

Asiakkaan masennus vuorovaikutuksen haasteina fysioterapiassa

Kata Isotalo

Opinnäytetyö
Marraskuu 2012

Fysioterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



| | | |
|---|--------------------------------|---|
| Tekijä(t) ISOTALO, Kata | Julkaisun laji Opinnäytetyö | Päivämäärä 10.12.2012 |
| | Sivumäärä 46 + liitteet 8 | Julkaisun kieli Suomi |
| | | Verkojulkaisulupa myönnetty (X) |
| Työn nimi ASIAKKAAN MASENNUKSEN VAIKUTUKSET HAASTEENA FYSIOTERAPIAN TOTEUTUKSESSA | | |
| Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma | | |
| Työn ohjaaja(t) KURUNSAARI, Merja | | |
| Toimeksiantaja(t) | | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia vuorovaikutusta ja fysioterapian keinoja masennuspotilaan kuntoutuksessa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tuloksia, joiden avulla voidaan kehittää fysioterapeutteja ja muita terveysalan ammattilaisia kohtaamaan masennuspotilaita motivoimisen ja voimaantumisen näkökulmasta.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineisto kerättiin suullisella teemahaastattelulla kahdelta mielenterveyspuolen fysioterapeutilta. Haastattelun avulla selvitettiin vuorovaikutuksen ja fysioterapian keinoja masennuspotilaan kuntoutuksessa. Tutkimusaineiston analysointi tapahtui induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan masennuksesta kuntoutumiseen voidaan vaikuttaa fysioterapian avulla. Masentuneen asiakkaan fysioterapian toteutus lähtee asiakkaan kuuntelemisesta ja hänen tilanteensa ymmärtämisestä. Asiakaslähtöisyys rakentuu myös asiakkaan ehtyneiden voimavarojen huomioimisesta. Toteutuksessa tärkeää on myös positiivisen palautteen, kokemusten ja tuntemusten tuottaminen asiakkaalle. Tutkimustulosten mukaan fysioterapeutit käyttävät kuntoutuksessa sekä perinteisiä että ammattirajoja rikkovia keinoja ja menetelmiä pyrkiessään mahdollisimman optimaaliseen ja progressiiviseen kuntoutumiseen.</p> <p>Lisäksi tiedonannolla, ympäristöllä sekä lääkeshoidolla katsottiin olevan merkitystä asiakkaan kuntoutumiseen. Asiakkaan tulee ymmärtää toiminnan vaikutukset hänen tilanteeseensa, jotta hän motivoituu kuntoutumaan. Lääkehoidolla on myös suuri merkitys yhdistettynä muuhun terapiaan, jolloin fysioterapeutin tulisi pystyä arvioimaan lääkehoidon riittävyys. Rauhallinen ja luotettava ympäristö edistävät vuorovaikutusta sekä kuntoutujan toimintaa.</p> | | |
| Avainsanat (asiasanat) Mielenterveys, masennus, fysioterapia, vuorovaikutus, motivoiminen, kuntoutuminen | | |
| Muut tiedot | | |

| | | |
|---|--|--|
| Author(s) ISOTALO, Kata | Type of publication Bachelor's Thesis | Date 10122012 |
| | Pages 46+appendices 8 | Language Finnish |
| | | Permission for web publication (X) |
| Title PATIENT'S DEPRESSION AS A CHALLENGE FOR THE INTERACTION IN PHYSIOTHERAPY | | |
| Degree Programme Bachelor's Degree Programme In Physiotherapy | | |
| Tutor(s) KURUNSAARI, Merja | | |
| Assigned by | | |
| <p>Abstract</p> <p>The purpose of the present study was to examine interaction and methods of physiotherapy in rehabilitation of patients suffering from depression. The aim further was to produce results that can be benefitted from in developing and equipping physiotherapists and other professional working in the health services to encounter patients suffering from depression and to give them tools to motivate and empower the patients.</p> <p>The present study was actualised through qualitative methods. In the data collection process, thematic interviews were conducted on two physiotherapists who work in the mental health care ward. The objective was to find out about the methods of interaction and physiotherapy that can be used in rehabilitation for patients suffering from depression. The data was analysed with the help of inductive content analysis.</p> <p>The results of the present study suggest that rehabilitating from depression can be influenced by physiotherapy. The starting points for the realisation of rehabilitation for a patient suffering from depression are listening and understanding the specific situation. A patient-centred approach can further be realised through the recognition of the patient's lack of resources. In addition, providing the patient with positive feedback, experiences and emotions significantly contributes to successful realisation of the rehabilitation. According to the results, in pursuing optimal and progressive rehabilitation, physiotherapists utilise both traditional and unconventional methods.</p> <p>Furthermore, information disclosure, atmosphere and medical treatment were also found to affect the rehabilitation of the patients. In order to be motivated to rehabilitate, the patient has to become aware of the effects of the therapy on the rehabilitation process. Medical treatment together with the other forms of therapy has a great significance which implies that it is the physiotherapist's responsibility to be able to estimate the sufficiency of the medication. A relaxed atmosphere characterised by mutual trust from its part acts to advance interaction and the rehabilitation, too.</p> | | |
| Keywords Mental health, depression, physiotherapy, interaction, motivation, rehabilitation | | |
| Miscellaneous | | |

SISÄLTÖ

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 4 |
| 2 | MASENTUNEEN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN MOTIVOIMISEN NÄKÖKULMASTA..... | 6 |
| 2.1 | Mitä masennus on..... | 6 |
| 2.1.1 | Oireet ja luokittelu | 7 |
| 2.1.2 | Masennukseen johtavat syyt | 9 |
| 2.1.3 | Masennus ja aivot | 10 |
| 2.1.4 | Masennuksen hoito | 12 |
| 2.2 | Vuorovaikutus..... | 13 |
| 2.3 | Masennuspotilaan kohtaaminen | 15 |
| 2.4 | Motivoiminen..... | 17 |
| 3 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT..... | 20 |
| 3.1 | Tutkimuksen toteutus | 20 |
| 3.1.1 | Tutkimusmenetelmä..... | 20 |
| 3.1.2 | Kohderyhmä ja aineiston hankinta..... | 21 |
| 3.1.3 | Aineiston analysointi | 22 |
| 3.1.4 | Aineiston raportointi | 23 |
| 3.1.5 | Tutkimuksen eettisyys | 24 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TULOKSET | 25 |
| 4.1 | Masennuspotilaan kohtaaminen fysioterapeuttien kokemana..... | 25 |
| 4.2 | Vuorovaikutuksen rakentuminen masennuspotilaan kanssa..... | 25 |
| 4.3 | Mikä masentunutta motivoi? | 27 |
| 4.4 | Masennuspotilaan kuntoutuksen lähtökohdat..... | 29 |
| 4.5 | Masennuksesta kuntoutuminen fysioterapian keinoin..... | 30 |
| 5 | POHDINTA | 32 |
| 5.1 | Tutkimuksen luotettavuus..... | 32 |
| 5.2 | Tulosten tarkastelu..... | 33 |
| 5.3 | Johtopäätökset..... | 39 |

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni jakautuu kahteen osaan: teoriaosuuteen sekä tutkimukseen. Opinnäytetyöni aihe on masennuksesta kärsivän aikuisasiakkaan kohtaaminen fysioterapeutin työssä vuorovaikutuksen sekä motivoimisen näkökulmasta. Tavoitteena on tutustua ja jakaa tietoa masennuksesta ilmiönä, ja löytää työkaluja sen parissa työskenteleville fysioterapian ammattilaisille.

Haluni jäsenellä aihetta kumpuaa useista erillisistä syistä: masennuksen yleistymisestä jopa ilmiönä ja siitä, että se on jatkuvasti enenevässä määrin esillä mediassa. Masennus ja sen liitännäiset ovat nyky-yhteiskunnassa kasvava uhka kansanterveydelle ja yksi suurimmista sairauslomien aiheuttajista. (Käypähoito 2009, Sandström 2010, 249) Tutkimuksia etsiessäni en myöskään löytänyt yhtään tutkimusta fysioterapian alalta, jossa masennuspotilaan kohtaamista olisi tutkittu nimenomaan motivoimisen tai voimaantumisen näkökulmasta. Tutkimuksia masennuspotilaan kohtaamisesta on tehty sairaanhoitajille, mutta tässäkin lähtökohtana ovat hoitajan ennako-odotukset, arvot ja asenteet masentunutta asiakasta kohtaan. (Kaappola & Luoto 2009)

Henkilökohtaisella tasolla tarpeeni työstää aihetta nousee lisäksi työssä kohtaamiini haasteisiin. Mielestäni oma työni fysioterapeuttina ei ole ainoastaan tarkkailla asiakkaan liikkeen laatua, vaan hänet tulisi ottaa vastaan kokonaisvaltaisena ihmisenä. Koen, että asiakas saa terapiasta enemmän irti, jos hän voi henkisesti hyvin ja pystyy keskittymään tekemäänsä terapiatuokion aikana.

Toinen henkilökohtainen syyni purkaa aihetta on rakkaan ystäväni menehtyminen kyseisen sairauden vuoksi. Opinnäytetyö onkin itselleni myös eräänlaista surutyötä, keino jäsenellä laajaa ilmiötä ja ymmärtää ystävääni, itseäni sekä tulevaisuudessa myös muita sairaudesta kärsiviä ihmisiä.

Terveysalan ammattilaisena minun tulisi myös pystyä tunnistamaan masennus mahdollisimman monessa tapauksessa ja ohjaamaan asiakas tarvitsemansa lisähoidon piiriin, jollei hän näitä palveluita jo käytä. Näin pystytään varmistamaan asiakkaan optimaalinen kuntoutuminen ja ennen kaikkea turvallisempi elämä. Depressio on pahimmillaan tappava sairaus, joka olisi syytä ottaa vakavasti. Harmittavan moni terveysalan ammattilainenkin määritteli masennuksen jonkin asteiseksi alakuloisuudeksi – joka osittain on toki oikea määritelmä. Lähes jokainen depressiotapaus sisältää kuitenkin paljon muitakin epämiellyttäviä tuntemuksia ja kokemuksia potilaalle, ja jokaisen ammattilaisen tulisi mielestäni olla tietoisia myös muista sairauden aiheuttamista oireista ja tuntemuksista. Näin pystymme jatkossa ottamaan jokaisen asiakkaan hieman kokonaisvaltaisempaan vastaan, ja pystymme ehkä tekemään optimaalisempia ratkaisuja tämän kuntoutustaan mietittäessä. Fysioterapian ei tulisi keskittyä ainoastaan henkilön fyysiseen puoleen, vaikka toki on pyrittävä ainakin ajan kuluessa painottamaan terapiaa tälle puolelle.

Painotan, että mielestäni fysioterapialla ei kuitenkaan missään tapauksessa tulisi pyrkiä korvaamaan psykoterapian tai lääkehoidon muotoja, eikä fysioterapeutin tule pyrkiä olemaan psykoterapeutti. Olen huomannut fysioterapeutin työmme olevan kuitenkin yllättävänkin pitkälle psykologian sekä viestinnän muotojen hyödyntämistä, joten näiden alojen tuntemuksesta olisi mielestäni todella paljon ammennettavaa. Vaikkakin depressio ilmiönä on jatkuvasti kasvava, ovat koulutuksemme tarjoamat työkalut sen parissa hyvin vähäiset. Tutkimuksessani olenkin pyrkinyt tuomaan esille ammattilaisten havaitsemia sekä tutkimuksista nousseita keinoja fysioterapeutin työhön.

Tutkimustyö perustuu kirjallisuuteen, omiin kokemuksiini fysioterapian työssä sekä mielenterveystyön parissa työskentelevien pitkän linjan fysioterapian ammattilaisten haastatteluille, joita suoritin tutkimusta varten. Lähtökohtana ovat masennus ilmiönä sekä sen ymmärtäminen ja masentuneen henkilön kohtaaminen, vuorovaikutus ja motivointi.

2 MASENTUNEEN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN MOTIVOIMISEN NÄKÖKULMASTA

2.1 Mitä masennus on

Masennus on yleinen, helposti uusiutuva ja valitettavan usein myös pitkäkestoinen sairaus, joka tuottaa kärsimystä sairastuneelle sekä tämän läheisille. Lisäksi se on sairaus, joka tuo sairastumisen mukana henkilön henkeäkin uhkaavia riskitekijöitä. (Masennussattuu.fi) Masennuksella voidaan tarkoittaa ohimenevää masentunutta tunnetilaa, masentunutta mielialaa tai masennusoireyhtymää eli depressiota. (Isometsä 2007, 157-159.)

Suomessa masennus on niinkin yleinen sairaus, että voimme puhua siitä nykyään kansansairautena. Kuitenkin harmittavan moni ei hakeudu sen vuoksi hoitoon muiden kansansairauksista kärsivien tavoin. Suomalaisista nimittäin noin 5 prosenttia eli 200 000 henkilöä kärsii masennuksesta. (Pirkola, Isometsä, Suvisaari, Aro, Joukamaa, Poikolainen, Koskinen, Aromaa & Lönnqvist 2005) Naiset sairastuvat masennukseen miehiä helpommin, suhteen ollessa 2:1. Terveyskeskukseen masennusoireiden takia hakeutuvista joka kahdeksas vaatii hoitoa. Tätä useammalla on kuitenkin lievempiä oireita. Monilla sairastuneilla on masennusoireiden lisäksi myös fyysisiä ja psykiatrisia ongelmia, kuten ahdistuneisuus-, persoonallisuus tai päihdehäiriöitä. (Vuorilehto, Melartin & Isometsä 2005). Muut samanaikaiset sairaudet heikentävät depressiosta toipumisen ennustetta ja tämän vuoksi on yhtä tärkeää saada apua myös samanaikaisiin sairauksiin. (Käypähoito 2009) Lisäksi masennus altistaa muille fyysisille sairauksille, kuten sepelvaltimotaudille. (Sandström 2010, 249).

