

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, Lappeenranta  
Fysioterapian koulutusohjelma

Hanna Nöjd

# **MASENTUNEIDEN KOKEMUKSIA YKSILÖ- FYSIOTERAPIAJAKSOSTA ETELÄ-KARJALAN KESKUSSAIRAALASSA**

Opinnäytetyö 2011

## TIIVISTELMÄ

Hanna Nöjd

Masentuneiden kokemuksia yksilöfysioterapiajaksosta Etelä-Karjalan keskus-sairaalassa, 56 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, fysioterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2011

Ohjaajat: yliopettaja Kari Kauranen, fysioterapeutti Pasi Harmanen ja fysio-terapeutti Eeva-Liisa Rautamies

Tämän kvalitatiivisen opinnäytetyön tavoitteena oli kuvailla masentuneiden kokemuksia yksilöfysioterapiajaksosta, jonka he aloittivat ollessaan Etelä-Karjalan keskussairaalan aikuispsykiatrian osastolla. Työssä selvitettiin masentuneiden kokemuksia vuorovaikutuksesta fysioterapeutin kanssa, terapeutisesta harjoittelusta sekä manuaalisesta terapiasta ja fysioterapeutin kosketuksesta. Lisäksi tutkimushenkilöitä pyydettiin nimeämään fysioterapian osa-alue, josta he tunsivat hyötynensä eniten omassa arjessa jaksamisessaan suhteessa oireisiinsa. Masentuneiden kokemusten kuvausta voidaan käyttää hyväksi psykofyysisen fysioterapian laadun ja vaikuttavuuden kehittämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin haastattelemalla kahta vaikean masennuksen sairastanutta naista, jotka olivat ottaneet työn tekijään yhteyden saatuaan heitä hoitaneiden fysioterapeuttien lähettämät saatekirjeet. Haastatteluja oli tarkoitus tehdä 3–5, mutta vapaaehtoisia osallistujia ei ilmoittautunut enempää. Haastateltavat olivat 18- ja 58-vuotiaita. Heillä oli takanaan kolme masennusjaksoa ja yli 35 fysioterapiakäyntiä viimeisellä masennusjaksollaan. Teemahaastattelut suoritettiin huhtikuussa 2011. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin, minkä jälkeen ne analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Masentuneet pitivät fysioterapiaa voimavaralähtöisenä ja progressiivisena tavoitteiden täyttämisenä. Vuorovaikutuksen fysioterapeutin kanssa he tunsivat vapautuneeksi, luottamukselliseksi ja turvalliseksi. Terapeuttinen harjoittelu oli masentuneiden kokemusten mukaan hyödyllistä, vaativaa mutta palkitsevaa, miellyttävää, mielenkiintoista ja yksilöllistä. Manuaalista terapiaa ja fysioterapeutin kosketusta pidettiin turvallisenä, rentouttavana ja lihashuollollisena. Hyödyllisin näistä osa-alueista oli toisen haastateltavan mielestä vuorovaikutus ja toinen kuvasi kokonaisuutta hyödylliseksi.

Jatkotutkimusmahdollisuuksia tästä aiheesta olisivat esimerkiksi samankaltainen haastattelututkimus suuremmalla otoksella ja laajemman esitutkimuksen jälkeen mahdollisesti kvantitatiivisesti strukturoidulla kyselylomakkeella. Lisäksi jatkotutkimuksia olisi aiheellista tehdä siitä, miksi masentunut ei aina edes halua voida paremmin sekä siitä, miten fysioterapian hyödyt erityisesti terapeuttisen harjoittelun eri osa-alueilta saataisiin pysyvämmiksi potilaiden arkeen, jolloin fysioterapiasta saatuja keinoja osattaisiin käyttää hyväksi myös mahdollisen masennuksen uusiutumisen aikana.

Asiasanat: masennus, psykofyysinen fysioterapia, kokemukset

## ABSTRACT

Hanna Nöjd

Experiences of depressed clients with an individual period of physiotherapy in the South Karelia Central Hospital, 56 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Physiotherapy

Bachelor's Thesis 2011

Instructors: Principal Lecturer Dr. Kari Kauranen, and Physiotherapist Pasi

Harmanen, Physiotherapist Eeva-Liisa Rautamies

The purpose of this qualitative study was to describe the experiences of depressed clients with an individual period of physiotherapy started while being treated on the adult psychiatric unit of the South Karelia Central Hospital. The experiences of depressed clients about interaction with the physiotherapist, about therapeutic exercise, and about manual therapy including touch were researched. In addition, they were asked to define the aspect of physiotherapy that was most helpful for them in their daily lives related to their symptoms. This description of experiences of depressed clients can be used in the development of the quality and the effectiveness of psychophysical physiotherapy.

The thesis was carried out by interviewing two women who had severe depression. They had made contact with the researcher after receiving a cover letter from the physiotherapist who had treated them. The interviewees were 18 and 58 years old. They had gone through three periods of depression and had had over 35 sessions of physiotherapy the last time they had depression. Theme interviews were done in April of 2011. The interviews were recorded and transcribed. After that they were analysed using content based analysis.

The depressed clients experienced physiotherapy to be resource and goal oriented. Interaction with the physiotherapist was described as liberating, confidential and safe. According to their experiences, therapeutic exercise was helpful, demanding but rewarding, enjoyable, interesting and individualised. Manual therapy and the physiotherapists' touch was safe, relaxing and muscle mending. The most helpful of these aspects of physiotherapy was interaction according to one examinee. The other client reported that the totality of the physiotherapy was helpful.

In the future this same topic might be researched using a larger group of interviewees, and after doing a more extensive pre-study, a quantitative study could be done with a structured questionnaire. Further studies should be made about why people with depression don't even want to feel better and how the benefits of physiotherapy, especially the benefits of different parts of therapeutic exercise, could last longer in the patients' daily living and be used again in case of relapse.

Keywords: Depression, Experiences, Psychophysical Physiotherapy

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO.....	5
2 MASENNUS.....	7
2.1 Määritelmä ja oireet.....	7
2.2 Etiologia.....	9
2.3 Hoito.....	9
3 FYSIOTERAPIA MASENNUSTILOJEN HOIDOSSA.....	12
3.1 Vuorovaikutus.....	14
3.2 Terapeuttinen harjoittelu.....	16
3.2.1 Hengitys-, rentoutus- ja liikkuvuusharjoitukset.....	17
3.2.2 Kehontuntemisen ja -tietoisuuden harjoittaminen.....	19
3.2.3 Liikunta.....	21
3.3 Manuaalinen terapia.....	29
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	32
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	33
5.1 Toteutuksen aikataulu.....	34
5.2 Menetelmät ja käytännön toteutus.....	35
5.3 Tutkimushenkilöt.....	35
5.4 Aineiston keruu.....	36
5.5 Aineiston analyysi.....	38
5.6 Opinnäytetyön luotettavuus.....	39
6 OPINNÄYTETYÖHÖN LIITTYVÄT EETTISET NÄKÖKOHDAT.....	41
7 TUTKIMUSTULOKSET.....	42
7.1 Masentuneiden kokemuksia yksilöfysioterapiajaksoista.....	42
7.1.1 Masentuneiden kokemuksia vuorovaikutuksesta fysioterapeutin kanssa.....	43
7.1.2 Masentuneiden kokemuksia terapeuttisesta harjoittelusta.....	43
7.1.3 Masentuneiden kokemuksia manuaalisesta terapiasta ja fysioterapeutin kosketuksesta.....	45
7.2 Masentuneiden kokemuksia fysioterapian hyödyllisimmästä osa-alueesta.....	46
8 POHDINTA.....	47
8.1 Tavoite.....	47
8.2 Teoreettisen viitekehyksen tukemat tulokset.....	48
8.3 Kehitysideat ja jatkotutkimusaiheet.....	50
8.4 Opinnäytetyöprosessin arviointi.....	51
LÄHTEET.....	52

## LIITTEET

- Liite 1 Vakavan masennuksen diagnostiset kriteerit
- Liite 2 Saatekirje ja suostumuslomake tutkittaville
- Liite 3 Haastattelun runko
- Liite 4 Aineiston analyysimalli

## 1 JOHDANTO

Mielenterveyden häiriöt ovat suuri kansanterveysongelma, josta kärsii 20–25 % suomalaisista. Vakava masennustila on 5 %:lla väestöstä, naisilla 1,5–2 kertaa yleisemmin kuin miehillä. Tämän lisäksi masentuneesta mielialasta kärsii noin 15 % väestöstä hakeutumatta hoitoon. (Isometsä 1999; Aromaa & Koskinen 2002, 53, 131; Depressio: Käypä hoito -suositus 2010.) Tilanne oli sama jo 20 vuotta sitten, vaikka kokonaisuutena suomalaisten aikuisten terveys ja toimintakyky ovat tällä ajalla merkittävästi parantuneet (Aromaa & Koskinen 2002, 112, 119, 137, 142–143). Noin puolella psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaista on depressio (Depressio: Käypä hoito -suositus 2010). Mielenterveysongelmat tulevat myös yhteiskunnalle kalliiksi. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkettä saavista 44,7 % saa sitä mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi (Eläketurvakeskus 2010). Depressiolääkkeiden käyttö on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa (Lönngqvist 2006, 4). KELA maksoi vuonna 2009 yli 125 miljoonaa euroa sairauspäivärahoja pelkästään mielialahäiriöiden (tautiluokitukset F30–39) vuoksi (Valle 2010, 157). Masennusoireyhtymät ovat myös tärkeimpiä itsemurhiin liittyvistä mielenterveyden häiriöistä. Vuosittain Suomessa lähes 1000 masennustilasta kärsivää tekee itsemurhan. (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä, Marttunen & Heikkinen 2006, 595.)

Masentuneet ihmiset ovat kokeneet, että eri terveydenhuoltopalvelut vastaavat masentuneen ihmisen hoidolliseen tarpeeseen vain osittain jättäen kohtaamatta ihmisen kokonaisuutena. Masennuspotilailla on usein psyykkisten oireiden lisäksi ruumiillisia tuntemuksia – heidän ruumiinsa puhuu, kun sanoja ei löydy tunteille. Ruumiillisuuden lähtökohdasta, masennuspotilaalle todellisella kielellä, on psykofyysisellä fysioterapialla oivalliset mahdollisuudet auttaa masentunutta löytämään yhteys kehon ja mielen välille. (Kanstren & Pind 2002, 53–54.)

Itselleni oli tärkeää tehdä työelämän tarpeista lähtöisin oleva opinnäytetyö mielenterveyttä tukevan fysioterapian alalta, joten otin yhteyttä Etelä-Karjalan keskussairaalan (EKKS) Kuntoutuskeskuksen fysioterapiaosastoon. Psykofyysisen fysioterapian tiimistä fysioterapeutit Eeva-Liisa Rautamies ja Pasi

Harmanen auttoivat minua kehittämään ideaani ja heidän toiveidensa pohjalta työni aiheeksi muodostui masentuneen kokemukset fysioterapiasta. Tämän opinnäytetyön tekemisen kautta tutustuin mielenterveyttä tukevaan fysioterapiaan, fysioterapian käyttöön masennuspotilaiden kuntoutuksessa psykiatriassa erikoissairaanhoidossa sekä masennuspotilaiden näkemyksiin fysioterapian vaikutuksista. Liikunnan vaikutuksia masennuspotilaisiin on tutkittu paljon ja sen hyödyistä on selvää näyttöä. Tutkimuksia fysioterapiasta masennuksen hoitomuotona ei kuitenkaan ole monia. Psykofyysisestä fysioterapiasta on tehty jonkin verran opinnäytetöitä ja tutkielmia Bunkanin ja Roxendalin teoreettisten ajatusten pohjalta (Oittinen 2009, 134). Fysioterapian suhdetta muihin hoitoihin olisi tärkeää tutkia.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvailla kuinka masentunut potilas kokee EKKS:n aikuispsykiatrian osastoilla ollessaan aloittamansa fysioterapian. Minkä elementtien tai osa-alueiden fysioterapiassa potilas tuntee hyödyttäneen häntä eniten, mikä asema on kosketusta sisältävällä vuorovaikutuksella, millaisia keinoja tai voimavaroja hän saanut fysioterapiasta oireidensa käsittelyyn ja miten hän tuntee fysioterapiasta olevan hyötyä myös pidemmällä tähtäimellä. Fysioterapeutit ja myös muut masennuspotilaiden parissa työskentelevät voivat käyttää tutkimustuloksia apuna oman työnsä arvioimiseen ja kehittämiseen.

## 2 MASENNUS

### 2.1 Määritelmä ja oireet

Sanaa masennus käytetään eri merkityksissä. Masennus on ihmisen perusreaktio henkiseen pahoinvointiin ja psyykkiseen kipuun. Masentunut tunnetila kuuluu normaaliin tunne-elämään luonnollisena reaktiona menetyksen tai pettymyksen kokemuksiin ja sillä on ihmiselle tärkeä elämän olosuhteisiin sopeuttava merkitys. (Isometsä 2008, 157; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 435.) Masentunut mieliala on edellistä pysyvämmäksi muuttunut masentunut tunnevire, joka voi kestää yhtäjaksoisesti päivistä vuosiin. Masennusoireyhtymistä tai masennustiloista, jotka ovat mielenterveyden häiriöitä, puhutaan vasta, kun masentuneen mielialan lisäksi esiintyy muita siihen liittyviä oireita. Oireiden ja yleisen vaikeusasteen perusteella masennusoireyhtymät jaotellaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin sekä pitkäaikaisiin ja toistuviin. (Isometsä 2008, 157–160.)

Diagnoosia varten masennustilan kliinisesti merkittävien oireiden on esiinnyttävä vähintään kahden viikon ajan. Oireina on todettava vähintään kaksi seuraavista: masentunut mieliala, kiinnostuksen tai mielihyvän menetys ja vähentyneet voimavarat tai uupumus. Yhteensä oireita on oltava vähintään neljä ottaen huomioon seuraavat vaihtoehdot: itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen, kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne, toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös, päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne, psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys, unihäiriö sekä ruokahalun ja painon muutos. Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10. Psykoottisessa masennustilassa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä. Lievään masennukseen liittyy kärsimystä, mutta toimintakyky on yleensä säilynyt. Keskivaikea masennus huonontaa yleensä toimintakykyä jo selvästi ja vaikeasta masennuksesta kärsivä tarvitsee usein apua päivittäisissä toimissaan. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2010.)

Suomessa käytetään virallisena tautiluokituksena WHO:n ICD-10-luokitusta, mutta kansainvälisessä tutkimus- ja opetuskäytännössä Amerikan Psykiatriyhdistyksen kehittämä DSM-IV-luokitus (Liite 1) on saanut johtavan diagnoosijärjestelmän aseman. Vakavan masennustilan diagnosoinnin osalta nämä eivät eroa toisistaan kovin merkittävästi (DSM-IV vaatii yhden oireen enemmän diagnoosin asettamiseen). (Isometsä 2008, 157–158.)

Psyykkiset häiriöt ilmaistaan kehon välityksellä ja koetaan kehossa. Psyykkisten oireiden lisäksi masennuspotilailla onkin usein myös fyysisiä tuntemuksia, kuten kipua, särkyä, jännitystä, hikoilua ja vapinaa eri puolilla ruumistaan. Masentunut henkilö on usein fyysisesti passiivinen ja voimaton. Liikkeet voivat olla hitaita, eleiden ja ilmeiden käyttö vähäistä. Ahdistuneisuus ja tuskaisuus voivat ilmetä ruumiillisena levottomuutena, rauhattomuutena ja jännitteisyytenä sekä masennuksen ahdistuneen vaiheen pitkittyessä verenpaineen kohoamisena. Masentunut ihminen voi tuntea päänsärkyä, huimausta, vatsavaivoja, erilaisia tuntohäiriöitä, näön hämärtymistä sekä ihon kutinaa ja kuivumista, jopa sydämentykytystä ja rintakipuja. (Tamminen 1996, Kanstren & Pindin 2002, 5, mukaan; Talvitie ym. 2006, 436; Herrala, Kahrola & Sandström 2008.)

Suhteellisen tavallista masennuspotilaalla onkin vakaumuksenluonteinen vahva luulo siitä, että hän sairastaa jotain vakavaa somaattista sairautta. Perusterveydenhoitoon hakeutuvat valittavatkin usein somaattisia oireita masentuneen mielialan sijasta, koska aliarvioivat psyykkisten oireidensa vakavuuden ja pelkäävät mielenterveysongelmaiseksi leimautumista (Depressio: Käypä hoito -suositus 2010). Masentuneen ihmisen kiputiloille on siis tyypillistä, ettei hän tiedosta olevansa masentunut. Kiputilat voivat aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta, mikä voi ilmetä mm. hengityksen pidättämisenä ja pallean jännitysten lisääntymisenä. Masennus voi näin aiheuttaa ensisijaisesti kipua ja pitkään jatkuneet kiputilat taas masennusta. (Vainio 1996, Kanstren & Pindin 2002,10, mukaan; Talvitie ym. 2006, 436.)

Myös masentuneen suhtautuminen omaan ruumiiseen voi muuttua. Ruumis voidaan kokea painavana, raskaana, hitaana, väsyneenä ja voimattomana. Toisaalta ruumis voi olla aktiivaatitasoltaan herkkä, mikä ilmenee hengityksen kiih-



tymisenä tai pidättämisenä, lihasjännityksenä ja rentoutumisen vaikeutena. Masentunut potilas voi olla jopa täysin vieraantunut omasta ruumiistaan ja/tai sen kokemuksista, mikä koetaan tunnottomuutena, ruumiillisten kokemusten huomioidettavuutena ja vastenmielisyytenä omaa ruumista kohtaan. (Kanstren & Pind 2002, 17–35.)

## **2.2 Etiologia**

Masennustilojen taustatekijöinä voivat olla perintötekijät, altistavat persoonallisuuden piirteet, hermovälittäjäaineiden muutokset (mm. noradrenaliiniin, serotoniiniin ja dopamiiniin liittyvä hermovälityksen vajaatoiminta), hormoni-poikkeavuudet sekä aivojen rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset. Perinnöllinen alttius nähdään sitä merkittävämpänä tekijänä, mitä vaikeampia ja toistuvampia masennusjaksot ovat. Psykologisten teorioiden mukaan syinä voivat olla ristiriita henkilön minäihanteen ja todellisen minän välillä, varhaislapsuuden pettymysten aiheuttama psyykkisten rakenteiden kehityshäiriö sekä opitut negatiivisesti vääristyneet ajattelumallit. Psykososiaaliset taustatekijät, kuten elämänmuutokset ja psykososiaalinen stressi synnyttävät, ylläpitävät ja vahvistavat masentunutta mielialaa. Arviolta 66–75 % masennustiloista ilmaantuukin merkittävän elämäntapahtuman jälkeen (esim. avioero, omaisen kuolema, työttömäksi jääminen). Masennustilojen synty on joka tapauksessa ajassa etenevä monitekijäinen prosessi. (Isometsä 2008, 168–182; Talvitie ym. 2006, 435; Depressio: Käypä hoito -suositus 2010.)

