



ELIMELLISET HÄIRIÖT JA NIIDEN HOITO FYSIOTERAPEUTTISIN MENETELMIN

**Haastattelututkimus psykiatristen
sairaaloiden fysioterapeuteille**

**Heikki Mannisenmäki
Maija Närhi**

**Opinnäytetyö
Joulukuu 2006**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Heikki Mannisenmäki Maija Närhi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 49	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Elimelliset häiriöt ja niiden hoito fysioterapeuttisin menetelmin – Haastattelututkimus psykiatristen sairaaloiden fysioterapeuteille.		
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tiina Kuukkanen, Merja Kurunsaari		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaalapsykiatrian yksikkö		
Tiivistelmä <p>Kun lääketieteellisissä tutkimuksissa ei löydy ruumiilliselle oireelle elimellistä selitystä, puhutaan somatisoinnista. Somatisointi on prosessi jossa psykologinen oire purkaantuu elimellisenä häiriönä. Somatisointi kattaa psykiatrian elimellisoireiset häiriöt sekä paljon muuta, muun muassa masennuksen, paniikkihäiriön ja skitsofrenian. Elimellisoireista eli somatoformisista häiriöistä puhutaan silloin, kun mitkään muut mielenterveydenhäiriöt eivät selitä ruumiillisia tuntemuksia.</p> <p>Työn tavoitteena oli tarjota ehdotuksia ja ideoita elimellisistä häiriöistä kärsivien potilaan fysioterapiaan tutkimuksen pohjalta. Tarkoituksena oli selvittää elimellisten häiriöiden yleisyyttä sekä oirekuvaa fysioterapeuttien näkökulmasta. Lisäksi työssämme esitämme alan fysioterapeuttien kehittämisideoita. Tutkimusta varten haastateltiin yhdeksää psykiatristen parissa työskentelevää fysioterapeuttia.</p> <p>Tutkimustuloksista selvisi, että kenelläkään tutkimukseen osallistuneista ei ollut tarkkaa, tilastoitua tietoa elimellisten häiriöiden yleisyydestä. Potilaiden oirekuvat olivat moninaisia, yleisimmiksi nousivat erilaiset selkä- ja vatsakivut. Suurin osa haastateltavista käytti potilaan tutkimisessa sairaalan omaa lomaketta. Yleisimmät fysioterapian tavoitteet olivat kipujen ja oireiden lievitys sekä niiden kanssa elämään oppiminen. Käytetyin yksilö- sekä ryhmäterapiamuoto olivat rentoutus. Yksilöterapiassa keskityttiin potilaan rauhoittumiseen ja rentoutumiseen, ryhmäterapiassa toiminta oli aktiivisempaa erilaisten liikuntaryhmien muodossa. Keskeisimmiksi kehitysideoiksi nousivat koulutuksen lisääminen sekä yhteistyön kehittäminen psykiatrisen ja somaattisen puolen välillä.</p> <p>Pidämme tätä työtä ponnahduslautana jatkotutkimuksille. Fysioterapia on edelleenkin monelta osalta vieras hoitokeino psykiatrisella puolella ja mitä enemmän vastaavanlaisia töitä tehdään ja uusia opiskelijoita saadaan kiinnostumaan alasta, sitä suurempi on todennäköisyys fysioterapian kehitykselle psykiatrisen potilaiden parissa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Elimelliset häiriöt, somatisointi, fysioterapia		

Author(s) Heikki Mannisenmäki Maija Närhi	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 49	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Somatic disorders and treatment in physiotherapy – Interview study to the physiotherapists who work in psychiatry unit.		
Degree Programme Physiotherapy		
Tutor(s) Tiina Kuukkanen, Merja Kurunsaari		
Assigned by The Central Finland Central hospital, the Psychiatry unit		
Abstract When medical investigation doesn't find any somatic explanation in physical symptoms, they mean somatization. Somatization is a process where psychological symptom which appears as a somatoform disorder. Somatization is related to somatoform disorders, depression, panic disorders and schizophrenia. When any other psychiatric diagnosis don't explain the physical symptoms, you speak somatoform disorder. Our bachelor thesis aim was to provide new suggestions and ideas to physiotherapy for people who suffer somatic disorders. Our goal was to investigate from physiotherapeutic visual angle the generality and the most ordinary symptoms of somatic disorders. Also we want to present some improvement ideas from physiotherapists. For the research we interviewed nine physiotherapists who work in the psychiatry units. The results showed that nobody hasn't statistical information about generality of the most ordinary symptoms. Patients have different kind of symptoms, the most common was back and stomach pain. Most of the physiotherapists used hospitals own form to exam the patient. The most general aim in physiotherapy was relief pain and symptoms and also learns to live with them. Calming and relaxation was the most popular individual form in physiotherapy. Group therapy was more active, with different kind of sport activities. The most important improve ideas was to increase education and develop cooperate between psychiatry and somatic unit. We think that this work could be a start to sequel investigations. Physiotherapy is still a strange form of care in psychiatry unit and more studies are needed that physiotherapy can develop more in psychiatry.		
Keywords Somatic disorders, somatization, physiotherapy		

*Sokrates sanoo nuorelle, silmävaivoista ja päänsärystä
kärsivälle miehelle:*

*”Jos haluat silmien parantuvan, on koko pää saatava hoitoon,
niin ikään on koko keho hoidettava, jos pään halutaan
parantuvan. Kehoa taas ei pidä hoitaa ottamatta huomioon
sielua ja sielu saa apua ja valistusta hyvää keskustelua
käymällä.”*

1 JOHDANTO	3
2 ELIMELLISET HÄIRIÖT JA FYSIOTERAPIA	4
2.1 PSYKOSOMAATTINEN AJATTELU	4
2.2 PSYKOSOMAATTINEN FYSIOTERAPIA	6
2.2.1 <i>Psykodynaaminen fysioterapia</i>	7
2.2.2 <i>Psykomotorinen fysioterapia</i>	8
2.3 KIPU ELIMELLISENÄ HÄIRIÖNÄ	9
2.4 LIIKUNTA TERAPIAMUOTONA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖISSÄ	11
3 ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT	14
3.1 SOMATISAATIOHÄIRIÖ	14
3.2 ERILAISTUMATON ELIMELLISOIREINEN HÄIRIÖ	16
3.3 KONVERSIOHÄIRIÖ	16
3.4 HYPOKONDRINEN HÄIRIÖ	17
3.5 DYSMORFINEN RUUMIINKUVAN HÄIRIÖ.....	19
3.6 PITKÄAIKAINEN KIPUIREYHTYMÄ (KIPUHÄIRIÖ)	20
3.7 PITKÄAIKAINEN VÄSYMYSOIREYHTYMÄ	22
3.8 JOUKKOHYSTERIA	22
3.9 MUUT ELIMELLISOIREISET HÄIRIÖT	23
4 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	23
4.1 TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	23
4.2 TUTKIMUSMENETELMÄ	24
4.3 TUTKIMUKSEN KOHDEJOUKKO JA AINEISTON KERUU	25
4.4 TUTKIMUSAINESTON ANALYYSI	26
4.5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	26
5 TUTKIMUSTULOKSET TUTKIMUSONGELMITTAIN	28
5.1 ELIMELLISOIREISTEN HÄIRIÖIDEN YLEISYYS (HAASTATELTAVIEN FYSIOTERAPEUTTIIEN ARVIO) POTILASMATERIAALISSA SEKÄ TYYPILLINEN OIREKUVA ELIMELLISISSÄ HÄIRIÖISSÄ	28
5.2 FYSIOTERAPIAN TAVOITTEET JA KÄYTETYT TERAPIAMENETELMÄT ELIMELLISISTÄ HÄIRIÖISTÄ KÄRSIVIEN POTILAIEN HOIDOSSA.....	30
5.3 PSYKIATRISEN SAIRAALAN MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ SEKÄ FYSIOTERAPEUTTIIEN TYÖN KEHITTÄMISIDEAT	34
6 POHDINTA	36
6.1 TUTKIMUSMENETELMÄN LUOTETTAVUUDEN TARKASTELUA.....	36
6.2 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTAA	37
6.3 TUTKIMUSPROSESSIN ANTI JA JATKOTUTKIMUSAIHEITA.....	41
LÄHTEET	43
LIITTEET	46

LIITE 1..... 46

LIITE 2..... 48

1 Johdanto

Mielen tehtävänä on turvata ja ylläpitää harmoninen hyvän olon tila. Mieli käyttää hyväkseen kaikkia käytössään olevia psykologisia keinoja pyrkiessään tasapainoon ja sen jatkuvuuteen. Tällaisia keinoja ovat muun muassa erilaiset suojautumismekanismit. Jos niiden suoja ei riitä, mieli ottaa käyttöönsä kypsymättömämpiä, varhaisempia suoja, jotka johtavat psyykkisiin oiremuutoksiin. Mikäli mielen käyttämät psykologiset keinot ovat riittämättömät, ristiriidat alkavat käyttämään ruumiin kieltä. (Aalberg 1998, 220.)

Ihmisillä on kaiken aikaa vähäisiä, ohimeneviä ruumiillisia tuntemuksia, joihin he eivät tavallisesti kiinnitä erityistä huomiota. Tuntemusten jatkuessa ja mahdollisesti pahentuessa ihminen yleensä hakeutuu hoitoon. Mikäli lääketieteellisissä tutkimuksissa ei löydy ruumiilliselle oireelle elimellistä selitystä, puhutaan somatisoinnista. Somatisointi on prosessi jossa psykologinen oire purkaantuu elimellisenä häiriönä. Somatisointi kattaa psykiatrian elimellisoireiset häiriöt sekä paljon muuta, muun muassa masennuksen, paniikkihäiriön ja skitsofrenian. Elimellisoireista eli somatoformisista häiriöistä puhutaan silloin, kun mitkään muut mielenterveydenhäiriöt eivät selitä ruumiillisia tuntemuksia. (Niemi 2001, 189.)

Tässä työssä olemme keskittyneet somatisoinnin elimellisiin häiriöihin ja niiden hoitoon fysioterapeuttisin menetelmin. Fysioterapiamenetelmistä olemme nostaneet esiin psykosomaattisen ajattelumallin. Työssämme haluamme korostaa tätä ajattelumallia ihmisen kokonaisuudesta, missä mieli ja keho kohtaavat. Psykosomaattinen ajattelumalli on tuttu psykiatrisella puolella. Työssään fysioterapeuttien tulee hoitaa ihmistä kokonaisuutena eikä pelkästään sairasta elintä. Diagnoosien teoriapohjaa olemme käyneet lyhyesti läpi elimellisoireista häiriöistä. Teoriaosuuden jälkeen tarkastelemme tekemäämme tutkimusta ja pohdimme tuloksia.

Opinnäytetyön aihe saatiin Keski-Suomen Keskussairaaltal joulukuussa 2005. Työn tarkoituksena on tuoda uutta tietoa ja ideoita fysioterapiasta Keski-Suomen Keskussairaalan yleissairaallapsykiatrian yksikköön. Opinnäytetyötä varten haastateltiin Suomen eri psykiatrisissa sairaaloissa työskenteleviä fysioterapeutteja. Haastattelu- ja teoritiedon pohjalta pyrittiin hahmottamaan psykiatrisen puolen fysioterapiaa, etenkin elimellisoireisten häiriöiden hoidossa.

Opinnäytetyömme sisältämä tieto voi auttaa kehittämään fysioterapiaa psykiatrisella puolella etenkin fysioterapian peruskoulutuksessa, antamalla tuleville opiskelijoille perustietoa sekä ideoita jatkotutkimukselle.

2 Elimelliset häiriöt ja fysioterapia

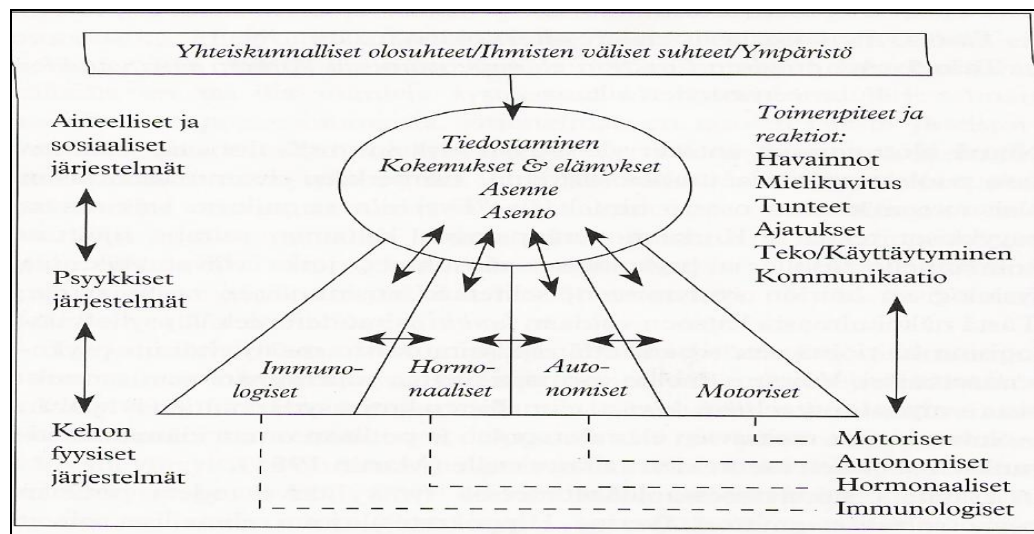
2.1 Psykosomaattinen ajattelu

Psykosomaattinen ajattelu liittyy myös käytännön fysioterapiaan. Psykosomaattinen ajattelu voidaan nähdä lähestymistapana ja näkökulmana fysioterapian toteutuksessa ja ihmisen kohtaamisessa. Fysioterapeutin kyky kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen paranee, kun hän kehittää omaa itsetuntemustaan kaikille olemisen tasoille. Psykosomaattisen ajattelutavan malli on sovellettavissa kaikilla fysioterapian osa-alueilla. Hyvän terapisuhteen luominen fysioterapeutin ja kuntoutujan välillä on erittäin tärkeää. Kaikissa terapiatilanteissa tulee ottaa myös huomioon potilaan psyykinen puoli. (Jaakkola 2005, 6; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 154.)

