

Työpapereita 97 | 2016

Ulla Härkönen, Minna Muhonen, Kaija Matinheikki-Kokko ja Salla Sipari

## **Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona**

Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten  
sekä kirjallisuuskatsauksen valossa



## **Kirjoittajat**

Ulla Härkönen, fysioterapian lehtori, THM  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
etunimi.sukunimi@metropolia.fi

Minna Muhonen, fysioterapian lehtori, TtM  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
etunimi.sukunimi@metropolia.fi

Kaija Matinheikki-Kokko, yliopettaja, PsT  
Metropolia ammattikorkeakoulu  
etunimi.sukunimi@metropolia.fi

Salla Sipari, yliopettaja, FT  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
etunimi.sukunimi@metropolia.fi

© Kirjoittajat ja Kela

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)

ISSN 2323-9239

Helsinki 2016

# SISÄLTÖ

Alkusanat .....	4
Tiivistelmä .....	5
1 Johdanto .....	6
2 Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona .....	7
3 Arviointitutkimuksen tausta, tavoitteet ja tehtävät .....	9
4 Realistinen arviointitutkimus lähestymistapana .....	9
5 Asiakkaiden ja asiantuntijoiden haastattelujen toteutus .....	11
5.1 Haastateltavien valintakriteerit .....	11
5.2 Haastateltavien kuvaus .....	11
5.3 Haastattelujen teemat ja aineisto .....	12
5.4 Haastattelujen analyysi .....	12
5.5 Eettiset tekijät haastatteluissa .....	13
6 Asiakkaiden kokemuksia psykofyysisestä fysio-terapiasta .....	14
6.1 Voimavaroja vapauttava kohtaaminen .....	14
6.2 Kohti eheytyvää kehollisuutta .....	14
6.3 Välineitä arjen toiminnallisuuteen .....	15
7 Psykofyysinen fysioterapia asiantuntijoiden kertomana .....	16
7.1 Terapiasuhteen rakentuminen .....	16
7.2 Asiakas kokemuksestaan oppimassa .....	17
7.3 Yhteenveto psykofyysisestä fysioterapiasta asiakkaiden ja asiantuntijoiden näkökulmasta ..	19
8 Kirjallisuuskatsaus psykofyysisen fysioterapian vaikutuksista .....	20
8.1 Kirjallisuuskatsauksen tavoitteet .....	20
8.2 Tiedonhaku ja julkaisujen valinta .....	21
8.3 Kirjallisuuskatsauksen tulokset .....	28
8.3.1 Psykofyysisen fysioterapiatutkimuksen asiakasryhmät ja aineistot .....	28
8.3.2 Kuntoutusintervention vaikuttavuuden monet mittaustavat .....	31
8.3.3 Kolme tulkintaa kuntoutuksen vaikuttavuudesta .....	34
9 Johtopäätökset .....	39
Lähteet .....	45
Liitteet .....	48

## ALKUSANAT

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli arvioida psykofyysisen fysioterapian soveltuvuutta ja käyttömahdollisuuksia Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Arviointitutkimus käynnistyi Kelan kuntoutusryhmän avoimella tarjouspyynnöllä. Metropolia ammattikorkeakoulu ilmaisi kiinnostuksensa ja sai myönteisen vastauksen arviointia koskevaan tarjoukseen (6.3.2015). Olemme pyrkineet arvioimaan monipuolisesti psykofyysistä fysioterapiaa kuntoutusmuotona. Tässä kerätty haastatteluaineisto tarjoaa alan asiantuntija- ja asiakaskokemuksiin perustuvan näkökulman psykofyysisen fysioterapian käytänteisiin. Kirjallisuuskatsauksessa arvioidaan puolestaan tutkimukseen perustuvaa näyttöä ja sen vahvuutta psykofyysisen fysioterapian tutkimuskirjallisuuden valossa.

Kiitämme kaikkia psykofyysisen fysioterapian asiantuntijoita ja asiakkaita sekä Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen jäseniä arvokkaasta yhteistyöstä arvioinnin kuluessa. Kelalle kiitos tuesta, joka mahdollisti tämän arviointityön. Toivomme sen virittävän keskustelua psykofyysisestä fysioterapiasta sekä sen mahdollisuuksista edistää ihmisen toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia luovasti, vuorovaikutteisesti ja kokonaisvaltaisesti.

Helsingissä 30.3.2016

*Ulla Härkönen, Minna Muhonen, Kaija Matinheikki-Kokko ja Salla Sipari*

## TIIVISTELMÄ

Tämä arviointi koskee psykofyysisen fysioterapian soveltuvuutta Kelan järjestämään kuntoutukseen. Tutkimuksessa kuvataan psykofyysiseen fysioterapiaan liittyviä kokemuksia, vaikutuksia ja hyötyjä psykofyysisen fysioterapian asiakkaiden, asiantuntijoiden ja tieteellisten tutkimusten näkökulmasta. Analysoitavan aineiston muodostavat haastattelut ja kirjallisuuskatsaus.

Psykofyysisen fysioterapian teemahaastattelut toteutettiin syksyn 2015 aikana Suomessa asuville neljälle psykofyysisen fysioterapian asiakkaalle ja viidelle alan asiantuntijalle. Psykofyysisessä fysioterapiatilanteessa asiakkaille on ollut uutta ja merkityksellistä tulla kohdatuksi ja kuulluksi oman kokemusmaailmansa kautta. Tämä näkyy mm. kiireettömyytenä kohtaamistilanteissa. Asiakkaat kokivat luottamuksellisen ja turvallisen terapiasuhteen itseään voimaannuttavana. Myös psykofyysisen fysioterapian asiantuntijoiden mukaan vuorovaikutuksen laatu nähtiin terapian perustana. Asiakkaan kokemusta ymmärtävä ja todentava lähestymistapa oli heidän kertomansa mukaan edellytys asiakkaiden omien voimavarojen ja kykyjen vahvistumiselle sekä tulokselliselle terapialle. Psykofyysiseen fysioterapiaan olennaisesti liittyvä kehollinen työskentely paransi niin asiakkaiden kuin terapeuttien mukaan kuntoutujien itsetuntemusta ja minäkuvaan kehonkuvan jäsentymisen myötä. Kehollinen työskentely ja liikekäsitteiden laatu ja laajuus toimivat asiakkaan fyysisen toimintakyvyn edistämisen lisäksi itseymmärrystä rakentavina tekijöinä. Fyysisen toimintakyvyn paraneminen, kuten esimerkiksi asennon ja tasapainon hallinta sekä kävelyn varmentuminen lisäsivät asiakkaiden kokemuksen mukaan arjen sujuvuutta. Asiakkaat kertoivat myös pystyvyyden tunteensa ja mahdollisuutensa itsesäätelyyn lisääntyneen terapian ansiosta.

Kirjallisuuskatsauksen tavoite oli selvittää psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia tutkimalla alan tutkimusta viimeisen viidentoista vuoden ajalta. Alan tutkimuskirjallisuus oli runsasta ja temaattisesti moniulotteista. Siitä oli paikoin haastavaa tunnistaa psykofyysisen fysioterapian erityispiirteitä. Kartoittavan katsauksen päätulokset osoittivat, että kokonaisvaltaisella kehoitietoisuustyöskentelyllä näyttäisi olevan keskeinen merkitys asiakkaan itsesäätelyn vahvistumiseen ja toimintakykyyn. Kehollinen työskentely vähensi asiakkaiden oiretuntemuksia ja lisäsi heidän itsensä hyväksymistä sekä vastaanottavuutta tuelle.

Arvioitavan aineiston valossa psykofyysisen fysioterapian avulla voidaan kohentaa kuntoutujan työ- ja toimintakykyä sekä edistää terveyttä ja antaa ihmisille voimavaroja heidän oman elämänsä hallintaan. Erityisasiantuntemukseen perustuva kuntoutustoiminta on kuntoutujan tarpeista lähtevää ja yhteistyössä rakennettujen konkreettisten tavoitteiden ohjaamaa toimintaa. Kuntoutuja on kuntoutuksen aktiivinen toimija voimavarojensa mukaan. Arvioinnin mukaan psykofyysinen fysioterapia soveltuu Kelan järjestämään kuntoutukseen.

**Avainsanat:** psykofyysinen fysioterapia, arviointi, vaikutus, vaikuttavuus

# 1 JOHDANTO

Psykofyysisen fysioterapian viitekehys ja lähestymistapa pitää sisällään monia erilaisia menetelmiä ja siitä hyötyviä asiakasryhmiä. Keskeistä psykofyysisessä fysioterapiassa on kehon ja mielen erottamaton yhteys, terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutuksen laatu sekä asiakkaan kokemuksellinen oppiminen. Tämä tutkimus on Kelan toimeksiannosta toteutettu arviointitutkimus, jonka tavoitteena on selvittää psykofyysisen fysioterapian soveltuvuutta Kelan järjestämään kuntoutukseen.

Kelan avoterapiastandardissa on määritelty vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena järjestettävien terapiapalveluiden sisältö, rakenne, henkilöstö ja laatuvaatimukset. Standardin mukaan kuntoutuspalveluiden tulee perustua julkisessa terveydenhuollossa laadittuun kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan ja kuntoutuspalvelujen pitää olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaisia, vaikuttavia, ja yksilöllisesti suunniteltuja. Yleisesti hyväksytyksi kuntoutuskäytäntöksi katsotaan jo vakiintunut kuntoutuskäytäntö, joka on perusteltu joko kokemusperäisesti tai tieteellisin vaikuttavuustiedoin. Kelan järjestämä kuntoutujan kuntoutussuunnitelmaan perustuva kuntoutuksen tulee toteutua ICF-luokituksen viitekehyksessä. Kuntoutuksessa arvioidaan kuntoutujan voimavaroja ja kuntoutuksen tarvetta lääketieteellisen terveydentilan lisäksi laaja-alaisesti kaikilla ICF-luokituksen alueilla: kehon rakenne ja toiminta, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristö- ja yksilötekijät. Lisäksi seurataan kuntoutujan terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Standardin mukaan Kelan järjestämä kuntoutus on suunnitelmallista asiakas- ja perhelähtöistä toimintaa, joka perustuu kuntoutujan tarpeeseen, erityisasiantuntemukseen ja erityisosaamiseen. Kuntoutuksen lähtökohtana ovat yhteistyössä asetetut konkreettiset ja saavutettavissa olevat lähi- ja pitkän ajan tavoitteet. Kuntoutuja ja mahdollisuuksien mukaan hänen omaisensa tai läheisensä ovat kuntoutuksen aktiivisia suunnittelijoita ja toimijoita. Kuntoutuksessa huolehditaan kuntoutujan ja hänen omaistensa tai läheistensä ohjauksesta, riittävästä tiedon tarjoamisesta ja palvelujen koordinoinnista, jotta kuntoutujan kuntoutusprosessi etenee ja yhteistyö eri toimijoiden välillä on sujuvaa. Julkinen terveydenhuolto on vastuussa vaikeavammaisen henkilön hoidosta, kuntoutustarpeen arvioinnista, kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta. Kuntoutujalla puolestaan on oikeus itse valita palveluntuottaja Kelan hyväksymistä palveluntuottajista. Standardin tavoitteena on varmistaa, että Kelan järjestämissä terapioissa kuntoutujan tarpeet ja oikeudet on huomioitu ja kuntoutus on hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja laadukasta. (Kela 2015a).

Tämän tutkimuksen toteutti Metropolia Ammattikorkeakoulun työryhmä, johon kuuluivat Kaija Matinheikki-Kokko, Ulla Härkönen, Minna Muhonen ja Salla Sipari. Kaija Matinheikki-Kokko toimi tutkimuksen osalta vastuullisena tutkijana ja kirjallisuuskatsauksesta vastaavana toimijana. Ulla Härkönen ja Minna Muhonen vastasivat haastatteluista, haastatteluaineiston analysoinnista ja tulosten raportoinnista. Salla Sipari toimi asiantuntijana arviointitutkimuksen suunnittelun ja sekä laadullisten tutkimusmenetelmien osalta. Lisäksi informaattikko Sari Soininen toimi asiantuntijana tieteellisen tiedonhaun osalta. Tutkimuksen rahoittajana oli Kela.

Arviointiraportissa kuvataan ensin lyhyesti psykofyysistä fysioterapiaa kuntoutusmuotona. Realistisen arvioinnin viitekehyksen kuvauksesta edetään seuraavaksi sen viitoittaman haastattelututkimuksen toteutukseen ja saatujen tulosten kuvaukseen. Psykofyysisen fysioterapi-an asiakas- ja asiantuntijakokemuksia käsittävää aineistoa analysoidaan sisällönerittelyn keinoin. Laadullisen aineiston avulla kuvataan psykofyysisen fysioterapi-an koettuja vaikutuksia, hyötyjä, mahdollisuuksia sekä mahdollisia riskitekijöitä ihmisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin vahvistamiseksi.

Kirjallisuuskatsauksessa pyritään puolestaan tunnistamaan psykofyysisen fysioterapi-an tieteellisten tutkimuskäytäntöjen konteksteissa tuotettu paras tutkimusevidenssi psykofyysisen fysioterapi-an vaikuttavuudesta ja vaikutuksista. Psykofyysisen fysioterapi-an tutkimusnäyt-töön perustuvaa vaikuttavuutta ja vaikutuksia kuvataan alan systemaattisten katsausten ja meta-analyysien sekä kokeellisten interventio- ja tapaustutkimusten valossa. Kyse on kartoit-tavasta kirjallisuuskatsauksesta. Kansainväliseen kuntoutustutkimukseen perustuva kirjalli-suusanalyysi käsittää tässä arvioissa aineistona sekä biopsykososiaaliseen lähestymistapaan että selkeästi fysioterapiaan ankkuroituvan psykofyysisen fysioterapi-an tutkimuksia. Tutki-muskirjallisuutta koskevan laajan haun avulla pystyttiin asemoimaan psykofyysinen fysio-te-rapia kuntoutusalan tutkimuskenttään huomioiden sen laaja viitekehys ja moninaiset lähes-tymistavat. Saattaa kuitenkin olla, että jotkut psykofyysisen fysioterapiatutkimuksen edusta-jat tai kuntoutusjärjestelmän asiantuntijat olisivat päätyneet perustellusti toisenlaiseen näkö-kulmaan ja luokitteluun kuin tässä kirjallisuuskatsauksessa on tehty.

Pohdinnassa ja johtopäätöksissä luodaan näiden eri näkökulmista avautuvien aineistojen va- lossa arvioiva synteesi psykofyysisen fysioterapi-an ihmisen toimintakykyä ja terveyttä edistä-vistä vaikutuksista, hyödyistä ja mahdollisuuksista suhteessa Kelan järjestämään kuntoutuk- seen.

## 2 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA KUNTOUTUSMUOTONA

Psykofyysinen fysioterapia on viitekehys ja lähestymistapa, jonka sisään mahtuu monta eri-laista menetelmää ja kohderyhmää. Suomen Psykofyysisen Fysioterapi-an asiantuntijatyöryh-mä (2015) korostaa, että keskeistä psykofyysisessä fysioterapiassa on kehon ja mielen yhteys, terapeutin ja asiakkaan vuorovaikutus, asiakkaan oma kokemus ja kokemuksellinen oppimi-nen. Suomalaisen psykofyysisen fysioterapi-an juuret ovat Ruotsissa, erityisesti Basic Body Awareness therapyn eli kehotietoisuuslähestymistavan soveltamisessa ja kehittämisessä ter-veydenhuoltoon. Myös norjalainen psykomotorinen fysioterapia (NPMP) on vaikuttanut psy-kofyysisen fysioterapi-an syntyyn ja kasvuun Suomessa. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapi-an asiantuntijatyöryhmä 2015.)

Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan käyttää hyvin monenlaisten asiakasryhmien kanssa. Suomessa psykofyysistä fysioterapiaa käytetään esimerkiksi vaikeasti vammaisten henkilöi-den kuntoutuksessa, neurologisessa kuntoutuksessa (esim. aivohalvauskuntoutujat, Parkin-son- tai MS-kuntoutujat), mielenterveyteen liittyvän problematiikan, kuten syömishäiriöiden,

masennuksen, unihäiriöiden, ahdistuksen, skitsofrenian ja erilaisten stressiperäisten ongelmien, kuten post-traumaattisten stressioireistojen hoidossa sekä käyttäytymisen ongelmien ja autismin kirjoon kuuluvien kehityshäiriöiden hoidossa. Lisäksi psykofyysistä fysioterapiaa käytetään laajalti erilaisten kipuoireiden hoidossa kuten kroonisten kipuasiakkaiden hoidossa, CRPS-asiakkaiden (Chronic Regional Pain Syndrome), fibromyalgia- ja migreeniasiakkaiden hoidossa sekä esimerkiksi toiminnallisten liikehäiriöiden hoidossa. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian asiantuntijatyöryhmä 2015.)

Psykofyysistä fysioterapiaa lähestymistapana voidaan toteuttaa sekä perus- että erikoissairaanhoidossa esimerkiksi akuutti- ja vuodeosastoilla ja avoterveydenhuollossa, ns. somaattisella sekä psykiatrian puolella, niin julkisessa terveydenhuollossa kuin yksityisellä sektorilla sekä työ- kouluterveydenhuollossa ja erilaisten järjestöjen ja säätiöiden toiminnassa. Asiakas- kunta ja kohderyhmät ovat näin ollen erittäin laajat. Voidaan myös ajatella, että psykofyysistä viitekehystä, joka korostaa ihmisen kokonaisvaltaisuutta ja kokemuksellista oppimista, voidaan soveltaa kaikkeen fysioterapiaan silloin, kun terapeutilla on tähän valmiuksia. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian asiantuntijatyöryhmä 2015.)

Fysioterapeuttien on ollut Suomessa mahdollista erikoistua psykofyysiseen fysioterapiaan vuodesta 1993 lähtien (Psykosomaattisen fysioterapian jatkokoulutus). Vuonna 2002 koulutuksen nimi muuttui Mielenterveyttä tukevaksi fysioterapiaksi (laajuus 40 op). Tampereen ammattikorkeakoulu on toteuttanut valtakunnallisia erikoistumisopintoja nimellä Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot vuodesta 2004 vuoteen 2015 saakka. Vuonna 2016 valtakunnallisten erikoistumisopintojen päättyessä koulutusta on tarkoitus jatkaa täydennyskoulutuksena. (Jaakkola 2016.)

Basic Body Awareness -terapia (BBAT) on Norjassa kehitetty näyttöön perustuva kehotietoisuutta korostava kokonaisvaltainen fysioterapeuttinen lähestymistapa, jonka avulla pyritään saamaan ihmisen terveyttä edistävät voimavarat käyttöön. BBAT-lähestymistapaa voidaan käyttää ja soveltaa terveydenhuollossa ennaltaehkäisevänä toimintana, kuntoutumisen tukena, tasapainon, stressin- ja/tai kivunhallinnassa. Sitä voidaan hyödyntää myös ammattilaisen omassa arjessa. Lähestymistapa soveltuu sekä yksilötyöhön että ryhmien kanssa työskenteleeseen. Keskeistä terapiassa on tasapainoa, vapaata hengitystä ja tietoista läsnäoloa edistävä liikeharjoittelu, asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus ja keskustelut liittyen asiakkaan havaintoihin ja kokemuksiin. BBAT- eli kehotietoisuusterapiaosaamista tarjotaan Suomessa fysioterapeuttien täydennyskoulutuksena, joka koostuu kuudesta koulutusosuudesta. Kokonaisuus on yhteensä 40 opintopisteen laajuinen, ja sen suorittaminen on mahdollista keskimäärin 3–4 vuodessa. BBAT-terapian osaaminen todennettiin niin teoreettisten lähtökohtien, käytännön liikeharjoitteluohjauksen ja ammatillisen projektityön esittelyn kautta.

Käsitettä psykofyysinen fysioterapia ei juuri käytetä Suomen ulkopuolella, siksi sen käsitteen avulla ei välttämättä löydy juurikaan alaa käsittelevää tutkimusta. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian asiantuntijaryhmän mukaan (2015) yleisemmin käytetty alaa kuvaava käsite on bio-psykososiaalinen fysioterapia. Varsinkin australialaisen neurofysioterapian alueella em. termi on käytössä. Australialaisen kroonisen kivun tutkimus on vaikuttanut myös viimeksi päivitettyyn versioon suomalaisen kroonisen kivun Käypä hoito -suosituksesta. Perusteluja



bio-psykososiaalisen lähestymistavan käyttöön on esitetty laajalti mm. lääketieteen eri aloilla. Kyseessä ei siis ole varsinaisesti uusi asia. ICF-luokittelukin pyrkii kuntoutujan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen toimintakyvyn ja toimintaedellytysten suhteen. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian asiantuntijatyöryhmä 2015.)

Skandinavian ulkopuolella psykofyysistä ja kokonaisvaltaista tai monialaista kuntoutuksen lähestymistapaa kuvataan yleisesti biopsykososiaalisena lähestymistapana. Tämän arvioinnin kirjallisuuskatsauksen aineistonhankinnassa on huomioitu tämä psykofyysisessä lähestymistavassa vallitseva käsitteellinen moninaisuus. Biopsykososiaalinen lähestymistapa edustaa kuntoutusta, jossa on mukana fyysisen ulottuvuuden lisäksi vähintään yksi muu psykologinen, sosiaalinen tai ammatillinen ulottuvuus. Psykofyysinen fysioterapia ja biopsykososiaalinen lähestymistapa kuntoutukseen korostavat molemmat mielen ja kehon yhteyttä. Kehon toiminnot voivat vaikuttaa ihmisen mieleen, ja mieli voi vaikuttaa kehon toimintoihin. Yhteistä näille lähestymistavoille on kokonaisvaltainen, ihmisen kehon ja mielen yhteyttä painottava kuntoutus ja harjoitteet. Kolme tekijää – ympäristö, ihmiset ja käyttäytyminen sekä näiden välinen yhteys – huomioidaan kuntoutuksen tuloksellisuuteen vaikuttavina tekijöinä.

### **3 ARVIOINTITUTKIMUKSEN TAUSTA, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT**

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida psykofyysisen fysioterapian soveltuvuus Kelan järjestämään kuntoutukseen. Tutkimuksen tavoitteena on edistää tuloksellisten kuntoutusmuotojen valintaa ja käyttöä kuntoutujien toimintakyvyn vahvistamiseksi.

Täsmennetyt arviointitehtävät olivat:

1. kuvata psykofyysisen fysioterapian rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä psykofyysistä fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden ja sitä toteuttaneiden asiantuntijoiden näkökulmasta
2. kuvata psykofyysinen fysioterapia ja sen vaikutukset ja hyöty tieteellisten tutkimusten näkökulmasta.

Tutkimuksen tuloksena syntyy kuvaus psykofyysisen fysioterapian hyödyistä, mahdollisuuksista ja mahdollisista haitoista kuntoutuksessa sekä tutkimusaineistoon nojaava pohdinta ja päätelmä psykofyysisen fysioterapian soveltuvuudesta Kelan järjestämään kuntoutukseen. Tietoa voidaan hyödyntää Kelan päätöksenteossa.

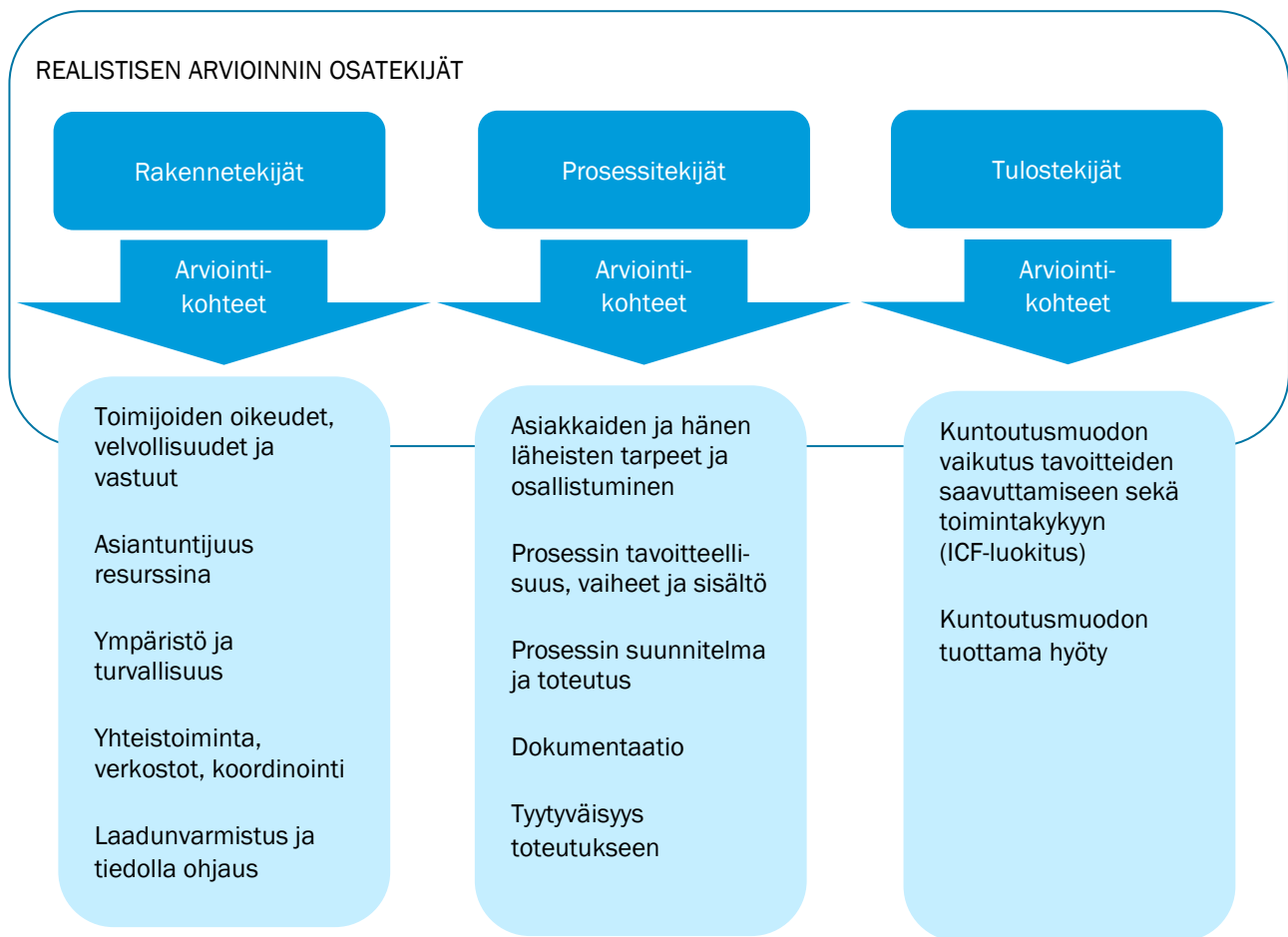
### **4 REALISTINEN ARVIOINTITUTKIMUS LÄHESTYMISTAPANA**

Tutkimuksen lähtökohdaksi valittiin realistinen arviointi koska sen avulla pyritään mahdollisimman luotettavan tiedon tuottamiseen toiminnasta tietyssä kontekstissa. Realismi viittaa siihen, että kaikkien inhimillisten toimien voidaan katsoa olevan sosiaaliseen reaalityodellisuuden rakennettua. Realistinen arviointi ei niinkään etsi muuttujia vaan kohdistaa kysymykset

siihen, miten asiat toimivat, mitä varten ja missä olosuhteissa asiat toteutuvat muodostaen näin kokonaiskuvaa arvioitavasta kohteesta. (Pawson ja Tilley 1997.) Tässä arviointitutkimuksessa kokonaiskuvaa muodostetaan yhtäältä psykofyysistä fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden ja sitä toteuttavien asiantuntijoiden ja toisaalta tieteellisten tutkimusten eli kirjallisuuskatsauksen näkökulmasta.

Realistinen arviointi ei kohdistu ainoastaan tavoitteiden saavuttamiseen ja tuloksiin, vaan myös toiminnan edellytyksiin ja itse toimintaan. Arviointistrategia jäsennettiin tässä tutkimuksessa palvelun laadun rakenne-, prosessi ja -tulostekijöiden mukaisesti kuviossa 1 (Øvretveit 1998). Rakenne-, prosessi- ja tulostekijöille kuvattiin arviointikohteet, jotka muodostuvat arvioinnin kontekstista eli kuntoutuspalvelua määrittävistä standardeista ja laatutekijöistä.

**Kuvio 1.** Arvioinnin jäsenyskehikko.



Realistinen arviointi tähtää vaikuttavuuden arviointiin, joka tässä tutkimuksessa ei tarkoittanut satunnaistettuja, kontrolloituja koeasetelmia vaan kuvaa erilaisia vaikutuksia, hyötyjä ja mahdollisuuksia sekä ehtoja suhteessa kontekstiinsa eli Kelan järjestämään kuntoutukseen ja sen päämäärään ihmisen toimintakyvyn vahvistamiseen. Arviointikohteista rajattiin rahoitus- ja kustannusvaikuttavuustekijät pois.

Realistisen arvioinnin viitekehyksessä kirjallisuuskatsauksen arviointikohteena oli tässä erityisesti tulostekijät eli psykofyysisen fysioterapian tuottama hyöty ja vaikuttavuus ihmisen toimintakykyyn ja hyvinvointiin sitä koskevan tutkimuskirjallisuuden valossa. Psykofyysisen fysioterapian rakenne- ja prosessitekijät tuodaan esille interventiokuvauksina siltä osin kuin ne on dokumentoitu ja kuvattu relevantteina kussakin kirjallisuuskatsaukseen seuloissa tutkimuksessa. Vaikuttavuuden vaatimus on oleellinen osa fysioterapiaa. Fysioterapiassa vaikuttavuudella tarkoitetaan tavoitteiden mukaisten tulosten saavuttamista. Psykofyysisen fysioterapian vaikutukset voivat ilmetä muutoksina ihmisen fyysisessä, psykologisessa tai sosiaalisessa tilassa.

## **5 ASIAKKAIDEN JA ASIANTUNTIJOIDEN HAASTATTELUJEN TOTEUTUS**

Ensimmäiseen täsmennettyyn arviointitehtävään, kuvata psykofyysisen fysioterapian rakenne-, prosessi- ja tulostekijöitä psykofyysisestä fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden ja sitä toteuttaneiden asiantuntijoiden näkökulmasta, aineisto kerättiin teemahaastatteluin. Haastattelujen toteuttamista varten Kelan eettiseltä toimikunnalta saatiin lupa tutkimushaastatteluiden toteuttamista varten toukokuussa 2015. Haastattelut toteutettiin neljälle asiakkaalle ja viidelle asiantuntijalle. Haastattelut tehtiin pääsääntöisesti asiantuntijoiden toimipisteissä syyslokakuussa 2015 Etelä-Suomen ja Hämeen alueilla. Asiakkaiden ja asiantuntijoiden haastattelut olivat kestoltaan keskimäärin 1 tunnin mittaisia. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti.

### **5.1 Haastateltavien valintakriteerit**

Haastateltavia asiantuntijoita kutsuttiin tutkimushaastatteluun psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen asiantuntijaryhmän avulla. Yhdistyksen yhteyshenkilölle lähetettiin sähköpostitse tutkimustiedote (liite 1), jonka avulla asiantuntijaryhmän suosittelimia, tutkimushaastattelusta kiinnostuneita asiantuntijoita pyydettiin mukaan haastatteluihin. Valittujen asiantuntijoiden määrä rajattiin viiteen asiantuntijaan. Asiantuntijoiden valinnassa painottui monipuolinen alakohtainen koulutus- ja työkokemus. Asiakkaiden valintakriteereinä olivat vapaaehtoisuus ja vähintään vuoden kestänyt psykofyysisen fysioterapian terapiasuhte.

Tutkimushaastatteluun suostuneita asiantuntijoita pyydettiin tiedustelemaan omilta asiakailtaan heidän halukkuuttaan osallistua tutkimushaastatteluun. Tutkimushaastatteluihin suostui neljä psykofyysisen fysioterapian asiakasta.

### **5.2 Haastateltavien kuvaus**

Haastateltaviksi lupautui kolme asiakasta ja yksi asiakkaan omainen. Haastateltavat olivat keski-ikäisiä tai iäkkäämpiä naisia. Haastatteluhetkellä heillä oli joko olemassa oleva tai äskettäin päättynyt asiakkuus ja he olivat käyneet terapiassa tyypillisimmin viimeisen 1–2 vuoden aikana. Haastatellut olivat koulutus- ja työelämä- sekä perhetaustaltaan sekä elämänhistorial-

taan hyvin erilaisia. Kaikilla haastatelluilla oli kertomansa mukaan aiempaa kokemusta fysioterapian asiakkuudesta sekä muista terveydenhuollon palveluista ennen hakeutumistaan psykofyysiseen fysioterapiaan. Heidän diagnoosinsa ja oirekuvansa vaihteli erityyppisistä mielenterveyden haasteista moniulotteisiin keskus- ja ääreishermostoperäisiin oireisiin.

