ymmärrä toistensa työskentelyä ja sen merkitystä potilaalle riittävästi. Tämä näyttää koskevan myös fysioterapiaa. Fysioterapeutti kokee myös eri ammattiryhmien hierarkian vaikuttavan niin, että esimerkiksi lääkäri ei

välttämättä usko fysioterapeuttia, vaan tiedon pitäisi tulla oman ammattiryhmän edustajan kautta. Fysioterapeutti kokee, että hänellä on liian vähän aikaa ehtiä potilaskierrolle mukaan, vaikka lääkärinkierrolla ehkä olisikin hyvä tilaisuus tuoda esiin fysioterapian mahdollisuuksia potilaan hoidossa. Fysioterapeutin kirjallinen raportointi potilaasta hoitohenkilökunnalle on tärkeä osa yhteistyötä ja sitä kautta fysioterapiasta potilaalle tuleva hyötykin tulee muille ammattiryhmille tutummaksi.

"Ruumiinkuvapiirrosten ja videon avulla muutkin voivat tehdä johtopäätöksiä fysioterapian hyödystä"

Potilassuhteista Milja on mielestään todella nähnyt, että fysioterapiasta on hyötyä, vaikka vaikutus lopulta onkin usean asian yhteistulosta. Potilaat ovat Miljan mielestä yleensä hyvin tyytyväisiä, vaikka he eivät aina itsekään tiedosta, mitä heissä on tapahtunut. Ruumiinkuvapiirrosten avulla ja videonkin avulla myös muut kuin fysioterapeutti voivat tehdä johtopäätöksiä fysioterapian hyödystä. Usein potilas kertoo myös omahoitajalle positiivista palautetta fysioterapiasta.

"..Palaute voi olla sanallistaki, esimerkiks he voi sanoo, jos mä kysyn fysioterapian lopuks, että minkälainen olo on tällä hetkellä niin he voi sanoo että hyvä olo, parempi kuin tulles tai sitten että huono olo tai sitte he ei vastaa mitään. Tai toisten kohdalla sitte sitä, että mä nään vaan potilaasta, että semmonen jännittyneisyys vähenee ja sitte semmonen levoton olo rauhottuu, että näkee että potilas kaikki tämmönen jännitys häviää ja rauhottuu tää lihasjännitys ja ...vähä sillä lailla että sen niinku näkee,...harvemmin niinkun sanallista palautetta , että se on niinku suppeeta. Että mitään niinku kauheen vaikeita kysymyksiä ei voi niinku esittää.."

Fysioterapeutti näkee potilaassa muutoksia fyysisesti sekä kommunikoinnissa fysioterapiatilanteen aikana, mutta vaikutukset arkielämään ja osastolla käyttäytymiseen asti vievät yleensä pidemmän aikaa. Pitkällä tähtäimellä kuukausien kuluessa potilas saattaa muuttua sosiaalisemmaksi ja pystyä keskustelemaan paremmin, ja ryhti muuttuu.

Toisinaan potilaat sanovat sanallisesti palautteen fysioterapian hyödystä, mutta sanallista palautetta useammin palaute on havaittavissa potilaan jännittyneisyyden vähenemisenä ja

levottoman olon rauhoittumisena. Sanallisesti potilas voi vastata, että on parempi olo fysioterapian jälkeen kuin tullessa, ja usein he sanovat positiivista palautetta fysioterapiasta hoitajalle. Jos potilas ei tiedosta tai ei osaa itse kertoa eikä eritellä saamaansa hyötyä, se tulisi osata nähdä myös muiden kuin fysioterapeutin - potilaan tilan muutoksia pitäisi osata arvioida moniammatillisesti. Tämä toteutuakseen vaatii mielestäni toisten työn tuntemista ja arvostamista sekä sitä, että kaiken keskipisteenä on potilaan paras ja potilaassa tapahtuvat edulliset muutokset. Potilaan tilan muutokset saattavat tapahtua myös hyvin pitkällä aikavälillä sosiaalisuuden ja keskustelukyvyn lisääntymisenä sekä ryhdin muuttumisena.

"Tutkimusta pitäisi tehdä yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa "

Miljan mielestä psykiatrian alueen fysioterapia on niin laaja, että siitä on vaikea saada selkeää kuvaa. Hänen mielestään pitäisi miettiä, mitä asialle voisi tehdä. Miljan mielestä fysioterapeutit tarvitsisivat paitsi itseäänkin varten myös muita ammattiryhmiä varten tietoa siitä, mitä fysioterapeutit tekevät, mitä kaikkea he huomioivat ja mitä hyötyä siitä on potilaille. Fysioterapiaa pitäisi hänen mielestään saada tieteelliselle tasolle, vaikka Miljasta koko sanakin kuulostaa liian mekaaniselta. Hänen mielestään psykiatrinen fysioterapia on aliarvostettua . Tutkimusta pitäisikin tehdä yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa, koska tutkimuksilla on hänen näkemyksensä mukaan enemmän painoarvoa, jos niissä on lääkäri mukana. Hänelle on jäänyt mieleen yhden lääkärin esitys, jossa tämä totesi omaan kokemukseensa nojaten fysioterapian olevan merkittävämpi kuin osataan arvatakaan.

Fysioterapeutilla on erittäin vahvana kokemus ja tunne, että fysioterapiaa psyykkisesti sairaiden hoidossa ei riittävästi tunneta eikä riittävästi arvosteta. Sitä ei ole vielä myöskään tarpeeksi jäsennetty, että edes fysioterapeutit itse tuntisivat kyseistä aluetta riittävästi. Tieteellistä tutkimusta puuttuu, mikä vaikuttaa myös alan arvostukseen nyky-yhteiskunnassa. Fysioterapeutilla näyttää olevan myös pelko siitä, että tieteellinen tutkimus kapeuttaa tai on liian ulkokohtaista tai mekaanista mielenterveyttä tukevan fysioterapian tutkimisessa. Hänellä on myös vahva epäily, että tutkimus ei saa riittävää arvostusta, jos mukana ei ole fysioterapeutin lisäksi vaikkapa lääkäreitä.

4.6 Haastateltava "Kaisli"

Kaisli on energinen fysioterapeutti ja puhuu pulputen kokemuksistaan ja ajatuksistaan työstään. Hän on kekseliäs ja käyttää taiteellisia taipumuksiaan fysioterapian keinojen monipuolistamiseen. Haastattelu tapahtui illalla rauhallisessa tilassa, ja aikaa oli riittävästi.

"Diagnoosin tilalla on ihmisen mukainen hoito"

Diagnoosin tilalla on ihmisen mukainen hoito ja kenties ongelman mukainen hoito, kuten Kaisli asian ilmaisee. Diagnoosi antaa vain suuntaa, joka voi olla laidasta laitaan kuten esimerkiksi rajatilapersoonallisuudessa. Ja vaikka tietyllä tavalla hoitaen on saanut hyviä tuloksia jonkun potilaan kanssa, niin seuraavan potilaan kohdalla, jolla on sama diagnoosi, ei sama hoitotapa toimikaan.

"... Ett jos jonkun masennuspotilaan kanssa oli saanu hyvät tulokset jollain hoitomuodolla ja tietää periaattees fysiatrian kautta, miten vaikuttavaa esimerkiksi että pitää sydämen sykkeen tietyllä tasolla ja päättelee, että ihmisen oma fysiologia toimii mielihyvakeskuksen kautta, että ihmisen tulis hyvä olla...se toimii jonkun kohdalla. Sitten tulee ihan samalla masentunut henkilö ja se ei toimi ollenkaan..."

Silti Kaisli sanoo, että fysioterapeuttien koulutuksessa psykiatrian tietämystä pitäisi saada enemmän. Pitäisi ymmärtää, miten sairaus vaikuttaa ihmiseen, hänen liikkumiseensa, motorikkaansa ja toimintaansa, ja sitten vasta miettiä keinoja fysioterapiaan.

Fysioterapeutin käsityksen mukaan psykiatrisella alueella diagnoosin ja sairauden tietäminen, fysioterapiakeinojen vaikutusmekanismien yleisten periaatteiden tietäminen tai jonkun toisen potilaan kohdalla hyväksi koetut keinot eivät vielä auta päättämään, miten fysioterapiaa pitää toteuttaa juuri kyseisen potilaan kanssa. Vasta potilaaseen tutustuminen, hänen ongelmiensa näkeminen ja kuuleminen auttaa fysioterapeuttia valitsemaan potilaalle sopivia hoitokeinoja, eli kuten hän sanoo, kyseisen ihmisen mukaisen ja ongelman mukaisen hoidon. Näyttää siltä, että

fysioterapeutti pyrkii yksilölliseen hoitoon ymmärtäen jokaisen ihmisen ja hänen ongelmiansa ainutlaatuisuuden

"Fysioterapia psykiatrisella alueella on kuin pohjaton kaivo"

Kaisli pitää kiehtovana työskentelyä psykiatrian alueen fysioterapeuttina, koska siellä ei ole tarkkaan määrätty, millaista hoidon pitäisi olla; yhtä ainoa totuutta ei ole. Hän toteaa, että fysioterapia psykiatrian alueella on monipuolinen kuin pohjaton kaivo tai kuin soppalautanen, jonka soppa ei lopu lainkaan.

"...Kaikki on mahdollista, ei kukaan voi tulla sanomaan, että toi on väärin. Mutt tavallaan se on se vaikeus; mahdollisuudet on rikkaus ja myöskin sitte vaikeus."

"Sitä kattoo kirjasta ja selittää, mutt ku kattoo seuraavasta kirjasta niin siellon ihan eri...sitä niinku poimii ja valikoi sen, mikä jotenki istuu."

Kaisli kokee fysioterapian psykiatrian alueella myös kiehtovaksi ja haastavaksi, koska fysioterapeutti saa laittaa kekseliäisyytensä ja luovuutensa käyttöön löytääkseen kunkin potilaan kanssa sopivan toimintatavan. Psykiatrisista sairauksista ja niiden yleisistä vaikutuksista ihmiseen fysioterapeutti tietää Kaislin mielestä liian vähän koulutuksensa perusteella. Kuitenkin se olisi yksi edellytys, jotta fysioterapeutti osaisi valikoida sopivia fysioterapian keinoja potilaan hoitoon. Ilmeisesti työssään fysioterapeutti joutuu käyttämään runsaasti aikaa psykiatrisiin sairauksiin tutustumiseen ja fysioterapian vaikutustapoihin perehtymiseen pystyäkseen tekemään työtään hyvin.

"Vuorovaikutus on koskettamista, tanssia, liikettä, piirtämistä, kontakti-improvisaatiota"

Fysioterapiassa ja sen tuloksellisuudessa tärkeintä Kaislin mielestä on vuorovaikutuksen laatu. Tietoja ja taitoja tärkeämpää on, miten persoonana pystyy ihmisen kohtaamaan, miten tasavertaista vuorovaikutus on. Vuorovaikutuksen ei tarvitse olla verbaalista, vaan se voi olla koskettamista tai usein vuorovaikutus löytyy liikkeen kuten tanssin kautta tai se voi olla vaikka kontakti-improvisaatiota, kunhan

väylä löytyy. Fysioterapiassakin on niin monia potilaita, jotka eivät voi sanoilla kertoa, mikä heitä vaivaa. Siksi pitää osata katsoa vaihtoehtoja, miten fysioterapia lähtee liikkeelle.

Kaislin mielestä nykyiset hoitokäytännöt psykiatriassa ovat sikäli yksipuolisia, että puhuminen ja keskustelu korostuvat sen sijaan, että hoitajia ja lääkäreitä myöten käytettäisiin vaikkapa laulua, liikkumista, uimista, pelejä, jos potilas niissä olisi vahvoilla, ja katsottaisiin, mitä puhetta sitten syntyisi.

"...Potilaan heikkous on, ettei hän pysty kertomaan ongelmistaan ja hoitoyhteisön heikkous on, jos se ei pysty tarjoamaan keinoja, millä niistä asioista voi puhua puhumatta...voisi tarjota vaikka paperin ja piirtää sen asian tai laulaa tai vaikka huutaa.."

Kaisli arvostaa vuorovaikutusta fysioterapian onnistumisen perustana. Vuorovaikutuksessa on monia tapoja puhumisen ohella. Osa potilaista ei pysty puhumaan, tai muuten hoidon onnistumisen kannalta tärkeämmäksi vuorovaikutuksen tavaksi nousee jokin muu tapa kuten koskettaminen tai liike.

Tutkimisen ja hoitamisen tapoihin hän sisällyttää tanssin, kontakti-improvisaation, laulamisen, jopa huutamisen - hän haluaa käyttöön monipuolisempia keinoja ja tapoja, joilla paremmin löytää väylän potilaan luo, yhteyden potilaan kanssa. Kaislin mielestä kaikkien psykiatriseen hoitoon osallistuvien pitäisi enemmän kyetä käyttämään muutakin kuin puhetta vuorovaikutuksen keinoina potilaan tutkimisessa ja hoidossa. Hän näkee, että puhumista korostavat hoitokäytännöt eivät riitä, koska potilaan resurssit, voimavarat eivät välttämättä riitä puhumalla asioiden käsittelyyn. Hoitavien tahojen pitäisi pystyä hänen näkemyksensä mukaan erilaisiin sanattomien keinojen käyttöön, joissa potilaalla olisi enemmän vahvuutta ja kykyä ilmaista itseään. Näyttää siltä, että Kaisli itse on avoin ja rohkea käyttämään erilaisia ja epätavallisiakin keinoja kohdata potilaansa.

"Antaa mahdollisuuksia kehon kautta kokea jotain muuta tai mahdollisuuksia ajatuksiin tai mielikuviin"

Kaislin mielestä psykiatriassa fysioterapeutti oppii nöyryyttä; fysioterapeutti ei ole ehjäksi rakentaja eikä terveeksi tekijä, vaan hän on opas ja hän antaa vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia, joista asiakas itse valitsee. Muutoksen tekee ihminen itse. Ja asiakas voi yhtä hyvin valita sen, että hän jää paikalleen. Kaisli toteaa, että on aikoja, jolloin tuntuu, että mikään ei onnistu, mutta sitten vaikkapa keskustelusta potilaan kanssa huomaa, että tällä on tapahtunut muutosta suhtautumisessa liikkumiseen tai omaan ruumiiseen. Muutokset eivät useinkaan ole selvästi havaittavia, vaan fysioterapeutille työssään onnistumisen elämykset tulevat useamminkin pienistä asioista. Fysioterapiassa voisi hänen mielestään myös hyödyntää enemmän mielikuvia ja mielen mahdollisuuksia, esimerkiksi siinä, miten tyytyväinen potilas on itseensä ja mitä mielikuvia hänellä on omasta ruumiistaan.

"...kun mä en kerta voi ketään muuttaa, enkä haluakkaa....Ja se ihminen on tullu omasta ympäristöstään ja hänen ympäristöönsä ei sopis ehkä ollenkaan ne ajatukset, mitä mä taas koen, että sillä hetkellä vois hänen elämänlaatuaan parantaa...niin mä oonki enemmän... antamas mahdollisuuksia kehon kautta kokea jotain muuta, tai ajatuksiin tai mielikuviin tai... se suhde...luomas ruumiin ja mielen välille..."

Psykiatrisessa fysioterapiassa potilaan edistyminen voi olla pientä ja hidasta, minkä vuoksi fysioterapeutti saattaa tuntea työnsä turhauttavaksi tai vaikeaksi. Fysioterapeutilta vaaditaan kärsivällisyyttä ja kykyä nähdä potilaan edistymisen merkitys potilaan arkielämässä. Vaikka edistyminen fysioterapeutin mielestä on pieni, se saattaa olla potilaan arkielämän sujumisen kannalta suuri askel parempaan suuntaan. Ja toisaalta fysioterapeutti ilmeisesti joutuu hyväksymään psykiatrisen sairauden laadun ja vahvan otteen ihmisessä.

Fysioterapeutti on kokenut todeksi, että fysioterapeutti ei voi muuttaa ihmistä, ei hänen ajatuksiaan, suhtautumistaan itseensä, ruumiiseensa eikä voi muuttaa hänen asentoaan tai liikkeitään. Kaikki muutos tapahtuu potilaassa itsessään ja potilaan itsensä toimesta. Fysioterapeutin tehtävä on vain tarjota potilaalle mahdollisimman sopivia kokemuksia, jotka potilas itse voi käyttää omaan muutokseensa. Kaislin mielestä potilaan mieltä ja mielikuvia pitäisi fysioterapiassa osata enemmän hyödyntää.

"Mielen ja ruumiin erottaminen näkyy"

Kaisli kokee, että usein vasta viime tingassa turvaututaan fysioterapiaan potilaan hoidossa, kun muut keinot on jo käytetty. Hän näkee siinä vieläkin mielen ja ruumiin erottamista toisistaan. Hänen mielestään tähän kytkeytyvät myös sellaiset ajatukset, että esimerkiksi psykosomaattista sairautta vieläkin joissain yhteyksissä pidetään luulosairautena - ei nähdä, että syy on yhtä todellinen, jos se on mielessä eikä olekaan orgaanista muutosta taustalla. Kipu esimerkiksi on ihan yhtä todellinen, oli sen lähtökohta mikä tahansa. Ihminen on kenties oppinut olemaan vuorovaikutuksessa ruumiinsa kautta ja hän saa itsensä ymmärretyksi vain ruumiin ja oireen kautta.

"...Me ollaan sairaalassa keskusteltu useaan otteeseen, että jos fysioterapia lähtee vastaamaan kipuun, niin regressoiko se silloin sitä potilasta, ku mä lähden tavallaan niinku samaan juoneen sen ihmisen kanssa, mutta mun mielestä se on ainoa keino, hánhän tarjoaa sen kanavan, ett mul on tää ruumis ja mul on tää ruumiillinen kipu, ja sitt mä keskustelen tän kivun kautta. Ja miks mä alkaisin keksiin kaiken maailman sanoja sille. Tottakai se onkin sitte tehtävä, yrittää löytää, ymmärtää sitä kipua, jos tää onkin niinku psyyken puolella se syy. Monta kertaa tehdään perusteelliset somaattiset tutkimukset, eikä kuitenkaa löydy syytä, johon vedota. ...Niin sitte keskustelemaan sitä kipuu eli tutkimaan, niin voikin löytyä jotain muuta sieltä kivun alta, millon sitä kipua on, ett mimmonen se kipu on, ett mimmosii tunteita se kipu herättää...ett tulee kurja olo, missä se kurja olo on ja missä sä tunnet sen kurjan olon ja millaisii keinoja sulla on helpottaa sitä kurjaa oloa. Ku sä näin kauan olet pystyny oleen sen kurjan olon kans, niin tarvii keksii aikamoisii konsteja.... Jos kymmenen vuotta on ollu sen kivun kans, ett tavallaan siinä on sen ihmisen vahvuus....Mut et kyl siel on sellasii käsityksii, ett ikäänkuin tavallaan potilas olis virittäny ansan ja sitt vaan lähtee siihen tarinaan mukaan. Mut mun mielestä se on jossain tapaukses se ainoa tarina joka on..."

Joskus kipu on tarpeellinen eikä sitä voi antaa pois tai keskustelussa voi herätä kysymys, mihin kipu liittyy ja voiko puhua oikeasti jostain muusta, mikä on kivun takana, ettei tarvitsisi invalidisoida itseään kivulla. Voisiko oppia tyytyväisyyttä ja elämänhallintaa.

Ihmisen ymmärtäminen ei ole helppoa. Ihmisen kokemaa kipua on helpompi käsitellä silloin kun siihen on fyysinen syy. Jos ihmisellä onkin kipu ilman fyysistä syytä, on paljon vaikeampi ymmärtää, mistä on kyse, miten pitäisi suhtautua ja miten hoidettaisiin. Saattaa tulla esiin myös epämiellyttäviä näkökulmia, että ihmisen ajatellaan olevan vilpillinen haluten jotain tiettyä

etuja. Tähän fysioterapeutti näyttää suhtautuvan vahvalla kriittisellä tunteella ja on potilaan puolella ilmaistessaan, että potilaan ajatellaan asettavan ikään kuin ansan, johon hoitavat tahot lankeavat. Tällainen ajattelu toteutuessaan kieltämättä tuo potilaan huonoon valoon ja saattaa haitata potilaan tarkoituksenmukaista hoitoa sekä vaikuttaa potilaan kunnioitukseen ihmisenä. Potilaan pitäisi tulla toisaalta todesta otetuksi, ja toisaalta häntä pitäisi auttaa tunnistamaan itseään, käyttäytymistapojaan ja vaivan yhteyksiä elämäns historiaan tai elämäntilanteeseen. Fysioterapeutin kuvailemista kysymyksistä kivun suhteen välittyy, että hän yrittää saada potilasta tiedostamaan, mitä tunteita kipu herättää tai mihin kipu liittyy ja voisiko siihen vaikuttaa oppimalla tyytyväisyyttä ja elämäntilannetta. Tästä minulle välittyy, että fysioterapeutti hakee yhteyttä kivun ja tunteiden tai kokemusten välillä ja siten erottamattomuutta ruumiin ja mielen välillä.

"Huomaa mieltivänsä kotona tiskatessakin varsinkin lapsipotilaita"

Kuluttavinta Kaislin mielestä on se, että kuulee niin monenlaisia elämäntarinoita ja näkee ruumiin tarinoita. On välillä niin vaikeata vetää omat rajansa. Hän huomaa usein kotona tiskatessakin mieltivänsä varsinkin lapsipotilaita .

"...Tuntuu niin käsittämättömältä, ku yrittää leikin ynnä muun avulla ymmärtää, mikä sen lapsen käsitys on omasta ongelmastaan ja mikä sen lapsen käsitys on omasta itsestään, mikä on hyvää ja mikä, mihin ei ole tyytyväinen..on kauhee työ saada kuvaa ja eläytyä sen lapsen, mimmosena hän mahtaa itensä kokee...sitte alkaa mieltiin, kummosii aikuisii on sen lapsen takana...sitt mieltii , mikä täs aikuisten maailmas mahtaa olla vinksallaan..."

Fysioterapia psykiatristen potilaiden kanssa on fysioterapeutin omiin tunteisiin vaikuttavaa, ja näyttää siltä, että fysioterapeutti joutuu opettelemaan tunteidensa käsittelyä jaksukseen tehdä työtään. Varsinkin lapsipotilaiden kohtalot askarruttavat mieltä herkästi työpäivän jälkeenkin ja näyttävät herättävän fysioterapeutissa hämmästyttä, jopa kauhistunutta ihmettelyä aikuisten maailmaa kohtaan - aikuisten olemisen tavasta kuitenkin usein kumpuavat lasten psykiatrista hoitoa vaativat ongelmat. Fysioterapia lasten psykiatriassa näyttää olevan voimakkaasti tunteisiin vaikuttavaa, koska fysioterapeutti paitsi kuuntelee lapsen elämäntarinaa myös näkee lapsen ruumiillisesta ilmaisusta lapsen historiaa ja nykyisyyttä. Hän näyttää eläytyvän lapsen maailmaan esimerkiksi leikin kautta ymmärtääkseen lapsen ongelmia ja lapsen kokemusta

itsestään. Siten fysioterapeutti on mukana koko persoonallaan lapsen fysioterapiassa ja tarvitsee todella tunteidensa tunnistamista ja käsittelyä osana kehittyvää ammattitaitoaan rajatakseen myös riittävästi potilaiden ongelmia pois mielestään elääkseen omaa yksityiselämäänsä.

4.7 Haastateltava "Maria"

Matka Marian luo estyi, joten Marian haastattelu tapahtui puhelimitse siten, että kirjoitin kysymyksiä muistiin puhelinkeskustelun kuluessa ja Maria puolestaan nauhoitti oman puheensa nauhalle, jonka hän lähetti minulle. Haastattelun aikana en siis nähnyt Marian ilmeitä ja eleitä, ainoastaan äänen avulla sain vaikutelman myös nonverbaalista viestinnästä. Olen tavannut Marian vuosien varrella joillain kursseilla, joihin olemme molemmat osallistuneet. Tältä pohjalta hänen äänensä tuotti minulle myös mielikuvia hänelle persoonallisista ilmeistä ja eleistä puhelinkeskustelumme aikana. Maria tuntui kokevan erittäin avoimen haastattelun jonkin verran vaikeaksi.

"Ruumisminän kokeminen on tärkeä osa ihmisen kokonaisvaltaista itsensä kokemista"

Ruumisminä ja sen kokeminen ovat tärkeä osa ihmisen kokonaisvaltaista itsensä kokemista. Marian kokemuksen mukaan ihmiset pyrkivät unohtamaan tai sulkemaan pois ruumisminän silloin, kun he ovat huonossa kunnossa. Hän ajattelee, että ihminen suojautuu näin omalta itseltään, koska ruumisminä on myös kanava pahalle ololle, jonka kautta negatiivisiksi koetut somaattiset oireilut koetaan. Marian oman näkemyksen mukaan fysioterapia pitäisi vieläkin paremmin integroida kokonaisuhoitoon. Fyysistä ja psyykkistä erotellaan edelleenkin puhumalla vain osa-alueesta. Psykiatria hakeutuvan potilaan kohdalla puhutaan psyykkisestä minästä ja siinä pahasta tai hyvästä olostä. Siihen ei nidota mukaan

fyysistä minää niin paljon kuin olisi mahdollista . Paha olo on kokonaisvaltainen olotila, josta ihminen voi viestiä sanallisesti sekä esimerkiksi asennoilla. Marian mielestä sanallinen viestintä voi olla valheellista, kun taas ruumiillaan ihminen ilmaisee todenperäisesti tiedostamattaankin ja sen voi kokea myös ulkopuolinen.

Marian mielestä psyykkisesti sairaiden potilaiden hoidossa ruumiin kautta ilmaistua paha oloa ei vielä riittävästi havaita, käsitellä ja hoideta ja erotellaan fyysinen ja psyykinen puhumalla osa-alueista. Paha olo voi ilmetä esimerkiksi asennossa tai somaattisena oireiluna, ja ihminen voi tällöin myös pyrkiä unohtamaan ruumiillisen minänsä. Ruumiin kokemuksen kautta saatavaa iloa tai hyvää oloa ei myöskään hoidossa riittävästi nähdä koko ihmiseen vaikuttavaksi. Ruumisminän kokeminen on Marian käsityksen mukaan tärkeä osa ihmisen kokonaisvaltaista itsensä kokemista, ja koska ihminen ilmaisee itseään myös ruumiin kautta sanattomasti, pitäisi se hänen mielestään ottaa enemmän huomioon potilaan tutkimisessa ja kokonaihoissa - siten fysioterapia pitäisi ottaa enemmän osaksi kokonaihoita. Fyysistä ja psyykkistä erotellaan edelleenkin puhumalla vain osa-alueista .

