

# TAPAUSTUTKIMUS TRAUMAPERÄISESTÄ ETURISTISIDEVAMMASTA

Jalkapalloilijoiden kokemuksia psyykkisestä kuntoutumisprosessista

Arttu Härkönen  
Artturi Sieppi

Opinnäytetyö  
Pohjoinen hyvinvointi ja palvelut  
Liikunta ja vapaa-aika  
Liikunnanohjaaja (AMK)

2019

Pohjoinen Hyvinvointi ja Palvelut  
Liikunta ja vapaa-aika  
Liikunnanohjaaja (AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Arttu Härkönen & Artturi Sieppi	Vuosi	2019
<b>Ohjaaja</b>	Heikki Hannola		
<b>Työn nimi</b>	Tapaustutkimus traumaperäisestä eturistisidevam- masta. Jalkapalloilijoiden kokemuksia psyykkisestä kuntoutumisprosessista		
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	59 + 4		

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tutkimukseen osallistuneiden ammattijalkapalloilijoiden kokemuksia psyykkisestä kuntoutumisprosessista. Tarkoituksena oli myös selvittää psyykkistä hyvinvointia edesauttavat ja heikentävät tekijät pitkän kuntoutumisprosessin aikana. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada ajankohtaista tietoa psyykkisen hyvinvoinnin merkityksestä kuntoutumisprosessin aikana.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena. Tutkimukseen osallistui kolme ammattilaisjalkapalloilijaa, jotka kaikki olivat kokeneet akuutin eturistisidevamman. Ammattilaisjalkapalloilijoiden kokemukset psyykkisestä kuntoutumisprosessista koottiin teemahaastattelua käyttäen. Aineistoa analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalysimenetelmällä.

Tutkimustulosten perusteella psyykinen hyvinvointi nähtiin vaikuttavan merkittävästi kuntoutumisprosessiin. Kokemukset yksilöllisestä tavoitteenasettelusta, psyykkisen tuen määrä sekä laatu vaikuttivat lopputulokseen. Tutkimukselle merkittävää painoarvoa saatiin tutkimukseen osallistuneiden pelaajien kokemista pelkotiloista loukkaantumisen jälkeen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että loukkaantumisen jälkeen psyykinen kuntoutuminen on tärkeä osa pelikuntoon palautumista. Psyykinen kuntoutuminen koettiin jopa tärkeämmäksi kuin fyysinen kuntoutuminen tutkimukseen osallistuneiden pelaajien näkökulmasta.

Avainsanat eturistiside, jalkapallo, psyykinen kuntoutuminen, traumaattinen kriisi

School of Northern Well-being and  
Services  
Degree Programme in Sports and  
Leisure Management  
Bachelor of Sports

---

<b>Author</b>	Arttu Härkönen & Artturi Sieppi	Year	2019
<b>Supervisor</b>	Heikki Hannola		
<b>Subject of thesis</b>	Case study about post-traumatic ACL-injury. Football players' experiences of the psychological rehabilitation process		
<b>Number of pages</b>	59 + 4		

---

The purpose of this thesis was to find out how the professional football players, who took part in this study, experienced the psychological rehabilitation process. In addition the aim was to find out what issues help and weaken psychological well-being through a long rehabilitation process. The goal of this thesis was to collect relevant data from the meaning of psychological well-being during the rehabilitation process.

This research is a qualitative case study. Three professional football players took part in this study, who had experience of acute anterior cruciate ligament injury. Experiences from the professional football players about the psychological rehabilitation process was gathered using a half-structured interview. The data is analyzed with a data-based content analysis method.

According to the results of the study, psychological well-being was seen to have a significant effect on the rehabilitation process. Experiences from individual goal setting, amount and quality of psychological support had an effect on the result. Significant value for this study was received from the players' experiences about states of fear after being injured.

The conclusion of this study is that psychological rehabilitation is an important part of getting back into shape. Psychological rehabilitation was experienced even more important than physical rehabilitation from the view of the players who participated in this study.

**Key words** anterior cruciate ligament, football, post-traumatic crisis,  
psychological rehabilitation

## SISÄLLYSLUETTELO

KUVIOLUETTELO .....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 JALKAPALLO LAJINA .....	9
2.1 Fyysiset vaatimukset.....	9
2.2 Tyypillisimmät loukkaantumiset .....	10
3 POLVEN ETURISTISIDE .....	12
3.1 Polvinivelen anatomia .....	12
3.2 Rakenne ja toiminta .....	16
3.3 Vammamekanismi .....	17
3.4 Hoitolinjat .....	19
3.5 Eturistisideleikkauksesta kuntoutuminen .....	22
4 TRAUMAATTINEN KRIISI .....	24
4.1 Traumaattisen kriisin vaiheet .....	24
4.2 Traumaperäinen stressihäiriö .....	28
4.3 Urheilijan psyykinen kriisi .....	29
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	32
5.1 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus.....	32
5.2 Tutkimusmenetelmät.....	33
5.3 Aineistonhankintamenetelmät.....	34
5.4 Aineiston analyysimenetelmät .....	38
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	40
6.1 Psyykinen tuki kuntoutumisprosessin aikana .....	40
6.2 Psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavat tekijät .....	42
6.3 Kuntoutumisprosessin aikana ilmenneet vaiheet .....	45
6.4 Vamman aiheuttamat pelkotilat.....	46
7 POHDINTA .....	49
7.1 Keskeiset tulokset .....	49
7.2 Tutkimuksen arviointi .....	51
7.3 Jatkotutkimusaiheet .....	53

---

LÄHTEET.....	55
LIITTEET .....	60

## KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Polven anatomia .....	15
Kuvio 2. Ehjä (A) ja revennyt (B) eturistiside.....	19
Kuvio 3. Jännesiirre .....	21
Kuvio 4. Kaavakuva tuplasiirteellä tehdystä polven ACL-rekonstruktiosta .....	22
Kuvio 5. Tyypillinen tapa reagoida urheiluvammaan.....	31
Kuvio 6. Menetelmäpolku.....	33

## 1 JOHDANTO

Jalkapallo on kiistatta maailman suosituin laji. Rekisteröityneiden pelaajien määrä on kohonnut Suomessakin yli 130 000 harrastajan. Sitä kuitenkin varjostavat monet erilaiset alaraajojen loukkaantumiset. Näihin loukkaantumisiin lukeutuvat muun muassa vakavimmat polvivammat, joiden yleisyys on ollut huomattavaa jalkapallon pitkän historian aikana. (Leppänen & Löfgren 2017, 35.)

Jalkapallo on lajina aerobinen nopeuskestävyyslaji, joka vaatii useita eri fyysisiä osa-alueita. Nopeatempoinen peli haastaa pelaajaa myös monipuolisilla lajitaidollisilla sekä taktisilla osaamisvaatimuksilla. Maksimivauhtisten suoritusten, kuten spurttien ja jatkuvien suunnanmuutosten lomassa, on myös syytä väistellä vastustajan pelaajien kontakteja sekä pallonriistotilanteita. Nämä kaikki edellä mainitut asiat luovat pohjan, miksi pelaajilla on niin suuri loukkaantumisriski. (Leppänen & Löfgren 2017, 35 – 36.)

Jalkapallossa tyypillisimmät vammat kohdistuvat alaraajoihin, joista pehmytosavammoja on noin 85 prosenttia. Nämä pehmytosat kattavat niin lihas-, jänne- ja nivelsidevammat. Vakavimmista vammoista suurin osa kohdistuu polven seudulle, joista erityisen yleinen ja vakava on eturistisidevamma. Eturistisiteen repeäminen tapahtuu joko osittain tai kokonaan, ja aktiiviselle urheilijalle se tietää lähes poikkeuksetta leikkaushoitoa. Urheilijoille tämä vamma tarkoittaa 6 – 12 kuukauden kuntoutumisprosessia, joka koettelee niin fyysisesti, kuin henkisesti. (Peterson & Rehnstöröm 2001, 287 – 288.) Tässä opinnäytetyössämme käsittelemme ja haastattelemme kolmea eri eturistisidevamman kokenutta henkilöä tapautuskimpuksen avulla nimenomaan psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta.

Opinnäytetyön aihe valikoitui molempien tekijöiden omakohtaisista eturistisidevammoista, jonka takia tekijöiden jalkapallourat keskeytyivät. Kuntoutuksen aikana varsinkin psyykinen kuormitus oli molemmilla erittäin kovalla koetuksella. Kuntoutusprosessin aikana saimme paljon fyysisen puolen ohjeistusta, mutta psyykkisen puolen kuntoutuminen jäi selvästi vajavaiseksi. Kuntoutumisprosessin aikana molemmat tekijät huomasivat erilaisia kammo- ja pelkotiloja. Näistä monestikin vaietuista tuntemuksista oli vaikea löytää tietoa ja vertaistukea. Tä-

män takia tekijät halusivat saada tietoa tutkimukseen osallistuneilta pelaajilta tältäkin osa-alueelta sekä tuoda kuntoutumisprosessin psyykkistä puolta tietoisuuteen muille saman vamman kärsiville pelaajille. Opinnäytetyössä pyrimme siis avaamaan tapaustudkimuksessa olevien henkilöiden kokemuksia eturistisidevamman aiheuttamasta traumaattisesta kriisistä.

## 2 JALKAPALLO LAJINA

Yli 265 miljoonaa harrastajaa, yli 200 maata sekä lukematon määrä eri joukkueiden kannattajia sekä tukijoita ympäri maailman selittää sen, miksi jalkapallon vaikutus ylittää kaikkialle maailmassa (Bray 2010, 7). Jalkapallo yhdistää kansakuntia ja tuo yhteen eri kulttuureja katsomatta sukupuoleen tai uskonnollisiin suuntauksiin. Jalkapalloa pelataan aina kaupungin kaduilta suurille stadioneille asti, mutta lajilla on silti samanlaiset ominaispiirteet sekä vaatimukset olosuhteisiin katsomatta. (Kunz 2007, 10 – 12; FIFA 2016.)

Jalkapallo-ottelun kesto on 90 minuuttia, johon lisätään mahdollinen lisäaika. Pelin aikana pelaaja liikkuu keskimäärin 10 – 11 kilometriä, mutta pelipaikasta riippuen jopa 14 kilometriä. Liikkuminen kentällä on matalalla temmolla tapahtuvaa, joka on verrattavissa reippaaseen kävelyyn. Tämän vuoksi kentällä liikuttu matka ei vastaa pelaajaan kokonaiskuormitusta, koska pelin aikana pelaaja suorittaa korkean intensiteetin juoksuja. Korkealla intensiteetillä kuljettu matka on keskimäärin kymmenen prosenttia kokonaismatkasta ja tämän lisäksi kokonaismatkasta spurttien määrä on 1 – 12 prosenttia. (Di Salvo ym. 2010, 1 – 2.)

Jalkapallo on lajina aerobinen nopeuskestävyyslaji. Pelaajat suorittavat voimaa, nopeutta, kestävyyttä sekä ketteryyttä vaativia suorituksia. Lisäksi pelaajalta vaaditaan pallonhallintataitoja ja taktisia ominaisuuksia. Erilaiset suoritukset ilmenevät otteluiden ja harjoitusten aikana maksimaalisina spurteina, äkillisinä suunnanmuutoksina ja kiihdytyksinä, jarrutuksina sekä hyppyinä. (Leppänen & Löfgren 2017, 35; Kemppinen & Luhtanen 2008, 25 – 26.)

### 2.1 Fyysiset vaatimukset

Pelaajan kestävyysominaisuudet ovat lajin vaatimustasoltaan keskiössä. Hyvät kestävyysominaisuudet edesauttavat pelaajaa ylläpitämään korkean suorituskyvynsä pelin aikana. Pelaajien keskisyke maksimisykkeestä on 85 prosenttia sekä hapenkulutus on 70 prosenttia maksimista. Pelaajan keskimääräinen maksimaalinen hapenottokyky on noin 60 ml/kg/min. Tärkein energianlähde pelaajalla on

glykogeenivarastot. (Reilly, Bangsbo & Franks 2000, 670 – 672; Bangsbo, Mohr & Krstrup 2006 2 – 4.)

Jalkapallo vaatii pelaajalta nopeusominaisuuksia. Jalkapallossa ei kuitenkaan ole havaittu olevan suurta merkitystä suhteessa hitaiden ja nopeiden lihassolujen vaikutuksesta lajivaatimuksiin. Tähän poikkeuksena, kuitenkin potkuliikkeessä 50 – 60 prosenttia ulomman reisilihaksen solujakaumasta koostuu nopeista lihassoluista. (Shephard 1999, 757 – 759.) Nopeusominaisuuksista tärkeimpänä lajin kannalta tilannenopeus. Tilannenopeus voidaan jakaa kykyyn havainnoida ottelun aikana tapahtuvia muutoksia sekä reagoida niihin mahdollisimman nopeasti. Nämä ominaispiirteet erottavat huippupelaajan keskivertopelaajasta. (Shephard 1999, 760 – 761; Sposis, Jukic, Ostojic & Milanovic 2009.1949 – 1950.)

Pelaajalta voimaominaisuuksia vaaditaan, kun potkaistaan palloa, suoritetaan spurtti, taklataan vastustajaa tai hypätään puskemaan palloa. Etenkin keski- ja alavartalon voimantuotto-ominaisuudet ovat isossa roolissa. Voimaominaisuuksilla on merkittävä rooli myös räjähtävän nopeuden, kiihtyvyyden sekä suunnanmuutoksen yhteydessä. Riittävät voimaominaisuudet ennaltaehkäisevät pelaajan loukkaantumista. (Turner & Stewart 2014, 5 – 6; Kirkendall 2011, 169.)

## 2.2 Tyypillisimmät loukkaantumiset

Lajina jalkapallo on erittäin nopeatempoinen ja fyysisesti rasittava. Lajin ominaispiirteisiin kuuluu suurena osana erilaiset kontaktit, minkä vuoksi mahdollisuus loukkaantumisille on korkea. Varsinkin otteluissa vammautumiseriski on selvästi suurempi kuin harjoituksissa, sillä otteluissa pelaaja loukkaantuu 15 kertaa useammin verrattuna harjoituksissa tapahtuviin loukkaantumisiin. Suurin syy tähän on otteluissa tapahtuvat kontaktit, kun taas harjoituksissa loukkaantumisiin johtavat syyt tapahtuvat ilman kontaktia, kuten suunnanmuutokset tai hypystä alastulo. Kaikista vammaherkin alue on alavartalo, etenkin nilkka- polvi-, reisi- ja lonkkavammat. Tyypillisin lihasvamma on reisilihaksen osittainen säieaurio tai täydellinen repeämä. Yleensä vaurion aiheuttajana on ylisuuri äkillinen kuormitus, jota lihas ei pysty sietämään. Pienemmät vauriot parantuvat kahdesta viikosta

kuuteen viikkoon, ja suurempien vaurioiden parantumisessa kestää useampia kuukausia. (Leppänen & Löfgren 2017, 35; Terveystalo 2016.)

Kolmasosa jalkapallossa tapahtuvista vammoista on erilaisia rasitusvammoja, jotka aiheutuvat kudoksien liiallisen kuormituksen takia. Myös merkittävä osa vammautumisista tapahtuu nilkan ja polven nivelsidealueilla. Tämä sen takia, koska nopeatempoisen lajin takia nilkka voi vääntyä aiheuttaen vaurion nilkan ulkosyrjälle. Jalkapallon vakavimmat vammat ovat yleensä polvivammoja. Polvivammoista tyypillisimmät ovat sivusidevammat, kierukkavauriot sekä etu- ja takaristisiteen vammat. Varsinkin etu- ja takaristisidevammat ovat vakavuudeltaan sellaisia, jotka vaativat yleensä leikkaushoitoa. (Terveystalo 2016; Leppänen & Löfgren 2017, 35.)

### 3 POLVEN ETURISTISIDE

#### 3.1 Polvinivelen anatomia

Ulkoapäin katsottuna ihmiskehon suurin nivel eli polvinivel vaikuttaa hyvin yksinkertaiselta ja toiminnaltaan helposti ymmärrettävältä. Sen toiminta on kuitenkin hyvin moninaista polven erikoisen rakenteen vuoksi. (Ahonen 1998, 292.) Polvinivel rakentuu kolmesta luusta (sääriluu, reisiluu ja pohjeluu) sekä polvilumpiosta. Sen toiminta muodostuu pitkälti sarananivelelle tyypilliseltä yhden liikesuunnan liikkeestä, fleksiosta ja ekstensiosta. (Moody ym. 2016, 22 – 23.) Polvinivelen toissijainen liikesuunta eli kiertoliike on myös mahdollinen polven ollessa koukistuneena. (Kahle, Leonhardt & Platzer 1992, 202 – 203.)

Mekaanisesta näkökulmasta polvinivelellä on kaksi vaatimusta. Kun polvinivel on täysin ojentuneena, suuntautuu asentoa ylläpitäviin luihin tibiaan ja femuriin koko kehon paino. Tämän vuoksi polvinivel joutuu jatkuvasti ylläpitämään vahvaa stabiliteettia ylläpitääkseen asennon. Asennon ylläpitämisen vastakohtana on polvinivelen mahdollistama liikkumiskyky, joka muodostuu polvinivelen koukistuttua. (Kapanji 1997, 72.) Koukistunut polvinivel on erittäin tärkeää liikuntakyvyille, mutta se lisää merkittävästi erilaisille nivelsidevammoille altistumista huonomman stabiliteetin vuoksi (Pujol, Rousseaux Blanchi & Chambat 2007, 4).

Polven moninaiseen rakenteeseen syventyessä on hyvä huomata, että polven alueelta löytyy yhden nivelen sijasta kaksi niveltä yhden nivelkapselin sisältä; sääri-reisiluunivel (tibio-femoralis) sekä polvilumpio-reisiluunivel (femoro-patellaris). Näiden tarkoituksena on yhdistää reisiluu sääri- ja pohjeluuun. (Walker 2014, 187.)