## **2.3 Hoito**

Masennustilojen hoidon tavoitteena on vähentää masennusoireita, sairastuvuutta ja kuolleisuutta sekä parantaa mielialaa, sosiaalista toiminnallisuutta ja elämänlaatua vähentäen masennustilan uusiutuvuutta (Donaghy & Durward 2000, 10). Masennustilojen etiologia on monitekijäinen ja oireet havaittavissa sekä potilaan käyttäytymisessä ja sosiaalisissa suhteissa että keskushermoston ja hormonaalisten järjestelmien toiminnassa. Siksi niiden hoidossa voidaankin käyttää biologisia, psykologisia tai potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia

menetelmiä, joista jokaisella on paikkansa eriasteisten masennustilojen hoidossa. Potilaan tulee saada ainakin yhtä vaikuttavaksi osoitettua hoitoa, mutta paras tulos saadaan usein hoitomuotoja yhdistämällä. Masennuspotilaan hoidon akuuttivaiheessa pyritään mahdollisimman pikaiseen ja täydelliseen toipumiseen, puolen vuoden jatkohoitovaiheessa ja mahdollisella myöhemmällä ylläpitoehdolla on tavoitteena estää sairauden uusiutuminen. (Isometsä 2008, 181–182.) Hoitomuodoista riippumatta depressiopotilas tarvitsee säännöllistä seurantaa akuuttivaiheen aikana sekä vähintään puolen vuoden ajan oireiden loputtua (Depressio: Käypä hoito -suositus 2010).

Antidepressiivinen lääkehoito on yksi masennustilojen tehokkaimmista hoitomuodoista ja sen vaikuttavuudesta on vahva tieteellinen näyttö. Lääkehoito on sitä tärkeämpää, mitä vaikeammasta masennustilasta on kysymys. Vaikeassa tai psykoottisessa depressiossa käytetään aina lääkehoitoa. Keskivaikeassa masennustilassa lääkehoito on yleensä tarpeen ja lievässäkin usein aiheellinen, vaikka sen sijasta voidaan näissä tapauksissa käyttää psykoterapiaa, joka on yhtä tehokas oireiden lievittäjä. Lääkehoito ja psykoterapia yhtäaikaisesti käytettynä on kuitenkin tehokkaampaa kuin kumpikin yksinään. (Isometsä 2008, 182–185; Depressio: Käypä hoito -suositus 2010.)

Vaikeissa masennustiloissa aivojen sähköhoito on vähintään yhtä tehokas kuin lääkehoito. Sitä käytetään tehokkaana myös psykoottisessa depressiossa sekä harkitusti keskivaikeassa, lääkekokeiluille resistensseissä tapauksissa. Sähköhoitoa annetaan yleensä psykiatrisen sairaalahoidon yhteydessä, koska se vaatii nukutuksen laskimon sisäisen anestesian avulla. Masennuslääkehoidon tehoa vastaa myös transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito (TMS), joka on turvallinen hoitomuoto, ja siinä on vain vähän haittavaikutuksia. Sen käytön keskeiset rajoitukset liittyvät saatavuuteen ja laitekustannuksiin. Vagaalinen hermo-stimulaatio ja syvä aivostimulaatio ovat uusia neuromodulaatioon perustuvia hoitomuotoja, joiden asemaa vasta punnitaan. Kaamosmasennuksen vaikuttavana hoitona käytetään kirkasvalohoitoa. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2010.)

Depression hoidossa psykoterapioiden tavoitteena on saada potilas toipumaan ja hänen toimintakykynsä paranemaan vaikuttamalla masennusta ylläpitäviin mielikuviin, ajattelumalleihin, tunne-elämään, minä-käsitykseen ja toimintatapoihin. Psykoterapiat perustuvat teoreettisiin malleihin, joista johdettuja, tutkittuja kliinisiä käytäntöjä sovelletaan terapiassa. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2010.) Psykoanalyttinen eli psykodynaaminen lyhytpsykoterapia vaikuttaa hyödylliseltä lievästä tai keskivaikeasta masennuksesta kärsiville, mutta kognitiivinen lyhytpsykoterapia on heille tieteellisesti vahvempi vaihtoehto. Avohoitopotilaille on suunnattu interpersonaalista psykoterapiaa sekä ongelmanratkaisuhuoltoja. Psykodynaamisten, kognitiivisten, interpersonaalisten ja ongelmanratkaisuterapioiden välillä ei ilmeisesti ole kliinisesti merkittävää vaikuttavuuseroa. (Isometsä 2008, 189–192; Depressio: Käypä hoito -suositus 2010.)

Osana kokonaisuhoitoa voidaan käyttää myös supportiivista terapiaa, pari- ja perheterapiaa tai luovia terapiamuotoja, kuten musiikki- ja taidepsykoterapiaa. Terapioiden toteutuksessa voidaan käyttää ryhmäterapiasovelluksia sekä tarpeen vaatiessa etäyhteyksiä, esimerkiksi puhelinta tai Internet-yhteyttä. Keskimäärin vain puolet potilaista toipuu masennuksesta 4–6 kuukauden lyhytterapiaan jälkeen, vaikka valtaosalla hoitovaste on myönteinen. Pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia on ilmeisesti käyttökelpoinen, etenkin silloin kun kyseessä on komplisoitunut tai pitkäaikainen oireilu tai potilaalla on samanaikainen muu mielenterveyshäiriö. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2010.)

Masennuksen hoidossa onkin otettava huomioon se, että masennuksen vuoksi hoitoa hakevista enemmistö kärsii samanaikaisesti myös jostakin muusta psyykkisestä oireyhtymästä, kuten ahdistuneisuus-, persoonallisuus- tai päihdehäiriöstä. Noin puolella masennuspotilaista esiintyy ahdistuneisuushäiriö, joista tyypillisiä ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, eräät muut pelkotilat ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Depression kanssa samanaikainen ahdistuneisuushäiriö yleensä heikentää erityisesti psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua. (Isometsä 2008, 157–195; Depressio: Käypä hoito -suositus 2010.)

Useimmista edellisistä hoitomuodoista on saatu satunnaistetuista kliinisistä tutkimuksista vahva näyttö, mutta näiden lisäksi masennustilojen oireita hoidetaan myös muilla vähemmän tutkituilla menetelmillä, kuten fysio-, toiminta-, musiikki- ja/tai taideterapialla sekä liikunnan- ja/tai toiminnanohjauksella.

### **3 FYSIOTERAPIA MASENNUSTILOJEN HOIDOSSA**

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala tavoitteenaan ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Sen pääasiallisia osatavoitteita ovat kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressinhallinta, kehonkuvan eheytyminen sekä kehonhallinnan, vuorovaikutuksen ja itsetuntemuksen lisääntyminen. (Psyfy ry. 2005.)

Psykofyysisen fysioterapian perusajatuksena on ihmisen kehon, mielen ja ympäristön erottamaton yhteys toisiinsa – keho reagoi tunteisiin fysiologisella muutoksella, ja tunteet ovat kehossa ruumiillisina kokemuksina, yhteen osaluueeseen vaikuttaminen heijastuu kokonaisuuteen. Siksi fysioterapian tavoitteena onkin eheyttää ihmistä kokonaisvaltaisesti, palauttaa elämänhalua sisäistä hyvinvointia lisäämällä ja erityisesti saada potilas työskentelemään itsensä kanssa voimavarojensa löytämiseksi. Tarkemmat tavoitteet määräytyvät kuntoutujan valmiuksien, voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan, eivätkä yksittäisestä oireesta käsin. Yksilön paras suoja on oman itsensä tunteminen. Psykofyysisen fysioterapian pyrkimyksenä on auttaa potilasta saavuttamaan paremman kontaktin itseensä ja ymmärtämään oireidensa merkityksiä, jolloin ongelmat on mahdollista kohdata. (Monsen 1992; Jaakkola 1999, 40; Roxendal & Winberg 2003; Wickström 2004; Psyfy ry. 2005; Herrala ym. 2008.)

Arviointi- ja tutkimismenetelmiä psykofyysisessä fysioterapiassa ovat haastattelu, havainnointi ja mittaaminen. Arvioita tehdään mm. kivusta, jännittyneisyydestä, hengityksestä, asennoista, liikkuvuudesta, liikkeen hallinnasta ja joustavuudesta, rentoutumiskyvystä, kehonkuvasta sekä vuorovaikutuksesta, kommunikoinnista ja äänen käytöstä. Samalla voidaan huomioida potilaan tutkimis-

tilanteeseen kohdistuva psyykinen reagointi sekä autonomisen hermoston reaktiot. Potilaan voimavaroja voidaan arvioida motivaation, hengityksen, liike- taitojen, tuntemusten ilmaisukykyyn, aloitteisuuden ja jaksamisen näkökulmista. Myös Bunkanin ruumiillinen voimavarakartoitus on monipuolinen, käytännöllinen ja luotettavaksi todettu mittari, kun testajana on kokenut fysioterapeutti. Lisäksi voimavarojen arvioinnissa voidaan käyttää Roxendalin kehittämää liiketestiä. Fysioterapian tulosten arvioinnissa merkittävää on myös potilaan itse kokema muutos. (Jaakkola 1999, 10, 42, 97–98; Bunkan 2003, 43; Psyfy ry. 2005.)

Psykofyysinen fysioterapia perustuu elämyksiin ja kokemukselliseen oppimi- seen, joilla tuodaan selviytymiskeinoja arkielämään. Asentotottumukset, lihas- ten jännitystaso ja kehon reaktiot antavat ihmiselle sisäisiä viestejä tämän toi- mintakyvystä. Terapian avulla ihminen saa mahdollisuuden kokea, tunnistaa ja hyväksyä kehollisuuttaan hengityksen, asentojen ja liikkumisen nostattamien tunteiden, ajatusten ja kokemusten kautta. Kehontuntemus onkin psykofyysisen fysioterapian tärkein elementti sisältäen suhteen alustaan, keskilinjan, liike- keskuksen, hengityksen ja liikkeen virtauksen. Kehontuntemus ja yhteys tuntei- siin mahdollistavat oman elämän hallinnan ja lisäävät kykyä tehdä itselle oikeita valintoja. (Roxendal 1987, Lähteenmäen & Jaakkolan 2005 mukaan; Roxendal & Winberg 2003; Wickström 2004; Psyfy ry. 2005; Herrala ym. 2008.)

Fysioterapiaa käytetään masennustilojen hoidossa yleensä lääkehoidon ja psy- koterapian rinnalla, joten myös sen vaikuttavuutta tulisi arvioida moni- tieteellisestä näkökulmasta. Biopsykososiaalisen mallin perusteella fysio- terapeuttisina menetelminä käytetään rentoutumistekniikoita ja hengitys- harjoituksia, liikuntaa, kroonisen ja akuutin kivun hallintaa, vesiterapiaa, manu- aalista terapiaa, elämäntapaneuvontaa, tasapainon, ryhdin ja liikkeiden uudel- leen opettamista, vuorovaikutusta vahvistavia harjoitteita sekä toiminnallisia harjoituksia. Erityisesti lihasjännityksistä kärsivillä jännityksen ja rentouden väli- sen eron tunnistaminen helpottaa oman kehon hahmottamista. Fysioterapeutilla on tärkeä tehtävä potilaan hoidossa kehon ja mielen yhdistäjänä. (Donaghty & Durward 2000, 3–4; Psyfy ry. 2005; Talvitie ym. 2006, 437.)

Masentunut potilas tarvitsee hyväksyntää, tilaa tunteiden ilmaisemiselle ja lupaa vain olla. Koska potilaan voimavarat ovat vähäiset, fysioterapia voi alkuun olla hoitavaa, esimerkiksi hierontaa ja kosketusrentoutusta. Näin fysioterapialla voidaan opettaa potilaalle hyvän olon tuntemusten sallimista itselleen. Myös kipuhoidon tuoma kivuton hetki antaa mahdollisuuden kokea kehoaan positiivisemmin. Passiivisista hoidoista edetään sitten hiljalleen, potilaan voimavarojen mukaan, kohti omavastuisempaa toimintaa. (Jaakkola 1999.)

### **3.1 Vuorovaikutus**

Vuorovaikutus voidaan määritellä eri osapuolien väliseksi jatkuvaksi ja tilannesidonnaiseksi tulkinnaiksi, jonka aikana viestitään asioita, luodaan yhteyksiä, vaikutetaan ja saadaan palautetta. Sosiaalisissa suhteissa ja tilanteissa vastavuoroinen viestintä on välttämätöntä. Tärkeää on viestin vastaanottaminen ja tulkinta. Voimavarat, tarpeet, taidot ja maailmankatsomus luovat viestinnän osapuolille kulloisessakin tilanteessa vuorovaikutusta tukevan tai estävän perustan. (Herrala ym. 2008, 146–147.)

Vuorovaikutuksessa perusajatuksena on, että fysioterapeutti auttaa tuomaan esille kuntoutujan tarvitsemat voimavarat, joten keskeistä on potilaan senhetkisten voimavarojen huomioon ottaminen. Fysioterapeutin ja potilaan kohtaamisessa heidän välilleen muodostuu silta, jonka kautta keskustelu ja terapiasuhde voi kehittyä ja syventyä. Kohtaaminen vaatii vastavuoroisuutta ja yllättävääkin molemminpuolista keskustelua. Siksi fysioterapeutin täytyy esiintyä persoonana, jotta kuntoutujalla on joku, jonka kohdata. Tällöin fysioterapeutilla on myös oltava käsitys omasta identiteetistään ja ihmiskäsityksestään, jotta hän voi huomioida ja arvioida niiden vaikutukset toimintaansa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 154, 158; Kanstren & Pind 2002, 10–11.)

Masentuneen ihmisen kohtaamisessa fysioterapeutin täytyy astua alas perinteisestä tietäjän ja aktiivisen opastajan roolistaan ja siedettävä siihen liittyvä ahdistuksensa. Fysioterapeutti ei voi ratkaista ongelmia kuntoutujan puolesta, vaan kunnioittaa potilaan valmiutta kehotyöskentelyyn. Kehon ilmaisu tulee syvältä

ihmisen sisältä, omaan tahtiinsa, pakottamatta. Tunneyhteyden löytäminen oiretta aiheuttaviin asioihin vaatiikin aikaa ja molemminpuolista luottamusta potilaan ja terapeutin välillä. (Miikkulainen 1999, Lähteenmäen & Jaakkolan 2005 mukaan.)

Psykosomaattiset oireet ilmentävät oman elämäntilanteen hallitsemattomuutta. Vuorovaikutus on tässä tärkeä hoidollinen toimenpide. Toisaalta fysioterapeutin täytyy muistaa, ettei potilas välttämättä ole valmis tiedostamaan oireidensa tunneperäisyyttä, ja että monille fyysiset oireet voivat olla kivuista huolimatta helpompia kestää kuin psyykkisesti ahdistavat tai hajottavat tunteet. Kun oireisiin vaikuttavat tekijät muuttuvat ja potilas kokee itsensä ja elämäntilanteensa uudella tavalla, myös hänen motivaationsa paranee. Terapeutin tehtävänä on löytää se toivo, jonka kautta tulevaisuus olisi nykyhetkeä helpompi. Joskus se voi olla kykyä luopua ja antaa asioiden olla. (Wickström 2004.)

Masentuneen ihmisen kanssa kontaktin syntyminen voi olla hidasta, jos hän on menettänyt kontaktin toisiin ihmisiin eristäytyneisyytensä vuoksi. Masentuneena puhuminen ja vuorovaikutuksessa oleminen ei tunnu yhtä helpolta ja mielekkäältä kuin terveenä ollessa. Silti masentuneella ihmisellä on ensisijainen tarve tulla kuulluksi, ymmärretyksi ja kohdatuksi niin, että hän vähitellen kykenee herrättämään itsessään aikaisemminkin olleen aktiivisen toimijan. Hän tarvitsee aikaa ja tilaa prosessilleen, mutta myös välittämistä, läheisyyttä ja turvallisuutta. (Jaakkola 1999, 27; Kanstren & Pind 2002, 52.)

Vuorovaikutuksessa kuuntelevan läsnäolon lisäksi keskeistä on fysioterapeutin empaattisuus. Empatiolla tarkoitetaan kykyä havaita toisen ihmisen subjektiivinen maailma tunneperäisine tekijöineen ja merkityksineen, ikään kuin olisi itse tämä henkilö. Empaattiseen asenteeseen kuuluu olennaisena rajaamisnäkökohta (tietoisuus siitä, että kyseessä on toisen maailma), hyväksyvä asenne sekä rehellisyys ja mutkaton avoimuus. (Monsen 1992.)

### 3.2 Terapeuttinen harjoittelu

Fysioterapianimikkeistön (2007) mukaan terapeuttinen harjoittelu tarkoittaa aktiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttöä asiakkaan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kaikilla osa-alueilla vaikuttamalla asiakkaan fyysisiin ominaisuuksiin ja kipuun sekä aktivoimalla hänen tietoista suhdettaan kuntoutumiseen. Siinä voidaan harjoittaa asiakkaan hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskykyä, lihasvoimaa ja -kestävyyttä, nivelten liikkuvuutta ja/tai motorisia taitoja. Harjoittelun avulla voidaan lisätä kehonhallintaa ja asiakkaan käsitystä osaamisensa mahdollisuuksista ja rajoista. Fysioterapeutti ohjaa harjoittelua verbaalisesti, manuaalisesti ja visuaalisesti. Erilaisia laitteita ja välineitä (esimerkiksi kuntosalilaitteet) voidaan käyttää apuna harjoittelussa.

Psykofyysisessä fysioterapiassa terapeuttisen harjoittelun osa-alueista korostuu toimintakyvyn ja liikkumisen harjoittaminen. Fyysisen suorituskyvyn paraneminen on harvoin itsessään ensisijaisena tavoitteena, mutta toki sitä voi tapahtua liikuntaan osallistumisen ja liikeharjoitusten myötä.

Toimintakyvyn ja liikkumisen harjoittaminen on asiakkaan toimintakyvyn kokonaisvaltaista ja laaja-alaista harjoittamista, jonka tavoitteena on ihmisen mahdollisimman itsenäinen selviytyminen ja osallistuminen omassa elinympäristössään. Se sisältää liikuntaharjoittelun sekä kehontuntemukseen ja -hallintaan, kivun ja psykofyysisten oireiden hallintaan liittyvät harjoitteet. (Fysioterapianimikkeistö 2007.) Fyysisten harjoitteiden kautta potilas voi kasvat-  
taa itseluottamustaan oman kehon hallinnan avulla ja siten saada vahvistusta erilaisista arjen toiminnoista selviytymiseen (Seidler 2000). Harjoitusten avulla pyritään myös luomaan potilaalle kiinnostusta omasta kehosta huolehtimiseen, joka on läheisessä yhteydessä itsetuntoon, itsearvostukseen, elämän hallintaan ja elämänhaluun (Jaakkola 1999, 40). Liikettä käytetään fysioterapiassa monesti harjoitettaessa kehontuntemusta, -hallintaa ja -tietoisuutta sekä hengitystä, rentoutumista ja liikkuvuutta.



### 3.2.1 Hengitys-, rentoutus- ja liikkuvuusharjoitukset

Hengitys ja lihasten jännteys mukautuvat fyysisten ja psyykkisten kokemusten muutoksiin. Hengitys on ainoa elintoiminto, joka on sekä automaattinen että osittain tahdonalainen. Tunteet vaikuttavat fysiologiaan hengitystä muuttaen, joten hengityksen avulla voidaan tunnistaa jännitteitä ja seurata hengityksen yhteyttä tunnetilaan. Tunteet, hengitys ja liikkumistapa vaikuttavat toisiinsa ja mitä vapautuneemmin hengittää, sitä välittömämmin kokee tunteensa. (Monsen 1992; Lehtinen 1995, Kanstren & Pindin 2002, 8–9, mukaan; Wickström 2004.)

