



Spondylartropatiatautiin sairastuneiden käsityksiä fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon

Hakanen, Lauren

Mäntymäki, Julia

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Spondylartropatiatautiin sairastuneiden käsityksiä
fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista
harjoittelumotivaatioon

Hakanen Lauren
Mäntymäki Julia
Fysioterapian ko
Opinnäytetyö
Helmikuu 2013

Spondylartropatiatautiin sairastuneiden käsityksiä fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon

Vuosi 2013 Sivumäärä 77

Suomessa sairastuu vuosittain noin 800 henkilöä spondylartropatioihin eli tulehduksellisiin niveltauteihin (Kaipiainen-Seppänen 2000). Spondylartropatioiden pisimmälle edennyttä ja vaikeinta muotoa edustaa selkärankareuma. Selkärankareuman hoidossa painottuu omatoiminen liikehoito ja lääkehoito (Leirisalo-Repo ym. 2002, 186, 196–198). Fysioterapiassa selkärankareumaatikko saa ohjausta omatoimiseen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen (Hiltunen & Pirinen 2012).

Opinnäytetyö tuotettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) HYKS:n Helsingin fysiatrian poliklinikan kanssa, sillä fysioterapeutit tarvitsivat uusien käytänteiden tueksi tietoa spondylartropatiatautia sairastavien henkilöiden fysioterapiaseurantakäyntien tarpeellisuudesta. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää spondylartropatiatautia sairastavien käsityksiä seurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon. Tutkimukseen osallistui kahdeksan spondylartropatiatautiin sairastunutta henkilöä. Kvalitatiivinen tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla tutkimushenkilöitä. Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää hyödynnettiin tutkimushenkilöiden lihasvoiman, liikkuvuuden ja koetun toimintakyvyn mittaustulosten muutosten tarkastelussa.

Kvalitatiivisten tutkimustulosten perusteella fysioterapiaseurantakäynnit motivoivat omatoimiseen harjoitteluun ainakin lyhytaikaisesti. Erityisesti seurantakäynneillä tehtävät, fyysisiä ominaisuuksia mittaavat testit, motivoivat harjoitteluun. Tutkimustulosten perusteella fysioterapiaohjaus koetaan asiantuntevana, mutta se ei aina toteudu täysin yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tuloksista käy ilmi, että omatoimiseen harjoitteluun motivoi seurantakäyntien lisäksi olennaisesti halu ylläpitää omaa kuntoa. Omatoimisen harjoittelun toteutumista vaikeuttaa eniten motivaation puute.

Kvantitatiivisten tutkimustulosten perusteella fysioterapian aikana merkittävimmät muutokset positiiviseen suuntaan tapahtuivat tutkimushenkilöiden lihasvoimissa. Liikkuvuustestien tuloksissa ei tapahtunut yhtä merkittäviä muutoksia mutta pääasiallinen kehityssuunta oli kuitenkin positiivinen.

Hakanen Lauren
Mäntymäki Julia

Spondyloarthropathy patients' perceptions of physiotherapy follow-up appointments and their influence on exercise motivation

Year	2013	Pages	77
------	------	-------	----

Every year approximately 800 people in Finland become ill with spondyloarthropathies i. e. inflammatory joint diseases (Kaipiainen-Seppänen 2000). Ankylosing spondylitis is the most severe condition of spondyloarthropathies. The main treatments for ankylosing spondylitis are therapeutic exercise and medical treatment (Leirisalo-Repo et al. 2002, 186, 196–198). In physiotherapy patients with ankylosing spondylitis are instructed to maintain and improve their ability to function (Hiltunen & Pirinen 2012).

The thesis was conducted with the physiatry outpatient clinic in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) because physiotherapists needed information to support the new guidelines for the physiotherapy of spondyloarthropathy patients. The purpose of the thesis was to produce evidence-based information to Helsinki physiatry clinic of the necessity of two follow-up appointments for spondyloarthropathy patients. The aim of the thesis was to investigate spondyloarthropathy patients' perceptions of follow-up appointments and their influence on exercise motivation. Eight spondyloarthropathy patients participated in the thesis. Qualitative research material was gathered by interviewing the examinees. Quantitative research method was used to examine changes in measurement results of muscle strength, mobility and the experienced ability to function.

On the basis of the qualitative research results physiotherapy follow-up appointments increase exercise motivation at least temporarily. In follow-up appointments especially the tests that measure physical ability increase exercise motivation. Based on the findings examinees consider that physiotherapy instruction is professional but it is not always individual enough. The findings show that the patient's wish to maintain the physical condition increases exercise motivation. The lack of motivation decreases the amount of exercise.

Based on the quantitative research results the most significant positive changes during physiotherapy were seen in the examinees' muscle strength. There were not as significant changes in the results of mobility tests although the results had mainly improved during physiotherapy.

Keywords: spondyloarthropathies, ankylosing spondylitis, exercise motivation, physiotherapy follow-up appointment

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Teoreettinen viitekehys.....	8
3	Selkärangan anatomiaa	9
4	Spondylartropatiat	10
4.1	Selkärankareuma	10
4.1.1	Taudinkuva	10
4.1.2	Diagnosointi	11
4.1.3	Etiologia ja patogeneesi	12
4.1.4	Hoito ja ennuste.....	13
5	Spondylartropatiatautiin sairastuneiden yksilöllinen fysioterapiaohjaus	15
6	Selkärankareumaatikon toimintakyvyn arviointi ja seuranta	16
6.1	Liikkuvuusmittaukset	16
6.1.1	Schoberin testi.....	17
6.1.2	Takaraivo-seinämitta	17
6.1.3	Hengitysero.....	18
6.1.4	Lannerangan lateraalifleksio	18
6.2	Lihassoimamittaukset	18
6.2.1	Puristusvoima	19
6.2.2	Toistokykystestit	19
6.2.3	Vatsalihasten toistotesti	20
6.2.4	Selkälihasten staattinen testi	20
6.3	The Bath -indeksi.....	21
6.3.1	BASFI.....	22
6.3.2	BASDAI	22
6.4	VAS-kipujana	23
7	Harjoittelumotivaation merkitys	24
8	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	26
9	Opinnäytetyön menetelmät	26
9.1	Aineiston hankinta	28
9.2	Aineiston analysointi.....	30
10	Kvalitatiivisen tutkimuksen tulokset.....	32
10.1	Harjoittelumotivaatio	32
10.1.1	Seurantakäyntien vaikutus harjoittelumotivaatioon	33
10.1.2	Yksilöllisten tekijöiden vaikutus harjoittelumotivaatioon.....	34
10.2	Fysioterapiaohjaus	35
10.2.1	Yksilöllinen fysioterapiaohjaus	36
10.2.2	Sairauteen liittyvä tiedonsaanti.....	39
10.3	Omatoiminen harjoittelu	40

10.3.1	Harjoittelu omatoimisena hoitomuotona.....	41
10.3.2	Omatoimisen harjoittelun mahdollisuudet.....	42
10.4	Seurantakäyntien toteutuminen.....	43
10.4.1	Seurantakäyntien tarpeellisuus	44
10.4.2	Fysioterapeutti asiakkaan tukena	45
10.4.3	Seurantakäyntien käytännön toteutus	46
10.4.4	Fysioterapian tarve jatkossa.....	46
11	Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset.....	47
12	Pohdinta	55
12.1	Tulosten pohdinta.....	55
12.2	Eettisyys	60
12.3	Luotettavuus	62
12.4	Jatkotutkimusehdotukset	63
	Lähteet	66
	Kuviot ja taulukot.....	69
	Liitteet.....	70

1 Johdanto

Suomessa sairastuu vuosittain noin 800 henkilöä spondylartropatioihin eli tulehduksellisiin niveltauteihin. Selkärankareuma on spondylartropatioiden kroonisin tautimuoto, ja sen esiintyvyyden on arvioitu olevan noin 1 % aikuisväestöstä. (Kaipiainen-Seppänen 2000) Selkärankareuma on myös nivelreuman jälkeen yleisin tulehduksellinen krooninen nivelsairaus. Selkärankareumassa pitkäaikaisia niveltulehduksia esiintyy erityisesti selkärangan alueella, mutta myös raajojen nivelissä. Miehillä ja naisilla selkärankareumaa esiintyy saman verran, mutta miehillä taudinkuva on usein vaikeampi. (Suomen Reumaliitto ry 2011b)

Spondylartropatiataudeille altistaa perinnöllinen HLA-B27-antigeeni, joka on verikokein todettu noin 95 prosentilla selkärankareuma-diagnoosin saaneista. Tämä riskitekijä on suomalaisilla verrattain yleinen, minkä vuoksi spondylartropatiatauteja, erityisesti selkärankareumaa, esiintyy Suomessa melko runsaasti. (Martio, Karjalainen, Kauppi, Kukkurainen & Kyngäs 2007, 343) Suomen Reumaliiton mukaan vuonna 2011 Suomessa oli noin 10 000 hoitoa tarvitsevaa selkärankareumapotilasta (Suomen Reumaliitto ry 2011b). Selkärankareuman hoidossa painottuu omatoiminen liikehoito ja lääkehoito (Leirisalo-Repo ym. 2002, 196–198). Selkärankareumaa sairastavien fysioterapiassa asiakasta ohjataan ja neuvotaan sairaus huomioon ottaen ylläpitämään ja parantamaan omaa työ- ja toimintakykyään (Hiltunen & Pirinen 2012).

Ajatus opinnäytetyöhön syntyi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) HYKS:n Helsingin fysiatrian poliklinikalla toteutuneesta työharjoittelusta, jonka aikana heräsi kiinnostus spondylartropatiaa sairastavien fysioterapiaa kohtaan. Opinnäytetyö tuotettiin yhteistyössä Helsingin fysiatrian poliklinikan fysioterapeuttien kanssa, sillä fysioterapeutit tarvitsivat uuden käytänteiden tueksi tietoa spondylartropatiatautia sairastavien henkilöiden fysioterapia-seurantakäyntien tarpeellisuudesta ja tuloksellisuudesta. Helsingin fysiatrian poliklinikka sijaitsee Vega-talossa ja se tarjoaa palveluja Helsingin Reumapoliklinikalle sekä Jorvin sairaalan ja Peijaksen sairaalan reumapoliklinikalle. Vega-talolla spondylartropatiaa sairastavien henkilöiden fysioterapiassa on otettu käyttöön ensikäynnin lisäksi kolmen ja kuuden kuukauden kontrollikäynnit. Fysioterapeutit halusivat tietoa kontrollikäyntien tarpeellisuudesta, jotta käytössä olevat resurssit voidaan hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti.

Spondylartropatiaa sairastavat asiakkaat ohjautuvat Helsingin fysiatrian poliklinikalle fysioterapiaan reumatologin lähettämänä. Tavoitteena olisi, että asiakkaat olisivat ennen yksilöllisen fysioterapian alkamista osallistuneet selkärankareuman ensitietopäivään, jossa asiakkaat saavat eri erikoistyöntekijöiden ohjausta ja neuvontaa sairauden kanssa elämiseen. Ensitietopäivän jälkeen asiakas varaa ajan yksilölliseen fysioterapiaohjaukseen, jossa ohjataan ja neuvotaan yksilöllisesti sairaus huomioon ottaen ylläpitämään ja parantamaan työ- ja toimintakykyä sekä arvioidaan mahdollista apuvälinetarvetta. Fysioterapiassa asiakkaalle tehdään liikkuvuus-

ja lihasvoimamittaukset sekä arvioidaan kivun määrää VAS-asteikolla. Lisäksi arvioidaan asiakkaan omaa kokemusta taudin aktiivisuudesta ja vaikutuksesta päivittäisten toimien suorittamiseen BASFI- ja BASDAI-kyselylomakkeilla. Asiakkaalle varataan seurantakäyntiajat kolmen ja kuuden kuukauden päähän fysioterapian ensikäynnistä, jolloin mittaukset toistetaan. (Hiltunen & Pirinen 2012)

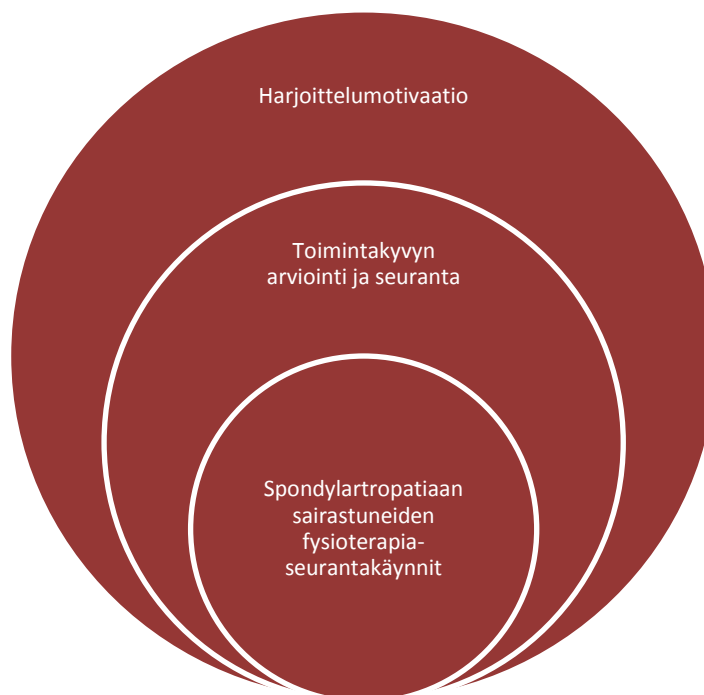
Vega-talon reumapoliklinikan fysioterapiassa asiakkaalle ohjataan selän liikkuvuusharjoitteita, ryhti- ja hengitysharjoituksia sekä lihasvenyttelyjä yksilölliset erityispiirteet ja sairaus huomioiden. Lisäksi asiakas saa ohjausta omaehtoiseen nivelten säästämiseen ja ergonomiseen kuormittamiseen. Fysioterapiassa asiakasta motivoidaan liikkumaan WHO:n liikuntasuositusten mukaisesti. (Hiltunen & Pirinen 2012)

Opinnäytetyössä selvitettiin tutkimushenkilöiden käsityksiä seurantakäynneistä sekä niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon. Lisäksi tarkasteltiin lihasvoiman, liikkuvuuden ja toimintakyvyn mahdollisia muutoksia kontrollikäyntien välillä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tutkittua tietoa Helsingin fysiatrian poliklinikalle kahden fysioterapiaseurantakäynnin tarpeellisuudesta spondylartropatiatautiin sairastuneiden näkökulmasta.

2 Teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyön viitekehys muotoutui spondylartropatiaan sairastuneiden henkilöiden fysioterapiaseurantakäyntien ympärille. Tärkeänä tarkastelun kohteena oli spondylartropatiaan sairastuneiden toimintakyvyn arviointi ja seuranta. Päättökysymys pohjautuu asiakkaan käsityksiin seurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon, minkä vuoksi harjoittelumotivaation käsite oli opinnäytetyössä keskeisessä asemassa. Teoreettinen viitekehys on esitetty kuviossa 1.

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat spondylartropatiaan sairastuneet henkilöt, joiden fysioterapiaseuranta toteutettiin Helsingin fysiatrian poliklinikan selkärankareumaatikkojen fysioterapiaprosessikuvauksen mukaisesti (Hiltunen & Pirinen 2012). Tämän vuoksi opinnäytetyössä esitellään erityisesti spondylartropatioiden pisimmälle edennyttä muotoa, selkärankareumaa. Koska selkärankareuman vaikutukset näkyvät erityisesti selkärangassa, on opinnäytetyössä selvitetty myös yleisesti selkärangan anatomiaa.



