

**BIO-PSYKO-SOSIO –
NÄETKÖ MINUT KOKONAISUUTENA?**
Alaselkäkipuisten kokemuksia kivun taustalla olevien biopsykososi-
aalisten tekijöiden kartoittamisesta fysioterapiassa

Mikkonen Jenna

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala
Fysioterapian koulutusohjelma
Fysioterapeutti (AMK)

2018

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Fysioterapian koulutusohjelma
Fysioterapeutti (AMK)

Tekijä	Jenna Mikkonen	2018
Ohjaajat	Erja Rahkola ja Mika Rahkola	
Toimeksiantaja	Lapin Kipu ry	
Työn nimi	Bio-psyko-sosio – Näetkö minut kokonaisuutena?	
Sivu- ja liitesivumäärä	66 + 4	

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää alaselkäkipuisten kokemuksia fysioterapeuttien tekemästä arvioinnista, ohjauksesta ja käsittelystä liittyen alaselkäkipuun taustalla oleviin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa fysioterapiaopiskelijoille sekä fysioterapia-alalle biopsykososiaalisesta mallista ja sen perus ideologiasta sekä siitä, miten sen käyttö näkyy käytännössä. Työn tavoitteena oli myös, että työn toimeksiantaja, Lapin Kipu ry, sai alaselkäkipuisille yhdistyksen jäsenilleen mahdollisuuden kertoa omista kokemuksistaan fysioterapia käynteihinsä liittyen. Omana tavoitteena oli syventää tietämystä biopsykososiaalisesta mallista ja tutkimustyön teosta.

Toteutin opinnäytetyöni laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineiston keräsin teemahaastattelun keinoin, johon osallistui viisi alaselkäkipuista ihmistä. Haastattelut toteutin helmi – maaliskuussa 2018. Tutkimustulokset analysoin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti.

Tutkimustulosten perusteella havaittavissa oli, että fysioterapeutit olivat alaselkäkipuisten kohdalla kiinnittäneet huomiota eniten fyysisten tekijöiden arviointiin, käsittelyyn ja ohjaukseen. Psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kohdalla arviointi, käsittely ja ohjaus olivat jääneet vähäiseksi mikä antaa mahdollista viitettä sille, että biopsykososiaalisen lähestymistavan käyttö on ollut vähäistä näiden fysioterapeuttien kohdalla joiden luona haastateltavat ovat käyneet.

Avainsanat biopsykososiaalisuus, epäspesifi alaselkäkipu, kuntoutus, biomedikaalisuus, kokonaisvaltainen huomiointi

School of Social Service, Health and Sports
Degree programme in Physiotherapy
Bachelor in Health Care, Physiotherapist

Author	Jenna Mikkonen	2018
Supervisors	Erja Rahkola and Mika Rahkola	
Commissioned by	Lapin Kipu Ry	
Subject of thesis	Bio-psycho-social – Can you see me as a whole?	
Number of pages	66 + 4	

The purpose of this thesis was to find out what kind of experiences people with low back pain have of physiotherapy evaluation, guidance and treatment, considering the physical, psychological and social factors behind low back pain. The aim in this thesis was to provide information for physiotherapy students and physiotherapy field about the biopsychosocial approach, its basic ideology and how it is used in practice. For the thesis commissioner, Lapin Kipu ry, the study aim was to give the society's low back pain members a chance to tell their experiences about their physiotherapy visits. The aim of the author was to deepen knowledge about biopsychosocial approach and how to do a research.

In this thesis the qualitative research method was used. The research material was collected in February-March 2018 with theme interviewing. Five (5) people with a low back pain problem were interviewed. The data that was collected from interviews was analysed by using data-based analysis.

Based on the research results, it was noticed that physiotherapists focused the most on evaluating, guiding and treating physical factors behind interviewees' low back pain. In the case of evaluating, treating and guiding psychological and social factors behind low back pain remained low, which provides a possible reference that the use of the biopsychosocial approach has been less at least for those physiotherapists who have been working with the interviewees' low back pain.

Key words biopsychosocial, non-specific low back pain, rehabilitation, biomedical, holistic recognition

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	ALASELKÄKIPU	8
2.1	Alaselkävun määritelmä	8
2.2	Alaselkävun luokittelu	8
2.2.1	Spesifi alaselkäkipu	9
2.2.2	Epäspesifi alaselkäkipu	10
2.3	Alaselkävun hoitosuositus	11
2.3.1	Biomedikaalinen malli	15
2.3.2	Biopsykososiaalinen malli	17
3	ALASELKÄKIVUN KUNTOUTUS BIOPSYKOSOSIAALISESTI	20
3.1	Biopsykososiaalinen viitekehys alaselkävun kuntoutuksessa	20
3.2	Biopsykososiaalisia menetelmiä alaselkävun kuntoutuksessa	20
3.2.1	Keltaiset liput	21
3.2.2	CFT – Cognitive Functional Therapy	26
3.2.3	ICF – luokitus	29
3.3	Biopsykososiaalisuus fysioterapiassa	33
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	35
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	37
5.1	Tutkimusmenetelmä	37
5.2	Tutkimusaineiston hankinta	38
5.3	Tutkimusjoukko	40
5.4	Tutkimusaineiston analysointi	41
6	TUTKIMUS TULOKSET	43
6.1	Alaselkävun kokemuksia fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, käsittelystä ja ohjauksesta fyysisiin tekijöihin liittyen	43
6.2	Alaselkävun kokemuksia fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, ohjauksesta ja neuvonnasta psyykkisiin tekijöihin liittyen	45
6.3	Alaselkävun kokemuksia fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, ohjauksesta ja neuvonnasta sosiaalisiin tekijöihin liittyen	47
6.4	Alaselkävun yleiset tuntemukset omasta fysioterapiastaan	48
7	POHDINTA	51

7.1	Tutkimustulosten pohdinta	51
7.2	Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta.....	53
7.3	Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	56
7.4	Jatkotutkimusaiheet ja kehittämissuhteet.....	59
LÄHTEET		61
LIITTEET		67

1 JOHDANTO

Biopsykososiaalisuus on tällä hetkellä vakiinnuttanut paikkansa vaihtoehtoisena lähestymistapana, julkaisut aiheesta ovat kasvaneet tasaisesti vuosien varrella. (Wade & Halligan 2017.) Vaikka biopsykososiaalinen lähestymistapa ei ole testattavissa oleva malli, se hallitsee kuitenkin monia eri linjauksia, joita aktiivisesti tutkitaan ja opetetaan. (Frankel ym 2003, 256.)

Biopsykososiaalinen malli toimii pohjana esimerkiksi WHO:n ICF-luokittelussa ja sen perusajatusta on käytetty hyödyksi myös erilaisten kliinisten suositusten rakentamisessa. Biopsykososiaalista mallia käytetään myös laajalti terveydenhuollon interventioissa. Biopsykososiaalisuuteen liitettyjä käytännön menetelmiä ovat muun muassa ihmisen psykososiaalisten tekijöiden kartoittamiseen liittyvät keltaiset liput sekä kognitiivis-funktionaalinen terapia eli CFT. (Stewart, Kempenaar & Lauchlan 2011: Pain-ED 2016: Bunzli ym. 2016, 1398: WHO 2002, 9.) Biopsykososiaalisen lähestymistavan käytöllä on todettu olleen positiivista vaikutusta terveydenhuollon eri osa-alueilla, etenkin kuntoutuksessa. (Wade & Halligan 2017.)

Tämä paradigman eli ajattelutavan vaihdos näkyy nykyään myös fysioterapiaalalla, jossa biopsykososiaalisuus on ottanut vähitellen lisää jalansijaa perinteisen biomedikaalisen ajattelutavan rinnalle kuntoutuksen puolella. Syy biopsykososiaalisuuden suosion kasvuun, etenkin kroonisten alaselkäkipuisten kuntoutuksessa, johtuu lisääntyneistä tutkimustuloksista, joista selviää kuinka lähestymistavan käyttö parantaa kuntoutuksen lopputulemaa käytettäessä sitä perinteisen fysioterapian rinnalla. Vaikka lähestymistapa on saavuttanut suosiota, ei kuitenkaan ole tehty paljoa tutkimuksia siitä, kuinka hyvin tämän uuden lähestymistavan käyttö on toteutunut terapeuttisissa ohjauksissa. (Sanders, Foster, Bishop & Ong 2013: Airaksinen ym. 2006, 202.) Biopsykososiaalisen lähestymistavan kasvavasta käyttöön otosta huolimatta biomedikaalinen lähestymistapa hallitsee sairausajattelua ja on juurtunut vahvasti terveydenhuoltoalan ammattilaisten työskentelytapoihin. (Wade & Halligan 2017.)

Saadakseni käsityksen siitä, miten biopsykososiaalinen lähestymistapa on otettu käyttöön fysioterapeuttien työssä, tein opinnäytteeni laadullisena tutkimuksena. Työn tarkoituksena oli kerätä tietoa biopsykososiaalisesta lähestymistavasta sekä tähän viitekehykseen linkittyen selvittää alaselkikipuisten kokemuksia fysioterapiastaan ja siitä millä tavoin fysioterapeutit ovat huomioineet heidän kipunsa taustalla olevat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Haastattelun kohteena olivat alaselkikipuiset ihmiset, jotka valikoituivat opinnäytetyöhön mukaan toimeksiantajan, Lapin Kipu ry:n kautta.

Opinnäytetyötutkimuksesta saatujen tulosten perusteella sain suuntaa antavaa tietoa siitä, miten haastateltavien kohdalla fysioterapeutit olivat kartoittaneet alaselkävun taustalla olevia biopsykososiaalisia eli fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä sekä minkälaisia ohjeistuksia he näihin alueisiin olivat antaneet. Tuloksien kautta sain myös viitettä sille, miten biopsykososiaalisuus näkyy fysioterapeutin työssä, sillä useista tutkimuksista käy ilmi, että biopsykososiaalisen mallin käyttö käytännössä mm. fysioterapeuteilla on vähäistä, etenkin alaselkikipuisen kuntoutuksessa.

2 ALASELKÄKIPU

2.1 Alaselkävun määritelmä

Alaselkäkipu määritellään kivun sijainnin mukaan, joka sijoittuu usein alimpien kylkiluiden alapuolelle ja pakarapoimujen yläpuolelle. Kipu saattaa säteillä myös selästä alaraajoihin hermojuurta vastaavaa dermatomia (selkäydinhermon hermostama ihoalue) pitkin, jolloin puhutaan iskiaskivusta. (Airaksinen ym. 2004: Pohjalainen, Karppinen & Malmivaara 2015: Hartvigsen ym. 2018.) Alaselkäkipu itsessään on oire eikä sairaus. Se voi olla johdannaista useista eri tunnetuista ja tuntemattomista poikkeavuuksista tai sairauksista. Ihmisillä joilla on alaselkäkipua, on yleensä samanaikaisesti kipua myös muissa kehon osissa. Heillä saattaa olla usein myös enemmän fyysisiä ja henkisiä ongelmia verrattuna ihmisiin, joilla ei ole alaselkäkipua. (Hartvigsen ym. 2018.)

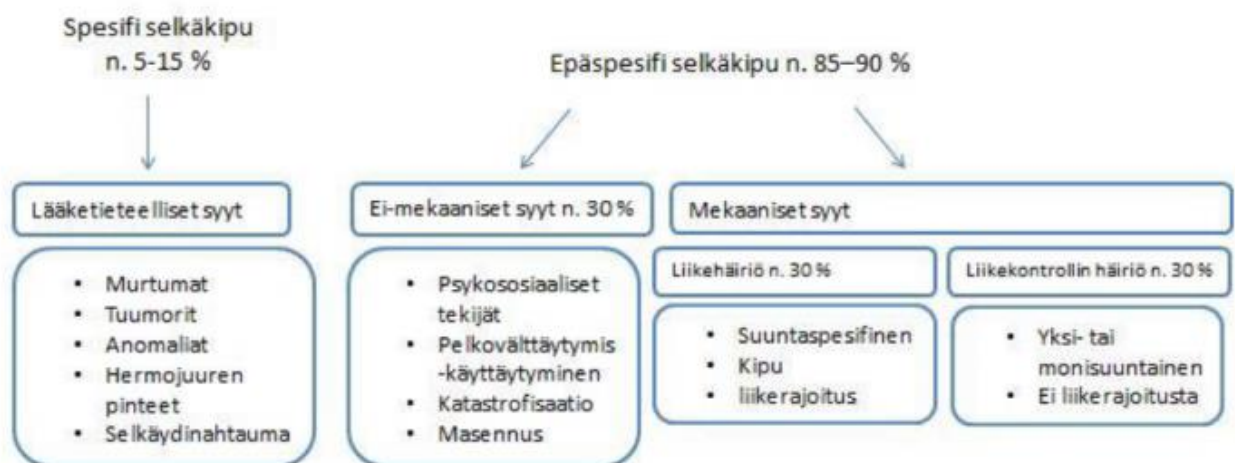
Alaselkäkipu on hyvin yleinen oire. Sitä esiintyy niin korkea-, keski- kuin matalatuloisissa maissa ikään katsomatta, lapsista vanhempaan väestöön. Maailmanlaajuisesti alaselkäkipuisten määrä on kasvanut 54 % vuosien 1990–2015 aikana, pääasiallisesti väkiluvun kasvun ja ikääntymisen vuoksi. Suurin kasvu on nähtävillä keski- ja matalatuloisissa maissa. Suurimmalta osalta alaselkäkipuisista ei ole mahdollista löytää spesifiä nosiseptiivista syytä kivun taustalta. Eniten alttiina selkävunsaattavaksi saattavat olla ihmiset joilla on fyysisesti vaativa työ, fyysisiä ja henkisiä lisäsairauksia sekä tupakointia ja liikalihavuutta. (Hartvigsen ym. 2018.)

2.2 Alaselkävun luokittelu

Käypä hoito -suosituksen mukaan alaselkäkiput voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan esitetietojen ja kliinisestä tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella. Nämä luokat ovat: mahdollinen vakava tai spesifinen selkäsairaus, hermojuuren toimintahäiriö ja epäspesifinen selkävaiva. Alaselkäkipu voidaan jakaa myös kestoltaan kolmeen pääluokkaan, joita ovat akuutti eli lyhytkestoinen selkäkipu (kesto alle kuusi viikkoa), subakuutti eli pitkittyvä selkäkipu (kesto 6-12 viikkoa) ja krooninen eli pitkäaikainen selkäkipu (kesto yli 12 viikkoa). (Käypä hoito 2017.)

Nykyisin yleisimmin käytössä oleva, hieman Käypä hoito -suosituksesta poikkeava, alaselkäkipuluokitus on Peter O'Sullivanin vuonna 2005 kehittämä luokittelu. Luokittelu perustuu henkilön pääasialliseen kipumekanismiin, jolloin alaselkäkivut jaotellaan spesifiin ja epäspesifiin selkäkipuun. Luokittelun perustana toimii laaja biopsykososiaalisen tutkimustiedon yhdistäminen. (Lehtola 2015.) O'Sullivanin kehittämässä luokittelussa ja diagnosoinnissa oleellista on ottaa huomioon patoanatomia, fyysiset oireet ja muutokset, psykologiset, neurofysiologiset sekä geneettiset tekijät kuin myös sosiaalinen ympäristö (Lambacka 2007, 12). Hyvä kliininen luokittelu selkäkivulle on parhaimmillaan funktionaalinen ja toiminnallinen, ottaen huomioon myös psykososiaaliset tekijät kuten pelkotilat ja katastrofisaatiot (Alaselkäkivun luokittelu). Seuraavassa kuviossa esiteltynä O'Sullivanin kehittämä alaselkäkivun luokittelumalli (Kuvio 1).

ALASELKÄKIVUN LUOKITTELU O'SULLIVANIN MALLIN MUKAAN



Kuvio 1. Alaselkäkivun luokittelu (Ota kipu haltuun 2018a)

2.2.1 Spesifi alaselkäkipu

Spesifit alaselkäkivut kattavat n. 5–10 % alaselkäkivuista. Kipujen taustalla on lääketieteellinen ja kudospääntäinen diagnoosi. Ryhmän isoin diagnostinen alaryhmä on hermojuuren pinnettä. Hermojuuren pinnettä voi johtua mm. välilevytyrystä, välilevypullistumasta tai rappeuman aiheuttamasta muutoksesta, jolloin

hermojuuriaukko on liian ahdas ja painaa hermojuurta. Toinen isompi spesifeihin alaselkäkivuihin kuuluva ryhmä on selkäydinahtauma eli spinaalistennoosi, joka on yleinen etenkin vanhemmalla iällä. Kolmanteen ryhmään lukeutuvat systeemiset tulehdukselliset sairaudet, kuten selkärankareuma ja niveltulehdus. (Alaselkävun luokittelu: Käypähoito 2014.)

Spesifeihin alaselkäkivuihin lukeutuvat myös vaaralliset sairaudet kuten nikamamurtumat, kasvaimet, metastaasit, anomaliat sekä erittäin harvinaiset synnynnäiset, perinnölliset ja neurologiset sairaudet. Näiden prosentuaalinen määrä alaselkävunista on kuitenkin todella pieni, määrä pysyttelee alle 5 %. (Alaselkävun luokittelu: Käypähoito 2014.)

2.2.2 Epäspesifi alaselkäkipu

Epäspesifeissä alaselkävunissa oireet ilmenevät pääsääntöisesti alaselän ja lantion alueella eikä taustalla ole viitteitä hermojuuri vauriosta tai vakavasta sairaudesta. Selkävunista n. 90 % kuuluu tähän luokkaan. Epäspesifit alaselkävut voidaan jakaa kipumekanismiin, psykososiaalisten riskitekijöiden ja käyttäytymistekijöiden mukaan ei-mekaaniseen ja mekaaniseen alaryhmään. (Käypä Hoito 2017: Alaselkävun luokitus 2018: Karppinen ym. 2016, 1427: O'Sullivan 2005, 247) Asiakkaan selkävun tarkentuminen ei-mekaaniseen tai mekaaniseen selkäkipuun tulee siitä, pystyykö asiakas kertomaan, mitkä asennot tai liikkeet provosoivat kipua ja missä asennoissa tai liikkeissä kipua ei tunnu (Alaselkävun luokitus).

Ei-mekaanisesta selkävunista puhutaan tapauksissa, joissa asiakkaan selkä on jatkuvasti kipeä eikä hän pysty nimeämään asentoja tai liikkeitä, jotka kipua aiheuttavat. Tyypillistä ei-mekaanisille selkävunille on se, että ne ovat yhteydessä psykososiaalisiin tekijöihin, joihin liittyy muun muassa pelko, pelkokäyttäytyminen, katastrofointi sekä mystifikaatio. Kipumekanismina tästä puhutaan "sentraalisena maladaptiivisena kipuna", jolloin kivun käsittely keskushermostossa on jollakin tavalla epänormaalia. Ei-mekaanisen selkävun taustalla vaikuttaa to-

della vahvasti keskushermostoperäiset tekijät ja psykososiaaliset ongelmat. Tähän ryhmään kuuluu noin kolmannes kroonisista selkäkipupotilaista. (Alaselkävun luokittelu: Karppinen ym. 2016, 1427: O’Sullivan 2005, 247.)