Suomessa uusien työkyvyttömyyseläkkeiden suhteellinen osuus masennusdiagnoosilla on kaksinkertaistunut viimeisten 20 vuoden aikana. (Lehto, Lindström, Lönnqvist, Parikko, Riihinen, Suksi & Uusitalo 2005). Arviolta 5000 suomalaista jää vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen vuoksi. (Melartin & Isometsä 2009) Masennuksesta on ennustettu myös nousevan

maailmanlaajuisesti merkittävin toimintakyvyttömyyttä aiheuttava sairaus vuoteen 2030 mennessä. (WHO global report 2004) Lisäksi se johtaa Suomessa vuosittain 600-700 henkilön itsemurhaan, joka tekee sairaudesta äärimmäisen vakavan. Masennus on monimuotoisesti lamaannuttava ja toimintakykyä heikentävä sairaus, joka tulisi ottaa vakavasti yhteiskunnassamme sekä maailmanlaajuisena ongelmana. Lievimmissä tapauksissa sairaudesta selviää usein jopa ilman hoitoa, mutta pahimmillaan kyseessä on tappava sairaus, jonka jokaisen tulisi kohdatessaan ottaa vakavasti ja pyrkiä saattamaan masennusta sairastava henkilö osaavan hoidon pariin. (Sandström 2010, 249-250.)

Masennusoireyhtymä eli depressio tulisi kuitenkin erottaa normaalista, ajoittaisesta alakuloisuudesta, jota kaikki kokevat toisinaan. Jokaisen ihmisen elämään kuuluvat myös alamäet, ja epämiellyttävien tuntemusten kokeminen ja läpikäyminen on osa inhimillisyyttä. Oireiden pitkittyessä voimme kuitenkin vasta alkaa puhumaan masennuksesta. Masennus sairautena on hyvin monimuotoinen ongelma, joka näyttäytyy jokaisella hieman eri tavoin. Toistuvien ja vaikeiden masennustilojen taustalta löytyy yleensä perintötekijöitä sekä ympäristötekijöitä. (Käypähoitosuositus 2009; Sandström 2010, 247.)

2.1.1 Oireet ja luokittelu

Masennus mielletään arkikielessä usein mielialan laskuksi ja alakuloisuudeksi, mutta siihen liittyy paljon muitakin liitännäisoireita. Hitaasti kehittyvä masennus alkaakin usein epämääräisillä ja selittämättömillä oireilla, joita ovat esimerkiksi vatsavaivat, hiustenlähtö, lievä lämmön nousu, pahoinvointi, huimaus tai öinen hikoilu. Myös päänsärky, selkä- ja niskavaivat, rintakivut, raajasäryt tai ruoansulatuskanavan vaivat saattavat peittää masennuksen allensa. Henkilö voi tällöin kuvata olonsa epämukavaksi ja viitata esimerkiksi sivulauseessa pelkäävänsä jotakin alkavaa vakavampaa sairautta oireidensa vuoksi. Näille oireille ei kuitenkaan löydy kuitenkaan lääketieteellisten tutkimusten perusteella selvää muuta syytä, sillä oireiden taustalla on masennus. (Käypähoito 2010, Sandström 2010, Tohtori.fi 2010)

Masennuksen tarkka luokittelu liittyy hoitoon, jossa diagnoosi on keskeinen tekijä. Diagnoosin perusteella lääkäri arvioi lääkehoidon sekä muiden hoitomuotojen tarpeen.

Diagnoosi syntyy seuraavista oireista:

1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna
8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
9. Unihäiriöt
10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Näiden oireiden kirjosta syntyy lääketieteellinen diagnoosi. (Käypähoito 2010; Sandström 2010, 247-248.)

Masennus voidaan jakaa diagnosoinnin puolesta lievään, keskivaikeaan sekä vaikeaan masennukseen. Masennusta luokiteltaessa ensimmäinen kriteeri on masennuksen kesto. Oleellista on, että masennustilan oireita on esiintynyt yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa ja oireet ovat asteeltaan kliinisesti merkittäviä. Surureaktiot esimerkiksi lähiomaisten menehtyessä saattavat aiheuttaa samankaltaisia oireita. Näiden surureaktioiden oireiden

pitkittyessä ja kestäessä yli kaksi kuukautta voidaan todeta depressio. (Käypähoito 2010, Sandström 2010, 252.)

Vaikeusastetta arvioidessa masennusta arvioidaan edellä mainittujen oireiden lukumäärän mukaan niin, että kohdista 1-3 vähintään kaksi tulee ilmetä, sekä kohdista 4-10 vähintään kaksi oiretta ilmenee niin, että yhteensä oireita ilmenee vähintään neljä. Luokittelu määrittyy havaittujen oireiden perusteella asteikolla 4-10 (lievä 4-5, keskivaikea 6-7 ja vaikea 8-10 oiretta). Psykoottisessa depressiossa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä. (Käypähoito 2010, Sandström 2010, 252.)

2.1.2 Masennukseen johtavat syyt

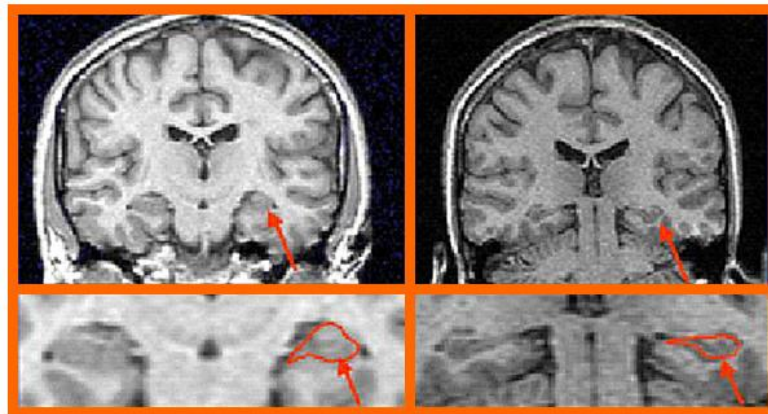
Depressioon johtavat syyt ovat usein moniselitteiset. Alttius depressioon sairastumiseen on kohtalaisen periytyvää. Tänä päivänä ajatellaan, että alttiuteen vaikuttavat geeniperimä sekä ympäristötekijät yhdessä. Uusi tutkimustieto viittaa siihen, että usein geeniperimä muuttuu oleelliseksi vasta sitten, kun henkilö altistuu stressaavalle elämäntilanteelle. Tämän vuoksi suotuisissa elämänoloissa toiset eivät sairastu altistavasta geeniperimästä huolimatta, kun taas jotkut eivät sairastu vaikeissakaan elämän olosuhteissa kun geeniperimä on suotuisa. (Badal 1992, 15.; Käypähoito 2010; Masennussattu.fi; Sandström 2010, 250.)

Depression laukaisevat usein ympäristötekijät. Stressaavat tai erityisen mullistavat elämäntilanteet tai traumat ovat useissa tapauksissa vaikuttamassa depression puhkeamiseen. Esimerkiksi työttömäksi jääminen, avioero, lapsen syntymä tai läheisen ihmisen menettäminen voivat olla alulle panevia tilanteita ihmisen elämässä. (Badal 1992, 13-14; Sandström 2010, 250.)

2.1.3 Masennus ja aivot

Masentuneella ihmisellä voidaan nähdä fysiologisia muutoksia aivoissa sekä muutoksia niiden toiminnassa. Myös aivojen rakenne saattaa muuttua. (Sandström 2010, 261.)

Masennuspotilailla aivojen rakenteessa ei yleensä ole mitään normaalia poikkeavaa, mutta pieniä muutoksia saattaa esiintyä. Etenkin vaikeita ja toistuvia masennuksia sairastaneilla on todettu hippokampuksen tilavuuden pienenemistä. Tämän katsotaan johtuvan jatkuvan stressin vaikutuksesta hippokampukseen. Stressihormoni kortisolin katsotaan tällöin aiheuttaneen vaurioita rakenteisiin. (Sandström 2010, 261-263.) Alla (Kuva 1.) havainnollistetaan kortisolin aiheuttamia muutoksia aivojen rakenteissa.



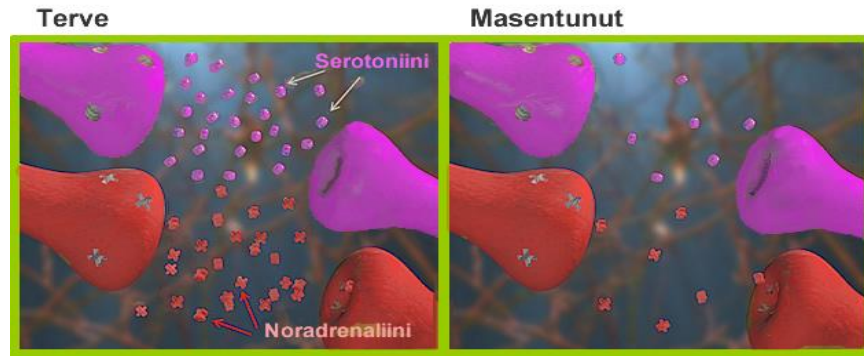
Kuva 1. Muutokset aivojen rakenteessa (Masennussattuu.fi).

Masennuspotilailla aivokuoren aineenvaihdunta on hidastunut ja limbisen eli tunne-elämän järjestelmän aineenvaihdunta kiihtynyt. Koska toimiva tunne-elämän säätelyalueilla on hidastunut, kiihtynyt tunne-elämä ei pysy enää sitä säätelevien aivoalueiden hallinnassa. Tässä voidaan tavata kuitenkin huomattavia yksilöllisiä eroja, ja oleellisempaa voidaankin pitää aivoalueiden verkostojen kokonaistilaa kuin yksittäisen aivoalueen muutoksia. (Castren E. Duodecim 2009: 125, 1781-6) Lääkkeillä pyritään lisäämään lamaantuneiden aivoalueiden toimintaa aktivoimalla

hermokasvutekijöitä hippokampuksessa, jolloin hermosolujen välinen viestintä paranee. (Nestler EJ et al. Neuron 2002: 34(1), 13-25).

Lisäksi aivojen välittäjäaineiden serotoniini- ja noradrenaliinin pitoisuuksien väheneminen aiheuttaa erilaisia kipuoireita masennuspotilailla. Näitä hormoneja tuotetaan aivoissa raphe-tumakkeessa sekä aivorungon pienissä locus coeruleus-tumakkeissa. Nämä alueet ovat taas hermosyiden välityksellä yhteydessä selkäyttimeen. Näitä kutsutaan laskeviksi elimistöstä tulevia kipuaistimuksia sääteleviksi hermoradoiksi. Normaalitytilanteessa elimistön ääreisosista saapuva kipuärsyke tuottaa näihin hermosäikeisiin signaalin, joka siirtyy selkäytimen takasarven kautta selkäytimen nousevia hermoratoja pitkin keskushermostoon ja serotoniini sekä noradrenaliini säätelevät näiden signaalien voimakkuuksia. Normaalitytilassa siis normaalitoimintaan kuuluvat signaalit eivät tuota kipuärsykettä noradrenaliinin sekä serotoniinin vaikutuksesta. (Masennussattuu.fi; Sandström 2010, 261-263.)

Depressiossa näiden välittäjäaineiden pitoisuuksien vähentyessä laskevien hermoratojen kivun säätely häiriintyy. Tällöin kipukynnys laskee ja elimistön normaalitoimintaan kuuluvat signaalit aistitaan kipuna. Tämän takia depressiopotilailla on usein selittämättömiä kipuoireita, joita ei voida lääketieteellisesti varmentaa. Jopa yli kahdella kolmasosalla depressiopotilaista on todettu kipuoireita emotionaalisten oireiden lisäksi. (Masennussattuu.fi; Sandström 2010, 261-263.) Alempana Kuva 2 havainnollistaa välittäjäaineiden välittymisen eroja masennuspotilaan ja terveen henkilön välillä.



Kuva 2. Välittäjäaineiden toiminta (Masennussattu.fi).

2.1.4 Masennuksen hoito

Hoidon lähtökohtana depressiossa on aina diagnoosi. Tämän pohjalta määritetään alustava hoidon tarve. Depression hyvään hoitoon kuuluvat psykoterapeuttinen sekä lääkkeellinen hoito, jotka voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: akuuttivaiheeseen, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttivaiheen hoidon tavoitteena voidaan pitää sairauden oireettomuutta. Akuuttivaihe voi siis tilanteesta riippuen kestää pitkäänkin, sillä jatkohoitovaihe aloitetaan vasta, kun asiakas on oireeton. Jatkohoidon tavoitteena taas on ennaltaehkäistä taudin relapsoiminen eli uusiutuminen. Kun henkilön kanssa päästään ylläpitovaiheeseen, on tavoitteena ehkäistä uuden sairausjakson alkaminen. (Käypähoitosuositus 2010).

Depression hoitomuotoina ovat siis vaikuttava psykoterapia, lääkehoito tai parhaassa tapauksessa näiden yhdistelmät. Joissakin tapauksissa myös sähköhoito, kirkasvalohoito tai transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito voivat kuulua osana hoitoon. Depressiopotilaat hyötyvät tutkimusten mukaan myös liikunnasta, mutta täytyy muistaa, ettei sillä pystytä korvaamaan muuta hoitoa. Psykoterapian ja lääkehoidon on tutkittu olevan yhtä tehokkaita hoitomuotoja lievissä ja keskivaikeissa depressiotapauksissa, mutta niiden yhtäaikainen käyttö on tehokkaampaa kuin kumpikin yksinään. Vaikeissa ja

psykoottisissa tapauksissa lääkehoidon tulisi aina olla osa hoitoa, ja mitä vaikeammasta tilanteesta on kyse, sitä tärkeämmäksi tulee lääkehoidon yhdistäminen psykoterapiaan. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on syytä hoitaa potilaat, jotka kärsivät vaikeasta, monihäiriöisestä, psykoottisesta tai vakavasti itsetuhoisesta depressiosta, tai henkilöt, jotka ovat vastanneet heikosti tavanomaisiin hoitomuotoihin. Mikäli potilas on sairastanut kaksi aiempaa masennusta, tulisi harkita pidempiaikaista ylläpitohoitoa. (Käypähoitosuositus 2010).