Kuvio 1: Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3 Selkärangan anatomiaa

Selkärangassa on 34 nikamaa. Nikamat on jaoteltu sijaintinsa perusteella: kaularanka (cervical spine) 7 kpl, rintaranka (thoracic spine) 12 kpl, lanneranka (lumbar spine) 5 kpl, ristiluu (sacrum) 5 kpl ja häntälää (coccyx) 3–5 kpl. Aikuisilla häntä- ja ristinikamat ovat kasvaneet yhteen, joten varsinaisia liikkuvia nikamia on 24 kappaletta. Selkäranka ei ole suora, vaan useamman nikaman alueella on kaarimaista muodostelmaa. Kaarien muoto johtuu osittain välilevyjen ja nikamien kiilamaisuudesta. Eteenpäin suuntautuvaa kaarta eli lordoosia on normaalissa kaula- ja lannerangassa ja taaksepäin suuntautuvaa kaarta eli kyfoosia on rintarangassa. Selkärangan normaalit kaaret helpottavat tasapainon ylläpitoa kävelyn aikana. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa ym. 2008, 81) Rangan kaarissa voi olla luonnollista vaihtelevuutta, johon voi vaikuttaa eriäviä ryhdyt, kehotyypit ja harjoitusvaikutukset (Key & Chaitow 2010, 74).

Nikama koostuu nikamasolmusta (corpus vertebrae), nikamakaarista (arcus vertebrae), kahdesta sivulle suuntautuvasta poikkihaarakkeesta (processus transversus), yhdestä taaksepäin suuntautuvasta okahaarakkeesta (processus spinosus) sekä neljästä viereisiin nikamiin liittävästä ylemmistä (superior) ja alemmista (posterior) nivelhaarakkeista (processus articularis). Nikamien reiät (foramen vertebrae) muodostavat selkäydinkanavan, jossa selkäydin (medulla spinalis) kulkee. Aikuisilla selkäydin päättyy suunnilleen ensimmäisen lannenikaman kohdalle. (Leppäluoto ym. 2008, 81–82)

4 Spondylartropatiat

Spondylartropatioiden tautiryhmään luokiteltavia sairauksia ovat selkärankareuma, nivelpsoriaasi, reaktiivinen artriitti ja koliittiartriitti. Spondylartropatioille tyypillisiä oireita ovat epäsymmetrinen oligoartriitti eli muutamien nivelten tulehdukset (Suomen Reumaliitto ry 2011a), ristiselkäoireet, nivelten ulkoiset oireet sekä entesiitit eli jänne-luuliitosten tulehdukset. Tulehduksellisia oireita voi esiintyä myös iholla, silmässä, limakalvolla ja suolistossa. (Leirisalo-Repo, Hämäläinen & Moilanen 2002, 185) ICF:n (International Classification of Functioning, Disability and Health) mukaan spondylartropatioissa yleisimpiä rajoitteita esiintyy nivelten liikkuvuudessa, nivelten stabiiliteetissa, lihasvoiman ja tehon tuotossa sekä kipuaistimuksessa (Hiltunen & Pirinen 2012). Sairastuminen on usein perinnöllistä ja suurimmalla osalla HLA-B27-kudostekijä on positiivinen, lukuunottamatta nivelpsoriaasia. Positiivinen HLA-B27-kudostekijä lisää alttiutta sairastua spondylartropatioihin, mutta se ei yksinään aiheuta sairastumista. Suurin osa positiivisen HLA-B27-kudostyyppin perineistä ei koskaan sairastu spondylartropatioihin. Sairauden syntyyn vaaditaan myös ulkoisia tekijöitä, kuten infektio, ihotuma tai suolitulehdus. (Martio ym. 2007, 343)

4.1 Selkärankareuma

4.1.1 Taudinkuva

Spondylartropatioiden pisimmälle edennyttä ja vaikeinta muotoa edustaa selkärankareuma. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 186) Selkärankareuma ilmaantuu tyypillisesti 20–40-vuoden iässä ja harvoin yli 45-vuotiaana. Selkärankareuma on toiseksi yleisin tulehduksellinen krooninen nivelsairaus, jossa oireena on kroonisen selkäkivun lisäksi joka kolmannella raajanivelten tulehduksia eli artriitteja. Hoitamattomana tauti voi edetä selkärangan jäykistymiseen kyfoottiseen asentoon, jossa pitkään jatkuneet tulehdukset muodostavat uudisluuta nikamien välille. Suurimmalla osalla tulehdusta esiintyy vain SI-nivelessä eli risti-suoliluunivelessä sekä selkärangan fasettinivelissä ja nikamavälilevyjen kiinnityskohdissa. (Martio ym. 2007, 343–345)

Selkärankareumassa tyypillisin oire on aamuisin ja paikallaan ollessa tuntuva ristiselän kipu sekä jäykkyys ja arkuus, joka helpottuu liikkeelle lähtiessä. Kipu voi säteillä pakaroihin, reisiin ja polvitaipaisiin asti. Nilkkaan ja varpaisiin säteilevä kipu liitetään pikemminkin iskias-tyyppiseen oireiluun. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 190–191) Selkärankareuma alkaa usein SI-nivelen, lannerangan ja rintarangan nivelten muutoksista, josta tauti lähtee etenemään selkärankaa pitkin. (Dziedzic & Hammond 2010, 274–276)

Muita selkärankareumaaikoille tyypillisiä oireita ovat yölliset herättävät selkäkivut ja yleinen väsymyksen tunne. Sairaudesta johtuen voi esiintyä ryhtimuutoksia, joissa lannerangan luon-

nollinen notko eli lordoosi oikenee ja rintarangan kyfoosi eli pyöreys korostuu. (Dziedzic ym. 2010, 274–276) Usein alaraajapainotteiset artriitit ja jänne-luuliitosten entesiitit ovat myös yleisiä selkärankareumasta aiheutuvia oireita. Nivelten tulehdukset eli artriitit esiintyvät selkärankareumaatikoilla tyypillisesti olka-, fasetti-, risti-suoliluu-, lonkka- ja polvinivelissä. Jänne-luuliitosten tulehdukset eli entesiitit voivat esiintyä esimerkiksi rintalastasolisluuliitoksessa, olkaluun koukistajalisäkkeessä, okahaarakkeissa, istuinkyhmyissä, polvilumpion kärjessä, akillesjänne-kantaluuliitoksessa ja jalkapohjan kalvojänteessä. Trokanterbursiitti ja -insertiitti ovat myös mahdollisia oireita. (Martio ym. 2007, 345) Entesiittien painottuessa kylkiluihin, rintanikamiin ja rintalastaliitoksiin saattaa aiheutua kipua, joka pahenee yskiessä, aivastaessa ja syvään hengittäessä (Leirisalo-Repo ym. 2002, 191).

Selkärankareumasta voi aiheutua myös liitännäissairauksia, kun taudin aiheuttamat tulehdusmuutokset leviävät tuki- ja liikuntaelimistöstä muualle elimistöön. Silmän värikalvon tulehdus eli iriitti esiintyy joka kolmannella jossain vaiheessa taudin etenemistä, mutta joillekin se voi olla myös taudin ensioire. Iriitistä aiheutuu tois- tai molemminpuoleista silmäkipua, valonarkuutta, punotusta, kyynelähtymistä ja näönhämärtymistä, jonka hoito vaatii silmälääkärin ohjeistusta. Yhtenä liitännäissairautena on myös verisuonentulehdus, josta voi aiheutua läppävuoto ja edelleen sydämen toimintahäiriö. Amyloidoosi eli poikkeava valkuainen voi kertyä elimistöön reumaattisen tulehduksen jatkuessa vuosikausia. Amyloidoosikertymä voi aiheuttaa sisäelinten, kuten munuaisten toiminnan häiriintymistä. Hyvin harvinaisissa selkärangan nikamien yhteenluutumisissa liitännäisoireena esiintyy osteoporoosia. (Martio ym. 2007, 347)

4.1.2 Diagnosointi

Selkärankareuman diagnosointi perustuu oireiden määrittämiseen, kliiniseen tutkimukseen sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksiin. Vahva selkärankareumaepäily muodostuu, jos asiakas on nuori ja hänellä on tulehduksellista selkäkipua sekä kudostekijä HLA-B27 on positiivinen. Lääkärin kliinisessä tutkimuksessa selkärangan liikkuvuus todetaan usein alentuneeksi, SI-nivelen kipuprovaatiotestit ovat positiivisia sekä mahdollisesti todetaan artriitti- ja entesiittilöydöksiä. Selkärankareumassa selkärangan liikkuvuus usein alenee etenkin lateraalifleksio- ja rotaatiosuunnassa (Dziedzic ym. 2010, 274–276). Laboratoriotutkimuksissa HLA-B27-kudostekijän lisäksi elimistön tulehdustilaa kuvaavat CRP ja lasko voivat olla koholla. Diagnoosi usein varmistuu SI-nivelten röntgenkuvilla, jos SI-nivelessä on todettavissa selkeä sakroiliitti. Tyypillisesti hitaasti tapahtuvat sakroiliittimuutokset eivät näy välttämättä vuosiin röntgenkuvissa, minkä vuoksi diagnoosin saaminen voi viivästyä. Magneettikuvauksella sakroiliittimuutokset voidaan todeta jo varhaisessa vaiheessa, mutta lähetteen kalliiseen magneettikuvaukseen voi tehdä vain erikoislääkäri. Magneettikuvauksella on kuitenkin tärkeä merkitys selkärankareumaatikkojen varhaisdiagnoosiin kannalta. Varhaisdiagnoosi on tärkeää tulehduksellisen reaktion rauhoittamisen ja rangan pysyvien luutumismuutosten ehkäisemisen

kannalta. Selkärankareuman diagnosoi yleensä reumatologi. (Martio ym. 2007, 346 & 349) Myös fysiatrinen tai terveyskeskuslääkäri voi diagnosoida selkärankareuman. Asiakas tulisi kuitenkin ohjata reumatologille, jotta asianmukainen hoito, ohjaus ja ammatillinen kuntoutus voidaan aloittaa. (Leirisalo-Repo 2012)

Pahimmassa tapauksessa selkärankareuma tunnustetaan vasta, kun selkäranka on jäykistynyt kyfoottiseen asentoon, jolloin tauti on helppo diagnosoida. Diagnoosissa viivettä saattaa olla miehillä 8–10 vuotta ja naisilla 10–13 vuotta. Naisilla diagnosointia vaikeuttaa oireiden epätyypillisuus ja hidas eteneminen. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 193) Uusimpien tutkimusten mukaan diagnoosin saannin viivästys on keskimäärin 6 vuotta, mutta magneettikuvauksen käyttämisen vuoksi aika on edelleen lyhentymässä. Uusia löydöksiä on tehty myös kudostekijöiden osalta. ERAP1-kudostekijä on liitetty selkärankareumaan ja sitä esiintyy etenkin positiivisen HLA-B27-kudostekijän kanssa. (Khan 2010)

Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) diagnosiperusteet on päivitetty uusien tutkimusten avulla. Uusissa diagnosointikriteereissä yli 3 kuukautta selkävivusta kärsineiden ja alle 45-vuotiaiden kohdalla diagnoosista voidaan varmistua, jos sakroiliitin lisäksi on havaittavissa ainakin yksi selkärankareuman ominaispiirteistä. SI-nivelen muutokset magneettikuvauksella tai röntgenillä kuvannettuna tulee olla sakroiliittidiagnoosin tekemiseen vähintään luokkaa kaksi molemmissa SI-nivelissä tai kolme tai neljä jommassa kummassa SI-nivelessä, kun asteikko on nolasta neljään. Diagnoosi voidaan tehdä myös, jos kroonisen selkävivun lisäksi todetaan ainakin kolme selkärankareumalle tyypillistä ominaispiirrettä. Jos asiakkaalla on tulehduksellista selkäkipua, vaaditaan diagnoosin tekoon ainakin kaksi selkärankareuman ominaispiirrettä. ASAS:n mukaan selkärankareuman ominaispiirteitä ovat tulehduksellinen selkäkipu, entesiitti- ja artriittityyppiset rangan ulkopuoliset oireet, NSAID-tulehduskipulääkkeen hyvä vaste, spondylartropatioiden esiintyminen suvussa, HLA-B27-kudostekijä sekä koholla oleva CRP eli tulehdusarvo ja ESR eli lasko. (Rudwaleit, Heijde, Landewé, Listing, Akkoc, Brandt, Braun, Chou, Collantes-Estevez, Dougados, Huang, Gu, Khan, Kirazil, Maksomowych, Mielants, Sorensen, Ozgocmen, Roussou, Valle-Onate, Weber, Wei & Sieper 2009)

4.1.3 Etiologia ja patogeneesi

Selkärankareumaa sairastavista noin 95 %:lla on todettu verikokeissa HLA-B27-antigeeni. Positiivisen HLA-B27-kudostekijän omaavien henkilöiden todennäköisyys sairastua selkärankareumaan lisääntyy, jos HLA-B27-kudostekijää esiintyy runsaasti maan väestössä. Suomessa HLA-B27 on 14,5 %:lla, josta noin 1 % sairastaa selkärankareumaa. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 188–189)

Mikään reumasairaus ei ole perinnöllinen. Selkärankareumassa on kuitenkin olemassa vahva perinnöllinen alttius tautiin sairastumiseen, mikäli lähisukulaisilla on kyseinen tauti. Positiivinen HLA-B27 selittää perinnöllisyydestä noin 20–25 prosenttia. (Leirisalo-Repo 2012) Selkärankareuman syntymekanismi on edelleen epäselvä. HLA-B27 ei itsessään aiheuta selkärankareumaa vaan taudin puhkeamiseen tarvitaan muitakin syitä. Selkärankareumassa ja sen kaltaisissa taudeissa suolisto- ja bakteeritulehdusten vaikutus taudin puhkeamiseen on osoitettu tutkimuksin. Myös sukupuoli vaikuttaa selkärankareuman mahdollisuuteen, sillä sairastuneista 70 % on miehiä. Miehillä taudinkuva on usein vaikeampi kuin naisilla. Selkärankareuma syntyy autoimmuunisairauksien tapaan, jossa elimistön immuunijärjestelmä hyökkää omaa kehoa vastaan luullessaan omaa kudosta vieraaksi. Selkärankareumassa ylimitoitettun immunologisen puolustautumisreaktion epäillään aiheutuvan etenkin syyrustoa vastaan. Syyrustoa sijaitsee jänne-luuliitosten seudulla, valtimoiden keskikerroksessa ja silmän alueella. (Martio ym. 2007, 345–346) Uusimman tutkimuksen mukaan tulehduksen eteneminen suolistossa aiheutuu adaptaation ja luonnollisten immuunireaktioiden seurauksena. T-solut aktivoituvat suojaamaan suoliston mikrobihyökkäystä, ja jokin vielä tuntematon tekijä laukaisee selkärankareumaatikoilla limakalvojen tulehduksia. (Khan 2010)

Hoitamattomassa ja pitkälle edenneessä selkärankareumassa saattaa tapahtua nikamien neliöitymistä, jonka seurauksena selkäranka muuttuu jäykäksi ja luutuneeksi bamburangaksi. Selkärangan luutumista tapahtuu nykyisin harvoille selkärankareumaa sairastaville. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 191–193) Taudin lievempi ilmeneminen johtuu mahdollisesti parantuneesta varhaisdiagnoosiikasta, varhain aloitetusta hoidosta, taudin hoidon kehittymisestä, tulehduksista estävästä lääkityksestä ja taudin omatoimisen hoidon korostumisesta (Leirisalo-Repo 2012). Tulehdustila syövyttää nikamakorpusten etunurkkaa aiheuttaen uudisluumuodostumaa luukalvon alle, mikä voi aiheuttaa pullistuman nikaman etureunaan. Seuraavaksi nikaman reunaan voi alkaa muodostua vertikaalisesti syndesmofyyttejä eli kalkkisankoja, joista muodostuu vähitellen nikamia toisiinsa yhdistäviä luusiltoja. Usein myös nikamien väliset nivelet ovat tulehtuneet ja alkavat luutua. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 191–193)