Psykosomaattisen ajattelutavan juuret ovat antiikin Kreikassa. Länsimaisen lääketieteen perustaja Hippokrates painotti kehon, sielun ja ympäristön välistä yhteistoiminnan tärkeyttä. 1600- ja 1700-luvulla luonnontieteet ja fysiikka löivät itsensä läpi, tällöin Descartesin mukaan ihminen koostui kahdesta täysin

erilaisesta aineesta, kuolevaisesta ruumiista ja kuolemattomasta sielusta. Tämän hetkinen tieto ihmisen olemuksesta perustuu tieteellisiin tutkimuksiin. (Monsen 1992, 13-14.)

Monsenin (1992) mukaan psykosomaattinen näkemys korostaa ihmisen fyysisen ja psyykkisen puolen yhteisvaikutuksen tärkeyttä. Näkemys vastaa täysin systeemistä ajattelua. Systeemisen teorian mukaan on hyväksyttävä kaiken riippuvaisuus kaikesta sekä kaiken yhteenkuuluvuus. Systeemisen ajattelumallin mukaan kokonaissisältöä ei voida pilkkoa pienempiin osiin. Järjestelmän toiminta on prosessinomaista ja järjestelmän eri tasojen välistä yhteistoimintaa. Psykosomaattisessa ajattelussa siis ihmisen kehoa, eli soomaa, ei voida erottaa psyykestä. Psykosomaattisessa ajattelumallissa ihminen on kokonaisuus, perimän ja ulkoisten tekijöiden summa. (Bunkan 1996, 20-21; Monsen 1992, 14-15; Talvitie & ym. 1999, 154.)



KUVIO 1. Psykosomaattinen torjuntamalli. (Monsen 1992, 16.)

Psykofysiologisen teorian mukaan jokainen ihmisessä tapahtuva tunneperäinen aktivoituminen aiheuttaa eriasteisia reaktioita ihmiskehossa. Kaavio osoittaa kehon, sielun, yhteiskunnan, ympäristön ja ihmisen välisen vuorovaikutuksen olemassaolon. Ympäristöön lasketaan vuorovaikutussuhteet muihin ihmisiin, yhteiskunta ja ympäröivä ekologia. Edellä mainitut asiat luovat

ulkoisia puitteita ja määrittävät ihmisen elämää. Kaaviokuvan nuolet ilmaisevat vuorovaikutusta. Ihmisen on mahdollista tiedostaa kokemuksia, tunteita ja ongelmia, kun taas kehosta saattaa tulla tiedostamattomien, torjuttujen elämysten, tunteiden ja ristiriitojen säiliö. (Monsen 1992, 16-17.)

2.2 Psykosomaattinen fysioterapia

Psykosomaattinen fysioterapian suuntaus jaetaan psykodynaamiseen ja psykomotoriseen fysioterapiamenetelmään. Psykosomaattista fysioterapiaa on kehittänyt norjalainen Berit Heir Bunkan. Ihmisen tunnekokemukset näkyvät fyysisellä tasolla eli ruumiin asennossa, liikkuvuudessa, hengityksessä ja lihaksiston joustavuudessa. Bunkan jaottelee lihasjännitystasoon vaikuttavat tekijät mekanisiin, orgaanisiin ja psyykkisiin. (Lintunen, Koivumäki & Säilä 1995, 135.)

Puolustusmekanismit näkyvät ihmisen lihaksistossa jännityksenä ja estävät energian kulkua. Bunkanin mukaan eniten lihasjännityksiä esiintyy henkilöillä, jotka pidättävät tai torjuvat tuskaa sekä tunteita. Sellaisilla, jotka ilmaisevat tunteensa ei ole kroonisesti jännittyneitä lihaksia. Pitkäaikainen tunteiden kontrollointi voi tehdä lihaksista kovat tai liian veltot. Motorisen systeemin ongelmat saattaa aiheuttaa ongelmia autonomisessa, immunologisessa tai endokrinologisessa systeemissä. (Bunkan 1996, 21; Monsen 1992. 16-17.)

Psykosomaattisessa fysioterapiassa ihminen nähdään psykofyysisenä kokonaisuutena. Ruumiinharjoitusten avulla potilas pyrkii löytämään voimavaroja sekä saamaan niitä käyttöön ja löytämään niiden avulla uusia ratkaisumalleja kriisien kohtaamiseen. (Holmborg & Paakkari 1993, 1.)

Pitkään jatkunut psyykinen paine voi aiheuttaa vieraantumisen ruumiista. Jos itseensä ei ole kosketusta, identiteetti häiriintyy. Vaikeat tunteet haluaa unohtaa ja ohittaa, jolloin mielen valtaa avuttomuuden ja huonommuuden tunne. Itseluottamus ja itsetunto katoavat vähitellen, kuin myös oma tahto.

Tunnekokemuksen vaikutus ilmenee myös motorisessa järjestelmässä, autonomisessa hermostossa, endokrinologisessa ja immunologisessa järjestelmässä. Fysioterapeuttisin menetelmin pystytään auttamaan potilasta löytämään uudelleen identiteetin sekä oman tahdon. (Holmborg, Paakkari 1993, 1; Lintunen & ym. 1995, 135.)

2.2.1 Psykodynaaminen fysioterapia

Sivikin ja Theorellin (1995) mukaan psykodynaaminen fysioterapia on terapiamenetelmä, jota käytetään psykosomaattisessa fysioterapiassa. Psykodynaamisella fysioterapialla tarkoitetaan elämysten ja niiden aiheuttamien ristiriitojen sekä niiden ratkaisuyritysten sisäistämistä, joilla lisätään potilaan tietoisuutta siitä, että nämä kokemukset heijastuvat kehoon. Psykodynaamisen fysioterapian tavoitteena on saada potilas työskentelemään itsensä kanssa, jotta potilas saa takaisin elinvoimaisuutensa. (Monsen 1992, 50; Talvitie & ym. 1999, 155, 165.)

Psykodynaamisessa fysioterapiassa puhutaan vapautumisesta, jolla tarkoitetaan liikkeen avulla vapautettua energiaa, joka purkautuu potilaasta. Vapautuminen antaa potilaalle mahdollisuuden ilmaista itseään erilaisilla tavoilla ja tällöin potilas kokee uusia kokemuksia sekä pääsee lähemmäksi aikaisempia kokemuksia, joista ongelmat ovat lähtöisin. Fysioterapeutin antama kannustus ja potilaan hyväksyminen ovat avainasemassa.

Hyväksynnän ja kannustamisen kautta fysioterapeutti auttaa potilasta saamaan yhteyden kehoonsa ja tunteisiinsa. Samalla kun potilas rakentaa suhdettaan kehoonsa, hän oppii samalla myös hallitsemaan kehoaan. Fysioterapeutin tulee myös tukea potilasta ilmaisemaan tunteitaan aktiivisesti terapian aikana. (Monsen 1992, 50-51.)

Monsenin(1992) mukaan psykodynaamisessa fysioterapiassa ei ensisijaisesti keskitytä patologiisiin vaivoihin, vaan etsitään potilaan kanssa yhdessä hänen voimavarojaan, joiden avulla terapiaa lähdetään viemään eteenpäin. Kaiken kattavana pyrkimyksenä psykodynaamisessa fysioterapiassa on auttaa potilasta konkreettisten kokemusten kautta saavuttamaan parempi kontakti

kehonsa kanssa ja sitä kautta tiedostamaan mitä oireet hänelle merkitsevät. Tällöin potilaan on helpompi ottaa kantaa todellisiin ongelmiinsa ja löytää niihin apua. (Mts. 51.)

2.2.2 Psykomotorinen fysioterapia

Psykomotorinen fysioterapia perustuu Wilhelm Reichin Norjassa kehittämään ajatukseen liittää kehoterapeuttinen lähestymistapa psykoanalyysiin. Reichin mukaan vaikeat lihasjännitykset ovat osa sitä järjestelmää, jolla ihminen tukahduttaa tunteitaan. Ihmisen puolustusmekanismit voivat toimia sekä fyysisellä että psyykkisellä puolella. (Mattsson 1998, 41; Talvitie & ym. 1999, 163.)

Psykomotorinen fysioterapia on fyysisesti orientoitunut terapiamuoto. Sen päämääränä on elinvoimaisuuden tiedostamisen kehittäminen.

Psykomotorisen fysioterapian näkökulmasta katsottuna elinvoimaisuuden tiedostamisen kehittäminen merkitsee asennon vapautumista sekä joustavuuden saavuttamista toimintaan. Pääpaino psykomotorisessa fysioterapiassa on hengityksellä. Asennon ja toiminnon lukkiutumiset kiinnostavat ainoastaan silloin kun ne vaikuttavat jollain tavalla hengitykseen. (Mattsson 1998, 42; Monsen 1992, 54; Talvitie & ym. 1999, 163.)

Hengityksen tai sen pidättämisellä ihminen ilmaisee tunteensa, ja hengitystapa vaikuttaa kokemuksiin. Asennon ja hengityksen vapauttaminen tapahtuu pääasiassa vaikuttamalla lihaksiin ja seuraamalla hoidon herättämiä reaktioita tunteisiin sekä hengitykseen. (Monsen 1992, 54; Talvitie 1999, 163.)

Psykomotorisessa fysioterapiassa pyritään käymään läpi tunneperäisiä ristiriitoja, jonka avulla tasapainotetaan lihasjännitystä. Kipuja aiheuttaneet syyt purkautuvat tunnetiloina, esimerkiksi itkuna. Lihastasapainon muutokset voivat aiheuttaa vääristyneitä asentoja, jolloin fysioterapian tavoitteena on auttaa potilasta kehittämään sisältäpäin. Kehittymisen myötä voidaan saavuttaa myös oikeantyyppinen asento. Kehittyminen syntyy tiedostamisen

ja oivaltamisen kautta. Samalla myös potilaan asenne itseensä, kykyihinsä, oikeuksiinsa ja tarpeisiinsa muuttuu. (Talvitie & ym. 1999, 164.)

Menetelmässä kehoa rakennetaan alhaalta ylöspäin. Hoidot aloitetaan jaloista, jotka ovat ihmisen perusta. Jokainen hoito käsittää koko kehon, tällä pyritään korostamaan käsitystä ihmisen kokonaisuudesta. Menetelmässä käytetään hierontaa sekä aktiivisia ja passiivisia liikkeitä. Tärkeintä on stimuloida ihmisen luonnollista tarvetta liikkua. (Mts.164.)

2.3 Kipu elimellisenä häiriönä

Mielenterveyden ongelmat voivat tunnetusti esiintyä erilaisina elimellisinä häiriöinä, tyypillisesti kipuoireina. Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (International Association for the Study of Pain) määrittelyn mukaan kipu on epämiellyttävää sensorista eli tuntoaistiin perustuvaa tai emotionaalista eli tunneperäistä kokemusta, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivaurio tai jota kuvataan samoin tavoin. (Sailo 2000, 30; Tamminen & Achte 1996, 13.)

Sailon (2000) mukaan, kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä hengelliset tekijät. Kivun tuntemuksien hahmottaminen auttaa ymmärtämään kipupotilaan tuntemuksia ja tunnistamaan erilaisia kipukokemuksia. (Sailo 2000, 30.)

Perinteinen kivun luokittelu perustuu anatomiaan, kuten pääkipu, olkapääkipu, yläraajan kipu ja niin edelleen. Kipu voidaan jaotella myös muun muassa elinsysteemin mukaan tai somaattiseen tai viskeraaliseen kipuun.

Viskeraalinen kipu lähtee autonomisen hermoston hermottamista sisäelimistä. Kiputilojen mekanismiin perustuva luokitus jakaa kivut kolmeen ryhmään: kudosaivuriokipuun eli nosiseptiiviseen kipuun, hermovauriokipuun eli neuropaattiseen kipuun sekä idiopaattiseen kipuun. (Vainio 2002, 94-99.)

Kivun taustalla voi olla monenlaisia akuutteja tai kroonisia sairaustiloja, joiden laatu selviää anamneesin, kliinisen tutkimuksen sekä erilaisten testien avulla. Tutkimuksen tavoitteena on löytää spesifi kipudiagnoosi, jotta sopiva ja tehokas hoitomuoto löytyisi. Kivun olemassaoloa ei missään vaiheessa saa kyseenalaistaa. Potilaalta on selvitettävä myös se, kuinka paljon kipu vaikuttaa päivittäisiin toimintoihin. Lääkäri ja fysioterapeutti ovat kivun tutkimisen asiantuntijoita, fysioterapeutin vahvuutena etenkin ovat kosketus ja hyvät palpaatiotaidot. (Dennis 1995, 126, 141; Vainio & Estlander 2002, 108.)

Potilaan oma kuvailu kivusta on diagnostisesti arvokasta. Tärkeää on saada selville muun muassa kivun lokalisatio sekä kesto. Anamneesin helpottamiseksi potilaalle voidaan antaa kipupiirros, mihin potilas itse piirtää kipukohdan ja kivun luonteen. Kivun intensiteettiä selvitettäessä käytetään verbaalista asteikkoa tai VAS-kipujanaa. Myös kipua pahentavat ja helpottavat seikat on syytä selvittää. (Vainio & Estlander 2002, 108-110.)