Haastatelluilla asiantuntijoilla oli pohjakoulutuksena fysioterapeutin tutkinto. Pohjakoulutuksen lisäksi asiantuntijat olivat suorittaneet lukuisia psykofyysistä fysioterapiaa täydentäviä lisäkoulutuksia. Haastatelluille asiantuntijoille (neljä naista ja yksi mies) oli kertynyt asiakastyökokemusta useampia vuosia vaihdellen neljästä vuodesta yli 20 vuoden alakohtaiseen työkokemukseen. Asiakastyön ohella osa asiantuntijoista työskenteli myös erilaisissa projekti- ja koulutustehtävissä.

### 5.3 Haastattelujen teemat ja aineisto

Tutkimushaastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Teemat muodostuivat arviointistrategian arviointikohteista (kuvio 1). Haastattelut toteutettiin yksilöllisinä teemahaastatteluina. Asiakkaiden haastatteluteemoja olivat asiakkaaksi päätyminen, psykofyysiselle fysioterapialle asetetut tavoitteet ja toteutus käytännössä sekä terapian koetut hyödyt.

Asiantuntijoiden haastatteluteemat liittyivät asiantuntijan koulutustaustaan, psykofyysisen fysioterapian tavoitteisiin ja terapian sisältöön, yhteistyöverkostoihin, terapian tuloksellisuuteen ja turvallisuustekijöihin. Litteroitua aineistoa kertyi 106 sivua (fontti Arial, riviväli 1,5).

### 5.4 Haastattelujen analyysi

Aineiston analysointi toteutettiin monivaiheisesti. Ensimmäisessä analyysin vaiheessa tutkimuksen tekijät tutustuivat haastatteluaineistoon lukemalla litteroituja tekstejä useaan kertaan. Lukemisen ja aineistoon perehtymisen kautta tutkimuksen tekijät kävivät keskustelua aineiston sisällöstä, esille nousseista huomioista sekä aineiston herättämistä kysymyksistä.

Analyysin toisessa vaiheessa tutkimuksen tekijät tarkastelivat tekstiä arviointitutkimukseen ja realistiseen arviointiin liittyvän jäsenyskehikon avulla (kuvio 1). Kehikko jäsenyyttä teoreettisesti rakenne-, prosessi- ja tulostekijöihin alakohtineen. Rakennetekijöitä ovat toimijoiden oikeudet, velvollisuudet ja vastuut, asiantuntijuus resurssina, yhteistoiminta ja verkostot, koordinointi sekä laadunvarmistus ja tiedolla ohjaus. Prosessitekijöitä ovat asiakkaiden ja läheisten tarpeet ja osallistuminen, prosessin tavoitteellisuus, vaiheet ja sisältö, prosessin suunnitelma ja toteutus, dokumentaatio ja toteutus. Tulostekijöillä viitataan kuntoutusmuodon tuottamaan hyötyyn ja haasteisiin.

Tässä aineiston tarkasteluvaiheessa tutkimuksen tekijät tekivät havainnon siitä, ettei analyysikehikon rakenne-, prosessi- ja tulostekijöiden erillinen ja kategorinen tarkastelu ollut tarkoituksenmukaista, eikä tehnyt oikeutta aineistolle. Tutkimuksessa haastatellut psykofyysisen fysioterapian asiakkaat kertoivat terapian hyödyistä kuvaamalla samalla myös terapeutin asiantuntemusta ja osaamista sekä terapiaprosessia. Näin rakenne- ja prosessitekijät

kietoutuivat heidän kertomuksissaan toisiinsa sekä tulostekijöihin. Tästä syystä tulosten esittäminen erikseen rakenne-, prosessi- ja tulostekijöinä olisi näyttäytynyt liian pirstaleisena.

Kolmivaiheisen aineistoon perehtymisen jälkeen tutkimuksen tekijät etenivät aineiston käsittelyssä neljänteen vaiheeseen, abduktiiviseen eli teoriaohjaavaan sisällön analyysiin. Sisällön analyysissä tutkijat esittivät analyysikysymyksiä. Asiantuntijuuteen (rakennetekijä) liittyviä analyysikysymyksiä olivat ”Miten asiantuntijat kuvailevat psykofyysisen fysioterapian asiantuntijuutta ja terapiaprosessia (rakenne- ja prosessitekijät)?” Tulostekijöihin liittyvä analyysikysymys oli muodossa ”Mitä hyötyjä asiakkaat kokevat psykofyysisestä fysioterapiasta?”.

Sisällönanalyysissä tutkimuksen tekijät etenivät kolmivaiheisesti sisällönanalyysille tyypillisen pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta (Kylmä ja Juvakka 2007). Aineiston pelkistäminen eli redusointi tapahtui siten, että aineistosta etsittiin systemaattisesti vastauksia kuhunkin esitettyyn analyysikysymykseen. Löydettyjä vastauksia poimittiin alkuperäisessä muodossaan aineistosta erillisiin taulukoihin, jonka jälkeen poimitut kertomisen jaksot redusointiin eli muutettiin pelkistettyyn muotoon. Tässä vaiheessa analyysiä aineistoa myös järjesteltiin samankaltaisuuksien mukaisesti ja kullekin löydetylle asiakokonaisuudelle luotiin alaluokat (abstrahointi). Sisällönanalyysissä havaintoyksikkönä olivat kertomisen jaksot ja toimijoiden ilmiölle antamat merkitykset. Sisällön analyysin taulukkomuodosta on esimerkki liitteessä 3a ja 3b.

## 5.5 Eettiset tekijät haastatteluissa

Tutkimuksen tulosten tallentamista ja esittämistä ohjasivat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimuksessa käytettiin tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä menetelmiä. Kaikki aineisto ja tulokset kerättiin, tallennettiin ja käsiteltiin anonyyminä ja luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla.

Tutkimusten tulokset esitettiin siten, ettei yksittäinen osallistuja ole tunnistettavissa, eikä tutkimuksia koskevia tietoja luovuteta ulkopuoliselle taholle. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistunut Metropolia Ammattikorkeakoulun ja hankkeen ulkopuolisia henkilöitä. Aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Tallennetut tiedot säilytetään Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa hyvää tutkimustapaa noudattaen lukitussa kaapissa.

Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Tutkimukseen valituilta asiakkailta ja asiantuntijoilta kysyttiin halukkuutta osallistua tutkimukseen ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus (liitteet 4 ja 5). Heille annettiin kirjallinen tiedote (liitteet 1 ja 2) sekä lisätietoa pyynnöstä.

Ennen aineistonkeruun aloittamista tutkijat informoivat osallistujia vielä suullisesti ja varmistavat, että osallistujat olivat ymmärtäneet mihin lupautuivat ja tiesivät oikeutensa. Osallistujilla oli oikeus keskeyttää osallistuminen koska tahansa. Osallistuminen ei vaikuttanut kuntoutusprosessiin, eikä osallistumatta jättäminen tai keskeyttäminen vaikuttanut osallistujien kohteluun.

## 6 ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA PSYKOFYYSISESTÄ FYSIO-TERAPIASTA

Tutkimuksessa haastatellut psykofyysisen fysioterapian asiakkaat kertoivat terapian hyödyistä (kuvio 1) kuvaamalla samalla myös terapeutin asiantuntemusta (rakennetekijä) ja osaamista sekä terapiaprosessia (prosessitekijä). Näin rakenne- ja prosessitekijät kietoutuivat heidän kertomuksissaan toisiinsa sekä tulostekijöihin. Tästä syystä tulokset esitetään aineistolähtöisesti rakenne- prosessi- ja tulostekijöiden koosteena. Niiden esittäminen erikseen olisi näyttänyt kokonaiskuvan hahmottamista vaikeuttavana ja pirstaleisena.

### 6.1 Voimavaroja vapauttava kohtaaminen

Kaikilla tutkimuksessa haastatelluilla asiakkailla oli runsaasti kokemuksia aiemmista kohtaamisista terveydenhuollon asiantuntijoiden, erityisesti fysioterapeuttien kanssa. Psykofyysiseen fysioterapiatilanteeseen hakeuduttuaan asiakkaille oli heidän kertomansa mukaan uutta ja merkityksellistä tulla kohdatuksi ja kuulluksi oman kokemusmaailmansa kautta. Asiakkaat kertoivat arvostavansa sitä, että heidän näkemyksilleen ja kokemukselleen omasta itsestään ja tilanteestaan annetaan tilaa ja riittävästi aikaa.

”Se on ollut kauhean tärkeätä, että ei ruveta heti tekemään jotain vaan miltä on tuntunut ja niitä mun ajatuksia siitä.”

Kuulluksi tulemisen tunne koettiin voimaannuttavana, voimavaroja vapauttavana ja sen koettiin edesauttavan myös vaikealta tuntuvien asioiden kuten esimerkiksi kipukokemusten ja niihin liittyvien tunteiden kohtaamista ja sanallistamista. Erityisen merkitykselliseksi asiakkaat kokivat terapiassa saadut konkreettiset välineet suhtautumisessaan kipuun ja lisääntyneen hallinnan tunteensa kiputilanteissa.

”Mä oon saanut välineitä miten rauhoittua ja rauhoittaa itsensä, kun se kipu on päällä ja kun maltaa niin se vähenee.”

Kiireetön asiakkaan kokemusta arvostava kohtaaminen edistää haastateltavien kertoman mukaan myös asiakkaan ja terapeutin välisen luottamuksen rakentumista ja asiakkaan kokemaa turvallisuuden tunnetta terapiatilanteessa.

”Mä luulen, että juuri siinä on hirveän iso merkitys, että sulle tulee turvallinen olo siitä, että joku kuuntelee sua.”

### 6.2 Kohti eheytyvää kehollisuutta

Pienin askelin ja asiakkaan voimavarojen ehdoilla toteutettu kehollinen työskentely on ollut osalle asiakkaista terapian alussa outoa ja hämmentävää, sillä aiemmat terapiakokemukset ovat voineet olla aivan erilaisia. Joidenkin asiakkaiden mukaan aiemmat kokemukset fysio-

rapiasta ovat olleet joskus jopa liian kuormittavia tai asiantuntijan näkemyksen ehdoilla toteutuneita, (lisäys) mitä kuvaavat seuraavat asiakaskokemukset:

”Jos mä siellä fysioterapiassa kerran viikossa kävin, mä olin aivan poikki, etten meinannut selvitä sen viikon aikana, että mun oli pakko lopettaa se.”

Kehon eheytyminen koettiin asiakkaiden mukaan lisääntyneenä ymmärryksenä omasta kehostaan ja oman kehon hyväksymisenä sekä kehosuhteensa paranemisena. Kehotietoisuus- ja harjoituksilla on ollut merkitystä kehonkuvan jäsentymisessä ja korjaantumisessa sekä traumaattisiin sairastumiskokemuksiin usein liittyvien dissosiativisten poissaolon tunteiden vähenemisessä.

”Sitä tunsin itsensä huonoksi, negatiivinen minäkuva oli koko ajan. Se on jotenkin kääntynyt, se on hämmästyttävää, että hyväksyy itsensä ja kokee itsensä hyväksytyksi.”

### 6.3 Välineitä arjen toiminnallisuuteen

Arjen toiminnallisuus tulee esiin haastateltujen puheessa pystyvyyden tunteen ja itsesäätelykeinojen lisääntymisenä sekä fyysisen toimintakyvyn paranemisena seuraavasti:

”Ja kun siellä fysioterapiassa niitä on käsitelty tosi paljon niitä pelkoja ja on oppinut käsittelemään niitä niin sit mä hallitsen sen nyt itse ja oon ihan rauhassa. Ja mä pystyn yksin hallitsemaan.”

”Että sieltä ihan oikeesti tuli työkaluja, että kun mä olen menossa siihen eteisväriin tai lepatukseen niin mulla on keinoja pysäyttää se.”

Asiakkaat kuvaavat fyysisen toimintakyvyn parantumista vartalon ja tasapainon hallinnan lisääntymisenä, kävelyn varmentumisena sekä kävelytyylin laadullisena kehittymisenä. Lisäksi asiakkaat kuvaavat vartalon asennon tietoisesta korjaamisesta mahdollistuneen ja helpottuneen. Arkiset toiminnot esim. pystyasennossa onnistuvat paremmin. Tietoisuus omasta liikkumisesta, asentotottumuksista ja erilaisista omaan toimintaan vaikuttaneista aiemmin haitallisista uskomuksista, on asiakkaiden kertoman mukaan lisääntynyt. Tämä näkyy kykyinä hyödyntää ja ottaa käyttöön terapiassa harjoiteltuja asioita itsenäisesti ja siirtovaikutuksena arkeen.

”Mä kävelen paljon varmemmin ja mun on helpompi olla, sä niinku alat hahmottaa itseäs kokonaisuudessa. Kaikki tehtävät, joita pystyssä tarvii tehdä on helpottunu.”

Asiakkaat kertovat suhtautumisensa asioihin muuttuneen; esimerkiksi kipu ja ahdistus on voitu kokea aiemmin pelottavaksi ja uhkaavaksi. Terapian avulla ja sen edetessä he ovat saaneet välineitä kivun hallintaan ja itsensä rauhoittamiseen ahdistavissa tilanteissa. Tämä on heidän kertomansa mukaan lisännyt heidän itsesäätelykeinojaan ja turvallisuuden tunnetaan.

”Mä en tajunnutkaan ennen kuin täällä jutellessa, että ne onkin mulla sellasia pelkoja, että se on vahvasti yhteydessä siihen toimintakykyyn miten uskaltaa liikkua.”

## 7 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA ASIANTUNTIJOIDEN KERTOMANA

### 7.1 Terapiasuhteen rakentuminen

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan psykofyysisen fysioterapian lähtökohtana pidetään asiakkaan ja terapeutin välistä vuorovaikutusta, jossa asiakas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi omista lähtökohdistaan käsin, mitä seuraava terapeutin ilmaus kuvaa:

”Se, että asiakas saa kertoa sen mikä hänellä on ja sille annetaan aikaa.”

”Mä todellakin odotan, että se tulee sieltä asiakkaalta, enkä lopeta asiakkaan lausetta. Usein se sitten onkin ihan muuta mikä näkökulma on ollut ennestään.”

”Mä niinku pysäytän itseni tästä ajattelusta ja odotan mitä se asiakas tuottaa.”

Haastateltujen kertoman mukaan asiakkaan kuulluksi tuleminen edellyttää terapeutilta tietoista läsnäoloa, kiireettömyyttä ja tilan antamista asiakkaalle. Hiljentyminen ja tilan antaminen asiakkaalle voi olla terapeutille haastavaa, sillä fysioterapeutin ammatissa ammatillista pätevyyttä on totuttu ilmaisemaan aktiivisella puheella ja argumentoinnilla. Ammattihenkilöltä edellytettyä, tieteelliseen tietoon perustuvaa argumentointia ja keskustelua terapiatilanteissa on pidetty laadukkaana fysioterapian edellytyksenä ja osoituksena.

Toisaalta terapiatilanteet ovat voineet olla myös arkipuheen täyttämiä. Arkisen keskustelun on katsottu kuuluvan luonnolliseen ja inhimilliseen terapeutin ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Toisin sanoen odotukset terapiatilanteen vuorovaikutuksen luonteesta ovat saattaneet olla terapeutin näkökulmasta käsin erilaisia ja keskenään ristiriitaisia.

”Että puhutaan kaikkea muuta, eikä keskitytä siihen kehoon ja siihen tuntemukseen. Saatetaan nostaa jalkaa 50 kertaa, mutta ei mietitä, missä se tuntuu ja miltä se tuntuu, kun sä nostat tätä. Tässä ollaan hiljaa, annetaan sille tuntemukselle ja kokemukselle se valta.”

Haastatellut fysioterapeutit korostivat, että terapiatilanteessa on tärkeää sallia asiakkaan rauhassa kokea kehon asennon ja liikkeen tuottamia aistimuksia häiritsemättä liikaa hänen kokemusprosessiaan. Terapeutti ei tarjoa asiakkaalle liian valmiita ratkaisuja, eikä kuvauksia siitä mitä asiakkaan tulisi kokea tai miltä kokemuksen tulisi asiakkaasta tuntua. Terapeutin tulee luottaa asiakkaan kokemukseen ja siihen, että asiakkaalla itsellään on välineitä tuetusti löytää ratkaisuja tilanteeseensa.



”On yritettävä olla vaan hiljaa, ettei puutu siihen prosessiin, ettei häiritse sitä, että se pysyy toisen omana kokemuksena. Voi olla, ettei hän koe sitä niin kuin mä nään.”

”Ei niinkään, että antaisin valmiita valmiita vastauksia vaan mä oivallutan sitä ihmistä itseään miten meidän keho ja mieli pyrkii tasapainoon.”

Haastateltujen puheessa tulee esiin myös se, että kehon aistimusten kokeminen ei ole alkuun asiakkaalle helppoa. Tilanteeseen rauhoittuminen ja aistimukseen keskittyminen on uudenlainen prosessi, joka vie aikaa ja edellyttää asiakkaalta tietoista paneutumista keholliseen kokemukseen. Haastetta voi aiheuttaa myös se, että kehollisten aistimusten sanallistaminen voi olla asiakkaalle vierasta, eikä kokemukselle välttämättä alkuun löydy lainkaan sanoja. Aikaisemmat fysioterapiatilanteet ovat myös voineet olla asiakkaan näkökulmasta asiantuntija- ja suorituskeskeisiä, jolloin terapia on toteutunut enemmän ulkoa ohjautuvasti.

”Ihmiset ovat vähän yllättyneitä, kun ei mennä perinteisellä tavalla vaan mä sanon, että tärkeintä ei ole se mitä mä havainnoin vaan mitä sä itse.”

Terapeutit kertoivat, että tilanteen vieraus voi herättää asiakkaassa hetkellisesti outouden ja jopa ärtymyksen tunteita sekä halun saada terapeutilta valmiita vastauksia ja ohjeita. Tämä on kuitenkin luonnollinen osa terapiaprosessia. Vähitellen terapian edetessä uusien kokemusten ja oivallusten myötä asiakkaan luottamus itseän, terapeuttiin ja toimintatapaan lisääntyvät. Omien oivallustensa ansiosta asiakkaat alkavat myös nähdä selkeämmin oireidensa ja niihin suhtautumisensa sekä arkisen toimintansa välisiä yhteyksiä. Tämä puolestaan edesauttaa terapeuttien kertoman mukaan asiakkaan halua ottaa enemmän vastuuta omasta itsestään sekä terapiaprosessiin sitoutumista.

”Kun sen on itse kokenut sen tuskan, niin sen tietää jo asiakkaassakin. Ne (asiakkaat) avaa silmiä ja rupeaa katsomaan, että etkö sä puhu mitään ja mitä tässä pitäisi tapahtua? Sitten kun päästään vähän eteenpäin, niin se keho rupeaakin tuomaan sitä palautetta. Sitten ihmiset rupeaa heräämään, että hyvänen aika!”

## 7.2 Asiakas kokemuksestaan oppimassa

Psykofyysisen fysioterapian asiantuntijat korostivat, että terapiassa asiakas ja asiantuntija kohtaavat tasavertaisina kumppaneina. Asiakkaalle kumppanuus näyttäytyy ”lupana olla” ja pysähtymisenä oman itsen ääreen. Kumppanuuden rakentaminen nähdään osana terapeutin työtettä, jonka avulla hän tukee ja auttaa asiakasta tunnistamaan ja löytämään omat voimavaransa sekä keinonsa auttaa itse itseään. Voimavarojen huomiointi tarkoittaa terapiassa varsinkin alkuvaiheessa asiakkaan ehdoilla etenemistä eli minkä verran ja millä tavalla ihminen itse jaksaa ja pystyy osallistumaan. Yleisen jaksamisen ja pystyvyyden tunteen kehittyminen vahvistavat osaltaan asiakkaan koettuja voimavaroja.

”Mun tehtävä on auttaa sua havainnoimaan itseäsi, sellanen kehotietoisuus ettet sä loppuviimeks tarvi meitä ollenkaan.”

Keholliset tuntemukset ovat useimmiten ihmisessä läsnä olevia, mutta niiden löytäminen, tunnistaminen ja etenkin tiedostaminen voivat olla nykyihmiselle haastavia. Haastatellut asiantuntijat kertoivat luottavansa siihen, että asiakkaan pysähtyminen ja rauhoittuminen tilanteessa mahdollistaa vähitellen hänen kehollisten aistimustensa, kokemustensa ja tunteidensa viriämisen, jos niihin ymmärretään aktiivisesti kiinnittää huomiota ja niille annetaan riittävästi aikaa.

”Ne tehdään hiljaisesti ne liikkeet ja lopuksi käydään pieni keskustelu miltä tuntui. Annetaan aikaa tehdä sitä liikettä. Miltä se tuntuu eri puolilla kehoa.”

Haastateltujen terapeuttien mukaan terapeutin tehtävänä on auttaa asiakasta havainnoimaan ja tunnistamaan miten hänen kehonsa reagoi ja kehittämään näin kehotietoisuutta, joka on hyvin konkreettinen ja subjektiivinen kokemus. Kehon tuntemuksien kokemisen ja tiedostamisen kautta voidaan terapiassa edetä asiakkaan aitoihin arkielämän tilanteisiin. Vähitellen asiakas alkaa oivaltaa ja nähdä syy-seurausyhteyksiä esimerkiksi stressaavien elämäntapahutumien, haastavien työ- ja opiskelutilanteiden ja omien oireidensa, kuten kivun, pelon ja jännitystilojensa välillä.

Aiheen käsittely ja työstäminen yhdessä terapeutin kanssa lisäävät asiakkaan ymmärrystä omasta itsestään sekä tavastaan toimia ja reagoida. Terapeutit kertoivat, että mikäli ihmisellä ei ole tämän kaltaista ymmärrystä itsestään, eikä hän tiedosta omaa toimintaansa, tilanteeseen on vaikeaa saada pysyvää muutosta.

”Ihminen rupeaa olemaan enemmän kokonainen, enemmän läsnä siinä omassa kehossaan. Hän voi olla edelleen sen oireensa kanssa, mutta se ei rajoita hänen tekemistään.”

Asiakkaan kehollisuuden ja sen tuntemuksien huomioiminen edellyttävät terapeutilta kärsivällisyyttä, epävarmuuden ja odottamisen sietämistä. Haastatellut kertoivat, että terapiasuhteessa terapeutti joutuu luopumaan ”paremmin tietämisestä” ja idealisoituneesta tavasta tarkastella ihmisen kehoa ja liikkumista. Terapeutti joutuu oman kokemuksensa mukaan täydentämään ja laajentamaan näkökulmaansa mahdollisesti aiemmin jo koulutuksessaan omaksumastaan tarkastelutavasta, jossa keho nähdään enemmänkin ”toimenpiteiden” ja harjoittamisen kohteena, ”objekti-kehona” kuin ”koettuna kehona”. Koettu tai eletty keho voidaan ymmärtää ihmisen kykynä aistia kehonsa kokemuksellisesti. Tämän kaltainen työote edellyttää terapeutilta ymmärrystä ja halua kehittää myös omaa itsetuntemustaan ja kehotietoisuuttaan jatkuvan omakohtaisen harjoittelun avulla.

”Se vaatii tietysti terapeutilta omaa itsetuntemusta ja kehon tuntemusta. On aika vaikea työskennellä, jos et sä tee töitä oman itsesi kanssa, omien kehoprosessien kanssa samanaikaisesti. Tää on yksi välttämätön asia kehittyäksesi sun omassa työssäsi.”

Haastatellut terapeutit kertoivat, että kokemuksellisen työskentelyn lisäksi psykofyysisessä fysioterapiassa voidaan hyödyntää psykoedukatiivista työtettä. Psykoedukaation tavoitteena on lisätä asiakkaan ymmärrystä omasta elämäntilanteestaan, sen aiheuttamista seurauksista

ja mahdollisista kehollisista reaktioista ja oireista. Haastatellut asiantuntijat kertoivat, että edukatiivisesti työskennellessä keskustelua voidaan käydä esimerkiksi konkreettisesti kehon rakenteesta ja toiminnasta kuten esimerkiksi autonomisen hermoston toiminnasta, unen merkityksestä, rasituksen ja palautumisen välisestä suhteesta sekä erilaisista stressimekanismeista ja kivunhallinnasta. Parhaimmillaan psykoedukaatioissa edetään jaetun asiantuntijuuden hengessä. Jaetun asiantuntijuuden toteutuminen edellyttää tietoista terapiasuhteeseen asettumista ja rauhoittumista ja se kehittyy molempien sekä asiakkaan että terapeutin yhteisten ihmettelysten ja pohdintojen sekä molempien osapuolten näkemysten ja kokemusten huomioimisen kautta. Tämä edellyttää asiantuntijalta sekä tietoista pyrkimystä välttää asiantuntijavaltaa että eräänlaista luovutettua asiantuntijuutta, jossa tarkoituksena on odottaa asiakkaalta lupaa puuttua hänen elämäänsä. (Sarja 2011.)

”Mä niinku annan tarjottimen mikä sua vois kiinnostaa, että he ottais myöhemmin itse vastuuta omista päätöksistä.”

### 7.3 Yhteenveto psykofyysisestä fysioterapiasta asiakkaiden ja asiantuntijoiden näkökulmasta

Psykofyysisen fysioterapian asiakkaiden ja asiantuntijoiden näkemyksiä voidaan tarkastella heidän puheensa yhtäläisyyksien ja jossain määrin myös erojen kautta. Mitkä asiat tai tekijät siellä olivat molemmille osapuolille tärkeitä ja merkityksellisiä. Toisaalta voidaan kiinnittää huomiota siihen, mitä eroja asiakkaiden ja asiantuntijoiden puheessa tuli esiin.

Molempien osapuolten puheessa korostui merkityksellisenä asiana asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus ja sen laadulliset piirteet. Sekä asiakkaiden että asiantuntijoiden mielestä arvokasta terapeuttisessa kohtaamisessa oli terapeutin kyky luoda kiireetön ilmapiiri sekä riittävän ajan antaminen asiakkaan puheelle, kun hän kertoi omista kokemuksistaan ja näkemyksistään sekä elämäntilanteestaan. Asiakkaiden näkökulmasta tällä tavalla kohdatuksi ja kuulluksi tuleminen oli uudenlaista ja heidän kertomuksissaan myös selkeä lisäarvo verrattuna aiempiin kohtaamisiin asiantuntijoiden kanssa. Kohtaamisen tavalla oli merkitystä heille myös turvallisuuden tunteen ja luottamuksen syntymisen kannalta. Luottamus voidaan nähdä laajemmin edellytyksenä myös terapiasuhteen hyvälle onnistumiselle ja sen tuloksellisuudelle. Asiantuntijoilta kiireettömyys ja läsnäolo edellytti tietoista pysähtymistä ja oman reagoimisen hidastamista sekä omien mahdollisten ennakkokäsitysten tarkistamista tai jopa niistä luopumista.

Asiantuntijoiden asiakkaan aktiivista toimijuutta korostava ohjauksellinen ote saattoi näyttäytyä asiakkaalle alussa hämmentävänä ja outona. Aiemmat kokemukset olivat saattaneet olla hyvin erilaisia ja asiantuntijalähtöisiä. Asiantuntijalta tämä työote edellytti pidättäytymistä liian valmiiden ratkaisujen antamiselta. Molemmat osapuolet joutuivat näin mahdollisesti hakemaan uuden position aiempaan eli mitä heiltä kummaltakin terapiatilanteessa odotetaan.

Kehotietoisuuteen tähtäävä kehollinen työskentely ja erityisesti sisäistä kuuntelua edellyttävä ja sen mukaisesti etenevä liikeharjoittelu saattoivat oudoksentaa alussa asiakasta mikäli hän oli tottunut perinteisempään liikeharjoitteluun terapeutin ohjauksessa.

Asiakkaan kehotietoisuuteen herkistyminen ja sen hidas kehittyminen alkuvaiheessa haastoi omalla tavallaan myös asiantuntijan. Valintojen ja vastuun siirtäminen yhä enemmän asiakkaalle edellytti tietoista ulkokohtaisesta asiantuntijuudesta luopumista. Tämä on saattanut olla pitkä oppimisprosessi myös asiantuntijalle.

Asiakkaat kuvasivat terapiasta saatuja hyötyjä lisääntyneenä itseymmärryksenä sekä ymmärryksenä oman toimintansa ja oireiden välisestä yhteydestä arjessa eli omasta kokemuksestaan oppimisena. Oppiminen näkyi paitsi konkreettisten keinojen saamisena esimerkiksi kivun hallinnassa myös oman suhtautumisen ja näkökulmien muuttumisena paremmin heidän omaa hyvinvointiaan itsenäisesti rakentavaksi.

## **8 KIRJALLISUUSKATSAUS PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN VAIKUTUKSISTA**

Realistisen arvioinnin viitekehyksessä (kuvio 1) kirjallisuuskatsauksen osuus painottuu erityisesti psykofyysisen fysioterapian tulostekijöihin. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on kuvata psykofyysisen fysioterapian vaikutukset ja hyöty tieteellisen tutkimuskirjallisuuden näkökulmasta. Pyrkimyksenä on tuottaa tutkimusnäyttöön perustuva (evidence based) paras tieto psykofyysisen fysioterapian kuntoutusinterventioiden vaikuttavuudesta ihmisen toimintakykyyn, terveyteen ja hyvinvointiin. Kirjallisuuskatsaus rakentaa myös kansallisten ja kansainvälisten tieteellisten tutkimusten valossa kokonaiskuvaa psykofyysisen fysioterapian sekä laajemmin bio-psykososiaalisen lähestymistavan käytöstä kokonaisvaltaisena kuntoutusmuotona, sen vaikutuksista ja hyödyistä sekä mahdollisista haittavaikutuksista. Kyseessä on kartoittava kirjallisuuskatsaus. Yksittäisiä tutkimuksia koskevilla aineistoilla on jouduttu tekemään perusteltua karsintaa aineiston runsauden ja sen temaattisen moniulotteisuuden vuoksi. Mukaan otettiin vain artikkelimuotoisia interventiotutkimuksia. Näin ollen katsauksen ulkopuolelle jäi mm. psykofyysisen fysioterapian väitöstitä ja ansiokkaita tutkimuksia, jotka aiheensa puolesta olivat hyvin sopineet kirjallisuuskatsaukseen.

### **8.1 Kirjallisuuskatsauksen tavoitteet**

Psykofyysistä fysioterapiaa toteutetaan fysioterapiakuntoutuksena ja osana monialaista kuntoutusta, jonka vaikuttavuutta ja vaikutuksia kirjallisuusanalyysissä pyritään tunnistamaan. Monialaisuus tuo myös haasteita edustavan ja relevantin psykofyysistä fysioterapiaa edustavan tutkimuskirjallisuuden valintaan. Tutkimuskirjallisuutta koskevan laajan haun avulla pystyttiin kuitenkin asemoimaan psykofyysinen fysioterapia kuntoutusalan tutkimuskenttään huomioiden sen laaja viitekehys ja moninaiset kansalliset ja kansainväliset lähestymistavat. Kirjallisuusanalyysissä näin ollen tunnistetaan eri asiakasryhmiin kohdistuvia psykofyysisen fysioterapian interventioita ja niiden vaikutuksia tutkituissa toimintaympäristöissä. Vaikutukset sisältävät sekä asiakasvaikutukset että yhteiskunnalliset vaikutukset. Asiakasvaikutukset ilmenevät muutoksena, yleensä parempaa suuntaa asiakkaan tilanteessa, mutta myös kielteiset tai odottamattomat vaikutukset tulisi tunnistaa tutkimuksissa.

Kirjallisuuskatsauksen tarkentavia analyysikysymyksiä ovat:

1. Millaisia asiakasryhmiä, tavoitteita ja toimintaympäristöjä psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuutta ja vaikutuksia koskeva tutkimus käsittää?
2. Millaisia kuntoutusinterventioita ja -menetelmiä psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuutta ja vaikutuksia koskeva tutkimus käsittää?
3. Millaista tutkimusnäyttöä on psykofyysisen fysioterapian kuntoutusinterventioiden vaikuttavuudesta, vaikutuksista ja hyödyistä kirjallisuuskatsaukseen sisältyvän tutkimusaineiston valossa?

## 8.2 Tiedonhaku ja julkaisujen valinta

Kirjallisuuskatsauksen vaiheistus (1–6) ja analyysipolku on kuvattu taulukossa 1. Se käsittää tutkimuskysymysten muotoilun ja tarkentamisen prosessin kuluessa; kirjallisuushaun tietolähteiden valinnan; kirjallisuusanalyysiin valittavien tutkimusten valintaprosessin; kirjallisuusaineiston arviointiprosessin ja analyysituloksen kuvauksen.

Analyysikysymykset on muotoiltu ja tarkennettu prosessin kuluessa huomioiden kirjallisuuskatsauksen käyttötarkoitus, saatavilla oleva aineisto ja sen analyysimahdollisuudet käytettävissä olevan rajallisen ajan kuluessa.