Mekaanisesta selkäkivusta puhutaan silloin, kun kivulla on selkeä mekaaninen kipukäytös. Mekaaninen selkäkipuryhmä jaetaan kahteen pienempään alaryhmään, liikehäiriöihin ja liikkeenkontrollihäiriöihin. Liikehäiriössä yleistä on selvä hypomobileetti (aliliikkuvuus) sekä tiettyjen liikkeiden/liikesuuntien rajoittuneisuus ja kivuliaisuus, tällöin puhutaan myös suuntaspesifisestä liikerajoituksesta. Liikkeenkontrollihäiriössä taasen ei ole kyse yksittäisestä liikkeestä, joka kipua aiheuttaa tai provosoi vaan kyseessä on tietty staattinen asento, kuten pitkäaikainen istuminen. Häiriö liittyy usein asentotottumuksiin. (Alaselkävun luokittelu; O’Sullivan 2005, 24798248.) Maladaptiiviset (itselle haitalliset tekijät) ja motorisen kontrollin häiriöt mekaanisessa alaryhmässä voivat johtaa mekaanisesti provosoituvaan kipuun tai epänormaaliin kudosuormitukseen. Keskushermoston herkistyminen sekä psykososiaaliset ongelmat ovat läsnä tässäkin alaryhmässä, vaikeivat ne olekaan kivun pääasiallisia aiheuttajia. (Karppinen ym. 2016.)

Epäspesifi selkäkipu kroonistuu spesifiä selkäkipua herkemmin. Tämä johtuu siitä, että mahdollisen kudოსvaurion aiheuttajaa ei useimmiten tunneta ja tämän vuoksi hoidon suuntaaminen on hankalaa. (O’Sullivan 2005, 245–247.) 80–90 % kroonisista selkäkivuista kärsiville ei tutkimusten mukaan löydetä rakenteellisia tai kudoperäisiä syitä edes röntgen- tai magneettikuvien kautta (Hautala & Ketola 2017, 32). Krooninen epäspesifi alaselkäkipu on monitahoinen sairaus, jonka taustalta löytyy useita fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia tekijöitä, jotka ovat osallisena heikompaan toipumiseen ja pitkittyneeseen työkyvyttömyyteen (Gardner ym. 2017, 132).

2.3 Alaselkävun hoitosuositus

Alaselkävun Käypä hoito -suosituksen tavoitteena on saada alaselkäkipuisille yhdenmukainen luokittelu sekä yhtenäistää konservatiivisia ja operatiivisia hoitokäytäntöjä sekä kuntoutusta. Suosituksella tavoitellaan myös parempaa kliinistä,

radiologista sekä muuta diagnostiikkaa. Potilaiden toiminta- ja työkyvyn parantaminen on suosituksen keskeisin tavoite. (Käypä hoito 2017.)

Käypä hoito -suositus nostaa esiin tärkeimpiä periaatteita, joiden mukaan alaselkikipuisen hoidossa ja kuntoutuksessa olisi suositeltua edetä. Heti alaselkikipun ilmenemisen alkuvaiheessa olisi hyvä käyttää riittävästi aikaa henkilön esitetietojen selvittämiseen sekä kliiniseen tutkimiseen. Varsin tärkeää olisi tunnistaa varhaisessa vaiheessa selkikipun taustalla olevat mahdolliset vakavat ja spesifit syyt kuin myös toimintahäiriöitä aiheuttavat hermojuuripuristukset. Vakavissa tilanteissa kuten cauda equinassa sekä hermojen vakavissa toimintahäiriöissä jatkotutkimusten ja -hoidon järjestäminen tulisi tehdä mahdollisimman pian. (Käypä hoito 2017.) Perusteellinen potilasinformaatio kuuluu myös selkäpotilaan hoitoon ja siihen on hyvä varata riittävästi aikaa. Oikeanlainen informaatio voi vähentää ahdistuneisuutta ja tätä kautta parantaa hoitotyytyväisyyttä. Potilaan aktiivinen osallistuminen hoitoon on edellytyksenä toimintakyvyn paranemiseen kivun oireenmukaisen hoidon lisäksi. Jos jostain syystä tarvitaan erikoistutkimuksia alaselkikipun diagnoosin täydentämiseksi, käytetään ensisijaisesti magneettikuvauksia. Tämä erityisesti silloin, kun halutaan selvittää säteilykipujen syyt tai kun epäillään vakavaa sairautta. Kuvantamistutkimuksissa välilevypullistuma ja -tyrä ovat yleisiä löydöksiä ja usein myös viattomia. Leikkaushoidostakin on hyötyä vain siinä tapauksessa, jos tyrä joka aiheuttaa oireita ei parane itsestään tai se aiheuttaa halvausoireita, sijaiten potilaan oireisiin kohdistuvassa paikassa. (Käypä hoito 2017.)

Alaselkikipuisen kohdalla oleellista on myös tunnistaa kivun taustalla olevat yksilölliset tekijät, jotta hoito kyetään optimoimaan juuri oikeanlaiseksi (Karppinen ym. 2016, 1427). Myös mahdollisiin virheuskomuksiin selkäkipuun liittyen tulisi myös puuttua. Biopsykososiaalisten tekijöiden jatkuva huomiointi ohjauksessa on ensiarvoisen tärkeää kipu- ja liikepelon vähentämisessä. Etenkin kivun siirtyessä pitkittyneeseen eli subakuuttiin vaiheeseen on psykososiaaliset tekijät, moniammatillisuus, laaja-alainen hoito sekä aktiivinen kuntoutus tärkeässä asemassa. Tässä vaiheessa potilaan työ- ja toimintakykyyn voidaan vielä merkittävästi vai-

kuttaa. Oikeanlaisella alaselkäkipuisen ohjauksella kyetään parantamaan kuntoutukseen ja aktiiviseen hoitoon sitoutumista. (Waddell 2004, 110: Pohjalainen ym. 2015: Käypä hoito 2017.)

Biopsykososiaalisen lähestymistavan käytön myönteiset vaikutukset alaselkäkipuisen kuntoutuksessa on huomioitu ympäri maailmaa ja sen käyttöön oton lisäämistä painotetaan eri hoitosuosituksissa. Muun muassa The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) on nähnyt tarpeelliseksi lisätä biopsykososiaalisen lähestymistavan käyttöä alaselkäkipuisten alku diagnooseja tehtäessä sekä kuntoutusvaiheessa, sen moninaisuuden vuoksi (Sanders, Foster, Bishop & Ong 2013). Biopsykososiaalista lähestymistapaa on sovellettu ja testattu eniten, kaikista terveyteen liittyvistä ongelmista, juuri alaselkäkipuihin (Waddell & Burton 2005). Myös kroonisen epäspesifin alaselkäkipun kuntoutukseen tehdyn eurooppalaisen suosituksen perusteella biopsykososiaalisen kuntoutusotteen on todettu parantavan alaselkäkipuisen kuntoutuksen lopputulemaa, vähentäen kipua ja parantaen toimintakykyä epäspesifin alaselkäkipuisen kohdalla (Airaksinen ym. 2006, S202: Guzman ym. 2001, 1515).

Kun yritetään ymmärtää ilmiötä, jossa joillekin ihmisille kehittyy muita herkemmin krooninen kiputila sekä toiminnanvajaus, on valitulla toiminta- tai ajattelu mallilla merkityksensä siinä, miten asian hoidossa lähdetään etenemään (Waddell 2004, 265). Pääasialliset toiminta- tai ajattelumallit joiden mukaan terveydenhuollon ammattilaiset tänä päivänä toimivat ovat biomedikaalinen ja biopsykososiaalinen malli.

Biomedikaalista ja biopsykososiaalista mallia ei tulisi ajatella toistaan parempana tai huonompana mallina tai että niiden väliltä ylipäätään tulisi edes valita kumpaa lähestymistapaa tulisi käyttää. Toinen ei kykene korvaamaan toista, kumpaakin lähestymistapaa tarvitaan. Hoito- tai kuntoutustilanne on aina ihmisten välinen vuorovaikutustilanne, jossa myös asiakkaan näkemys pitää ottaa huomioon. On ajateltu, että biomedikaalinen lähestymistapa painottuu enemmän akuutin kivun hoitoon ja kuntoutukseen, kun taas biopsykososiaalinen lähestymistapa painotuu pääasiallisesti kroonistuvan ja kroonisen kivun hoidossa sekä kuntoutuksessa. Näin ollen nämä kaksi lähestymistapaa toimivat päällekkäin. (Estlander

2003, 39.) Seuraavassa taulukossa esitettynä biomedikaaliselle ja biopsykososiaaliseen viitekehyselle tyypilliset tekijät (Taulukko 2).

Taulukko 2. Biolääketieteellinen ja biopsykososiaalinen malli (Estlander 2003, 40)

BIOLÄÄKETIETEELLINEN	BIOPSYKOSOSIAALINEN
"Disease", tauti	"Illness", sairaus, vaiva, yksilön näkökulma
Luonnontieteelliset lainmukaisuudet	Biologisten, fysiologisten ja sosiaalisten tekijöiden dynaaminen vuorovaikutus
Lineaariset, patologiaa korostavat syy-yhteydet, "cause"	Syy-yhteydet nähdään prosessina, kokemuksen ja ilmaisun taustalla olevien erilaisten seikkojen vuorovaikutuksena
Tavoitteena oireen tai sairauden syyn selvittäminen, niiden poistaminen tai oireiden lievittäminen	Tavoitteena kokonaistilanteen selvittäminen, toimintakyvyn sekä elämänlaadun parantaminen
Kiinnostus (ääreishermoston) tapahtumiin	Kiinnostus keskushermoston tapahtumiin – ajatukset, käsitykset, uskomukset, tunteet ja toiminta
Kohde objekti: solu, kudos, patologinen prosessi	Kohde on subjekti
Auttajan tehtävänä arvioida, diagnosoida, parantaa, poistaa	Auttajan tehtävä on jäsentää, tutkia yhdessä asiakkaan kanssa, kannustaa sekä ohjata
Päävastuu auttajalla	Vastuu kummallakin osapuolella
Potilas passiivinen	Asiakas myös itse aktiivinen
Välineenä lääketieteen teknologia	Välineenä auttaja itse, vuorovaikutus sekä vastavuoroisuus

2.3.1 Biomedikaalinen malli

Terveysthuoltoalaa ja sen parissa työskentelevien ihmisten työskentelytapaa ja ajatusta ohjaa vahvasti tänäkin päivänä varsinaisesti 1900-luvulta lähtöisin oleva biomedikaalinen malli. Malli alkoi alun perin kehittyä 1600–1700-luvulla, jolloin René Descartes, uudenajan filosofi, toi esiin ajatuksen, jossa ihmisen kokonaisuus koostui kahdesta osasta, kehosta ja mielestä. Descartes näki asian siten, että keho olisi oma fyysinen kokonaisuutensa ja mieli taasen kuului henkiseen maailmaan. Näin ollen keho ja mieli olisivat yhteydessä, mutta kuitenkin kaksi täysin eri osa-aluetta. (Linton 2005, 12: Russell 2013, 7-9: Estlander 2003, 34.) Descartesin esiin tuoma ajatus oli tuona aikana tärkeä virstanpylväs kohti kehittyvää modernia lääketieteellistä ajattelua ja biomedikaalisuutta. Tämä lähestymistapa antoi uuden ymmärryksen maailmasta ja elämästä, antaen myös mahdollisuuden tutkijoille tehdä tieteellisiä tutkimuksia ilman, että niiden tekijää leimattaisiin Jumalan viholliseksi. (Russell 2013, 7-9: Estlander 2003, 34.)

Biomedikaalisen lähestymistavan myötä, potilaiden kokemus terveydenhuollosta muuttui täysin. Aiemmin parantajat kävivät kotikäynneillä, kunnes uuden ajattelun myötä rakennettiin sairaaloita, joissa sairaita erityisesti pystyttiin hoitamaan. Tämä oli tärkeä vaihe sen hetkisen terveydenhuollon kehitymisessä. Yhteiskunnan keskittyessä ajatukseen siitä, että ihmiset olisivat yksilöllisiä, muodostui terveydenhuollosta kahden yksilön kohtaamispaikka, jossa vastassa olivat lääketieteen ammattilainen sekä potilas. Potilas oli vastuussa omasta kerronnastaan liittyen vointiinsa, raportoiden mahdollisista ongelmistaan ja mukautuen neuvoihin joita lääkäri antoi. (Russell 2013, 9.)

Biomedikaalinen lähestymistapa perustuu muutamaan avain käsitukseen ihmiskehosta, terveydestä sekä sairaudesta. Neljä tyypillisintä biomedikaalista käsitystä on, että keho mielletään koneeksi, keho-mieli ajattelu on dualistista, tunteet jätetään huomioimatta sekä ajatellaan, että kivun taustalla on vain yksi ainoa aiheuttaja. (Russell 2013, 10.) Anatomia oli yksi suurimmista kiinnostuksen kohteista 1900-luvulla, jolloin esiintyi kilpailua siitä kuka saa haltuunsa eniten ruumiita joita voi leikellä, tutkia ja näiden kautta tehdä havaintoja. Alkuaikana

lääkärit olivat innoissaan löytäessään mekaanisia yhteyksiä siitä, miten keho toimii. Tämän seurauksena tärkeimmäksi biomedikaalisen mallin tekijäksi on noussut se, että kehoa hoidetaan kuin mekaanista koneistoa. (Russell 2013, 10.)

Biomedikaalinen lähestymistapa ei huomionnut potilaan omia tuntemuksia, vaan tieteellisestä näkökulmasta katsottuna potilaan mielipiteellä ei ollut minkäänlaista arvoa ja sen ajateltiin olevan vääristynyt. Keskityttiin ainoastaan kehon toimintoihin, joita hallitsee luonnon lait ja jotka eivät siten eroa millään tavoin eri yksilöiden välillä. (Wade & Halligan 2014, 1389; Russell 2013, 11.) 1900-luvun aikana lääketieteen ammattilaiset alkoivat varmistumaan siitä, että sairaudet olivat peräisin jostain kehon tietystä osasta tai elimestä. Silloin heidän keskittymisensä kohdistui tiettyihin kudoksiin. Tämän uuden kiinnostuksen kohteen myötä kehosta löydettiin itiöt, jotka olivat tiettyjen oireiden aiheuttajia. Itiöiden löydön myötä saatiin tuolloin pelastettua tuhansia ihmishenkiä tappavilta sairauksilta kuten isorokolta, koleralta, kurkkumädältä sekä lavantaudilta. Ei ole yllättävää, että tämä poiki ajatuksen siitä, että kaikki sairaudet voitaisiin ajatella olevan lähtöisin yhdestä tekijästä, jonka myötä tästä kehkeytyi myös yksi biomedikaalisen lähestymistavan avain olettamuksia. (Wade & Halligan 2004, 1389; Russell 2013, 11.)

Biomedikaaliselle mallille tyypillistä on siis hyvin sairauskeskeinen lähestymistapa. Se ottaa huomioon ihmisen vamman tai sairauden sivuuttaen muut tekijät, jotka saattaisivat aiheuttaa kivun pitkäaikaisuuden. Malli ei useimmiten anna tilaa ihmisten erilaisille reaktioille kipuun, toimintakyvyttömyyteen tai käyttäytymiseen. Biomedikaalinen lähestymistapa keskittyy epätasapainoisuuksiin biomekaniikassa sekä neurofysiologisiin poikkeavuuksiin. (Waddell 2004, 267; Bevers ym. 2016.) Biomedikaalisuus tukeutuu ajatukseen, jossa kivun tuottaa kudonvaurio, joka taasen on johdannaista vammasta. Vamma aiheuttaa toimintakyvyn alenemisen ja sen seurauksena työ- ja toimintakyvyttömyyden. Jos kipua saadaan poistettua, se on merkki myös vamman paranemisesta. (Waddell 2004, 266.)

2.3.2 Biopsykososiaalinen malli

40 vuotta sitten, 1970-luvun puolelta, biopsykososiaalinen malli alkoi kehittyä George Engelin aloitteesta biomedikaalisen mallin rinnalle. Sen tarkoituksena ei ollut syrjäyttää vanhaa ajattelua vaan pikemminkin täydentää sitä tärkeillä ihmisen kokonaisuutta huomioivilla tekijöillä. Malli perustui kokonaisvaltaiseen filosofiseen näkemykseen, jossa sairauskäyttäytyminen oli moniulotteista. Yksilö koki sekä tulkitsi oman terveytensä muutokset, jossa piti ottaa huomioon biologiset, psykologiset ja sosiaaliset muuttujat. (Lall & Restrepo 2017, 213-219.)

Engel tutki aikanaan potilaita, joilla oli lääketieteellisiä ongelmia tai sairauksia, huomaten tutkimusten myötä, että biologiset tekijät eivät yksinään antaneet kokonaiskuvaa potilaan kivusta ja hoidosta. Tällöin mukaan piti ottaa harkittavaksi psykologisten, sosiaalisten ja kulttuurillisten tekijöiden tarkempi määrittely sekä sairauskäyttäytymisen hallitseminen. Engel koki myös, että aiemmat kiputeoriat olivat jättäneet huomiotta useita tekijöitä ja näki tarpeelliseksi kehittää uuden lähestymistavan, jonka avulla saataisiin hallintaan ne puuttuvat lenkit, joita biomedikaalinen malli ei huomionnut. (Bever, Watts, Kishino & Gatchel 2016.)

Siitä lähtien kun Engel ensimmäisen kerran toi sairauskäyttäytymiseen liittyvän biopsykososiaalisen mallin julki, on alkanut tapahtumaan muutosta diagnosoitaessa ja käsiteltäessä kehollisia toimintahäiriöitä, kuten selkä- ja niskasairauksia. Viimeisten 40 vuoden aikana tutkimuksissa neuro- ja käyttäytymistieteen parissa on myrskynnyt. Uuden lähestymistavan myötä psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden huomiointi ruumiillisen kivun taustalla on noussut suuresti. (Oostendorp ym. 2015, 2.)

Biopsykososiaalisessa mallissa huomioidaan biomedikaaliselle mallille tyypillisten tekijöiden lisäksi myös ihmisen psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet. Biopsykososiaalinen lähestymistapa edustaa sekä terveydenhuollon filosofista pohjaa kuin myös käytännön klinisiä ohjenuoria. Filosofiselta tasolta, se on tapa ymmärtää miten kärsimys, sairaudet ja sairauskäyttäytyminen vaikuttavat moneen järjestelmän osaan, yhteiskunnallisesta tasosta molekyyli tasoon. Käytännön tasolla

se on myös tie, jonka kautta saadaan ymmärrys asiakkaan subjektiivisesta kokemuksesta, joka on taasen ensisijaisena tekijänä täsmällisille diagnooseille, terveyden lopputulemalle sekä hoidolle. (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein 2004.)

Lähestymistavan avulla arvioidaan kokonaisvaltaista ihmistä, jolla mieli ja keho ovat yhtenä yhdistettynä kokonaisuutena, ottaen huomioon kipun ja sairauskäyttäytymiseen liittyvät biologiset, psykologiset sekä sosiaaliset osat. Biopsykososiaalisuus painottaa sairauskäyttäytymistä ja sitä, kuinka kivun kanssa eletään tai miten oireisiin ja sairauteen reagoidaan. (Bervers ym. 2016.) Näin ollen biopsykososiaalisuudessa yhdistyy niin sairauskeskeisyys, johon biomedikaalinen malli perustuu, kuin sairauskäyttäytyminen, joka nähdään biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden monimutkaisena vuorovaikutuksena (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk 2007).

Biopsykososiaalisuuteen liitetyt biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat henkilön terveyteen ja ottavat vaikutteita ihmisen terveydestä. Biologinen osa-alue käsittää sellaisia elementtejä kuten geneettiset perimäpiirteet ja henkilön fysiologisen toimivuuden. Psykologinen osa-alue sisältää vaikutusvaltaisen psyykkisen prosessin roolin sekä käyttäytymisen, kuten kognition, tunteiden ja motivaation. Sosiaalisuus osa-alue pitää sisällään henkilön terveyteen vaikuttavat tekijät kuten perheen, yhteisön, kulttuurilliset tekijät ja yhteiskunnan. Nämä kaikki kolme osa-aluetta koostavat henkilön terveydentilan, joka dynaamisesti ja jatkuvasti muuttuu tapahtumien ja tilanteiden mukaisesti. (Kolt & Andersen 2004, 22.) Lähestymistavan kautta havainnollistuu psykologiset ja käytökselliset avaintekijät, joiden ymmärtämisen kautta saadaan paremmin selvää asiakkaan kivun nykyisestä tasosta sekä toimintakyvyyttömyydestä. (Waddel 2004, 271-277.)