Tibian eli sääriluun nivelpinta, joka polvinivelestä katsottuna sijoittuu alemmaksi nivelpinnaksi, muodostuu lateraalista sekä mediaalisesta kondyylistä. Kondyylit muodostavat horisontaalisen niveltason, joka on jakaantunut muodoltaan kahden soikeaan alueeseen. (Ahonen 1998, 293.) Nämä kaksi soikeaa aluetta ovat muodoltaan konkaaveja eli ylöspäin kuperia, joiden päällä on kaksi nivelkierukkaa toinen mediaalisella puolella muodostaen C-kirjaimen ja toinen lateraalilla

puolella muodoltaan täydellistä ympyrää lähentelevä. Nämä polven iskunvaimentimet lisäävät nivelpintojen yhteensopivuutta ja tasaavat kuormitusta. (Magee 2014, 765 – 766.)

Puolestaan femurin puoleinen distaalipää muodostuu kahdesta kaaripintaisesta kondyylistä. Nämä konveksit mahdollistavat kondyylien liikkumisen nivelkierukoiden päällä polven liikkeitä mukaillen. (Ahonen 1998, 293 – 294.) Liikeakseliltaan polvi on transversaalinen, mutta liikeakseli siirtyy polven koukistuksessa ja palautuu takaisin polven ojennuksessa. Akselin liikkuminen sallii femurin kondyylien liikkumisen eteenpäin ilman, että femurin distaalipää tipahtaa tibian takapuolelle. (Kahle ym. 1992, 202 – 204.) Polven koukistumista helpottavat myös polven lateraalinen sekä mediaalinen collateraali-ligamentit, jotka polven fleksiossa löysyvät ja päinvastoin ekstensiossa kiristyvät. Keskimääräisesti polven liikelaajuus ojennuksessa ylittää  $-5^\circ$  asteeseen ja koukistuksessa  $135^\circ$  asteeseen. (Peltokallio 2003, 372.) Liikelaajuuden säätelystä vastaavat pääasiallisesti nivelkapseli sekä ligamentit, mutta riippuen mittausasennosta sekä mahdollisista virheasunnoista lonkka- ja nilkkanivelet voivat myös vaikuttaa liikelaajuuteen merkittävästi. (Saresvaara-Virtanen & Ojala 1993, 285 – 286.)

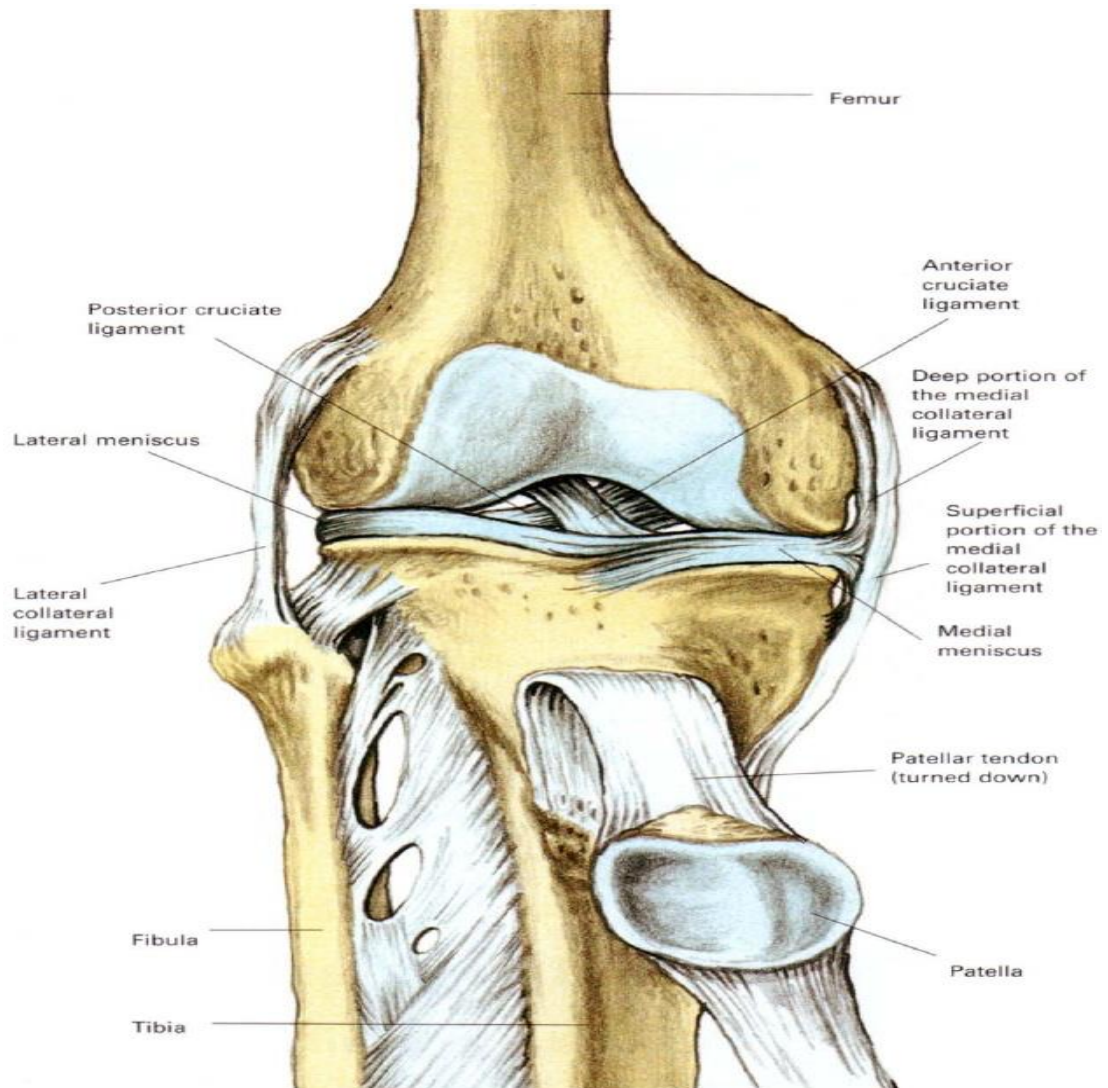
Polven liikkumisen kannalta yksi tärkeä liikkeen mahdollistaja on polvilumpio (patella), jota myös seesamluiksi kutsutaan. Patella sijaitsee reisiluun alaosan etupuolella, jossa se on irrallaan niveltyneenä. (Magee 2014, 766 – 768.) Reisiluun nivelnastojen välillä sijaitseva lovi, kuitenkin mahdollistaa patellan esteettömän liikkeen polven ekstensiossa sekä fleksiossa. Fleksiossa tapahtuvassa liikkeessä patellan liikelaajuus ylettyy jopa 8 senttimetriä alaspäin. (Kapanji 1997, 106 – 107.) Sen pääasiallinen tehtävä on, kuitenkin tehostaa reisilihaksen ekstensiota vetämällä sääriluuta ojennukseen. Vaikka patellalle suotuisaksi tehty ura mahdollistaa tehokkaamman ylös- ja alaspäin liikkeen, kiertyy se myös herkimmissäkin polven rotaatioissa aina polven kiertoa vastakkaiselle puolelle ja mahdollistaen näin monipuolisemman liikelaajuuden. (Saresvaara-Virtanen & Ojala 1993, 295 – 296.)

Patellan avustama nelipäinen reisilihas (quadriceps femoris) on polven ojennuksen tärkein vaikuttava lihas. Se koostuu neljästä eri lihaksesta, joista kolme on

yksinivelisiä (vastus intermedius, vastus lateralis ja vastus medialis). Neljäs eli rectus femoris on kaksinivelinen, joka muista polvinivelen lihaksista eroaa teke-mällä töitä myös lonkan koukistajana. Yhteistä kaikille on, että ne kiinnittyvät yh-teisellä jänteellä sääriluun etukyhmyyn. (Kapanji 1997, 144.) Kaikille vastuslihak-sille on tyypillistä, että ne aloittavat toimintansa vasta loppuheilahduksen aikana. Toiminta kestää aina puoliväliin vastaanottovaiheen kuormitusta, jonka jälkeen hiljalleen hiipuu. (Ahonen 1998, 302.) Vastus-lihasten tärkeänä tehtävänä on myös stabiloida polvilumpiota kuormituksen aikana (Renström ym. 1994, 322).

Polviniveltä koukistavat lihakset löytyvät reiden takaosasta ja niitä on suuri määrä, jotka vaikuttavat enemmän tai vähemmän polven koukistukseen. Lihak-sista voidaan, kuitenkin erotella pääkoukistajalihakset, jotka koostuvat takareiden lihaksista (hamstring). Takareiden lihaksiin kuuluvat kaksipäinen reisilihas (biceps femoris), puolijänteinen lihas (semitendinosus) sekä puolikalvoinen lihas (semimembranosus). Muiden polvinivelen koukistajalihasten tehtävänä on kou-kistuksen lisäksi stabiloida polviniveltä, kuten kaksoiskantalihas (gastrocnemius) tai toimia lonkan koukistajana sekä loitontajana, kuten räätälinlihas (sartorius). (Kapanji 1997, 148 – 149.) Puhtaasti polvinivelen koukistajalihaksina toimivat ai-noastaan kaksi lihasta kaksipäisen reisilihaksen lyhyt pää (biceps femoris brevis) sekä polvitaivelihas (popliteus). Näiden kahden lihaksen toiminta ei vaikuta lon-kan tai nilkan toimintaan. Kiinnityskohdasta riippuen suurin osa koukistajalihak-sista toimii myös polvinivelen sisä- tai ulkokiertoa tukevin lihaksina. (Ahonen 1998, 304 – 307.)

Polvinivelen tukevuuden varmistavat sen vahvat nivelsiteet, jotka jakaantuvat risti- ja sivusiteisiin (Kuvio 1). Sivusiteiden pääasiallinen tehtävä on suojella ni-velkapselia sekä pitää sivusuuntaisesti polvinivel stabiilina. Polven ollessa oj-en-tuneena sivusiteet ovat täysin jännittyneenä ja estävät näin kaiken rotaation. (Sa-resvaara-Virtanen & Ojala 1993, 281 – 282.)



Kuvio 1. Polven anatomia (Peterson & Rehnström 2001, 286)

Sivusiteiden sijainti ja kiinnityskohdat sijoittuvat polven sisä- ja ulkoreunoille. Sisäsivuside (medial collateral ligament - MCL) kiinnittyy femurin sisänivelnastan kaareen, josta se laskee lievästi etuviistoon kiinnittyen sääriluun sisäreunaan. Ulompisivuside (lateral collateral ligament - LCL) kulkee femurin ulkonivelnastan kaaren takaosasta takaviistosti pohjeluun päähän. (Saresvaara-Virtanen & Ojala 1993, 281 – 282.)

Ristisiteiden tehtävänä on estää polven liiallinen kiertyminen sekä säädellä sääriluun eteen- ja taaksepäin suuntautuvaa liikettä. Eturistiside tibia eteenpäin suuntautuvaa liikettä ja takaristiside tibian taaksepäin suuntautuvaa liikettä. Eturistisiteen (anterior cruciate ligament - ACL) kiinnityspiste sijaitsee tibian nivel-

nastojen välissä, josta se suuntautuu ristiin taaksepäin ja kiinnittyy femurin ulkonivelnastan sisäpuolelle. Takaristiside (posterior cruciate ligament), joka sijaitsee syvällä nivelnastojen vaossa kiinnittyen tibian nivelnastojen väliseen takaosaan, josta se suuntautuu ristiin ylöspäin kiinnittyen femurin nivelnastan välisen vaon pohjalle. Tämän vuoksi takaristisidettä on vaikeampi vaurioittaa, kuin eturistisidettä, joka sijaitsee lähempänä pintaa. (Kapanji 1997, 122 – 124.)

### 3.2 Rakenne ja toiminta

Eturistiside (anterior cruciate ligament - ACL) on leveä nivelside (ligamentti). Sen pääasiallinen tehtävä yhdessä neljän muun polvennivelsiteen kanssa on stabiloida polvinivelen ja sitä tukevien luiden liikkumista. (Gokeler 2015, 9 – 10.) Eturistiside rakentuu eri pituisista sekä suuntaisista säikeistä, jotka kiinnittyvät eri pituuksilta säären sekä reiden luihin (Kallio 2016).

Viuhkamaisista säikeistä on pystytty erottamaan kaksi eri säiekimppua, jotka ovat toiminnoiltaan erilaisia. Näiden kahden säiekimpun toiminta riippuu polven liikkeistä, sillä polven ollessa suoristettuna posterolateraalinen osa (PL-kimppu) on jännittyneenä ja anteromediaalinen osa (AM-kimppu) on jännittämätön. Polvea koukistettaessa osat vaihtuvat eturistisiteen ulomman takaosan eli anteromediaalisen jännityessä ja sisemmän etuosan eli posterolateraalisen löystyessä. (Järvelä 2006, 227.) Tutkimuksissa on myös löydetty viitteitä, että polven kahden säiekimpun lisäksi olisi vielä olemassa kolmas niin sanottu keskimmäinen (intermediaaninen) kimppu, joka olisi toiminnaltaan mukana niin polven ojennuksessa, kuin koukistuksessa.

Eturistisiteen viuhkamaiset säikeet kiinnittyvät tibian nivelnastojen etuosaan. Säikeet lähtöpaikka sijoittuu sisä- ja ulkokierukan kiinnityskohtien väliin, josta ne suuntautuvat ristiin taaksepäin kiinnittyen femurin ulkonivelnastan sisäpintaan. Säikeiden kiinnityskohdat ovat, kuitenkin hieman eri korkeuksilla ja tästä johtuen kiinnittyvien säikeiden pituus voi vaihdella 1,85 – 3,35 senttimetriä kiinnityskohdasta riippuen. (Kapanji 1997, 122 – 123.)

Eturistisiteen tärkeimpänä tehtävänä on säädellä tibian eteenpäin suuntautuvaa liukumista ja polven rotaatiota sen ollessa ojentuneena sekä koukistuneena 30° kulmaan asti. Eturistiside yhdessä sisemmän sivusiteen kanssa estää polvea kiertymästä sisäänpäin. Eturistisiteen on myös havaittu vaikuttavan polven asentoaistiin. (Kallio 2010, 290 – 292.)

Eturistiside on ominaisuuksiltaan polven toiseksi vahvin nivelside. Painoltaan eturistiside on noin 20 grammaa, mutta se kestää noin 2200 newtonin kuormituksen. Itse ristiside on tiheästi verisuonitettu ja sisältää hermopäätteitä, jotka vaikuttavat polven asentoaistiin. (Peterson & Rehnström 2001, 286 – 287.) Asentotuntoa kutsutaan myös proprioseptiikaksi, joka tarkoittaa kykyä aistia nivelten asentoja sekä liikkeitä. On tutkittu, että eturistisiteestä on myös löytynyt lihaksille ja nivelille enemmän tyypillisiä reseptoreja, kuten Golgin jänne - elimet sekä nivelreseptorit, Pacinianin ja Ruffinin soluja. Eturistisiteen kokonaisuudesta yksi prosentti on arvioitu koostuvan edellä mainituista reseptoreista. Eturistisiteen vahingoittuessa on huomattu, että myös nämä sensorit vahingoittuvat ja saavat aikaan puolieroja asentotuntemuksessa. (Cooper, Taylor & Feller 2005, 164 – 165.)

### 3.3 Vammamekanismi

Polven vammoista yksi yleisimmistä sekä vakavimmista on eturistisiteen osittainen tai täydellinen repeäminen. Suurin osa eturistisiteen repeämistä tapahtuu ilman kontaktia, sillä vain 30 prosenttia repeämistä johtuu suorasta kontaktitilanteesta. Vammalle tyypillistä on, että jalkaterä on lukittautuneena maahan ja äkkinäinen suunnanmuutos altistaa eturistisiteen kohtalokkaalle voimalle. (Suomalainen, Sillanpää & Järvelä, 2014, 489 – 490.) Aktiivisille liikkujille tämä tietää lähes poikkeuksetta leikkaushoitoa. Vamman vakavuudesta kertoo se, että harrastuksesta riippuen toipuminen vie 6 – 12 kuukautta ja pahimmassa tapauksessa lopettaa harrastuksen kokonaan. (Shimokochi & Shultz 2008, 396 – 298.)

Eturistisiteen repeämisestä 70 prosenttia johtuu ilman kontaktia tapahtuvista asioista. Syitä on pyritty selvittämään monilla tutkimuksilla ja tutkimuksista on päästy hyvin yksimieliseen tulokseen. Tyypillinen tilanne vammautumiseen on hyppyti-

lanteesta laskeutuminen tai nopea suunnanmuutos. Tyypillisesti jalkaterä on lukittautuneena maahan ja lähes suoralle polvelle on kasautunut suurin osa kehon painosta, jolloin valgusliike eli nopeasti sisäänpäin suuntautuvat polvet ovat tyypillisiä. Valgusliike on niin nopea (40 ms) jalan kosketettua maahan, että suojauminen perustuu nivelten refleksihin eikä tahdonalainen hermosto kerkeä mukaan. (Leppänen & Löfgren 2017, 36 – 37.)

Suurimpaan osaan eturistisidevamman riskitekijöistä ei voi vaikuttaa. Riskitekijöitä ovat ikä, polven ja lantion anatomia sekä nivelsiteiden vahvuus. Sukupuolella on todettu myös olevan suuri merkitys, sillä naisilla on todettu olevan 3 – 6-kertainen riski verrattuna miehiin. Tämä johtuu siitä, että naisten lonkat ovat miehiin verrattuna leveämmät, joka aiheuttaa suuremman riskin polvien sisäkiertoon. Myös hormonaaliset tekijät vaikuttavat naisten suurempaan loukkaantumisriskiin. (Kallio 2016.)

