

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Fysioterapian koulutusohjelma

Iira Lintu  
Sanna Sääksjärvi

”IHMINEN ON KOHDATTAVA IHMISENÄ” - FYSIOTERAPEUTTIEN KOKE-  
MUKSIA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖTÄ SAIRASTAVAN ASIAKKAAN FY-  
SIOTERAPIASTA

Opinnäytetyö  
Elokuu 2015

# Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	6
3	Mielenterveys .....	6
3.1	Mitä on mielenterveys? .....	6
3.2	Mielenterveyden häiriöt .....	6
3.3	Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys Suomessa .....	8
3.4	Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys maailmalla .....	9
4	Mielenterveyden häiriöiden vaikutukset toimintakykyyn .....	10
5	Fysioterapia osana mielenterveysasiakkaan kuntoutusta .....	13
5.1	Moniammatillinen kuntoutus .....	13
5.2	Mielenterveysasiakkaan fysioterapian erityispiirteet .....	14
5.3	Vuorovaikutus .....	15
5.4	Psykofyysinen fysioterapia .....	16
5.5	Liikunnan merkitys .....	17
6	Aiemmat tutkimukset fysioterapeuttien kokemuksista mielenterveysasiakkaista ....	18
7	Opinnäytetyön toteutus.....	19
7.1	Laadullinen lähestymistapa.....	20
7.2	Aineiston hankinta .....	21
7.3	Aineiston analysointi.....	23
8	Tulokset.....	25
8.1	Monenlaiset tuntemukset .....	25
8.2	Moniulotteiset haasteet.....	26
8.3	Onnistumiset .....	27
8.4	Mielenterveysasiakkaan fysioterapian erityispiirteet .....	28
8.5	Erilaisia fysioterapeuttisia menetelmiä .....	29
8.6	Erilaisten menetelmien hyödyt ja haitat .....	30
8.7	Henkinen kuormittuminen .....	31
9	Pohdinta.....	33
9.1	Tulosten tarkastelu .....	33
9.2	Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu .....	36
9.3	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	40
9.4	Oppimisprosessi ja ammatillinen kehitys .....	45
9.5	Jatkotutkimus- ja kehittämisideat.....	47
	Lähteet.....	49

Liite 1 ICD-10 luokitus

Liite 2 Sisällönanalyysitaulukko

Liite 3 Teemahaastattelurunko

Liite 4 Lupa haastatteluaineiston hyödyntämiseen opinnäytetyössä

Liite 5 Sisällönanalyysin ajatuskartta



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Kuukausi 2015**  
**Fysioterapian**  
**koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

**Tekijät**  
Iira Lintu, Sanna Sääksjärvi

**Nimeke**  
”Ihminen on kohdattava ihmisenä” – Fysioterapeuttien kokemuksia mielenterveyden häiriötä sairastavan asiakkaan fysioterapiasta  
**Toimeksiantaja**  
Karelia ammattikorkeakoulu

**Tiivistelmä**


Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat yksilön toimintakykyyn heikentävästi, minkä takia moni sairastunut joutuu jäämään pois työelämästä. Fysioterapeutit ovat toimintakyvyn ja liikkumisen asiantuntijoita, joiden ammattitaidon avulla voidaan vaikuttaa mielenterveyden häiriötä sairastavien toiminta- ja työkykyyn. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa siitä, millaista on työskennellä mielenterveyden häiriötä sairastavan asiakkaan kanssa, ja kehittää omaa ammatillista osaamistamme mielenterveyden osalta. Tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia erilaisissa työpaikoissa työskennelleillä fysioterapeuteilla on mielenterveyden häiriötä sairastavista asiakkaista ja heidän kanssaan työskentelystä. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Tiedonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua ja aineiston analyysimenetelmänä sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että työskentely mielenterveyden häiriötä sairastavan asiakkaan kanssa herättää monenlaisia tunteita. Haasteet liittyivät mielenterveysasiakkaiden käyttäytymiseen ja fysioterapeuttien omaan työskentelyyn. Onnistumisen kokemukset liittyivät asiakkaiden voimaantumiseen sekä toimintakyvyn paranemiseen. Tulokset myös osoittivat, että mielenterveysasiakkaiden fysioterapia eroaa sellaisten asiakkaiden fysioterapiasta, joilla ei ole mielenterveyden häiriötä. Lähes kaikki fysioterapeutit kokivat mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelyn kuormittavan enemmän kuin muiden asiakkaiden kanssa työskentelyn. Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi se, millainen fysioterapia sopii mielenterveyden häiriötä sairastaville asiakkaalle.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 57  
Liitteet 5  
Liitesivumäärä 6

**Asiasanat**  
mielenterveyden häiriö, fysioterapia, kokemukset

 <b>Karelia</b> UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	<b>THESIS</b> <b>August 2015</b> <b>Degree Programme in</b> <b>Physiotherapy</b>  Tikkarinne 9 FI-80220 JOENSUU FINLAND Tel. +358 50 405 4816
<b>Authors</b> Iira Lintu, Sanna Säöksjärvi	
<b>Title</b> You Need to Face a Person as a Person - Physiotherapists' Experiences of Physiotherapy Among Clients with Mental Disorders.  <b>Commissioned by</b> Karelia University of Applied Sciences	
<b>Abstract</b>  Mental disorders affect a person's ability to function, and may therefore lead to disability pension. Physiotherapists know how to improve the ability to function and move, so they can also help people with mental disorders to improve and maintain their ability to work. The purpose of this thesis was to find out how physiotherapists experience working with clients with mental disorders and to develop our professional skills in field of mental health. The aim was to find out what kinds of experiences physiotherapists at various workplaces have about this client group and working with them. This thesis was conducted qualitatively. The data for this qualitative study was collected through focused interviews and analyzed using the content analysis method. The results of the thesis indicate that working among clients with mental disorders arouses all kinds of emotions. Challenges are related to behavior of clients with mental disorders and to physiotherapists' own work. Experiences of success experiences were related to clients' empowerment and improvement in ability to function. The results also showed that physiotherapy for clients with mental disorders differs for mentally healthy clients. Almost every physiotherapist experienced that working with clients with mental disorder is more stressful than working with other clients. Further research could, for example, demonstrate what kind of physiotherapy is effective for clients with mental disorders.	
<b>Language</b> Finnish	Pages 57 Appendices 5 Pages of Appendices 6
<b>Keywords</b> mental disorder, physiotherapy, experiences	

## 1 Johdanto

Vuonna 2011 noin 46 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olevista suomalaisista on jäänyt työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriön vuoksi. Suurin osa näistä eläkkeellä olevista on kärsinyt aikuisiän mielenterveyden häiriöstä, kuten masennuksesta. (Suvisaari 2013.) Vuodesta 2004 vuoteen 2008 Kelan korvaamien sairauspäivien määrä alle 30-vuotiaille on kasvanut 44 prosenttia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009 - 2015. Tämän suunnitelman mukaan päihde- ja mielenterveysongelmien määrä Suomessa ei ole lisääntynyt, mutta niihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt. Suunnitelman avulla pyritään vastaamaan kasvaviin mielenterveys- ja päihdeongelmiin. (Bergman, Moring, Nordling & Partanen 2010, 5.)

Fysioterapiassa kiinnostuksen kohteena ovat eri-ikäisten ja toimintakyvyltään erilaisten asiakkaiden tarpeet. Terapiaprosessissa huomioidaan aina asiakkaan fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset voimavarat. Fysioterapeutti arvioi asiakkaiden toiminta- ja liikkumiskykyä ja soveltaa erilaisia fysioterapeuttisia menetelmiä, kuten manuaalista terapiaa tai erilaisten harjoitteiden ohjausta, asiakkaan toimintakyvyn parantamiseksi. Fysioterapeutti toimii yhdessä muiden ammattilaisten kanssa. (Karelia Ammattikorkeakoulu 2015.)

Moniammatillinen kuntoutus on havaittu toimivaksi kuntoutusmuodoksi mielenterveyskuntoutuksessa. Fysioterapeutin tehtävänä on huolehtia kuntoutujan liikunnasta. Lisäksi fysioterapeutti havainnoi terapiatilanteissa kuntoutujaa ja havaintojen avulla tuo oman ammatillisen näkökulmansa kuntoutujan psyykkisestä terveydestä. Fysioterapiamenetelmillä pyritään lisäämään kuntoutujan tietoisuutta itsestä sekä löytämään kuntoutujan omat voimavarat ja konkreettinen minä. Liikunta on tärkeä osa mielenterveyskuntoutujan fysioterapiassa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 432 – 433.)

Mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sairautta, jolle on tyypillistä toimintakyvyn heikkeneminen sekä mieleen ja käyttäytymiseen liittyvät oireet (Duodecim 2014). Tässä opinnäytetyössä on käytetty termejä, mielenterveyden häiriötä sai-

rastava asiakas ja mielenterveysasiakas, joilla tarkoitetaan asiakasta, jolla on diagnosoitu jokin ICD-10 – luokituksen (liite 1) mukainen mielenterveyden häiriö.

## **2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada mielenterveysasiakkaiden kanssa työskennelleiden fysioterapeuttien käytännön työstä erilaisia esimerkkejä ja niiden avulla kehittää omaa ammatillista osaamistamme mielenterveyden osa-alueelta. Tavoitteena on selvittää, millaisia kokemuksia erilaisissa työpaikoissa työskennelleillä fysioterapeuteilla on mielenterveysasiakkaista ja heidän kanssaan työskentelystä.

## **3 Mielenterveys**

### **3.1 Mitä on mielenterveys?**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) mukaan ” Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perusta.” Mielenterveys muovautuu kasvun ja kehityksen myötä koko elämän ajan. Mielenterveyden voimavarat kasvavat hyvissä olosuhteissa ja vähenevät huonoissa. Mielenterveys ei tarkoita vain sitä, ettei ole sairauksia, vaan myös mielen hyvää oloa ja henkilön kykyä selviytyä päivittäisistä asioista. Hyvä mielenterveys auttaa kokemaan elämän mielekkäänä, rakentamaan ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita sekä pysymään tuottavana yhteisön jäsenenä.

### **3.2 Mielenterveyden häiriöt**

Mielenterveyden häiriöille on ominaista psyykkiset oireet. Toimintakyvyn menetys, subjektiivinen kärsimys ja elämänlaadun heikkeneminen kuuluvat kliinisesti merkittäviin mielenterveyden häiriöihin. Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa psykoosit, aivojen kehitykseen liittyvät mielenterveyden häiriöt, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt.

öt, masennustilat, traumaattisiin tilanteisiin liittyvät mielenterveys häiriöt ja syömishäiriöt. Mielenterveyden häiriöihin ei kuulu normaali suru, normaalit tunnereaktiot tai voimakkaat ristiriidat. Mielenterveyden häiriö aiheutuu usein monen tekijän summasta. Syyt voivat olla somaattisia tai psyykkisiä, mutta voivat liittyä myös sosiaalisiin, yhteiskunnallisiin tai kulttuurisiin tekijöihin. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2014, 19 – 20.)

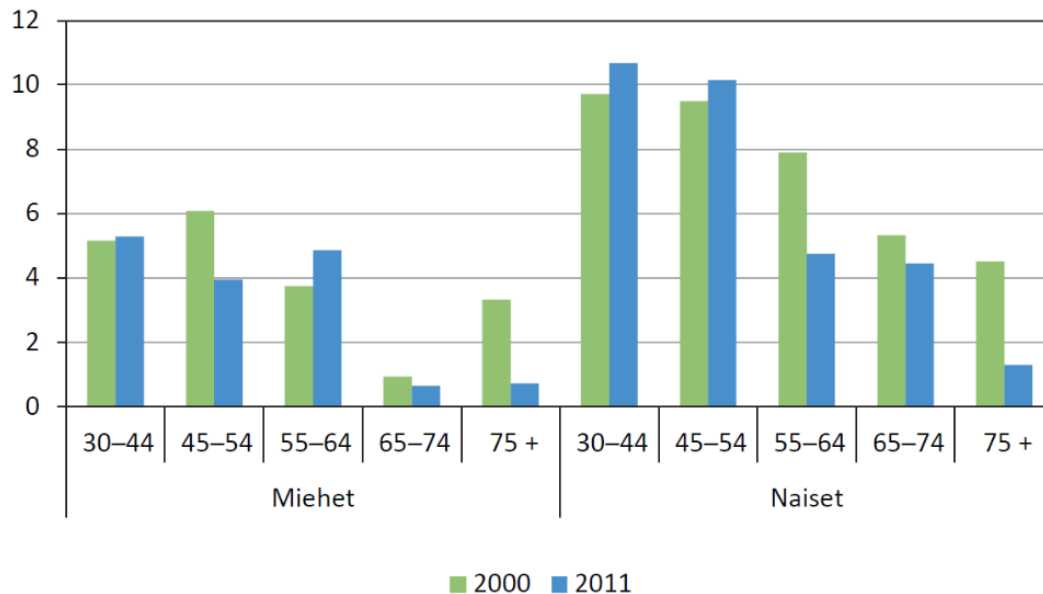
Perimä vaikuttaa osaltaan riskiin sairastua mielenterveyden häiriöön. Noin 20 – 80 % mielenterveyden häiriöistä voidaan selittää geneettisillä tekijöillä. Tärkeää on kuitenkin muistaa, etteivät geenit ilmene suoraan psykiatrisina ongelmina. Geenien vaikutus näkyy selvemmin aivojen rakenteissa ja toiminnan häiriöissä, jotka huomataan vasta esimerkiksi neuropsykologisissa testeissä. Altistavilla perinnöllisillä tekijöillä on suuri merkitys muun muassa sairastuessa vaikeaan psykoosiin, sillä aivojen rakenteellisilla muutoksilla on merkittävä vaikutus sairastumiseen. Psykkinen sairastuminen on kuitenkin aina aikaan sijoittuva, monien eri tekijöiden summasta johtuva tapahtumakulku. (Lönnqvist & Lehtonen 2007, 2 – 3.)

Mielenterveyden häiriötä sairastavien ihmisten fyysisen terveyden huolehtimisesta on tulossa yhä näkyvämpi osa sekä kansallisesti että alueellisesti. Tähän on vaikuttanut osaltaan se, että yhä useammat tutkimustulokset ovat osoittaneet mielenterveyden häiriötä sairastavien ihmisten kärsivän myös muuta väestöä enemmän myös fyysiseen terveyteen liittyviä sairauksista, kuten esimerkiksi diabeteksestä. (Park, McDaid, Weiser, Von Gottberg, Becker, Kilian 2013.)

Suomessa on tehty Terveys 2000 ja Terveys 2011 -tutkimukset, joiden tarkoituksena on ollut saada ajankohtaista tietoa työikäisten ja iäkkäiden terveydestä ja toimintakyvystä (Aromaa 2000). Mielenterveyden häiriöt olivat yksi tutkimuskohde (Rissanen 2014). Terveys 2000 ja 2011 -tutkimuksissa oli tutkittu muun muassa väestön masennushäiriöjakson yleisyyttä viimeisen 12 kuukauden aikana 30 ikävuodesta ylöspäin. Tutkimusten tuloksista kävi ilmi, että naisilla häiriöjaksot olivat yleisempiä kuin miehillä iästä riippumatta (taulukko 1). Tuloksista voi päätellä myös, että eniten masennushäiriöjaksoja on ollut 30 – 44-vuotiailla naisilla. (Suvisaari 2013.) Suomessa käytetään psykiatristen sairauksien diagnoosien luokitteluun ICD-10 (International

Classification of Diseases) luokitusta (liite 1), joka on yksi Maailman terveysjärjestön luokituksista (Lönnqvist 2002, 32).

Taulukko 1. Viimeisten 12 kk aikana esiintyneen masennushäiriöjakson yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011 Terveys 2000 - ja Terveys 2011 -tutkimusten mukaan (Suvisaari 2013).



### 3.3 Mielen terveyden häiriöiden esiintyvyys Suomessa

Suomessa sairastuu joka vuosi 1,5 % ihmisistä johonkin mielen terveyden häiriöön ja mielen terveyden häiriötä sairastaa joka viides suomalainen (Huttunen 2008). Kaikkiaan vuonna 2001 Suomessa työkyvyttömyyseläkkeellä mielen terveyden tai käyttäytymisen häiriön vuoksi on ollut 115 235 henkilöä, eli noin 46 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeillä olevista suomalaisista. Yhteensä 115 235 henkilöstä 89 294, eli noin 78 %, on ollut työkyvyttömyyseläkkeellä aikuisiän mielen terveyden häiriön, kuten masennuksen takia. Vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkkeelle jääneiden suomalaisten määrä on ollut yhteensä 25 037, josta 32 % on siirtynyt työkyvyttömyyseläkkeelle mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriön vuoksi. (Suvisaari 2013.) Yleisimmät elämänaikaiset mielen terveyden häiriöt nuorilla aikuisilla (20 – 34-vuotiailla) ovat masennushäiriöt (17.7 %), ahdistuneisuushäiriöt (14.2 %) ja päihdehäiriöt (12.6 %) (Suvisaari, Aalto-Setälä, Tuulio-Henriksson, Härkänen, Saarni, Perälä, Schreck, Castaneda, Hintikka, Kestilä, Läh-



teenmäki, Latvala, Koskinen, Marttunen, Aro & Lönnqvist 2009). Vuonna 2010 työkyvyttömyyseläkkeellä masennuksen vuoksi oli 38 200 henkilöä, joka on 14 % kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä olevista. Masennuksen takia eläkkeelle vuonna 2010 jääneiden eläkemenot olivat 523 miljoonaa euroa ja sairauspäivärahakustannukset 116 miljoonaa euroa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilasto- ja indikaattoripankin mukaan Suomessa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavien 24 – 64 -vuotiaiden prosentuaalinen osuus oli vuonna 2013 koko maassa 3,7 % ja Pohjois-Karjalassa 4,6 %. Pohjois-Karjalan kunnissa vastaava määrä vuonna 2013 oli esimerkiksi Joensuussa 3,9 %, Ilo-mantsissa 7,4 % ja Juuassa 6,2%. ( Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2013.)