4.1.4 Hoito ja ennuste

Selkärankareuman hoito koostuu lähinnä potilaan omatoimisesta liikehoidosta ja lääkehoidosta. Tarvittaessa hoito voi sisältää laitostuntoutusjaksoja työ- ja toimintakyvyn parantamiseksi ja ylläpitämiseksi. Joskus hoidossa turvaudutaan leikkaushoitoon; esimerkiksi pahoin vaurioituneiden nivelten tekonivelleikkauksiin. Hoidon tavoitteena on selkärangan, rintakehän ja raajanivelten liikkuvuuden säilyttäminen mahdollisimman hyvänä sekä tulehduksen rauhoittaminen. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 196–198) Selkärankareuman tavanomainen hoito koostuu tulehduskipulääkityksestä, nivelen sisäisistä kortisonipistoksista, liikeharjoituksista, ja synteettisistä reumalääkityksistä, useimmiten sulfasalatsiini, ja vaikeissa tapauksissa biolo-

gisista reumalääkkeistä. Mikäli potilaalle on kehittynyt vaikeita pysyviä virheasentoja, voidaan harkita selkärangan tai kaularanganvirheasentojen leikkaushoitoa. (Dziedzic ym. 2010, 282 & Leirisalo-Repo 2012)

Jos säännöllisestä liikunnasta ja tulehduskipulääkkeistä ei ole hyötyä, voidaan aloittaa pitkäaikainen antireumaattinen peruslääkitys. Biologisiin reumalääkkeisiin siirrytään, jos antireumaattisella lääkityksellä ei saada toivottua vastetta ja muut hoitotoimenpiteet eivät tehoa. Biologiset lääkkeet on ainoa lääkeryhmä, joka tehoaa tutkitusti sekä raajanivelten että selän alueen tulehduksiin. (Martio ym. 2007, 348–349) Antireumaattisista lääkkeistä sulfasalatsiin ja metatreksaatin vaikuttavuudesta on tieteellistä näyttöä etenkin perifeeristen niveleiden hoidossa selkärankareumassa. Biologisista lääkkeistä infliksimabin, adalimumabin ja etanerseptin vaikuttavuudesta on olemassa näyttöä. (Dziedzic ym. 2010, 282)

Omatoimisessa liikehoidossa tulisi keskittyä ryhtiä parantaviin ja ylläpitäviin liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoitteisiin. Näin voidaan estää tai hidastaa ryhdin taipumista etukumaraan asentoon taudin edetessä. Selkärankareuma vaikuttaa edetessään rintakehän liikkuvuuteen alentavasti, minkä vuoksi tärkeitä ovat hengitysharjoitukset. (Martio ym. 2007, 347) Liikkuvuusharjoittelun lisäksi selkärankareumaatikot hyötyvät tutkitusti kardiovaskulaarisesta ja hengitystä parantavasta harjoittelusta. Nykyisen käsityksen mukaan harjoittelun tulisi sisältää ylävartalon, niskan ja perifeeristen nivelten liikkuvuuden harjoitteita. Selkärankareumaatikot hyötyvät tutkitusti allasterapiasta, jonka on todettu kehittävän heidän nivelliikkuvuutta, kestävyyttä ja lihasvoimia. Harjoittelun on todettu voivan estää kipua, jäykkyyttä ja pitkäaikaisten epämuodostumien syntymistä. Myös paljon istumatyötä tekevän selkärankareumaatikon istuma-asentoon ja työergonomiaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Työergonomia on tärkeää, sillä jatkuvan huonossa asennossa istumisen on todettu lisäävän mahdollisuutta selkärangan virheasennon syntymiselle. (Dziedzic ym. 2010, 283)

Selkärankareuma on tulehduksellinen vuosikausia kestävä krooninen sairaus, jolle luonteenomaista on taudin aktiivisuuden vaihtelu. Tauti voi pysyä oireettomana hyvinkin pitkään, mutta pahenemisvaiheita voi ilmetä infektioiden seurauksena tai ilman selittävää syytä. Suurin osa sairastuneista säilyttää sairaudesta huolimatta toimintakykynsä omaksumalla liikunnalliset elämäntavat, käyttämällä tulehduskipulääkkeitä ja tarvittaessa saamalla tukea kuntoutusjaksoilta. Jatkovaa reumalääkitystä tarvitaan, kun niveltulehduksia on usein, tulehdukset ovat kroonistuneet tai iriittejä esiintyy paljon. Selkärankareumaatikkojen ennuste on parantunut lääkehoidon kehittymisen ja diagnoosin varhaistumisen myötä. Valtaosalla potilaista työ- ja toimintakyvyn säilymisen ennuste on pitkällä aikavälillä hyvä. (Martio ym. 2007, 350)

Selkärankareuma voi kuitenkin johtaa useampien vuosien kuluessa kroonistuneisiin kipuihin ja toiminnallisiin häiriöihin. Clémentin ym. mukaan useissa tutkimuksissa selkärankareuma on

yhdistetty kuolleisuuden lisääntymiseen. Uusimmat tutkimukset osoittavat, että nykyisillä kehittyneillä hoitomuodoilla hoidetuilla selkärankareumaatikoilla ei ole havaittavissa kuolleisuuden lisääntymistä. Pitkäaikaiset tutkimukset osoittavat, että sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisin selkärankareumaatikkojen kuolinsyy. Kuitenkin muuhun väestöön verrattuna selkärankareumaatikkojen sydän- ja verisuonitauteihin kuolleisuuden riski voi olla vain hieman koholla. Selkärankareumaatikoilla on todettu suurempi kuolleisuusriski itse selkärankareumasta johtuen, mutta myös kuolleisuus munuais- ja ruoansulatustauteihin on suurempi kuin muilla. Tutkimuksissa todettiin alkoholinkäyttöön, loukkaantumisiin ja itsemurhiin liittyvän kuolemanriskin olevan selvästi suurempi verrattuna muuhun väestöön. (Clément, Claudepierre, Pham & Wendling 2010)

5 Spondylartropatiatautiin sairastuneiden yksilöllinen fysioterapiaohjaus

Helsingin fysiatrian poliklinikka sijaitsee Vega-talossa ja se tarjoaa palveluja Helsingin Reumapoliklinikalle, Jorvin sairaalan ja Peijaksen reumapoliklinikoille. Vega-talon reumapoliklinikan asiakaskunta koostuu pääasiassa nivelreumaa, spondylartropatiaa ja harvinaisia reumatauteja sairastavista henkilöistä. Asiakkaiden diagnooseja voivat olla esimerkiksi seuraavat: M07.3*L40.5 muut psoriaasiin liittyvät nivelsairaudet, M13.0 määrittämätön moniniveltulehdus, M45 selkärankareuma ja M46.9 määrittämätön tulehduksellinen nikamasairaus. (Hiltunen & Pirinen 2012)

Asiakkaat ohjautuvat Helsingin fysiatrian poliklinikan fysioterapiaan reumatologin lähettämänä. Tavoitteena olisi, että asiakkaat olisivat ennen yksilöllisen fysioterapian alkamista osallistuneet selkärankareuman ensitietopäivään, jossa asiakkaat saavat eri erikoistyneiden ohjausta ja neuvontaa sairauteensa liittyen. Ensitietopäivän fysioterapeuttinen osuus pitää sisällään muun muassa ohjausta omaehtoiseen nivelten säästämiseen ja ergonomiseen kuormittamiseen sekä selkärangan liikkuvuuden, ryhdin sekä fyysisen kunnon ylläpitämiseen ja parantamiseen. Ensitietopäivässä asiakkaalle ohjataan selän liikkuvuusharjoitteita, ryhti- ja hengitysharjoituksia sekä lihasvenyttelyjä. Lisäksi asiakasta motivoidaan liikkumaan WHO:n liikuntasuosituksen mukaisesti. Ensitietopäivän jälkeen asiakas varaa ajan yksilölliseen fysioterapiaohjaukseen. (Hiltunen & Pirinen 2012)

Yksilöllisillä fysioterapiaohjauskäynneillä ohjataan ja neuvotaan asiakasta sairaus huomioon ottaen ylläpitämään ja parantamaan omaa työ- ja toimintakykyään. Lisäksi arvioidaan asiakkaan mahdollista apuvälinetarvetta. Ensimmäinen yksilöllinen fysioterapiaohjauskäynti kestää 1,5 tuntia, ja se pitää sisällään asiakkaan fysioterapeuttisen tutkimisen, terapeuttisten harjoitteiden ohjaamisen sekä apuvälinetarpeen arvioinnin. Mikäli asiakas ei ole käynyt edeltävästi selkärankareuman ensitietopäivässä, ohjataan hänelle ensitietopäivän sisältämä fysioterapeuttinen osuus. (Hiltunen & Pirinen 2012)

Fysioterapian ensikäynnillä asiakkaalle tehdään liikkuvuus- ja lihasvoimamittaukset sekä arvioidaan kivun määrää VAS-asteikolla. Lisäksi arvioidaan asiakkaan omaa kokemusta taudin aktiivisuudesta ja vaikutuksesta päivittäisten toimien suorittamiseen BASFI- ja BASDAI-kyselylomakkeilla. Tarvittaessa asiakkaalle tehdään lisämittauksia, kuten kaularangan, olkanivelen, lonkkanivelen, polvinivelen tai nilkkanivelen liikkuvuustestejä tai jalkaterän tarkempi tutkiminen. Ensikäynnillä kullekin asiakkaalle ohjataan oman tarpeen mukaiset fysioterapiaharjoitteet. Asiakkaalle varataan fysioterapian ensikäynnin yhteydessä seurantakäynnit kolmen ja kuuden kuukauden päähän. Seurantakäynneillä toistetaan ensikäynnillä tehdyt mittaukset ja kartoitetaan asiakkaan toimintakykyä ja taudintilaa. Asiakas saa seurantakäynneillä tietoa omasta tilanteestaan ja lisäohjausta taudin omatoimiseen hoitoon. (Hiltunen & Pirinen 2012)

6 Selkärankareumaatikon toimintakyvyn arviointi ja seuranta

Helsingin fysiatrian poliklinikalla selkärankareumaatikkojen toimintakykyä ja taudin aktiivisuutta arvioidaan ja seurataan liikkuvuus- ja lihasvoimamittauksin, VAS-kipujanana sekä BASFI- ja BASDAI-kyselylomakkeiden avulla. Selkärankareumaatikkojen toimintakyvyn arvioinnissa ja seurannassa käytettävät mittarit soveltuvat myös muiden spondylartropatiatautia sairastavien fysioterapeuttiseen tutkimiseen. (Hiltunen & Pirinen 2012)

6.1 Liikkuvuusmittaukset

Selkärankareuman diagnosoinnissa ja taudin aktiivisuuden seurannassa käytetään selkärangan ja tarvittaessa muiden nivelten liikkuvuusmittauksia. Etenkin selkärangan liikkuvuuden alenemisella saattaa olla yhteys selkärankareumaan. Lanne-, rinta- ja kaularangassa voi esiintyä rajoituksia ekstensio-, fleksio-, rotaatio- ja lateraalifleksiosuuntiin. Selkärangan ulkopuolella nivelten liikerajoitukset ovat yleisimpiä lonkka- ja olkanivelissä. Selkärankareumaatikkojen tutkimiseen on valittu sellaisia liikkuvuusmittauksia, joissa taudin aiheuttamat muutokset näkyvät herkästi. (Dziedzic ym. 2010, 279) Liikkuvuusmittaukset on tärkein kliininen menetelmä liikerajoitusten arviointiin taudin etenemisen seurannassa. Systemaattisilla liikkuvuusmittauksilla voidaan saada samanarvoista tietoa kuin radiologisilla tutkimuksilla. (Viitanen 2000, 4492) Mittauksilla voidaan tarkastella liikkuvuuden muuttumista ja taudin kehittymistä, joihin voidaan tarvittaessa puuttua terapeuttisin keinoin. Joissakin tapauksissa raajojen nivelet vaativat tarkempaa tutkimista, mutta niiden tutkiminen ei kuulu selkärankareumaatikoille tehtäviin yleistesteihin, sillä raajojen niveleireita ei esiinny kaikilla sairastuneilla. (Dziedzic ym. 2010, 279)

Selkärankareuman seurannan vakioimiseksi kansainvälinen työryhmä ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society) on luonut kliiniseen työhön suosituksia eri tilanteissa käytettävistä mittauksista selkärankareumaatikkojen toimintakyvyn ja taudin tilan arvioimiseksi. ASAS suosittelee käytettäväksi neljää eri mittausta selkärangan kokonaisvaltaiseen liikkuvuusmuutosten määrittämiseen. Nämä mittaukset ovat modifioitu Schoberin testi (MSI), takaraivo-seinämitta (OWD), lannerangan lateraalifleksio (TLFL) ja hengityseromitta (CE). (Zochling & Braun 2007) ASAS suosittelee kyseisiä mittauksia käytettäväksi kliinisessä työssä tulosten seuraamisen apuna ja tarvittavien konservatiivisten hoitomuotojen arvioinnissa, esimerkiksi terapian toteuttamisen tarpeen arvioinnissa. (Maksymowych, Mallon, Richardson, Conner-Spady, Jauregul, Chung, Zappala, Pile & Russell 2006) Nämä ASAS:n suosittelemat testit ovat käytössä Helsingin fysiatrian poliklinikalla spondylartropatiatautia sairastavien asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa.

6.1.1 Schoberin testi

Schoberin testi mittaa rangan fleksioliikelaajuutta. Suoliluun takimmaisten ylempien kärkein (spina iliaca posterior superior) korkeudella S1 okahaarakkeen kohdalle merkitään ensimmäinen viiva, ja selkäranka pitkin 10 cm ylöspäin merkitään toinen viiva. Mitattavaa pyydetään kumartamaan lattiaa kohti niin pitkälle kuin mahdollista pitäen jalat suorana. Kahden viivan välinen etäisyys mitataan täydessä selkärangan fleksiossa. Etäisyyden pitenemistä yli 5 cm:llä pidetään normaalina fleksion liikelaajuutena, joka tosin pienenee terveilläkin henkilöillä ikääntyessä. (Zochling ym. 2007) Schoberin testiä käytetään taudin toteamisessa sekä taudin etenemisen systemaattisessa seurannassa. (Viitanen 2000, 4494) Schoberin testi on osoittautunut vertailututkimuksessa luotettavaksi tavaksi arvioida lannerangan fleksiota, ja testitulokset korreloivat hyvin radiologisten muutosten kanssa (Davis & Gladman 2007).

6.1.2 Takaraivo-seinämitta

Takaraivo-seinämitta (occiput-wall-distance, OWD) mittaa kaula- ja rintarangan liikkuvuutta. Mitattava seisoo seinää vasten kantapäät ja lantio kiinni seinässä selän ollessa maksimaalisessa ojennuksessa ja leuka vaakatasossa. Takaraivon ja seinän välinen etäisyys mitataan. Jos mitattavalla on normaali kaula- ja rintarangan liikkuvuus, mittaustulos on 0 cm. (Zochling ym. 2007 & Viitanen 2000, 4493) Poikkeukset takaraivo-seinämitassa kertovat kaula- ja rintarangan peruuttamattomista rakenteellisista muutoksista. Takaraivo-seinämitta reagoi herkästi kaula- ja rintarangan liikkuvuuden muutoksiin, ja mittaajien välinen reliabiliteetti on todettu hyväksi. (Davis ym. 2007) Takaraivo-seinämittaa hyödynnetään taudin etenemisen systemaattisessa seurannassa (Viitanen 2000, 4494).