Kivun merkitys psykososiaalsiin tekijöihin selviää usein vasta sen jälkeen, kun potilaan kanssa on saatu luotua hyvä luottamussuhde. Mielialan arviointi on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää, etenkin puhuttaessa kroonisesta kivusta. Lähtökohta on, että potilas lähetetään psykologisiin tutkimuksiin vasta sen jälkeen, kun kivulle ei ole löytynyt elimellistä syytä. Potilaan motivoituminen psykologiseen tutkimukseen saattaa olla ongelmallista, koska potilas voi olla vakuuttunut vaivan elimellisyydestä. Psykologiseen tutkimukseen kuuluu muun muassa potilasasiakirjoihin tutustuminen, keskustelu potilaan ja mahdollisesti lähiomaisten kanssa sekä erilaiset psykometriset kyselylomakkeet ja testit. (Vainio & Estlander 2002, 110, 118-119.)

Fysioterapian näkökulmasta katsottuna kipua täytyy ajatella sekä fyysisenä että psyykkisenä ilmiönä. Kipupotilaiden kanssa toimiessa fysioterapeutin täytyy käyttää myös psykologisia keinoja auttaakseen potilasta kontrolloimaan ja elämään kivun kanssa. Hyvällä ja tukea antavalla terapiasuhteella potilaan ja fysioterapeutin välillä on terapeuttinen vaikutus potilaaseen. Terapiasuhteella on myös vaikutus hoidon toimivuuteen. Rosbergin (2000)

tutkimuksessa selvitettiin fysioterapeutin ymmärrystä kehosta ja fysioterapian merkitystä kuntoutumiselle kipupotilaiden parissa. Tutkimuksessa havainnoitiin kuuden eri fysioterapeutin työtä. Fysioterapeutit toimivat potilaiden parissa, joilla oli epämääräisiä kipuja, psykosomaattisia ja psykososiaalisia oireita. Työn tuloksissa selvisi, että fysioterapia on paljon muutakin, kuin vain hoitomuoto. Fysioterapia toimii yhtenä vaihtoehtona epämääräisistä kivuista ja jännityksistä kärsivien potilaiden hoidossa biolääketieteellisen ja psykoterapeuttisen hoitomuotojen rinnalla (French 1998, 147-151; Rosberg 2000, 6.)

Kivun hoidossa fysioterapiassa voidaan muun muassa käyttää erilaisia rentoutusmenetelmiä, biofeedback-terapiamuotoa, ryhmämuotoista terapiaa sekä neuvontaa. Fysioterapia käyttää kivun hoidossa myös erilaisia fysikaalisia menetelmiä, kuten sähkövirtaa, lämpöä, kylmää, ääntä, valoa, liikuntaa, liikeharjoituksia sekä hierontaa. Ongelmana kivun hoidossa fysioterapeuttisin menetelmin on se, että klinisiä tutkimuksia eri hoitojen tehosta on tehty vähän ja tuloksissa on ristiriitaisuutta. (French 1998, 147-151; Vainio 2002, 203.)

2.4 Liikunta terapiamuotona mielenterveyden häiriöissä

Fysioterapialla voidaan vaikuttaa psykosomaattisista oireista tai sairauksista kärsivien sekä psykiatristen potilaiden toimintakykyyn. Tärkeää on saada kuntoutuja uskomaan itseensä ja kykyihinsä. Fysioterapeutin työskennellessä potilaan kehon ja liikkeiden kanssa, hän työskentelee samalla koko ihmisen kanssa. (Smeaton 1995, 209; Talvitie & ym. 1999, 281.)

Fysioterapeutti toimii moniammatillisessa tiimissä yhdessä muiden eri hoitoalojen edustajien kanssa. Fysioterapeutti vastaa potilaan jokapäiväisestä liikkumisesta, johon liittyvät hengityksen ja lihaksiston jännitys-
rentoustasapainon ylläpito. Säännöllisen ja läheisen yhteistyön ansioista fysioterapeutti pystyy omilla havainnoillaan täydentämään hoitotiimin tietoja

kuntoutujan psyykkisestä tilasta. (Smeaton 1995, 209; Talvitie & ym. 1999, 281-282.)

Nykyään mietitään paljon fysiologisten mekanismien vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin. Tiedetään, että liikunta lisää esimerkiksi tiettyjen hormonien (endorfiini) tuotantoa. Lintusen (1995) mukaan, ihmiset jopa ilmoittavat tuntevansa endorfiinin erittyvän. Kuitenkaan ei vielä tiedetä kuinka ja millä tavalla ”kehon kemia” vaikuttaa mieleen. Vaikka ei vielä tarkkaan osata selittää fysiologisia teorioita, pystytään potilaassa näkemään selkeät muutokset psyykkisessä hyvinvoinnissa. Fysiologinen teoria liikunnan merkityksestä kaikkine monimutkaisuuksineen on kuitenkin potilaan helpompi omaksua kuin psykologinen selitysmalli eli se, että liikunta auttaa irrottautumaan psyykkisistä ongelmista ja ristiriidoista mikä helpottaa oloa. (Lintunen & ym. 1995, 5; Smeaton 1995, 211.)

Maailmalla tehtyjen kymmenien kokeellisten tutkimusten mukaan liikunta vaikuttaa masennukseen, ahdistukseen, itseluottamukseen, vireyteen, stressin sietoon ja älylliseen suorituskyykyyn. Liikunnan vaikutus masennukseen on selkeimmin havaittavissa, kun taas vaikutukset stressin sietoon ja älylliseen suorituskyykyyn ovat melko vähäisiä ja ristiriitaisia. (Ojanen 2002.)

Liikunnan myönteinen vaikutus tulee esiin sekä välittömästi yhden liikuntakerran että pitempään kestäneen liikunnan jälkeen. Ojasen (2002) mukaan, suurin osa tutkimuksista on koskenut aerobista, happea kuluttavaa, liikuntaa, jollaista on esimerkiksi juokseminen, pyöräily, squash, koripallo ja aerobic. Myös kevyempi, anaerobinen, liikunta näyttäisi vaikuttavan myönteisesti etenkin masennukseen. (Bosscher, Tilburg & Mellenbergh 1997, 240; Ojanen, 2002.)

Liikunnan vaikutukset psyykkiseen hyvinvointiin ovat sekä suoria että epäsuoria. Ahdistuneen ihmisen ei ole helppo olla tekemisissä muiden kanssa. Itseluottamuksen kasvu, ahdistuksen väheneminen sekä stressin siedon paraneminen helpottavat sosiaalista kanssakäymistä. Eri

liikuntamuodot tarjoavat erilaisia mahdollisuuksia sosiaalisiin kontakteihin. (Ojanen, 2002.)

Liikunnan kokonaisvaltaisesta, dynaamisesta tapahtumasta on vaikea erottaa selkeitä vaikuttavia tekijöitä. Lopputulokseen vaikuttavat ainakin muun muassa:

- liikuntamuodon- tai ohjelman uskottavuus ja hyväksyttävyyys (on mielletävä tehokkaaksi liikunnaksi).
- odotukset, sitoutuminen ja hyödyn kokeminen.
- liikunnan säännöllisyys.
- objektiiviset liikunnan seuraukset (painon väheneminen, suoritusten paraneminen).
- liikunnan harrastamiseen liittyvät esteet ja kannusteet (harrastamisen helppous).
- lähiympäristön ja muiden liikuntaan osallistuvien palaute.
- liikunnan vetäjän tai ohjaajan innostus ja auktoriteetti.

(Lintunen & ym. 1995, 15-16.)

Ojasen (1994) tekemän liikunta ja psyykinen hyvinvointi-tutkimuksen mukaan, liikunta muun muassa parantaa mielialaa, edistää mielenterveyttä, antaa vaihtelua sekä edistää fyysistä kuntoa. Näiden lisäksi liikunnalla pystytään vaikuttamaan muun muassa stressinsietokykyyn, itsetuntoon sekä rentoutumiseen. (Mts. 16-17.)

Pakkoliikunnalla ei saada aikaan psyykkistä hyvinvointia. Tavoitteena on omaehtoinen liikunta, koska sen hyöty on "kaksinkertainen" pakkoliikuntaan verrattuna. Liikunnalla on myös joitakin riskitekijöitä, joita esiintyy etenkin intensiivisessä liikunnassa. Erilaisiin liikuntamuotoihin sisältyy vammautumisen riski. Vammojen syntyminen aiheuttaa kipua, harmia ja epämielisuutta. (Ojanen, 2002.)

3 Elimellisoireiset häiriöt

Psykosomaattisen oireilun luokittelu on ollut vaikeaa. Psykiatrian kehityksen aikana psykosomaattisen häiriön käsite on muuttunut moneen otteeseen. Elimellisoireisten häiriöiden diagnosiryhmä tuli käyttöön DSM-III-luokituksen myötä 1980-luvulla. Tällä hetkellä on käytössä kaksi luokitusta, DSM-IV ja ICD-10. Elimellisoireisilla häiriöillä tarkoitetaan sellaisia psyykkisiä häiriöitä, joiden oireet viittaavat ruumiilliseen sairauteen. Oireet eivät kuitenkaan selity ruumiillisella sairaudella. (Joukamaa 2001, 244.) Tässä työssä olemme valinneet DSM-IV-luokituksen.

3.1 Somatisaatiohäiriö

Aalbergin (1998) mukaan somatisaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa mieli ei kykene psykologisin keinoin selvittämään siihen kohdistuvaa psyykkistä räsitetä. Kun psyykkiset toiminnot pettävät, tilanne synnyttää ”kiihtymystulvan” joka purkautuu ruumiillisin oirein. Somaattiset oireilut vaihtelevat yksilöllisesti. Somaattisen oireilun aiheuttava traumaattinen tapahtuma voi olla mikä tahansa. Tällaisia tilanteita ovat muun muassa suuret elämänmuutokset, kuten kuolemantapaukset, onnettomuudet, erot, itsetunnon vammat ja menetykset. (Aalberg 1998, 220.)

Somatisaatiohäiriön kriteereiksi lasketaan vähintään kahden vuoden aikana esiintyneet runsaat tai vaihtelevat somaattiset oireet. Oireiden vuoksi potilas joutuu toistuvasti hakeutumaan lääkärin hoitoon, löytämättä kuitenkaan lääketieteellistä vastausta vaivoihin. Oireet haittaavat potilaan päivittäisiä toimintoja. (Joukamaa 2001, 246.)

Somatisaatiohäiriön pitää alkaa ennen 30 vuoden ikää, somaattisten oireiden vähimmäismäärä on kahdeksan, joista vähintään neljä kipuoiretta, kaksi gastrointestinaalialueen oiretta sekä yksi seksuaalinen ja yksi pseudoneurologinen oire. (Mts. 246.)

Keskeisimmät oireet ovat yleensä moninaisia, toistuvia erilaisine muuttuvine ruumiillisine oireineen. Oireet ovat tavallisesti kestäneet useita vuosia, ennen kuin häiriötä ryhdytään psykiatrisesti tutkimaan. Monilla potilailla on takanaan pitkä hoitohistoria perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palveluiden piirissä. (Mts. 246-247.)

Somatisaatiohäiriöön liittyy runsas komorbiditeetti eli kahden tai useamman itsenäisen sairauden samanaikainen esiintyminen muiden psyykkisten häiriöiden kanssa. Somatisaatiohäiriön kanssa esiintyy usein masennustilaa sekä paniikkihäiriötä. Taudin kuvaan saattaa liittyä myös liiallinen tukeutuminen riippuvuutta aiheuttaviin lääkkeisiin. Somatisaatiohäiriön vaikeusaste vaihtelee, esimerkiksi stressi voi laukaista oireiston vaikeammaksi. Tietoa taudin kulusta on vähän ja varsinaista paranemista tapahtuu hyvin harvoin, kuitenkin on mahdollista, että jossain vaiheessa häiriö muuntuu selvemmin joksikin muuksi psyykkiseksi häiriöksi. (Mts. 248.)

Joukamaan (2001) mukaan lähtökohtana erotusdiagnostiikassa on sellaisten sairauksien poissulkeminen, joihin kulloinkin kuvatut somaattiset oireet voisivat liittyä. Tärkeää on myös kiinnittää huomiota oireiden voimakkuuteen sekä niiden aiheuttamaan haitta-asteeseen. (Mts. 249.)

Spesifistä psykiatrista hoitoa somatisaatiohäiriöön ei ole olemassa. Hoidon perustana on hyvä ja kiinteä hoitosuhde lääkärin ja potilaan välillä. Tärkeää on myös, että potilas oppii elämään oireidensa kanssa. Hyvän hoidon lähtökohtana on myös aikainen oireiden alkuperän tunnistaminen. Potilaan on myös opittava tunnistamaan psykososiaaliset tekijät, jotka voimistavat oireita, jolloin hän myös oppii ymmärtämään psyykkiset tekijät oireiden taustalla. (Mts. 249-250.)

3.2 Erilaistumaton elimellisoireinen häiriö

Diagnoosia erilaistumaton elimellisoireinen häiriö käytetään silloin, kun oirekuva on samankaltainen kuin somatisaatiohäiriöissä, mutta kaikki taudinkuvan kriteerit eivät täyty. On kiistelty siitä ovatko nämä häiriöt erillisiä vai samanlaisen oireilun eri vaikeusasteita. Keskeinen erotusdiagnostinen tekijä on oireiden vähäisyys erilaistumattomassa elimellisoireisessa häiriössä. Erilaistumattoman elimellisoireisen häiriön diagnostisia kriteereitä ei ole tarkasti rajattu, joka haittaa diagnoosinimikkeen käyttökelpoisuutta. (Isaac & Chand 2006; Joukamaa 2001, 250-251.)