Suhdekeskeinen lähestymistapa, potilaskeskeinen lähestymistapa, psyko-neuroimmunologia, itsemääräämisoikeus, mikrointeraktio (vuorovaikutukselliset yksityiskohdat), psykosomaattinen lääketiede, biopsykososiaalisen lähestymistavan liittäminen kuntoutuksen suunnitteluun, perhekeskeisyys, potilaskeskeinen hallinta, sosiaalisuus ja yhteiskunta lääketieteessä, mindfulness-harjoittelu sekä

terapiat ovat biopsykososiaaliseen lähestymistapaan liitettyjä teorioita ja käytäntöjä, jotka tällä hetkellä ovat käytössä käytännössä ja alan opetuksessa ympäri maailmaa. (Frankel, Quill & McDaniel 2003, 256-257.)

Biopsykososiaalisuus mielletään usein jonkinlaiseksi malliksi. Frankel, Quill ja McDaniel pohtivat biopsykososiaalisuuden perustaa ja toteavat sen olevan ennemminkin lähestymistapa kuin varsinainen malli. Tämän he perustelevat sillä, että tiukassa tieteellisessä merkityksessä, mallit vaativat virallisen määrittelyn, testaamisen ja vahvistuksen. Huolimatta Engelin tutkimustöistä, joista osa kesti yli 35 vuotta tai enemmän, ja aiheeseen liittyvistä teoksistaan huolimatta, ei pystytty todistamaan tai kumoamaan teoreettista mallia. (Frankel ym. 2003, 255.)

Biopsykososiaalinen lähestymistapa on tällä hetkellä vakiinnuttanut paikkansa vaihtoehtoisena lähestymistapana, julkaisut aiheesta ovat kasvaneet tasaisesti vuosien varrella. Tästä huolimatta biomedikaalisuus on hallitseva sairausajattelussa ja juurtunut työskentelyyn niin, että monet eivät edes huomaa käyttävänsä sitä. (Wade & Halligan 2017.) Vaikka biopsykososiaalinen lähestymistapa ei ole testattavissa oleva malli, se hallitsee kuitenkin monia erilaisia linjauksia, joita aktiivisesti tutkitaan ja opetetaan. (Frankel ym. 2003, 256.) Se toimii pohjana esimerkiksi WHO:n ICF-luokittelulle ja sitä on käytetty erilaisten kliinisten suositusten rakentamiseen. Biopsykososiaalista lähestymistapaa käytetään myös laajalti terveydenhuollon interventioissa. Sen käytöllä on todettu olleen positiivista vaikutusta terveydenhuollon eri osa-alueilla, etenkin kuntoutuksessa. (Wade & Halligan 2017.)

3 ALASELKÄKIVUN KUNTOUTUS BIOPSYKOSOSIAALISESTI

3.1 Biopsykososiaalinen viitekehys alaselkävun kuntoutuksessa

Biopsykososiaalista viitekehystä suositellaan käytettäväksi alaselkäkipuun liittyvissä tuoreissa hoitosuosituksissa. Viitekehys painottaa ei-lääketieteellistä hoitoa, joka sisältää potilasohjausta, terapeutista harjoittelua sekä psykologisia menetelmiä heille, joilla oirekuva on pitkittynyt. Biopsykososiaalisessa lähestymistavassa tärkeää on vahvan terapiasuhteen luominen. Tällä tarkoitetaan refleктоivaa (harkittua), validoivaa (vahvistavaa) sekä kiireetöntä kuuntelua, jonka avulla asiakkaalle saadaan aikaan kokemus ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta. Tärkeää on, että asiakasta autetaan ymmärtämään kivun taustalla olevia tekijöitä hyödyntäen hänen omaa tarinaansa. (Karppinen, Simula, Holopainen & Lausmaa 2018, 12: Foster ym. 2018.)

Kivun syystä tulee aina antaa asiakkaalle selitys, vaikka se harvoin olisikaan magneettikuvista löytyvä spesifi syy. Tiedossa on myös, että kivun pitkittymisen taustalla on osittain myös asiakkaiden negatiiviset uskomukset alaselkävunista. Uskomusten esiintuonti ja niiden muuttaminen voidaan katsoa olevan yksi hoidon päätavoitteista, minäpysyvyyden tukemisen lisäksi. Itse tutkiminen ja hoito olisi hyvä olla kytköksissä asiakkaan omiin tärkeisiin toimintoihin, jotka ovat jääneet taka-alalle kivusta johtuen. Taustalla on usein myös opittuja liikemalleja tai kipukäyttäytyminen, jotka voivat olla kivun ylläpitäjiä. Usein näihin asioihin puuttamalla saadaan suoria vaikutuksia toimintakykyyn sekä kipuun. Unella ja liikunnalla on myös suuri rooli kipuoireissa, niihinkin on löydettävä ratkaisu yhdessä potilaan kanssa. (Karppinen ym. 2018, 12.)

3.2 Biopsykososiaalisia menetelmiä alaselkävun kuntoutuksessa

Biopsykososiaalisen malliin liitettyjä käytännön menetelmiä tai keinoja ovat esimerkiksi ihmisen psykososiaalisten tekijöiden kartoittamiseen liittyvät keltaiset liiput, kognitiivis-funktionaalinen terapia eli CFT sekä ICF-luokittelu. (Stewart, Kempenaar & Lauchlan 2011: Pain-ED 2016: Bunzli ym. 2016, 1398: WHO 2002, 9.) Biopsykososiaaliselle mallille ei löydy kirjallisuudesta yhtä tiettyä metodologia tai ta-

paa jonka mukaan edetä. Pikemminkin tämän hetkiset biopsykososiaaliseen malliin viittaavat menetelmät, keinot ja tavat käyttävät hyödyksi mallille ominaisia piirteitä sekä ideologiaa siitä, että ihminen otettaisiin kokonaisvaltaisesti huomioon.

3.2.1 Keltaiset liput

Keltaiset liput (yellow flags) perustuvat biopsykososiaaliseen malliin, toimien psykososiaalisten tekijöiden mittareina. Keltaisia lippuja hyödyntäen voidaan selvittää ja kartoittaa haastattelemalla ja kyselylomakkeilla asiakkaalta tekijöitä, jotka saattavat altistaa kivun kroonistumiselle. Kivun pelko ja pidempi sairastumisen riski ovat voimakkaina tekijöinä toimintakyvyttömyyden muodostumisessa. Tärkeää tässä tilanteessa on kipuun liittyvän pelon ja vamman tunnistaminen. Fysioterapeutin tulisi kyetä myös tunnistaa tekijät, joista pelot kumpuavat ja mitkä tekijät pitävät niitä yllä. On olemassa seitsemän erityistä keltaista lippua, joiden kirjain lyhenteet ovat; A, B, C, D, E, F ja W. Kirjain lyhenteet tulevat englannin kielen sanoista 'attitudes/beliefs' (asenteet/uskomukset), 'behaviours' (käyttäytyminen), 'compensation issues' (sosiaaliset edut/taloudelliset korvaukset), 'diagnosis and treatment', (diagnoosit ja hoito) 'emotions' (diagnoosi ja hoito), 'family' (perhe) ja 'work' (työ). (Ferguson 2009, 52: Gifford 2013, 116-124.)

A-osion kohdalla fysioterapeutti kykenee tekemään paljon asioita, joilla on positiivinen vaikutus asiakkaan käsitykseen omasta tilastaan sekä parantamaan asiakkaan fyysistä varmuutta ja tulevaisuuden kuvaa. Tekijä, joka tässä osiossa nousee esille ja joka vaikuttaa psykososiaalisesti asiakkaaseen on muun muassa asiakkaan pelko-välttämiskäyttäytyminen. Tässä asiakkaan uskomuksena on, että kipu on haitallista ja aiheuttaa toimintakyvyttömyyttä. Tämän myötä hänelle saattaa kehittyä liikkeen pelkoa ja itsensä suojelemista vääriltä asennoilta. Toisena tekijänä nousee myös uskomus siitä, että kivun täytyy olla täysin pois ennen kuin töihin tai normaali aktiviteettien pariin voi palata. Myös katastrofisointi, pahimman pelko, kehollisten tuntemusten vääränlainen ymmärtäminen, kivun hallitsemattomuus sekä passiivinen asenne kuntoutukseen ovat A-osioon lukeutuvia tekijöitä. (Gifford 2013, 120.)

B-osiossa, huomio kiinnitetään käyttäytymiseen liittyviin tekijöihin. Osion avulla pyritään saamaan rakennettua kokonaiskuva siitä mitä asiakas tekee tai ei tee kivun ympärillä. Tämä antaa viitettä asiakkaan tämän hetkisistä selviytymiskeinoista sekä hänen kyvyistä suorittaa harjoitteita. Osiossa asiakkaaseen psykososiaalisesti vaikuttavia tekijöitä on liikkumattomuus, aktiivisuus tason omatoiminen pienentäminen, haluttomuus osallistua normaaleihin aktiviteetteihin, vetäytyminen, VAS-janasta saatavat korkeat tulokset, normaalia suuremmat särkylääke määrät, häiriintynyt unenlaatu, alkoholin tai muiden päihteiden liiallinen käyttäminen sekä tupakointi. Fysioterapeutin tulisi löytää syy, joka ruokkii tietynlaista käyttäytymistä asiakkaassa ja saada myös asiakkaalle käsitys oman käyttäytymisensä vaikutuksesta kipuun. Käyttäytymistä voidaan muuttaa ja siihen voidaan puuttua ainoastaan siinä tapauksessa, jos asiakas itse tiedostaa ja ymmärtää syyn mistä oma käyttäytyminen kivun ympärillä johtuu. (Gifford 2013, 121-122.)

C-osiossa tarkastellaan sosiaalietuisuuksiin ja taloudellisiin korvauksiin liitettyjä asioita, joita ovat muun muassa työhön paluuseen liittyvän taloudellisen houkuttaminen puuttuminen, etuisuuksien/tukien saamiseen liittyvät kiistat, aikaisempiin vammoihin/sairauksiin liittyvä käsittely, aiempi selkäkipu historia josta on sairauskuluja tai sairauteen liittyviä tukia, lakipalvelut ja mahdolliset oikeidenkäynnit sairauteen liittyen. (Gifford 2013, 122-123.) D-osiossa saadaan kartoitettua asiakkaan aiempia terveydenhuoltokäyntejä. Osiossa nousee esiin asioita, joihin luokituu muun muassa asiakkaan aiemmat kokemukset hoitojen onnistumisista, diagnooseista ja selityksistä selkäkipuun liittyen sekä miten asiakas on reagoinut niihin, katastrofisaation mahdollisuus diagnooseista nousseista tuntemattomista määritelmistä, terveydenalan ammattilaisten puolelta nousut kivun aiheuttajan dramatisointi, jatkuva passiivisen hoidon saaminen, odotukset nopeasta ja helposta hoidosta, tyytymättömyys aiemmin saatuun apuun, terveydenalan ammattilaisten puolelta tuleva ohjeistus vaihtaa tai lopettaa työn teko. (Gifford 2013, 122-123.)

E-osiossa käydään läpi asioita liittyen tunteisiin. Asiakkaan tunteisiin saattaa luokitua muun muassa pelko kivun lisääntymisestä aktiviteetteja lisättäessä, masennusta, ilottomuutta, ärtyneisyyttä, huolestuneisuutta, kehon liiallista kuuntele-

mista, stressaantuneisuutta, haluttomuutta sosiaaliseen kanssa käymiseen, tunteita siitä, että olisi tarpeeton. F-osio painottuu perhe- ja lähisuhteisiin. Tekijät joilla saattaa olla psykososiaalisia vaikutuksia asiakkaaseen ovat ylisuojelevat perheenjäsenet, toimettomana oleminen (perheenjäsenet ottavat tehtäviä hoidaakseen), puolison käyttäytyminen tunteettomasti, perheen puolelta tuleva kannustus töihin paluuseen sekä sellaisen henkilön puute, jolle voisi kertoa tunteuksistaan. Viimeiseen eli W-osioon liittyy työhön liittyviä asioita, jotka vaikuttavat asiakkaaseen. Näitä ovat esimerkiksi manuaalisen työn historia, toistuva tai tylsä työnkuva, aikaisempi työhistoria (paljon vaihtelevuutta), uskomukset siitä, että työnteko on haitallista, työympäristö joka ei tue, alhainen kouluttautuneisuus, fyysisesti raskas työ, negatiiviset kokemukset työnjohdon puolelta liittyen selkäkipuun sekä työyhteisön kiinnostuksen puuttuminen. (Gifford 2013, 125-126.)

Psykososiaalisten tekijöiden kartoittamisessa on hyvä käyttää myös haastattelun lisäksi siihen tarkoitukseen suunniteltuja kyselylomakkeita. Tämä sen vuoksi, että ammattilaisilla on taipuvaisuutta tiettyjen tekijöiden, kuten asiakkaan pelon kokemuksen, aliarviointiin. (Karpainen, Simula & Holopainen 2018, 11: Keefe ym. 2004.) Terveystieteiden ammattilaiset ovat osa asiakkaan sosiaalista ympäristöä ja todennäköisesti tahtomattaan vaikuttavat asiakkaan kipukokemukseen ja käyttäytymiseen. Kivun ollessa tuntematon laadultaan, muut eivät voi ymmärtää kivusta kärsivän kivun astetta, ahdinkoa ja esiintyä voi jopa jo edellä mainittua aliarviointia ammattilaisten puolelta, joka voi epähuomiossa vaikuttaa terapiasuhteisiin. (Stewart, Kempenaar & Lauchlan 2010.)

Kyselyitä käytetään useimmiten metodeina, jolla kartoitetaan asiakkaan kivun taustalla olevia uskomuksia, asenteita, käyttäytymistä sekä mielentiloja, jotka ovat riskitekijöitä kivun kroonistumisessa sekä syynä toimintakyvyn huononemiseksi (Stewart, Kempenaar & Lauchlan 2010). Start-selkäkysely on Englannissa kehitetty riskiarvioinnin mittari, jossa on lyhyt yhdeksän (9) kohdan kysely. Tämän tarkoituksena on saada kartoitettua, tarvitseeko asiakas hoitoa, joka painottuu psykologiaan vai riittääkö pelkkä neuvonta. Kokenut fysioterapeuttiakaan ei kykene arvioimaan ilman kyselyä asiakkaan psykososiaalisen puolen kuormittuneisuutta. Selkäkysely on suomennettu ja validoitu selkäpotilailla. Toinen riskimittari jota käytetään selkäkipupotilailla, on Örebron kipukysely. Kysely on meta-analyysin

mukaan melkein täydellinen mittari työkyvyttömyysriskin arvioinnissa kipupotilailla. Nykytietämyksen mukaan oikea ajankohta kyselyn täyttämiseksi on ensimmäinen käynti. Tällöin saadaan laaja kuva psykososiaalisista riskitekijöistä, joista keskustellessa saadaan selville potilaan ongelmien taustalla olevat yksilölliset psykososiaaliset tekijät ja tätä kautta kyetään asettamaan tavoitteet sekä hoitosuunnitelma yksilölliselle hoidolle. (Karppinen, Simula, Holopainen & Lausmaa 2018, 11.)

Keltaisten lippujen kartoittamisessa käytettyjä tyypillisimpiä avainkysymyksiä ovat: Onko sinulla aiempia poissaoloja selkäkipuun liittyen? Minkä ajattelisit itse olevan selkäkipusi aiheuttaja? Minkä ajattelisit auttavan selkäkipuusi? Miten työnantajasi/työkaverisi/perheesi ovat reagoineet selkäkipuusi? Mitä tällä hetkellä teet, jotta selviät kivun kanssa? Ajatteletko, että voisit palata takaisin töihin tai normaalien aktiviteettien pariin, milloin? Kysymysten muotoilu riippuu täysin terapeutista. (Gifford 2013, 116.) Keltaisia lippuja kartoittaessa on hyvä muistaa, että ne eivät tarjoa diagnoosia eivätkä ne myöskään anna täysin varmaa tulosta siitä, että olemassa olisi kroonistumisen riski. Asiakkaan saadessa korkeita tuloksia kyselyistä tai että hän antaa haastatteluissa psykososiaalisiin riskitekijöihin liittyviä vastauksia, olisi tärkeää alkaa etsimään syytä sille miksi näin on, kuin että lähtisi olettamaan asiakkaan kuuluvan kroonistuvaan riskiryhmään. Tulosten pitäisi olla apuvälineenä havainnoitaessa mahdollisia riskitekijöitä huonosta lopputulemasta. (Gifford 2013, 116.)

Fysioterapeuttien tulisi olla valppaina sen suhteen, etteivät tarjoaisi tai vahvistaisi puheillaan uskomuksia, jotka ovat tilanteeseen epäsuotuisia tai vahingollisia kuntoutuksen lopputulemalle (Gifford 2013, 120). Fysioterapeutteja harvoin opetetaan kysymään asiakkaalta itseltään tuntemuksia siitä, miten he kokevat kipunsa ja mikä olisi heidän mielestään kivun aiheuttajana tai sen ylläpitäjä. Ennen kuin on ymmärtänyt potilaan oman pohjimmaisen ajatuksen tilastaan, voi vasta ymmärtää hänen käyttäytymisensä sen ympärillä. (Gifford 2013, 120.) Asiakkaalle ei voi antaa minkäänlaisia vastauksia tilanteesta, ennen kuin ollaan tietoisia siitä mikä on hänen tämän hetkinen ymmärrys ja uskomus tilanteestaan. Hyvä olisi myös tietää mitä asiakas odottaa fysioterapialtaan. Odottaako hän passiivista

kuntoutusta, ollen samalla haluton omatoimiseen harjoitteluun? Etsivätkö he neuvoja ja kuntoutusta johon voivat itse vaikuttaa? (Gifford 2013, 120-121.)

Keltaisten lippujen kartoittamiseen liittyvä havainnollinen esimerkki tapaus:

Vastaanotolle tulee 45-vuotias mies, joka työskentelee huolinta-alalla asentajana. Hänellä on toistuvaa selkäkipua työssään nostoissa sekä kumarissa työskentely asennoissa. Miehellä on takanaan toistuvia lyhyitä sairaslomia. Selkäkivun taustalla on työssä tapahtunut nostotilanne, jonka seurauksena selkä kipeytyi. Miehen omasta mielestä ”selkä meni siinä vaiheessa rikki”, mutta tilannetta ei kuitenkaan korvattu työtapaturmana, josta mies kuitenkin oli valittanut eteenpäin. Miehellä on myös taloudellisia huolia, koska hänen vaimonsa on työttömänä ja heillä on kolme lasta. Miehellä on työssään huonot välit esimiehensä kanssa, joka myös kyseenalaistaa annetut sairauslomat. Mies kokee, ettei voi vaikuttaa selkäkipuunsa ja uskoo, että selkä ei tule ikinä kuntoon. (Ota kipu haltuun 2018b.)

Tärkeää tässä vaiheessa olisi selvittää mikä on miehen oma näkemys tilanteesta ja esittää täydentäviä kysymyksiä kuten: mitkä ovat hänen omat näkemykset kivun syystä ja paranemisesta, onko kivulla ollut vaikutusta nukkumiseen, mitkä ovat hänen normaalit nukkumistapansa ennen kivun alkua, onko kivulla ollut vaikutusta mielialaan, minkälainen mieliala oli ennen, millaiset ovat hänen odotuksensa, esiintyykö huolta töiden menetyksestä tai työkyvyttömyydestä, onko hän miettinyt itse millainen vaikutus työtyytymättömyydellä on koettuun kipuun ja kivun kanssa pärjäämiseen? Työkaluina voitaisiin käyttää myös kipukyselyä. Samoin kartoitetaan, onko diagnoosi oikeanlainen, onko työssä tai vapaa-ajalla liiallista henkistä tai fyysistä kuormitusta, miten selkäkipua on hoidettu aiemmin. Kartoittamisessa huomioidaan siis diagnoosi, työ, yksilölliset tekijät sekä hoidot. (Ota kipu haltuun 2018b.)