### **3.4 Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys maailmalla**

WHO:n mielenterveyden häiriöiden tutkimuskonsortio toteutti vuosina 2001 – 2005 väestötutkimuksen mielenterveyden häiriöiden esiintyvyydestä 17:sta eri maassa. Tutkimukseen kuului sekä mieliala-, ahdistuneisuus-, päihde-, että impulssikontrollin häiriöt. Tulosten mukaan mielenterveyden häiriöiden elämänaikainen esiintyvyys vaihteli eri maissa 12 %:sta 47 %:iin. Eniten mielenterveyden häiriöitä havaittiin esiintyvän Uudessa-Seelannissa ja Yhdysvalloissa ja vähiten Nigeriassa sekä Kiinassa. Lisäksi WHO toteutti tutkimuksen, jossa selvitettiin perusterveydenhuoltoon hakeutuneiden potilaiden mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä. Tuloksista havaittiin, että suurin osa potilaista hakeutui perusterveydenhuollon vastaanotolle kivun tai somaattisen vaivan takia ja vain 5 % 25 000:sta tutkimukseen osallistuneesta potilaasta hakeutui vastaanotolle mielenterveyden häiriön takia. Kuitenkin kaikista potilaista 24 %:lla todettiin jokin mielenterveyden häiriö ja 10 % potilaista kärsi kahdesta eri mielenterveyden häiriöstä yhtä aikaa. Eri maiden välillä erilaisten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys oli erilaista. Maailmanlaajuisesti yleisimmät mielenterveyden häiriöt olivat masennus sekä yleistynyt ahdistuneisuus. (Joukamaa, Lönnqvist & Suvisaari 2011, 635 – 638.)

## 4 Mielenterveyden häiriöiden vaikutukset toimintakykyyn

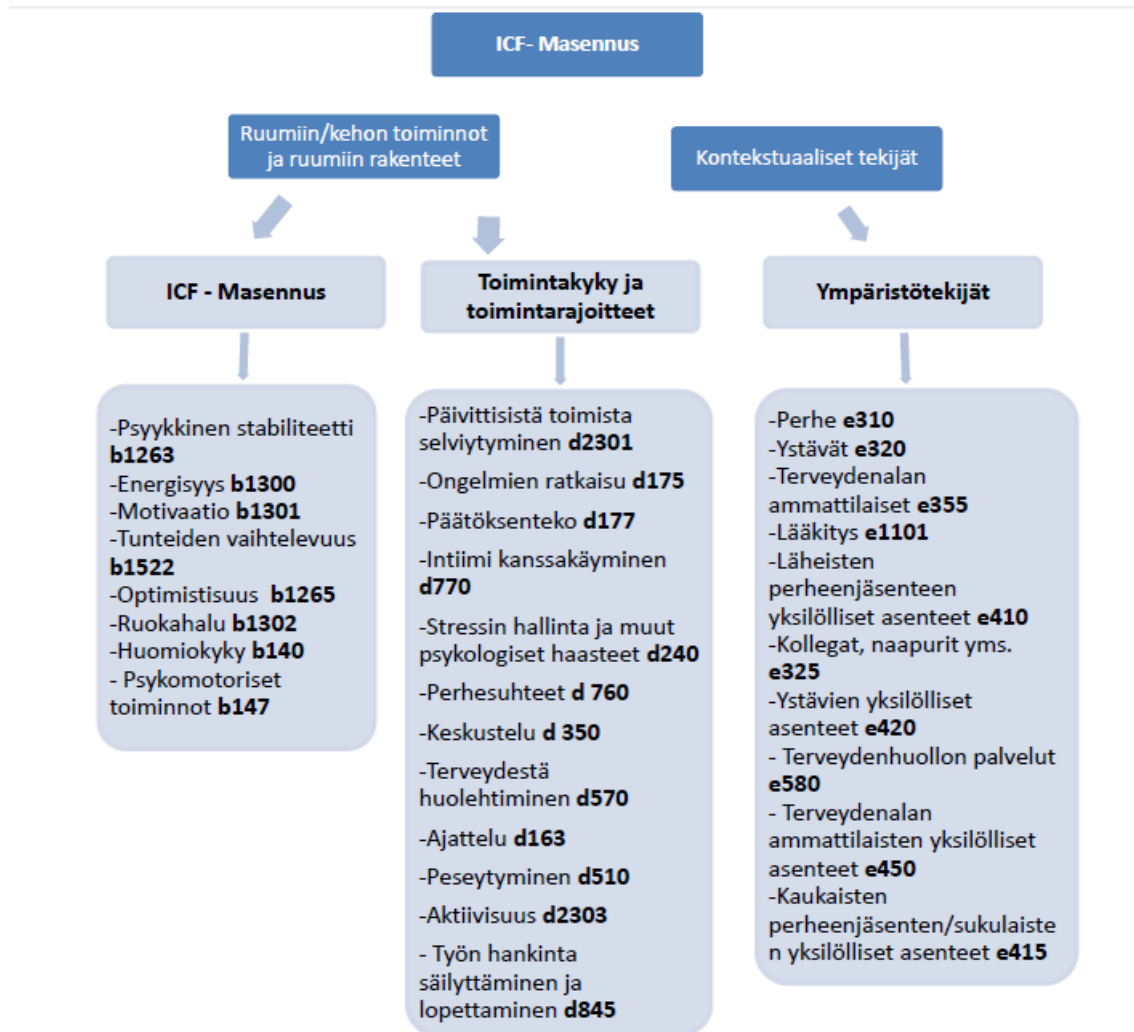
Ihminen elää ja kokee kehon kautta muodostuvissa ulottuvuuksissa. Kehon kautta ilmenetään myös erilaisia tunnetiloja sekä psyykkisiä oireita. Joskus psyykkisiä oireita on hankala tunnistaa tajunnallisuudessa. Ne tunnistetaan yleensä vain silloin, kun ne ilmenevät kehollisesti esimerkiksi erilaisina elintoimintojen häiriöinä ja psykosomaattisina oireina. (Heikkinen-Peltonen, Innanmaa & Virta 2014, 43.)

Katinkan, Melartin ja Vuokon (2011, 1 – 3) mukaan mielenterveyden häiriöt voivat aiheuttaa vakavan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemisen, joka voi johtaa ongelmiin työssä, perhe-elämässä sekä elämänhallinnassa ja lisätä syrjäytymisen riskiä. Mielenterveyden häiriöt voivat vaikuttaa henkilön toimintakykyyn joko suoraan tai välillisesti oireiden kautta. Lisäksi toimintakykyyn vaikuttaa aina oleellisesti myös toimintaympäristö. Mielenterveyden häiriöistä kärsiville on tyypillistä, että subjektiivinen ja objektiivinen käsitys itsestä ovat ristiriidassa. Joissakin tapauksissa voi esiintyä myös oman tilanteen hahmottamisen vaikeuksia ja siitä johtuvaa oman toimintakyvyn aliarviointia. Vaikeisiin sekä pitkittyneisiin mielenterveyden häiriöihin voi liittyä lisäksi sen hetkistä oireista riippumattomasti pidempikestoista kognitiivisten toimintojen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä. Esimerkiksi masentuneella henkilöllä voi ilmetä erilaisia fyysisiä oireita, kuten vatsakipuja, päänsärkyä, lihasjännitystä, fyysistä lamaantuneisuutta tai kiihtyneisyyttä (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 133).

Koska mielenterveyden häiriötä sairastavat henkilöt istuvat enemmän muuhun väestöön verrattuna, he ovat suuremmassa riskissä sairastua inaktiivisuudesta johtuviin sairauksiin. Mielenterveyden häiriötä sairastavilla henkilöillä onkin sama tarve kuin muulla väestöllä pyrkiä fyysisen terveyden ylläpitämiseen ja elämänlaadun parantamiseen. Mielenterveyden häiriötä sairastavalle henkilölle elämänlaadun paraneminen yleensä parantaa myös kykyä selviytyä sairauden kanssa. Elämänlaatua voi parantaa esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden, kuten erilaisen liikunnan, avulla. Fyysinen aktiivisuus vaikuttaa yksilöön kahdella tavalla: fyysisesti ja psyykkisesti. (Corczynski & Faulkner 2012, 2.)

Ciezan ym. (2004) tutkimuksessa tarkasteltiin masennuksen vaikutuksia toimintakykyyn ICF -luokituksen avulla. Tutkimuksen mukaan masennus vaikuttaa laaja-alaisesti

kehon toimintoihin sekä aktiivisuuteen, osallistumiseen ja ympäristötekijöihin. Vaikutukset toimintakykyyn näkyvät joko suoraan tai välillisesti sairauden oireiden kautta. Esimerkiksi kehon toiminnoista pystyttiin määrittämään 45 erilaista kategoriaa, joihin masennus vaikuttaa. Näihin kategorioihin kuuluvat muun muassa unenlaatu, itsevarmuus, motivaatio, ruokahalu sekä organisointi- ja suunnittelukyky. Aktiivisuuteen ja osallistumiseen liittyviä kategorioita pystyttiin määrittämään 48 erilaista. Näihin kuuluivat esimerkiksi ongelmanratkaisu, kuuntelu, lukeminen, ajattelu, pukeutuminen, syöminen ja vuorovaikutus tuntemattomien ihmisten kanssa. Ympäristötekijöistä mainittiin muun muassa perhe, ystävät, lääkitys, perheen ja ystävien asenteet sekä terveydenalan ammattilaisten asenteet. (Cieza, Chatterji, Andersen, Cantista, Herceg, Melvin, Stucki & deBie 2004, 128 – 132.) Alla olevasta kuvioista voidaan hahmottaa selkeämmin masennuksen vaikutukset toimintakyvyn eri osa-alueisiin. Kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen (ICF) (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014) avulla voidaan hahmottaa selvemmin masennuksen vaikutukset ihmisen toimintakykyyn.



Kuvio 1. Masennuksen vaikutukset toimintakyvyn osa-alueisiin ICF-luokituksen mukaan. (Mukaiillen Cieza, Chatterji, Andersen, Cantista, Herceg, Melvin, Stucki & deBie 2004, 128 – 132).

Fysioterapeutin tehtävänä on toimia toimintakyvyltään erilaisten ja eri-ikäisten ihmisten kanssa, huomioida heidän tarpeensa ja hyödyntää heidän psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia voimavarojaan. Fysioterapeutti soveltaa erilaisia menetelmiä asiakkaan toimintakyvyn parantamiseksi. Näitä voivat olla esimerkiksi terapeuttinen harjoittelu, fyysikaalinen ja manuaalinen terapia, apuvälinepalvelut sekä neuvonta ja ohjaus. (Karelia Ammattikorkeakoulu 2015.)

Psyykkistä toimintakykyä arvioitaessa ei voida käyttää vain yksittäistä arviointimenetelmää tai mittaria, vaan erilaisia oiremittareita, toimintakyvyn arviointiasteikkoja ja

psykiatrisen sairaanhoidon strukturoimia diagnostisia haastatteluja. Diagnostiikan tulee perustua kliiniseen kokonaisarvioon ja diagnostisiin kriteereihin. (Katinka ym. 2011, 3.)

## **5 Fysioterapia osana mielenterveysasiakkaan kuntoutusta**

Fysioterapia on terapiaprosessi, joka muodostuu fysioterapeutin ja kuntoutujan välisestä vuorovaikutuksesta sanallisen viestinnän ja harjoittelun kautta. Kuntoutuja on prosessissa aktiivinen osallistuja, jolla on oikeus ilmaista omat mielipiteensä terapiaprosessin kulusta. (Talvitie ym. 2006, 9.)

### **5.1 Moniammatillinen kuntoutus**

Mielenterveyskuntoutus käsitteenä on laaja-alainen, jota voidaan käyttää puhuttaessa aina yksilöllisestä elämänkriisistä vaikeiden kroonisten tilojen kuntoutukseen saakka. Koska käsite on niin laaja, sitä on rajattu siten, että yleensä psykooseihin ja muihin mielenterveyden häiriöihin kohdistuvasta kuntoutuksesta puhutaan erillisenä kokonaisuutena. Useisiin mielenterveyden häiriöihin, kuten masennukseen liittyy hyvin vakavia toimintakyvyn rajoituksia, jotka vaikuttavat työkykyisyyteen ja ovat kuntoutuksen kannalta keskeinen kohdealue. (Pylkkänen & Moilanen 2008, 165.)

Mielenterveyskuntoutuksen keskiössä on henkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen. On huomattu, että nämä asiat liittyvät vahvasti arkielämän pieniin asioihin ja tilanteisiin. (Riikonen 2008, 160.) Kuntoutuksella tähdätäänkin työ- ja toimintakyvyn säilyttämiseen sekä palauttamiseen. Esimerkiksi Kela tarjoaa mielenterveyden häiriöihin kohdennettua kuntoutusta. Vuonna 2006 29 % kaikista Kelan kuntoutusetuuksista saavista henkilöistä sai mielenterveyskuntoutusta. Kuntoutuksen avulla on saavutettu merkittäviä säästöjä yhteiskunnalle. (Pylkkänen & Moilanen 2008, 168 – 176.)

Toimivimmaksi kuntoutusmuodoksi mielenterveyskuntoutuksessa on osoittautunut moniammatillinen kuntoutus. Fysioterapeutti on moniammatillisen työryhmän jäsen, johon voi kuulua muun muassa psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. Fy-

sioterapeutin vastuulla on kuntoutujan liikkumisesta huolehtiminen. Lisäksi fysioterapeutti havainnoi terapiatilanteissa kuntoutujaa ja havainnoiden avulla tuo oman ammatillisen näkökulmansa kuntoutujan psyykkisestä terveydestä. (Talvitie ym. 2006, 432 – 433.)

Mielenterveyspalvelujen laatusuositus määrittää, että jokaiselle mielenterveyskuntoutujalle tulee laatia kirjallinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Kuntoutuksen tavoitteena on aina lisätä kuntoutujan itsenäistä selviytymistä, työ- ja toimintakykyä sekä osallistumista yhteiskuntaan. Lisäksi kuntoutujaa kannustetaan asettamaan tavoitteita ja tavoittelemaan niiden toteuttamista. (Talvitie ym. 2006, 431 – 432.)

## **5.2 Mielenterveysasiakkaan fysioterapian erityispiirteet**

Mielenterveyden häiriötä sairastavien asiakkaiden fysioterapiassa korostuu terapiaprosessin kokonaisvaltaisuus. Kokonaisvaltaisten menetelmien avulla pyritään parantamaan kuntoutujan kehon tuntemusta ja hallintaa erilaisten harjoitteiden avulla. (Talvitie ym. 2006, 34.) Psykiatrisilla potilailla sekä psyykkisistä oireista kärsivillä kehonkuva ja motorinen käyttäytyminen voivat häiriintyä. Fysioterapiamenetelmillä pyritään lisäämään kuntoutujan tietoisuutta itsestä sekä löytämään kuntoutujan omat voimavarat ja konkreettinen minä. Liikunta on tärkeä osa mielenterveyskuntoutujan fysioterapiassa. Liikunta lisää mielihyvää ja se toimii myös keinona tutustua itseen ja omaan kehoon. (Talvitie ym. 2006, 433.)

Raija Jaakkola on tehnyt pro gradu - tutkielman aiheesta Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Tutkimuksessaan Jaakkola on haastatellut fysioterapeutteja, jotka ovat työskennelleet mielenterveyden häiriötä sairastaneiden potilaiden kanssa. Tutkimustulokset perustuvat haastateltavien ajatuksiin, käsityksiin sekä kokemuksiin. Tulosten perusteella pystytään hahmottamaan fysioterapian erityispiirteet mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Haastateltavien mukaan terapian onnistumisen kannalta keskeistä on fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus. Tärkeää on erityisesti pyrkiä edistämään potilaan itsetuntemusta. Fysioterapian lähtökohtana ovat potilaan omat voimavarat. Fysioterapiassa käytettiin erilaisia työtapoja, kuten kuunteleminen, läsnäolo, perusliikkuminen, yksinkertaisten liikkeiden

ohjaus, rentoutus ja kosketus sekä kehontuntemuksen kehittäminen, ruumiinhahmotus, liikunta ja luova ilmaisu. (Jaakkola 1999, 2.)

### 5.3 Vuorovaikutus

Vuorovaikutuksella on keskeinen rooli fysioterapiassa, sillä fysioterapeutin työhön liittyy paljon neuvomista, ohjaamista, motivoimista ja aktivoimista. Aihetta käsitellään kuitenkin peruskoulutuksen aikana suhteellisen vähän. Fysioterapeutin ammatti on vuosien saatossa muuttunut perinteisestä manuaalisesta käsin tehtävästä työstä enemmän ohjaavaan ja neuvovaan työhön. Fysioterapeutit kohtaavat tänä päivänä työssään esimerkiksi paljon erilaisia tuki- ja liikuntaelimestön vaivoja. Näiden vaivojen hoitoon voidaan hakea helpotusta erilaisilla passiivisilla hoidoilla, mutta tehokkaampi tapa ehkäistä vaivan uusiutuminen on ohjata asiakas itse aktiivisesti muuttamaan elintapojaan. Asiakkaan aktivoiminen, ohjaaminen ja neuvonta perustuvat täysin fysioterapeutin vuorovaikutustaitoihin. Fysioterapiassa asiakkaan tulee olla aktiivinen osallistuva toimija, joka ottaa vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Terapiatilanteessa on tärkeää huomioida oireiden ja niiden syyn selvittämisen lisäksi asiakkaan sosiaaliset ja psykologiset tekijät. (Kukkohovi 2004, 5 – 6.)

Tärkeää olisi pystyä luomaan avoin vuorovaikutussuhde, koska monille mielenterveyden häiriöille on ominaista, että potilaan kontakti itseensä, omiin asioihin ja muihin ihmisiin on vaikeaa. Avoimuus lisää potilaan luottamusta häntä hoitavia henkilöitä kohtaan. Mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin on monesti kohdistunut pelkoja ja kielteisiä asenteita, joita saattavat aiheuttaa esimerkiksi pelottavilta vaikuttavat oireet, oudolta näyttävä käyttäytyminen, pitkät hoitoajat, laitoshoido, hoitojen aiheuttamat sivuvaikutukset ja sairauksiin liittyvän tiedon puute. Mielenterveys on aina suhteellinen asia ja onkin mahdotonta määrittää onko joku potilas täysin sairas tai kokonaan terve. Vaikeastikin sairas potilas kykenee normaaliin toimintaan monissa elämän osa-alueissa. (Lönnqvist & Lehtonen 2007, 5.)

Vuorovaikutussuhteen keskeinen asia on vastavuoroinen kommunikointi eli dialogisuus. Tärkeää on luoda asiakkaaseen luottamuksellinen ja avoin suhde. Esimerkiksi psykoottinen potilas voi olla turvaton, aggressiivinen, pelokas ja haluton vastavuoroiseen kom-

munikointiin. Psykoottista potilasta tulee kuunnella ja hänen kertomiaan kokemuksia ei tule tuomita. (Henttinen, Ilja & Mattila 2009, 49.)