Eturistisidevamman vakavuus pystytään luokittelemaan kolmeen eri asteeseen. Ensimmäisen asteen vammassa polvinivelessä ei esiinny väljyyttä ja nivelsiteen säiekimppuihin kohdistunut repeäminen tai venyminen sijoittuu 0 – 50 prosenttia alueelle. Toisen asteen vammassa nivelsiteeseen kohdistunut vahinko on 50 – 80 prosenttia välillä ja polvinivelestä on huomattavissa selvää väljyyttä. Toiseen asteen vammassa urheilija ei pysty jatkamaan harjoitteluaan normaalisti, joka tarkoittaa tarvetta lääkärin vastaanotolle. Kolmannen asteen nivelsidevamma tarkoittaa eturistisiteen täydellistä repeämistä (Kuvio 2), jonka vuoksi polvinivel ei ole vakaa. Täydellisen repeämisen parantuminen ilman leikkaushoitoa on hyvin minimaalinen, sillä eturistiside ei pysty itse itseään rakentamaan vaan revennyttä aluetäydyttyä arpikudoksesta. (Oakes 2003, 58 – 59.)



Kuvio 2. Ehjä (A) ja revennyt (B) eturistiside (Kallio 2016)

Eturistisidevamman yhteydessä on hyvin tyypillistä, että vammasta riippuen muutkin polven tukirakenteet vaurioituivat. Vamman suunnasta riippuen hyvin useasti sivusiteistä toinen vaurioituu sekä luupintoja suojelevat kierukat ovat usein repeytymisvaarassa. Kierukoiden vahingoittuessa myös rustovauriot ovat mahdollisia sekä harvinaisempi takaristisiteen repeäminen. (Peterson & Rehnstörn 2001, 288 – 289.)

### 3.4 Hoitolinjat

Eturistisiteen repeäminen tuottaa yleensä napsahduksen tai paukahduksen äänen, jota seuraa kova äkillinen kivun tunne. Repeämisen yhteydessä on mahdollista, että polveen muodostuu niin sanottu veripolvi. Tämä aiheuttaa sen, että polvi tutkittava mahdollisten murtumien sekä rustovaurioiden takia röntgenkuvauksen avulla. Röntgenkuvaus ei kuitenkaan kerro minkälaisia nivelsidevammoja polvessa esiintyy, joten tähän on kehitetty erilaisia kliinisiä testausmenetelmiä. (Ristiniemi 2007.) Näistä Lachamannin testi, jossa polven ollessa 30° kulmassa testataan, onko polvessa ylimääräistä liukumista eteenpäin suhteessa terveeseen polveen. Myös muita testejä on olemassa, kuten vetolaatikkotesti sekä pivot shift -koe. Lopullisen tuomion antaa magneettikuvaus, jonka avulla polven vaurioiden kokonaiskuvan on helpompi määrittää. Tämän jälkeen yhdessä lääkärin kanssa päätetään, jatketaanko hoitoa konservatiivisesti vai joudutaanko polvea leikkaamaan. (Peterson & Rehnstörn 2001, 287 – 288.)

Konservatiivisella hoidolla tarkoitetaan polven hoitamista ilman operatiivista hoitoa. Polvea yritetään hoitaa rajoittamalla alkuun räsitystä lisäämällä kyynärsauvat 2 – 3 viikkoon asti. Tämän jälkeen polven liikelaajuutta pyritään nostattamaan kuntopyöräilyllä sekä vesijuoksulla. Liikelaajuuden ohella pyritään myös vahvistamaan lihastasapainoa progressiivisesti kuormitusta lisäämällä. Harjoituksilla pyritään vahvistamaan polvea tukevia lihaksia sekä niveliä. Tukevia rakenteita vahvistamalla pyritään polvesta tekemään mahdollisimman stabiili. Tämä ei kuitenkaan ole aina mahdollista, vaikka kuinka hyvin polvea kuntouttaisikin. Sen vuoksi on ortopedin keskustelun jälkeen päädyttävä operatiiviseen hoitoon, jonka avulla pyritään ehkäisemään mahdolliset lisävammat. (Kallio 2016.)

Operatiivinen hoito eli leikkaushoito valitaan usein aktiivisille liikkujille sekä urheilijoille, jotka harjoittavat lajiaan ammatikseen. Leikkaushoidon tarpeen arvioi aina erikoislääkäri, sillä mahdolliset muutkin nivelside tai kierukka vauriot voivat vaikuttaa päätökseen merkittävästi. Leikkaushoidon tavoitteena on nopeuttaa liikkujan paluuta arkeen mahdollisimman nopeasti ilman myöhempiä lisävammoja. (Suomalainen ym. 2014, 490 – 491.)

Leikkaushoidon tarkoituksena on rakentaa ristiside uudelleen varaosia käyttäen. Eturistisiteen säikeiden jäänteitä ei voi hyödyntää uudestaan, joten varaosat on otettava muualta kehosta. Tyypillisimmät varaosat ovat operoitavan jalan hamstring- tai patellajännesiirre (Kuvio 3). Molempia autologisia siirteitä on käytetty onnistuneesti, eikä vielä ole pystytty toteamaan kumpi siirteistä on parempi. Niin sanottuja allograftisiirteitä on myös käytetty. Nämä kuolleelta luovuttajalta saadut siirteet ovat yleisiä varsinkin uusintaleikkauksissa. Siirteiden haittana voi kuitenkin olla mahdolliset luovuttajaperäiset infektiot, mutta parhaimmillaan siirteet, kuitenkin säästävät omaa kudosta sekä lyhentävät leikkausaikaa. (Suomalainen ym. 2014, 490 – 491.)

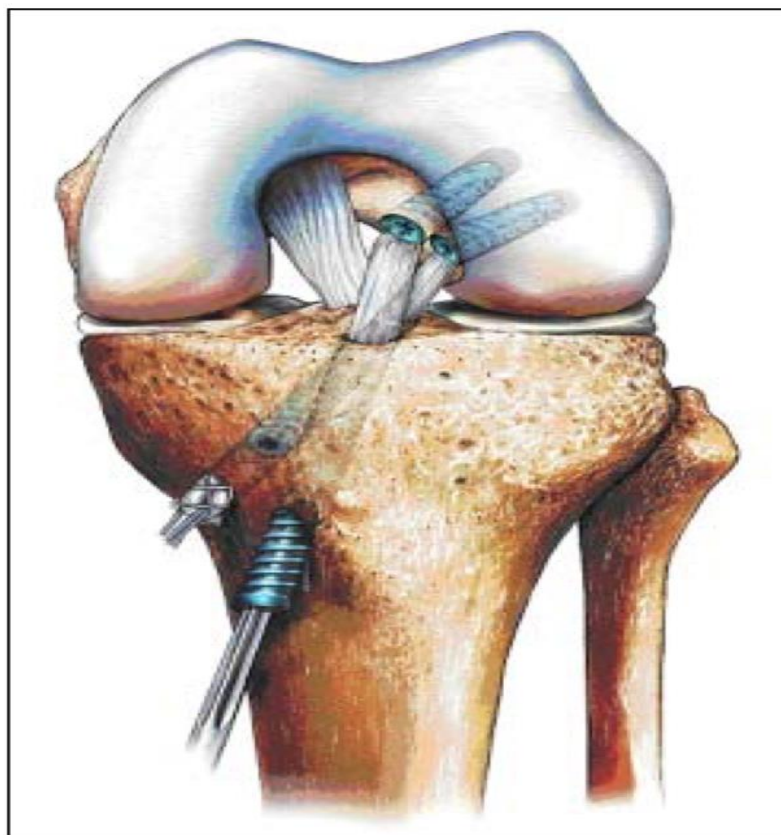


Kuvio 3. Jännesiirre (Kallio 2016)

Leikkaustekniikoita on useita, mutta hyvin vakiintunut käytäntö on tähystysleikkauksella suoritettava leikkaus. Leikkaus suoritetaan yleensä, joko heti 1 – 2 viikkoa tapaturman jälkeen tai 4 – 6 viikon kuluttua rauhoitettua polvi kunnolla. Sen aikana polven turvotus sekä liikelaajuus saadaan palautettua, joka nopeuttaa leikkauksesta palautumista. Nopeamman leikkauksajankohdan etuna on se, että silloin pystytään hyödyntämään kehon omaa vamman jälkeistä korjausprosessia. (Kallio 2016.)

Siirre kiinnitetään sääri- sekä reisiluuhun porattuihin onkaloihin, joko sulavilla tai metallisilla kiinnittimillä. Leikkaustekniikoista käytetyimpiä ovat, joko yksöis- tai kaksoissiirretekniikat. Perinteisempi yhden kimpun tekniikka perustuu eturistiteen anteromediaalisen kimpun korvaamiseen, mutta uudempi kahden kimpun tekniikka pyrkii muodostamaan polveen mahdollisimman anatomisen lopputuloksen korvaamalla anteromediaalisen kimpun lisäksi myös posterolateraalinen kimppu (Kuvio 4). Näiden kahden leikkaustekniikan lopputuloksista on tehty useita tutkimuksia, mutta edelleen odotellaan pitkäaikaista näyttöä. Tutkimuksista on pystytty, kuitenkin todistamaan, että kaksoissiirre olisi erityisesti rotaatiostabiiliteettiä vertaillen tukevampi. Myöskään yhdessäkään testissä kaksoissiirre ei ollut yksöissiirrettä huonompi. Kaksoissiirteiden haittapuoliin kuului se, että sen tekeminen oli haasteellisempaa, joka tarkoitti pitempää leikkauksaikaakaan sekä

rahallisesti arvokkaampaa operaatiota. (Järvelä 2006, 227 – 228; Kallio 2010, 292 – 294.)



Kuvio 4. Kaavakuva tuplasiirteellä tehdystä polven ACL-rekonstruktiosta (Järvelä 2006, 228)

### 3.5 Eturistisideleikkauksesta kuntoutuminen

Eturistisideleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen tavoitteena on saada toimintakyky entiselle tasolle, niin stabiliteetin, liikelaajuuden, kuin reiden lihastasapainon suhteen. Siirteen lujittuminen luukanaviin on alkuvaiheen tärkeimpiä vaiheita. Lujittumisen on arvioitu kestävän 6 – 12 viikkoon. Koko kuntoutumisprosessi kestää 6 – 12 kuukautta ja tämänkin jälkeen reiden lihaksia joutuu kehittämään, että lihastasapaino terveeseen jalkaan tasaantuisi. (Kallio 2010, 292 – 294.)

Alkuvaiheessa leikkauksen jälkeen tärkeintä on kivun sallimissa tiloissa alkaa kehittämään liikelaajuutta sekä herättelemään reisilihaksia erilaisilla lihaksen jännitysharjoituksilla. Leikkauksen ensimmäiset 1 – 2 viikkoa liikkumisen apuna käytetään kynänsauvoja, joista pyritään luopumaan heti, kun täysvaraus onnistuu.

Kuntopyörää pääsee polkemaan heti, kun liikelaajuus on saavutettu eli noin neljän viikon kuluttua. Kuntopyöräilyn ohella vesijuoksu tuo loukkaantumisriskittömän harjoittelumuodon. Tavallisen juoksun harjoitteluun edetään yleisesti ilman takapakkeja kolmen kuukauden kuluttua. Omaan lajiin paluu esimerkiksi jalkapalloilijoilla tapahtuu 6 – 12 kuukauden sisällä. (Kallio 2010, 292 – 295.)

## 4 TRAUMAATTINEN KRIISI

Traumaattisessa kriisissä asiat tapahtuvat ajallisesti nopeasti ja tiivistysti. Traumaattiset kriisit aiheuttavat yhtäkkisesti suurta tuskaa tai murhetta. Sellaisia ovat esimerkiksi erilaiset onnettomuudet sekä vakava sairastuminen tai äkillinen loukkaantuminen. Traumaattisesta kriisistä voidaan käyttää myös nimitystä äkillinen kriisi. Traumaattisessa kriisissä tilanne on odottamaton ja äkillinen, eikä ihminen kykene käsittelemään sitä omien voimavarojensa avulla ja se laukee ihmisen omat biologispohjaiset suojautumisjärjestelmät. Ihmisen mielen-terveydellinen tasapainotila järkkyy ja kriisi rikkoo kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kokemusta. (Palosaari 2007, 25; Ruishalme & Saaristo 2007, 37.)

Traumaattisessa kriisissä suurimmalla osalla ihmisistä kriisit noudattavat tiettyä lainomaisuutta, mutta yksilöllisiä eroja kuitenkin on. Ihmisillä on erilaisia reagointi- ja käsittelymalleja, jotka laukeavat automaattisesti ja edesauttavat traumaattisten kokemusten yli pääsemisessä. Kriisin kulussa voidaan erottaa sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämis- ja käsittelyvaihe sekä uudelleen orientoitumisen vaihe. (Saari 2000, 41 – 43.)

### 4.1 Traumaattisen kriisin vaiheet

Psykykinen sokki on kriisin kulun ensimmäinen vaihe. Sokin tarkoituksena on epämiellyttäviä tunteita heikentämällä suojata meitä ja edistää ihmistä toimimaan asianmukaisesti. Reaktiot, jotka sokkivaiheessa tulevat, ovat varsin vahvoja ja puolustusjärjestelmän tuottamia, mekaanisia reaktioita. (Palosaari 2007, 54 – 55.)

Psykykisessä sokissa aivojen kapasiteetista on normaali oloihin verrattuna suurempi osa aktivoituna, sekä aistit ottavat vastaan vaikutteita ja menevät aivoihin ilman valikoitumista ja muuttumista. Tämän takia aivot tuottavat traumaattisen jälkeen flashbackeja, jotka ovat päälle tunkevia aistihavaintoja tapahtuneesta. Psykykisen sokin tarkoituksena on henkiinjääminen, kaiken palvellessa tätä päämäärää. Saamme käyttöömmekä kaiken sen kokemuksen ja tiedon, jotka meille on karttunut elämän aikana. Psykykisessä sokissa ihmisellä puuttuu useimmiten

tunteet ja fyysisen kivun tunne, sekä kyky tehdä päätöksiä on heikentynyt. Tämän takia psyykkisessä sokissa olevan ihmisen olisi hyvä tuntea auttajien hallitsevan tilanteen. Heidän toimintakykynsä ei välttämättä ole heikentynyt, mutta he kaipaavat neuvoja. Sokkitilanteessa 20 prosenttia ihmisistä reagoivat tilanteeseen epätarkoituksenmukaisella tavalla joutuen paniikkiin, eli tullen hysteeriseksi tai lamaantuu. Psyykkinen sokki kestää yleensä muutamasta tunnista muutamaaan vuorokauteen. Ihminen ei kykene tämän aikana käsittämään tapahtunutta ja mahdollisesti jopa sulkee pois itseltään tapahtuneen. (Saari 2000, 42 – 44; Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2011, 260.)

Tapahtuneen jälkeen on yritettävä saada tilannetta takaisin normaaliksi välittämällä tietoa siitä, mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Tämä tieto auttaa tapahtuneen läpikäyvää ihmistä prosessoimaan tapausta. Psyykkisessä sokissa ihmisen mieli on suojautunut, ja tällöin kyseistä henkilöä tulisi auttaa kuuntelemalla, koska on tärkeää, että tapahtuneen kokenut pääsee läpikäymään kokemustaan. Turvallisen ilmapiirin vallitessa tämän on helpompi avautua auttajalle, joka läsnäolollaan edistää prosessoimista. Auttajan on tärkeää olla myös saatavilla, sillä tapahtuneen läpikäyvän ihmisen olisi hyvä käydä asiaa läpi toistuvasti. (Saari ym. 2009, 27 – 29.)

Traumaattisen kriisin kulun toinen vaihe on reaktiovaihe. Tämän vaiheen kestoa on vaikea yksilöllisestä näkökulmasta arvioida, mutta yleensä se kestää muutamasta viikosta muutamaaan kuukauteen. Siirtyminen sokista reaktiovaiheeseen voi hiljalleen alkaa, kun vaara- ja uhkatilanne on ohitettu ja ihminen kokee olevansa turvassa. Reaktiovaiheessa ihminen alkaa vähitellen ymmärtämään tapahtunutta, muodostamaan käsitystä tapahtuneesta, sekä mikä sen merkitys on ihmiselle. Ihmisen mielen voivat vallata erilaiset tunnetilat, kuten suru, epätoivo, ahdistus, viha, aggressio, pelko ja itsesyytökset. Reaktiovaiheessa ihminen kuitenkin tarvitsee tunteiden eristämistä ja tapahtuneen merkityksen kiistämistä. Tunteiden avulla ihminen reagoi tapahtuneeseen yrittäen puskea kokemusta ulos itsestään. Tunteiden patoaminen voi aiheuttaa kokemusten jäämisen ihmisen sisälle. (Saari 2000, 52 – 54; Lönnqvist ym. 2011, 260.)

Reaktiovaiheessa voi tapahtuneen kokea epäoikeudenmukaiselta, ja tämän takia on halu löytää ulkopuolinen henkilö, johon aggression ja vihan voi kohdistaa sekä purkaa. Ulkopuolisen henkilön syyttäminen tapahtuneesta auttaa suojaamaan ihmistä muilta tunnetiloilta. Syyttämisvaihe saattaa estää sopeutumisprosessia, joten on tärkeää päästä kohtaamaan muutkin tunnetilat, jolloin tapahtuneen käsittely voi jatkua. Erilaisten tunteiden lisäksi reaktiovaiheelle tyypillisiä fyysisiä oireita ovat sydänvaivat (esimerkiksi painon tunne rinnassa tai puristus rinnan ympärillä), pahoinvointi, kuvotus, ruokahaluttomuus, lihassäryt, huimaus sekä erilaiset (Saari ym. 2009, 31 – 32.)