Depression hoidossa etenkin lääkehoito on pitkä prosessi, jota tulisi seurata jatkuvasti. Akuuttivaiheen jälkeen oireettomankin jakson aikana lääkitystä tulisi jatkaa kuusi kuukautta, jotta relapsoiminen ehkäistäisiin. Tämänkin jälkeen lääkitys pyritään lopettamaan asteittain muutamassa viikossa, jottei voimakkaita vieroitusoireita laukaistaisi. Masennuslääkkeiden ei kuitenkaan tulisi aiheuttaa riippuvuutta, eikä niiden käyttö näy ulospäin.

(Masennussattu.fi.)

2.2 Vuorovaikutus

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan kahden tai useamman ihmisen välistä vaikutussuhdetta, jossa pyritään tunneyhteyden luomiseen (Pöllänen 2006; Repo & Nuutinen 2005, 9). Vuorovaikutuksessa ihminen havainnoi jatkuvasti, tulkitsee havaintojaan ja luo niille merkityksiä (Silvennoinen 2004). Onnistunut vuorovaikutus edellyttää osapuolten välistä keskinäistä luottamusta ja sekä toisen odotusten ymmärtämistä (Kauppila 2005, 20, 70; Kyngäs & Hentinen 2008, 17). Mönkkösen (2007, 15) mukaan vuorovaikutus voi ilmetä monin eri tavoin: valtana, yhteistyönä, yhteisesti päätettyinä sopimuksina tai sääntörakennelmina.

Vuorovaikutuskeinot jaetaan sekä verbaalisiin että non-verbaalisiin keinoihin. (Pöllänen 2006; Holmberg ym. 2008, 274). Viestintä on vuorovaikutuksen keskeinen elementti (Silvennoinen 2004, 18). Verbaalisella eli sanallisella

viestinnällä tarkoitetaan tunteiden ja ajatusten ilmaisua sanoin. Sanoilla saadaan omat tunteet ja ajatukset kuulluiksi, ja havaitaan mitä toinen haluaa sanoillaan ilmaista. (Pöllänen 2006.) Ihmisen puhe paljastaa usein keskustelijoiden välisen läheisyyden sekä valtasuhteen toisiinsa nähden. Usein enemmän valtaa omaava osapuoli puhuu vuorovaikutussuhteessa enemmän. (Himberg & Jauhiainen 200, 84.)

Non-verbaalisen viestinnän eli sanattoman viestinnän keinoja ovat ilmeet, eleet, kehon asennot, kuuntelu sekä kosketus (Pöllänen 2006). Suurin osa yksilöiden välisestä vuorovaikutuksesta onkin sanatonta viestintää. Ihmisen kehonkieli viestii yksilön kiinnostuksesta ja asennoitumisesta toista kohtaan. Ihmiset pystyvät myös viestittämään paljon kasvojensa ilmeillä. Tietynlaiset ilmeet havaitaan nopeammin kuin muu viestintä (Pöllänen 2006.) Ilmeet ja eleet paljastavat usein enemmän kuin hänen sanansa (Kauppila 2005, 20, 33). Pöllänen (2006) mukaan hymyllä tai hymyilemättömyydellä yksilö pystyy viestittämään hyväksyntää tai torjuntaa. Myös katse on hänen mukaansa tehokas viestinnän muoto. Katsomalla puhujaa silmiin osoitetaan kiinnostusta puhujaa kohtaan, kun taas katseen kääntämällä pois puhujasta voi osoittaa välinpitämättömyyttä tätä kohtaan. Masennusta sairastavan kasvot ovat usein ilmeettömät ja katse lasittunut tai harhaileva. Tämä voi vaikeuttaa onnistunutta vuorovaikutusta.

Vuorovaikutus voidaan jakaa myös biomekaaniseen ja biopsykososiaaliseen lähestymistapaan. Biomekaaninen lähestymistapa tarkastelee tilannetta oirelähtöisesti ja on yleinen lähestymistapa terveysalalla. Biopsykososiaalinen lähestymistapa taas pyrkii ottamaan huomioon asiakkaan sosiaaliset ja psykologiset tekijät. Ensimmäistä, biomekaanista lähestymistapaa onkin kritisoitu sen vuoksi, että se jättää henkilön sosiaaliset ja psykologiset tekijät huomiotta kokonaistilannetta tarkasteltaessa, vaikkakin se saattaa joissakin tapauksissa olla varsin tehokas muoto. Sen sijaan biopsykososiaalinen lähestymistapa on katsottu paremmaksi lähestymistavaksi juuri sen takia, että potilaat toivovat psykologisten ja sosiaalisten seikkojen huomioonottamista.

Masennuspotilaan hoidossa biopsykologinen lähestymistapa vaikuttaa lähes poikkeuksetta toimivammalta ratkaisulta, sillä masennusta sairastava toivoo usein häntä kuunneltavan. Lisäksi pelkkä lääketieteellinen lähestyminen ei usein riitä masennuspotilasta saavuttamaan riittävää ymmärrystä hänen tilanteestaan. (Du Pré 2000, 8-9.)

Masennuspotilaan kanssa kohdataan usein uhkaavia tilanteita, kun toisen itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan. Tällöin on tärkeää miettiä, kuinka asiakkaalle välitetään tietoa. Viestinnän tulee tällöin olla rehellistä ja avointa, sillä epämääräiset vastaukset, turhat lupaukset ja epätietoisuus kasvattavat ärsytyskynnystä. (Holmberg ym. 2008, 274.) On myös katsottu että sanattoman viestinnän merkitys korostuu vuorovaikutuksessa etenkin silloin kun toinen osapuoli on kiihtynyt (Holmberg ym. 2008, 274). Juuri hiljaisuudella annetaan mahdollisuus rauhoittumiseen sekä tunteiden ilmaisuun (Mäkelä ym. 2001, 33).

Hyvän vuorovaikutuksen on todettu edesauttavan potilaan paranemista, kun taas heikolla vuorovaikutuksella on todettu olevan paranemista heikentävä vaikutus (Hemsley ym. 2001, 828). Kohtaamistilanteissa vallitseva ilmapiiri vaikuttaa myös asiakkaan kokemukseen terapiatilanteesta. (Kukkohovi 2004).

2.3 Masennuspotilaan kohtaaminen

Potilaan kohtaaminen tarkoittaa ihmisen kohtaamista ainutkertaisena yksilönä, jolla on oma menneisyytensä ja kokemuksensa tämänhetkisestä tilanteestaan ja tulevaisuudestaan. (Jahren Kristoffersen & Nortverdt 2006, 157.) Potilaan ja terapeutin kohtaamisessa vaikuttavia osatekijöitä ovat osapuolten elämäntilanne, kasvatus, koulutus, arvot, asenteet ja ihmiskäsitys. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001) Kohtaamisessa tulee huomioida myös yksilölliset tarpeet. Mönkkösen (2007, 14) mukaan potilaskeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilas itse osallistuu hoidon suunnitteluun.

Hoitohenkilökunnalla ja asiakkaalla tulee olla yhtenevä käsitys siitä, mitä hoidolla tavoitellaan. (Mäkelä ym. 2001, 17)

Tärkeää on myös huomioida, että tilanne voi olla potilaalle uusi, vaikka fysioterapeutti olisi toistanut samat työvaiheet useita kertoja. (Jahren Kristoffersen & Nortverdt 2006, 157) Hoitajan tulee tässä tilanteessa ymmärtää, että elämäntilanne on asiakkaalle tässä tapauksessa tavanomaisesta poikkeava, ja tämä elää elämäntilannettaan irti tavallisesta elämästään. (Mäkelä ym. 2001) Tässä tilanteessa empatia eli kyky eläytyä toisen ihmisen tilanteeseen ja ymmärtää tätä hänen omista lähtökohdistaan vaikuttaa kohtaamistilanteeseen. (Silvennoinen 2004, 59; Kauppila 2005, 24; Jahren Kristoffersen & Nortvedt 2006, 139; Kiviniemi ym. 2001, 111).

Onnistunut yhteistyö hoitaja-potilassuhteessa, niin myös fysioterapeutin ja potilaan välisessä suhteessa, edellyttää usein jatkuvuutta ja aikaa. (Mäkelä ym. 2001) Tämän vuoksi asiakas tulisi kohdata kiireettömästi, etenkin ensimmäisellä tapaamiskerralla, jotta asiakkaalle syntyy myönteinen kuva asiakassuhteesta. (Sundman 2002, 178; Jahren Kristoffersen & Nortverdt 2006, 158).

Ihmistä ympäröivä tila vaikuttaa kohtaamiseen ja ihmisten väliseen viestintään. Terapiatyö edellyttää usein hyvin lähellä toista ihmistä työskentelemistä, jolloin tilan käytöllä on merkitystä asiakkaan ja hoitajan välisessä kommunikaatiossa. Hoitajan kehonkieli kertoo tällöin suhtautumisestaan asiakkaaseen. Suljettu asento kädet ristissä tai jalat yhdessä kertovat puolustautuvasta asennoitumisesta toista ihmistä kohtaan, kun taas avoin asento kertoo pelottomasta suhtautumisesta. (Pöllänen 2006.) Tätä tietoa kannattaakin soveltaa sekä omassa kehokielessä että asiakkaan käyttäytymisen tarkkailussa. Tällöin pystytään itse viestittämään positiivisia signaaleita kehonkielellä, tai mahdollisesti arvioimaan kohtaamista asiakkaan kehonkielen perusteella ja seuraamaan sen kehitystä. (Pöllänen 2006)

Yksi eniten vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä on kuuntelemisen taito. Pölläsen (2006) mukaan hoitajan on tärkeää kuunnella potilasta, sillä tällöin hän viestittää halusta ymmärtää potilasta, joka auttaa potilasta keskittymään itsestään huolehtimiseen. Useat asiakkaatkin kertovat, että pelkästään terveydenalan ammattilaisen kuuntelemisella on ollut positiivinen vaikutus tämän henkilön olotilaan. Mieltä painavien asioiden purkaminen on monille jo itsessään tilannetta parantava tekijä. Vaikkakin potilas on usein vuorovaikutustilanteessa passiivisempi osapuoli, kokee hän tärkeäksi sen että hän on tullut kuulluksi ja samalla osapuolten välinen luottamus kasvaa.

Myös kosketuksella on Pölläsen (2006) mukaan suuri merkitys ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja sillä voidaan viestittää monia asioita, joita sanoin ei pystytä. Hoitajan kosketus voi lisätä potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ja asiakkaan myönteistä asennoitumista hoitajaansa. Hoitajat ja fysioterapeutit käyttävät koskettamista jatkuvasti, sillä työ edellyttää usein hyvinkin läheistä kontaktia. Tulee kuitenkin muistaa, että toisille vieraan koskettaminen on epämiellyttävä kokemus, jolloin kosketuksen merkitys saattaa lisääntyä vasta ajan kuluessa. Tilannetta tulee tarkkailla jatkuvasti, sillä ihmisten käsitys miellyttävästä koskettamisesta vaihtelee tapaus- ja tilannekohtaisesti. Ammattilaisen on myös hyvä oppia tiedostamaan oma tapansa koskettaa, ja opetella mukauttamaan sitä tilannekohtaisesti. Usein masennuksesta kärsivä vaatii myös riittävästi etäisyyttä eli distanssia, joka osoittaa myös osaltaan terapeutin kuuntelevan asiakasta. Tilan ja ajan antaminen asiakkaalle korostuu masennusasiakkaan kanssa.

2.4 Motivoiminen

Motivaatiolla tarkoitetaan monimutkaista järjestelmää, joka energisoi henkilöä toimimaan ja pyrkimään päämääräänsä. Yksinkertaisimpaan motivaatiotasoon kuuluvat reaktiot eli käyttäytymisen aloittaminen, sen muuntelu ja lopettaminen. Toiseen tasoon kuuluvat impulssit ja inhibiot, eli käyttäytymistä edistävät ja ehkäisevät tekijät. Niiden toteuttamiseen vaikuttavat henkilön

vireystila, tarpeet, tunnetila ja motiivit. Näistä tekijöistä koostuu kolmas motivaatiotaso. Tasot neljä ja viisi sisältävät tilanteen arvioinnin, uskomukset sekä toimintasuunnitelmat. (Sandström 2010.)

Masentunut henkilö on usein tyhjyyttä viestivä, haluton, aloitekyvytön ja tarmoton. Aloittaessaan jotain hän ei saa tehtävää päätökseen. Lisäksi keskittymisvaikeuksia esiintyy usein. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996).

Tehtävän ja tavoitteiden ymmärtäminen helpottavat masentunutta asiakasta pääsemään tavoitteisiinsa ja motivoivat tekemiseen, kun tavoite on kirkkaana mielessä. Epämääräiset ja ylitsepääsemättömät tavoitteet musertavat ja ahdistavat asiakasta, jonka on vaikeaa suoriutua päivän pienistäkin tehtävistä kuten hygieniasta tai sängystä nousemisesta. Pitkäaikaisia tavoitteita saa ja pitääkin olla, jotta katse on osittain myös tulevaisuudessa ja se nähdään positiivisena asiana. Osatavoitteita on kuitenkin oltava paljon, ja niiden tulee olla riittävän helposti saavutettavia, jotta edistyminen olisi nähtävissä. Edistymisestä on myös tärkeää antaa jatkuvaa positiivista palautetta kuitenkin muistaen rehellisyys. Positiivista palautetta voi kuitenkin antaa rakentavasti niin, että vahvuuksien avulla pystytään vaikuttamaan ongelmakohtiin ja kehittämisen tarpeessa oleviin osa-alueisiin. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996: 186; Sandström 2010: 127-130.)

Ohjeiden ja tehtävien tulee varsinkin alkuvaiheessa olla riittävän selvät ja yksinkertaiset, jotta tehtävän prosessointi ei kuluta turhaan energiaa. Tällöin vähäisetkin voimavarat on helpompi kanavoida haluttuun tehtävään. (Lämsä 2012.)