#### **5.4 Psykofyysinen fysioterapia**

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jolla pyritään ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistämiseen. Psykofyysisen ihmiskäsityksen mukaan keho ja mieli ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja muodostavat yhden kokonaisuuden. Kehon tunteukset vaikuttavat mieleen, mutta ajatukset ja tunteet vaikuttavat myös vastaavasti liikkumiseen ja kehon tunteukseen. Psykofyysisen fysioterapian avulla voidaan tarjota henkilölle ratkaisumalleja ja selviytymiskeinoja. Sen avulla voidaan edistää oman kehon kokemista, tunnistamista ja hyväksymistä. Psykofyysinen fysioterapia soveltuu hyvin käytettäväksi kaikkeen fysioterapeuttiseen työhön, mutta erityisesti mielenterveysongelmaisten fysioterapeuttisessa hoidossa. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys 2014.)

Psykofyysisiä fysioterapiamenetelmiä ovat muun muassa The Body Awareness Therapy, The Norwegian Psycho Motor Physiotherapy (NPMP) ja Feldenkreis- menetelmä. The Body Awareness Therapy on Gertrud Roxendalin kehittämä terapiamuoto, jossa on tavoitteena kehontuntemuksen ja -tietoisuuden lisääminen. Keskeisiä tarkasteltavia asioita siinä ovat esimerkiksi kehon suhde keskilinjaan ja alustaan, hengitys, kehon liikekeskus ja tietoinen läsnäolo. Norjalainen Wilhelm Reich on puolestaan kehittänyt norjalaisen psykomotorisen fysioterapian (The Norwegian Psycho Motor Physiotherapy), jossa ajatellaan, että psyyke ja keho on yhtä, eikä psyykkisiä ja fyysisiä tunteita voi erottaa toisistaan. Hengityksellä on myös suuri merkitys NPMP terapiassa. Psykofyysiisiin terapiamuotoihin kuuluvassa Psykodynaamisessa kehoterapiassa puolestaan ajatuksena on, että erilaiset ristiriidat vaikuttavat kehon toimintoihin. Siinä pyritäänkin erilaisien liikkeiden ja harjoitusten avulla vaikuttamaan fyysiseen puoleen, mutta myös tulkitsemaan fyysisiä reaktioita. Feldenkreis -menetelmä on Moshe Feldenkrein kehittämä menetelmä ja siinä pyritään lisäämään henkilön itsetuntemusta erilaisten liikkeiden avulla. Sen avulla voi oppia tunnistamaan omat voimavarat ja sitä kautta hallitsemaan omaa mieltä ja kehoa. (Talvitie ym. 2006, 269 – 278.)



## 5.5 Liikunnan merkitys

Heli Bäckmand (2006, 66 – 77) on tutkinut väitöskirjassaan fyysisen aktiivisuuden yhteyttä persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Tutkimuksessa selvitettiin pitkäaikaisen liikunnallisen elämäntavan ja urheiluryhmän yhteyksiä keski-ikäisten ja ikääntyvien miesten toimintakykyyn ja mielialaan. Tutkimustulokset osoittivat, että liikunnan, kunnan ja terveyden välillä on yhteys, johon vaikuttavat perimä, elintavat, yksilölliset ominaisuudet, sekä sosiaaliset -ja ympäristötekijät. Psykkisen toimintakyvyn heikkenemistä pystyttiin ennaltaehkäisemään muun muassa erilaisten joukkuelajien, kuten jalkapallon avulla. Tutkimustulosten mukaan liikuntaa säännöllisesti harrastavien on osoitettu olevan emotionaalisesti tasapainoisempia, kuin liikuntaa harrastamattomien. Fyysisen aktiivisuuden lisäämisen todettiin vähentävän masentuneisuutta ja ahdistuneisuuden riskiä.

Liikunnan vaikutukset mielialaan voidaan selittää fysiologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kautta. Suurin osa liikunnan vaikutuksista mielialaan voidaan selittää psykofysiologisten tekijöiden kautta. Voidaan ehkä todeta, että hyvinvoivien ja fyysisesti aktiivisten ihmisten tunne-elämä on vakaampaa kuin ahdistuneiden tai masentuneiden. Kun hyvinvoiva ja liikuntaa harrastava henkilö kokee voimakasta stressiä, hän palautuu siitä psykofyysisesti nopeammin kuin huonosti voiva, liikuntaa harrastamaton henkilö. Hyvinvoiva ja fyysisesti aktiivinen ihminen kykenee hallitsemaan paremmin muuttuvia ulkoisia ja sisäisiä rasitustekijöitä riittävästi ja tämän ansiosta he saattavat kärsiä vähemmän masentuneisuudesta ja ahdistuneisuudesta. (Bäckmand 2006, 66 – 77.)

Corczynski ja Faulkner (2012, 12 – 18) ovat vertailleet erilaisten tutkimusten tuloksia siitä, kuinka liikunnalla voidaan vaikuttaa skitsofreniaa sairastaviin potilaisiin. He ovat tarkastelleet kolmen eri randomisoidun kontrolloidun tutkimuksen tuloksia. Näiden kolmen tutkimuksen tulokset olivat yleisesti ottaen hyvin samantapaisia. Liikunnan avulla pystyttiin vähentämään sairauden aiheuttamia negatiivisia oireita ja parantamaan fyysistä terveyttä. Myös Inka Pakkala (2012, 76 – 77) on tehnyt väitöskirjan aiheesta *Depressive Symptoms, Sense of Coherence, Physical Activity and Genetic Factors Among Older People*. Väitöskirjassaan hän on tutkinut muun muassa sitä, kuinka liikuntaneuvonnan avulla voidaan vaikuttaa ikääntyneiden mielialaan. Tulokset osoittivat, että

liikuntaneuvonnan avulla voitiin vaikuttaa positiivisesti niiden tutkimukseen osallistuneiden mielialaan, joilla tutkimuksen alussa oli ollut lieviä masennusoireita.

Telenius, Engedal ja Bergland (2015) ovat tutkimuksessaan keskittyneet korkean intensiteetin harjoittelun fyysisiin ja psyykkisiin vaikutuksiin dementiaa sairastavilla vanhuksilla. Tutkimukseen osallistui 170 eri hoitokodeissa asuvaa vanhusta. Heidän kanssa toteutettiin pienissä ryhmissä kaksi kertaa viikossa kahdentoista viikon ajan intensiivistä voima- ja tasapainoharjoittelua. Ryhmiin osallistuneiden vanhusten tuloksia verrattiin kontrolliryhmään, joka tutkimuksen aikana ei osallistunut voima- ja tasapainoharjoitteluun. Tulosten mukaan voima- ja tasapainoharjoitteluun osallistuneiden vanhusten apaattisuus ja levottomuus vähenivät verrattuna kontrolliryhmään.

Liikunnan käyttäminen terapeuttisena hoitomenetelmänä on viime vuosina selvästi lisääntynyt. Liikkeen avulla ihminen pystyy purkamaan ahdistusta ja ilmentämään itseään paremmin (Lahti 2006,13). Esimerkiksi Kellokosken sairaalassa liikuntaa on käytetty potilaiden kuntoutus- ja virkistysmuotona jo vuodesta 1957 lähtien (Partti 2006, 42).

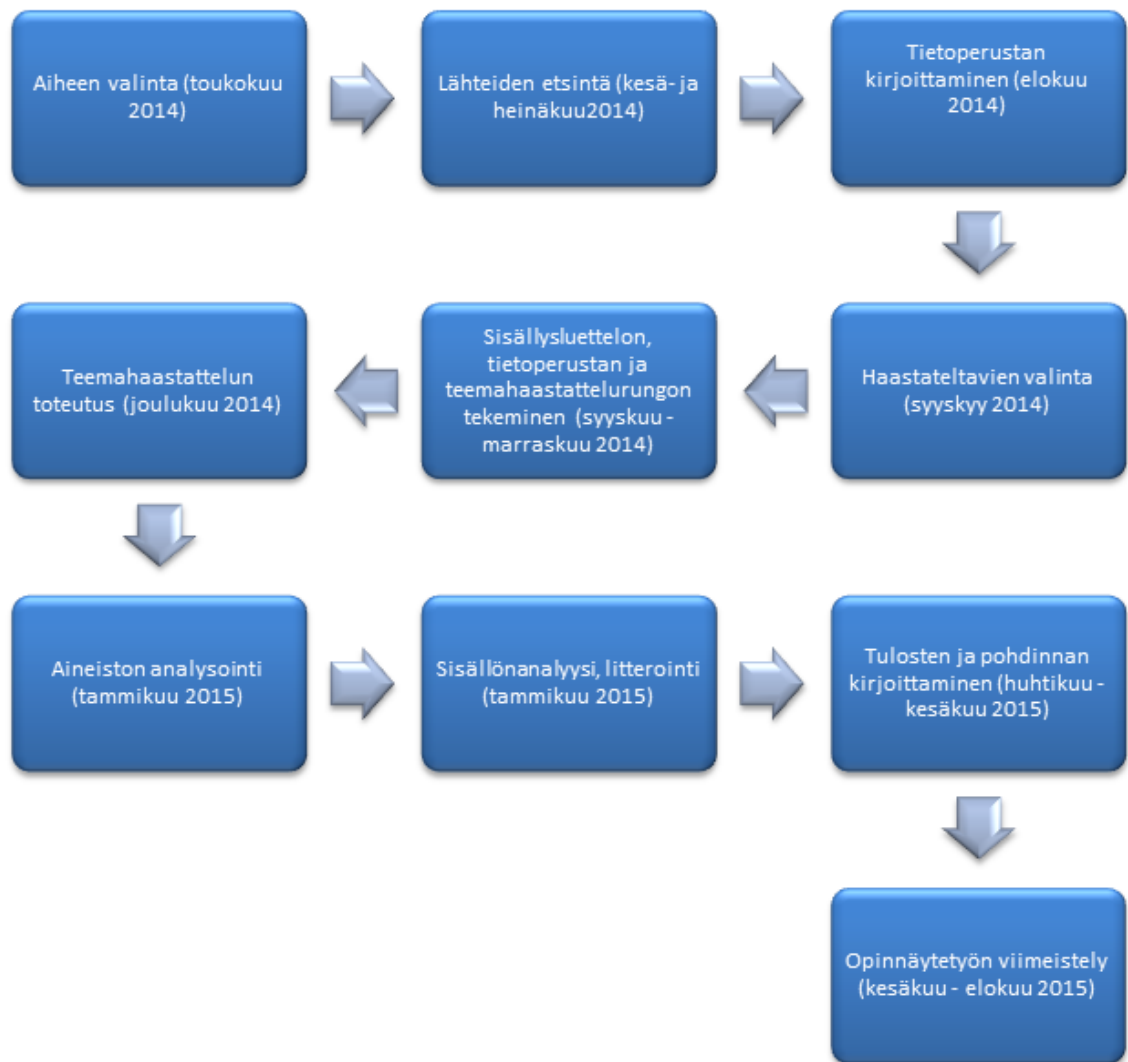
## **6 Aiemmat tutkimukset fysioterapeuttien kokemuksista mielenterveysasiakkaista**

Tutkitun tiedon hakuun käytimme useita eri sivustoja, muun muassa Pedro, Chinal, Google Scholar, Pubmed ja Nelli-portaali olivat näitä. Eniten käytimme Nelli-Portaalia, josta tiedonhaku oli helppoa ja tutkimuksia pystyi portaalin kautta löytämään useasta eri tietokannasta. Monihaun kautta etsimme tutkimuksia, jotka liittyisivät fysioterapeuttien kokemuksiin mielenterveysasiakkaista. Hakusanoina käytimme esimerkiksi attitudes towards mental disorder, physiotherapists experiences + mental disorder, physiotherapists's experiences + patient + mental disorder ja physiotherapy + opinion + mental health. Näillä hakusanoilla tuloksia löytyi vaihtelevasti, ensimmäisellä hakusanalla yli 3000 tulosta, toisella 24, kolmannella 19 ja viimeisellä yli 600. Osa hakutuloksista oli myös samoja. Aiheeseemme parhaiten liittyvät tutkimukset olivat nimeltään A survey of physiotherapy students' experiences and attitudes towards treating individuals with mental illness sekä The Physiotherapists' experience of Basic Body Awareness Therapy in

patient with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. Dandridgen, Stubbsin, Roskellin ja Soundyn (2014, 1) tekemässä tutkimuksessa A survey of physiotherapy students' experiences and attitudes towards treating individuals with mental health illness oli kysytty fysioterapeuttiopiskelijoilta kyselylomakkeen avulla, millaisia näkemyksiä ja asenteita heillä on mielenterveyden häiriötä sairastavan henkilön hoitamisesta. Tulokset osoittivat, että opiskelijat olivat huolissaan vähäisestä tietämyksestään mielenterveyden häiriöihin liittyen, sekä siitä, kuinka mielenterveyden häiriötä sairastava tulisi kohdata. Tutkimuksessa kerrottiin, että 71 % opiskelijoista oli saanut vähemmän kuin 4 tuntia opetusta mielenterveyden häiriöihin liittyen ja 76 % halusi enemmän koulutusta aiheesta.

## **7 Opinnäytetyön toteutus**

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen valinnalla keväällä 2014. Aiheen valinta oli helppoa, sillä olimme molemmat kiinnostuneita mielenterveyden häiriöistä. Opinnäytetyömme aihe, Fysioterapeuttien kokemuksia mielenterveyden häiriötä sairastavan asiakkaan fysioterapiasta, varmistui toukokuussa 2014. Aloitimme opinnäytetyön tekemisen kesällä 2014, jolloin etsimme lähinnä lähteitä tietoperustaa varten. Elokuussa aloitimme tietoperustan kirjoittamisen. Syyskuun aikana etsimme haastateltavat fysioterapeutit ja otimme yhteyttä heihin. Marraskuun lopussa olimme kirjoittaneet sisällysluettelon, tietoperustan ja teemahaastattelurungon lähes valmiiksi. Joulukuussa toteutimme teemahaastattelut ja aloitimme aineiston analysoinnin litteroinnilla tammikuussa 2015. Sisällysluettelon analyysin ja tulokset saimme valmiiksi huhtikuussa, jonka jälkeen jatkoimme tulosten ja opinnäytetyöprosessin pohdinnan tekemistä. Kesä-, heinä-, ja elokuun aikana viimeistelimme työn, niin sisällön kuin asetuksienkin osalta.



Kuvio 2. Opinnäytetyöprosessimme etenemisen vaiheet

## 7.1 Laadullinen lähestymistapa

Tässä opinnäytetyössä käytetään kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Kanasen (2014, 16 – 17) mukaan kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää käytetään, jos tutkitavasta ilmiöstä on aikaisempaa tietoa ja tällöin kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää. Laadullista tutkimusta käytetään esimerkiksi, jos ilmiöstä ei ole tietoa, teorioita tai tutkimusta, mikäli halutaan saada ilmiöstä syvälinen näkemys tai hyvä kuvaus.

Laadullisella tutkimuksella voidaan saada ymmärrettävä, kokonaisvaltainen ja tarkka sanallinen kuvaus ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen kohderyhmä on yleensä muutama henkilö, eikä tutkimuksesta saatuja tuloksia voi yleistää, sillä ne ovat näiden muutaman henkilön kertomuksia. (Kananen 2014, 16 – 17.) Tiedonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat yleensä havainnointi, haastattelut, kyselyt ja dokumentit (Kananen 2014, 27).

Tässä opinnäytetyössä on käytetty laadullista lähestymistapaa, koska aiheena ovat fyysioterapeuttien kokemukset mielenterveysasiakkaista. Henkilöiden kokemuksia tutkittaessa käytetään laadullisen tutkimuksen teemahaastattelua. Aihe on vähän tutkittu, joten haastattelu on hyvä tapa saada laaja käsitys aiheesta. (Kananen 2014, 72). Vähäisen tutkimuksen vuoksi aiheesta ei pystyisi tekemään kovin tarkkoja kysymyksiä, joten laadullinen lähestymistapa sopii hyvin työhömmä. Haastattelimme neljää fyysioterapeuttia ja tarkoituksenamme ei ollut yleistää tuloksia vaan saada heiltä mahdollisimman paljon erilaisia kokemuksia mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelystä. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonantajat voidaan ja olisikin hyvä valita siten, että he tietäisivät aiheesta mahdollisimman paljon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

## **7.2 Aineiston hankinta**

Laadullisen tutkimuksen käytetyin tiedonkeruumenetelmä on haastattelu. Haastatteluja on kolmenlaisia: syvähaastattelu, teemahaastattelu ja lomakehaastattelu. Haastattelumuodoista teemahaastattelu on käytetyin. Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineiston hankintaan teemahaastattelua. Teemahaastattelussa haastattelija ja haastateltava keskustelevat kasvokkain tietystä asiasta aihe kerrallaan. Teemahaastattelun tavoitteena, on pyrkiä ymmärtämään ja saada käsitys tutkittavasta aiheesta, johon liittyy aina ihminen ja hänen toimintansa. Etukäteen haastattelija on miettinyt teemat ja niihin liittyviä kysymyksiä, joista haastattelussa keskustellaan. Teemahaastattelu etenee yleisistä kysymyksistä yksityiskohtaisempiin kysymyksiin teeman sisällä. Haastateltavan tehtävä on pitää keskustelu aihepiirissä ja mahdollisesti tehdä tarkentavia kysymyksiä aiheesta, mutta haastattelu etenee kuitenkin haastateltavan ehdoilla. Haastattelussa selvitetään yleensä menneen ajan tapahtumia, toisin kuin esimerkiksi havainnoinnissa havainnoidaan nykyhetkeä. Teemahaastattelutilanteet nauhoitetaan, jotta haastattelutilanne olisi

mahdollisimman luonteva. Yleensä teemahaastattelussa aineisto analysoidaan nopeasti ja tehdään uusi haastattelu mahdollisten esiin tulleiden kysymysten pohjalta. Haastattelusta saatujen tietojen perusteella pyritään saamaan asiasta kokonaiskuva (Kananen 2014, 70 – 72, 76 – 78, 85.)