**Taulukko 1.** Kirjallisuuskatsauksen vaiheet.

Kirjallisuuskatsauksen vaiheet	Arviointipäätökset	Päätösten seurauksia
Tutkimuskysymykset	Katsauksen tarkoitus ja käyttö	Tutkimuskysymykset <ul style="list-style-type: none"> <li>– laaja kohdennus</li> <li>– ei rajausta kohdeasiakasryhmän tai kontekstin mukaan</li> </ul>
Tiedonhaut ja julkaisujen valinta	Metodologiset lähtökohdat <ul style="list-style-type: none"> <li>– hakutermit</li> <li>– tietokannat ja julkaisutyypit</li> <li>– kieli: suomi, ruotsi, englanti</li> <li>– aikarajaus: 2000–2015</li> <li>– muut lähteet: Yhdistysten lähdeaineisto</li> <li>– sisäänotto- ja sulkukriteerit</li> </ul>	Kirjallisuushaun toteutuksen kriittisiä kysymyksiä: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aineiston kattavuus – tuloksia kumuloivat katsaustutkimukset kattavasti mukaan.</li> <li>– Mahdollinen teoreettinen viinous – erilaiset lähestymistavat huomioitu, relevanssin arviointi suhteessa analyysikysymyksiin.</li> </ul>
Aineiston luokittelu ja analyysi	Valintaprosessin läpinäkyvyyden ja haun relevanssin varmistaminen kokonaisvaltaisen kuntoutuksen kontekstissa	Kartoittava katsaus. Aineiston luokittelu tutkimusnäyttöön perustuen: Katsaukset, meta-analyysit, yksittäiset interventiotutkimukset (RCT, RC), tapaustudkimukset
Kriittinen arviointi	Tutkimusevidenssin arvioinnissa käytettiin CASP (Critical Appraisal Skills Programme) kriteeristöjä, jotka ovat laadittu tutkimusasetelmien mukaisesti: <a href="http://www.casp-uk.net">http://www.casp-uk.net</a>	Tutkimuksen laatupisteytys (0–10–11), sisäänottoraja 7 pistettä. <ul style="list-style-type: none"> <li>– CASP Systematic Review Checklist (ei Casp-arviota meta-analyseissa)</li> <li>– CASP Randomised Controlled Trial Checklist</li> <li>– CASP Qualitative Checklist</li> </ul>

Tulokset	Kirjallisuusanalyysiin perustuvat vastaukset tutkimuskysymyksiin: tutkimusnäyttö	Vaikuttavuus ja vaikutukset: tavoitteiden saavuttamisena, toimenpiteen seurauksena ja kyknä saada aikaan kuntoutuksessa tavoiteltuja vaikutuksia
Arvioiva synteesi	Haastattelu- ja kirjallisuusaineistoon perustuvat johtopäätökset psykofyysisen fysioterapian terapiamuodon hyödyistä ja mahdollisista haitoista tai riskeistä	Kela: Psykofyysisen fysioterapian soveltuvuus Kelan kuntoutukseen

Taulukossa 2 (s. 23) on kuvattu tietolähteiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kirjallisuusanalyysiin ei otettu mukaan psykofyysisen fysioterapian perusteita käsitteleviä julkaisuja, oppikirjoja tai kokoomateoksia vaan sisäänotossa rajauduttiin psykofyysisen fysioterapian interventioita käsitteleviin artikkelijulkaisuihin. Seulontaperusteissa kriittinen kysymys on kattavuus ja valikoitumisen mahdollinen teoreettinen tai ammatillinen vinous. Tarkoitus on käsitellä edustavasti psykofyysisen fysioterapian teoriaan nojaavaa vaikuttavuustutkimusta. Ongelmia tuotti kuitenkin psykofyysisen fysioterapian lähestymistavan rajojen hahmottaminen suhteessa fysioterapian valtavirtatutkimukseen ja monialaiseen kuntoutustutkimukseen. Teoreettisen vinouden välttämiseksi psykofyysisen fysioterapian erilaiset lähestymistavat ja kuntoutusmenetelmät pyrittiin huomioimaan kirjallisuushaussa mahdollisimman laajasti.

Käytännössä teoreettista vinoutta yritettiin välttää tarkastelemalla ensimmäisessä haussa saatuja alan kirjallisuusviitteitä ja tarkentamalla sen pohjalta vielä toisessa haussa käytettäviä hakutermejä siten, että saataisiin psykofyysistä fysioterapiaa edustava relevantti ja kattava otos alan kansainvälisistä ja kansallisista interventiotutkimuksista ja sen eri suuntauksista. Psykofyysistä fysioterapiaa edustava filosofinen, metodinen sekä käsitteellistä edustava kirjallisuus eri suuntauksineen oli tunnistettavissa kirjallisuusaineistosta interventiotutkimuksia helpommin jo otsakkeista. Sen sijaan interventiotutkimusten otsakkeista, abstrakteista tai hakusanoista ei useinkaan selvinnyt onko kyseessä yleinen fysioterapia vai psykofyysistä fysioterapiaa edustava suuntaus vai monialainen kuntoutustutkimus.

Kansainvälisissä tutkimuksissa psykofyysistä fysioterapiaa vastaavaa kokonaisvaltaista kuntoutusta oli toteutettu monitieteisenä MBR-kuntouksena (multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation) tai bio-psykososiaalisena fysioterapiana. Monialaista lähestymistapaa edustavat tutkimukset liitettiin mukaan tässä tehtävään analyysiin siltä osin kun hakukriteerit täyttävää kirjallisuutta seuloutui mukaan psykofyysistä fysioterapiaa kuvaavilla käsitteillä tehdyssä kirjallisuushaussa. Tällöin kokonaisvaltaisen kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioidaan tiede- tai ammattialakohtaisuuden sijaan monitieteisesti. Menetelmärelevanssin kriteerinä aineiston valinnassa oli se, että tutkimuksissa oli arvioitu vaikutuksia tunnistettavalla tavalla suhteessa asetettuihin tavoitteisiin huomioimalla asiakkaiden mitattu tai koettu hyöty tai vaikutus toimintakykyyn, järjestelmä- tai asiantuntijakeskeisesti tai monitahoarviointina tai veraten mittaustulosta suhteessa aikaisempiin tuloksiin tai toisen kohteen vastaaviin tuloksiin.

Käsitettä psykofyysinen fysioterapia ei käytetä yleisesti Suomen ulkopuolella, joten psykofyysisen fysioterapian käsitteet muodostivat kirjallisuushaussa ja seulonnassa käsitteiden miinakentän. Kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta- ja analyysikriteereistä päättäminen sekä

mukaan otettavien tutkimusten valinta, analysointi ja tulkinta on toteutettu tässä pitkälle yhden tutkijan toimesta (Kaija Matinheikki-Kokko), mikä heijastuu väistämättä luotettavuuteen. Yksilöidyt hakustrategiat suunniteltiin yhteistyössä Metropolian informaattikon Sari Soinisen kanssa. Tulosten tulkintaa koskevaa luotettavuutta on pyritty edelleen varmistamaan tähän kokonaisarviointiin osallistuvan useamman tutkijan yhteistyöllä (Ulla Härkönen, Minna Muthonen).

**Taulukko 2.** Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<p>Valitut katsaustutkimukset on julkaistu vuosien 2000–2015 aikana, muiden artikkelimuotoisten julkaisujen sisäänotto rajattu vuosiin 2010–2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Psykofyysinen fysioterapiamuoto, johon liittyy tavoitteellinen kuntoutusinterventio ja sen mittaaminen (B-BAT, NPMP, tai BPS approach in physiotherapy).</li> <li>– Tutkimuksesta saatava tieto on sovellettavissa suomalaiseseen kuntoutusjärjestelmään. Soveltuvuusarviota tarkistetaan lähemmin kirjallisuusanalyyseissä.</li> <li>– Hyväksytään eri metodein tehdyt tutkimukset.</li> <li>– Tutkimusten tai tieteellisten artikkelien julkaisukieli on suomi, ruotsi tai englanti.</li> <li>– Tieteellinen referee julkaisu, julkaisutyyppin mukaan jaottelu ja seulonta.</li> </ul>	<p>Tieteelliset julkaisut, jotka on julkaistu ennen vuotta 2000, seulonnassa ennen vuotta 2010 ilmestyneiden artikkelien poissulku.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tieteelliset tutkimukset, joiden näkökulma on yleisesti psykofyysinen fysioterapia ilman kuntoutusinterventiota, oppikirjat, opinnäytteet lukuun ottamatta artikkelimuotoisia väitöstitä.</li> <li>– Hankkeet ja hankeraportit, jotka eivät täytä tieteellisen julkaisun kriteereitä.</li> <li>– Tieteellistä julkaisua ei ole saatavana kokonaisuudessaan.</li> <li>– Ammattilehtien artikkelit.</li> <li>– Tieteelliset julkaisut, jotka eivät sovellu suomalaiseen kuntoutusjärjestelmään.</li> </ul>
<p>Aineisto ja menetelmät</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aineistonkeruumenetelmät ja konteksti on perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti.</li> <li>– Aineiston keruu-, käsittely- ja analyysimenetelmät soveltuvat tutkittavaan ilmiöön ja ne on kuvattu.</li> <li>– Tutkimus on luotettava ja eettisesti toteutettu.</li> <li>– Tutkimuksen kohderyhmä on relevantti.</li> <li>– Tutkimuksen otos on riittävä ja sitä on arvioitu.</li> <li>– Tutkimuksen sisällön riittävyys, kuntoutusmuodon terapeuttinen merkitys ja metodologinen laatu on arvioitu tai arvioitavissa.</li> </ul>	<p>Aineisto ja menetelmät ei-relevantteja</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aineistonkeruumenetelmät ja -konteksti ei relevantteja suhteessa tutkittavaan ilmiöön.</li> <li>– Tutkimuksen kohderyhmä ei relevantti.</li> <li>– Tutkimuksen sisältö ei riittävä tai soveltuva suhteessa tässä arvioitavaan ilmiöön.</li> </ul>

Kirjallisuuskatsauksen perushaku suoritettiin yhdessä Metropolian informaattikko Sari Soinisen kanssa toukokuussa 2015 perustuen kansainvälisiin (5) ja kansallisiin (2) hoitotieteen ja lääketieteen tietokantoihin: Cochrane Library, Cinahl, Ebsco, Science Direct, PubMed, Medic ja Melinda. Samat hakusanat ja sanayhdistelmät toistuivat pitkälle, joskin hakutoiminnoissa tehtiin myös tietokantahakuun soveltuvia muunnoksia. Tutkimustietoa psykofyysisen fysioterapian interventioista haettiin aluksi yleisillä hakukäsitteillä: ”psykofyysinen fysioterapia” (physiotherapy OR ”physical therapy”) AND ”mental health”. Lisäksi tehtiin haku psykofyysisen fysioterapian menetelmiä koskevilla hakukäsitteillä: ”Body awareness” or ”Mind Body Therapies”, ”Mind Body Techniques” AND (rehabilitation, AND physiotherapy OR ”physical therapy”). Laajan haun tavoitteena oli asemoida psykofyysisen fysioterapian kuntoutusalan tutkimuskenttään sitä koskevan tutkimuksen, sen lähestymistapojen ja tutkimusintressien valossa.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen pyynnöstämme kokoama julkaisuluettelo otettiin myös mukaan tietolähteeksi. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistyksen hallituksen jäsenet olivat puheenjohtajansa Anna-Maija Terävän johdolla keränneet aiheen käsittelyn tueksi asiasanoja, käsitteitä, artikkeleita, tutkimuksia, jotka alan ammattilaiset ovat heidän näkemyksen mukaan kokeneet oleellisiksi psykofyysisen fysioterapian alalla (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian asiantuntijatyöryhmä 2015). Mm. käsite bio-psykososiaalinen fysioterapia tuli esille asiantuntijatyöryhmän esittämänä, joka toteaa, että ”käsitettä psykofyysinen fysioterapia ei juuri käytetä Suomen ulkopuolella, siksi sen käsitteen avulla ei välttämättä löydy juurikaan alaa käsittelevää tutkimusta. Yleisemmin käytetty alaa kuvaava käsite on bio-psyko-sosiaalinen fysioterapia.”

Ensimmäisen vaiheen haku tuotti yhteensä 2 005 viitettä, ja menetelmien hakutermeihin perustuva haku yhteensä 1 105 viitettä. Koska psykofyysisen fysioterapian käsitteistö vaihtelee, eikä sille ole yhtenäistä kansainvälistä nimikettä, tuloksena oli suuri, heterogeeninen tutkimusmassa. Aineistosta oli vaikea tunnistaa yhtenäisiä psykofyysisen fysioterapian tutkimuksen ominaispiirteitä. Esiluenta osoitti, että työlään ja monipolvisen aineiston läpikäyminen ei olisi tähän katsaukseen käytettävissä olevassa ajassa mahdollinen ilman perusteltuja rajauksia.

Koehakujen perusteella syksyllä 2015 toisen vaiheen haku ja siitä tapahtuva seulonta rajattiin näyttöperustaisesti tutkimustyyppin mukaan siten, että valinnassa keskityttiin ensisijaisesti psykofyysisen fysioterapian kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioiviin systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin. Tarkentunut sisäänotto käsitti ensinnäkin, systemaattiset katsaukset useista satunnaistetuista kontrolloiduista kokeista (RCTs) ja niitä koskevat meta-analyysit. Katsaus-tyyppiset artikkelit otettiin mukaan viimeisen 15 vuoden ajalta. Oletuksena oli, että katsauksien kautta saadaan mukaan riittävän kattavasti myös tätä aiempaa tutkimusaineistoa.

Toiseksi, tarkentavassa kirjallisuushaussa tehtiin lisäksi tutkimuskatsauksia täydentäviä poimintoja keskittyen psykofyysisen fysioterapian menetelmätermien tehtyihin valintoihin. Psykofyysisen fysioterapian menetelmiin perustuvia hakutermejä lisättiin tarkentavaan haakuun, joiden käyttöä varioitiin hieman tietokannan mukaisesti Body Awareness, ”Mind-Body Therapies”, Psychomotor AND (”physiotherapy” OR ”physical therapy”). Ne näyttivät parhaiten tavoittavan pohjoismaisen psykofyysisen fysioterapian kuntoutustutkimuksen. Tällä tavoin haku saatiin kohdennettua myös alan pohjoismaiseen kuntoutuskenttään, mitä ei tavoitettu systemaattisiin katsauksiin keskittyvässä haussa. Pitkälle fysioterapia tieteenalaan rajoittuvia Basic Body Awareness Therapy (BBAT) eli kehotietoisuusterapiaa koskevia tutkimuksia löytyikin runsaasti toisessa haussa. Tämä näkyy myöskin valitussa aineistossa. MBR ja BBAT ovat kokonaisvaltaiseen psykofyysiseen ajatteluun perustuvia menetelmällisinä ratkaisuja, joille ominaiset piirteet oli tunnistettavissa psykofyysisen fysioterapian monimuotoisesta tutkimusmassasta. Myös nämä haut rajattiin näyttöperusteisuuden mukaan ensisijaisesti useisiin satunnaistettuihin kontrolloituihin kokeisiin perustuviin systemaattisiin tai kokoaviin katsauksiin, artikkelijulkaisuihin, jotka pohjasivat satunnaistettuihin ja kontrolloituihin kokeisiin tai tapaus- ja verrokkitutkimuksiin.



Taulukossa 3 on kuvattu toisen vaiheen tiedonhaku tietokannoittain, käytetyt hakusanat ja hakujen tuottamien viitteiden määrä. Yhteenlaskettu viitteiden määrä oli 417. Viitteet käytiin seulonnassa läpi otsakkeiden ja abstraktien tasolla. Viiteaineistossa eri tietokannoissa esiintyvät viitteet tuplaantuivat varsin nopeasti. Kotimaisista tietokannoista saatiin ensimmäisessä haussa Medic-tietokannasta 9 osumaa ja Melindassa 27. Toisen kierroksen meta-analyyseihin, RCTs, systemaattisiin ja kokoaviin katsauksiin rajautuva haku ei tuottanut tuloksia lukuun ottamatta kahta AMK-opinnäytetöinä tehtyjä kokoavia kirjallisuuskatsauksia BBAT-terapian vaikuttavuudesta.

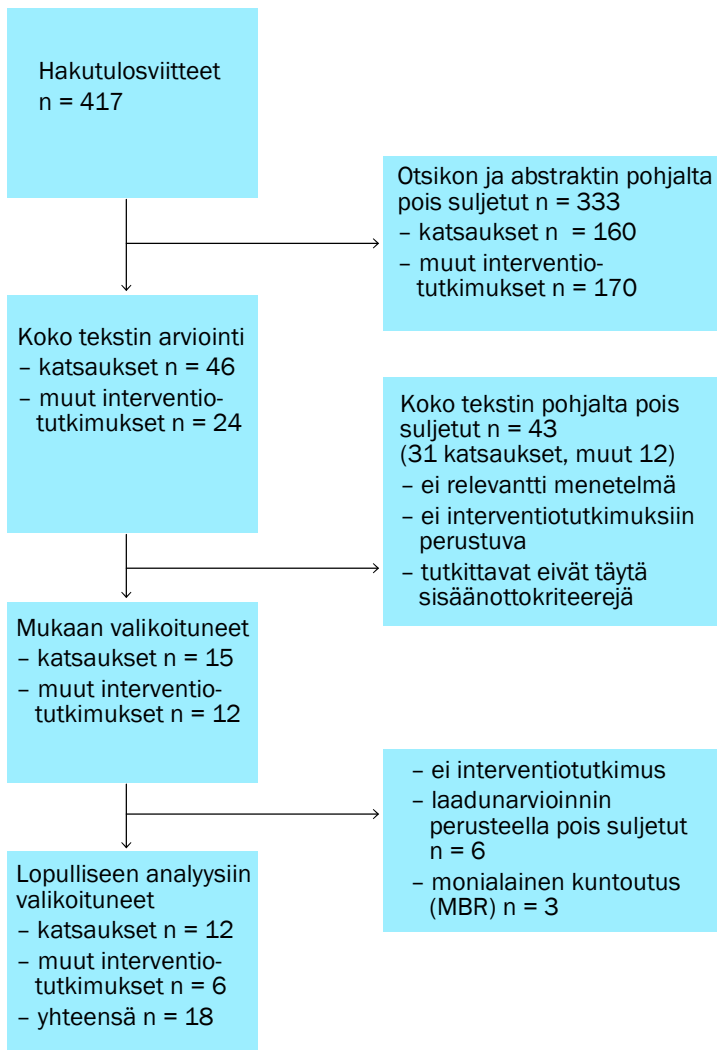
**Taulukko 3.** Psykofyysisen fysioterapian tutkimusjulkaisujen valinnassa käytetyt tietokannat, hakutermit ja niiden tuottama viitteiden määrä.

Tietokanta	"Hakukäsitteet" (otsikko, asiasanat, tiivistelmä)	Viitteiden määrä (2000–2015)
Cochrane Library Cochrane collaboration -yhteistyön tuloksena syntynyt tietokantakokoelma.	(physiotherapy OR "physical therapy") AND "mental health" Biopsychosocial ("Mind-Body Therapies" OR "Mind Body Techniques") Psychophysical AND physiotherapy "Body Awareness"	7
Cinahl Kansainvälinen hoitotieteen, hoitotyön ja fysioterapian viite- ja tiivistelmätietokanta. Sisältää terveydenhuollon hallintoa ja koulutusta käsittelevää aineistoa.	(physiotherapy OR "physical therapy") AND "mental health" (meta-analysis, review, systematic review)	14
	Basic Body awareness (RCT)	4
	Mind body techniques AND (physiotherapy OR "physical therapy") (meta-analysis, review, systematic review)	13
Ebsco Academic Search Elite	(physiotherapy OR "physical therapy") AND "mental health" AND (review OR meta-analysis)	115
ScienceDirect	(psychophysical OR "psycho-physical") AND (physiotherapy OR "physical therapy") (meta-analysis, review, systematic review)	6
PubMed Kansainvälinen lääketieteellinen kokoteksti- ja viitetietokanta	(physiotherapy OR "physical therapy") AND "mental health" (meta-analysis, review, systematic review)	62
	Body awareness, Basic body awareness, Mind body therapies AND (physiotherapy OR "physical therapy"), biopsychosocial, psychomotor AND (psychotherapy OR "physical therapy") (meta-analysis, review, systematic review, RCT)	194
Medic	Psykofyysi*, Kehotietoisuus, BBAT (meta-analyysit, RCT, systemaattiset ja kokoavat katsaukset)	0
Melinda	psykofyysi? AND fysioterap? Kehotietoisuus, BBAT (meta-analyysit, RCT, systemaattiset ja kokoavat katsaukset)	2
		yhteensä 417

Psykofyysisen fysioterapian tutkimusjulkaisujen valintaprosessi on esitetty kuviossa 2 (s. 26). Lopulliseen kirjallisuusanalyysiin valittiin yhteensä 18 julkaisua, joista 12 oli katsauksia ja 6 yksittäisiä kokeellisia interventiotutkimuksia. Valittu tutkimusaineisto luokiteltiin tutkimustyypeittäin kolmeen luokkaan. Luokittelu ilmentää vaikuttavuustutkimukseen perustuvaa näyttöperusteisuuden vahvuutta eli sitä, miten luotettavaksi tutkimusten tuottama tieto arvioidaan. Vaikuttavuustutkimuksessa tutkimusasetelmaan perustuvan hierarkian mukaan paras evidenssi tulee meta-analyyseista, seuraavaksi RCT:t ja kokeelliset interventiot, tapaus-

tutkimukset ja asiantuntijalausunnot. Meta-analyysin vahvuus perustuu sen kumulatiivisuuteen. Interventioiden kumulatiivisia vaikuttavuusmekanismeja asiakasprosesseissa kyetään tutkimaan yhdistämällä meta-analyysin keinoin eri interventiotutkimusten tuloksia tai aineistoja. Asetelma ei vielä riitä, tutkimuksen tulee olla myös korkeatasoinen laadultaan, mikä on vaikuttavuuden edellytys.

**Kuvio 2.** Psykofyysisen fysioterapian tutkimusjulkaisujen valintaprosessi.



Ensiksi esitetään analyysiin sisänotetut systemoidut Cochrane-katsaukset (I), jotka ovat meta-analyyseja psykofyysisen fysioterapian monialaisten mind-body-interventioiden vaikuttavuudesta (n = 5). Toiseksi esitetään psykofyysisen fysioterapian muut review- ja katsaustutkimukset (II), joiden tulokset perustuvat Cochrane-protokolla, satunnaistettuun tai ei-satunnaistettuun terapia- tai hoitokokeeseen (RCT eli randomized controlled trial, RC controlled trial) tai useisiin korrelatiivisiin tai kuvaileviin interventiotutkimuksiin (n = 6). Kolmanneksi huomioitiin muut yksittäiset, empiiristä näyttöä omaavat psykofyysisen fysioterapian interventiotutkimukset (III): kliiniset kontrolloidut kokeet, kohorttitutkimukset ja tapaus-verrokkitutkimukset (n = 7).

Kirjallisuuskatsaukseen valituista 18 tutkimusjulkaisusta 10 oli laajoja alan RCT aineistoon perustuvia meta-analyyseja, yksi laadullinen kirjallisuuskatsaus ja loput korrelatiivisia tai kuvailevia interventiotutkimuksia. Systemaattiset katsaustutkimukset käsittävät yhteensä 174 tutkimusta, jotka muodostavat tässä toissijaisen kirjallisuusanalyysiin sisältyvän aineiston. Tässä kirjallisuuskatsauksessa onkin kyse tältä osin katsauksen katsauksesta.

Julkaisukohtainen analyysi on koottu taulukoksi, joka esitetään julkaisun lopussa liitetiedostona (liite 6). Taulukoiden ensimmäinen sarake ilmaisee tutkimuksen perustiedot (tekijät ja julkaisutiedot). Toinen sarake kuvaa asiakkaat, tutkimustavoitteen ja ongelman, johon tutkittava psykofyysisen fysioterapian interventio kohdistuu. Kolmannessa sarakkeessa kuvataan lähemmin tutkimusasetelma ja toimenpiteet. Neljänteen sarakkeeseen on tiivistetty tutkimuksen tai katsaustutkimuksen kokoamat tulokset, jotka ovat kriittisen tarkastelun kohteena kirjallisuuskatsauksessa. Huomiota kiinnitetään erityisesti vaikutuksiin ja hyötyihin. Taulukoitu julkaisukohtainen analyysi on pääosin englanninkielinen. Yksittäiset, empiiristä näyttöä omaavat interventiotutkimukset on kuitenkin suomennettu. Näissä empiirisen tutkimuksen alkuperäiskielenä on yleisesti ruotsin tai norjan kieli, mutta tutkimuksista oli saatavissa myös varsin kattavasti tutkimusta kuvaavat englanninkieliset artikkelit sekä ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissä suomennettua alan aineistoa.

Kattavuuden ja valikoitumisen lisäksi toinen kriittinen kysymys julkaisujen seulonnassa on tutkimusten tieteellisen tason arvioiminen. Tutkimusjulkaisujen laadun arvioinnissa on käytetty tutkimuksen lähestymistavan mukaisesti CASP:n (Critical Appraisal Skills Programme 2015) kriteeristöä, joka koskee yleisesti tutkimuskysymysten tarkkuutta, aineiston valintaa ja arviointia katsauksissa. RCT-toteutuksessa arvioidaan sen laatua (A, 1–6), tulosten esittelyä ja estimaattien tarkkuutta (B, 7–8) sekä tulosten sovellettavuutta huomioiden konteksti, kliininen sovellettavuus ja arvioidut hyödyt ja haitat (C, 9–10 tai 11). Mukaan valittiin hyvänlaatuiset, yli 8 pistettä saavat tutkimusjulkaisut sekä osin myös keskilaatuiset 6–7 pistettä saaneet kokeelliset ja tapaustutkimukset. Laadunarviointi on esitetty vain valituista tutkimuksista. Tässä kaikissa systemaattisissa Cochrane-katsauksissa analyysiin sisältyy tutkimusevidenssin kriittinen arvio, samoin itse kirjallisuuskatsauksen kriteerit ja protokolla on tiukasti säädelty, joten tältä osin tutkimusevidenssin laatua ei ole arvioitu tässä erikseen. Kaikissa kvantitatiivisissa kirjallisuuskatsauksissa oli tehty siihen sisällytetyn aineiston arviointi. Yleisimmin oli käytetty Cochrane-toteutuksessa käytettävää kriteeristöä ja esittämistapaa. Kahdessa katsauksessa oli käytetty australialaista the Centre for Evidence-Based Physiotherapyn tuottamaa PEDRO-skaalaa (0–10) fysioterapeuttisen tutkimusevidenssin arviointikriteeristönä ja kahdessa Jadad Scorea (0–5), joka on yksi maailman laajimmin käytetyistä arviointikriteeristöistä.

Kustannusvaikuttavuutta eli sitä, mitä tuloksia ja vaikutuksia on saatu aikaan ja millaisin kustannuksin, käsitellään erittäin niukasti kaikissa analyysiin valikoituneissa tutkimuksissa. Tutkimuksissa keskitytään pääsääntöisesti interventioiden asiakasprosessin vaikuttavuusmekanismien arvioimiseen yksilöimättä niiden yhteiskunnallista tai taloudellista vaikuttavuutta. Tämän vuoksi se ei ole omana kohtana taulukkomuotoon tiivistetyissä tutkimuskuvauksissa. Analysoidussa kirjallisuudessa nousee yleisenä oletuksena esiin se, että vaikuttava kuntoutus on myöskin kustannustehokasta kuntoutusta. Kuntoutuksen taloudellista vaikuttavuutta on

arvioitu myös erillisissä, tähän keskittyvissä katsauksissa (esim. Howard-Wilsher ym. 2015), mikä tuo esiin taloudellisen vertailun haasteet. Taloudelliset vaikutukset ansaitsevatkin oman analyysinsa, siihen soveltuvan arviointikäsitteistön ja asiantuntemuksen.

### 8.3 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Seuraavaksi käsitellään lähemmin kirjallisuusanalyysin tuloksia. Koko arviointiaineistoon perustuva psykofyysisen fysioterapian vaikutuksia ja hyötyjä arvioiva synteesi ja johtopäätökset esitetään julkaisun lopussa. Psykofyysisen fysioterapian kirjallisuuskatsauksessa tunnistetaan ensinnäkin asiakasryhmiä, tavoitteita ja toimintaympäristöjä, joita psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuutta ja vaikutuksia koskeva tutkimusaineisto käsittää. Psykofyysisen fysioterapiakuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus edellyttää myös kuntoutusinterventioiden sisällöllistä määrittelyä. Jotta katsaukseen valikoitujen kuntoutustutkimusten tuloksia ja kuntoutumisprosesseja voisi ymmärtää ja vertailla niitä, tulisi tietää, mitä tutkittavassa kuntoutuksessa kulloinkin tapahtuu. Toiseksi kuvataankin sitä, mitä ja miten psykofyysisen fysioterapian kuntoutusinterventioita ja menetelmiä on tutkittu. Kolmanneksi arvioidaan millaista tutkimusnäyttöä on psykofyysisen fysioterapian kuntoutusinterventioiden vaikuttavuudesta, vaikutuksista ja hyödyistä asiakkaiden terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin kuvattujen asiakaskohderyhmiä koskevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineiston valossa.

#### 8.3.1 Psykofyysisen fysioterapiatutkimuksen asiakasryhmät ja aineistot

Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä haettiin vastausta siihen, millaisia asiakasryhmiä, tavoitteita ja toimintaympäristöjä psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuutta ja vaikutuksia koskeva tutkimus käsittää.

Psykofyysistä fysioterapiakuntoutusta tarjotaan käytännössä hyvin monenlaisille asiakasryhmille eikä terapia edellytä diagnostiikkaa. Tässä psykofyysisen fysioterapian asiakasryhmät olivat kuitenkin valikoituneet tutkimukseen pääsääntöisesti heitä koskevien diagnoosien perusteella. Diagnoosikeskeisyyttä ja oirelähtöisyyttä selittänee se, että käsillä oleva kirjallisuusanalyysi kohdistuu kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksiin. On varsin luonnollista, että psykofyysisen fysioterapiatutkimuksen suosiossa olivat asiakasryhmät, joilla oli erilaisia biopsykososiaalisia toimintaongelmia, jotka johtuivat psyykkisistä ongelmista tai erilaisista neurologisista pitkäaikaissairauksista. Elämänkulkuun liittyen psykofyysisen fysioterapian kasvavan huomion kohteena olivat ikääntyneet asiakasryhmät, joita ei kuitenkaan sisällytetty tässä mukaan aineistoon. Havainto perustuu saatuun viiteaineistoon, sillä ikääntyneisiin (yli 65 v.) kohdistuva psykofyysisen fysioterapian tutkimus jätettiin tässä käsiteltävän analyysin ulkopuolelle.

Taulukossa 4 (s. 30) on eritelty kirjallisuusanalyysiin sisältyvien tutkimusten asiakasryhmät, tutkimustavoitteet sekä tutkimusasetelmat ja katsaustutkimuksiin sisältyvien tutkimusten määrä. Julkaisukohtainen kuvaus tutkimusten tavoitteista, kohderyhmistä, interventioista ja tuloksista löytyy liitteestä 7. Cochrane-kirjallisuuskatsauksiin valikoitui pääosin biopsykososiaalista fysioterapiaa ja mind-body-interventioiden vaikuttavuutta käsitteleviä katsaustutkimuksia (taulukko 4, rivit 1–4). Katsauksissa vaikuttavuuden arvioinnin kohteena olivat:

hengitysongelmat (2 katsausta), raskaudenaikainen naisten ahdistuneisuus (1 katsaus), fibromyalgia (kokoava laadullinen kuvaus) ja Parkinsonin tauti (1 katsaus). Alaselkä- ja hartiakipuihin keskittyvän monitieteisen kuntoutuksen (MBR) Cochrane-katsaukset poistettiin lopullisesta kirjallisuuskatsauksesta, koska psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuuden arvio jäi näissä tutkimuksissa ohueksi.

Muut katsaukset ja kokeelliset tutkimukset (II julkaisutyyppi, taulukko 4, rivit 5–10) kohdentuivat asiakasryhmiin, joilla on erilaisia monioireisia psykofyysisiä sairauksia. Näitä olivat fibromyalgia (2 katsausta), depressio (1 RCT), syömishäiriöt (1 katsaus) ja krooninen alaselkäkipu (1 katsaus).