Tapahtumaa läpikäyvälle ihmiselle on erittäin tärkeää ja tarjota antaa psyykkistä apua ja tukea. Kriisissä olevalle ihmiselle etenkin perheen ja ystävien tarjoama apu ja mahdollisuus keskustella tapahtuneesta auttaa selviytymään. Vertaistuen merkitystä tässä vaiheessa ei voi liikaa korostaa. Tällöin ihminen pääsee keskustelemaan samanlaisen elämäntilanteen läpikäyneen ihmisen kanssa, ja jakamaan kokemuksia sekä tuntemuksia tapahtuneesta. Reaktiovaihe on kriisin kulussa vaikein vaihe ja tärkeimpänä asiana on antaa ihmisen purkaa kokemuksiaan. (Ruishalme & Saaristo 2007, 102 – 104; Saari ym. 2009, 34 – 37.)

Työstämis- ja käsittelyvaiheessa ihminen alkaa hyväksymään tapahtuneen ja tämä vaihe kestää muutamista kuukaudesta noin vuoteen. Tapahtunutta ei enää kielletä tai torjuta, vaan pyritään hyväksymään asia muutoksineen. Tätä voidaan kutsua surutyöksi. Ihminen läpikäy tapahtuneen tunne- ja asiasisältöjä ja pyrkii luomaan uutta kuvaa itsestään ja elämästään. Epäuskon, katkeruuden, vihan ja kiukun tunteet ovat iso osa surutyötä. (Palosaari 2007, 65 – 66; Lönnqvist ym. 2011, 261.)

Sokki- ja reaktiovaiheessa ihmisen ollessa halukas puhumaan kokemuksistaan ja tuntemuksistaan, työstämis- ja käsittelyvaiheessa kriisiprosessi kääntyy sisäänpäin ja hidastuu. Ihminen voi tiedostaen tai tiedostamatta ajatella kokemusta, mutta työstäminen tapahtumasta on käynnissä koko ajan. Tapahtumasta aletaan etäännyttämään, ja se onkin yksi tämän vaiheen tavoitteista. Voimakkaat tunteet eivät kuitenkaan katoa, vaikka tapahtuma alkaa tuntua etäiseltä. Sen ta-

kia voidaankin puhua hyvistä ja huonoista päivistä, jotka vallitseva tunnetila määrittelee sen, kummasta päivästä on kyse. (Saari 2000, 61 – 63; Saari ym. 2009, 41 – 43.)

Työstämis- ja käsittelyvaiheen tyypillisimpiä oireita ovat muisti- ja keskittymisvaikeudet. Tavallisesta tarkkaavaisuudesta ihmisellä on käytössään vain osa, siksi se tuottaakin hankaluuksia esimerkiksi aikuisilla työelämässä tai nuorilla opiskeluissa. On kuitenkin suositeltavaa, että traumaattisen kokemuksen jälkeen palaisimme mahdollisimman pian normaaliin työ- tai kouluelämään. Tämä sen takia, että se on osin kuntouttavaa toimintaa, sillä se on merkki jatkuvuudesta muutoksen keskellä. Muisti- ja keskittymisvaikeuksien lisäksi tapahtuneen kokenut ihminen ärsyyntyy ja menettää malttinsa helposti. Tämä ärtyneisyys voi kestää useita viikkoja, joten se voi asettaa ihmissuhteet koetukselle. Tämän takia lähipiirissä olevien ihmisten tulisi työskennellä sinnikkäästi, jotta eristäytymistä ei tapahtuisi, vaikka se joillekin on keino työstää kokemuksiaan. Läheisten olisi edelleen tärkeää olla käytettävissä ja kuunnella ihmistä sekä ihmisen olisi hyvä saada vertaistukea. (Saari 2000, 63 – 65; Saari ym. 2009, 43 – 46.)

Kriisiprosessin kulun viimeinen vaihe on uudelleen orientoitumisen eli uudelleen suuntautumisen vaihe. Tämä vaihe kestää noin yhdestä kahteen vuotta. Luopuminen on vaikeaa, mutta uudelleen suuntautumisen vaiheessa ihminen antaa itselleen luvan sopeutua uuteen tilanteeseen sekä sen tuomiin muutoksiin tapahtuman jälkeen. Kokemukset eivät enää käytä mielenterveydellisiä voimavaroja, vaan niitä saattaa muutoksen jälkeen tulla jopa uusia. Vaikka tässä vaiheessa palautuminen järkyttävästä kokemuksesta saattaa tuntua kaukaiselta, jossain vaiheessa ihminen suuntautuu uudelleen uuteen elämään ja elämäntilanteeseen. Kokemuksesta tulee tietoinen sekä osa omaa itseään. Tämä olisi tapahtuman kokeneelle ihmiselle toivottu seuraus, sillä kriisiprosessin tavoite on, että tapahtunut on saatu läpityöstettyä. (Saari 2000, 67 – 68; Lönnqvist ym. 2011, 261.)

Traumaattisen kokemuksen läpityöstössä on kuitenkin erilaisia vaikuttavia tekijöitä. Ihmisellä, jolla on menneisyydessään muitakin traumaattisia kokemuksia, vaikuttaa se persoonallisuuden kehitykseen. Ihminen, joka ei ole elämässään

kohdannut traumaattisia tilanteita, ei tiedä miten kokemukseen suhtautua. Kuitenkin turhauttaviin asioihin olemme oppineet reagoimaan eri tavoilla jo lapsuudessa, joten kokemuksen käsitteleminen on omaksuttu vanhemmilta. Myös sukupuolten välillä on eroja, sillä naisille on luontaisempaa puhua kokemuksistaan, kun miehet sen sijaan purkavat kokemukset toimintaan. Traumaattista kokemusta voidaan käydä myös läpi poishermostamisen avulla. Kokemusta käydään läpi, mutta kokemuksen läpikäynti tapahtuu turvallisessa mielentilassa. Näin kokemukseen liittyvästä ahdistuneesta tunteesta voi ihminen alkaa pääsemään yli. (Saari 2000, 68 – 70; Liukkonen 2017, 96.)

#### 4.2 Traumaperäinen stressihäiriö

Traumaperäisessä stressihäiriössä normaali kriisiprosessin kulku on häiriintynyt, ja ihmisellä kriisiprosessin reaktiovaihe pitkittyy ja jää päälle. Reaktiovaiheen jälkeen normaalisti oireet vähentyvät ja lieventyvät. Jos oireet esiintyvät voimakaina tai voimistuvina yli kuukauden, puhutaan akuutisti esiintyvistä traumaperäisestä stressihäiriöstä. Oireiden esiintyessä yli puolen vuoden jälkeen traumaattisesta tapahtumasta, puhutaan silloin viivästyneestä traumaattisesta stressihäiriöstä. Oireiden viivästyessä on mahdollista, että häiriön aiheuttajaa ei tavoiteta, sen sijaan hoidetaan vain oireita. (Saari 2000, 77 – 79; Saari ym. 2009, 55.)

Traumaattisesta stressihäiriöstä kärsivän ihmisen oireita ovat mieleen tunkeutuvat muistikuvat tapahtumasta, voimakkaat takauumat ja painajaisunet tai ahdistuneisuus, jotka muistuttavat tapahtumasta. Ihminen voi kokea myös psyykkistä herkistymistä, sekä olla jatkuvasti ylivireässä tilassa mieleen tunkeutuvista muistikuvien takia. Oireet saattavat aiheuttaa eristäytymistä ja välttämistä sosiaalisesta kanssakäymisestä. (Käypä hoito -suositus 2014.) Traumaattisen kokemuksen läpikäynti on kriisiprosessissa tärkeää, siksi traumaattisesta stressihäiriöstä kärsivälle ihmiselle tulee antaa akuuttia kriisihoitoa, vaikka tapahtumasta olisikin kestänyt jo aikaa (Lönngqvist ym. 2011, 278).

### 4.3 Urheilijan psyykinen kriisi

Urheilu voi olla lajista riippuen fyysisesti ja psyykkisesti vaativaa. Tämän vuoksi urheilijat kokevat erilaisia loukkaantumisia uransa aikana. Pienimmillään loukkaantumisesta palautuminen voi viedä vain muutamia päiviä ja henkisesti tämä voi olla urheilijan kannalta jopa hyväksi urheilijalle. Pienen tauon aikana kerkeää palautua fyysisestä ja henkisestä kuormasta. Tämän jälkeen urheilija voi olla tauon jälkeen suorituskyvyltään parempi kuin ennen loukkaantumista. Urheilua varjostavat kuitenkin myös vakavammat loukkaantumiset, jotka voivat olla kestoltaan muutamista kuukausista, jopa vuosiin. Vakavamman loukkaantumisen jälkeen urheilijan niin fyysinen kuin psyykinen tasapainotila järkkyy merkittävästi. Urheilijan suhtautumisella vammaan psyykkisesti on samanlaisia lainalaisuuksia kuin traumaattisessa kriisissä ja sen vaiheissa. Urheilijan suhtautumisesta vammaan tai loukkaantumiseen on eriteltävissä kolme erilaista tunnetasoa. Näihin kolmeen tunnetasoon liittyy myös viisi erilaista psykologista reagoitintapaa. Näiden reagoitintapojen kulku vaihtelee yksilöllisesti. (Weinberg & Gould 2007, 452 – 453.)

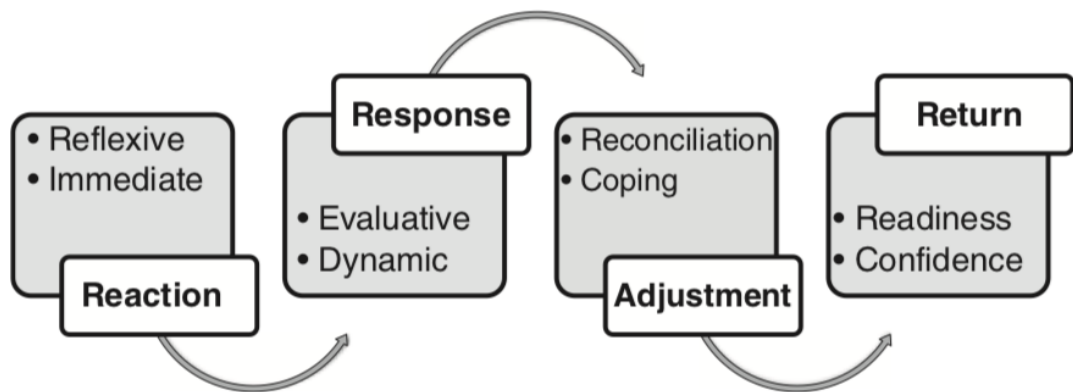
Ensimmäinen tunnetaso voidaan liittää psykologisessa reagoitintavassa vamman kieltämiseen, jossa urheilija on keskittynyt vammasta tulleeteseen kipuun ja sen vakavuuteen. Urheilija huomaa vamman negatiiviset vaikutukset ja sen tuoman epämukavuuden, jolloin urheilija pyrkii kiistämään ja kieltämään sen itseltään. Toisella tasolla urheilija kohtaa tunnevyöryn, ja käyttäytyy reaktiivisesti. Urheilija ymmärtää, että vamma on todellinen ja urheilija voi tuntea esimerkiksi vihaa, epäuskoa ja itsesääliä. Urheilija kokee myös olevansa sokissa ja voi tuntea itsensä eristäytyneeksi. Tämä tunnetaso on liitettävissä psykologisessa reagoitintavassa vihaa vammaa kohtaan sekä masennukseen. Kolmannella tasolla urheilijalla on positiivinen asenne, hyväksyntä ja ymmärrys vammaa kohtaan. Kuntoutuksen edetessä urheilija on myönteinen ja helpottunut huomattaessaan, että edistystä on tapahtunut. Tämä tunnetaso voidaan liittää psykologisessa reagoitintavassa vammaan sopeutumiseen sekä sen hyväksymiseen. (Weinberg & Gould 2007, 453.)

Granito Jr:n (2001) tutkimuksen mukaan urheilijoiden psyykkiset kokemukset vammasta ja vammautumisesta voidaan jakaa seitsemään eri kategoriaan, jotka kaikki vaikuttavat urheilijan tilanteeseen elämän eri osa-alueissa. Tutkimuksen mukaan ensimmäisenä vaikuttaa henkilökohtaiset tekijät, joilla on vaikutusta kognitiiviseen, emotionaaliseen sekä behavioristiseen käytökseen. Yleistyksestä huolimatta jokainen käsittelee ja kokee asiansa omalla tavallaan, joskus myös poiketen omaa persoonallisuutta vastaan. Minäkuva urheilijana ja joukkueen jäsenenä ja roolituksessa saattaa kokemuksen jälkeen muuttua.

Toisena tekijänä urheilijan vuorovaikutussuhteissa huomattiin sekä positiivisesti nostattavia asioita, että negatiivisia vaikutuksia, jotka koettiin painostavina. Vuorovaikutukselliset kanssakäymiset nähtiin tehokkaampana, käytiin keskustelu siten positiivis- tai negatiivissävytteisesti, kuin pelkkä sosiaalinen tukeminen ja tsemppaaminen. Urheilijan huomattiin kehittyvän kuntoutuksessa oltuaan vuorovaikutustilanteessa kouluttajan, valmentajan, joukkuekavereiden ja vanhempien kanssa. Tärkeää oli myös joukkueen muilta loukkaantuneilta pelaajilta saatu verstaistuki.

Sosiaaliset tekijät nousivat tutkimuksessa kolmantena asiana. Kulttuuri- ja sukupuolierot sekä kasvatukselliset vaikutteet muovaavat sitä käsitystä, miten urheilija prosessoi asioita. Kokemuksen käsittelyssä nähtiin eroja, sillä toiset purkivat kokemustaan puhumalla ja toiset purkivat sen toiminnallisella tavalla. Tutkimuksen mukaan neljäntenä tekijänä oli fyysiset elementit, sillä niiden nähtiin vaikuttavan psyykkiseen hyvinvointiin. Fyysisiä tekijöitä olivat kipu, leikkauspäätös ja niiden aiheuttama fyysisen suorituskyvyn alentuminen. Fyysisen suorituskyvyn alentuminen nähtiin todella ahdistavana, sillä urheilijan mielestä monien vuosien työ valui hukkaan. Loukkaantumisesta seurannut fyysisen suorituskyvyn laskeminen vaikutti arkielämään, mikä on tutkimuksessa viidentenä tekijänä. Vamma ja loukkaantuminen näkyy arkielämän jokaisessa askareessa, joka tarkoittaa, että urheilija on riippuvainen muista selvitäkseen haasteista. Kuudes tekijä käsitteli tunteita, jonka mukaan loukkaantumisen aikana urheilija kokee jo edelläkin mainittua tunteiden vuoristorataa. Näitä monenlaisia tunteita koettiin kuntoutumisen aikana, joka oli tutkimuksen mukaan seitsemäs eli viimeinen tekijä. (Granito Jr. 2001, 68 – 70, 72 – 74.)

Traumaattisessa kriisissä ja urheilijan kokemuksessa loukkaantumisen jälkeen huomataan samoja lainalaisuuksia, sillä loukkaantuminen voidaan laskea yhdeksi traumaattiseksi kriisiksi. Molemmissa on eri vaiheita, jotka ihminen kokee yksilöllisesti eri tavalla (Kuvio 5). Kokemuksiin vaikuttavat monet yksityiskohdat, jotka joko nopeuttavat tai hidastavat kuntoutumisprosessin läpikäymistä. (Saari 2000, 41 – 42; Granito Jr. 2001, 78 – 79.)



Kuvio 5. Tyypillinen tapa reagoida urheiluvammaan (Wiese-Bjornstal 2010)

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tutkimukseen osallistuneiden ammattijal-  
kapalloilijoiden kokemuksia psyykkisestä kuntoutumisprosessista. Kaikki tutki-  
mukseen osallistuneet pelaajat kokivat eturistisidevamman, jotka vaativat leik-  
kaushoitoa ja pitkän kuntoutumisprosessin. Tarkoituksena oli myös selvittää,  
mitkä asiat edesauttoivat sekä heikensivät psyykkistä hyvinvointia pitkän kuntou-  
tumisprosessin aikana.

Tutkimuksessa pyrimme löytämään vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaista psyykkistä tukea pelaajat kuntoutumisprosessin aikana saivat?
2. Mitkä asiat vaikuttivat psyykkiseen hyvinvointiin?
  - a) Mitkä asiat edesauttoivat psyykkistä hyvinvointia?
  - b) Mitkä asiat heikensivät psyykkistä hyvinvointia?
3. Millaisia vaiheita kuntoutumisprosessin aikana ilmeni?
4. Millaisia pelkotiloja vamma aiheutti?

Tutkimuksen tavoitteena oli saada ajankohtaista tietoa psyykkisen hyvinvoinnin merkityksestä kuntoutumisprosessin aikana. Tämän tiedon avulla pyrimme tuomaan ymmärrystä psyykkisen hyvinvoinnin tärkeydestä fyysisen kuntoutuksen rinnalla. Tavoitteena on myös tuoda tietoa samanlaisen kuntoutumisprosessin läpikäyville urheilijoille sekä heidän valmentajilleen.

## 5.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena eli laadullisena. Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillinen ilmiön kuvaaminen ja sen tulkitseminen oli tehokkain tapa tutkimusta ajatellen. Tämän vuoksi myös tutkimusotteeksi muodostui fenomenologinen tutkimusote, jonka kohteena on ihmisen kokemukset sekä niiden merkitys. Noudatimme omassa tutkimuksessaamme menetelmäpolkua, joka rakentui ongelmanasettelusta, tutkimusstrategiasta, aineistonhankintamenetelmästä sekä aineiston analyysimenetelmästä. (Tuomi 2018.) Tutkimuksessa käytettyä menetelmäpolkua kuvataan aika- ja tapahtumajärjestyksessä (Kuvio 6).