Tavoitteiden tulisi olla voimavaralähtöisiä. Niiden tulisi olla myös riittävän konkreettisia ja osatavoitteita tulisi olla paljon, jotta tulos olisi huomattavissa ja näin ollen motivaatio ja mielenkiinto tekemiselle säilyisivät. Tavoitteista tulisi myös puhua riittävästi ja pystyä osoittamaan asiakkaalle, että tämä on edistynyt. Jokaisella tapaamiskerralla olisi hyvä keskustella myös

tulevaisuudesta – vähintäänkin siitä, mitä seuraavalla tapaamiskerralla on luvassa. Näin ollen asiakas pystyy orientoitumaan tulevaan, ja katse pidetään tulevaisuudessa. Lisäksi ihanteellista olisi, ettei kilpailutilannetta synnytetäisi, sillä se saattaa ainoastaan kasvattaa suorituspainetta ja tuoda epäonnistumisen tunnetta. (Lämsä 2012.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia fysioterapeutin ja masennuspotilaan välistä vuorovaikutusta terapiatilanteessa. Tämän pohjalta tavoitteena oli kuulla fysioterapian ammattilaisten käyttämiä keinoja masennuspotilaan kohtaamisen apuvälineinä siitä näkökulmasta, että asiakkaan masennuksesta kuntoutuminen edistyisi fysioterapian avulla.

3.1 Tutkimuksen toteutus

3.1.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytetään kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, jossa suurimmassa roolissa oli kokoneiden mielenterveyspuolen fysioterapian ammattilaisten haastattelut masennuspotilaan kohtaamisesta. Aineistokeruumenetelmänä toimivat haastattelut, jotka toteutettiin äänitettyinä puhelinkeskusteluina. Aineisto on kerätty todellisista haastattelutilanteista ja tutkimuksessa on pyritty kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan.

Haastattelu valittiin tiedonkeruumenetelmäksi, koska tutkimuksessa haastateltava toimii tutkimuksen subjektina. Tutkittava toimi tutkimuksessa aktiivisena osapuolena ja toi esille itselleen merkityksellisiä asioita haastattelun aihepiiriin liittyen. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Haastattelu valittiin tutkimukseen koska aiheesta oli ennalta hyvin vähän tutkimustietoa. Haastattelun avulla pystytään syventämään olemassa olevaa tietoa. (Hirsjärvi ym. 2007.)

Haastatteluksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu, jotta tutkimus pystyttiin kohdentamaan rajattuihin, ennalta valittuihin teemoihin. Haastattelumuoto valittiin myös niillä perusteilla, että fysioterapeuteilla

oletettiin olevan kokemukseen perustuvaa tietoa tutkittavasta aiheesta, josta on hyvin vähän olemassa olevaa tutkimustietoa. (Hirsjärvi&Hurme 2004.)

Haastattelun teemat muodostettiin aihealueista, joista haluttiin lisää tietoa.

Laadukkaan ja ennalta huolellisesti muotoillun haastattelurungon avulla pystyttiin rajaamaan saatua tietoa teemojen mukaisiksi ja pystyttiin vaikuttamaan aineiston laatuun. Myös apukysymykset ja syvennettävät teemat oli mietitty etukäteen. (Liite 3.) Ennen haastatteluita tuli myös testata käytetyn puhelimen äänitystoiminnon toimiminen ja varmistaa onnistunut nauhoitustulos haastattelun jälkeen. Puheen voimakkuus tuli myös tarkastaa etukäteen niin, että molempien osapuolien ääni kuului tallenteista selkeästi. (Hirsjärvi&Hurme 2004).

Teemahaastattelussa oleellista oli tutkijan ja tutkittavan välinen vuorovaikutus: tutkittava kuvasi omia ajatuksiaan ja kokemuksiaan omin sanoin, jotka tutkija pyrki raportoimaan omien tulkintojensa mukaisesti mutta mahdollisimman objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002)

3.1.2 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat fysioterapeutit, joilla on kokemusta mielenterveyspuolen työstä. Kohderyhmään kuului kaksi fysioterapeuttia. Haastateltavilla on useiden vuosien ammattilaistausta masentuneiden ja psykoottisten asiakkaiden parissa työskentelystä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta oli tärkeää, että fysioterapeutit olivat työskennelleet työtehtävissä, joissa he tiesivät kuntouttavansa masentunutta asiakasta. Tällöin haastateltavien antamat lausunnot voidaan pitää luotettavina.

Aineisto tutkimukseen on hankittu haastatteleamalla fysioterapeutteja puhelimitse sekä hankkimalla taustatietoa ja tutkimuksia masennuksesta, kohtaamisesta, vuorovaikutuksesta sekä motivaatiosta että motivoimisesta tukemaan haastatteluiden antamaa tietoa.

3.1.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston analyysi perustui induktiiviseen eli aineistolähtöiseen prosessiin, jossa tutkija eteni yksittäisestä tiedosta yleiseen tietoon, eli kokosi yksittäisten kohdehenkilöiden kokemukset yhteen ja vertasi niitä aiempaan tutkimustietoon siltä osin, mitä aiheesta oli ehditty tähän päivään mennessä tutkia. (Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Haastatteluaineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Haasteena on, kuinka tutkija pystyy pelkistämään aineistosta nousseet tiedot niin, että ne kuvaavat mahdollisimman tarkasti tutkittavaa ilmiötä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi koostuukin kolmesta vaiheesta. Vaiheet ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Aineiston pelkistämisessä kaikki epäolennainen tieto tutkimusta varten karsitaan pois. Pelkistäminen voi olla tutkittavalta saadun tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin, jolloin pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26, 28, 36; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–112.) Litteroidusta eli haastattelusta sanasta sanaan puhtaaksikirjoitetusta aineistosta alleviivattiin ne sanat ja lauseet, jotka antoivat vastauksen tutkimusongelmiin. Jokaiselle tutkimusongelmalle valittiin oma väri, jota käytettiin kyseisen ilmiön alleviivaamisessa.

Aineiston ryhmittelyssä aineistosta alleviivatut alkuperäisilmaukset tutkitaan huolellisesti. Eri haastateltavilta saaduista tutkimusaineistoista etsitään joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä toisiinsa nähden. Tutkimuksessa voi etsiä myös molempia käsitteitä. Tässä tutkimuksessa päädyttiinkin käyttämään kyseistä käsitteiden jäsennyttä, sillä haastateltavien

vastaukset poikkesivat joissakin osioissa toisistaan, jolloin ilmiöistä tulee ottaa huomioon eri näkemykset. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23, 26, 28-29.)

Ryhmittelyssä samaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja koottiin erilliselle paperille pelkistettyinä ilmauksina. Jokaisen ilmaisun kohdalle laskettiin myös, kuinka useasti kyseinen ilmaus oli esiintynyt. Samaa asiaa kuvaavista pelkistetyistä ilmauksista yhdistettiin yhtenäisiä kokonaisuuksia. Tämän jälkeen kokonaisuuksista muodostettiin alakategorioita. Alakategoriat ryhmiteltiin niin, että samansisältöiset yhdistettiin ja niitä yhdistävän asian perusteella nimettiin yläkategoria. Tämän jälkeen ala- ja yläkategorioita verrattiin alkuperäisaineistoon ja tarkistettiin, että ne vastasivat tutkimuksen tarkoitusta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23, 28–29; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112; Hirsjärvi & Hurme 2004, 147–149.) Aineistosta nimetyt yläkategoriat yhdistettiin ja niistä muodostettiin pääkategoriat. (Liitteet 4-7.)

Abstrahoinnissa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimastaan kohteesta. Teoreettisten käsitteiden luomisessa aineistosta erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja olennaisiksi katsotuista tiedoista rakennetaan teoreettisia käsitteitä. Tutkimuksessa verrattiin olemassa olevaa teoriaa ja omia johtopäätöksiä kerättyyn alkuperäisaineistoon johtopäätöksiä sekä uutta teoriaa muodostettaessa. Tutkimustuloksissa kuvataan muodostetut käsitteet, kategoriat sekä niiden sisällöt. Johtopäätösten tekemisessä pyrittiin kuvaamaan tietoa mahdollisimman objektiivisesti sekä ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmastaan. (Janhonen & Nikkonen 2001, 29; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112–115; Hirsjärvi & Hurme 2004, 149–150.)

3.1.4 Aineiston raportointi

Tutkimustulokset raportoitiin kvalitatiivisen tutkimuksen mukaisesti kirjallisesti. Tutkimussuunnitelmasta selviää jo ennalta suunniteltu ja toteutunut

tutkimusaikataulu sekä raportointiajankohta. Kvalitatiivisen tutkimuksen raportoinnissa pyrittiin kuvailemaan tutkimuksen haastatteluista selvinneet tulokset. Tutkimus aineisto on kirjattu niin, että ulkopuoliset ymmärtävät tulokset ja kuvaus vastaa mahdollisimman hyvin alkuperäislähteen ajatusmaailmaa ja kokemuksia. Saadut tutkimustulokset on myös suhteutettu teoriaan. (Hirsjärvi 2004)

3.1.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukselle haettiin kirjalliset luvat eettisten käytänteiden mukaisesti. Tutkimukseen osallistuminen perustui haastateltavilta vapaaehtoisuuteen ja ennen tutkimusta heiltä kerättiin suostumus, joka osoitti, että he ovat tietoisia tutkimuksen sisällöstä ja sen periaatteista. Haastateltavat voivat kieltäytyä itseään koskevan aineiston käytöstä tutkimusaineistona tutkimuksen kaikissa vaiheissa, ja tämä on mainittu tutkimusluvassa sekä haastatteluiden alussa. Lisäksi tutkittaville on annettu riittävästi tietoa tutkimuksen sisällöstä, jotta he pystyvät tietoisesti päättämään halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Tutkittaville selvitettiin myös tutkimuksen tavoitteet, käytettävät menetelmät sekä tutkimuksen riskit. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128) Tutkittavien henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. Jokaisella tutkimukseen osallistuvalla oli myös mahdollisuus tutustua haastattelun teemoihin ennen tutkimuksiin osallistumista.

Eettisen toimikunnan lausuntoa tutkimukseen ei tarvittu, sillä tutkimus ei kohdistunut asiakkaisiin.

Tutkimus toteutettiin huolellisesti ja tarkkuutta noudattaen. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja tulosten raportointi tapahtuivat yksityiskohtaisesti ja annettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimusaineistoa käsiteltiin niin, ettei tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys paljastunut kolmannelle taholle tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimustulokset arvioitiin objektiivisesti ja rehellisesti. Tutkimustulosten luotettavuutta lisää se, että tutkimukseen osallistujat sekä tutkimuksen suorittaja olivat toisilleen entuudestaan

tuntemattomia, jolloin tuloksia on helpompi arvioida objektiivisesti ilman ennakkokäsityksiä.

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

4.1 Masennuspotilaan kohtaaminen fysioterapeuttien kokemana

Masennusta sairastavan kohtaaminen on usein haastavaa. Se, mikä tekee kohtaamisesta niin haastavaa, on vuorovaikutuksen yksipuolisuus.

Kohtaamisesta ei tule aina vastavuoroinen tilanne, sillä asiakkaan kyky ilmaista itseään verbaalisesti on heikentynyt. Masentuneen asiakkaan ilmaisutaidot ovat saattaneet muutoinkin supistua tämän tavanomaisesta kyvystä ilmaista itseään ja tunteitaan.

Fysioterapeutit kuvaavat, että masentuneen asiakkaan ulosanti on usein erittäin niukkaa. Hänen olemuksensa on yleensä myös lamaantunut: ilmeitä ja eleitä ei juuri ole, katse on lasittunut, harhailee tai on suunnattu kaukaisuuteen.

”Potilas on monta kertaa hyvin omissa maailmoissa.”

”Kehonkieli on ilmeetön.”

*”..katse on yleensä alaviistoon suunnattu, saattaa ottaa katsekontaktia mut
enimmäkseen katse on sinne maahan.”*

”..ilmasuki sellasta hyvin niukkaa..”

”..katsekontakti niukkaa..”

”asiakas on ilmeetön.”

4.2 Vuorovaikutuksen rakentuminen masennuspotilaan kanssa

Tutkimuksen mukaan vuorovaikutuksen keskeisin kulmakivi on masennuksesta koituvat pulmat vuorovaikutuksessa. Masennus aiheuttaa aivojen toiminnassa

muutoksia, jotka vaikuttavat henkilön kykyyn ilmaista itseään ja tuottaa haluamansa oikeassa muodossa.

"..he joutuu sitä käsittelemään.."

"..asiakkaan ilmaisemisen niukkuus.."

"..karttaakin koskettamista kun koittaa suojella itseään kaikelta."

"Potilas on monta kertaa hyvin omissa maailmoissaan."

Ele- ja ilmekielen vähentyessä asiakasta on entistä vaikeampi lukea ja ymmärtää, kun sanallinenkin viestintä on usein vähäistä. Pulmat vuorovaikutuksessa johtavat siihen, että fysioterapeutti on usein aktiivisempi osapuoli terapiatilanteissa ja joutuu aktiivisesti tarkkailemaan tilannetta ja kuuntelemaan asiakasta. Lisäksi terapiasuhde vaatii haastateltavien fysioterapeuttien mukaan terapeutilta herkkää tilannetajua.

"..kuuntelemalla ja ymmärtämisellä ja empaattisella asenteella."

"Kyselen jonkin verran.."

"..antaa hänen puhua ja kertoa niitä asioita."

"Hiljaisuuskin välillä, et antaa aikaa."

"Pitää vähän oottaa kun oot esittänyt kysymyksen. Kun annat aikaa niin sieltä voi jotain tulla. He joutuu sitä käsittelemään erilailla."

"Yritän niinku kiinnittää huomiota tiiviisti.. Olla läsnä."

"..ihan kyselen, että onko joku joka voisi helpottaa oloa."

"..potilaan ehdoilla.."

Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit kertoivat selviävänsä vuorovaikutuksen ongelmatilanteista usein asiakaslähtöisen toiminnan avulla. Toisilla kävelyllä lähteminen aukaisee henkisiä lukkotiloja, kun taas toisella passiiviset hoidot parantavat vuorovaikutusta. Fysioterapeutit painottivat, että jokaisen asiakkaan kohdalla pyritään löytämään asiakkaalle mieluinen toiminnan muoto, josta olisi hyötyä kokonaisvaltaisesti kuntoutumisessa. Fysioterapeutit kertoivat käyttävänsä myös muita toiminnan keinoja kuin

perinteisiä fysioterapian keinoja. Tärkeintä on löytää asiakkaalle ominainen tapa ilmaista itseään.

”annan kynän ja paperia ja pyydän asiakasta piirtämään tai värittämään..”

”Joskus käydään kävelemässä kun asiakas tuntuu olevan niin lukossa.”

”..kosketuksen avulla..”

”..venyttelyä..”

”Fyysinen kontakti ja toiminta.”

”..annan hoidon..”

”..tekee vaikka rentouttavan kosketushieronnan tai lämpöä tai jotain sellasta että se rentoutuis.”

”..jos musiikista tykkää niin musiikkia, piirtämistä..”

4.3 Mikä masentunutta motivoi?

Tutkimuksessa motivaatio ja motivoiminen koettiin haasteelliseksi määritellä. Masentuneen asiakkaan kanssa työskennellessä motivoiminen saattaakin usein tarkoittaa hyvin pienten välietappien löytymistä – että asiakas jaksaa olla terapiatilanteessa, että hän jaksaa tulla jälleen seuraavalla sovitulla tapaamisajalla paikalle. Koska masentuneen voimavarat voivat olla hyvinkin vähäiset, täytyy kaikki toiminta ja edistyminen suhteuttaa niihin.

Haastateltavat osasivat kuitenkin nostaa esille asioita, joista he kokivat asiakkaiden motivoituvan. Molemmissa haastatteluissa nousivat esiin miellyttävät ja positiiviset kokemukset sekä hyvän olon tunne. Tekemisen tulisi olla miellyttävää, jotta sitä jaksaisi tehdä ja innostuisi siitä uudestaan.

”Etsitään joku mikä olisi miellyttävää”

”..positiivisten kokemusten saaminen..”

*”minkä se asiakas kokee.. ees pieni hetki sellasta positiivista
hyvänäolontunnetta”*

Masentunut kokee myös usein monet ympäröivät asiat turhiksi ja mitättömiksi. Siksi itsemääräämisoikeudella ja sillä, että hän saa itse vaikuttaa terapiansa toteutukseen, voi olla positiivisia vaikutuksia.

”Esitän vaihtoehtoja...”

”..potilas saa itse valita”

”..oikeus kokoajan kieltäytyä..”

Molemmat fysioterapeutit painottivat kuuntelemisen tärkeyttä sekä asiakkaan ymmärtämistä. Kuuntelemalla ja osoittamalla kuunnelleensa potilas tuntee itsensä merkitykselliseksi ja saattaa huomata, että puhumisella on ollut vaikutusta. Kysymyksiä voi osoittaa, että on kiinnostunut asiakkaan voinnista ja siitä, mitä hän toivoisi terapialta.

”..miten nyt edellisen hoidon jälkeen on mennyt.”

”..asiakkaan aikaisemmista kokemuksista mikä on joskus tuottanut hyvää oloa”

”..saan sen ehkä kertomaan mitä jatkossa haluaa”

Palautteen merkitystä korostettiin myös. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että masentunut asiakas tarvitsee positiivisia kokemuksia ja ulkoista palautetta. Asiakas ei usein huomaa omaa edistymistään, jolloin on tärkeää saada palaute muualta.

”..ei ite huomaa edistymistä..”

”Itse tässä seuraavalla kerralla saatan sanoa että nyt sulla on ilme jo paljon virkeämpi..”

”Positiivista palautetta annan jos on jaksanut olla tilanteessa.”

”..tuottamaan hyvänolon tunteita joita masentunut tarvitsee.”

Fysioterapeutit käyttävät myös tiedonantoa välineenä asiakasta motivoidessaan. Etenkin tekemisen perustelemisen sekä sitä kautta asiakkaan ymmärryksen merkitystä korostettiin. Asiakkaan tulee ymmärtää tekemisen tarkoitus, ennen kuin pystyy motivoitumaan tekemiseen.

”..motivoin liikkumaan ja kulkemaan.”

”..hyvä antaa psykoedukaatiota.”

”..miten se liikunta vaikuttaa masennukseen, entä rentoutuminen..”

”..sellanen että hän ymmärtäis miks tätä pitäis tehdä.”

Joillekin fyysisen aktiivisuuden kätkeminen jonkin miellyttävämmän tekemisen taakse saattaa auttaa jaksamaan. Käveleminen ja kävelyllä lähteminen eivät ajatuksina ole välttämättä miellyttäviä, mutta näiden liittäminen muuhun toimintaan saattaa motivoida liikkeelle.

”..kehotan kyllä aina että kattele kevään merkkejä.. ettei se olis vaan sitä kävelyä tai tekemistä.”

4.4 Masennuspotilaan kuntoutuksen lähtökohdat

Fysioterapian pääasiallinen tavoite on vaikuttaa fysiikkaan, liikkeeseen ja sen laatuun. Masennusta sairastavan asiakkaan kanssa tilanne ei ole usein näin yksiselitteinen, ja liikkeen laatuun vaikuttamista ennen tulee usein tehdä paljon työtä. Itse koen fysiikkaan vaikuttamisen joissakin tapauksissa lähes mahdottomaksi ennen asiakkaan mielialan ja psyykeen kohenemistä. Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit mainitsivat myös, että jopa asiakkaan fyysinen olemus kertoo masennuksesta. Asiakas esiintyy kasassa, hartiat edessä, ryhti on olematon ja koko olemus huokuu sulkeutuneisuutta.

Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit jakautuivat kuitenkin kuntoutuksen lähtökohtien perusteella kahteen ryhmään: toinen näki kuntoutuksen lähtevän fysiikasta, kun taas toinen lähtee rakentamaan kuntoutumista asiakkaan psyykkisen hyvinvoinnin kautta.

4.5 Masennuksesta kuntoutuminen fysioterapian keinoin

Masennuksesta kuten jokaisesta sairaudesta kuntoutuminen on aina prosessi, joka ei välttämättä ole kovin yksiselitteinen. Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit olivat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että fysioterapialla voidaan edistää asiakkaan kuntoutumista masennuksesta. Sekä asiakkaan aktiivisella että passiivisella toiminnalla kerrottiin olevan positiivista vaikutusta kuntoutumiseen. Tärkeintä on löytää mielekästä tekemistä, jonka avulla asiakas pystyy ilmaisemaan itseään, purkamaan tuntemuksiaan sekä saavuttaa edes hetkellisen hyvän olon tunteen.

Tavoitteena on toki edetä aktiivisiin toiminnallisiin tehtäviin, mutta terapeutit aloittavat terapian usein asiakkaalle passiivisista hoidoista kumotakseen fysioterapiasta olemassa olevat ennakkokäsitykset pelkkänä jumppana. Terapeutit kertovat myös passiivisten hoitojen usein rentouttavan asiakasta ja tuovan sitä kehollista hyvän olon tunnetta, jota masennusasiakas tarvitsee. Terapiasuhte tarvitsee edetäkseen myös vuorovaikutuksen kehitystä, jota terapeutit kertovat saavansa kosketuksen avulla.

"..tekee vaikka rentouttavan kosketusrentoutuksen tai lämpöä tai jotain sellasta että se rentoutuis."

"Annan hoidon."

"..venyttelyä.."

"..kosketuksen avulla et saatais sitä vuorovaikutusta."

Masennusasiakkaan fysioterapia saattaa varsinkin terapiasuhteen alkuvaiheessa sisältää paljon muutakin aktiviteettia kuin liikunnallista aktiivista toimintaa. Fysioterapeutit kertovat kaikella positiivisella tekemisellä olevan vaikutusta asiakkaan kuntoutumiseen ja käyttävätkin hyvin paljon erilaisia aktiivisia menetelmiä ja aktiviteetteja asiakkaan kanssa toimimiseen.

”Kaikella positiivisella tekemisellä on vaikutusta siihen toipumiseen.”

”Jos tykkää musiikista niin musiikkia, piirtämistä..”

”annan kynän ja paperia ja pyydän asiakasta piirtämään tai värittämään..”

”Kuviakin käytän joskus..”

Usein masennusasiakkaalle toiminnan lisäksi hyödyllistä on jo pelkästään se, että hän saa puhua ja ilmaista itseään ja tunteuksiaan. Se, että pysähtyy kuuntelemaan itseään, kehoaan ja pystyy tuntemaan edes hetkellistä hyvän olon tunnetta ja purkamaan pahaa oloa, auttavat asiakasta eteenpäin. Tunteiden purkautuminen itkuna terapiatilanteessa nähdään myös positiivisena asiana, koska tällöin asiakas on saanut purettua jotakin sisältään jota hän on mahdollisesti pidätellyt jo pitkään. Kuntoutumisen takia on tärkeää, että kaiken toiminnan keskellä asiakas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi.

”..kokonaisuuden kautta, keho ja mieli on kokonaisuus ja kun mieli voi paremmin niin keho voi paremmin ja vastavuoroisesti kun keho voi paremmin niin mieli voi paremmin.”

”Korostan aina sitä, että kaikki hoidot mitä annan ja mitä tehdään että sen täytyy tuntua hyvältä.”

”On hirveesti kehollisia oireita joihin me pystytään vaikuttamaan.. pystytään ehättämään sitä kehoa.”

”..tuottamaan hyvän olon tunteita joita se masentunut tarvitsee.”

”..hyvä että täällä.. sit sellanen itkuki.. kyllä se jotain hanaa siellä aukasee.”

”..antaa hänen puhua ja kertoa niitä asioita joita hän haluaa tuoda esille että

se kuunteleminen on mun mielestä se ymmärtäminen että hänellä on vaikea masennus!”

5 POHDINTA

5.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus suoritettiin eettisten periaatteiden mukaisesti, ja on sen osalta luotettavaa tietoa.

Luotettavuutta lisää se, että fysioterapeutteja haastateltiin yksilöhaastatteluissa, jolloin jokaisen yksilön henkilökohtainen kokemus näkyi vahvemmin vastauksissa – yksilöt joutuivat näin ollen kertomaan henkilökohtaisen näkemyksensä kysymyksiin, kun kollektiivista tukea ei ollut haastattelutilanteessa tarjolla. Haastateltavat eivät myöskään saaneet ennalta kysymyksiä luettavaksi, jolloin vastaustilanteessa he eivät ole pystyneet perehtymään aiheisiin ennalta esimerkiksi tutkimusten avulla, jolloin vastaukset pohjautuvat puhtaasti heidän omaan käytännön kokemuksiinsa fysioterapeutin työssä. Haastatteluista saatiin näin ollen luotettavammin tietoa käytännön kokemuksista fysioterapian kentältä, joita tutkimuksessa pyrittiinkin hakemaan. Tutkimustulokset vastaavat siis tavoitteita.

Koska otos oli pieni (2), ei tutkimuksesta saatuja tuloksia voida yleistää. Tulokset ovat kuitenkin suuntaa antavia ja yksittäisissä tapauksissa täysin valideja kokemuksia. Pienen otoksen tuottaman aineiston luotettavuutta lisää kuitenkin se, että fysioterapeuttien tiedetään työskennelleen ja he tietävät työskennelleensä masennusta sairastavien parissa. Tulosten täydellinen selvittäminen on kuitenkin varsin mahdotonta, ottaen huomioon depression ja sen liitännäisten oireiden vaihtelevuuden ja ailahtelevuuden yksilö- ja tilannekohtaisesti. Tehokkaat toimintamallit ovat siis aina hyvin tapaus- ja

tilannekohtaisia ja vaikeasti määriteltävissä. Käytännön kokemukset fysioterapian kentällä antavat kuitenkin tietoa, että fysioterapialla voidaan osaltaan edistää asiakkaan kuntoutumista masennuksesta.

Lisätutkimuksia aiheesta kuitenkin kaivataan, sillä masennusta on tutkittu maailmalla hyvin vähän fysioterapian näkökulmasta. Tämän vuoksi kaikelle tutkimukseen osallistuvien fysioterapeuttien näkemyksille ei löytynyt vahvistusta kirjallisuudesta tai tutkimuksista fysioterapian kentältä.

Tutkimustuloksiin vaikuttavat varmasti myös tutkijan kokemattomuus tutkijana, vaikkakin tutkimustulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman objektiivisesti sekä alkuperäiskuvauksen muodossa.

5.2 Tulosten tarkastelu

Haastatteluista saatiin tavoitteiden mukaisia tutkimustuloksia, eli käytännöllisiä keinoja ja valmiuksia fysioterapeuteille kohdata masentuneita asiakkaita työssään. Tuloksissa on havaittavissa olemassa olevasta kirjallisuudesta tuttuja keinoja, mutta osaltaan haastatteluista saatu tieto oli uutta ja ainutlaatuista juuri fysioterapian näkökulmasta. Masennus on fysioterapian kentällä niin tutkimaton ilmiö vuorovaikutuksen ja motivoimisen näkökulmasta suomen- ja englanninkielillä, että osaa tutkimustuloksista voidaan pitää myös uutena tutkimustietona.