Kolmannen julkaisutyyppin interventiotutkimukset (taulukko 4, tapaus- ja verrokkitutkimukset) ovat valikoituneet mukaan psykofyysisen fysioterapian menetelmiä kuvaavien hakusanojen tuloksena ja edustavat pohjoismaista tutkimus- ja terapiakenttää. Kehotietoisuusterapian (BAT, BBAT) asiakasryhmiä edustavat tässä henkilöt, joilla on erilaisia psyykkisiä ongelmia ja kehollisia häiriöitä, kuten syömishäiriöt, psykosomaattiset, psykiatriset mieliala-, somatoformiset-, persoonallisuushäiriöt ja skitsofrenia. Tutkimuksista neljä oli lähestymistavaltaan laadullisia case-tutkimuksia, muut kvantitatiivisia satunnaistettuun tai ei-satunnaistettuun koeasetelmaan perustuvia interventiotutkimuksia. Skitsofreniaa ja fibromyalgiaa koskevan kuntoutuksen vaikuttavuus ja vaikutukset ovat tutkimuksen kohteena niin kokoavissa katsauksissa kuin case tutkimuksissa.

Taulukko 4 (sarake 4) osoittaa, että valtaosa psykofyysisen fysioterapian katsausten tutkimusaineistosta on satunnaistettuja kokeellisia tutkimuksia (RCT:t  $n = 163$ ). Laadullisia tutkimussynteesejä on aineistossa neljä, kvantitatiivisia meta-analyysiin perustuvia katsauksia seitsemän. Yksittäisiä verrokki- tai kontrolliryhmäarvion sisältäviä tapaus-tutkimuksia on yhteensä kahdeksan ( $n = 8$ ), jotka kohdistuvat erityisesti psykofyysisen fysioterapian Basic Body Awareness -terapian (BBAT) vaikuttavuuteen tai vaikutuksiin erilaisista psykofyysisistä häiriöistä kärsivien potilasryhmien kuntoutuksessa.

Analysoiduissa tutkimuksissa kuntoutuksen toimintaympäristöjen kuvaus oli niukkaa. Huomio on kuntoutuksen interventioissa. Meta-analyyseista syntyykin herkästi vaikutelma, että tehokkuus on kuntoutusintervention ominaisuus, mikä voidaan siirtää mihin tahansa toimintaympäristöön ja tilanteisiin. Näin ei tietenkään ole asiakastarpeista lähteissä käytännöissä. Tässä huomio on kuitenkin tutkimuksessa, ei käytännöissä. Tutkimustulokset luovat edellytykset hyödyntää kuntoutuskäytänteissä paras mahdollinen tieto kuntoutusmekanismien vaikuttavuudesta. Tutkimuksissa asiakkaiden sairauksista ja toimintakyvyn puutteista pyritään esittämään tutkimuksissa kattava tilannearvio, jotta kuntoutuksessa tapahtuvaa edistymistä voidaan arvioida. Tämä edellyttää myös tarkkoja instrumentteja edistymisen arviointiin. Seuraavassa luvussa käsitelläänkin lähemmin tutkimuksissa käytettyjä tulosmittareita ja kuntoutusinterventioita.

**Taulukko 4.** Psykofyysisen fysioterapian asiakasryhmät, tutkimustavoitteet sekä tutkimusasetelma ja aineisto, jota on käytetty kirjallisuusanalyysiin sisältyvissä tutkimuksissa.

Asiakasryhmät	n	Tutkimustavoitteet asiakasryhmän kuntoutuksessa	Tutkimusasetelma ja katsauksiin sisältyvä julkaisumäärä
<b>Cochrane-katsaukset</b>			
Hengitystavasta johtuvat ongelmat aikuisilla Barker ym. 2013 ja lapsilla Jones ym. 2013	2	Hengitysharjoitteiden vaikuttavuuden arviointi.	Meta-analyysi aineistona RCTs RCTs, n = 5 Aikuistutkimus RCTs, n = 6 Alle 18-vuotiaat
Raskaudenaikainen naisten ahdistuneisuus Marc ym. 2011	1	Mind-Body-interventioiden vaikuttavuus naisten ahdistusta ehkäisevänä tai hoitava verrattuna standardihoitoon.	Systemoitu kirjallisuuskatsaus aineistona CTs (Controlled Trials), n = 8
Fibromyalgia Theadom ym. 2015	1	Mind-body terapian hyödyt ja haitat verrattuna standardihoitoon ja FM informaatiota saaneeseen kontrolliryhmään.	Meta-analyysi aineistona RCTs, n = 61
Parkinsonin tauti Tomlinson 2014	1	Fysioterapian eri menetelmien vaikuttavuuden vertailu Parkinsonin hoidossa.	Systemoitu kirjallisuuskatsaus aineistona CTs, n = 43
<b>II Muut vaikuttavuuskatsaukset ja RCTs</b>			
Fibromyalgia (FM) ja uupumus Courtois ym. 2015	1	Kehotietoisuus terapian (BBAT) vaikuttavuus fibromyalgiaan ja krooniseen uupumukseen.	Meta-analyysi aineistona RCTs, n = 18 Laadullinen analyysi, n = 3
Fibromyalgia (FM) ja krooninen kipu Gunvore 2005	1	Kehotietoisuusterapian (BBAT) vaikutukset fibromyalgiaan ja krooniseen kipuun.	Laadullinen synteesi, n = 3
Depressio Danielsson ym. 2014	1	Aerobisten harjoitteiden tai kehotietoisuusterapian vaikutukset verrattuna konsultaatiota saaneen kontrolliryhmän terveyteen.	Yksittäinen RCT-interventio
Krooninen alaselkäkipu George 2008	1	Yksittäisen fysioterapeutin suorittaman biopsykososiaalisen (BPS) hoidon vaikuttavuus.	Systemoitu kirjallisuuskatsaus aineistona n = 9 CTs
Skitsofrenia Vera-Garcia 2015	1	Fysioterapian eri menetelmien (aerobiset harjoitteet, jooga, rentoutus, BBAT, hieronta) vaikuttavuus monialaisessa kuntoutuksessa.	Systemoitu laadullinen synteesi aineistona RCTs, n = 13
Syömishäiriöt: Anorexia ja bulimia nervosa Vancampfort ym. 2014	1	Fysioterapian eri menetelmien (aerobiset harjoitteet, jooga, BBAT, hieronta) vaikuttavuus verrattuna tavanomaiseen hoitoon tai hoitopäätöseen odottavien terveydentilaan.	Systemoitu kirjallisuuskatsaus aineistona RCTs, n = 8
<b>III Tapausverrokkitutkimukset</b>			
Syömishäiriöt Syömishäiriöt ja kehotietoisuus Catalan-Mataoros ym. 2010	1	Kehotietoisuusterapian (BBAT) soveltuvuus syömishäiriöisten hoitoon.	RCT case
Psykosomaattiset ja keholliset oireet Ekerholt ja Bergaland 2004	1	NPMP:n vaikutukset (norjalainen psykomotorinen fysioterapia) potilaskokemusten valossa.	Laadullinen case-tutkimus
Psykiatriset häiriöt ja keholliset oireet, (mieliala-, somatoforminen, persoonallisuushäiriö ja keholliset oireet).	2	Kehotietoisuusterapian (BBAT) lyhyt- ja pitkäaikainen vaikuttavuus psykiatrisen avohoidon potilaiden hoidossa verrattuna tavanomaiseen hoitoon.	RCT

Gyllenstein ym. 2003 (lyhytaikainen vaikuttavuus) Gyllenstein ym. 2009 18 (pitkäaikainen vaikuttavuus)			
Psykiatriset häiriöt Johnsen ja Råheim 2010	1	Kehotietoisuusterapian (BBAT) vaikutukset potilaskokemusten valossa.	Laadullinen case-tutkimus
Skitsofrenia Hedlund ja Lundvik 2010 Hedlund ja Lundvik 2013	2	Kehotietoisuusterapian (BBAT) vaikutukset potilaskokemusten ja fysioterapeuttien kokemusten valossa.	Laadulliset case-tutkimukset
Yhteensä katsauksia ja case-tutkimuksia	18		Analyyssiaineistoon sisältyvien tutkimusten n = 174

### 8.3.2 Kuntoutusintervention vaikuttavuuden monet mittaustavat

Psykofyysisessä fysioterapiatutkimuksessa interventioiden ja käytettyjen kuntoutusmenetelmien kuvauksen haastaa niiden moninaisuus. Myös käytettyjen tulosmittareiden kirjo on laaja, mikä on luonnollista, kun kyse on kokonaisvaltaisen psykofyysisen kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Se edellyttääkin kokonaisvaltaista tietoa kuntoutujan kehon ja mielen toiminnoista, toimintakyvystä ja osallistumisesta ja siihen kohdistuvista kuntoutusvaikutuksista.

Kirjallisuusanalyysiin sisältyvissä tutkimuksissa oli tunnistettavissa ainakin kolme kokonaisvaltaiseen psykofyysiseen fysioterapiakuntoutukseen perustuvaa lähestymistapaa. Ensimmäkin, biopsykososiaalinen fysioterapia, jonka mind-body-interventiot voivat olla monialaisia tiedeperustaltaan. Toisena, Basic Body Awareness Therapy (BBAT) eli kehotietoisuusterapia, joka ankkuroituu edellistä lähestymistapaa kapeammin fysioterapiatieteeseen. Kolmantena lähestymistapana on The Norwegian PsychoMotorPhysiotherapy (NPMP) eli psykomotorinen fysioterapia, joka nimensä mukaan on norjalaista alkuperää. Se on lähellä Ruotsissa alkunsa saanutta BBA-terapiaa, jonka vaikutuspiirissä on kehitetty myös Suomessa harjoitettavaa BBAT-kuntoutusta ja alan koulutusta. NPMP:tä ei eritellä tässä omana lähestymistapana, sillä mukaan seuloutui ainoastaan yksi sitä edustava tutkimus (Ekerholt ja Bergland 2004). BBAT, BAT tai NPMP ovat kaikki skandinaavista perustaa. Skandinaavinen lähestymistapa ja kuntoutusmenetelmät ovat varsin yhtenäisiä verrattuna laajemmin maailmalle ja yli tiederajojen levinneeseen biopsykososiaaliseen lähestymistapaan nojaavaan MBR:ään.

Liitteessä 8 on koottu kuntoutusinterventiot ja arviointimittarit, joita kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa on käytetty. Taulukointi vastaa kysymykseen siitä, kuinka kokonaisvaltaisesti psykofyysinen fysioterapiatutkimus lähestyy kuntoutujaa ja hänen toimintakykyään. Ensimmäisessä sarakkeessa on kuvattu kunkin asiakaskohderyhmän kuntoutusinterventiot, niiden kesto ja sisältö. Toiseen sarakkeeseen on koottu kuntoutujan ruumiin tai kehon toimintoihin kohdentuva kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Kolmannessa sarakkeessa on puolestaan kuntoutujan suorituksiin ja osallistumiseen kohdentuva vaikuttavuuden arviointi. Interventiot esitetään taulukossa asiakasryhmäkohtaisesti. Tätä puoltaa se, että kuntoutusinterventiot olivat tutkimuksissa pitkälle kohderyhmä- ja oirelähtöisiä. Myös interventioiden vaikuttavuutta on mitattu pitkälle spesifeillä, eri sairaskohtaisten oireiden lieventymistä mittaavilla mittareilla.

Vaikka kokonaisvaltaisen kuntoutuksen lähestymistavassa painotetaan voimavaralähtöisyyttä, Cochrane-katsauksien meta-analyyseissa painottuu paikoin luonnontieteeseen ja lääketieteeseen perustuva lähestymistapa kuntoutukseen. Tällöin arviointi painottuu kuntoutujan sairaustuntemusten tai toimintakyvyn puutteiden mittaamiseen pikemmin kuin asiakkaan voimavarojen tunnistamiseen. Varsin moniin tutkimuksiin sisältyy kuitenkin lisäksi asiakkaan suoriutumista ja osallistumista arvioivaa kuntoutustutkimusta, mikä näkyy juuri laaja-alaisena arviointina. Yhtenä ääripäänä tässä on Elisa Vera-Garcian ym. (2015) 27 erilaista arviointimittaria sisältävä katsaus, joka kohdistui skitsofrenia-asiakkaiden fysioterapian eri menetelmien (aerobiset harjoitteet, jooga, rentoutus, BBAT, hieronta) vaikuttavuuden arviointiin monialaisessa kuntoutuksessa. Kuntoutusarvioinneista näyttäisi kuitenkin vielä pitkälle puuttuvan kuntoutujan omaa oppimista ja kuntoutumiseen liittyvien itsesääätelytaitojen arviointi osana vaikuttavaa kuntoutumista. Oppimisen merkitystä korostetaan puolestaan esimerkiksi biopsykososiaaliseen lähestymistapaan perustuvassa kroonisen alaselän kuntoutukseen kohdentuvassa fysioterapiassa (George ym. 2008). Selkeimmin asiakkaan keholliseen itsesääätelyyn kohdentuva työskentely tulee esille BBAT-kuntoutuksessa, mitä vahvistaa keholliseen työskentelyyn keskittyvä BBAT-ohjelma ja sen vaikuttavuutta arvioivat mittarit (mm. Gyllensten ym. 2009; Hedlund ym. 2010, 2013; Johnsen ym. 2010).

Liitteestä 7 ilmenee, että 4 tutkimusta kohdentuu kehon ja mielen yhteyttä painottavien mind-body-interventioiden vaikuttavuuden arviointiin. Katsaukset on toteutettu huolellisesti Cochrane-protokollaa noudattaen. Useimmissa katsauksissa oli pyrkimyksenä koota kvantitatiivisen meta-analyysin avulla suuresta aineistosta kuntoutuksen vaikuttavuutta kuvaavia numeerisia tuloksia. Meta-analyysin perusajatuksena on eri menetelmin toteutettujen tutkimustulosten kvantitatiivinen synteesi. Kvantitatiivinen meta-analyysi edellyttää tutkimusten yhdistämistä ja yleistämistä tilastotieteen menetelmin. Kuntoutus ilmiönä on kuitenkin monisyinen ja käytänteet vaihtelevat, joten kumulatiivisen tiedon kerääminen siitä osoittautui katsaustutkimuksissa poikkeuksetta vaikeaksi. Pieniä, heterogeenisiä asiakasprosessien tutkimusaineistoja oli usein vaikea yhdistää ja yhdenmukaistaa meta-analyysin keinoin ja tehdä päätelmiä yhdistettävien aineistojen olennaisesta sisällöstä. Myös vertailtavien interventioiden sisältö ja kesto vaihtelivat tutkimuskohtaisesti, mikä vaikeutti tulosten vertailtavuutta sekä johtopäätösten tekoa. Tämä vaikuttaa luonnollisesti myös vaikuttavuutta ja tutkimusnäytöä koskeviin tuloksiin.

Psykofyysisen fysioterapian eri menetelmien vaikuttavuutta vertailevissa tutkimuksissa on mukana kestoltaan ja sisällöltään varsin moninainen kirjo eri menetelmiä ja niissä käytettyjä harjoitteita (liite 7). Harjoitteiden luetteloon mahtuu mm. liikeharjoitteet, pehmytkuduskäsittelyt, terapeuttinen harjoittelu, hengitysharjoitukset, rentoutustekniikat, kehonkuvaharjoitteet, hieronta, TaiChi, vuorovaikutusta vahvistavat harjoitteet ja toiminnalliset harjoitukset yksilö-, pari- tai ryhmäterapiana. Tutkimuskatsauksissa kuntoutusinterventiot ja harjoitteet oli kuvattu hyvin niukasti, samoin terapian sisältö. Myös harjoitteiden vaikutusten mittaaminen on moniulotteista. Käytössä on yhtäältä asiakaskohderyhmän sairauden tilaa koskevia spesifejä oiremittareita sekä toisaalta myös standardoituja elämänlaadun mittareita. Mukana on myös asiakaskokemuksia kartoittavia mittareita. Vallitseva mittaaminen on kuitenkin sairauskeskeistä pikemmin kuin ihmisen voimavaroja arvioivaa.



Pohjoismaisissa kehotietoisuustutkimuksissa käytetyt BBAT-kuntoutusinterventiot ovat puolestaan pääosin tapauskohtaisia interventiotutkimuksia ja laadullisia synteesejä (liite 7). BBAT-kuntoutusta ja sen menetelmiä on kehitetty Skandinaviassa viimeisten 20 vuoden ajan (mm. Dropsy 1987, 1988; Skjærven 2002, 2003) ja niitä käytetään erityisesti psykofyysisessä fysioterapiassa. BBAT:n käyttöä on tutkittu laajasti psykiatrisen kuntoutuksen piiriin kuuluvien asiakkaiden kanssa, mikä näkyy myös tähän valikoituneessa aineistossa. BBAT:n tarkoituksena on kehittää potilaiden kehotietoisuutta auttamalla asiakasta tai potilasta fyysisten ja toiminnallisten harjoitteiden kautta saamaan yhteys omaan mieleen ja kehotuntemuksiin. BBAT on osa psykiatrisen asiakkaan kuntoutusta ja sen tarkoitus on antaa potilaalle lisää voimavaroja ja keinoja kuntoutumiseen. Kuntoutusmuodon juuret ovat perinteisessä itäisessä kehon liikeharjoittelussa. Harjoittelussa tehdään erilaisia liike- ja hengitysharjoitteita sekä käytetään apuna hierontaa ja manuaalista ohjausta. Tavoitteena on tasapainoisempi, vapaampi sekä yhtenäisempi kehon ja mielen kokonaisuus. Liitteestä 7 ilmenee, että mukana olleissa BBAT-tutkimuksissa käytettiin pitkälle kyseiseen menetelmään liittyviä harjoitteita. Näitä voidaan tehdä yksilöllisesti, pareittain tai ryhmässä. BBAT-harjoitteet etenevät usein tutkimuksissa saman kaavan mukaan alkaen lämmittelyllä, jota seuraa varsinainen harjoittelu ja lopuksi oli mahdollisuus suulliseen reflektointiin.

BBAT:ssa on sen tavoitteiden mukaista mittausta, joka kohdentuu ennen muuta kuntoutujan kehotoimintoihin ja mieleen. Mieltä ja siinä tapahtuvia muutoksia lähestytään kehotuntemusten ja liikkeissä tapahtuvien muutosten kautta. Vaikuttavuuteen on kehitetty omia mittareita, kuten The Body Awareness Scale-Health (BAS-H) sekä Body Awareness Scale-Interview (BAS-I). Näitä käytettiin myös tässä analysoiduissa tutkimuksissa. BAS-H arvioi potilaan liikumiskykyä: kävelyssä, juoksussa, hyppimisessä, istumisessa ja lattialla maataessa, tuolilla istuessa, tuolille kiipeämisessä, yhdellä jalalla seisomisessa ja yksinkertaisissa liikkeissä, kuten kääntymisissä tai eriytyneissä liikkeissä sekä liikekäyttäytymistä, kuten ryhdin vakautta keskilinjassa, lihasjännitysten esiintyvyyttä, käsien ja jalkojen koordinaatiota liikkeissä, hengitysmallia selinmakuulla, jalkojen liikkuvuutta kävelyn aikana, heiluriliikkeitä, keskivartalon rotaatiota kävellessä ja koko kehon venyvyyttä. Tulos muodostuu liikesuoritusten laadusta ja tavasta, joilla asiakas käyttää kehoaan liikkeissä. Keskeistä on se, että liike ei ole ulkoa käsin opetettava suoritus vaan sisäisen kuuntelun kautta rakentuvaa kehon kielen oppimista.

BAS-I-mittaus käsittelee puolestaan psykiatrisia oireita ja kehoon liittyviä asioita, kuten kehon kuvailua ja asennetta ulkonäköä kohtaan, hygieniaa, toiminnallisuutta ja liikuntatottumuksia, kuten liitteestä 7 ilmenee. Voimavaralähtöisestä mittaamisesta viestii puolestaan esimerkiksi asiakkaan minä-pystyvyyteen tai koettuun koherenssiin kohdistuva mittaus. Niiden taustalla vaikuttaa asiakkaan kokema valmius hallita kehon toimintoja, mikä vaikuttaa myös taitoon ja pyrkimykseen oppia hallitsemaan kehon toimintoja. Kysymyksiä herättää kuitenkin se, kuinka herkästi psykologiset pystyvyys- ja koherenssimittarit toimivat kuntoutusinterventioiden muutosmittareina. Itsehallintataitojen oppimista suhteessa oman kehon toimintoihin tai sosiaalisia verkostotaitoja korostetaan niin MBR- kuin BBAT-lähestymistavassa. Oppimista mittaavia asioita ei kuitenkaan löydy käytetyistä mittareista. Asiakkaiden käyttäytymismuutokset ja itsehallintataidot tulevat esille lähinnä laadullisen arvioinnin kautta, kuten seuraavassa luvussa ilmenee. Myöskin psykofyysisen fysioterapiaa ohjaavien ammattilaisten kirjo ja heidän koulutustaustansa jää interventioiden ja mittareiden esittelyn varjoon.

### 8.3.3 Kolme tulkintaa kuntoutuksen vaikuttavuudesta

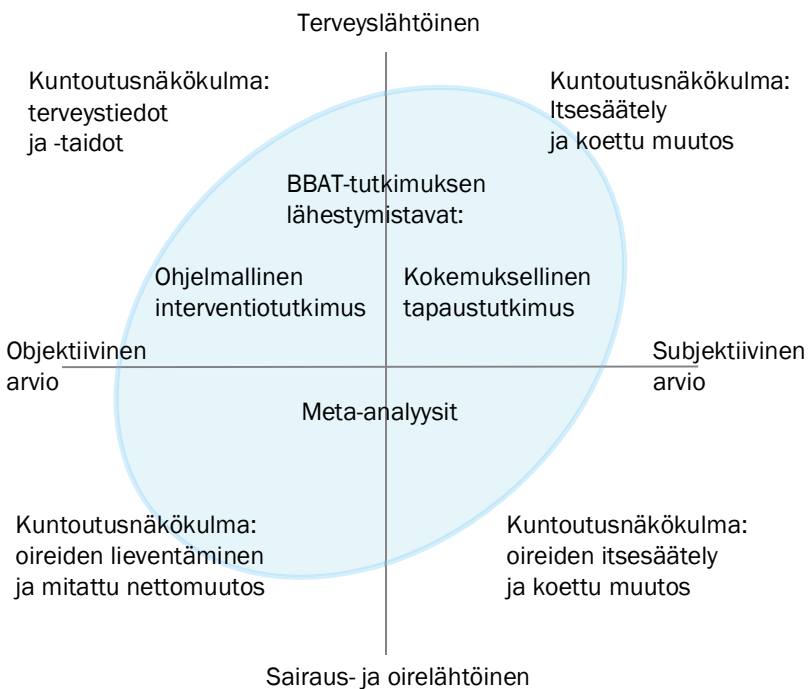
Tämä kirjallisuusanalyysi ei tarjoa yksiselitteistä vastausta tutkimuskysymykseen psykofyysisen fysioterapiakuntoutuksen vaikuttavuudesta asiakkaan toimintakykyyn, terveyteen ja hyvinvointiin. Kirjallisuushaussa löytyi runsaasti kirjallisuutta siitä, mitä psykofyysisellä psykoterapialla tarkoitetaan, käsitteiden synnystä ja niiden taustafilosofiasta. Kirjallisuudessa teoreettinen kuvaus niistä psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuusmekanismeista, joilla voidaan vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaiden tai asiakkaiden toimintakykyyn, terveyteen ja hyvinvointiin on erinomaista. Aiheesta on vankkaa kokemuspohjaista tietoa, kuvailevaa case-tutkimusta sekä kasvavassa määrin satunnaistettuihin asetelmiin perustuvia interventiotutkimuksia. Kumulatiiviseen empiiriseen tutkimukseen perustuva tutkimusnäyttö psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuudesta jää kuitenkin edelleen ohueksi. Kvantitatiivisissa tutkimuskatsauksissa oli alan heikkoon tutkimusevidenssiin hyvin yhdenmukainen selitys: asiakaskohderyhmien heterogeenisuus, pienuus ja interventiotutkimusten heikko laatu.

Kuntoutuksen vaikuttavuutta koskevan näyttöperusteisen tutkimusevidenssin vahvuus vaihtelee tässä kuntoutustutkimuksen lähestymistavan ja siinä vallitsevan tutkimusasetelman mukaan. Tulosten osoittaman vaikuttavuuden yhteismitallinen vertailu on haastavaa, mitä lisää kuntoutustutkimuksissa käytettyjen arviointimittareiden moninaisuus. Useiden eri lähestymistapojen sekä aineistojen ja menetelmien käyttö tutkimuksissa kuitenkin myös laajentaa vaikuttavuuden tarkastelun horisonttia ja tuo esiin kuntoutuskäytäntöjen ja tarpeiden moninaisuutta sekä niissä vallitsevia ristiriitoja.

Tutkimusaineiston yksittäiset tutkimukset on luokiteltu tässä kolmeen ryhmään sen mukaan, mihin kuntoutuksen vaikuttavuus kohdentuu ja miten sitä arvioidaan tutkimuksissa. Kuvio 3 avaa taustaa vaikuttavuudesta esitettyihin kuntoutusnäkökulmiin. Kuviossa kuntoutuksen vaikuttavuuden nelikenttä muodostuu tutkimuksen arviointityyppiä kuvaavan dimension (objektiivisuus vs. subjektiivisuus) ja interventioiden vaikuttavuuden kohdentumista kuvaavan dimension mukaan (sairaus- vs. terveyslähtöisyys). Subjektiivisessa arvioissa pidetään keskeisenä kuntoutujan potilaan tai asiakkaan kokemukseen perustuvia vaikutuksia, kun taas objektiivisessa arvioinnissa korostuu kuntoutusmuutosten ja -käyttäytymisen ulkoisen mittauksen merkitys ja standardoitujen mittareiden käyttö.

Kuntoutujan sairaudesta lähtevät kuntoutusinterventiot kohdentuvat erityisesti oireiden lievitykseen, kun taas terveyslähtöisyyttä painottava kuntoutus edellyttää kuntoutujan terveyden ja siinä tapahtuvien muutosmekanismien tunnistamista. Kuviossa 3 (s. 35) on tutkimusanalyysin valossa kuvattu viitteellisesti sitä, miten psykofyysisen fysioterapian interventio- ja tapaustutkimukset sekä monialaisen biopsykososiaalisen fysioterapian meta-analyysit asemoituvat tässä kuvattuun nelikenttään. Kirjallisuusaineistoon perustuvaa kolmea tulkintaa psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuudesta käsitellään seuraavassa yksityiskohtaisemmin.

**Kuvio 3.** Psykofyysisen fysioterapiatutkimuksen interventiot kuntoutuksen vaikuttavuuden nelikentässä.



### Sairaus- ja oirelähäiset meta-analyysit

Analyyssiaineistossa biopsykososiaalista fysioterapiaa edustavat tutkimukset ( $n = 4$ ) ovat tässä systemoituja kirjallisuuskatsauksia, joilla haetaan näyttöperusteisia vastauksia kuntoutuksen spesifeihin ongelmiin. Vaikuttavuuden selvittämiseksi tutkimuksissa oli määritelty tarkasti se kuntoutujien lähtötilanne, johon mind-body-interventioilla pyritään vaikuttamaan. Kuntoutujan tilan määrittelyssä painottui bio-psykososiaalinen tieto kuntoutujan sairaudesta ja sen oireista, joita pyrittiin lieventämään monialaisilla kuntoutusinterventioilla. Tutkimusasetelmat olivat luonnon- ja lääketieteen yleisesti käyttämiä koeasetelmia, joissa korostui sokkoistamisen ja satunnaistamisen vaatimus. Vertailussa oli myös eri kuntoutusinterventioissa käytettyjen fysioterapian harjoitteiden vaikuttavuus. Mikä on vaikuttavin kuntoutusmenetelmä henkilöillä, joilla on hengitysongelmia, raskauden aikaista ahdistusta tai fibromyalgiaan liittyviä kipuja ja psyykkisiä oireita? Tutkimusnäyttö edellyttää objektiivista, kvantitatiivista ja kumulatiiviseen meta-analyysiin perustuvaa vaikuttavuuden arviointia.

Taulukko 5 (s. 36) osoittaa, että laadukkaasti toteutettujen meta-analyysien osoittama tutkimusnäyttö monialaisten kuntoutusinterventioiden vaikuttavuudesta on vielä niukkaa. Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, etteikö monialaiseen lähestymistapaan perustuva biopsykososiaalinen fysioterapia olisi vaikuttavaa käytännössä ja että eikö se olisi osoittautunut yksittäisissä tutkimuksissa vaikuttavaksi. Siinä missä biopsykososiaalinen fysioterapia lähestyy käytännössä kuntoutusasiakasta moniammatillisesti ja kokonaisvaltaisesti, kumulatiivista empiiristä näyttöä etsivä systemaattinen vaikuttavuustutkimus pyrkii pelkistämään tämän moniulotteisen kuntoutustilanteen hyvin täsmälliseksi ja mitattavaksi koeasetelmaksi koskien tutkimusongelmaa, kohdeasiakasryhmää, interventiota ja näiden toteuttamista. Näyttöperusteisuuden edellytykset tutkimusaineistossa jäivät usein puutteellisiksi ja näin ollen heterogeeniseen ainekseen perustuvien meta-analyysien tutkimusnäyttö osoittautui heikoksi tai riittä-

mättömäksi. Aineiston puutteellisuus ei edes mahdollistanut meta-analyysin tekemistä tässä aineistossa Parkinsonin tautia ja lasten hengityselinsairauksia koskevissa aineistoissa niiden heterogeenisuuden, määrällisten ja laadullisten puutteiden vuoksi.

**Taulukko 5.** Meta-analyyseihin perustuva tutkimusnäyttö psykofyysisten kuntoutusinterventioiden vaikuttavuudesta tutkituilla asiakasryhmillä.

Asiakasryhmät	Tutkimusnäyttö
Hengitystavasta johtuvat ongelmat lapsilla ja aikuisilla – hengitysharjoitteiden vaikuttavuus	<b>Ei luotettavaa näyttöä hengitysharjoitteiden vaikuttavuudesta</b> Lasten hengitysharjoitteiden vaikutusarviointiin ei ollut riittävästi sisäänottokriteerit täyttävää, satunnaistettuun kontrolloituun kokeeseen perustuvaa tutkimusaineistoa. Myöskään aikuisten kohdalla yhteen kokeelliseen tutkimukseen perustuvasta hengitysharjoitteiden ja rentoutusterapian hyödyistä tai mahdollisista haitoista ei saatu luotettavaa numeerista näyttöä. Tarvitaan lisää erityisesti RCT-tutkimusta.
Raskaudenaikainen naisten ahdistuneisuus – Mind-Body-interventioiden vaikuttavuus naisten ahdistuksen ehkäisyyn tai hoitoon	<b>Niukka tutkimusnäyttö</b> siitä, että mind-body-interventiot voivat lievittää naisten raskaudenaikaista ahdistusta ja sen hallintaa standardihoitoa paremmin. Mielikuvaharjoittelulla voi olla myönteinen vaikutus ahdistuneisuuteen ja depression välittömästi synnytyksen jälkeen autogeeninen harjoittelu saattaa laskea naisten ahdistusta ennen synnytystä. Ei raportoituja haittavaikutuksia. Rajoitteita tutkimusten sokkoistamisessa, satunnaistamisessa. Kohderyhmien pieni koko ja korkea pudokkaiden määrä nostaa tulkintariskiä.
Fibromyalgia – Mind-body-terapian hyödyt ja haitat aikuiskohderyhmässä	<b>Erittäin niukka näyttö</b> psykologiset terapiahoidot voivat parantaa fyysistä toimintakykyä, kipua ja mielialaa standardihoitoa tehokkaammin. Pudokkaita tavalliseen hoitoon nähden enemmän. Rentoutusterapian vaikuttavuuden vertailussa ei luotettavaa näyttöä. Ei raportoituja haittavaikutuksia. Biofeedback, mindfulness-, liike- ja rentoutusterapian vaikuttavuus pysyy epäselvänä niin pitkään kun tutkimusevidenssi on heikkoa tai erittäin heikkoa.

## Psykofyysinen fysioterapia terveystietojen ja -taitojen vahvistajana

Kirjallisuuskatsauksen toisen ryhmän muodostavat asiakkaan toimintakykyyn ja sitä vahvistaviin menetelmiin kohdentuvat terveyslähtöiset, pitkälle objektiiviseen arvioon pyrkivät tutkimukset (taulukko 6, s. 37). Tutkimuksissa on pyritty meta-analyysin tai kokeellisen aselman keinoin tunnistamaan sellaisia menetelmiä, joilla voidaan edistää kuntoutujan omia terveystietoja ja -taitoja kuntoutumisessa. Tutkimukset (mm. Vera-Garcia ym. 2015; Vancampfort ym. 2014) kohdentuvat menetelmiin, joilla tarjotaan kuntoutujalle erilaisia terveyttä edistäviä liikunta- tai rentoutumiskeinoja pikemmin kuin kohdennetaan huomio siihen, millä tavoin kuntoutujat itse saadaan oivaltamaan omia liikkumisen ja itseilmaisun mahdollisuuksia. Tutkimuksissa korostuu objektiivinen arvio kuntoutujan terveystiedoista ja -taidoista, jotka auttavat häntä omaa sairautta koskevien voimavarojen säätelyssä. Tutkimuksissa kuitenkin tunnistettiin vaikuttavia terveyttä edistäviä kuntoutusmenetelmiä (BBAT, BPS-fysioterapia), jotka perinteiseen fysioterapiaan verrattuna auttoivat merkittävästi kuntoutujaa ahdistuneis-

suuden, depression tai elämänlaadun säätelyssä tai lievensivät sairauteen liittyviä oireita. Tu-  
loksissa korostuu kuntoutujan oppimisen merkitys, joka auttaa häntä omaa sairautta koskevi-  
en voimavarojen säätelyssä. Tämä ilmenee mm. kuntoutujan kehotietoisuuden kasvuna ja ter-  
veysvaikutteisina elämänlaadun säätelytaitoina, omasta kivusta oppimisena sekä vuorovai-  
kutteisena terapiasuhteen rakentumisena.