Menetelmäpolku	Ongelmanasettelu	Tutkimusstrategia	Aineistonhankinta menetelmät	Aineiston analyysimenetelmät
Kokemuksen kuvaaminen	X			
Laadullinen tutkimus		X		
Tapaustutkimus		X		
Kysely			X	
Teemahaastattelu			X	
Sisällönanalyysi				X

Kuvio 6. Menetelmäpolku (Tuomi & Sarajärvi 2018, 73)

Opinnäytetyöprosessi alkaa ongelmanasettelusta, jolla aihe pyritään hahmottamaan ja rajaamaan tietyksi kokonaisuudeksi. Tämän jälkeen pystytään muodostamaan opinnäytetyölle tavoite ja tarkoitus. Näiden pohjalta osataan luoda tutki-

musongelmista rakentuvat kysymykset, joihin opinnäytetyöllä on tarkoitus vastata. Ongelmanasetteluvaihe on kuvattu tutkimuksen tavoite- ja tarkoitussiossa. (Vilkkä 2015.)

Tutkimusstrategiana lähdimme noudattamaan kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään löytämään vastaus siihen, mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan. Tutkimuksessamme emme pyrkineet yleistämään tutkimuksessa saatuja tuloksia ja vastauksia, vaan tarkoituksena oli kuvata kokemuksia, ilmiötä sekä yksilökohtaisia merkityksiä. Tutkimukseen osallistui kolme eri henkilöä, jotka olivat kohderyhmänä ja toimivat laadullisessa tutkimuksessa siivuna yhteiskunnasta. (Vilkkä 2015.)

Laadullinen tutkimus on pitkään ollut jyrkässä vastakkainasettelussa määrällisen tutkimuksen eli kvantitatiivisen kanssa. Vastakkainasettelu on kuitenkin vuosien saatossa vähentynyt ja triangulaatio on vahvasti yleistynyt. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimuksessa pyrimme kuitenkin tilastollisten yleistysten sijaan luomaan ymmärtävän tiedonintressin. Tiedonintressi ilmenee, kun tutkimuskohteena olevaa eturistisidevamman aiheuttamaa traumaattista kriisiä ei kuvata kuinka laajasta ilmiöstä on kyse määrällisesti, vaan mitä eturistisidevamman aiheuttama traumaattinen kokemus merkitsee pelaajalle sekä minkälaisia vaikutuksia sillä on psyykkiseen hyvinvointiin. (Leskinen 1995, 13 – 14.)

### 5.3 Aineistonhankintamenetelmät

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan kerätä monenlaisia aineistoja sekä hyödyntää erilaisia aineistolähteitä. Tutkimusaineistoa kerätään eri menetelmiä käyttämällä. Näitä menetelmiä ovat esimerkiksi haastattelut, tilastot, päiväkirjat sekä kyselyt. Edellä mainittuja menetelmiä voidaan käyttää sekä yksittäin että rinnakkain yhdistelemällä. Useita eri menetelmiä rinnakkain käyttämällä aineistonhankinnasta saadaan rikkaampaa ja monipuolisempaa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää useat rinnakkain käytetyt menetelmät, mitkä saattavat kuitenkin tuottaa ristiriitaista informaatiota. Näiden ongelmien avulla mahdollistetaan toisaalta laajempi ymmärrys aineistosta. (Eriksson & Koistinen 2005, 30 – 31.)

Kun laadullisessa tutkimuksessa halutaan saada esille kokemuksia, käytetään aineiston keräämisessä yleensä haastattelua. Sitä voidaan pitää yleisimpänä tapana luoda laadullista tietoa, mutta sitä voidaan käyttää myös kvantitatiivisessa tutkimuksessakin. Haastattelutilanteessa on kysyjä, joka kysyy kysymyksiä haastateltavalta. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelumuotoina voidaan käyttää strukturoitua tai puolistrukturoitua haastattelua. Strukturoidussa haastattelussa kysymysten muoto ja järjestys on haastateltaville aina sama, jotta sen haastattelun kysymysten merkitys ei muutu ja vastausvaihtoehdot ovat valmiina. Strukturoidun haastattelun tyypillisin muoto on lomakehaastattelu. Puolistrukturoitu haastattelu eroaa strukturoidusta haastattelusta siten, että kysymykset ovat valmiina, mutta vastausvaihtoehdot puuttuvat. Puolistrukturoidun haastattelun yleisin muoto on teemahaastattelu. Teemahaastattelussa kysymysten järjestys ja tarkka muoto puuttuu. Teemahaastattelussa haastattelija käy haastateltavan kanssa läpi haastattelun teema-alueet. (Eskola 1998; Hirsjärvi 2008.)

Päästäksemme paremmin kiinni pelaajien kokemuksiin, valitsimme tarkoituksellisesti kolme henkilöä, jotka toimivat tutkimusryhmänä ison otannan sijaan. Jokainen tutkimusryhmään osallistunut edusti erilaista tapausta, joiden avulla saada syvempää analyysia jokaisen henkilökohtaisesta kokemuksesta. Tätä muotoa kutsutaan tapaustutkimukseksi. Tapaustutkimukselle ominaista on, että tapaukset ovat yhdistettynä tietynlaiseen ympäristöön, mikä tekee siitä kontekstuaalista. Kontekstuaalilla pyritään varmistamaan, että lähtökohta jokaiselle tapauksella on paljolti samanlainen. Konteksti voi olla suppea tai laaja-alainen, kunhan kontekstin raamit täyttävät tutkimuksen tarkoituksen. Liian suppealla rajauksella on vaara sulkea pois tutkimukselle tärkeitä näkökulmia, kun taas liian laaja-alaisella rajauksella tutkimuksen niin sanottu punainen lanka voi kadota tai poukkoilla aiheesta ilman selkeää päämäärää. (Eriksson & Koistinen 2005, 7 – 8.)

Tässä tutkimuksessa konteksti rajattiin heti aluksi lajilla, joka oli jalkapallo ja pelaajilta edellytettiin Suomen Palloliiton sarjoissa pelaamista. Tämä käsittää 2. divisioonan, 1. divisioonan sekä Veikkausliigan. Tällä rajauksella halusimme tutkimukseen pelaajia, jotka pelaavat ja harrastavat jalkapalloa tavoitteellisesti. Tä-

män myötä kuntouttaminen on lähtökohtaisesti takaisin pelikuntoon pyrkivää. Tämän jälkeen aiheetta rajattiin koskemaan vain miespuolisia henkilöitä, johtuen mies- ja naispuolisten pelaajien fysiologisista eroista. (Leppänen & Löfgren 2017, 36; Suomen Palloliitto 2018.) Myös ikä otettiin huomioon, että kaikki tutkimukseen osallistuneet pelaajat olivat saavuttaneet tutkimusvaiheessa aikuisiän. Pelaajat olivat kaikki yli 20 vuotiaita. Tämän avulla saimme karsittua esimerkiksi kasvusta johtuvat tekijät vamman aiheutumiseen. Rajasimme aiheen ala-raajavammoista polvivammoihin. Polvivammoista rajattiin polven eturistisidevamma, koska eturistisidevamma on jalkapallossa yksi yleisimmistä ja vakavimmista vammoista, sekä se vaatii leikkaushoitoa ja pitkää kuntoutusta. Tämä ajoi tutkimuksemme asiaa. Eturistisidevamman valikoiduttua, etsimme sopivia pelaajia alueellisista seuroista. Kriteerinä oli akuutti eturistisidevamma, joka vaatisi leikkaushoitoa ja pitkää kuntoutumisprosessia. Tämän jälkeen aihe rajautui pelkästään psyykkiseen puoleen fyysisen kuntoutumisen sijaan. Koimme fyysisen kuntoutumisen olevan jo pitkällä aikavälillä kattavasti tutkittu. Halusimme tuoda ilmi psyykkisen kuntoutumisen tärkeyden. Psykkistä kuntoutumista ei ole määrällisesti tutkittu paljoa fyysiseen kuntoutumiseen verrattuna, ja psyykinen kuntoutuminen on ajankohmainen aihe. Näiden kriteerien pohjalta löysimme tutkimukseen kolme eri pelaajaa, jotka lupautuivat tutkimukseen mukaan.

Tapaustutkimus voidaan jakaa moneen eri alakategoriaan, ja ne jakaantuvat tavoitteiden, lähestymistavan tai menetelmän mukaan. Tässä tutkimuksessa käytämme tapaustutkimusta, jota kutsutaan myös selittäväksi tapaustutkimukseksi. Selittävän tapaustutkimuksen ominaisuuksiin kuuluu pyrkimys ymmärtää miksi pelaajat ovat juuri sellaisia kuin ovat sekä mitkä asiat ovat johtaneet pelaajat siihen pisteeseen. Näitä tapauksia on yleisesti haastavaa tutkia määrällisinä kokonaisuuksina, minkä takia niitä tulee tutkia tapauksina. Tapaustutkimuksen piirteisiin kuuluu, että teoriaa voidaan hyödyntää tutkimuksessa, mutta jos tapausta ei voida teoriassa selittää, tutkija kehittää uutta teoreettista tietoa tapauksesta. (Eriksson & Koistinen 2005, 13 – 14.) Laadullisen tutkimuksen suhde teoriaan kuvataan teoriariippuvaiseksi. Teoriariippuvaisuus voidaan kuitenkin käsitellä usealla eri tavalla. Toisinaan teoriaa pyritään korjaamaan ja tarkistamaan tutkimusten avulla, mutta toisinaan tutkimusten tarkoituksena on luoda teoriaa. Yleisesti sanotaankin, että laadullinen tutkimus on induktiolähtöistä. Tällä viitataan

aineistolähtöiseen teorian tietoon. (Leskinen 1995, 13 – 14.) Tutkimuksessamme käytimme myös määrällisen tutkimuksen tyypillisen deduktion ja laadullisen tutkimuksen eli induktion välille kehittyneitä teoriasidonnaisen tutkimuksen piirteitä. Teoriasidonnaisuus näkyi varsinkin aineistoista tehtyihin havaintoihin, joiden tueksi pyrimme löytämään myös teoriasta selityksiä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006)

Selittävä tapaustutkimus näkyy opinnäytetyössä vahvasti pelaajien pohjalta. Löysimme tutkimukselle kolme mielenkiintoista pelaajaa, joiden sen hetkistä tilannetta lähdimme seuraamaan ja tutkimaan. Näiden pelaajien avulla saimme seurata heidän kuntoutumisprosessiansa syvällisesti verrattuna määrälliseen tutkimukseen.

Tutkimuksessa aineistonhankintamenetelmänä oli puolistrukturoitu teemahaastattelua. Ennen teemahaastattelua lähetimme tutkimukseen osallistuneille pelaajille esitietolomakkeen, jonka tarkoituksena oli johdatella pelaajia myöhempään teemahaastatteluun sekä antaa tutkijoille osviittaa teemahaastattelun rakentamiseen. Esitietolomakkeen avulla halusimme saada pelaajista yleisen käsityksen loukkaantumisen olosuhteista sekä tietoa loukkaantumisen alkuvaiheista. Esitietolomakkeen avulla tutkijat huomasivat, että teemahaastattelu on välttämätön keino saada tietoa pelaajien psyykkisestä kuntoutumisesta. Vaikka pelaajilta toivottiin mahdollisimman avoimia vastauksia, olivat vastaukset kuitenkin suppeita. Esitietolomake lähetettiin pelaajille sähköpostitse, joka saattoi vaikuttaa vastausinnostukseen. Aihe oli myös arka, minkä vuoksi sähköpostilähestyminen todettiin etäiseksi ja vuorovaikutukseltaan kehnoksi.

Teemahaastattelun pohjana käytimme esitietolomaketta, jonka avulla pystyimme luomaan spesifit ja tarkat teema-alueet haastattelua varten. Teemahaastattelu sovittiin pelaajien aikataulujen mukaisesti, ja haastattelu järjestettiin heidän valitsemassaan paikassa. Tällä tavalla pyrittiin luomaan avoin ja turvallinen ilmapiiri. Haastattelu suoritettiin jokaisen pelaajan kanssa erikseen ja henkilökohtaisesti, mikä tuki myös osaltaan turvallista ja avointa ilmapiiriä. Ryhmähaastattelua ei pidetty potentiaalisena vaihtoehtona. Haastattelun suoritti yksi ja sama tutkija, jolloin vuorovaikutussuhde oli neutraali kaikkien pelaajien kesken. Tämän avulla

pyrittiin vähentämään erinäisiä muuttujia sekä kysymystyylejä. Haastattelutilanteessa vastauksien tallentamiseen käytettiin ääninauhuria, jonka avulla vastauksia pystyttiin tarkastelemaan haastattelutilanteen jälkeen.

Teemahaastattelu rakentui useammasta eri teemasta. Myös haastattelun kysymysmuotoja oli mietitty tarkasti, jotta vastauksissa välttyttäisiin kyllä ja ei -vastauksilta. Tämän vuoksi haastattelukysymykset oli suunniteltu avoimiksi, käyttämällä laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä kysymyssanoja, kuten miten, millä ja millainen. (Vilkka 2015.) Haastattelussa huomasimme, että pelaajan persoonallisuus vaikutti haastattelun pituuteen. Haastattelujen aikana avoimien kysymysten ja tarkentavien kysymysten rooli korostui.

#### 5.4 Aineiston analyysimenetelmät

Tutkimusaineiston analyysillä on tehtävänä selkeyttää tutkimuksen sanomaa ja mahdollisesti luoda uutta tietoa. Analyysin tavoitteena on aineiston tiivistämisen avulla tuoda esiin aineiston tärkeimmät asiat selkeästi. Aineiston analyysimenetelmiä on lukuisia, kuten teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi, keskusteluanalyysi sekä sisällönanalyysi. Analyysimenetelmän valintaan vaikuttaa vahvasti tutkimuksen tarkoitus, tutkimustehtävä sekä tutkimuksen ongelmat. Analyysimenetelmän tarkoituksena on saada näihin edellä mainittuihin asioihin vastaus. (Tuomi 2018.)

Tutkimukselle kaikista ominaisin tapa analysoida aineistoa oli sisällönanalyysi. Sisällönanalyysin avulla pyritään analysoimaan systemaattisia sekä objektiivisia dokumentteja, jotka ovat yleensä kirjallisessa muodossa, kuten haastattelut. Sisällönanalyysitapoja on kahdenlaisia, jotka ovat sisällön analyysi ja sisällön erittely. Tämä tarkoittaa, että sisältöä voidaan analysoida joko sanallisesti tai numeraalisesti. Sanallisesti tehtäessä on kolme tapaa analysoida sisältö: aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. (Mäkelä 1990, 42 – 45.)

Ennen varsinaista sisällönanalyysiä tulee suorittaa litterointi. Siinä haastattelu muutetaan tekstimuotoon. Litteroinnissa käytettiin aikaisemmin mainittua ääni-

nauhuria apuna. Litteroinnin tarkoituksena on myös tehdä tutkimukseen osallistuneet pelaajat anonyymeiksi, muuttamalla esimerkiksi heidän nimet tunnistamattomaan muotoon. Sisällönanalyysi määrittää sen, kuinka tarkkaan litterointi suoritetaan. Litteroinnin avulla tutustutaan myös haastatteluista saatuun aineistoon eri näkökulmasta. Tämän vuoksi se toimii hyvänä keinona siirtyä sisällönanalyysiin. (Hyvärinen, Nikander & Ruusuvuori 2017.) Tutkimusta varten valitsimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin, jotka noudattavat tiettyä sisällönanalyysitapaa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi lähtee aineistoin redusoinnista eli pelkistämisestä, jolloin tekstiä pyritään tiivistämään tai pilkkomaan osiin. Tämän jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään sekä lopuksi suoritetaan abstrahointi, jolloin pyritään erottamaan tutkimuksen kannalta oleellisin tieto.

Tutkimuksen aineistolähtöinen sisällönanalyysi aloitettiin haastattelujen litteroinnilla, jolloin haastattelumateriaalit muutettiin tekstimuotoon. Litteroimme aineiston sanasta sanaan. Tämän jälkeen toteutimme redusoinnin, jonka avulla pyrimme tiivistämään aineistoa ja aineistosta nousseita pääpointteja. Tässä vaiheessa vielä tiivistykset olivat laajoja, eikä prosentuaalinen tekstin rajaaminen ollut vielä kovin suurta. Redusoinnin jälkeen pääsimme klusterointiin, jonka suoritimme teemoittelemalla jokaisen pelaajien aihealueet. Tämä vaihe tuotti jo selvää tekstin rajausta, sillä tässä vaiheessa aineistosta jätettiin pois irrelevantit asiat. Viimeisessä vaiheessa eli abstrahoinnissa jokaisen pelaajan redusoinnin tulokset siirrettiin yhtenäisten teemojen alle.

Tutkimukseen osallistui kolme pelaajaa, joiden tulokset pidettiin yksilöinä. Analyysimenetelmää sekä tulososiota selkeyttääksemme, nimesimme pelaajat nimimerkeillä. Tulososiossa P1 tarkoittaa ensimmäistä pelaajaa, P2 toista pelaajaa ja P3 kolmatta pelaajaa. Tämän avulla tulososiossa on helpompi vertailla pelaajien vastauksia sekä tehdä yhteenvetoja yhden pelaajaan tuntemuksista.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 6.1 Psyykkinen tuki kuntoutumisprosessin aikana

Tutkimuksen mukaan jokainen pelaaja koki saavansa kuntoutumisprosessin aikana jonkinlaista psyykkistä tukea. Tukea pelaajat saivat perheeltä/läheisiltä, joukkueelta ja kavereilta. Myös vertaistuen rooli oli merkittävä. Perheen ja kavereiden tuki koettiin tärkeämpänä kuntoutumisprosessin alkuvaiheessa. Tutkimuksen mukaan pelaajat pitivät isossa arvossa sitä, että kuntoutumisprosessin aikana pääsi purkamaan tuntemuksiaan ulkopuoliselle henkilölle.

Perheen tuki oli merkittävässä roolissa. Perheen tuki korostui etenkin kuntoutumisprosessin alkuvaiheessa, koska vamman aiheuttama muutos arkielämään oli suuri. Varsinkin ennen leikkausta tulevaisuus mietitytti, jonka vuoksi P1 koki perheen läsnäolon keinoksi unohtaa sattuneen loukkaantumisen sekä mahdollisen tulevan leikkauksen.