3.3 Konversiohäiriö

Konversio on pitkään tunnettu, psyykkisistä syistä johtuva oiremuodostus. Konversio on tila, jossa mieli käyttää haluamallaan tavalla ruumista ja sen toimintoja tasapainon säätelyssä. Konversio ikään kuin suojelee psyykettä, koska muodostunut somaattinen oire peittää alleen häiritsevän psyykkisen ristiriidan. (Aalberg 1998, 221.)

Keskeinen piirre konversiohäiriössä on vähintään yhden sensoriseen tai tahdonalaiseen motoriseen toimintaan vaikuttava puutos tai oire. Usein oireet tai puutokset viittaavat neurologiseen sairauteen, kuitenkin oire ei selity millään ruumiillisella sairaudella. Diagnoosia tehtäessä täytyy olla myös näyttöä siitä, että psykologiset tekijät liittyvät oireeseen. Oireet ja puutokset eivät myöskään saa olla tarkoituksellisesti tuotettuja tai teeskenneltyjä. Tyypillisimpiä konversio-oireita ovat erilaiset motoriset heikkoudet, aistitoiminnan puutokset sekä erilaiset epilepsiaa muistuttavat kohtaukset. Konversiohäiriöistä kärsivä potilas uskoo vakaasti oireisiinsa ja yrittää käyttäytymisellään saada muut vakuuttuneeksi oireen todenperäisyydestä. (Synghel & van Copenolle 1997, 292-293; Joukamaa 2001, 251.)

Usein konversiohäiriöpotilas peilaa tiedostamattaan sellaisen potilaan käytöstä, jolla on etiologialtaan vastaava somaattinen oire. Mitä enemmän potilaalla on lääketieteellistä tuntemusta, sitä "aidompia" ovat hänen oireensa. Lähemmässä lääketieteellisessä tutkimuksessa ei löydöksiä kuitenkaan löydy. Oireet alkavat äkkiä ja voivat hävitä myös yhtä nopeasti kuin tulivatkin, eikä ole tavatonta, että oirekuva muuttuu toisenlaiseksi. (Mts. 251.)

Konversiohäiriön kohdalla puhutaan usein sekundaarihyödystä, jolla tarkoitetaan potilaan saamaa hyötyä oireista, esimerkiksi oireiden vuoksi potilas voi välttyä epämiellyttävistä tilanteista. (Mts. 252.)

Tyypillisesti konversiohäiriö alkaa nuoruusiässä tai varhaisessa aikuisiässä. Oireet ilmaantuvat äkillisesti ja kestävät viikkoja tai kuukausia. Oireen kestäessä pidempään liittyy siihen myös sekundaarisesti kudosten degenaaraatiota, jolloin oireesta tulee pysyvä. Oireiden uusiutuminen on suhteellisen tavallista. Usein konversiohäiriöpotilaalla esiintyy vain yksi oire samanaikaisesti. Uusiutumistilanteessa oire saattaa muuttua. Häiriön ennusteesta on vähän tietoa. (Mts. 252.)

Tarkkoja tutkimuksia konversiohäiriön esiintyvyydestä eikä yleisyydestä Suomessa ei ole tehty. Arvellaan, että konversio-oireet ovat melko yleisiä ja että konversiohäiriö on yleisimpiä somaattisia häiriöitä. Häiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä, sitä esiintyy myös enemmän alemmissa sosiaaliryhmissä. (Mts. 252-253.)

3.4 Hypokondriinen häiriö

Aalbergin (1998) mukaan hypokondrialla tarkoitetaan kuviteltua sairautta, jonka olemassaolosta potilas on täysin vakuuttunut, vaikka lääkärit eivät kykene havaitsemaan mitään elimellistä vikaa tai mahdollinen elimellinen vika ei aiheuta niitä oireita, joita potilas kuvaa. (Aalberg 1998, 224.)

Hypokondrinen oire voi esiintyä itsenäisenä häiriönä tai liittyä muihin mielenterveyden häiriöihin, esimerkiksi masentuneisuuteen tai skitsofreniaan. Diagnoosin lähtökohtana on potilaan vähintään kuusi kuukautta kestänyt pelko ja uskomus siitä, että hän sairastaa vakavaa ruumiillista sairautta. Hypokondrinen häiriö aiheuttaa potilaalle merkittävää haittaa sosiaalisilla sekä ammatillisilla toiminnan alueilla. Potilaan uskomus vakavasta sairaudesta ei kuitenkaan yllä harhaluuloisuuden asteelle. (Joukamaa 2001, 254-255.)

Aikaisemmin sairastettu vaikea ruumiillinen sairaus tai läheisen ihmisen sairaus tai kuolema saattaa laukaista hypokondrisen häiriön synnyn. Potilas tarkkailee jatkuvasti omaa tilaansa sekä etsii itsestään erilaisia oireita ja tulkitsee väärin elimistönsä normaaleja reaktioita. Usein potilaan huomio kiinnittyy yhteen tai korkeintaan kahteen elimeen tai elinjärjestelmään. Tyypillistä potilaille on myös lääketieteen kirjallisuuteen tutustuminen. (Mts. 255.)

Joukamaan (2001) mukaan, ensisijainen, ”puhdas” hypokondria on harvinaista. Martinin ja Jacobin (2006) Saksassa tekemässä tutkimuksessa he tutkivat hypokondrian yleisyyttä potilasmateriaalissa. Tutkimukseen osallistui 4181, 18-65 potilasta. Tuloksista selvisi, että vain kolme potilasta (0,05%) täyttivät täysin DSM-IV-luokituksen mukaiset kriteerit hypokondriasta. (Martin A, & Jacobi F.)

Usein masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen liittyy hypokondrisia oireita. Hypokondrista häiriötä sairastavalla potilaalla on usein takanaan pitkä hoitohistoria. Potilailla ei useinkaan ole psykiatrissa sairauden tuntoa, jolloin epäily oireiden psyykkisestä alkuperästä saattaa loukata potilasta. (Joukamaa 2001 255.)

Hypokondria voi alkaa missä ikävaiheessa tahansa. Häiriön kulku on pitkäaikainen, eikä tarkkaa tietoa sairauden kulusta ole. Hypokondrian etiologia on tuntematon eikä sen yleisyydestä väestössä ole tietoa. (Mts. 256.)

Erotusdiagnostiikan lähtökohtana on niiden somaattisten sairauksien poissulkeminen, mitä potilas pelkää sairastavansa. Somaatisaatiohäiriössä somaattiset oireet ovat runsaampia kuin hypokondriassa. Hypokondriassa potilaan huomio on kiinnittynyt ruumiillisen sairauden olemassaoloon ja siihen mitä seuraamuksia sillä voi olla, kun taas somatisaatiohäiriössä potilaan huomio on kiinnittynyt itse oireisiin ja niistä aiheutuvaan haittaan. Hypokondria-diagnoosia tehdessä on suljettava pois tyypilliset ahdistuneisuushäiriöt sekä masennustila. Lääkärin on myös selvitettävä pelon tai luulon vaikeusaste harhaluuloisuuden poissulkemiseksi. (Mts. 256.)

Hypokondrisesta häiriöstä kärsivä potilas ei hakeudu psykiatriseen hoitoon vaan yleislääkärille tai erikoislääkärille. Psykiatrisen hoidon aloittaminen on ongelmallista, potilaan huonon motivaation sekä vakuuttuneisuuden somaattisen sairauden olemassaolosta johtuen. Perusterveydenhuollossa potilas tulisi saada kiinnittymään hoitosuhteeseen. Hoitosuhteessa ei ole syytä kieltää potilaan oireita, mutta potilaan vaatimia somaattisia tutkimuksia tulisi rajoittaa. (Mts. 257.)

3.5 Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö

Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö on uusi diagnoosinimike DSM-IV-luokituksessa. Dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön etiologiasta, epidemiologiasta, ennusteesta sekä taudinkulusta on hyvin vähän tietoa. (Joukamaa 2001, 257.)

Joukamaan (2001) mukaan, dysmorfisen ruumiinkuvan häiriölle on tyypillistä potilaan keskittyminen fyysiseen ulkomuotoonsa. Potilas saattaa olla vakuuttunut ulkonäkönsä piirteiden poikkeavuudesta tai epämuotoisuudesta. Vaikka potilaalla saattaisi todellisuudessa ollakin jotain poikkeavaa ulkomuodossa, tähän reagoiminen on huomattavan suurta ja poikkeavuuden pohtiminen runsasta. Ulkomuodon poikkeavuus voi liittyä mihin ruumiinosaan tahansa, usein kuitenkin kyseessä on muiden nähtävissä oleva ruumiinosa,

esimerkiksi kasvojen alue. Jos potilaan epärealistinen kuvitelma liittyy ylipainoisuuteen, tällöin kyse on syömishäiriöstä. Dysmorfisessa ruumiinkuvan häiriössä apu saattaa löytyä lääkehoidosta. (Mts. 258.)

3.6 Pitkäaikainen kipuoireyhtymä (kipuhäiriö)

Kipua on mikä tahansa sellainen kokemus jonka henkilö määrittelee kivuksi. Kipu on epämiellyttävä, yksilöllinen tunne tai tila, jota ei voi verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipu on aina henkilölle todellista. (Sailo 2000, 30.)

Kivun luonteen määrittäminen on subjektiivinen kokemus, jota ei voi suoranaisesti mitata millään objektiivisella tutkimusmenetelmällä. Tämän vuoksi kivun määrittely, samoin kuin kivun jaottelu on ollut pitkään ongelmallista. (Joukamaa 2001, 258.)

Krooninen kipu liittyy yleisesti psykiatriseen sairastavuuteen. Kroonisessa kivussa kiputuntemus jatkuu yli sen ajan, mikä menee kudosaaurion korjaamiseen. Yleensä kroonisen kivun rajana pidetään kuutta kuukautta, kuitenkin vähintään kolmea kuukautta. Kivun muuttuessa krooniseksi, mukaan tulevat yleensä aina somaattiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin tekijät. (Mts. 258.)

Vainion (2002) mukaan kipuhäiriö tarkoittaa suurin piirtein samaa kuin idiopaattinen kipu. Idiopaattinen kipu on sitä, että potilaalla ei voida todeta mitään kipua selittävää kudosa- tai hermovauriota. Aikaisemmin idiopaattista kipua kutsuttiin somatoformiseksi kipuoireyhtymäksi ja vastaavasti sitä ennen psykogeeniseksi kivuksi. Termien tiheä vaihtuminen antaa hyvän kuvan siitä miten vaikeaa psyykkisten tekijöiden ja kivun välisten yhteyksien jaottelu on. (Vainio 2002, 99.)

Kipuhäiriön diagnoosia tehdessä kivun kesto on oltava vähintään kuusi kuukautta, ja sitä on esiinnyttävä useimpina päivinä. Kipu saattaa liittyä tunne-elämän ristiriitaan tai psykososiaalisiin ongelmiin. DSM-IV-luokituksessa kipuhäiriössä erotetaan erikseen akuutti ja krooninen kipu; jakoperusteena kuuden kuukauden kesto. (Joukamaa 2001, 259.)

Kipu voi esiintyä missä iässä tahansa, esiintyvyyshuippu kuitenkin lienee keski-iässä. Ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt liittyvät samanaikaisina häiriöinä kipuoireyhtymään. Kipuhäiriön kulussa on huomattavia eroja sen suhteen, minkä ruumiinosan tai elimen kivusta on kyse. Työkyvyn palautumisen suhteen ennustetta pidetään huonona, jos invalidisoiva kipu on kestänyt vuoden ajan. Kroonisen kivun yhteydessä on usein mukana myös persoonallisuushäiriötä ja päihteiden väärinkäyttöä. (Mts. 259.)

Potilaalta pitää aluksi selvittää mahdollisesti esiintyvät ruumiilliset sairaudet ja niiden merkitys kivussa. Tärkeää on myös varmistaa psyykkisten tekijöiden osuus, esimerkiksi tunne-elämän ristiriidat. Jos potilaalla todetaan muu psykiatrinen häiriö, jolla kipu selittyy, käytetään sitä. Pitkäaikainen kipuoireyhtymä on siis psykiatrisesti toissijainen diagnoosi. (Mts. 260.)

Suurin osa kipupotilaista hoidetaan muualla kuin psykiatrisen sairaanhoidon piirissä. Kroonisen kivun hoito on vaikeaa. Kipuhoidon pitää olla yksilöllistä, pitkään jatkuvaa, hyvää hoitosuhdetta missä empaattinen asenne ja tarkka kipulääkitys ovat hyvän hoidon lähtökohtia. (Mts. 260.)

Lääkehoidossa kokemus on osoittanut, että on mielekkäämpää määrätä särkylääkettä säännöllisinä kuureina käytettäväksi kuin kivun aiheuttaman tarpeen mukaan. Kipupotilailla on olemassa suuri vaara joutua lääkeriippuvuuteen. (Mts. 260.)

3.7 Pitkäaikainen väsymysoireyhtymä

Pitkäaikainen väsymysoireyhtymä diagnoosi nimike on otettu käyttöön vasta hiljattain. Pitkäaikaisen väsymysoireyhtymän katsotaan olevan eräs neurastenian muoto tai ainakin hyvin lähellä sitä. (Joukamaa 2001, 262.)

Joukamaan (2001) mukaan pitkäaikaisen väsymysoireyhtymän yleisyyttä eikä etiologiaa tiedetä. On esitetty, että oireyhtymä olisi neuroimmunologinen häiriötila tai virustulehduksen pitkäaikaiskomplikaatio. Myös useita viruksia on esitetty sen aiheuttajiksi. Empiirisiissä tutkimuksissa ei kuitenkaan ole saatu tieteellistä tukea näille väitteille. Varmaksi ei tiedetä onko oireyhtymä ensisijaisesti kytköksissä ruumiilliseen sairauteen vai mielenterveyshäiriöihin. Pitkäaikaisen, yli puoli vuotta jatkuneen väsymyksen lisäksi, oireyhtymään kuuluu muita oireita, kuten kipuja, kuumeilua, imusolmukkeiden arkuutta sekä ahdistus- ja masennusoireita. (Mts. 262.)