Jos ihmisellä ei ole riittäviä voimavaroja tunteidensa käsittelyyn, hän voi rajoittaa niiden nousemista tietoisuuteensa mm. pidättämällä hengitystään. Tunteita tukahduttamalla niistä ei kuitenkaan pääse eroon, vaan ne ilmenevät eri tavoin ruumiissa: hengityksen jännittämisenä, liikkeissä ja asentojen hallinnassa. Pitkään jatkuessaan ne voivat aiheuttaa kipuja ja toimintahäiriöitä sekä heikentää ihmisen kosketusta itseensä ja kokemuksiinsa. (Monsen 1992.)

Hengityksen perusteella fysioterapeutti voi päätellä potilaan tuntemuksia ja olo-tilaa sekä arvioida voimavaroja, vaikkei potilas niistä puhuisikaan. Terapiassa hengitys toimii kehon ja mielen välisenä kanavana, jonka kautta fysioterapeutti voi tunnistaa potilaan lukkiutuneita tunteita ja käsitellä niitä kehollisten harjoitusten kautta. Hengitys näkyy mm. ryhdissä ja liikkeessä sekä kuuluu puheen rytmisissä ja äänissä. Tunteet vaikuttavat ja näkyvät hengityksessä, mutta myös hengittäminen itsessään herättää tunteita. Tarkoituksenmukainen hengitys tukee ihmistä joka tilanteessa sopeutuen tunteisiin ja liikkeisiin. (Hakanpää & Peltonen 2004.)

Potilaat eivät aina ole tietoisia hengityksestään tai siihen vaikuttavista tekijöistä, joten fysioterapeutti opastaa heitä löytämään hengityksen ja toimintakykyisyyden yhteyden. Hengitysharjoitusten tärkeimpänä tavoitteena onkin potilaan auttaminen kuuntelemaan ja havainnoimaan omaa hengitystään ja sen kulkua kehossa; hengitysliikkeen tunnistamista kehossa, sitä miltä hengitys tuntuu ja mitä tunteita se herättää. Tärkeää on myös hengityksen syventyminen, jotta tehokas keuhkotuuletus, rentoutuminen ja itsensä rauhoittaminen olisi

mahdollista. Lisäksi hengitysharjoituksilla voidaan purkaa turvallisesti aggressiivisia ja vahvistaa potilaan olemusta, esimerkiksi päättäväisyyttä ja rohkeutta. (Hakanpää & Peltonen 2004.)

Joogatyylisten hengitysharjoitusten ja rentoutusharjoitusten vaikuttavuudesta masennuspotilailla on saatu rajallisia positiivisia tutkimustuloksia, vaikka näyttö niistä ei olekaan yhtä vahvaa kuin masennuslääkkeiden ja kognitiivisen terapian osalta (Jorm, Christensen, Griffiths & Rodgers 2002). Aivotutkimuksissa on todettu, että rentoutustekniikoilla saadaan aikaan mitattavia muutoksia keskushermoston aktiivisuudessa (Jacobs 2001).

Rentoutuksen vaikutuksesta kehon yleinen jännitys vähenee, lihasjännitys vähenee, tietoisuus oman kehon reaktioista lisääntyy, itseluottamus ja -hallinta lisääntyvät, syntyy lisävaihtoehtoja ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi sekä voimattomuus ja väsymys vähenevät (Talvitie ym. 2006, 279). Oman kehollisen kokemuksen tutkiminen, liikkeen, rentouden ja jännittämisen tunnistamisen oppiminen ja sanojen löytäminen kokemuksille voivat auttaa masentunutta ihmistä löytämään suhdetta itseensä, tunteisiinsa ja olemiseensa (Kanstren & Pind 2002, 6). Rentoutus voi olla kosketus- tai painelurentoutusta, jännitys-rentoutta, venyttely-rentoutta tai mielikuvarentoutusta.

Notkeus eli liikkuvuus tarkoittaa nivelten liikeominaisuuksia. Jos niveltä ei käytetä koko sen liikelaajuudella, sitä ympäröivän sidekudoksen venyvyys ja nivelten liikkuvuus vähenevät. Fyysisesti aktiivinen elämäntapa taas auttaa säilyttämään nivelten liikkuvuutta, kun niitä käytetään vaistomaisesti koko liikelaajuudellaan. Masentunut ihminen on usein fyysisesti passiivinen ja voimaton, minkä seurauksena hänen notkeutensa vähenee, fyysinen kuntonsa rapistuu ja jännitykset niskassa, hartioissa ja selässä lisääntyvät. Myös kumara asento kertoo jännittävyydestä, väsymyksestä ja pelosta. Venyttely parantaa nivelten liikkuvuutta, ylläpitää lihaksissa olevan sidekudoksen joustavuutta, rentouttaa lihaksia ja edistää niiden verenkiertoa. Venyttelyllä voidaan myös parantaa potilaan liikkumiskykyä, kohentaa toimintakykyä ja ehkäistä harjoittelusta aiheutuvaa lihasten kipeytymistä. (Talvitie ym. 2006, 215–218, 436–437.)

Masennuspotilaan lihasjännitysten vähentämiseksi ja yleensä olon parantamiseksi käytetään niin rentoutus- ja liikkuvuus- kuin hengitysharjoituksiakin. Sekä rentoutus- että liikkuvuusharjoituksiin kuuluu oleellisena osana hengittäminen ja hengitykseen vastaavasti mm. rintakehän liikkuvuus ja ojentunut mutta rento asento. Rentouden lisäksi liikkuvuusharjoituksilla pyritään korjaamaan ryhtiä ja parantamaan mahdollisuuksia vapaaseen hengitykseen.

### **3.2.2 Kehontuntemisen ja -tietoisuuden harjoittaminen**

Kehotietoisuus on osa minäkäsitystä, joka on olennainen osa ihmisen toimintakykyisyyttä, sillä se ratkaisee toimintastrategiat, joita ihminen käyttää selviytyäkseen psyykkisistä ja fyysisistä haasteista (Herrala ym. 2008, 42–44). Tietoinen liike avaa kehotietoisuuttamme ja sen kautta muita kokemuksemme ulottuvuuksia. Normaalisti kehon aistimuksia kuuntelemalla huomataan keho sisäisesti tunnottomaksi, turraksi, tai toisaalta kiinnitetään huomio kipuaistimuksiin. Kehotietoisuutta harjoittamalla voidaan oppia tuntemaan sisäkautta solujen värähtely kaikkialla kehossa ilman, että mielen muu toiminta peittää näitä aistimuksia. Mitä enemmän annetaan tietoisuuden keskittämisen siirtyä kehon tuntemusten alueelle, sitä enemmän mielen jatkuva sisäinen puhe hiljenee, mieli tyhjenee ja pysähtyy nykyhetkeen. Tähän voidaan päästä esimerkiksi hengitysharjoitusta kuuntelemalla tai tietoisella seisomisella. (Klemola 2002.)

Roxendal (1985) on kehittänyt Body Awareness Therapy, joka kohdistaa huomion terveiden voimavarojen aktivoimiseen ja identiteettikokemukseen. Kehontuntemusharjoittelun tavoitteina ovat kehotietoisuuden lisääntyminen (tietoisuus persoonallisesta liikkumismallista ja tyylistä), realistisen kehonkuvan muotoutuminen, kehon käytön paraneminen, epäedulliseen kehonkäyttöön liittyvien keuhollisten oireiden väheneminen, motivaation lisääntyminen keuhollista harjoittelua kohtaan sekä nonverbaalisen kommunikaation parantuminen.

Perustasolla kehonhahmotusharjoitusten (Basic Body Awareness Therapy) elementtejä ovat suhde alustaan ja keskilinjaan, liikekeskus, hengitys, kehon rajat, energian virtaus sekä läsnäolo ja keskittyminen. Turvallinen suhde alus-

taan on edellytys tehokkaalle liikkumiselle. Sitä harjoitetaan kiinnittämällä huomio kontaktiin alustan kanssa eri asennoissa ja liikkeissä. Kehon asennon ja tasapainon poikkeamat keskilinjasta aiheuttavat lihasjännityksiä. Tiedostaminen tulee painopisteeksi edistyneessä terapiassa. Edistyneille kehonhahmotusharjoitukset tehdään yksilöllisemmin ja vähemmän strukturoidusti. Silloin huomio kiinnitetään persoonallisiin kävelytyyleihin, rytmiin, äänen käyttöön, peilikuvasuhteeseen ja vuorovaikutukseen. Keskeistä on myös harjoitusten herättämistä tunteista ja kehon tuntemuksista keskustelu. (Roxendal 1985.)

Center for Mindfulnessin (2009) koulutuksen mukaan hyväksyvän tietoisен läsnäolon harjoittamiseen liittyvät olennaisesti kärsivällisyys, aloittelijan mielentila, irti päästäminen, arvostelusta luopuminen, luottamus, yrittämisestä luopuminen, keskittyminen ja hyväksyminen. Kärsivällisyyttä harjoittamalla harjoitetaan myös tietoista läsnäoloa. Kärsivällisyys on sen muistamista, että asiat avautuvat omana aikanaan. Se on vaihtoehto mielen tavanomaiselle levottomuudelle ja kärsimättömyyden alta löytyvälle vihalle. Aloittelijan mielentilalla tarkoitetaan sitä, että joka kerta ryhdyttäessä harjoittelemaan pyritään pitämään mieli vastaanottavaisena uusille mahdollisuuksille vapaina menneisyyden kokemuksiin pohjautuvista odotuksista. Irti päästäminen on tietoinen päätös antautua täysin nykyhetken virtaan sellaisena, kuin se avautuu, ilman hallitsemista, vastustamista tai taistelemista. Annetaan asioiden olla sellaisia kuin ne ovat.

Arvostelemattomuudella pyritään hyväksymään mielen jatkuva kokemusten vertailu ja odotusten arviointi niin, että voidaan tarkkailla kaikkea mieleen nousevaa tuomitsematta tai yrittämättä muuttaa sitä. Luottamus on sitä, että ihminen tuntee olevansa varma siitä, että asiat tapahtuvat oikeassa järjestyksessä ja oikeaan aikaan. Yrittämisestä luopumisella tarkoitetaan ei-tekemistä, eli sitä, että meditoinnilla ei ole muuta päämäärää kuin omaksi itsekseen tuleminen, vaikka sitä ihminen jo on. Yhteen kohteeseen suuntautuvasta keskittymisharjoituksesta syntyy mielen tyyneys ja vakaus, jotka muodostavat hyväksyvän tietoisен läsnäolon perustan. Hyväksyminen tarkoittaa asioiden näkemistä sellaisina, kuin ne oikeasti ovat juuri sillä hetkellä, ja niiden kanssa toimeen tulemista.

### **3.2.3 Liikunta**

Liikunta on painotusten ja lähtökohtien mukaan määriteltävissä eri näkökulmista. Terveys-, kunto-, virkistys- ja kilpaliikunta määrittävät liikuntaa tavoitteiden näkökulmasta, ja sen vuoksi niiden liikuntamäärissä sekä liikunnan kuormittavuudessa ja kestossa on huomattavia eroja. Nykysuomen sanakirjan mukaan liikunta-sana liitetään erityisesti omasta tahdosta tapahtuvaan, reippaaluun ja vapaa-aikaan liittyvään liikkumiseen. Suomen kielessä se on vakiintunut sekä kansanomaiseen että tieteelliseen käyttöön. (Vuori 2005, Bäckmandin 2006, 15 mukaan). Terveysliikunnaksi määritellään sellainen liikunta, joka vaikuttaa edullisesti terveyteen, ja sen terveysvaikutukset voivat ilmetä ennen kuntoon kohdistuvia vaikutuksia. Terveysliikuntaan luetaan mukaan päivittäisissä askareissa tapahtuva liikkuminen, työmatkaliikunta ja kunnan vuoksi harrastettu vapaa-ajan liikunta. (Bäckmand 2006, 15.)

Liikunta voi joko nujertaa tai edistää ihmisen psyykkistä hyvinvointia, ja psyykinen hyvinvointi puolestaan vaikuttaa siihen, miten ihminen liikkuu, koska liikunta, kehollisuus, tunteet ja ajattelu muodostavat yhden kokonaisuuden (Lintunen 1995). Liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden merkitys elämäntapana on korostunut nyt, kun rasittava fyysinen työ ja vapaa-ajan fyysinen kuormitus on vähentynyt (Bäckmand 2006, 19). Liikunnan hyvinvointivaikutuksia on erittäin vaikeaa erottaa liikuntatilanteen ja -ympäristön sekä liikkujan odotusten vaikutuksista (Nupponen 2005a, 48).

#### **Liikunnan vaikutus masennukseen**

Suomessa ja useissa muissa teollistuneissa maissa vähän tai ei ollenkaan liikkuvat työkäiset ja 65–75-vuotiaat ovat ilmoittaneet eniten masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Oirehdintaa esiintyy yleisimmin vähän liikkuvissa väestöryhmissä, kuten heikoimmin koulutetut, huonoimmin toimeentulevat ja somaattisesti pitkäaikaissairaat. Muutamit pitkittäistutkimukset viittaavat siihen, että säännöllinen liikunta suojaa oirehdinnalta. Oireita on ollut vähemmän niillä, joiden liikunta-aktiivisuus on lisääntynyt alkukyselyn ja seurantakyselyn välillä, kuin niillä, joiden liikunta on pysynyt vähäisenä alkumittauksesta lähtien. Joi-

denkin tutkimuksien mukaan taas depressio-oireet ovat lisääntyneet niillä 65 vuotta täyttäneillä, joiden fyysinen aktiivisuus on vähentynyt alku- ja seuranta-kyselyjen välillä. (Nupponen 2005b, 152–153.)

Psykiatristen potilaiden liikuntaharrastus on vähäistä ja fyysinen kunto suhteellisen huono, vaikka uusien mielenterveyspotilaiden kunto ei paljoakaan poikkea normaaliväestön kunnosta. Liikunnan vähäisyys heijastaa psykiatristen pitkäaikaispotilaiden yleistä passivoitumista ja motivaation puutetta, joka mahdollisesti vain pahenee toiminnan piirin kavetessa sairaalassa ja avohoidon yksikössä. Näin syntyy noidankehä, jossa esimerkiksi sosiaaliset pelot estävät osallistumista liikuntaan ja liikunnan puute puolestaan kaventaa taitoja ja kuntoa entisestään edistäen lihomista. Huonokuntoisen on yhä vaikeampaa aloittaa liikuntaa. (Ojanen 1995, 18–19.)

Northin, McCullaghin ja Zung Vu Tranin (1990) tekemän 80 tutkimusta kattavan meta-analyysin tulokset osoittavat sekä aerobisen että anaerobisen liikunnan vähentävän merkittävästi masentuneisuutta. Lyhytkin liikuntaohjelma voi olla tehokas, mutta parhaiten tulokset näkyivät 17 viikon kuluttua (Ojanen 1995, 20). Samansuuntaisia tutkimustuloksia ovat saaneet Martinsen, Hoffart ja Sohlberg (1989) sekä Martinsen, Medhus ja Sandvik (1985). Craftin ja Landersin (1998) 30 tutkimuksen kattavassa meta-analyysissä taas osoitettiin, että depressiota tai kliinistä depressiota oli vähemmän liikuntaa harjoittavilla kuin ei-liikkuvilla ja Martinsenin (1990) mukaan depressiiviset potilaat harrastavat muuta väestöä vähemmän liikuntaa. Liikunnan kaikkein positiivisimmat vaikutukset mielialaan ovat Scullyn, Kremerin, Meaden, Grahamin ja Dudgeonin (1998) kirjallisuuskatsauksen mukaan huomattavissa niiden ihmisten joukossa, jotka pysyvät uskollisena harjoitusohjelmalleen useita kuukausia.

Ohjattu liikuntaharjoittelu on tutkimuksissa lievittänyt masennus- ja ahdistuneisuushäiriöpotilaiden oireita lumehoitoa enemmän, joissakin tutkimuksissa jopa saman verran kuin lääkehoito ja muut tavanomaiset hoitokeinot. Käytettävissä olevista tiedoista ei kuitenkaan voida päätellä, millaisille henkilöille tai mistä liikuntalajeista, miten annosteltuna ja miten ohjattuna liikunnasta olisi eniten apua masennuksen hoidossa. Myöskään ei tiedetä, millainen liikunta estäisi masen-

nuksen uusiutumisen. Liikunnan ennaltaehkäisevistä ja hoidollisista vaikutuksista ei ole täyttä yksimielisyyttä eikä vakiintuneita suosituksia. Silti ohjatulla liikuntaharjoittelulla voidaan täydentää muita hoitokeinoja. Liikunta voi vahvistaa epäspesifisiä terapiatekijöitä, se tuottaa psykososiaalista hyötyä ja auttaa pitämään yllä masentuneen fyysistä suorituskykyä. (Nupponen 2005b, 150–151, 156.)

Kun säännöllinen, kohtalaisesti kuormittava tai rasittava liikunta keskeytyy muutamia päiviä pidemmäksi ajaksi, esiintyy yleisesti ns. deprivatioilmiöitä: keho on vetelä tai lihaksissa tuntuu oudolta, olo on ajoittain levoton, jännittynyt, alakuloinen tai saamaton. Nämä tuntemukset vaimenevat ajan kuluessa, mutta nopeimmin ne häviävät liikunnalla. Liikuntariippuvuus ei kuitenkaan uhkaa säännöllistä terveystoimintaa harjoittavia. Tutkimustuloksia on usein yleistetty korostaen liikunnan myönteisiä seurauksia. Perustellusti voidaan väittää vain, että liikunta on minäkuvan osa ja vahva hyvinvointitekijä sille, joka on liikkunut nuoresta asti ja tottunut ajattelemaan itseään liikkuvana tai tietyn lajin ihmisenä. Jos käsitys omasta arvosta on vain liikunnan varassa, itsearvostus vaarantuu ikääntymisen, sairastumisen tai tapaturman seurauksena. (Ojanen 1995, 21; Nupponen 2005a, 56–59.)

## **Liikunnan ohjaus**

Psykkisen hyvinvoinnin kannalta tärkeää on, miten liikunta toteutetaan, miten se koetaan ja mitä elämyksiä se synnyttää. Puhtaana fyysisenä suorituksena liikunnalla ei liene suurta vaikutusta psyykkiseen hyvinvointiin tai varsinkaan psyykkiseen terveyteen. (Lintunen 1995, 33.) Liikunnan vaikutuksia arvioitaessa liikunnan ominaisuudet eivät ehkä olekaan tärkeintä vaan odotukset, sitoutuminen ja koettu hyöty niin, että mitä suurempia ne ovat, sitä suurempia minkä tahansa liikunnan positiiviset vaikutukset ovat (Ojanen 1995, 24). Liikunta edistää psyykkistä hyvinvointia ollessaan omaehtoista (ei pakonomaista tai ulkopuolisen säätelemää), myönteisiä elämyksiä tuottavaa, haastavaa, kohtuullisen intensiivistä ja sopivasti kuormittavaa (Lintunen 1995, 35; Ojanen 1995, 25). Sitä harastetaan hovin vuoksi, leikkimielellä, viihtyen ja nauttien eikä vain terveyden tai suorittamisen takia. Liikunnasta etsitään ruumiinkokemuksia, aistimuksia ja vuo-

rovaikutusta, jotka ovat päämääriä itsessään. Liikunta nähdään kokemuksellisenä ja ilmaisullisena. Scanlanin & Simmonssin (1992, Lintusen 1995 mukaan) tutkimusten mukaan myönteiset kokemukset edistävät jatkuvaa liikuntaharrastusta, jolloin myös liikunnan terveys- ja suoritustavoitteiden saavuttamisen todennäköisyys kasvaa. (Lintunen 1995, 35–36; Vilpas 1995, 49.)