"Tärkeätä on kyetä integroimaan tunneinä ja ruumisminä"

Fysioterapian työmenetelmissä tärkeää on, että ihminen kykenee ottamaan kontaktia tunteisiinsa . Kun ihminen kykenee integroimaan tunneinä ja ruumisminän, hänellä herää uusia kokemuksia itsestä. Tunne voi olla suru tai ilo, joka kytkeytyy elämiseen ja toimimiseen. Toisaalta taas ihmisellä voi olla paljon kiellettyjä tunnekokemuksia tai ihminen ei kykene tai ei halua tuntea muuta kuin esimerkiksi masentuneen minän ja pelkää, ettei muuta ole olemassakaan.

Fysioterapiassa potilas usein hakee kivun lievitystä tai pääsyä irti kivusta. Toisinaan kipu kuitenkin on tärkeä ja kivulla itsellään on kanavoitumismerkitys. Fysioterapiassa potilaan kipu usein hetkeksi helpottuu ja siten potilaalla on hetken hyvä olla itsensä kanssa. Hetki fysioterapiassa on ollut positiivinen, on tullut esiin positiivinen ruumiinminä, joka voi myös tuottaa iloa.

Fysioterapian keinoin voidaan auttaa ihmistä havaitsemaan tunteitaan sekä havaitsemaan, että samanaikaisesti tunne tuntuu myös ruumiillisena tuntemuksena. Masentunutta ihmistä voidaan

auttaa kokemaan uudelleen jotain muutakin tunnetta ja ruumiillisia tunteuksia kuin masennuksen aiheuttamat syvät negatiiviset tunteet ja tunteukset.

Kivusta Marialla on käsitys, että se voi olla potilaan ruumiillista ilmaisua pahasta olostaan eli sillä voi olla viestimerkitys. Fysioterapiassa kipua hoidettaessa voidaan myös ajatella, että hetken kivuton aika antaa potilaalle mahdollisuuden kokea ruumiillisuuttaan positiivisemmin, mikä sinänsä jo on tärkeää, vaikei kipua kokonaan voisi poistaa. Fysioterapeutti näyttää ajattelevan, että näin potilaan voimavarat lisääntyvät.

"Osata kohdata toinen ihminen"

Ihmisen kohtaaminen on fysioterapiassa lähtökohta ja tärkeintä, mutta se ei Marian mielestä aina toteudu fysioterapiassa. Marian mielestä usein opiskelija tai uusi työntekijä ahdistuu ja miettii teorian pohjalta, mitä pitäisi sanoa ja tehdä, ja unohtaa, että tärkeintä on, miten pystyy käyttämään omaa itseään, mitkä ovat omat voimavarat ja miten itse osaa kohdata toisen ihmisen.

Ihmistä voi hoitaa hyvin vain kohtaamalla hänet siinä hetkessä. Marialla on käsitys, että fysioterapeuteilla ei kaikilla ole vielä taitoa kohdata potilasta toisena ihmisenä. Tämän vaikeuden hän näkee kaikkein selvimmin opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden kohdalla. Tällöin voi tietysti kyseessä olla myös se, että työ itsessään on vielä outoa ja vaikeaa, joten työntekijältä menee energiaa fysioterapian menetelmien toteutukseen, jolloin ei ole vielä uskallusta ja varmuutta kohdata potilasta koko persoonallaan vapautuneesti. Kun työ tulee tutummaksi, alkaa työntekijällä todennäköisesti vapautua enemmän energiaa eli voimavaroja kohtaamiseen. Tämän jälkeen voi havaita lopullisia eroja siinä, että toiset pystyvät kohtaamaan ihmisen paremmin kuin toiset. Maria näkee tärkeäksi sen, että fysioterapeutti pystyy käyttämään itseään toisen ihmisen kohtaamisessa. Tämä mielestäni viittaa fysioterapeutin itsetuntemukseen.

"Mitä kokee vielä kykenevänsä tekemään"

Maria sanoo, että potilaalla saattaa olla fysioterapiasta sellainen kuva, että lääkärin lähetteestä selviää, mikä hänelle on hyväksi, ja heti ruvetaan hoitamaan. Ihminen on hämmästynyt, kun fysioterapiassa halutaankin potilaan subjektiivinen kokemus, miten hän kokee tilanteensa, haastatellaan ja kysytään hänen mielipidettään. Näin ihminen ottaa myös vastuuta itsestään.

Fysioterapiassa Maria kartoittaa, miten paljon potilas kokee olevansa invalidisoitunut ja mitä kokee vielä kykenevänsä tekemään, vaikka onkin ongelmia. Subjektiivisen kokemuksen lisäksi fysioterapeutti myös havainnoi potilaan käyttäytymistä eri tilanteissa saadakseen näin objektiivisen tiedon. Maria tekee toiminnallisia tutkimuksia Roxendalin ajatuksiin nojaten, mutta hän käyttää kyllä monia muitakin fysioterapian mittaamis- ja tutkimistapoja.

Marialla näkyy voimakkaana Roxendalin vaikutus tavassa haastatella ja keskustella potilaan kanssa. Hän haluaa saada esiin potilaan resurssit eli sen, mihin potilas kokee kykenevänsä ongelmistaan huolimatta. Potilaan omia kokemuksia ja käsityksiä tilanteestaan kysytään ja kuunnellaan ajatellen myös, että potilas alkaa näin ottaa vastuuta itsestään. Näyttää siltä, että Maria on kokenut potilaiden hämmästyvän siitä, minkä verran heidän omaa mielipidettään kysytään. Tästä välittyy se, että Marian mielestä fysioterapiassa tai muussa hoidossa on yleensä vielä tavallisempaa, että potilaan subjektiivista näkemystä ja omavastuuta ei riittävästi houkutella esiin. Fysioterapeutti tutkii potilasta saadakseen myös objektiivista ja mitattavaa tietoa potilaan tilanteesta

"Ruumiinhahmotus on työvälineenä tärkein"

Ruumiinhahmotus ja sen teoriat ovat Marian työvälineinä tärkeimmät, koska hänen mielestään se soveltuu hyvin monelle potilaalle, ei ole liian vaativaa ja tukee potilasta monella tavalla. Ruumiinhahmotusharjoituksissa päällimmäisenä kokemuksena potilaat ovat tuottaneet, kuinka vaikeaa tai haastavaa on olla oman itsensä kanssa ja tavallaan kuunnella omia sisäisiä asioitaan ja myöskin, että ne

yksinkertaisuudestaan huolimatta voivat olla rasittavia, koska ne vaativat keskittymistä ja itsensä kuuntelemista. Ruumiinhahmotuksessa työskennellään Marian mielestä sallivalla tavalla, eikä potilaan tekemä ole "oikein tai väärin". Se vaatii myös aikaa, ja niinpä usea potilas jatkaa polikliinisesti, sillä potilaat pääsevät mahdollisimman pian pois sairaalasta normaaliin sosiaaliseen elämään. Fysioterapian muita menetelmiä Maria käyttää tarpeen tullen laidasta laitaan.

Maria näyttää käyttävän monille potilailleen Roxendalin kehittelemää, tiettyihin teorioihin pohjautuvaa ruumiinhahmotusta. Marian mielestä se soveltuu monille potilaille, koska se on yksinkertaista fyysiseltä toteutukseltaan, ei vaadi liikaa ja tukee potilasta. Marian mielestä ruumiinhahmotus on sallivaa, koska potilaan oma tapa tehdä ei ole väärin. Tämä näyttää viittaavan siihen, että ruumiinhahmotuksessa katsotaan kunkin potilaan tekemän harjoittelun senhetkisten kykyjensä ja voimavarojensa mukaan, jolloin potilaan tapa on sinänsä hyvä ja ruumiillinen kokeminen nousee tärkeäksi. Lisäksi Maria toteaa potilaiden kokevan ruumiinhahmotuksen siinä mielessä vaikeaksi ja yksinkertaisuudestaan huolimatta väsyttäväksi, että siinä pitää kuunnella omia sisäisiä asioitaan ja keskittyä itsensä kuuntelemiseen. Tällä ymmärrän, että sisäisten asioiden kuunteleminen tarkoittaa sitä, että keskittyminen nostaa mieleen monenlaisia ajatuksia ja tunteita, ja itsensä kuunteleminen viittaa mielestäni ruumiillisten tuntemustensa aistimiseen ja tunnistamiseen. Näin ruumiinhahmotuksessa halutaan yhdistää mielen ja ruumiin kokemista. Ilmeisesti keskittyminen aistimaan tai runsaan aistitiedon saaminen voi olla väsyttävää. Näyttää siltä, että fysioterapeutti arvostaa ruumiinhahmotuksen taustalla olevia teorioita ja katsoa niiden auttavan potilaan ymmärtämistä ja hoitoa.

"Kosketus merkitsee olemassaoloa"

Kosketus ja sen avulla kontaktin otto on hyvin paljon käytössä. Se on samalla molempipuolisen hyväksynnän osoitusta. Kosketus voi olla paitsi salliva myös torjuva, kosketuksella voi sanoa kyllä tai ei. Kosketus on myös rajaamista, rajojen vetämistä. Kosketus merkitsee olemassaoloa, ja se luo yhteyksiä tunne-elämään. Kosketus voi olla hyvää, ja se voi olla pelottavaa. Jos ihminen ei salli kosketusta, pitää fysioterapeutin se hyväksyä eikä ylittää potilaan rajoja sillä hetkellä. Tavoitteeksi voi silloin nousta kosketuksen salliminen hiljalleen tavalla tai toisella.

Kosketusta voi käyttää monipuolisin ja monivivahteisin merkityksin tai päämäärin, kuten osoittaa hyväksyntää, vahvistaa olemassaolon tunnetta tai vahvistaa ruumiin rajoja. Kosketus voi olla myös tietoinen tai tiedostamaton viesti. Koskettaminen vaikuttaa herkästi potilaan tunteisiin. Jos potilaalla ilmenee vaikeutta koskettaa tai tulla kosketetuksi, mikä voi olla yhteydessä siihen, ettei hän hyväksy tai arvosta ruumistaan, voi tästä nousta yksi terapian tavoitteista. Kyky koskettaa ja tulla kosketetuksi liittyy päivittäiseen elämään ihmisten kanssa ja liittyy myös eheään ruumiinkuvaan tai itseluottamukseen.

"Fysioterapiasta tehdään suullinen sopimus, jolloin potilas itsekin kantaa vastuuta fysioterapiasta"

Potilaan kanssa tehdään fysioterapiassa sopimus suullisesti, jolloin potilas itse myös kantaa vastuuta. Marian mielestä on palkitsevaa, kun huomaa, että potilas haluaa tulla fysioterapiaan ja potilas pääsee motivaation pyramidissa kohti motivaatiota. Vaikeita tilanteita ovat ne, kun potilas tulee fysioterapiaan vain toisten pyynnöstä tai käskystä, mutta ei kykene sallimaan itselleen mahdollisuutta fysioterapiaan, vaan luopuu siitä. Tällöin Maria puhuu potilaan kanssa antaen mahdollisimman selkeän kuvan fysioterapiasta ja siitä, miksi se olisi potilaalle tärkeää. Ihmisen annetaan harkita ja jätetään ovi auki fysioterapiaan tulemiselle. Toisaalta kaikkia ihmisiä ei pystytä fysioterapian keinoin auttamaan. Jos potilas valitsee sen, ettei tule fysioterapiaan, Maria fysioterapeuttina sanoo toisinaan kokevansa riittämättömyyttä ja pettymyksen tunnetta, jota on kuitenkin vuosien myötä oppinut työstämään.

Psyykkisesti sairaiden potilaiden kanssa aloitetaan yhteistyö fysioterapiassa tekemällä yhteinen sopimus, jolloin potilas omavastuisesti sitoutuu fysioterapiaan. Jos potilas ei kuitenkaan halua tulla hänelle hyväksi katsottuun hoitoon, fysioterapeutti yrittää auttaa potilasta näkemään hoidon hyödyn. Lopullinen valinta on kuitenkin potilaalla itsellään. Mikäli potilas ei kaikesta huolimatta halua tulla, joutuu fysioterapeutti kokemaan pettymystä, kenties epävarmuutta omista taidoistaan ja siten harjoittelee pettymysten kohtaamista ja myös itsetuntemustaan.

4.8 Haastateltava "Toni"

Toni on selkeäsanainen ja ytimekäs ilmaisussaan. Haastattelun aikana minulle tulee vaikutelma, että hän on hieman allapäin työpaikallaan vastikään tapahtuneista toiminnan supistuksista ja muutoksista ja kokee ne ennalta-arvaamattomiksi ja hallitsemattoman tuntuiseksi. Hän sanoo vuosien mittaan tapahtuneita muutoksia hurjiksi potilaspaikkojen vähentyessä ja avohoidon lisääntyessä ja epäilee samalla avohoidon sujumista. Hän toteaa, että fysioterapeutit tekevät työtä epävarmuudessa, jonka he kokevat haittaavan potilastyötä. Haastatteluun on varattu aikaa tunti rauhallisessa tilassa.

"Kokonaisvaltainen ajattelu"

Tärkeintä fysioterapiassa on Tonin mielestä kokonaisvaltainen ajattelu ja sen taustalla kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. Kokonaisvaltaisuus-sanaa Toni kuvailee sanoilla psykofyysinen kokonaisuus, johon kuuluu myös sosiaalinen puoli. Työskenneltyään psykosomaattisten potilaiden kanssa Toni sanoo oppineensa paljon kokonaisvaltaisuudesta. Psykosomaattista sairautta Toni kuvaa kokonaisvaltaiseksi sairaudeksi; taustalla voi olla masennus diagnoosina, mutta se voi aiheuttaa sairauksia tuki- ja liikuntaelimiin tai hengitys- ja verenkiertoelinsairauksia tai ainakin voi sanoa, että yhteyksiä niiden välillä on selvästi. Ihmissuhteet ja elinympäristö vaikuttavat sairauksiin myös.

Kokonaisvaltaisuutta on myös ammatti-ihmisten ja potilaan keskeinen yhteistyö, toimiva tiimityöskentely potilaan tukemiseksi takaisin yhteiskuntaan.

Tonin mielestä kokonaisvaltainen ajattelu ja sen taustalla oleva kokonaisvaltainen ihmiskäsitys on tärkeintä fysioterapiassa. Kokonaisvaltaisuuteen kuuluu haastateltavan mielestä psykofyysinen ja sosiaalinen näkökulma. Hän sanoo oppineensa kokonaisvaltaisuutta erityisesti psykosomaattisten potilaiden kanssa. Kokonaisvaltaisuus näyttäisi hänen mielestään ilmenevän muun muassa siinä, että psyykinen sairaus edesauttaa eri elinjärjestelmien fyysisiä sairauksia tai ainakin ne ovat yhteydessä toisiinsa. Samoin ihmissuhteet ja elinympäristö vaikuttavat

sairauksiin. Kokonaisvaltaisuutta toisaalta on myös hoitoon osallistuvan tiimin ja potilaan keskeinen yhteistyö potilaan hyväksi.

"Voimavarakartoituksen perusteella valitaan keinot"

Potilaan tutkiminen on paljolti keskustelua ja potilaan kuuntelua. Fyysisessä tutkimisessa käytetään Bunkanin voimavarakartoitusta soveltaen sitä potilaan tarpeen mukaan. Voimavarakartoituksen perusteella valitaan keinot hoitoon.

"..nyt tulee potilas, jota olen hoitanu puolitoista vuotta, ensin osastolla ja sitten avopotilaana. Elimellisiä diagnooseja on lukuisia..pari välilevyn pullistumaa aivan halvausoirein, mahahaava ja nyt neurologisia tutkimuksia menossa, että oisko jotain kun pyörtyilee...ja sitte on kyllä monimuotoisia ongelmia psyykkisiä. Siinä se vaikeus on, että hoitaako selkää vai ihan jutella, ett miten lähestyä ongelmaa. Ja sitte ku on se sosiaalinenki puoli päällä, ihmisen on vaikee saada otetta...niin se konstien pohtiminen. Se kyllä auttaa, kun palaa sitte siihen voimavarakartotukseen, mitä on alunperin tehny...."

Potilaan tutkimisessa korostuvat keskustelu ja kuuntelu viittaavat siihen, että fysioterapeutti haluaa kuulla potilasta yksilöllisesti ja kuunnella, miten potilas itse kokee tilanteensa. Ruumiilliseen tutkimiseen Toni soveltaa voimavarakartoitusta, joka on Bunkanin kehittälemä tutkimistapa ja joka myös väljästi ohjaa hoitomenetelmien ja -keinojen valintaa. Voimavarakartoituksen käyttö osoittaa fysioterapeutin tietoista pyrkimystä nähdä potilas kokonaisuutena, jossa yhtenevät ruumis ja mieli, ja pyrkimystä tarkastella potilaan tilannetta hänen resurssiensa eli voimavarojensa näkökulmasta.

"Tyypillistä on ruumiinhahmotusharjoitus"

Fysioterapiamenetelmistä tyypillistä on ruumiinhahmotusharjoitus. Käytössä on muitakin kokonaisvaltaisia terapioida sen mukaan, mihin itse kukin on perehtynyt. Mitään kaavamaista tekniikkaa ei ole, vaan mitä tahansa keinoja voi käyttää. Vaikeata on se, että potilailla on monenlaisia diagnooseja ja ne ovat monenlaisia myös ilmenemismuodoltaan ja kaikki vaikuttaa kaikkeen suuntaan.

Toni toteaa, että tyypillinen fysioterapiamenetelmä on Roxendalin kehitelemä ruumiinhahmotus, johon kaikki hänen työpaikkansa fysioterapeutit ovat kouluttautuneet. Myös muita hänen näkemyksensä mukaan kokonaisvaltaisia menetelmiä käytetään sen mukaan, mihin kukin on perehtynyt. Potilaiden ongelmat ovat monimutkaisia, ja fysioterapeutti joutuu miettimään ja on välillä myös epävarma siitä, mihin kaikkeen hoidossa pitäisi keskittyä. Näyttää siltä, että potilailla on paljon ongelmia, joista pitää valita, minkä hoito on tärkeää ja mihin on aikaa. Voimavarakartoitukseen fysioterapeutti ajoittain palaa löytääkseen vahvistusta sille, miten hoitaa.

4.9. Haastateltava "Verna"

Verna on työskennellyt toistakymmentä vuotta psykiatrisessa sairaalassa fysioterapeuttina. Hän on ollut aktiivisesti mukana myös sairaalan laatutyöskentelyssä, mikä näkyy hänen käyttämässään puhekielessä. Verna on käytännön kokemuksensa kautta löytänyt nykyisen työskentelytapansa psykiatristen potilaiden kanssa. Fysioterapian alueelta hän on hankkinut aiheeseen liittyvää lisäkoulutusta ainakin rentoutumisen ja kehotietoisuuden ohjaamisessa.

Verna kertoo haastattelussa käsityksiään siitä, mitä hän fysioterapiassa pitää tärkeänä ja miten hän fysioterapiassa työskentelee psyykkisesti sairaiden ihmisten kanssa. Haastattelutilanteessa Vernaa välillä harmitteli, ettei hän tullut miettineeksi etukäteen haastattelua, sillä haastattelu tuntuikin vaikealta. Haastattelupaikaksi hän oli valinnut rauhallisen pienen toimistohuoneen fysioterapiaosastolla.

"Keskittymistä voidaan harjoitella pienen ohjelman läpiviemisellä"

Pitkäaikaispotilaiden fysioterapia on paljolti aktivointia ja onnistumisen kokemusten antamista. Osa tarvitsee yksilöllistä ohjantaa, ja osa pystyy osallistumaan ryhmään. Keskittymistä voidaan harjoitella pienen ohjelman läpiviemisellä, palautteen kautta vahvistetaan itsetuntoa. Kehontuntemusharjoitusten kanssa

Verna on tarkka, että ne ovat kehoon liittyviä ja ovat sopivia kullekin potilaalle. Rentousryhmät ovat avoimia, mutta Verna sanoo, että onneksi hän tuntee kaikki potilaat, että osaa katsoa, ettei tule käytetyksi sopimattomia mielikuvia kenenkään osallistujan kannalta. Pitkäaikaisten skitsofreniapotilaiden kohdalla Verna sanoo välillä olevansa neuvoton, kun keinot tuntuvat olevan aika vähäiset. Kroonisuus näkyy jo ulospäin, ja liikkuminen on muuttunut ja sitä miettii, miten paljon sitä pitäisi vain hyväksyä. Hän haluaisi pystyä vaikuttamaan enemmän. Aktivointi on myös vaikeata ja paljon aikaa vievää, ja välillä panos on suuri verrattuna siihen, mitä saa aktivoinnilla aikaan.

Fysioterapiassa pitkäaikaisesti psykiatrisesti sairaiden potilaiden hoidossa korostuu aktivointi, onnistumisen kokemusten antaminen, keskittymisen harjoittaminen ja positiivisen palautteen mukanaan tuoma itsetunnon vahvistuminen. Mielikuvien käytön kanssa pitää olla varovainen. Samoin keuhonharjoitukset ovat hyvin konkreettisia. Pitkäaikaispotilaiden hoidossa Verna tuntee ajoittain neuvottomuutta ja joutuu miettimään, miten paljon pitäisi saada muutosta aikaan ja miten paljon pitäisi vain antaa olla ja hyväksyä sellaisenaan, kun sairauden tuomat muutokset näkyvät potilaassa ja hänen liikkumisessaan ulospäin. Fysioterapeutti itse haluaisi pystyä vaikuttamaan enemmän potilaan vointiin. Hän kokee myös turhautumista ajoittain, jos iso osa ajasta menee potilaan aktivointiin tuottamatta kuitenkaan tulosta siinä määrin kuin siihen menee fysioterapeutin aikaa ja energiaa.

"Potilaan arjen ymmärtäminen on tärkeää"

Akuuttipotilaiden fysioterapian Verna sanoo olevan asiakaslähtöistä, eli sisältö ja aktiivisuus määräytyvät ihmisen voimavarojen mukaan. Lähdetään liikkeelle potilaan tarpeista, ja potilaan arjen ymmärtäminen on tärkeää, koska potilas on vain hetken sairaalassa. Fysioterapeutin ammatti-ihmisenä pitäisi pystyä näkemään ihmisen resursseja ja antaa eväitä myös pitemmällä tähtäimellä.

Akuuttipuolella hoitoajankin ovat lyhyet ja monet asiat jäävät ikään kuin avoimiksi, kun potilas jo lähtee kotiin. Potilaan oma mielipide kotiinlähetovalmiudesta otetaan kyllä vahvasti mukaan hoitosuunnitelmassa.

Verna haluaa lähteä liikkeelle potilaan tarpeista ja voimavaroista. Fysioterapeutin ammattitaitoon kuuluu osata arvioida potilaan resursseja ja ohjata potilasta löytämään keinoja ratkaista ongelmiaan arkielämässään jo senkin vuoksi, että kuntoutumisen prosessi on pitkä ja monet asiat jäävät avoimiksi, kun potilas lähtee kotiin.

"Mä en puhu nyt, että on suora joku ongelma, vaan joka tulee ahdistuksen takia"

"...mä en puhu nyt sitte, että meillä olis tämmönen suora joku ongelma jossakin..vaan joka tulee vaan rentoutumaan tai ahdistuneisuuden takia...ihan keskustelu siinä alussa...ett se on hirveen yksilöllistä, toiset on hyvinki valmiita keskusteluun, mutta toiset voi olla niin ahdistuneita, että ei heti halua...keskustelun mä näkisin, että pikkuhiljaa he itse ilmasee niitä tarpeita..ja tottakai mä sitte teen fysioterapeuttina tiettyjä...ihmiset odottaakin, ettei täällä vain istuta ja keskustella koko aikaa, vaan käydään näitä fyysisiä voimavaroja, jos kovin on jännittyny se asento ja sitä että mitenkä ite pystyy löytämään näitä ratkasuja..."

Osalla potilaista fysioterapia on hyvinkin aktiivista heti alusta, kun taas toisten kanssa se on mielihyvän tuottamista, käsin painellen kehon tiedostamista, rentouden kokemusta , hyvän olon tunnetta tai sitä, että joku vain on läsnä. Tällöin Verna aloittaa niin, että hän suorittaa ja potilas ottaa passiivisesti vastaan vaiheittain tilanteen mukaan aktiivisia harjoitteita lisäten. Muutos, johon lääkityskin voi vaikuttaa, saattaa tapahtua hyvin nopeastikin, ja potilaan koko olemus muuttuu. Fysioterapialla on Vernan mielestä suuri merkitys onnistumisen kokemusten antamisessa, ja toisaalta se aktivoi niitä, jotka vaikka masennuksen takia ovat olleet toimeettomina. Pitäisi löytää sellaiset liikunnalliset mallit, jotka toisivat ihmiselle mielihyvää.

Vernan kokemuksen mukaan akuuttipotilaat tulevat fysioterapiaan usein rentoutukseen tai ahdistuksen lievittymiseksi. Keskustelu nousee tärkeimmäksi potilaan voimavarojen ja tarpeiden arvioinnissa, ja sen lisäksi Verna arvioi potilaan voimavaroja fyysisen olemuksen, asennon ja lihasjännitysten perusteella. Fysioterapian keinot Verna valitsee potilaan voimavarojen mukaan passiivisista aktiivisiin. Passiivisiin hän näyttää lukevan läsnäolon ja erilaiset mielihyvää tuottavat rentoutuksen ja kosketuksen muodot. Aktiivisiin, jotka vaativat jo

enemmän voimavaroja ihmiseltä, kuuluvat aktiiviset liikkeet ja liikunta, josta pitäisi löytää mielihyvää tuottava muoto pitemmälläkin tähtäimellä.

"Yhteistyön sujuminen on paljo ittestä kii"

Ydintiimiin kuuluu omahoitaja ja lääkäri, jotka kutsuvat aina tarpeen mukaan muita toimijoita kuten sosiaalityöntekijän, psykologin, fysioterapeutin jne. osallistumaan potilaan hoidon prosessiin. Laatujärjestelmässä käytetään nimityksiä ydintiimi, toimijat jne. Yhteistyössä tietenkin on aina parantamisen varaa, mutta Verna toteaa, että toisten osastojen kanssa yhteistyö toimii kiitettävästi ja toisten kanssa tyydyttävästi. Hän sanookin, että yhteistyössä on aina kaksi osapuolta ja on itsestä hyvin paljon kiinni, kuinka yhteistyö sujuu. Palautteena heti heijastuu, miten viestittää ja tuo esiin omaa osuuttaan.