Häiriön tuntemattomasta alkuperästä johtuen spesifiä hoitoa tähän oireyhtymään ei ole. Pitkäaikainen, tukea sekä käytännön sopeutumiskeinoja antava hoitosuhde on potilaalle tärkeä. Potilaan hoidossa on tärkeää sulkea pois erilaiset ruumiilliset sairaudet sekä hoitaa rinnakkain esiintyvät mielenterveyden häiriöt (erityisesti masennustilat). Osa potilaista on hyötynyt masennuslääkkeistä. Kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta on myös saatu hyviä tuloksia, samoin ruumiillisen peruskunnon kohentamisesta. (Mts. 262-263.)

3.8 Joukkohysteria

Somatoformisella epidemialla, eli joukkohysterialla tarkoitetaan usealla eri ihmisellä samanaikaisesti esiintyvää samankaltaista oireilua. Joukossa esiintyvä sairauskäyttäminen ei johdu mistään ruumiillisesta sairaudesta.

Tyypillisiä oireita ovat mahakivut, huimaus rintatuntemukset ja pahoinvointi. Usein taustalla on jokin huhu tai pelko siitä, että oireet on aiheuttanut jokin ulkoinen tekijä. (Joukamaa 2001, 263.)

Joukamaan (2001) mukaan, joukkohysteria puhkeaa yleensä sellaisessa ihmisryhmässä, joka on tiiviisti tekemissä toistensa kanssa kuten työpaikoilla ja koululuokissa. Oireiston kesto ei ole yleensä pitkä. Epidemian hoito on yksinkertainen: oireilevia rauhoitetaan sekä saatetaan pois muun ryhmän piiristä. Väärien huhujen korjaaminen on myös tärkeää. (Mts. 263.)

3.9 Muut elimellisoireiset häiriöt

Muissa elimellisoireisissa häiriöissä potilaan kuvaavat oireet eivät välity autonomisen hermoston kautta ja ovat rajoittuneet tiettyihin elinjärjestelmiin tai ruumiinosiin. Tähän ryhmään kuuluvat muun muassa psyykkisperäiset kuukautiskivut ja psyykkisperäinen päänsärky. Samoin erilaiset ihotuntemukset, kuin myös hampaiden kiristely kuuluvat tähän ryhmään. (Joukamaa 2001, 264.)

4 Tutkimuksen lähtökohdat

4.1 Tavoite ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tavoitteena on koota otos Suomessa käytetyistä fysioterapiakäytänteistä elimellisistä häiriöistä kärsivien potilaiden kohdalla. Työn tavoitteena on tuoda uutta tietoa fysioterapiasta Keski-Suomen Keskussairaalan sekä Jyväskylän Ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoille sekä heidän opettajilleen.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mikä on elimellisten häiriöiden tyypillinen oirekuva ja elimellisoireisten häiriöiden yleisyys (haastateltavien fysioterapeuttien arvio) potilasmateriaalissa?
2. Mitkä ovat fysioterapian tavoitteet ja käytetyt terapiamenetelmät elimellisistä häiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa?
3. Minkälaista on psykiatrisen sairaalan moniammatillinen yhteistyö ja millaisia työn kehittämisideoita fysioterapeuteilla on?

4.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa on käytetty sekä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusnäkökulmaa että kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusnäkökulmaa. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimusnäkökulman käyttöä samassa tutkimuksessa kutsutaan menetelmätriangulaatioksi (Eskola & Suoranta 2005, 70.)

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole mitata tilastollisesti jotain tiettyä ilmiötä, vaan pyrkiä ymmärtämään tietyn ilmiön esiintymisen syitä ja merkityksiä (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002, 22). Kvalitatiivinen tutkimus rajoittuu yleensä pieneen tutkittavien määrään. Kvalitatiivisilla menetelmillä pyritään löytämään selitykset selvitettävänä oleviin tutkimusongelmiin. Laadullisten tutkimusten avulla pyritään myös antamaan virikkeitä jatkotutkimusaiheille. (Heikkilä 1998, 16-17.)

Määrällisen tutkimuksen avulla pyritään selvittämään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavan asian muutoksia (Heikkilä 1998, 15). Määrällinen tutkimus

perustuu aineiston mitattavissa olevien suhteiden tarkasteluun. Aineistoista muovataan erilaisia muuttujia ja luokituksia mittaamista varten. Määrällinen tutkimus hyödyntää suuria aineistoja, edustavia otoksia ja tilastollisia menetelmiä aineiston analyysissä. (Viestintätieteellinen laitos 2006.)

Tutkimusmenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelulomaketta. Puolistrukturoitua haastattelulomaketta käytettäessä on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka järjestys ja muoto puuttuvat. Puolistrukturoitua haastattelulomaketta käytetään myös, jos tutkimusaineistosta halutaan laskea frekvenssejä ja sitä voidaan saattaa tilastollisen analyysin muotoon sekä tuloksia voidaan tulkita monin eri tavoin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 205; Metsämuuronen 2003, 189.) Kokosimme haastattelulomakkeeseen (Liite 1) kymmenen kysymystä joiden avulla pyrittiin saamaan vastauksia tutkimusongelmiin.

4.3 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohdejoukko koostui yhdeksästä psykiatrisessa sairaalassa toimivasta fysioterapeuteista. Kohdejoukkoa suunniteltaessa pyrittiin saamaan kaikista Suomen suurimmista psykiatrisista sairaaloista haastateltava, jotta pienellä kohdejoukolla saataisiin mahdollisimman kattava edustus koko Suomesta. Haastateltavat valittiin etukäteen yhdessä opinnäytetyön ohjaajan kanssa.

Aineiston keruu toteutettiin touko - kesäkuussa 2006. Haastatteluun sopivia henkilöitä etsittiin puhelimitse. Haastateltavan sekä sairaalan myönteisen päätöksen jälkeen sovittiin haastatteluaika. Haastattelut toteutettiin haastateltavien työaikana. Haastateltavia pyydettiin etukäteen tutustumaan elimellisiin häiriöihin ja niihin kuuluviin diagnooseihin.

Seitsemän fysioterapeuttia haastateltiin puhelimitse sekä kaksi tapaamalla henkilökohtaisesti. Yksi puhelimitse haastateltavista fysioterapeuteista jouduttiin jättämään pois tutkimuksen luotettavuuden vuoksi.

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysissä käytimme sisällön erittelyä. Sisällön erittelyssä tekstiä kuvataan kvantitatiivisesti. Asetettuihin tutkimusongelmiin vastataan kvantitatiivisten mittaustulosten avulla. (Eskola & Suoranta 2005, 185.)

Käytimme myös kvantifoimista yhtenä osana sisällönerittelyä, jolloin tulokset voidaan kuvata myös määrällisinä ja näin tuloksiin saadaan lisänäkökulmaa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 35.)

Työssämme olemme ryhmitelleet aineiston tutkimusongelmien mukaisesti. Tulokset raportoidaan tutkimusongelmittain. Raportoinnissa käytimme Microsoft Excel ohjelmaa kuvioden tekemiseen. Kuvioden avulla pyrimme selventämään tulosten esittämistä.

4.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulisi olla toistettavissa ja toistettavuuden ansiosta se ei antaisi sattumanvaraisia tuloksia. Validius taas tarkoittaa sitä, että tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä mitä pitääkin. (Hirsjärvi ym. 2000, 213.)

Laadullisessa tutkimuksessa tärkein luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja näin ollen arvioinnissa on otettava huomioon koko tutkimusprosessi. Laadullisen tutkimuksen arvioitavuudesta käydyissä keskusteluissa on myös

esitetty ajatus siitä, että perinteiset validiteetti ja reliabiliteetti eivät sellaisinaan soveltuisi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden perusteiksi (Eskola & Suoranta 2005, 210-211.)

Sisällönanalyysia käytettäessä haasteena on, kuinka aineisto pystytään pelkistämään niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkijan tulee osoittaa yhteys luotettavasti tulostensa ja aineistonsa välillä. Sisällön erittelyn luotettavuuden lisäämiseksi käytimme työssämme face-validiteettia. Face-validiteetilla tarkoitetaan, että tutkimustulokset esitetään henkilölle, joita aineisto koskee tai, jotka ovat muuten tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkimustulosten lukijoiden kesken lasketaan yhtäpitävyyskerroin, joka kertoo asiantuntijoiden välisen yksimielisyyden. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36, 37.)

Haastattelulomake suunniteltiin tutkimusongelmien pohjalta. Ennen haastatteluvaiheeseen siirtymistä haastattelulomakkeen kysymykset käytiin läpi yhdessä opinnäytetyönohjaajan kanssa. Haastattelijoiden kesken sovittiin yhtenäinen toimintamalli (Liite 2) puhelinhaastatteluja varten. Yhtenäisellä toimintamallilla pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Samaa toimintamallia käytettiin myös tilanteissa, joissa haastateltavat tavattiin henkilökohtaisesti.

Haastattelukysymykset ovat olleet kaikille samat ja ne on esitetty kaikille samassa järjestyksessä. Valitsemamme haastattelumenetelmän etu on ollut se, että haastateltavalla on ollut mahdollisuus tarkentaa ja perustella vastauksia tai tarvittaessa pyytämään tarkennusta, jos ei ole kysymystä ymmärtänyt.

Haastattelun luotettavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että haastattelumateriaali käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettöminä. Janhosen ja Nikkosen (2001) mukaan, luottamuksen rakentaminen tutkijan ja tiedonantajan välille on edellytyksenä sille, että tiedonantajat voivat kertoa itselleen merkityksellisiä asioita, jotka kiinnostavat myös tutkijaa. Tämä tutkijan ja tiedonantajan välinen

luottamuksellinen suhde sisältää eettisiä ja kriittisiä kysymyksiä, joihin ei ole yksiselitteisiä vastauksia (Janhonen & Nikkonen 2001, 37.)

Tutkimustuloksia julkistettaessa on myös tärkeää pitää huolta luottamuksellisuuden säilyttämisestä sekä anonyymiteettisuojasta. Tietoja kerätessä on luvattu niiden nimettömyys joten tutkimustuloksia julkistettaessa on pidettävä huoli siitä, että haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu. (Eskola & Suoranta 2005, 57.)

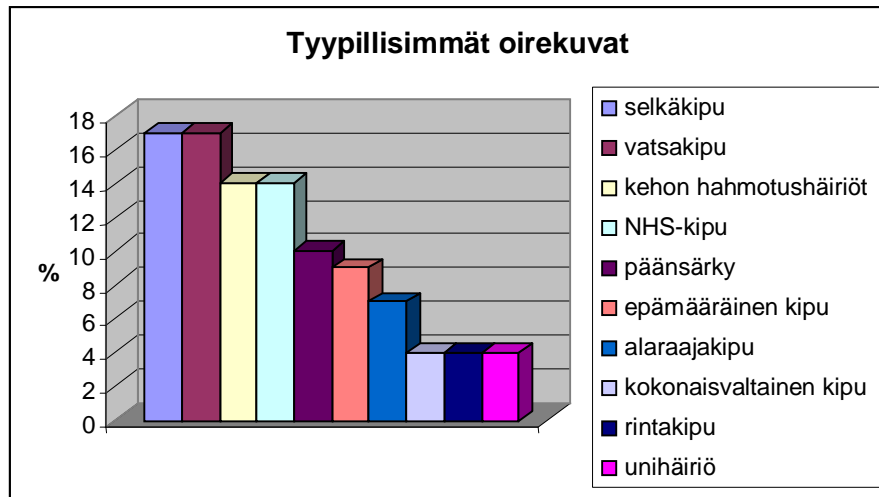
5 Tutkimustulokset tutkimusongelmittain

5.1 Elimellisoireisten häiriöiden yleisyys (haastateltavien fysioterapeuttien arvio) potilasmateriaalissa sekä tyypillinen oirekuva elimellisissä häiriöissä

Kenelläkään haastateltavista ei ollut tilastoitua tietoa potilaattensa diagnosoiduista elimellisoireisista häiriöistä. Diagnosoitu elimellisoireinen häiriö pitää ilmetä lääkärin kirjoittamassa läheteessä fysioterapiaan.