Sironen (1988, Lintusen 1995, 36 mukaan) kertoo, että iloa ja myönteisiä elämyksiä liikunnassa voidaan lisätä muuttamalla sääntöjä tilanteen mukaan, sallimalla kosketuksen, tavoittelemalla keskinäistä luottamusta sekä ottamalla samaan peliin tai leikkiin mukaan eri-ikäiset, -kokoiset ja eri sukupuolta olevat niin, että sivustakatsojia ei jää. Ohjaajan roolina on tehdä itseään tarpeettomaksi luomalla tarvittava sallivuuden, rentouden, hauskanpidon ja kokeilun ilmapiiri.

Vaikka liikunta suorituksena onnistuessaan tuottaa myönteisiä, psyykkistä hyvinvointia lisääviä kokemuksia, se voi häviämisen tai epäonnistumisen myötä aiheuttaa häpeää, suorituspainetta ja poisjättäytymistä (Lintunen 1995, 33–34). Masennuksen hoitoon liittyvässä liikunnassa on siksi vältettävä kilpailutilanteita. On tavallista, että potilas arvioi voimansa väärin, saattaa väsyä täysin ja sen seurauksena luopuu yrittämästä. Persoonallisuuden muutokset, keskittymiskyky ja psykosomaattiset oireet saattavat jäädä ennalleen muutosodotuksista huolimatta. (Vilpas 1995, 51.) Jos taas liikunta on niin pakonomaista, että tavallisen harrastajan on päivittäin tehtävä pitkä juoksulenkki säästä tai terveydestä riippumatta, ei liikunta enää edistä psyykkistä hyvinvointia. (Ojanen 1995, 21; Nupponen 2005a, 56.)

Oikein mitoitettuna liikunta voi kuitenkin tarjota mahdollisuuden siirtyä lukkiutumisvaiheesta realistiseen tavoitteeseen, ja masentuneen itsetunto kohoaa jo, kun hän tuntee pystyvänsä liikkumaan. Liikunnalla voidaan ehkäistä potilaan vieraantumista omasta kehostaan ja lyhentää hoitoaikoja. Myös hoidon tarve on tullut paremmin tyydytetyksi, kun hoidossa ja kuntoutuksessa on käytetty liikuntaryhmiä. (Vilpas 1995, 51.)

Kun käytetään liikuntaa terapeutisena toimintana, voidaan opettaa ihmisille psyykkisen hyvinvoinnin kannalta hyödyllisiä taitoja, kuten rentoutumista, keskit-



tymistä ja mielikuvien käyttöä. Tähän ryhmään kuuluvat erilaiset kontakti-, turvallisuus- ja ruumiinkuvaharjoitukset. Liikunnan avulla voidaan harjoitella myös vuorovaikutustaitoja ja sitä voidaan käyttää välineenä omaan itseen tutustumisessa. (Lintunen 1995, 43.) Näitä liikunnan keinoja käytetään paljon psyko-fyysisessä fysioterapiassa. Tällöin ne sisältyvät hoitosuunnitelmaan, jossa yhdessä potilaan kanssa määriteltyjen tavoitteiden saavuttamiseksi fysioterapeutti on valinnut tarkoituksenmukaisimmat menetelmät. Erilaisia liikunnallisia harjoituksia voidaan käyttää lisäksi psykoterapian välineenä esimerkiksi kokonais-ilmiasun ryhmäterapiassa tai tanssiterapiassa (Lintunen 1995, 43).

### **Liikunta masennuksen ehkäisyssä**

Säännöllinen fyysinen aktiivisuus ja erityisesti säännöllinen vapaa-ajan liikunta vähentävät masentuneisuuden ja psyykkisen kuormittuneisuuden merkkejä (Nupponen 2005a, 48). Myös epidemiologisissa poikittaistutkimuksissa on osoitettu fyysisellä aktiivisuudella olevan yhteys vähäisempään masentuneisuuteen (Weyerer 1992; Stephens 1988, Ruuskanen & Ruoppila 1995, Penninx & Leveille 1999, Hassmen ym. 2000, Bäckmandin 2006, 41 mukaan) ja Kriz-Silversteinin, Barrett-Connorin ja Corbeaun (2001) poikittaistutkimuksessa fyysisen aktiivisuuden positiivinen yhteys säilyi vakiointienkin (ikä, paino, tupakointi, alkoholin käyttö ja sosiaalinen tuki) jälkeen.

Liian harvoista pitkittäistutkimustiedoista ei voida päätellä, voitaisiinko diagnosoitavissa olevien masennushäiriöiden ilmaantumista vähentää liikunnalla. Ei tiedetä, onko joillakin liikuntalajeilla erityistä merkitystä ehkäisyssä tai mikä olisi suotuisin kuormittavuus. Jos liikuntaa on kuulunut masennuksen ehkäisyprojektiin, sen annostelua, energiankulutusta tai osallistuneiden fyysistä kuntoa ei ole selvitetty tarkasti. Väestö- ja liikuntaharjoittelututkimuksista voidaan kuitenkin päätellä, että liikuntaa harjoittavien vähäisempi oirehdinta ei johdu heidän paremmasta kunnostaan. (Nupponen 2005b, 153–154, 156.)

Ristiriitaisia tuloksia on tullut muutamista laajoista pitkittäistutkimuksista, joissa on seurattu säännöllisen, pitkäaikaisen liikunnan vaikutusta masennushäiriön ilmaantumiseen. Tunnetuimmassa tutkimuksessa (Paffenbarger, Lee & Leung.

1994) seurattiin yli 21 000:tä miestä 20–26 vuoden ajan yliopisto-opinnoista lähtien. Sinä aikana masennusdiagnoosin saivat todennäköisimmin ne, joiden vapaa-ajan kestävyysliikunnan energiakulutus oli alle 1000 kcal viikossa. Sitä enemmän kuluttavilla diagnoosin saaminen oli harvinaisempaa ja yhä harvinaisempaa niillä, jotka kuluttivat yli 2500 kcal viikossa. Liikunnan kokonaismäärällä oli siis ennakoiva, käänteinen yhteys masennushäiriön diagnosointiin. Toisessa, samantyyppisillä osanottajilla tehdyssä tutkimuksessa ei todettu kuitenkaan mitään yhteyttä liikunnalla depression ilmaantumiseen 15 vuoden aikana (Nupponen 2005b, 153–154, 156).

Myöskään Weyererin (1992) viiden vuoden seurantatutkimuksessa vähäinen fyysinen aktiivisuus ei ennustanut masentuneisuutta. Mutta Kriz-Silversteinin ym. (2001) tutkimus osoitti, että vaikka fyysinen aktiivisuus on yhteydessä vähäiseen masentuneeseen mielialaan, se ei kuitenkaan suojannut tulevaa masentuneisuutta vastaan kahdeksan vuoden seurannassa. Farmerin ym. (1988) kahdeksan vuoden epidemiologisessa pitkittäistutkimuksessa löydettiin selvä korrelaatio vähäisen fyysisen aktiivisuuden, fyysisen inaktiivisuuden ja depression välillä (Bäckmand 2006, 42). Camachon, Robertsin, Lazaruksen, Kaplanin ja Cohenin (1991) kymmenen vuoden seurannan aikana fyysisen aktiivisuuden lisääminen vähensi masentuneisuuden riskiä ja aktiivisuuden lasku lisäsi masentuneisuutta. Bäckmandin (2006, 80) tutkimustuloksissa matala fyysinen aktiivisuus ennusti masentuneisuutta 16 vuoden seurannassa, kun taas fyysisen aktiivisuuden lisääminen vähensi masentuneisuuden riskiä.

Käytännössä on tärkeintä kehittää ja tukea sellaisia fyysisen aktiivisuuden muotoja, joita myös riskiryhmiin kuuluvat pystyvät elämäntilanteessaan ja elinympäristössään harjoittamaan pitkäaikaisesti (Nupponen 2005b, 156).

### **Liikunta masennuksen hoitokeinona**

Näyttöön perustuvia suosituksia liikunnan käytöstä masennusoireyhtymien hoidossa ei voida esittää, vaikka sitä on tutkittu melko runsaasti 1980-luvulta lähtien. Ei tiedetä, millaisille potilaille ja miten käytettynä liikunnasta olisi eniten apua tai mihin oireisiin tietyn tyyppinen liikunta vaikuttaa nopeimmin tai eniten. Tutki-

mustuloksia ei voida yleistää kaikkiin saman diagnoosin saaneisiin, koska tutkimukset on tehty liikuntaharjoitteluun vapaaehtoisesti halukkailla potilailla. Liikunnan avulla saavutetaan kuitenkin oireilla mitaten parempi tulos kuin hoitamattomassa vertailuryhmässä ja yleensä parempi tulos kuin lumehoitoa saaneissa ryhmissä. (Nupponen 2005b, 154–155.)

Martinsenin (1994) tutkimien kahdentoista sekä Lawlorin ja Hopkerin (2000) tutkimien neljäntoista liikuntainterventiotutkimuksen lopputuloksissa todettiin, että aerobinen liikunta oli tehokkaampaa kuin hoitamattomuus ja liikunnan teho vastasi kognitiivisen terapian tehoa. Myös kestävyyskuntoliikuntaa harjoitelleissa ryhmissä oireet ovat usein vähentyneet nopeammin kuin vaikutuksia voidaan odottaa esiintyvän hengitys- ja verenkiertoelimistössä, joten depression lieveneminen ei liity fyysisen kunnan kohenemiseen (Byrnen & Byrnen 1993; Knapen J, Van de Vliet, Van Coppenolle, David, Peuskens, Knapen K. & Pieters 2003). Liikunnan kuormittavuuteen liittyen Byrnenien tutkimuksessa todettiin myös hyvin kevyen liikunnan mielialaa parantava vaikutus. Lihasvoimaharjoittelu saattaa tuottaa masennuspotilailla samanlaista hyötyä. Haitallisia vaikutuksia oireisiin on todettu vain harvoin. Liikuntaharjoitteluun osallistuneiden masennuspotilaiden pitkäaikaiset seurannat ovat harvinaisia, joten ei tiedetä, miten kauan hoitotulos säilyy harjoittelun päätyttyä tai voiko hoitona käytetty liikuntaharjoittelu ehkäistä masennuksen uusiutumista. (Nupponen 2005b, 154–155.) Martinsenin (1990) aikaisempien tutkimusten tutkiminen kuitenkin osoitti, että vuoden seurannan jälkeen liikunta on vähentänyt myös masennuksen uusiutumisriskiä tai oireilua potilailla, jotka olivat jatkaneet liikuntaa.

Liikuntaharjoittelu on useimmiten turvallista muiden terapioiden lisänä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Vaikeissa ja pitkäaikaisissa häiriöissä potilaan toiminta lamaantuu ja rajoittuu niin paljon, että fyysisestä kunnosta huolehtiminenkin on tärkeää, jos potilaat ylipäättään saadaan liikkumaan. (Nupponen 2005b, 156.)

Näyttö liikuntaharjoittelun hoitovaikutuksista on vajavaista. Silti voidaan sanoa, että taitavasti ohjattu liikuntaharjoittelu vahvistaa psykoterapiasta ja hoitoon kuuluvista sosiaalisista tukitoimista koituvia hyötyjä. Hoitava liikuntaharjoittelu ei

kuitenkaan muodostu pelkästä fyysisen kuormituksen valinnasta, annostelusta ja ohjelman rakentamisesta, vaan liikuntaa suurempi merkitys voi olla vuorovaikutuksella, säännöllisillä tapaamisilla, ohjaustavalla ja työmenetelmillä. Ne vaikuttavat epäspesifisinä psykoterapiatekijöinä tukiessaan sairaan omaa yrittämistä ja sosiaalisia kontakteja. Potilaan oman mielialan vaihtelun kestämistä ja voimien hitaan palautumisen edistämistä auttavat yleinen fyysisen aktiivisuuden ylläpito, varsinainen liikunta ja sen aiheuttamien tuntemusten ja havaintojen seuraaminen yksin ja ohjaajan kanssa. Liikunnanohjaajan tai fysioterapeutin tulisikin työskennellä tiiviissä yhteistyössä psykoterapeutin ja lääkärin kanssa. (Nupponen 2005b, 157.)

### **Liikunnan hyvinvointivaikutusten selitykset**

Fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutusten mekanismit, ja erityisesti liikkujan kokeman hyvinvoinnin muutosten selitykset, tunnetaan vain osittain. Liikunnan vaikutukset mielialaan välittyvät fysiologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kautta (Folkins & Sime 1981, Bäckmand 2006, 75 mukaan). Liikunnan suojavaikutuksen psyykkisesti kuormittavia elämäntilanteita vastaan on oletettu syntyvän siten, että liikuntaan totuneilla stressivaikutukset elimistössä ovat vähäisempiä ja palautuminen nopeampaa kuin vähän liikkuvilla. Selityksiä on haettu fysiologisista vasteista, neurokemiallisista vaikutusketjuista ja psykologisista mekanismeista, mutta suuri osa selityksistä on pikemminkin todennäköisiä oletuksia kuin varmistettuja selityksiä. (Nupponen 2005a, 57; Bäckmand 2006, 20–21.)

Fysiologisia vasteita ovat esimerkiksi aivojen ja elimistön sisälämpötilan kohoaminen, fysiologinen adaptaatio harjoittelun tuottamaan stressiin, harjoitteleessa lihaksessa vallitseva alhaisempi sähköinen jännite sekä fyysisen aktiivisuuden parantama unen laatu ja autonomisen hermoston säätely. Neurokemiallisia vaikutusketjuja ovat esimerkiksi elimistön mielihyvähormonien tuotannon tai pitoisuuden lisääntyminen liikunnan myötä ja keskushermoston välittäjäaineiden pitoisuuksien muutokset, jotka parantavat mielialaa. Psykologisesti liikunnan hyvinvointivaikutuksia selitetään tarkkaavuuden siirtämisellä, tunteiden ehdollistumisen ja vastaehdollistumisen ilmiöillä, oppimisella, hallinnan tunteen

paranemisella, odotusten ja tulkinnan muutoksilla sekä psyykkisten rakenteiden, kuten minäkuvan tai itsearvostuksen muuttumisella. Erään tulkinnan mukaan ajoittainen altistuminen liikunnan aiheuttamalle stressille totuttaa ihmistä todellisen stressin aiheuttamalle ahdistukselle eikä hän enää säiky esimerkiksi voimakasta sydämen sykettä, uupumuksen tai hengästymisen tunnetta. Lisäksi liikunta voi tyydyttää harrastajan sosiaalisia tarpeita ja jopa stimuloida seksuaalista aktiivisuutta. (Haavisto 1995, 28–31; Nupponen 2005a, 54, 57–58; Bäckmand 2006, 21.) Voidaan ehkä myös todeta, että hyvinvoivat ja fyysisesti aktiiviset ihmiset ovat tunteiltaan vakaampia kuin masentuneet tai ahdistuneet (Bäckmand 2006, 75).

Useat fysiologiset ja psykologiset vaikutusketjut ovat samanaikaisesti mahdollisia, eikä mikään fysiologinen tai neurokemiallinen selitys ulotu kaikkiin liikunnan hyvinvointivaikutuksiin puhumattakaan kaikista liikuntamuodoista. Vaikka säännöllisellä liikunnalla voi suojata psyykkisiä voimavaroja kohtalaisen psyykkisen kuormituksen vallitessa, ei pelkkä liikunta turvaa ratkaisevasti hyvinvointia, jos ihminen elää jatkuvaa tai voimakasta stressiä aiheuttavissa oloissa. (Nupponen 2005a, 56–57.)

### **3.3 Manuaalinen terapia**

Manuaalisessa terapiassa pääpaino on asiakkaan fyysisen suorituskyvyn, hermo-, lihas- ja niveltoimintojen tutkimisessa, tuki- ja liikuntaelimistön toimintarajoitteiden poistamisessa sekä ennaltaehkäisyssä. Tutkimis- ja terapia-menetelminä käytetään pehmytkudoksen ja nivelen mobilisointia ja manipulointia, hermokudoksen mobilisointia ja terapeuttista harjoittelua. Manuaalisen terapian tavoitteena on vaikuttaa fyysiseen suorituskykyyn ja nivelten toimintaan, lievittää kipua sekä normalisoida neuraalikudoksen ja lihasten toimintaa. (Fysioterapianimikkeistö 2007.) Manuaalisessa terapiassa kosketetaan ihmistä ja sillä on erityinen merkitys varsinkin psykiatrisille potilaille. Myös terapeuttiseen harjoitteluun liittyy fysioterapeutin kosketus manuaalisessa ohjauksessa. Seuraavissa kappaleissa käsitelläänkin kosketusta (konkreettista koskettamista eli fyy-

sistä kontaktia) ja hierontaa, joka on manuaalisesta terapiasta ehkä eniten psykofyysisessä fysioterapiassa käytetty menetelmä.

## **Kosketus**

Kosketus ihmisten välillä on aina vuorovaikutustapahtuma, josta voidaan erottaa neljä eri vaihetta: tarkoitus, kosketus, tulkinta ja reaktio. Kosketukseen liittyy yleensä tietynlainen tunnelataus. Kosketuksen tulkinnassa tapahtuukin helposti virheitä, jolloin se ei tuota toivottua reaktiota. Näihin vaikuttavat muun muassa tilanne, kulttuuri, persoonallisuus, aikaisemmat kokemukset ja sosiaalinen asema. Torjunta on reaktio kosketukseen, jonka ihminen tuntee uhkaavana tai intiimireviirilleen tunkeutumisena. Kosketustapahtumalle onkin ominaista hyväksyntää edellyttävä vastavuoroisuus. (Arponen 2001, 9–10.)

Kosketus ja hieronta ovat perinteisiä rentouttamiseen ja rauhoittamiseen käytettäviä fysioterapian menetelmiä. Kosketus voi kuitenkin vaikuttaa joko lähentävästi tai etäännyttävästi. Kosketuksen välityksellä potilas voi oppia tunnistamaan lihastensa rentoutuneisuutta ja jännittyneisyyttä. (Talvitie ym. 2006, 280–281.)

Myötätuntoinen, hyväntahtoinen, hoivaava kosketus saa aikaan syvällisiä fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia. Tärkeää lapsen ehyelle kehitykselle perustarpeiden tyydyttämisen lisäksi on hellivä ja hyväilevä kosketus. Oikeanlainen kosketus alentaa verenpainetta ja sydämen sykettä, rentouttaa, rauhoittaa hermoja ja vähentää jännitystä. Kosketuksen on havaittu vapauttavan elimistössä endorfii-  
nia ja oksitosiinia, jotka lievittävät kipua ja tuottavat mielihyvää (Arponen 2001, 13). Hoivan ja hellimisen kokeminen sekä kosketukselle antautuminen vahvistavat itsetuntoa, itsearvostusta ja tietoisuutta kehosta ja olemuksesta. Jännittyneiden lihasten rentoutuessa voi myös patoutuneiden tunteiden purkautuminen helpottua. (Thomas 1990, 10–12.) Lämpö, välittäminen, hoiva, hyväksyntä, arvostus ja turvallisuus välittyvät kosketuksesta (Jaakkola 1999; Maxwell-Hudson 2000, 156).