"..Että jos mä vaan istun täällä että kunnei kukaa ymmärrä mua niin ei siinä kyllä mitään tapahdukaan. Että kyllä se on aika paljo ittestä kii...."

Fysioterapeutin tapa tehdä yhteistyötä vaikuttaa yhteistyön tuloksiin, ja yhteistyö vaatii fysioterapeutilta hyvää asennetta, taitoa yhteistyön tekemiseen, sopivasti aikaa ja ennen kaikkea aktiivista aloitteisuutta. Laatutyöskentely on vaikuttanut myös sanastoon, jota Verna käyttää.

"Ennen oli enemmän temppeja, nyt on kokonaisvaltaisempaa"

Verna kokee työnsä psykiatrian alueella haastavaksi ja vaikeaksikin, ja paljon pitäisi vielä saada aikaiseksi, että voisi olla tyytyväinen omaan panokseensa. Aluksi oli vaikea löytää fysioterapialle oma paikkansa psykiatrisen potilaan kokonaiskuntoutuksessa, mutta se on pikkuhiljaa hahmottunut.

Vernan mielestä potilaiden hoito on muuttunut asiakaslähtoisemmäksi, subjekti - subjekti-suhde on noussut esiin. Ennen oli enemmän temppeja, haettiin ongelma ja ruvettiin siihen vaikuttamaan, kun taas nykyään toiminta on kaikilla osa-alueilla kokonaisvaltaisempaa, myös hoito-osastoilla.

Aiempina vuosina ei selkeästi hahmotettu, mitä fysioterapian pitäisi olla psykiatrisella alueella. Fysioterapeutti on joutunut itse vuosien kuluessa kokemuksen myötä etsimään sopivat fysioterapian työskentelytavat. Koulutuksen ja kokemuksen myötä fysioterapeutti samoin kuin muu henkilökunta on myös tiedostanut enemmän suhdettaan potilaisiin. Hoitoon osallistuvat pyrkivät toteuttamaan hoitoa niin, että potilas otetaan huomioon kokonaisuutena ihmisenä, jonka kuuluu saada vaikuttaa omaan hoitoonsa. Fysioterapiassa tuo kokonaisvaltaisuus näkyy esimerkiksi siinä, että se ei ole enää vain temppuhoitoa johonkin tiettyyn ongelmaan.

4.10. Haastateltava "Veera"

Veera on varannut rauhallista aikaa ja rauhallisen paikan fysioterapiaosastolla haastattelua varten. Veera etenee hyvin järjestelmällisesti kertoessaan kokemuksistaan työssään.

"Kaksi vuotta kävi itseänsä läpi"

Tultuaan työhön psykiatriseen sairaalaan Veera koki ensimmäiset kaksi vuotta rankaksi; hän sanoo sitä käymisprosessiksi, kun hän kävi itseänsä läpi. Hänen piti myös hahmottaa, mitä hän voi tehdä psyykkisesti sairaiden potilaiden kanssa fysioterapiassa. Veeralla on alusta asti ollut työnohjausta, mutta nyt hän kaipaisi fysioterapeuteille suunnattua työnohjausta ja fysioterapeuttia työnohjaajakseen. Tällaiseen paikkaan tuleminen on opiskelijoillekin sokki, ja Veera on kokenut kaiken muun työmäärän lisäksi raskaaksi tukea opiskelijoita, jotka järkyttyvät näistä potilaista. Opiskelijoiden tukeminen tarkoittaa puhumista ja ajan antamista heille.

Psyykkisesti sairaiden ihmisten kohtaaminen on siihen tottumattomalle ihmiselle vaikeata, ja työntekijä joutuu käsittelemään omia tunteitaan, kuten Veerakin kertoo käyneensä itseään läpi.

Erityisen tärkeäksi nouseekin työnohjaus, jossa työntekijällä on mahdollisuus keskustella tunteistaan ja käsitellä eteen tulleita ongelmia. Veera on ollut onnekas siinä, että hän on alussa saanut työnohjausta, ja todennäköisesti tämä on myös auttanut häntä myöhemmin keskustelemaan opiskelijoiden kanssa, joista osa kokee järkytystä työskennellessään ensi kertaa psyykkisesti sairaiden potilaiden kanssa. Fysioterapeutilla on runsas työmäärä fysioterapian suunnittelussa ja toteutuksessa, ja vielä lisäksi opiskelijat tarvitsevat aikaa ja tukea omaan tunne- ja kasvuprosessiinsa.

"Koulutus on ollut sekavaa"

Veera ei ole tyytyväinen koulutukseen, jota tällä fysioterapian osa-alueella on ollut saatavissa. Koulutus on hänen mielestään sekavaa verrattuna muihin fysioterapian alueisiin. Hän on käynyt viikon mittaisia koulutuksia, ja hän arvelee, että on kaksi suuntausta sen mukaan, mistä kouluttaja itse on innostunut. Osa on kallellaan vaihtoehtohoitoihin, ja osa on kallellaan perinteiseen fysioterapiaan. Veera kokee, että osa kouluttajista on ottanut aineksia fysioterapiasta ja on järkevällä pohjalla, kun taas mietiskelyä hän on kritisoinut, koska itämaiset piirteet eivät hänen mielestään ensinkään kuulu fysioterapiaan.

Tultuaan uutena työntekijänä psykiatriseen sairaalaan Veeran piti hahmottaa fysioterapian sisältöä toisaalta koulutusta hankkimalla ja toisaalta käytännön kokemuksen kautta. Näyttää siltä, että tällä fysioterapia-alueella järjestettävä koulutus ja kurssit eivät ole antaneet fysioterapeutille selkeätä kuvaa eikä helposti käytettäviä keinoja psyykkisesti sairaiden potilaiden fysioterapian toteutuksessa. Näyttää myös siltä, että joidenkin fysioterapiasuuntausten tausta ei ole sopusoinnussa fysioterapeutin oman ihmiskäsityksen ja vakaumuksen kanssa.

"Osata olla sopivan vaativa potilaalle tai herättää potilaan motivaatio huomaamatta"

Veeran työ psykiatrisilla osastoilla on paljolti perusliikkumisen ohjaamista ja motivointia, koska psyykkisesti sairaat jäävät helposti sänkyyn. Potilaan

motivointi on asia, joka Veeran mielestä vaatii kehittämistä. Motivointi on ongelma, hän sanoo.

" Tämmönen passiivisuus ja meillä täällä tällä hetkellä on semmonen (potilas), jos on hyvä päivä, niin se saattaa ilman päällysvaatteita kävellä kahvioon, mutta ei millään sitte hän on hirveen surkee, kun pitäs fysioterapiaan lähtee. Hän ei jaksakaan kävellä tuohon päätalolle, minkä hän hilpasee sitte kahville ihan noin vaan. Tää on ollu mulla potilaana aikasemminki, että se ei niinku mene perille, hän ei niinku ymmärrä, se on se hänen ongelmansa, että hän tuolla istuu ja hän ei jaksaa ja se on semmosta motivointia. Siinä pitää vaan olla sillai niinku vaativa - aika rankkaa olla semmonen vaativa. Kun taas jonku toisen potilaan kohdalla, että osata nähdä se, että millonka mun pitää olla vaativa ja millonka mun pitää olla taas toisenlainen, se on muuten kans vaikee, että ei aina voi olla vaativa. "

Potilassuhteen luominen on Veeran mielestä hirveän tärkeätä. Varsinkin jos potilas on harhainen, kannattaa suhteen luomiseksi tehdä töitä. Juttelulla voi aloittaa eikä kannata kovasti patistaa mihinkään. Luovien menetelmien käytön kehittelyä Veera korostaa ja pitää tärkeänä.

" En muista miten teoria hienosti mutta minä koen, että siinä ei ole semmosta suorituspakkoo ja potilas innostuu liikkumaan huomaamatta ja tota hän, siinä käytetään keskustelua välillä, mikä on hirveen hyvä, siinä puhutaan, miltä nyt tuntuu tämä, miten meni. Ja vaikka siellä tulis negatiivisia asioita, niin niistähän voi sitte jatkaa keskustelua sitte myöhemmin, että ja juuri se niinku semmonen ilo, että se saattaa olla potilaalle itselleenkin yllätys, että mielisairaalassa sattaa olla hauskaakin, että joku tämmönen, että se on sitte kummallista, että jos tekis jotain mekaanista liikettä, niin potilasta ei saa sillä tavalla liikkeelle, kuin luovassa liikunnassa, koska he ei huomaa sitä, että he liikkuu siinä samalla. Se on ihan semmosta lapseksi heittäytymistä. "

Fysioterapeutin tehtävä yksinkertaisesti on saada potilas liikkeelle ja aktiiviseksi, mutta päämäärään ei voi edetä suoraviivaisesti. Fysioterapeutti joutuu ymmärtämään ja hyväksymään, että potilaan motivaatio kuvaa hänen jaksamistaan, hänen resurssiaan eli voimavarojaan. Sekin vaihtelee, mihin potilas motivoituu; potilas menee aktiivisesti kahville, koska se tuottaa mielihyvää, kun taas fysioterapiaan hän ei jaksaa lähteä. Fysioterapeutilta vaatii kärsivällisyyttä ja erilaisten keinojen kehittelyä saada potilas liikkumaan ja toimimaan aktiivisesti. Tässä fysioterapeutti kuvaa elävästi luovaa liikuntaa, jonka avulla hän on kokenut saavansa potilaita liikkumaan. Siinä toteutuu mielihyvä ja ilo, kuten aiemmin mainitussa kahville menossa -

fysioterapian keinoissa pitää siis käyttää mielikuvista, leikkiä, hauskuutta ja iloa ja niiden avulla houkutella potilas liikkumaan ja aktiiviseksi.

Fysioterapeutin pitää myös kehittää herkkyyttään havaita kunkin potilaan yksilölliset resurssit ja oppia arvioimaan, miten vaativa kunkin potilaan kohdalla voi olla. Vaativuus tässä tarkoittaa lempeästi mutta päättäväisesti pakottaa tai houkutella potilasta liikkeelle. On tilanteita, jolloin taas potilasta ei kannata patistaa mihinkään, vaan aikaa pitää antaa ja jutella potilaan kanssa suhteen luomiseksi.

”Lopulta pystyisi hoitamaan liikuntansa itse aktiivisesti”

Veeralla on yksilöpotilaita sekä ryhmiä kaikilta osastoilta, kuten akuutti-, kriisi- ja kuntoutusosastoilta. Passiiviset tai masentuneet ihmiset tarvitsevat aktivointia – liikuntaohjelmaa, yleiskunnon kohottamista ja lihasvoiman harjoittamista. Jos potilaan motivaatio on nollassa, on fysioterapia ensin hoitavaa ja sitten hiljalleen ohjataan liikuntaan niin, että potilas lopulta pystyisi hoitamaan liikuntansa itse aktiivisesti. Alussa voi olla tarpeen lämpöhoito ja hieronta, sitten lihasvoimaharjoittelu, joka on Veeran mielestä erittäin hyvä ruumiinkuvan vahvistamiseksi. Samoin kehon pinnan koskettamista erilaisin menetelmin hän käyttää kehon hahmottamiseen. Lopulta potilas voi tulla kuntosaliryhmään. Veeralla on upeita kokemuksia muutamien potilaiden kanssa etenemisestä niin, että aluksi potilas on ollut kaikki päivät sängyssä, sitten hänet on saatu lähtemään rentoutusryhmään ja lopulta hän on jo osallistunut talon ulkopuolisiin ryhmiin. Jännitys- ja tuskatilapotilaille hän käyttää rentoutusta, kuten jännitys-rentoutta, pariharjoituksia sekä potilaiden itsenäisiä harjoituksia, joita he merkitsevät ylös. Suggestiivisia menetelmiä hän ei käytä, koska lääkärin mielestä ne eivät sovi psyykkisesti sairaille potilaille. Niska-hartiavaivoja on paljon, koska potilaat jännittävät. Niska-hartiaryhmässä Veera käyttää myös luovaa liikuntaa. Hänen mielestään luova liikunta toimii todella hyvin, koska siinä kaikki on hyvää, mitä potilas tekee, ja se on hauskaa, siinä on ilo mukana. Joskus Veera kokoaa omista potilaistaan ryhmän kiertämään luontopolkua. Lisäksi hän on apuohjaajana runoryhmässä, josta hän erityisesti pitää. Veera mainitsee erikseen muutaman

potilasryhmän. On potilaita, joilla on psykosomaattisia oireita, ja oire on eri päivinä eri paikassa. Rajatilapotilaat hän kokee raskaiksi, ja työryhmän täytyy olla tarkoin selvillä sovituista rajoista. Itsemurhapotilailla taas on usein murtumia.

Veeran työssä näyttää olevan keskeistä aktivointi ja motivointi toimintaan. Aktivoinnissa tärkeinä keinoina ovat liikunta ja yleiskunnon kohotus, ensin ohjatusti ja sitten omatoimisesti. Lihasvoimaharjoittelua Veera pitää hyvänä myös ruumiinkuvan vahvistamisessa. Kehon hahmotukseen hän käyttää myös erilaisia koskettamismenetelmiä. Veeralle on tuottanut tyydytystä työstään, kun vain sängyssä makaillut potilas on alkanut liikkumaan ja osallistumaan ryhmiin. Liikunnan ja lihavoimaharjoitusten lisäksi Veeralla fysioterapian keinoina korostuvat rentoutus ja luova ilmaisu. Rentoutuksessakin hän ohjaa potilasta kohti omatoimisia harjoituksia käyttäen konkreettisia fyysisiä rentoutusmenetelmiä. Luovan ilmaisun hän kokee hyvin toimivaksi, koska siinä hänen mielestään potilaat kokevat iloa ja kaikki potilaan tekeminen on sinänsä hyvää.

"Kehon piirtäminen päästä varpasiin ja muut tutkimistavat"

Veera ei tutki potilasta yhdellä kerralla, vaan pitkin matkaa. Haastattelu on hänen mielestään hyvin tärkeä, ja hän kysyy ahdistuneisuudesta, jännittyneisyydestä, unensaannista, mielialasta sekä tavallisia fysioterapiaan liittyviä kysymyksiä. Lääkityksen ja liikunnan harrastuksen hän kyselee - liikunnan aina kouluiästä asti löytääkseen sellaisen liikkumismuodon, josta potilas on joskus pitänyt. Tärkeätä on lähteä potilaan eikä fysioterapeutin kiinnostuksesta. Toisinaan hän käyttää tutkimisessa vapaata kehon piirtämistä päästä varpasiin tai valmista piirrosta, johon potilas saa merkitä, mistä kehossaan pitää, mitä oireita on, kipua, puutumista tai muuta. Hän saattaa käyttää myös ruumiinkuvatutkimusta Bunkanin mukaan tai käytännön liiketestiä Roxendalin mukaan. Voimavarojen arviointikaavaketta kokonaisuutena hän ei niinkään käytä, koska hän ei ole sisäistänyt palpationia eikä joustavuustestiä eikä usko niiden luotettavuuteen. Hänen mielestään niiden tulokseen vaikuttaa niin paljon potilaan mieliala. Ryhtiosuutta ja hengitystä hän sen sijaan kyllä katsoo voimavarojen arviointikaavakkeeseenkin pohjautuen. Potilaan edistyessä hän käyttää

tutkimisessa myös invalidisäätiön lihasvoimatestiä sekä fyysisen kunnon testiä, jota tekee toisinaan liikunnanohjaaja. Invalidisäätiön testin tuloksia on mukava näyttää myös potilaalle itselleen.

Fysioterapeutilla näyttää olevan käytössään laaja valikoima tutkimismenetelmiä, jotka on suunniteltu erityisesti psyykkisesti sairaiden potilaiden tutkimiseen haastattelusta ruumiinkuvapiirroksiin, liiketestiin ja voimavarakartoitukseen asti. Ruumiinkuvapiirroukset ovat ominta aluetta psyykkisesti sairaiden potilaiden tutkimisessa. Näyttää siltä, että fysioterapeutti soveltaa tutkimistapoja sen mukaan, mihin hän itse voi uskoa tai mitä hän näkee järkeväksi käyttää. Joidenkin tutkimistapojen käyttöä hän taas vieroksuu, koska ei pidä niitä luotettavina, kuten voimavarojen arviointikaavakkeen palpoin- ja liikkuvuusosuudet. Voimavarojen arviointitutkimus viittaa Bunkanin kehittämään tapaan tutkia ihmisen ruumiillisten jännitystilojen kautta psyykkisesti painottuneita jännityksiä. Haastattelussa fysioterapeutti korostaa erityisesti potilaan mielentilaan ja tunnekokemukseen liittyviä kysymyksiä. Erityisen tärkeänä hän näyttää pitävän liikuntaharrastuksen ja liikuntakiinnostuksen tutkimista ja haluaa löytää vaikka kauempaakin potilaan elämän vaiheista sen liikkumismuodon, joka voisi potilasta innostaa. Hän ilmaisee varsin selkeästi sen oivalluksen, että liikuntakiinnostus herää vain potilaan omista kiinnostusalueista, ei fysioterapeutin kiinnostusalueista. Näin hän etsii potilaan motivaatiota ja toteuttaa liikuntaan ohjausta potilaan ehdoilla. Fysioterapeutilla on käytössään harkintansa mukaan myös Roxendalin kehittämä liiketesti .

5 MERKITYSKOKONAISUUKSIEN YHDISTÄMINEN JA ANALYYSI

Tässä vaiheessa siirrän haastateltavien puheen kuvauksista nousseet merkityskokonaisuudet yhteen ja ryhmittelen samaan aihealueeseen kuuluvat merkityskokonaisuudet oman otsikkonsa alle. Analysoin merkityskokonaisuusryhmiä ja lisään kirjallisuudesta teorian tietoa niihin kohtiin, joiden tulkintaa ja ymmärtämistä teorian tieto syventää.

5.1 Kohtaaminen

" Kuunteleva kohtaamisen tie" Mirja

" Pitkäaikaisen ja konkreettisen kuntoutuksen myötä potilas alkoi ottaa kontaktia" Tanja

" Tykätä näistä ihmisistä" Tanja

" Läsnäolo, olla vaan" Jaana

" Muutama ensimmäinen kerta potilaalla menee pelkäämiseen" Milja

" Vuorovaikutus on koskettamista, tanssia, liikettä, piirtämistä, kontakti-improvisaatiota" Kaisli

" Osata kohdata toinen ihminen" Maria

Ensisijaista fysioterapian menetelmissä on useimpien haastateltujen fysioterapeuttien mielestä potilaan, ihmisen kohtaaminen. Osa kuvailee sellaista toimintaa potilaan kanssa, jossa tapahtuu kohtaaminen. Osa puhuu kohtaamisesta syvällä tasolla tai vuorovaikutuksen syvyydestä, osa puhuu kontaktin vastavuoroisuudesta tai vuorovaikutuksen tasa-arvoisuudesta.

Yksi haastatelluista puhuu potilaan **kuuntelemisen** tärkeydestä, ja ilmaisullaan kuuntelevan kohtaamisen tie hän kuvailee, että kohtaaminen syvällä tasolla vaatii

myös aikaa. Hän toteaa, että ilman potilaan kuuntelemista voi mennä harhaan fysioterapian toteutuksessa.

Kuuntelemisella fysioterapeutti antaa potilaalle tilaisuuden tulla kuulluksi ja ymmärretyksi. Tämä mahdollistaa potilaalle myös arvostuksen kokemista - hän on kuuntelemisen arvoinen. Tämä lisää potilaan omanarvontuntoa ja siten potilaan voimavaroja. Näin pelkkä kuunteleminen voi olla potilaalle tervehdyttää potilasta. Puhuminen voi myös auttaa potilasta jäsentämään tunteitaan ja tilannettaan, mikä voi auttaa häntä ratkaisemaan ongelmiaan. Pysähtyminen todella kuuntelemaan potilasta antaa fysioterapeutille käsityksen siitä, mitä apua ja tukea potilas tarvitsee, ja auttaa valitsemaan potilaan tarpeeseen sopivia fysioterapian keinoja.

Riikonen ja Smith (1998) kirjoittavat kuuntelemisen tavasta, että ei-tietämisen asenne kuuntelemisessa antaa molemmille osapuolille mahdollisuuden tutkia kokemusta. Asian merkitsevyydestä ei päättä ainoastaan asiantuntija, tässä tapauksessa fysioterapeutti, vaan potilaan kertoma ja potilaan näkemykset ovat tärkeä ohjenuora fysioterapiaa toteutettaessa. Tämä tukee haastateltavan ilmaisua, että kuuntelemisen tie varmistaa, ettei fysioterapiassa mennä harhaan.

Swain (1997) ja Burnard (1995) kirjoittavat ydintekijöistä, joita tarvitaan hyvän suhteen luomisessa potilaan kanssa. Ydintekijöihin kuuluvat muun muassa toisen ihmisen kunnioitus, hyväksyminen ja lämpö, joita myös tässä puheena oleva todellinen potilaan kuunteleminen vaatii. Hyväksyminen ja kunnioitus antavat potilaalle kokemuksen, että hän on arvokas persoona.

Sanaton vuorovaikutus kohtaamisessa nousee esiin usean haastateltavan puheesta eri muodoissaan. Yksi haastateltavista kritisoi sitä, että potilaan kyky kertoa ja hoitoyhteisön kyky kuulla eivät riittävästi kohtaa. Hän tuo esiin monia sanattoman vuorovaikutuksen muotoja, joiden avulla voisi "puhua asioista puhumatta". Hän mainitsee kosketuksen, tanssin ja kontakti-improvisaation kohtaamisen tapoina, joissa potilas voisi kokea olevansa vahvoilla. Toisessa yhteydessä yksi

haastateltavista lisää vielä liikunnan tienä, jonka kautta pääsee kohtaamaan potilaan niin, että potilas hiljalleen avautuu keskustelulle ja asioidensa pohtimiselle.

Yksi haastateltava puhuu **kosketuksen** merkityksestä vuorovaikutuksen väylien avaajana. Esimerkiksi kosketusrentous on ollut niin merkittävä vuorovaikutuksen lisääjä, että fysioterapeutti on neuvonut kosketusrentoutusta myös omahoitajan käyttöön.

Mielestäni kosketus voi olla suuri voimavarojen lisääjä antamalla ihmiselle hyvän olon ja hyväksytyksi tulemisen sekä turvallisuuden tunteita. Voimavarojen lisääntyessä potilaan on helpompi uskaltautua kontaktiin toisen ihmisen kanssa.

Poon (1995) sekä Pratt ja Mason (1981) myös kirjoittavat kosketuksen sanattomasta viestistä. Potilaan kohtaamiseen sovellettuna fysioterapeutin tai muun hoitavan henkilön kosketus voi viestittää potilaalle hyväksyntää, kunnioitusta ja rakkautta. Mason kirjoittaa, että kosketus välittää potilaalle myös turvallisuuden tunnetta. Fysioterapeutin kokemusten ja kirjallisuuden viitteiden perusteella kosketus voi olla kontaktin syntymisen ja kohtaamisen avain joidenkin potilaiden kohdalla.

Yksi fysioterapeutti kuvailee pelkkää **läsnäoloa** kontaktin luomisessa. Hänellä on kokemus potilaasta, jonka luona hän pitkän aikaa vain istui ja oli läsnä. Samalla hän kertoi, että tämä aika on potilasta varten ja teki joitakin ehdotuksia yhteisestä toiminnasta. Kului viikkoja, kunnes lopulta potilas otti kontaktia voimakkaan negatiivisella tunteella, minkä jälkeen he pääsivät aloittamaan yhteistyön. Tässä tilanteessa työnohjaus auttoi fysioterapeuttia ymmärtämään paremmin kyseisen potilaan sairauden laatua ja sen vaikutusta kontaktiin.

Yksi haastatelluista fysioterapeuteista toteaa kontaktin luomisen vievän aikaa siksi, että potilas aluksi usein jännittää ja pelkää uutta tilannetta. Potilaalla voi olla paha olo ja sisäinen levottomuus, jotka haittaavat hänen keskittymistään, tai häntä

ahdistaa, minkä hän ilmaisee sanomalla, ettei hän jaksaa fysioterapiaa. Jaksaminen paranee sitä myötä, kun luottamus lopulta syntyy.

Kontaktin luominen vaatii fysioterapeutilta paitsi pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä myös herkkyyttä havaita, mitä potilaan ilmaisun - jaksamattomuuden tai vihamielisyyden - takana on. Fysioterapeutin pitää kokeilla eri polkuja rakentaa siltaa potilaan luo ja ymmärtää potilaan reagoitua sekä muuttaa toimintaansa herkästi. Näissä esimerkeissä potilaan sisäinen tunnetila hidasti kontaktin mahdollistumista. Luottamuksen syntymistä edisti, kun potilas koki, että fysioterapeutti kestää hänen osallistumattomuutensa tai tunteenpurkauksensa eikä hylkää häntä.

Yksi haastateltavista fysioterapeuteista kuvaa, miten aggressiivinen kaikkia hoitoja vastustanut potilas kuukausien **konkreettisen kuntoutuksen** myötä ikään kuin **selkeni ajatuksiltaan**. Fysioterapeutti toteaa, että toisinaan on vaikea löytää avain, jolla lukko aukeaa yhteistyölle. Hän kaipaakin fysioterapeuteille enemmän psykologista ja psykoterapeuttista koulutusta, mutta toteaa, että kaikkein tärkeintä kuitenkin on **fysioterapeutin asenne ja luonteenlaatu**, joihin oleellisesti kuuluu **aitous ja ihmisrakkaus**, joka sallii potilaan kokea olevansa ainutkertainen. Tätä tukee myös Roxendal (1995) kirjoittamalla, että kohtaaminen tapahtuu vain, jos fysioterapeutti esittää itsensä persoonana.

Esimerkin aggressiivisen potilaan ajattelu ja käyttäytyminen selkeni, kun fysioterapeutti teki hänen kanssaan kuukausia konkreettista yhteistyötä liikkumiskyvyn palauttamiseksi ja auttoi häntä vuoteesta makaavasta ulkona käveleväksi. Mielestäni tässä esimerkissä fysioterapeutti osoitti toiminnallaan potilaalle, että hän välittää potilaasta ja että hän suhtautuu potilaaseen kuin ainutkertaiseen tärkeään ihmiseen. Kohtaaminen mahdollistui ajatusten selkenemisen myötä; fysioterapeutti ja potilas pääsivät kontaktiin kognitiivisella tasolla. Potilas alkoi puhua realistisesti siitä, miten vaikeata hänen käyttäytymistään on toisen ihmisen jaksaa. Heille syntyi ajatuksellinen molemminpuolinen yhteys toisiinsa. Fysioterapeutti osoitti myös, että potilaan

negatiivisesta tunteiden ilmaisusta huolimatta fysioterapeutti ei häntä hylkää, ja potilas sai toisesta ihmisestä ikään kuin peilin, jonka kautta katsoa omaa käyttäytymistään. Todennäköisesti myös konkreettinen liikkumiskyvyn harjoittaminen on toiminut potilaan ruumiinkuvaa eheyttäen, mikä on osaltaan voinut auttaa tunteiden ja ajatusten selkiytymisessä ja luonut edellytyksiä toisen ihmisen kohtaamiselle. Tätä tukee Bunkanin (1996) näkemys, että selkeä ruumiinkuva on edellytys kontaktille itseen ja kontaktille toisiin ihmisiin.