6.1.3 Hengitysero

Hengitysero (chest expansion, CE) kertoo rintakehän liikkuvuudesta. Rintakehän ympärysmitta mitataan maksimaalisen sisään- ja uloshengityksen aikana neljännen kylkiluuvälin korkeudelta, ja mittojen välinen erotus lasketaan. Hengitysero on normaalisti yli 5 cm. (Zochling ym. 2007) Rintakehän liikkuvuusmittaus on usein huonosti toistettavissa oleva mittaus, sillä mittaria ei ole vakioitu arviointimenetelmänä. Jotta mittaus olisi mahdollisimman luotettava tapa arvioida rintakehän liikkuvuutta, tulee mittauksen olla huolellisesti standardoitu. (Viitanen 2000, 4493) Erityisesti joillekin naisille mittaus on vaikea suorittaa luotettavasti. Useat tutkimukset osoittavat, että mittari reagoi hyvin fysioterapialla saatuihin tuloksiin (Maksymowych ym. 2006). Hengityseromittauksella on myös hyvä yhteys radiologisiin muutoksiin selkärankareumassa (Chandran, O'Shea, Schentag, Inman & Gladman 2007). Hengityseromittauksella käytetään hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa ja tarvittaessa systemaattisessa seurannassa (Viitanen 2000, 4494).

6.1.4 Lannerangan lateraalifleksio

Lannerangan lateraalifleksio (thoracolumbar lateral flexion, TLFL) -mittauksessa mitattava seisoo selkä seinää vasten polvet suorana, lapaluut ja pakarat kiinni seinässä ja taivuttaa vartaloaan sivulle liu'uttamalla kättä reittä pitkin. Lannerangan lateraalifleksio mitataan keskisormen liukumasta matkasta alkuasennosta loppuasentoon. (To-Mi 2011) Lannerangan lateraalifleksioluikkuvuuden ollessa normaali, sormenpäiden liukuman matkan tulee olla yli 10 cm. Tämä raja-arvo on suuntaa-antava ja lisätutkimukset ovat tarpeen. (Viitanen 2000, 4492) Lannerangan lateraalifleksiomittauksella on mahdollista todeta selkärankareumaan liittyviä rakenteellisia ja peruuttamattomia muutoksia (Haywood, Carratt, Dziezic & Daves 2004). Mittausta käytetään taudin toteamisessa, hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa ja systemaattisessa seurannassa (Viitanen 2000, 4494).

6.2 Lihasvoimamittaukset

Selkärankareuman edetessä selkä alkaa jäykistyä vähitellen, mikä vaikuttaa esimerkiksi kykyyn kyykistyä ja nostaa taakkoja. Toimintakykyisyyden säilyttämiseksi on liikkuvuuden lisäksi tärkeää ylläpitää alaraajojen lihaskuntoa. (Leirisalo-Repo ym. 2002, 567) Selkärangan jäykistymistä etukumaraan asentoon voidaan ehkäistä säännöllisillä ryhtilihaksia vahvistavilla harjoitteilla. Selkärankareumaatikoille on erityisen tärkeää myös lihaskuntoa ylläpitävä monipuolinen liikunta. (Martio ym. 2007, 347) Cvijetić ja Grazion ym. tutkimuksessa on osoitettu tulehduksellisilla reumasairauksilla olevan yhteys alentuneeseen selkälihasten voimaan (Cvijetić ym. 2011). Selkärankareuma vaikeuttaa ensisijaisesti toimintoja, jotka vaativat koko vartalon tai pään liikettä, kuten selän taivuttamista ja pyöristämistä vaativia liikkeitä sekä kurottamis-

ta ja autolla ajamista. Toiminnalliset rajoitukset lisääntyvät taudin edetessä ja vaikutukset näkyvät liikkuvuuden rajoitusten myötä myös lihasvoimien heikkenemisenä. (Louie, Reveille & Ward 2009)

Vega-talon reumapoliklinikalla spondylartropatiaa sairastaville lihasvoimamittaukset suoritetaan seuraavassa järjestyksessä: puristusvoima, toistokyykistystesti, vatsalihasten toistotesti ja selkälihasten staattinen testi. Dynaamista ja staattista lihasvoimaa mittaavat testit on kuitenkin To-Mi -testistön mukaan suositeltavaa suorittaa seuraavassa järjestyksessä: selkälihasten staattinen kestävyys, vatsalihasten toistotesti ja toistokyykistys (To-Mi 2011).

6.2.1 Puristusvoima

Puristusvoimamittaus on hyvä perusmittari tarttumavoiman arviointiin. Jamar-puristusvoimamittari soveltuu kaiken ikäisten puristusvoiman arviointiin ja mittarin käyttö on nopeaa ja helppoa. Mittaria käytetään yleisesti myös reumapotilaiden toiminta- ja työkykyisyyden arvioinnissa. Puristusvoiman mittaustuloksista on laadittu normaaliarvot 19–62-vuotiaille suomalaisille. Mittarissa on viisi eri oteleveyttä, joista yleensä naisille suositellaan oteleveyttä 2 ja miehille oteleveyttä 3. Käytetty oteleveys kirjataan testilomakkeeseen, ja kaikilla mittauskerroilla käytetään samaa oteleveyttä. Tutkimusten mukaan puristusvoimamittauksessa saman mittajaan tekemien mittausten pysyvyys ja eri mittajien tekemien mittausten välinen yhtäpitävyys on melko hyvä. (To-Mi 2011)

Puristusvoimamittausta suoritettaessa mitattava istuu selkä- ja käsinojattomalla tuolilla, olkavarsi kevyesti kiinni vartalossa ja kiertojen suhteen neutraaliasennossa. Kynärnivelen tulee olla 90 asteen fleksiassa ja ranne suorana. Mittarin tulee olla mitattavan otteessa pystyasennossa, mitta-asteikon ollessa mittaajaan päin. Jos mitattavan lihasvoimat ovat heikot, mittaja voi tukea mittaria kevyesti. Ennen mittauksen aloittamista mitattavalle näytetään oikea suoritustapa ja ohjeistetaan puristamaan nopeasti ja mahdollisimman voimakkaasti. Istuma-asennon ja käden asennon tulee säilyä suorituksen aikana. Mittaus aloitetaan dominantilla kädellä ja suoritetaan kaksi kertaa. Suoritusten välillä pidetään 30 sekunnin tauko. Jos kahden suorituksen välinen poikkeama on yli 10 %, suoritetaan mittaus vielä kolmannen kerran. Molempien käsien paras hyväksytty tulos kirjataan mittauslomakkeelle kiloina (kg). (To-Mi 2011)

6.2.2 Toistokyykistystesti

Toistokyykistystesti mittaa alaraajojen ojentajalihasten dynaamista kestävyyttä. Testiä käytetään muiden dynaamisten ja staattisten lihasvoimamittausten (vatsan toistosuoritus ja selän staattinen kestävyys) ohella mm. työikäisten tuki- ja liikuntaelinten toimintakyvyn ja sen

muutosten arvioinnissa. Mittaukset ovat yksinkertaisia ja nopeita suorittaa, ja niiden tulokset reagoivat herkästi muutoksiin lihasvoimissa. Tutkimusten mukaan dynaamisten ja staattisten lihasvoimamittausten pysyvyys on saman mittajaan tekemänä työikäisillä hyvä. Myös kahden eri mittajaan tekemänä tulokset ovat melko yhtäpitävät. Suoritustestien tuloksiin vaikuttaa lihasvoimien ja -kestävyyden lisäksi mm. ruumiinrakenne, nivelten liikelaajuudet ja mahdolliset kivut. Tuloksista on laadittu viitearvot 35–54-vuotiaille miehille ja naisille. Viitearvojen avulla voidaan määrittää suorituskohtainen kuntoluokitus asteikolla 1–5, jossa 1=huono ja 5=erittäin hyvä. (To-Mi 2011)

Toistokyykistystestissä mitattava seisoo paljain jaloin kapeassa haara-asennossa, jalat hieman ulkokierrossa. Mitattava kyykistyy ja nousee ylös tasaiseen tahtiin, noin kerran 2–3 sekunnissa. Kyykyssä reisien tulee olla vaakatasossa. Kantapäiden nouseminen irti alustasta kyykistymisen aikana on sallittua. Tarvittaessa kevyt tuki voidaan sallia tasapainon ylläpitämiseksi. Jos liike muuttuu epäpuhtaaksi, suoritus keskeytetään. Mitattava toistaa liikettä niin monta kertaa kuin jaksaa, kuitenkin enintään 50 kertaa. Mittaaja laskee suorituskerrat ääneen. Mittauslomakkeelle kirjataan toistojen määrä, viitearvojen mukainen kuntoluokka ja mitattavan suorituksen aikana kokema kipu VAS-kipujan avulla. Toistokyykistyksessä mittaustulosten pysyvyys ja mittaajien välinen luotettavuus olivat testin reliabiliteetista kertovalla korrelaatiokertoimella $r=0,87$ ja $r=0,95$. Tämä kertoo toistokyykistyksen luotettavuudesta, sillä testi reliabiliteetti on kohdallaan, kun korrelaatiokerroin (r) on $>0,75$. (To-Mi 2011)

6.2.3 Vatsalihasten toistotesti

Vatsalihasten toistotesti mittaa vartalon koukistajalihasten dynaamista kestävyyttä. Vatsalihasten toistotestin mittaustulosten pysyvyys on $r=0,84$ ja mittaajien välinen luotettavuus on $r=0,91$, mikä kertoo testin hyvästä reliabiliteetista. Vatsalihasten toistotestissä mitattava asettuu selälleen, polvet ovat noin 90 asteen kulmassa ja jalkapohjat maassa. Mittaaja tukee mitattavaa nilkoista. Mitattava kurottaa käsiään kohti polvia niin, että kädet liukuvat reisiä pitkin kämmenet alaspäin. Mitattava nousee istumaan rauhallisesti ja selkää pyöristäen niin pitkälle, että ranteiden seutu ylettyy polvilumpion yläreunan kohdalle. Pään alla ei saa olla tyyntyä ja pään tulee osua aina alustaan ennen seuraavaa istumaan nousua. Suoritusta jatketaan tasaiseen tahtiin enintään 50 toiston verran. Liikkeen muuttuessa nykiväksi tai epäpuhtaaksi, tai kun mitattava joutuu ottamaan vauhtia suoritukseen, suoritus keskeytetään. Mittaaja laskee suorituskerrat ääneen. Mittauslomakkeelle merkitään toistojen lukumäärä, kuntoluokitus ja mitattavan testin aikana kokema kipu VAS-janalla. (To-Mi 2011)

6.2.4 Selkälihasten staattinen testi

Selkälihasten staattinen testi mittaa vartalon ojentajalihasten isometristä voimaa. Testin avulla voidaan arvioida muun muassa tuki- ja liikuntaelinten toimintakyvyn muutoksia työikäisillä. Selkälihasten staattisessa testissä mittaustulosten pysyvyys on $r=0,63$ ja mittaajien välinen luotettavuus $r=0,88$. Vaihteluväli suurimman ja pienimmän mittaustuloksen välillä oli kuitenkin testin suorituksissa suuri. Selkälihasten staattisen testin reliabiliteetti on kohtalainen, sillä mittaustulosten pysyvyys jää alle $r=0,75$ reliabiliteetin rajan. (To-Mi 2011)

Selkälihasten staattisessa testissä mitattava asettuu mahalleen kulmapöydälle vartalo 45 asteen kulmassa, niin että suoliluun harjut ovat pöydän ylemmän etukulman kohdalla alaraajojen ja alavartalon ollessa tuettuna. Mitattava ojentaa ylävartalon vaakatason korkeudelle ja ylläpitää asentoa niin kauan kuin on mahdollista, kuitenkin enintään 240 sekuntia eli 4 minuuttia. Mittaus lopetetaan, jos mitattava ei kykene pitämään vartaloa vaakatasossa eikä kykene huomautuksesta huolimatta korjaamaan asentoa, tai jos mitattavalle ilmenee testin aikana lisääntyvää selkäkipua. Mittauslomakkeelle merkitään testitulokset sekunteina, kuntoluokitus ja VAS-kipujanalla testin aikainen kivun määrä. (To-Mi 2011)

6.3 The Bath -indeksi

The Bath -indeksin määrittämistä voidaan käyttää selkärankareumaatikon toimintakyvyn, sairauden aktiivisuustason, nivelten liikelaajuuden ja kunnon arvioimisen apuna. Näiden tekijöiden määrittämiseen käytetään seuraavia mittareita: The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) ja The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) sekä the Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score (BAS-G). Liikkuvuusmittauksiin käytetään The Bath Ankylosing Spondylitis Meterology -indeksiä (BASMI). The Bath -indeksin avulla voidaan saada yksittäisiä tutkimustuloksia tai muuttaa tulokset pisteiksi. Pisteytykset voidaan laskea jokaisella käynnillä ja tällä tavoin seurata esimerkiksi kuntoutuksen tai hoidon tuloksellisuutta. Näiden lisäksi the Bath Ankylosing Spondylitis Radiology -indeksin (BASRI) ja the Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Hip -indeksin (BASRI-h) avulla voidaan luotettavasti arvioida selkärangan rakenteellisia, radiologisesti kuvannettavissa olevia muutoksia selkärankareumassa. (Dziedzic ym. 2010, 280)

The Bath -indeksit ovat erittäin merkittäviä mittareita selkärankareumaatikkojen seurannassa ja tutkimisessa. Kuitenkaan indeksit eivät ole aina riittäviä määrittämään liikkuvuuden rajoituksia. Esimerkiksi selkärankareumalle tyypillistä rangan ekstensio- ja rotaatioliikelaajuuksien alenemista ei The Bath -mittauksilla saada selville. Tämän vuoksi etenkin selkärankareumaatikon varhaisessa arvioinnissa olisi suositeltavampaa käyttää monipuolisempia liikkuvuusmittauksia. The Bath -mittausten lisäksi voidaan mitata esimerkiksi myös rangan ekstensioliikelaajuus sekä kaularangan sekä lonka- ja olkanivelen liikelaajuudet. Entesiittien arvioimiseen selkärankareumassa käytetään Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score (MASES)

-asteikkoa, joka tarjoaa hyödyllistä lisätietoa kliiniseen tutkimiseen. (Dziedzic ym. 2010, 281) Helsingin fysiatrian poliklinikalla spondylartropatiatautia sairastavien toimintakyvyn ja sairau- den aktiivisuustason arvioinnissa käytössä on seuraavaksi esitelty BASFI- ja BASDAI-indeksit.

6.3.1 BASFI

The Bath Ankylosing Spondylitis Functional -indeksi (BASFI) on ASAS:n suosittelema fyysisen toimintakyvyn itsearviointiin käytettävä mittari. Itsearviointeja käytetään perinteisesti, kun halutaan selvittää erilaisten interventioiden vaikutukset selkärankareumaatikon toimintaky- kyyn. Itsearviointit ovat nopeita, halpoja ja helppoja suorittaa ja hallita. BASFI:n luotetta- vuus on osoitettu monissa tutkimuksissa ja tämän seurauksena on alettu korostaa itsearvioin- nin kliinistä merkitystä. (Weely, Denderen, Horst-Bruinsma, Nurmohamed, Djikmans, Dekker & Steultjens 2009) Selkärankareumaatikkojen toimintakyvyn arvioinnissa on tarkoitus kartoit- taa asiakkaan jokapäiväisten toimintojen rajoittuneisuuden astetta. BASFI on toimintakyvyn arvioinnissa käytetyistä mittauksista maailmanlaajuisesti käytetyin kliinisessä työssä.