**Taulukko 6.** Tutkimusnäyttö psykofyysisen fysioterapian interventioiden ja eri menetelmien vaikutuksista tutkituil-  
la asiakasryhmillä.

Asiakasryhmät	Tutkimusnäyttö
Fibromyalgia Kehotietoisuusintervention (BAI) vaikutuk- set fibromyalgian ja uupumuksen hoidossa.	<b>Meta-analyysin mukaan niukka näyttö</b> <b>Kehotietoisuus</b> näyttäisi olevan <b>keskeisessä roolissa</b> potilaan ah- distuneisuuden ja depression sekä terveysvaikutteisen elämänlaadun säätelyssä. Kuitenkin korkealaatuinen tutkimusnäyttö puuttuu edelleen.  Näytön aste vaihtelee niukasta kohtalaiseen kehotietoisuus inter- ventioiden eduksi.
Fibromyalgia Kehotietoisuusterapian (BBAT) tavoite ja kehittäminen kuvataan arvioimalla FM- potilaiden ja heidän kivun hoidon vaikutuk- sia heidän elämänlaatuunsa.	<b>Kolme tutkimusta käsittävä laadullinen analyysi</b> Monialainen BBAT ohjelma <b>voi edistää</b> kustannus-tehokkaasti ki- vusta kärsivien FM potilaiden <b>terveyteen liittyvää elämänlaatua</b> . Kuuden kuukauden seuranta osoitti kontrolliryhmään nähden merkittäviä muutoksia BBAT ryhmän emotionaalisissa reaktioissa, ahdistuksessa (BAS), kivun arvioinnissa, psykosomaatikassa ja ki- vun lääkityksessä. Monialainen BBAT, kognitiivista terapiaa ja rentoutusta sisältävä interventio osoitti terveyteen liittyvää elämänlaadun paranemista perinteiseen fysioterapiaan verrattuna.  Kolmen kuukauden ja vuoden kestävässä seurannassa merkittä- vää kehon liikkeiden paranemista kontrolliryhmään nähden. Vuo- den jälkeen myös BBAT-ryhmän arviot heikkenivät, kontrolliryh- mässä jo kuuden kuukauden jälkeen.
Depressio Aerobisten harjoitteiden tai kehotietoisuus terapiainterventioiden vaikutukset vakavas- ta depressiosta kärsivien lisähoitona verrat- tuna konsultaatiota saaneen kontrolliryh- män terveyteen.	<b>RCT tutkimus, ristiriitainen näyttö</b> Harjoitteisiin perustuvalla fysioterapialla näyttäisi olevan vaikutus vakavasta depressiosta kärsivään ja hänen kuntoonsa. Liikkumiseen innostaminen. BBAT:lla oli myönteinen vaikutus itsearvioituun depressioon, mut- ta se myös lisäsi joidenkin potilaiden emotinaalista hätää. Keho- tietoisuus terapian vaikutuksista tarvitaan lisätietoa.
Krooninen alaselkäkipu Yksittäisen fysioterapeutin suorittaman Biopsykososiaalisen (BPS) hoidon vaikutta- vuus.	<b>Yhdeksän RC tutkimuksen tulosten kuvaileva synteesi</b> Viisi tutkimusta tuotti vahvaa evidenssiä, kolme tutkimusta kohta- laista evidenssiä biopsykososiaalisen lähestymistavan myönteis- tätä vaikutuksista yksilöllisen fysioterapian tuloksiin. Yhden tutkimuksen tulokset olivat heikosti yleistettäviä väestöön. Kaikilla interventioilla oli myönteinen vaikutus kliinisiin tuloksiin ja ne tuottivat selkeää evidenssiä siitä, että <b>BPS hoito on vaikuttava</b> <b>kroonisen alaselkäkipun hoidossa</b> .  Tutkimukset toivat esiin potilaan omasta kivusta oppimisen (kivun tieteellinen perusta) ja voimaantumisen välisen yhteyden sekä vuorovaikutuksen merkityksen potilaan ja terapeutin välillä.
Skitsofrenia Fysioterapian eri menetelmien (aerobiset harjoitteet, jooga, rentoutus, BBAT, hieron- ta) vaikuttavuus monialaisessa kuntoutuk- sessa.	<b>Niukkaa näyttöä</b> Hyvin heterogeeniseen aineistoon (design, toteutus, tulokset) pe- rustuva systemaattinen katsaus. Aerobiset harjoitteet näyttäisivät merkittävästi vähentävän psyki- atrisia oireita ja parantavan potilaan elämänlaatua.

	Joogalla oli paras vaikuttavuus psykiatriin oireisiin, myös Tai Chi ja rentoutus interventioista näyttäisi olevan hyötyä.
Syömishäiriöt: Anorexia ja bulimia nervosa Fysioterapian eri menetelmien (aerobiset harjoitteet, jooga, BBAT, hieronta) vaikuttavuus verrattuna tavanomaiseen hoitoon tai hoitopääsyä odottavien terveydentilaan	<b>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, niukkaa näyttöä</b> Aerobinen liikunta, jooga ja kehotietoisuus terapia saattavat vähentää syömishäiriöön liittyvää patologista käyttäytymistä sekä parantaa henkistä ja fyysistä elämänlaatua sekä anoreksia että bulimia nervosa asiakkailta. Aerobinen ja kestävyys harjoittelu lisäsivät merkittävästi lihasvoimaa, nosti painoindeksiä ja kehon rasvaprosenttia anoreksia potilailla.

## Psykofyysinen fysioterapia kuntoutujan itsesäätelyn edistäjänä

Kirjallisuuskatsauksen kolmas tutkimusryhmä muodostuu BBAT-lähestymistapaa koskevista, pitkälle laadullisiin synteeseihin nojaavista tutkimuksista (taulukko 7, s. 39). BBAT-kirjallisuudesta ei seuloutunut tässä kirjallisuusanalyysissä mukaan yhtään meta-analyysia. Myös RCT- ja CT-aineistoja tarkastellaan BBAT-katsauksissa pitkälle laadullisesti, kokonaisvaikutavuuden näkökulmasta. BBAT:n vaikuttavuusarvioinnin tutkimusnäyttö ja sen yhdenmukaisuus perustuu tässä siihen, että eri konteksteissa ja tilanteissa toteutettujen BBAT-interventioiden tuloksia voidaan vertailla keskenään. BBAT-interventiot ovat rakenteeltaan ja sisällöiltään samankaltaisia. Kuntoutukseen on myös kehitetty omia BBAT-arviointi- ja muutostimittareita, jotka mahdollistavat myös kumulatiivisen empiirisen näytön keräämisen. Tässä aineistossa BBAT-tulokset nojautuvat vahvasti asiakas- tai ammattilaiskokemuksiin. Näytön laatu on meta-analyysiin nähden subjektiiviseen arvioon perustuvaa: vaikuttavaa edistymistä on tunnistettu asiakkaan kehotietoisuuden ja kehohallinnan edistymisenä, koettuna minuuden eheytyksenä ja minä-pystyvyytenä, sairauteen liittyvien oireiden asteittaisena heikkenemisenä, sekä sosiaalisen hyvinvoinnin kasvuna, mikä ilmenee itsensä ja toisten hyväksymisenä. Vaikutukset on havaittu pitkäkestoisiksi, joskin kuntoutustutkimuksille tyypillisempää oli seurannan lyhytkestoisuus (3 kk ja 6 kk).

Näin ollen BBAT-tutkimusten näyttöperuste on tutkimusasetelmaan perustuvan hierarkkisen ajattelutavan mukaan ensimmäistä ja toista tutkimusjoukkoa heikompi. Tapauserrokkitutkimuksiin perustuva näyttö on kuitenkin hyvin samansuuntainen kaikissa tutkimuksissa. BBAT-kuntoutuksen arvioitiin tuottavan myönteisiä vaikutuksia kuntoutujan mieli-alaan, kehittävän oman kehon tuntemusta ja liikkumista, vähentävän oiretuntemuksia ja lisäävän kuntoutujan itsensä hyväksymistä sekä vastaanottavuutta tuelle. BBAT-menetelmällä on saatu näyttöä siitä, että kuntoutujat itse voivat löytää ohjauksessa liikkeen merkityksen. Liike toimii ohjausvuorovaikutuksen ”kielenä”, jonka avulla kuntoutuja oppii tunnistamaan oman kehon ja mielen yhteyksiä. Kuntoutujan lisääntynyt itsesäätely ilmenee mm. kehotietoisuuden kasvuna. Kasvanut kehotietoisuus ja kehon toimintojen parantuminen lisää kuntoutujien voimavaroja myös omien psyykkisten oireiden säätelyssä ja suhteessa ulkomaailmaan. Yhteiskunnallinen vaikuttavuus ilmeni puolestaan mm. sosiaalihuollon palvelujen käytön huomattavana vähenemisenä kontrolliryhmään nähden. Onnistuneen BBAT-kuntoutuksen edellytyksenä pidetään tutkimusten mukaan vuorovaikutteisen ja luottamuksellisen terapiasuhteen syntymistä. Se tukee terapiasuhteessa tapahtuvaa ohjausta ja mahdollistaa kuntoutujien omien kehotuntemusten tunnistamisen. Kuntoutusinterventiot ja niiden muoto ei-

vät siten yksin ennusta terveyttä, vaan tärkein vaikuttava tekijä on onnistuneen vuorovaikutuksen kuntoutujassa synnyttämä vastaanottavuus ja luottamus tuen saatavuudesta.

**Taulukko 7.** Tutkimusnäyttö BBAT-kuntoutusinterventioiden vaikutuksista tutkituilla asiakasryhmillä.

Asiakasryhmät	Tutkimusnäyttö
Syömishäiriöt – kehotietoisuusterapian (BBAT) soveltuvuus syömishäiriöisten hoitoon.	<b>RCT pilottitutkimus</b> BBAT-ryhmän <b>syömishäiriön oireet vähenivät</b> huomattavasti enemmän kuin kontrolliryhmän, kuten pakkomielteinen tekeminen ja laihduttaminen, oksentelu, yliaktiivisuus ja lihasjännitys. Kehotyytymättömyys väheni ja viitteitä saatiin myös siitä, että BBAT-interventioryhmä koki elämänlaatunsa parantuneen, etenkin psykisen terveyden osalta.
Psykosomaattiset ja keholliset oireet – NPMP:n vaikutukset (norjalainen psykomotorinen fysioterapia) potilaskokemusten valossa.	Potilaskokemuksista tunnistettiin laadullisen sisällönanalyysin tuloksena <b>kolme NPMP:n vaikutuksen avaintekijää</b> : – potilaan kokema tilanne ennen hoitoa – onnistuneen hoitosuhteen luomisen merkitys potilaalle – potilaan kokema vuorovaikutteisuus terapiassa. Analyysi osoitti, että kehotuntemukseen liittyvät harjoitteet auttoivat asiakasta itsen ymmärtämisessä ja ilmaisussa.
Psykiatriset häiriöt ja keholliset oireet – kehotietoisuusterapian (BBAT) lyhyt- ja pitkäaikainen vaikuttavuus psykiatrisen avohoidon asiakkaiden hoidossa verrattuna tavanomaiseen hoitoon.	<b>RCT</b> Kehotietoisuusterapian lyhytaikaiset vaikutukset ilmenivät asiakkaiden <b>kehotietoisuuden ja kehon toimintojen paranemisena</b> (BAS-H) sekä <b>psykkisten oireiden vähenemisenä ja minäpystyvyyden lisääntymisenä</b> (BAS-I) ja yhteiskunnallisena vaikuttavuutena. BBAT-harjoitteita tehneet potilaat <b>käyttivät</b> vuoden aikana selvästi <b>vähemmän</b> sekä psykiatrian että sosiaalihuollon <b>palveluita</b> kontrolliryhmään nähden. Pitkän aikavälin vaikutukset (6 kk) säilyivät koeryhmällä kontrolliryhmään nähden paremmin, mutta elämänlaadun kokemuksissa ei paranemista ajan myötä.
Psykiatriset häiriöt – kehotietoisuusterapian (BBAT) vaikutukset potilaskokemusten valossa.	<b>Laadullinen case-tutkimus</b> BBAT-ryhmään osallistuminen vahvisti asiakkaiden kokemusta omasta kehosta, eheytti minuuden tunnetta sekä antoi eväitä olla oma itsensä omassa kehossa ja ryhmässä.
Skitsofrenia – kehotietoisuusterapian (BBAT) vaikutukset potilaskokemusten ja fysioterapeuttien kokemusten valossa.	<b>Haastatteluanalyysiin perustuva laadullinen case-tutkimus</b> Potilaat kokivat BBAT:n vaikutukset: oman säätelykyvyn ja kehotietoisuuden sekä psykososiaalisen kyvykkyyden kasvuna. Fysioterapeuttien kokemusten valossa BBAT-intervention vaikutuksen avaintekijöitä olivat: kyky kohdata ja olla vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, ohjata potilasta tunnistamaan omia kehotunteuksiaan sekä hahmottamaan suhdettaan ulkoiseen maailmaan.

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Asiakas-, asiantuntija- ja kirjallisuusaineisto tarjoavat evidenssiä siitä, että psykofyysisellä fysioterapialla voidaan kohentaa kuntoutusasiakkaiden toimintakykyä, terveyttä ja elämänlaatua. Arviointi kohdistui niin asiakaskokemuksiin kuin koettuihin ammatillisiin käytäntöihin ja psykofyysisen terapiatutkimuksen tieteellisen käytännön tuloksiin interventioiden vaikuttavuudesta. Nämä eri näkökulmat tarjoavat samansuuntaisen, toisiaan täydentävän informatiivisen kokonaiskuvan psykofyysisen fysioterapian hyödyistä. Selkeitä haittavaikutuksia ei

tunnistettu arvioinnissa ja mahdolliset kirjatut haitat on raportoitu tutkimuskohtaisesti kirjallisuuskatsauksen liitteessä (liite 6).

Kirjallisuuskatsauksen keskeisin kysymys koski psykofyysisen fysioterapian kuntoutusinterventioiden vaikuttavuutta, vaikutuksia ja hyötyjä, joita analysoitiin viimeiset viisitoista vuotta käsittävän tutkimusaineiston valossa. Psykofyysisen fysioterapian kirjallisuuskatsaukseen seuloutunut tutkimuskirjallisuus oli runsas ja heterogeeninen niin kohdentumisen, laadun kuin tieteellisten tutkimusasetelmien ja lähestymistapojen suhteen. Tulosten osoittaman vaikuttavuuden yhteismitallinen vertailu muodostui näin haastavaksi, mitä lisää kuntoutustutkimuksissa käytettyjen arviointimittareiden moninaisuus. Useiden eri lähestymistapojen sekä aineistojen ja menetelmien käyttö tutkimuksissa kuitenkin myös laajentaa vaikuttavuuden tarkastelun horisonttia ja tuo esiin kuntoutuskäytäntöjen ja tarpeiden moninaisuutta sekä niissä vallitsevia ristiriitoja.

Tutkimuksellisesti korkeatasoisten Cochrane-katsausten (n = 5) tutkimusnäyttö jäi tässä varsin suppeassa aineistossa viitteelliseksi. Meta-analyyseissa arvioitiin hengitysharjoitteiden tuomaa helpotusta hengitysoireisiin sekä kehon ja mielen yhteyden huomioivien mind-body-interventioiden kykyä lieventää fibromyalgian oireita tai raskaudenaikaista naisten ahdistuneisuutta. Asiakkaiden sairauksista ja toimintakyvyn puutteista tarjotaan Cochrane-katsaustutkimuksissa kattava tilannearvio, jonka pohjalta kuntoutuksessa tapahtuvaa edistymistä voidaan arvioida. Heterogeeniset ja pienet aineistot jäivät kuitenkin yleisesti riittämättömäksi vaikuttavuuden osoittamiseksi. Vaikuttavuuteen välittyvän kuntoutusvuorovaikutuksen merkitys jäi kumulatiivisissa meta-analyyseissa ohueksi. Meta-analyyseista syntyiikin vaikutelma, että tehokkuus on kuntoutusintervention ominaisuus, mikä voidaan siirtää mihin tahansa toimintaympäristöön ja tilanteisiin. Cochrane-katsausten tutkimustulokset luovat tässä kuitenkin edellytyksiä hyödyntää kuntoutuskäytänteissä niiden tarjoama paras mahdollinen kumuloitua tutkimustieto eri kuntoutusinterventioiden ja -menetelmien vaikuttavuudesta. Samalla ne muistuttavat käypähoito suositusten haasteellisuudesta vuorovaikutukseen perustuvassa kuntoutuksessa.

Erilaisten terveyslähtöisten ohjelmien ja menetelmien vaikutuksia arvioivat tutkimukset (n = 6) muodostivat tässä toisen, kuntoutuksen kohdentumisen mukaan kirjallisuusaineistosta muodostetun aineistoklusterin. Näissä tutkimuksissa on pyritty meta-analyysin tai kokeellisen asetelman keinoin tunnistamaan sellaisia menetelmiä, joilla voidaan edistää kuntoutujan omia tietoja ja taitoja kuntoutumisessa. Tuloksissa korostui haastatteluun perustuvan arvioinnin mukaisesti kuntoutujan oppimisen merkitys, joka auttaa häntä omaa sairautta koskevien voimavarojen säätelyssä. Oppiminen ilmenee mm. kehotietoisuuden kasvuna ja terveysvaikutteisena elämänlaadun säätelynä, omasta kivusta oppimisena sekä vuorovaikutteisena terapiasuhteen rakentumisena. Osa tutkimuksista kohdentui kuntoutujalle tarjottavien erilaisten terveyslähtöisten liikunta- tai rentoutumiskeinojen vaikuttavuuden arviointiin. Näissä interventioissa kuntoutuja haastetaan toteuttamaan kuntoutuksen mukaisia menetelmiä osin ulkoa käsin ohjattuna pikemmin kuin oivaltamaan itse omia liikkumisen ja itseilmänsun mahdollisuuksia. Tutkimuksissa kuitenkin tunnistettiin joitakin vaikuttavia kuntoutujan toimintakykyä ja kehotietoisuutta vahvistavia kuntoutusmenetelmiä (BBAT, BPS-fysioterapia), jotka perinteiseen fysioterapiaan verrattuna auttoivat merkittävästi kuntoutu-



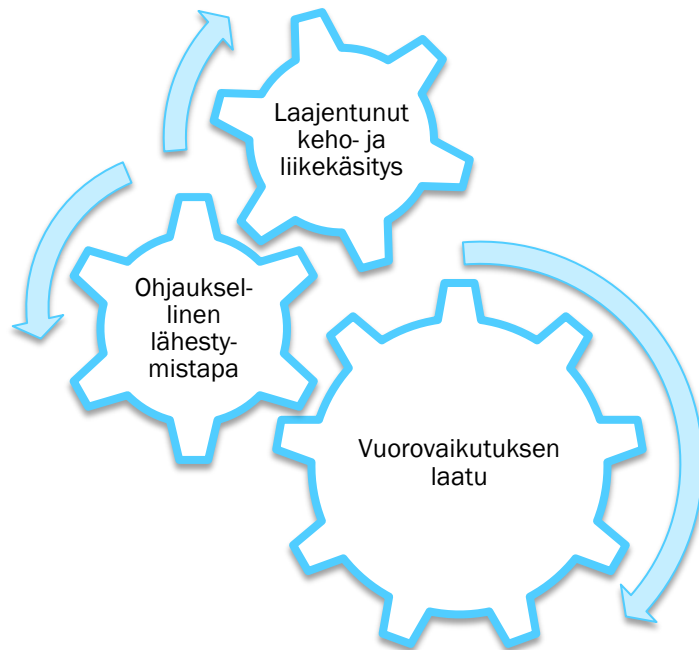
jaa ahdistuneisuuden, depression tai elämänlaadun säätelyssä tai lievensivät sairauteen liittyviä oireita.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineiston kolmas klusteri muodostui BBAT-lähestymistapaa koskevista tutkimuksista (n = 7), jotka olivat laadullisiin synteeseihin perustuvia sekä asiakas- ja asiantuntijakokemuksia tulkitsevia. Tutkimuksissa on pyrkimyksenä tunnistaa ja kehittää vaikuttava kokonaisvaltainen lähestymistapa ja menetelmiä, joilla kuntoutuja itse oppii omasta kehostaan, sen toiminnasta ja pystyy itsesäätelyn avulla vaikuttamaan omaan toimintakykyynsä ja elämänlaatuun. Huomio on asiakkaassa ja hänen kyvyssään säädellä omaa toimintakykyä ja hyvinvointia.

Pitkälle laadulliseen tutkimusanalyysiin perustuva tutkimusnäyttö on kaikissa BBAT:a koskevissa tapaus- ja verrokkitutkimuksissa hyvin samansuuntainen. Tutkimusnäytön vahvuus perustuukin menetelmää koskevan tutkimustiedon kumulatiivisuuteen. Tulokset viestivät tässä toteutetun haastattelututkimuksen tapaan siitä, että liike toimi ohjausvuorovaikutuksen ”kielenä”. Sen avulla kuntoutujat oppivat tunnistamaan oman kehon ja mielen yhteyksiä. Kasvanut kehotietoisuus ja kehon toimintojen parantuminen lisäsivät kuntoutujien voimavaroja myös omien psyykkisten oireiden säätelyssä ja suhteessa ulkomaailmaan. Yhteiskunnallinen vaikutavuus ilmeni puolestaan mm. sosiaalihuollon palvelujen käytön huomattavana vähenemisenä kontrolliryhmään nähden. Tutkimustulosten mukaan onnistuneen BBAT kuntoutuksen edellytyksenä pidettiin vuorovaikutteisen ja luottamuksellisen terapiasuhteen syntymistä. Se tuki terapiasuhteessa tapahtuvaa ohjausta ja mahdollisti kuntoutujien omien kehotuntemusten tunnistamisen. Kuntoutusinterventiot ja niiden muoto eivät siten yksin ennusta terveyttä, vaan tärkein vaikuttava tekijä oli onnistuneen vuorovaikutuksen kuntoutujassa synnyttämä vastaanottavuus ja luottamus tuen saatavuudesta.

Haastattelututkimuksessa psykofyysisen fysioterapian erityispiirteet näyttivät tulevan puolestaan esille kolmella terapeutin toiminnan osa-alueella (kuviot 4, s. 42). Näitä ovat asiakkaan ja asiantuntijan vuorovaikutuksen laatu, asiantuntijan ohjauksellinen lähestymistapa sekä laajempi keho- ja liikekäsitelmä. Nämä erityispiirteet ovat vuorovaikutuksen laadun, ohjauksellisen lähestymistavan ja keho- ja liikekäsitelmän osalta paljolti yhteisiä myös muille kehoterapeuttisille menetelmille kuten esimerkiksi tanssi- ja liiketerapialle. Liikekäsitelmän osalta eri teraatioissa näkyy painotus- ja näkökulmaeroja. Näitä tässä tutkimuksessa esille nousseita laadullisia erityispiirteitä on pyritty tarkastelemaan aluksi yleisemmällä tasolla sekä löytämään joi-tain yhtäläisyyksiä pienimuotoisesti alan kirjallisuuteen liittyen. Tämän jälkeen haastatteluiden antia on tarkasteltu suhteessa Kelan standardeihin.

Kuvio 4. Terapeuttisen toiminnan osa-alueet.



Vuorovaikutuksen laatu eli millä erityisellä tavalla terapeuttisessa vuorovaikutuksessa ollaan ja miten se ymmärretään, tulee esille perustana, jonka varaan kaikki muu toiminta rakentuu. Terapeuttisessa, tietoisessa vuorovaikutuksessa korostuu kohtaamistilannetta arvostava ja läsnä oleva asiakkaan kuunteleminen sekä ymmärrys hänen tilannettaan kohtaan sellaisena kuin se tuodaan esille. Tämän kaltainen terapeutin työote mahdollistaa asiakkaalle terapiatilanteessa nähdä ja kuulla tulemisen tunteen. On tärkeää, että asiakkaan kokemus ymmärretään suhteessa hänen elämänsä historiaansa. Eletty elämä ymmärretään vuorovaikutustilanteessa näkyvän myös aina kehollisesti ilmaistuna. Asiakkaan arvostus puolestaan näkyy siinä, että hänen itsearviointiinsa luotetaan. Terapeutti ymmärtää asiakkaan kokemukset normaaleina reaktioina tapahtuneeseen ja hän kohtaa asiakkaan tasaveroisena, pystyvänä ihmisenä, ei kyvyttömänä tai avuttomana uhrina. (Linehan 1993.)

Terapeutin ohjauksellinen lähestymistapa ja työote toteutuu jaetun asiantuntijuuden ja kumppanuuden hengessä. Aito kohtaaminen edellyttää ammattilaiselta epävarmuuden sietämistä ja jossain määrin ulkokohtaisesta asiantuntijavallasta luopumista. Se edellyttää myös viipymistä siinä haasteellisessa hetkessä, jossa kummallakaan osapuolella, ei terapeutilla eikä asiakkaalla vielä ole valmista vastausta, vaan ratkaisua lähdetään etsimään yhdessä. Asiakkaan ja terapeutin roolit saattavat näyttää hetkellisesti epäselviltä, mutta nämä kaikki rooli muutokset tapahtuvat kuitenkin tietoisesti. Asiakas on terapiatilanteessaan keskeinen toimija oman tilanteensa kartoittajana ja eteenpäin viejänä. (Sarja 2011.) Holistinen kehoikäsite pitää sisällään aina somaattisen, objektiivisesti lähestyttävän kehon sekä tuntevan ja kokevan kehon eikä näitä ole tarkoituksenmukaista erottaa toisistaan. Kehon ymmärretään keho-fenomenologisesti ihmisyyden perustana sekä havaitsemisen ja oppimisen keskuksena. (Siljamäki ym. 2015.)

Liikkeen laatu ja sen mahdollisuudet nähdään psykofyysisessä fysioterapiassa vallitsevaa luonnontieteellistä liikekäsitystä moniulotteisemmin. Parviaisen mukaan (2006) vallitsevassa luonnontieteellisessä ja rationaalisessa liikekäsityksessä on olennaista löytää sopivia liikeharjoitteita fyysisen päämäärän mukaisesti eli miten tietty toiminta vaikuttaa kehoon, esimerkiksi miten lihasvoimaa on tarkoituksenmukaista harjoittaa. Mikäli liikekäsitys kuitenkin rajoittuu vain mitattavaan, fyysiseen syy-seuraussuhteelle rakentuvaan toimintaan, sen ulkopuolelle jää paljon sellaista mikä on inhimillisesti merkityksellistä, mutta mitä luonnontieteellinen näkökulma ei huomioi, esimerkiksi liikkeen kokemuksellisuuden. (Parviainen 2006.)

Liike ja kehollinen työskentely voidaan kuitenkin ymmärtää paljon monimuotoisempaan. Fyysisen toimintakyvyn kehittämisen ja edistämisen lisäksi liike voidaan nähdä myös ensisijaisesti itseymmärrystä rakentavana tekijänä. Itseymmärryksen rakentumiseen vaikuttaa se, miten liikettä toteutetaan esimerkiksi sisäisen kuuntelun avulla. Kehotietoisuusharjoitusten liikekavalkadi on tarkoituksellisen suppea, eräällä tavalla suljettu, jotta fokus harjoitetta tehdessä pysyy harjoittajan muuttuvassa kokemuksessa, ei alati muuttuvassa ja varioidussa liikkeessä. Kehollinen kokemus voi yhden ja saman liikkeen ja harjoitteen sisällä vaihdella päivästä toiseen ja muuttua ja kehittyä ajan kuluessa esimerkiksi terapiajakson aikana. Tämän muuttuvan kokemuksen pystyy havaitsemaan kuitenkin parhaiten vain tekijä itse, ei ulkopuolinen henkilö. Näin liikkujasta tulee luontevasti oman toimintansa asiantuntija. Kokemuksellisessa työskentelyssä harjaantunut sisäinen havainnointi on mahdollista siirtää myös arkisiin toimintoihin ja se mahdollistaa epätarkoituksenmukaisen toiminnan tunnistamista ja sen muuttamista pysyvämmiin paremmin toimivaksi. (Klemola 2004.)

Tämän arviointitutkimuksen haastattelutuloksia voidaan tarkastella myös suhteessa Kelan avoterapiastandardiin (Kela 2015a). Kelan avoterapiastandardissa on määritelty (vaikeavammaisten) lääkinnällisenä kuntoutuksena järjestettävien terapiapalveluiden sisältö, rakenne, henkilöstö ja laatuvaatimukset.

Kelan avoterapiastandardin mukaan kuntoutuspalvelujen tulee julkisessa terveydenhuollossa perustua kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan ja olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaisia eli vaikuttavia ja yksilöllisesti suunniteltuja. Yleisesti hyväksytyksi kuntoutuskäytäntöksi katsotaan jo vakiintunut kuntoutuskäytäntö, joka on perusteltu joko kokemusperäisesti tai tieteellisin vaikuttavuustiedoin. Tässä mielessä psykofyysistä fysioterapiaa voidaan pitää jo vakiintuneena kuntoutuskäytäntönä. Kokemusperäistä tietoa on jo runsaasti olemassa ja tieteellistä näyttöä kasvavassa määrin. Toisaalta asiakkaan näkökulmasta psykofyysinen fysioterapia on vielä sen verran vähän tunnettu lähestymistapa, ettei asiakas sitä helposti omaehtoisesti löydä.

Psykofyysistä fysioterapiaa toteuttavat asiantuntijat kuten tässä arviointitutkimuksessa haastatellut henkilöt ovat kaikki fysioterapeutteja peruskoulutukseltaan ja he työskentelevät joko julkisessa terveydenhuollossa ja yksityisellä sektorilla. Hyvään kuntoutuskäytäntöön ja kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan pohjautuva yksilöllinen ja vaikuttava palvelutoiminta on näin ollen heille tuttua jo aiemmista yhteyksistä ja se liittyyneen olennaisesti myös psykofyysisen fysioterapian toteutukseen ja sen kriteereihin. Standardin edellyttämän erityisosaamisen haastatellut asiantuntijat ovat hankkineet peruskoulutuksensa jälkeen hyvin eri tavoin esimerkiksi suorittamalla alan erikoistumisopinnot tai BBAT-terapeutin koulutuksen.

Kela edellyttää, että kuntoutustavoitteiden laadinnassa ja arvioinneissa hyödynnetään apuna yleisesti hyväksyttyä GAS-menetelmää. ”GAS-menetelmä on kehitetty USA:ssa 1960-luvulla kuntoutuksen tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuvälineeksi. GAS-menetelmä on lähtökohdaltaan aina asiakaslähtöinen. Tavoitteen tunnistaminen perustuu haastatteluun ja kuntoutujan tilanteen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen. Tavoitteille asetetaan realistinen aika-taulu ja määritellään selkeä muutoksen indikaattori viisiportaisella asteikolla.” (Kela 2016.) GAS-menetelmä oli kaikille haastatelluille asiantuntijoille tuttu, mutta sen systemaattista käyttöä ei haastattelututkimuksessa selvitetty. Muita tavoitteiden saavuttamista arvioivia mittareita, kuten esimerkiksi elämänlaatua mittaavia, haastatellut asiantuntijat käyttivät vaihtelevasti ja tilanteen mukaan.

Kelan avoterapiastandardissa korostetaan kuntoutussuunnitelman edellyttävän kokonaisvaltaista toimintakyvyn arviointia, elämäntilanteen ja voimavarojen sekä kuntoutujan oman aktiivisen toiminnan huomiointia. Psykofyysisen fysioterapian asiantuntijat ja heidän asiakkaansa toivat esiin useammassa yhteydessä toimintakyvyn arvioinnin toteutuvan kokonaisvaltaisesti ja asiakkaan elämäntilanteen huomioivasti. Toimintakyvyn arvioinnissa ja edistämisessä asiakas on aktiivinen toimija. Konkreettisten tavoitteiden laatiminen tapahtuu haastateltujen kuvauksissa asiakkaan ja terapeutin yhteistyönä. Voimavaralähtöisyys tuli myös esiin haastateltujen puheessa eli toiminta ei ole vain ongelmiin keskittyvää vaan lähtökohtana ohjauksessa pidetään sitä, että asiakas löytää omat voimavaransa tilanteensa edesauttamiseksi.