Yksi haastateltavista sanoo, että tärkeitä on avoin mieli ja luova hulluus. Tulkitsen luovan hulluuden huumoriksi, joka kunnioittaa ja ottaa huomioon toisen ihmisen tunteet. Huumorin käyttö voi mielestäni olla rakentavaa ja auttaa potilasta saamaan hyvää mieltä ja sitä kautta lisää resursseja. Tätä tukee myös Burnard (1995) kirjoittamalla, että potilaan ohjauksessa kevyt ilmapiiri on tuloksetkaampi kuin raskaan totinen.

Kohtaamisessa voi mielestäni lähestyä potilasta tilanteen ja henkilön mukaan ruumiillista, emotionaalista tai kognitiivista tietä painottaen. Ruumiillista kautta lähestyttäessä kohtaamisessa korostuu esimerkiksi kosketus, joka voi rauhoittaa ja viestittää hyväksyntää potilaalle ja edistää siten kohtaamisen vaatimaa yhteyden syntymistä. Emotionaalista kautta lähestyttäessä fysioterapeutti kohtaa potilaan tunteet; hän ymmärtää, hyväksyy ja kestää niiden ilmaisun, mikä edistää yhteyden syntymistä. Swain (1997) ja Burnard (1995) kirjoittavat emotionaalisen kohtaamisen vaatimasta empatiakyvystä, jaetusta ymmärtämisestä kahden ihmisen välillä niin, että ihminen katsoo asiaa hetken toisen ihmisen silmin ja ymmärtää jotain hänen tunteistaan menettämättä kuitenkaan persoonallisuutensa rajoja. Kognitiivista tietä kohtaaminen ja yhteys syntyy ajatusten ja puheen välityksellä. Tähän voi mielestäni kuulua myös ilmapiiriä keventävä, potilasta kunnioittava huumori, joka voi luoda edellytyksiä kohtaamiselle.

Mielestäni suurin osa haastatelluista esittää fysioterapian tärkeimmäksi tekijäksi ihmisen kohtaamisen, yhteyden löytämisen toisen ihmisen kanssa. Yhteys elää fysioterapeutin ja potilaan kokemuksessa sinä hetkenä ja toimii siltana keskustelulle

ja yhteiselle kokemiselle ja tekemiselle. Mielestäni päävastuu kohtaamisen mahdollistumisesta on fysioterapeutilla. Yhteyden syntyminen vaatii fysioterapeutilta kykyä kohdata toinen ihminen tasavertaisesti ja myös ymmärrystä, että potilas voi päästää sillä hetkellä vain niin lähelle, kuin hänellä on voimavaroja ja uskallusta. Fysioterapeutilla pitää olla kärsivällisyyttä, kekseliäisyyttä ja herkkyyttä tunnustella eri polkuja potilaan luo sekä taitoa antaa tilaa ja tarvittavaa tukea potilaalle. Myös Buberin (1995) sekä Heikkisen ja Laineen (1997) kirjoitukset tukevat yhteyden molemminpuolisuuden tärkeyttä. He kirjoittavat dialogista, joka edellyttää, että ihmiset tulevat kohtaamiseen persoonina eli aitoina omina itsenään, jolloin minä kohtaa sinän.

Kohtaaminen molemminpuolisena yhteytenä, jonka syntymistä edistävät seuraavat asiat:

Fysioterapeutilla on päävastuu kohtaamisen mahdollistumisesta:

- luonteenlaatu
- aitous
- ihmisrakkaus
- psykologinen taito
- huumori

Potilaan kokemus on keskipisteessä:

- potilas ilmaisee, mitä hän tarvitsee
- potilaan kyky päästää lähelle
- ainutkertaisuuden kokemus
- hyväksytyksi ja rakastamisen arvoiseksi itsensä kokeminen

Kohtaamisen muotoja:

- läsnäolo, ajan ja tilan antaminen
- kuunteleminen; potilas tulee kuulluksi ja hyväksytyksi
- kosketus ja muut sanattoman kohtaamisen muodot
- konkreettinen yhdessä tekeminen, jolloin potilas tulee otetuksi todesta

5.2 Fysioterapeutin oma itsetuntemus ja ihmisenä kasvaminen

" **Se vaatii oman itsen kasvua**" Jaana

" **Huomaa mieltivänsä kotona tiskatessakin varsinkin lapsipotilaita**"

Kaisli

" **Kaksi vuotta kävi itseänsä läpi**" Veera

Kolme haastateltavaa korostaa **omien tunteiden käsittelyn** tärkeyttä. Yksi heistä toteaa, että murheet omassa elämässä saattavat haitata läsnäoloa ja viedä tilaa potilaalta ja näin haitata potilaan hoitoa. Fysioterapeutti laittaa itsensä kokonaan peliin, mikä vaatii myös **oman itsen kasvua**. Toinen toteaa raskaaksi sen, että on vaikea vetää omat rajat. Hän yllättää itsensä usein miettimästä kuulemiaan elämäntarinoita ja näkemiään ruumiintarinoita ja ihmettelee aikuisten maailman aiheuttamia ongelmia lapsipotilaiden elämässä. Kolmas toteaa käyneensä pari vuotta läpi omaa itseään aloittaessaan työtä psykiatristen potilaiden kanssa. Työnohjauksen hän on kokenut tarpeelliseksi. Myös opiskelijoiden hän on huomannut käyvän voimakkaita prosesseja, joissa he tarvitsevat tuekseen keskusteluita fysioterapeutin kanssa.

Fysioterapeutin oman itsen kasvua on oppia tunnistamaan tunteitaan ja käsittelemään työn herättämiä voimakkaitakin tunteita, kuten säälin, avuttomuuden tai kiukun tunteita. Samoin hänen pitää oppia pitämään omat rajansa samaistumatta potilaan tuskaan voidakseen tukea potilasta empaattisesti. Työ voi nostaa fysioterapeutin mieleen myös hänen oman elämänsä menneitä tai nykyisiä ongelmia, joita hän joutuu kohtaamaan ja käsittelemään. Burnard (1995) kirjoittaa, miten **oma itsetiedostus** auttaa erottelemaan omat tunteet ja omat ongelmat potilaiden tunteista ja ongelmista ja tiedostamaan "minän rajat". Itsetiedostus kuuluu myös fysioterapeutin itsestään huolehtimiseen, ettei hän uuvu ja menetä voimavarojaan, joita hän tarvitsee työssä ja muussa elämässä jaksamiseen.

Haastateltavien esiin nostamia itsetuntemuksen osa-alueita vahvistaa myös Burnard (1995). Hän määrittää itsetiedostuksen osiksi muun muassa omien sisäisten tunteiden, ajatusten ja aistimisherkkyyden tiedostamisen sekä oman ulkoisen käyttäytymisen tiedostamisen. Se, miten ihminen ajattelee asioista, ihmisistä ja maailmasta, vaikuttaa siihen, mitä hän havaitsee ja miten toimii. Aistimisherkkyyttä voivat haitata huolet ja stressi, jolloin ei voi antaa koko huomiotaan potilaalle. Ulkoiseen käyttäytymisen tiedostamiseen Burnard katsoo kuuluvan sen, mitä ja miten ihminen sanoo sekä millaiset ovat kehon liikkeet, eleet ja ilmeet, sanat, puheen ajoitus ja sävy, katsekontaktin laatu. Fysioterapeutin pitää myös kehittää omaa stressinsietoaan sekä käsitellä ja ratkaista omia ongelmiaan, etteivät oman elämän murheet haittaa läsnäoloa ja potilaan hoitoon keskittymistä.

Yksi haastateltavista mainitsee tässä yhteydessä kokeneensa **työnohjauksen** tärkeäksi. Samoin Burnard (1995) kirjoittaa, että työnohjaajan kanssa omien tunteiden käsittely tai vertaistukiryhmässä keskustelu auttavat työntekijää tuntemaan omaa itseään ja käsittelemään emotionaalisia stressejä turvallisessa ja tukea antavassa ilmapiirissä. Työnohjaus tai keskustelu vertaistukiryhmässä estävät siten myös työperäiseen stressiin uupumista.

Yksi haastateltavista toteaa, että fysioterapeutin pitää olla myös rehellinen malli ihmisestä teeskentelemättä ylijaksamista, vaikkakin työntekijänä hänen pitää jaksaa silti huomattavasti enemmän kuin potilaan. Tätä tukee myös Roxendal (1987) kirjoittamalla, että fysioterapeutin tulee esittää itsensä persoonana ja samalla fysioterapeutin rooliin kuuluu olla ammattiavun antaja ja potilas on avun saaja.

Haastateltavat eivät tässä itsen kasvun ja tunteidensa tunnistamisen yhteydessä puhu **oman kehonsa tiedostamisen** kehittämisestä itsetuntemuksen osana. Burnard (1995) kuitenkin on sitä mieltä, että olisi outoa keskittyä kehittämään tietoisuutta itsestä vain mielen tasolla, jos unohtaa koko kehonsa tiedostamisen samanaikaisesti. Hän sanoo, että kuuntelemalla omaa kehoaan ihminen voi oppia

todellisia tunteitaan. Lisäksi Mattsson B. (1995) ja Hillström ym.(1989) sekä Hyyppä (1997) kirjoittavat, että toisen ihmisen tunteita voi aistia ruumiillisesti, mikä perustuu osittain fysiologisiin muutoksiin omassa ruumiissa.

Fysioterapeutin itsetuntemukseen ja ihmisenä kasvuun liittyviä tekijöitä, jotka edistävät kykyä toimia potilaan kanssa

- omien tunteiden tunnistaminen ja käsittely
- omien ongelmien tiedostaminen ja käsittely
- oman käyttäytymisen tiedostaminen
- oman stressin siedon kehittäminen
- minän rajojen pitäminen
- työnohjauksen saaminen tueksi

5.3 Potilaan itsetuntemuksen edistäminen

"Herättelee kysymyksillä pohdintaa syvemmälle" Mirja

"Fysioterapiassa autetaan potilasta tuntemaan itseään paremmin" Milja

"Voisi enemmänkin käyttää mieleen vaikuttamista" Milja

"Antaa mahdollisuuksia kehon kautta kokea jotain muuta tai mahdollisuuksia ajatuksiin tai mielikuviin" Kaisli

Kolme haastateltavaa kokee fysioterapian merkittäväksi tehtäväksi auttaa potilasta tuntemaan ja tiedostamaan itseään, elämänhistoriaansa ja elämäntilannettaan paremmin ja herätellä potilaita pohtimaan, miten tilanteeseen on tultu, sekä edelleen auttaa auttamaan itse itseään. Yksi heistä sanoo ohjaavansa potilasta miettimään, miksi vaiva on sellainen kuin on ja mitä sen takana on. Prosessin kuluessa potilaalle tulee ahaa-elämyksiä, ja yksi haastateltavista vielä toteaa, että potilaalle pitäisi herätä toivo. Kaksi haastateltavista toteaa, että prosessi on pitkä ja osa potilaista tulee uudelleenkin sairaalaan, jolloin itsetuntemusprosessia jatketaan siitä, mihin on jääty tai mistä potilas ei ole yksin päässyt eteenpäin.

Kaksi haastateltavista haluaisi käytettäväksi enemmän keinoja vaikuttaa potilaan mieleen. Toinen heistä toteaa, että fysioterapeutti ei voi ihmistä, hänen ajatuksiaan, tunteitaan ja asenteitaan muuttaa, vaan **ihminen tekee sen itse**; fysioterapeutti voi vain antaa mahdollisuuksia mielikuviin ja ajatuksiin tai antaa uusia kokemuksia kehon kautta. Hänen mielestään mielikuvia ja mielen mahdollisuuksia pitäisi fysioterapiassakin enemmän hyödyntää. Toinen haastateltavista kaipaa lisää psykoterapeuttista tietoa, koska potilaat usein avautuvat puhumaan. Hän haluaisi lisää taitoa saada ihminen heräämään tietoiseksi asioista, joihin tämän itse pitäisi vaikuttaa.

Nämä haastateltavat ajattelevat muutoksen potilaassa, hänen ajatuksissaan ja tunteissaan, tapahtuvan vain hänen omasta toimestaan. Fysioterapeutti voi olla liikkeelle paneva voima herättämällä ihmistä itseään ajattelemaan ja tiedostamaan syvemmin tilannettaan ja löytämään itse ratkaisuja. Burnardin (1995) näkemys tukee myös potilaan oman pohdiskelun tärkeyttä. Fysioterapeutin on tärkeätä kuunnella ja ymmärtää potilaan näkökulmaa. Kuuntelemisen lisäksi tehokasta on avointen kysymysten tekeminen, reflektointi ja empatian tarjoaminen, jolloin potilas voi tuoda esiin oman tietonsa, selityksensä ja ratkaisunsa ongelmiinsa. Myös Roxendal (1996) ohjaa kysymään ja kuulemaan potilaalta itseltään, mikä on hänen ongelmansa sekä miten ja milloin hän voi sen ratkaista. Itse valitsemiinsa ratkaisuihin ihminen sitoutuu paremmin. Rogers (1967) toteaa, että ohjauksen myötä ihminen voi nähdä itsensä uudella tavalla, hän voi hyväksyä itsensä ja tunteensa ja saada itseluottamusta ja joustavuutta. Hän oppii havaitsemaan myös selkeämmin, mitä tapahtuu hänen ulkopuolellaan ja mitä hänen itsensä sisällä.

Haastateltavat puhuvat myös siitä, että fysioterapeutti voi olla tuki auttamalla potilasta löytämään mielestään positiivisia kantavia voimavaroja kuten **toivoa**. Tunteet ja niiden värittämät mielikuvat vaikuttavat voimakkaasti potilaan kaikkeen toimintaan. Myös Burnard (1995) toteaa, että itsetuntemuksen kehittämiseen kuuluu tunteidensa ja ajatustensa tiedostaminen, koska ne vaikuttavat siihen, miten ihminen asioita kokee ja ympärillään näkee. Achté (1992) toteaa toivon vaikuttavan myös immunologisen systeemin kautta elimistön vastustuskykyä

lisäämällä, mikä osoittaa vaikutuksia ihmiseen kokonaisuutena. Niinpä myös fysioterapeutin mainitsemat **tyytyväisyys itseensä ja mielikuvat omasta ruumiista** olisivat itsetuntemuksen kehittämiseksi tiedostettavia ja niihin voisi myös enemmän hyödyntää mielikuvia tietoisesti. Mielestäni tähän yhteyteen sopii Heptinstallin (1995) jaottelu ihmisen sisäisestä puheesta itselleen. Jos ihminen puhuu optimistisesti ja positiivisesti itselleen, hän voi hyvin. Jos hän sen sijaan puhuu negatiivisesti ja pessimistisesti, ilmenee hänellä stressiä ja kuormitusta. Edelleen Heptinstall (1995) kirjoittaa asseritiivisuusharjoittelusta, jossa ihminen opettelee ottamaan oman tilansa ja oikeutensa tasapuolisesti toisten joukossa, mikä mielestäni on yhteydessä haastateltavien mainitsemaan mieleen vaikuttamiseen. Burnard (1995) toteaa samoin kuin toinen haastateltavista, että ohjaus ei ole tuloksekasta, jos potilaan tunteissa ja käyttäytymisessä ei tapahdu muutosta.

Yhden fysioterapeutin puheesta välittyy myös selkeästi ruumiin ja mielen yhteys potilaan itsetuntemuksen edistämiseksi; hän toteaa, että fysioterapiassa voi ohjata **kokemaan kehonsa kautta jotain erilaista**, mikä herättää kehollista itsetuntemusta. Tästä voi päätellä, että muutosta voi tapahtua myös kehollisesti tai kehon kautta koko ihmisessä. Kehollisen, ruumiillisen muutoksen vaikutusta koko ihmiseen tukee myös Roxendal (1985, 1987, 1995).

Potilaan itsetuntemuksen edistäminen:

- itsensä tunteminen ja tiedostaminen
 - ajatustensa, tunteidensa tiedostaminen
 - elämänsisänsä ja elämäntilanteensa tiedostaminen
 - herätä pohtimaan yhteyksiä vaivaan
 - ahaa-elämykset
 - toivon herääminen
 - tyytyväisyys itseensä
 - mielikuvat omasta ruumiista
 - kokea kehonsa kautta jotain erilaista
- muutos tunteissa ja käyttäytymisessä; muutoksen potilas tekee itse

5.4 "Tunteiden vapautuminen keskustelun edistäjänä"

"Pystyy tunne-esteitensä ylittämään, itkee rauhassa" Mirja

"Mä en puhu nyt, että on suora joku ongelma, vaan joka tulee ahdistuksen takia" Verna

Kaksi haastateltavaa puhuu kosketuksesta tunteiden vapauttajana tai keskustelun avaajana. Toinen haastateltava puhuu erityisesti kosketusrentoudesta, jonka avulla hän haluaa viestittää potilaalle välittämistä. Potilas saa kokea olevansa arvokas ja välittämisen arvoinen, mikä luo turvallista ilmapiiriä tunteiden vapautumiselle. Haastateltava puhuu tunne-esteiden ylittämisestä, kun potilas pystyy purkamaan tunteitaan esimerkiksi itkemällä, mikä auttaa potilasta myöhemmin puhumaan ja keskustelemaan asioistaan ja ongelmistaan. Haastateltava näkee kosketusrentouden tärkeäksi juuri tunteiden vapauttajana ja keskustelun edistäjänä. Haastateltavan puheesta välittyy myös se, että hän itse on tunteillaan mukana käyttäessään kosketusta ja aidosti välittää potilaastaan. Toinen puhuu potilaista, jotka tulevat hoitoon nimenomaan ahdistuksen kokemisen takia ja joista osa ei pysty aluksi keskustelemaan ja puhumaan asioistaan, vaan hoito alkaa kosketuksella ja rentoudella, jotka tuovat hyvää oloa.

Kosketusrentoudessa tunteita vapauttavana tekijänä voi toimia kosketuksen luoma yhteys tunne-elämään. Tämä edellyttää, että fysioterapeutti on itsekin mukana sellaisella tunteella, että hän kokee välittävänsä potilaasta ja hänen läsnäolonsa välittyy ilmapiirin sekä kosketuksen kautta. Potilaan tunteiden vapautuminen vaikkapa itkuna voi vapauttaa samalla lihasjännityksiä, joita on kehittynyt ihmisen pitäessä sisällään kipeitä kokemuksia ja tunteita. Poon (1995) kirjoittaa, että kosketuksessa välittyvät tunteet ja asenteet tiedostamattomasti. Hän kirjoittaa edelleen, että kosketuksesta usein hyötyvät ne, jotka tuntevat itsensä masentuneiksi, yksinäisiksi tai ahdistuneiksi ja jotka kokevat liian uhkaavaksi tai raskaaksi selittää tunteitaan. Mikään ei lievitä hermostusta niin kuin kosketus, hän sanoo. Fysioterapeutin tulee kosketusta käyttäessään varmistaa, että potilas

tuntee olonsa turvalliseksi, hyväksytyksi ja kunnioitetuksi, ja myös aistia, ettei mene toisen henkilökohtaiseen tilaan vasten toisen tahtoa. Everett (1997) myös toteaa, että tunteiden tiedostamaton vapautuminen voi ilmetä kyynelinä, unena tai tunteena suuremmasta ruumiin ja mielen yhteydestä - tunteena, että ruumis on osa itseä eikä vain epämiellyttävä lisäke. Edelleen Everett toteaa, että on havaittu osan psykiatrisessa hoidossa olevista ihmisistä hyötyvän kosketuksesta osana kokonaisuhoitoa. Kosketusrentouden tunteita vapauttavaa vaikutusta tukevat ainakin Bunkan (1996) ja Burnard (1995) kirjoittamalla Reichiin pohjautuen torjuttujen tunteiden aiheuttavan lihasjännitystä ja lihasjännityksen vapautumisen puolestaan voivan vapauttaa tunteita.

Tunteiden vapautuminen keskustelun edistäjänä:

- kosketus ja rentoutuminen luovat yhteyttä tunteisiin
- tunteiden vapautuminen helpottaa puhumista ja keskustelua
- fysioterapeutti aidosti välittää potilaasta ja luo turvallista ilmapiiriä

5.5. Ruumiin ja mielen yhdistäminen kokonaisuudeksi

"Antaa potilaalle takaisin liikkeitä ja jäseniä, joita hän on kadottanut"

Tanja

"Lihaksen voiman aistiminen...auttaa kokemaan oman ruumiinsa" Tanja

"Ruumiinosat olivat kaikki sekaisin" Jaana

"Oppia nauttimaan liikkeestä, nauttimaan venytyksestä, kuuntelemaan kehoaan" Leena

"Ojentaa ryhtinsä ja ikään kuin herää henkiin, aktivoituu" Leena

"Mielen ja ruumiin erottaminen näkyy" Kaisli

"Ruumisminän kokeminen on osa ihmisen kokonaisvaltaista itsensä kokemista" Maria

"Integroida tunneminä ja ruumisminä" Maria

"Ruumiinlihahmotus työväliseinä on tärkein" Maria

"Kosketus merkitsee olemassaoloa" Maria

"Kokonaisvaltainen ajattelu" Toni

"Tyypillistä on ruumiinlihahmotus" Toni

"Ennen oli enemmän temppuja, nyt on kokonaisvaltaisempaa" Verna

"Koulutus on ollut sekavaa" Veera

Neljä haastateltavaa on havainnut ruumiinosien tunnistamisen sekä liikkeiden ja oman voimansa kokemisen auttavan potilasta ruumiillisuutensa uudelleen löytämisessä. Yksi heistä pitää nautittavia fyysisiä kokemuksia yhtenä keinona elämän hallinnan edistämässä, ja usea korostaa myös kehon käytön sekä tunteiden tiedostamisen tärkeyttä.

Yksi haastateltava fysioterapeutti sanoo, että fysioterapia on **kadonneiden liikkeiden, jäsenten ja fyysisten kokemusten antamista takaisin potilaalle**. Itse hän on oivaltanut tärkeäksi antaa potilaalle mahdollisuus **kokea jäljellä oleva voimansa vastusta vastaan**. Näin potilas saa tuntemuksia ruumiistaan konkreettisesti ja löytää uudelleen, miten esimerkiksi lihas supistuu. Potilas ei välttämättä myöskään löydä liikkeitä itse, jolloin fysioterapeutti tekee niitä hänen kanssaan. Potilaan osaamista hän voi mitata jättäessään mallia vähemmälle. Peiliä hän käyttää, jotta potilas myös näkee liikkeensä, mutta jotkut potilaat eivät halua katsoa peiliin, koska kokee itsensä kauhean näköisiksi, tai eivät uskalla katsoa, koska pelkäävät peilin vievän heidät sisäänsä.

Toinen haastateltava fysioterapeutti kuvaa, miten hänen potilaallaan ruumiinosat olivat sekaisin ja kokemus omasta koosta suunnattoman epärealistinen. Lisäksi potilaalla oli luulo, että hänen toimintansa vaikuttaa kaikkiin maailman ihmisiin. Fysioterapia lähti liikkeelle varpaiden tunnistamisesta ja eteni muidenkin ruumiinosien nimeämiseen ja ruumiin rajaamiseen. Kolmen vuoden työskentely potilaan kanssa on edennyt siihen vaiheeseen, että potilas **tietää ruumiinosansa**, keskittyy harjoitteluun ja nauttii siitä. Lisäksi liikkumisen lisääntyminen ja ruokavalio osaltaan ovat auttaneet potilasta palaamaan normaalipainoon.

Yksi haastateltava kertoo, miten hän ohjaa potilasta **tunnistamaan kehossaan yksinkertaista liikettä ja venytystä ja nauttimaan niistä kehoaan kuunnellen.** Elämän hallinnan kehittämiseksi ja holtittomaan elämään repsahdusten välttämiseksi hän ohjaa potilaalle myös viikko-ohjelman tekemistä ja nautittavien asioiden kirjaamista päiväohjelmaan. Edelleen haastateltava kuvailee tarkasti, mitä sisältää **kehon käytön tiedostamisen** ohjaus levossa ja liikkeessä. Fysioterapeutti ohjaa potilasta tiedostamaan, millaisia asentoja tämä käyttää, miten nukkuu, istuu, miltä kehossa tuntuu ja mikä tuntuu hyvältä. Hän ohjaa rentouttamaan ja tasapainottamaan asentoa ja nauttimaan liikkeistä kertoen, mitä asentomuutoksista seuraa pitemmän päälle. Päämääränä on asennon tasapainoisuus, joustavuus ja rentous niin, ettei tarvitsisi jännittää ja liikkeet vapautuisivat. Fysioterapeutti ajattelee, että ihmisen on helpompi ilmaista itseään ja olla vuorovaikutussuhteissa, kun hänellä on kotoinen olo kehossaan. Hän ohjaa potilaita myös **tiedostamaan ja ilmaisemaan tunteitaan** sekä mainitsee erikseen syömishäiriöpotilaat, joiden hänen mielestään on tärkeää oppia hyväksymään oma kehonsa antaakseen mahdollisuuden kasvulle ja kehitykselle. Mielestäni fysioterapeutin puheesta välittyi näkemys ihmisestä kokonaisuutena, kun hän kertoo esimerkin depressiivisestä potilaasta, joka ikään kuin heräsi henkiin; kasaan painunut ryhti ojentui ja haluton sängyssä makailu muuttui aktiiviseksi kiinnostukseksi liikkumiseen ja sosiaalisiin suhteisiin.

Fysioterapeutti kuvailee, mitä hän potilaalle ohjaa; hän ohjaa potilasta aistimaan ja tiedostamaan asentojaan ja liikkeitään sekä tunnistamaan tuntemiaan tunteita. Hän itse myös havainnoi potilaan sisäisen tunnetilan sekä liikkumisen tavan ja aktiivisuuden muutoksia ja on havainnut niiden olevan yhteydessä toisiinsa.