Tutkimustulosten lähtökohtana on vuorovaikutuksen hankaloituminen masennuspotilaan ja fysioterapeutin välillä. Masennus aiheuttaa aivojen hormoneissa ja välittäjäaineiden muodostumisessa muutoksia, jotka vaikuttavat masentuneen henkilön kykyyn jäsenellä ja tuottaa ajatuksia. (kts. Kuva 2.) Henkilön olemus on usein myös hyvin poissaoleva ja jähmeä. Vuorovaikutuksen koostuessa verbaalisesta ja non-verbaalisesta viestinnästä, vuorovaikutusta hankaloittaa masentuneen asiakkaan molempien viestinnän

muotojen heikentyminen. Masentuneen henkilön ilmaisukyky heikkenee huomattavasti, kun verbaalinen tuotos vähenee ja tämän lisäksi kehonkieli on poissaolevaa. Tämä toisaalta hankaloittaa fysioterapeutin kykyä lukea ja ymmärtää asiakasta. Kun normaalissa vuorovaikutustilanteessa fysioterapeutti käyttää verbaalista viestintää keskimäärin kaksi kertaa asiakasta enemmän, tarkoittaa tämä verbaalisen viestinnän vähenemistä vieläkin suuremmissa määrin asiakkaan kanssa, joka sairastaa masennusta. (Roberts & Bucksley 2007). Tämän lisäksi Roberts & Bucksley (2007) tutkimuksen mukaan asiakkaan non-verbaalisesta viestinnästä 82% koostuu katseesta. Tästä voimme päätellä, että masennusasiakkaan kehon viestien lukeminen hankaloituu huomattavasti, jos katsekontakti suuntautuu enimmäkseen maahan ja on muutoin ilmeetöntä. Kun sekä verbaalinen että non-verbaalinen viestintä vähenevät masentuneen asiakkaan puolelta voidaan fysioterapeutin vuorovaikutustilannetta pitää vähintäänkin haastavana.

Tutkimuksen perusteella fysioterapeutit käyttävät fysioterapiaa toteuttaessaan menetelmittäin sekä perinteisiä fysioterapian keinoja, että ammattikunnan rajoja ylittäviä keinoja. Perinteisempien ja fysioterapeuteille ominaisempien, liikkeen ja liikkumisen kautta, tapahtuville menetelmille ei annetakaan enää yhtä paljon painoarvoa masennuspotilaan kuntoutuksessa. Fysioterapeutit kertoivat toki pyrkivänsä aktiivisempaan terapiaan, mutta menetelmät on varsinkin terapiasuhteen alussa mitoitettava asiakkaan ehtyneiden voimavarojen mukaisiksi, jolloin aktiivinen terapia ei usein ole optimaalisin vaihtoehto. Toiset tosin näyttävän hyötyvän aktiivisesta terapiasta, ja toiminnan avulla fysioterapeutti saa joskus enemmän vuorovaikutusta terapiatilanteessa.

Fysioterapeutit kertoivat aloittavansa terapiajaksot usein asiakkaille passiivisista hoidoista kuten kosketus-, hieronta- tai rentoutusharjoituksista. Näitä menetelmiä tukee aiempi tutkimustieto kosketusterapian positiivisista vaikutuksista masennuksen hoidossa. (Field, Diego, Hernandez-Reif, Medina, Delgado & Hernandez 2011). Fieldin ym. (2011) tutkimuksessa todettiin, että

viiden viikon terapiajaksolla, jolla tutkimukseen osallistuneet naiset saivat kosketus-, hieronta- ja joogaterapiaa, oli masentuneisuuden tuntemuksia vähentäviä vaikutuksia. Huomioimisen arvoista tässä tutkimuksessa on, että joogalla pystyttiin vähentämään masentuneisuuden tuntemuksia menetelmistä eniten. Joogaa kannattaakin tämän tutkimuksen perusteella pitää varteenotettavana terapiamuotona masennuspotilaiden kuntoutuksessa.

Omassa tutkimuksessani aktiivisista menetelmistä mainittiin ammattirajoja ylittäviä keinoja terapiasuhteen alkuvaiheessa: piirtäminen, värittäminen, kuvat ja musiikki. Kaikkien terapiamenetelmien tavoitteena on, että asiakas kokee edes hetkellisesti hyvän olon tunnetta ja saa positiivisia kokemuksia. Joissakin tapauksissa aktiivinen toiminta on hyvä kätkeä jonkin asiakkaalle mielekkäämmän toiminnan alle, jotta asiakas aktivoituisi. Joskus myös tehokkaaseen toimintaan voidaan ainoastaan liittää jotakin muuta piristävää tai virkistävää toimintaa tai ajateltavaa, jolloin kävely ei ole pelkkää kävelyä tai toiminta pelkkää toimintaa. Fysioterapeutit kertoivat kehottavansa asiakkaitaan esimerkiksi kävelyn aikana tutkistelemaan ja tarkkailemaan luontoa ja siellä näkyviä kevään merkkejä.

Tiedonantaminen ja psykoedukaatio ovat myös tärkeitä seikkoja masentuneen asiakkaan kuntoutuksessa. Se, että asiakas itse ymmärtää, miksi jotakin harjoitusta tehdään tai miten se vaikuttaa häneen ja masennukseen, ovat ensiarvoisen tärkeitä seikkoja kuntoutumisessa. Masentunut henkilö on usein haluton suoriutumaan asioista, joiden ei katso hyödyttävän häntä ja hänen tilannettansa millään tavalla. Tämän vuoksi hänen on itsensä ymmärrettävä ja hyväksyttävä kaikki toiminta, mitä hän lähtee tekemään. Tässä nousee esille myös asiakkaan itsemääräämisoikeus ja sen korostaminen. Asiakas kokee usein terapian mielekkäämmäksi, kun hän saa itse olla mukana päätöksenteossa terapiansa suhteen.

Jotta asiakas edistyisi kuntoutumisessaan ja huomaisi itse edistyksensä, tulee positiivisen ja ulkoisen palautteen määrän olla korostetun suurta. Kuten

haastatteluissakin tuli ilmi, masentunut tarvitsee onnistumisen kokemuksia eikä usein huomaa omaa edistymistään, vaikka sitä olisi tapahtunut paljonkin. Tällöin terapeutin tulisi muistaa antaa jatkuvaa palautetta, jotta asiakas tiedostaisi työnsä tuloksen. Positiivista palautetta tulisi siis antaa paljon, mutta sen tulisi olla rehellistä ja realistista. Henkilö pystyy kuitenkin arvioimaan suoriutumistaan jollakin skaalalla, jolloin ylenpalttista kehumista on vältettävä, jottei asiakas turhautuisi. On kuitenkin hyvä muistaa, että jokaisesta heikommastakin suorituksesta löytyy usein onnistuneita osuuksia tai elementtejä. Tällöin rakentava palautekin voi olla positiiviseen sävyyn annettua, kun muotoilee palautteensa muotoon ”Elementti X toimi suorituksessasi hyvin. Jotta saisit elementin Y toimimaan vieläkin paremmin, kiinnitä seuraavalla kerralla enemmän huomiota elementtiin Z.” Tällöin kehittämisen tarve pystytään esittämään positiiviseen sävyyn.

Kannustava palaute ohjaa suoritusta ja motivoi jaksamaan. Kuten jo aiemmin mainitsin, sisäisen palautteen saaminen saattaa olla masennusta sairastavalla henkilöllä hankaloitunut. Onnistuneen suorituksen jälkeen onkin tärkeää kysyä asiakkaan omasta tuntemuksesta. Millainen olo hänellä on tällä hetkellä, kun onnistunut suoritus on takana? Huomaako hän eroa harjoitusta edeltävään olotilaansa? Onnistumisen jälkeen onkin hyvä antaa asiakkaalle aikaa tutkiskella itseään, ja auttaa tätä huomaamaan harjoituksen välittömät vaikutukset. Esimerkiksi hikiliikunnan jälkeen olotila on usein endorfiinien ansiosta virkeämpi ja mieliala kohonnut, jolloin on otollinen aika tutkiskella liikunnan tuomia välittömiä vaikutuksia. Jos pitkäaikaisia tavoitteita on vaikeaa hahmottaa, on ehkä helpompaa muistuttaa välittömistä vaikutuksista ja tällä tavalla lisätä motivaatiota yrittää edes tämän pienen hetken toimintaan. Tätä fysioterapeutitkin haastattelussa korostivat.

Palautteenannon katsotaan myös muiden tutkimusten mukaan vaikuttavan myös terapiatilanteen ilmapiiriin. (Kukkohovi 2004). Kukkohovin (2004) tutkimuksen mukaan terapeuttienkin mielestä virheitä tai heikkouksia ei tulisi

korostaa, vaikka niiden korjaaminen on tärkeää. Palaute kehitettävästä suorituksesta kannattaa rakentaa positiivisten asioiden ympärille, kuten jo edellä mainitsin.

Kukkohovin (2004) tutkimuksessa tuli esille myös vuorovaikutukseen ja ilmapiiriin vaikuttavia tekijöitä, kuten henkilökemiat, huumori sekä ohjeistus. Haastateltavien oli vaikeaa kuvailla, mistä yksittäisistä tekijöistä henkilökemiat syntyvät, mutta sitä kuvattiin siten, että toisten ihmisten kanssa on helpompi tulla toimeen kuin toisten. Kukkohovi (2004) epäili tutkimuksessaan myös, että henkilöiden viestintätyyleillä on mahdollisesti vaikutusta siihen, milloin vuorovaikutus koetaan miellyttäväksi. Tästä voi päätellä, että myös masennuspotilaiden kanssa ilmapiirillä, henkilökemioilla ja huumorilla on vaikutusta terapiatilanteen vuorovaikutuksen sujuvuuteen.

Ilmapiiriä keventää usein myös huumori oikein käytettynä. Fysioterapeutit kertovat käyttävänsä huumorin voimaa osoittaakseen asiakkaalle, että ovat tämän tasolla eivätkä pyri pääsemään asiakkaan yläpuolelle. Huumorin avulla on myös usein helpompi kohdata vaikeitakin aiheita. Terapeutin luomaan ilmapiiriin vaikuttavat asiakkaiden mielestä lisäksi terapeutin tapa ohjeistaa: vahvuuksien esiintuominen luo kevyempää ilmapiiriä. (Kukkohovi 2004.)

Myös ulkoisilla tekijöillä, kuten ympäristöllä on merkitystä terapiatilanteessa. Omassa tutkimuksessani fysioterapeutit kertoivat pyrkivänsä luomaan terapiatilanteesta luotettavan ja sen ympäristöstä rauhallisen.

Haastateltavat muistuttivat myös lääkehoidon merkityksestä masennusasiakkaan kuntoutuksessa. Fysioterapeutti ei toki pysty suoraan vaikuttamaan lääkitykseen, mutta sen vaikutuksista on hyvä olla tietoinen. Lisäksi fysioterapeutti pystyy arvioimaan pitkäaikaisempien asiakassuhteiden sisällä lääkityksen tehokkuutta, jos lääkityksen määrää on muutettu. Asiakkaansa tunteva fysioterapeutti pystyy joissakin tapauksissa arvioimaan onko lääkitys riittävä ja viestittämään siitä asianomaisille.

Viimeaikoina on fysioterapian vuorovaikutustutkimuksissa alettu puhumaan myös ns. sosio-affektiivisuudesta, joka tarkoittaa muun muassa sosiaalisen tuen antamista, tunnepitoisen ilmapiirin luomista sekä yhteistyötä.

Tutkimusten mukaan asiakkaat ovat kokeneet, että fysioterapeutti kunnioittaa heitä, kuuntelee aktiivisesti, on sensitiivinen sekä sitoutuu kuntoutusprosessiin.

(Lundvik Gyllensten, Gard, Salford & Ekdahl 1999, 91–92; Talvitie & Reunanen 2002, 77; Veijola & Larivaara 2001, 14.) Fysioterapeuttien vuorovaikutuksessa on havaittu paljon non-verbaalista viestintää, kosketuksia ja katsekontakteja, jotka luovat vuorovaikutustilanteesta tukea antavan ja emotionaalisen.

Tutkimuksista ilmenee, että fysioterapeuteilla on kuitenkin vaikeuksia affektiivisella alueella. Tämä ilmenee muun muassa siten, että asiakkaat pystyvät purkamaan ahdistustaan fysioterapeuteille, mutta fysioterapeutit tuntevat olevansa avuttomia näissä tilanteissa. Fysioterapeutit kokevat, ettei heitä ole koulutettu kohtaamaan tällaisia tilanteita työssään. (Viitanen 1997, 93, 110–111.)

Kaikkien terapiamenetelmien ja fysioterapeuttien toimintamallien taustalle nousivat kuitenkin ymmärtäminen ja asiakkaan kuunteleminen. Asiakkaan on tärkeää kokea tulevansa kuunnelluksi ja ymmärretyksi. Ajan antaminen kysymyksen esittämisen jälkeen auttaa masentunutta tuottamaan ajatuksensa verbaalisesti, kun asioiden jäsentely on usein työläämpää ja hitaampaa.

Ymmärryksen ja asiakkaan kuuntelemisen avulla voidaan alkaa kokeilemaan ja yhdistelemään erilaisia keinoja. Näitä näkemyksiä tukevat myös hoitotyön kirjallisuus mielenterveystyössä: kirjallisuudessa todetaan, että masentunut ihminen kokee tulleen autetuksi, kun heitä on kuunneltu, annettu aikaa olla, välitetty ja oltu vain läsnä. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996.)

Tutkimuksessani esille nousseeseen kuuntelemisen taitoon tulisikin kiinnittää huomiota: kuinka kuuntelemista osoitetaan? Kuunteleminen nähdään usein hiljaa olemisena ja ajan antamisena toiselle. Kuuntelemista kuvataan kuitenkin myös muilla tavoilla. Kuunteleminen on fysioterapeuttien ja asiakkaiden

mukaan asiakkaan näkemysten ja toiveiden huomioonottamista. Tällöin fysioterapeutti on osoittanut kuunnelleensa asiakasta, ja tämä tuntee olevansa merkityksellinen ja hänen näkemyksensä olevan fysioterapeutille tärkeä. Lisäksi fysioterapeutit kuvaavat kuuntelemisen olevan molemminpuolista ymmärrystä. Jos fysioterapeutti asiakasta kuunnellessaan ei ole aivan varma asiakkaan tarkoittamasta merkityksestä, olisi tärkeää täsmentää kuulemaansa: ”tarkoititko, että..”, ”ymmärsinkö oikein..”. Tällöin fysioterapeutti osoittaa prosessoivansa kuulemaansa.