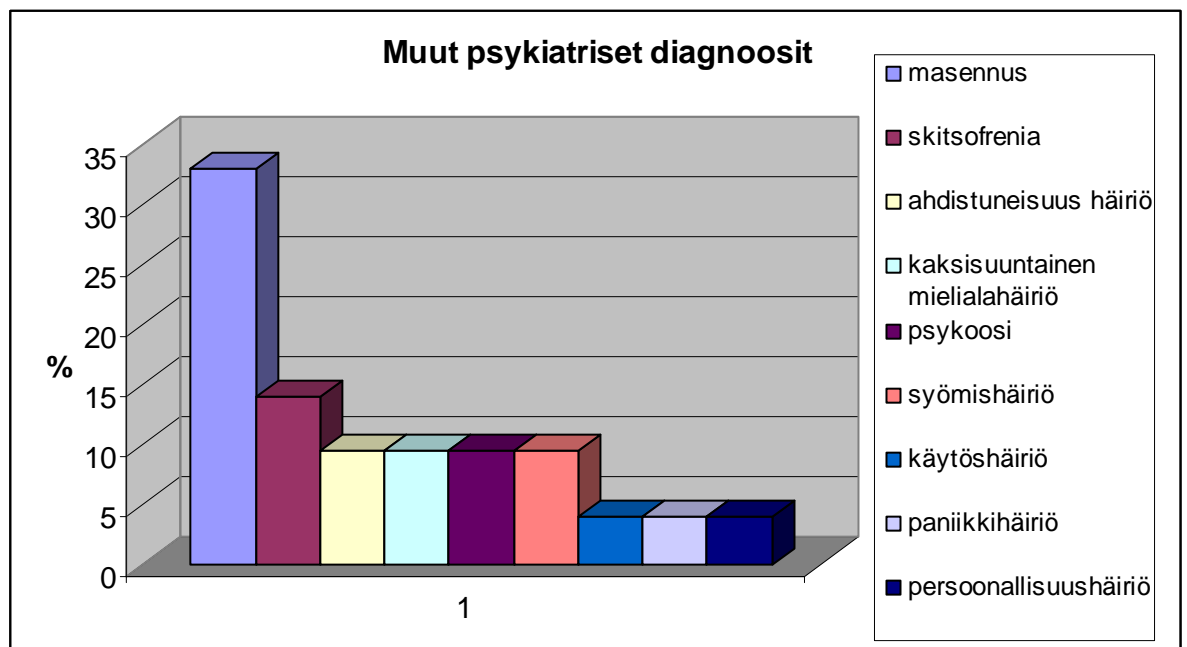
Haastateltavista kuusi osasi antaa subjektiivisen arvion fysioterapiaan tulevista diagnosoiduista elimellisoireisista häiriöistä kärsivistä potilaista. Subjektiiviset arviot haastateltavien kesken vaihtelivat välillä 5-80%. Kaikista fysioterapiaan tulevista potilaista, elimellisistä häiriöistä kärsii, haastateltavien subjektiivisen arvion mukaan, 10-100%.

Tyypillisin oirekuva elimellisissä häiriöissä on erilaiset kipuoireet, 76%. Tyypillisimmät kipuoireet ovat selkä- ja vatsakivut, molemmat 17%. Kolmanneksi yleisin kipuoire on haastattelun mukaan NHS-alueen kipu, 14%. Neljänneksi yleisin kipuoire on päänsärky, 10%. Lisäksi haastattelussa selvisi, että yleinen oirekuva on kehon hahmotushäiriöt, 14%.



KUVIO 2. Tyypillisimmät oirekuvat.

Elimellisten häiriöiden lisäksi potilailla on usein myös muita psyykkisiä häiriöitä. Haastattelussa yleisin muu psykiatrinen diagnoosi on masennus, 33%. Toiseksi yleisin muu psykiatrinen diagnoosi on skitsofrenia, 14%.



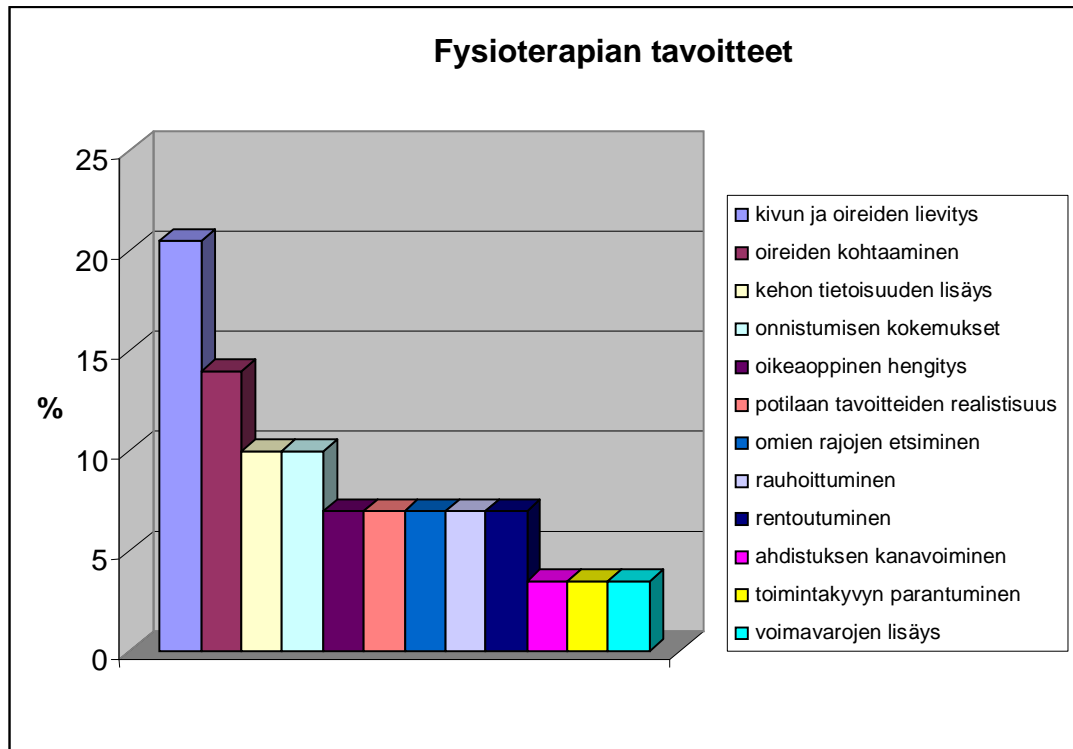
KUVIO 3. Muut psykiatriset diagnoosit.

5.2 Fysioterapian tavoitteet ja käytetyt terapiamenetelmät elimellisistä häiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa

Seitsemän haastatteluun vastanneista fysioterapeuteista käyttää elimellisistä häiriöistä kärsivän potilaan tutkimiseen lomaketta. Näistä viidellä fysioterapeutilla on käytössään sairaalan oma lomake. Sairaaloiden omista lomakkeista potilailta selvitetään muun muassa kipuoireet, ryhti, lihaskireydet, hengitys, asento, liikuntakyky, harrastukset, tasapaino sekä potilaan oma arvio tilastaan että odotukset fysioterapian kulusta.

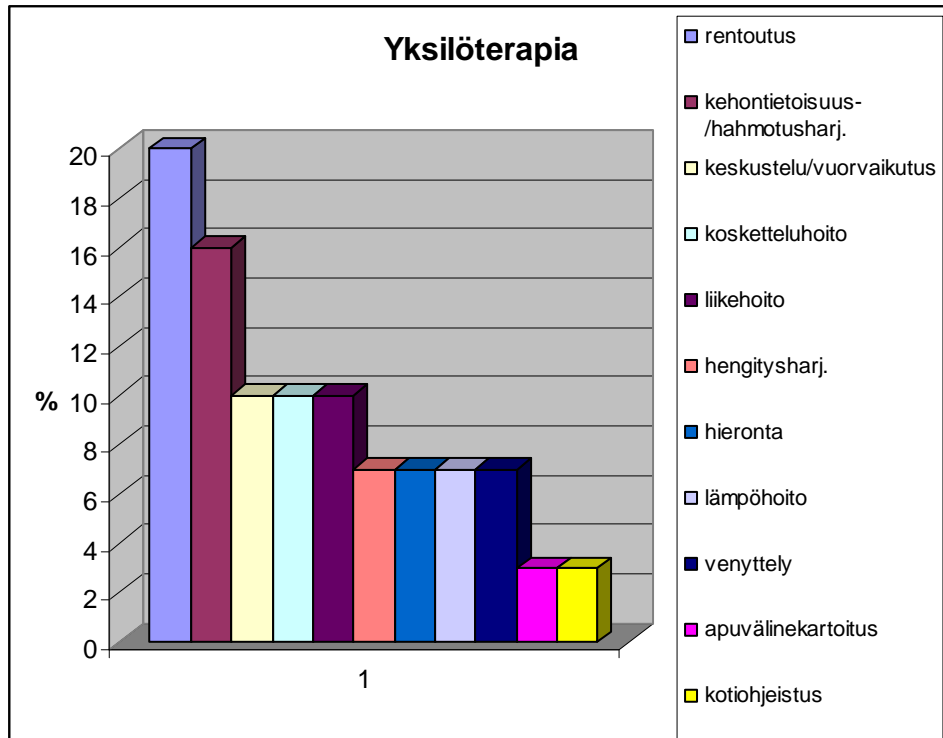
Haastateltavista, joilla ei ollut käytössään sairaalan omaa lomaketta, on käytössä muun muassa kipukyselykaavake sekä kipujana. Lähes puolet (43%) lomakkeita tutkimiseen käyttäneistä fysioterapeuteista kertoo hyödyntäneensä myös Bunkanin voimavaramittaria.

Yleisin fysioterapian tavoite haastateltavilta kysyttäessä on kivun ja oireiden lievitys, 21%. Toiseksi yleisin fysioterapian tavoite on oireiden kohtaaminen, niihin vastaaminen ja niiden kanssa elämään oppiminen, 14%. Kolmanneksi yleisimmät fysioterapian tavoitteet ovat kehon tietoisuuden lisääminen sekä kehon hahmottaminen että erilaiset onnistumisen kokemukset, 10%.



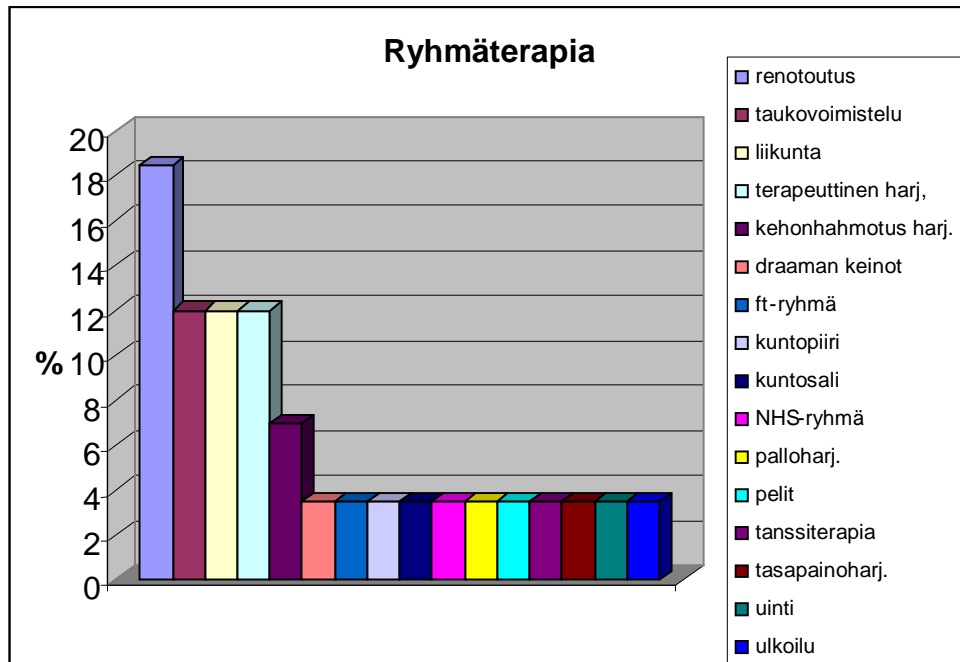
KUVIO 4. Fysioterapian tavoitteet.

Haastattelun mukaan yleisin yksilöterapiamuoto fysioterapiassa ovat erilaiset rentoutusmenetelmät, 20%. Toiseksi yleisimmät terapiakeinot ovat kehontietoisuus- ja hahmotusharjoitukset, 16%.



KUVIO 5. Yksilöterapia.

Yleisimmät haastattelussa ilmi tulleet ryhmäterapiamuodot ovat erilaiset rentoutusmenetelmät, 18,5 %. Toiseksi yleisimmät ryhmäterapiamuodot ovat erilaiset voimistelu- ja liikuntaryhmät sekä terapeuttinen harjoittelu, 12%.



KUVIO 6. Ryhmäterapia.

Kenelläkään haastateltavista fysioterapeuteista ei ole nyt eikä ole ollut aikaisemmin omaa ryhmää elimellisistä häiriöistä kärsiville potilaille. Kolme haastatelluista koki, että tällaisesta ryhmästä voisi olla hyötyä, kun taas puolet haastatelluista on sitä mieltä, ettei ryhmästä olisi hyötyä. Yksi haastatelluista löysi sekä hyviä että huonoja puolia ryhmän perustamisesta.

Perusteluja ryhmän hyödyllisyydestä ovat muun muassa potilaiden kokemusten jakaminen, joka voisi auttaa lieventämään oireita. Haastatteluissa tuli ilmi ajatuksia erilaisista itsetuntemus-, kehonkuva- ja voimavararyhmistä niin sanottujen ”normaalien” liikuntaryhmien lisäksi. Aktiivisella liikuntaryhmällä on mahdollisuus saada potilaat unohtamaan kipunsa.

Perusteluja ryhmän hyödyttömyydestä ovat muun muassa ajan puute, muiden ryhmien paljous sekä ryhmään osallistuvien potilaiden vähäisyys. Miltei puolet (40%) ryhmän hyödyttömyyden kannalla olevista ei kuitenkaan osannut perustella mielipidettään.

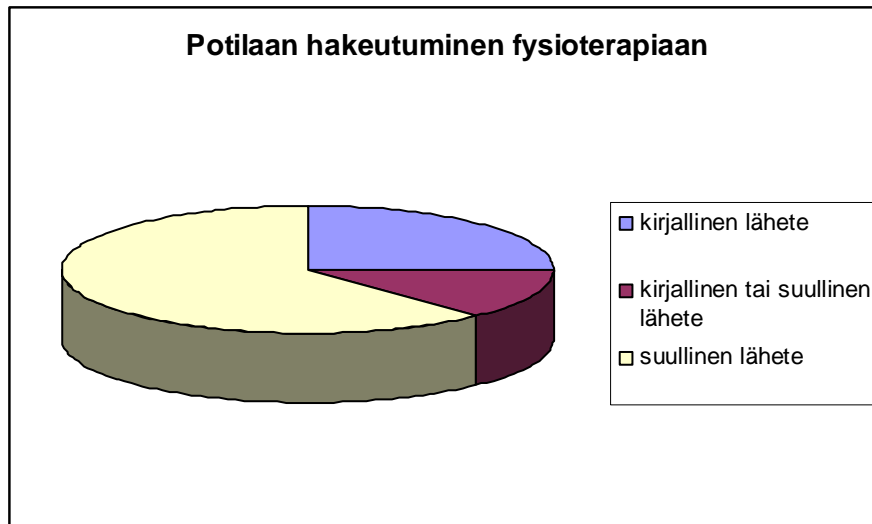
Noin kolmannes haastatteluun osallistuneista ei osannut nimetä yhtä ainoaa tehokkainta terapiamuotoa, vaan katsovat fysioterapiaa kokonaisuutena. Tärkeinä terapiamuotoina fysioterapian onnistumisen kannalta haastateltavat pitävät muun muassa yksilörentoutusta, lämpöhoitoa, hierontaa sekä hengitysharjoituksia. Haastateltavien mukaan fysioterapian onnistumiseen vaikuttaa myös pitkäaikainen kuntoutus ja hyvä vuorovaikutussuhde terapeutin ja potilaan välillä.