Yksi haastateltavista puhuu **tunneminän ja ruumisminän integroimisesta** ja siitä, miten tärkeätä ihmisen on kyetä ottamaan kontaktia tunteisiinsa. Hänen mielestään osan tunnekokemuksistaan ihminen voi kokea kiellettyinä tai hän ei kykene kokemaan muuta kuin negatiivisia tunteita kuten masentunut potilas.

Mielestäni haastateltavat puhuvat potilaan oman ruumiillisuutensa realistisesta kokemisesta ja omien tunteidensa tiedostamisesta sekä psykologisen että luonnontieteellisen ajattelun ja tiedon valossa. Samoin teoretietoa voi löytää haastateltavien käsitysten tueksi sekä luonnontieteellisestä että psykologisesta näkökulmasta. Näyttää siltä, että haastateltavien mielestä fysioterapiassa voidaan auttaa potilasta omien ruumiinosiensa, liikkeidensä ja niiden laadun samoin kuin ruumiin viestien tunnistamisessa näkö-, tunto- ja liikeaistin avulla. Asentojen ja liikkeiden kokemiseen keskittyminen edistää tiedostamista ja niiden tarkoituksenmukaisuutta. Samalla osa fysioterapeuteista korostaa samanaikaisten tunteiden ja sisäisen olon tiedostamista niin, että ruumiillinen tuntemus ja sisäinen tunne tulevat tiedostetuiksi kokonaisuutena ja erottamattomina.

Haastateltavien mainitsema liikkeiden takaisin antaminen, oman voimansa kokeminen, ruumiin rajaaminen ja oman kehonsa tiedostaminen saavat vahvistusta motorisen oppimisen ja motorisen kontrollin teorioista (Shumway-Cook 1995, Schmidt 1988) sekä kinesiologian perusteista (Enoka 1994), vaikkakin esimerkiksi Öberg (1998) toteaa, että psykiatrisen fysioterapian kirjallisuudessa ei yleensä käsitellä liikkeen säätelyä ja motorista kontrollia. Liikkeiden tekeminen yhdessä potilaan kanssa antaa potilaalle visuaalista mallia liikkeestä, auttaa kohdistamaan huomion liikkeen tekemiseen ja mahdollisesti vahvistaa liikkeen tekemiseen tarvittavaa aikomusta. Liikettä tekemällä potilas saa kokemuksen liikkeestä; sisäistä palautetta liikkeestään hän saa sensorisena palautteena proprioseptiikan eli omien asentojensa ja liikkeidensä aistimisen kautta, jolloin myös kognitiivinen mielikuva liikkeestä voi vahvistua ja helpottaa liikkeiden löytymistä myöhemmin. Omaehtoinen liikkeiden tuottaminen vaatii myös aikomuksen, motivaation ja sopivan vireystason, ja asentojen sekä liikkeiden aistiminen vaatii huomion kohdistamista niihin. Myös Shumway-Cook (1995) kirjoittaa Fittsin Posnerin käsityksestä, että motorisen oppimisen kognitiivisessa vaiheessa tarvitaan paljon huomion kiinnittämistä, mikä tukee yhden haastateltavan kuvailemaa kehontuntemuksen ohjaamista. On kuitenkin huomioitava Öbergin (1998) ja Roxendalin (1995) mainitsema tärkeä ehto, että liikkeen pitää lähteä potilaasta ja ruumis tai keho valitsee liikkeen; fysioterapeutin ei pidä vaatia vain tietynlaista

liikettä eikä korjata potilaan liikettä "vääränä". Yksi haastateltavista sanoo menetelmiensä taustalta löytyvän vaikkapa feldenkraisia, millä hän viittaa kehon tietoisuuden lisäämiseen Feldenkraisin (1984) kehittelemien periaattein, esimerkiksi tavallisia ja epätavallisia liikkeitä hitaasti ja miellyttävästi toistaen.

Oman voimansa kokeminen lisää myös oman ruumiin kokemista konkreettisesti, mitä tukee Enoka (1994) kirjoittamalla lihasaistista, joka tuo tietoa lihaksen pituuden muutoksista; lihaksen pituus muuttuu esimerkiksi lihaksen supistuessa voiman tuottamiseksi vastusta vastaan. Oman ruumiin konkreettista kokemista edistää myös ruumiin rajaaminen erilaisilla koskettamisen tavoilla, mitä vahvistaa Enoka (1994) kirjoittamalla siitä, miten ihon aistielimet välittävät tietoa ruumiin pinnasta sitä kosketettaessa ja painettaessa. Myös Pratt ja Mason (1981) kirjoittavat, että kosketus orientoi mieleltään sairasta ihmistä todellisuuteen; hän voi paremmin kokea olevansa todellinen.

Öberg (1998) kirjoittaa liikkeen tunnepitoisen aspektin korostuvan yleensä psykiatrisessa fysioterapiassa, mikä näkyy selvästi kahden fysioterapeutin puheessa: toinen puhuu ruumisminän ja tunneminän integroinnista, ja toinen tunteiden tiedostamisesta osana kehontuntemuksen kehittämistä. Öberg (1998) kirjoittaa, että tunne saa aikaan hermoimpulsseja, jotka johtavat liikkeeseen, ja samalla tunne lahjoittaa liikkeelle emotionaalisen sisällön, jolloin tunne saa ilmauksensa liikkeessä. Liike on kuin viesti, joka peilaa tunteita ja ilmoittaa sisäisestä tilasta. Liikkeitä myös kuvataan tunneperäisen sisällön omaavilla adjektiiveilla: vapaa, estynyt, itsevarma, arka, hämillinen, jännittynyt, velto, elävä, kuollut. Myös Bunkan (1996) ja Hyyppä (1997) kirjoittavat tunteiden ja ruumiin yhteydestä, että tunteet ovat sisäisiä mielen liikahduksia, jotka tapahtuvat ja myös koetaan ruumiillisesti. Thornqvistin ja Bunkanin (1990) näkemys tukee fysioterapeutin kuvaamaa ryhdin ojentumista sisäisen tunnetilan muuttuessa. He kirjoittavat, että liikkeen laatu on vahvasti sidoksissa asentoon ja hengitykseen, jolloin pidätetty hengitys ja jännittyneet lihakset kontrolloivat pidätettyjä tunteita, kun taas vapaa liike ja hengitys sekä tasapainoinen asento heidän mielestään ilmaisevat toimivaa suhdetta omiin tunteisiin. Öberg (1998) kirjoittaa Engelsrudin

kuvaamista tasoista, joista ensimmäinen on eletty ja koettu ruumiillinen taso ja toinen on ruumiillisen kokemuksen reflektoitu, tiedostettu taso, jolloin tarkkailu tuo liikkeen tiedostetuksi ja samalla liikkeen tunnesisältö tulee ilmeiseksi. Mielestäni fysioterapeutin kuvaama kehonkäytön tiedostaminen sekä tunteiden tiedostaminen voi olla lähellä juuri edellä mainittua kokemuksen reflektoitua, tiedostettua tasoa.

Oman ruumiinsa kokeminen realistisesti samoin kuin riittävä ruumiinsa hyväksyminen näyttävät myös olevan edellytys tuntea oma minänsä realistisesti rajoineen suhteessa tilaan ja toisiin ihmisiin. Haastateltavat näyttävät ajattelevan, että ruumiinsa tunteminen ja hallinta sekä arvostaminen ovat perusta kyvylle huolehtia itsestään päivittäisessä elämässä. Fysioterapeuttien pyrkimystä auttaa potilasta hahmottamaan ja arvostamaan ruumistaan tukee Bunkanin (1996) näkemys, että eheä ruumiinkuva mahdollistaa ihmiselle kontaktin omaan itseen, ulkomaailmaan ja todellisuuteen ja ruumiinkuvan eheys on myös yhteydessä realistiseen kokemukseen itsestä sekä itseluottamukseen ja turvallisuuden tunteeseen. Larsson (1992) kirjoittaa Secordin ja Jourardin näkemyksestä, että ihmisen asenteella ruumistaan kohtaan on ratkaiseva merkitys persoonallisuudelle. Hän mainitsee oletettuja yhteyksiä tyytyväisyydestä tai tyytymättömyydestä omaan ruumiiseen tai sen toimintoihin: tunteet omaa ruumista kohtaan kuvaavat tunteita omaa itseä kohtaan ja negatiiviset tunteet omaa ruumista kohtaan yhdistyvät huonoon itsetuntoon. Nämä myös tukevat sitä, että yksi fysioterapeuteista näkee oman ruumiin hahmotuksen olevan pohja elämän hallinnan vahvistumiselle. Roxendalkin (1995) puhuu ruumisminästä ja toteaa sen olevan persoonallisuuden ydin ja lähtökohta.

Ruumiinkuvan ja ruumisminän määrittelyt tukevat sitä, että haastateltavien toteuttamat tavat kuten ruumiinosien nimeäminen tai oman voiman ja liikkeiden kokeminen kuuluvat ruumiinkuvan vahvistamiseen. Hakanen ja Blinnikka (1990) ja Blinnikka (1995) määrittelevät ruumiinkuvan ihmisen käsitykseksi omasta ruumiistaan, sen osista ja kokonaisuudesta, koosta, massasta, ruumiin rajoista ja ruumiin toiminnasta. Ruumiinkuva on sekä tietopohjainen että tunnepohjainen ja sisältää menneet ja nykyiset ajatukset ja tunteet omasta ruumiista. Viime mainittu

mielestäni tukee sitä, että fysioterapeutti ohjaa potilasta esimerkiksi nauttimaan venytyksestä ja ajattelee sen osaltaan vaikuttavan siihen, miten ihminen arvostaa itseään ja saa elämäänsä järjestykseen.

Kaksi haastateltavaa edelleen kokee, että ruumis ja mieli - ruumiillinen ja psyykinen hyvä tai paha olo - erotetaan liikaa toisistaan. Molemmat puhuvat esimerkiksi kivusta pahan olon ruumiillisena viestimiskeinona. Toinen toteaa, että potilas on ehkä oppinut ilmaisemaan kokonaisvaltaista pahaan oloaan ruumiillista kautta; toinen puhuu kivun tutkimisesta, jossa selvitetään kivun laatu ja ilmeneminen, kivun mahdollisesti herättämät tunteet ja kurja olo, mihin kipu liittyy, ja se, voisiko elää ilman kipua. Toinen heistä katsoo tärkeäksi vastata potilaan tarpeeseen hoitamalla kipua silloin, kun potilas sen avulla viestittää, ja toinen toteaa, että lyhytaikainenkin kivun lievittyminen antaa potilaalle hetkeksi tilaisuuden kokea hyvää oloa ja positiivista ruumisminää.

Haastateltavat pitävät ihmisen hyvää tai pahaan oloa samanaikaisesti erottamattomasti ruumiillisena sekä psyykkisenä. Kipu on heidän mainitsemansa esimerkki kokonaisvaltaisesta kokemisesta. He katsovat potilaan ilmaisevan pahaan oloaan esimerkiksi kivulla. Kipu pitää aina ottaa vakavasti ja tarvittaessa auttaa potilasta löytämään, mitä vaivan takana voisi olla ihmisen kokemusmaailmassa. Myös Estlander (1997) tukee kokonaisvaltaista näkemystä kivusta kirjoittamalla, että ihmisen kipukäyttäytyminen on aina suhteessa hänen ajatuksiinsa, käsityksiinsä, odotuksiinsa, kokemuksiinsa ja pyrkimyksiinsä. Ahdistunut potilas voi takertua oireisiinsa ja korostaa niitä ilmaisten siten psyykkistä hätäänsä. Kipu tarkoittaa paitsi kudosvauriosta johtuvaa kivun tunnetta myös vammaan liittyvää kärsimystä ja hätää tai joskus pelkkää psyykkistä kärsimystä.

Kaksi haastateltavaa puhuu **ruumiinhahmotuksesta**, joka mielestäni on sisällöltään samansuuntainen kuin kehontuntemus, mutta menetelmän taustalla ovat erilaiset teoriat ja erilainen näkemys ihmisestä ja siten myös käsitteet ovat erilaiset. Puhun ruumiinhahmotuksesta tai kehontuntemuksesta ja ruumiista tai kehosta sen mukaan, mitä sanaa tai käsitettä haastateltavat ovat käyttäneet.

Puhuessaan ruumiinhahmotuksesta haastateltavat viittaavat Roxendalin kehittelemään ruumiinhahmotusmenetelmään. Ruumiinhahmotuksessa fysioterapeutti ohjaa potilaita keskittymään ruumiillisten tuntemusten aistimiseen ja tunnistamiseen. Keskittymisen myötä voi myös nousta mieleen ajatuksia ja asioita, jolloin ihminen kuuntelee sisintään ja on itsensä kanssa. Jokainen potilas tekee harjoittelua omien kykyjensä mukaan; harjoittelu on sallivaa, eikä potilas tee mitään sinänsä "oikein" tai "väärin" vaan senhetkisten resurssiensa mukaisesti. Ruumiinhahmotus voi olla myös pitkäaikaista harjoittelua. Toinen haastateltavista toteaa tämän yhdeksi kokonaisvaltaiseksi menetelmäksi.

Roxendal (1985, 1987,1988, 1995) korostaa, että ruumiinhahmotuksessa keskitytään ongelmien sijasta etsimään ihmisen terveitä voimavaroja. Terveitä voimavaroja aktivoidaan ruumiillisten harjoitusten kautta, joissa ihminen keskittyy olemaan läsnä kokonaisuutena. Näin katsotaan ruumiillisen kokemisen yhdentyvän ihmisen kokemukseen itsestään kokonaisuutena. Tavoitteena on lisääntynyt tietoisuus omasta ruumiista ja parantunut perusliikkumiskyky päivittäisessä elämässä. Tällöin harjoittelun tärkeinä periaatteina alkuvaiheessa korostuvat alustasuhteensa ja keskilinjansa sekä hengityksensä ja liikkeen virtaamisen tunnistaminen, jotka yhdessä edistävät rentoutumista, tasapainoista asentoa ja tarkoituksenmukaista liikettä. Oleellista on henkinen läsnäolo eli se, että kiinnittää koko huomionsa ruumiilliseen kokemiseen ja työskentelee siten koko itsensä kanssa; Roxendal puhuukin ruumisminästä erottamattomana kokonaisuutena. Harjoittelun edistyneemmässä vaiheessa ihminen tiedostaa omaa persoonallista tapaansa liikkua ja olla, mikä sisältää myös liikkumisen ja ruumiillisen ilmaisun tunnesisällön tiedostamista. Roxendal (1995) sanoo, että fysioterapiassa harjoittelu on motoriikkaa, mutta vaikutus kohdistuu koko ihmiseen.

Kaksi haastateltavaa puhuu **kokonaisvaltaisuudesta**. Toinen heistä kokee fysioterapian kehittyneen tempuista kokonaisvaltaiseen toteutukseen, toinen haastateltava taas määrittelee kokonaisvaltaisuuden psykofyysiseksi kokonaisuudeksi, jossa on sosiaalinenkin puoli. Hän sanoo oppineensa kokonaisvaltaisuutta työskenneltyään psykosomaattisesti oireilevien potilaiden

kanssa. Hän näkee kokonaisvaltaisuuden myös niin, että mielen sairaus ja elimellinen sairaus voivat olla yhteydessä keskenään edistään toinen toistaan ja sairauteen ovat yhteydessä ihmissuhteet ja elinympäristö. Niemi (1998) määrittelee psykosomaattiset oireet toiminnallisiksi ruumiillisiksi oireiksi ja tuntemuksiksi, joille ei löydy elimellistä syytä. Ruumiillisten tuntemusten kanssa liittyvät yhteen potilaan ajatukset, mielikuvat ja tulkinnat. Yhteyttä psykosomaattiseen oireiluun arvellaan löytyvän varhaisista lapsuuden kokemuksista tai siitä, että potilas ilmaisee ruumiillaan ollessaan kyvytön tunnistamaan ja ilmaisemaan tunteitaan. Oireilu usein alkaa silloin, kun potilas kokee uhkaa itsetunnolleen ja Sivik ym. (1995) toteaa lisäksi, että oireilun yhteyksiä ihminen ei tiedosta. Taustalla voi olla tiedostamattomia ratkaisemattomia ristiriitoja tai yhtä hyvin somaattinen sairaus, joka rasittaa tunneperäisesti haavoittuvaa persoonaa. Sivik (1995) erottaa edellä kuvatun psykosomaattisen oireilun psykosomaattisesta sairaudesta, jossa on jo kehittynyt ruumiillinen vaurio. Psykosomaattisen oireilun ja sairauden taustalla on Sivikin (1995) mukaan integratiivinen kokonaisnäkemys, joka tarkoittaa bio-psyko-sosiaalista näkökulmaa ihmiseen.

Haastateltavien puheesta välittyy **pyrkimys nähdä ihminen kokonaisuutena**, vaikkakin usein sanoissa ilmenee dualistinen jako osiin. He lähestyvät tai kuvaavat kokonaisvaltaisuutta erilaisilla tavoilla, kuten psykofyysisenä kokonaisuutena, johon kuuluu sosiaalinen puoli, tai kokonaisvaltaisuutta on opittu psykosomaattisten potilaiden kanssa, tai joku puhuu ruumisminästä. Kokonaisvaltaisuuden ja dualistisen näkemyksen ilmenemisestä puhuu myös Sivik ym.(1995): psykosomaattisessa näkemyksessä ihmistä pidetään kokonaisvaltaisesti ajattelevana, tuntevana, toimivana olentona, joka tulkitsee ja kokee ilmiöt omalla ainutkertaisella tavallaan, mutta Sivik toteaa, että samanaikaisesti kuitenkin sana psykosomaattinen jakaa inhimillisen elämän kahteen näkökulmaan puhuen "psyhyestä" ja "soomasta", jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Roxendal (1995) sen sijaan puhuu jakamattomasta kokonaisesta ihmisestä, ruumisminästä. Tällöin ei ole erikseen ruumiinosia eikä erikseen tunteita, vaan kaikki on samassa kokonaisuudessa. Fysioterapian

kohdistuessa potilaan ruumiilliseen kokemukseen itsestään kohdistuu vaikutus samalla koko ihmiseen, hänen tunteisiinsa, ajatuksiinsa ja käyttäytymiseensä sekä elämänhaluunsa. Roxendal (1987) on aiemmin kirjoittanut kokonaisnäkemystä yksilön tasolla: kokonaisuuteen kuuluu ruumis fysiologisine prosesseineen, ruumiilliset elämykset, ruumiillinen toiminta, kuten motoriikka, ajattelu, tunne- ja tahtoelämä, sekä elämän tarkoituksen kokeminen.

Yksi haastateltavista kokee koulutuksen olleen kahdensuuntaista; osa kouluttajista suuntautuu perinteiseen fysioterapiaan ja osa vaihtoehtoihin, joissa ilmenee itämaisia piirteitä. Mielestäni haastateltavan kokema jako kuvaa juuri tausta-ajatteluiden erilaisuutta. Lopulta jokainen fysioterapeutti joutuu valitsemaan työtavat, jotka sopivat hänelle itselleen tai joita hän soveltaa niiltä osin kuin kokee ne omakseen. Tähän liittyy Roxendalin (1987) kritiikki perinteiseksi kutsumaansa fysioterapiaa kohtaan, jota hän pitää liian fyysisenä ja ihmistä osiin jaottelevana. Hän on halunnut tuoda mielestään kokonaisvaltaisen näkemys ihmisestä fysioterapiaan. Hän on halunnut huomioida fyysisen tekemisen lisäksi erityisesti ruumiillisen kokemisen ja elämyksen sekä ihmisen tunteet, ajatukset ja olemassaolon tarkoituksen kokemisen. Mattsson ja Mattsson (1994) kirjoittavatkin, että Roxendal kehitti ranskalaisen, ruumiillista näkökulmaa painottavan psykoterapeutin Dropsyn innoittamana ruumiinhahmotusmenetelmää, joka edistää ruumiin ja mielen toimintaa kokonaisuutena. Itämaiset vaikutteet, kuten Tai-chi ja Zen, ovat menetelmässä vahvasti vaikuttamassa

Ruumista ja mieltä kokonaisuudeksi yhdistäviä tekijöitä

- kotoinen olo kehossa edistää kykyä ilmaista itseään ja olla oma itsensä vuorovaikutuksessa toisten kanssa
 - ruumiinosiensa tunteminen
 - liikkeidensä löytäminen ja kokeminen
 - liikkeidensä laadun kuten voiman kokeminen
 - ruumiinsa realistisena kokeminen

- kehonsa hyväksyminen ja arvostaminen
- ruumiillisista kokemuksista kuten venytyksestä nauttiminen
- ruumiillisten ja tunnekokemusten erottamattoman yhteyden tiedostaminen
- ruumiin ja mielen yhteyden tiedostaminen
- ruumisminän kokeminen
- kokonaisvaltaisuus

5.6 Potilaan voimavarat fysioterapian lähtökohtana ja fysioterapiaa ohjaavana

"Motivointi vaikeaa ja toisinaan turhauttavaakin" Mirja

"Matalalta tasolta lähdetään yksinkertaisin liikkein" Tanja

"Helpompi keskittyä tekemään liikettä makuuasennossa... ja lopettaa seisten" Tanja

"Lähdettiin makuuasennosta ja regressiosta, nyt hän tekee jo itse" Jaana

"Kauheen huonosti osas ilmasta omia tuntemuksiaan" Leena

"Avo-osaston potilaat ovat tietoisempia tilastaan, pitkäaikaispotilaista osan on täysi mahdottomuus itse olla mukana suunnittelemassa fysioterapiaansa" Milja

"Diagnoosin tilalla on ihmisen mukainen hoito" Kaisli

"Mitä kokee vielä kykenevänsä tekemään" Maria

"Fysioterapiassa tehdään suullinen sopimus, jolloin potilas itsekin kantaa vastuuta fysioterapiasta" Maria

"Potilaan arjen ymmärtäminen on tärkeää" Verna

Potilaan voimavarojen vaikutus fysioterapian suunnittelussa, toteutuksen valinnoissa samoin kuin potilaan edistymisen arvioinnissa nousee esiin usean haastateltavan puheessa. Haastateltavat arvioivat potilaan voimavaroja monesta näkökulmasta kuten motivaatio, liiketaidot, tuntemusten ilmaisukyky, oman tahdon ilmaisu, oman tilansa tiedostaminen sekä se, mihin potilas kokee vielä kykenevänsä ongelmistaan huolimatta. Systemaattisena kokonaisvaltaisena voimavarojen

arviointitapana on ruumiillinen voimavaratutkiminen. Myös kyky sosiaalisiin kontakteihin näyttää ilmaisevan potilaan voimavaroja.

Kaksi haastateltavista toteaa **motivaation** kaikkeen aktiivisuuteen usein vähentyneen psyykkisesti sairailta potilailla. Motivointi on vaikeaa ja aikaa vievää. Toisinaan pitää myös yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa arvioida, onko motivaatio sairauden takia liian vähäinen fysioterapian toteuttamiseksi. Toinen haastateltavista toteaa motiivoinnin toisinaan turhauttavaksi, ja samansuuntaisesti puhuu muissa yhteyksissä muutama muukin haastatelluista. Kolmas puhuu motivaation vahvistamisen keinona sopimuksen tekemisestä potilaan kanssa tarkoituksena, että potilas vastuullisesti sitoutuu fysioterapiaan.

Ihmisen oma halu tai haluttomuus eli motivaatio on ratkaisevaa kaikelle aktiivisuudelle. Motivaatio on kantava sisäinen voima, jonka potilas tarvitsee kulloisenkin aktiviteetin tai toiminnan tekemiseen ja myös yhteistyöhön fysioterapeutin kanssa. Motivaation määrän fysioterapeutti havaitsee joka fysioterapiakerralla, ja motivaation ollessa vähäisempi fysioterapeutilta vaaditaan keinoja ja aikaa potilaan motivaation herättelemiseen. Fysioterapeutin jaksamisen kannalta on tärkeää, että hän ymmärtää ja hyväksyy potilaan motivaation tason realistisesti ja valitsee sen mukaisia toimintatapoja eikä turhaudu yrittämällä mahdotonta. Potilaskin tuntee itsensä hyväksytyksi eikä uhatuksi, kun häneltä vaaditaan vain ja juuri se, mihin hän sillä hetkellä kykenee.

Yksi haastateltavista mainitsee motivaation pyramidin, mikä viittaa siihen, että hän on tietoinen Roxendalin (1987) esittämästä **motivaatiotasojajottelusta**. Potilaan motivaatiotason ymmärtäminen ja hyväksyminen voisi helpottaa turhautumisen tunnetta. Motivaatiotason hahmottamisen pitäisi tukea fysioterapeutin jaksamista, koska se antaa fysioterapeutille mahdollisuuden kohdata potilas sillä yhteistyökyvyn tasolla, jolla potilas on, ja valita siihen sopivia työtapoja. Roxendaliin (1987) pohjautuen fysioterapeutti motivaatiota arvioidessaan keskustelelee potilaan kanssa siitä, mihin potilas on valmis ryhtymään, ja siltä pohjalta fysioterapia suunnitellaan. Ensin fysioterapeutti hahmottaa, mitä potilas

haluaisi, vaikka se olisi utopistista. Toiseksi fysioterapeutti ja potilas yhdessä toteavat, mikä olisi realistista saavuttaa potilaan tilanteessa, ja lopulta siihen ryhdytään, mihin potilas on todella valmis motivoitumaan.

Edelleen Roxendal (1987) kirjoittaa psykoanalyttikko Sandor Radon motivaatiotasosta, jotka auttavat fysioterapeuttia ymmärtämään, miten aktiivisia ja vaativia fysioterapian keinoja kannattaa potilaan kanssa valita. Potilaan yhteistyökyky jaetaan viiteen tasoon. Innostunut potilas on aktiivinen ja omatoiminen, mitä kuvaa ilmaisu "haluan kehittyä", kun taas velvollisuudentuntoinen potilas tekee ohjeita noudattaen sen, mitä fysioterapeutti hänelle suosittelee, ja hänen motivaatiotasoaan kuvaa ilmaisu "sano sinä, mitä minun pitää tehdä". Jos potilaalla on runsaasti räsitustekijöitä, hän taantuu riippuvaisuuteen, jolloin hän voi olla kuin vanhempiin orientoitunut lapsi: "Sinun täytyy auttaa minua." Tällöin fysioterapian keinot valitaan siten, että potilas huomaa pystyvyytensä. Edelleen vähemmän voimavaroja omaava potilas voi olla tukeutuja ja uskoa maagiseen apuun, "hoitakaa minua", eikä usko voivansa itse auttaa itseään. Tällöin potilas tarvitsee arvonantoa, kunnioitusta ja riittävästi tukea saadakseen onnistumisen kokemuksia itsetunnon kohenemiseksi, mutta ei liikaa vaatimuksia. Vähäisimmät voimavarat motivaatioon on luopujalla, jolloin potilas tarvitsee hyvän olon kokemusta, helpotusta oloon eikä lainkaan vaatimuksia. Hänen kokemuksensa on tällöin "mikään ei auta", "mikään ei onnistu". Kun fysioterapeutti ymmärtää potilaan motivaatiotason, hänen on helpompi perustellusti valita sopivia fysioterapian keinoja. Turhautumistakin on helpompi välttää, kun ymmärtää potilaan motivaation ilmaisevan voimavarojen määrää, joista lähdetään fysioterapiassa liikkeelle. Fysioterapian kuluessa fysioterapeutti myös havaitsee, miten potilas etenee ja lisääntyvätkö hänen voimavaransa.