Miehelle selitetään, että paikallinen selkäkipu on yleinen ja vaaraton oire, epäspesifistä selkäkivusta annetaan vahva positiivinen viesti, kannustetaan fyysiseen aktiivisuuteen ja kehoitetaan välttämään liiallista lepoa. Selitetään ja selvitetään kivun pelon passivoivasta voimasta. (Ota kipu haltuun 2018b.) Samoin kipumekanismeista kerrotaan. Hyvä olisi myös kertoa akuutin selkäkivun hoidon

erosta pitkittyneen selkävun hoitoon, akuutin kivun hoidolla pyritään estämään kivun pitkittyminen. Miehen kanssa tehdään yhdessä mielekkäät tulevaisuuteen liittyvät tavoitteet. Tässä on hyvä keskittyä toimintakykyyn enemmän kuin kipuun, aloitetaan miehelle tärkeistä tekemisistä. Mitä aktiviteetteja hän haluaisi kyetä tekemään, ettei kipu olisi rajoitteena. Kivunhallinta suunnitelmassa olisi hyvä yhdeksi tavoitteeksi ottaa miehen itselleen määrittämä riittävä kivun lievittymistaso, jotta hän olisi tyytyväinen. Selkäkipua lähdetään hoitamaan akuutin, pitkittyvän tai pitkittyneen selkävun hoitosuosituksen mukaisesti. Pystyvyyden tunnetta lisätään pikkuhiljaa. (Ota kipu haltuun 2018b.)

3.2.2 CFT – Cognitive Functional Therapy

CFT eli Cognitive Functional Therapy, suomeksi kognitiivis-funktionaalinen terapia, on uudenlainen, moniulotteinen, potilaskeskeinen menetelmä, joka antaa suoran mahdollisuuden tutkia ja hallita kognitiivisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä, joiden on katsottu vaikuttavan kroonisesta alaselkävun selviytymiseen. CFT menetelmän keskiössä on maladaptiivisiin liikemalleihin puuttuminen (tavoitellaan provokatiivisten asentojen ja liikkeiden vähentämistä) asiakkaan kipu uskomusten muuttaminen sekä puuttuminen muuten asiaankuuluviin kognitiivisiin, psykologisiin, sosiaalisiin tai elämäntyyliin liittyviin tekijöihin. CFT:n tarkoituksena on antaa fysioterapeuteille tarvittavia työkaluja eri työpajojen kautta, joissa päästään harjoittelemaan käytännön tutkimista alaselkäkipuisille ihmiselle. CFT:n käytöstä on tehty määrällisiä tutkimuksia, joissa on nähtävissä menetelmän käytön myötä parantuneet tulokset alaselkäkipuisten asiakkaiden kohdalla fysioterapiassa. (Vibe, O'Sullivan, Skouen, Smith & Kvåle 2013: O'Sullivan, Dankaerts, O'Sullivan & O'Sullivan 2015: Bunzli ym. 2016.)

CFT on kokonaisvaltainen biopsykososiaalinen lähestymistapa, jossa pyritään löytämään mekanismit, jotka pitävät yllä kroonista alaselkäkipua ja ovat yhdistettävissä toimintakyvyttömyyteen. (Bunzli ym. 2016.) Menetelmässä säilyy kuitenkin painotus fyysiseen kuntoutukseen, joka on yhteneväistä monen muun perinteisen harjoittelupohjaisen kuntoutuksen kanssa. Sen lisäksi siihen sisältyy myös muita tällä hetkellä pinnalla olevia kivun hallitsemiseen ja ajatteluun liittyviä uudistuksia. Näitä ovat muun muassa kognitiivis-behavioristisesta terapiasta otettu

ajatus, jossa mieli vaikuttaa toimintaan. Samoin keskitytään kivun neurofysiologiaan, mindfulness – harjoitteluun sekä viitteitä on otettu myös hyväksymis- ja sitoutumisterapialle tyypillisestä ajattelusta, jossa pyritään ”taistelemaan” kipua vastaan. (Bunzli ym. 2016.)

CFT menetelmään liittyvä havainnollinen esimerkki tapaus:

Asiakkaan alkuhaastattelun kautta saadaan tietoon asioita, jotka liittyvät asiakkaan historiaan, patologiin tekijöihin, kivun laatuun, kognitioon, tuntemuksiin, sosiaalisiin tekijöihin sekä elämäntapoihin. Haastattelun jälkeen siirrytään fyysiseen tutkimiseen, johon kuuluvat tuntu-testaus, kipua provosoivien toimintojen havainnoiminen sekä ohjatut käytökselliset testit. (O’Sullivan ym. 2018, 412-414.) Näiden kautta ollaan saatu asiakkaasta tietoon seuraavia asioita, joiden myötä CFT terapia muotoutuu:

Asiakas on 28 -vuotias mies, joka on tehnyt ruumiillista työtä ja saanut alaselkävaurion työpaikalla sattuneessa nosto/kierto tapaturmassa neljä vuotta sitten. Hän jatkoi työntekoa, mutta kipu yltyi entisestään. Asiakas kävi selkäranka kuvauksissa, joista hänelle kerrottiin tuloksena, että välilevy on repeytynyt eikä hän voisi palata tekemään ruumiillista työtä. MRI kuvat näyttivät L4-L5/L5-S1 väleissä rakenteellisia muutoksia yhdistettynä välilevyn rappeumiin. Hänen työtehtäviään kevennettiin ja hän sai harjoitteita keuhohallintaan, lähetteen hierojalle, kipulääkityksen sekä rankaan pistoksia joista ei ollut kauaskantoisempaa hyötyä. Hänellä ei ollut toimivaa toimintasuunnitelmaa alaselkäkipuun liittyen. Alaselkäkipua esiintyy levossa ja provosoituu fleksio- eli koukistussuuntaisista kuormitusasunnoista, liikkeestä sekä aktiviteeteista. (O’Sullivan ym. 2018, 412-414)

Asiakkaan oma uskomus on, että hänen välilevynsä ovat puhki ja hän pelkää, ettei kykene enää ikinä tekemään töitä. Hän on ylitarkkaavainen kipunsa suhteen ja hänellä on matala minäpystyvyys kipuunsa. Asiakkaalle on kehittynyt välttämiskäyttäytymistä liittyen kyykistämiseen, nostamiseen, työn tekoon sekä sosiaalisiin asetelmiin. Hänellä on myös alentunut mieliala, turhautuneisuutta, vihaa ja herkkyyttä stressille. Asiakkaan oma identiteetti on kadoksissa. Hän on myös

sosiaalisesti eristäytynyt, saaden heikosti sosiaalista tukea ja sitoutumista. Parisuhteessa on myös ongelmia. Asiakas on viimeisen kolmen vuoden ajan tehnyt kevyitä töitä, poissaoloja on ollut kivun vuoksi. Asiakas välttelee aktiivisuutta, hän lepää 4 tuntia per päivä. Unirytmä on myös sekaisin, sillä hän valvoo öisin. Normaali työtävät ovat fyysisesti vaativia. Asiakkaalla myös hieman ylipainoa. (O'Sullivan ym. 2018, 412-414.)

Asiakkaan kipuperäisyys voidaan paikallistaa kevyellä palpaatiolla lannerangan alueen rakenteisiin ja pehmytkudoksiin. Kipu kasvaa etukumarruksia toistettaessa. Suuntariippuvaista provokaatiota on nähtävillä liittyen kuormittuneeseen fleksio- eli koukistus asentoon ja liikkeisiin. Kipua provosoivia liikkeitä ja asentoja ovat istuminen, istumasta seisomaan nousu sekä ylösnouseminen kyykistysasennosta. Asiakas välttää myös laittamasta painoa vasemman puoleisen alaraajan puolelle kuormia siirrettäessä tai seistessä. (O'Sullivan ym. 2018, 412-414.)

CFT -menetelmän ajatuksen mukaisesti edettäessä, asiakkaalle pyritään saamaan aluksi selkeä kuva kivustaan. Hänelle kerrotaan ja käydään läpi mitkä asiat kipuun vaikuttavat, kuten esimerkiksi negatiiviset uskomukset, ahdistus, unen puute, aktiivisuuden välttäminen. Samaten keskustellaan millä tavoin oma käytös provosoi kipua, miten kehoa suojeleva asenne saattaa lisätä kivun määrää. Tärkeää on myös vahvistaa ajatusta siitä, että selkäranka on kestävä sekä joustava, joka mukautuu elämäntyyliin mukaisesti. Näillä asioilla tavoitellaan sitä, että asiakas kykenisi parantamaan kipu kontrollia toiminnallisten tehtävien aikana sekä palaamaan aktiviteettien, sosiaalisten piirien ja työn pariin. (O'Sullivan ym. 2018, 412-414.)

Tämän jälkeen aloitetaan harjoitella asentoihin liittyvää hallintaa, joiden mahdollisia virheellisyyksiä havainnoitiin aiemmin. Tämä pitäisi sisällään oikeiden asennonhallintaan liittyvien strategioiden löytämistä, kuten tämän asiakkaan kohdalla istuessa lantion tulisi kallistua eteen, rintaranka pysyisi rentona ja hengitys tulisi olla oikeanlaista. Samoin harjoitellaan istumasta seisomaan nousua sekä tavaroiden nostamista, johon otetaan myös oikea hengitystekniikka huomioon. Visu-

aalisena palautteen antajana harjoitteiden teossa voidaan käyttää peilejä, videoita sekä kirjoitettuja ohjeita. Lisäksi opetellaan uusia tapoja toiminnallisiin tehtäviin kuten taivutuksiin ja nostoihin. Liika levon määrää pyritään kontrolloimaan ja vähentämään. Asiakkaan nukkumistapoihin pyritään puuttumaan siten, että tavoitellaan 7 tunnin unia per yö, säännölliset nukkumaan menoajat, eikä mielellään alkoholia tai näytön äärellä oloa ennen nukkumaan menoa. (O'Sullivan ym. 2018, 412-414.)

Malli tapauksessa asiakas on käynyt kahdeksan (8) kertaa kolmen (3) kuukauden aikana CFT kuntoutuksessa, jonka myötä hänen pelkonsa selkään liittyen ovat vähentyneet, hän kokee saaneensa elämänsä takaisin ja on palannut kokoaikaiseen työhön. Asiakas on myös nykyään aktiivinen salilla kävijä ja pelaa rugbya. Uni ja mieliala ovat myös normalisoituneet. Hänellä on edelleen välistä kipuja, jotka ilmaantuvat unen puutteesta johtuen tai stressistä, mutta hän osaa hallita tilannetta positiivisilla selviytymiskeinoilla. Asiakas ei tällä hetkellä myöskään hae aktiivisesti apua terveydenhuollosta. Uusista MRI kuvista paljastui selkärangan luisten nikamien päätelevyissä sijaitsevia luuytimen muutoksia eli modic-muutoksia. (O'Sullivan ym. 2018, 412-414.)

CFT -menetelmä mahdollistaa sen, että hoitava klinikko kykenee tarjoamaan yksilöille tavan vaikuttaa omaan alaselkäkipuunsa, räätälöimällä heille heidän oman uniikin kliinisen sisällön ja kuntoutuksen, jonka lopputulemassa he ovat itse suurimpana vaikuttajana. (O'Sullivan ym. 2018, 414.) Pääasiallisena tavoitteena on, että asiakas saa ymmärryksen kivustaan, saadaan kehitetyksi tehokkaita kivun kontrollointiin liittyviä tapoja, joilla haastetaan negatiiviset kognitiot ja tuntemukset, jotka vastaavat kivusta. Muutetaan asiakkaan fyysisiin toimintatapoihin liittyviä toimintoja. Pyritään löytämään tila, jossa asiakas omaksuu terveellisiä elämäntapoja. (O'Sullivan ym. 2018, 418.)

3.2.3 ICF – luokitus

Biopsykososiaalista kokonaisvaltaista toimintakyvyn näkökulmaa edustaa myös ICF-luokittelu. Sen tavoitteena on kyetä antamaan mahdollisuus luokitella toimin-

takykyä kokonaisvaltaisesti. Luokittelun avulla pystytään järjestämään toimintakyvyn kuvaus hierarkkisesti tarkkaan määritettyihin ala- ja pääluokkiin. ICF-luokitus kuvaa millä tavoin sairaus ja vammat vaikuttavat yksilön elämään ja miten ne näkyvät. ICF-luokituksen avulla pyritään avaamaan toimintakyvyn käsitteet laajasti, sen avulla saadaan yhteneväinen kieli eri ammattiryhmien välille, se tarjoaa toiminnallisen terveydentilan ymmärtämiseksi ja tutkimiseksi tieteellisen perustan, se luo asiakastyöhön tarvittavan rakenteen jolla toimintakykyä voidaan kuvata, mahdollistaa sähköisiin tietojärjestelmiin rakenteellisen kirjaamisen toimintakyvystä sekä mahdollistaa myös tietojen vertaamisen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016.) ICF on yksi Maailman terveysjärjestö WHO:n luokitusperheistä. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016a.)

ICF ei ole keskittynyt tiettyyn terveydentilaan (sairaudet ja etiologia) eikä ammattialaan. Sen tarkoituksena on olla monitahoinen sekä yleiskäyttöinen, jota voidaan yhdistää yhteiskunnallisen ja lääketieteellisen näkökulman toimintakykyyn. Luokittelun tarkoituksena ei ole toimia arviointi- tai mittausvälineenä, vaan yhteneväisenä kuvaustapana toimintakyvyn rakenteille auttamalla hahmottamaan toimintakyvyn käsitettä. Käsitteistön avulla varmistetaan riittävän monipuolinen ja kattava arviointi kuntoutujan yksilöllisestä elämäntilanteesta, ympäristö huomioiden. ICF:n tarkoituksena on pyrkiä neutraaliin sekä myönteiseen ja konkreettiseen kielenkäyttöön jos vain on mahdollista. Luokittelun tavoitteena ei ole luokitella ihmisiä, vaan sen ajatuksena on kuvata ihmisten toimintakyvyn sekä terveyden piirteitä heidän yksilöllisissä elämäntilanteissaan. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016b.)

ICF-luokituksen käyttöä on helpotettu luomalla sen kylkeen erilaisia työkaluja, joita ovat muun muassa ydinlistat, ICF-arviointilomake ja ICF-eKuvauslomake. Jotta saataisiin kattava kuva ihmisen toimintakyvystä, siihen liittyvistä rajoituksista sekä yksilö- ja ympäristötekijöistä on hyvä käyttää toimintakyvyn arviointimenetelmiä sekä ICF-luokituksen koodeja sekä tarkenteita niille. Arviointi aloitetaan sillä, että asiakasta haastatellaan sekä tehdään havaintoja tämän toimintakyvystä. Jos taustalla oleva sairaus tai vamma on jo tiedossa, ICF-luokituksen ydinlista antaa ohjeistusta arvioinnille, huomioiden kyseessä olevaan sairauteen tai vammaan liittyvät keskeiset tekijät. Listoja voidaan käyttää myös muistilistoina

toimintakyvyn kuvauskohteista, jotka tulisi kyseessä olevassa sairaudessa arvioida. (Valkeinen & Anttila 2014, 5-6.)

Selkäkipuun liittyen ICF-luokituksen ydinlistoista on saatu nousemaan esiin ICF Research Branchin ja WHO:n johtamien kansainvälisten tutkimuksien avulla 35 kategoriaa, joita voidaan käyttää hyödyksi suoritettaessa kattavaa ja monitieteellistä alaselkävivun arviointia. (ICF Research Branch 2017.) Kategoriat ovat esiteltynä seuraavassa taulukossa (Taulukko 3).

Taulukko 3. Alaselkävivun luokitukseen hyödynnettäviä kategorioita (ICF Research Branch 2017: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018)

Ruumiin/kehon toiminnot	
b130	Henkinen energia ja viettitoiminnot
b134	Unitoiminnot
b152	Tunne-elämän toiminnot
b280	Kipuaistimus
b455	Rasituksen sietotoiminnot
b710	Nivelten liikkuvuustoiminnot
b715	Nivelten stabiliustoiminnot
b730	Lihavoiman ja tehon tuottotoiminnot
b735	Lihaskäytön toiminnot
b740	Lihaskäytön toiminnot
Ruumiin/kehon rakenteet	
s120	Selkäydin ja siihen liittyvät rakenteet
s760	Vartalon rakenne
s770	Muut liikkeeseen liittyvät tuki- ja liikuntaelinten rakenteet
Suoritukset ja osallistuminen	
d240	Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsittely
d410	Asennon vaihtaminen
d415	Asennon ylläpitäminen
d430	Nostaminen ja kantaminen

d450	Käveleminen
d530	WC:ssä käyminen
d540	Pukeutuminen
d640	Kotitaloustöiden tekeminen
d760	Perhesuhteet
d845	Työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen
d850	Vastikkeellinen työ
d859	Työ, työllistyminen, muu määrittely ja määrittelemätön
Ympäristölliset tekijät	
e110	Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen
e135	Työssä käytettävät tuotteet ja teknologiat
e155	Yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat
e310	Lähiperhe
e355	Terveydenhuollon ammattihenkilöt
e410	Lähiperheen jäsenten asenteet
e450	Terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteet
e550	Oikeustoimi-palvelut, hallinto ja politiikka
e570	Sosiaaliturva - etuudet, hallinto ja politiikka
e580	Terveys - palvelut, hallinto ja politiikka

3.3 Biopsykososiaalisuus fysioterapiassa

Biopsykososiaalisen lähestymistavan käytöllä on todettu olleen positiivista vaikutusta terveydenhuollon eri osa-alueilla, etenkin kuntoutuksessa. Samaan aikaan maailmalla on tehty kuitenkin huomioita siitä kuinka suurin osa terveydenalalla työskentelevistä ovat tietämättömiä lähestymistavan käyttämisestä. (Wade & Halligan 2017, 995-1004; O'Sullivan 2012.) Tutkimustulosten perusteella tämä näkyy myös fysioterapeutin työskentelyssä, etenkin alaselkäkipuisten asiakkaiden kohdalla, jossa biopsykososiaalisen otteen hallitseminen on äärimmäisen tärkeää. (Gardner ym. 2017, 141; Sanders, Foster, Bishop & Ong 2013; Synnott ym. 2015.)

Gardnerin ym. kirjoittamassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa fysioterapeuttien asenteiden ja uskomusten vaikutuksesta kroonisen alaselkäkipuisen kuntoutukseen mainitaan, että fysioterapeutit käyttävät työssään heikosti biopsykososiaalista mallia, vaikka lähestymistavan käytön kannattavuutta alaselkäkipuisten kohdalla on painotettu kliinisen työskentelyn suosituksissa. (Gardner ym. 2017, 132-143.) Biopsykososiaalisen otteen käytön heikkous johtuu pitkälti siitä, että fysioterapia koulutuksissa opiskelijoita ohjataan kuntouttamaan alaselkäkipuista asiakasta biomedikaalisen lähestymistavan mukaisesti, jossa kipu yhdistetään rakenteelliseen tai biomekaaniseen vajavuuteen. Tällöin myös itse kuntoutus keskittyy fyysisiin tekijöihin. Kirjallisuuskatsauksen mukaan biopsykososiaalisen lähestymistavan opettaminen jää koulutuksessa hyvin rajalliseksi, jolloin sitä ei myöskään uskalleta tuoda niin paljon käytäntöön kuin pitäisi. (Gardner ym. 2017, 132-143.)