Kysymykseen minkälaisia tuloksia ja muutoksia on esiintynyt potilaiden toimintakyvyssä, haastateltavat kertoivat, että muun muassa liikunnan avulla potilaat ovat pystyneet unohtamaan hetkellisesti kipunsa. Tällä on ollut myös vaikutusta siihen, että potilaat aktivoituvat enemmän ja näin ollen motivoituvat hoitoon paremmin. Haastateltavien mukaan terapian aikana potilaiden luottamus itseensä kasvaa.

5.3 Psykiatrisen sairaalan moniammatillinen yhteistyö sekä fysioterapeuttien työn kehittämisedat

Haastateltavista fysioterapeuteista kuusi kuuluu selkeästi moniammatilliseen yhteistyöryhmään. Moniammatillisen yhteistyöryhmän koko vaihtelee kolmesta seitsemään eri ammattialan edustajaan. Moniammatillisen yhteistyöryhmän koostumukseen kuuluu vaihtelevasti fysioterapeutti, lääkäri, oma hoitaja, psykologi, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, liikunnanohjaaja, neuropsykologi sekä muut erityistyöntekijät.

Kaksi haastateltavista fysioterapeuteista saa lähetteet kirjallisena lääkäriltä. Yksi haastateltavista fysioterapeuteista saa lähetteet, joko suullisesti tai kirjallisesti lääkäriltä. Viidelle haastateltavista fysioterapeuteista lähete tulee suullisesti moniammatillisissa yhteistyöpalavereissa yleensä lääkäriltä tai potilaan omalta hoitajalta.



KUVIO 7. Potilaan hakeutuminen fysioterapiaan.

Seitsemän haastateltavista fysioterapeuteista suunnittelee itsenäisesti terapian sisällön, kun vain yksi haastateltavista saa ohjeistuksen terapian sisällöstä lääkäriltä tai potilaan omalta hoitajalta.

Puolet haastateltavista korostaa hyvän potilassuhteen luomista.

Haastateltavien mukaan tähän vaikuttaa potilaan kuunteleminen ja hänen oireidensa ymmärtäminen. Haastattelussa ilmeni, että usein potilaan on helpompi keskustella ongelmistaan fysioterapeutin, kuin esimerkiksi lääkärin kanssa.

Neljännes haastateltavista kertoo kehittämiseksi koulutuksen lisäämisen. Koulutuksen lisäystä toivottiin sekä fysioterapeutin peruskoulutukseen, että täydennyskoulutukseen työelämässä. Toinen haastatteluissa esille noussut ongelmakohta on yhteistyön puute somaattisen ja psykiatrisen puolen fysioterapeuttien kesken. Tämä voisi lisätä potilaan huomioimista kokonaisuutena, sekä fyysiseltä, että psyykkiseltä puolelta. Yhteistyön puutetta koettiin ajoittain olevan myös psykiatrisen yksikön henkilökunnan välillä.

Muita haastattelussa ilmi tulleita kehittämisideoita ovat muun muassa hyvän jatkohoidon turvaaminen, potilaan aktiivisen liikkumisen tukeminen sekä oma lyhytterapiaryhmä elimellisistä häiriöistä kärsiville potilaille.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimusmenetelmän luotettavuuden tarkastelua

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat monet asiat. On mahdollista, että haastattelujen aikana esiin tulevat asiat voivat muuttaa merkitystään tutkimuksen vuoksi tai tutkimuksesta voi jäädä pois tärkeitäkin asioita inhimillisten muistivirheiden vuoksi. Opinnäytetyötä aloittaessamme meillä ei ollut aikaisempaa tietoa tai kokemusta elimellisistä häiriöistä, jolloin ei ollut myöskään minkäänlaisia ennakkokäsityksiä opinnäytetyömme johtopäätöksistä. Tällöin suhtautumisemme opinnäytetyön tekemiseen oli neutraalimpaa, eivätkä ennakkokäsitykset vaikuttaneet tutkimuksen tuloksiin.

Opinnäytetyössämme käytettyjä termejä jouduimme tarkentamaan useaan otteeseen, myös haastattelujen jälkeen. Työmme alkuperäinen suunnitelma oli tutkia elimellisoireisia häiriöitä, mutta diagnoosiluokan harvinaisuuden vuoksi jouduimme laajentamaan käsitettä elimellisiin häiriöihin. Tämä on saattanut vaikuttaa tutkimustuloksiin.

Tutkimukseen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, ettemme käyttäneet haastatteluja tehdessä nauhuria emmekä testanneet haastattelulomaketta koehenkilöillä. Selitys näiden seikkojen poisjättämiselle on huono, ajanpuute. Haastattelulomake suunniteltiin huhtikuussa 2006 ja haastattelut piti saada tehtyä ennen haastateltavien kesälomien alkamista kesäkuun 2006 alkuun mennessä. Näin ollen haastattelut puristettiin tiukassa kuukauden aikataulussa. Jos aikataulumme olisi ollut väljempi, olisimme voineet laittaa haastateltaville fysioterapeuteille kysymyslomakkeet etukäteen, esimerkiksi sähköpostitse, ja näin ollen tutkimuksen luotettavuutta olisi saatu lisää.

Tutkimuksesta pois jätetty haastateltava halusi kysymykset etukäteen luettaviksi, minkä vuoksi jouduimme hänet jättämään pois tutkimuksen luotettavuuden kärsimisen vuoksi. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi annoimme työn etukäteen luettavaksi tutkimuksen ulkopuoliselle fysioterapeutille, jolla on myös laaja kokemus psykiatrisesta työstä. Tämän tavoitteena oli saada objektiivinen kuva tutkimustulosten paikkaansa pitävyydestä sekä selkeydestä. Testihenkilömme oli samaa mieltä tutkimuksen tuloksista, mitään yllättävää vastauksista ei löytynyt. Testihenkilö antoi myös yleistä kommenttia teoriaosuudesta ja pohdinnasta, joita käytimme hyödyksi työtä tehdessämme.

6.2 Tutkimustulosten pohdintaa

Pienestä tutkimusjoukosta ei voi tehdä suuria yleistyksiä tai totuudenmukaisia johtopäätöksiä, jotain havaintoja tuloksista voi kuitenkin poimia. Kenelläkään tutkimukseen osallistuneella ei ollut tilastoitua tietoa elimellisoireishäiriöiden yleisyydestä. Emme myöskään ole löytäneet työtä tehdessämme tarkkoja tutkimustuloksia elimellisoireisten häiriöiden yleisyydestä potilasmateriaalissa. Kysyttäessä elimellisoireisten häiriöiden yleisyyttä vastaukset vaihtelivat välillä 5-80%. Elimellisoireisten häiriöiden diagnoosien vähyyden vuoksi, käsitelimme tutkimuksessa kaikkien fysioterapiaan tulevien potilaiden elimellisiä häiriöitä.

Yleisimmäksi oirekuvaksi haastattelussa ilmeni erilaiset kipuoireet. Kivut näillä alueilla ovat yleisiä ja tarkan syyn selvittäminen on vaikeaa, mikä sopii elimellisistä häiriöistä kärsivien potilaiden oirekuvaan. Vaikeaksi tilanteen selvittämisen tekee se, että onko pitkään jatkunut, krooninen kipu aiheuttanut mielenterveyden häiriön vai onko kipu mielenterveyden häiriön ilmenemismuoto.

Erilaisten kiputilojen lisäksi tyypillisimmistä oirekuvista erottuivat kehon hahmotushäiriöt. Blinnikan ja Hakasen (1990) tutkimuksen mukaan psykosomaattisen potilaan ruumiinkuvan hahmottaminen on muita psykiatrisia potilaita huonompaa. Psykosomaattisilla potilailla oireisiin ja sairauteen kiinnittyminen on muita vahvempaa, mikä ilmenee yleisenä tyytymättömyytenä omaan kehoon. Tutkimuksessa selvitettiin psykosomaattisen ja psykiatrisen potilaan ruumiinkuvan eroja ja poikkeavuuksia. (Hakanen & Blinnikka, 1990. 152.)

Yllätyksenä ei tullut se, että masennus oli tutkimuksen mukaan yleisin muu psykiatrinen diagnoosi elimellisten häiriöiden rinnalla. Pakaslahti kirjoittaa somatopsykiatrian teoksessa (Achte & Tamminen), että somaattisina oireiluina ilmenevistä psyykkisistä häiriöistä yleisimpiä ovat erilaiset masennustilat. Masennuspotilaiden yleisimpiä ruumiillisia oireita ovat muun muassa päänsärky, niska- ja selkävivot sekä raajasäryt. Kun potilaat eivät osaa ilmaista tunteitaan sanoin, jolloin heidän masennuksensa ilmenee somaattisina oireina. (Pakaslahti 1996 47.)

Suurin osa haastateltavista käytti potilaan tutkimisessa lomaketta. Lomakkeita käytävillä oli pääasiassa sairaalan oma lomake ja näin ollen mitään yhtenäistä tutkimusmallia ei löytynyt. Sairaaloiden omia lomakkeita ei tarkasti selvitetty, mutta pääpiirteittäin ne olivat samankaltaisia. Omien lomakkeiden lisäksi, tutkimuksen tukena käytettiin muutamia yleislomakkeita. Syy yhtenäisen mallin puuttumiseen johtuu pitkälti siitä, että tutkiminen on oirelähtöistä ja koska oirekuvat vaihtelevat ei kaikkia voida saman lailla tutkia. Jokaisen haastateltavan oma tapa tutkia ja lomakkeita käyttää, on muokkaantunut vuosien työkokemuksen aikana.

Fysioterapian tavoitteista selvitetessä kipujen ja oireiden lievitys nousi keskeiseksi. Tämä tutkimuksen tulos on ristiriidassa psykosomaattisen ajattelumallin kanssa. Psykosomaattisen ajattelumallin mukaisia fysioterapian tavoitteita tutkimuksessa ilmeni muun muassa onnistumisen kokemukset, kehon tietoisuuden lisäys sekä oikeaoppinen hengitys.

Yksilöterapiassa suosittiin hoitomuotoja, joissa potilaalla on mahdollisuus rauhoittua, rentoutua, hahmottaa ja kuunnella omaa kehoaan. Jakosen (2004) tutkimuksessa selvisi, että hieronnalla voidaan lisätä psykiatristen potilaiden fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista toimintakykyä. Hieronnan avulla saatiin helpotettua potilaiden kipu- ja särkytiloja ja sitä kautta vähennettyä käytettyjen lääkkeiden määrää. Yleisin terapiamuoto rentoutus on helppo järjestää ja pitää, koska se ei vaadi isoja tiloja tai erikoisia välineitä. (Jakonen 2004, 232-233.)

Ryhmäterapiat erosivat yksilöterapiasta sillä, että siellä suosittiin aktiivisempaa kuntoutusotetta. Aktiivisen toiminnan avulla potilaat pystyvät unohtamaan oireensa ja täten motivoituvat paremmin aktiivisempaan, omatoimiseen liikkumiseen. Mielestämme yksilö- ja ryhmäterapiamuodot tukevat toisiaan ja ovat molemmat tärkeitä potilaan kuntoutumisen kannalta.

Omaan ryhmän perustamista elimellisistä häiriöistä kärsiville potilaille haastateltavat eivät innostuneet. Perustelut ryhmän hyödyttömyydestä olivat järkeviä, ajanpuute ja muiden ryhmien paljous eivät käytännössä mahdollista ryhmän olemassaoloa. Lisäksi niin sanottu ”tavallinen” liikuntaryhmä antaa samanlaista vaikutusta niin henkisellä, kuin fyysiselläkin puolella.

Eräs tutkimuksen alkuperäisistä tavoitteista oli selvittää toimivimmat terapiamuodot, mutta monikaan haastateltavista ei osannut sanoa yksittäistä hoitokeinoa. Terapian toimivuutta on vaikea arvioida ja muutenkaan hoitoa ja sen tehokkuutta on katsottava kokonaisuutena, samoin kuin potilaan tilannettakin. Jokaisen potilaan tilanne on yksilöllinen eikä suuria yleistyksiä kannata alkaa tekemään.

Hyvän terapiasuhteen luominen potilaan ja fysioterapeutin välillä on ensisijaisen tärkeää, erityisesti mielenterveyspotilaiden parissa. Hyvän terapiasuhteen pohjana on fysioterapeutin käsitys ihmisestä. Rosbergin (2000) tutkimuksessa puhutaan siitä, kuinka fysioterapeuttien tulisi kehittää taitojaan ruumiillisen vuorovaikutuksen dynamiikassa. Fysioterapeuttien tulee

kehittää omaa tietoisuuttaan ruumiista ja elämästä, jolloin he pystyvät auttamaan potilasta ymmärtämään mielen ja kehon yhteys toisiinsa.