Kelan järjestämän kuntoutussuunnitelmaan perustuvan kuntoutuksen tulee toteutua ICF-luokituksen viitekehyksessä. Kuntoutuksessa arvioidaan kuntoutujan voimavaroja ja kuntoutuksen tarvetta lääketieteellisen terveydentilan lisäksi laaja-alaisesti kaikilla ICF-luokituksen alueilla: kehon rakenne ja toiminta, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristö- ja yksilötekijät. Lisäksi seurataan kuntoutujan terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Psykofyysisessä fysioterapiassa liikkeen terapeuttinen funktio ei laajemmin ymmärrettynä rajoitu kapeasti vain fyysisen toimintakyvyn kehittämisen osa-alueelle esimerkiksi ICF-luokituksessa kehon rakenteiden ja toiminnan sekä suoritusten tasolle. Liikettä voidaan hyödyntää myös asiakkaan itseyttä ja itsesäätelyä lisäävänä tekijänä. Näin ymmärrettynä psykofyysisessä fysioterapiassa huomioidaan paremmin myös ICF-luokituksen yksilö- ja ympäristötekijöiden sekä osallistumisen osa-alueet. (Kela 2016.)

On mielenkiintoista havaita, että psykofyysisen fysioterapian keskeiset ydinelementit – kokonaisvaltainen eli holistinen kehollisuus sekä laajentunut liikekäsite, jossa liike ymmärretään myös itsetuntemusta ja itsesäätelykykyä kehittävänä – ovat liikkumisen ja kuntoutuksen ajankohtaisia teemoja. Esimerkiksi syksystä 2016 liikunnan perusopetuksen opetussuunnitelmissa puhaltavat uudet tuulet: se painottaa aiempaa vahvemmin kehollisuuden merkitystä osana koulujen liikuntakasvatusta. Uudessa opetussuunnitelmassa mainitaan keskeisinä tavoitteina mm. oman kehon hyväksymisen ja kehollisen ilmaisun tukeminen. Kehotietoisuuden on todettu olevan yhteydessä itsetuntemukseen ja tunnetaitoihin ja tätä kautta se kytkeytyy ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. (Siljamäki ym. 2015.)

## LÄHTEET

Barker NJ, Jones M, O'Connell NE, Everard ML. Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in children (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2013, Issue 12.

CASP. Critical Appraisal Skills Programme. Casp checklists. Oxford: CASP UK, 2016. Saatavissa: <<http://www.casp-uk.net/#!/casp-tools-checklists/c18f8>>. Viitattu 14.2.2016.

Catalan-Matamoros D, Helvik-Skjaerven L, Labajos-Manzanares TM, Martinez-de-Salazar-Arboleas A, Sanchez-Guerrero E. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders. A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2010; 25 (7): 617–626.

Courtois I, Cools F, Calsius J. Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 2015; 19: 35–56.

Danielsson L, Papoulias I, Petersson E-L, Carlsson J, Waern M. Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression. A controlled study. *Journal of Affective Disorders*. Oct. 2014; 168: 98–106.

Dropsy J. *Leva i sin kropp. Kroppslig uttryck och mänsklig kontakt*. Stockholm: Natur och Kultur, 1987.

Dropsy J. *Den harmoniska kroppen. En osynlig övning*. Stockholm: Natur och kultur, 1988.

Ekerholt K, Bergland A. The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy. Patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004; 32: 403–410.

Gard G. Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, June 2005; 27 (12): 725–728.

George SI. What is the effectiveness of a biopsychosocial approach to individual physiotherapy care for chronic low back pain? *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, Jan 2008; Volume 6 Number 1. Saatavissa: <<http://ijahsp.nova.edu/articles/vol6num1/pdf/george.pdf>>.

Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy* 2003; 5:179–190.

Gyllensten AL, Ekdahl C, Hansson L. Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Physiotherapy* 2009; 11 (1):2–12.

Hedlund L, Gyllensten AL. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 2010; 14: 245–254.

Hedlund L, Gyllensten AL. The physiotherapists' experience of Basic Body Awareness Therapy in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Bodywork & Movement Therapies* 2013; 17: 169–176.

Howard-Wilsher S, Irvine L, Fan H ym. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disability and Health Journal* 2016; 9 (1): 11–25.

Johnsen R, Råheim M. Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Advances in Physiotherapy* 2010; 12 (3): 166–174.

Jaakkola R. Muutosta ilmassa. Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnojen tilalla alkamassa psykofyysisen fysioterapian täydennyskoulutus. *PSYFY* 2016; (1): 8–10.

Jones M, Harvey A, Marston L, O'Connell NE. Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in adults (Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2013, Issue 5.

Kanniainen H. Basic Body Awareness -terapia ja sen käyttö psykiatristen potilaiden fysioterapiassa. Kirjallisuuskatsaus. Kuopio: Savonia Ammattikorkeakoulu, 2014.

Kela. Kelan avoterapiastandardi, Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen avoterapiat 1.1.2015 alkaen. Helsinki: Kela, 2015a. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/documents/10180/2628605/Avoterapiastandardi+voimassa+2016+alkaen+fi.pdf/0b4711cf-f712-4922-a047-de36950a77d5>>.

Kela. Vaativa lääkinällinen kuntoutus 1.1.2016. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/vaativa-laakinnallinen-kuntoutus-1.1.20162>>. Helsinki: Kela, 2015b. Päivitetty 11.11.2015. Viitattu 31.1.2016.

Kela. GAS-menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. Helsinki: Kela, 2016. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/gas-menetelma>>. Viitattu 31.3.2016.

Klemola T. Taidon filosofia – filosofin taito. Tampere: Tampere University Press, 2004.

Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita, 2007.

Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press, 1993.

Marc I, Toureche N, Ernst E ym. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety (Review). The Cochrane Library 2011, Issue 7.

Parviainen J. Meduusan liike. Mobiiliajan tiedonmuodostuksen filosofiaa. Helsinki: Gaudeamus, 2006.

Raatikainen A, Ruotsalainen A, Tuomola T. Basic Body Awareness Therapy -menetelmä ja sen vaikutukset psykofyysisessä fysioterapiassa. Vantaa: Laurea ammattikorkeakoulu, 2013.

Sarja A. Jaettu asiantuntijuus vuorovaikutustyössä. Julkaisussa: Koivisto K, Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L, Vuokila-Oikkonen P, toim. Tutkimuskohteena hoitaminen ja hoitamaan oppiminen. Professori Sirpa Janhosen juhlaKirja. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 1, ePooki, 2011; 91–98.

Siljamäki M, Kalaja M, Perttula J ym. Lähtökohtana holistinen kehollisuus. Koululiikunnan uudet tuulet. *Liikunta ja tiede* 2016; 54 (1): 40–46.

Skjærven L. Basic Body Awareness Therapy. Exercises, verbal guidance, observation and assessment of Quality of Movement. A first introduction. Bergen: Skjærven LH, 2002.

---

Skjaerven LH. Basic Body Awareness Therapy. A guidance to understanding, therapy and growth. Level II. Bergen: Skjærven LH, 2003.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian asiantuntijatyöryhmä 16.6.2015. Yhdistyksen hallituksen jäsenten tuottama alustus psykofyysisen fysioterapian arviointia varten. Julkaisematon käsikirjoitus.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys ry. Verkkomateriaali. Saatavissa: <<http://psyfy.net/>> Viitattu 15.3.2016.

Theadom A, Cropley M, Smith HE ym. Mind and body therapy for fibromyalgia (Review). The Cochrane Library 2015, Issue 4.

Tomlinson CL, Herd CP, Clarke CE ym. Physiotherapy for Parkinson's disease. A comparison of techniques (Review). The Cochrane Library 2014, Issue 6.

Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M ym. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. Disability and Rehabilitation 2014; 36 (8): 628–634.

Vera-Garcia E, Mayoral-Cleries F, Vancampfort D ym. A systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. An update. Psychiatry Research 2015; 229 (3): 828–839.

WHO:n toimintakyvyn ICF-luokitukseksi toivotaan laajempaa käyttöä. Saatavissa <<http://www.kela.fi>>. Viitattu 31.3.2016.

# LIITTEET

## Liite 1. Tiedote asiantuntijoille.

Tiedote psykofyysisen fysioterapian asiantuntijalle psykofyysiseen fysioterapiaan liittyvästä tutkimuksesta

Kuntoutuksmuotojen soveltuvuuden arviointitutkimus

Hyvä psykofyysisen fysioterapian asiantuntija,

Pyydämme teidät mukaan tutkimushaastatteluun, joka liittyy Kelan toimeksiannosta toteutettavaan psykofyysisen fysioterapian soveltuvuuden arviointitutkimukseen. Arviointitutkimus toteutetaan Metropolia Ammattikorkeakoulun toimesta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykofyysisen fysioterapian nykytilaa ja arvioida sen soveltuvuutta Kelan järjestämään kuntoutukseen. Kuntoutuksmuotoa arvioidaan myös suhteessa asiakkaiden yksilöllisiin tavoitteisiin, tyytyväisyyteen sekä Kelan standardeihin.

Tutkimushaastatteluihin valitaan yhteensä kuusi psykofyysisen fysioterapian asiantuntijaa. Tutkimushaastattelun kesto on noin 1 tunti ja se nauhoitetaan. Haastattelu on keskustelunomainen ja aihepiirit liittyvät kuntoutuksmuodon valintaan, käytännön toteutukseen, tavoitteisiin, kuntoutuksen vaikuttavuuteen ja mahdollisiin muutoksiin. Haastattelut toteutetaan elo- syyskuussa 2015 valintanne mukaan joko kotonanne tai Metropolia Ammattikorkeakoulun tilassa Helsingissä (Vanha viertotie 23). Haastatteluista ei koidu haastateltaville kuluja, eikä haastatteluun osallistumisesta makseta palkkiota.

Tutkimushaastatteluiden tuloksia tullaan hyödyntämään Kelan kuntoutustyöryhmälle tuotettavissa raporteissa ja julkaisuissa. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Teemahaastatteluihin osallistumisesta kieltäytyminen ei vaikuta teidän kohteluunne.

Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa tulosten raporteista tai julkaisuista. Tallennetut tiedot säilytetään Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa (Vanha Viertotie 23, Helsinki) hyvää tutkimustapaa noudattaen lukitussa kaapissa ja elektroninen aineisto salasanan takana. Kaikki kerätty aineisto hävitetään, kun tutkimus on julkaistu.

Tervetuloa mukaan! Annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksesta.

Tutkimuksen vastuututkija:

Kajja Matinheikki-Kokko

puh. 040 334 0855

sp: kajja.matinheikki-kokko@metropolia.fi)

Haastattelijat:

Ulla Härkönen

puh. 040 641 8657

sp: ulla.harkonen@metropolia.fi

Minna Muhonen

puh. 050 401 3505

sp: minna.muhonen@metropolia.fi





## Liite 2. Tiedote asiakkaille.

Tiedote asiakkaille psykofyysiseen fysioterapiaan liittyvästä tutkimuksesta

Kuntoutusmuotojen soveltuvuuden arviointitutkimus

Hyvä psykofyysisen fysioterapian asiakas,

Pyydämme sinut mukaan tutkimushaastatteluun, joka liittyy Kelan toimeksiannosta toteutettavaan psykofyysisen fysioterapian soveltuvuuden arviointitutkimukseen. Arviointitutkimus toteutetaan Metropolia Ammattikorkeakoulun toimesta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykofyysisen fysioterapian nykytilaa ja arvioida sen soveltuvuutta Kelan järjestämään kuntoutukseen. Kuntoutusmuotoa arvioidaan myös suhteessa asiakkaiden yksilöllisiin tavoitteisiin, tyytyväisyyteen sekä Kelan standardeihin.

Tutkimushaastatteluihin valitaan yhteensä kuusi psykofyysisen fysioterapian asiakasta. Tutkimushaastattelun kesto on noin 1 tunti ja se nauhoitetaan. Haastattelu on keskustelunomainen ja aihepiirit liittyvät kuntoutusmuodon valintaan, käytännön toteutukseen, tavoitteisiin, kuntoutuksen vaikuttavuuteen ja mahdollisiin muutoksiin. Haastattelut toteutetaan elo- syyskuussa 2015 valintanne mukaan joko kotonanne tai Metropolia Ammattikorkeakoulun tilassa Helsingissä (Vanha Viertotie 23). Haastatteluista ei koidu haastateltaville kuluja, eikä haastatteluun osallistumisesta makseta palkkiota.

Tutkimushaastatteluiden tuloksia tullaan hyödyntämään Kelan kuntoutustyöryhmälle tuotettavissa raporteissa ja julkaisuissa. Tutkimukseen osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Teemahaastatteluihin osallistumisesta kieltäytyminen ei vaikuta kohteluusi, eikä saamaasi kuntoutukseen.

Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voida tunnistaa tulosten raporteista tai julkaisuista. Tallennetut tiedot säilytetään Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa (Vanha Viertotie 23, Helsinki) hyvää tutkimustapaa noudattaen lukitussa kaapissa ja elektroninen aineisto salasanan takana. Kaikki kerätty aineisto hävitetään, kun tutkimus on julkaistu.

Tervetuloa mukaan! Annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksesta.

Tutkimuksen vastuututkija:  
Kaija Matinheikki-Kokko  
puh. 040 334 0855  
sp: kaija.matinheikki-kokko@metropolia.fi)

Haastattelijat:  
Ulla Härkönen  
puh. 040 641 8657  
sp: ulla.harkonen@metropolia.fi

Minna Muhonen  
puh. 050 401 3505  
sp: minna.muhonen@metropolia.fi



**Liite 3 a.** Sisällönanalyyttiesimerkki: Psykofyysinen fysioterapia (asiakkaiden kokema hyöty).

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA
"että puhuttiin aina aluksi niinku niistä tuntemuksista, joita mulla oli sinä päivänä... miltä on tuntunut, niitä mun ajatuksia"	Ajatusten ja tuntemusten kuunteleminen ja niistä keskusteleminen.	Kohdatuksi ja kuulluksi tuleminen oman kokemusmaailman kautta.
"se oli hirveän hämmentävää, kun se mun ajatusten kuunteleminen oli niin erilaista kuin mihin oli fysioterapiassa tottunut"	Kuulluksi tuleminen oli aiempiin kokemuksiin verrattuna erilaista ja hämmentävää.	
"että pääsi purkamaan itseään täällä liikunnallisesti ja kertomaan niitä syvemmistä tunteistaan ja on saanut avattua itseään"	Tunteiden ilmaiseminen sekä liikunnallisesti että sanallisesti.	
"mä oon käsittänyt, että täällä käydään monella tapaa näitä ihmisen prosesseja, aina ei keskustelu riitä"	Prosessien työstäminen monipuolisesti ei pelkästään keskustelemalla.	
"Se tutustuminen ja se haastattelu oli paljon laajempaa ja huomioivampaa... päästiin sitten olennaisiin asioihin käsiksi heti"	Laaja-alainen ja huomioiva haastattelu mahdollisti olennaisiin asioihin tarttumisen.	
"Se on ollut kauheen tärkeää, että ei ruveta heti tekemään jotain vaan miltä on tuntunut ja niitä mun ajatuksia siitä"	Tuntemusten ja ajatusten kuunteleminen ennen kuin tehdään mitään.	
"Sillä on hirveän suuri merkitys, että siitä tulee turvallinen olo, kun joku kuuntelee sua"	Kuulluksi tulemisesta tulee turvallinen olo ja se on tärkeää.	Luottamuksellinen ja turvallinen terapiasuhde voimaannuttaa.
"Kun kirjattiin yhdessä näitä mun tunnejuttuja ylös niin huomasi, miten on päässyt eteenpäin, et on pikkuhiljaa edistynyt"	Luottamuksellisten keskustelujen kirjaaminen paljasti edistymisen.	
"Että mä en koe enää olevani sillai yksin näiden juttujeni kanssa"	Ei tarvitse olla yksin asioiden ja ongelmien kanssa.	
"Mä en tajunnutkaan ennen kuin täällä jutellessa, että ne onkin mulla sellasia pelkoja, että se on vahvasti yhteydessä siihen toimintakykyyn miten uskaltaa liikkua. Kyllä me tosi paljon ollaan käyty läpi näitä"	Yhdessä keskustellen oivaltaa miten pelon tunne vaikuttaa omaan toimintakykyyn.	
"Ja koko ajan hyvin lempeästi lähdettiin liikkeelle ja niin mä pääsin vähän käsiksi siihen, että millä sitä rauhoittaa ja mistä se johtuu"	Rauhallinen eteneminen mahdollisti oivalluksien syntyminen ja rauhoittumisen.	
"Sieltä ihan oikeasti tuli niitä välineitä tähän itsehoitoon"	Terapiasta sai oikeita itsehoidon välineitä.	Pystyvyyden tunne ja mahdollisuudet itsesäätelyyn lisääntyivät.
"Mä oon pystynyt muuttamaan näkökantaa näihin kipujuttuihin.. et oon saanut siitä ihan kauheesti apua"	Suhtautuminen kipuun on muuttunut ja apua on tullut siitä kautta.	
"Mä oon saanut välineitä miten rauhoittua ja rauhoittaa itsensä kun se kipu on päällä ja kun malttaa niin se vähenee"	Itsen rauhoittaminen kipukohtauksen aikana ja sitä kautta mahdollisuus vaikuttaa itse kivuntunteeseen.	
"Nyt mä huomaan et mä pystyn itse"	Itsenäinen asennon korjaaminen on	

korjaamaan tilanteen, kun se asento menee huonoksi”	mahdollista.	
”tai jos mä kävelen ulkona niin yhtäkkiä muistaa sieltä, että lyhennä askelta niin johan helpottaa”	Terapiassa opittujen asioiden toteuttaminen kuten askeleen lyhentäminen kävellessä itsenäisesti.	
”Kun oli niin päättämätön eikä osannut päättää mistään asiasta, niin nyt on selkeä päämäärä ja sitäkin on käyty täällä läpi”	Päämäärätietoisuus on lisääntynyt.	
”Et kun mä huomaan, et toi sydän on menossa eteisvärinäni niin mulla on keinoja huomata se ja miten rauhoittaa tilanne”	Rauhoittumisen keinoja sydämen eteisvärinän ilmaantuessa.	
”Nyt mä tiedän suurin piirtein miten mä saan pidettyä se stressin niin, ettei se valu yli ja mä jaksan”	Enemmän stressinsäätelykeinoja	
”Niin mä huomasin, et kun mä ihan tietoisesti teen kaiken vähän hidastetusti ja hengittelen niin niin kaikki on rauhallisempaa”	Tietoinen hidastaminen ja huomion kiinnittämien hengitykseen paransi oloa.	
”Kun hän aina haukkui ja peilin edessä pyöri ja piti itseään rumana ja lihavana. Se minäkuva on korjaantunut: ei oo peilin ääressä enää ollenkaan”	Minäkuvan/kehokuvan korjaantuminen.	Kehollinen työskentely paransi itsetuntemusta kehonkuvan jäsentymisen myötä.
”Tää kehon hahmottaminen itse on tietysti iso ja keskeinen asia ”	Oman kehon hahmottaminen keskeistä.	
”Kun sä rupeat hahmottaan itseäs ja hakemaan sille hengitykselle paikan, niin se vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ihmisen hyvinvointiin”	Itsen hahmottaminen ja hengitykseen keskittyminen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti.	
”Että joudut ihan oikeasti kuuntelemaan itseäsi ja kohtaamaan itses ja tulee paha mieli, että mulla on elämä vähän tällaista”	Itsen ja sairauden kohtaaminen.	
”Kun mä kävelen paljon varmemmin ja mun on paljon helpompi olla”	Kävelyn varmentuminen helpottaa oloa.	Fyysisen toimintakyvyn paraneminen ja arjen sujuvuus.
”Kaikki tehtävät, joita pystyssä tarvii tehdä on helpottunut”	Tehtävien tekeminen pystyasennossa on helpompaa.	
”On ollut sellainen erikoinen se kävelytyyli: paniikinomaisesti säntäilee ja kävelee varpaillaan. Hän kävelee nykyään aivan eri tavalla”	Kävelytyylin korjaantuminen.	
”Mulle on tullut hirveesti onnen tunteita, vähän niinku on oppinut kävelemään uudestaan ja nyt mä pystyn kävelemään rappuset ylös”	Kävelyn ja porraskävelyn onnistuminen.	

**Liite 3 b.** Sisällönanalyyttiesimerkki: Psykofyysinen fysioterapia (kooste asiantuntijoiden näkemyksistä).

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA
”Mulle on maailman tärkein asia, että se ihminen tulee kuulluksi	Asiakkaan kuulluksi tuleminen on tärkeintä.	Vuorovaikutuksen laatu terapian perustana: kokemusta ymmärtävä ja todentava lähestymistapa.

"Että se ihminen saa kertoa mikä hänellä on ja annetaan sille aikaa"	Asiakkaan kertomiselle annetaan aikaa.	
"Ja se ihan se ensimmäinen lähtökohta mun työssä, se läsnäolo ja kuuntelevuus, rivien välistäkin kuunteleminen"	Lähtökohtana työssä läsnäolo, kuuntelevuus myös rivien välistä.	
"Ei niinkään, että mä näen sussa virheitä, koska sinussa ei ole virheitä vaan ne tulee sieltä sun elämästä"	Asiakkaan tilanteessa ei nähdä virheitä vaan seurauksia eletystä elämästä.	
"Mä todella odotan, että se tulee sieltä asiakkaalta, enkä lopeta asiakkaan lausetta. Usein se sitten onkin ihan muuta mikä näkökulma on ollut ennestään"	Vastauksia odotetaan, lausetta ei lopeteta minkä seurauksena avautuu uusi näkökulma.	
"Mä niinku pysäytän itseni tästä ajattelusta ja odotan mitä se asiakas tuottaa"	Oman ajattelun pysäyttäminen ja reagoinnin hidastaminen.	
"Se kehon tarina on tosi tärkeä, läsnäolo ja itsensä hyväksyminen"	Kehon tarina on tosi ja läsnäolo ja itsensä hyväksyminen tärkeä.	
"Samalla mä havainnoin sitä kehoa, sillä se keho on siinä tarinassa mukana"	Keho tarinassa mukana.	
"Että potilas alkaa oivaltaa, että nää ei oo taivaasta tippuneet nää oireet vaan sun elämänhistoriasta tulevia"	Elämänhistorian oivaltaminen oireiden taustalla.	
"Että opittais tiedostamaan miksi mun keho reagoi näin; traumat ja stressi taustalla"	Trauman ja stressin tiedostaminen kehon reagoinnin taustalla.	Ohjauksellinen ote toteutuu kumppanuuden ja jaetun asiantuntijuuden hengessä ja asiakas on aktiivinen toimija ja oman tilanteensa edesauttaja.
"Ei niinkään, että antaisin valmiita vastauksia vaan mä oivallutan sitä ihmistä itseään miten meidän keho ja mieli pyrkii tasapainoon"	Valmiiden vastausten sijasta ihmisten oivalluttaminen miten keho ja mieli pyrkivät tasapainoon.	
"Mun tehtävä on auttaa sua oppimaan havainnoimaan itseäsi, sellainen kehotietoisuus ettet sä loppuviimeeks tarvi meitä ollenkaan"	Itsen havainnoinnin ja kehotietoisuuden oppiminen.	
"Ihmiset on vähän yllättyneitä kun ei mennä perinteisellä tavalla vaan mä sanon , että tärkeintä ei ole se mitä mä havainnoin vaan mitä sä itse"	Ihmisten yllättyminen ei-perinteisestä etenemisestä.	
"Yhdessä mietitään mihin nää kolme kertaa olis järkevä käyttää"	Käyntikertojen yhdessä miettiminen.	
"Mä niinku annan tarjottimen mikä sua vois kiinnostaa, että he ottais vastuuta itse omista päätöksistä"	Valinta ja vastuu omista päätöksistä asiakkaalla.	
"Ja antaa ihmiselle ymmärrys mistä on kysymys, mitä me voitais tehdä, että sä pärjää"	Ymmärrys ihmiselle mistä kysymys ja miten pärjätä.	
"Mä en päätä sun puolesta kuinka usein sä käyt täällä sä saat itse valita"	Käyntikertojen itsenäinen valinta.	
"Kehoskannauksen lisäksi hyvin yksinkertaisia hengitysharjoituksia, lä-	Stressin yhteys hengitykseen, yksinkertaiset hengitysharjoitukset ja ke-	Liike ja kehollinen työskentely itseymmärrystä rakentavina tekijöinä;

hinnä uloshengityksen rauhoittamista miten se stressi vaikuttaa siihen hengitykseen”	hoskannaus menetelminä.	liikettä toteutetaan sisäisen kuuntelun avulla.
”Yllättävän vähän mä ohjaan sellaisia liikeharjoitteita mun asiakkaille”	Perinteisesti ohjattuja liikeharjoitteita vähän.	
”Että niitä vakauttajia, itsesäätelykeinoja on mahdollisuus harjoitella, kehon läsnäolon vahvistamista ja kehon rajojen hakemista”	Itsesäätelykeinojen harjoittelu kehon läsnäolon ja rajojen hakemisen kautta.	
”Just se kivun pelko lähtee pois ja niin kivun kokemus ja asennoituminen kipuun muuttuu”	Kivun pelon poistuminen muuttaa suhdetta kipuun.	
”Että se kipu on siinä, mutta on sen ympärillä on paljon muutakin, sen selkiyttäminen”	Ymmärrys, että kivun lisäksi sen ympärillä paljon selkiytymätöntä.	
”Kun on se stressitila sympaattinen tila päällä veri ei kierrä, verenpainet on koholla ja sitten kun se on ohi ne oireet tulee: päänsärky viikonloppuna on jo stressistä toipumista; se on se solubiologinen ymmärrys taustalla”	Potilaat oivaltavat, että oireita edeltää stressitila.	
”Se avain on siinä, että mä voin auttaa sitä potilasta huomaamaan itse ne stressireaktiot kehossaan”	Potilasta autetaan huomaamaan itse stressireaktiot kehossaan.	
”Ne tehdään hiljaisesti ne liikkeet ja lopuksi käydään pieni keskustelu miltä tuntui. Annetaan aikaa tehdä sitä liikettä. Miltä se tuntuu tehdä. Miltä se tuntuu eri puolilla kehoa.”	Liikkeitä tehdään rauhallisesti ajan kanssa ja lopuksi kehotuntemuksista keskustellaan.	
”Ihminen rupeaa olemaan enemmän kokonainen, enemmän läsnä siinä omassa kehossaan. Hän voi olla edelleen sen oireensa kanssa, mutta se ei rajoita hänen tekemistään.”	Ihminen on enemmän kokonainen ja läsnä kehossaan ja edelleen olemassa olevat oireet eivät rajoita hänen tekemistään.	

**Liite 4.** Suostumus asiantuntijoille.

Suostumusasiakirja psykofyysisen fysioterapian asiantuntijan teemahaastatteluun

Suostumus teemahaastatteluun, joka psykofyysisen fysioterapian tutkimukseen

Olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa tutkimuksesta, jossa tarkoituksena on kuvata psykofyysisen fysioterapian nykytilaa ja sen soveltuvuutta Kelan järjestämään kuntoutukseen. Kuntoutusmuotoa arvioidaan suhteessa asiakkaiden yksilöllisiin tavoitteisiin, tyytyväisyyteen sekä Kelan standardeihin.

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja aineistonkeruussa toteutettavasta teemahaastattelusta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkimukseen liittyen tarkentavia kysymyksiä. Tiedän, että kerättyä aineistoa hyödynnetään tutkimuksen raporteissa ja julkaisuissa.

Olen tietoinen siitä, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Tietojani käsitellään luotamuksellisesti henkilötietolakia ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tietojani ei luovuteta ulkopuolisille, eikä niitä käytetä muuhun kuin tämän hankkeen kehittämistyöhön. Tallennetut tiedot säilytetään Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa (Vanha Viertotie 23, Helsinki) hyvää tutkimustapaa noudattaen ja ne hävitetään, kun tutkimustulokset on raportoitu. Tiedot esitetään hankkeen tuloksissa siten, että niistä ei voi tunnistaa henkilöä.

Vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni ja vapaaehtoisen osallistumiseni tähän tutkimukseen

Osallistujan nimi: \_\_\_\_\_

Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Paikka: \_\_\_\_\_ Päiväys: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Osallistujan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Osallistujan nimenselvennös: \_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan nimi: \_\_\_\_\_

Paikka: \_\_\_\_\_ Päiväys: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Suostumusasiakirja asiakkaille

**Liite 5.** Suostumus asiakkaille.

Suostumus psykofyysisen fysioterapian asiakkaalle psykofyysistä fysioterapiaa koskevaan haastatteluun

Olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa psykofyysistä fysioterapiaa koskevasta tutkimuksesta, jossa tavoitteena on kuvata psykofyysisen fysioterapian nykytilaa ja sen soveltuvuutta Kelan järjestämään kuntoutukseen. Kuntoutusmuotoa arvioidaan myös suhteessa asiakkaiden yksilöllisiin tavoitteisiin, tyytyväisyyteen sekä Kelan standardeihin.

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja aineistonkeruussa toteutettavasta teemahaastattelusta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkimukseen liittyen tarkentavia kysymyksiä.

Olen tietoinen siitä, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Tiedän, ettei osallistumiseni tai osallistumatta jättämiseni vaikuta saamaani kohteluun ja kuntoutukseen. Tietojani käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolakia ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Tietojani ei luovuteta ulkopuolisille, eikä niitä käytetä muuhun kuin tähän tutkimukseen. Tallennetut tiedot säilytetään Metropolia Ammattikorkeakoulun tiloissa (Vanha Viertotie 23, Helsinki) hyvää tutkimustapaa noudattaen ja ne hävitetään, kun tutkimusaineisto on julkaistu. Tiedot esitetään tutkimuksen tuloksissa siten, että niistä ei voi tunnistaa henkilöä.

Vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni ja vapaaehtoisen osallistumiseni tähän tutkimukseen

Asiakkaan nimi: \_\_\_\_\_

Syntymäaika: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Paikka: \_\_\_\_\_

Päiväys: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

**Lite 6.** Psykofyysistä fysioterapiaa koskevat kirjallisuuskatsauksen julkaisut julkaisutyypeittäin.

A I Cochrane katsaukset (n = 5).

B II Muut katsaukset jaeEmpiiristä näyttöä omaavat satunnaistetut ja kontrolloidut interventiotutkimukset (RCTs, CTs) (n = 6).

C III Julkaisut kliinisistä kontrolloiduista kokeista ja tapaus-verrokkitutkimuksista (n = 7).