BASFI on itsearviointikysely, jonka tekemiseen kuluu noin minuutti. Se sisältää kymmenen ky- symystä, joissa keskitytään selkärankareumaatikon toiminnallisuuteen kuluneen kuukauden aikana. BASFI-indeksi on koottu niin, että ensimmäiset kahdeksan kysymystä keskittyvät sel- kärankareumaatikon mahdollisiin toiminnallisiin ongelmiin. Viimeiset kaksi kysymystä liittyvät maailmanlaajuiseen arviointiin, jossa mitataan asiakkaan toimintakykyä suhteessa jokapäiväi- sistä toiminnoista selviytymiseen. (Sengupta & Stone 2007) Asiakas arvioi kyselyssä, miten hän omasta mielestään suoriutuu erilaisista toiminnallisista tehtävistä esim. sukkien pukemisesta. BASFI-kyselyn kysymyksiin vastataan piirtämällä poikkiviiva 10 cm:n viivalle siihen kohtaan, joka kuvastaa hänen omaa arviotansa suoriutumisen asteesta. Janalla 0=helppo ja 10=mahdoton suoriutua. Asiakas piirtää poikkiviivan arvioimaansa kohtaan. Kymmenen kysy- myksen summasta lasketaan BASFI-indeksi. Tutkimusten mukaan selkärankareumaatikkojen olisi hyödyllistä tehdä BASFI-kysely 3–6 kuukauden välein. (Zochling ym. 2007)

BASFI-mittari on validoitu 163 selkärankareumaatikon tutkimuksessa. Riippumatta taudin ak- tiivisuustasosta, on BASFI-indeksillä tutkimusten perusteella todettu olevan 94% herkkyys ja 87% spesifisyys toimintakyvyn määrittämisessä. Huonoon toimintakykyyn selkärankareumassa on yhdistetty pitkittynyt diagnoosi, sairauden kesto ja varhainen taudin alkamisaika. Korkea BASFI-indeksi on yhdistetty selkärankareumaperäisen työkyvyttömyyden esiintymiseen, ja se voi pitkällä aikavälillä ennustaa vaikeampaa taudinkuvaa. (Sengupta ym. 2007)

6.3.2 BASDAI

The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity -indeksiin (BASDAI) sisältyvällä VAS-janalla voidaan arvioida asiakkaan epämukavuuden ja aamujäykkyyden tunnetta, ja määrittää sen perusteella kliinisesti taudin aktiivisuus (Nature Clinical Practice Rheumatology 2007). Taudin aktiivisuuden määrittäminen on tärkein tekijä tulehduksellisen tilanteen arvioimiseksi selkärankareumaatikoilla. BASDAI-indeksi on kuuden kysymyksen itsearviointilomake, jossa 10 cm janalla 0 = ei jäykkyyttä ja 10 = hyvin vakava jäykkyys. Kuudetta kysymystä ei määritetä VAS-janalla, vaan aamujäykkyyden arvioitu kesto aika tulee määrittää minuutteina 0–120 min. BASDAI-indeksin kysymyksillä kartoitetaan turvotusta, kipuja, väsymystä ja jäykkyyden tunnetta. Näistä tuloksista lasketaan taudin aktiviteetin indeksi. Yhden senttimetrin indeksin muutoksen katsotaan olevan pienin mahdollinen muutos, jotta muutos on kliinisesti merkittävä. Tutkimukset osoittavat, että vasta 3,9 cm vähennys indeksissä näkyy oireiden vähenemisenä. (Zochling ym. 2007)

BASDAI on todettu validiksi mittariksi 473 selkärankareumaatikon tutkimuksessa ja sen on todettu reagoivan hyvin hoitovasteisiin. Mittarin on todettu korreloivan huonosti muiden taudin aktiivisuutta määrittävien arvojen, kuten CRP- ja ESR-arvojen kanssa. Näiden tulehdusarvojen on tosin myös todettu olevan huonoja indikaattoreita taudin aktiivisuuden määrittämisessä. Joissakin tutkimuksessa tosin CRP-arvojen ja BASDAI-indeksin korrelaatio on ollut selvä. 225 selkärankareumaatikon tutkimuksessa 5 vuoden seurannassa BASDAI-indeksillä ei todettu olevan hyvää reagoivuutta taudin aktiivisuuden muutoksiin. Tutkimustulokset tukevat väitettä, että selkärankareuma ei olisikaan tautina pahenemisvaiheiden ja rauhallisten vaiheiden vaihtelua, vaan jatkuvien oireiden tauti. (Sengupta 2007)

BASDAI:n määrittäminen on katsottu tärkeäksi arvioivaksi tekijäksi, kun reumalääkityksen ja kortisoni-injektioiden vaikuttamattomuuden vuoksi ollaan siirtymässä TNF-estäjiin eli biologiseen lääkitykseen. Kun BASDAI-indeksi on ollut ≥ 4 kahdessa mittauksessa kuukauden aikana, siirrytään usein käyttämään biologista lääkitystä. Biologisen lääkityksen aloitettua ASAS vaatii hoidon tehokkuuden varmistamiseksi 50 % vähennystä BASDAI-arvossa 6–12 kuukauden aikana. BASDAI:n validiteettia on kyseenalaistettu selkärankareuman tulehduksellisen selkäkivun ja taudin aktiivisuuden määrittämisessä, sillä BASDAI:lla voidaan arvioida myös mekaanista selkäkkipua. BASDAI:lla ei pystytä erottelemaan hyvin selkärankareumaatikkojen kokemaa kipua ja mekaanista selkäkkipua. BASDAI erottaa selkärankareuman mekaanisesta selkäkivusta pitkälle edenneessä selkärankareumassa, jossa BASDAI-indeksi muuttuu hoidon aloittamisesta ajan myötä. (Zochling ym. 2007)

6.4 VAS-kipujana

Tulehduksellisen taudin tilaa, kivun määrää sekä yöllistä ja yleistä selkäkkipua arvioidaan VAS-janan avulla. VAS-kipujana on 100 millimetrin pituinen jana, jonka alkupää tarkoittaa ”ei ki-

pua” ja loppupää ”sietämätöntä kipua”. Mitattava merkitsee kivun voimakkuuden poikkiviivala arvioimaansa kohtaan. Kivun arvioimiseen voidaan käyttää myös NRS-asteikkoa, jossa mitattava arvioi kivun voimakkuuden asteikolla 0–10, jossa 0 = kivuton tila ja 10 = sietämätön kipu. Asteikkoja on helppo käyttää ja ne ovat hyvin toistettavissa. Vaikka VAS-kipujan tuloksia ei voida vertailla asiakkaiden kesken, se on hyvä tapa seurata asiakkaan kivun muutoksia taudin edetessä. Asteikot ovat herkkiä havaitsemaan yli 15 prosentin muutoksia lähtötilanteesta, tosin asteikon loppupää on herkempi asiakkaan havainnoille kivun muutoksista kuin asteikon alkupää. Ei ole myöskään selvää, että kuinka suuri kivun muutos on kliinisesti merkittävä. ASAS suosittelee selkäkivun arvioimista useampaan kertaan viikon aikana, jotta voidaan välttää lyhyen ajan heilahteluja kivussa, mikä ei välttämättä ole kliinisesti tärkeää. (Zochling ym. 2007)

VAS-kipujan käytössä varjopuolena voi olla oletus, että asiakas arvioi vain kokemansa selkäkivun. Asiakkaan voi olla hankala erottaa tulehduksellisesta selkäkivusta esimerkiksi masenusta ja mekaanista kipua. (Zochling ym. 2007) Karkeasti arvioituna VAS-kipujanalla alle 20 mm tulos tarkoittaa lievää kipua ja yli 70 mm tulos erittäin voimakasta kipua (To-Mi 2011). Ei-aktiivisen ja aktiivisen taudin määrittämiseksi VAS-kipujanalle on luotu tutkimuksissa raja-arvot. Selkärankareumaa pidetään ei-aktiivisena, kun VAS-arvo on ≤ 4 ja aktiivisena, kun VAS-arvo on ≥ 6 . (Spoorenberg, Tubergen, Landewé, Dougados, Linden, Mielants, Tempel & Hejde 2005)

7 Harjoittelumotivaation merkitys

Opinnäytetyössä tarkastelun kohteena oli tutkimushenkilöiden motivaatio omatoimiseen taudin hoitoon kotiharjoittelun keinoin. Erityisesti tarkoituksena oli selvittää tutkimushenkilöiden käsityksiä fysioterapiaseurantakäyntien vaikutuksista harjoittelumotivaatioon. Harjoittelumotivaation merkitys korostuu spondylartropatiaa sairastavien kohdalla erityisesti sen vuoksi, että omatoimisella liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoittelulla on tärkeä rooli taudin oireiden, kuten selkärangan jäykkyyden, ennaltaehkäisyssä. Spondylartropatiatautiin sairastuneille järjestetään kolme yksilöllistä fysioterapiaohjauskertaa, jotka nykyisen käytännön mukaan toteutuvat pääsääntöisesti ensimmäisen vuoden sisällä diagnoosin saamisesta. Koska tämän jälkeen säännöllistä seurantaa ei ole, on asiakkaan oma harjoittelumotivaatio jo spondylartropatiataudin akuuttivaiheessa tärkeää toimintakyvyn säilymisen kannalta.

Motivaatiopsykologian avulla voidaan selittää sitä, mikä saa ihmisen toimimaan tavoitteidensa eteen. Motivaatio voidaan nähdä muodostuvan useista eri motiiveista, jotka puolestaan ovat toiminnan psyykkisiä vaikuttimia eli niitä psyykkisiä tekijöitä, jotka saavat ihmisen toimimaan tavoitteidensa eteen. (Kalakoski, Laarni, Paavilainen, Anttila, Halonen & Kreivi 2007, 15) Motiivi voi ilmetä haluna, tarpeena, yllykkeenä tai vaikuttimena. Motiivit vaihtelevat intensitee-

tiltään ja kestoaltaan. Intensiiteetti eli voimakkuus vaikuttaa siihen, missä määrin ihminen sitoutuu tehtäväänsä. Motiivin kesto puolestaan vaikuttaa siihen, kuinka kauan motiivi ohjaa ihmistä tiettyyn toimintaan. Nykyisen käsityksen mukaan motivaatio voidaan ymmärtää vain ottaen huomioon se ympäristö ja sosiaalinen tilanne, jossa ihminen toimii. (Vilkko-Riihelä 1999, 446-447, 469)

Motiiveja voidaan luokitella lukuisin eri tavoin. Ne voidaan jakaa esimerkiksi tietoiisiin ja tiedostamattomiin motiiveihin. Aina yksilö ei ole tietoinen omaan toimintaan vaikuttavista motiiveista. Myös motiivien erottaminen tunteista saattaa olla vaikeaa, sillä ne ovat yhteydessä toisiinsa. Motiiveja voidaan luokitella myös muin tavoin, esimerkiksi biologisiin, sosiaalisiin ja psykologisiin motiiveihin, joiden kaikkien piirteitä usein yhdistyy motiiveissa. Biologisten eli fysiologisten motiivien tarkoituksena on hengissä pysyminen ja peruselintoimintojen ylläpitäminen. Esimerkkejä biologisista motiiveista ovat nälkä, jano ja nukkuminen. Sosiaaliset motiivit puolestaan liittyvät ihmisten väliseen vuorovaikutukseen, ja näitä ovat esimerkiksi valta, suoriutumisen ja sosiaalinen arvostus. Psykologiset motiivit, kuten uteliaisuus, älyllinen luominen tai esteettinen nautinto eivät tarvitse tyydyttyäkseen lainkaan sosiaalista vuorovaikutusta. (Kalakoski ym. 2007, 16)

Motivaatio voidaan jakaa kahtia myös sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Ulkoisella motivaatiolla tarkoitetaan, että ihminen tekee jotakin saadakseen siitä ulkoisia palkkioita; näitä voi olla esimerkiksi hyvä tenttiarvosana, raha tai muiden osoittama ihailu tai kiittolisuus. Ulkoiseen motivaatioon lukeutuu myös, jos ihminen tekee jotakin muiden ihmisten tahdosta tai potee syyllisyyttä, jos ei suorita kyseistä asiaa. Sisäinen motivaatio puolestaan perustuu siihen, että ihminen kokee itse toiminnan palkitsevaksi. Ihminen kokee toiminnan henkilökohtaisesti tärkeänä tai mielihyvää tuottavana. (Lonka, Hakkarainen, Salmela-Aro, Ferchen & Lautso 2009, 36–37) Silloin, kun ihminen on sisäisesti motivoitunut, on hänen työnsä usein tuotteliampaa ja hänellä on halu kehittyä ja oppia uutta. Sisäisen motivaation perustana on kolme tarvetta: ihmisen tahto olla taitava jollain elämän osa-alueella, tahto olla itsenäinen ja ohjata omaa toimintaansa sekä samalla olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa. (Kalakoski ym. 2007, 29–31)

Kun kyseessä on potilaan terveys, hänen oma kokemuksensa voimien kohenemisesta ja aito halu voida paremmin helpottaa elämäntapamuutosten omaksumista ja itsehoidon sujumista. (Anglé 2010) Terveystieteiden asiakaslähtöinen työskentely on keino saada parempia hoitotuloksia monissa sairauksissa tai niiden ehkäisyssä (Mustajoki 2003). Jotta potilas voisi motivoitua omaan hoitoonsa ja sen mahdollisesti vaatimiin elämäntapamuutoksiin, tulisi hänen kokea saavansa tukea, kunnioitusta ja huolenpitoa. Motivoivan keskustelun avulla potilasta voidaan tukea voimaantumiseen ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009) Keskustelun tavoitteena on herättää potilas ajattelemaan ja

harkitsemaan ratkaisuja oman terveytensä kannalta. Voidaan nähdä, että ihmisen oman elämän hallinnantunteeseen liittyy halu pysyä terveenä. (Mustajoki 2003) Kun oma terveys motivoi ihmistä pitämään itsestään huolta, puhutaan sisäisestä motivaatiosta (Anglé 2010).

Opinnäytetyön aiheen kannalta mielenkiintoinen näkökulma on erityisesti edellä mainittu motivaation luokittelu sisäisiin ja ulkoisiin motiiveihin. Seurantakäynnit saattavat vaikuttaa tutkimushenkilöiden harjoittelumotivaatioon tarjoamalla aineksia sekä sisäiseen että ulkoiseen motivaatioon. Esimerkiksi tietoisuus omasta terveydentilasta ja sairauden etenemisen ennusteesta saattaa herättää sisäisen motivaation harjoitteluun. Puolestaan joitakin saattaa motivoita seurantakäynneillä tehtävät liikkuvuus- ja lihasvoimamittaukset, jolloin motivaatio syntyy halusta parantaa mittaustuloksia, mikä puolestaan viittaa ulkoiseen motivaatioon. Laadullisen tutkimuksen tuloksista voi päätellä, perustuuko harjoittelumotivaatio enemmän ulkoisiin vai sisäisiin tekijöihin. Tutkimusaineistosta nousevia motiiveja tarkastelemalla voi myös vetää johtopäätöksiä muun muassa tutkimushenkilöiden sitoutumisesta harjoitteluun; usein sisäisesti motivoitunut henkilö pystyy sitoutumaan tekemiseen pitkäkestoisemmin ja saavuttaa parempia tuloksia (Kalakoski ym. 2007, 29 & 31).