## Hieronta

Potilas kokee hieronnan yleensä miellyttävänä ja positiivisena. Näitä hyvänolon ja rentoutumisen tunteita voidaan selittää hormonaalisin perustein, sillä myös hieronta vapauttaa oksitosiinihormonia. Hieronta saa aikaan myös läheisyyden ja hyväksymisen tunteita sekä auttaa omien rajojen tunnistamisessa. (Talvitie ym. 2006, 280–281.) Se lisää myös kehotietoisuutta. Vanhojen tunnetottumusten arvellaan säilyvän selkäytimen hermosoluissa ja muualla hermostossa. Näitä alueita aktivoimalla hieronta vaikuttaa mieleen. Endorfiinivirta poistaa kipua ja tuottaa miellyttäviä ja myönteisiä tunteita, jotka taas saavat potilaan keskittymään nykyhetkeen mieluummin kuin murheisiinsa. (Thomas 1990; Maxwell-Hudson 2000, 16, 144–145, 156–158.)

Hieronta parantaa veren ja imunesteen kiertoa nopeuttaen kuona-aineiden poistumista ja lihasten hapensaantia, alentaa sydämen syketiheyttä, kehittää notkeutta ja rentouttaa koko elimistöä. Hieronta myös kehittää keho-, lihas- ja liikeaistia sekä tukee säännöllistä unirytmää. Hieronnalla voidaan lievittää psyykkisiä jännityksiä, esimerkiksi rauhoittamalla ja tyyntämällä poistaa ahdistusta, yliaktiivisuutta ja muita stressioireita sekä lieventää reagoitua stressin aiheuttajiin. (Thomas 1990, 10, 32; Maxwell-Hudson 2000.)

Hierontaa voidaan käyttää helpottamaan masennusta, pelkoa ja kipua sekä stressistä johtuvien vatsakipujen kaltaisia ruuansulatushäiriöitä. Pitkittynyt stressi lihasjännityksineen sekä kiihtyneine hengitys- ja syketasoineen voi aiheuttaa mm. masennusta, hieronnalla taas vähennetään stressihormonien eritystä. Hieronta lievittää ahdistusta jopa tehokkaammin kuin useimmat liikuntamuodot. Se auttaa myös torjumaan masennusta sekä selviytymään vaikeista tilanteista helpommin ja toipumaan niistä nopeammin. (Maxwell-Hudson 2000.)

Jormin ym. (2002) mukaan hieronnan hoitovaikutuksista masentuneilla on tutkimusnäyttöä, joskaan ei yhtä vahvaa kuin esimerkiksi lääkehoidoilla. Moyer, Rounds ja Hannum (2004) rinnastavat meta-analyysinsä perusteella hieronnan tehon psykoterapiaan masennuksen kokemisessa. Walach, Guthlin ja König (2003) väittävät hieronnan olevan vähintään yhtä tehokasta kuin lääkehoito

kroonisen kivun hoidossa, ja sen lisäksi helpottavan masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta pidempiaikaisesti kuin kipulääkitys.

Field (1998 ja 2002) raportoi hieronnan helpottavan useita psykiatrisia sairauksia, kuten masennusta, vaikka sen vaikutusmekanismeista ei stressin, kortisolitason ja kivun vähentämisen sekä unen laadun parantamisen lisäksi ole vielä riittävästi tutkimustuloksia. Fieldin, Hernandez-Reifin, Diegon, Schanbergin ja Kuhnin (2005) mukaan hieronta auttaa masennukseen vähentämällä syljen kortisolitasoa eli vähentämällä stressiä sekä lisäämällä virtsan serotoniini- ja dopamiinitasoja, joiden nostaminen on tärkeässä masennuksen hoidossa. Moyer ym. (2004) taas raportoivat yhden hierontakerran vähentävän ahdistuneisuutta sekä alentavan verenpainetta ja sykettä, mutta ei vähentävän negatiivista mielialaa, kipukokemusta tai kortisolitasoa.

Hivelevä hieronta sopii jopa sairaalassa olevien depressiopotilaiden hoidon avuksi. Se on helposti hyväksyttyä hyvin sairaidenkin kohdalla. Epä-hedoniset masennuspotilaat tunnistavat hieronnassa käytetyn terapeuttisen kosketuksen positiivisena aistimuksena. Tällainen ihokosketus vahvistaa identiteettiä. (Muller-Oerlinghausen, Berg, Scherer, Mackert, Moestl & Wolf 2004.)

## **4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT**

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvailla Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden sairaalapsykiatrian yksikön aikuispsykiatrian osastoilla olleiden masennuspotilaiden kokemuksia siellä saamastaan yksilöfysioterapiasta ja näin mahdollistaa psykofyysisen fysioterapian laadun ja vaikuttavuuden kehittämistä. Tällöin tutkimusongelmiksi muotoutuivat seuraavat kysymykset:

- 1 Miten masentuneet potilaat kokevat Etelä-Karjalan keskussairaalassa saamansa yksilöfysioterapiajakson?

- 1.1 Millaisena masentuneet potilaat pitävät vuorovaikutusta fysioterapeutin kanssa?



- 1.2 Millaisena masentuneet potilaat pitävät terapeuttista harjoittelua?
  - 1.3 Millaisena masentuneet potilaat pitävät fysioterapeutin kosketusta ja manuaalista terapiaa?
- 2 Mistä fysioterapian edellä mainitusta osa-alueesta masentuneet potilaat tuntevat hyötynsä eniten omassa arjessa jaksamisessaan suhteessa oireisiinsa?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kyseessä on kuvaileva kvalitatiivinen, empiirinen tutkimus. Tutkimus kuuluu ihmistieteelliseen tutkimusperinteeseen, koska tutkimuksen kiinnostus kohdistuu tietämisen sisältöön, ihmisen luomaan merkitystodellisuuteen eletyistä kokemuksistaan. Tarkemmin määriteltynä tutkimus edustaa fenomenologis-hermeneuttiseen perinteeseen sitoutunutta filosofista traditiota, tulkinnallista tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 57.)

Varto (1992) kuvaa fenomenologis-hermeneuttisen tutkimusperinteen erityispiirteeksi sen, että siinä ihminen on tutkimuksen kohteena ja tutkijana (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34). Laine (2001, 26–28) taas kertoo, että tutkimuksen perustana olevia filosofisia ongelmia ovat tällöin ihmiskäsitys (millainen ihminen on tutkimuskohteena) sekä tiedonkäsitys (miten tuollaisesta kohteesta voidaan saada inhimillistä tietoa ja millaista se on luonteeltaan). Sekä fenomenologisessa että hermeneuttisessa ihmiskäsityksessä tutkimuksen teon kannalta keskeisiä käsitteitä ovat kokemus, merkitys sekä yhteisöllisyys, ja tietokäsityksessä ymmärtäminen ja tulkinta. Fenomenologisen tutkimuksen kohteena on ihmisen suhde omaan elämistodellisuuteensa ja sen merkityksiin. Kokemuksellisuus tai elämyksellisyys on ihmisen maailmasuhteen perusmuoto. Ihmistä ei voida ymmärtää irrallaan suhteesta omaan elämäntodellisuuteensa. Fenomenologinen merkitysteoria perustuu oletukseen, että ihmisen toiminta on pääosin intentionaalista ja että ihmisten suhde todellisuuteen on merkityksillä ladattua. Merkitykset taas löytyvät yhteisöstä, johon kasvetaan ja kasvatetaan, koska ihmisyksilö on perusteiltaan yhteisöllinen. Yhteisön yhteisten merkitysten perinteen vuoksi jo-

kaisen yksilön kokemusten tutkimus paljastaa myös jotain yleistä. Silti hermeneutikkaa kiinnostaa myös yksilön erilaisuus, ainutlaatuisuus ja ainutkertaisuus, eivät pelkästään yleiset säännönmukaisuudet.

Hermeneuttinen ulottuvuus tuo fenomenologiseen tutkimukseen mukaan ymmärtämisen ja tulkinnan. Ymmärtämisellä tarkoitetaan ilmiöiden merkityksen oivaltamista. Ymmärtäminen on aina tulkintaa, jonka pohjana on aina aiemmin ymmärretty, esiymmärrys. Fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen tavoitteena on käsitteellistää tutkittava ilmiö, eli kokemuksen merkitys, ja nostaa näkyväksi se, mikä on koettu, mutta ei vielä tietoisesti ajateltu. (Laine 2001, 29–31.)

## 5.1 Toteutuksen aikataulu

Opinnäytetyön toteutus kesti kokonaisuudessaan melkein viisi vuotta, koska välissä sairastuin ja olin poissa useita lukukausia.

Kevät 2006	Idean esittely
Kesä ja syksy 2006	Alustava teoreettisen viitekehyksen keräys
Kevät 2007	1. tutkimussuunnitelman hyväksyminen
<u>Kevät 2011</u>	
Tammikuu	2. tutkimussuunnitelman hyväksyminen (Opinnäytetyön toteutustapaa ja -paikkaa muutettu)
Helmikuu	Tutkimuslupahakemuksen hyväksyminen
Maaliskuu	Eettisen toimikunnan puoltavan lausunnon saaminen
Huhtikuu	Haastatteleminen ja litterointi
Toukokuu	Aineiston analysointi, tulosten raportointi ja pohdinnan kirjoittaminen

Viimeistelty opinnäytetyö valmistui kesäkuun 2011 alussa.

## 5.2 Menetelmät ja käytännön toteutus

Fysioterapeutit Eeva-Liisa Rautamies ja Pasi Harmanen olivat toteuttaneet masentuneille potilaille keskenään samankaltaista fysioterapiaa, joka sisältää erilaisia elementtejä, kuten vuorovaikutuksen, harjoitteet ja kosketuksen. He valikoivat potilaistaan tutkimusnäytteen kriteerit täyttävät potilaat vuodelta 2010 ja lähettivät heille saatekirjeeni, jossa pyysin haastatteluun osallistumiseen halukkaita ottamaan yhteyden minuun. Näin minä en saanut potilastietoja käsiini, ja toisaalta fysioterapeutit eivät saaneet tietää, ketkä heidän potilaistaan opinäytetyön tiedonkeruuseen osallistuivat. Saatekirjeitä lähetettiin 15 kappaletta. Vapaaehtoisten kanssa sovin puhelimitse tai sähköpostitse haastatteluille ajankohdan ja paikan.

Opinnäytetyön toteuttamiseksi vaadittiin yhteistyösopimus, tutkimuslupa ja eettisen toimikunnan puoltava lausunto. Yhteistyökumppaneina opinäytetyössäni oli Etelä-Karjalan keskussairaalan Kuntoutuskeskuksen fysioterapiaosastolta fysioterapeutit Eeva-Liisa Rautamies ja Pasi Harmanen.

## 5.3 Tutkimushenkilöt

Koehenkilöitä oli tarkoitus saada 3–5 haastattelujen litterointiin ja analysointiin tarvittavien resurssien vuoksi. Lopulta näytteen koko jäi kuitenkin kahteen, koehaastattelu mukaan lukien, koska enempää kriteerit täyttäviä, haastateltavaksi halukkaita ei ilmoittautunut, vaikka fysioterapeutit mainostivat opinäytetyöhön osallistumista vielä tapaamisissaan. Aineiston kylläntymistä ei tämän vuoksi päässyt tapahtumaan. Toisaalta päädyin etsimään aineistosta erilaisuuksia, joiden kuvaamisessa saturaatiopistettä ei pystytä edes etukäteen määrittelemään. Tuomen ja Sarajärven (2009, 85) mielestä opinäytetöiden aineistojen koot voidaan kuitenkin asettaa omaan arvoonsa, eikä aineiston koko ole opinäytetyön merkittävin kriteeri, koska opinäyte on vain tekijänsä harjoitustyö, jonka tarkoituksena on osoittaa oppineisuutta omalta alalta.

Opinnäytetyöhön osallistumismahdollisuus annettiin Etelä-Karjalan keskussairaalan psykiatrisilla osastoilla olleille työikäisille aikuisille (18–64 -vuotiaita),

joille oli diagnosoitu keskivaikea tai vaikea masennus. Koehenkilöiksi sopivat olivat jo kotiutuneet sairaalasta, koska olimme kiinnostuneita myös heidän kokemuksistaan fysioterapian hyödyllisyydestä arkielämässä jaksamisessa. Koehenkilöiden käyminen edelleen polikliinisina asiakkaina fysioterapiassa ei estänyt osallistumista tutkimukseen. Koehenkilöille yksilöfysioterapia oli ollut vain yksi osa hoitoa, johon olivat kuuluneet merkittävinä lääkehoito, keskustelut omahoitajan ja mahdollisesti psykiatrin tai psykologin kanssa sekä mahdollinen muu kuntoutus. Tutkimusnäytteen sisäänottokriteereinä olivat siis 18–64 vuoden ikä, potilaana olo aikaisemmin EKKS:ssa keskivaikean tai vaikean masennuksen diagnoosilla ja yksilöfysioterapiassa käyminen vähintään kymmenen kertaa. Näiden fysioterapiakäyntien ei tarvinnut ajoittua pelkästään sairaalassaoloaikaan, jos fysioterapia jatkui polikliinisena. Haastateltavien tuli olla itsemääräämisoikeuden omaavia henkilöitä. Poissulkukriteereinä olivat neurologiset sairaudet ja elimelliset syyt motoriiikan huononemiseen sekä holhouksen alaisena oleminen.

Molemmat tutkimushenkilöt olivat naisia, joille oli diagnosoitu vaikea masennus. Molemmilla oli myös takanaan kolme masennusjaksoa. Haastatteluhetkellä toinen kertoi toipuneensa masennuksesta, mutta toisen masennustila oli taas vaikea. Naiset olivat iältään 18- ja 58-vuotiaita. He olivat olleet psykiatrisella osastolla 2 ja 4 kuukautta, yksilöfysioterapia oli molemmilla jatkunut polikliinisina käynteinä vielä tämän jälkeen. Yksilöfysioterapiajaksot olivat kestäneet toisella noin 17 kuukautta ja toisella 6 kuukautta. Kumpikaan ei enää jatkanut fysioterapiassa.

#### **5.4 Aineiston keruu**

Aineistonkeruumenetelmänä käytin teemahaastattelua (teemat liitteessä 3) sen joustavuuden ja monipuolisuuden vuoksi. Siinä pystytään ottamaan huomioon myös ilmeet ja eleet, tarkentamaan kysymyksiä, esittämään jatkokysymyksiä ja keskustelemaan haastateltavan kanssa. Haastattelussa vastausprosentti on korkea ja sisällöltään rikas. Hirsjärven ja Hurmeen (2001) mukaan metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioil-

le antamiaank merkityksiä ja sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 75).

Koska tutkitaan merkitysrakenteita, ei voida käyttää kovin strukturoitua haastattelua, vaan ihmisten täytyy kertoa kokemuksistaan omin sanoin, ei niin, että he joutuvat valitsemaan tutkijan jäsentämistä vastausvaihtoehdoista (Alasuutari 2001, 83). Haastatteluissa annoinkin tutkimushenkilöiden kertoa fysioterapian eri osa-alueista oman ymmärryksensä mukaisesti. Heidän muistiaan virkistääkseni ja varmistaakseni kaikkien osa-alueiden läpi käymisen tarkensin kysymyksiä haastattelun aikana jaotellen fysioterapian sisältöä viitekehysesni mukaisesti. Varsinkin terapeuttisen harjoittelun osalta harjoitusten asettaminen eri kategorioihin oli vaikeaa, koska harjoituksissa yhdistyy usein eri menetelmät. Lisäkysymyksiä tekemällä erotin haastattelumenetelmäni syvähaastattelusta.

Haastattelumenetelmää käytettäessä muistiin merkitään sanatarkasti sen, missä muodossa haastattelija esittää kysymyksensä, ei pelkästään vastauksia ennalta sovittuihin, kaikille haastateltaville esitettäviin kysymyksiin. Näin analyysin kohteena on sanatarkka kuvaus koko tilanteesta ja saadaan esiin kvalitatiiviselle aineistolle ominainen ilmaisullinen rikkaus, monitasoisuus ja kompleksisuus. (Alasuutari 2001, 84–85.) Käytännössä nauhoitin ja litteroin haastattelut sanatarkasti, ja merkitsin myös tauot, empimiset, päällekkäin puhumiset ja sanattoman viestinnän.

Haastattelun teemat alkoivat varsinaisia tutkimuskysymyksiä pohjustaen potilaan ennako-odotuksista fysioterapiaa kohtaan ja yksilöfysioterapiajakson sisällöstä, eli siitä, mitä jakson aikana oli tehty. Seuraavaksi pyydettiin koehenkilöitä kuvailemaan kokemuksiaan yksilöfysioterapian eri osa-alueista. Lopuksi he saivat kertoa, miten he tuntevat hyötäneensä yksilöfysioterapiajaksosta. Varsinaisen haastattelun päätyttyä keräsin vielä puuttuvia esitietoja (kuten vastaajan ikä ja masennuksen aste) lomakehaastattelun tapaan, elleivät ne olleet tulleet esiin haastattelun aikana.

## 5.5 Aineiston analyysi

Vaikka haastatelluilta kysytään suurin piirtein samaa asiaa, joka on tutkimusongelmana, ihmisten vastauksia ei tule pitää sellaisenaan tutkimuksen tuloksena, vaan havaintona, johtolankana. Jotta aineistossa olevat havainnot voidaan erottaa tutkimuksen tuloksista, tarvitaan selviä sääntöjä siitä, millaisista havainnoista on lupa mitään päätellä, muuten tutkimus voi muuttua omien ennakkoluulojen empiiriseksi todisteluksi ilman aineiston mahdollisuutta johtaa yllätyksiin, hypoteesien ja tutkimusasetelman kyseenalaistamiseen. Tutkimusmetodin tulee olla sopusoinnussa tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen kanssa. Toisaalta aineiston luonne asettaa rajat sille, millainen tutkimuksen teoreettinen viitekehys voi olla ja millaisia metodeja voi käyttää. (Alasuutari 2001, 81–83.) Siksi analysoin aineiston laadullisen aineiston induktiivisella sisällön analyysillä.

Sisällönanalyysiä aineiston analyysissä voidaan käyttää esimerkiksi ihmisten kokemusten kuvaamiseen fenomenologisessa tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 14). Laineen (2001, 28) mukaan hermeneuttinen tutkimus ei etene induktiivisesti yksittäistapauksesta yleiseen, mutta Milesin ja Hubermanin (1994) mukaan aineistolähtöinen laadullisen aineiston analyysi on induktiivisen aineiston analyysiä, jossa aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja luodaan teoreettiset käsitteet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Toisaalta Laine itse sanoo yhteisöllisyyteen vedoten, että jokaisen yksilön kokemusten tutkiminen paljastaa jotain yleistä. Tällä perusteella kutsun aineiston analysointimetodiani induktiiviseksi, aineistolähtöiseksi sisällönanalyysiksi. Aineistolähtöistä analyysiä oli siksi, että ihmisten kokemuksilleen antamia merkityksiä ei voida jäsentää ennalta muotoillun teorian pohjalta. Aineistolähtöisessä analyysissä aikaisemmilla tiedoilla tai teorioilla tutkittavasta ilmiöstä ei pitäisikään olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 95).