Opinnäytetyömme aiheen vuoksi, eli fysioterapeuttien kokemuksia mielenterveysasiakkaista, teemahaastattelu oli sopivin vaihtoehto. Lähdimme pohtimaan, millaisista asioista haluamme lisää tietoa ja minkälaisista asioista uskoimme olevan meille eniten hyötyä ammatillisen kehittymisen kannalta. Tämän pohjalta syntyi kaksi teemaa haastattelulle, jotka ovat:

1. Kokemukset mielenterveysasiakkaista
2. Kokemukset mielenterveysasiakkaiden fysioterapiasta

Valitsimme opinnäytetyöhömmme neljä haastateltavaa, sillä koimme sen sopivaksi määräksi opinnäytetyön laajuuden kannalta. Haastattelimme fysioterapeutteja, jotka olivat työskennelleet fysioterapeutin ammatissa jo useamman vuoden ajan. Kriteerinä haastateltavien valinnalle oli se, että heillä oli kokemusta mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelystä. Haastateltavien valintaan vaikutti myös se, että heillä oli työkokemusta erilaisista työpaikoista sekä haastateltavien kesken työkokemusta erilaisista työpaikoista. Valintaan vaikutti lisäksi se, että kolme heistä oli helposti lähestyttäviä, sillä he olivat haastattelijoilta ennestään tuttuja. Kolme haastateltavista asui samalla paikkakunnalla kuin me haastattelijat, mikä helpotti haastattelun järjestämistä. Yksi haastateltavista oli meille haastattelijoilta entuudestaan tuntematon ja asui toisella paikkakunnalla, joten hänen haastattelunsa tehtiin Skype-sovelluksen kautta. Haastattelut tehtiin kasvotusten kahden haastattelijan ja haastateltavan kanssa viikolla 49.

Haastateltavat olivat saaneet etukäteen sähköpostitse teemahaastattelurungon (liite 3), jonka perusteella he saivat käsityksen aiheesta ja siitä millaisiin kysymyksiin haluamme vastauksia. Lisäksi ennen haastattelua haastateltavat allekirjoittivat lupalomakkeen (liite 4) aineiston hyödyntämiseen opinnäytetyössä. Haastateltavilla ei kuitenkaan ollut haastattelutilanteessa nähtävillä kysymyksiä, tällä pyrimme siihen, että haastattelu etenisi mahdollisimman vapaasti ja luontevasti. Kolmen haastateltavan kanssa haastattelu tapahtui koulun tiloissa, käytössämme olleessa luokahuoneessa. Järjestimme haastattelu-

tilanteen siten, että istuimme kaikki yhdessä pöydän ympärillä. Pöydällä oli haastattelumateriaalin lisäksi tietokone sekä puhelin nauhoitusta varten. Haastateltaville oli tarjolla mehua. Yksi haastattelu tehtiin tietokoneen kautta Skype-sovelluksen avulla ja tämän haastattelun nauhoitus tapahtui myös sekä tietokoneella että puhelimella. Haastattelujen alussa kerroimme haastattelun tarkoituksen ja kysyimme taustatiedot. Tämän jälkeen lähdimme keskustelemaan haastateltavien kanssa apukysymysten avulla miten he ovat kokeneet mielenterveysasiakkaan kanssa työskentelyn ja fysioterapian. Haastattelut etenivät haastateltavien mukaan, mutta tarvittaessa kysyimme tarkentavia kysymyksiä. Haastattelut kestivät noin tunnista lähes kahteen tuntiin.

### **7.3 Aineiston analysointi**

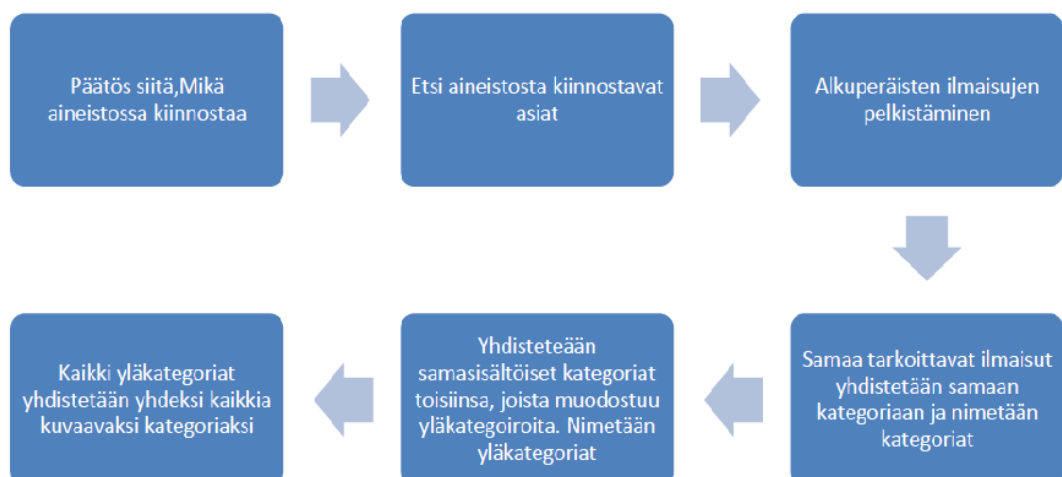
Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Suurissa tutkimusmäärissä aineisto täytyy analysoida analyysimenetelmin, jotta aineistosta löydetään ratkaisu tutkimusongelmaan. Yleensä aineiston käsittelyn ensimmäinen vaihe on yhteismitallistaminen eli litterointi. Litteroinnilla tarkoitetaan äänitteiden, videoiden ja kuvien muuntamista kirjalliseen muotoon. Tämän jälkeen aineistoa voidaan käsitellä useilla analysointimenetelmillä. Litterointi teemahaastattelumenetelmää käytettäessä tarkoittaa haastatteluaineiston kirjoittamista tekstimuotoon mahdollisimman tarkasti. Kaikkea ei kuitenkaan litteroida, vain tutkimuksen kannalta oleelliset asiat. Litteroinnissa on useita tasoja; sanatarkka, yleiskielinen ja propositiotason litterointi. Koodaus eli aineiston tiivistäminen on analysoinnin seuraava vaihe. Koodaus täytyy tehdä, jotta aineistosta saadaan selkeämpi analyysia varten. Koodauksessa aineisto yhdistetään niin, että samaa tarkoittavat asiat ja asiat joilla on yhteinen tekijä, yhdistetään samalla koodilla. Koodaus ei kuitenkaan saa vähentää aineiston laadullista sisältöä. (Kananen 2014, 101 – 103.)

Opinnäytetyömme aineiston käsittely aloitettiin litteroinnilla. Numeroimme kaikki neljä haastateltavaa eri numeroin heidän kommenttien tunnistamisen helpottamiseksi sekä anonymiteetin säilyttämiseksi. Tässä opinnäytetyössä on käytetty propositiotason litterointia, eli on kirjattu lauseiden tärkeimmät asiat ylös. Molemmat haastattelijoista litteroivat kaksi haastattelua. Litterointi tapahtui kuuntelemalla haastattelut tietokoneelta ja kirjoittamalla samanaikaisesti keskustelut Word-tiedostolle. Tämän jälkeen aloitimme

koodauksen tekeminen. Kävimme kysymys kerrallaan läpi jokaisen haastateltavan vastaukset ja keräsimme niistä kaikki kiinnostavat ja tärkeät ilmaukset, joista uskoimme olevan hyötyä etsiessämme vastauksia tutkimuskysymyksiimme.

Tämän jälkeen yhdistelimme alkuperäiset ilmaukset suurempien yläkategorioiden alle, sillä se tuntui meistä helpommalta ja luonnollisemmalta tavalta lähteä tarkastelemaan vastauksia. Kun saimme muodostettua yläkategoriat, yhdistelimme samankaltaiset alkuperäiset ilmaukset alakategorioiden alle. Kiinnostavat ja tärkeät alkuperäisilmaukset pelkistimme myöhemmin pelkistetyiksi ilmauksiksi. Liitteessä 2 näkyvät erilaiset tuntemukset -yläkategorian sisällönanalyysin vaiheet. Koodauksen jälkeen muotoutuivat yläkategoriat, joista jälleen muodostuivat tulokset, jotka ovat

1. Monenlaiset tuntemukset
2. Moniulotteiset haasteet
3. Onnistumiset
4. Mielenterveysasiakkaan fysioterapian erityispiirteet
5. Erilaisia fysioterapeuttisia menetelmiä
6. Erilaisten menetelmien hyödyt ja haitat
7. Henkinen kuormittuminen



Kuvio 3. Sisällönanalyysin vaiheet. (Kananen 2009, 92, 101)



## 8 Tulokset

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää, millaisia kokemuksia erilaisissa työpaikoissa työskennelleet fysioterapeutit ovat saaneet mielenterveyden häiriötä sairastavista asiakkaista ja heidän kanssaan työskentelemisestä. Tämän pohjalta teimme teemahaastattelurungon (liite 3), jonka avulla mietimme, millaisia asioita haluamme kysyä haastateltaviltamme. Aineiston analyysin jälkeen päädyimme seuraaviin tuloksiin.

### 8.1 Monenlaiset tuntemukset

Fysioterapeutit kertoivat tuntemuksia sekä mielenterveysasiakkaista että heidän kanssaan työskentelystä. Kolme neljästä haastateltavasta mainitsi sanan mielenkiinto, ja lisäksi kaikki mainitsivat sanan haasteellisuus. Nämä kaksi olivat yhdistävä tekijä haastateltavien vastauksissa. Näiden yhdistävien tekijöiden lisäksi haastattelussa nousi esiin muita tuntemuksia.

Haastateltavat mainitsivat erilaisia tuntemuksia, joita mielenterveysasiakkaat sekä heidän kanssaan työskentely herättivät. Muita mainittuja tuntemuksia olivat yllätyksellisyys, hämmästys, mielekkyys ja suru. Negatiivisista tunteista mainittiin pelko, epämiellyttävyys, epävarmuus ja riittämättömyys.

Oma riittämättömyys pelotti, en pelänny niitä asiakkaita, vaan - - ehkä se pelko siitä, että pärjäänkö mie, selviydynkö mie ja löydänkö niitä sanoja. Epävarmuus, pelko liittyy siihen tunteisiin. - - Avopuolella on myös pelkoa, ehkä ollu - - liittyen myös asiakkaisiin. - - Jos jutut kääntyy vaarallisiksi tai - - käyttäytymisessä havaitsen jotakin semmosta, että miten mie niin kuin toimin ja onko miulla ulospääsy siitä tilanteesta. (1)

Haastateltavat kertoivat millaisia asioita heidän mielestään tulee ottaa huomioon omassa käyttäytymisessä työskennellessä mielenterveysasiakkaiden kanssa. Yksi mainittu asia oli, että asiakasta on tärkeää muistaa kuunnella. Muita esimerkkejä on alla.

Ihminen pitää kohdata ihmisenä. Se on arvokas, aito ihminen, häntä ei kyseenalaisteta tietyllä tapaa. (2)

- - Herkemmällä korvalla - - voimavarojen mukaan - - . (3)

- - Mut en mä sitä kiellä etteikö sitä ajattelis, että pitää suhtautua jollain tavalla, pitää miettiä aika tarkkaan mitä puhuu, et se ei omalla toiminnalla aiheuta - - lisä vaikeuksia tai muita siihen itse kohtaamiseen - -. (3)

Haastateltavat kokivat, ettei työskentely mielenterveysasiakkaan kanssa ole poikkeuksellista. Vaikka työssä on kuullut raakojakin elämäntarinoita, haastattelussa ilmeni, että fysioterapeutti ei ole kokenut pahaa oloa asiakkaiden tilanteesta. Lisäksi mainittiin, ettei asiakkaan diagnoosilla ole merkitystä työnteon kannalta.

- - Semmonen yllätyksellisyys tai - - ite on ruennu miettimään - -, miten yhdelle ihmiselle voi tapahtua niin paljon asioita. - - semmonen hämmästy - -, että ei voi olla totta, että se elämäkertaa, jos kuuntelee toisen elämäkertaa todellakin siitä lapsuudesta ja kaikki mitä on tapahtunu, niin jotenkin semmonen hämmennys, - - yllättyy siitä. (1)

## 8.2 Moniulotteiset haasteet

Yksi tuloksista oli fysioterapeuttien kokemat haasteet mielenterveysasiakkaiden kanssa työskennellessä. Haastatteluista kävi ilmi, että erilaisia haasteita on ollut paljon. Lisäksi haastateltavat kertoivat, miten ovat ratkaisseet haastavat tilanteet.

Kaksi tai useampi haastateltavista koki haasteellisiksi ryhmätilanteet, asiakkaan voimavarat, asiakkaan motivoimisen, asiakkaan aggressiivisuuden, itsetuhoiset asiakkaat, kivun ja sen syyn selvittämisen sekä asiakkaiden tunteiden purkaukset. Haastateltavat kokivat haasteellisiksi ryhmätilanteissa esimerkiksi asiakkaiden reaktiot ja arvaamattomuuden sekä ryhmän hallinnan.

- - Ei voi valmistautua koskaan siihen riittävästi siihen ryhmätilanteeseen, et ei voi koskaan tietää mitä sieltä tulee, - - miten se koko ryhmä siihen reagoi, lähteekö ne siihen mukaan vai mitä reaktioita sieltä niin kun tulee, et se taas liittyy siihen epävarmuuteen, et kun ei tiiä mitä siellä - - voi tulla ilmi, millaisia tunteita, vaikka - - rentoutusharjoitus ryhmässä.(1)

Se ilmaisu ei välttämättä oo kovin eksaktia, se on ihan eri asia, kun tulee joku olkapää potilas ja sanoo et se kipu on tässä, mutta psykiatrisilla potilailla se kipu ei oo missään konkreettisesti tai voi se olla se kipu jossakin, mutta se on - - heijastuma jostakin ihan muusta. (4)

Haasteeksi koettiin mielenterveysasiakkaiden suuri määrä. Samankaltaisiin aiheisiin liittyviä haasteita olivat kommunikointi, asiakkaisiin liittyvät haasteet, poikkeukselliset tilanteet ja fysioterapeutin omaan työskentelyyn liittyvät haasteet.

- Ihan näissä niin kun puheissa tietysti, että jos ne puheet - - terapian aikana alkaa liittyä jotenkin seksuaalisuuteen, niin se on kans semmonen jotenkin epämiellyttävä tunne. Et miten saa sen asian - - käännettyä ja - - mietittyä vielä, että - - siinä ei loukkais sitä asiakasta, vaan - - miten sen sais jouhevasti sitten käännettyä sen puheen pois siitä.(1)

Ihan haastavimpia ovat olleet ne potilaat tai asiakkaat joista ei aluks meinaa saaha yhtään mitään irti, jotka on jotenki henkisesti ollu niin tukossa, niin ahdistuneita et sieltä ei meinaa saada minkäänlaista kommenttia irti, tai jotka ei osaa ilmaista omaa mielipidettään tai sitä että mitä hyö ite haluaa. (4)

Se tilanne kun ollaan siellä ja luonnon kohtaaminen se on ihmiselle sielun peili ja vaikka kuinka ois niin sitte siellä yllättäen tapahtuu niitä semmosia uupumisia, vaikei fyysisesti ponnisteltaisikaan kohtuuttomasti ja semmosissa tilanteissa kun on joutunu miettimään, että miten lähellä ollaan psykoosiin menoa, et ihmisissä tapahtuukin niin yllättävä käänne siinä jaksamisessa, niin ne on ollu haastavia tilanteita, miten rauhoittaa tilannetta, miten purkaa tilannetta. (2)

Haasteiden ohella haastateltavat mainitsivat asioita, jotka ovat auttaneet haastavien tilanteiden ratkaisussa. Näitä olivat muun muassa keskustelu, kuuntelu, läsnäolo, tilanteen ja itsensä rauhoittaminen, oman käyttäytymisen huomiointi, asiakkaiden voimavarojen huomiointi, konkreettiset ratkaisujen tekeminen. Lisäksi haasteista selviytymisessä auttoi fysioterapeutin kokemus ja sen tuoma ammatillisuus.

- Perhetilanteessa se tais niin kun liittyä harrastuksiin ja ajankäyttöön ja tämmöseen, ihan tämmösiä konkreettisia - - aikataulutusta ynnä muuta, et miten siinä perheessä niin kun riittää jokaiselle myös sitä omaa aikaa omaan harrastukseen - -(1)

### 8.3 Onnistumiset

Haastattelussa kysyttiin fysioterapeuteilta onnistumisen kokemuksista työuran aikana ja siitä, mikä on tehnyt tilanteesta onnistuneen. Kaikki vastanneista kertoivat, että onnistumisen kokemukset liittyivät mielenterveysasiakkaan voimaantumiseen ja toimintakyvyn paranemiseen. Näitä olivat muun muassa kivun lievittyminen ja sen hallinta, trau-

maattisen kokemuksen aiheuttaman pelon voittaminen fysioterapian avulla sekä unen laadun paraneminen ja nukahtamisen helpottaminen rentoutusmenetelmien avulla.

- - Halvauspotilas, jolla on - - paha masennus, fysioterapia prosessissa - - on tapahtunu voimaantuminen - - ja parantunu - - . Henkilö, joka ei oo rakkaalla kesämökkillään päässy tekemään yhtään mitään, niin kuntoutuksella edistytty sillä tavalla, että pääs siellä osalliseksi siitä toiminnasta mikä hänelle oli mielekästä - - . (3)

Muihin aiheisiin liittyneitä onnistumisen kokemuksia nousi myös haastattelussa esille. Näitä olivat esimerkiksi ryhmätilanteissa me-hengen saavuttaminen, asiakkaiden positiivinen palaute, ratkaisujen löytäminen asiakkaan tilanteen parantamiseksi ja sen huomaaminen, kuinka paljon kehon kautta voi vaikuttaa mieleen.

Ja myöskin musta fysioterapeuttina on näissä psykiatrisissa ja psyykkisissä jutuissa, niin hirveen hienoo huomata - - miten paljon kehon kautta pystyy vaikuttamaan, koska se keho ja mieli on niin yhtä. Et se ei oo ollenkaan se ja sama mitä sen kehon kanssa tehdään, kyllä meillä fysioterapeutteina on paljon annettavaa myöskin tuolla psyykkisellä puolella, kun vaan muistetaan laskeutua sieltä hienoista fysioterapeuttisista tutkimustuloksista maan - - tasolle, et se monesti on hyvin yksinkertaista ja konkreettista mistä lähdetään liikkeelle. Ei mitään kauheen monimutkaista, teknistä ja hienoo. (4)

Haastateltavat mainitsivat asioita, joiden he uskoivat vaikuttaneen onnistumisen kokemuksiin. Nämä liittyivät pääasiassa fysioterapeuttien omaan käyttäytymiseen ja ajatukseen: asiakkaan tasolle asettuminen, aito kiinnostus asiaan, fysioterapeutin pitkäjänteisyys ja johdonmukaisuus sekä kuuntelu, läsnäolo ja juttelu.