Myös toinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus nostaa esille sen, että fysioterapeuteilta puuttuu luottamus osaamiseensa, kun vastaan tulee alaselkäkipuun liittyvät kognitiiviset, psykologiset ja sosiaaliset ulottuvuudet. Fysioterapeutin tulisi osata tunnistaa näiden tekijöiden avainasiat, kommunikoida oikeanlaisesti sekä saada kaikki nämä ulottuvuudet hallintaan. Fysioterapeutit raportoivat, että he tuntevat, ettei heidän peruskoulutuksensa tai tällä hetkellä saatavilla oleva ammatillinen kehittyminen anna tarpeeksi valmiuksia onnistuneesti käsittelemään näitä tekijöitä vastaanotolla. Fysioterapeutit painottavat, että olisi tarvetta saada

harjoitusta sisällyttämään nämä osa-alueet potilaan ohjaukseen. (Synnott ym. 2016.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tarkoituksena opinnäytetyössä oli kerätä tietoa biopsykososiaalisesta lähestymistavasta sekä tähän viitekehykseen linkittyen selvittää millaisia kokemuksia kroonisilla alaselkäkipuisilla on yleisesti fysioterapiastaan sekä fysioterapeutin heille tekemästä arvioinnista, ohjauksesta, käsittelystä sekä neuvonnasta alaselkävun taustalla oleviin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin liittyen.

Työn tavoitteena oli tarjota fysioterapiaopiskelijoille ja fysioterapia-alalle tietoa biopsykososiaalisesta lähestymistavasta, sen ideologiasta sekä ajatuksia sen käytöstä käytännössä alaselkäkipuisen asiakkaan kuntoutuksessa. Työn tavoitteena oli myös, että toimeksiantajan (Lapin Kipu ry) kautta saadut haastateltavat alaselkäkipuiset yhdistyksen jäsenet saivat mahdollisuuden kertoa omista kokemuksistaan fysioterapia käynteihinsä liittyen. Omana tavoitteenani työssä oli saada kartoitettua tietoa biopsykososiaalisesta lähestymistavasta ja sen käyttömahdollisuuksista. Lisäksi tavoitteenani oli oppia kirjoittamaan tutkimuksellista tekstiä sekä ymmärtää laadullisen tutkimisen perusteet.

Tutkimuksessa lähdettiin selvittämään alaselkäkipuisten kokemuksia fysioterapeuttien tekemästä arvioinnista, ohjauksesta, käsittelystä ja neuvonnasta alaselkävun taustalla oleviin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin liittyen sekä millaisia ovat heidän yleiset tuntemukset fysioterapiastaan, jolloin tutkimustehtäväksi muodostui;

- Millaisia kokemuksia alaselkäkipuisilla on fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, käsittelystä ja ohjeistuksesta alaselkävun taustalla oleviin fyysisiin tekijöihin liittyen?
- Millaisia kokemuksia alaselkäkipuisilla on fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, ohjaamisesta ja neuvonnasta alaselkävun taustalla oleviin psyykkisiin tekijöihin liittyen?
- Millaisia kokemuksia alaselkäkipuisilla on fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, ohjauksesta ja neuvonnasta alaselkävun taustalla oleviin sosiaalisiin tekijöihin liittyen?

- Millaisia ovat asiakkaan yleiset tuntemukset fysioterapiastaan alaselkäkipuunsa liittyen?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

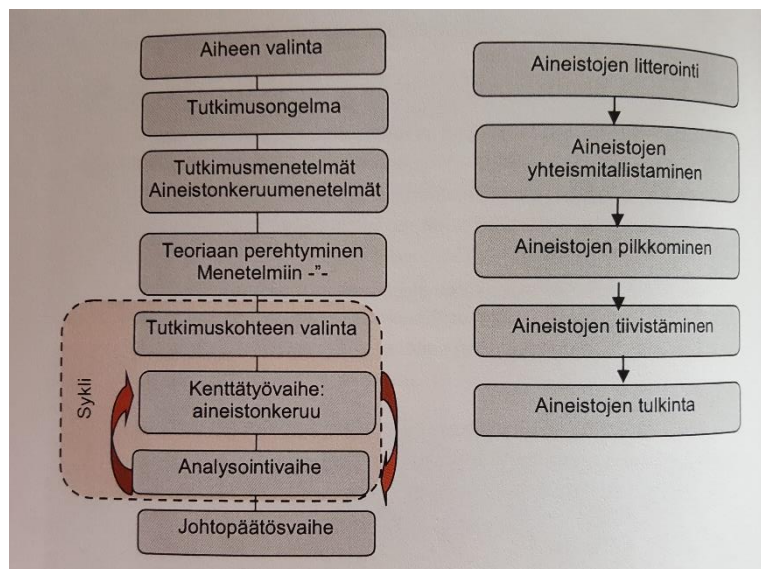
5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä oli tarkoitus selvittää ihmisten kokemuksia tietystä ilmiöstä, eli tässä tapauksessa biopsykososiaalisesta lähestymistavasta, jolloin tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä. Menetelmä pitää sisällään eri traditioita, lähestymistapoja, aineistonkeruu- sekä analyysimenetelmiä ihmisen ja hänen elämänsä tutkimisesta. (Denzin & Lincoln 1998, 5-7: Eskola & Suoranta 2000: Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 151-157.) Laadullinen menetelmä soveltuu käytettäväksi tutkimusotteena silloin, jos ilmiötä ei tunneta, ilmiöstä halutaan saada syvempi näkemys tai hyvä kuvaus, ollaan luomassa uusia hypoteeseja ja teorioita tai käytetään mixed-tutkimusstrategiaa eli triangulaatiota. (Kananen 2014, 14.) Opinnäytetyöhön hain syvällisempää ja selkeämpää näkemystä biopsykososiaalisesta lähestymistavasta, johon pääsin laadullisen tutkimusmenetelmän raameja noudattaen.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimukseen osallistuvat henkilöt tuottavat itse tutkittavaan ilmiöön liittyviä vastauksia, joita tutkija sitten pyrkii ymmärtämään siten, että esimerkiksi samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut yhdistellään ja tulkitaan samaa tarkoittavaksi. Osallistuvilta henkilöiltä voidaan saada erilaisia vastauksia, jotka kuitenkin voivat tarkoittaa yhtä ja samaa asiaa, he ovat vain ilmaisseet asian eri tavoin. (Kananen 2015, 130.) Laadullinen tutkimus antaa mahdollisuuden ymmärtää ilmiötä, jonka pohjalta voidaan siten kehittää ilmiötä selittäviä hypoteeseja, teorioita sekä oletuksia siitä miten ilmiö toimii. (Trockim & Donnelly 2008, 143.)

Laadullinen tutkimus on usein joustava, antaen tutkijalle erilaisia polkuja sekä mahdollisuuksia. Menetelmä antaa myös tilaa toimia ja edetä tilanteen mukaan. (Kananen 2015, 71.) Biopsykososiaalisuus aiheena on vaikea, joten laadullisen tutkimusmenetelmän mahdollistama joustavuus vaikutti myös menetelmän valintaan, sillä tiedossa oli, että työ saattaa muovautua etenkin haastatteluiden myötä.

Laadullisen tutkimusprosessin havainnollistamiseksi on alla kuva kaaviosta, jossa on esiteltyä prosessin eteneminen. Tätä kaaviota olen pyrkinyt käyttämään hyödyksi ja pohjana tämän opinnäytetyön tutkimusprosessissa, jotta tutkimustyön tekeminen etenisi oikeanlaisesti (Kuvio 2).



Kuvio 2. Laadullisen tutkimuksen prosessi ja aineiston käsittely (Kananen 2015, 128)

5.2 Tutkimusaineiston hankinta

Laadullisen tutkimuksen keskeisimpiä aineistonkeruu menetelmiä ovat haastattelut, havainnointi, kyselyt ja dokumentit. (Kananen 2015, 131.) Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävään haettiin vastauksia asiakkaiden kokemusten kautta, jolloin aineistonkeruu menetelmäksi valikoitui haastattelu.

Haastattelun tavoitteena on selvittää mitä jollakin on mielessään, mitä hän ajattelee, minkälaisia motiiveja hänellä on jne. Haastattelu on eräänlaista keskustelua, joka kuitenkin tapahtuu tutkijan aloitteesta ja on hänen johdattelemaansa. (Eskola & Suoranta 1999, 83.) Laadullisen tutkimuksen haastattelutapa antaa mahdollisuuden avointen kysymysten esittämiseen mitä määrällisen tutkimisen haastattelutapa ei mahdollista. (Metsämuuronen 2000, 14-15.) Myös tämän vuoksi haastattelu valikoitui aineistonkeruu menetelmäksi tähän opinnäytetyöhön.

Yksi yleisimmin käytetyistä haastattelumuodoista laadullisessa tutkimuksessa on teemahaastattelu. Yleensä teemahaastattelua käytetään silloin kun ilmiötä ei tunneta ja halutaan saada parempi ymmärrys kohteesta. Teemahaastattelu vaatii tutkijan ja tutkittavan fyysistä läsnäoloa. Teemahaastattelussa tutkija pyrkii keskusteluttamalla saamaan ilmiön haltuunsa ja siten kasvattaa ymmärrystä tutkittavasta asiasta haastateltavan avulla. (Kananen 2015, 76.) Teemahaastattelulle tyypillistä on, että siihen on etukäteen suunniteltu teema-alueet, joiden mukaan edetään ja esitetään tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77). Laadulliselle tutkimukselle tyypillinen teemahaastattelu valikoitui opinäytetyön varsinaiseksi haastattelumenetelmäksi sen vuoksi, että haastateltavat saivat mahdollisimman vapaan sanan kertoa kokemuksistaan teemaan liittyen. Haastatteluun muodostui neljä teema-aluetta, jotka pyrin miettimään tutkimustehtäviin liittyviksi (Taulukko 4).

Taulukko 4. Tutkimustehtävät ja haastatteluteemat

TUTKIMUSTEHTÄVÄ	HAASTATTELU TEEMAT
Millaisia kokemuksia alaselkikipuisella on fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, käsittelystä ja ohjeistuksesta alaselkävun taustalla oleviin fyysisiin tekijöihin liittyen?	Fyysiset tekijät
Millaisia kokemuksia alaselkikipuisella on fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, käsittelystä ja ohjeistuksesta alaselkävun taustalla oleviin psyykkisiin tekijöihin liittyen?	Psyykkiset tekijät
Millaisia kokemuksia alaselkikipuisella on fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, käsittelystä ja ohjeistuksesta alaselkävun taustalla oleviin sosiaalisiin tekijöihin liittyen?	Sosiaaliset tekijät
Millaisia ovat asiakkaan yleiset tuntemukset fysioterapiastaan alaselkävunsa liittyen?	Asiakkaan ääni

Haastattelu voidaan tehdä monessa muodossa kuten kasvotusten, puhelinhaastatteluna, ryhmähaastatteluna, yksilöhaastatteluna. (Tuomi 2008, 137-139.) Perinteiset kysymystyypit joita haastattelussa voitaisiin käyttää ovat mitä, miten ja

miksi -pohjaiset kysymykset. (Kananen 2014, 80-81.) Pysin pitämään haastattelussa kysymykset mahdollisimman avoimina, jotta sain enemmän tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Pysin myös mahdollisuuksien mukaan muodostamaan kysymykset tavalla, johon ei kyetty vastaamaan ”kyllä” tai ”ei”. Opinnäytetyössä haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina kasvotusten, jotta minun ja haastateltavan välille syntyi vuorovaikutuksellinen ja luonnollinen keskustelutilanne. Haastattelut myös nauhoitettiin, jotta kykenin haastattelijana keskittymään ainoastaan haastateltavaan ja hänen puheeseen. Haastattelut suoritettiin koululla ja haastateltavien kotona.

5.3 Tutkimusjoukko

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein harkinnanvaraista otantaa. Tämä tarkoittaa sitä, että haastateltavien määrä rajataan kohtuu pieneksi, jotta niitä pystyttäisiin analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. (Eskola & Suoranta 1999, 18; Tuomi 2008, 142.) Pienempi otanta määrä soveltuu hyvin puolistrukturoituun tai avoimeen haastattelutyylisiin, joissa painotetaan pientä haastateltavien määrää. Ei-satunnainen otanta on myös tyypillistä laadullista aineistoa kerättäessä. (Metsämuuronen 2005, 53.) Näiden tekijöiden vuoksi myös tähän työhön pyrittiin löytämään pienempi otos haastateltavia laadullisen tuloksen saavuttamiseksi. Otanta oli myös ei-satunnainen, sillä haastateltavat valittiin saatavuuden ja harkinnan mukaan (halu tutkia oleellisia henkilöitä).

Tämän opinnäytetyön tutkimusjoukko koostui ihmisistä, joilta löytyi erilaisia alaselkäkipuja ja -sairauksia (spesifejä ja epäspesifejä) sekä taustaa fysioterapeutti käynneistä. Haastateltavien rajaus tähän ryhmään johtui siitä, että aiheesta ei haluttu liian laajaa ja alaselkäkipuiset ovat ryhmä, jossa useimmiten saattaa olla taustalla jo muitakin syitä kuin fyysiset tekijät. Tällöin haastateltavilta saadut vastaukset kohdentuivat paremmin haettuun ajatukseen biopsykososiaalisesta huomioimisesta.

Tutkimuksen haastateltavat valikoituivat työhön Lapin Kipu Ry yhdistyksen kautta, yhdistyksen puheenjohtajan toimesta. Haastatteluun sain mukaan viisi (5)

haastateltavaa, jotka täyttivät alaselkäkipuisen kriteerit. Yhdistyksen kautta saadut haastateltavat henkilöt mahdollistivat myös sen, että välttiin pidemmältä tutkimuslupa prosessilta, kun haastatteluun tarvittiin ainoastaan haastateltavan allekirjoittama tutkimussuostumus lomake. Mukaan tulleille haastateltaville annettiin haastatteluun liittyvä tiedotekirje (Liite 2) sekä suostumuslomake (Liite 3), jonka he palauttivat haastattelutilanteeseen tultaessa.

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Laadullisen tutkimisen perusanalyysimenetelmänä toimii sisällönanalyysi. Sitä voidaan käyttää yksittäisenä metodina kuin myös teoreettisena kehyksenä, joka voidaan edelleen liittää eri analyysikonaisuuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Kun aineiston koodaus ja tulkinta lähtee pelkästään aineistosta, puhutaan aineistolähtöisestä analyysistä. Tarkasteltaessa aineiston ja teorian keskinäisiä yhteyksiä, kyseessä on teorialähtöinen analyysi. Kolmantena vaihtoehtona on teoriasidonnainen analyysi, jonka apuna käytetään teoriapohjaisia kytköksiä, mutta analyysi ei kuitenkaan nouse tai pohjaudu teoriasta. Analysoinnin tarkoituksena on saada ratkaisu kehitettyyn tutkimustehtävään, jonka vuoksi on tärkeää, että tutkija valitsee työlleen oikean analysointitavan. (Kananen 2015, 171, 176.) Aineiston koodaus ja tulkinta opinnäytteessä lähti tutkimukseen saadun aineiston pohjalta, jolloin analyysi muodoksi valikoitui aineistolähtöinen analyysi.

Aineistolähtöiselle sisällönanalyysille tyypillistä on, että vastaus tutkimuskysymykseen saadaan käsitteitä yhdistelemällä, perustuen tutkijan tulkintaan ja päätelyyn (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115). Analyysimuodon eteneminen on jaettu kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistäminen, aineistonryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämävaiheessa saatu data voi olla aukikirjoitettu tutkimuksesta saatu aineisto, muu asiakirja tai dokumentti, joka lähdetään pelkistämään siten että siitä karsitaan epäolennaiset asiat pois. Pelkistys voi olla informaation tiivistämistä tai pilkkomista. Tässä kohtaa aineiston pelkistämisen ohjeistajana on tutkimustehtävä, jonka avulla aineistoa saadaan pienemmäksi koodaamalla tai litteroiden. Tämän kautta saadaan myös esiin tutkimustehtävälle ominaiset ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.) Ryhmittely vaiheessa aineistosta saadut ilmaukset käydään läpi, etsien samalla samankaltaisuuksia tai

eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samankaltaiset käsitteet ryhmitellään ja yhdistellään omaksi luokaksi. Syntyneelle ryhmälle annetaan sisältöä kuvaava käsite. Teoreettisten käsitteiden luomisvaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta tärkeä tieto ja valikoitujen tietojen perusteella muodostetaan käsitteitä. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on näiden vaiheiden myötä yhdistää käsitteitä, jonka myötä saadaan vastaus asetettuun tutkimustehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-112.)

Opinnäytetyön analysointi prosessi eteni siten, että aluksi aineisto muutettiin digitaalisesta muodosta tekstimuotoon litteroimalla. Tämän jälkeen teksti segmentointiin jokaisen haastatteluteeman alla, jonka jälkeen segmentoidusta tekstistä muodostettiin taulukko. Segmentoitu teksti pelkistettiin, jonka jälkeen pelkistystä tekstistä etsittiin yhtäläisyyksiä liittyen fysioterapeutin arviointiin, ohjaukseen ja neuvontaan. Tätä kautta yhdistetyistä pelkistetyistä ilmaistusta saatiin muodostettua alaluokkia. Alaluokista yhdistyi edelleen omia kokonaisuuksia, jotka muodostivat yläluokkia. Yläluokkien perusteella muodostui sitten pääluokka, joka on kaiken yhdistävä tekijä. Analyysi tehtiin kokonaisuudessaan tietokoneen Word -ohjelmalla, josta malliesimerkki esitettynä liitteessä (Liite 5). Tutkimustuloksia opinnäytetyössä esitettäessä, käytettiin pelkistysvaiheessa saatuja sitaatteja tukemaan aukikirjoitettuja tuloksia.

6 TUTKIMUS TULOKSET

6.1 Alaselkikipuisten kokemuksia fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, käsittelystä ja ohjauksesta fyysisiin tekijöihin liittyen

Tutkimushaastatteluun osallistuneiden alaselkikipuisten kokemukset fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, ohjauksesta ja käsittelystä alaselkävun taustalla oleviin fyysisiin tekijöihin liittyen olivat moninaisia sekä hyvin yhteneväisiä.

Alaselkikipuisten kokemukset fysioterapeutin tekemästä arvioinnista liittyivät lähinnä manuaaliseen tutkimiseen tai sen puuttumiseen, ryhdin tarkasteluun, liikkuvuus-, lihasvoima-, lihaskireys- sekä toimintakykymittauksiin. Manuaalisen tutkimisen puuttuessa fysioterapeutti oli silmämääräisesti havainnoinut haastateltavan ulkoista olemusta, joka oli haastateltavista tuntunut hämmentävältä:

”Ei niinkö uskalleta koskea ihmiseen ja se mulla jäi niinkö hannaamaan et et pelkän katseen avulla sitte määrätään sitä mitä pitää tehdä niin mun mielestä se on suoraan sanottuna vaarallista”

Arviointiin liittyvissä kokemuksissa nousi esiin myös fysioterapeuttien vähäinen selonteko alaselkikipuiselle havainnoimistaan asioista. Haastateltavista muutama oli kokenut myös, että fysioterapeutit olivat puutteellisesti kertoneet kivun taustatekijöistä tai diagnoosista, tämä oli muutaman kohdalla noussut esiin vasta nykyisen fysioterapeutin kohdalla. Fysioterapeuteilla ei ole myöskään ollut välttämättä paljoa tietoa kyseessä olevasta sairaudesta.