Aineiston analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon, ilman sen sisältämän informaation kadottamista. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on lisätä aineiston informaatioarvoa, koska hajanaisestä aineistosta pyritään luomaan selkeää, mielekästä ja yhtenäistä

informaatiota. (Hämäläinen 1987, Burns & Grove 1997 ja Strauss & Cob 1990, 1998, Tuomen & Sarajärven 2009, 108, mukaan.)

Milesin ja Hubermanin (1994) mukaan aineistolähtöinen laadullinen analyysi koostuu karkeasti aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja teoreettisten käsitteiden luomisesta (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 108). Aluksi kuuntelin haastattelut ja kirjoitin ne auki sana sanalta. Seuraavaksi perehdyin haastattelujen sisältöihin haastatteluja lukemalla ja alleviivaamalla olennaisia asioita. Sitten listasin alkuperäisilmaisista pelkistetyt ilmaisut ja jäsensin ne teemoiksi tutkimuskysymysten mukaisesti. Seuraavana vaiheena oli näiden teemojen sisällä samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista ja niistä yläluokkien muodostaminen. Sisällytin tuloksien raportointiin paljon suoria lainauksia haastateltavilta, koska en raportoinut alkuperäisilmaisuja, vaan pelkistetyt ilmaisut teemoittain ja niistä johdetut yläluokat (Liite 4), joilla vastasin tutkimuskysymyksiin.

## **5.6 Opinnäytetyön luotettavuus**

Lincolnin ja Cuban (1985) sekä Pattonin (1990) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei löydy yhtenäistä käsitystä, joten vastuu tulosten yleistettävyydestä tai siirrettävyydestä jää myös lukijalle. Siksi tutkijan on raportoitava kaikki, mikä helpottaa tutkimuksen itsenäistä arviointia. (Mäntylä 2007, 55.) Näin olen pyrkinyt tekemään.

Ensimmäistä opinnäytetyötä tehdessäni suurimpana riskinä oli oma kokemattomuuteni tutkimuksen tekemisessä, haastattelussa ja saadun aineiston analysoinnissa. Näitä riskejä osaltani pienensin perehtymällä mahdollisimman hyvin tutkimuksen tekemiseen kirjallisuuden avulla ja asiantuntijoiden neuvoja kysymällä. Haastattelukysymysten onnistunut laatiminen oli hyvin tärkeää, jotta vastauksina olisi niitä asioita, joita olin tutkimassa. Siksi tein yhden koehaastattelun, jonka jälkeen olisi ollut vielä mahdollista muuttaa tai tarkentaa haastattelun teemoja tai kysymisen tapoja. Tämän koehaastattelun jälkeen en kuitenkaan tehnyt muutoksia, ja lopulta sisällytin myös sen sisällön aineistoon haastatelta-

vien vähyyden vuoksi. Koehaastattelussa haastattelemani ihminen on siis toinen aineiston keräämiseen käyttämästäni kahdesta tutkimushenkilöstä.

Olen itse sairastanut masennuksen, joten se loi mielestäni mahdollisuuden masentuneiden potilaiden parempaan ymmärtämiseen, mutta toisaalta siinä oli riski, että oletin ymmärtäväni heitä oman kokemukseni mukaan, vaikka he olisivat tarkoittaneet eri asiaa. Riskinä oli myös, että jotkut asiat saattoivat jäädä avaamatta, koska ne ovat minulle liian tuttuja tai itsestäänselvyyksiä. Näitä riskejä pyrin pienentämään haastattelujen aikana peilaamalla haastateltavilla sen, miten olin kunkin asian ymmärtänyt. Haastattelutilanteiden vuorovaikutukseen uskon oman masennushistoriani vaikuttaneen lähentävästi ja luottamusta luovasti. Toiselle saman sairauden kokeneelle on helpompi puhua vaikeistakin asioista rehellisesti ja jättämättä mitään olennaista pois. Siksi oletin myös, että haastateltavien antamat kuvaukset kokemuksistaan olivat totuudenmukaisia ja rehellisiä. Silti on lähes mahdotonta arvioida, onko jonkun omasta kokemusmaailmastaan antama kuva luotettava, emmehän aina voi olla varmoja edes omia tekojamme ohjaavista motiiveista.

Opinnäytetyöni luotettavuutta parantaa se, että aineiston analyysiä tehdessäni pystyin puhelimitse vielä tarkentamaan tai laajentamaan vastauksia. Molemmat tutkimushenkilöt nimittäin antoivat puhelinnumeronsa juuri tätä tarkoitusta varten. Myös nämä puhelinkeskustelut nauhoitin ja litteroin sekä otin saadun aineiston mukaan analyysiini. Sisällön analyysin valmistuttua varmistin vielä haastatelluilta puhelimitse tulosten paikkansapitävyyden.

### **Ihmiskäsitykseni**

Vaikka voidaankin sanoa, että tutkimusongelma määrittää tutkimustyyppin, -strategian ja -otteen, ovat uskomukset, arvot ja asenteet mukana jo tutkimusongelman muotoilussa (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 67–68). Siksi tutkijan ihmiskäsitys vaikuttaa koko tutkimusprosessiin. Vuorovaikutus perustuu jokaisen yksilölliseen ihmiskäsitykseen, koska yksilön toimintaa ohjaa käsitys itsestään, toisista ihmisistä ja ympäristöstään. Ihmiskäsityksen kehitykseen vaikuttavat



eletyt ihmissuhteet, kokemukset ja kehon toiminta, sekä käsitys itsestä ja oma kehonkuva. (Herrala ym. 2008, 12–13, 17.)

Fenomenologien ja eksistentiaalifilosofien määrittelemä ihmiskäsitys on lähellä omaa ihmiskäsitystäni. Sen mukaan ihminen määrittelee jatkuvasti itse itseään ja osoittaa toiminnoillaan, kuka hän on. Riippumattomuus, avoimuus ja vastuun ottaminen on tärkeää, koska jatkuvasti on tehtävä valintoja. Toisaalta uskon konstruktivistisen ihmiskäsityksen ja vuorovaikutuksellisen lähestymistavan mukaisesti toisten ihmisten, sosiaalisen ja kulttuurillisen vuorovaikutuksen muokkaavan yksilöä. Salon (1994) mukaan humanistisen ihmiskäsityksen perusteella ihmisellä on luovuutta ja omaa tahtoa sekä kykyä kasvaa ja kehittyä. Ihminen on vastuullinen, yksilöllinen ja ainutkertainen. Keskeistä humanistisessa ihmiskäsityksessä on ihmisen sisäisen maailman ja sen kokemusten merkitys ja ihmisen kunnioittaminen. (Herrala ym. 2008, 14–17.) Näistä asioista olen samaa mieltä.

Fenomenologiassa kehon kokemus on yhtä tärkeää kuin teoreettinen tieto. Ihmisen koko psykofyysisen olemuksen toiminta on tavoitteellista ja prosessinomaista. Psykodynaamisen ajattelun mukaisesti uskon kehollisten oireiden takana olevan fyysisten vaikuttajien lisäksi psyykkisiä ja sosiaalisia vaikuttajia. Tällaisten psykosomaattisten oireiden kautta voidaan käsitellä tiedostamattomia psyykkisiä ristiriitoja. (Herrala ym. 2008, 15–16.)

## **6 OPINNÄYTETYÖHÖN LIITTYVÄT EETTISET NÄKÖKOHDAT**

Jokaiselle tutkittavalle kerrottiin tutkimuksen kulku ja kaikki, mitä tutkimuksessa tapahtuu niin, että tutkittava sen ymmärsi. Jo ennen haastatteluun suostumista tutkittavat saivat tietää, mitä tutkimus koski. Tutkittavat allekirjoittivat vapaasta tahdostaan tietoon perustuvan kirjallisen suostumuksen (Liite 2) ennen tutkimukseen osallistumisestaan. Tutkittavat pysyivät anonyymeinä ja kerätty aineisto oli vain minun käytössäni. Opinnäytetyön valmistuttua hävitän polttamalla tutkittavilta kerätyn aineiston. Haittoja tai riskejä tutkimukseen osallistumisessa ei

mielestäni ollut, koska haastatteluun osallistuminen ei vaikuttanut mitenkään potilaiden saamaan hoitoon.

Opinnäytetyössäni olen noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä: Olen ollut rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja arvioinnissa. Olen soveltanut tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, sekä kunnioittanut muiden tutkijoiden työtä. Olen myös suunnitellut, toteuttanut ja raportoinut opinnäytetyön yksityiskohtaisesti.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Masentuneiden kokemuksia yksilöfysioterapiajaksosta

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa selvitin masentuneiden potilaiden kokemuksia Etelä-Karjalan keskussairaalassa saamastaan yksilöfysioterapiajaksosta. Kokonaisuudesta esiin nousi selvästi fysioterapian **voimavara-lähtöisyys** ja nousujohteinen kehitys yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

*Hieromista toivoin... Se rentoutuminen oli se päällimmäinen siinä alussa... En mie aluks halunnu tehdä mitää niinku sellast fysioterapiaa, en mie jaksanu.. Et mie olin vaa ihan hoidettavana... Se takautumien jakso oli varmaa aika pitkälle sitä et mie olin saava osapuoli, en aktiivinen, passiivisesti saava... Se tuli myöhemmin sitte se halu ruveta tekemää jotain fyysistä, saada jotaa vinkkejä siihen et miten vois hoitaa itteää myös fyysisesti.*

*Yks mitä alkupuolel tehtii aika paljon, nii oli ne tietosen läsnäolon harjottelut... Sit oli kaikkii niit liikkeitä ja hengitysharjoituksii ja sellasia... No sitte myöhemmin niinku, ku alko sellai paranee tää itsetunto ja alko vähä niinku tykkäämää kehostaa, ni sit tuli niit venyttelyharjoituksia... Loppupuolel ku oli pari kuukautta fysioterapiaa jällel, nii sit niit kuntosaliharjoituksii.*

Jaottelin yksilöfysioterapiajakson vuorovaikutukseen fysioterapeutin kanssa, terapeutin harjoitteluun sekä manuaaliseen terapiaan ja fysioterapeutin kosketukseen.

### 7.1.1 Masentuneiden kokemuksia vuorovaikutuksesta fysioterapeutin kanssa

Luokittelin masentuneiden kokemukset vuorovaikutuksesta kolmeen pelkistettyyn ryhmään; **vapautunutta, luottamuksellista** ja **turvallista**, vaikka luokittelun johtaneet vastaukset menivät osittain päällekkäin eri luokkiin.

Tulkitsin masentuneiden potilaiden kokemuksia **vapautuneiksi**, koska niissä kuvattiin hyvää vuorovaikutusta ja toimeen tulemista fysioterapeutin kanssa.

*Tosi hyvänä, ei vois olla parempi.*

**Luottamuksellisuus** tuli esiin uskalluksena kertoa omista asioistaan ja kuulluksi tulemisen tunteena, sekä mahdollisuutena monimuotoiseen vuorovaikutukseen, vaikkei kuuntelijaa fysioterapian puolelta varsinaisesti kaivattuakaan.

*Koin mahdollisuuden sanalliseen vuorovaikutukseen tärkeänä, mut nimenomaa mahdollisuuden... joskus on semmonen tilanne et haluaa vaan olla ja nauttia siit et joku hoitaa... Nii täällä mie tiesin sen että jos mie oon hiljaa niin mun ei oo pakko puhua.*

*Kyllähän me juteltii, et jotkut kerrat oli sellasia et mie kerroin aika paljonkii... Rupesin sit myöhemmin piirtämää ni kylhän mie otin uudet kuvat mukaan... Tekstinpätkiä luin mitä kirjoitin...*

Sekä päätöksenteon yhdessä fysioterapeutin kanssa että toisaalta luottamuksen fysioterapeutin arviointikykyyn tulkitsin kokemukseksi **turvallisuudesta**.

*Joka kerta kun mie menin, niin mult kysyttii: mitä sie haluat tai mitä sun ruumis kaipaa tänään? Ne oli hyvät kysymykset. Emmie sit aina tienny, joskus mie sainoin, et päätä sie... Menin vaa mukaan.*

### 7.1.2 Masentuneiden kokemuksia terapeuttisesta harjoittelusta

Masentuneiden potilaiden kokemukset terapeuttisesta harjoittelusta jaottelin viiteen luokkaan: **hyödyllistä, vaativaa mutta palkitsevaa, miellyttävää, mielenkiintoista** ja **yksilöllistä**. Vaativien mutta palkitsevien luokan kokemukset ovat myös osaltaan hyödyllistä, mutta erotin ne omaksi luokakseen korostaakseni sitä, ettei terapeuttinen harjoittelu ole aina helppoa.

Masentuneet potilaat kuvasivat kokeneensa rentoutumis- ja hengitysharjoitukset sekä venyttelyt **hyödyllisinä** ja hyvinä. Liikeharjoituksia – tasapaino- harjoituksia, kuntosaliharjoittelua, joogatyyppejä liikesarjoja ja liikunta yleensä, esimerkiksi sauvakävelyä – pidettiin erinomaisina. Joogatyypiset liikesarjat tuntuivat todella rauhoittavilta.

*Ne venyttelyt oli tosi hyödyllisiä... autto tosi paljo...*

*Joskus oli sit ihan rento olo, et niin rento ku voi olla. Ja sit saatto huomata sen, et lihakset on semmoset rennommat sen tilanteen jälkee. Että koin hyötyväni.*

*Hyviä, et sit osas niinku pysähtyy, eikä ollu vaa koko ajan siin arjessa, et koko ajan pitää olla menossa... Hyvä et pysty pysähtymää ja rentoutumaa.*

*Koin ne liikeharjoitukset niin hyvänä, et mie hankin sen tasapainolaudan, et must se oli hirveen hyvä, tosi hyvä... Tää liikuntavihko on ihan älyttömän hyvä vaik mie aluks vähä nauroin tälle... Kyl se sillai muistuttaa...*

Masentuneille omaan kehoon keskittyminen toi helpotusta pahaan oloon. Se näkyi varsinkin hengitys-, kehontietoisuus- ja rentoutusharjoituksissa. Nämä harjoitukset myös opettivat potilaita suhtautumaan paremmin omaan kehoonsa.

*Piti seurata sitä hengitystä ja keskittyä siihen... eikä sitte o ajatukset muualla, niin kyl se kans tuntu sellai hyvältä.*

**Vaativina mutta palkitsevina** masentuneet pitivät rentoutus- ja kehontietoisuusharjoituksia, sekä joogatyyppejä liikesarjoja. Harjoituksia tehtäessä koettiin alussa ärsyyntymistä, ahdistumista, kiusallisuutta ja vaikeutta suhtautua omaan kehoon, mutta edistymisen myötä nämä tuntemukset vaihtuivat onnistumisen kokemuksiin ja harjoitusten hyöty tuli esiin.

*Fysioterapeutti ain sit sano... et nyt jos on ajatukset lähteny johonki muualle, niin tuo ne sit takas tähä hetkee... se oli kans tosi vaikeeta sellai, ku ihan koko ajan lähti ajatukset eri asioihin... Hieno huomata et niinku pystyy siihe ja sellai et pystyy rentoutumaa!*

*Nukahtelin siin alus ja jotenki välil... se oli hirveen ärsyttävää jotenki, ku ei ois malttanu keskittyä, niin sitä vaa jäähä siihe makaamaan... Pikkuhiljaa ku alko, just niinku osas mieltii sellai omaa kehoosa sellai niinku vähä positiivisemmas mieles niin kyl se autto.*

*Mul oli niin vaikee suhtautua kehoo niitten takautumien takia, et ne herätti sit niin paljon ahdistusta... kehon miettiminen määrätyillä tavoilla tuntu kauheen vaikeelta... Tarkotus oli se, että mie vois in hyväksyä oman ruumiini ja itseni naisena...*

*Alus ne liikesarjat tuntu tosi hassuilt sellai, et vähä kiusalliselt tehä niit, mut sit jotenki siihe ku heittäyty mukaa, et sit niinku yrittää tehä kunnol niitä, ni sit ne jotenki sellai tosi rauhottavilta tuntu... et pysty olee siinä hetkessä ja keskitty-mää vaa siihe mitä teki.*

**Miellyttävyyden** kokemukset tulivat esiin vastauksissa, joissa kerrottiin liikeharjoitusten tekemisestä ilman suorituspaineita, fysioterapeutin kannustavuudesta, harjoituksista pitämisestä sekä kehon ja ryhdin pidentymisestä hengityksen vapautuessa.

*Koulun liikuntatunteihi verrattuun tosi erilaist ku voi ihan omaa tahtiisa tehä, eikä sellai tartte suorittaa.*

*Fysioterapeutti oli niin kannustava, ja tota, hän ei vaatinu täydellisyyttä vaan niinku kannusti, kun mun mielestä mie en tehny niin hyvin... Että uupuneenakin kelpas.*

Kehontietoisuusharjoituksia toinen haastatelluista piti **mielenkiintoisina**.

*Se oli aika, niinku sellai mielenkiintosta ku ei enne oo niinku keskittäny sitä huomiota johonki tiettyy vartalon osaa, nii sit se oli niinku aika jännän tuntust, et miten niinku sit just tuns sen tietyn osan eikä niinku kokonaisuutena itteesä.*

Kokemus **yksilöllisyydestä** ilmeni siinä, kuinka fysioterapiasuunnitelmaan tehtiin muutoksia sen mukaan, minkälaiset harjoitukset sopivat kullekin yksilölle. Potilaiden mielipiteitä kuunneltiin tarkasti ja otettiin heidän toiveensa huomioon.

*Mulle ei käyny ollenkaa ne semmoset, missä jännitetää ja rentoutetaa joku lihas, koska ne herätti sit niitä takaumia. Mut ne semmoset mis oli tarina, ni ne oli hyviä. Mul oli hirveen helppo sukeltaa niihi mukaa”*

### **7.1.3 Masentuneiden kokemuksia manuaalisesta terapiasta ja fysioterapeutin kosketuksesta**

Molemmilla haastattelemillani henkilöillä oli positiiviset, mutta omanlaiset kokemukset fysioterapeutin kosketuksesta ja manuaalisesta terapiasta, joka toisen

osalta oli pääasiassa pelkkää hierontaa. Ensimmäisen kokemukset luokittelin **turvalliseksi ja rentouttavaksi**, toisen taas **lihashuollolliseksi**. Turvallisuuden kokemuksesta kertoi varmuus siitä, että fysioterapeutti kunnioittaa potilaan rajoja. Rentouttavaa oli manuaalisesta terapiasta pitäminen ja kyky päästää irti ahdistavista ajatuksista. Lihashuollollisuus taas ilmeni toisen masentuneen käytännöllisenä suhtautumisena hierontaan ja siinä, että hän kielsi kaivanneensa itse kosketusta.