Yksi haastateltavista korostaa potilaan subjektiivisen tiedon kysymistä; miten potilas voi ja mihin hän vielä mielestään kykenee huolimatta ongelmistaan.

Ihmisen kyvyt ja usko kykyihinsä on se, mikä auttaa häntä eteenpäin. Tiedostaessaan, mihin hän vielä kykenee, potilas katsoo resurssejaan eikä vain

ongelmiaan, mikä vaikuttaa potilaan mielialaan ja auttaa häntä keksimään ratkaisuja ongelmiansa voittamiseksi ja kantamaan vastuuta itsestään. Ongelmatkin kyllä tiedostetaan ja tunnistetaan, mutta korostetaan voimavarojen etsintää, mikä luo vahvuuksia. Myös Roxendal (1987) korostaa potilaan terveiden voimavarojen tiedostamista. Tämä fysioterapeutti tuntee tarkasti Roxendalin näkemykset subjektiivisen ja objektiivisen tiedon hankkimisesta potilaasta. Roxendal (1987) kirjoittaa, että subjektiivisen tiedon saa vain kuuntelemalla potilasta, kysymällä avoimia kysymyksiä tarkentaen ja syventäen niitä. Samanaikaisesti potilas saa tilaisuuden jäsentää ajatuksiaan, tunteitaan ja jäljellä olevia kykyjään. Objektiivinen tieto on fysioterapeutin tekemiä havaintoja ruumiillisista resursseista kuten asennosta, hengityksestä ja liikkumistavasta; tästä puhuvat myös seuraavat kaksi haastateltavaa. Objektiivisen tiedon avulla fysioterapeutti myös voi vahvistaa sitä, mikä potilaalle olisi mahdollista, mihin tämä todennäköisesti voisi vielä kyetä.

Kolme haastateltavaa kuvailee fysioterapian toteutukseen liittyvien valintojen pohjautuvan potilaan resursseihin eli voimavaroihin, ja toisaalta he seuraavat potilaan resurssien lisääntymistä sen perusteella, mihin potilas kykenee esimerkiksi **liikkeiden laadussa ja monipuolisuudessa, omaehtoisissa valinnoissa ja sosiaalisuudessa** fysioterapian edetessä. Yksi haastateltavista toteaa, että liikkeiden pitää olla hyvin **yksinkertaisia perusliikkeitä**, koska liikkeiden osaaminen ja hallinta on kovin heikkoa pitkäaikaisesti psyykkisesti sairailta potilailla. Hän toteaa, että Roxendalin kehittämään liiketestistöön sisältyvät liikkeet ovat yksinkertaisia ja käyttökelpoisia. Roxendal (1985,1993) sisällyttää liiketestistöön perusliikkumista ja perusliikkeitä kuten makuullemenon, ylösnousun, istuutumisen, seisomaannousun, kävelyn ja juoksemisen sekä liikkeiden ja liikkumisen suunnat sekä liikkeen laadun, kuten hitaus-nopeus tai kevyt-voimakas. Samoin kontakti katseen, kosketuksen ja puheen avulla sisältyvät liiketestistöön.

Yksi haastateltavista on kokenut potilaan resurssien määrän vaikuttavan konkreettisesti **harjoitteluasennon valintaan**, koska potilaan voi olla helpompi keskittyä tekemään liikkeitä makuuasennossa, jos näköaistimukset seisten häiritsevät. Hän sanoo "ajautuneensa" valitsemaan makuuasennon, mutta

pyrkivänsä kuitenkin lopettamaan harjoittelun seisten. Toinen haastateltava kuvaa potilaan resurssien vaikutusta **fysioterapian etenemiseen**. Fysioterapia aloitettiin **liikkeistä mallin mukaan ja niistä edettiin** kohti potilaan **oma-aloitteista tekemistä ja oman tahdon** ilmaisua harjoitusten **valinnassa**. Resurssien määrän lisääntyessä myös liikkeet vaikeutuvat ja vaativat monipuolisempaa kehonkäyttöä kuten joustoja ja voiman säätelyä. Fysioterapeutin näkemyksen mukaan kyseisen potilaan resurssit lisääntyvät hänen edetessään hoivaa vaativasta tukihenkilön avulla selviytyväksi. Myös potilaan **sosiaalisten kontaktien** otossa näkyy resurssien lisääntyminen.

Mielestäni nämä haastateltavat puhuvat potilaan ruumiillisten voimavarojen havainnoimisesta, jolla fysioterapeutti saa Roxendalin (1987) objektiiviseksi nimittämää tietoa potilaasta, ja siitä, miten potilaan voimavarat ohjaavat fysioterapian toteutusta. Ruumiillisia voimavaroja voi havainnoida siis asennosta, liikkumistavasta ja hengityksestä tai voi käyttää Roxendalin kehittämää liiketestiä, joka sisältää jokapäiväiseen elämään kuuluvia liikkeitä ja liikkumista. Liiketestin liikkeissä vähäisiä voimavaroja kuvastaa esimerkiksi liikkeiden yksipuolisuus ja jäykkyys ja runsaita voimavaroja taas esimerkiksi joustavuus ja hyvä koordinaatio. Pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaalla ihmisellä liikkeet usein muuttuvat laadultaan yksipuolisemmiksi ja liiketaidot vähenevät. Psyykkisesti sairaan ihmisen liikkeiden ja liikkumisen muuttuminen ilmaisee jotain hänen sisäisestä elämästään, kuten Mattsson M. (1989) kirjoittaa. Haastateltavat laajentavat potilaan voimavarojen arvioimisen aina sosiaalisissa kontakteissa selviytymiseen.

Yksi fysioterapeutti kokee potilaan regression lisääntymisen pelossa jopa huonoa omaatuntoa makuuasennon valitsemisesta potilaalle. Asentojen valinnan vaikutusta potilaaseen vahvistaa myös Roxendal (1995), joka kirjoittaa identiteettiä aktivoivista harjoituksista, joissa harjoittelu sisältää muun muassa keskilinjan tiedostamista, kiertoja, jalkojen notkistusta ja ojentamista, jotka viittaavat pystyasentoon ja seisoma-asentoon. Tällöin korostuu turvallisuuden tunne ruumiissa ja kokemusta voi ilmaista esimerkiksi sanoilla "seison vakaasti jaloillani".

Yksi haastateltava kuvaa potilaan voimavarojen määrän näkyvän myös siinä, miten potilas pystyy erittelemään kehollisia tuntemuksiaan tai omaa oloaan tai miten osaa ja uskaltaa ilmaista itseään sanallisesti ja sanattomasti. Voimavarojen vähyyttä ilmentää, jos potilas ei osaa eritellä eikä kuvata ruumiillisia tuntemuksiaan ja eleet, ilmeet sekä liikkeet pysyvät samanlaisina niukkoina. Positiivisena voimavarana fysioterapeutti näki esimerkiksi sen, että potilas kertoi omana huomionaan kävelevänsä jäykästi, ja tarttui heti tähän ohjaten potilaalle kävelyyn erilaisia liikekokemuksia.

Näyttää siltä, että fysioterapeutti pitää tärkeänä antaa potilaalle mahdollisuuksia kokea liikkeitään ja tulkitsee potilaan voimavarojen lisääntyvän sitä mukaa kun tämä pystyy erittelemään tuntemuksiaan tai ilmaisemaan itseään monipuolisesti sekä sanallisesti että liikkein, elein ja ilmein. Tätä tukee myös Bunkan (1996) kirjoittamalla, että harjoitusten jälkeen on eduksi antaa kokemuksille sanallinen ilmaus, joskaan se ei ole välttämätöntä ruumiinkuvan eheytymiselle. Bunkan (1996) vielä suosittelee keskustelutavan valintaa voimavarojen pohjalta seuraavasti: Jos potilaalla on resursseja vähän, pitää tyytyä kokemusten käsittelyssä puhumaan itse harjoituksesta. Tuntemuksista kehossa voi puhua silloin, kun resursseja on kohtalaisesti, ja tunteista voi puhua silloin, kun potilaalla on paljon voimavaroja.

Yksi haastateltava on kokenut, että potilaiden **kyky tiedostaa tilaansa** ja osallistua fysioterapian suunnitteluun vaihtelee. Avo-osaston potilaat usein tiedostavat tilaansa ja kykenevät osallistumaan fysioterapiansa suunnitteluun, kun taas pitkäaikaissairaajat voivat olla vähemmän tietoisia, jolloin hänen mielestään vastuu fysioterapian suunnittelusta ja toteutuksesta on fysioterapeutin harteilla.

Yksi haastateltavista mainitsee erityisesti, että diagnoosi ei vielä kerro, miten potilaan kanssa fysioterapiassa toimitaan. Vaikka yhden masentuneen ihmisen kanssa on tietyllä tavalla saanut hyvä tuloksia ja tietää sille fysiologisiakin perusteluita, niin toisen potilaan kohdalla sama tapa ei toimikaan. Hän sanoo, että

pitää hoitaa ensisijaisesti **ihmisen mukaan** ja ongelman mukaan, ei diagnoosin mukaan, vaikka diagnoosi voikin antaa suuntaa.

Yksi haastateltava puhuu akuuttipotilailla **asiakaslähtöisyydestä**, jossa fysioterapian sisältö ja aktiivisuus määräytyy potilaan voimavarojen mukaan. Hän korostaa potilaan arjen ymmärtämistä, sitä että fysioterapia myös vastaa potilaan tarpeisiin ja että eväitä pitää antaa pitkällä tähtäimellä, koska monet asiat jäävät avoimiksi potilaan lähtiessä kotiin.

Asiakaslähtöisyys pyrkii kaikenkattavasti pitämään hoidon keskipisteenä ja lähtökohtana potilaan tai asiakkaan. Hoito ja fysioterapia on potilasta varten, ja kaikki toiminta pohjautuu potilaan tarpeisiin ja lähtee potilaan voimavaroista. Asiakaslähtöisyys on tässä koko henkilökunnan julki lausuma periaate, johon pyritään. Koko työyhteisö on halunnut tiedostaa hoidon ja kuntoutuksen toimintaperiaatteita.

Potilaan voimavarojen ilmenemismuotoja fysioterapian lähtökohtana ja fysioterapian toteutusta ohjaavana:

- motivaatio
 - mihin potilas haluaa/ pystyy ryhtymään
- kykenevyys
 - mihin potilas mielestään kykenee
- liiketaidot – liikkeiden yksinkertaisuus sekä oma-aloitteisuus liikkeiden tekemisessä
- kyky eritellä ja ilmaista tuntemuksiaan
 - ruumiillisia tuntemuksia
 - sisäistä olotilaa
- kyky tiedostaa omaa tilaansa
- kyky ja uskallus ilmaista omaa tahtoa ja tehdä valintoja
- kyky ottaa kontaktia

5.7 Tutkiminen rinta rinnan terapian kanssa

"Tutkiminen ja terapia kulkevat rinta rinnan" Milja

"Voimavarakartoituksen perusteella valitaan keinot" Toni

"Kehon piirtäminen päästä varpaisiin ja muut tutkimistavat" Veera

Kaksi haastateltava sanoo, että tutkiminen tapahtuu terapian kanssa rinta rinnan pitkällä aikavälillä. **Keskustelu ja kuuntelu** tärkeinä tutkimistapoina kulkevat läpi fysioterapian, kun taas kolmas kertoo **haastattelusta** eritellen, mitä hän kysyy potilaalta unen saannista, mielialasta, liikuntatottumuksista ja tarkasti myös liikunnan kiinnostusalueista voidakseen löytää sopivan potilasta itseä kiinnostavan liikkumismuodon. Hän käyttää tutkimisessa **ruumiinkuvatutkimista** Bunkanin mukaan, koko kehon **piirtämistä**, Roxendalin **liiketestiä** ja Bunkanin **voimavarojen arviointikaavakkeesta** vain asennon ja hengityksen tutkimisen osioita, joihin hän uskoo. Palpointi- ja liikkuvuusosuuksiin hän ei sen sijaan usko eikä käytä niitä. Lihavoimatestejä ja fyysisen kunnan testejä hän käyttää myös. Myös kolmas haastateltava sanoo soveltavansa **Bunkanin voimavarakartoitusta** fyysisessä tutkimisessa valitakseen sen perusteella keinot hoitoon. Hän sanoo toisinaan myös palaavansa alkuperäiseen voimavarakartoitukseen, jos potilaan ongelmat ovat monimutkaiset ja on vaikea valita hoitokeinoja. Haastateltavat viittaavat Bunkanin (1983,1996) **ruumiilliseen voimavaratutkimiseen**, jonka avulla arvioidaan potilaan voimavarojen määrää kokonaisuutena. Taustalla olevan ihmiskäsityksen mukaan oletetaan, että potilaan sisäiset tunteet ja kokemukset ovat elämän kuluessa muuttaneet myös ruumiillista olemusta. Voimavarojen määrän perusteella valitaan joko vaativia tai tukevia fysioterapian keinoja. Vaativuus viittaa siihen, miten paljon hoito aiheuttaa potilaassa muutosta, esimerkiksi rentoutumista, hengityksen ja tunteiden vapautumista tai tilansa tiedostamista. Ruumiillista voimavaratutkimista toteutetaan **psykykkisesti painottuneissa ruumiillisissa jännitystiloissa**. Fysioterapeutti tutkii erityisesti potilaan **hengitystä, asentoa, liikkeitä, liikkumista ja lihaksiston tilaa** huomioiden myös mahdollisia autonomisen hermoston reaktioita ja potilaan **psykykkistä reagointia** tilanteessa. Ruumiillisen voimavaratutkimisen

taustalla on psykosomaattinen malli, joka korostaa mielen ja ruumiin erottamatonta yhteyttä.

Yksi haastateltavista sanoo **tutkivansa potilasta kokonaisvaltaisesti**, millä hän tarkoittaa koko **fyysisen olemuksen** havainnointia ja tutkimista sekä **potilaan käyttäytymisen** havainnointia. Hän sanoo, että potilasta on tutkittava laajasti. Haastateltava on kokenut, että valmiit tutkimiskaavakkeet eivät häntä palvele, koska ne usein ovat pitkiä ja perusteellisia. Tämä haastateltava puhuu toisessa yhteydessä myös oman kuvan piirtämisestä ja videoinnista, joiden avulla voi arvioida ja seurata potilaan edistymistä, joten ne voivat myös kuulua tutkimiseen.

Potilaan kanssa keskustellessa kuulee sivulauseita myöten, millainen potilaan tilanne on; miten hän kokee ja miten hän suhtautuu itseensä tai asioihin. Haastatteleamalla voi kohdistaa huomion tarpeellisiin asioihin ja saada syvempää tietoa samalla kun kysyminen auttaa potilasta itseä jäsentämään ongelmiaan ja voimavarojaan. Piirtämällä potilas voi kertoa kivun sijaintia, laatua tai suhtautumistaan omaan ruumiiseensa. Fysioterapeutti ei tulkitse piirrosta, vaan käyttää sitä enemmänkin keskustelun pohjana: miksi potilas piirtää niin kuin piirtää.

Tutkiminen rinta rinnan terapian kanssa:

- kuunteleminen
- keskustelu
- haastattelu
- kokonaisvaltainen fyysisen olemuksen ja käyttäytymisen havainnointi ilman kaavakkeita
- piirtäminen - oma kuva, kipupiirros
- liiketesti (Roxendal)
- voimavarakartoitus (soveltaen Bunkanin ruumiillista voimavaratutkimista)
- lihasvoimatestit
- yleiskunnon testaus

5.8 Fysioterapian työtapoja potilaan voimavarojen lisääjinä

"Potilaat tarvitsevat tuetumpaa avokuntoutusta" Jaana

"Suljetun ryhmän prosessi eteni" Leena

"Kun tulee ahdistava olo, niin happi loppuu" Milja

"Mä en puhu nyt, että on suora joku ongelma, vaan tulee ahdistuksen takia" Verna

"Keskittymistä voidaan harjoitella pienen ohjelman läpiviemisellä" Verna

"Osata olla sopivan vaativa potilaalle tai herättää potilaan motivaatio" Veera

"Lopulta pystyisi hoitamaan liikuntansa itse aktiivisesti" Veera

Haastateltavat puhuvat fysioterapian sisällöstä sekä pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaiden että akuutisti mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. He kuvailevat fysioterapiaa useista näkökulmista, kuten potilaan ongelmien, tavoitteiden, fysioterapian menetelmien ja toteutustapojen näkökulmasta. Kaksi haastateltavista kuvailee, miten fysioterapia etenee potilaan voimavarojen mukaan **passiivisesta** hoidosta potilaan **aktiiviseen** tekemiseen. Yksi haastateltava kertoo psyykkisesti pitkäaikaissairaiden fysioterapiassa kokevansa neuvottomuutta, kun keinot ovat niin vähäiset. Hän sanoo miettivänsä, miten paljon pitäisi vain hyväksyä muuttunutta liikkumista, jossa kroonisuus näkyy päällekin päin.

Yksi haastateltavista toteaa fysioterapian tavoitteena olevan, että **potilas pystyy päivittäisiin toimiinsa sekä olemaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa**. Usealla haastateltavalla fysioterapian sisällössä tärkeimpinä korostuvat **perusliikkumisen ja vuorovaikutuskykyjen ohjaus sekä kehontuntemukseen liittyvät käsittelyt, ohjaus tai harjoitukset**. **Rentous ja liikunta** nousevat myös voimakkaasti esiin, samoin **aktivointi ja motivointi**.

Yksi haastateltavista sanoo, että lähes kaikilla potilailla on **psykofyysistä jännitystä**. Toinen puhuu **jännitys- ja tuskatiloista**, ja usea puhuu **ahdistuksesta**, joka ilmenee eri tavoin. Useimmat mainitsevat tärkeänä fysioterapian keinona **rentoutuksen**, joka voi olla esimerkiksi kosketusta, painelurentoutusta tai jännitys-

rentoutta. Yksi sanoo välttävänsä sopimattomia mielikuvia, ja toinen toteaa, ettei käytä suggestiivisia menetelmiä.

Yksi haastateltavista kuvailee, miten hän **ahdistuneen** potilaan kanssa saattaa aloittaa käsin painellen rentoutusta ja mielihyvää tuottaen tai kehon tiedostusta lisäten. Jonkun kohdalla voi olla tarpeen vain läsnäolo. Hän keskustelee ja kuuntelee, jos potilas on siihen valmis, ja asteittain potilaan omat aktiiviset harjoitukset lisääntyvät. Tavoitteena on löytää myös potilaalle mielihyvää tuottava liikuntatapa. Toinen haastateltava kuvailee saattavansa aloittaa lämmöllä ja hieronnalla tai muuten hyvää oloa tuottamalla ja edetä potilaan aktiiviseen liikkumiseen, kuntosaliharjoitteluun ja liikuntaan.

Rentoutuminen on henkinen ja fyysinen prosessi, josta monet lähteet, kuten Payne (1995), kirjoittavat. Rentoutumisessa lihasjännitys vähenee lihassäikeiden pidentyessä ja elintoiminnat, kuten sydämen syke, rauhoittuvat. Myös hormonierityksessä tiedetään tapahtuvan edullisia muutoksia rentoutumisen myötä. Fyysiset muutokset kulkevat yhdessä uhkan, pelon, levottomuuden kokemisen vähenemisen kanssa.

Yksi fysioterapeuteista tuo esimerkin, että potilas voi kokea **ahdistavan olon** hapen loppumiseksi, jolloin fysioterapeutin ymmärrys **hengityksestä** on tärkeää. Hengityksen fysioterapeutti näkee mielen ja ruumiin yhdyskohdaksi ja katsoo fysioterapeutin parhaiten ymmärtävän hengitystä sekä fyysisestä näkökulmasta että tunteiden näkökulmasta. Edelleen hän jatkaa, että jotkut potilaat eivät uskalla puhua, jolloin harjoitellaan äänen, sanojen ja lauseiden tuottamista ja lopulta keskustelua, jotta potilas pystyisi taas kommunikoimaan toisten ihmisten kanssa. Fysioterapeutti tutustuttaa potilasta oman äänensä konkreettiseen tuottamiseen turvallisessa ilmapiirissä.

Fysioterapiakirjallisuus tukee sitä, että fysioterapeutilla voi olla monipuolinen näkökulma ihmisen hengitykseen, tunteisiin, ääneen ja psykofyysiseen jännitykseen. Roxendal (1985, 1987) toteaa, että ääni on ihmiselle yhtä

persoonallinen kuin asento tai kävely. Ääni ilmaisee myös tunteita ja mielialaa; varsinkin epävarma ihminen arastelee ääntään. Roxendal (1987) sekä Bunkan (1996) puhuvat tunteiden ja hengityksen yhteydestä ja siitä, ettei hengitystä pidä ohjata suoraan, jos hengitys on tunteiden takia estynyt, kiihtynyt tai muuten muuttunut. Roxendalin mielestä pitää fysioterapiassa hakea potilaan terveitä voimavaroja houkutellen esiin alkuperäistä tehokasta hengitystapaa eikä suoraan vapauttaa hengitystä. Bunkan (1996) puhuu epäsuorasta hengityksen ohjaamisesta tunteiden takia estyneen hengityksen vapauttamisessa ja siitä, että potilaalla pitää olla riittävästi voimavaroja kestää muutos hengityksessä. Dropsy (1987, 1988) käsittelee hengityksen, äänen, tunteiden ja lihasjännitysten yhteyksiä ja esittää myös, miten ohjata hengityksen ja äänen vapauttamista.

Kaikenlainen **motivointi** ja **aktivointi** korostuu mielenterveysongelmaisten potilaiden fysioterapiassa usean haastateltavan puheessa. Esimerkkinä aktivoinnista yksi haastateltava mainitsee kaikki päivät sängyssä makaavan potilaan, joka saadaan lähtemään rentousryhmään ja joka lopulta osallistuu erilaisiin ryhmiin ja huolehtii aktiivisesti liikunnastaan. Hän puhuu myös **motivaation herättämisestä** huomaamatta; siihen hän toisinaan on löytänyt keinon **luovista menetelmistä**, joissa potilas saattaa huomaamattaan liikkua ja yllätyksekseen huomata sen olevan hauskaakin. Haastateltava toteaa, että **motivointi** on rankkaa ja on vaikeata osata arvioida, kuinka vaativa kunkin kohdalla pitää olla. **Onnistumisen kokemusten antaminen** potilaalle korostuu usean haastateltavan puheessa, ja yksi puhuu itsetuntoa vahvistavasta palautteesta.

Suuri osa haastateltavista puhuu **liikunnasta** tärkeänä osana mielenterveysongelmaisten fysioterapiaa ja keinona huolehtia itsestään. Liikunta voi toteutua myös liikuntaryhmissä, joita ohjaa joku muu kuin fysioterapeutti. Yksi haastateltavista on sitä mieltä, että potilaille ei sairaalan ohjatun liikuntaryhmän jälkeen löydy sopivaa riittävän tuettua avokuntoutusta; kaupungin erityisryhmät hänen mielestään ovat liian vaativia. Yksi fysioterapeutti käyttää runsaasti kaikkia tavallisia fysioterapian menetelmiä ja harjoittelutapoja painottaen rentoutuksen

lisäksi potilaan fyysistä harjoittelua ja liikuntaa lihas- sekä yleiskunnon kohottamiseksi.

Smeaton (1995) on koonnut tietoa liikunnan hyödystä mielenterveysongelmaisten hoidossa. Liikunta parantaa fyysistä kuntoa ja ryhmässä toteutettuna voi tarjota sosiaalista tukea. Oletetaan, että aerobinen liikunta aiheuttaa fysiologisesti biokemiallisia muutoksia, jotka vaikuttavat mielialaa kohentavasti.

Edelleen Smeaton (1995) kirjoittaa joistakin tutkimustuloksista. Ihmiset, jotka reagoivat stressaaviin tilanteisiin ahdistuksella, hyötyvät liikunnasta. Keskivaikeassa masennuksessa on tutkimuksin todettu merkittävää hyötyä liikunnasta. Myös skitsofreniapotilaille tutkimukset osoittavat rohkaisevia tuloksia liikunnan hyödystä; varsinkin havaittiin, että liikunta edistää motivaatiota muuhun kuntoutukseen. Todettiin myös, että aktiivisina päivinä psykoottiset merkit olivat vähäisempiä, ja havaittiin, että jotkut skitsofreniasta kärsivät käyttivät liikuntaa strategiana selviytyäkseen paremmin kuuloharjojensa kanssa. Liikunnan pitää olla nautittavaa ja itsetuntoa kohentavaa. Ojanen (1999) hakee liikunnan vaikutusten ensisijaista selitystä muualta kuin endorfiiniin, serotoniiniin, adrenaliiniin tai lämpövaikutukseen liittyvistä biologisista tekijöistä. Hän mainitsee merkittäviksi liikuntaan liittyvät sosiaaliset kokemukset, yhteyden kokemisen ja liikunnan tuottaman "flow"-kokemuksen, jolloin ajan merkitys häviää ja toiminta imee mukaansa - myös muu mieluisa tekeminen voi tuottaa saman kokemuksen. Ylén (1999) toteaa myös, että liikunnan pitäisi olla ensisijaisesti nautittavaa ja hauskaa. Ylén (1999) kirjoittaa edelleen meneillään olevaan tutkimukseen pohjautuen, että mielenterveyspotilaiden liikunnan annostelun tulee olla maltillista ja omaehtoisuuteen tulee kiinnittää huomiota, koska pakonomaisuus koetaan stressaavaksi. Koettu kunnon kohoaminen korreloi positiivisesti psyykkisen hyvinvoinnin paranemisen kanssa. Koettu kunnon kohoaminen ei ollut yhteydessä todelliseen, mitattuun kunnon kohoamiseen, vaan se perustui henkilön mielikuvaan omasta suorituskyvystä. Liikuntaryhmään osallistuminen on tutkimusten perusteella hyvä tapa kohottaa psyykkistä hyvinvointia; se lisää tunnetta omasta kelvollisuudesta ja on siten yhteydessä itsearvostukseen ja mielialan kohoamiseen.