Osa haastateltavista kertoi, että fysioterapeutti oli etukäteen hieman perehtynyt taustatietoihin, kuten aiempiin potilaskertomuksiin tai kuvantamisista saatuihin tuloksiin. Osalta taustatietoja oli kartoitettu suoraan. Kaikkien kohdalla taustatietoihin ei oltu kuitenkaan paneuduttu. Myös kipupiiirroksen täyttäminen oltiin tehty muutaman haastateltavan kohdalla, haastateltaville jäi tästä kuitenkin epätietoinen olo siitä mihin kipupiirokset lopulta päätyivät:

”Tehtiin että mihin kohtiin piti piirtää semmosen ihmiskroppaan, mihin kohtiin käy ja minkälaista se kipu on ja muuta”

Fysioterapeuttiseen ohjaukseen liittyen haastateltavien kokemukset painottuivat siihen, että fysioterapeutit olivat antaneet liikeharjoitteita, joita oli sitten enemmän tai vähemmän käyty yhdessä lävitse. Liikeharjoitteiden ohjaus ja niistä saadut kirjalliset ohjeet toistuivat useampaan otteeseen jokaisen haastateltavan kohdalla. He ilmaisivat myös turhautuneisuutensa siitä, miten liikeharjoitteita annettiin joka käyntikerralla ja joskus jopa samat liikkeet toistuivat ohjeissa kerta toisensa jälkeen. Haastateltavat kokivat myös huonona asiana sen, että liikkeitä ei aina käyty läpi yhdessä ja jos käytiin, niin se saatettiin tehdä nopealla tahdilla:

”Fysioterapeutit on niinkö suositellut näitä jumppaliikkeitä. Mutta nekin on sitte sillälaililla että näytetty kerran”

”Tai justiin annettiin harjoitteita, käytiin yhdessä niitä läpi”

”Että se niinku että on mennyt fysioterapeutille, ohjeet kätteet, tehdään nuo kerran ja pihalle. Seuraavan kerran kun mennee ni oikeestaan sama paperi lappu kätteen, että samat ohjeet, ehkä siel on joku voinut muuttua vähän mutta taas näkemiin.”

Kokemuksien perusteella fysioterapeuttiseen ohjaukseen oli kuulunut perus liikeharjoitteiden lisäksi lihaskunto- ja liikkuvuusharjoitteita sekä venytyksiä. Muuttamassa haastattelussa ilmeni myös, että fysioterapeutit olivat ohjanneet ergonomisia työskentely asentoja, tasapainoharjoitteita sekä kehonhallintaa. Ohjaamiseen liittyen osa haastateltavista oli kokenut, että fysioterapeutti olisi vähätellyt kivun määrää ja kuunteleminen oli jäänyt vähäiseksi:

”Fysioterapian kauttakin juur niinku mitä oli täällä kotipaikalla niin, niin tota oli tämmönen vähättely”

”Se oli niin jännä ettäkö se fysioterapeutin ajatus siitä että, et kuuntelematta yhtään sitä että, että se oli tullut mulle vain niinku negatiivista asiaa se edellinen kerta niin siitä huolimatta hän niinkö; tämä nyt auttaa kyllä nyt sinua, että siinäkin se kuuntelu et miten se oli niinkö minuun niinku vaikuttanut”

Fysioterapeuttiseen käsittelyyn liittyen alaselkäkivut olivat kokeneet, että fysioterapeutit olivat kyenneet tarjoamaan fysikaalisia ja manuaalisia terapioita kuten akupunktio hoitoa, TENS -hoitoa, faskia käsittelyä ja hierontaa.

Fyysisten tekijöiden arviointiin, ohjaamiseen ja käsittelyyn liittyvien kokemusten lisäksi haastatteluista nousi esiin seuraavia seikkoja: ADL-toimintoja ja kävelyä oltiin harjoitettu, fysioterapeutit olivat antaneet ristiriitaista tietoa ohjeistuksiin liittyen, kuntoutus oli ollut progressiivista, itseohjautuvuus ja omatoiminen harjoittelu, haastateltava oli ohjeistanut fysioterapeuttia sairaudestaan, fysioterapia oli aloitettu liian kevyesti ja viimeisenä muutaman haastateltavan kohdalla fysioterapeutti oli kannustanut omatoimiseen liikkumiseen sekä harjoitteiden tekoon.

”Annettu ihan että tätäkö teet niin ja niin monta kertaa ja jos se ei ihan heti onnistu niin sie voit sen saada onnistumaan vähän myöhemmin, että kannustettu kuitenkin se tekeminen siihen että tuota...”

6.2 Alaselkäkivutisten kokemuksia fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, ohjauksesta ja neuvonnasta psyykkisiin tekijöihin liittyen

Tutkimushaastatteluun osallistuneiden alaselkäkivutisten kokemus fysioterapeutin tekemästä arvioinnista ja ohjauksesta alaselkävun taustalla oleviin psyykkisiin tekijöihin liittyen oli jäänyt jokaisen haastateltavan kohdalla vähäiseksi:

”Psyykkiset joo, et ei periaatteessa oo kauheena kartoitettu”

”Ei oo niinku fysioterapian puolelta niin, semmosta että... saattanut ohimennen kysyä jotakin. Justiin vointia ja näin mutta ei sen kummempaa”

”Ei mitenkään, kukaan ei oo koskaan multa edes kysynyt, että miten mie voin”

Omatoiminen ohjautuvuus muun avun tarjoajan puoleen oli ollut yleistä haastateltavilla. Pääasialliset tahot joiden puoleen oli käännytty, olivat mielenterveystoimisto sekä internetistä omatoimisesti löydetty tukiryhmät kuten kipuyhdistykset. Osa haastateltavista olivat huomioineet myös itse, kuinka keho reagoi psyykkisen puolen muutoksiin ja tämän myötä tehneet omia johtopäätöksiä psyykkisten tekijöiden vahvasta vaikutuksesta kivun määrän yhtenä säätelijänä:

”Ite huomaa sen, että jos oon tosi väsynyt ja stressaantunut ja, niin sitten kivut on voimakkaampia”

Vaikka psyykkisiin tekijöihin liittyvä arviointi ja neuvonta oli jäänyt fysioterapia käynneillä vähäiseksi, haastatteluista nousi kuitenkin fysioterapeuttisen ohjauksen puolelta esiin muutaman fysioterapeutin toimesta ohjatut mielikuva- ja rentoutumisharjoitteet, joiden avulla oli pyritty vaikuttamaan psyykkisiin voimavaroihin. Harjoitteet oli koettu äärimmäisen hyviksi haastateltavien puolelta:

”Niinku ajatuksia, ajatuksen kautta on, että nää on tullut ihan niinku fysioterapeuteilta, nää niinku mielikuvaharjoitteet”

Muutamassa haastattelussa nousi esiin, kuinka osa haastateltavista koki tämän hetkisen fysioterapeutinsa kertoneen hyvin psyykkisten tekijöiden vaikutuksesta kipuun sekä saavansa häneltä myös henkistä tukea ja motivointia psyykkiseen puoleensa liittyen:

”Käytiin ekan kerran myös tämmöset että että piettäkö yllä kipua tämmöset mielelliset tai huolet tai kaikki tämmönen asia mikä on”

”Mie oon saanut henkistä tukea näiltä fysioterapeuteilta ja myös toimintaterapeuteilta”

6.3 Alaselkäkipuisten kokemuksia fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, ohjauksesta ja neuvonnasta sosiaalsiin tekijöihin liittyen

Tutkimushaastatteluun osallistuneiden alaselkäkipuisten kokemukset fysioterapeutin arvioinnista, ohjauksesta ja neuvonnasta alaselkävun taustalla oleviin sosiaalsiin tekijöihin liittyen olivat tällä osa-alueella kaikin puolin vähäisiä. Suurimmalla osalla alaselkäkipuista ei ollut paljoa kokemusta fysioterapeutin tekemästä arvioinnista sosiaalsiin tekijöihin liittyen:

”Ei minkäälaista tämmöstä, ei niinku sanan sanallakaan otettu näitä”

Yhden haastateltavan osalta sosiaalisten tekijöiden arviointi oli noussut esiin vasta myöhemmässä vaiheessa, nykyisen fysioterapeutin toimesta:

”Nii, niin on, että tuota tää on ihan erilainen systeemi ollut mitä oli silloin alussa”

Vaikka sosiaalisten tekijöiden laajempi arviointi oli jäänyt vähäiseksi, alaselkäkipuisten kokemuksista nousi kuitenkin arviointiin liittyvänä asiana harrastuksien ja työympäristön kartoittaminen sekä työergonomian huomiointi, johon oltiin muutaman fysioterapeutin toimesta kiinnitetty huomiota:

”Hän laati sitten sellaisen hirveen hienon kirjelmän, että mie olisin saanut sähköpöydän ja sitten tuommosen satula tuolin”

”Vähän kyseltiin vaan et minkälaista harrastaa”

Sosiaalsiin tekijöihin liittyvää ohjausta ei ollut tullut yhdenkään haastateltavan fysioterapiassa. Neuvontaan liittyen osalla kokemusta oli siitä, että fysioterapeutti oli ottanut lähiomaiset huomioon kuntoutuksessa tai ainakin kartoittanut niitä ja yhdellä haastateltavista taas päinvastoin:

”Ei oo ehotettukaan et lähipiiriä huomioitaisiin millään tavalla, ei oo edes kyselyt et minkäläinen perhe mulla on”

Positiivisena asiana tässä kategoriassa nousi vähäisistä kokemuksista huolimatta se, että muutama haastateltavista oli kokenut tämän hetkisen fysioterapeuttinsa kannustavan sosiaalisen ympäristön ylläpitämiseen ja laajentamiseen:

”Ja niinku justiin painottaa, että käy niissä ja elä missään nimessä jätä käymättä”

6.4 Alaselkäkipuisten yleiset tuntemukset omasta fysioterapiastaan

Tutkimushaastatteluun osallistuneiden alaselkäkipuisten kokemuksista yleisesti fysioterapiaansa liittyen, nousi esiin jonkin verran samankaltaisuuksia. Fysioterapeutin puhetyyli ja äänensävy oli koettu negatiivisena ja alentavana melkein jokaisen haastateltavan kohdalla. Kokonaisvaltainen huomiointi oli koettu tärkeäksi mutta moni oli kokenut sen puutteellisuuden fysioterapeutin vastaanotolla:

”Enemmän sitä ehkä kokonaisvaltaisemmin... niinkö semmosta ajatusta että, että ihminen on muutakin kuin vain pelkkä rakenne ja siten ehkä semmosta niinkö hmmm.. semmosta niinkö opastusta, että mitä kaikkea niinkö vois tehdä ja mihin kaikkeen se vois liittyä”

Kipuun liittyen haastatteluista ilmeni, että osa fysioterapeuteista oli vähätelleet haastateltavan kipua ja sen määrää. Kipu koettiin useasti vaikeaksi kuvailla ja analysoida. Osa haastateltavista toivoi, että fysioterapeutit voisivat kartoittaa kivun määrää paremmin. Yhteneväisiin kokemuksiin lukeutui myös sellaiset asiat kuten, että haastateltavat eivät olleet saaneet vaikuttaa omaan kuntoutukseensa tai heillä oli tunne, että fysioterapeutit eivät olleet kuunnelleet heitä. Fysioterapeutin ja asiakkaan välisen kommunikoinnin puute nousi esiin eräässä haastattelussa. Suurin osa haastateltavista nosti esiin kuuntelemisen ja keskusteluyh-

teyden tärkeyden fysioterapiassa. Osa toivoi myös, että fysioterapeutit tutustuisivat paremmin esitietoihin ennen vastaanottoa, jolloin aikaa ei hukkaantuisi samojen asioiden kertaamiseen asiakkaan puolelta:

”Jos se tieto on jostakin sille fysioterapeutille saatavilla, kun aukasee vaan koneen, niin miksi ihmeessä hän ei sitä niinkö, sitä esityötä tee, että sitä tulee vähän semmonen olo, kun sinne menee että... että en oo ees niin kiinnostava, että ois niinku voinu, voinu nähdä sen verran vaivaa, että ois vähän perehtynyt niinku etukäteen siihen tietoon mikä ois varmasti ollut saatavilla, et vähän semmonen asiakas numero 13 sisään ja ulos”

Yleisiä toivomuksia joita esitettiin fysioterapian kehittämiseen ja parantamiseen liittyen oli, että hieromista voitaisiin lisätä kuntoutukseen, käsin tehtävää tutkimista voitaisiin lisätä eikä tutkimista jätettäisi pelkästään katseen varaan, liikkeiden ohjaamisen voitaisiin varata pidempiä aikoja, fysioterapia koulutukseen voitaisiin lisätä opiskeltavaksi harvinaisempia sairauksia ja niiden kuntoutuskeinoja. Kehittämiseen ja parantamiseen liittyviä ehdotuksia oli myös, että fysioterapeutit voisivat kertoa laaja-alaisemmin toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvistä asioista, fysioterapeutin olisi hyvä kartoittaa sairauden taustalla oleva kipulääkitys, he voisivat kysellä myös enemmän voinnista ja näyttää välittämistä, asiakas huomioidaisiin niin ihmisenä kuin kipupotilaana:

”Ehkä se, että se on niinku, minusta se on tärkeää, että minut otetaan ihmisenä, minut otetaan kipupotilaana”

Haastateltavien yksittäisistä kokemuksista nousi esiin asioita kuten, että fysioterapeutin olisi hyvä osata lukea asiakkaan mielentiloja. Eräs haastateltavista oli myös kokenut olevansa terveydenhuollon heittopussi. Fysioterapia oli tullut erään kohdalla kovin myöhäisessä vaiheessa mukaan. Kävelyn harjoittelun tärkeys koettiin oman kuntoutuksen alussa hyvin tärkeäksi. Negatiivisessa mielessä oltiin koettu asiat, joissa fysioterapeutti oli ohjannut sairaalassa samoja liikeharjoitteita, joita haastateltava oli jo vuosien varrella saanut. Erään haastateltavan kohdalla liikeharjoitteita oltiin annettu, mutta niiden ohjaaminen oli jäänyt puutteelliseksi.

Myös tiedonkulku oli ollut puutteellista ammattilaisten välillä. Negatiivisiin asioihin lukeutui vielä sellaisia asioita kuten, että fysioterapeutit olivat antaneet samoja harjoitteita kerrasta toiseen, eikä erään haastateltavan kohdalla fysioterapeutti ollut myöskään huomionnut muuta kuin selän alueen kivun.

Positiivisia yksittäisiä asioita joita haastatteluissa esiintyi oli, että tämän hetkinen fysioterapeutti oli kuunnellut ja hyväksynyt sellaisena kuin on, omaan kuntoutukseen oli tällä hetkellä saanut vaikuttaa, Kelan kautta oltiin onnistuneesti saatu pysyvät fysioterapiapalvelut sekä nykyiselle fysioterapeutille oli saanut kertoa omista ajatuksista ja tuntemuksista. Fysioterapeutin luona oli tällä hetkellä mukava käydä:

”Nyt kuunnellaan, nyt kuunnellaan, niin, saan sanoa. Kuunnellaan. Ja sitten kun saa niinku keskustelua siihen niinku, hyväksytään että mie sanon, niin sitä niinku rohkaistuu, sitä uskaltaa jopa sanoa sille lääkärillekin”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tarkoituksena opinnäytetyössäni oli viitekehykseen linkittyen selvittää laadullisen tutkimisen keinoin, millaisia kokemuksia kroonisilla alaselkäkivuisilla on yleisesti fysioterapiastaan sekä fysioterapeutin heille tekemästä arvioinnista, ohjauksesta, käsittelystä sekä neuvonnasta alaselkävun taustalla oleviin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin liittyen. Mielestäni saavutin työni tarkoituksen asettamieni tutkimustehtävien avulla ja niistä saaduilla tuloksilla. Tutkittavien määrä työssä oli pieni, jolloin tulokset voidaan luokitella ainoastaan suuntaa antavaksi eikä niitä voida yleistää.

Saamieni tutkimustulosten perusteella oli nähtävillä, että haastateltavien kokemukset fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, ohjauksesta ja käsittelystä liittyivät vahvasti alaselkävun taustalla oleviin fyysisiin tekijöihin. Mukaan lukeutuivat manuaalinen tutkiminen, ryhdin tarkastelu, liikkuvuus-, lihasvoima-, lihaskireys- sekä toimintakykymittaukset. Näiden kautta saatujen tietojen perusteella haastateltavat olivat saaneet harjoitteita, joiden mukaan vahvistaa tai kehittää kehoaan. Liikeharjoitteet olivat usein olleet samoja kuin aiemmilla kerroilla saadut. Psykkisten ja sosiaalisten tekijöiden kartoittamisesta ja niihin puuttumisesta oli haastateltavilla hyvin vähän kerrottavaa. Yhteneväistä haastateltavien kertomassa oli, että psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä oli ainoastaan kartoitettu hieman haastattelun avulla. Fysioterapeutit olivat kyselleet hieman harrastuksista, työelämästä ja perheestä.

Näiden saamieni tutkimustulosten perusteella, jossa fysioterapeuttinen kohtaminen on painottunut pääasiallisesti fyysisiin tekijöihin haastateltavien kohtamien terapeuttien kohdalla, pohdin pitääkö väite siis paikkaansa siitä, että bio-psykososiaalisen mallin ja ihmisen kokonaisvaltaisen kohtaamisen opettaminen jää liian vähäiseksi esimerkiksi fysioterapeutin peruskoulutuksessa, jolloin bio-psykososiaalisen ideologian mieltäminen työhön on hankalampaa ja tämän

myötä sen käyttäminen jää myös vähäiseksi. (Gardner ym. 2017, 132-143: Synnott ym. 2016.) Tähän samaan biopsykososiaalisen mallin käytön uupumis ilmiöön törmää myös muutamassa muussa julkaisussa, joissa käsitellään biopsykososiaalista lähestymistapaa terveydenhuoltoalalla ja fysioterapiassa. Julkaisuissa nousee esiin muun muassa se, että vaikka biopsykososiaalisuus on vakiinnuttamassa paikkaansa vaihtoehtoisena toimintamallina, biomedikaalisuus on kuitenkin edelleen hallitseva malli sairausajattelussa ja juurruttanut paikkansa terveydenalan ammattilaisten työhön. (Wade & Halligan 2017, 995-1004: O'Sullivan 2012: Gardner ym. 2017, 141: Sanders, Foster, Bishop & Ong 2013: Synnott ym. 2015.)

Hämmentävä tekijä joka tutkimustuloksia analysoitaessa tuli myös vastaan oli, kuinka usein haastateltavilta nousi esiin se, ettei heitä kuunneltaisi tarpeeksi ja että heille ei oltu kunnolla kerrottu kivun taustasta tai kunnollista syytä siihen mikä selässä saattaisi olla. Kommunikointi oli jäänyt vähäiseksi. Kommunikointi ja asiakassuhteen luominen nousee kuitenkin yhtenä tärkeänä tekijänä biopsykososiaalisessa mallissa, joka tuli esiin myös viitekehyksessä. (Karppinen ym. 2018, 12.) Asiassa herättää pohdinnan se mistä kuuntelemisen puute on saattanut johtua? Onko kyseessä vastaanottoajan lyhyt kesto, josta myös haastateltavat mainitsevat vai mikä olisi syynä yhden tärkeimmän asiakaskohtaamisen perusasian huomioitta jättäminen.