Kyllähän se on se aito läsnäolo, kuunteleminen, halu elää siinä sen asiakkaan sitä hetkee ja - - halua löytää ratkaisua niihin - - sillein että se aito kiinnostus siihen asiaan. (1)

#### **8.4 Mielenterveysasiakkaan fysioterapian erityispiirteet**

Haastateltavat kertoivat myös siitä, kokevatko he mielenterveys asiakkaan fysioterapian olevan erilaista verrattuna sellaisten asiakkaiden fysioterapiaan, joilla ei ole mielenterveyden häiriötä. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että fysioterapia on erilaista näiden kahden asiakasryhmän välillä, kun taas toiset kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että fysioterapia eroaa jonkin verran. Näiden tulosten perusteella voidaan päätellä, että mielen-

terveysasiakkaan fysioterapia eroaa sellaisen asiakkaan fysioterapiasta, jolla ei ole mielenterveyden häiriötä. Haastateltavat kertoivat paljon esimerkkejä siitä, miten mielenterveysasiakkaan fysioterapia eroaa sellaisen asiakkaan fysioterapiasta, jolla ei ole mielenterveyshäiriötä.

- - Voi olla vähän herkemällä korvalla, kuuntelulla ja ohjeistuksen kanssa kannattaa miettiä. Toisaalta ei pidä aliarvioida - - esim. jos on selkee selkävai- va - - niin tällanen kuulluksi tuleminen - -. - - Ei pidä jäädä siihen, että nää ei kuulu, kyllä koko paketti kuuluu samaan. - - mutta vähän niitten voimavarojen mukaan - -, kannustetaan, vähän enemmän aikaa oisin antamassa - -. Muistaa pysähtyä siinä itekkin - -, olla läsnä, myötätuntoinen ja empaattinen - -. (3)

Aloitekyvyn heikkous - - tekee siitä haasteellisempaa kyllä. Tai sitten toisaalta voi myöskin olla niin, et psyykinen potilas keskittyy ihan hirveen vahvasti niihin fyysisiin oireisiinsa ja - - heijastaa niitä psyykkisiä oireita siihen fyysiseen vaivaan ja ei tavallaan myönnä sitä psyykkistä ongelmaa vaan - - tavallaan syyttää kaikesta sitä kipua ja fyysistä ongelmaa. (4)

- - Ihan tämmöstä purkautumista - -, vois kuvitella että ryhmässä ei niin kun lähetä purkautumaan, mut kyllä niitä - - mielenterveyskuntoutujilla tulee ja onneksi tulee, nehän kuuluu ne tunteet, ihan itku, huutaminen, hyvinkin semmonen - - voimakkaitten tunteitten tuottaminen. (1)

## 8.5 Erilaisia fysioterapeuttisia menetelmiä

Haastateltavat kertoivat, millaisia menetelmiä he ovat käyttäneet mielenterveysasiakkaan fysioterapiassa. Kaksi tai useampi vastanneista kertoi käyttäneensä rentoutusharjoitteita, sähkökipuhoitoja ja liikuntaa. Useampi vastaajista kertoi myös hyödyntäneensä luontoa mielenterveysasiakkaan fysioterapiassa. Lisäksi muita menetelmiä, joita haastateltavat mainitsivat käyttäneensä, olivat muun muassa mielikuvaharjoittelu, kehon hahmotusharjoitteet, manuaalinen terapia, pilates, kosketusterapia, trauma releasing therapy sekä kuormittumisen tunnistamisen harjoitteet.

Yks menetelmä mitä oon käyttäny myöskin siihen kivunhoitoon, on hiljaisuus ja luonto, et ne on niitä. Se on yllättävää - - en ois tienny ennen ku rupesin ko- keilemaan et sekin voi auttaa. (2)

Kuormittuneisuuden kesto, et miten mä kestan kuormitusta, niin me tehtiin semmonen - - rahti-aasi harjotus et ihminen kävi kontalleen - - ensin otettiin tämmösillä pienillä hiekkapusseilla, pantiin paino et tunnetko miten paljon sul-

la on painoa nyt siellä selän päällä, vieläkö haluat ja kun se oli tehty niin sit otettiin semmosia isoja elefantti istuintyynyjä - -, jotka oli vähän painavempia, niitä sitten ruettiin kasaamaan siihen selän päälle ja ihmisen piti ite tunnistaa millon sitä kuormaa on liian paljon, millon sitä on silleen sopivasti, otetaanko pois, lisätäänkö vielä. Siinä harjoituksessa - - se oli tärkeätä, että tunnisti sen millon se kuorma on liian paljon, mutta toisille se oli hirveen tärkeä - - kun tunnisti että mulla on voimaa, mä jaksan kantaa tän kuorman, et en mä oo ihan voimaton vaikka se mulle siltä tuntuukin.(4)

## 8.6 Erilaisten menetelmien hyödyt ja haitat

Fysioterapeutit kertoivat esimerkkien avulla erilaisten menetelmien hyödyistä ja haitoista. Hyödyllisiksi menetelmiksi oli koettu kipupiiirros, kehonhallintaharjoitteet, liikunta, musiikin käyttö ja rytmikkaharjoitteet sekä kuormittamisen tunnistamisen harjoitteet.

- - Menetelmänä se on aika jännä se kehonhahmotus, ensin niin kun piirtämällä. - - oli tämmösiä ukon kuvia, - - ääriviivat - - sitä voi ohjeistaa sitten eri tavalla. Kipupiiirroshan on - - yleisin niistä, mutta sit jos se liittyy kehon tunteemukseen, nii sen voi ohjeistaa asiakkaalle niin, että he piirtää siihen, että hyö on siinä kuvassa, niin semmosen asian mistä heidät - - tunnistaa - -. - - Tai jos tuntee ryhmän paremmin niin se voi olla semmonen asia - - tai - - piirtää sen kehon osan - - mitä häpeää omassa kehossaan - -. Se on ollu aika toimiva, mie oon sitä ryhmän alussa käyttäny sitä, että mistä heidät tunnistaa, - -. Saattaa tulla jotakin semmosta, joka liittyy heidän kipu tuntemuksiin, että hyö saattaa vaikka mustata toisen jalan kokonaan, että hänet tunnistaa, siitä, että hän linkkaa sitä toista jalkaansa. - - piirtämisellä pääsee niin kun syvemmälle niihin asioihin, kun että sie kysyisit tälle. - - se on ollu semmonen toimiva ja - - herättäny keskustelua. (1)

- - Käytetty musiikkia yksilöterapiassa - -, mieliala kyllä kohentu sitä kautta ja autto rytmikan kautta - -. - - yleensä musiikki yhdistetään ryhmätoimintaan, kuitenkin päätettiin kokeilla yksilön kanssa - -. Paljastu että henkilö oli soittanu nuorena ja kova tanssimaan ja - - mies oli täysin liikkumaton. - - muuttu niin puheliaaksi se mies ja mieliala muuttu vahvasti - - Tehtiin rytmikkaharjoituksia - -. - - alko puhua, kun aiemmin oli täysin puhumaton - -. (3)

Fysioterapeutit kertoivat esimerkkejä tapauksista, joissa käytetty menetelmä oli haitallinen asiakkaalle. Tällaisia olivat mielikuvarentoutus, kehontuntemusharjoitteet, hieronta, sähkökipuhoito, lämpö- ja kylmähoidot sekä trauma releasing therapy.

Joskus kipuhoidot on semmosia, nää meidän ammatilliset kipuhoidot, vaikka sä tuntisit et se käy hyvin ja ihminen on että kyllä käy - - ja kertonu sen periaat-

teen et mihin, mikä siellä se pointti on, mihin vaikuttaa ja millä tavoin, niin se on saattanu olla väärä valinta, sit se onki vaikuttanu kivun lisääntymiseen. (2)

- - Mentiin ryhmänä - - luonnon keskellä semmoseen niemeen, järven rannalle, - - siellä sitten ensin istuttiin piirimuodostelmassa - - alustin tämmösen rentoutuksen siinä - - elikkä mielikuvarentoutuksen ja siihen liitty tällanen tarina minkä luin - - sanoin että sitten kun tää tarina on luettu - - niin jokainen voi tänne niemeen sitten - - mennä - - omalle - - mieluiselle paikalleen ja hiljentyä - -. Puoli tuntia, ei jutella kaverin kanssa - - vaan meette sinne omalle reviiirille ja työstätte sitä - - mielikuva rentoutusta - -. Sitten kun se oli tehty - - niin siinä sitten yks mieshenkilö oli ihan, että hirveetä, että aivan kauheeta oli olla hiljaa tuolla ja miettiä - - omia juttuja - -. (1)

Haastattelussa tuli esille myös, että joistakin menetelmistä oli joillekin asiakkaille hyötyä, mutta joillekin haittaa. Tällaisia olivat rentoutusharjoitteet ja liikunta. Yksi haastateltavista mainitsi myös, että joskus fysioterapiasta ei ole asiakkaalle hyötyä, mutta ei haittaakaan.

Esimerkiksi rentousmenetelmistä, niin kyllä on ollut - - aika moni on sanonut, että unenlaatu on parantunut, nukahtaminen on helpottunut, ja on saanut siihen - - omia apuvälineitä siihen nukahtamiseen tai yölliseen heräilyyn, unihäiriöihin ylipäätään. (4)

Rentoudesta tulee semmosia ihmisiä mieleen, joille se ei kerta kaikkiaan sopinut, heille nousi niin valtava ahdistus siitä et heidän piti olla paikallaan, et se piti sit keskeyttää ja sopia et tää ei oo sun juttu. Ahdistus kasvoi liian suureks jos piti hiljaa maata paikoillaan tai vaikka istua paikallaan. Kerta kaikkiaan tuli niin levoton olo, tai hengittäminen kävi vaikeeks tai muuta. (4)

## 8.7 Henkinen kuormittuminen

Fysioterapeutit kertoivat henkisestä kuormituksesta mielenterveysasiakkaiden kanssa työskennellessä. Lisäksi he kertoivat myös mistä he ajattelevat kuormittumisen johtuvan ja miten he ovat selviytyneet henkisestä kuormituksesta. Kolme vastanneista oli sitä mieltä, että työskentely mielenterveysasiakkaan kanssa on henkisesti kuormittavampaa kuin työskentely asiakkaan kanssa, jolla ei ole mielenterveyden häiriötä. Yksi vastanneista ei osannut sanoa, kumpi on kuormittavampaa.

Mielenterveysasiakkaiden kanssa on henkisesti kuormittavampaa, muitten kanssa fyysisesti kuormittavampaa - -. Eihän näitten psyykkisten potilaitten

kanssa - - oo fyysisesti kuormittavaa, kuin tules- tai neurologisen-potilaan kanssa. (4)

Kysyttäessä kuormittumisen syitä puolet vastanneista oli sitä mieltä, että kokemattomuus mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelystä on kuormittavaa. Tämän lisäksi kuormitusta aiheuttavat muun muassa kiire, mielenterveysasiakkaiden arvaamattomuus ja ammattimaisuuden puute sekä se, jos jää miettimään työasioita.

Kyllähän arvaamattomampia tilanteita ne on. Siinä on oltava hirveen läsnä, henkisesti hirveen läsnä koko ajan - -. Sitten tietysti se, - - ettei ota liian paljo niitä ongelmia itseensä, ei voi rueta koko maailman murheita kantamaan, eikä aatelemaan että minä kaikkia näitä ihmisiä pystyn auttamaan. (4)

Mie en osaa olla riittävän ammattimainen - - ja jotenkin sitä aattelee, että ite on niin hyväosanenkin, että - - on kaikki sillein, että on terve ja terveet lapset - -. (1)

Fysioterapeutit kertoivat, kuinka he ovat työuransa aikana selviytyneet henkisestä kuormituksesta. Suurin osa vastanneista koki, että puhuminen ja työnohjaus auttaa selviytymään henkisestä kuormituksesta. Puolet vastanneista oli sitä mieltä, että harrastukset, liikunta ja se, että osaa ottaa työn työnä, vähentää henkistä kuormitusta. Muita keinoja selviytyä henkisestä kuormituksesta olivat esimerkiksi oma ammatillinen asenne, moniammatillisuus, perhe, huumori, työkokemus, rentoutuminen, mielenterveysasiakkaiden sijoittelu aikatauluun sekä se että, osaa olla itselleen armollinen ja ”tyhjentää pään” asiakkaista.

- - Omasta hyvinvoinnista huolehtimalla, harrastamalla silloin kun siihen ois aikaa - -, pitää muistaa et pitää työt työnä - - harrastustoiminta ja perhe elämä - - niin on hyvä. - - sitten tietynlainen työnohjaus - - on hyvä juttu - - ihan vaan kollega - - tai huumorin avulla - -. (3)

Mulle sillä työyhteisöllä on ollut valtava merkitys et siellä on - - saanut ymmärrystä ja niille omille reaktioilleen ja omille ahistuksilleen - - ja se työnohjaus on kyllä jos sitä pitempään vuosia ja vuosia tekkee niin kyllä se on hirveen tärkeä et joku purkukanava pittää olla kyllä, missä niitä tilanteita sitten voi purkaa et ne ei saa jäähä päin sisälle pyörimään, ne pitää saada puhua sieltä pois. Mutta mitä enemmän kokemusta ja ammatillisuutta kertyy sitä enemmän on myöskin itellä sitten välineitä. (4)



## 9 Pohdinta

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön päätarkoituksena oli saada fysioterapeuttien kokemusten kautta lisää tietoa mielenterveyden häiriötä sairastavien asiakkaiden fysioterapiasta. Fysioterapeutit kokivat, että työskentely mielenterveysasiakkaiden kanssa on mielenkiintoista ja haastavaa. Haasteet liittyivät mielenterveysasiakkaiden käyttäytymiseen ja fysioterapeuttien omaan työskentelyyn ja onnistumisen kokemukset mielenterveysasiakkaan voimaantumiseen sekä toimintakyvyn paranemiseen. Tulokset osoittivat myös mielenterveysasiakkaiden fysioterapian eroavan sellaisten asiakkaiden fysioterapiasta, joilla ei ole mielenterveyden häiriötä. Useampi fysioterapeutti kertoi käyttäneensä rentoutusharjoitteita, sähkökipuhaitoja ja liikuntaa mielenterveysasiakkaan fysioterapiassa. Suurin osa fysioterapeuteista koki mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelyn kuormittavan enemmän kuin työskentelyn asiakkaiden kanssa, joilla ei ole mielenterveyden häiriötä. Useampi kertoi puhumisen ja työnohjauksen auttavan henkisestä kuormituksesta selviytymiseen.

Mielenterveyspotilaisiin on monesti kohdistunut pelkoja ja kielteisiä asenteita, joita saattavat aiheuttaa esimerkiksi pelottavalta vaikuttavat oireet, oudolta näyttävä käyttäytyminen ja sairauksiin liittyvän tiedon puute (Lönnqvist & Lehtonen 2007, 5). Mielenterveysasiakkaisiin liittyviä negatiivisia tunteita ei tullut haastattelussa esiin paljoa. Kuitenkin jotkut tilanteet, kuten asiakkaan aggressiivisuus ja seksuaaliset puheet olivat aiheuttaneet pelon ja epämiellyttävyyden tunnetta. Tunteita kysyttäessä haastattelussa mainittiin myös pelkoa, joka liittyy asiakkaiden sijasta omaan epävarmuuteen. Epävarmuuden ja riittämättömyyden tunteiden koettiin johtuvan osittain oman kokemuksen ja koulutuksen puutteesta. Päälimmäiset tunteet haastateltavilla mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelystä olivat mielenkiinto ja haasteellisuus. Työ mielenterveysasiakkaiden kanssa on mahdollisesti mielenkiintoista sen tarjoamien haasteiden ja työn vaihtelevuuden ansiosta. Suurimman haasteen työhön tuo ehkä erityisesti se, että fysioterapeutti joutuu käyttämään enemmän aikaa ja omia voimavarojaan työskennellessään mielenterveysasiakkaiden kanssa. Tämä todennäköisesti aiheuttaa suuremman henkisen kuormittumisen kuin muiden asiakkaiden kanssa työskennellessä.

Mielenterveyden häiriötä sairastavan voi olla joissakin tapauksissa hankalaa hahmottaa omaa tilannettaan, ja siksi hän saattaa aliarvioida omaa toimintakykyään (Katinka ym. 2011, 1 – 3). Monille mielenterveyden häiriöille on ominaista, että potilaan kontakti itseensä, omiin asioihin ja muihin ihmisiin on vaikeaa (Lönqvist & Lehtonen 2007, 5). Vaikeisiin sekä pitkittyneisiin mielenterveyden häiriöihin voi liittyä lisäksi senhetkisistä oireista riippumattomasti pidempikestoista kognitiivisten toimintojen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä (Katinka ym. 2011, 1 – 3). Fysioterapeutit olivat huomanneet, että mielenterveysasiakkaille täytyy muistaa osoittaa edistymisen, sillä he eivät sitä välttämättä itse huomaa. Asiakasta on myös tärkeää muistaa kannustaa ja motivoida. Fysioterapeuteille oli tullut tilanteita, joissa asiakas ei pystynyt ollenkaan osallistumaan esimerkiksi tavoitteiden asettamiseen, koska asiakkaan psyykkisen sairauden tilasta johtuen voimavarat olivat niin vähissä.

Ihmisen tunnetilat vaikuttavat fyysiseen puoleen ja toimintakykyyn monella tavalla. Lisäksi toimintakykyyn vaikuttaa oleellisesti myös toimintaympäristö. (Katinka ym. 2011, 1 – 3.) Voimakkaita tunteita kokiessa voi ilmetä fyysisiä oireita, esimerkiksi vapinaa, väsymystä, lihasjäykkyyttä sekä selkäkipuja (Huttunen 2008; Heiskanen ym. 2006, 133). Usein fyysiset ja psyykkiset sairaudet esiintyvät samaan aikaan (Huttunen 2008).

Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn joko suoraan tai välillisesti oireiden kautta (Katinka ym. 2011, 1 – 3). Psykofyysisen fysioterapian mukaan kehon tuntemukset vaikuttavat mieleen, mutta mieli vaikuttaa myös liikkumiseen ja kehon tuntemukseen. Sen avulla voidaan edistää oman kehon tunnistamista, kokemista ja hyväksymistä. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys 2014.) Haastattelemamme fysioterapeutit olivat huomanneet, että asiakkaan psyykkinen puoli vaikuttaa fyysiseen ja toisinpäin. Fysioterapeutit olivat kohdanneet työuran aikana asiakkaita, joilla oli ollut fyysisen vamman lisäksi mielenterveyden häiriö.