(Rosberg 2000, 6.)

Moniammatillinen yhteistyö korostuu psykiatrisella puolella toimiessa. Suurin osa haastateltavista kuuluu moniammatilliseen yhteistyöryhmään, jossa toimii useita eri ammattialojen asiantuntijoita. Tällainen yhteistyö on elintärkeää, jotta potilaan tilanteesta ja kunnosta saadaan kokonaisvaltainen käsitys. On tärkeää, että fysioterapeutit saavat päättää itse fysioterapian sisällöstä, koska tällöin he pystyvät käyttämään omaa osaamistaan ja asiantuntijuuttaan työssään.

Keskeisimmiksi kehittämisideoiksi tutkimuksessa nousivat koulutuksen lisääminen sekä yhteistyön parantaminen somaattisen ja psykiatrisen puolen välillä. Yhteistyön lisäämistä voisi myös ajatella koulutuksen kautta. Psykiatrisen puolen fysioterapeutit voisivat esimerkiksi pitää luentoja somaattisen puolen terapeuteille mielenterveyden häiriöistä, niiden tunnistamisesta ja hoidoista, jolloin psykiatrinen potilas saataisiin nopeammin ohjattua oikeaan hoitopaikkaan.

Haastattelussa ilmi tuli myös se miten tärkeää potilaiden hoidon jatkuvuuden turvaaminen sairaalajakson jälkeen olisi. Tärkeää on, että hoitotaksolla alkanut aktiivinen kuntoutuminen jatkuisi myös kotiympäristöön palattaessa. Skreden ym. (2006) tutkimuksessa selvitettiin fyysisen harjoittelun merkitystä hoitoon riippuvuudesta kärsivien ja mielenterveyspotilaiden kohdalla. Tutkimusryhmä harjoitteli ryhmissä sairaalahoitotaksen jälkeen ja sen seurauksena he pystyivät parantamaan sekä fyysistä että psyykkistä vointiaan. Ryhmäharjoittelun avulla potilaat pystyivät luomaan sosiaalisia kontakteja, mikä vähensi heidän sosiaalista eristäytyneisyyttään. (Skrede ym. 2006.)

6.3 Tutkimusprosessin anti ja jatkotutkimusaiheita

Aiheen opinnäytetyöllemme saimme Keski-Suomen Keskussairaalan tarpeesta saada lisää tietoa elimellisoireisten häiriöiden hoidosta, nimenomaan fysioterapeuttisin menetelmin. Aihe oli mielenkiintoinen ja lähdimme innolla työstämään sitä. Opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja se kesti suunniteltua kauemmin osittain opiskelujen sekä työnteon vuoksi. Työn alkutaipaleella jouduimme rajaamaan aihetta paljonkin, jottei se olisi paisunut liian suureksi. Teoriatietoa aiheesta löytyi kohtalaisesti, samankaltaisten termien sisäistäminen vei aikaa.

Jatkotutkimusaiheideoita syntyi tätä työtä tehtäessä. Pidämmekin tätä työtä enemmän ponnahduslautana muille töille kuin uuden tiedon tuomisena psykiatriselle puolelle. Fysioterapia on edelleenkin monella tapaa vieras hoitokeino psykiatrisella puolella ja mitä enemmän vastaavanlaisia töitä tehdään ja uusia opiskelijoita saadaan kiinnostumaan alasta, sitä suurempi on todennäköisyys fysioterapian kehitykselle psykiatrisen potilaiden parissa.

Eräs jatkotutkimusidea voisi olla potilaiden tutkimiseen käytettyjen lomakkeiden kehittäminen. Suurin osa haastateltavista käytti sairaalan omaa lomaketta mitkä kuitenkin olivat melko lähellä toisiaan. Olisi mielenkiintoista koota lomakkeet yhteen ja tutkia mitä yhteistä niistä löytyisi. Uuden, sairaalojen yhteisen tutkimuslomakkeen kehittäminen saattaisi lisätä yhteistyötä ainakin kansallisella tasolla. Ongelmana tässä saattaa olla sairaaloiden haluttomuus antaa omia lomakkeitaan julkiseen käyttöön.

Toinen jatkotutkimusidea, joka meilläkin oli alkuperäisenä opinnäytetyömme ideana, olisi elimellisistä häiriöistä kärsiville potilaille suunniteltu ja toteutettu ryhmä. Ryhmän perustana voisi olla psykodynaaminen fysioterapiamalli, jonka pohjalta ohjelmaa voisi rakentaa. Tällaisen ryhmän ansiosta voitaisiin saada potilaiden subjektiivisia näkemyksiä ja kokemuksia ryhmän sekä fysioterapian toimivuudesta.

Kolmas jatkotutkimusidea voisi liittyä fysioterapeuttien ihmiskäsitykseen ja siihen kuinka se näkyy heidän työskentelyssään. Tällaisen työn avulla voitaisiin saada jonkinlainen käsitys siitä kuinka paljon psykosomaattista ajattelumallia käytännössä hyödynnetään. Mielenkiintoisena lisänä voisi olla testiryhmän muodostuminen sekä psykiatrisen että somaattisen puolen fysioterapeuteista.

Lähteet

- Aalberg, V. 1998. Elimellisoireiset (somatoformiset) häiriöt. Teoksessa Psykiatrian käsikirja. Toim. Achte, K & Tamminen, T. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 220-226.
- Bosscher, R., van Tilburg, W & Mellenberg, G. Running and depression. 1997. Teoksessa Movement therapy across the lifespan. Toim. Vermeer, A., Bosscher, R. & Broadhead, G. Amsterdam: VU University Press, 240-255.
- Bunkan, B 1996. Kropp, rspirasjon og kroppsbilde, Resursorietert kroppsundersokelse og behandling. Aurskog.
- Dennis, M. 1995. Pain, stress and misdiagnosis. Teoksessa Physiotherapy in mental health. Toim. Everett, T., Dennis, M. & Ricketts, E. 1995. St. Ives: Clays Ltd., 127-142.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- French, S. 1998. Physiotherapy – a psychosocial approach. Suffolk. Butterworth – Heinemann.
- Hakanen, A. & Blinnikka L-M. 1990. Psykosomaattisen ja psykiatrisen potilaan ruumiinkuvan keskinäiset erot sekä poikkeavuudet normaali ruumiinkuvasta. Turku: Turun yliopiston Offsetpaino
- Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmborg, B. & Paakkari, T. 1993. Psykosomaattinen fysioterapia – Kokeilu kokonaisvaltaisesta fysioterapiasta. Tiedonjyvä julkaisu. Suomen mielenterveysseura.
- Isaac, M and Chand PK. 2006 Dissociative and conversion disorders: defining boundaries. [Viitattu 11.12.2006] <http://www.pubmed.com>
- Jaakkola, R. 2005. Psykofyysisen fysioterapian opiskelusta. Teoksessa Psykofyysinen fysioterapia. Kohti oman kehon kuulemista, omassa ruumiissa asumista. Toim. Lähteenmäki, M-L & Jaakkola R. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisut B. Opinnäytetyöt. nro 2, 6-12.
- Jakonen, T. 2004. Hieronta – psykiatrisen potilaan auttamismenetelmänä. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Joukamaa, M. 2001. Elimellisoireiset häiriöt. Teoksessa Psykiatria. Toim. Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Hämeenlinna: Karisto Oy, 244-264.

Karvonen, E. Viestintätieteellinen laitos [viitattu 12.11.2006] <http://www.uta.fi/> käytännöt, valinnat.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible - Opas opinnäytteen tekijälle. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Lintunen, T, Koivumäki, K. & Säilä, H. 1995. Jalka potkee mieli notkee – liikunta mielenterveyden tukena. Tammisaari: Tammisaaren Kirjapaino Oy.

Martin, A. and Jacobi F. Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. [Viitattu 11.12.2006] <http://www.pubmed.com>

Mattsson, M. 1998. Body awareness – Applications in physiotherapy. Umeå. Solfjäden offset AB.

Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Keuruu: Otava.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Niemi, P. 2001. Psykosomatiikka. Teoksessa Kognitiivinen psykoterapia. Toim. Kähkönen, S. Karila, I. & Holmberg, N. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 189-208.

Ojanen, M. Liikunnan uudet haasteet, liikunta ja psyykinen hyvinvointi. [viitattu 10.12.2006] <http://www.markkuojanen.com>

Pakaslahti, A. 1996. Psykosomaattisia ongelmia yleissairaalapsykiatrin näkökulmasta. 47. Teoksessa Somatopsykiatria. Toim. Achte, K & Tamminen, T. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 36-50.

Rosberg, S. 2000. Body, Being and Meaning in pshysiotherapeutic perspective. [Viitattu 10.12.2006] <http://www.ibk.nu>

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Kivunhoito. Toim. Sailo, E & Vartti, A-M. Tampere: Tammer-Paino Oy, 30-38.

Skrede, A., Munkvold, H., Watne, O. & Martinsen, EW. 2006. Exercise contacts in the treatment of substance dependence and mental disorders. [Viitattu 10.12.2006.] <http://www.pubmed.com>

Smeaton, J. Exercise and mental health. Teoksessa Physiotherapy in mental health. Toim. Everett, T., Dennis, M. & Ricketts, E. 1995.. St. Ives: Clays Ltd, 209-225.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 1999. Fysioterapia. Helsinki: Oy Edita Ab.

Tamminen, T. & Achte, K. 2001. Johdanto. Teoksessa Somatopsykiatria. Toim. Achte, K. & Tamminen, T. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 8-15.

Van Syngel, M. & van Copenolle, H.1997. The conversion syndrome: An indication for physiotherapy. 1997. Teoksessa Movement therapy across the lifespan. Toim. Vermeer, A., Bosscher, R. & Broadhead, G.. Amsterdam: VU University Press, 292-306.

Vainio, A. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kipu. Toim. Kalso, E & Vainio, A. 2002.. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 85-107.

Vainio, A. & Estalander, A-M. 2002. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa Kipu. Toim. Kalso, E & Vainio, A.. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 108-126.

Vainio, A. Kiputilojen jaottelu. 2002. Teoksessa Kipu. Toim. Kalso, E & Vainio, A. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 94-99.

Vainio, A. Ruumiin hoito – fysioterapia. 2002. Teoksessa Kipu. Toim. Kalso, E & Vainio, A. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 203-206.

Liitteet

Liite 1.

Haastattelulomake

Arvioi prosentteina;

- kuinka monelle fysioterapiaan tulevista potilaistanne on diagnosoitu jokin elimellisoireisista häiriöistä?
- kuinka moni fysioterapiaan tulevista potilaista kärsii elimellisistä häiriöistä?

Mitkä ovat potilaidenne tyypillisimmät elimelliset häiriöt?

Mitä muita psykiatrisia diagnooseja elimellisistä häiriöistä kärsivillä potilailla on ollut?

Oletko käyttänyt elimellisten häiriöiden tutkimiseen tai seuraamiseen lomaketta?

Mitkä ovat olleet Teidän ja elimellisistä häiriöistä kärsivien potilaidenne yleisimmät tavoitteet fysioterapiahoidossa?

Minkälaista fysioterapiaa annatte elimellisistä häiriöistä kärsiville potilaille?

- yksilöterapiassa?
- ryhmäterapiassa?

Mitkä terapiamuodot ovat olleet Teidän tai potilaidenne mielestä toimivimmat?

Onko Teillä tällä hetkellä/ollut omaa ryhmää elimellisistä häiriöistä kärsiville potilaille? Koetteko että sellainen voisi olla hyödyllinen, miksi?

Jos Teillä on tai on ollut elimellisistä häiriöistä kärsiville oma ryhmä, kertokaa kuinka suuri ryhmä on, montako kertaa viikossa järjestetään, mitä ryhmässä tehdään tai on tehty?

Minkälainen yhteistyöryhmä (moniammatillinen yhteistyö) on suunnittelemassa terapioiden? Tekevätkö fysioterapeutit itsenäisesti terapiapäätökset vai päättääkö lääkäri?

Mitä kehittämisen tarvetta koet elimellisistä häiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa tai terapiassa, erityisesti fysioterapeutin näkökulmasta katsottuna?

Liite 2.

Toimintamalli

Opinnäytetyötämme varten teemme puhelinhaastattelun, jossa haastattelemme yhdeksää eri psykiatrisissa sairaaloissa toimivia fysioterapeutteja (seitsemän puhelimitse, kaksi henkilökohtaisesti tapaamalla). Puhelinhaastattelut on tarkoitus toteuttaa huhti-kesäkuun 2006 välisenä aikana. Puhelinhaastatteluluvat kysytään suullisesti etukäteen jokaisesta paikasta ja haastateltavia pyydetään etukäteen asiaan perehtymään.

Opinnäytetyömme puhelinhaastatteluosuutta suorittaa kaksi henkilöä eri aikaan, jonka vuoksi olemme suunnitelleet yhteisen toimintamallin haastatteluja varten. Tämän avulla saamme haastatteluista samanmallisia ja näin ollen lisää luotettavuutta tutkimukseen. Samaa toimintamallia käytetään myös tilanteissa, joissa haastateltavat tavataan henkilökohtaisesti (kaksi fysioterapeuttia).

Seuraavia seikkoja puhelinhaastattelua varten:

- haastateltaville kerrotaan, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti sekä nimettöminä.
- haastattelukysymykset ovat kaikille samat ja ne esitetään kaikille samassa järjestyksessä.
- mikäli haastateltava ei ole kysymystä ymmärtänyt, on haastateltavalla lupa tarkentaa kysymystä vastauksen saamiseksi.

- jokaisen haastateltavan annetaan vastata kysymykseen kaikessa rauhassa, eikä haastateltavia ”johdatella” vastauksissa.
- ”palkinnoksi” haastateltaville luvataan opinnäytetyö sen valmistuttua.