Vaikka tutkimustulokset antavat tässä työssä viitteellistä osoitusta biopsykososiaalisen mallin ja sen ideologian puutteellisesta käyttämisestä haastateltavien kohtaamien fysioterapeuttien kohdalla, on kuitenkin otettava huomioon mielestäni muutamat tekijät, jotka eivät välttämättä ole nousseet tutkimuksessa esille. Ensimmäisenä tulee mieleen viitekehyksessäkin esittelemäni ICF-luokittelu, joka on biopsykososiaalisen mallin ideologiaa myötäilevä menetelmä, jonka avulla asiakkaista voidaan kirjata terveydenhuollon tietokantaan kokonaisvaltaisesti. (THL 2016: Wade & Halligan 2017.) Tämä mahdollinen tekijä muun muassa ei nouse esille haastateltavien kokemuksissa. Tämä johtuu luultavasti haastateltavien tiedottomuudesta kyseessä olevan luokittelujärjestelmän käytöstä terveydenhuollossa. Huomio on myös kiinnitettävä ajanjaksoon, jonka aikana haasta-

teltavat ovat käyneet fysioterapiassa. Vaikka biopsykososiaalinen malli on kulkenut biomedikaalisen rinnalla 70-luvulta lähtien, on huomioitava, että sen käytännön käyttö on mahdollisesti vakiintunut vasta viime vuosien sisällä paremmin fysioterapeuttienkin käytäntöön. Tämä nousi esiin kahden haastateltavan kohdalla, jotka olivat kokeneet tämän hetkiset fysioterapeutinsa hyvin kokonaisvaltaisesti huomioiviksi. Fysioterapeuttisuhde näihin terapeutteihin oli alkanut noin 3-4 vuotta sitten ja haastateltavat kävivät edelleen heidän luonaan. Ennen näitä fysioterapeutteja, haastateltavat olivat kokeneet terapiakäyntinsä yhtäläisesti kolmen muun haastateltavan tavoin. Muilla haastateltavilla ensimmäiset fysioterapia käynnit saattoivat olla kymmenen vuotta sitten ja näistä viimeisimmät terapia käynnit olivat noin 4-5 vuotta sitten. Tähän aikaan biopsykososiaalisen mallin hyödyntäminen ei ollut välttämättä tehnyt vielä läpimurtoaan.

Tutkimustulosten pohdinnan myötä koen, että fysioterapia-ala voisi hyödyntää työstä saatuja tutkimustuloksia esimerkiksi asiakassuhteiden kehittämiseen.

7.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Yleisesti laadullisen tutkimisen luotettavuuskriteereitä ovat; luotettavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus (Kananen 2015, 352). Luotettavuudella tarkoitetaan sitä kuinka hyvin tulokset vastaavat tutkittavaa ilmiötä ollen totuudenmukaisia. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkittavan tulisi lukea tutkimuksesta saadut tulokset ja näin ollen vahvistaa tulosten paikkansa pitävyys. (Kananen 2008, 126-127.) Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin. Siirrettävyyteen vaikuttaa kuinka samanlaisia ovat tutkittu ympäristö ja ympäristö, johon tietoa ollaan siirtämässä. Riippuvuus kuvastaa puolestaan työn pätevyyttä ja toistettavuutta tarkoittaen sitä, että ulkopuoliset saman tulkinnan tekevät päätyvät samaan tulokseen. Vahvistettavuudella haetaan tutkittavien vahvistusta tulkintaan, tämä on yksinkertaisin tapa varmistaa työn luotettavuus, kun luettaa aineiston niillä joita se koskee. (Kananen 2015, 352-355.) Lisää vahvistusta työhön saadaan, sillä että useista eri lähteistä saadaan toinen toistaan tukevaa tietoa (Eskola & Suoranta 2008, 21). Tässä opinnäytetyössä haastateltaville ei annettu luettavaksi analysoitua materiaalia, sillä kaikki haastattelusta saatu materiaali

yhdistettiin, minkä johdosta haastateltavien olisi ollut vaikeaa erottaa omia vastauksiaan muiden joukosta. Siirrettävyyteen pyrittiin sillä, että tulokset dokumentointiin hyvin. Työn riippuvuutta haettiin puolestaan siten, että joku työn ulkopuolinen luki aineistoa, esimerkiksi opponoiija, ja päätyen mahdollisesti samaan tulokseen kuin minä itse. Vahvistusta työhön sain muun muassa siitä, että tutkimushaastattelussa haastateltavien kertoman välillä toistui samoja asioita ja viitekehukseen pyrin löytämään eri lähteistä toisiaan tukevaa materiaalia.

Laadullisen työn luotettavuutta nostaa myös tutkimuksen toteuttamisen tarkka selostus työssä. Tarkkuus koskee kaikkia työvaiheita. Olosuhteet joissa aineisto on tuotettu, on myös hyvä kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231-233.) Opinnäytetyöprosessin pyrin kertomaan työssä mahdollisimman tarkasti. Aineiston oikeanlaiseen saantiin hain tukea sillä, että haastattelupaikka ja tilanne olivat mahdollisimman oikeanlaisia kiinnittämällä huomiota siihen, miten ja missä haastattelu toteutettiin, jotta välttyin mahdollisilta häiriötekijöiltä. Esimerkiksi julkisella paikalla tehty haastattelu olisi saattanut muuttaa tutkittavan vastauksien paikkaansa pitävyyttä. Tämän vuoksi pyrin hakemaan mahdollisimman rauhallisen ja suljetun paikan, jossa haastattelut voitiin suorittaa. Pääasiallisesti haastattelut suoritin haastateltavien kodeissa sekä Lapin AMK:n tiloista varatussa luokassa.

Haastattelun luotettavuus on kiinni myös sen laadusta. Hyvä haastattelurunko ja haastatteluissa käytettävän teknisen välineistön kunnossa pitäminen nostavat laadukkuutta kuin myös litteroinnin tekeminen mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen. Haastatteluaineistoa ei voida sanoa luotettavaksi, jos vain osaa haastateltavista on haastateltu, tallenteiden kuuluvuus on huono, litterointi noudattaa eri sääntöjä alussa ja lopussa tai että luokittelu on sattumanvaraista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184-185.) Opinnäytetyössä haastattelun luotettavuutta hain sillä, että perehdyin aihealueeseen ajatuksella ja haastattelurungon pyrin suunnittelemaan tarkoin, jonka avulla haastattelutilanteessa edettiin. Haastatteluissa käytettävän nauhoituslaitteen äänityssovellus testasin ennen haastatteluita, varmistikseksi sen toimivuudesta. Haastattelut nauhoitin matkapuhelimen äänentallennus sovelluksella. Tällöin vastausten analysointi ja purkaminen jälkepäin helpottuivat. Nauhoitus mahdollisti myös sen, että sain keskittyä haastateltavaan

ilman, että olisin joutunut keskittymään kirjoittamaan haastateltavan kertomaa paperille. Nauhoittamisella takasin myös sen, että sain kaiken oleellisen muistiin luotettavasti haastateltavan kertomana. Litteroinnit aloitin aina samana päivänä, jolloin haastattelut suoritettiin, sillä tällöin haastattelutilanteet olivat vielä tuoreessa muistissa ja auki kirjoittaminen oli sujuvampaa.

Puhuttaessa tutkimuksen eettisyydestä, on se hyväksyttävää ja luotettavaa silloin kun tutkimus on tehty hyvän tieteellisen ohjeistuksen mukaisesti. (TENK 2012.) Keskeisiä hyvän tieteellisen käytännön piirteitä tutkimuseettikan näkökulmasta ovat tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat eli rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten analysoinnissa. Tutkimuksessa sovelletaan tutkimuksen kriteerin mukaisia sekä eettisiä tiedonhankinta-, tutkimus-, sekä arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa otetaan asianmukaisesta huomioon muiden tekijöiden työt sekä saavutukset, kunnioittamalla muiden tekemää työtä, viittaamalla asianmukaisesti ja antamalla heidän saavutuksilleen kuuluvun arvon sekä merkityksen omassa tutkimuksessaan sekä tuloksia julkistaessaan. Suunnittelu, toteutus, raportointi sekä niistä syntynyt aineisto tallennetaan vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimukseen tarvittavat tutkimusluvut hankitaan sekä huomioidaan myös tietyille aloille tehtävä eettinen ennakoarviointi. Myös tietosuojaa koskevat kysymykset tulee huomioida. (TENK 2012.)

Opinnäytetyössä olen pyrkinyt huomioimaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) asettamat edellä kerrotut hyvän tieteellisen käytännön piirteet mahdollisimman tarkasti. Koko opinnäytetyöprosessin ajan olen pyrkinyt huolehtimaan rehellisyydestä, työn luotettavuudesta sekä tarkkuudesta. Tutkimuksessa pyrin etenemään ajan tasalla olevan laadulliseen tutkimiseen liittyvän kirjallisuuden mukaisesti, josta sain vahvistusta sille, että opinnäytetyössä käytettiin tutkimuksen kriteerien mukaista, eettistä tiedonhankinta-, tutkimus- sekä arviointimenetelmää. Tutkimustyötä tehtäessä pyrin huomioimaan viittaamalla asianmukaisesti muiden tutkijoiden aineistoista poimittuja asioita, antamalla näin heille kuuluvan arvostuksen sekä merkityksen.

Haastateltaville annetaan itsemääräämisoikeuden mukaan mahdollisuus päättää osallistumisesta tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25.) Laadulliseen työhön liittyy paljon luottamuksellista tietoa. Materiaalin käyttö vaatii usein luvat. (Kananen 2008, 135.) Tutkijalla on myös velvollisuus raportoida mahdolliset tulokset rehellisesti ja tarkasti sekä samaan aikaan suojella tutkittavia kohteita. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 70-73.) Opinnäytetyössä informoin haastateltavia etukäteen siitä, että he saavat halutessaan keskeyttää haastattelun, jos kokevat tilanteen sellaiseksi. Materiaalin käyttöön liittyen pyysin haastateltavia allekirjoittamaan suostumuslomakkeen, jonka allekirjoittaessaan he antoivat luvan haastatteluista saadun aineiston käyttämiseen. Haastateltavien yksilösuojaajatellen, opinnäytteessä ei ilmaistu tai mainittu heidän nimiään, sukupuoliaan tai mitään muutakaan tunnistettavissa olevia tekijöitä.

Tutkittaville kerrotaan tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, menetelmät sekä tutkimukseen osallistumiseen liittyvät mahdolliset riskit, jos niitä on. Tutkittavilta varmistetaan myös se, että he tiedostavat mihin ovat ryhtymässä allekirjoittaessaan suostumusta tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkimuksista saatu tieto on luottamuksellista, jolloin niitä ei luovuteta ulkopuolisille tai käytetä muussa yhteydessä kuin mitä tutkittaville on kerrottu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tutkimukseen osallistuvilla on ihmisoikeuksien takaamat eettiset oikeudet, jotka pyrin huomioimaan tarkoin tässä opinnäytetyössä. Informoin haastateltavia etukäteen ennakkokirjeellä, jossa kerroin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista ja käytettävästä menetelmästä. Sama asia käytiin läpi myös ennen haastattelua suullisesti. Haastateltavat olivat tietoisia siitä mihin olivat suostuneet. Haastatteluista saatua aineistoa ei luovuteta ulkopuolisille ja se tullaan hävittämään opinnäytetyöprosessin päätyttyä.

7.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyö prosessina on ollut pitkä ja haastava, mutta samaan aikaan mielenkiintoinen. Prosessi käynnistyi keväällä 2017 ideapaperin suunnittelusta, jolloin haasteena tuli hyvän opinnäytetyöaiheen keksiminen. Itselläni kiinnosti kroonisen kivun hoitaminen ja tämän kiinnostuksen myötä olin törmännyt useaan ot-

teeseen eri lähteissä biopsykososiaaliseen lähestymistapaan, josta sain innostuksen sekä ajatuksen omaan opinnäytetyöhöni. Idea vaihtui aiheen ympärillä useasti ja lopulta työn aihe muotoutui työstettävään muotoon ja pääsin siirtymään tutkimussuunnitelman teko vaiheeseen. Tämän jälkeen prosessi lähti vähitellen etenemään, alku vuonna 2018 sain opettajilta hyväksynnän tutkimussuunnitelmaan ja toimeksiantosopimuksen tein Lapin Kipu ry:n puheenjohtajan kanssa helmikuussa.

Tutkimussuunnitelman hyväksymisen ja haastatteluiden jälkeen oli opinnäytetyötä aikaa työstää vajaa kolme kuukautta, joka tuntui haastavalta, sillä yhtä aikaa oli tulossa myös kahden kuukauden työharjoittelut. Tarkoitukseni oli saada työ valmiiksi toukokuun esitarkastukseen. Tässä kohtaa koin hyväksi, että opinnäytetyötä teki yksin, sillä opinnäytetyöpari olisi tässä vaiheessa ollut toisella paikkakunnalla, jolloin opinnäytetyön työstämisestä olisi saattanut olla hieman vaikeampaa. Opinnäytetyötä yksin tehtäessä, löytyy niin hyviä kuin huonoja puolia. Hyvät puolet olivat, että sai itse määrittää, milloin teki ja mitä teki. Huonot puolet olivat siinä, että kirjoittamisen sai tehdä kokonaan yksin ja analyysin tekeen olisi kaivannut toisen ajatuksia.

Tutkimustehtäväni muokkautui lopullisesti vasta analyysivaiheessa, jolloin sain kokonaisen kuvan siitä mikä olisi työni tarkoituksena. Vahva ajatus taustalla kulki kuitenkin läpi koko opinnäytetyö prosessin, mutta viimeinen ajatus työlle tuli vasta loppuvaiheessa. Prosessin vaikein vaihe oli analysointi ja tulosten auki kirjoittaminen, sillä tutkimustyö on itselleni aivan uusi työskentely alue, jolloin analysointi ja itse tulosten kirjoittaminen luettavaan muotoon oli haastavaa.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui hyvin ja olen kiitollinen Lapin Kipu Ry:n ja sen puheenjohtajan avusta auttaa haastateltavien hankinnassa. Ainoa haaste mikä tässä vaiheessa tuli vastaan, oli että alkuperäinen ideani haastatella pelkästään epäspesifejä alaselkäkipuisia kariutui, koska heitä ei ollutkaan tarjolla niin paljoa kuin olin ajatellut. Tällöin jouduin muuttamaan kohderyhmää epäspesifeistä alaselkäkipuisista yleisesti alaselkäkipuisiin, mikä ei loppujen lopuksi ollut huonoa asia, sillä he olivat käyneet kuitenkin saman prosessin läpi mitä epäspesifit alaselkäkipuisetkin.

Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan hyvin aikaa vievää alusta loppuun, varsinkin, kun viime tutkimustyön teosta on aikaa niin monta vuotta. Opinnäytetyön työstö vei näin ollen odotettua enemmän vapaa-aikaa, mikä tuli yllätyksenä. Tutkimusmenetelmän ja analysoinnin mieltäminen olivat vaikeampia mitä olin etukäteen ajatellut ja tuottivat näin ollen myös paljon ristiriitaisia ajatuksia, varsinkin kun tuntui ettei etenäkään sisällönanalyysistä meinannut aluksi löytää yhteneväistä ohjeistusta. Jatkossa jos tekisin tutkimuksen, lähtisin liikkeelle helpommasta aiheesta ja tutkimusmenetelmästä. Laadullinen tutkimus yksin tehtäessä on haastavaa mutta siitä kyllä selviää, kun tavoitteet ovat selvät. Tärkeä oppi prosessissa oli se, että liian suuria ei kannata lähteä työllä tavoittelemaan varsinkin, jos itse tutkimustyön teko ei ole tuttua. Pitkästä ja haastavasta prosessista huolimatta tavoitin mielestäni työni tarkoituksen ja tavoitteet.

Tarkoituksenani opinnäytetyön viitekehyksessä oli kartoittaa tietoa biopsykososiaalisesta mallista ja tähän linkittyen selvittää haastattelujen avulla, millaisia kokemuksia alaselkäkipuisilla on yleisesti fysioterapiastaan sekä fysioterapeuttien heille tekemästä arvioinnista, ohjauksesta ja käsittelystä liittyen alaselkävun taustalla oleviin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Tämän yhdistelmän kautta tarkoituksenani oli myös saada ajatusta siitä, kuinka hyvin biopsykososiaalisen mallin käyttö näkyy fysioterapeuttisessa kenttätyössä. Mielestäni tavoitin opinnäytetyöni tarkoituksen, saaden kerättyä teoreettista tietoa biopsykososiaaliseen malliin liittyen ja kattavat vastaukset tutkimustehtäviini sain haastateltavilta. Viitekehystä ja tutkimustuloksia verratessani sain myös viitteellistä ajatusta siitä, miten mallin ideologian käyttö on näkynyt kentällä.

Opinnäytetyölleni asetin kolme tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteenani oli tarjota fysioterapiaopiskelijoille ja fysioterapia-alalle teoriaa biopsykososiaalisesta mallista, sen ideologiasta sekä tietoa siitä miten sen käyttö on näkynyt käytännössä alaselkäkipuisten asiakkaiden kuntoutuksessa. Mielestäni sain opinnäytetyöhön koottua perusajatuksia ja ideologiaa biopsykososiaaliseen malliin liittyen, joista etenkin opiskelijat saattavat hyötyä tulevissa opinnoissaan. Työssä nousseiden tutkimustulosten kautta fysioterapia-ala sai viitettä antavaa tietoa siitä, miten hy-

vin biopsykososiaalista mallia käytetään käytännössä. Tavoitteenani toimeksiantajalle (Lapin Kipu ry) oli tarjota yhdistyksen alaselkäkivuisille jäsenille mahdollisuus kertoa haastatteluiden avulla omista kokemuksistaan fysioterapiaansa liittyen. Tavoite täyttyi ja sain kuulla kiinnostavia tarinoita haastateltavilta liittyen heidän kuntoutukseensa. Haastateltavat kertoivat mielellään tarinansa ja oli mukava tarjota heille tilaisuus kertoa ja avautua. Omana tavoitteenani työssä oli saada kartoitettua tietoa biopsyskososiaalisesta lähestymistavasta ja sen käyttömahdollisuuksista. Lisäksi tavoitteenani oli oppia kirjoittamaan tutkimuksellista tekstiä sekä ymmärtää laadullisen tutkimisen perusteet. Sain kartoitettua paljon tietoa kokonaisvaltaisesta huomioinnista ja biopsykososiaalisesta mallista. Harmillista oli, että opinnäytetyön pienen laajuuden vuoksi kaikkea tietoa ei voinut mahduttaa mukaan. Myös tutkimuksellisen tekstin kirjoittaminen kehittyi ja laadullisen tutkimisen perusteet tulivat työn myötä tutuksi.

7.4 Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön viitekehystä verrattaessa tutkimusosioon, ajattelen, että biopsykososiaalisen lähestymistavan käyttö käytännössä on ollut vielä vähäistä verrattuna siihen mitä sen käytön määrän oletetaan ja toivotaan olevan. Tästä työstä saadut tulokset ovat kuitenkin suuntaa antavia muun muassa pienen vastaaja lukumäärän vuoksi. Tämän vuoksi haastateltavia pitäisi olla seuraavassa tutkimuksessa enemmän ja mukaan olisi hyvä saada lisää myös sellaisia, joilla fysioterapia käyntejä on ollut ihan viime vuoden sisälläkin. Tällöin saataisiin mielenkiintoista vertailua sille, miten asiakas on otettu kokonaisvaltaisesti huomioon ennen ja nyt. Biopsykososiaalisen lähestymistavan käytön lisääminen ja siitä puhuminen on tänä päivänä pinnalla etenkin fysioterapia-alalla ja sen käyttöönotto käytäntöön kehittyi vuosi vuodelta. Mitä se oli esimerkiksi viisi vuotta sitten, on täysin eri mitä se on tänä päivänä. Tämä näkyi myös haastatteluissa, ne joilla ensimmäiset fysioterapia käynnit ovat olleet esimerkiksi 10 vuotta sitten, on kokonaisvaltainen kohtaaminen ollut fysioterapiassa silloin vähäisempää verrattuna heihin, joilla käyntejä fysioterapeutin luona on ollut viimeisen vuoden sisään.

Edellä mainitun lisäksi olisi mielenkiintoista tietää myös mitä fysioterapeutit itse ovat mieltä biopsykososiaalisesta lähestymistavasta, miten he sen ymmärtävät ja kuinka he käyttävät sitä alaselkävun kuntoutukseen. Opinnäytetyön myötä

nousi itselleni käsitys, että fysioterapeuteilla on ajatus biopsykososiaalisesta lähestymistavasta, mutta sen näkyminen käytännössä on ollut vähäisempää. Miten he itse näkisivät tilanteen? Toisena ajatuksena nousee esiin biopsykososiaalisen lähestymistavan parempi määrittäminen esimerkiksi käsiteanalyysin avulla. Tämä siitä johtuen, että siltä tuntuu puuttuvan selkeä määrittäminen. Voiko sitä lopulta lopuksi edes tarkoin määrittää.