Haastattelijat kertoivat, että fysioterapiassa oli hyödynnetty erilaisia toimintaympäristöjä, kuten luontoa, jonka oli havaittu vaikuttavan eri tavoin. Liikuntaa luonnossa oli käytetty yhtenä terapiamuotona mielialan kohottamiseksi, mutta joskus fyysinen ponnistelu oli kuitenkin aiheuttanut asiakkaalle totaalisen uupumisen.

Kysyttäessä haastavista tilanteista työssä fysioterapeutit kertoivat niiden liittyvän sekä asiakkaisiin että terapeutin omaan käyttäytymiseen. Haastavaksi oli koettu esimerkiksi tilanne, jossa fysioterapeutti mietti, mitä jos hän tai hänen läheisensä olisi vastaavassa tilanteessa kuin asiakas. Tästä voidaan päätellä, että mielenterveysasiakkaan kanssa työskennellessä haasteet voivat johtua yllättävistäkin asioista. Koemme myös, että haasteet ovat erilaisia mielenterveysasiakkaiden kanssa kuin muiden asiakkaiden kanssa työskennellessä.

Psykofyysisen fysioterapian avulla voidaan lisätä oman kehon kokemista ja tunnistamista (Suomen Psykofyysinen Fysioterapian Yhdistys 2014). Fysioterapiassa käytetään erilaisia työtapoja, kuten kuuntelemista, läsnäoloa, liikkumista, rentoutusta ja kosketusta sekä kehon tuntemuksen kehittämistä (Jaakkola 1999, 2). Jaakkolan (1999, 2), Pakkalan (2012, 76 – 77), Lahden (2006, 13) ja Bäckmandin (2006, 66 – 77) mukaan liikunnalla on suotuisia vaikutuksia mielenterveyteen. Liikunnan käyttö terapeuttisena hoitomuotona on lisääntynyt, sillä liikkeen avulla pystytään purkamaan ahdistusta ja ilmentämään itseään (Lahti 2006, 13). Opinnäytetyömme tuloksista kävi ilmi, että fysioterapeutit olivat käyttäneet rentoutusharjoitteita, liikuntaa, kehon hahmotusharjoitteita ja kosketusterapiaa mielenterveysasiakkaiden fysioterapiassa. Lisäksi haastattelemamme fysioterapeutit olivat kokeneet läsnäolon ja kuuntelemisen tärkeiksi terapiassa. Tuloksemme ovat siis yhtenäisiä yllä olevien lähteiden kanssa. Käytetyistä menetelmistä oli sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Esimerkiksi rentoutusmenetelmistä oli ristiriitaisia kokemuksia. Monet haastateltavista kertoivat, että menetelmän sopivuus riippuu asiakkaasta; se, mikä sopii yhdelle, ei saata sopia toiselle. Tämän perusteella voidaan olettaa, ettei ole olemassa tiettyjä menetelmiä, jotka sopisivat kaikille mielenterveysasiakkaille. Mielenterveysasiakkaiden fysioterapiassa korostuu yksilöllisyys ja se, että fysioterapeutin on kokeiltava, mikä keino tai menetelmä sopii asiakkaalle.

Jaakkolan (1999, 2) tekemän tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmaisten potilaiden fysioterapian onnistumisen kannalta keskeistä on fysioterapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus. Haastattelemiemme fysioterapeuttien mukaan fysioterapian onnistumiseen vaikuttavat asiakkaan tasolle asettuminen, aito kiinnostus asiaan, fysioterapeutin pitkäjänteisyys ja johdonmukaisuus, sekä kuuntelu, läsnäolo ja juttelu. Tuloksemme ovat samankaltaisia Jaakkolan tutkimustulosten kanssa. Pohdimme, että yksi tärkeimmistä asioista terapian onnistumisen kannalta on fysioterapeutin oma motivaatio työhön.

Ilman aitoa kiinnostusta asiaan ei pysty todennäköisesti asettumaan asiakkaan tasolle, eikä olemaan aidosti läsnä tilanteessa.

Toimivimmaksi kuntoutusmuodoksi mielenterveyskuntoutuksessa on osoittautunut moniammatillinen kuntoutus. Fysioterapeutti on moniammatillisen työryhmän jäsen, johon voivat kuulua myös muun muassa psykiatri, psykologi, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. (Talvitie ym. 2006, 432 – 433.) Moni haastateltavista oli työskennellyt moniammatillisessa työryhmässä ja kokenut sen positiivisena. Moniammatillisen työryhmän jäsenenä työskentely auttoi fysioterapeutteja ymmärtämään fysioterapian olevan vain yksi osa mielenterveysasiakkaan hoitoa. Vaikeissa tilanteissa fysioterapeutti pystyi hyödyntämään moniammatillisen työryhmän jäseniä, esimerkiksi pyytämällä konsultaatioapua. Moniammatillinen työryhmä tarjoaa vertaistukea, koska haastavista tilanteista voi keskustella muiden työryhmän jäsenten kanssa. Voidaankin olettaa, että moniammatillisen työryhmän tuen ansiosta fysioterapeutin henkinen kuormittuminen vähenee. Fysioterapeutit kertoivat henkisen kuormituksen vähentämisessä esimerkiksi puhumisen ja harrastuksien auttavan. Oletamme, että henkisen kuormituksen vähentämisen keinoilla pyritään pitämään työasiat poissa mielestä vapaa-ajalla, jotta ne eivät kasaantuisi fysioterapeutille taakaksi. Tällä pystytään varmasti myös vaikuttamaan siihen, että keskittyy jokaiseen asiakkaaseen yksilöllisesti, eikä mieli aiempia asiakkaita.

## 9.2 Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu

Opinnäytetyössämme käytettiin kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa, sillä tarkoituksena oli kuvata millaisia kokemuksia fysioterapeuteilla on mielenterveysasiakkaista eikä pyrkiä yleistämään tuloksia. Tästä syystä kvalitatiivinen lähestymistapa oli oikea valinta valitsemamme aiheen tarkasteluun. Opinnäytetyömme aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu osoittautui hyväksi menetelmäksi kysyttäessä fysioterapeuttien kokemuksia mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelemisestä. Teemahaastattelussa haastateltavalla on vapaa sana aiheesta. Haastattelu antaa mahdollisuuden toistaa kysymyksen tai varmistaa, että on ymmärtänyt haastateltavan sanat oikein. Haastattelu mahdollistaa myös keskustelun haastateltavan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73 – 74.) Teemahaastattelussa pystyimme kysymään tarkentavia kysymyksiä

ja selvittämään termejä, joita emme ymmärtäneet. Pystyimme myös kysymään lisäksy-  
syyksiä meidän ja opinnäytetyömme kannalta kiinnostavista asioista.

Laadullisessa tutkimuksessa voi käyttää faktatietojen selvittämiseen strukturoituja ky-  
syyksiä. Faktatiedoilla voidaan mahdollisesti selittää haastateltavien suhtautumista ja  
käyttäytymistä kohdeilmiössä. (Kananen 2014, 75.) Haastattelun alussa kysyimme haas-  
tateltavilta taustatietoja, joista ajattelimme olevan mahdollisesti hyötyä tulosten tarkas-  
telussa ja pohdinnassa. Kysyimme fysioterapeuteilta seuraavia asioita: ikä, sukupuoli,  
työkokemus fysioterapeuttina vuoden tarkkuudella, koulutus mielenterveysfysioterapi-  
aan liittyen, millaisissa paikoissa ja milloin he ovat fysioterapeutteina työskennellessään  
kohdanneet mielenterveysasiakkaita sekä minkälaista työtä he ovat näissä työpaikoissa  
tehneet. Lisäksi kysyimme, ovatko he osallistuneet aiemmin teemahaastatteluun. Työ-  
kokemuksen määrän ja sukupuolen ajattelimme voivan vaikuttaa esimerkiksi siihen,  
kokeeko fysioterapeutti mielenterveysasiakkaat uhkaavana tai pelottavana. Jälkeenpäin  
emme kuitenkaan kokeneet, että sukupuoli olisi voinut selittää tässä opinnäytetyössä  
erilaisia vastauksia sukupuolten välillä, sillä haastateltavia oli vain neljä. Koulutuksen  
määrän ja työkokemuksen taas uskoimme voivan vaikuttaa siihen, kuinka haastavina  
fysioterapeutit pitävät mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelyn.

Ikää kysyimme, koska se tuntui kuuluvan tarvittaviin taustatietoihin, mutta myöhemmin  
huomasimme, että emme tehneet tiedolla mitään. Tietoa fysioterapeuttien iästä olisi  
voinut tarvita, jos emme olisi kysyneet fysioterapeuttien työkokemuksen määrää. Ikä  
tuo toki elämäkokemusta, joka voisi vaikuttaa kokemuksiin, mutta näin pienessä mää-  
rässä haastateltavia elämäkokemuksen merkitystä vastauksiin olisi vaikea lähteä ana-  
lysoimaan.

Kysyttäessä minkälaisissa työpaikoissa fysioterapeutit olivat kohdanneet mielenterveys-  
asiakkaita halusimme tietää, onko mielenterveysasiakkaita kohdattu esimerkiksi enem-  
män julkisella sektorilla. Taustatiedoista kävi kuitenkin ilmi, että fysioterapeutit olivat  
kohdanneet mielenterveysasiakkaita sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Kysyes-  
sämme milloin fysioterapeutit ovat työskennelleet missäkin työpaikassa, ajattelimme  
pystyvämme vertailemaan esimerkiksi 90-luvun ja 2000-luvun mielenterveysasiakkaan  
fysioterapiaa. Emme kuitenkaan muistaneet kysyä fysioterapeuteilta heidän kertoessaan  
esimerkkejä mielenterveysasiakkaan fysioterapiasta, milloin nämä tilanteet ovat tapah-

tuneet, joten eroavaisuuksia emme pystyneet toteamaan. Lisäksi näin pienellä haastateltavien määrällä emme koe, että olisimme pystyneet vertailemaan, onko mielenterveysasiakkaan fysioterapia muuttunut ajan myötä. Yhdellä haastateltavallamme oli aiempaa kokemusta teemahaastattelusta. Aiempi osallistuminen teemahaastatteluun tuo luultavasti varmuutta haastateltavalle, kun hän on tiennyt, miten haastattelu etenee ja millainen se on. Sitä kautta aiempi osallistuminen tekee haastattelusta mahdollisesti rennomman, mikä taas voi vaikuttaa haastattelun tulosten luotettavuuteen, koska osallistujan ei tarvitse kenties niin paljoa jännittää haastattelu tilannetta ja sen etenemistä, vaan hän voi keskittyä paremmin haastatteluun itsessään.

Kysymystenasettelulla voi vaikuttaa paljon siihen millaisia vastauksia saa. Esimerkiksi dikotomisista kysymyksiä eli sellaisia kysymyksiä, joihin voi vastata kyllä tai ei, kannattaa välttää. Dikotomiset kysymykset saavat aikaan suppeita vastauksia, sekä ne johdattelevat vastaajaa liikaa. (Kananen 2014, 74.) Käytimme dikotomisista kysymyksiä vain kysyessämme taustatietoja sekä kysyttäessä eroaako mielenterveysasiakkaan fysioterapia ja onko työskentely mielenterveysasiakkaan kanssa henkisesti kuormittavampaa verrattuna asiakkaaseen, jolla ei ole mielenterveyden häiriötä.

Teemahaastattelun apukysymykset loimme sen pohjalta, mikä meitä kiinnosti mielenterveysasiakkaan kanssa toimimisessa ja fysioterapiassa ja mistä koimme tarvitsevamme eniten tietoa ammatillisen kehittymisen mahdollistamiseksi. Halusimme saada tietoa siitä, millaisia tuntemuksia mielenterveysasiakkaat herättävät, miten fysioterapeutit ovat kokeneet henkisen kuormittuvuutensa toimiessaan mielenterveysasiakkaiden kanssa, millaisia haasteita ja onnistumisia on tullut sekä millaista fysioterapiaa he ovat toteuttaneet mielenterveysasiakkaiden kanssa. Koimme saavamme kysymysten avulla juuri sellaista tietoa, mitä halusimme ja ehkä vähän enemmänkin. Esimerkit erilaisista asiakastapauksista antoivat kokonaisvaltaisen kuvan muun muassa siitä millainen asiakas oli kyseessä, mikä oli hänen kanssaan toimimisessa haastavaa, miten fysioterapeutti koki tällaisen asiakkaan kanssa työskentelemisen, minkälaista fysioterapiaa oli toteutettu ja miten tilanne ratkesi. Esimerkkien avulla saimme paremman kuvan koko tilanteesta ja ne jäivätkin parhaiten mieleen kaikista saaduista vastauksista.

Löysimme opinnäytetyötä tehdessämme englantilaisille fysioterapeuttiopiskelijoille tehdyn tutkimuksen. Dandridgen, Stubbsin, Roskellin ja Soundyn (2014, 1) tekemässä

tutkimuksessa A survey of physiotherapy students' experiences and attitudes towards treating individuals with mental health illness oli selvitetty millaisia näkemyksiä ja asenteita fysioterapeuttiopiskelijoilla on mielenterveyden häiriötä sairastavan henkilön hoitamisesta. Tulokset osoittivat, että opiskelijat olivat huolestuneita omasta osaamisestaan mielenterveyden häiriöihin liittyen ja suurin osa vastanneista halusi lisää koulutusta aiheesta. Lisäksi opiskelijat kertoivat olevansa epävarmoja siitä, kuinka mielenterveyden häiriötä sairastava asiakas tulisi kohdata. Voimmekin todeta, että omat kokemuksemme aiheesta ovat yhteneviä englantilaisopiskelijoiden kanssa ja suurin syy siihen miksi valitsimme kyseisen aiheen opinnäytetyöhömme. Lisäksi myös osa haastateltavistamme mainitsi kokemattomuuden ja oman ammattitaidon puutteen haastattelun yhteydessä. Tämän perusteella voidaan miettiä, tulisiko opetuksen määrää mielenterveyden häiriöihin liittyen lisätä, jotta tilanne muuttuisi.

Haastattelun tavoitteena on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta asiasta, joten siksi suositellaan, että tiedonantajat voisivat tutustua kysymyksiin, teemoihin tai ainakin aiheeseen etukäteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Lähetimme haastatteliijoille sähköpostitse kysymykset noin viikkoa ennen haastatteluja, jotta he voisivat miettiä kysymyksiä hieman etukäteen. Kysymysten lisäksi lähetimme haastateltaville ICD-10- luokituksen, jossa luetellaan diagnoosit, jotka kuuluvat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin. Tämän lähetimme siksi, että kysymyksissämme mielenterveysasiakkaalla tarkoitimme sellaista asiakasta, jolla on diagnosoitu jokin ICD-10- luokitukseen kuuluva mielenterveyden häiriö. Halusimme myös, että haastateltavillamme on selkeä käsitys siitä, millaisista fysioterapian asiakkaista haluamme tietoa. Mielenterveysasiakkaan määritelmä kerrottiin myös haastattelukysymyslomakkeessa. Lähettämämme kysymykset muuttuivat kuitenkin vielä hieman ennen virallista haastattelua, joten emme kysyneet täysin samoja kysymyksiä kuin mitkä olimme haastateltaville lähettäneet. Emme kuitenkaan usko tämän vaikuttaneen haastattelun tuloksiin, sillä tema pysyi kuitenkin samana, eikä heillä ollut haastattelun aikana näkyvissä lähettämiämme kysymyksiä. Haastateltavilla oli kuitenkin haastattelun aikana nähtävissä taulukko (liite 1), jossa oli ICD-10- luokitus mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä. Taulukko osoittautuikin hyödylliseksi, sillä muutama haastateltavistamme halusi vielä haastattelun alussa tarkistaa, kuuluuko jokin tietty sairaus mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin.

Teimme kaksi koehaastattelua ennen virallisia haastatteluja ja niiden pohjalta viimeistelimme teemahaastattelun apukysymykset. Kysymyksiä tehdessämme koimme vaikeaksi miettiä, miten muotoilla kysymykset niin, että ne eivät johdattele vastaajaa. Onnistuimme kuitenkin tekemään mielestämme kysymykset neutraaleiksi, vaikka haastatteluissa saatoimmekin vahingossa kysyä jonkin hieman johdattelevan kysymyksen. Tähän varmasti vaikutti oma kokemattomuutemme. Emme usko sen kuitenkaan vaikuttaneen haastattelijoiden vastauksiin kovinkaan suuresti, sillä vastaukset olivat niin moniosaisia, ja pyrimme kuitenkin koko ajan tietoisesti välttämään haastateltavan johdattelua.

Haastattelu tapahtui yksilöhaastatteluna haastateltavan ja kahden haastattelijan kesken. Yhden haastattelun teimme Skype-sovelluksen kautta, koska kyseinen henkilö asui toisella paikkakunnalla ja tapaamisen järjestäminen olisi ollut vaikeaa. Kanasen (2014, 126) mukaan web-kameroiden ja puheyhteyksien avulla voidaan toteuttaa erilaisia haastatteluja. Yksilöhaastattelu oli hyvä haastattelumuoto tässä tapauksessa, sillä kysymykset liittyivät melko henkilökohtaisiin asioihin ja kokemuksiin. Esimerkiksi ryhmähaastattelussa haastateltavat eivät olisi välttämättä uskaltaneet kertoa niin avoimesti omista tunteistaan ja kokemuksistaan. He olisivat mahdollisesti saattaneet myös kokea riskiksi kertoa esimerkkitapauksista muille fysioterapeuteille potilaiden tai asiakkaiden yksityisyyden säilyttämiseksi.

Kanasen (2010, 70) mukaan haastattelussa kaksi haastattelijaa pystyy tulkitsemaan haastateltavan sanomisia yhdessä, joten aineiston tulkitsemisen kannalta kaksi haastattelijaa on ollut hyvä asia. Tutkimuksen luotettavuutta lisää kahden tutkijan saama sama lopputulos. Uskomme, että haastateltaville kaksi haastattelijaa on kuitenkin voinut tuntua myös ahdistavalta tai tilanne on voinut vaikuttaa hieman kuulustelunomaiselta.