Potilaiden fysioterapia toteutuu **yksilöllisesti tai ryhmässä**; ryhmä voi olla suljettu ryhmä, jossa on kiinteä kokoonpano, tai avoryhmä, jonka osallistujat vaihtuvat.

Kaksi haastateltavaa puhuu tarkemmin ryhmistä. Toinen haastateltavista kokee avoryhmät turhauttaviksi ja raskaiksi, koska hän ei tiedä etukäteen, keitä ryhmään osallistuu, ja ryhmän jäsenet voivat olla hyvin erilaisia kyvyiltään. Suljetun ryhmän hän taas on kokenut mielekkääksi ja haastavaksi, koska siihen ryhmäläiset ovat sitoutuneet ja heillä näkyy yksilöllistä etenemistä omien tarpeidensa, ongelmiansa ja resurssiensa pohjalta.

Yksi haastateltava on kokenut ryhmien kanssa työskentelyn monipuolisesti hyväksi. Hänellä on fyysiseen rentoutumiseen tai fyysisen kunnon kohentamiseen painottuvia ryhmiä, tai hänellä on rentoutumiseen painottuvia osioita joissain moniammatillisesti ohjattavissa ryhmissä. Haastateltava kokoaa ajoittain ryhmiä johonkin toimintaan, kuten luontopolulle tai kuntosaliharjoitteluun. Lisäksi hän on oman kiinnostuksensa vuoksi mukana runoryhmässä.

Fysioterapian työtapoja potilaan voimavarojen lisääjinä:

- perusliikkuminen
- vuorovaikutuksen ohjaus
- kehontuntemukseen liittyvä ohjaus ja käsittely
- rentoutus
- liikunta
- fyysinen harjoittelu lihas- ja yleiskunnon kohottamiseksi
- hengitys
- äänen, sanojen, lauseiden tuottaminen
- aktivointi ja motivointi
- onnistumisen kokemusten antaminen
- hyvän olon tuottaminen
- psykofyysisen jännityksen ja ahdistus- ja tuskatilojen helpottaminen
- fysioterapiaa toteutetaan akuutisti sekä pitkäaikaisesti sairaille yksilöllisesti sekä ryhmissä

5.9. Yhteistyötä monella tasolla

"Miettii, onko hoitolinja oikea" Mirja

"Kuljetaan niin herkillä alueilla, että olisi hyvä tuntea, kenelle potilaan lähettää" Mirja

"Fysioterapian merkitystä ei tiimissä aina ymmärretä" Tanja

"Fysioterapia unohtuu osaston hässäkässä" Leena

"Moniammatillisuus ei aina toteudu muualla kuin paperilla" Milja

"Ruumiinkuvapiirroksen ja videon avulla muutkin voivat tehdä johtopäätöksiä fysioterapian hyödystä" Milja

"Tutkimusta pitäisi tehdä yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa" Milja

"Yhteistyön sujuminen on paljo ittestä kii" Verna

Usea haastateltava puhuu yhteistyön sujumisesta, vaikeuksista ja kehittämistarpeista tarkastellen fysioterapiaa osana potilaan kokonaishoitoa. Yksi haastateltavista toteaa työn luonteen muuttuneen nopeatahtisemmaksi, mikä vaatii myös yhteistyön kehittämistä. Aiemmin hänellä oli pääasiassa pitkäaikaispotilaita, joiden fysioterapia kesti kuukausia, jopa vuosia, ja yhteistyölle oli aikaa. Nyt akuuttiosaston lyhytaikaisten potilaiden määrä on voimakkaasti lisääntynyt ja hänen on pitänyt kehittyä nopeasti hahmottamaan potilaiden ongelmia ja tarpeita toteuttaakseen tarkoituksenmukaista fysioterapiaa. Haastateltava sanoo, ettei hän ehdi aina saada edes omahoitajalta tietoja potilaasta tai ei pääse keskustelemaan omahoitajan kanssa, kun potilaat tulevat niin nopeasti hänelle. Hän kokee olevansa toisinaan yksin potilaan kanssa miettimässä, onko hoitolinja oikea. Hän kaipaa myös toista fysioterapeuttia jakamaan työmäärää sekä kehittämään fysioterapiaa kanssaan.

Toinen haastateltava kertoo työskennelleensä fysioterapiassa psykiatrian alueella niin kauan kun sitä on toteutettu Suomessa. Hän toteaa, että aluksi piti hahmottaa itselleen, mitä on fysioterapia psykiatristen potilaiden hoidossa, ja samanaikaisesti

jo piti tiedottaa fysioterapiasta ja sen hyödyistä muille hoitoon osallistuville, vaikka itsellekin asian hahmotus oli vielä kesken. Hän näkeekin tärkeäksi, että myös jokainen uusi työntekijä ja opiskelija joutuu pitämään esityksiä fysioterapiasta psykiatrisella alueella. Edelleenkin haastateltavan mielestä hoitotiimissä ei aina riittävästi ymmärretä fysioterapian merkitystä.

Kolmas haastateltava kokee, että yhteydenpidossa osastoon ja omahoitajaan päin fysioterapeutti on yleensä aloitteentekijä ja että osasto saattaa monesti unohtaa fysioterapian tai fysioterapeutin informoinnin. Haastateltavan mielestä osastot eivät osaa käyttää fysioterapiaa tarpeeksi. Jos hän selvästi näkee potilaan hyötyvän fysioterapiasta, hän ehdottaa sitä osastolle. Haastateltava kertoo lähinnä opiskelijoiden pitäneen osastotunteja fysioterapiasta konkreettisine harjoituksineen osastojen henkilökunnalle, mutta toteaa, että osanotto on usein ollut niukka. Lääkäreiden tietämyksen lisäämistä fysioterapiasta haastateltava pitää erittäin tärkeänä.

Neljäs haastateltava toteaa, että moniammatillinen yhteistyö voisi sujua paremminkin. Hänen mielestään eri ammattiryhmien löytämät asiat pitäisi koota yhteen ja miettiä, mitä hyötyä potilaalle olisi kunkin ammattiosaamisesta. Fysioterapeutti voisi olla enemmän mukana hoitoneuvotteluissa, ja potilaankin toiveita ja kokemuksia voisi hänen mielestään kuunnella enemmän. Haastateltava tekee yhteistyötä kirjaamalla ja keskustelemalla omahoitajan ja lääkärin kanssa potilaan edistymisestä. Haastateltava ei usko yhteistyön paranevan eikä fysioterapian arvostuksen lisääntyvän, ennen kuin fysioterapian hyödyllisyydestä kokemusta omaavat lääkärit puhuvat lääkäreille; hänen mielestään lääkärit uskovat paremmin kollegojaan kuin fysioterapeuttia. Hän toteaa myös, että fysioterapeutit tarvitsisivat tutkittua tietoa fysioterapian sisällöstä ja fysioterapian hyödyistä sekä itseään että muita ammattiryhmiä varten. Tutkimusta hänen mielestään pitäisi tehdä muiden ammattiryhmien kanssa yhdessä, varsinkin lääkäreiden kanssa, jolloin tutkimuksille annetaan hänen mielestään enemmän painoarvoa yleisesti.

Yksi haastateltavista toteaa, että yhteistyön sujuminen on paljolti itsestä kiinni ja siitä, miten viestittää omaa osuuttaan. Hän toteaa, että aluksi häneltäkin kului useita vuosia löytää fysioterapian paikka psykiatrisen potilaan kokonaiskuntoutuksessa. Laatutyön myötä hän kuitenkin toteaa fysioterapian sekä muun hoidon kehittyneen asiakaskeskeisemmäksi ihmisen kanssa työskentelyksi.

Fysioterapeuttien on pitänyt vuosikymmenien kuluessa itse hahmottaa ja jäsentää, mitä fysioterapia on psykiatrisen potilaan hoidossa, sekä tuoda fysioterapian mahdollisuudet muiden ammattiryhmien ja potilaiden tietoon. Lääkärin näkemys fysioterapian merkityksestä nousee erityisen tärkeäksi, koska lääkäri määrää ja kirjoittaa lähetteen fysioterapiaan. Fysioterapia on osa kokonaisuhoitoa, kuten myös Roxendal (1987) kirjoittaa: vaikka fysioterapeutti tekee työtään itsenäisesti, niin fysioterapia on yhdistetty osaksi potilaan koko hoitoa. Fysioterapeutti ei koskaan yksin vastaa potilaan hoidosta, vaan toimii läheisessä yhteistyössä hoitoon osallistuvan työryhmän kanssa, jossa keskustellaan tavoitteista ja hoitomenetelmistä usein niin, että potilaskin on läsnä. Eri ammattiryhmien tiivis yhteistyö potilaan kokonaisuhoitossa antaa kokemusta, joka on aina paremmin ymmärrettyä kuin ulkokohtainen tieto. Sivik (1997) tukee yhteisten toimintalinjojen tärkeyttä ja sitä, että jokainen työryhmän jäsen voi myös tuntea ryhmän tuen työlleen.

Yksi haastateltavista toteaa nähneensä fysioterapian hyödyn potilaille ja on kokenut potilaiden olevan tyytyväisiä. Fysioterapian hyöty näkyy usein jännittyneisyyden vähenemisenä, levottomuuden rauhoittumisena, kommunikoinnin paranemisena ja sosiaalisuuden lisääntymisenä, mutta sanallinen palaute potilaalta on hänen mielestään yleensä suppeata. Haastateltava toteaa, että toisetkin voisivat tehdä johtopäätöksiä fysioterapian hyödystä ruumiinkuvapiirrosten tai videon perusteella, jos eivät usko fysioterapeutin puhetta. Everett (1997) toteaa, että työryhmän jäsenten pitää kunnioittaa ja tuntea toistensa työtä.

Yksi haastateltava pitää tärkeänä, että hän **tuntee hoitohenkilökunnan ajatusmaailmaa** osatakseen tarvittaessa lähettää potilaan kysymyksineen sopivan

ihmisen luokse. Hän kokee hengellisten kysymysten nousevan usein potilailla tärkeiksi. Haastateltava kokee myös, että hän liikkuu psykiatrisen potilaan kanssa niin herkillä alueilla, että hänen pitäisi tuntea jatkopaikan fysioterapeutin työskentelymenetelmiä, jotta löytäisi potilaalle sopivan jatkofysioterapiapaikan. Hänellä ei kuitenkaan ole ollut aikaa luoda sellaista verkostoa.

Psykiatrisen potilaan ongelmat koskettavat monia inhimillisen elämän osa-alueita. Elämän kriisien ja mielenterveyden ongelmien kanssa kamppailevaa potilasta voivat koskettaa myös hengelliset kysymykset tai elämän ja olemassaolon tarkoitusta koskevat kysymykset, minkä myös fysioterapeutti kohtaa työskennellessään potilaan kanssa kahdenkeskisesti pitkiä tuokioita. Myös Bunkan (1990,1996) kirjoittaa kysymyksistä, jotka voivat potilaalla nousta esiin fysioterapiassa : Miksi minä elän? Onko Jumalaa olemassa? Miten minun käy? Miksi juuri minä sairastuin? Fysioterapeutti, joka haluaa kohdata potilaansa kokonaisuutena, uskaltaa seistä ahdistumatta näiden kysymysten edessä. Achté (1992) kirjoittaa, että teamtyö jaettuine vastuineen voi joskus vaarantaa henkilökohtaisen vastuun, ja niinpä haastateltava fysioterapeutti on mielestäni esimerkki siitä, miten hän kantaa vastuuta siitä, että potilas ohjautuisi sellaisen henkilön luo, joka parhaiten pystyy häntä auttamaan hänen kysymyksissään. Sama nousee mielestäni esiin siinä, että hän haluaa tietää jatkopaikan fysioterapeuttien työmenetelmistä osatakseen lähettää potilaansa sopivaan jatkofysioterapiapaikkaan. Hän kokee potilaan herkkyyden ja haluaa, että fysioterapiakin vastaisi potilaan tarpeisiin tarjoten juuri sellaista hoitoa, joka tukee potilasta parhaiten häntä toipumisprosessissaan ja kohtaa potilaan kokonaisuutena myös tunteineen ja ajatuksineen.

Kaksi haastateltavaa puhuu fysioterapiatyöntekijöiden vähyydestä tarpeeseen nähden. Toinen heistä kaipaa toista fysioterapeuttia työtahdin nopeutumisen ja työmäärän suuruuden takia sekä fysioterapian kehittämiseksi yhdessä. Toinen toteaa, että fysioterapian resurssit eivät riitä vastaamaan potilaiden fysioterapiatarpeisiin ja fysioterapeutit joutuvat asettamaan potilaat

tärkeysjärjestykseen fysioterapian saannissa. Muissa yhteyksissä usea haastateltava kertoo fysioterapiahenkilökunnan määrän riittämättömyydestä.

Roxendal (1987) kirjoittaa, että fysioterapeutti joutuu **priorisoimaan** ne osastot ja potilaat, joiden hän arvioi eniten hyötyvän fysioterapiasta. Jäljelle jääville hän voi toimia konsulttina ohjaten hoitohenkilökuntaa tai omaisia tai potilasta itseä omatoimiseen kuntoutukseen.

Yhteistyötä tapahtuu ja tarvitaan monella tasolla:

Potilaan hoidon edistäminen:

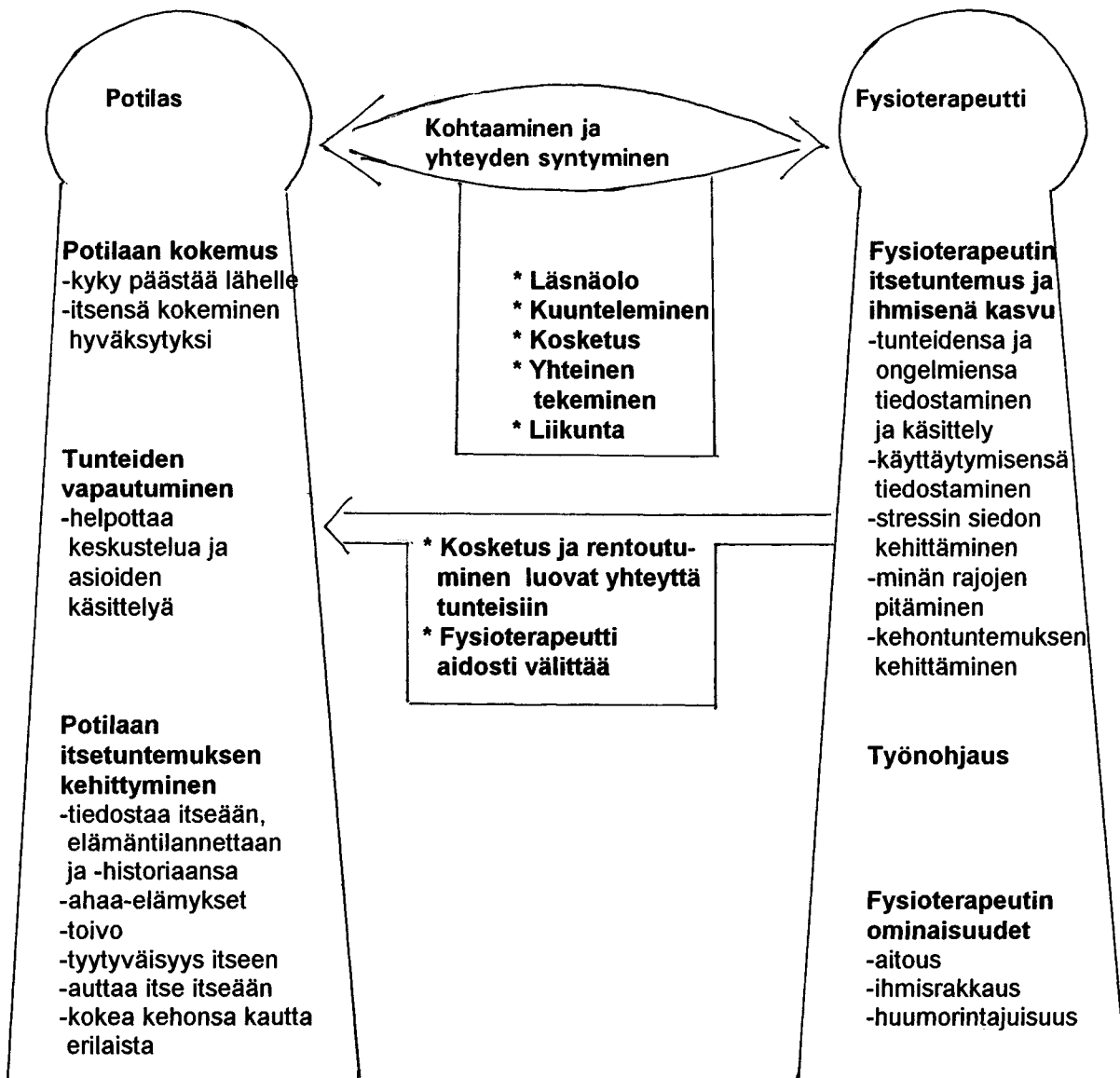
- fysioterapiasta ja sen mahdollisuuksista tiedottaminen
- yhteistyö omahoitajan kanssa ensiarvoisen tärkeää
- moniammatillisen tiedon tehokkaampi hyödyntäminen potilaan hyväksi
- yhteistyö kangertaa
- yhteistyön sujuminen paljon itsestä kiinni
- oppia tuntemaan työntekijöiden ajatusmaailmaa ja työmenetelmiä, tietää kenen luo potilaan ohjaa
- niukkojen resurssien kohdentaminen oikein

Fysioterapian kehittäminen

- tieteellisen tutkimuksen tekeminen yhteistyössä muiden ammattiryhmien kuten lääkärien kanssa

6. YHTEENVETO FYSIOTERAPIAN OLENNAISISTA PIIRTEISTÄ MIELENTERVEYSONGELMAISTEN HOIDOSSA

Fysioterapian olennaisissa piirteissä korostuu haastateltavien puheessa ensimmäisenä ja erikseen kuviossa 1 kuvattu fysioterapeutin ja potilaan kohtaaminen, joka luo yhteyden heidän välilleen ja mahdollistaa fysioterapian onnistumista.

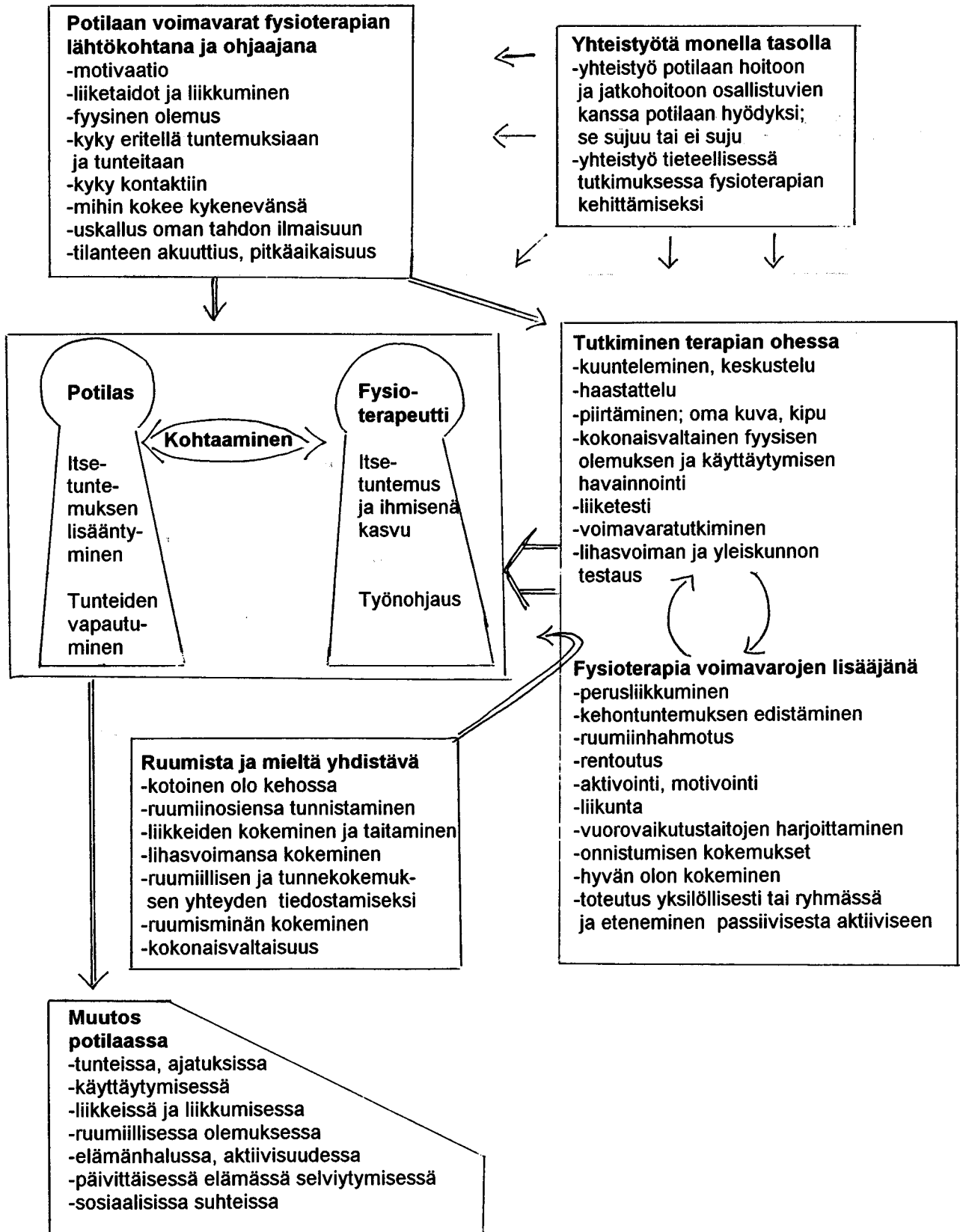


Kuvio 1 Kohtaaminen luo potilaan ja fysioterapeutin välille yhteyden. Syvä kohtaaminen edellyttää fysioterapeutilta itsetuntemusta ja ihmisenä kasvua ja edistää potilaan itsetuntemus- ja muutosprosessia.

Kohtaaminen (kuvio 1) ja sen myötä syntyvä yhteys potilaaseen nousi haastateltavien puheessa avainasiaksi fysioterapian toteutuksen onnistumiselle. Kohtaaminenhan voi jo sinänsä olla tervehdyttävää potilaalle ja herättää hänen omia voimavarojaan, koska potilas voi kokea olevansa tärkeä ihminen ja hyväksyty, mikä kohentaa itsensä arvostamista. Todennäköisesti vasta hyvän kohtaamisen myötä syntyy potilaalla luottamus fysioterapeuttiin, jolloin tämä pystyy edistämään potilaan itsetuntemusta ja muutoksen aikaansaamista. Haastateltavien mielestä potilaan oivallukset tilanteestaan, ahaa-elämykset sekä toivo ovat niitä voimavaroja, joilla potilas itse tekee muutosta itsessään ja elämässään. Fysioterapian näkökulmasta on merkittävää, että muutosta voi tapahtua myös siten, että potilas saa liikkeen kautta erilaisia, uusia kehollisia kokemuksia. Oleelliseksi nousi myös fysioterapeutin oma kasvu, itsetuntemuksen kehittyminen, omien rajojensa pitäminen sekä stressin siedon kehittäminen. Syvällinen kohtaaminen edellyttää haastateltavien mielestä fysioterapeutilta itsetuntemuksen kehittymistä ja ihmisenä kasvua.

Kohtaamista mahdollistaviksi mielenkiintoisiksi keinoksi nousivat myös liikunta sekä yhteinen tekeminen, kuten liikehoito, joka saattoi selkiyttää potilaan ajattelua ja tunteita ja auttaa häntä kontaktiin fysioterapeutin kanssa. Fysioterapeutilla pitää heidän näkemyksensä mukaan olla herkkyyttä ja taitoa havaita, miten potilas reagoi ja kokee, osatakseen edetä sopivin askelin ja sopivaa tietä yhteyden luomisessa. Lisäksi hänen pitää olla kärsivällinen ja ymmärtää, että jaksamattomuus, puhumattomuus tai aggressiivisuus voi olla naamio, jonka takaa vasta löytyy ihmisen sisin. Tunteiden vapautuminen auttoi haastateltavien mielestä myös potilasta puhumaan ja käsittelemään asioitaan.

Mielenkiintoinen ja tärkeä yksityiskohta on myös sopiva rakentava huumori, joka luo ilmapiirin kevyemmäksi ja vapauttaa voimavaroja. Huumorin käyttö tuli esiin kohtaamisen, motivoinnin sekä terapian toteutuksen yhteydessä. Huumori liittyy läheisesti myös luovan liikunnan tuomaan iloon ja hauskuuteen, josta yksi fysioterapeutti puhui.



Kuvio 2 Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden fysioterapiassa.

Fysioterapian erityispiirteissä mielenterveysongelmaisten hoidossa nousi kohtaamisen, potilaan itsetuntemuksen ja tunteiden vapautumisen sekä fysioterapeutin itsetuntemuksen ja ihmisenä kasvun lisäksi esiin kuvion 2 mukaisesti useita olennaisia piirteitä. Potilaan voimavarat näyttivät haastateltavien mukaan olevan monipuolisesti fysioterapian lähtökohtana sekä fysioterapian toteutusta ohjaavana. Potilaan voimavarojen määrää ja muutosta fysioterapeutit arvioivat yllättävänkin monista erilaisista näkökulmista. Liiketaitojen monipuolistuminen ja oma-aloitteinen toteutus nousi merkittäväksi voimavarojen osoittajaksi mielenterveysongelmaisilla potilailla ilmeisesti jo siksikin, että ihmisen sisäisen olotilan, kuten jännittyneisyyden tai ahdistuksen, muutokset näkyvät haastateltavien käsityksen ja kokemuksen mukaan myös liikkeissä, liikkumisessa ja koko fyysisessä olemuksessa.

Potilaan omaa näkemystä voimavaroistaan fysioterapeutit saivat esiin esimerkiksi kysymällä, mihin potilas mielestään vielä kykenee. Erityisenä voimavarojen ilmaisijana haastateltavien puheessa nousi myös potilaan kyky eritellä ruumiillisia tunteuksiaan ja tunteitaan. Ratkaisevimmaksi voimavaraksi fysioterapian toteutuksen kannalta haastateltavat kokivat potilaan motivaation. He halusivat vallitsevasti vastata nimenomaan potilaan tarpeisiin tai ongelmiin. Diagnoosi ei niitä suoraan kertonut, vaan antoi vain suuntaa.