8 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tutkittua tietoa Helsingin fysiatrian poliklinikalle kahden fysioterapiaseurantakäynnin tarpeellisuudesta spondylartropatiatautiin sairastuneiden näkökulmasta. Tavoitteena oli selvittää spondylartropatiatautia sairastavien käsityksiä fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Minkälaisia käsityksiä spondylartropatiatautiin sairastuneilla henkilöillä on fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon?
2. Millaisia muutoksia tutkimushenkilöiden lihasvoimissa, liikkuvuudessa ja koetussa toimintakyvyssä on todettavissa kontrollikäyntien välillä?

9 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyö on yhdistelmä kvalitatiivisesta eli laadullisesta ja kvantitatiivisesta eli määrällisestä tutkimuksesta. Tällaista yhdistelmä tutkimusta voidaan nimittää myös mm. triangulaatiotutkimukseksi tai monistrategiseksi tutkimukseksi. Yhdistelmä tutkimusmenetelmää käyttämällä voidaan lisätä opinnäytetyön validiteettia. (Hirsjärvi & Hurme 2006, 28–30) Opinnäytetyössä käytettiin yhdistelmä tutkimusmenetelmää, jotta oli mahdollista tarkastella spondylartropatiatautia sairastavien fysioterapian toteutumista sekä subjektiivisesta että objektiivisesta näkökulmasta. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän keinoin saatiin selville tutkimushenkilöi-

den subjektiivisia käsityksiä fysioterapiaseurantakäynneistä. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä puolestaan antoi objektiivista tietoa fysioterapian vaikutuksesta seurantamittausten tuloksiin. Yhdistelmä tutkimusmenetelmä valittiin, jotta tutkimusaihetta voitaisiin tarkastella mahdollisimman laajasti ja luotettavasti. Opinnäytetyössä kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusaineistoa käsiteltiin erikseen.

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tutkimusmenetelmä, jolla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja saamaan kokonaisvaltainen kuva siitä ja sen merkityksestä. Yleensä kvalitatiivisella tutkimuksella halutaan selvittää tutkittavien henkilöiden näkökulmia ja kokemuksia ilmiöön liittyen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157) Kvalitatiivisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Näitä menetelmiä voidaan hyödyntää joko vaihtoehtoisesti tai yhdistelemällä tutkimusongelman ja -resurssien mukaisesti. Samoja menetelmiä voidaan hyödyntää myös kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruussa. Tutkimusasetelman ollessa vapaa on luontevaa käyttää aineiston hankinnan menetelmänä havainnointia ja keskustelua. Puolestaan muodollisemmassa ja strukturoidummassa tutkimusasetelmassa tarkoituksenmukaisempia menetelmiä ovat kokeelliset menetelmät ja strukturoidut kyselyt. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71)

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen numeerisesti perustuva tieteellisen tutkimuksen menetelmä, jossa keskitytään objektiivisesti todettavien tosiasioiden tutkimiseen. Tutkimusmenetelmä perustuu filosofiseen suuntaukseen, jossa on korostettu tiedon olevan peräisin aistihavaintojen ja loogisen päättelyn avulla tehdyistä havainnoista. Kvantitatiivisen tutkimuksen suunnitteluvaiheessa keskeistä on teoriataustan etsiminen tutkittavasta aiheesta, hypoteesien esittäminen teoriapohjan perusteella, käsitteiden määrittäminen, koejärjestelyn ja aineiston keruun suunnitteleminen sekä otantasuunnitelman tekeminen. Lopuksi tärkeää on tutkimustulosten järjestäminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon, josta voidaan edetä tilastollisen analysoinnin kautta päätelmien tekoon. (Hirsjärvi ym. 2007, 135–136)

Tutkimuskysymysten luonteen vuoksi oli tarkoituksenmukaista valita opinnäytetyön tutkimusmenetelmiksi sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiä. Opinnäytetyössä kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimustuloksia analysoitiin erikseen. Kvalitatiivisin tutkimusmenetelmin selvitettiin tutkimushenkilöiden käsityksiä fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon. Kvantitatiivisin tutkimusmenetelmin saatiin tieto tutkimushenkilöiden lihasvoimien, liikkuvuuden ja toimintakyvyn sekä taudin aktiivisuuden muutoksista kontrollikäyntien välillä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa hypoteesina oli, että fysioterapiaseurantakäynnit lisäävät tutkimushenkilöiden harjoittelumotivaatiota. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa oletuksena oli, että tutkimushenkilöiden lihasvoiman, liikkuvuu-

den ja koetun toimintakyvyn pääasiallinen kehityssuunta seurantakäyntien välillä on positiivinen.

9.1 Aineiston hankinta

Opinnäytetyössä kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui teema-haastattelu. Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu etenee ennalta määrättyjen teemojen ja niiden alle laadittujen tarkentavien kysymysten mukaisesti. Teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli siihen, mitä aiheesta jo etukäteen tiedetään. Teemahaastattelulla pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymykseen. Teemahaastattelu voidaan toteuttaa joko pitäytyen täysin samassa kaavassa tutkimuskysymysten järjestyksen ja sanamuotojen osalta tai vapaammin kuitenkin noudattaen ennalta määrättyjä teemoja. Teemahaastattelu soveltuu hyvin yksilön kokemusten, ajatusten, uskomusten ja tunteiden tutkimiseen. Menetelmä tuo keskeisesti esille myös ihmisten tulkintoja asioista sekä heidän asioille antamia merkityksiä. (Hirsjärvi ym. 2006, 47–48)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä teemahaastattelu soveltuu parhaiten opinnäytetyön tarkoitukseen, sillä opinnäytetyössä tutkittiin yksilöiden henkilökohtaisia käsityksiä fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden tarpeellisuudesta. Käsityksellä tarkoitetaan havaintoon, kokemukseen tai ajatteluun perustuvaa mielikuvaa tai tietoa. Käsityksestä puhuttaessa voidaan käyttää myös termiä ajatus, näkemys tai mielipide. (Haarala 1996, 633) Ennalta määrätty teemat ja apukysymykset varmistivat, että kaikissa haastatteluissa tuli käsitellyksi samat aihealueet. Teemahaastattelussa tutkimushenkilöille esitettiin sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Avoimet kysymykset mahdollistivat tutkimushenkilöiden omien käsitysten ja näkemysten esilletulon. Fysioterapeutit varasivat tutkimushenkilöille kontrolliaikojen yhteyteen ajan haastatteluja varten. Haastattelut toteutettiin reumapoliklinikan tiloissa.

Opinnäytetyössä kvantitatiivista tutkimusmenetelmää hyödynnettiin tutkimushenkilöiden lihasvoiman, liikkuvuuden ja koetun toimintakyvyn mittaustulosten tarkastelussa. Fysiatrian poliklinikan fysioterapeutit tekivät tutkimushenkilöille opinnäytetyötutkimuksessa tarkasteltavat liikkuvuus- ja lihasvoimamittaukset sekä BASDAI- ja BASFI-kyselyn ja kipukyselyn, joiden tuloksista muodostui opinnäytetyön kvantitatiivinen tutkimusaineisto. Opinnäytetyössä pohdittiin myös seurannassa käytettävien mittareiden validiteettia ja reliabiliteettia sekä kartoitettiin mittareiden soveltuvuutta selkärankareumaatikkojen tutkimiseen.

Opinnäytetyösuunnitelman valmistuttua opinnäytetyöprosessi jatkui tutkimusluvan hakemisella HUS:lta. Fysioterapian ensikäynnin yhteydessä fysioterapeutit tiedottivat asiakkaita tulevasta opinnäytetyötutkimuksesta ja välittivät tutkimukseen suostuneille kutsun opinnäytetyötutkimukseen osallistumiseen (Liite 1). Kolmen kuukauden kuluttua seurantakäynnillä tutki-

mushenkilöt allekirjoittivat opinnäytetyötutkimukseen osallistumista varten suostumuslomakkeen (Liite 2). Lisäksi tutkimushenkilöt allekirjoittivat suostumuslomakkeen haastattelun nauhoitusta varten (Liite 3).

Opinnäytetyötutkimuksen alkaessa tutkimusotos oli 12 henkilöä, joista neljä keskeytti tutkimuksen, koska seurantakäyntien ajankohta siirtyi syystä tai toisesta opinnäytetyön aikataulun kannalta liian myöhäiseksi. Opinnäytetyön tutkimusotos koostui kuudesta naisesta ja kahdesta miehestä. Tutkimushenkilöiden ikäjakauma oli 17–48 vuotta. Tutkimusotos koostui kahdeksasta tutkimushenkilöstä, joista neljällä oli selkärankareuma (M45), kolmella oli muualla luokitamaton risti-suoliluunivelen tulehdus (M46.1) ja yhdellä määrittämätön tulehduksellinen nikamasairaus (M46.9) (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011). Tutkimusotos on esitelty taulukossa 1. Tutkimushenkilöt olivat saaneet diagnoosinsa vuoden sisällä, jonka jälkeen tutkimushenkilöt tulivat lääkärin läheteellä fysiatrian poliklinikan fysioterapiaohjaukseen. Tutkimusotokseen valikoitui asiakkaat, jotka tulivat Helsingin fysiatrian poliklinikan fysioterapiaan ensikäynnille marras- ja joulukuussa 2011 sekä tammikuussa 2012.

Taulukko 1: Tutkimusotos

	1	2	3	4	5	6	7	8
Sukupuoli	mies	mies	nainen	nainen	nainen	nainen	nainen	nainen
Syntymävuosi	1994	1970	1978	1964	1972	1984	1986	1989
Diagnoosi	M46.9	M45	M46.1	M46.1	M45	M45	M46.1	M45

9.2 Aineiston analysointi

Kvalitatiivisen aineiston käsittelyssä käytettiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmää. Sisällönanalyysin työvaiheet etenivät seuraavasti: haastattelujen litterointi, tutkimuskysymyksen kannalta tärkeiden alkuperäisilmausten etsiminen, pelkistysten muodostaminen, pelkistysten ryhmittely alaluokkiin ja alaluokkien ryhmittely yläluokkiin (Tuomi ym. 2009, 108–111). Opinnäytetyön laajan kvalitatiivisen tutkimusaineiston vuoksi yläluokista muodostettiin vielä pääluokat. Taulukossa 2 on esitetty esimerkki laadullisen tutkimusaineiston sisällönanalyysistä. Lopuksi aineisto abstrahoitettiin eli siitä poimittiin opinnäytetyön kannalta olennainen tieto. Abstrahoinnilla eli käsitteellistämällä pyritään muodostamaan alkuperäisistä kielellisistä ilmauksista teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. (Tuomi ym. 2009, 108–111) Aineistolähtöinen sisällönanalyysin avulla saatiin tutkimusaineistosta muodostuneiden ala- ja yläluokkien perusteella vastauksia tutkimuskysymykseen.

Taulukko 2: Esimerkkitaulukko sisällönanalyysistä pääluokassa harjoittelumotivaatio

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Mun mielestä tosi hyvä on, että mä oon käynyt täällä ja.. Et en varmaa ois yhtä ahkerasti jumpannu ilman näitä käyntejä."	<i>Ilman fysioterapia-käyntejä ei olisi tullut harjoiteltua niin ahkerasti</i>	Seurantakäynnit harjoitteluun kannustajana	Seurantakäyntien vaikutus harjoittelumotivaatioon	Harjoittelumotivaatio
"No taas saasemmosta uutta motivaatiota ja vahvistusta sille, että on tehnyt oikeita asioita ja siitä on ollut hyötyä..."	<i>Uuden motivaation saaminen ja vahvistus harjoittelun hyödyllisyydelle</i>			
"...ainakin kaikki tulokset oli parantunu, eli oli tehonnu noi kaikki liikkeet ja tämmöset. Ja se on aika motivoivaa ja.. aika hyvä fiilis tuli käynnistä."	<i>Testitulosten parantaminen on motivoivaa, sillä siitä tietää, että harjoitteet ovat tehonneet</i>	Testitulokset harjoittelumotivaattorina		
"...niitä ihan vertailtiin tässä, kylähän ne motivoi kun näkee että parantaa liikkuvuutta ja voimaa eri osissa. Kyllähän se motivoi aika paljon kun ne konkreettisesti näyttää, että on apua liikkeistä ja harjoitteista."	<i>Liikkuvuuden ja voiman parantaminen motivoi harjoittelemaan ja vahvistaa harjoitteista olleen apua</i>			

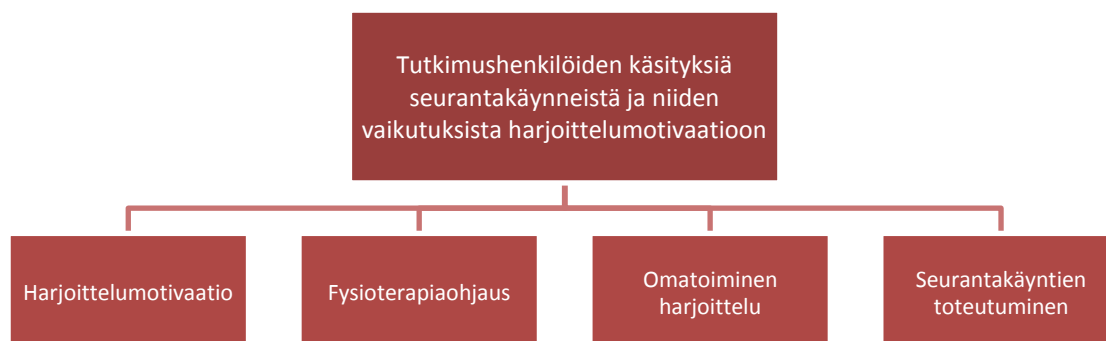
Kvantitatiivisen aineiston käsittelyssä käytettiin tilastollista analyysia, jonka avulla saatiin selville kolmen ja kuuden kuukauden seurantakäyntien välisenä aikana mittaustuloksissa tapahtuneet muutokset. Kvantitatiivisen tutkimusaineiston tilastolliseen muotoon järjestämisessä ja tilastollisen analyysin teossa käytettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa. Kvantitatiivisten tutkimustulosten analysoinnissa tutkimuskysymyksen kannalta kiinnostavaa oli testitu-

loksissa tapahtuneet muutokset ensikäynnin ja viimeisen, kuuden kuukauden, seurantakäynnin välillä.

10 Kvalitatiivisen tutkimuksen tulokset

Opinnäytetyön kvalitatiivinen tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla tutkimushenkilöitä sekä kolmen että kuuden kuukauden seurantakäynnin yhteydessä. Tutkimusaineistosta nousseiden teemojen yhteneväisyyden vuoksi kolmen ja kuuden kuukauden seurantakäynneillä kerätyt aineistot yhdistettiin sisällönanalyysissä.

Kvalitatiivisesta tutkimusaineistosta tärkeiksi asiakokonaisuuksiksi eli pääluokiksi nousi neljä tutkimuskysymysemme kannalta olennaista teemaa. Nämä teemat kokoavat yhteen tutkimushenkilöiden käsityksiä fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon. Pääluokiksi muodostuivat seuraavat: harjoittelumotivaatio, fysioterapiaohjaus, omatoiminen harjoittelu ja seurantakäyntien toteutuminen. Pääluokat on esitelty kuviossa 2. Seuraavissa kappaleissa on esitelty kunkin pääluokan sisältämät ylä- ja alaluokat, jotka nousivat esille aineistolähtöisessä analyysissä.