Masennuksesta kuntoutuminen on siis monen pienen tekijän yhdistelmä, jota on mahdotonta ennalta suunnitella. Jokaisen asiakkaan kohdalla tulisi siis lähteä rakentamaan kuntoutusta yksilöllisestä näkökulmasta, jossa asiakkaan voimavarat ovat tärkein tekijä.

5.3 Johtopäätökseni tutkimuksesta

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvailla masentuneen aikuisasiakkaan kohtaamista fysioterapeutin työssä motivoimisen ja masennuksesta kuntoutumisen näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla pystytään kehittämään fysioterapeuttien valmiuksia kohdata depressiivisiä asiakkaita.

Masennuksen yhä yleistyessä ilmiönä maailmanlaajuisesti, ei koulutusohjelmamme fysioterapiassa vastaa huutoon mielestäni riittävällä volyymilla. Koulutusohjelmamme keskittyessä fysiikkaan ja liikkeeseen, jäävät muut työssämme oleelliset taidot toissijaisiksi. Viestintään kokonaisuudessaan kiinnitetään mielestäni äärimmäisen vähän huomiota koulutuksen yhteydessä, joka toki on ymmärrettävästi vaikeaa sijoittaa opintojaksojen sisälle viemättä aikaa ammattimme oleellisimmalta osalta, eli juurikin liikkeen ja sen laadun tarkastelulta.

Jokaisen fysioterapeutin tulisi kuitenkin mielestäni huomioida eri ammattialojen, kuten viestinnän ja psykologian, valtava merkitys työssämme, ja pyrkiä kehittämään itseään ammattilaisena myös näillä osa-alueilla. Tutkimukseni tavoitteena olikin lisäksi herättää fysioterapeutteja näkemään ammattinsa moniulotteisemmin, kuin myös tuomaan konkreettisia työkaluja yhden haastavan asiakasryhmän kohtaamiseen.

Tutkimustuloksissa kävi ilmi myös muiden ammattirajoja ylittävien menetelmien, kuten piirtämisen ja musiikin käyttö terapiamenetelminä. Fysioterapeuttien tulisikin etsiä keinoja oman ammattiryhmän ulkopuolelta pystyäkseen optimaaliseen kuntouttamiseen. Toisaalta kannattaa pohtia, miten pitkälle ammattirajojen ylittämisessä voidaan mennä, jotta voidaan vielä puhua fysioterapiasta. Toisaalta taas voidaan käydä keskustelua, onko esimerkiksi fysioterapian oltava puhtaasti fysioterapiaa, vai onko tärkeämpää, että löydetään työkalut, josta asiakas hyötyy.

Henkilökohtaisesti näkisin ammattirajojen ylittämisen pienissä määrin hyväksi ratkaisuksi, jos se todella tukee kuntoutumista. Asiakkaan kohdalla voidaan esimerkiksi yhdistellä elementtejä toiminta- ja fysioterapiasta. Kuitenkin, jos fysioterapian toteutus jatkuu toimintaterapiamaisena pidempään, kannattaa puntaroida asiakkaan ohjaamista pelkän toimintaterapian piiriin siksi aikaa, kun fysioterapialla ei saada tuloksia.

Haastatteluiden avulla pystyttiin tuottamaan tietoa käytännön kentältä, josta kaikkea saamaani tietoa ei ole vielä painettu suomen- tai englanninkieliseksi kirjallisuudeksi fysioterapian näkökulmasta. Vastaavaa tietoa löytyi kuitenkin hoitotyön, psykologian ja viestinnän kirjallisuudesta. Kosketuksen ja kosketusterapian vaikutuksista löytyi fysioterapiankin tutkimuksia, ja tätä tietoa myös haastattelemani fysioterapeutit olivat hyödyntäneet työssään. Tästä kategoriasta haluaisinkin jatkossa saada tietoa joogan vaikutuksista terapiamenetelmänä, koska sitä ei mainittu tekemissäni haastatteluissa, mutta sen hyödyntämisestä löytyi positiivista tutkimustietoa.

Vuorovaikutuksesta ja sen rakentumisesta löytyi myös tutkimuksia, mutta ennen kaikkea käytännölliset ohjeet ja neuvot asiakkaan ja fysioterapeutin vuorovaikutuksen kehittämiseen jäivät niukaksi. Tähän oma tutkimukseni toikin joitakin näkökulmia. Ennen kaikkea kuuntelemisen, ymmärtämisen ja positiivisen palautteen antamista masennuspotilaan fysioterapiassa korostettiin. Nämä ovat tosin seikkoja, joita esimerkiksi hoitotyön kirjallisuudessa nostettiin myös esille mielenterveystyön saralla. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996).

Ymmärrystä korostettiin haastatteluissa, mutta tämä herättikin itselleni kysymyksen: voiko ymmärrystä oppia? Onko ymmärtäminen ja empaattisuus sisäänrakennettu tapa toimia? Ohjautuvatko luonnostaan empaattiset ja ymmärtäväiset ihmiset työskentelemään asiakasryhmien kanssa, jotka vaativat näitä taitoja? Entä voiko empaattisuutta oppia, vai jättääkö luonnostaan kuoreltaan kovempi terapeutti masentuneen asiakkaan kylmäksi? Oppiiko terapeutti tilannetajua ajan kanssa, vai onko tämänkin sisäänrakennettu ominaisuus? Toisaalta kuinka paljon kuntoutumisessa ja vuorovaikutuksessa on kyse sopivista henkilökemioista asiakkaan ja terapeutin välillä? Jatkossa olisi mielenkiintoista arvioida henkilökemioiden ja temperamentin vaikutusta asiakkaan ja fysioterapeutin väliseen vuorovaikutukseen. Lisätutkimuksille olisi näiltäkin osin paljon sijaa.

Tutkimusongelmiin löydettiin vastauksia, mutta mielestäni haasteellisinta on kirjata ne sellaiseen muotoon, jossa tutkittavan näkemykset tulevat objektiivisesti esiin ja masennus kuvataan riittävän kompleksisena ilmiönä. En siis halua esittää suoria vastauksia tutkimusongelmiin, sillä ymmärrän masennuksen olevan moniulotteinen ilmiö, ja koen, ettei tutkimusongelmiini löydy suoria tai yksiselitteisiä vastauksia. Masennuksen ollessa niin kompleksinen sairaus, ei yhdenkään asiakkaan kuntoutuspolkua pystytä ennalta suunnittelemaan tai täysin varautumaan sen mutkiin. Tutkimuksellani pystyin kuitenkin tuottamaan tietoa, joka on hyödyllistä masennusasiakkaan

kohtaamisessa, vaikkakaan suoranaista vastauskirjaa aiheesta ja ilmiöstä ei luultavasti koskaan pystytä tuottamaan.

Mielestäni myös viime vuosina paljon esiin nostettu ja painotettu kuntoutuksen lähtökohta, asiakaslähtöisyys, korostuu ennen kaikkea näissä kompleksisissa tapauksissa, jossa emme enää pyrikään yhden nivelen, raajan tai vamman kuntouttamiseen, vaan paljon kokonaisvaltaisempiin tuloksiin.

Asiakaslähtöisyyttä ei mielestäni masennustapauksissa voi liiaksi korostaa tai peräänkuuluttaa. Kuten haastatteluistakin kävi ilmi, voi kuntoutuksesta tulla erittäin haasteellista, jos sitä ei lähdetä rakentamaan voimavaralähtöisesti ja asiakkaan ehdoilla.

”Täytyy muistaa että ne voimavarat on todella vähäiset näillä asiakkaila ja kaikki tekeminen tulee mitoittaa sen mukaan”

”Joskus tulee näitä asiakkaita jotka sanoo jo ovelta että hän ei aio tehdä mitään eikä jumpata että ei vaan jaksa.. Näitten kanssa sitten otan tietenkin aina vastaan ja sitten vaan aluksi jutellaan.”

Haluni olisikin jatkossa tutkia psykologian ammattilaisten näkemyksiä näille tutkimuksesta nousseille toimintamalleille ja ohjeille, kuin myös tutkia toimintamallien toimivuutta käytännössä kentällä. Lisäksi haluaisin jatkossa tutkimustietoa fysioterapian ammattilaisilta, jotka ovat itse sairastaneet masennusta – eroaisiko heidän näkemyksensä masentuneen asiakkaan kohtaamisesta esimerkiksi tämän opinnäytetyön tuottamista tuloksista.

Muutoinkin masennuksen parissa elämisen tulisi olla moniammatillista yhteistyötä, jossa asiakasta tai tämän läheisiä tuettaisiin mahdollisimman monella eri tavalla ja tasolla. Jokainen linkki tässä kuntoutuksen ketjussa on elintärkeä.

LÄHTEET

Badal, D. 1992. Treatment of depression and related moods. A manual for psychotherapists, 13-14.

Castren E. 2009. Duodecim.

du Pré, A. 2000. Communication about health: Current issues and perspectives. Mountain View: Mayfield publishing company.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Medina, L., Delgado, J. & Hernandez, A. 2011. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. Journal of body work & movement therapies 2012.

Hemsley, B., Sigafoos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V. & Parmenter, T. 2001. Nursing the patient with severe communication impairment. Journal of Advanced Nursing 35 (6), 827–835.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Himberg, L. & Jauhiainen, R. 2000. Suhteita - Minä, me ja muut. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy.

Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Iija, A., Almqvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Jahren Kristoffersen, N. & Nortvedt, F. 2006. Sairaanhoitajan ja potilaan

välinen suhde. Teoksesta Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press, 139–188.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) 2006. Hoitotyöstä. Teoksesta Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (toim.) 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press, 15–29.

Kaappola J. & Luoto, J. 2009. Mielenterveyspotilaan kohtaaminen sisätautiosastolla sairaanhoitajien kokemana. Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, Hämeen ammattikorkeakoulu.

Kauppila, R. 2005. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kukkohovi K. 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus, fysioterapeuttien ja asiakkaiden käsityksiä vuorovaikutuksesta sekä sen kohdentamisesta ja mukauttamisesta ohjaustilanteessa. Pro Gradu. Viestintätieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto.

Käypähoitosuositus 2009

Käypähoitosuositus 2010

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lundvik Gyllensten, A. L., Gard, G., Salford, E. & Ekdahl, C. 1999. Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International*, 4 (2), 89-109.

Lämsä, A-L. 2012. Miltä musta tuntuu? : masennus ja siitä toipuminen. Jyväskylä: Bookwell.

Masennussattuu.fi. Viitattu 26.06.2012.

<http://www.masennussattuu.fi>, Tietoa masennuksesta, Masennuksen syyt

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Nestler E et al. 2002, Neuron.

Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist JK. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population—results from the Health 2000 Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol;40:1-10.

Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä-hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Pro Gradu. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Repo, I. & Nuutinen, T. 2003. Viestintätaito. Helsinki: Otava.

Roberts, L. & Bucksley, S. 2007. Communicating with patients: What happens in practice? Research Report. Phys Ther. 2007; 87: 586-594.

Sandström, M. 2010. Psykke ja aivotoiminta. Neurofysiologinen näkökulma. Helsinki: WSOYpro Oy.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Sundman, E. (toim.) 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Talvitie, U. & Reunanen, M. 2002. Interaction between Physiotherapists and patients in stroke treatment. *Physiotherapy*, 88 (2), 77-88.

Tohtori.fi 17.02.2004. Viitattu 26.06.2012.

<http://www.tohtori.fi>, Terveys, Masennus, Masennus ja sen oireet, Masennustila eli depressio ja pitkäaikainen masennus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Veijola, A. & Larivaara, P. 2001. Asiakaslähtöiseen fysioterapiaan lisää panostusta. *Fysioterapia* 48 (3), 14-16.

Viitanen, E. 1997. Fysioterapiatilanteissa kysely jää tenttaamisen asteelle. *Fysioterapia*, 42 (6), 49-50.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Jyväskylässä 13.08.2012

Hei,

nimeni on Kata Isotalo ja olen fysioterapian opintojeni loppusuoralla Jyväskylän Ammattikorkeakoulussa, tarkoitukseni valmistua joulukuussa 2012 opinnäytetyöni valmistuttua. Työstän parhaillani opinnäytetyötä, jonka takia lähestynkin teitä opinnäytetyön ohjaajani Merja Kurunsaaren ehdotuksesta. Aiheeni on ”Asiakkaan masennuksen vaikutukset fysioterapiassa vuorovaikutuksen haasteina”, jossa tutkin masennuksen vaikutuksia vuorovaikutukseen ja toivon löytäväni keinoja asiakkaan motivoimiseen. Masennuksesta on viimeaikoina ilmiönä tehty paljon tutkimustyötä, kuin myös masentuneen asiakkaan kohtaamisesta. Tutkimuksia kuitenkin puuttuu motivoimisen näkökulmasta: kuinka kohdata masennuksesta kärsivä asiakas niin, että tällä syttyy tai säilyy motivaatio fyysisen ongelman kuntoutukseen samalla, kun tämä ponnistelee vaikean sairauden, masennuksen, parissa.

Vaikka masennus on Suomessa ja maailmalla laajeneva ilmiö, ei siihen mielestäni tarjota riittäviä valmiuksia koulutusohjelmassamme tällä hetkellä. Tämän vuoksi toivoisinkin saavani itselleni sekä muille terveysalan ammattilaisille työkaluja kohdata masennuksesta kärsivä asiakas. Tavoitteena on siis ammattilaisten vuorovaikutustaitojen kehittäminen, ja tätä kautta tuottaa laadukkaampia sekä optimaalisempia fysioterapian palveluita asiakkaille.

Opinnäytetyöni tulee olemaan laadullinen tutkimus aiheesta, ja toivoisinkin nyt pystyväni hyödyntämään teidän ammattitaitoanne kyseisessä tutkimuksessa. Tutkimus tulee rakentumaan tekemieni haastatteluiden pohjalle, jotka suoritan fysioterapian pitkän linjan ammattilaisille mielenterveystyön parissa. Haastattelu tulee toteutumaan teemahaastatteluna, jonka voimme joko toteuttaa haastatteluna työpaikallanne, tai nauhoitettuna puhelinkeskusteluna. Tutkimuksessa tulen noudattamaan kaikkia Jyväskylän Ammattikorkeakoulun sekä Suomen valtion asettamia eettisiä ja laillisia säädöksiä, joten nimenne ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa eikä raportissa. Anonymiteettiänne suojellaan muutoinkin tarkasti, eikä haastattelunauhoituksia tulla säästämään opinnäytetyöni valmistuttua. Tulette myös halutessanne saamaan tietoonne tutkimustulokset ja opinnäytetyöni on nähtävillä Internetissä.