Fysioterapeutit sanoivat tutkivansa potilasta, hänen ongelmiaan ja voimavarojaan fysioterapian kuluessa rinta rinnan fysioterapian toteutuksen kanssa. Potilaan tutkimisessa he käyttivät esimerkiksi kuuntelemista, keskustelua ja haastattelua tai kokonaisvaltaista havainnointia sekä lihasvoiman ja yleiskunnon testaamista. Tutkimisen tavoissa näyttivät siis olevan käytössä kaikenlaiset fysioterapian tutkimistavat, vaikkakin mielenterveysongelmaisten fysioterapialle erityisinä tutkimisen tapoina nousivat esiin piirtäminen, erityisesti oman kuvan piirtäminen ja liiketesti sekä voimavaratutkiminen. Samoin kokonaisvaltainen käyttäytymisen ja fyysisen olemuksen havainnoiminen ja potilaan kuunteleminen korostuivat heidän puheessaan.

Fysioterapian toteutuksessa näyttivät myös olevan käytössä kaikenlaiset fysioterapian menetelmät, vaikkakin perusliikkuminen, yksinkertaiset liikkeet, rentoutus, kosketus ja kehontuntemuksen edistäminen korostuvat, ja osa korosti nimenomaan kokonaisvaltaisten menetelmien käyttöä. Keinoja fysioterapeutit valikoivat potilaan voimavarojen mukaan sekä potilaan tilanteen akuuttiuden tai pitkäaikaisuuden mukaan. Tarjolla olleen koulutuksen vaikutukset näkyivät muun muassa liiketestin, voimavaratutkimisen ja ruumiinhahmotuksen runsaassa käytössä tai soveltamisessa.

Monien työtapojen tärkeänä päämääränä näyttää olevan ruumiinkuvan eheyttäminen, mielen ja ruumiin yhteyden edistäminen, mikä nousi haastateltavien puheessa yhdeksi mielenterveysongelmaisten potilaiden fysioterapian oleellisimmista piirteistä. Se saattoi ilmetä ruumiinosien opetteluna nimeämällä, koskettamalla, tekemällä liikkeitä tai kokemalla omaa voimaansa konkreettisesti sekä pyrkimyksenä auttaa potilasta hyväksymään ruumiinsa ja siten koko itsensä. Se ilmeni myös ruumiillisen kokemisen ja tunteiden yhteyden tiedostamisen korostamisena. Mieltä ja ruumista kokonaisuudeksi yhdistävä pyrkimys välittyi haastateltavien puheesta myös potilaan voimavarojen arvioinnissa, fysioterapian tutkimistavoissa sekä menetelmissä ja keinoissa. Sanoina ruumis ja keho tulivat haastateltavien puheessa esiin synonyymeinä. Itse olen mahdollisuuksien mukaan käyttänyt sitä sanaa, mitä haastateltavakin on käyttänyt, tai sitten olen valinnut mieluummin sanan ruumis silloin, kun se on sopinut asiayhteyteen. Fysioterapeutit jakoutuivat kahteen ryhmään myös sen mukaan, käyttivätkö he työtavastaan nimeä ruumiinhahmotus vai kehontuntemuksen kehittäminen, mikä johtui omasta viitekehyksestä ja myös käydyistä koulutuksista. Puhuin omassa tekstissäni yleensä siitä työtavasta tai menetelmästä, josta haastateltavakin puhui.

Motivointi ja aktivointi korostuivat fysioterapeuttien mielestä mielenterveysongelmaisten fysioterapiassa. Usea haastateltava myös kertoi turhautuvansa, kun motivointi on niin raskasta ja aikaa vievää; siihen kaivattiin myös lisää keinoja. Liikunta oli haastateltavien mielestä myös yksi tärkeimmistä keinoista mielenterveysongelmaisten fysioterapiassa, ja sen toteutus muuttui omaehtoisemmaksi potilaan voimavarojen ja aktiivisuuden lisääntyessä. Liikunta saattoi toteutua monissa muodoissa, kuten luontopolkuna. Luova liikunta mainittiin myös keinona, joka houkutteli liikkumaan

huomaamatta silloinkin, kun potilaan motivaatio oli vähäinen. Iloa ja huumoria haastateltavat halusivat fysioterapiaan mukaan.

Fysioterapian toteutuksen päämääriä haastateltavat ilmaisivat eri tavoin, mutta samansuuntaisesti: päämääränä oli potilaan selviytyminen päivittäisessä elämässään, uskallus sosiaalisiin suhteisiin, kyky huolehtia itsestään tai kyky kommunikoida. Fysioterapian ajateltiin tukevan päämääriä auttamalla potilasta liiketaidoissa, kehontuntemuksen kehittämiseksi tai ruumiinhahmotuksessa, keskittymiskyvyssä tai ahdistuksen ja psykofyysisen jännityksen lieventämisessä. He ajattelivat myös, että mielenterveysongelmaisten potilaiden fysioterapian toteutuksessa on erityisen tärkeitä, että potilas saa onnistumisen kokemuksia itsetuntonsa kohentamiseksi ja että potilaan sisäinen paha olo vähenee. Muutos potilaan ajatuksissa, tunteissa, käyttäytymisessä tai fyysisissä kyvyissä on se, mitä fysioterapeutit odottivat tapahtuvaksi fysioterapian myötä.

Kokonaisvaltaisuudesta haastateltavat puhuivat harvakseltaan, mutta mielestäni heidän tapansa puhua esimerkiksi kipukokemuksesta ja sisäisen hyvän tai pahan olon ilmenemisestä tai moniammatillisesta yhteistyöstä potilaan hyväksi ilmaisivat kokonaisvaltaista ajattelua. Myös potilaan ongelmien hahmotus liikkeiden heikosta hallinnasta sisäiseen pahaan oloon ja ahdistukseen, joka voi ilmetä hapen loppumisen tuntemuksena, ilmaisi kokonaisvaltaista näkemystä ihmisestä.

Yhteistyötä fysioterapeutit pitävät tärkeänä, jotta potilas saisi tarpeensa mukaisesti myös fysioterapiaa. Toisten ammattiryhmien työn tunteminen ja syvälinen keskustelu siitä, mitä kukin potilaan tilanteessa näkee, samoin kuin potilaan mielipiteen ja kokemuksen kuuleminen tuottaisi heidän mielestään entistä paremman hyödyn potilaalle. Jokunen haastateltavista kokee yhteistyön sujuvan eri ammattiryhmien välillä, mutta usea kaipaa sen toteutukseen parannusta ja syvyyttä sekä sitä, ettei fysioterapiaa unohdeta muun hoidon yhteydessä. Yhteistyötä kaivataan paitsi potilaan hoidon edistämiseksi myös fysioterapian tutkimiseksi ja kehittämiseksi. Tutkimusta pitäisi tehdä myös moniammatillisesti, ja nimenomaan lääkärin mukana olo nähtiin tärkeäksi. Tämä on hyvin ymmärrettävää siksi, että lääkäri on päävastuussa potilaan

kokonaishoidosta, joten hänen tulisi tuntea myös fysioterapian mahdollisuudet potilaan kokonaishoidon osana.

Kokosin yhteenvetoon kaikki ne olennaiset piirteet, jotka löysin haastateltavien puheesta, heidän ajatuksistaan, käsityksistään ja kokemuksistaan, vaikkakaan kaikki eivät puhuneet kaikista asioista eivätkä kaikki puhuneet samalla tavalla.

7. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tekeminen on ollut pitkä ja monivaiheinen prosessi. Tutkimusaiheeni on pysynyt samana, mutta aineisto vaihtui videoituista fysioterapiatilanteista fysioterapeuttien haastatteluiksi. Tutkimuksen suorittamista ohjasi fenomenologis-hermeneuttinen ote. Mielenkiintoista on ollut syventyä fenomenologiseen ajatteluun, koska se on avannut uudenlaista näkökulmaa tutkimuksen tekemiseen, todellisuuteen sekä teorian ja käytännön suhteeseen.

Tutkimuskysymykseni jäi laajaksi, koska olin niin vakuuttunut halustani tutkia aihetta juuri tietyistä näkökulmista; laajuus kuitenkin vaikeutti tutkimuksen tekemistä. Jälkeenpäin ajatellen olisin voinut rajata tutkimusaiheittani moneen mielenkiintoiseen suuntaan, jolloin olisin voinut muotoilla tutkimuskysymyksenkin nykyistä rajatummaksiksi. Olisin voinut tutkia esimerkiksi kokonaisvaltaisuuden ilmenemistä, ihmiskäsityksen ilmenemistä tai fysioterapeutin ja potilaan kohtaamista. Rajaus olisi helpottanut elettyjen kokemusten saamista haastatteluilla.

Haastattelujen tekeminen oli antoisaa, ja purkaessani niitä tekstiksi havaitsin, miten monia kuunnellessa ohi menneitä asioita haastatteluista löytyi. Haastatteluissa pidin mielessäni tutkimuskysymyksen antamat raamit. Tehtyäni jo useita haastatteluja havaitsin, etten saanutkaan riittävästi fenomenologisen ajattelun mukaisia elettyjä kokemuksia, vaan mukana oli runsaasti käsityksiä ja mielipiteitä. Aloin ymmärtää fenomenologiseen ajatteluun tutustumisen ja saamani ohjauksen myötä käsitteen kokemus uudella tavalla. Niinpä tarkensin haastatteluissa esittämäni alkukysymystä saadakseni aineistoon lisää elettyjä kokemuksia.

Merkityskokonaisuuksien esiin saaminen kuvauksista sekä niiden analysointi ja tulkinta ovat olleet tutkimuksen aikaa vievin vaihe, joka vaati myös mahdollisuutta keskittyä rauhassa aineistoon. Toisinaan ajatuksen ja tekstin virta pysähtyi kokonaan, kunnes se taas yllättäen kasvoi vuolaaksi. Merkityskokonaisuuksia olisin voinut

vieläkin tarkistaa, koska jotkin niistä voivat vaikuttaa epäselkeiltä, mihin osittain vaikuttanee sekin, etten pudottanut juuri mitään pois haastatteluaineistosta, etten menettäisi mitään olennaista. Analyysissä olen etsinyt ilmiön ydintä. Tulkinnoissani tulin jonkin verran varovaiseksi, jotta puhuisin siitä, mikä varmasti nousee aineistosta. Enemmän olisin voinut antaa nousta esiin myös sen, mikä aineistossa jää sanomatta. Merkityskokonaisuuksien yhteenvienti oli aikaa vievää pohdintaa, mutta lopulta merkityskokonaisuusryhmien lisäanalyysi ja tulkinta olivat mielenkiintoista löytöjen aikaa. Teoriatietoa toin välillä ehkä liiankin innokkaasti analyysin ja tulkintojen tueksi; siinä jouduin pidättelemään itseäni. Omaa esiymmärrystäni jouduin tiedostamaan yhä uudelleen antaakseni aineiston puhua; siitä huolimatta näen esiymmärrykseni vaikutuksen aineiston käsittelyssä ja teoriankin valinnassa. Synteesi on kaksivaiheinen: tein synteesin jokaisen merkityskokonaisuusryhmän lopussa sekä kokosin tutkimuksen lopuksi pääkohdat vastaukseksi tutkimuskysymykseen. Tutkimustulokset perustuvat suurimmaksi osaksi haastateltujen käsityksiin ja heidän teoreettisen viitekehjensä mukaiseen puheeseensa ja vähemmän eläviin kokemuksiin käytännön todellisuudesta.

Tämän tutkimuksen tuloksissa potilaan kohtaamisen tärkeys korostui odotetusti. Yhteyden syntymisen kuvailu toi mielestäni huomattavasti syvyyttä potilaan ja fysioterapeutin kohtaamisen ymmärtämiseen sekä konkreettista tietoa, miten kohtaaminen ja yhteyden syntyminen voi tapahtua fysioterapiassa. Tärkeätä oli mielestäni kuulla kokemuksia siitä, miten tunteiden vapautuminen esimerkiksi kosketusrentouden tai muun fysioterapian myötä näytti edistävän potilaan kykyä puhua asioistaan ja käsitellä tilannettaan. Fysioterapeutit kokivat tärkeäksi ohjata potilasta tunteemaan itseään ja ratkaisemaan itse ongelmiaan. Kehittämisen arvoista onkin esimerkiksi koulutuksen avulla lisätä fysioterapeuttien psykologista tietämystä ja ihmisen ymmärtämistä niin, että fysioterapeutti voi toteuttaa fysioterapiaa entistä kokonaisvaltaisemmin. Toivottavaa olisi myös psykoterapeutista taitoa lisäävän jatkokoulutuksen järjestäminen niin, että halukkaat fysioterapeutit voisivat siten laajentaa taitojaan. Osa fysioterapeuteista puhui myös ruumiin tai kehon kautta saatavista kokemuksista osana itsetuntemuksen edistämistä, mikä mielestäni osoittaa pyrkimystä nähdä ihminen kokonaisuutena.

Työnohjausta mainitsi saavansa tai saaneensa muutama fysioterapeutti. Työnohjaus kuuluu mielestäni itsestään selvästi kaikille mielenterveysongelmaisten kanssa työskenteleville fysioterapeuteille, vaikkakaan kaikki eivät sitä nyt saaneet. Työnohjaus todennäköisesti auttaa fysioterapeuttia itsetuntemuksensa kehittämässä ja omassa kasvussa; se auttaa jaksamaan työssään, pitämään omat rajansa ja kehittämään omaa kykyään kestää paineita.

Fysioterapeutin oman itsetuntemuksen kehittämässä haastateltavat eivät tulleet maininneeksi omaa kehontuntemuksen kehittämistään; joko se tuntuu itsestään selvyydeltä tai sen merkitystä eivät fysioterapeutit ole tulleet ajatelleeksi. Joka tapauksessa se kuuluu itsetuntemuksen kehittämiseen oleellisena osana.

Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä fysioterapian sisällöstä mielenterveyspotilaiden hoidossa. Uutta ymmärrystä tutkimus toi mielestäni siitä, miten fysioterapeutti ohjaa potilasta itsensä ja tilanteensa tunnistamisessa. Tutkimus syvensi myös sen ymmärtämistä, miten sisäinen olo ja tunnetila tulevat havainnoituksi ja huomioon otetuksi tutkimisessa ja terapiassa. Mielenterveysongelmaisten fysioterapiaa mielestäni kehittäisi se, että käytännön työssä olevat fysioterapeutit sekä kouluttajat voisivat tehdä enemmän yhteistyötä, vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia. Mielenterveysongelmaisten fysioterapiassa käytettäviä tutkimisen tapoja ja fysioterapian menetelmiä tai työtapoja voisi näin myös kehittää. Voisi tutkia, miten ruumiilliset voimavarat ilmentävät potilaan voimavaroja ja ongelmia, mitä kokonaisvaltainen havainnointi kertoo, millaiset fysioterapian keinot näyttävät potilasta hyödyttävän. Myös käytännön työssä toimivat fysioterapeutit voisivat havainnoida ja tutkia hyvinkin systemaattisesti työtään.

Ruumiin ja mielen yhteyden kokeminen korostui läpi koko tutkimuksen, mikä mielestäni kuuluu mielenterveysongelmaisten fysioterapian ytimeen. Ihmisen jako kahteen puoleen – mieli ja ruumis tai sooma ja psyyke – näkyy fysioterapeuttien puheessa samoin kuin omassa tekstissäni, vaikka pyrkimys ja halu kokonaisvaltaisuuteen

välittykin samanaikaisesti. Niinpä olisikin tärkeitä tutkia, miten kokonaisvaltaisuus tai ihmiskäsitys ilmenee mielenterveyspotilaiden fysioterapiassa, mitä kokonaisvaltaisuus on fysioterapian menetelmissä ja millaista ihmiskäsitystä välittävät sanat ja käsitteet, joita käytetään. Fysioterapian menetelmiä voisi edelleen kehittää niin, että ne olisivat elävästi kokonaisvaltaisia kuitenkin kadottamatta fysioterapiaan kuuluvaa konkreettista ruumiillista lähestymistä ja käden taitoa. Fysioterapiassa pitäisi tarkistaa ja kehittää käytettävää käsitteistöä yhteneväksi. Mielestäni esimerkiksi ruumisminä ilmaisee hyvin kokonaisvaltaisuutta, mutta ruumisminä-käsitteen käyttö ei ole vakiintunut suomen kielessä edes fysioterapeuttien yleiseen käyttöön.

Kaksi haastateltavaa korosti selvästi oman ruumiillisuuden konkreettisen kokemisen keinona oman voimansa kokemista vastusta vastaan. Tämä vahvistaa kehontuntemuksen kehittämisen tärkeyttä kaikessa fysioterapeuttisessa ohjauksessa kuntoaliharjoittelua ja liikuntaa myöten.

Liikunta tuli odotusten mukaisesti voimakkaasti esiin fysioterapeuttien mainitsemisissa fysioterapian keinoissa. Liikunnan ja liikkumisen toteutustapoja nykyään myös tutkitaan ja kehitetään ja etsitään sopivia tapoja mielenterveysongelmaisten liikuntaan motivoitumiselle; tässä tutkimus- ja kehittelytyössä fysioterapeuttien mukanaolo on ensiarvoisen tärkeitä. Yksi haastateltavista mainitsi luontopolun, joka mielestäni voi olla samalla myös yksi liikunnan toteutuksen muoto. Mielestäni luonnon hyödyntäminen olisi perusteltua mielenterveysongelmaisten potilaiden fysioterapiassa enemmänkin. Luonnon kauneus ja rauha voisi vaikuttaa ihmisen sisäiseen oloon, ja vuodenaikojen vaihtelun kokeminen voisi tuoda hyviä elämyksiä. Luontoon pääsyn pitäisi olla helppoa, koska mielenterveysongelmaisille potilaille on ominaista haluttomuus, jaksamattomuus tai passiivisuus. Luonnon rauhan ja kauneuden kokemisen voisi liittää kävelemiseen, istumiseen, kehontuntemuksen kehittämiseen tai ruumiinhahmotukseen, rasituksen kokemiseen ja moneen muuhun fysioterapiaan kuuluvaan asiaan. Samalla voisi aistia kaikilla aisteilla ympäröivää luontoa. Vuodenaikojen kokemiseen liittyisi kiinteästi myös itsestään huolehtiminen huolehtimalla tarkoituksenmukaisesta pukeutumisesta. Myös rakennetun ympäristön kauneus voisi olla vastaavalla tavalla hyödynnettävää.

Mielenterveysongelmista kärsiville on usein tyypillistä haluttomuus ja passiivisuus tai oma-aloitteisuuden puute, ja siksi on fysioterapiassakin kehiteltävä motivoinnin ja aktivoinnin keinoja. Mielestäni juuri tässä myös olemassa oleva teorian tieto motivaatiotasosta on tärkeä, ja voi auttaa fysioterapeuttia valitsemaan keinoja, jotka tukevat potilaan itsetuntoa motivaatiota edistäen. Teorian tieto myös auttaa hyväksymään potilaan motivaatiotasoa ja ehkäisee siten pahinta turhautumisen tunnetta.

Muutaman haastateltavan puheesta nousivat esiin työssä tapahtuvat suuret muutokset, jotka aiheuttavat epävarmuutta työolosuhteissa. Muutokset muuttavat työn sisältöä, kun aiemmin pitkäaikaispotilaita hoitaneelle fysioterapeutille tuleekin akuuttipotilaita, tai potilaita siirtyy avohoitoon, jota pitäisi nopeasti kehittää ja miettiä, mihin resurssit kohdistetaan. Myös sairaalassa fysioterapiaan tulevilla pitkäaikaispotilailla saattaa olla entistä vaikeampia ongelmia.

Fysioterapian kehittämisen tärkeänä keinona on siis tutkimus, johon on edellä tullut useita aiheajatuksia. Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa varmasti monipuolistaisi tutkimusta ja toisi tuloksille lisää painoarvoa. Myös mielenterveysongelmaisten fysioterapian koulutuksen kehittäminen on erityisen tärkeää, jotta fysioterapeuteilla olisi mahdollisimman hyvät valmiudet työhönsä; näin myös työssä jaksaminen vahvistuisi entisestään.

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu fysioterapeuttien ajatuksia, käsityksiä ja kokemuksia mielenterveysongelmaisten fysioterapian oleellisia piirteitä, minkä vuoksi työssä ilmenee fysioterapia- ja fysioterapeuttikeskeisyys.

LÄHTEET

- Achté, K. 1992. Tukea antava psykoterapia. Juva: WSOY
- Blinnikka, L.-M. 1993. Miten ruumiinkuva muotoutuu. Fysioterapia 7
- Buber, M. 1995. Minä ja Sinä. Juva: WSOY.
- Bunkan, B.H. 1990. Helhet. Teoksessa: Meurle-Hallberg, K., Gunnerius, Åsa. Kroppen som fysik – kroppen som jag. Tankar om psykosomatik. Dalarnas Firskningsråd- rapport 1990:1. Falun
- Bunkan, B.H. 1996. Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Resursorientert kroppsundersøkelse og behandling. Oslo: Universitetsbolaget AS
- Burnard, P. 1995. Counselling skills for health professionals. Second Edition. London: Chapman & Hall.
- Dropsy, J. 1988. Den harmoniska kroppen. En osynlig övning. Båros: Centraltryckeriet AB.
- Enoka, R.M. 1994. Neuromechanical basis of kinesiology. U.S.A.: Human Kinetics
- Eskola, J., Suoranta, J. 1996. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Rovaniemi: Lapin Yliopisto.
- Estlander, A.-M. 1997. Kivun psykologiaa. Teoksessa Alaranta, M., Pohjalainen, T., Rissanen, P., Vanharanta, H. (toim.) Fysiatría. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä: Gymerus Kirjapaino Oy. Ss. 63-75.
- Everett, T. 1997. Psychological treatment in physiotherapy practice. Teoksessa French, S. (ed.) Physiotherapy. A psychosocial approach. London: Butterworth-Heinemann. Ss. 421-432.
- Feldenkrais, M. 1984. Awareness through movement. Health exercises for personal growth. Great Britain: Hazell Watson & Viney Limited
- Giorgi, A. 1985. Sketch of a psychological phenomenological method. Teoksessa Giorgi, A. (ed.) Phenomenology and psychological research. Pittsburgh: Daquesne University Press. Ss. 8-22.
- Hakanen, A. & Blinnikka, L.-M. 1990. Psykosomaattisen ja psykiatrisen potilaan ruumiinkuvan keskinäiset erot sekä poikkeavuudet normaaliruumiinkuvasta. Turku: Psykologian laitoksen tutkimuksia 90. Turun Yliopisto.

Heikkinen, R.-L., Laine, T. 1997. Hoitava kohtaaminen. Kirjayhtymä Oy. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hillström, E., Holst, T., Rahm, A.-S., Westin, K. 1989. Mötet mellan sjukgymnast och patient. Sjukgymnasten 8, 24-28.

Hyyppä, M. 1997. Tunteet ja oireet. Uusin psykosomatiikka. Tampere: Tammer-paino Oy.

Immonen-Orpana, P. 1995. Psykofyysinen fysioterapia. Teoksessa: Lintunen, T., Koivumäki, K., Säilä, H. (toim.) Jalka potkee, mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena. Suomen mielenterveysseuran julkaisu. Tammisaaren Kirjapaino Oy. Ss.133-147.

Larsson, I. 1992. Kroppsbilden, det inre självportättet. Sjukgymnasten 11, 24-27.

von Manen, M. 1990. Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy. Ontario: The University of Western Ontario.

Mason, A. 1985. Something to do with touch. Physiotherapy 71, 176-179.

Mattsson, B. 1995. Om psykosomatik i primärvården. Teoksessa Sivik, T., Theorell, T. (toim.) Psykosomatsk medicin. Lund: Studentlitteratur. Ss. 214-226.

Mattsson, M. 1989. Vad berättar rörelsen för sjukgymnasten? Sjukgymnasten 8, 18-22.

Mattsson, B., Mattsson, M. 1994. Physiotherapeutic treatment in out-patient psychiatric care. Scandinavian Journal of caring sciences 8 (2), 119-126.

Niemi, P. 1998. Kognitiivinen terapia – psykosomaattisten ongelmien käypä hoito. Duodecim 114, 331-340.

Ojanen, M. 1999. Liikkuva voi hyvin – hyvinvoiva liikkuu? Liikunta & Tiede 1, 7-11.

Patton, M.Q. 1990. Evaluation and research method. California: Newbury Park.

Payne, R.A. 1995. Relaxation techniques. A practical handbook for health care professional. London: Churchill Livingstone.

Poon, K. 1995. Touch and handling. Teoksessa Everett, T., Dennis, M., Ricketts, E. (toim.) Physiotherapy in mental health. A practical approach. London: Butterworth-Heinemann.

Pratt, J.W., Mason, A. 1981. The caring touch. London: Heyden Press.

Riikonen, E., Smith, G.M. 1998. Inspiraatio ja asiakastyö. Osuuskunta Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Rogers, C.R. 1967. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. London: Constable.

Roxendal, G. 1985. Body awareness therapy and the body awareness scale. Treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. Göteborg: University of Göteborg.

Roxendal, G. 1987. Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inom framtiden. Lund: Studentlitteratur.

Roxendal, G. 1988. Levande människa. Kropp och rörelse i terapi. Vaxjö: LIC-förlag.

Roxendal, G. 1995. Psykosomatisk inriktad sjukgymnastik. Teoksessa Sivik, T., Theorell, T. (toim.) Psykosomatisk medicin. Lund: Studentlitteratur.

Shumway-Cook, A., Woollacot, M. 1995. Motor control. Theory and practical applications. London: Williams & Wilkins.

Smeaton, J. 1995. Exercise and mental health. Teoksessa Everett, T., Dennis, M., Ricketts, E. (toim.) Physiotherapy in mental health. A practical approach. London: Butterworth-Heinemann. Ss. 209-225.

Swain, J. 1997: Counselling and the use of counselling skills. Teoksessa French, S. 1997. Physiotherapy. A psychosocial approach. Second edition. London: Butterworth-Heinemann.

Syrjälä, L., Aaltonen, S., Syrjäläinen, E., Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Thornqvist, E., Bunkan, B.H. 1991. What is psychomotor therapy? Oslo: Norwegian University Press.

Varto, J. 1996. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Ylén, H. 1999. Liikunta mielenterveyspotilaiden avohoidon tukena –projekti: Koetun kunnan kohoaminen näkyy psyyken hyvinvoinnissa. Liikunta & Tiede 1, 12-13.

Öberg, M., 1998. Rörelsebegreppet inom sjukgymnastiken. Lindköping Studies in Health Sciences. Thesis No. 12. Serien Sjukgymnastik vid Hälsouniversitetet i Lindköping.