*“Ennen leikkausta ne soitteli ja kävin paikan päällä ja autto paljon perus pikkuasioissa mikkä autto unohtamaan sitä tulevaa kuntoutusta ja pyrkii saamaan ajatuksia vähän muualle.” (P1)*

Myös leikkauksen jälkeen perheen tuki korostui arkisissa asioissa. Leikkaus järkytti fyysistä toimintakykyä merkittävästi, jonka takia liikkuminen oli haastavampaa. Toimintakyky oli haastavampaa kainalosauvojen sekä erilaisten särkyjen vuoksi, joka aiheutti sen, ettei kyennyt tekemään ruokaa tai liikkumaan pitkiä matkoja.

*“No alussa turhautuminen, ku tässä kävi näin. Sittenkö ei oikeen pysty mitään tekemään ja sitten alussahan tietenki ko leikkauksen jälkeen kipu on aika kova, niin sillon tuli semmonenku ei voi oikeen mitään tehdä, että oli kaikista raskain vaihe ainaki mulla.” (P2)*

*“Perheestä se tuli niin kuin ruuasta ja kaikesta semmoseen niinkun katottiin tyyliin jotain leffaa.” (P3)*

Perheen apua pidettiin korvaamattomana ja tehtyä työmäärää arvostettiin suuresti. P1:n kommentista ilmeni kuitenkin, että perhe ja urheilija itse ajattelevat eri tavalla loukkaantumisen seuraamuksia.

*“Ne ajattelee sen sillai eri tavalla kuin mitä ite urheilijana ajattelee. Ne ajattelee sen omalta kannalta. Urheilijana mieltii sitä menetettyä aikaa, kuinka kauan siihen menee, että oot kunnossa ja kauan sulla pitää olla pois kentältä ja tämmöstä, mutta sit taas varmaan perhe mieltii, että kuinka ne saa enemmän multa aikaa, ku mie oon ite pois sieltä kentiltä.” (P1)*

Perheen lisäksi kavereiden tuki oli tärkeässä roolissa. Kavereiden yhteydenotot ja kuulumisten kyselyt toivat piristystä päivään. Kuitenkin tärkeämmässä roolissa olivat paikan päällä käynnit sekä normaaliset poikkeavat asiat (tsemppikirjeet/-kortit). P3 nosti myös esille, että kavereilla ei välttämättä ollut aikaa käydä katsomassa omien työkiireiden ja menojojensa takia.

*“Mukavaa siinä oli, että kävi muutamia ihmisiä perheen lisäksi. Mutta jos otetaan perhe siitä pois, hyvin vähän olisi ollut katsojia tai kylästelijöitä ottaen huomioon, että työssäkävijöitä on nämä kaverit ettei niillä ole päivää aikaa istua siinä. Ne oli semmosia muutaman minuutin keissejä monesti ja toki se meinasi niin kuin 1000 omenaa, kun joku kävi.” (P3)*

*“Se lähetti mulle tsemppikortteja se vaikuttaa psyykkeeseen tosi positiivisesti paljon enemmän kuin se viesti.” (P3)*

Myös joukkue mainittiin pelaajien toimesta useaan otteeseen. Joukkueen sisältä löytyi vertaistukea, mikä koettiin auttavana tekijänä. Vertaistuen avulla kuntoutumisprosessia pystyttiin keskustelemaan kuntoutumisen etenemisestä sekä sen eri vaiheista. Vaikka vertaistuki oli merkittävässä roolissa, jäi joukkueen tuki muutoin alhaiseksi.

*“Ymmärrän kyllä, että joukkue jatkaa harjoittelua ja kaikilla on omat elämänsä ja näin, mutta se on jopa siinä leikkauksen jälkeen alakuloisena ko on niin ikäväkin hoksata kuinka vähän loppujen lopuksi joukkue on ollut tukemassa tätä silloin alkuaikoina.” (P3)*

*“Etteihän sen tarvi tuki olla ku joku kysyy että mitä sulle kuuluu vaikka seuran puolesta tai pelikavereiden puolelta tai semmonenhan se on se mikä niinku jää esimerkiksi omasta seurasta aika vähälle semmonen että se tuli sitten tosiaan vertaistuen kautta.” (P2)*

*“Sittenkö pääs treeneihin mukkaan tekeen omia juttuja niin sitten sai tavallaan taas sen joukkueen tuen siihen mukaan.” (P1)*

Joukkueen puolesta olisi toivottu myös ammattihenkilöitä organisoimaan kuntoutumisprosessia. Fysioterapia nähtiin pelkästään fysiologisesti auttavana ja eteenpäin vievänä tekijä. Fysioterapiasta ei nähty olevan muuta vaikutusta psyykkiseen kuntoutumiseen kuin erilaisten fysiologisten avulla, jotka toivat tietoa kuntoutumisen etenemisestä.

*“Oishan se kiva jos siihen ympärille semmoinen pieni formulatalli rakennettaisiin.” (P3)*

*“Periaatteessahan siitä olisi voinut olla tosi isoki etu, jos olis jonku semmosen ammatti-ihmisen kanssa jutellut tämmösistä asioista, niin siitähän olisi voinut olla paljonki hyötyä.” (P2)*

## 6.2 Psykkiseen hyvinvointiin vaikuttavat tekijät

Tutkimuksen mukaan pelaajat kokivat eri tekijöiden vaikuttavan heidän psyykkiseen hyvinvointiinsa. Psykkistä hyvinvointia edesauttoi pelaajien mukaan erilaiset tavoitteet, asennoitumiset sekä onnistumiset. Tutkimuksen mukaan psyykkistä hyvinvointia heikensi kuntoutumisprosessin lähtökohtainen kesto ja takapakit fyysisessä kuntoutuksessa.

Pelaajat nostivat psyykkisen kuntoutumisen tärkeyden jopa fyysistä kuntoutumista korkeammaksi. Psykkisen vahvuuden koettiin motivoivan fyysistä kuntoutumista.

*“Jos laittais prosentteina, niin kyllä se henkinen puoli varmaan sitä 70 prosenttia ja loppu 30 prosenttia on sitä fyysistä, että kyllä se henkisesti on paljon vaikeampaa entä fyysisesti kuntouttaminen.” (P1)*

*“Ihmisen suurin voimavara on pään sisällä. Sä voit olla urheilullinen sekä geneettisesti lahjakas, mutta jos sulla ei ole päättä, et pysty suorittamaan ja sama tämmöisessä kuntouttamisessa. Kyllä se niin kuin se henkinen puoli on kaikki kaikessa.” (P3)*

*“Varmaan se, että oli niinkö päivän selvää, että tämä pelihomma jatkuu, niin se ois niinku motivoinu treenaamaan ehkä tiukemmin.” (P2)*

Pelaajien kuntoutumisprosessia vei eteenpäin uusien tavoitteiden asettelu. Uudet tavoitteet saivat myös pelaajien asenteissa selvää muutosta valoisammasta tulevaisuudesta. Tavoitteet toivat myös rytmiä sekä rutiineja päivän kulkuun.

*“Omalla kohdalla se on ollut uusien tavoitteiden asettamista tai uusien mielenkiinnon kohteiden etsimistä tai jotakin, että saan syyn syödä, laittaa nukkumaan ja syyn herätä, että jos minä en sitä tavoitetta itselle laittaisi niin mulla ei olisi mitään syytä laittaa nukkumaan tai minkäänlaista syytä minkä takia pitäisi rytmiä elämässä.” (P3)*

*“Alko miettimään syitä ja seurauksia, että mistä se voi johtua. Sitten sitä tietenki yrittää asennoitua siihen, että mahdollisimman äkkiä saa polven kuntoon ja pystyis taas pelaamaan. Siinä oli kuitenkin se kuu-kausi väliä siitä tapaturmasta siihen leikkaukseen, siinä pyrkiä sitten kuntouttamaan sitä tavallaan aloittaa se kuntoutus ennen leikkausta ja se on tärkeä piittää kuitenkin yllä näitä hommia. Yrittää vaan asennoitua siihen, ja oli tavallaan koko ajan se tähtäin siellä keväässä, että pääsis sinne takas kentälle. Koko ajan tavallaan ajatteli sitä päivä päivältä, että enää ei oo pitkästi, että koko ajan lyhenee se matka sinne maaliin. Yrittää vaan asennoitua siihen sillai oikealla tavalla.” (P1)*

*“Pysyy tavoitteellisena se kuntoutuminen, että jos sulla on joku kiintopiste ja tähtäin niin sillon se on niinku varmasti se kuntoutuminen ja kuntoon tuleminen helpottuu. Ainaki omalla kohdalla sillälaila, että ku päätti, että okei pelataan, niin se motivoi niinku tekemään enemmän. Jos ei sitä päätöstä ois tehnyt, niin ois varmasti jäänyt kuntouttaminen tekemättä ainaki yhtä hyvin.” (P2)*

Pelaajat kokivat myös asennoitumisen kautta pääsyn uusiin tavoitteisiin luovan onnistumisen kokemuksia. Nämä onnistumisen kokemukset ruokkivat pelaajien itsetuntoa ja tätä kautta nostattivat psyykkistä hyvinvointia. Onnistumisen kokemukset näkyivät tuloksissa, joita saavutettiin fyysisessä kuntoutumisessa. Onnistumiset kokemukset eivät olleet pelkästään yksin sidonnaisia polven kuntoutuksessa saatuihin tuloksiin, vaan ne näkyivät muillakin osa-alueilla.

*“Onnistuneet suoritukset nimenomaan motivoi ja buustasi, että jakso lähteä salille vaikka esim jalan kanssa ei tullut minkäänlaista edistystä, mutta sittenkö katto peilistä, että lihakset kasvo ja tämmöistä niin vähän se loi siihen uskoa tai sai ainakin lähteen sinne salille.” (P2)*

*“Kyllä ensimmäinen ollut, että kepistä päästään pois. Seuraavaksi tavoitteeksi, oiskohan se, että se ei oo kipeä. Seuraavana tavoitteena mie sain jännitettyä minun etureiden lihaksia vaikkei se jalka suoraan meniskään. Jossaki vaiheessa se menee suoraan ja jossaki vaiheessa mie pääsen kyykkytangon alle tai jalkaprässiin ja siellä minun tavoitteet on sarjapainoissa. Jossakin vaiheessa ne tavoitteet on ollut mukava nähdä, että se etureisilihas on kasvanut ja kaikki nämä omalta osin on nostanut ja nostaa sitä motivaatiota.” (P3)*

Toisaalta P1 koki negatiivisia vaikutuksia kuntoutuksen edetessä. Monet onnistumisen kokemukset mahdollistivat sen, että ajatus aikataulun nopeuttamisesta kasvoi, mutta P1:n mentaalinen lujuus pysyä sovitussa aikataulussa ei horjunut.

*“Kuuden kuukauden jälkeen tuntuu, että ois jo kunnossa ja pystyis pelaamaan ja tuntee itensä fyysisesti, että oot hyvässä kunnossa, mutta taas toisaalta sun pitää miettiä, että se ei oo ehkä tarpeeksi vahva.” (P1)*

Kuntouttamisprosessin lähtökohtainen pituus oli P2:n mielestä heti alussa motivaatiota alentava seikka. Myös matkan varrella tapahtuneet takapakit olivat merkittävässä osassa psyykkistä hyvinvointia.

*“Ei helekatti tässä on pitkä matka kurottavana, jos meinaa pelata niin se oli niinku se tunne siitä, että muut on tällä tasolla tai että ite on ollut tällä tasolla ja pystynyt kevyesti tekemään näin niin tämmönen pikku perus juttu on näin raskas ja sama se oli silloin ku leikattiin aluksi ku tuntu ettei voinu tehdä mitään niin se tuntu niinku raskaalta mulle.” (P2)*

*“Semmosta harmistusta ja pettymystä ja sitten jopa semmosta epävarmuutta että tuleeko tästä minun polvesta semmosta että vois käydä vaikka lenkillä.” (P2)*

### 6.3 Kuntoutumisprosessin aikana ilmenneet vaiheet

Tutkimuksessa ilmeni, että pelaajat olivat kokeneet ja käyneet läpi traumaattisen kriisin eri vaiheita. Pelaajien kokemukset kriisistä ja kriisin vaiheista oli yksilökohtaisia, mutta luonnehtivat traumaattiselle kriisille tyypillistä kaavaa. Pelaajat kokivat traumaattisen kriisin neljä eri vaihetta, joita ovat sokkivaihe, reaktiovaihe, työstämisvaihe sekä uudelleen suuntautumisen vaihe.

Pelaajat kokivat traumaattisen kriisiprosessin kulussa ensimmäisenä sokkivaiheen. P1 vertasi loukkaantumisesta seurannutta sokkivaihetta leikkauspäivään.

*“Mie en halunnut uskoa, että se meni rikki. Se meni harjoituksissa rikki ja siihen lyötiin kylmäsprayta, kaks kylmäpussia teipattiin tiukkaan polveen kiinni ja laitettiin polvi koholle. Yritettiin toteuttaa kolmen K:n sääntöä kylmäkohokompressiota ja ajattelin ettei tässä mitään.” (P3)*

*“Varmaan siinä se sokkivaihe ei kestänyt kun sen päivän-kaks.” (P2)*

*“Mun mielestä se on se traumaattisin vaihe se tilanne ku se menee ja sitten vois verrata siihen sitä leikkauspäivää.” (P1)*

Traumaattisen kriisin kulusta P1 ja P2 tunnistivat voimakkaimmin reaktiovaiheen, jolloin P1 ja P2 tajusivat mitä tulevaisuus tuo tullessaan. Reaktiovaiheessa P1 ja P2 kokivat reaktiovaiheelle ominaista tunnemyllerrystä, sekä yrittivät muodostaa käsitystä tapahtuneesta.

*“Sitten ku mie menin kotiin sinä iltana sieltä harjoituksista ja ne kylmäpussit ja teipit siitä polven ympäriltä otettiin pois, nii huomasi kuinka turvonnut se jalka oli. Senkö mie näin ne kylmäpussit jalasta pois otettua, mie silloin itkin ja silloin tuntu kaikki paskalta, mutta samaan aikaan niinku voinu ku ironisesti nauraa.” (P2)*

*“Ensimmäinen kuukausi ennen leikkausta oli semmosta miettimistä, että miksi näin on käynyt ja sen punnitsemista ja tulevaisuuden kannalta, että alanko vielä pelaamaan.” (P1)*

Traumaattisen kriisin kahdessa viimeisessä vaiheessa, pelaajien oli haastavaa nähdä itsensä jatkamassa jalkapallon parissa. Nämä vaiheet vaativat pelaajilta monien kuukausien pohdintaa sekä uuden motivaation löytämistä.

*“Mie en ollut sillälailla hukassa, että mie olisin miettinyt virkaisinko mie vai keskittyisinkö mie johonki IT-suunnitteluun tai tietokonesuunnitteluun. Mulla ei kestäny siinä viikkoja tai kuukausi siinä niinku miettiessä, että mihin mie uudelleensuuntautuisin vaan mie suuntauduin niihin asioihin mihin mie olin suuntautunut vuosia aikasemmin niihin asioihin mikkä on lähellä sydäntä ja mikkä on mulle tärkeitä juttuja ja suuntauduin sitten niihin, mikä on mielestäni tosi luonnollista ja loogista.” (P3)*

*“Se vaihe, kun mielti sitä jatkoa, että mitä tapahtuu, että alanko pelaan vai enkö ala. Se oli mulla se pallotteluvaihe, mie ajattelin, että onko järkeä vai ei. Mutta sittenkö teki sen päätöksen, että pelataan, niin sitten se on mennyt niinkö suht nopeasti se sinuiksi pääsy sen asian kanssa.” (P2)*

#### 6.4 Vamman aiheuttamat pelkotilat

Pelaajat kohtasivat kuntoutumisprosessin aikana monenlaisia pelkotiloja. Niitä ilmeni epävarmuudessa, onko fyysisen kuntoutuksen suorittanut oikealla tavalla sekä mahdolliset harjoittelusta seuranneet säryt sekä polven turpoamiset. P3 tunsu lääkkeiden vaikuttavan psyykettä horjuttavasti, mikä näkyi painajaisunina. Lähempänä pelikuntoon paluuta oli epävarmuus siitä polven kestämisestä, samalla pelaajat joutuivat puntaroimaan harjoitustilanteita, että kannattaako kontaktitilanteisiin mennä täyspainotteisesti. Myös ajautumiset kontaktitilanteisiin säikäyttivät pelaajia sekä flashbackit tilanteesta, jolloin polvi vammautui, olivat läsnä päivittäisessä harjoittelussa.