### **9.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimuksessa saatuja tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille ja niiden on oltava luottamuksellisia. Tutkimukseen osallistuvien täytyy pysyä nimettöminä, elleivät he ole antaneet erillistä lupaa julkaista tietojaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Ennen haastattelun aloittamista haastateltavat allekirjoittivat tekemämme lupalomakkeen, jossa he antoivat luvan haastatteluaineistojen hyödyntämiseen opinnäytetyössämme (liite 4). Lupa-



lomakkeessa kerrottiin seuraavia asioita: aineistoa ei käytetä muuhun kuin tähän opinnäytetyöhön, haastateltavat pysyvät tunnistamattomina ja haastatteluaineisto tuhoaan asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Skype-sovelluksen kautta haastattelemallemme fysioterapeutille lähetimme lupalomakkeen etukäteen postissa, palautuskuoren kanssa.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 131) kertovat lisäksi, että haastateltavien oikeuksiin kuuluu, että heillä on mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, mutta myös keskeyttää mukanaolo milloin tahansa. He kertovat kirjassaan myös, että haastattelijan on oltava varma, että osallistujat tietävät, mistä tutkimuksessa on kyse. Haastatteliijoille kerrottiin ennen haastattelun alkua, että haastattelun voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa ja, että osallistumisen opinnäytetyöhön voi keskeyttää milloin tahansa. Kysyimme myös ennen haastattelun aloittamista, onko haastateltavilla jotain kysyttävää. Tällä halusimme vielä varmistaa, että haastateltavilla on selkeä käsitys tilanteesta. Kehotimme heitä kertomaan mahdollisimman avoimesti ja rehellisesti omista kokemuksistaan, ja mainitsimme myös, että haluamme kuulla kaikenlaisia kokemuksia. Korostimme vielä ennen haastattelun alkua, että mitään henkilötietoja ei tule julki ja, että kaikki haastatteluun liittyvä materiaali tuhoaan heti, kun sitä ei enää tarvita. Pyrimme tämän avulla lisäämään haastateltavien varmuutta siitä, että he voisivat kertoa kokemuksistaan mahdollisimman avoimesti. Mielestämme onnistuimme lisäämään sekä lupalomakkeen että ennen haastattelua tapahtuneella keskustelun avulla opinnäytetyömme luotettavuutta ja eettisyyttä.

Haastattelujen aikana haastateltavan ympärillä oli useita tallennuslaitteita, jotka saattoivat ainakin aluksi häiritä haastateltavia. Kolmessa haastattelussa valot sammuiivat kesken kaiken, joten sekin saattoi olla haastattelijoita häiritsevä tekijä. Yksi haastattelu tehtiin Skype-sovelluksen avulla, joten haastattelu ei välttämättä ollut niin syvälinen ja rento kuin kasvotusten tehtävä haastattelu. Kolme haastateltavista oli meille ennestään tuttuja, joten haastattelut heidän kanssaan olivat mahdollisesti luontevampia kuin ennestään tuntemattoman haastateltavan kanssa. Yhteen haastatteluun oli varattu aikaa puolelta tunnista kahteen tuntiin, joka riitti kaikkien haastateltavien kohdalla hyvin. Kolmessa haastattelussa haastateltaville oli tarjolla mehua. Pyrimme tällä lisäämään haastattelutilanteen rentoutta ja tarjoamaan haastateltavalle mahdollisuuden taukoon haastattelun yhteydessä. Tämä kenties vähensi hieman haastattelun kuulustelunomai-

suutta. Olisimme voineet lisätä opinnäytetyömme luotettavuutta, mikäli olisimme harjoitelleet aitoa haastattelutilannetta etukäteen. Tällä olisimme voineet esimerkiksi parantaa tilanteen luontevuutta ja välttää esimerkiksi valojen sammumisen. Olimme kyllä testihaastattelujen avulla harjoitelleet haastattelua, mutta haastattelutilannetta ja tilan asettelua olisimme voineet suunnitella etukäteen paremmin.

Tutkijan kokemattomuus vaikuttaa haastattelun tuloksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159). Tätä opinnäytetyötä varten toteutetut haastattelut olivat meidän ensimmäiset teemahaastattelumme, joten haastattelun tulokset olisivat voineet olla erilaisia, jos meillä olisi ollut aiempaa kokemusta teemahaastattelusta. Haastateltavat olisivat voineet tuntea olonsa varmemmaksi ja kertoa enemmän erilaisia kokemuksia, jos meillä olisi ollut kokemuksen tuomaa varmuutta haastattelua tehdessä. Haastattelut olisivat voineet olla vapaampia ja keskustelunuomaisempia, sillä opinnäytetyötä varten toteutetut haastattelut etenivät aika pitkälti apunamme olevien kysymysten mukaan. Välillä saatoimme myös toistaa kysymyksiä, joihin haastateltava oli jo vastannut aiemmin.

Aloittaessamme litteroimaan haastatteluja huomasimme joidenkin nauhoituksien kuuluvan hiljaa, ja niissä olevan muutamia epäselviä kohtia. Olimme kuitenkin nauhoittaneet kaikki haastattelut vähintään kahteen laitteeseen, joten pystyimme tarkistamaan useimmat epäselvät kohdat toiselta nauhalta. Muutamia sanoja jouduimme kuitenkin jättämään pois, sillä emme olleet varmoja mitä niissä sanottiin. Litteroinnin aikana jätimme myös muutamia lauseita huomiotta siksi, että emme ymmärtäneet, mitä haastateltava oli sanoillaan tarkoittanut tai, että haastateltavan kertomuksen tapahtumat olivat tapahtuneet ennen kuin hän oli valmistunut fysioterapeutiksi. Haastattelujemme nauhoituksista jäi epäselväksi muutamia kohtia, joista emme saaneet haastateltavien puheesta kunnolla selvää. Olisimme kuitenkin voineet lisätä luotettavuutta kysymällä haastateltavilta vielä jälkikäteen epäselvistä kohdista. Analysointivaiheessa haastattelija ei voi ottaa tuloksiksi haastateltavan sanomisia ilman tulkintaa (Kananen 2014, 71). Analysoidessa litteroituja tekstejä jouduimme tulkitsemaan haastateltavien sanoja ja lauseita. Tulkinat kuitenkin perustimme haastattelussa ilmi käyneeseen kontekstiin ja omiin tuntemuksiin siitä, mitä haastateltavat olivat sanoillaan tarkoittaneet. Luotettavuutta lisää tutkijan yksityiskohtainen tutkimuksen raportointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142) sekä se, että tutkimuksen tiedonantajat arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142; Kananen 2010, 70).

Opinnäytetyön prosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti vaihe vaiheelta, mutta olisimme voineet merkitä vielä tarkemmin prosessin pieniä välivaiheita. Tarkkoja päivämääriä emme esimerkiksi ole laittaneet ylös. Lähetimme opinnäytetyön haastatteli-joille luettavaksi, jotta he voivat kertoa mielipiteensä tuloksista ja johtopäätöksistä. Mielestämme tämä lisää opinnäytetyömme luotettavuutta, koska haastateltavat saivat vielä mahdollisuuden kommentoida ja huomauttaa mahdollisista virheistä. Lisäksi opinnäytetyömme annettiin luettavaksi ulkopuoliselle sosiaali- ja terveysalalla työskennelleelle henkilölle. Ulkopuolisen lukijan kommenttien avulla saimme uusia näkökulmia työhömmä ja huomasimme pienetkin virheet, joita emme kenties muuten olisi huomanneet. Tämä lisää osaltaan opinnäytetyömme luotettavuutta.

Yleensä teemahaastattelussa aineisto analysoidaan nopeasti ja tehdään uusi haastattelu mahdollisten esiin tulleiden kysymysten pohjalta. Keskustelu tuo uusia kysymyksiä ja ymmärrystä aiheeseen, jonka pohjalta aihepiirejä laajennetaan. (Kananen 2014, 76.) Opinnäytetyömme laajuuden ja ajan rajallisuuden vuoksi emme tehneet uusintahaastattelua, mikä luonnollisesti heikentää työmme luotettavuutta.

Opinnäytetyön alussa emme juuri miettineet, minkälaisia tuloksia haastattelujen pohjalta tulisi. Meillä ei myöskään ollut ennakko-oletuksia siitä, millaisia vastauksia saamme. Pystyimme vain pohtimaan asettamiamme tutkimuskysymyksiä oman työkokemuksemme pohjalta, jota ei voi verrata jo monia vuosia työskennelleiden fysioterapeuttien työkokemukseen. Oletimme kuitenkin yleisesti työn mielenterveysasiakkaiden kanssa olevan haastavaa ja henkisesti kuormittavaa. Nämä olettamukset osoittautuivatkin yhteneväisiksi saatujen tulosten kanssa.

Osallistujille on kerrottava tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit, kuten fyysistä tai psyykkistä terveyttä uhkaavat haitat. Lisäksi täytyy suojata osallistujien hyvinvointia ja oikeuksia sekä mahdolliset ongelmat on otettava etukäteen huomioon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Kerroimme haastateltaville opinnäytetyömme tarkoituksen heille lähettämässämme sähköpostissa sekä suullisesti ennen haastattelun aloittamista. Mahdollisia heille aiheutuvia riskejä tai haittoja emme maininneet, sillä emme olleet huomanneet mieltä niitä, mikä luonnollisesti heikentää työmme luotettavuutta. Tähän opinnäytetyön haastatteluun osallistumisen riskinä voisi olla fysioterapeuttien asiakkaiden tunnistaminen, sillä fysioterapeutit kertoivat useita esimerkkejä

erilaisista asiakkaista. Kolme haastateltavista oli meille ennestään tuttuja ja samalta paikkakunnalta, joten riskinä voisi olla, että me fysioterapeuttiopiskelijoina voisimme tunnistaa asiakkaan haastatteluista tulleiden tietojen perusteella. Mahdollisesti myös joku samalla alueella työskennellyt fysioterapeutti voisi tunnistaa asiakkaan opinnäytetyössä olevien sitaattien perusteella. Haastateltavien tunnistaminen heidän sanomistensa perusteella voisi olla riski. Haastateltavien tunnistaminen on erittäin merkittävä asia ja heikentää työn luotettavuutta että eettisyyttä. Tähän meidän olisikin täytynyt kiinnittää huomiota ja tuoda asia tiedoksi haastateltavillemme.

Analyysia tehdessä numeroimme jokaisen haastateltavan sitaatit, joten jos joku tietää, kenen jokin sitaatti on, niin numeroinnin perusteella voi päätellä muutkin saman henkilön sanomiset. Riskinä voi myös olla haastattelujen tallenteiden päätyminen väärin käsiin, sillä nauhoitukset ovat tallennettuna tietokoneillemme. Mahdollista on myös, että kuunnellessa nauhoituksia joku ulkopuolinen voisi kuulla tahattomasti ainakin osia nauhoituksista. Nauhoituksissa eivät kuitenkaan tule ilmi henkilöiden nimet, joten täysin ulkopuolinen ei pysty henkilöitä tunnistamaan nauhoitusten perusteella. Olimme kuitenkin tarkkoja esimerkiksi siitä, että opinnäytetyötä tehdessämme ja keskustellessamme emme käyttäneet haastateltavien nimiä ollenkaan, vaan sen sijaan numeroita. Tällä pyrimme siihen, ettei kukaan ulkopuolinen pysty kuulemaan nimiä ja sitä kautta päättämään opinnäytetyöhöemme osallistuneiden haastateltavien henkilöllisyyksiä.

Yleisenä sääntönä pidetään, että lähteenä käytetyn kirjallisuuden pitäisi olla alle 10 vuotta vanhaa, ellei teos ole alan klassikko. Tutkimuskirjallisuuden pitää olla korkeatasoista ja lähteiden alkuperäisiä. Tutkimuksessa tulee olla käytetty kansainvälisiä lähteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 159.) Opinnäytetyön tietoperustassa on käytetty lähteenä Raija Jaakkolan pro gradu- tutkielmaa, joka on tehty vuonna 1999. Jaakkolan tutkielma käsittelee fysioterapeuttien käsityksiä, ajatuksia ja kokemuksia fysioterapian erityispiirteistä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Vaikka Jaakkolan teos ylittää tuon 10 vuoden rajan ja osaltaan heikentää luotettavuutta, koemme kuitenkin, että tämä aihe liittyy vahvasti omaan opinnäytetyöhöemme. Lisäksi pro gradun tutkimuskohteena ovat fysioterapeuttien käsitykset, ajatukset ja kokemukset, jolloin ei mielestämme voi ajatella, että tieto olisi niin sanotusti vanhentunutta.

Tietoperustassa on käytetty lähteinä myös kotimaisia väitöskirjoja, tieteellisiä julkaisuja ja kansainvälisiä tutkimuksia. Näiden lisäksi on käytetty myös Suomen psykofyysisen fysioterapiaseuran, Karelia ammattikorkeakoulun ja Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen internetsivuilta löytyvää tietoa. Osasta näistä lähteistä ei löytynyt tekstin kirjoittajaa, mikä heikentää niiden luotettavuutta. Olemme käyttäneet myös internet lähteitä, joita ei pysty näkemään ellei ole tunnuksia Nelli-portaaliin. Kansainvälisiä lähteitä on myös useampia ja niiden avulla pyrimmekin lisäämään erityisesti opinnäytetyömme tieteellistä luotettavuutta. Vaikka työssämme onkin käytetty melko monipuolisesti erilaisista tutkimuksista saatua tietoa, olisimme voineet kuitenkin panostaa vielä enemmän tiedonhakuun. Tiesimme päättäessämme opinnäytetyön aiheen, että siitä tulee olemaan haastavaa löytää tutkittua tietoa. Näin ollen meidän olisikin pitänyt varata huomattavasti enemmän aikaa tietoperustan kirjoittamiseen ja mahdollisimman luotettavan tiedon hankintaan. Lisäksi olisimme voineet hyödyntää ulkopuolisen henkilön, kuten esimerkiksi koulumme kirjaston henkilökunnan apua tiedonhankintaan.

#### **9.4 Oppimisprosessi ja ammatillinen kehitys**

Idea opinnäytetyöhömmme lähti, kun mietimme omia kiinnostuksen kohteita ja aihealueita, joista halusimme tietää lisää. Koemme, että peruskoulutuksemme aikana saamme melko vähän tietoa ja kokemuksia mielenterveysasiakkaista ja heidän kohtaamisestaan. Teoriatietoa aiheesta kävimme läpi koulussa vain muutamalla lyhyellä kurssilla ja käytännön kokemuksia mielenterveysasiakkaista saimme vasta käytännönharjoitteluissa. Tämä tuntui meistä harmilliselta, sillä koulussa suoritettavaan opetukseen sisältyy muuten paljon käytännön työskentelyä esimerkiksi neurologisista ja tuki ja liikuntaelimestön sairauksista kärsivien asiakkaiden kanssa. Opetukseemme kuuluu useammalla kurssilla myös erilaisten ryhmien ohjaaminen. Toivoisimme, että tällaista käytännönläheistä opetusta hyödynnettäisiin myös mielenterveyttä käsittelevillä kursseilla.

Olemme molemmat kiinnostuneet mielenterveydenhäiriöistä ja erityisesti fysioterapeuttien ja mielenterveyden häiriöistä kärsivien asiakkaiden välisestä vuorovaikutuksesta. Vaikka mielenterveyden häiriö ei saata olla pääsyy hakeutua fysioterapiaan, käsityksemme mukaan fysioterapeutit kohtaavat työssään monia asiakkaita, joilla on todettu mielenterveyden häiriö. Tätä kautta lähtikin ideamme tutkia jo työssä olleiden fysio-

rapeuttien kokemuksia aiheesta. Lisäksi olimme molemmat kohdanneet käytännön harjoitteluissa mielenterveyden häiriötä sairastavia asiakkaita ja kokeneet haastavaksi heidän kanssaan työskentelyn, johtuen puutteellisesta ammattitaidostamme.

Opinnäytetyön ideana on teoreettisen tiedon ja ammatillisen taidon yhdistäminen siten, että saadulla tiedolla on muille alan ihmisille hyötyä. Opinnäytetyö kokonaisuutena on laaja projekti, joka kehittää ajanhallintaa sekä kokonaisuuksien hallintaa. Lisäksi se harjoittaa sekä yhteistyön ja työelämän innovatiiviseen kehittämiseen että oman osaamisen ilmaisemiseen suullisesti ja kirjallisesti. (Vilka & Airaksinen 2003, 159 – 160.) Mielestämme opinnäytetyöstämme on hyötyä erityisesti vähän mielenterveysasiakkaita kohdanneille fysioterapeuttiopiskelijoille. Opinnäytetyöstä on kuitenkin varmasti hyötyä myös muille sosiaali- ja terveysalalla työskenteleville opiskelijoille, sillä mielenterveyden häiriötä sairastavia asiakkaita kohtaavat myös niin sairaanhoitajat kuin sosionomitkin.

Opinnäytetyömme kautta saimme kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä. Koska meillä ei aikaisemmin ollut kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä, kaikki prosessin vaiheet olivat meille uusia. Jatkossa osaamme varmasti esimerkiksi toimia luontevammin haastattelutilanteissa, sekä jo ennalta suunnitella aineiston analysointiprosessia, joka oli meille haastavin vaihe opinnäytetyötä tehdessä. Vaikkei opinnäytetyön laajuisesta työstä voi puhuakaan tutkimuksena, oli sen tekeminen erittäin opettavainen kokonaisuus ja vahvisti edelleen monipuolisesti taitojamme niin tiedon etsijöinä kuin sen tuottajinakin. Prosessin aikana korostui erityisesti se, että työ vaatii suunnitelmallisuutta. Ilman kunnollista suunnitelmaa siitä, kuinka opinnäytetyön on tarkoitus tehdä ja kuinka se etenee, on sen tekeminen varmasti hankalaa. Kuten sanonta kuuluu ”hyvin suunniteltu on puoliksi tehty”, tähän olisimme voineet kiinnittää prosessin alussa enemmän huomiota ja laatia kunnollisen suunnitelman.

Opinnäytetyöprosessi opetti meille erityisesti järjestelmällisyyttä ja aikataulutusta. Jo prosessin alussa teimme pidemmän aikavälin suunnitelman siitä, miten aiomme opinnäytetyötämme lähteä tekemään. Pysyimme aikataulussa hyvin ja vaikka välillä suoritimme käytännön harjoittelujakson ulkomailla, työmme eteni sujuvasti koko ajan. Opinnäytetyön tekemisessä haastavaa oli erityisesti tiedonhaku, sillä tuntui, että aiheesta löytyi erittäin vähän tutkittua tietoa varsinkin fysioterapian näkökulmasta. Toisaalta se, että

aiheesta löytyi vähän tietoa, oli meille positiivisen haaste ja lisäsi motivaatiota työn tekemiseen. Uskomme, että opinnäytetyö kokonaisuudessaan antaa meille myös valmiuksia tulevaisuudessa työskennellessämme fysioterapeutteina tehdä esimerkiksi erilaisia raportteja ja selvityksiä.