A	I Julkaisutyyppi Cochrane katsaukset			
	Tutkimuksen tekijä(t), aihe, julkaisu vuosi, linkki	Asiakasryhmä(t), tavoite ja konteksti	Toteutusprosessi ja menetelmät	Vaikuttavuus ja haasteet
1	<p>Barker NJ, Jones M, O'Connell NE, Everard ML</p> <p>Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in children (Review)</p> <p>The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2013, Issue 12</p>	<p>Dysfunctional breathing Dysfunctional breathing affects 10 % of the general population. Symptoms include dyspnoea, chest tightness, sighing and chest pain which arise secondary to alterations in respiratory pattern and rate. Little is known about dysfunctional breathing in children. Preliminary data suggest 5.3% or more of children with asthma have dysfunctional breathing and that, unlike in adults, it is associated with poorer asthma control.</p> <p>Objectives To determine whether breathing retraining in children with dysfunctional breathing has beneficial effects as measured by quality of life indices. To determine whether there are any adverse effects of breathing retraining in young people with dysfunctional breathing.</p>	<p>Review (Meta-analysis) Children up to the age of 18 years with a clinical diagnosis of dysfunctional breathing were eligible for inclusion (RCTs).</p> <p>Six full-text papers from 224 papers were further evaluated but they did not meet the inclusion criteria.</p> <p>There were, therefore, no studies suitable for inclusion in this review.</p> <p>Outcome measures Primary. Quality of life measured by any respiratory disease-specific or generic instrument. Secondary. Nijmegen questionnaire, Ventilation, Exercise capacity, Dysfunctional breathing specific tests.</p>	<p>Main results There were no eligible studies, RCTs for this review that evaluated the use of breathing exercises in the management of children with dysfunctional breathing.</p> <p>Currently there is no evidence to support or refuse the use of breathing exercises in children with dysfunctional breathing. Randomized controlled trials are needed.</p> <p>Local applicability of the results: yes</p>
2	<p>Jones M, Harvey A, Marston L, O'Connell NE</p> <p>Breathing exercises for dysfunctional breathing/hyperventilation syndrome in adults (Review)</p> <p>The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2013, Issue 5</p>	<p>Dysfunctional breathing / hyperventilation syndrome (DB / HVS)</p> <p>Objectives 1) To determine whether breathing exercises in patients with DB/HVS have beneficial effects as measured by quality of life indices 2) To determine whether there are any adverse effects of breathing exercises in patients with DB/HVS</p>	<p>Review 1 study included screened from 496 records / 5 full articles assessed for eligibility. A single Dutch RCT included (Lindeboom 1980) studied 45 participants with hyperventilation syndrome by comparing relaxation therapy (n = 15) versus relaxation therapy and breathing exercises (n = 15) and a no therapy control group (n = 15).</p> <p>Outcome measures Primary. Quality of life (QOL) measured by any respiratory disease specific or generic instrument.</p>	<p>Main results The results of this systematic review are unable to inform clinical practice, based on the inclusion of only one small, poorly reported RCT.</p> <p>There is no credible evidence regarding the effectiveness of breathing exercises for the clinical symptoms of DB/HVS.</p> <p>Only one study met the criteria for inclusion in this review, in which participants also received relaxation therapy. This study had a small number of participants and provided very little detail as to how it was undertaken.</p> <p>Although the trial report suggested that breathing exercises may be beneficial in the treatment of this particular patient group no numerical data were presented so we could not be sure. No reliable conclusions can be drawn from this small, isolated study.</p> <p>Local applicability of the results: yes</p>



3	<p>Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, Njoya MM</p> <p>Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety (Review) The Cochrane Library 2011, Issue 7</p>	<p>Anxiety during pregnancy</p> <p>Objectives To assess the benefits of mind-body interventions during pregnancy in preventing or treating women's anxiety and in influencing perinatal outcomes.</p> <p>The studies used different mind-body interventions, sometimes as part of a complex intervention, that they compared with usual care or other potentially active interventions using diverse outcome measures.</p>	<p>Review (no meta-analysis) Eight trials included (556 women), evaluating hypnotherapy (one trial), imagery (five trials), autogenic training (one trial) and yoga (one trial).</p> <p>Interventions Mind-body interventions include: autogenic training, biofeedback, hypnotherapy, imagery, meditation, prayer, auto-suggestion, tai-chi and yoga.</p> <p>Control group includes: standard care, other pharmacological or nonpharmacological interventions, other types of mind-body interventions or no treatment at all.</p> <p>Outcome measures</p>	<p>Main results Mind-body interventions might benefit women's anxiety during pregnancy. Based on individual studies, there is some but no strong evidence for the effectiveness of mind-body interventions for the management of anxiety during pregnancy.</p> <p>Compared with usual care, in one study (133 women), imagery may have a positive effect on anxiety during labor decreasing anxiety at the early and middle stages of labor (MD -1.46; 95% CI -2.43 to -0.49; one study, 133 women) and (MD -1.24; 95% CI -2.18 to -0.30).</p> <p>Another study showed that imagery had a positive effect on anxiety and depression in the immediate postpartum period.</p> <p>Autogenic training might be effective for decreasing women's anxiety before delivering.</p> <p>No harmful effects were reported for any mindbody interventions in the studies included in the review.</p> <p>The main limitations of the studies were the lack of blinding and insufficient details on the methods used for randomization Several studies were at high risk of bias, had small sample sizes and high dropout rates.</p> <p>Local applicability of the results: yes</p>
4	<p>Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K</p> <p>Mind and body therapy for fibromyalgia (Review) The Cochrane Library 2015, Issue 4</p>	<p>Fibromyalgia People with fibromyalgia have chronic, widespread body pain, and often have fatigue (feeling tired), stiffness, depression and problems sleeping. Participants had mild to severe fibromyalgia.</p> <p>Objectives To review the benefits and harms of mind-body therapies in comparison to standard care and attention placebo control groups for adults with fibromyalgia, post-intervention and at three and six month follow-up.</p> <p>What are the effects of mind and body therapy for fibromyalgia on pain, physical function, mood and side effects?</p> <p>Mind-body interventions are based on the holistic principle that mind, body and behaviour are all interconnected. Mind-body interventions incorporate strategies that are thought to improve psy-</p>	<p>Review All 61 studies including 4234 adults were included as relevant randomised controlled trials (RCTs) of mind-body interventions for adults with fibromyalgia</p> <p>Interventions Mind-body interventions were compared to 'usual care', such as medication use. Secondary analysis also compared findings in comparison to an 'attention control therapy' which involved receiving information for the same amount of time as the mind-body therapy.</p> <p>Mind-body interventions include treatments such as biofeedback, mindfulness, movement therapies, psychological therapy and relaxation therapies. Biofeedback is when you are connected to electrical sensors that help you receive information about your body to make subtle changes in your body, such as relaxing. Mindfulness means having</p>	<p>Main results Psychological interventions therapies may be effective in improving physical functioning, pain and low mood for adults with fibromyalgia in comparison to usual care controls but the quality of the evidence is low.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Low quality evidence revealed that psychological therapies improved physical functioning, pain, mood and side effects compared to usual care. More people withdrew from the psychological therapy group compared to usual care.</li> <li>- It remains uncertain whether relaxation therapies improve physical functioning and pain compared to usual care because the quality of evidence was very low. There was little or no difference in mood and withdrawal from treatment between people receiving relaxation therapies and those receiving usual care.</li> </ul> <p>No adverse events were reported.</p>

		<p>chological and physical well-being, aim to allow patients to take an active role in their treatment, and promote people's ability to cope.</p> <p>Mind-body interventions are widely used by people with fibromyalgia to help manage their symptoms and improve well-being. Examples of mind-body therapies include psychological therapies, biofeedback, mindfulness, movement therapies and relaxation strategies.</p>	<p>awareness of thoughts, feelings and bodily sensations. All mind-body therapies make the link between thoughts, behaviour and feelings to help people to cope with their symptoms.</p> <p>Outcome Measures e.g. Fibromyalgia Impact Questionnaire (Alla studies), Arthritis Impact Measurement Scale-II Fatigue severity scale, 10 point sleep visual analog scale, Positive and Negative Affect Scale</p> <p>Assessment time points: baseline, post-intervention and 3 month follow-up</p>	<p>Further research on the outcomes of therapies is needed to determine if positive effects identified post-intervention are sustained. The effectiveness of biofeedback, mindfulness, movement therapies and relaxation based therapies remains unclear as the quality of the evidence was very low or low.</p> <p>Local applicability of the results: yes</p>
5	<p>Tomlinson CL, Herd CP, Clarke CE, Meek C, Patel S, Stowe R, Deane KHO, Shah L, Sackley CM, Wheatley K, Ives N</p> <p>Physiotherapy for Parkinson's disease: a comparison of techniques (Review)</p> <p>The Cochrane Library 2014, Issue 6</p>	<p>Parkinson's disease (PD)</p> <p>A recent Cochrane review provided evidence on the short-term benefit of physiotherapy in the treatment of PD (Tomlinson 2012). However, it did not identify whether any specific type of physiotherapy intervention provides greater benefit.</p> <p>Objectives To assess the effectiveness of one physiotherapy intervention compared with a second approach in patients with PD.</p> <p>The role of physiotherapy is to maximise functional ability and minimise secondary complications through movement rehabilitation within a context of education and support for the whole person.</p> <p>PD of any disease stage (i.e. early or diagnostic, maintenance, or complex phase).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Any duration of PD.</li> <li>- All ages.</li> <li>- Any drug therapy.</li> <li>- Any duration of physiotherapy treatment.</li> </ul>	<p>Review (no meta-analysis).</p> <p>Total of 43 trials were identified with 1673 participants. All trials used small patient numbers (average trial size of 39 participants); the methods of randomisation and concealment of allocation were poor or not stated in most trials.</p> <p>Interventions Definition of physiotherapy intervention (including those not directly delivered by a physiotherapist) with trials of general physiotherapy, exercise, treadmill training, cueing, dance and martial arts being included.</p> <p>Outcome measures A wide variety</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gait outcomes e.g. Gait speed ( in 15 trials from 43) and timed up and go (in 19 trials from 43)</li> <li>- Data on falls (5 / 43)</li> <li>- Functional mobility and balance outcomes</li> <li>- Clinician-rated impairment and disability measures: The motor subscales of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale, Patient-rated quality of life: Parkinson's Disease Questionnaire-39</li> </ul>	<p>Main results There is insufficient evidence to support or refute the effectiveness of one physiotherapy intervention over another in PD.</p> <p>Considering the small number of participants examined, the methodological flaws in many of the studies, the possibility of publication bias, and the variety of interventions, formal comparison of the different physiotherapy techniques could not be performed.</p> <p>This review shows that a wide range of physiotherapy interventions to treat PD have been tested . There is a need for more specific trials with improved treatment strategies to underpin the most appropriate choice of physiotherapy intervention and the outcomes measured.</p> <p>Local applicability of the results: yes</p>
<b>B</b>	<b>II Julkaisutyyppi Muut katsaukset, satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet</b>			
	Tutkimuksen tekijä(t), aihe, julkaisu-vuosi, linkki	Asiakasryhmä(t), tavoite ja konteksti	Toteutusprosessi ja menetelmät	Vaikuttavuus ja haasteet
6	<p>Courtois I, Cools F, Calsius J</p> <p>Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. Journal of Bodywork &amp; Movement Therapies 2015; 19, 35 - 56</p>	<p>Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome</p> <p>Patients with long-lasting pain problems often complain of lack of confidence and trust in their body. Through physical experiences and reflections they can develop a more positive body- and self-experience. Body awareness has been suggested as an approach for treating patients with</p>	<p>Review RCTs (meta-analysis) 29 articles met the inclusion criteria of 7.107 records identified and screened. 18 articles were included in meta-analysis.</p> <p>Interventions Body awareness Intervention (BAI). Only one randomized controlled trial used body awareness as</p>	<p>Main results Body awareness seems to play an important role in anxiety, depression and HRQoL. Still, interpretations have to be done carefully since the lack of high quality studies.</p> <p>There is evidence that BAI has positive effects on the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) (MD 5.55;</p>

		<p>chronic pain and other psychosomatic conditions.</p> <p><b>Objectives</b> The aim of this systematic review is to assess the effectiveness of body awareness interventions (BAI) in fibromyalgia (FM) and chronic fatigue syndrome (CFS).</p>	<p>outcome measure. The experimental group received 14 sessions (1.5 h each session, once a week in groups of 8e10) body awareness therapy, which comprised various breathing and postural techniques and qigong.</p> <p><b>Outcome measures</b> The BARS and the FIQ (the Fibromyalgia Impact Questionnaire) were used as primary outcome measures State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Depression: Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) Beck's Depression Inventory (BDI) HRQoL including SF-36 and SF-12, Quality of Well Being (QWB) The World Health Organization Quality of Life BREF (WHOQOL-BREF) Quality of Life Profile for the Chronically Ill (PLC) Nottingham Health Profile (NHP) and Quality of Life Scale (QOLS).</p>	<p>CI 8.71 to _2.40), pain (SMD 0.39, CI 0.75 to 0.02), depression (SMD 0.23, CI 0.39 to 0.06), anxiety (SMD 0.23, CI 0.44 to 0.02) and Health Related Quality of Life (HRQoL) (SMD 0.62, CI 0.35e0.90) when compared with control conditions. The overall heterogeneity is very strong for FIQ (I2 92%) and pain (I2 97%), which cannot be explained by differences in control condition or type of BAI (hands-on/hands-off). The overall heterogeneity for anxiety, depression and HRQoL ranges from low to moderate</p> <p><b>FIQ</b> Overall, there is moderate quality evidence that BAI have positive significant effects on the FIQ (MD 5.55; CI 8.71 to 2.40) compared with other control conditions (11 trials, 684 subjects). <b>Pain:</b> Overall, there is a statistically significant effect on pain (SMD 0.39, CI 0.75 to 0.02) in favor of the BAI group (10 trials, 613 subjects). <b>Anxiety:</b> Overall, there is a statistically significant effect on anxiety (SMD 0.23, CI 0.44 to 0.02) in favor of the BAI group (7 trials, 419 subjects). <b>Depression:</b> Overall, there is a significant benefit in favor of BAI on depression (SMD 0.23, CI -0.39 to 0.06), compared with other control conditions (9 trials, 573 subjects). <b>Health related quality of life:</b> Overall, there is a statistically significant effect on HRQoL (SMD 0.62, CI 0.35e0.90) in favor of the BAI group (6 trials, 362 subjects).</p> <p>Local applicability of the results: yes</p>
7	<p>Gard G</p> <p>Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain.</p> <p>Disability and Rehabilitation, June 2005; 27(12): 725 – 728</p>	<p>Fibromyalgia (FM) and chronic pain - Body awareness therapies (BAT).</p> <p>Multidisciplinary studies have shown that Basic BAT can increase health-related quality of life and cost-effectiveness in relation to patients with fibromyalgia (FM) and chronic pain.</p> <p><b>Objectives</b> The aim and development of BAT is described together with evaluations of treatments including Basic BAT.  The effects of a multidisciplinary rehabilitation programme are summarized here studied in terms of the healthrelated quality of life of patients with prolonged musculoskeletal disorders.</p>	<p><b>Qualitative review</b> The three studies evaluating the effects of BAT are summarized in the article.</p> <p><b>Interventions</b> BAT: include Basic BAT, Mensendieck and Feldenkrais therapy.</p> <p>In the studies: The effects of a multidisciplinary rehabilitation programme were studied in terms of the healthrelated quality of life of patients with prolonged musculoskeletal disorders, and Basic BAT, cognitive therapy and relaxation were compared with traditional physiotherapy in a study of patients with prolonged musculoskeletal disorders.</p> <p><b>Outcome measures</b> The Body Awareness Scale (BAS) Body Awareness Scale Health (BAS -H)</p>	<p><b>Main results</b></p> <p>The comparison revealed that the multidisciplinary rehabilitation programme including BAT produced an improvement in health-related quality of life and was more cost-effective than the traditional treatment within a two-year perspective.</p> <p>At the six month follow-up, significant improvements were noted in the Basic BAT group in terms of 'emotional, reactions' and in the BAS items of anxiety, pain rating after activity, psychosomatic index and pain related medicine consumption compared with the controls.</p> <p>A multidisciplinary rehabilitation programme focusing on Basic BAT, cognitive therapy and relaxation therefore indicated positive effects on health-related quality of life in comparison with traditional physiotherapy.</p>

				<p>The results of a multiprofessional showed a significant improvement in the BAS-health item of 'flow' after the treatment, at the three-month follow-up and at the one-year follow-up. The ratings for 'vegetative reactions' also improved at these time points. A positive change was noted when it came to grounding, centration and flow in the treatment group compared with the control group.</p> <p>The patients' ratings for quality of life were reduced after one year in the Basic BAT group and after six months in the control group. There were no differences between the groups when it came to their ratings of pain.</p> <p>Local applicability of the results: yes. However, no clear or precise "bottom Line" results or findings, the summary of selected studies rather than review.</p>
8	<p>Danielsson L, Papoulias I, Petersson EL, Carlsson J, Waern M</p> <p>Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study.</p> <p>Journal of Affective Disorders 168:98–106. October 2014</p>	<p>Depression and basic body awareness therapy (BBAT)</p> <p>While physical exercises adjunctive treatment for major depression has received considerable attention in recent years, the evidence is conflicting.</p> <p>Objectives This study evaluates the effects of two different add on treatments: exercise and basic body awareness therapy (BBAT).</p>	<p>RCT Randomized controlled trial with two intervention groups and one control, including 62 adults on antidepressant medication, who fulfilled criteria for current major depression as determined by the Mini International Neuropsychiatric Interview.</p> <p>Interventions (10 weeks) Aerobic exercise or basic body awareness therapy (BBAT), compared to a single consultation with advice on physical activity.</p> <p>Outcome measures Primary: depression severity, rated by a blinded assessor using the Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS), an observer-rated scale with 10 items reflecting key features of depression, each item scoring 0–6 points</p> <p>Secondary: global function, cardiovascular fitness, self-rated depression, anxiety and body awareness.</p>	<p>Main results Exercise in a physical therapy setting seems to have effect on depression severity and fitness, in major depression. The findings suggest that physical therapy can be a viable clinical strategy to inspire and guide persons with major depression to exercise. More research is needed to clarify the effects of basic body awareness therapy.</p> <p>Improvements in MADRS score (mean change - 10.3, 95 % CI (13.5 to 7.1), p 0.038) and cardiovascular fitness (mean change - 2.4 ml oxygen /kg/ min, 95 % CI (1.5 to 3.3), p 0.017) were observed in the exercise group. Per-protocol analysis confirmed the effects of exercise, and indicated that BBAT has an effect on self-rated depression.</p> <p>Limitations: The small sample size and the challenge of missing data. Participants' positive expectations regarding the exercise intervention need to be considered.</p> <p>Adverse events In BBAT group increased emotional distress (n=4) and joint pain (n=1) were reported vs. exercise group Achilles tendinitis (n=1), joint pain (n=1) muscle pain (n=1) were reported as the side effects.</p> <p>Local applicability of the results: yes</p>
9	<p>George SI.</p> <p>What is the Effectiveness of a Biopsychosocial Approach to Individ-</p>	<p>Chronic Low Back Pain and BPS approach</p> <p>Objectives The primary object of this systematic review of</p>	<p>Review (RCTs) Nine trials (9) were identified that provided a biopsychosocial intervention evaluated qualitatively by evidence of a combined approach of education</p>	<p>Main results A descriptive synthesis. Five trials found strong evidence for the effectiveness of a biopsychosocial approach to individual</p>

	<p>ual Physiotherapy Care for Chronic Low Back Pain?</p> <p>The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. Jan 2008, Volume 6 Number 1. <a href="http://ijahsp.nova.edu/articles/vol6num1/pdf/george.pdf">http://ijahsp.nova.edu/articles/vol6num1/pdf/george.pdf</a></p>	<p>randomized controlled trials was to assess the effectiveness of a biopsychosocial approach (BPS) used by individual physiotherapist in the management of low back pain.</p> <p>A Biopsychosocial approach to Individual Physiotherapy is a holistic intervention that addresses social, psychological, and biological aspects of chronic pain.</p> <p>Included trials defined chronic low back pain as of greater than eight weeks duration.</p> <p>It has been argued that multidisciplinary approaches to managing chronic low back pain confer no additional advantages to management by individual physiotherapists who employ biopsychosocial principles to administer treatment.</p>	<p>and empowerment of the patient, neurobiological conditioning, and graded exposure. 7 of 9 trials were evaluated high quality trials, two moderate study quality (PEDro appraisal tool).</p> <p>Interventions Together n= 418 subjects with chronic low back pain received a treatment with biopsychosocial approach applied by physiotherapists. / 336 subjects received a control intervention. Comparison treatments included exercise alone, cognitive behavioral therapy alone, usual care, and no treatment. Delivery models varied, with contact time ranging from a minimum of three hours to 75 hours. Generally: 2–3 session x per week from 4 to 12 weeks with a follow up period of 12 months or more (seven studies).</p> <p>Outcome measures Primary outcome measures were reductions in pain (all studies) a numerical rating scale (NRS) or a visual analogue scale (VAS).</p> <p>A measure of disability and improvement in function. the Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) or in two studies) Oswestry Disability Index (ODI) Work ability</p>	<p>physiotherapy care, three trials found moderate evidence, and one trial found limited evidence (applicability to population weak). All interventions had a positive effect on a clinical outcomes and offer clear evidence for the effectiveness of a BPS approach to chronic low back pain.</p> <p>Education and empowerment All studies outlined the need for patients to learn more about the scientific basis of their pain Neurobiological Conditioning. The studies link cognitive strategies to the physical environment by ongoing interactive learning between therapist and the patient. Links between education, exercise and graded exposure must be valued by the intervening therapist.</p> <p>This review supports the use of biopsychosocial approaches for chronic low back pain and informs clinical practice. The findings may have particular relevance for physiotherapists working in professional or geographical isolation.</p> <p>Limitations No analysis of cost effectiveness of the programs Heterogeneity of research design, methods of implementing BPS approach varied widely across the studies included in this review.</p> <p>Both qualitative (therapeutic intervention) and quantitative (contextual knowledge) research must be an essential part of future evaluation of BPS model</p> <p>Adverse events: not reported</p> <p>Local applicability of the results: yes</p>
10	<p>Vera-Garcia E, Mayoral-Cleries F, Vancampfort D, Stubbs B, Cuesta-Vargas A</p> <p>A systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia: An update.</p> <p>Psychiatry Research 229 (2015) 828–839</p>	<p>People with schizophrenia</p> <p>More rigorous evidence is needed to consolidate the role of physical therapy approaches within the multidisciplinary treatment of schizophrenia.</p> <p>People with schizophrenia have e.g. a greatly increased number of physical comorbidities and experience a substantial premature mortality gap compared to the general population, with recent estimates suggesting a deficit of 15–20 years.</p> <p>Objectives This systematic review summarizes the most recent evidence from randomized controlled trials (RCTs) considering the effectiveness of physical</p>	<p>Review 13 RCTs representing 549 participants (age range 22–64 years, majority male) met the inclusion criteria and were included in qualitative synthesis (n = 13), Studies included in a meta-analysis (n=0) (from July 2011 to October 2014).</p> <p>Quality assessment of trials included: Jadad Score (0-5) and PEDro (0-10)</p> <p>Most of the included studies diagnosed schizophrenia according to the DSM criteria.</p> <p>Interventions A great heterogeneity in the study designs. A physical therapy approach could comprise physical ex-</p>	<p>Main results Overall, the results demonstrate that aerobic exercise significantly reduces psychiatric symptoms, potentially improves mental and physical quality of life and reduces metabolic risk and weight.</p> <p>Specifically, yoga reduces psychiatric symptoms, whilst Tai chi and progressive muscle relaxation may also have benefits to patients.</p> <p>There was considerable heterogeneity in the design, implementation and outcomes in the included studies precluding a meaningful meta-analysis.</p> <p>In general, the quality of physical therapy RCTs is considered to be improving and current research</p>

	<p>therapy interventions within the multi-disciplinary management of schizophrenia.</p> <p>Participants People with schizophrenia spectrum disorders according to DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, 1994) or ICD-10</p>	<p>ercise such as aerobic exercises, strength exercises, relaxation training, basic body awareness exercises, or a combination of these in accordance with the World Confederation for Physical Therapy position statement.</p> <p>Specifically physical exercise was defined as physical activity that is planned, structured, repetitive and purposive in the sense that improvement or maintenance of physical performance or health is an objective.</p> <p>Duration (from 6 weeks to 6 months), Frequency (1 h/week x 1 or 2 times) and intensity of interventions varied greatly. In 4 studies yoga was the main intervention (compared with a regular day program), and aerobic exercise in the other 6 trials (considered as a physical therapy intervention).</p> <p>Outcome measures Together 27 different measurements used in trials, e.g. PANSS - Positive and negative Syndrome Scale score, DIEPSS - Drug Induced Extrapryramidal SymptomsScale; FACT- Functional Assessment for Comprehensive Treatment of Schizophrenia; EQ - Euro Quality of Life questionnaire; CPET cardiopulmonary exercise test; CA Camberwell Assessment of Need; Hamilton Depression Rating Scale.</p>	<p>demonstrating that physical therapy approaches are valuable interventions and can help improve the psychiatric, physical and quality of life of people with schizophrenia.</p> <p>Effectiveness of aerobic exercises, strength exercises, or both in the multimodal care of people with schizophrenia: In three studies combined aerobic exercise and strength training significantly reduced the total Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) score.</p> <p>Effectiveness of yoga in the multimodal care of people with schizophrenia: Three studies reported yoga as the primary intervention and found significant reductions in the total PANSS score.</p> <p>Effectiveness of progressive muscle relaxation (PMR) in the multimodal care of people with schizophrenia: One study showed that PMR significantly decreased state anxiety, psychological stress, and increased subjective well-being following PMR with clinical relevance (effect size <math>\frac{1}{4}</math> 0.22 to 0.96).</p> <p>Limitations Considerable heterogeneity in the design, implementation and outcomes in the included studies precluding a meaningful meta-analysis.</p> <p>Adverse events: No adverse event was observed supporting the notion that physical therapy is safe in people with schizophrenia. Only two of the studies reported whether adverse effects were present or not, yet both reported no incidents during the trials.</p> <p>Local applicability of the results: weak clinical applicability, considering the great heterogeneity of a physical therapy approach and the interventions applied.</p>	
11	<p>Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Soundy A, Adámkova M, Skjaerven LH, Catalán-Matamoros D, Gyllensten AL, Gómez-Conesa A, Probst M</p> <p>A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa.</p> <p>Disability and Rehabilitation , 2014 Volume 36, Issue 8: 628-34</p>	<p>Patients with anorexia and bulimia nervosa Eating disorders are characterized by disturbances in eating behavior often accompanied by feelings of distress and concerns about one's body weight or shape. Anorexia and bulimia nervosa are the two major formal diagnostic categories of eating disorders.</p> <p>Anorexia nervosa is characterized by severe food restriction, maintenance of an abnormally low body weight, intense fear of weight gain, and body image disturbance.</p>	<p>Review Eight randomized controlled trials involving 213 patients (age range: 16–36 years) met all selection criteria. Bulimia nervosa was diagnosed in 51 % (n=108), anorexia nervosa in 42 % (n=90). The formal diagnosis of the remaining 7 % (n=15) patients was not provided. Only one study included inpatients.</p> <p>Three of the 8 included studies were of strong methodological quality (Jadad score <math>\geq</math> 3). Major methodological weaknesses were attrition and selection bias.</p>	<p>Main results</p> <p>The main results demonstrate that aerobic and resistance training result in significantly increased muscle strength, body mass index and body fat percentage in anorexia patients.</p> <p>In addition, aerobic exercise, yoga, massage and basic body awareness therapy significantly lowered scores of eating pathology and depressive symptoms in both anorexia and bulimia nervosa patients.</p> <p>Implications for Rehabilitation Supervised physical</p>

		<p>The core feature of bulimia nervosa is loss of control over the eating behavior resulting in binge eating and purging. Binge eating involves taking in an abnormally large quantity of food in a discrete time period and feeling a lack of control during the episode.</p> <p><b>Objectives</b> The purpose of this systematic review was to summarise the evidence from randomised controlled trials examining the effectiveness of physical therapy compared with care as usual or a wait-list condition on eating pathology and on physiological and psychological parameters in patients with anorexia and bulimia nervosa.</p>	<p>The methodological quality was assessed with the Jadad scale (0-5).</p> <p><b>Interventions</b> The experimental physical therapy interventions had to comprise of one of the following types of exercises; aerobic exercises, resistance training, relaxation training, basic body awareness therapy, yoga, massage or a combination of these in accordance with the World Confederation for Physical Therapy position statement.</p> <p>Standard care was defined as care that people would normally receive had they not been included in the research trial. The control interventions could consist of care as usual or a wait-list condition.</p> <p>The duration (from 5 weeks to 3 months) and frequency ( 1h / week x 1 or 3 times) of interventions varied greatly.</p> <p><b>Outcome measures</b> Each trial was required to consider one of the following measures; eating pathology, anthropometric (body mass index, percentage body fat or lean body mass), physiological (muscle strength or endurance) or psychological (quality of life, anxiety or depression) variables using validated assessment tools.</p>	<p>therapy might increase weight in anorexia nervosa patients. Aerobic exercise, massage, basic body awareness therapy and yoga might reduce eating pathology in patients with anorexia and bulimia nervosa.</p> <p>Aerobic exercise, yoga and basic body awareness therapy might improve mental and physical quality of life in patients with an eating disorder.</p> <p><b>Limitations</b> The heterogeneity among the studies (e.g. the duration and frequency of the experimental interventions) as well as the small sample sizes of many of the included studies, limits overall conclusions and highlights the need for further rigorous research. The paucity and heterogeneity of available studies limits overall conclusions and highlights the need for further research.</p> <p>Adverse events: No adverse effects were reported.</p> <p>Local applicability of the results: Weak clinical applicability, considering the great heterogeneity of a physical therapy approach and the interventions applied.</p>
<b>C</b>	<b>III Julkaisutyyppi Tapaus-verrokkitutkimukset</b>			
	Tutkimuksen tekijä(t), aihe, julkaisuvuosi, linkki	Asiakasryhmä(t), tavoite ja konteksti	Toteutusprosessi ja menetelmät	Vaikuttavuus ja haasteet
12	<p>Catalan-Matamoros D, Skjaerven LH, Labajos-Manzanas T, Martinez-de-Salazar-Arboles A, Sanchez-Guerrero E<sup>a</sup></p> <p>A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial.</p> <p>Clinical Rehabilitation 2010; 25 (7): 617 -626</p>	<p>Syömishäiriöt ja kehotietoisuus – BBAT</p> <p>Kehon ja kehokuvan häiriintymisen parempi ymmärtäminen on yksi avainelementti syömishäiriöissä.</p> <p><b>Tavoite:</b> Arvioida BBATin soveltuvuutta syömishäiriöstä kärsivien avohoidossa olevien potilaiden hoidossa.</p> <p>Toissijaisesti arvioitiin BBATin vaikutuksia syömishäiriön tyyppisiin oireisiin, kuten kehoitettavuuteen, henkiseen terveyteen ja pakkonomaiseen tekemiseen ja ajatteluun.</p>	<p>RCT case tutkimus</p> <p>Osallistujat rekrytoitiin Espanjan kahden sairaalan (Andalusia) avohoitopotilaista. Kaikkiaan 102 seuraavat kriteerit täyttävää potilasta kutsuttiin haastatteluun: diagnosoitu joku syömishäiriö, avohoidon potilas, diagnoosin saamisesta alle viisi vuotta, riittävät fyysiset taidot käydä eri asentoihin (makuulle, istumaan seisomaan) ja yli 18-vuotias.</p> <p>Tutkimukseen mukaan 28 potilasta, joista satunnaisesti muodostetut interventio- (n=14) ja kontrolliryhmät (n=14). Testaus ennen ja jälkeen harjoitteluintervention.</p> <p>Interventioharjoitteet Interventoryhmä sai ohjattua BBAT- harjoittelua yhteensä 12 kertaa 7 viikon ajan. Kahtena ensimmäisenä</p>	<p><b>Päätulokset</b> Pilottitutkimuksen mukaan BBAT- harjoittelulla näytettiin olevan positiivisia vaikutuksia pakkomielleiseen tekemiseen ja ajatteluun (esim. pakkonomainen laihduttaminen, oksentelu, yliaktiivisuus ja lihassännitys).</p> <p>Kehotytyttömyys väheni harjoittelun aikana, mikä heijastui myös potilaan parantuneena kehonkuvana ja kokemuksena omasta kehosta (Body Attitude Test Mean difference 33.0, p= 0.012).</p> <p>EDI- ja EAT-40- testien mukaan interventoryhmäläisten syömishäiriön oireet vähenivät huomattavasti enemmän kuin kontrolliryhmän (EDI mean difference 26.3, p = 0.015; EAT mean difference 17.7 p = 0.039 , SF-36 Mental health -osio 13.0</p>