*“Mietin kannattaako mennä täysillä tuohon tilanteeseen ja näin. Nyt jo treeneissä niitä on muutamia kertoja ollut, mutta on ihan järkevääkin jättää viimeinen mailan puristus puristamatta.” (P3)*

*“Mie uskon, että niihin mielialoihin vaikutti lääkkeetkin vielä silloin, mitkä kävi psyykkeen päälle. Yks niistä lääkkeistä, jota söin, mie nukuin huonosti näin, painajaisia. Muun muassa semmosta, jossa veri lentää ja moottorisahalla tapetaan ihmisiä, jotain semmosta mitään minä en ikinä ole nähnyt. Uskon, että kaikki tämä tällöinen vaikutti siihen minun psyykkeeseen silloin. Unet olivat yhtä painajaisista, ko*

*siellä vaan veri roisku, kaikkea mistä minun mielestä tervejärkinen ei näe unta, niin mie näin silloin, ja ne loppu heti, kun lääkitys loppu.” (P3)*

*“1v1 tilanteissa, ollaan me sitten kylkikyljessä tai mennään samalle pallolle, niin kyllä semmosissa arkailee, mutta toisaalta mie oon tällä hetkellä kohdannut oman mentaalin sillä lailla, että mie arkailenki, että mie taistelen sitä vastaan, että menisin täysillä. Muutaman keran oon menny kunnolla harjoituksissa kylkeen ja säikähtänyt sitä, että miten minun mentaali katosi, mutta samaan aikaan ei oo tapahtunu mitään ja on voinut naurahtaa siinä, että kyllä tämä peli on mukavaa että tämä sumentaa ajatukset.” (P3)*

*“Aluksi se epävarmuus siitä jalan kestämisestä, ja vieläkin se on niinku se ainoa mikä mulla on. Varsinkin, ku aluksi lähti juoksemaan niin tuntu, että joka askeleella mietti ettei se vaan muljaha uudestaan.” (P2)*

*“Kyllä ne tietyt fyysiset hommat, ku reeneissä on jotain tilanteita, kun on pystyny taas pelaamaan. Semmoset tietyt tilanteet hirvittää välillä, vieläkin semmosiin tilanteisiin, missä se voi vääntyä tai käydä kiipeää, että semmosia tiettyjä tilanteita niitä on jääny, mitä ei uskalla tehdä samalla tavalla kuin ennen, verottaa vähän. Pelkotila on semmonen, että jos sä meet johonki tilanteeseen kuin ennen, niin se menis rikki sitten, että vähän joka reeneissä ne vähenee. Ko pääsee reeneihin lisää niin ne vähenee. Kyllä niitä on vielä kuitenkin varsinkin siinä alkuvaiheessa, ko liittyy joukkueen treeneihin, kyllähän kaikki kontaktitilanteet hirvitti sen jälkeen.” (P1)*

*“Enemmän ollu just omassa päässä fyysiset rajoitteet, että ei varmasti kroppa ois antanu periksi, eikä se polvi niissä tilanteissa ensimmäisenä tulee pää vastaan niissä. Järki sanoo, että älä mee samalla lailla kuin ennen, että sulla on vielä kuntoutusta kuitenkin vähän vielä kesken. Kaikki suunnanmuutokset oli alussa hirvittäviä, että uskaltaako tässä kääntyä samalla lailla, ettei uskalla mennä johonki mutkaan, että sun pitää kääntyä 90°, että et sä uskalla mennä siihen 100%.” (P1)*

Tutkimuksessa kysyttiin myös, miten pelaajat pääsisivät pelkotiloista eroon. Tähän pelaajat löysivät erilaisia näkökulmia, joita olivat harjoittelun kautta kasvanut itsevarmuus sekä luottamus. Myös kliiniset testit sekä ulkopuolinen tuki nähtiin merkityksellisenä.

*“Mitä enemmän koko ajan treenaa niin sitä vähemmän sitä muistaa enään että vertaa siihen toukokuuhun ku liittyy mukaan niin kyllä nyt on niinku sadasosa niistä peloista mukana reeneissä että koko ajan ne vähenee että enään ei hirvitä että se menis uudestaan jossain käännöksessä tai kontaktissa. Kyllä se vie sen puolitoista vuotta, että*

*sä unohtat ne kaikki. Just se aika ja se, että reenaat paljon, niin kyllä ne unohtuu siitä.” (P1)*

*“Kliiniset tutkimukset, että se on kunnossa ja on niinku semmosta varmaa faktaa. Itekkö tilastoi, vaikka omaa juoksua kattoo ja on hoksannut, että jaksaa ja on mennyt harjotuksiin ja voi mennä vähän tilanteisiin lujempaa niin se on auttanut, niin se on niinku jäänyt takalalle.” (P2)*

*Joukkuekaverit ymmärtää sen, että mie en mee täysillä joka tilanteeseen, eikä multa sitä kukkaan siellä treeneissä vaadi. Seura luottaa siihen, että mie menen sitten sata nolla, sitten ku on aika mennä. Nyt ku ei oo vielä aika mennä, niin ne antaa anteeksi tai sillä lailla semmonen tuki. Se on mukava ja hieno hoksata, ja samaan aikaan harjotuksissa, jos mulla pallo karkaa tai näin, niin ne on ollut sillain suopeita.” (P3)*

*“En koe olevani kymmenkerroksisen kerrostalon katolla hyppäämässä johonki metri kertaa metri -trampoliinille ja toivoen, että ehkä mie osun siihen. Jos mie oon siellä kymmenkerroksisen kerrostalon katolla näin kuvitteellisesti, niin mie koen, että oon ensin ollut yksökerroksessa ja hypännyt sieltä kakkoskerroksesta ja kaikista onnistuneesti ja siksi mulla on itsevarma olla siellä kymmenennessä kerroksessa, koska mie tiiän, että se ysiki onnistu.” (P3)*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Keskeiset tulokset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää pelaajien kokemuksia psyykkisestä kuntoutumisprosessista. Teemahaastattelussa tuli ilmi eri tekijöitä, mitkä asiat vaikuttivat heidän psyykkiseen hyvinvointiinsa. Käsittelemme johtopäätöksissä keskeiset tulokset aihealueittain. Osaan aihealueista löytyi muualla tutkittua tietoa, jota vertaamme omassa tutkimuksessa saatuihin tuloksiin.

Tuloksista voidaan päätellä, että psyykkisen kuntoutumisprosessin aikana perheen tuki oli merkittävässä roolissa. Tuloksissa ilmeni, että loukkaantumisen oli suuri vaikutus vuorovaikutussuhteeseen vanhempien kanssa. Graniton (2001) tekemän tutkimuksen mukaan, pelaajat kokivat vuorovaikutussuhteen muuttuneen. Vuorovaikutussuhteet nähtiin Graniton (2001) tutkimuksessa muuttuvan ylihuolehtivaiseksi vanhempien puolesta. Tuloksista voidaan todeta, että vanhempien koettiin ajattelevan loukkaantumisen seuraamuksista eri tavalla kuin loukkaantuneiden pelaajien, joka aiheutti ristiriitaisia tilanteita.

Tulosten mukaan joukkueen tuki psyykkisessä kuntoutumisprosessissa nähtiin jakautuvan. Tutkimus osoitti, että joukkue itsessään ei tukenut pelaajien kaipaamalla tavalla. Tulosten näkökulmasta, pelaajat olisivat kaivanneet ympärilleen monipuolisempaa ammattitukea ja -taitoa, optimoidakseen laadukkaamman kuntoutuksen. Myös Granito (2001) osoitti tutkimuksessaan, että pelaajat jäivät yksin koettuaan loukkaantumisen, ja joukkueen tuki laski sitä myötä. Tutkimus kuitenkin osoitti, että joukkueen muilta pelaajilta saatu vertaistuki oli merkittävässä roolissa kuntoutumisprosessin aikana. Tätä tuki myös Taylor & Taylorin (1997) tutkimus, jonka mukaan vertaistuen merkitys pelaajalle korostui etenkin elämänhallinnassa.

Tutkimus osoitti, että loukkaantumisen vakavuus sekä siitä johtuva pitkä kuntoutumisprosessi vaikutti pelaajien mielialaan lähtökohtaisesti negatiivisella tavalla. Pelaajat pystyivät kuitenkin pää- ja välitavoitteiden avulla asennoitumaan prosessiin motivoituneesti. Kuntoutumisprosessin aikana onnistuneet välitavoitteet

ruokkivat pelaajien asennetta kohti päätavoitetta, eli paluuta kentille. Theodorakis, Beneca, Malliou ja Goudas (1997, 361) toivat tutkimuksessaan esille tavoitteen asettelun tärkeyden kuntoutumisprosessin onnistumiseen. Theodorakis ym. (1997) tutkimuksen mukaan pelaajat, jotka asettivat itselleen henkilökohtaisia tavoitteita kuntoutumisprosessin aikana, heidän harjoittelutehokkuutensa oli parempi kuin niillä pelaajilla, jotka eivät itselleen tavoitteita asettanut.

Tuloksista voidaan todeta, että loukkaantuminen aiheutti pelaajille kriisin, mutta trauman vaiheet olivat pelaajilla selvästi yksilöllisiä. Jokainen pelaajista käsitteli kriisin eri tavalla. Wiese-Bjornstalin (2010) sekä Cullberg (1991) toivat ilmi tutkimuksissaan, että urheilija kokee loukkaantumisen kriisinä. Tutkijat osoittavat, että kriisiin sisältyy neljä eri vaihetta, jotka ovat sokkivaihe, reagointi, työstämisvaihe ja uudelleen suuntautumisen vaihe. Wiese-Bjornstal (2010) sekä Cullberg (1991) korostavat kuitenkin yksilöllisyyden huomiointia.

Tutkimuksen merkittävimmät tulokset sekä uutuusarvoltaan arvokkainta antia tutkimukselle olivat pelaajien kokemukset kuntoutumisprosessin aikana sekä kentille paluun jälkeen ilmenneistä pelkotiloista saatu tieto. Tulokset kertovat, että leikkaus itsessään oli stressaava kokemus sekä leikkauksen jälkeen saadut lääkkeet aiheuttivat yhdessä psyykkeen romahduksen, joka näkyi esimerkiksi painajaisunina. Myös fyysisessä kuntoutuksessa polvelle aiheutuneet säryt sekä fysiologiset oireet aiheuttivat tutkimuksen mukaan pelaajissa pelon tunteita sekä epävarmuutta tulevaisuuden suhteen.

Pelaajien fyysisen kuntoutuksen loppuvaiheessa, tutkimuksessa pystyttiin todentamaan, että pelaajat kokivat jatkuvaa epävarmuutta polven kestävydestä harjoitustilanteissa. Harjoitustilanteissa tulleet kontaktitilanteet saivat pelaajaat puntaromaamaan jatkuvasti sitä, onko tässä vaiheessa kuntoutusta järkevää tietoisesti ajautua kontaktitilanteeseen. Tuloksista saatiin myös selville, että pelaajien ajaututtua tiedostamatta kontaktitilanteisiin, koki pelaaja säikähdyksireaktion. Tutkimuksessa merkittävää tietoa saatiin pelaajien kokemuksista, miten muistikuva koetusta loukkaantumistilanteesta esiintyi uudelleen harjoitustilanteissa. Tulokset osoittivat, että pelaajat eivät olleet itse tai ulkopuolista apua käyttämällä löytäneet ratkaisua pelkotilojen voittamiseen.

## 7.2 Tutkimuksen arviointi

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa ja ymmärrystä psyykkisen hyvinvoinnin merkityksestä kuntoutumisprosessissa. Haastateltavana ja analysoitavana oli kolme eri tapausta, joiden avulla tuotiin erilaisia kokemuksia ilmi. Aineiston hankinta oli vahvasti induktiopohjaista, mutta teoriasidonnaisuus näkyi varsinkin tuloksia analysoitaessa, jossa pyrimme myös löytämään teoriasta selityksiä.

Teoreettinen viitekehys koostui yleisesti jalkapallosta ja jalkapallon lajivaatimuksista, jonka avulla pyrittiin tuomaan lukijalle ilmi, miksi jalkapallo on loukkaantumisherkkä laji. Tämän jälkeen kuvailtiin polven anatomiasta yleisesti yleiskuvan hahmottamiseksi, jonka jälkeen perehdyimme spesifimmin eturistisidevammaan ja vammamekanismiin. Opinnäytetyölle oli myös olennaista loukkaantumisesta aiheutuneen traumaattisen kriisin vaiheet sekä miten urheilija nämä vaiheet kokevat.

Opinnäytetyön lähteet ja kirjallisuus koostui monipuolisista suomalaisista sekä kansainvälisistä tutkimuksista. Erityisesti psyykkisen puolen merkittäviä tutkimuksia löytyi kansainvälisistä aineistoista. Tuloksia analysoitaessa käytimme pohjana kansainvälisiä tutkimuksia ja tutkimusartikkeleita.

Vilkan (2015) mukaan kohderyhmän rajauksella on myös merkittävä osuus validiteetin kanssa. Validiteetti eli tutkimuksen pätevyys arvioi sitä, voidaanko tutkimusmenetelmällä mitata mitattavia asioita (Vilka 2015). Laadulliselle tutkimukselle ei ole olennaista määrällisesti suuri data, minkä takia keskityimme teemahaastatteluun erityisellä pääpainolla. Valitsimme pelaajat tarkkaan tutkimuksen kontekstin näköiseksi. Teemahaastattelun avulla saimme tutkimuksen tuloksen analysointia helpottavat teemat kategorisoitua. Ennen teemahaastattelua pelaajille suunniteltu ja lähetetty esitietolomake oli yksi keino, jolla saimme teemahaastattelun rungon merkittävästi tarkennettua. Itse teemahaastattelussa pyrimme antamaan haastateltaville vapaan sanan teeman sisällä, jonka avulla saimme laajempaa materiaalia aiheeseen liittyen. Opinnäytetyön toteutusosio pyrittiin myös

pitämään mahdollisimman yksityiskohtaisena ja selkeänä. Tällä pyrittiin vaikuttamaan tuotoksen toistettavuuteen. Teemahaastattelu sekä esitietolomake liitettiin myös samanlaisena opinnäytetyöhön, jolloin kuka vain pystyy toteuttamaan nämä haastattelut uudelleen ja saamaan samankaltaiset tulokset.

Vilkan (2015) reliabiliteetilla eli tutkimuksen luotettavuudella arvioidaan tutkimusmenetelmän tuottamia tuloksia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa mittaukset ja tilastoinnit ovat harvinaisempi, jonka vuoksi reliabiliteetti keskittyy aineiston käsittelyyn sekä analyysiin. Luotettavuutta arvioidaan varsinkin, kun kokemusperäinen tieto analysoidaan ja siirretään tulkintojen kautta teoriaksi (Vilkkä 2015). Tuloksien analysointivaiheessa käytimme selvää teemoittelukaavaa, joka takasi työn reliabiliteetin pysymisen laadulliseen työhön nähden korkealla. Tulosten analysointivaiheessa huomasimme, että haastateltavien kommentit olivat tutkimukselle erityisen tärkeitä, jonka vuoksi päätimme siirtää tutkimukselle kriittisesti tärkeät kommentit suoraan käsittelemättä niiden kirjoitusasua tuloksien analysointiosioon. Tämä takasi sen, että tuloksista saavutettu sanoma ei hävinnyt tulosten analysointivaiheessa, vaan ilmeni lukijalle suodattamattomana. Tutkimuksessa käytetty analysointimenetelmä oli täten merkittävä tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Tuloksien valossa saimme näinkin pienellä siivulla yhteiskunnasta merkittäviä näkökulmia psyykkisen kuntoutumisen puolesta. Koimme, että saadut tulokset ovat käyttökelpoisia urheilun parissa toimiville valmentajille ja toimihenkilöille. Opinnäytetyössä pelaajien kautta esitetyt kertomukset auttavat varmasti myös samankaltaisen vamman läpikäyviä urheilijoita. Koemme, että pääsimme opinnäytetyön tavoitteeseen sekä tarkoitukseen näiltä osin.

Opinnäytetyö oli myös tekijöilleen erittäin opettavainen kokemus. Opinnäytetyömatkan aikana jouduimme tekemään isoja valintoja, minkälaisen lopputuloksen halusimme saavuttaa. Varsinkin alussa opinnäytetyön laajuus oli aivan liian suuri, joka käsitti teoreettiselta viitekehykseltään niin polven kuntouttamisen, kuin fysioterapeuttien kokemukset aiheesta. Ongelmanasettelua tarkennettua sekä viilattua tulimme, kuitenkin siihen lopputulokseen, että haluamme tehdä pienemmästä aihealueesta tarkemman tutkimuksen, joka lopulta tuottaisi paremman lopputuloksen. Näin jälkikäteen ajateltuna tämä oli yksi opinnäytetyön parhaista va-

linnoista, joka siivitti lopulta opinnäytetyön tasapainoiseen lopputulokseen. Opin­ näytetyön aikataulutukseen vaikutti suuresti se, että teimme päätöksen tarkas­ tella haastateltavien kuntoutumisprosessia koko sen ajalta. Lopputulokseen vai­ kutti myös se, että tekijöiden oma mielenkiinto tutkittavaa aihetta kohtaan oli suuri, sillä molemmilla oli kokemuksia eturistisidevammoista. Omakohtainen ko­ kemus psyykkisen kuntoutumisprosessin arvostuksesta sekä tietoisuudesta määräsi myös sen, miksi aihe ylipäättään valikoitui psyykkiseen kuntoutumispro­ sessiin. Tuloksia tehdessä huomaisimme, että aihealue herätti myös paljon lisä­ kysymyksiä sekä jatkotutkimusaiheita.

### 7.3 Jatkotutkimusaiheet

Psyykkinen hyvinvointi tutkimuksena on hyvin ajankohtainen aihe, jonka vuoksi myös sitä tutkitaan paljon. Nykyajan urheilussa korostetaan kokonaisvaltaista hy­ vinvointi, minkä takia kaikki osa-alueet urheilussa ja vammojen sattua tulisi ottaa huomioon. Urheilussa pienetkin marginaalit ratkaisevat, jonka vuoksi tutkit­ tavaa riittää.

Tutkimuksessa huomasimme, että suurimpana jatkotutkimusaiheena voisi olla vammasta aiheutuneiden pelkotilojen havaitseminen sekä mittaaminen ja tiedos­ taminen. Huomaisimme, että urheilijoilla ei ollut käsitystä, miten pelkotiloja voisi käsitellä itse tai työstää jonkun asiantuntijan kanssa. Yhtenä suurena asiana oli myös, miten urheilijat kohtaavat pelkotilat sekä millä tavalla he voivat niitä pyrkiä voittamaan. Haastateltavilta nousi kysymyksiä voisiko suorituskyvyn varmenta­ mista osoittaa jollakin tavalla. Tästä nousikin ajatus, olisiko urheilijoita mahdolli­ suus testata ja todentaa heidän kyvykkyytensä kentälle siirtymisessä niin fyysi­ sellä kuin psyykkisellä tasolla.