Kuvio 2: Sisällönanalyysin pääluokat

10.1 Harjoittelumotivaatio

Pääluokka harjoittelumotivaatio muodostuu kahdesta yläluokasta, jotka ovat seurantakäyntien vaikutus harjoittelumotivaatioon ja yksilöllisten tekijöiden vaikutus harjoittelumotivaatioon (Kuvio 3). Pääluokka kokoaa yhteen tutkimushenkilöiden käsityksiä seurantakäyntien vaikutuksesta harjoittelumotivaatioon.



Kuvio 3: Pääluokka harjoittelumotivaatio ja sen muodostavat ylä- ja alaluokat

10.1.1 Seurantakäyntien vaikutus harjoittelumotivaatioon

Yläluokka seurantakäyntien vaikutus harjoittelumotivaatioon käsittää kolme alaluokkaa: seurantakäynnit harjoitteluun kannustajana, testitulokset harjoittelumotivaattorina ja kilpailuhenkisyys testitulosten parantamisessa.

Tutkimushenkilöt kokevat fysioterapiaseurantakäyntien lisäävän ja pitävän yllä harjoittelumotivaatiota. Erityisen tärkeänä tutkimushenkilöt pitävät seurantakäynneillä fysioterapeutin antamia ohjeita ja neuvoja liikkumiseen ja harjoitteiden tekemiseen. Seurantakäynneillä tehtävät testit osoittavat harjoittelun hyödyllisyyden ja kunnon paranemisen, mikä koetaan motivoivana. Seurantakäyntien koetaan lisäävän harjoittelun määrää, sillä fysioterapian hyödyn ajatellaan menevän hukkaan, ellei harjoitteluun sitouduttaisi. Harjoittelumotivaatiota tutki-

mushenkilöiden mielestä lisää sairauden vaikutusten havainnollistaminen konkreettisesti esimerkiksi fysioterapiassa käytetyn luurankomallin avulla. Seurantakäynneillä hyvänä koetaan harjoitteluun motivoinnin lisäksi myös mahdollisuus saada hoitoja, kuten akupunktiohoitoa. Seurantakäyntien koetaan tukevan asiakkaan liikkumiskykyä ja näin ollen vähentävän sairauspoissaoloja. Osalla tutkimushenkilöistä seurantakäynneillä ei ole ollut merkittävää vaikutusta harjoittelumotivaatioon, sillä selkärankareuman taustalla vaikuttavat muut sairaudet heikentävät motivaatiota ja mahdollisuuksia harjoitteluun.

Seurantakäynneillä tutkimushenkilöitä motivoivat erityisesti testitulokset. Parantuneet testitulokset herättävät positiivisia tunteita, sillä se kertoo harjoittelun olleen hyödyllistä. Testitulosten paranemisesta tietää, että fysioterapeutin ohjaamat harjoitteet ovat tehonneet. Halu saavuttaa paremmat testitulokset motivoi tutkimushenkilöitä harjoittelemaan fysioterapeutin ohjeiden mukaisesti. Testit myös kannustavat tutkimushenkilöitä jatkamaan harjoittelua ja kohottamaan kuntoa. Testit koetaan tärkeänä, koska ne antavat konkreettista tietoa omasta kunnosta ja taudintilasta. Erityisesti testitulosten seuranta fysioterapiajakson aikana koetaan motivoivana. Myös testitulosten huononeminen kannustaa osaa tutkimushenkilöistä harjoittelemaan vielä tehokkaammin ja kiinnittämään huomiota harjoitteiden oikeisiin suoritustapoihin.

”...kun mä viimeksi kolme kuukautta sitten kävin ja fysioterapeutti niitä juttuja mulle neuvo ja näytti ja opasti muutenkin siinä liikunnassa, niin kyllä mä silloin aattelin, että sitten, kun mä tuun kolmen kuukauden päästä tänne uudelleen, niin mä haluan, että ne on paremmat.”

Tutkimushenkilöt kokevat testitulosten parantamisen vaativan itseltä tietynlaista kilpailuhenkisyyttä ja ymmärrystä siitä, että testitulokset eivät parane automaattisesti. Kilpailuhenki itsensä kanssa ja halu säilyttää toimintakyky mahdollisimman pitkään motivoi tekemään harjoitteita. Seurantakäynneillä tehtävät testit tuovat osalle tutkimushenkilöistä hieman suorituspainetta, mutta siitä huolimatta testejä ei koeta epämiellyttävinä.

10.1.2 Yksilöllisten tekijöiden vaikutus harjoittelumotivaatioon

Yläluokka yksilöllisten tekijöiden vaikutus harjoittelumotivaatioon muodostuu seuraavista alaluokista: oma toimintakyky harjoittelumotivaattorina, yksilölliset tekijät harjoittelumotivaation heikentäjinä, harjoitteluajan järjestämisen haasteet ja kipu harjoitteiden tekemisen haasteena.

Tutkimushenkilöt kokevat oman terveyden ja toimintakyvyn tärkeimpänä harjoittelumotivaatiota lisäävänä tekijänä. Osaa tutkimushenkilöistä motivoi enemmän liikunnasta tuleva hyvä

olo kuin testitulokset. Osa tutkimushenkilöistä myös kokee, ettei fysioterapiaseurantakäynneillä ole juurikaan vaikutusta harjoittelumotivaatioon, vaan harjoitteluun motivoi oman toimintakyvyn ylläpitäminen. Tutkimushenkilöt näkevät harjoittelun yhtenä keinona hoitaa sairautta ja ylläpitää kuntoa. Harjoitteluun motivoi myös selkäkipujen ennaltaehkäisy ja oma hyvinvointi. Harjoittelumotivaation koetaan pysyvän yllä fysioterapiajakson jälkeen, sillä oman kehon tiedetään reagoivan nopeasti, jos harjoitteet jäävät tekemättä.

Tutkimushenkilöiden harjoittelumotivaatiota heikentää erilaiset seurantakäynneistä riippumattomat yksilölliset tekijät. Tutkimushenkilöiden motivaatiota fysioterapeutin ohjaamien harjoitteiden tekemiseen heikentää väsymys ja laiskuus. Osalla tutkimushenkilöistä joidenkin harjoitteiden tekemistä vaikeuttaa myös se, että harjoitteiden tekemiseen tarvitsee toisen henkilön apua. Joidenkin tutkimushenkilöiden kohdalla harjoittelun esteenä on edellisellä kerralla ohjattujen harjoitteiden unohtuminen. Osalla tutkimushenkilöistä harjoittelumotivaatiota heikentää se, että harjoittelulla ei uskota voivan vaikuttaa testituloksiin. Osa tutkimushenkilöistä kokee, että harjoitusvaikutuksia ei harjoittelusta huolimatta saavuteta, jos edeltävästi sairaudessa on ollut huonompi vaihe.

Tutkimushenkilöillä harjoittelumotivaatiota heikentää harjoitteluajan järjestämisen haasteellisuus. Osalla tutkimushenkilöistä ei omien harrastusten ja muun liikunnan vuoksi jää aikaa fysioterapeutin ohjaamien harjoitteiden tekemiselle. Tutkimushenkilöt kokevat harjoitteluajan löytämisen ja sen sovittamisen arkeen olevan haasteellista. Osa tutkimushenkilöistä toivoisi fysioterapeutin apua harjoitteluajan sovittamisessa muihin aikatauluihin.

”...mut niinku et se motivaatio on aika huono, tehdä niitä... ja sit niinku iso ongelma on myös se, että ne mahdollisuudet tehdä niitä on ehkä jotenki... tai sitä perustelee sillä, et ei mulla oo aikaa. Ei mulla oo viittä minuuttia aikaa päivässä.”

Tutkimushenkilöt kokevat kivun vaikeuttavan harjoitteiden tekemistä, ja näin ollen heikentävän harjoittelumotivaatiota. Osa tutkimushenkilöistä kokee selän kivun vaikeuttavan kaikkea tekemistä. Joidenkin tutkimushenkilöiden kohdalla terveydentilan äkillinen huononeminen on heikentänyt harjoittelumotivaatiota. Tutkimushenkilöt tekevät fysioterapeutin ohjaamia harjoitteita kivun sallimissa rajoissa. Myös muut vaivat, kuten jalan kipu, vähentävät tutkimushenkilöiden kertoman mukaan harjoitteiden tekemistä, jolloin harjoittelu on kipuja lieventävää ja painottuu liikkuvuusharjoitteisiin.

10.2 Fysioterapiaohjaus

Pääluokka fysioterapiaohjaus koostuu kahdesta yläluokasta, jotka ovat yksilöllinen fysioterapiaohjaus ja sairauteen liittyvä tiedonsaanti (Kuvio 4). Pääluokka kokoaa yhteen tutkimushenkilöiden käsityksiä seurantakäyntien fysioterapiaohjauksesta.



Kuvio 4: Pääluokka fysioterapiaohjaus ja sen muodostavat ylä- ja alaluokat

10.2.1 Yksilöllinen fysioterapiaohjaus

Yläluokka yksilöllinen fysioterapiaohjaus muodostuu kuudesta alaluokasta, jotka ovat fysioterapian toteutuminen yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, asiakkaan huomioiminen kokonaisvaltaisemmin, omatoimiseen harjoitteluun ohjaus, harjoitteluun ohjaus henkilökohtaisemmin, harjoitteiden monipuolistuminen ja harjoitteet tiedossa jo ennen fysioterapiaa.

Osa tutkimushenkilöistä kokee fysioterapian toteutuvan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tutkimushenkilöt kokevat, että alkuperäisestä fysioterapiasuunnitelmasta voidaan poiketa yksilöllisten tarpeiden vaatiessa, ja esimerkiksi omasta tilanteesta voidaan keskustella laajemmin. Tutkimushenkilöiden mielestä fysioterapiaohjaus on yksilöllistä, sillä se perustuu henkilökohtaisiin testituloksiin ja toivomuksiin. Lisäksi fysioterapiaohjauksen koetaan painottuvan asiakkaan tilanteen kannalta olennaisiin asioihin. Osa tutkimushenkilöistä on saanut fysioterapiassa yksilöllistä työergonomiaohjeistusta esimerkiksi oikeanlaisista työasennoista ja -jalkineista. Työergonomiaohjeistuksen myötä työskentelyasentojen huomioiminen on lisääntynyt osalla tutkimushenkilöistä. Lisäksi fysioterapian kautta saadut yksilöllisesti suunnitellut tukipohjalliset ja fysikaaliset hoidot, kuten akupunktio, koetaan hyvänä.

”...sillein tiedostaa sen paremmin, et ehkä just sitä niinku fysioterapeutin kans mietittii sillon ekana niinku ihan just työjalkineista lähtien ja kaikkee, mitkä niinku vaikuttaa siihen kokonaisuuteen ainakin pienet asiat.”

Osa tutkimushenkilöistä toivoo fysioterapialta yksilöllisempää ohjausta ja asiakkaan huomioimista kokonaisvaltaisemmin. Osa tutkimushenkilöistä kokee fysioterapian toteutuvan ennalta määrätyn kaavan mukaisesti, josta ei voi poiketa asiakkaan henkilökohtaisten tarpeiden mukaisesti. Lisäksi arvioita sairauden aktiivisuudesta ja sen etenemisestä sekä tietoa sairauden vaikutuksista päivittäiseen elämään olisi kaivattu. Myös tietoa ravinnon vaikutuksesta sairautteen sekä yhteistä pohdintaa liikunnan sovittamisesta arkeen, tulisi osan tutkimushenkilöiden mielestä olla fysioterapiaohjauksessa enemmän. Osa tutkimushenkilöistä kokee, ettei testituloksia hyödynnetä tarpeeksi henkilökohtaisessa ohjauksessa. Myös osan toimintakykytesteistä, esimerkiksi BASDAI, voisi toteuttaa lomakekyselyn sijaan toiminnallisesti. Lisäksi joidenkin testien viitearvot ovat jääneet epäselväksi osalle tutkimushenkilöistä, jolloin omien testitulosten arvioiminen on ollut vaikeaa. Mittaustulosten toivottaisiin myös olevan lääkärin luettavissa ja kommentoitavissa. Osa tutkimushenkilöistä kokee tehokkaammaksi, että lääkäri hoitaisi mittaustulosten seurannan.

”Mä koen tässä fysioterapiassa ongelmaksi sen, et täs on hyvin niinku valmis sapluuna. Et kun mä istun tähän tuoliin, nii se sapluuna alkaa. Ja se jatkuu siihen saakka kun mä lähden ulos täältä. Eli tietyn kaavan mukaan, ja se on ihan sama mitä mä sanon. Ja sit mun on vaan parempi olla vaan... nyökytellä. Tai sit sanoo mitä vaan mut se jatkuu kuitenkin samanlaisena... Mä oisin kaivannu

sitä, et olis puhuttu enemmän siitä, et miks mua ei huvita tehdä niitä harjoitteita.”

Yksilöllisessä fysioterapiaohjauksessa tutkimushenkilöt pitävät tärkeänä omatoimiseen harjoitteluun ohjausta, sillä sen merkitys korostuu spondylartropatiataudin hoidossa. Tutkimushenkilöt kokevat saavansa fysioterapiassa ohjeistusta, neuvontaa ja kannustusta omatoimiseen harjoitteluun ja yksilöllisten harjoitteiden sisäistämiseen. Osa tutkimushenkilöistä kokee hyvänä sen, että fysioterapeutti on valmis vastaamaan omatoimiseen harjoitteluun liittyviin kysymyksiin. Fysioterapiaohjauksessa positiivisena nähdään harjoitteiden oikeiden suoritustapojen ohjaus ja niiden tarkistaminen fysioterapian edetessä. Motivaatio omatoimiseen harjoitteluun koetaan fysioterapian edetessä paremmaksi, koska harjoitteet ovat tulleet tutuiksi. Osa tutkimushenkilöistä kertoo tekevänsä harjoitteita yksittäisten fysioterapiakäyntien jälkeen jonkin aikaa paljon enemmän ja useammin, koska harjoitteet ovat tuoreessa muistissa.

Osa tutkimushenkilöistä kokee, että omatoimiseen harjoitteluun ohjauksen tulisi olla henkilökohtaisempaa. Fysioterapiassa kaivataan henkilökohtaisempaa ja konkreettisempaa ohjausta oikeanlaiseen liikkumiseen ja sopiviin liikuntalajeihin. Yksilöllisen liikuntasuunnitelman laatiminen ja sen toteuttamiseen ohjaus on toivottavaa. Lisäksi osa tutkimushenkilöistä toivoo mahdollisuutta yksilöllisen kuntosaliohjelman saamiseen ja sen ohjaukseen fysioterapiassa. Osa tutkimushenkilöistä kokee harjoitteiden olleen puutteellisia, sillä esimerkiksi jalan kivun helpottamiseen harjoitteita ei ole saatu. Fysioterapiaohjauksessa kaivataan myös keskustelua motivaation puuttumisesta harjoitteiden tekemiseen.

Tutkimushenkilöt kokevat fysioterapiassa ohjattujen harjoitteiden monipuolistuneen fysioterapian aikana; harjoitteet ovat lisääntyneet ja niihin on tullut vaihtelua. Osa tutkimushenkilöistä kokee saaneensa vahvistusta sairauden kannalta tärkeille harjoitteille, harjoitteiden oikeille suoritustavoille ja omatoimisen harjoittelun hyödyllisyydelle. Osa tutkimushenkilöistä kokee reumatologilta saatujen kotiharjoitteluohjeiden monipuolistuneen fysioterapiassa, ja selkää vahvistavia harjoitteita on tullut lisää. Saatavilla olevien välineiden, kuten käsipainojen ja puolapuiden, hyödyntämisen ohjaus harjoitteiden tekemisessä koetaan positiivisena asiana.