Työstän opinnäytetyötä intensiivisesti seuraavien kuukausien aikana, joten toivonkin saavani teiltä vastauksen pyyntööni hyödyntää Teidän ammattitaitoanne tässä tutkimuksessa mahdollisimman pian.

Ystävällisin terveisin,
Kata Isotalo, fysioterapian opiskelija

LIITE 2. Suostumuslomake

Osallistun Kata Isotalon tutkimukseen, joka käsittelee masennuspotilaan vuorovaikutuksen haasteita fysioterapian toteutuksessa. Annan suostumukseni haastattelun puhelinäänitykseen.

Paikka ja aika

Haastatteluun osallistuvan allekirjoitus

LIITE 3. Teemahaastattelun runko

1. VUOROVAIKUTUKSEN RAKENTUMINEN MASENNUSPOTILAAN KANSSA

- Miten vuorovaikutus toimii masennuspotilaiden kanssa?
- Mitkä vuorovaikutuksen tavat toimivat? Esimerkkejä?
- Entä pulmat, kuinka ne ilmenevät? Esimerkkejä?
- Kuinka itse pystyt vaikuttamaan positiivisesti vuorovaikutuksen kehittymiseen?
- Kehonkieli, sanavalinnat, ilmeet, eleet?
- Esimerkkejä?

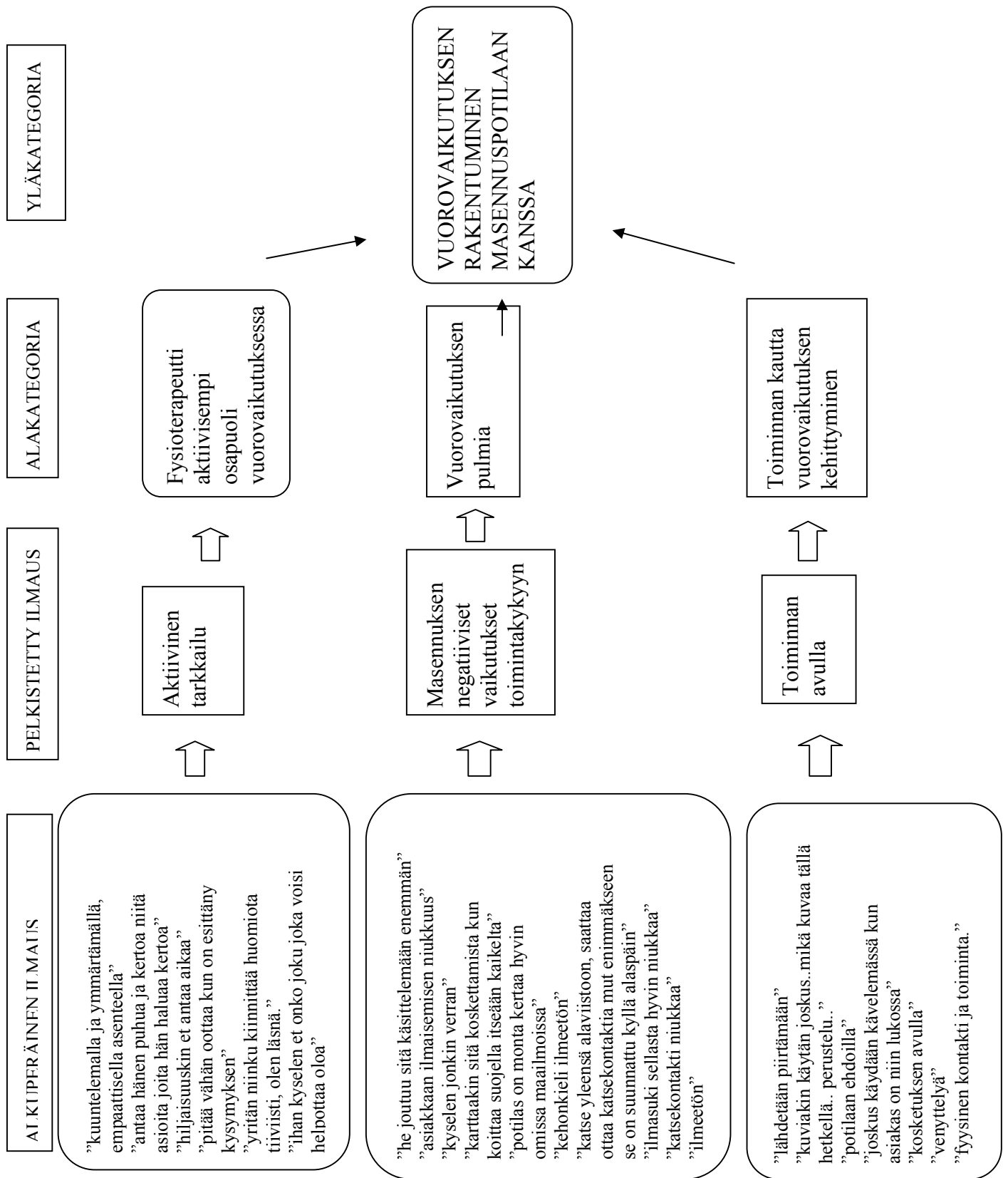
2. MIKÄ MASENTUNUTTA MOTIVOI?

- Kuinka masentunutta asiakasta motivoidaan?
- Hetkessä, pidemmällä tähtäimellä?
- Esimerkkejä?

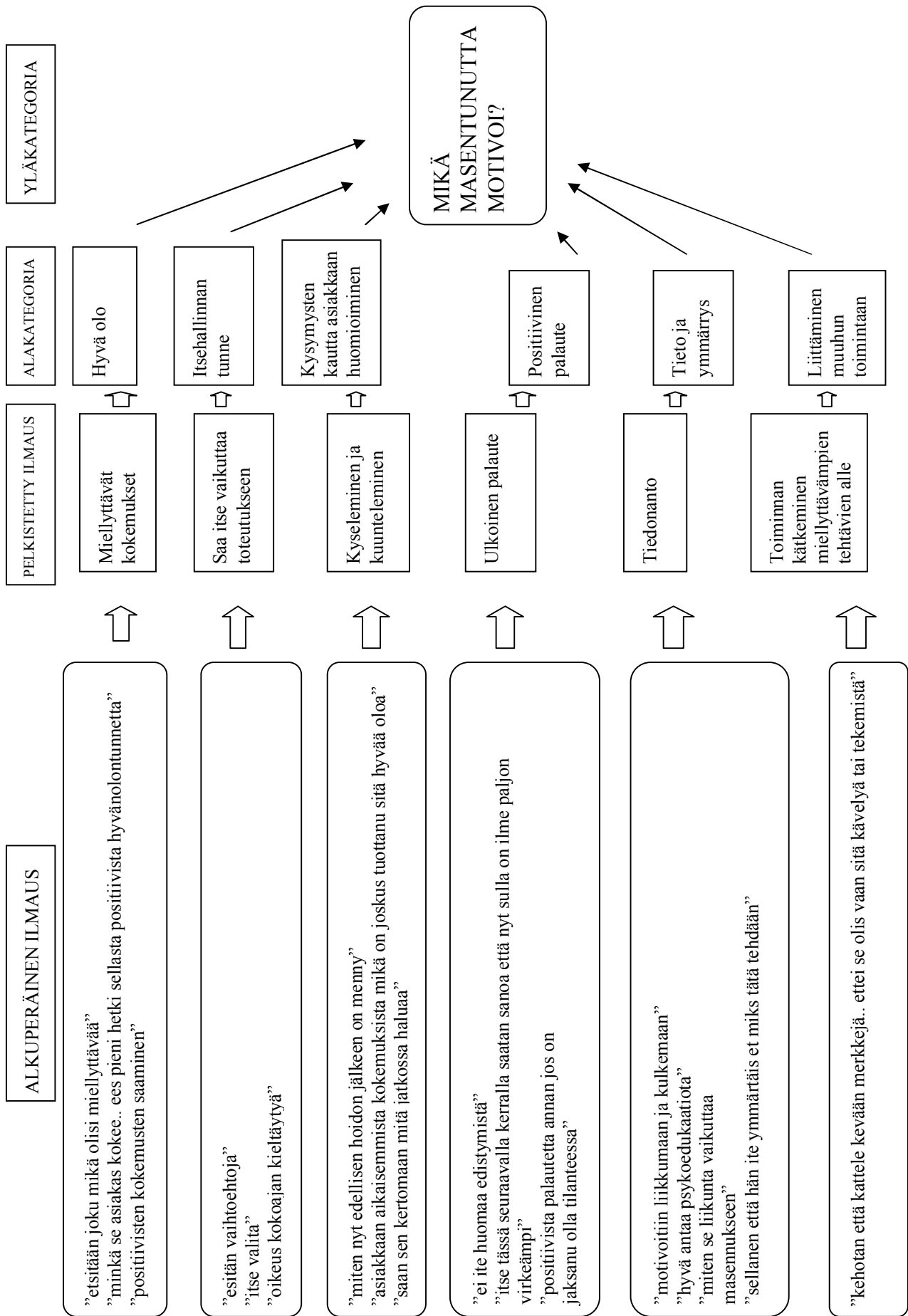
3. VOIKO FYSIOTERAPIALLA EDISTÄÄ MASENNUKSESTA KUNTOUTUMISTA?

- Kuinka pystyy vaikuttamaan positiivisesti masennuksesta paranemiseen fysioterapian avulla?
- Lähdetkö rakentamaan kuntoutusta mielialan kohenemisen kautta vai koheneeko mieliala kuntoutumisen kautta?
- Esimerkkejä?

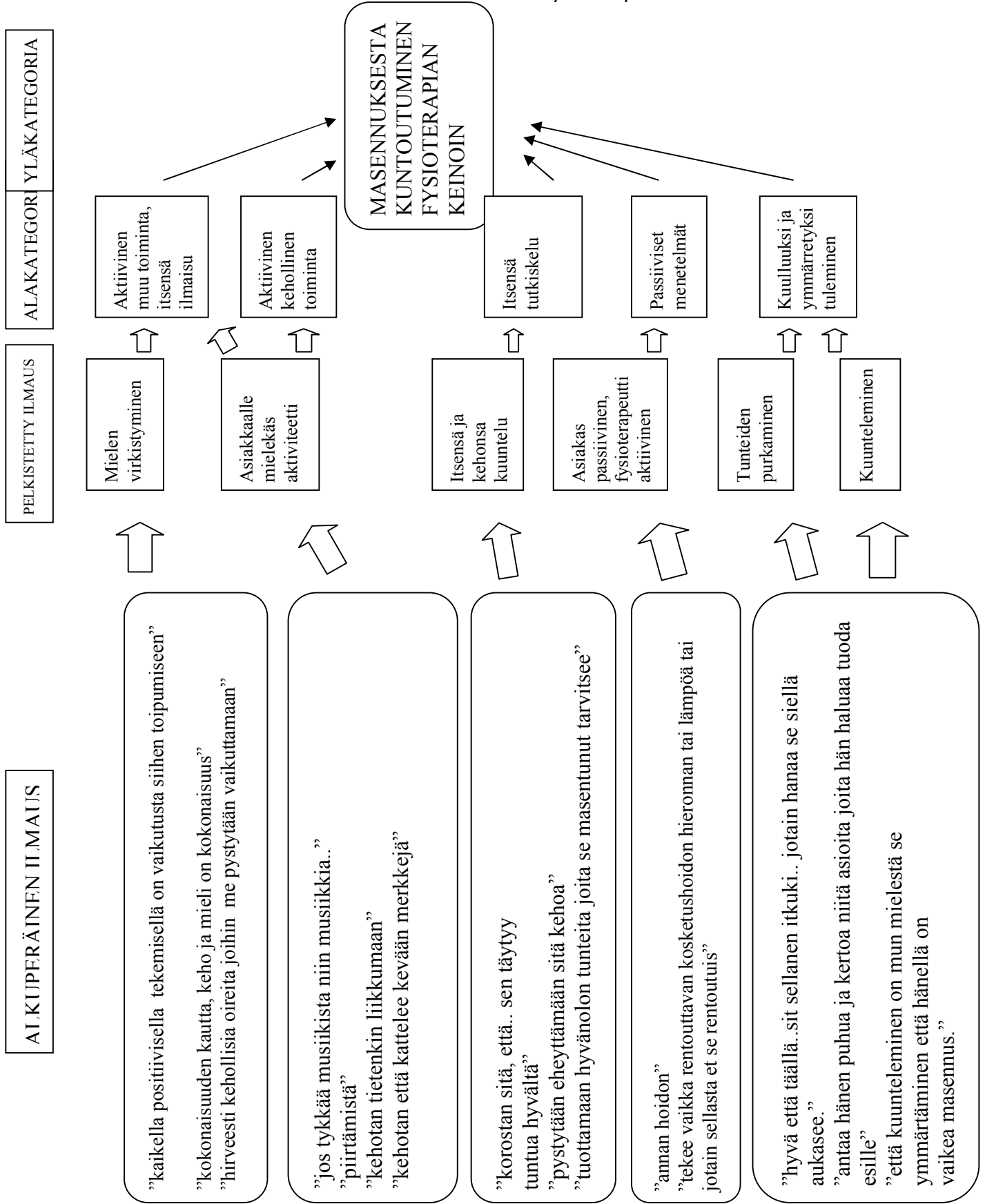
LIITE 4. Vuorovaikutuksen rakentuminen masennuspotilaan kanssa



LIITE 5. Mikä masentunutta motivoi?



LIITE 6. Masennuksesta kuntoutuminen fysioterapian keinoin



LIITE 7. Työkaluja masennuspotilaan kanssa työskentelevälle