Myös joukkueen roolin tärkeys nousi pelaajien haastattelussa esille. Pelaajat ky­ seenalaistivat joukkueen toiminnan ja herättelivät toivoa ammattimaisemmasta toiminnasta. Jatkotutkimusaiheeksi nousi, millä keinoilla joukkue voisi tukea pe­ laajaa paremmin loukkaantumistilanteissa, ettei pelaaja tuntisi putoavan pois joukkueesta loukkaantumisen tapahduttua. Minkälaisilla järjestelyillä joukkueen

tai seuran sisällä voitaisiin loukkaantuneita pelaajia tukea vai löytyisikö ratkaisu seuran ulkopuolisten palveluiden kautta.

## LÄHTEET

Ahonen, J. 1998. Polven rakenne ja sen toiminta kävelyssä. Teoksessa J. Ahonen (toim.) Alaraajojen rakenne, toiminta ja kävelykoulu. Lahti: VK-kustannus Oy. 292 – 294, 302 – 307.

Bangsbo, J., Mohr, M. & Krusturup, P. 2006. Physical and metabolic demands of training and match-play in the elite football player. *Journal of Sports Sciences*, 7/2006, 665 – 674. Viitattu 24.9.2018 <https://www.olympiatoppen.no/fagstoff/idrettsernaering/artikler/fifa/media3886.media>.

Bray, K. 2010. Jalkapallon salat. Helsinki: Like.

Cooper, R., Taylor, M. & Feller, J. 2005. A systematic review of the effect of proprioceptive and balance exercises on people with an injured or reconstructed anterior cruciate ligament. *Research in Sport Medicine*. 13/2005, 163 – 178. Viitattu 16.8.2018 [https://www.researchgate.net/publication/7379891\\_A\\_Systematic\\_Review\\_of\\_the\\_Effect\\_Of\\_Proprioceptive\\_and\\_Balance\\_Exercises\\_on\\_People\\_With\\_an\\_Injured\\_Or\\_Reconstructed\\_Anterior\\_Cruciate\\_Ligament](https://www.researchgate.net/publication/7379891_A_Systematic_Review_of_the_Effect_Of_Proprioceptive_and_Balance_Exercises_on_People_With_an_Injured_Or_Reconstructed_Anterior_Cruciate_Ligament).

Cullberg, J. 1991. Tasapainon järkkyyessä: psykoanalyttinen ja sosiaalipsykiatrisen tutkielma. Helsinki: Otava.

Di Salvo, V., Baron, R., Gonzalez-Haro, C., Gormasz, C., Pigozzi, F. & Bachl, N. 2010. Sprinting analysis of elite soccer players during European Champions League and Uefa Cup matches. *Journal of Sports Sciences*. 12/2010, 1489 – 1494. Viitattu 3.10.2018 [https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Gonzalez-Haro/publication/47677010\\_Sprinting\\_analysis\\_of\\_elite\\_soccer\\_players\\_during\\_European\\_Champions\\_League\\_and\\_UEFA\\_Cup\\_matches/links/0a85e530a7f1c21a7e000000/Sprinting-analysis-of-elite-soccer-players-during-European-Champions-League-and-UEFA-Cup-matches.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Gonzalez-Haro/publication/47677010_Sprinting_analysis_of_elite_soccer_players_during_European_Champions_League_and_UEFA_Cup_matches/links/0a85e530a7f1c21a7e000000/Sprinting-analysis-of-elite-soccer-players-during-European-Champions-League-and-UEFA-Cup-matches.pdf).

Eriksson, P. & Koistinen, K. 2005. Monenlainen tapaustutkimus. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.

Eskola, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. Viitattu 25.9.2018 <https://www.ellibslibrary.com/book/978-951-768-035-6>.

FIFA 2016. History of Football – The Origins. Viitattu 23.11.2018 <http://www.fifa.com/about-fifa/who-we-are/the-game/index.html>.

Gokeler, A. 2015. Motor Control after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. Netherlands: Dissertation University of Groningen. Viitattu 3.11.2018 [https://www.rug.nl/research/portal/files/16246201/Complete\\_dissertation.pdf](https://www.rug.nl/research/portal/files/16246201/Complete_dissertation.pdf).

Granito Jr., V. J. 2001. Athletic Injury Experience: A Qualitative Focus Group Approach. John Carroll University. USA, Cleveland. Viitattu 14.10.2018

[http://web.b.ebscohost.com.ez.lapinamk.fi/ehost/detail/de-  
tail?vid=5&sid=54390251-913e-4017-ae84-9603fcb3e278%40pdc-v-sess-  
mgr03&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=4114016&db=afh](http://web.b.ebscohost.com.ez.lapinamk.fi/ehost/detail/detail?vid=5&sid=54390251-913e-4017-ae84-9603fcb3e278%40pdc-v-sess-mgr03&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=4114016&db=afh).

Hirsjärvi, S. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus. Viitattu 16.10.2018 [https://www.el-  
library.com/book/9789524958868](https://www.elibrary.com/book/9789524958868).

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino.

Järvelä, T. 2006. Tuplasiirre polven eturistisiteen rekonstruktioleikkaukseen. Suomen Ortopedia ja Traumatologia. Viitattu 13.9.2018 [http://www.soy.fi/sot-  
lehti/3-2006/7.pdf](http://www.soy.fi/sot-lehti/3-2006/7.pdf).

Kahle, W., Leonhardt, H. & Platzer, W. 1992. Locomotor System. Volume 1. New York: Thieme Medical Publishers.

Kallio, T. 2010. Polven ristsidevammat urheilijalla. Aikakauskirja Duodecim 2010. 289 – 295. Viitattu 24.10.2018 [https://www.duodecim-  
lehti.fi/lehti/2010/3/duo98601](https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2010/3/duo98601).

Kallio, T. 2016. Polven ristsiteen repeämät. Viitattu 10.8.2018 [http://www.ter-  
veystalo.com/Palvelut/Sport/Sport-tietopankki/Polven-ristisiteen-repeamat/](http://www.terveystalo.com/Palvelut/Sport/Sport-tietopankki/Polven-ristisiteen-repeamat/)

Kapanji, I. 1997. Kinesiologia II. Alaraajojen nivelten toiminta. Laukaa: Medi-rehab.

Kemppinen, P. & Luhtanen, P. 2008. Taidon kehittäminen, kehon toiminta ja liikemekaniikka. Vantaa: Kannustusvalmennus P&K.

Kirkendall, D. T. 2011. Soccer anatomy. Champaign, IL: Human Kinetics.

Kunz, M. 2007. 265 million playing Football. FIFA Magazine. 7/2007, 10 – 12. Viitattu 12.10.2018 [https://www.fifa.com/mm/document/fi-  
fafacts/bcoffsurv/emaga\\_9384\\_10704.pdf](https://www.fifa.com/mm/document/fifafacts/bcoffsurv/emaga_9384_10704.pdf).

Leppänen, M. & Löfgren, K. 2017. Urheilun kipupisteet. Helsinki: Finn Lectura.

Leskinen, J. 1995. Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla. Helsinki: Ykköspaino Oy.

Liukkonen, J. 2017. Psyykinen vahvuus: Mielen taitojen harjoituskirja. Jyväskylä: PS-kustannus.

Lönqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. 9. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Magee, D.J. 2014. Orthopedic Physical Assessment. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Moody, J., Langinkoski, A., Lappalainen, J., Naclerio, F., Rieger, T. & Jiménez, A. 2016. Liikuntafysiologian perusteet. Lahti: Fitra Oy.

Mäkelä, J. 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Painokaari Oy.

Oakes, B. 2003. Tissue healing and repair: Tendons and Ligaments. Teoksessa W. Frontera (toim.) Rehabilitation of sport injuries: Scientifix basis. USA: Blackwell Science Ltd. 58 – 59.

Palosaari, E. 2007. Lupa särkyä: Kriisistä elämään. Helsinki: Editra.

Peltokallio, P. 2003. Tyypilliset urheiluvammat. Osa I. Vammala: Medipell Oy.

Peterson, L. & Rehnström, P. 2001. Sport injuries. Their prevention and treatment (toim. Dunitz, M.). United Kingdom: Thomson Publishing Services.

Pujol, N., Rousseaux Blanchi, M & Chambat, P. 2007. The Incidence of Anterior Cruciate Ligament Injuries among Competitive Alpine Skiers: A 25-year Investigation. The American Journal of Sports Medicine. Viitattu 14.10.2018 [https://www.researchgate.net/publication/6362342\\_The\\_Incidence\\_of\\_Anterior\\_Cruciate\\_Ligament\\_Injuries\\_Among\\_Competitive\\_Alpine\\_Skiers\\_A\\_25-year\\_Investigation](https://www.researchgate.net/publication/6362342_The_Incidence_of_Anterior_Cruciate_Ligament_Injuries_Among_Competitive_Alpine_Skiers_A_25-year_Investigation).

Reilly, T., Bangsbo, J. & Franks, A. 2000. Anthropometric and physiological predispositions for elite soccer. Journal of Sports Sciences. Viitattu 28.10.2018 [https://bib.irb.hr/datoteka/429754.Fitness\\_Profiling\\_in\\_Soccer\\_\\_Physiological\\_and.5.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/429754.Fitness_Profiling_in_Soccer__Physiological_and.5.pdf).

Renström, P., Peterson, L., Koistinen, J., Read, M., Mattson, J., Keurulainen, J. & Airaksinen O. 1994. Urheiluvammat: ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ristiniemi, J. 2007. Polven vammat. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 12.9.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2007/10/duo96483>.

Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa: Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Tammi.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Triangulaatio. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovaranto. Viitattu 29.11.2018 [https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_4.html](https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html).

Saari, S. 2000. Kuin salama kirkaalta taivaalta: Kriisit ja niistä selviytyminen. 4. painos. Helsinki: Otava.

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho, S. & Yli-Pirilä, P. 2009. Hädän hetkellä: Psykkisen ensiavun opas. Helsinki: Duodecim, Suomen Punainen Risti.

Saresvaara-Virtanen, M. & Ojala, B. 1993. Nivelten ja lihasten fysioterapia. Jyväskylä: Finnpublishers.

Shephard, R.J. 1999. Biology and Medicine of soccer: an update. *Journal of Sports Sciences*. Viitattu 15.10.2018 [https://www.researchgate.net/publication/12728573\\_Biology\\_and\\_medicine\\_of\\_soccer\\_An\\_update](https://www.researchgate.net/publication/12728573_Biology_and_medicine_of_soccer_An_update).

Shimokochi, Y. & Shultz, S. 2008. Mechanisms of noncontact anterior cruciate ligament injury. *Journal of Athletic Training* 4/2008. Viitattu 20.9.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2474820/>.

Sposis, G., Jukic, I., Ostojic, S.M. & Milanovic, D. 2009. Fitness Profiling in Soccer: Physical and Physiologic Characteristics of Elite Players. *Journal of Strength and Conditioning Research*. 7/2009, 1947- 1953. Viitattu 25.10.2018 [https://bib.irb.hr/datoteka/429754.Fitness\\_Profiling\\_in\\_Soccer\\_Physical\\_and.5.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/429754.Fitness_Profiling_in_Soccer_Physical_and.5.pdf).

Suomalainen, P., Sillanpää, P. & Järvelä, T. 2014. Eturistisiderepeämän hoito. *Aikakauskirja Duodecim* 2014. 5/2014, 489 – 494. Viitattu 19.10.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/5/duo11538>.

Suomen Palloliitto. 2018.

Viitattu 26.11.2018 <https://www.palloliitto.fi/jalkapalloperhe/palloliitto>.

Taylor, J. & Taylor, S. 1997. Psychological approaches to sports injury rehabilitation. USA, Gaitheburg.

Terveystalo 2016. Jalkapalloilija ei kolhuilta säästy. Viitattu 23.11.2018 <https://www.terveystalo.com/fi/Palvelut/Urheilijat-ja-aktiiviliikkuajat-Sport/Tietoa-urheiluterveydesta/Yleisimmat-vammat-Jalkapallo/>.

Theodorakis, Y., Beneca, A., Malliou, P. & Goudas, M. 1997. Examining psychological factors during injury rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*. Human Kinetics Publishers. Viitattu 29.9.2018 [http://lab.pe.uth.gr/psych/images/stories/publications/Injury\\_rehabilitation\\_theodorakis\\_et\\_al.pdf](http://lab.pe.uth.gr/psych/images/stories/publications/Injury_rehabilitation_theodorakis_et_al.pdf).

Käypä hoito -suositus. 2014. Traumaattinen stressihäiriö. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 21.11.2018 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50080>.

Tuomi, J. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 16.11.2018 <https://www.elibslibrary.com/book/9789520400118>.

Turner, A. & Stewart, P. 2014. Strength and Conditioning for Soccer Players. *Strenght & Conditioning Journal*. Viitattu 10.11.2018 [https://www.revdesportiva.pt/files/para\\_publicar/Strength\\_and\\_Conditioning\\_for\\_Soccer\\_Players.1.pdf](https://www.revdesportiva.pt/files/para_publicar/Strength_and_Conditioning_for_Soccer_Players.1.pdf).

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 20.11.2018 <https://www.elibslibrary.com/book/978-952-451-756-0>.

Walker, B. 2014. Urheiluvammat -ennaltaehkäisy, hoito, kuntoutus ja kinesioiteipaus. Lahti: VK-kustannus Oy.

Weinberg, R. S. & Gould, D. 2007. Foundations of sport and exercise psychology. 4th ed. Champaign (Ill.): Human Kinetics.

Wiese-Bjornstal, D. M. 2010. Psychology and socioculture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: a consensus statement. Scandinavian journal of medicine & science in sports.

## LIITTEET

Liite 1. Esitietolomake

Liite 2. Teemahaastattelu

Liite 3. Haastattelulupa

## LIITE 1. ESITIETOLOMAKE

Ennen tapaturmaa/loukkaantumista:

1. Millainen oli yleinen vireystilasi ennen loukkaantumista (fyysinen sekä henkinen)?
2. Millaisella alustalla tapaturma sattui?
3. Millaiset olosuhteet oli loukkaantumisen sattuessa (lämpötila, sää, ulkona, sisällä)?
4. Onko sinulla aiemmin ollut samanlaisia loukkaantumisia (millainen vamma ja koska)?

Tapaturman sattuessa:

1. Kuvaile lyhyesti loukkaantumistilannetta.
2. Minkälainen ensivaikutelma sinulla oli tapaturmasta/vammasta (tiedositko vamman vakavuuden)?
3. Minkälaista tukea sait tässä vaiheessa (joukkueelta että joukkueen ulkopuolelta)?

Tapaturman tulosten odottaminen:

1. Millaisia ajatuksia liikkui päässäsi (aikavälillä tapaturma - ortopedikäynti)?
2. Millaista tukea sait tässä vaiheessa?

Tulosten jälkeen:

1. Mikä oli ensireaktio, kun kuulit vamman vakavuuden?
2. Miten tulokset vaikuttivat arkielämään (näkyikö se mielentilassa)?
3. Tulosten kuuleminen - helpottiko vai pahensiko olotilaa, miksi?
4. Miten vamman vakavuus näkyi tuen saannissa tässä vaiheessa?
5. Miten joukkuekaverit reagoivat tuloksiin?
6. Miten joukkuekavereiden tuki vaikutti omaan jaksamiseen?

Leikkausta ennen:

1. Millä perusteella valitsit leikkauspaikan ja leikkaavan lääkärin?
2. Jos pääsit/et päässyt haluamaasi paikkaan, miten se vaikutti mielentilaasi?
3. Miten asennoiduit leikkausta varten?
4. Millaisia tunteita tuleva leikkaus sinussa herätti (tunnetilat - positiivisia/negatiivisia)?

## LIITE 2. TEEMAHAASTATTELU

1. Millaista tukea olet saanut psyykkiseen kuntoutumiseen?
2. Miten sinä näet henkisen kuntoutumisen?
  - a) Miten näet kertomasi toteutuneen kohdallasi?
  - b) Millaisia eroja näet psyykkisessä kuntoutumisessa verrattuna alkuun ja loppuun?
  - c) Millaista psyykkisen puolen tukea olisit kaivannut?
    - i. Mikä olisi vienyt sinua parhaiten eteenpäin?
    - ii. Missä vaiheessa eniten olisit kaivannut tukea?
3. Jos ajatellaan tilanne, että et olisi asemassasi saanut psyykkiseen kuntoutumiseen apua tai tukea, miten näkisit asian nyt, jos olisit saanut?
4. Jos ajatellaan tilanne, että olisit asemassasi saanut psyykkiseen kuntoutumiseen apua tai tukea, miten näkisit asian nyt, jos et olisi saanut?
5. Millä tavalla fyysisen kuntoutuksen eri tilanteet (takapakit ja askeleet eteenpäin) ovat vaikuttaneet psyykkiseen hyvinvointiin?
  - a) Mikä oli psyykkisesti vaikeinta kuntoutumisprosessissa?
    - i. Mikä/kuka auttoi näissä tilanteissa?
6. Millaisia pelkotiloja/kammoja sinulla on jäänyt vamman jälkeen?
  - a) Miten pääsit eroon tästä?
  - b) Miten koet, että tulet siitä yli pääsemään?
    - i. Millaista tukea siihen tarvitsisit?
7. Onko kuntoutumisen aikana ollut millaisia trauman vaiheita?

## LIITE 3. HAASTATTELULUPA

Täten annan suostumukseni osallistua Artturi Siepin ja Arttu Härkösen opinnäytetyön haastatteluun. Sieppi ja Härkönen tutkivat opinnäytetyössään pelaajien psyykkistä kuntoutumista traumaperäisen eturistisidevamman jälkeen.

Opinnäytetyö valmistuu Lapin ammattikorkeakoulun liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelmalle.

Haastattelu tehdään täysin anonymina yksityishenkilönä eikä haastateltavan henkilön henkilöllisyys tule esille haastattelun tai opinnäytetyön muun aineiston perusteella. Tutkijat saavat käyttää haastatteluaineistoa vapaasti opinnäytetyötänsä varten. Haastateltava henkilö saa halutessaan keskeyttää haastattelukysymyksiin vastaamisen.

Artturi Sieppi

---

Arttu Härkönen

---

Päivämäärä

---

Haastateltava

---

Allekirjoitus

---