Opinnäytetyöni teoriaosuus antaa ajatuksen fysioterapeuttipiskelijoille ja fysioterapia-alalle biopsykososiaalisen lähestymistavan ideologiasta ja kuinka sitä voitaisiin käyttää hyödyksi. Työn myötä nousseiden ajatusten myötä kehittämisehdotukseni olisi, että biopsykososiaalista lähestymistapaa painotettaisiin peruskoulutuksessa nykyistä enemmän ja tarjottaisiin lisää työkaluja sen käyttämiseen. Kirjaaminen ja sen myötä ICF luokittelun käyttöönotto ei mielestäni kata vielä biopsykososiaalista lähestymistavan käyttöä. Painotusta tulisi olla esimerkiksi kursseilla, joissa käydään läpi asiakashaastattelua tai asiakastilanteita yleisesti. Kurssit pitäisivät sisällään konkreettista harjoittelua haastatteluun ja asiakastilanteisiin liittyen. Oikeanlainen asenne, asiakkaalle esitettävät kysymykset sekä se miten asiakkaalle puhutaan ovat mielestäni tärkeitä asioita joita asiakastyössä tulisi huomioida. Myös kipuun ja kipukokemukseen liittyvä kurssi olisi mielestäni hyvä sisällyttää pakolliseen peruskurssi sisältöön. Ymmärrys miten ihminen kokonaisuudessaan toimii kivun ympärillä ja kuinka yksilöllistä se on, antaa avaimia sille kuinka kipuilevaa asiakasta lähdetään auttamaan. Ehdotus fysioterapia-alalle olisi, että sieltäkin suunnalta tarjottaisiin lisää kurssituksia muun muassa CFT-menetelmään ja kipuun liittyen. Vahvistettaessa fysioterapeuttien ymmärrystä ja osaamista biopsykososiaalisen lähestymistavan ideologiaan painotuen sen käyttöön ottaminen saattaisi varmistua ja lisääntyä entisestään.

LÄHTEET

Airaksinen, O., Brox, J-I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., Mannion, A-F., Reis, S., Staal, J-B., Ursin, H. & Zanolli, G. 2004. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. Viitattu 9.3.2018.

http://www.backpaineurope.org/web/files/WG2_Guidelines.pdf

Alaselkävivun luokittelu 2018. Verkkokoulutus. Hannu Luomajoki. Physiofiles.

Bevers, K., Watts, L., Kishino, N.D., Gatchel, R.J. 2016. The biopsychosocial model of the assessment, prevention and treatment of chronic pain. *US Neurology*, 2016;12(2):98–10

http://www.touchneurology.com/system/files/private/articles/11859/pdf/The%20Biopsychosocial%20Model%20of%20the_0.pdf

Borrel-Carrio, F., Suchmann, AL. & Epstein, RM. 2004. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of family medicine* Vol.2. No 6. 576-582

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/pdf/0020576.pdf>

Bunzli, S., McEvoy, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P. & O'Sullivan, K. 2016. Patient perspectives on participation in cognitive functional therapy for chronic low back pain. *Phys Ther.* 2016; 96:1397–1407.

<https://doi.org/10.2522/ptj.20140570>

Denzin, N.K & Lincoln Y.S. 1998. *Strategies of Qualitative Inquiry*. Sage Publications

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 4. painos. Tampere: Vastapaino.

Estlander, A-M 2003. *Kivun psykologia*. Helsinki: WSOY

Ferguson, F. 2009. *Managing lower back pain*. Churchill Livingstone Elsevier.

Foster, N.E., Anema, J.R., Cherkin, D., Chou R., Cohen, S.P., Gross, D.P., Ferreira, P.H., Fritz, J.M., Koes, B.W., Peul, W., Turner J.A. & Maher, C.G. 2018. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)

Frankel, R., Quill, T.E. & McDaniel, S.H. 2003. *The Biopsychosocial approach: Past, Present, Future*. University of Rochester Press. Boydell & Brewer Limited.

Gatchel, R.J., Peng, B.O., Peters, M.L., Fuchs, P.N. & Turk, D.C. 2007. The biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and future directions. *Psychosocial Bulletin* vol.133. No. 4, 581-624

<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>

Gardner, T., Refshauge, K., Smith, L., McAuley, J., Hübscher, M. & Goodall, S. 2017. Physiotherapists beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. Australian Physiotherapy Association. Elsevier B.V. Journal of Physiotherapy 63 (2017) 132-143

Guzmán, J. Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E. & Bombardier C. 2001. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. BJM 2001; 322:1511-6

Gifford, L. 2013. Topical issues in Pain 2. Biopsychosocial assessment and management. Relationships and pain. Author house.

Hautala, J. & Ketola, J. 2017. Selkäkipu ja mielen voima. Helsinki: Otava.

Hartvigsen, J., Hancock, M.J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M.L., Genevay, S. Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets & R.J., Underwood, M. 2018. Low Back Pain 1. What low back pain is and why we need to pay attention. The Lancet.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

ICF Research Branch 2017. ICF Core Set for low back pain. Viitattu 2.5.2018. <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/musculoskeletal-conditions/icf-core-set-for-low-back-pain>

Kananen, J. 2008. Kvali: Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitat kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas: Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Karppinen, J., Arokoski, J., Paananen, M., Lausmaa, M., Takala, E-P. & Pohjalainen, T. 2016. Yksilöityjä menetelmiä epäspesifisen alaselkävun diagnostiikkaan ja hoitoon. Duodecim; 132:1427-31.

Karppinen, J., Simula, A-S. & Holopainen, R. 2018. Epäspesifin alaselkävun yksilöllinen biopsykososiaalinen hoitomalli – taustaa ja katsaus Suomessa meillä oleviin tutkimushankkeisiin. Viitattu 21.4.2018. Kipuviesti. <https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/bf6c5fda31956aee9cc3748127ac3ac0/1524317525/application/pdf/299605/Kipuviesti%201-2018.pdf>

Keefe, F., Rumble, M. Scipio, C., Giordano, L., & Perri, L. 2004. Psychological aspects of persistent pain; current state of the science. *The Journal of Pain* 2004;5(4):195-211
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576>

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen J. 2002. Mission: Possible. Opas opinnäytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit Nro 1. 2. uudistettu painos. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Kolt, GS. & Andersen, MB. 2004. Psychology in the physical and manual therapies. United Kingdom: Churchill Livingstone, Elsevier Ltd

Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveiden edistämisen lähtökohtia. Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY

Käypä hoito. 2014. Alaselkäkipu. Viitattu 17.4.2018
www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00002&suositusid=hoi20001

Käypä hoito. 2017. Alaselkäkipu. Viitattu 8.3.2018.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001>

Lall, M.P. & Restrepo, E. 2017. The biopsychosocial model of low back pain and patient-centered outcomes following lumbar fusion. *Orthopaedic nursing*. Vol. 6. nr. 3.

Lambacka, P. 2007. Diagnosointi ja luokittelu kroonisessa epäspesifissä selkävussa. *Manuaali* 4, 12–14.

Linton, S.T. 2005. *Understanding Pain for Better Clinical Practice : A Psychological Perspective*. London. Elsevier Health Sciences.

Lehtola, V. 2015. Alaselkävun pitkittymisen syyt – selkävut eroavat toisistaan. *Hyvä Selkä* 1/2015. Viitattu 8.3.2018
http://selkakanava.fi/sites/default/files/hyvaselka-1-15_10-11.pdf

Metsämuuronen, J. 2000. *Laadullisen tutkimuksen perusteet*. Helsinki: Methelp.

Olaya-Contreras, P. 2011. *Biopsychosocial analyses of acute and chronic pain, especially in the spine - The effect of distress on pain intensity and disability*. Sweden: Intellecta Infolog

Oostendorp, R.A.B., Elvers, H., Mikolajewska, E., Laekeman, M., van Trijffel, E., Samwel, H. & Duquet, W. 2015. Manual Physical Therapists' Use of Biopsychosocial History Taking in the Management of Patients with Back or Neck Pain in Clinical Practice. *Hindawi Publishing Corporation: The Scientific World Journal* Volume 2015, Article ID 170463.
<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2015/170463/>

O'Sullivan, P. 2005. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Manual Therapy* 10, 242-255.

O'Sullivan, P. 2005. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. Viitattu 21.4.2018. *Manual Therapy* 10, 242-255.
<http://www.marklandclinic.com/wp-content/uploads/OSullivan2005.pdf>

O'Sullivan P. 2012. It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain management. *Brit J Sports Med.* 2012; 46:224-227.

O'Sullivan, K., Dankaerts, W. O'Sullivan, L. & O'Sullivan P.B. Cognitive functional therapy for disabling, nonspecific chronic low back pain: multiple case cohort study. *Phys Ther.* 2015; 95:1478-1488.

Ota kipu haltuun 2018a. Selkäkipu. Viitattu 4.4.2018.
http://www.otakipuhaltuun.fi/selkäkipu_tutki1

Ota kipu haltuun 2018b. Selkäkipu. Viitattu 30.4.2018
http://www.otakipuhaltuun.fi/selkäkipu_tutki4/

Pain-ED 2016. Physiotherapists' confidence implementing a biopsychosocial approach to managing CLBP. Viitattu 30.4.2018.
<http://www.pain-ed.com/blog/2016/09/22/physiotherapists-confidence-implementing-a-biopsychosocial-approach-to-managing-clbp/>

Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016a. ICF-luokitus; Johdanto. Viitattu 2.5.2018. Duodecim Oppiportti.
www.oppiportti.fi/op/ktm00017/do

Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016b. ICF-luokitus; Esittely. Viitattu 2.5.2018. Duodecim Oppiportti.
www.oppiportti.fi/op/ktm00017/do

Pohjalainen, T., Karppinen, J. & Malmivaara, A. 2015. Aikuisten alaselkäkipu. Viitattu 9.3.2018. *Fysiatria.* Duodecim.
<http://www.oppiportti.fi/op/fys00012/do#s1>

Russell, Lani 2013. *Sociology for health professional. Biomedicine.* Viitattu 25.3.2018. SAGE publications Ltd.
https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/59005_Russell.pdf

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto.* Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 18.4.2018. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Sanders, T., Foster, N.E., Bishop, A. & Ong, B.I. 2013. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists accounts of back pain consultation. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 14:65.

Stewart, J., Kempenaar, L. & Lauchlan, D. 2011. Rethinking yellow flags. *Manual therapy* 16: 196-198. Elsevier

Synnott, A., O'Keefe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P. & O'Sullivan K. 2015. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 61(2), 68-76
[http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553\(15\)00017-X/pdf](http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553(15)00017-X/pdf)

Synnott, A., O'Keefe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., Robinson, K. & O'Sullivan, K. 2016. Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: qualitative study. *Journal of Physiotherapy*. 62: 251-221.)
[http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553\(16\)30052-2/fulltext](http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553(16)30052-2/fulltext)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. ICF-luokitus. Viitattu 2.5.2018.
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018. ICF-ydinlistat ja tarkistuslista. Viitattu 2.5.2018.
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-ydinlistat-ja-tarkistuslista#yleinen>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Trockim, W. & Donnelly, J. 2008. The Research Methods Knowledge Base. Unites States. Cengage

Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. ICF- luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten, miksi? Viitattu 2.5.2018. *Fysioterapia* 4/2014.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116875/Valkeinen%20%20Anttila%20Fysioterapia%204_2014.pdf?sequence=1

Vibe, F.K., O'Sullivan P., Skouen, J., Smith, A., Kvåle, A. 2013. Efficacy of classificationbased cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Eur J Pain* 2013; 17: 916-928.

Viikari-Juntura, E., Heliövaara, M. & Alaranta, H. 2009. Tuki- ja liikuntaelimityn sairauksiin ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy. Teoksessa: Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) *Fysiatra*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 28-40.

Waddell, G. 2004. *The Back Pain Revolution*. 2.painos. Elsevier.

Waddell, G. & Burton, K. 2005. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. Vol 19, No. 4, pp- 655-670

Wade D.T. & Halligan,P.W. 2014. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BJM* 2014;329:1398-401

Wade, D.T. & Halligan P.W. 2017. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation* vol. 31 (8), 995-1004.

WHO 2002. *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Viitattu 30.4.2018.

<http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf>

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Tiedote haastatteluun tulevalle
- Liite 3. Suostumuslomake
- Liite 4. Esimerkki tulosten analysointi taulukosta

Liite 1. Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Lapin Kipu Ry Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Terttu Ämmälä	
	Työn aihe "Bio-Psyko-Sosio, Näetkö minut kokonaisuutena?"	
Tekijä	Nimi Jenna Mikkonen	Opiskelijanumero
	Katuosoite Jokiväylä 11	Postinumero 96300
	Puhelin	Postitoimipaikka Rovaniemi
	Suoritettava tutkinto Fysioterapia	Sähköpostiosoite
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Erja Rahkola/Mika Rahkola	Ryhmätunnus RF75F15S
	Toimipaikka ja osoite Jokiväylä 11, 96300 Rovaniemi	Tehtävänimike Hyvinvointipalvelujen osaamisala Soteala fysioterapia Lehtori
	Puhelin Erja Rahkola p. 040 731 6055 Mika Rahkola p. 040 052 6733	Sähköpostiosoite erja.rahkola@lapinamk.fi mika.rahkola@lapinamk.fi
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeuden säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan	Toimeksiantajalle ei koidu työstä minkäänlaisia kustannuksia	
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä 22.2.2018	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Rovaniemi	Terttu Ämmälä
Tekijä	Rovaniemi 22.2.2018	Jeelellä
Lapin AMK	Rovaniemi 1.3.2018	

Liite 2. Tiedote haastatteluun tulevalle



TIEDOTE HAASTATELUUN TULEVALLE

Hei,

Olen fysioterapeuttipiskelija Lapin ammattikorkeakoulusta Rovaniemeltä ja tekemässä opinnäytetyötä liittyen fysioterapeutin kokonaisvaltaiseen työskentelyotteeseen alaselkäkipuista kuntouttaessa. Kokonaisvaltaisessa työskentelyotteessa on tarkoituksena ottaa huomioon asiakkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Ihmisen kokonaisvaltainen huomiointi on tärkeä osa fysioterapeutin työtä sekä kuntoutusprosessia. Työni tarkoituksena on kartoittaa, onko kokonaisvaltaista työtettä mielletty käytäntöön ja miten sen käyttö ilmenee fysioterapeutin työssä? Tavoitteena työllä on saada fysioterapiaalalle uutta materiaalia fysioterapeuttien asiakassuhteiden onnistumisesta.

Opinnäytetyötutkimustani varten tavoitteenani on saada haastateltavaksi ihmisiä, joilla on yli 3 kuukautta kestänyt alaselkäkipu ja jonka mahdolliselle aiheuttajalle ei ole löydetty syytä. Te olette esittäneet kiinnostuksenne osallistua yhdeksi opinnäytetyöni haastateltavaksi ja kiitän siitä. Haastattelu tullaan tekemään mahdollisuuksien mukaan kasvotusten ja Teille sopivassa paikassa. Tarvittaessa haastattelu voidaan tehdä myös puhelimitse. Haastattelut tullaan nauhoittamaan analysointia varten. Analysoin vastaukset nimettöminä. Saatu aineisto pidetään salassa tutkimuksen ajan ja hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyö tulee olemaan luettavissa ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöjulkaisujen internet osoitteessa www.theseus.fi vuoden 2018 loppuun mennessä.

Tämän tiedotteen mukana tulee kaksi kappaletta suostumuslomakkeita, joihin pyydän Teitä ystävällisesti tutustumaan huolella ja halutessanne osallistua tutkimukseen allekirjoittamaan kummatkin kappaleet sekä postittamaan toisen minulle oheisessa palautuskuoressa. Toinen kappale jää Teille itsellenne. Vaikka allekirjoitatte suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta, teillä on kuitenkin mahdollisuus peruuttaa haastatteluun osallistuminen tai keskeyttää itse haastattelu, jos siltä tuntuu.

Jos Teillä ilmenee kysyttävää opinnäytetyöhöni liittyen, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin

Opinnäytetyöni ohjaajat

Jenna Mikkonen
fysioterapeuttipiskelija

Erja Rahkola, lehtori
erja.rahkola@lapinamk.fi, p. 040 731 6055
Mika Rahkola, lehtori
mika.rahkola@lapinamk.fi, p. 0400526733

Liite 3. Suostumuslomake



Jenna Mikkonen
 Opinnäytetyö
 Lapin Ammattikorkeakoulu
 Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala
 Fysioterapian koulutusohjelma

SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun haastatteluun, jossa kartoitetaan pitkittyneiden epätavallisten alaselkikipuisten asiakkaiden kokemusten avulla, miten fysioterapeutin kokonaisvaltainen työskentelyote (joka huomioi alaselkävun taustalla olevat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät) ilmenee alaselkikipuisten kuntoutuksessa. Allekirjoittaessani suostumuslomakkeen, annan opinnäytetyön tekijälle, Jenna Mikkoselle, luvan käyttää haastattelusta saatua materiaalia opinnäytetyössään. Annan samalla suostumuksen myös haastattelun nauhoittamiselle, tietäen että nauhoitukset tullaan tuhoamaan asianmukaisin menetelmin opinnäytetyön valmistuttua. Minulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen ilman mitään merkittävää syytä

Olen tietoinen opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Tarvittaessa voin olla yhteydessä opinnäytetyön tekijään opinnäytetyöhön ja sen toteuttamiseen liittyvissä asioissa, jos kysyttävää ilmenee.

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus & nimenselvennys

Paikka & päiväys

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus & nimenselvennys

Paikka & päiväys

Jenna Mikkonen
 Lapin Ammattikorkeakoulu

Liite 5. Esimerkki tulosten analysointi taulukosta

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Psyykkiset joo, et ei periaatteessa oo kauheena kartoitettu"	Psyykkisen puolen kartoittamattomuus	Psyykkisen puolen vähäinen arviointi ja kartoittamattomuus	Alaselkäkipuisten kokemuksia fysioterapeutin tekemästä arvioinnista, käsittelystä ja ohjauksesta psyykkisiin tekijöihin liittyen
"Ei ole mitenkään kartoitettu silloin alussa, ei kysytty miten jaksaa miten vaikuttaa, siis ei ollenkaan"		→	
"Sivutetaan niinkö täysin"	Psyykkisen puolen huomiotta jättäminen		
"Ei mitenkään, kukaan ei oo koskaan multa edes kysynyt, että miten mie voin"	→	→	→
"Ei oo niinku fysioterapian puolelta niin, semmosta että... saattanut ohimennen kysyä jotakin. Justiin vointia ja näin mutta ei sen kummempaa"	Osittainen kartoittaminen	→	
"Ei oo tullut mittään ohjaamista"	Ei ohjaamista	Psyykkiseen puoleen liittyvän ohjaamisen puutteellisuus	
"Mulla on tuo rentoutuminen"	Harjoitteet	Psyykkiseen puoleen liittyvien harjoitteiden ohjaaminen, kuten rentoutuminen ja mielikuvaharjoitteet	
"Niinku ajatuksia, ajatuksen kautta on, että nää on tullut ihan niinku fysioterapeuteilta, nää niinku mielikuvaharjoitteet"			→
"Mun piti ite pyytää, että mie pääsisin psykiatriselle hoitajalle"	Omatoiminen ohjautuvuus mielenterveysohjaukseen	Omatoiminen ohjautuvuus ulkopuolisen avun tarjoajan puoleen	
"Ei kukaan, ei milläänlailla. Mä oon ite hakeutunut sitten mielenterveystoimiston asiakkaaksi kaks vuotta sitten"	→	→	→
"Ei oo mistään ollut mittään että, et ite on netistä löytänyt noita"	Omatoiminen psyykkisen puolen tuen etsiminen	→	