*Tietyst seki et joku koskee, ja mie tiesin jo entuudestaan, että tää jumppari kunnioittaa mun rajoja... Hän oli turvallinen ihminen, et koin kosketuksen ihan hyvänä.*

*Mie oon aina tykänny niinku kaikellisest hieromisesta ja käsittelystä... Se samalla sitte autto rentoutumaa ja päästämää irti niist ahdistavist ajatuksist, jotka oli muuten periaattees koko ajan päällä siel osastol olles.*

*Hieronta oli kans ihan älyttömän hyvä, et tuntu et se oli yks niist parhaist... Auto ain tosi paljo. Hieromisen jälkee ain tuns et se, vähä alkaa niinku loksahtelee paikat kohillee ja ei oo enää niin jumissa.*

## **7.2 Masentuneiden kokemuksia fysioterapian hyödyllisimmästä osa-alueesta**

Toisena tutkimuskysymyksenä oli: Mistä fysioterapian edellä mainitusta osa-alueesta masentuneet potilaat tuntevat hyötyneensä eniten omassa arjessa jaksamisessaan suhteessa oireisiinsa? Haastatteluissa teemana oli, miten tunnette hyötyneenne fysioterapiasta. Molemmat haastateltavat aloittivat vastauksensa kertomalla, mistä terapeuttisen harjoittelun osasta he tunsivat hyötyneensä: toinen tunsu hyötyneensä eniten liikeharjoituksista, koska ne olivat saaneet hänet liikkumaan itsenäisesti, ja toinen koki tietoisien läsnäolon harjoitusten ja joogamaisten liikesarjojen opettaneen häntä arvostamaan itseään, viihtymään kehossaan sekä käyttämään hengitykseen keskittymistä rentoutumiseen myös arkielämässä.

Kun tarkensin kysymystäni sisältämään myös vuorovaikutuksen ja manuaalisen terapian, molemmat haastateltavat halusivat muuttaa vastauksiaan. Ensimmäinen haastateltava tunsu tärkeimmäksi fysioterapian osa-alueeksi **vuoro-**

**vaikutuksen**, koska ilman toimivaa vuorovaikutusta harjoitukset ja manuaalinen terapia olisivat jääneet tuloksettomiksi.

*Se (vuorovaikutus) oli varmaan niinku terapian lisäksi semmonen kulmakivi mun toipumisessa ja jaksamisessa... Se oli rinnastettavis siihen keskusteluterapian tärkeyteen... Ilman sitä ne muut ei ois onnistunu sit sillai niinku onnistu.*

Toinen haastateltava ei osannut uuden kysymyksenasettelun jälkeen vastata pitkähkön miettimisenkään jälkeen muuta, kuin että hyödyllisintä oli **kokonaisuus**.

*Kokonaisuus oli sellanen mikä tuntu auttavan, ni mie en nyt sellai oikeen osaa eritellä, et ois sellain niinku tietty mikä ois eniten, et jotenki se oli se kokonaisuus.*

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tavoite

Opinnäytetyöni tavoitteena oli kuvailla EKKS:n aikuispsykiatrian osastoilla olleiden masennuspotilaiden kokemuksia siellä saamastaan yksilöfysioterapiasta ja näin mahdollistaa psykofyysisen fysioterapian laadun ja vaikuttavuuden kehittämistä. Masentuneet pitivät fysioterapiaa voimavaralähtöisenä ja progressiivisenä tavoitteiden täyttämisenä. Vuorovaikutusta fysioterapeutin kanssa he pitivät vapautuneena, luottamuksellisena ja turvallisena. Terapeuttinen harjoittelu oli masentuneiden kokemusten mukaan hyödyllistä, vaativaa mutta palkitsevaa, miellyttävää, mielenkiintoista ja yksilöllistä. Manuaalista terapiaa ja fysioterapeutin kosketusta pidettiin turvallisena, rentouttavaa ja lihashuollollista. Hyödyllisin näistä osa-alueista omassa arjessa jaksamisessa oireisiin suhteutettuna oli toisen haastateltavan mielestä vuorovaikutus, ja toinen kuvasi kokonaisuutta hyödylliseksi.

Vaikka tutkimushenkilöitä oli vain kaksi, tuloksista nousee esiin monta tärkeää kokemusta. Molemmilla haastateltavilla oli omanlaisensa ongelmat ja lähtö-

kohdat fysioterapialle, joten heille merkityksellisimmät kokemukset erosivat toisistaan, mutta kokonaisuudessaan haastattelut kertoivat paljon samoista asioista. Koska tutkittavia oli vain kaksi eikä minkäänlaisten määrällisten tulosten etsiminen olisi ollut mahdollista, pyrin aineiston analyysissä keskittymään kokemusten eriävyyksiin.

## **8.2 Teoreettisen viitekehysten tukemat tulokset**

Psykofyysisessä fysioterapiassa painottuu voimavaralähtöisyys. Kolmannen luvun alussa olen käsitellyt potilaan voimavarojen arviointimenetelmiä. Arvioinnin perusteella fysioterapeutti määrittelee terapiassa käytettävät menetelmät niin, että potilaan voimavarat riittävät fysioterapian toteuttamiseen. Kun potilaan voimavarat vahvistuvat, voidaan myös terapiassa siirtyä passiivisista hoidoista potilaan aktiiviseen kuntoutumiseen. Haastateltujen potilaiden terapiaprosessi on edennyt kuvatulla tavalla, ja he pitivätkin fysioterapiaa voimavaralähtöisenä ja progressiivisena tavoitteiden täyttämisenä.

Luottamuksellisuus ja turvallisuus ovat Herralan ym. (2008, 149) mukaan vuorovaikutuksellisen suhteen syntymisen kivijalkoja. Tämä tuli esiin haastatteluissa, kun masentuneet kertoivat pitäneensä vuorovaikutusta fysioterapeutin kanssa ainoastaan positiivisina asioina. Vapautuneena, turvallisena ja luottamuksellisena pidetty vuorovaikutus oli merkittävää koko fysioterapiaprosessin onnistumisen kannalta.

Terapeuttista harjoittelua pidettiin haastattelujen mukaan muun muassa hyödyllisenä ja sen monipuolisesta menetelmävalikoimasta löytyy paljon vaikuttaviksi todettuja keinoja esimerkiksi rentoutumiseen, pysähtymiseen, itsetunnon kohottamiseen ja kiinnostuksen herättämiseen omasta kehosta huolehtimiseen. Eri harjoitusmenetelmien vaikutuksista on kerrottu luvussa 3.2. Mustosen (2007, 54–56) selvityksen mukaan masentunut kuntoutuja piti psykofyysistä fysioterapiaa ja kehotietoisuusharjoituksia hyödyllisinä. Niiden avulla kuntoutujan niskahartiaseutu ja rintakehä rentoutuivat enemmän kuin koskaan ennen fysioterapian vaikutuksesta. Kivut olivat vähentyneet ja kuntoutuja koki tunnistavan-



sa paremmin hengityksen, rintakehän liikkeen ja kehon asennon sekä saaneensa tunteitaan esiin.

Terapeuttisesta harjoittelusta kehontietoisuusharjoituksia toinen haastatelluistani piti mielenkiintoisena, uutena kokemuksena. Uupuneet ja masentuneet varhaiskuntoutujat ovat Ilmarisen ja Mikkosen (2007, 100–107) selvityksen mukaan saaneet kehontuntemusharjoittelun seurauksena uuden näkökulman elämään ja oppineet tunnistamaan tilannettaan paremmin. Heidän taitonsa ja kykynsä rentoutua ovat lisääntyneet kuntoutuksen aikana ja oma keho on tullut heille tutummaksi. Lähes kaikki kuntoutujat olivat alkaneet kiinnittää huomiota asentoonsa, kuten minunkin haastattelemani masentuneet tekivät.

Jaakkolan (1999) ja Maxwell-Hudsonin (2000) mukaan kosketuksesta välittyä turvallisuus. Myös haastatellut pitivät fysioterapeutin koskesta ja manuaalista terapiaa turvallisena. Thomas (1990), Maxwell-Hudson (2000) ja Talvitie ym. (2006) kertovat kosketuksen ja hieronnan olevan rentoutta ja sen tunnistamista lisääviä. Hieronnan aiheuttama endorfiinivirta tuottaa miellyttäviä tunteita, jotka auttavat keskittymään nykyhetkeen ahdistavien ajatusten sijasta. Haastatellut tunsivat kosketuksen ja manuaalisen terapian rentouttavina.

### **Ennakkokäsitysteni paikkansapitävyys**

Aineistolähtöisen tutkimuksen takana on ajatus siitä, ettei ole olemassa objektiivisiä, ”puhtaita” havaintoja sinällään, vaan mm. tutkimusasetelma ja menetelmät ovat tutkijan asettamia ja vaikuttavat aina tuloksiin. Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimusperinteessä tämä ongelma pyritään ratkaisemaan kirjoittamalla auki tutkijan ennakkokäsitykset ilmiöstä ja suhtautumalla tietoisesti niihin analyysin aikana. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 96.)

Opinnäytetyöni luotettavuutta parantaakseni kirjoitin ennen haastatteluja ylös omia ennakkokäsityksiäni: Masentuneelle hyödyllisimpiä ajattelin olevan hengityksen huomioivat rentoutusharjoitukset, koska rentoutuminen on usein vaikeaa masennuspotilaille. Tämä käsitys osoittautui siinä mielessä paikkansa pitäväksi, että hengitys- ja rentoutusharjoituksia pidettiin hyödyllisinä. Varsinkin rentoutus-

harjoituksia tehdessä koettiin vaikeuksia ja negatiivisiakin tunteita, joista kuitenkin päästiin eroon harjoittelun myötä.

Toiseksi hyödylliseksi osa-alueeksi arvelin liikunnalliset harjoitukset, kuten kuntosaliharjoittelun, koska liikunnasta tulee pystyvyydentunne ja tunne, että on saanut jotain tehokasta aikaiseksi, mikä taas kohentaa mielialaa. Myös tämä käsitys sai tukea aineistosta. Vilpaksenkin (1995, 51) mukaan masentuneen itsetunto kohoaa jo, kun hän tuntee pystyvänsä liikkumaan. Ojasen (1994) Liikunta ja psyykinen hyvinvointi –projektin tuloksissa todetaan, että liikunnan koetaan muun muassa parantavan mielialaa, edistävän mielenterveyttä, auttavan rentoutumaan, vievän ajatukset ikävistä asioista ja kohottavan itsetuntoa (Ojanen 1995, 16–17).

Ennakoin lisäksi, että masentuneet tuntevat kosketuksen ja hieronnan avulla itsensä tärkeiksi, koska saavat hoitoa silloin, kun eivät itse jaksakaan välittää mistään. Tällaista kokemusta ei kuitenkaan aineistosta noussut esiin. Tiesin jo etukäteen hieronnan vähentävän lihasjännityksiä, mikä todentui haastateltavien kertoman mukaan. Vuorovaikutuksessa uskoin merkityksellistä olevan sen, että joku kuuntelee fyysisiäkin oireita, kun osastolla keskitytään psyykkisiin oireisiin, mutta tällaisia ajatuksia ei haastatteluissa esitetty.

### **8.3 Kehitysideat ja jatkotutkimusaiheet**

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä haastateltujen potilaiden osalta fysioterapiaprosessin onnistumista psykofyysisen fysioterapian osalta EKKS:ssa. Fysioterapeutit ovat selvästi ammattitaitoisia ja aidosti läsnä potilaan kohtaamisessa. Vielä kehitettävää työssä on sen osalta, miten fysioterapian hyödyt saataisiin pysyvämmiksi potilaiden arkeen, jolloin fysioterapiasta saatuja keinoja osattaisiin käyttää hyväksi myös mahdollisen masennuksen uusiutumisen aikana. Konkreettiset muistutukset, esimerkiksi mukaan annetut kirjalliset harjoitusohjeet, voisivat auttaa tässä ongelmassa. Mahdollisesti kirjallinen kooste fysioterapiassa tehdyistä harjoituksista auttaisi potilaita palauttamaan mieleen juuri

heidän oloaan helpottaneita asioita vielä pitkään fysioterapiajakson jälkeenkin. Tämäkin olisi tulevaisuuden kannalta arvokas tutkimusaihe. Lisäksi aineistosta nousi esiin kysymys, miksi masentunut ei aina edes halua voida paremmin, vaan nimenomaan haluaa velloa pahassa olossaan.

Jatkotutkimusmahdollisuutena on mm. laajempi haastattelututkimus, niin sanottu esitutkimus, jossa aineisto pääsisi kylläntymään. Kyselylomakkeilla tuskin saa masentuneilta potilailta avoimilla kysymyksillä riittävän laajoja vastauksia, koska kirjallinen tekstin tuottaminen voi olla heille liian kuormittavaa. Syvällisen aineiston kerääminen olisi kuitenkin tärkeää näin vähän tutkitusta aiheesta, vaikka sen yleistettävyyden onkin kyseenalaista. Tällaisen alkukartoituksen pohjalta, ja myös tätä työtäni hyödyntäen, voitaisiin sitten tehdä strukturoituja kyselylomakkeita suurempaa näytettä varten ja muotoilla kvantitatiivisilla menetelmillä tutkittavia hypoteeseja. Tuleviin tutkimuksiin olisi pyrittävä sisällyttämään kaikenikäisiä ihmisiä, sekä miehiä että naisia.

#### **8.4 Opinnäytetyöprosessin arviointi**

Opinnäytetyötä tehdessäni olen oppinut paljon varsinkin tutkimuksen tekemisestä. Psykofyysiseen fysioterapiaan ja sen menetelmiin olen paneutunut syvällisesti, mikä on vain lisännyt mielenkiintoani mielenterveyttä tukevaa fysioterapiaa kohtaan. Olen kehittynyt myös tutkitun tiedon hankinnassa. Minulle tämä opinnäytetyöprosessi on ollut erittäin raskas ja pitkälinen projekti. Olin jo ennen työn aloittamista kasannut itselleni aivan liikaa paineita ja vaatimuksia täydellisestä suorituksesta ja opinnäytetyöprosessin eteneminen tietyssä aikataulussa muiden opintojen keskellä oli minulle liikaa. Tämä työ omien vaatimusteni kanssa olikin suurin laukaiseva tekijä omalle uupumukselleni ja sen etenemiselle vakavaksi masennukseksi. Siksi työn jatkaminen, tai oikeastaan uudelleen aloittaminen, oli minulle vaikea paikka ja vihdoin sen saaminen päätökseen on suuri saavutus. Tämä on kuin uuden sivun kääntäminen elämässäni.

## LÄHTEET

Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3. uud. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.

Arponen, R. 2001. Hieronta – kosketukseen perustuva ammattitaito. Teoksessa Arponen, R. & Airaksinen, O. Hoitava hieronta. Porvoo: WS Bookwell Oy, 8–37.

Bunkan, BH. 2003. The Comprehensive Body Examination (CBE) A psychometric evaluation. Faculty of Medicine, University of Oslo. Oslo: Unipub AS.

Byrne, A. & Byrne, DG. 1993. The effect of exercise on depression, anxiety and other mood states: a review. *J Psychosom Res* 37: 565–574.

Bäckmand, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaisseuranta ikääntyvillä miehillä. *Kansanterveystieteen julkaisuja M* 188:2006. Helsinki.

Camacho, TC., Roberts, RE., Lazarus, NB., Kaplan, GA. & Cohen, RD. 1991. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 134; 220–231.

Center for Mindfulness (CFM), Finland Oy 2009. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin Mindfulness-koulutuksen oppimateriaali.

Craft, LL. & Landers, DM. 1998. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness. *J Sport Exerc Psychol* 20: 339–357.

Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. <http://www.kaypahoito.fi>. (Luettu 28.1.2011).

Donaghy, M. & Durward, B. 2000. A report on the clinical effectiveness of physiotherapy in mental health: evidence-based briefing paper. London: Chartered Society of Physiotherapy.

Eläketurvakeskus. 2010. Tilastot: Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2009. Taulukko 1.2.10. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=64965>. (Luettu 24.1.2011)

Field, T. 1998. Massage therapy effects. *Am J Psychol*. 53(12): 1270–81.

Field, T. 2002. Massage therapy. *Med Clin North Am*. 86(1): 163–71.

Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Schanberg, S. & Kuhn, C. 2005. Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *Int J Neurosci.* 115(10): 1397–413.

Fysioterapianimikkeistö 2007. Suomen Kuntaliitto, Suomen fysioterapeutit ry. & FYSI ry. [http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeist%C3%B6\\_2007.pdf](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeist%C3%B6_2007.pdf) (Luettu 24.1.2011)

Haavisto, S. 1995. Liikunnan ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksiä selittäviä malleja. Teoksessa Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. (toim.) *Jalka potkee, mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena.* Tammisaari: Suomen Mielenterveysseura, SMS-Tuotanto Oy, 28–32.

Hakanpää, T. & Peltonen, S. 2004. Hengitys on kehon ja mielen tulkki. *Fysioterapia* 7, 32–34.

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. *Psykofyysinen ihminen.* Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ilmarinen & Mikkonen 2007. Tunne kehossa, keho tuntee – kokemuksia kehon-tuntemusharjoittelun soveltamisesta uupuneille ja masentuneille varhaiskuntoutujille. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia 2. Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen.* Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4. Tampere. 100–107.

Isometsä, E. 1999. Masennustilat – uusi kansantauti? Tilastokeskus. *Hyvinvointikatsaus* 2/1999. <http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyv992.html#Masennustilat>. Päivitetty 2.11.2004. (Luettu 22.9.2006)

Isometsä, E. 2008. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria.* 5.-6. painos. Helsinki: Duodecim, 157–195.

Jaakkola, R. 1999. *Fysioterapian erityispiirteitä mielenterveysongelmaisten potilaiden hoidossa.* Pro gradu. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Jacobs, GD. 2001. The physiology of mind-body interactions: the stress response and relaxation response. *J Altern Complement Med.* 7, Suppl 1:S83–92.

Jorm, AF., Christensen, H., Griffiths, KM. & Rodgers, B. 2002. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Med J Aust* 20: 176 Suppl:S84-96. [http://www.mja.com.au/public/issues/176\\_10\\_200502/jor10311\\_fm.pdf](http://www.mja.com.au/public/issues/176_10_200502/jor10311_fm.pdf) (Luettu 4.3.2007)

Kanstren, J. & Pind, R. 2002. Ruumiilliset tuntemukset masennuksen aikana. Masennukseen liittyvän psykofyysisen fysioterapian kehittämiseksi tehty kyselytutkimus. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys ry.

Klemola, T. 2002. Kehontietoisuuden harjoittaminen: taiji, yi quan ja seisomisen taito. *Fysioterapia* 2, 4–9.

Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Knapen, K. & Pieters, G. 2003. The effectiveness of two psychomotor therapy programmes on physical fitness and self-concept in nonpsychotic psychiatric patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 17(6): 637–47.

Kriz-Silverstein, D., Barrett-Connor, E. & Corbeau, C. 2001. Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly. The Rancho Bernardo study. *Am J Epidemiol* 153: 596–603.

Laine, T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 26–43.

Lawlor, D. A. & Hopker, S. W. 2000. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. Department of Social Medicine, University of Bristol.  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=11282860> (Luettu 8.2.2010)

Lintunen, T. 1995. Psykkistä hyvinvointia tukeva liikunta. Teoksessa Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. (toim.) *Jalka potkee, mieli notkee. Liikunta mielen-terveyden tukena*. Tammisaari: Suomen Mielenterveysseura, SMS-Tuotanto Oy, 33–46.

Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.). 2005. Psykofyysinen fysioterapia: kohti oman kehon kuulemista, omassa kehossa asumista. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. *Opinnäytetyöt*. Nro 2. Tampere.