Opinnäytetyön aiheen kautta pääsimme tutustumaan tarkemmin erilaisiin mielenterveyden häiriöihin, joita käsitellään peruskoulutuksemme aikana melko suppeasti. Mielenterveyden häiriöitä käsitellään vain kursseilla Psykiatria (0,5 opintopistettä) ja Psykodynaaminen fysioterapia (1 opintopiste) (SoleOPS 2015). Kun tätä opintopistemäärää vertaa esimerkiksi tuki- ja liikuntaelämistön fysioterapiaa käsitteleviin kursseihin koulutuksemme aikana (10 opintopistettä) (SoleOPS 2015), on sanomattakin selvää, että mielenterveyden häiriöitä ja niihin liittyvää fysioterapiaa käsitellään melko suppeasti. Opinnäytetyömme kautta vahvistimme tietoperustaa, jota meillä oli jo erilaisista mielenterveyden häiriöistä ja syvensi osaamistamme mielenterveyden osa-alueella. Perehdyimme myös tarkemmin siihen, kuinka erilaiset mielenterveyden häiriöt luokitellaan. Se myös osaltaan herätti lisää kiinnostusta aiheita kohtaan. Ammatillisen kehittymisen kannalta ehkä tärkein oppimamme asia oli se, kuinka mielenterveyden ongelmat vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn, ja myös se, kuinka fysioterapian avulla voidaan vaikuttaa sekä mieleen että kehoon, eli psyykkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn kokonaisvaltaisesti. Opinnäytetyömme kehitti erityisesti ammatillisia valmiuksiamme mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelyyn. Lisäksi saimme paljon uusia näkökulmia mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelyyn.

## **9.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisisideat**

Kuten jo aiemmin on todettu, mielenterveyden edistämistä fysioterapian näkökulmasta on käsitelty melko vähän, joten aiheesta kaivataan lisää tutkimuksia. Opinnäytetyömme avulla opiskelija saa esimerkiksi käsityksen siitä, millaista fysioterapiaa mielenterveyden häiriöitä sairastavien asiakkaiden kanssa on toteutettu. Mielestämme tärkeintä olisi saada lisää tietoa erityisesti siitä, millainen fysioterapia on vaikuttavaa. Aihetta voisi lähteä tarkastelemaan esimerkiksi case-tutkimuksen tapaan. Lisäksi opinnäytetyötämme voisi kehittää siten, että jatkaisi tiedon jakamista opiskelijoille asti esimerkiksi suunnitteleamalla psykodynaaminen fysioterapia- kurssille luennon aiheesta. Olisi myös mielenkiin-

toista haastatella esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita ja kartoittaa miten he ovat kokeneet mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelyn.



## Lähteet

- Aromaa, A. 2000. Kansallinen tutkimus suomalaisten terveydestä ja toimintakyvystä. Terveys 2000. <http://www.terveys2000.fi/taustaa.html>. 14.8.2015.
- Bergman, V., Moring J., Nordling E. & Partanen A. 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://www.thl.fi/documents/10531/99506/Avauksia%202010%2016.pdf>. 14.8.2015.
- Bäckmand, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn – pitkäaikaisseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä. Helsingin yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/backmand/fyysisen.pdf>. 14.8.2015.
- Cieza A., Chatterji S., Andersen C., Cantista P., Herceg M., Melvin J., Stucki G., deBie R. 2004. ICF Core Sets For Depression. Taylor & Fracis health sciences. <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.1080/16501960410016055>. 14.8.2015.
- Corczynski P. & Faulkner G. 2012. Exercise therapy for schizophrenia. Europe PMC Funders Group. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164954/pdf/emss-57365.pdf>. 14.8.2015.
- Dandridge, T., Stubbs, B., Roskell, C. & Soundy, A. 2014. A survey of physiotherapy students' experiences and attitudes towards treating individuals with mental illness. [http://www.researchgate.net/publication/263478359\\_A\\_survey\\_of\\_physiotherapy\\_students'\\_experiences\\_and\\_attitudes\\_towards\\_treating\\_individuals\\_with\\_mental\\_illness](http://www.researchgate.net/publication/263478359_A_survey_of_physiotherapy_students'_experiences_and_attitudes_towards_treating_individuals_with_mental_illness). 14.8.2015.
- Duodecim. 2014. Mielenterveyshäiriö. Terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ltt02123.14.8.2014](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02123.14.8.2014).
- Heikkinen – Peltonen, R., Innanmaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja Terveys. Helsinki: Edita.
- Heiskanen, T., Salonen K. & Sassi P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Henttinen, K., Ilja A. & Mattila E. 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huttunen, M. 2008. Mielenterveydenhäiriöt. Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00002](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002). 14.8.2015.
- Jaakkola, R. 1999. Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/12337>. 14.8.2015.
- Joukamaa, M., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 635 – 638.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

- Karelia Ammattikorkeakoulu. 2015. Fysioterapeutti (AMK).  
<http://www.karelia.fi/fi/hakijalle/koulutus/paivatoteutus/fysioterapeutti-amk>.  
 14.8.2015.
- Katinka, T., Melartin T. & Vuokko A. 2011. Mielenterveysongelmiin liittyvän toimintakyvyn arviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – TOIMIA.  
[http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/01/12/suositus\\_mielenterveysongelmiin\\_liittyva\\_toimintakyvyn\\_arviointi\\_1.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/01/12/suositus_mielenterveysongelmiin_liittyva_toimintakyvyn_arviointi_1.pdf). 2.8.2015.
- Kukkohovi, K. 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus - Fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja muuttamisesta ohjaustilanteessa. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200536.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11217/URN_NBN_fi_jyu-200536.pdf?sequence=1). 5.11.2014.
- Lahti, P. 2006. Liikunta ja mielenterveys – historiallista taustaa. Teoksessa Kettunen, S. & Turhala, S. (toim.). Liiku mieli hyväksi - malleja ja kokemuksia liikunta-toiminnan kehittämistä. Helsinki: Suomen mielenterveysseura, 12 – 13.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen J. 2007. Psykiatria ja mielenterveys. Terveysportti.  
[http://www.terveysportti.fi/xmedia/www/esittelyt/6400\\_esittely.pdf](http://www.terveysportti.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf).  
 6.11.2015.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2000. Psykiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lönnqvist, J. 2000. Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Duodecim, 19 – 49.
- Pakkala, I. 2012. Depressive symptoms, sense of coherence, physical activity and genetic factors among older people. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37346/9789513946357.pdf?sequence=1>. 5.11.2014.
- Park, A-L., McDaid, D., Weiser, P., Von Gottberg, C., Becker, T. & Kilian, R. 2013. Examining the cost effectiveness of interventions to promote the physical health of people with mental health problems: a systematic review. BMC Public Health. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3765875/>.  
 14.8.2015.
- Partti, M. 2006. Liikunta ja mielenterveys - historiallista taustaa. Teoksessa Liiku mieli hyväksi. Kettunen S. & Turhala, S. (toim.) Liiku mieli hyväksi - malleja ja kokemuksia liikuntatoiminnan kehittämistä. Helsinki: Suomen mielenterveysseura, 42 – 44.
- Pylkkänen K. & Moilanen, I. 2008. Muut kuin psykoottiset häiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 165 – 176.
- Riikonen, E. 2008. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 160.
- Rissanen, H. 2014. Tutkimussuunnitelmat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
<http://www.terveys2011.info/js.html>. 3.11.2014.
- SoleOPS. 2015. Ryhmän opetussuunnitelma.  
[https://soleops.karelia.fi/opsnet/disp/fi/ops\\_KoulOhjOps/tab/tab/clr?ryhma\\_id=179345533&kouluhj\\_id=5469155](https://soleops.karelia.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjOps/tab/tab/clr?ryhma_id=179345533&kouluhj_id=5469155). 14.8.2015.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Masto-hankkeen (2008 – 2011) loppuraportti. Maennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tehtävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriö.  
[http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1557700](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1557700). 3.11.2014.
- Suomen psykofyysinen fysioterapia yhdistys. 2014. Psykofyysinen fysioterapia. PSYFY ry. <http://www.psyfy.net/>. 6.11.2014.
- Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T., Tuulio-Henriksson, A., Härkänen, T., Saarni, S., Perälä, J., Schreck, M., Castaneda, A., Hintikka, J., Kestilä, L., Lähteenmäki, S., Latvala, A., Koskinen, S., Marttunen, M., Aro, H. & Lönnqvist, J. 2008. Tiivistelmä artikkelista Mental disorders in young adulthood. Cambridge University Press. Psychological Medicine.  
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=3405380&fileId=S0033291708003632>. 14.8.2015.
- Suvisaari, J. 2013. Suomalaisten mielenterveys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
[http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/suomalaisten\\_mielenterveys\\_suvisaari\\_08022013.pdf](http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/suomalaisten_mielenterveys_suvisaari_08022013.pdf). 14.8.2015.
- Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielen hyvinvointi.  
<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa/mielen-hyvinvointi>. 14.8.2015.
- Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 25 – 64 -vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä.  
<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3YKbGA=&region=szY0iE-0sDYrtzYqBwA=&year=sy4rAQA=&gender=t&abs=f&color=f>. 14.8.2015.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilka, H. & Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Wiken Telenius, E., Engedal, K. & Bergland, A. 2015. Effect of a High-Intensity Exercise Program on Physical Function and Mental Health in Nursing Home Residents with Dementia: An Assessor Blinded Randomized Controlled Trial.  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126102>. 14.8.2015.

**ICD-10 luokitus**

<b>ICD-10</b>	
F00- F09	Elimelliset aivo-oireyhtymät
F10- F19	Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt
F20- F29	Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuus
F30- F39	Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt)
F40- F49	Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt
F50- F59	Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät
F60- F69	Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
F70- F79	Älyllinen kehitysvammaisuus
F80- F89	Psyykkisen kehityksen häiriöt
F90- F99	Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- tai tunnehäiriöt

Lähde: Lönnqvist, J. 2000. Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partone, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Duodecim, 19-49.

## Sisällönanalyysi taulukko

<u>Alkuperäinen ilmaus</u>	<u>Pelkistetty ilmaus</u>	<u>Alakategoria</u>	<u>Yläkategoria</u>
”Oma riittämättömyys pelotti, en pelänny niitä asiakkaita, vaan ehkä se pelko siitä että pärjäänkö mie, selviydynkö mie ja löydänkö niitä sanoja”	Pelko liittyy omaan riittämättömyyteen ja epävarmuuteen. Mietittyytä pärjääkö ja selviytyykö	Pelko, Epävarmuus	Tuntemukset
”Sanosko tälleen, että mielenkiintosina ja haasteellisina. Mä oon kokenu sen myöskin mielekkäänä, koska siinä et koskaan tee työtä yksin, et se vielä vahvemmin on semmosta yhdessä monen ihmisen kaa asiantuntemisen asiakkaan kanssa yhdessä tekevää.”	Työ mielenterveysasiakkaiden kanssa on mielenkiintoista ja haasteellista. Lisäksi se moniammatillisuuden ansiosta työ on myös mielekästä.	Mielenkiintoisuus, haasteellisuus, mielekkyys, moniammatillisuus	Tuntemukset
”En oo kokenu sitä mitenkään poikkeukselliseksi missään vaiheessa. Asiakas on asiakas, että en oo kokenu sitä ongelmaks. toki haasteellisia, joissakin tapauksissa, mutta en tiä onko haasteellisempia kun muutkaan.”	Työ ei ole mitenkään poikkeuksellista. Joskus työ on myös haasteellista, muttei eroa muiden fysioterapian asiakkaiden kanssa työskentelelyyn.	Ei poikkeuksellista, asiakas on asiakas, haasteellista joissain tapauksissa	Tuntemukset
”No se on hirveen haastavaa, mut toisaalta myöskin erittäin mielenkiintoista. Pitää kyllä olla oma mielenkiinto ja jollakin tavalla semmonen harrastuneisuus ja mielenkiinto ihmiseen kokonaisuutena ja myöskin siihen psyykeen.”	Työ on erittäin haastavaa ja mielenkiintoista. Täytyy olla oma kiinnostus ihmiseen kokonaisuutena.	Mielenkiintoisuus, haasteellisuus, oma mielenkiinto	Tuntemukset

## **Teemahaastattelurunko**

Opinnäytetyö

Fysioterapeuttien kokemuksia mielenterveysasiakkaiden fysioterapiasta

Haastattelulomake

Haastattelun alussa kerrottava:

- Teemahaastattelu opinnäytetyötä varten, Opinnäytetyön aihe
- Haastattelu äänitetään ja nauhoitusta käytetään vain tähän opinnäytetyöhön
- Henkilötietoja ei tule julki
- Haastattelun voi keskeyttää missä tahansa vaiheessa jos haluat ja missä vaiheessa tutkimusta hyvänsä, mikäli myöhemmin tuntuu siltä
- Haluamme kuulla kaikenlaisia kokemuksia, kerro mahdollisimman avoimesti
- Tässä haastattelussa mielenterveysasiakkaalla tarkoitamme asiakasta, jolla on diagnosoitu jokin mielenterveydenhäiriö. (tarvittaessa voi katsoa ICD-10 taulukkoa.)

## **Taustatiedot**

- Ikä
- Työkokemus fysioterapeuttina, vuosina?
- Koulutus/kurssit mielenterveysfysioterapiaan liittyen?
- Missä ja milloin työskennellessäsi olet kohdannut mielenterveysasiakkaita?
- Työn tarkempi kuvaus em. paikoissa
- Oletko aikaisemmin osallistunut teemahaastatteluun?

## **Osa 1**

- Millaisena olet kokenut mielenterveysasiakkaiden kanssa työskentelyn?
- Millaisia tuntemuksia mt-asiakkaat herättävät? (Miksi herättää näitä tuntemuksia?)
- Mikä mielenterveysongelmista kärsivän asiakkaan kohtaamisessa on mielestäsi haastavinta? (Miksi, Mistä johtuu?)
- Kerro esimerkkien avulla haastavista tilanteista joita olet työssäsi kohdannut mt-asiakkaan kanssa. (Mikä teki tilanteesta haastavan?)
- Miten olet ratkaissut ongelmat/selvinnyt haastavista tilanteista?

## **Teemahaastattelurunko**

-(Millaisia keinoja käytit?)

- Kerro esimerkkien avulla onnistumisista/positiivisista kokemuksista mt-asiakkaan terapiatilanteissa

- Mikä teki tilanteesta onnistuneen/positiivisen?

-(Mitä keinoja käytit?)

## **Osa 2**

- Miten mielenterveysasiakkaan fysioterapia eroaa sellaisen asiakkaan fysioterapiasta, jolla ei ole mielenterveysongelmia?

- Minkälaista fysioterapiaa olet toteuttanut mielenterveysasiakkaalle ja millä perusteella?(mainitse myös missä työskennellessäsi olet käyttänyt ko. fysioterapiaa ja minkälaiselle kohderyhmälle/yksilölle)

- (Onko käymistäsi kursseista/koulutuksesta ollut mielestäsi hyötyä ja miksi?)

- Kerro esimerkkejä toteuttamasi fysioterapian hyödyistä ja haitoista

- Minkälainen fysioterapia ei ole sinusta ollut toimivaa mielenterveysasiakkaalle ja miksi?

- Miten koet henkisen kuormittavuutesi mielenterveysasiakkaiden kanssa työskennellessä? (Miksi? )

- Kumpi on mielestäsi henkisesti kuormittavampaa: työskentely mt-asiakkaiden kanssa, vai asiakkaiden kanssa, joilla ei ole mielenterveyshäiriötä?

-(Kerro miksi?)

- Miten selviydyt henkisestä kuormituksesta? (Onko jokin selviytymiskeino, jäävätkö asiat helposti mieleen pyörimään, miten prosessoit työn tapahtumia?)

- Mitä olet oppinut työurasi aikana mielenterveysasiakkaista? (Mitä kertoisit työstä ulkopuoliselle, mitkä asiat työstä tulevat ensimmäisenä mieleen, minkälaisia vinkkejä antaisit työstä?)

## **Avoim kysymys:**

- Tuleeko mieleesi vielä kokemus/kokemuksia, joista uskoisit olevan opiskelijoille hyötyä?

## Lupa haastatteluaineiston hyödyntämiseen opinnäytetyössä



## LUPA HAASTATTELUAINEISTON HYÖDYNTÄMISEEN OPINNÄYTETYÖSSÄ

Nimi \_\_\_\_\_, Syntymäaika \_\_\_\_\_

Suostun, että haastatteluni nauhoitetaan ja käytetään vain tätä opinnäytetyön tutkimusta varten.

Haastateltavat pysyvät tunnistamattomina.

Aineistoa käytetään vain tätä tutkimusta varten ja aineisto tuhotaan asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua.

Opinnäytetyöntekijät Iira Lintu ja Sanna Sääksjärvi Karelia Ammattikorkeakoulu, fysioterapia

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2014

Paikka ja päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus



## Sisällönanalyysin ajatuskartta

mikä tehnyt  
onnistuneen?

-asiakkaan tasolle  
asettuminen  
-asiakkaan tilanteen  
ymmärtäminen  
-konkreettisten ratkaisujen  
löytäminen ongelmatilanteissa  
-aito kiinnostus asiaan  
-terapeutin pitkäjänteisyys  
-kärsivällisyys  
-johdonmukaisuus  
-tavoitteellisuus, osatavoitteet  
-omaisen/läheisen mukana  
olo  
-samat tavoitteet ja tahtotila  
kuuntelu  
-läsnäolo  
-kommunikointi  
-auttaminen

samankaltaiset

**asiakkaan  
voimaantuminen ja  
toimintakyvyn  
paraneminen:**

\*kivun lievittyminen ja  
hallinta  
\*traumaattisen  
kokemuksen  
aiheuttaman pelon  
voittaminen ft avulla  
\*rentoutusmenetelmät  
auttaneet  
nukahtamiseen ja unen  
laatuun  
\*edistymisen  
huomaaminen  
konkreettisten asioiden  
kautta

muut

-luovien menetelmien avulla  
syvemmälle pääseminen  
asiakkaan asioihin  
-huomaa kuinka paljon kehon  
kautta voi vaikuttaa mieleen  
-ymmärtää että terapia on  
monesti yksinkertaista ja  
konkreettista  
-asiakkailta palautetta että  
ftstä eniten hyötyä  
sairaalajaksolla  
-ryhmätilanteissa me hengen  
saavuttaminen  
-ratkaisujen löytäminen  
asiakkaan tilanteen  
parantamiseksi