			<p>mäisenä viikkona ryhmäläiset saivat yksilöharjoitusta 1 h x vko. Seuraavan 5 viikon aikana oli ryhmätapaamisia 1,5 h x 2/vko.</p> <p>BBAT- harjoittelun rakenne ja sisältö: alkoi aina lämmittelyllä, jatkui varsinaisella harjoittelulla ja lopuksi mahdollisuus suulliseen reflektointiin.</p> <p>Harjoittelu sisälsi yksinkertaisia liike-, koordinaatio-, maadoitus- ja hengitys-harjoitteita. Harjoitteita tehtiin maaten, istuen, seisten ja kävellen. Harjoittelussa tehtiin myös hieronta- ja pari-harjoitteita ja apuvälineinä käytettiin mm. patjoja, tyynyjä, palloja ja tuoleja.</p> <p>Arviointimittarit The Eating Disorder Inventory (EDI) Eating Attitude Test-40 (EAT-40) Body Attitude Test (BAT) Quality of Life scale SF-36 (lyhyempi versio)</p>	<p><math>p = 0.002</math>. SF-30- testi antoi viitteitä siitä, että interventoryhmä koki elämänlaatunsa parantuneen, etenkin psyykkisen terveyden osalta.</p> <p>Arvio tutkimuksen laadusta (CASP/RCT, 0 -11): 9 Vaikuttavuus- ja kliininen arvio RCT vaatimuksiin nähden puutteellinen. Mahdolliset haittavaikutukset huomioimatta. Kontrolliryhmässä pudokkaiden (n = 6 ) loppuarviosta pois jäämisen syyt arvioitu.</p> <p>Paikallinen sovellettavuus: kyllä</p>
13	<p>Ekerholt K, Bergland A</p> <p>The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge.</p> <p>Scand J Public Health 2004; 32: 403-410</p>	<p>Potilaskokemukset – Norjalainen psykomotorinen fysioterapia (The Norwegian Psycho Motor Physiotherapy, NPMP)</p> <p>Tavoite Norjalaisen psykomotorisen fysioterapian kehittäminen analysoimalla potilaiden terapiakokemuksia ja NPMP terapian heissä tuottamia keho-tuntemuksia.</p> <p>Norjalainen psykoterapeutti Aadel Bülow -Hansen ja norjalainen psykiatri Trygve Braatøy kehittivät NPMP:n perustan 1946–52. NPMP-teorian mukaan asento, hengitys ja lihasjännitys kytkeytyvät läheisesti emotionaalisiin ja psykologisiin ongelmiin. NPMP:n perusajatuksena on, että ihmisen psyyke ja keho ovat erottamattomia ja ne toimivat yhdessä. Hengitys on terapian tärkein ydin, koska tunteita ilmaistaan hengityksellä tai pidättämällä hengitystä. Hengityksen vapauttaminen vapauttaa myös tunteita. Ihmisen tunteet ja ympäristön aiheuttamat paineet ilmenevät ryhdissä, hengityksessä ja lihaksistossa. Asiakkaan kokemusten nykyistä parempi ymmärtämisen tavoitteena on kehittää NPMP kehoterapeuttista lähestymistapaa ja kommunikaatiota terapeutin ja asiakkaan välillä.</p>	<p>Laadullinen case tutkimus</p> <p>NPMP-terapian läpikäyneistä asiakkaista valittiin 10 informanttia (9 naista, 1 mies) haastatteluun seuraavien kriteerien: psykosomaattiset ja lihaskeho oireet hoidon kohteena, hoitoaika min. 6 kk ja hoidon päättymisestä on kulunut ainakin 3 kk ennen haastattelua, erilaiset ikä- (41–65) ja ammattitaustat.</p> <p>Aineiston analyysi perustui Grounded teoriaan.</p>	<p>Päätulokset</p> <p>Potilaskokemuksista tunnistettiin kolme tilannetta ja niitä kuvaavat alaluokat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tilanne ennen hoitoa: potilaan ”psyykkiseen hoitoon liitettävät ennakkoluulot”, ”vaikeudet tunnistaa kehon viestejä” ja ”heikko kehottietoisuus”.</li> <li>– Suhteen luomisen merkitys potilaalle: ”terapeutin kokeminen empaattisena henkilönä”, ”Ammatillisten taitojen havaitseminen”</li> <li>– Potilaan vuorovaikutteisuuden kokemus terapiassa: ”dialogi, jossa tilaa reflektiolle”, ”tunteiden paljastaminen” ja ”henkilökohtaiset rajat – myönteinen kokemus nähdäksi tulemisesta”.</li> </ul> <p>Kokemuksissa korostuu vuorovaikutteisuus fysioterapeutin ja potilaan välillä, joka auttaa rakentamaan jaettava ymmärrystä potilaan kehon oireiden sosiaalisesta ja emotionaalista merkityksestä. Vuorovaikutuksessa ei saa ilmetä epäilyä terapeutin taidosta ja hänen osaamisestaan, hänen henkilökohtaisesta vastuustaan, sitoutumisesta, tarkkaavaisuudesta, ja tietoisuudesta. Analyysi osoitti, että kehotunteeseen liittyvillä harjoitteilla oli suuri merkitys potilaille ja auttoi heitä ymmärtämään paremmin heidän omaa tilannettaan.</p> <p>Arvio tutkimuksen laadusta (CASP/qualitative 0–10): 7. Aineiston analyysin tarkkuus jää yleiselle tasolle, samoin löydösten tunnistaminen ja kuvaus. Ei potentiaalisten haittojen arviota.</p> <p>Paikallinen sovellettavuus: kyllä</p>



14	<p>Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C<sup>a, b</sup></p> <p>Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care.</p> <p>Advances in Physiotherapy 2003; 5: 179–190</p>	<p>Psykiatrin avohoito – BBAT</p> <p>Psykiatrin avohoidon potilaita, joilla ICD-10 luokituksen mukaisesti diagnosoitu mielialahäiriö, somatoforminen häiriö tai persoonallisuushäiriö. Potilailla oli kehollisia oireita, kuten lihasjännitystä, huimausta, pahoinvointia, vatsaongelmia, sydän oireita ja vaikeutta hengittää luonnollisesti.</p> <p>Tavoite BBAT:n vaikuttavuuden arviointi psykiatrisen avohoidon potilaiden hoidossa verrattuna tavanomaiseen hoitoon.</p> <p>Basic Body Awareness Therapy (BBAT) -hoitomuotoa eli keho-terapiaa ja sen menetelmiä on kehitetty Skandinaviassa viimeisten 20 vuoden ajan (mm. Dropsy, Roxendal) ja sitä käytetään erityisesti psykofyysisessä fysioterapiassa. BBAT:n käyttöä on tutkittu erityisesti psykiatrisen kuntoutuksen piiriin kuuluvien potilaiden kanssa. BBAT:n tarkoituksena on kehittää potilaiden kehotietoisuutta ja tätä kautta yhdistää psykkinen ja fyysinen harjoittelu. BBAT on osa psykiatrisen potilaan kuntoutusta ja sen tarkoitus on antaa potilaalle lisää voimavaroja ja keinoja kuntoutumiseen.</p>	<p>RCT</p> <p>Tutkimukseen valittiin 77 potilasta. Poissulkukriteereinä olivat akuutti psykoosi, pakko-oireinen häiriö, huumeiden tai alkoholin väärinkäyttö sekä anoreksia ensisijaisena diagnoosina.</p> <p>Tutkimuksen loputtua mukana oli 30 potilasta sekä interventio- että kontrolliryhmässä. Myöhemmin kolme potilasta jäi vielä pois keskittymiskyvyn tai kielitaidon puutteen vuoksi.</p> <p>Harjoitteet</p> <p>Tutkittavat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista interventio-ryhmä sai tavanomaisen hoidon (TAU) lisäksi 12 yksilötuntia BBA-terapiaa koulutulta fysioterapeutilta kerran viikossa kolmen kuukauden aikana. TAU sisälsi mm. psykoterapiaa ja lääkehoitoa.</p> <p>BBAT- harjoitus sisälsi yksinkertaisia liikkeitä, joita tehdään myös T'ai-chissa. Harjoitteita tehtiin maaten, istuen, seisten ja kävellen. Myös pariharjoitteita ja hierontaa käytettiin.</p> <p>Tutkimusryhmässä osallistujat saivat tavallisen hoidon lisäksi 12 BBAT yksilötuntia kerran viikossa metodiin hyvin koulutetulta fysioterapeutilta.</p> <p>BBAT koostuu yksinkertaisista liikkeistä, joita käytetään myös T'ai-chissa. Liikkeet suoritetaan maaten, istuen, seisten tai kävellen. Parityöskentelyä tai hierontaa käytettiin joskus.</p> <p>Mittarit</p> <p>The Body Awareness Scale - Health (BAS-H) arvioi potilaan liikkumiskykyä: kävelyssä, juoksussa, hypimisessä, istumisessa ja lattialla maataessa, tuolilla istuessa, tuolille kiipeämisessä, yhdellä jalalla seisomisessa ja yksinkertaisissa liikkeissä, kuten kääntymisissä tai eriytyneissä liikkeissä sekä liikekäyttäytymistä, kuten ryhdin vakautta keskilinjassa, lihasjännitysten esiintyvyyttä, käsien ja jalkojen koordinaatiota liikkeissä, hengitysmallia selinmaakuulla, jalkojen liikkuvuutta kävelyn aikana, heiluriliikkeitä, keskivartalon rotaatiota kävellessä ja koko kehon venyvyyttä. Tulos muodostuu liikesuoritusten laadusta ja tavasta, joilla koehenkilö käyttää kehoaan liikkeissä.</p> <p>Body Awareness Scale - Interview (BAS-I) käsittelee psykiatrisia oireita ja kehoon liittyviä asioita, kuten kehon kuvailua ja asennetta ulkonäköä kohtaan,</p>	<p>Päätulokset</p> <p>Kehon näkyvä tasapaino, elinvoimaisuus ja vakaus paranivat, hengitys ja liikkuminen muuttuivat vaapammiksi ja hallituimmaksi. Lisäksi lihasjännitys väheni ja ryhti parani (BAS-H).</p> <p>Psyykkiset oireet vähenivät ja asenteet omaa kehoa kohtaan muuttuivat myönteisemmäksi. Fyysinen kapasiteetti ja harjoittelu lisääntyivät. Minä-pystyvyys ja usko omaan kykyihin kohdata erilaisia tilanteita kehittivät. (BAS-I)</p> <p>ASES ja CRI: liikkeen laatu, asenteet omaa kehoa kohtaan, fyysinen jaksaminen, minä-pystyvyys ja unenlaatu paranivat.</p> <p>Arvio tutkimuksen laadusta 9 (CASP/RCT, 0-11): Potilassokkoutus tehty, mutta ei hoitohenkilökunnan sokkoutusta. Aineiston analyysin tarkkuus jää paikoin yleiselle tasolle, samoin löydösten tunnistaminen ja kuvaus. Ei potentiaalisten haittojen arviointia.</p> <p>Paikallinen sovellettavuus: kyllä</p>
----	--	--	---	---

			<p>hygieniaa, toiminnallisuutta ja liikuntatottumuksia. Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) perustuu potilaan arvioon omista kyvyistään, riippumatta vammastaan tai osaamisestaan. Minä-pystyvyys, on tärkeä terveyteen vaikuttava kognitiivinen tekijä. Nottingham Health Profile (NHP) elämänlaadun arvio sosiaalisesta, psykologisesta, fysiologisesta ja käyttäytymisen näkökulmista.</p> <p>The Symptom Check List 90 (SCL 90) kuvaa psyykkisen tai somaattisen potilaan psykologista oireistoa.</p> <p>Coping Resources Inventory (CRI) vakioitu selviytymiskeinojen mittari.</p>	
15	<p>Gyllensten AL, Ekdahl C, Hansson L<sup>a, b</sup></p> <p>Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study</p> <p>Advances in Physiotherapy 11 (1): 2–12 · July 2009.</p>	<p>Psykiatrinen avohoito – BBAT:n pitkäaikainen vaikuttavuus</p> <p>Psykiatrian avohoidon potilaita, joilla ICD-10-luokituksen mukaisesti diagnosoitu mielialahäiriö, somatoforminen häiriö tai persoonallisuushäiriö.</p> <p>Tavoite BBAT:n pitkäaikaisen vaikuttavuuden arviointi psykiatrisen avohoidon potilaiden hoitotuloksiin verrattuna tavanomaiseen hoitoon (TAU).</p> <p>Lisäksi arvioitiin BBAT- harjoitteiden vaikutusta kyseisten potilaiden terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöön.</p> <p>Potilailla oli kehollisia oireita, kuten lihasjännitystä, huimausta, pahoinvointia, vatsaongelmia, sydän oireita ja vaikeutta hengittää luonnollisesti.</p> <p>Poissulkukriteerit: akuutti psykoosi, pakko-oireinen häiriö, huumeiden tai alkoholin väärinkäyttö sekä anoreksia ensisijaisena diagnoosina.</p>	<p>RCT</p> <p>RCT tutkimukseen osallistui 77 psykiatrisen avohoidon potilasta: koeryhmä (n=38) ja kontrolliryhmä (n=39).</p> <p>Harjoitteet Tutkittavat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista koeryhmä sai tavanomaisen hoidon (TAU) lisäksi 12 yksilötuntia BBA- terapiaa koulutetulta fysioterapeutilta kerran viikossa kolmen kuukauden aikana. TAU sisälsi mm. psykoterapiaa ja lääkehoitoa.</p> <p>BBAT- harjoitus sisälsi yksinkertaisia liikkeitä, joita tehdään myös Tai-chissa. Harjoitteita tehtiin maaten, istuen, seisten ja kävellessä. Myös pariharjoitteita ja hierontaa käytettiin.</p> <p>Tutkimukset tehtiin välittömästi hoitajakson jälkeen ja kolmen sekä kuuden kuukauden seuranta-tutkimus.</p> <p>Arviointimittarit The Body Awareness Scale- Health (BAS-H) Body Awareness Scale-Interview (BAS-I) Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) Nottingham Health Profile (NHP) The Symptom Check List 90 (SCL 90) Coping Resources Inventory (CRI) Sense of Coherence (SoC)</p>	<p>Päätulokset</p> <p>BAS-H: Pitkän aikavälin vaikutuksina (6 kk) koeryhmällä säilyi kontrolliryhmään nähden selvästi parempi kehotietoisuus ja parantunut liikekäyttäytyminen, mikä näkyi etenkin potilaiden asennon hallintana, kykyä käyttää kehoa koordinoitusti sekä vapaampana hengityksenä ja lihasjännityksen vähentämisenä.</p> <p>BAS-I: BBAT-harjoittelun vaikutukset 6 kuukauden seurannassa säilyivät potilaiden tuntemina parantuneina asenteita omaa kehoa kohtaan (p &lt; 0.001) sekä vähentyneinä psyykkisinä oireina. Lisäksi harjoittelun nostama minä-pystyvyyden tunne (p &lt; 0.05) ja lisääntynyt itseluottamuksen sekä hallinnan tunteet omaa kehoa ja laajemminkin omaa elämää kohtaan säilyivät. Usko erilaisista tilanteista (fyysiset aktiviteetit, väsymys, masentuneisuus, haluttomuus, erilaiset kivut) selviytymiseen oli parempi koeryhmällä.</p> <p>Sekä kontrolli- että tutkimusryhmällä oli seuranta-mittauksessa parantuneet tulokset selviytymisvoimavaroissa, GSI:ssa, BAS-H relaatio-indeksissä ja SoC:ssa.</p> <p>Elämänlaadun kokemuksissa (NHP) ei ilmennyt ajan myötä paranemista kummassakaan ryhmässä.</p> <p>Talous- ja yhteiskuntavaikutukset: BBAT- harjoitteita tehneet potilaat käyttivät vuoden aikana selvästi vähemmän sekä psykiatrian että sosiaalihuollon palveluita (p &lt; 0.05). Koeryhmä käytti yli puolta vähemmän psykiatrisen terveydenhoidon palveluita kontrolliryhmään nähden.</p>

				Arvio tutkimuksen laadusta 9 (CASP/RCT 0 -11): Potilassokkoutus tehty, mutta ei hoitohenkilökunnan sokkoutusta. Aineiston analyysin tarkkuus jää osin yleiselle tasolle, samoin löydösten tunnistaminen ja kuvaus.
				Paikallinen sovellettavuus: kyllä
16	<p>Johnsen R, Råheim MJA, b</p> <p>Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare.</p> <p>Advances in Physiotherapy 12(3):166-174 · August 2010</p>	<p>Psykiatrinen hoito: potilaiden kokemukset BBAT:sta</p> <p>Tavoite Tutkia potilaiden kokemuksia osallistumisesta BBAT-ryhmään ja syventää ymmärrystä BBATista potilaiden näkökulmasta.</p> <p>Tutkimukseen valituilla potilailla oli oli diagnosoitu jokin psykiatrinen sairaus, kuten persoonallisuus- tai syömishäiriö, ahdistuneisuus, masennus, identiteetti tai kiinnittymiseen liittyviä ongelmia. Lisäksi joillakin potilailla oli lisäksi mm. fibromyalgia-diagnosi, pitkäaikaisia kipu- ja väsymysoireita.</p>	<p>Laadullinen case tutkimus 18 potilasta (17 naista ja yksi mies), jotka oli valittu BBAT-ryhmiä vetävien fysioterapeuttien kautta. Haastateltavat olivat osallistuneet BBAT-ryhmään vähintään 6 kk ajan. Heidät haastateltiin harjoittelun jälkeen kolmesti, kesto noin 90 min.</p> <p>Harjoitteet Jokainen BBAT ryhmäkerta kesti 1,5 h. Harjoittelu sisälsi maaten, istuen ja seisten tehtäviä harjoitteita, joissa keskityttiin etenkin tietoiseen ja vapaaseen hengittämiseen, virtaavaan liikkeeseen, joka lähtee kehon keskustasta sekä koko kehon liikkeeseen. Harjoitteita tehtiin myös pareittain, kuten hierontaa. Jokainen pariharjoittelu päättyi parikeskusteluun.</p>	<p>Päätulokset Tulokset perustuvat potilaskokemusten sisällönanalyysiin, jonka mukaan BBAT-ryhmään osallistuminen vahvisti potilaiden kokemusta omasta kehosta, eheytti minuuden tunnetta sekä antoi eväitä olla oma itsensä omassa kehossa ja ryhmässä. Potilaiden BBAT kokemusten kuvauksista tunnistettiin kolme heille merkityksellistä tekijää terapiassa: 1) Lisääntynyt tietämys omasta vartalosta ja tietoisuus itsestä (uusia näkökulmia elämään ja uusia kontakteja itseen; hengitys, lihasjännitys ja lepo uudelleen rytmitys; kohti kehotietoisuutta ja tasapainoisempaa elämää). 2) Madaltunut kynnyksen ottaminen osaa aikaa vieviin muutoksiin (osallistumisen kynnyksen madaltuminen; muutoksille aikaa). 3) Suhteen rakentuminen itseen ja muihin (itsestä huolehtimiseen uusia ja vaativia tosiasioita; osallisuus BBAT-ryhmässä toi oivalluksia ja muutoksia.)</p> <p>Arvio tutkimuksen laadusta 7 (CASP/Qualitative checklist 0–10): Aineistoanalyysissä ei ole tuotu esiin mahdollisia vastakkaisia kokemuksia, tulosten kliininen sovellusarvo jää avoimeksi.</p> <p>Paikallinen sovellettavuus: kyllä</p>
17	<p>Hedlund L, Gyllensten AJA, b</p> <p>The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia.</p> <p>Journal of Bodywork &amp; Movement Therapies (2010) 14, 245–254</p>	<p>BBAT:n käyttö skitsofreniapotilaiden kuntoutuksessa — potilaskokemukset</p> <p>Tavoite Kuvata skitsofreniaa tai muuta samankaltaista psyykkistä sairautta sairastavien potilaiden kokemusten valossa BBAT:n hoitovaikutuksia.</p> <p>Potilaiden valintakriteerit: diagnosoitu skitsofrenia tai samantyyppinen sairaus ja osallistuminen ohjattuihin BBAT-harjoitteisiin vähintään vuoden ajan.</p> <p>Harjoitteita tehdään makuulla, istuen, seisoen, kävellen ja juosten.</p>	<p>Laadullinen Case tutkimus Kahdeksan potilasta (4 naista ja 4 miestä) osallistui tutkimukseen: kolme skitsofreniaa, kaksi epäspesifiä skitsofreniaa, kaksi määrittelemätöntä skitsofreniaa ja yksi paranoidista skitsofreniaa sairastava henkilö.</p> <p>Potilaat osallistuivat sekä yksilö- että ryhmäterapiaan, yksi potilas osallistui pelkästään yksilöterapiaan. Kaikki saivat tutkimuksen aikana myös muuta hoitoa (lääkkeitä hoitoa ja keskustelu-terapiaa).</p> <p>Potilaiden hankinnassa avustivat fysioterapeutit, jotka olivat työskennelleet skitsofreenikkojen kanssa vähintään kahden vuoden ajan ja joilla oli BBAT-koulutus.</p>	<p>Päätulokset Potilaiden kuvauksen valossa BBAT ja sen vaikutukset koettiin hyvin myönteisinä. Haastatteluaineiston analyysin perusteella tutkijat tunnistivat potilaskuvauksissa neljä BBAT:n vaikutuksia kuvaavaa pääteemaa ja niitä tarkentavia alateemoja: 1) Oman sääteilykyvyn lisääntyminen – hyvänolon tunteen lisääntyminen ja parempi mieli – epämiellyttävien ja vaikeiden harjoitteiden ”löytyminen” – rauhallisuus lisääntyi ja parempi sietokyky – rentous ja positiivinen väsymys sekä ahdistusten, stressin ja pelkojen vähentyminen – valppaampi ja vahvempi sekä mielenkiinnon lisääntyminen. 2) Kehotietoisuus ja itseluottamus – parempi psyykinen olotila ja parempi kontakti kehoon ja kehon tunteisiin</p> <p>Paikallinen sovellettavuus: kyllä</p>

			<p>Metodi Aineisto kerättiin osin strukturoidun ja osin avoimen haastattelun avulla.</p>	<p>– aktiivisuus, liikkuvuus ja parempi itseluottamus sekä lisääntynyt tietoisuus omasta käytöksestä. 3) Sosiaalinen kyvykkyy – rennompi ja luonnollisempi sosiaalisissa tilanteissa, helpompi ottaa katsekontaktia sekä lisääntynyt yhtenäisyyden tunne ja häpeän tunteen väheneminen. 4) Vaikutukset ajattelukykyyn – parempi keskittymiskyky ja selkeämmät ja rauhallisemmat ajatukset.</p> <p>Arvio tutkimuksen laadusta 7 (CASP / Qualitative checklist 0 -10): Aineistoanalyysissa ei esiin potilaiden mahdollisia vastakkaisia kokemuksia, tulosten uutta tietoa luova kliininen sovellusarvo jää avoimeksi</p> <p>Paikallinen sovellettavuus: kyllä</p>
18	<p>Hedlund Lena, Gyllensten AL</p> <p>The physiotherapists' experience of Basic Body Awareness Therapy in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders.</p> <p>Journal of Bodywork &amp; Movement Therapies 2013; 17: 169–176</p> <p>a), b) Viitteet Amk kirjallisuuskatsauksiin</p>	<p>BBAT:n käyttö skitsofreniapotilaiden kuntoutuksessa – Fysioterapeuttien kokemukset</p> <p>Tavoite Kuvata fysioterapeuttien kokemuksia BBATin käytöstä ja sen vaikutuksista skitsofrenia-potilaiden hoidossa.</p> <p>Vrt.</p>	<p>Laadullinen case-tutkimus Fysioterapeutit rekrytoitiin tutkimukseen Ruotsin BBAT-yhdistyksen kautta. Rekrytointiin edellytyksenä oli, että fysioterapeutti on työskennellyt skitsofreenikkojen tai samankaltaista sairautta sairastavien kanssa vähintään viimeiset kolme vuotta, ja käynyt vähintään toisen tason BBAT-koulutuksen.</p> <p>Kaikki kriteerit täyttäneet fysioterapeutit haastateltiin. Rekrytoituja oli yhteensä kahdeksan naista (8), ikäjakaumaltaan 30–67 vuotiaita (mediaani 41 v.). Skitsofreniapotilaiden kanssa kertyneen työkokemuksen määrä vaihteli 3–31 vuoden välillä (mediaani 11 v.).</p> <p>BBAT harjoitteet Fysioterapeutit kuvasivat yksilöllisten BBAT tavoitteiden ja harjoitteiden olevan tärkeää, mikä edellyttää kannustamista ja neuvontaa. Harjoittelu aloitettiin yleensä helpoista ja potilaalle miellyttävistä harjoitteista, jotta mielenkiinto ja motivaatio harjoitteluun säilyvät. BBAT harjoitteissa fysioterapeutti rohkaisee potilasta keskittämään huomion itseensä ja omiin erilaisiin tunteuksiin.</p>	<p>Päätulokset Haastatteluaineiston analyysin perustellaan tunnistettu kolme keskeistä BBAT:n toteutusta ja sen vaikutuksia kuvaavaa pääteemaa ja niitä tarkentavia alateemoja seuraavasti: 1. Kohtaaminen ja vuorovaikutukseen pääseminen, yhteisten tavoitteiden asettaminen. 2. Kehollisuuden löytäminen, johon asiakasta ohjataan, tuntemaan ja olemaan läsnä omassa kehossa. 3. Potilaan sisäisen kokemuksen syntyminen ulkoisesta maailmasta, mikä johtaa eheytymiseen ja oman tunteiden tiedostamiseen sekä mahdollistaa sosiaalisuuden, huomion kääntäminen ulkoiseen maailmaan.</p> <p>Arvio tutkimuksen laadusta 7 (CASP/Qualitative checklist 0–10): Aineistoanalyysissa ei esiin fysioterapeuttien mahdollisia vastakkaisia kokemuksia, tulosten uutta tietoa luova kliininen sovellusarvo jää avoimeksi.</p> <p>Paikallinen sovellettavuus: kyllä</p>

a Julkaisu sisältyy myös kirjallisuuskatsaukseen Kanninen 2014.

b Julkaisu sisältyy myös kirjallisuuskatsaukseen Raatikainen A ym 2013.

**Liite 7.** Kuntoutusinterventiot ja käytetyt arviointimittarit kirjallisuuskatsaukseen sisältyvissä tutkimuksissa.

Kuntoutusinterventiot	Kuntoutusvaikutusten arviointi Ruumiin ja kehon toiminnot / yksilötekijät	Kuntoutusvaikutusten arviointi Suoritukset ja osallistuminen / ympäristötekijät
<b>Mind-body -interventiot</b> (Suluissa julkaisun numero, liite 6)		
Hengitystavasta johtuvat ongelmat (1, 2)  Hengitysharjoitteet sekä rentoutusterapia (Jacobson method plus attention to body posture based on yoga principles) fysioterapeutin toteuttamana (n = 15) vs. ainoastaan rentoutusterapia (n = 15), kontrolliryhmä (n = 15). Kesto: 8 vko x 1 h x 2 kertaa viikossa.	Mm. hyperventilaatiokohtausten määrä ja intensiteetti sekä koetut oireet mitattuna hengityssairautta koskevilla spesifeillä ja yleisillä mittareilla (Ventilation, Exercise capacity, Dysfunctional breathing specific tests),	Elämänlaatu (QOL)
Raskaudenaikainen naisten ahdistuneisuus (3)  Mind-Body-hoitomuotoja, kuten autogeeninen koulutus, biofeedeback, hypnoterapia, mielikuvat, meditaatio, rentoutusterapia, yoga, autosuggestio naisten ahdistusta ehkäisevänä tai hoitavana vs. standardihoito. Kesto: Lyhyt- ja pitkäkestoisia mind-body-interventioita (8 tutkimusta).	Raskaudenaikainen ahdistus mitattuna ahdistuksena (kyselyt, testit sekä psykologiset mittarit ja observointi).	Raskaudenaikainen ahdistus koettuna (haastattelut sekä psykologiset mittarit, observointi)
Fibromyalgia (4)  Mind-body-interventiot kestoaltaan vaihtelevia. Erilaisia hoitomuotoja, kuten psykoterapia, biofeedback, mindfulness, liike- ja rentoutusterapia kestoaltaan vaihtelevia.	Fibromyalgia Impact Questionnaire), kaikissa tutkimuksissa,  Arthritis Impact Measurement Scale-II Fatigue severity scale,  10 point sleep visual analog scale, Positive and Negative Affect Scale.	
<b>Eri menetelmien vaikuttavuus</b>		
Parkinsonin tauti (5) Fysioterapian yleisiä ja erityisiä harjoitteita, juoksumatto, vihjeet, tanssi tai itsepuolustuslajit. Interventioiden kesto vaihteli tutkimus- ja menetelmäkohtaisesti hyvin paljon, mikä vaikeutti vaikuttavuuden vertailua.	Motorinen toimintakyky (The motor subscales of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale) Fyysinen toimintakyky: kävely, kaatuminen, tasapaino.	Elämänlaatu (Patient-rated quality of life: Parkinson's Disease Questionnaire-39)
Krooninen alaselkäkipu (9)  Yksittäisen fysioterapeutin suorittaman Biopsykosiaalisen (BPS) hoidon vaikuttavuus. BPS-interventioiden kesto vaihteli 3 tuntia yhteensä 75 tuntiin. Yleisesti 2–3 hoitoa x vko kokonaisaika vaihteli välillä 4–12 vkoa, 12 kk:n seuranta.	Kivun kokeminen - a numerical rating scale (NRS) or a visual analogue scale (VAS)  Selkäkipun mittari: A measure of disability and improvement in function. the Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) or in two studies) Oswestry Disability Index (ODI).	Work ability
Skitsofrenia (10)  Fysioterapian eri menetelmien (aerobiset harjoitteet, jooga, rentoutus, BBAT, hieronta) vaikuttavuus monialaisessa kuntoutuksessa. Intervention eri menetelmiin painottuva sisältö, kuntoutuksen intensiteetti ja kesto vaihtelivat 6 viikosta 6 kuukauteen.	(Käytetty yhteensä 27 erilaista mittaria) Positive and negative Syndrome Scale score (PANSS). DIEPSS Drug Induced Extrapyrmidal SymptomsScale. FACT- Functional Assessment for Comprehensive Treatment of Schizophrenia CPET cardiopulmonary exercise test.	CA Camberwell Assessment of Need Hamilton Depression Rating Scale EQ - Euro Quality of Life questionnaire
Syömishäiriöt: Anorexia ja bulimia nervosa (11)  Fysioterapian eri menetelmien (aerobiset harjoitteet, jooga, BBAT, hieronta) vaikuttavuus verrattuna tavanomaiseen hoitoon tai hoitopäätöseen odottavien terveydentilaan.	Syömishäiriö (eating pathology) Anthropometric (body mass index, percentage body fat or lean body mass), Fysiologinen lihaskunto.	Psykologinen (quality of life, anxiety or depression)

Interventioaika vaihteli 5 viikosta 3 kuukauteen ja hoitojen kesto vaihteli 1 h x vko x 1-3 kertaa.		
<b>Kehotietoisuusterapia BBAT, BAT</b>		
Syömishäiriöt	Kehotietoisuus	Psykososiaalinen toimintakyky ja voimavarat
Kehotietoisuus ja BBAT (12). Interventoryhmälle BBAT-harjoitteita 7 viikon ajan, yhteensä 12 kertaa.	BBAT arviot ja mm. Body attitude Test, EDI-EAT, SF-36.	BBAT arviot ja mm. Body attitude Test, EDI-EAT, SF-36
Fibromyalgia	The BARS and the FIQ (the Fibromyalgia Impact Questionnaire). State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Depressio: Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), Beck's Depression Inventory (BDI). HRQoL including SF-36 and SF-12, Quality of Well Being (QWB).	The World Health Organization Quality of Life BREF (WHOQOL-BREF) Quality of Life Profile for the Chronically Ill (PLC) Quality of Life Scale (QOLS) Nottingham Health Profile (NHP) The Body Awareness Scale (BAS) Body Awareness Scale Health (BAS -H)
FM ja uupumus (6), FM ja krooninen kipu (7). Kehotietoisuus terapian (BBAT) vaikutukset terveyteen ja elämänlaatuun. Sisältö: Body awareness -harjoitteet hoitoryhmälle, yhteensä 14 kuntoutuskertaa, 1,5 h x vko .		
Depressio (8)	the Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS), An observer-rated scale with 10 items reflecting key features of depression global function, cardiovascular fitness, self-rated depression, anxiety (secondary)	Body awareness
Aerobisten harjoitteiden tai kehotietoisuus terapian vaikutukset terveyteen vs. konsultaatiota saava kontrolliryhmä Intervention Sisältö: BBAT harjoitteet BBAT harjoitteet 10 viikon ajan.		
Psykiatriset häiriöt ja keholliset oireet (14) Psykosomaattiset ja keholliset oireet (15)	Psykofyysinen toimintakyky	Psykososiaalinen toimintakyky ja voimavarat
Kehotietoisuusterapian (BBAT) lyhyt- ja pitkäaikainen vaikuttavuus psykiatrisen avohoidon potilaiden hoidossa verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Tavanomaisen hoidon lisäksi BBAT-interventoryhmä sai lisäksi 12 h BBAT-yksilötuntia x vko x 3 kk.	The Symptom Check List 90 (SCL 90) kuvaa psyykkisen tai somaattisen potilaan psykologista oireistoa.	The Body Awareness Scale- Health (BAS-H) Body Awareness Scale- interview (BAS-I) Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) perustuu potilaan arvioon omasta pystyvyydestä Nottingham Health Profile (NHP) elämänlaadun arvio sosiaalisesta, psykologisesta, fysiologisesta ja käyttäytymisen näkökulmista. Coping Resources Inventory (CRI) vakioitu selviytymiskeinojen mittari.
Psykiatriset häiriöt (16)	Psykofyysinen toimintakyky	Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) Coping Resources Inventory (CRI) (voimavarojen tunnistaminen) Sense of Coherence (SoC)
Kehotietoisuusterapia (BBAT) vaikutukset potilaskokemusten valossa. BBAT-harjoitteet ryhmässä vähintään 6 kk ajan 1,5 h x vko.	The Body Awareness Scale- Health (BAS-H) Body Awareness Scale-Interview (BAS-I) Nottingham Health Profile (NHP) The Symptom Check List 90 (SCL 90), itsearvio.	
Skitsofrenia (17-18)	Ei standardoituja mittareita Haastattelu	
Kehotietoisuusterapian (BBAT) vaikutukset potilaskokemusten ja fysioterapeuttien kokemusten valossa. Potilaat: Osallistuminen ohjattuihin BBAT-yksilö- ja ryhmäharjoitteisiin. Fysioterapeutit: vähintään toisen tason BBAT koulutus.		