Lönnqvist, J. 2006. Masennus yhteiskunnan haasteena vai taakkana. Kansanterveyslaitos. Esityksiä mielenterveydestä.  
[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osastot/mao/masennus\\_yhteiskunnan\\_haasteena\\_vai\\_taakkana.2.ppt](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osastot/mao/masennus_yhteiskunnan_haasteena_vai_taakkana.2.ppt). Päivitetty 21.9.2006 (Luettu 22.9.2006)

---

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E., Marttunen, M. & Heikkinen, M. 2006. Itsetuhokäyttäytyminen ja itsemurhat. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 2.-4. painos. Helsinki: Duodecim, 589–603.

Martinsen, EW. 1990. Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sports Med* 9: 381–389.

- Martinsen, EW. 1994. Physical activity and depression: clinical experience. *Acta Psychiatr Scand, Suppl.* 377: 23–27.
- Martinsen, EW., Hoffart, A. & Sohlberg, O. 1989. Comparing aerobic with non-aerobic forms of exercise in the treatment of clinical depression: a randomized trial. *Compr Psychiatry* 30; 324–331.
- Martinsen, EW., Medhus, A. & Sandvik, L. 1985. Effects of aerobic exercise on depression: A controlled study. *BMJ* 291: 109.
- Maxwell-Hudson, C. 2000. Hieronnan käsikirja. Porvoo-Helsinki-Juva: WSOY.
- Monsen, K. 1992. Psykodynaaminen fysioterapia. Helsinki: Otava.
- Moyer, CA., Rounds, J. & Hannum, JW. 2004. A meta-analysis of massage therapy research. *Psychol Bull.* 130(1): 3–18.
- Muller-Oerlinghausen, B., Berg, C., Scherer, P., Mackert, A., Moestl, HP. & Wolf, J. 2004. Effects of slow-stroke massage as complementary treatment of depressed hospitalized patients. *Dtsch Med Wochenschr.* 129(24): 1363–8.
- Mustonen, R. 2007. Masentuneen kuntoutuksen kokemuksia kehontietoisuusharjoituksista. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia 2. Kehon tuntemisesta kehon ymmärtämiseen*. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 4. Tampere. 49–57.
- Mäntylä, R. 2007. Kertovan muutosselonteon menetelmä. Teoksessa Syrjäläinen, E., Eronen, A. & Värri, V-M. (toim.) *Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin*. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 40–61.
- North, T., McCullagh, P. & Zung Vu Tran 1990. Effect of exercise on depression. *Exerc Sport Sci Rev*, 18: 379–415.
- Nupponen, R. 2005a. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 48–59.
- Nupponen, R. 2005b. Masennus ja ahdistuneisuus. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 150–158.
- Oittinen, L. 2009. Masentuneen potilaan fysioterapia. Teoksessa Lähteenmäki, M-L. & Jaakkola, R. (toim.) *Psykofyysinen fysioterapia 3. Kokemus kehossa*. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Opinnäytetyöt. Nro 5. Tampere, 134–145.
- Ojanen, M. 1995. Liikunnan ja psyykkisen hyvinvoinnin yhteyksiä. Teoksessa Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. (toim.) *Jalka potkee, mieli notkee. Liikunta mielenterveyden tukena*. Tammisaari: Suomen Mielenterveysseura, SMS-Tuotanto Oy, 9–27.

Paffenbarger, R.S., Lee, I. M. & Leung, R. 1994. Physical activity and personal characteristics associated with depression and suicide in American college men. *Acta Psychiatr Scand, Suppl. 377*: 16–22.

PsyFy r.y. Suomen Psykofyysisen Fysioterapian yhdistys. 2005. <http://www.psyfy.net>. (Luettu 21.5.2011)

Roxendal, G. 1985. *Body Awareness Therapy and Body Awareness Scale – Treatment and Evaluation in Psychiatric Physiotherapy*. Väitöskirja. Kompendie-tryckeriet, Kålleröd.

Roxendal, G. & Winberg, A. 2003. *Levande Människa – Basal Kroppskännettomhet för Rörelse och Vila*. 2. painos. Falköping: Natur och Kultur.

Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham, R. & Dudgeon, K. 1998. Physical exercise and psychological well being: a critical review. *Br J Sports Med* 32: 111–120.

Seidler, M. 2000. Ajatuksia mielenterveystyön fysioterapiasta terveyskeskuksessa. *Fysioterapia* 1, 16–17.

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

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. *Fysioterapia*. 2. uud. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Thomas, S. 1990. *Hyvä olo hieromalla*. Jyväskylä: Gummerus Kustannus Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6. uud. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valle, A. (toim.) 2010. *Kelan sairausvakuutusilasto 2009 (SVT)*. Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä. Helsinki. [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava\\_09\\_pdf/\\$File/Sava\\_09.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_09_pdf/$File/Sava_09.pdf?OpenElement). (Luettu 24.1.2011)

Vilpas, A. 1995. Liikunta mielenterveystyössä. Teoksessa Lintunen, T., Koivumäki, K. & Säilä, H. (toim.) *Jalka potkee, mieli notkee*. Liikunta mielenterveyden tukena. Tammisaari: Suomen Mielenterveysseura, SMS-Tuotanto Oy, 49–53.

Walach, H. & Guthlin, C. & Konig, M. 2003. Efficacy of massage therapy in chronic pain: a pragmatic randomized trial. *J Altern Complement Med*. 9(6): 837–46.

Weyerer, S. 1992. Physical inactivity and depression in community evidence from the Upper Bavarian field study. *Int J Sports Med* 13: 492–496.

Wickström, C. 2004. Psykofyysinen lähestymistapa fysioterapiassa. *Fysioterapia* 7, 25–27.



Vakavan masennuksen diagnostiset kriteerit (DSM-IV) Isometsän (2003, 135) mukaan:

- A.** Vähintään viisi seuraavista oireista on esiintynyt kahden viikon jakson aikana, ja ne edustavat muutosta aikaisempaan toimintaan nähden; vähintään yksi oireista on joko masentunut mieliala (1) tai mielenkiinnon tai mielihyvän menettäminen (2).
1. Masentunut mieliala, joka vallitsee suurimman osan päivästä ja lähes joka päivä ja jota osoittaa joko oma ilmoitus (surullinen tai tyhjä olo) tai muiden huomiot (esim. näyttää itkuiselta). Huomaus: lapsilla ja nuorilla voi ilmetä ärtyneisyytenä.
  2. Merkittävästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä kaikissa tai lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissa; ilmenee miltei päivittäin (tulee esiin joko itse todettuna tai muiden huomiona).
  3. Merkittävä painon lasku tai nousu (esim. 5 %:n muutos kuukaudessa) tai lisääntynyt tai vähentynyt ruokahalu, joka ilmenee lähes joka päivä. Huomaus: lapsilla huomattavat vaikeudet saavuttaa odotettu paino.
  4. Unettomuutta tai liiallista nukkumista lähes päivittäin.
  5. Psykomotorista kiihtyneisyyttä tai hitautta melkein päivittäin (muiden huomattavissa, ei pelkästään subjektiivinen kokemus rauhattomuudesta tai hidastuneisuudesta).
  6. Väsymystä tai voimattomuutta lähes joka päivä.
  7. Arvottomuuden tunteita tai kohtuuttomia tai aiheettomia syyllisyyden tunteita (voi olla harhaluuloisuuden asteista) lähes joka päivä (ei pelkästään itsesyytöksiä tai syyllisyyttä sairaudesta).
  8. Ajattelukyvyyn heikkoutta, keskittymiskyvyttömyyttä tai päättämättömyyttä lähes joka päivä (itse todettu tai muiden huomio).
  9. Toistuva kuoleman ajattelu (ei pelkästään kuolemanpelko), toistuvat itsemurha-ajatukset ilman suunnitelmaa tai itsemurhayritys tai -suunnitelma.
- B.** Oireet eivät täytä sekamuotoisen jakson kriteerejä.
- C.** Oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisilla, ammatillisilla tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla.
- D.** Oireet eivät johdu minkään kemiallisen aineen (esim. huumeen tai lääkkeen) suorasta fysiologisesta vaikutuksesta tai ruumiillisesta häiriöstä (esim. kilpirauhasen vajaatoiminta).
- E.** Oireet eivät selity esim. läheisen ja rakastetun ihmisen menetyksen aiheuttamasta surureaktioista, oireet jatkuvat kauemmin kuin kaksi kuukautta menetyksen jälkeen, tai niitä luonnehtii toiminnan merkittävä huononeminen, sairaallinen tarpeettomuuden tunne, itsemurha-ajatukset, psykoottiset oireet tai psykomotorinen hidastuneisuus.



Maaliskuu 2011

SAATE

Hyvä asiakas!

Saatte tämän kirjeen, koska olette olleet Etelä-Karjalan keskussairaalan psykiatrisella osastolla ja hoitoonne on kuulunut yksilöfysioterapiaa. Olen fysioterapiaopiskelija Saimaan ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä yhteistyössä Etelä-Karjalan keskussairaalan fysioterapiaosaston kanssa. Opinnäytetyössäni tutkin masentuneiden kokemuksia yksilöllisestä fysioterapiajaksosta. Tutkimustuloksia masennuspotilaiden parissa työskentelevät voivat käyttää apuna työnsä arvioimisessa ja kehittämässä masentuneiden ihmisten hyväksi. Tutkimuksesta kirjoitettava opinnäytetyöraportti valmistuu toukokuussa 2011. Se luovutetaan Etelä-Karjalan keskussairaallalle sekä Saimaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden kirjastoon.

Tutkimusmenetelmänä käytän teemahaastattelua. Haastateltavia toivon löytyvän vähintään 3-5 henkilöä, joten jokaisen osallistuminen on arvokas ja sillä on erityismerkitys. Opinnäytetyöni onnistumisen kannalta olisi hyvin tärkeää, että osallistuisitte haastatteluun, mutta vastaaminen on täysin vapaaehtoista eikä vaikuta millään tavalla saamaanne hoitoon. Halutessanne voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin vain. Haastattelukysymyksiin rehellisesti vastaaminen ja fysioterapiakokemuksienne mietiskeleminen voi hyödyttää Teitä kasvattamalla tietoisuutta itsestänne, sillä kysymykset ohjaavat Teitä keskittymään itseenne ja tuntemuksiinne sekä pukemaan niitä sanoiksi.

Henkilöllisyytenne ei tule näkymään opinnäytetyöraportissa. En myöskään itse tiedä, kenelle tämä kirje on lähetetty, koska potilastietonne ovat salaisia. Teitä hoitaneet fysioterapeutit, jotka kirjeen Teille lähettivät, eivät tule tietämään, ketkä heidän potilaitaan osallistuvat tutkimukseen. Sitoudun pitämään salassa kaikki saamani tiedot ja käsittelemään niitä äärimmäisellä huolellisuudella. Opinnäytetyön valmistuttua hävitän haastattelunauhoitukset ja tekemäni muistiinpanot, sekä Teiltä mahdollisesti saamani yhteystiedot.

Jos olette halukas osallistumaan tutkimukseeni, toivon Teidän ottavan yhteyttä minuun puhelimitse tai sähköpostitse mahdollisimman pian, viimeistään 15.4. mennessä, niin voimme sopia Teille käyvästä haastatteluajasta ja -paikasta. Haastattelut on tarkoitus tehdä huhtikuun loppuun mennessä. Jos Teillä on jotain kysyttävää tutkimuksesta tai haastatteluista, voitte rohkeasti ottaa yhteyttä suoraan minuun. Kiitän jo etukäteen arvokkaista vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin,



Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Kevät 2011

## SUOSTUMUS

Olen saanut riittävästi tietoa tästä Masentuneiden kokemuksia yksilöllisestä fysio-terapiajaksosta -opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Olen voinut esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voin keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa ilman, että se vaikuttaa saamaani hoitoon. Suostun osallistumaan tähän tutkimukseen.

\_\_\_\_\_

Paikka

\_\_\_\_\_

Aika

\_\_\_\_\_

Potilas

\_\_\_\_\_

Opiskelija, Hanna Nöjd

\_\_\_\_\_

Tarpeen vaatiessa opinnäytetyön tekijä voi selvittää tarkennusta kaipaavia haastatteluvastauksiani ottamalla minuun yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse. Yhteystietojani ei käytetä muihin tarkoituksiin eikä luovuteta ulkopuolisille. Ne hävitetään haastattelumateriaalin mukana opinnäytetyön valmistuttua.

Puhelinnumeroni: \_\_\_\_\_

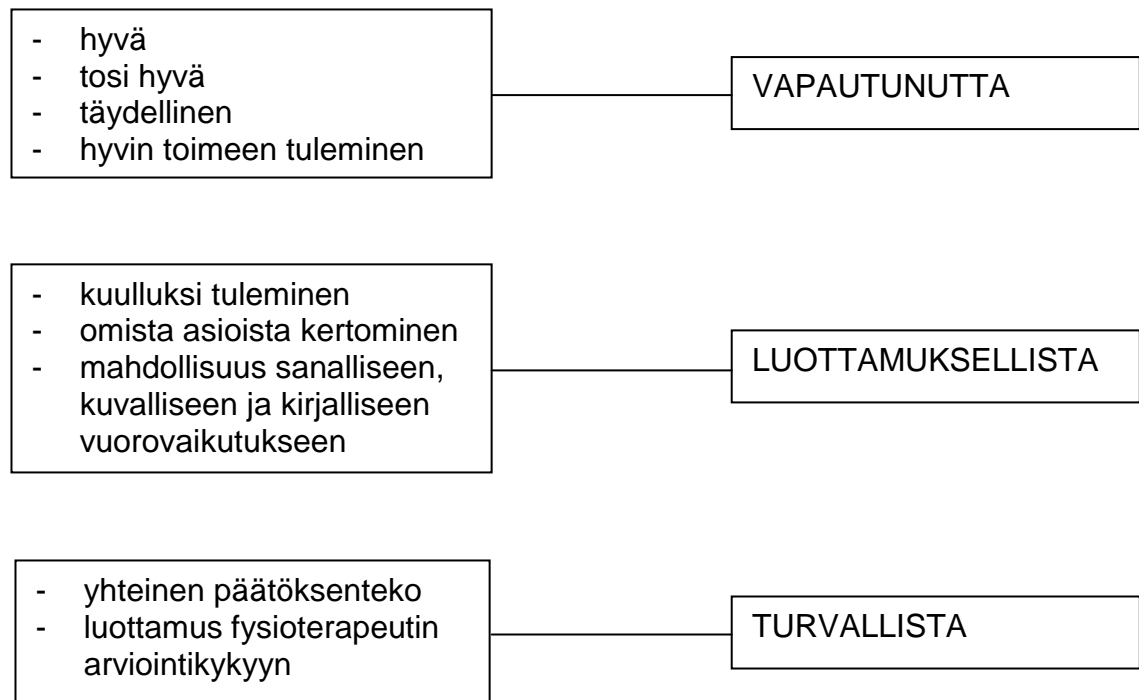
Sähköpostiosoitteeni: \_\_\_\_\_

## TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

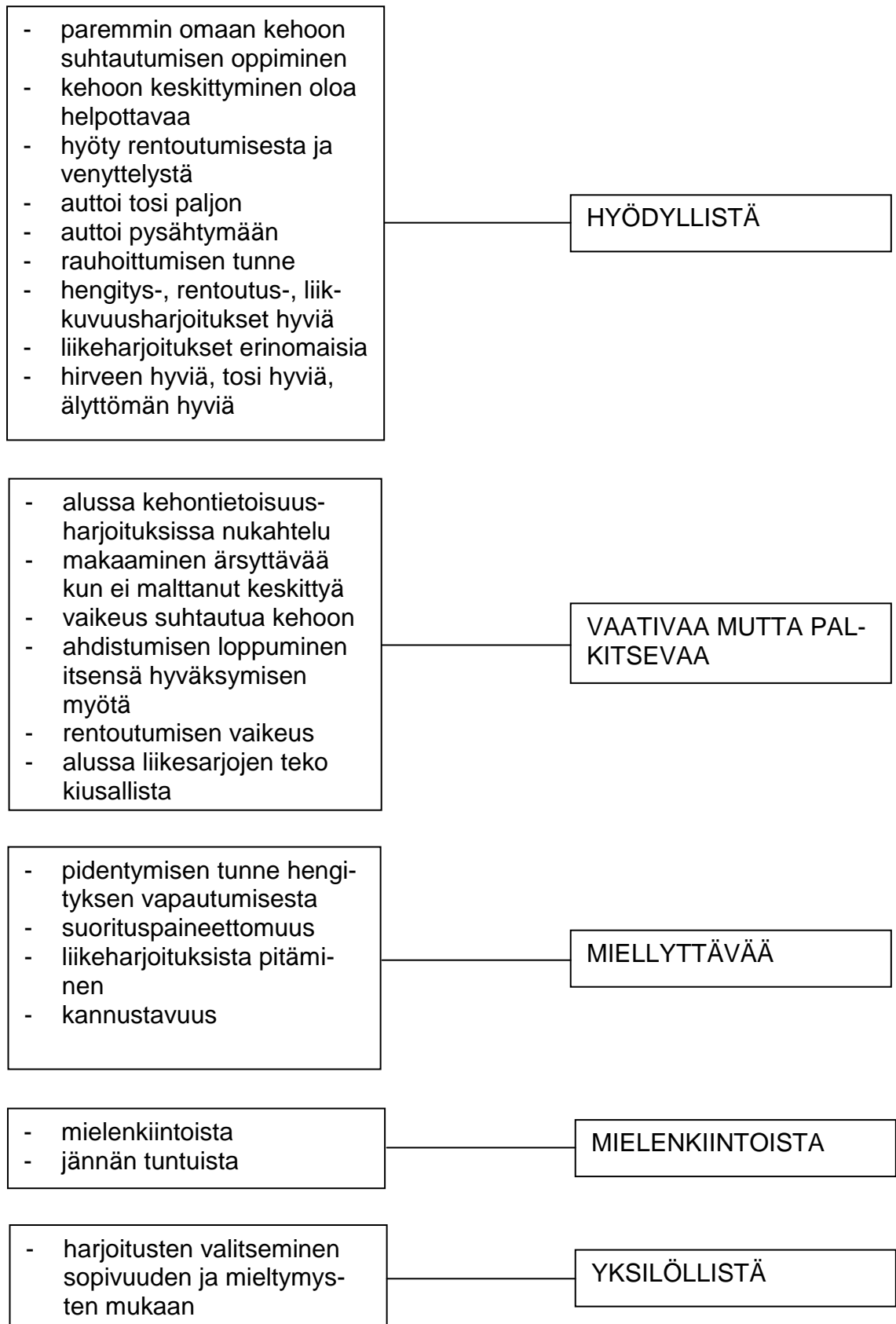
1. Millaisia ennakko-odotuksia fysioterapiasta teillä oli yksilöfysioterapiajaksonne alussa?
2. Kertokaa omin sanoin fysioterapiajaksonne sisällöstä.
3. Kuvailkaa kokemuksianne yksilöfysioterapian eri osa-alueista.
4. Miten koette hyötynenne yksilöfysioterapiasta omassa arjessa jaksami-  
sessanne suhteessa oireisiinne?

## AINEISTON ANALYYSIMALLI

### MASENTUNEIDEN POTILAIDEN KOKEMUKSIA VUOROVAIKUTUKSESTA FYSIOTERAPEUTIN KANSSA



## MASENTUNEIDEN POTILAIEN KOKEMUKSIA TERAPEUTTISESTA HARJOITTELUSTA



MASENTUNEIDEN POTILAIEN KOKEMUKSIA MANUAALISESTA TERAPI-  
ASTA JA FYSIOTERAPEUTIN KOSKETUKSESTA