Osalle tutkimushenkilöistä fysioterapeutin ohjaamat harjoitteet ovat jo ennestään tuttuja. Reumapoliklinikalta, kuntosaliohjaajalta ja työterveyslääkäriltä saadut harjoitteet koetaan samankaltaisiksi kuin fysioterapiassa saadut harjoitteet. Osa tutkimushenkilöistä kokee jo aikaisemmin reumapoliklinikalla ohjattujen harjoitteiden olevan monipuolisempia ja menevän fysioterapeutin ohjaamien harjoitteiden edelle. Fysioterapeutin ohjaamien harjoitteiden sijaan osa tutkimushenkilöistä tekee mieluummin jo ennestään tuttuja ja mielekkäämpiä harjoitteita.

10.2.2 Sairauteen liittyvä tiedonsaanti

Yläluokka sairauteen liittyvä tiedonsaanti sisältää neljä alaluokkaa, jotka ovat kattava tiedonsaanti sairauteen liittyvissä asioissa, käytännönläheisen ja selkeän tiedon saaminen, tiedonsaanti liikuntamahdollisuuksista ja tiedon täydentyminen fysioterapiassa.

Fysioterapiaohjauksessa hyödylliseksi koetaan sairauteen liittyvän tiedon saaminen ammattilaiselta. Ammattilaisen koetaan kertovan kaiken tarpeellisen tiedon, jolloin tarpeetonta tietoa ei tarvitse etsiä itse muualta. Tutkimushenkilöt kokevat saaneensa kattavasti tietoa, vastaukset kysymyksiin ja täydennystä jo aiemmin saatuun tietoon. Osa tutkimushenkilöistä kokee hyödyllisenä saamansa tiedon sairauden tilan vaihtelevuudesta. Osa tutkimushenkilöistä myös kokee fysioterapiaohjauksen olevan tarpeetonta tulevaisuudessa, sillä kaikki tarvittava tieto on saatu ja harjoitusohjeet on annettu kotiin.

Tutkimushenkilöt kokevat fysioterapiasta saamansa tiedon käytännönläheisenä ja selkeänä. Fysioterapiassa saatu tieto koetaan reumalääkärillä saatuun tietoon verrattuna hyödyllisenä, erilaisena ja käytännönläheisempänä. Fysioterapiassa on muun muassa saanut kirjallisen oppaan ”Selkärankareuma ja liikunta”, jossa sairauteen liittyvät yleiset asiat on esitetty selkeästi. Osalle tutkimushenkilöistä käytännön asioihin liittyvä tieto tuli uutena asiana ja se koetaan hyödyllisenä. Tietoa on tullut muun muassa reumaatikon kannalta tärkeistä toimipaikoista, joihin kannattaa ottaa yhteyttä. Osa tutkimushenkilöistä kokee luurankomallilla havainnollistetun tiedon esimerkiksi ryhtiharjoitusten tekemättömyydestä lisäävän harjoittelumotivaatiota.

”...tosi hyvä sillein, et ku vertaa, et ku mä oon kuitenkin käyny reumalääkärillä aika useeseen otteeseen, ni tääl on kuitenkin saanu paljon semmost niinku käytännönläheisempää. Tai siis sil taval niinku oikeesti tosi hyödyllistä.”

Fysioterapiaohjauksessa tärkeäksi koetaan saatu tietoa liikuntamahdollisuuksista. Osa tutkimushenkilöistä kokee saaneensa hyödyllisiä neuvoja uima- ja liikuntasalikortin hankkimisesta. Tarpeelliseksi koetaan myös fysioterapiassa saatu tieto kaupungin kuntosaleista, joissa voi käydä harjoittelemassa ja mahdollisuuksista kuntosaliohjaukseen työterveyshuollon kautta.

Osa tutkimushenkilöistä kokee saaneensa fysioterapiassa täydennystä jo aikaisemmin muualta saatuun tietoon. Runsaasti tietoa sairauteen liittyvistä asioista on osalla tutkimushenkilöistä olemassa jo etukäteen. Osa tutkimushenkilöistä kokee fysioterapiaseurantakäyntien hyödyttävän enemmän sellaisia henkilöitä, joille sairaus ei ole tuttu.

10.3 Omatoiminen harjoittelu

Pääluokka omatoiminen harjoittelu muodostuu kahdesta yläluokasta, jotka ovat harjoittelu omatoimisena hoitomuotona ja omatoimisen harjoittelun mahdollisuudet (Kuvio 5). Pääluokka kokoaa yhteen tutkimushenkilöiden käsityksiä liittyen taudin hoitoon omatoimisen harjoittelun keinoin.



Kuvio 5: Pääluokka omatoiminen harjoittelu ja sen muodostavat ylä- ja alaluokat

10.3.1 Harjoittelu omatoimisena hoitomuotona

Yläluokka harjoittelu omatoimisena hoitomuotona koostuu seuraavista alaluokista: omatoiminen harjoittelu kipujen ehkäisykeinona, omatoimisen harjoittelun merkitys tulehdusvaiheessa, harjoittelu jäykkyyden ehkäisykeinona, harjoittelun selkeät vaikutukset, harjoitteista apua omiin tarpeisiin ja arjen toimintojen helpottuminen harjoitteiden myötä.

Tutkimusaineiston mukaan halu välttää kipuja on yksi suurimmista motivaatiotekijöistä omatoimisen harjoittelun kannalta. Erityisesti kokemukset aikaisemmista kipujaksoista ja muisto kivun voimakkuudesta näyttää motivoivan tutkimushenkilöitä harjoitteiden tekoon. Tutkimushenkilöt näkevät omatoimisen harjoittelun toimivana keinona kipujen ennaltaehkäisyssä. Yleinen näkemys on myös, että kipujen lisääntyessä harjoittelumotivaatio katoaa ja harjoittelusta tulee mahdotonta. Tällöin kipu muistuttaa, miksi harjoitteiden tekeminen kivuttomina aikoina on tärkeää. Osa tutkimushenkilöistä kokee kuitenkin, että lievempi kipu muistuttaa sairauden olemassaolosta ja kannustaa harjoitteluun. Hyödyllisenä pidetään myös yksilöllisten tarpeiden mukaan saatuja harjoitusohjeita esimerkiksi alaraajojen kiputiloihin. Suurin osa tutkimushenkilöistä kokee saaneensa omatoimisella harjoitteilla konkreettisia tuloksia; kivut ovat lieventyneet ja nivelliikkuvuudet parantuneet.

Tutkimushenkilöt kokevat hyvänä fysioterapiasta saadut harjoitusohjeet, jotka myös helpottavat elämää tulehdusvaiheessa. Ohjeita on saatu esimerkiksi tulehtuneiden nivelten hoitoon ja liikkuttamiseen. Osan tutkimushenkilöistä kohdalla fysioterapiassa ohjatut harjoitteet ovat mahdollistaneet töissä käymisen myös kivuliaina aikoina. Joidenkin tutkimushenkilöiden mielestä harjoitteiden tekeminen tulehdusvaiheessa ei ole mahdollista, minkä vuoksi harjoittelun merkitys kivuttomina aikoina korostuu. Osa tutkimushenkilöistä kokee omatoimisen harjoittelun pakollisena toimintakyvyn säilymisen kannalta.

Tutkimushenkilöiden mukaan harjoittelun merkitys korostuu kivunlievityksen ohella myös jäykkyyden ennaltaehkäisyssä. Moni tutkimushenkilöistä kertoo pitävänsä tärkeänä fysioterapiassa ohjattuja selkärangan liikkuvuusharjoitteita, joilla voi helpottaa erityisesti spondylartropatiataudeille tyypillistä aamujäykkyyttä. Osa tutkimushenkilöistä kokee liikkuvuusharjoitteiden tekemisen suorastaan pakollisena, sillä muuten nivelet kangistuisivat.

Omatoimiseen harjoitteluun tutkimushenkilöitä motivoi selkeät vaikutukset, joita säännöllisellä harjoittelulla voi saada aikaan. Lähes kaikki tutkimushenkilöt kokevat fysioterapiasta saadut harjoitteet hyödyllisinä, koska niiden avulla kivut ovat lieventyneet ja liikkuvuudet parantuneet. Tutkimushenkilöt pitivät fysioterapiassa tehtäviä testejä hyvinä mittareina kuvaamaan harjoitusvaikutuksia. Osa tutkimushenkilöistä ei ole kuitenkaan omaksunut säännöl-

listä harjoittelua, vaikka he ovatkin tietoisia harjoittelun säännöllisyyden merkityksestä taudin hoidossa. Joidenkin tutkimushenkilöiden kohdalla rangan liikkuvuus on harjoitteiden avulla parantunut niin merkittävästi, että monet arjen toiminnot ovat helpottuneet. Eräs tutkimushenkilöistä kokee erityisesti keskivartaloa vahvistavista harjoitteista olleen apua; niiden avulla ovat mahdollistuneet sairauden vuoksi tauolla olleet harrastukset, kuten marjanpiminta ja puutarhanhoito. Yleisesti tutkimushenkilöt ovat sitä mieltä, että systemaattisella harjoittelulla sairauden vaikutukset voidaan minimoida.

”...on vähän toi keskivartalo kuitenkin vahvistunu... ku mä olin hyvä kunnos tos kesällä, ni mulla oli niinku niin semmonen vahva olo ja siis mä kävin mustik-kametsässäki mustikoita poimimassa, et aikasemmin mä aattelin, et en enää ikinä mee poimii mitää marjoja maasta.”

Suurin osa tutkimushenkilöistä kokee, että fysioterapiaseurantakäynneillä ohjataan yksilöllisten tarpeiden mukaan valittuja harjoitteita, joista todella on apua sairauden tuomiin oireisiin. Osa tutkimushenkilöistä kokee harjoitteiden määrän melko vähäisenä, mutta uskoi silti harjoitteiden tehoon ja vaikuttavan juuri haluttuun paikkaan. Lähes kaikki tutkimushenkilöt uskovat harjoitteiden olevan hyödyllisiä ja helpottavan elämää sairauden kanssa. Myös fysioterapiassa saatu tieto taudintilan vaihtelevuudesta koetaan hyvänä ja mieltä rauhoittavana. Osan tutkimushenkilöistä mielestä jotkin harjoitteet tuntuivat aluksi vaikeilta ja turhauttavilta, mutta toistojen jälkeen alkoivat tuntua helpommilta. Erään tutkimushenkilön mielestä seurantakäynneillä hyödyllisintä on ollut harjoitteet asentovirheiden korjaamiseksi. Seurantakäyntien koetaan myös lisäävän tietoisuutta itselle sopivista liikkeistä yleisesti liikunnassa.

Suuri osa tutkimushenkilöistä tuo esille, kuinka omatoimisen harjoittelun seurauksena monet arjen toiminnot ovat helpottuneet. Parantunut selkärangan liikkuvuus sekä vahvistuneet vartalon tukilihakset ovat helpottaneet arjessa toimimista sekä mahdollistaneet vanhoihin harrastuksiin palaamisen. Harjoitteiden kipua lieventävä vaikutus on mahdollistanut osan tutkimushenkilöistä kohdalla myös töissä käymisen voimakkaampien kipujaksojen aikaan. Osa tutkimushenkilöistä kokee lisäksi fysioterapiaseurantakäynneillä ohjattujen ryhtiharjoitusten myötä oppineensa kiinnittämään omaan ryhtiin huomiota myös vapaa-ajalla ja työskennellessä.

10.3.2 Omatoimisen harjoittelun mahdollisuudet

Yläluokka omatoimisen harjoittelun mahdollisuudet muodostuu kahdesta alaluokasta, jotka ovat harjoitteiden toteutettavuus kotona sekä sopivien liikuntamuotojen löytäminen fysioterapian avulla.

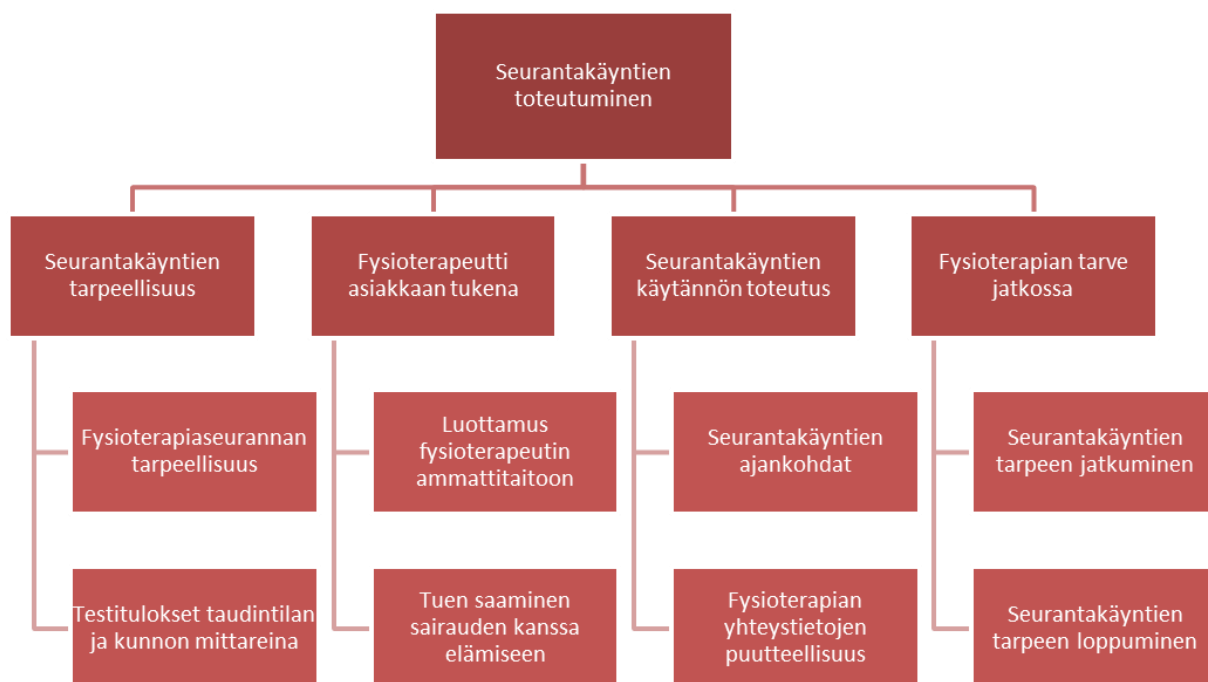
Tutkimushenkilöt ovat pääasiassa yhtä mieltä siitä, että fysioterapiaseurantakäynneillä ohjatut kotiharjoitteet ovat helposti toteutettavissa kotiympäristössä. Osa tutkimushenkilöistä kokee tämän olevan syynä myös sille, että harjoitteet tulevat helpommin tehdyksi. Fysioterapeutin antamat kirjalliset ja kuvalliset harjoitusohjeet koetaan hyvinä ja havainnollistavina. Osa tutkimushenkilöistä kertoo harjoitusohjeista olleen hyötyä erityisesti silloin, kun harjoitusten oikeat suoritustavat ovat unohtuneet fysioterapiakäynnin jälkeen. Harjoitusohjeissa koetaan hyväksi myös selkeästi esitetty tieto siitä, mihin harjoituksilla halutaan vaikuttaa. Kotona harjoitteluun tutkimushenkilöitä kannustaa myös se, että harjoitteissa on valinnanvaraa eikä kaikkia harjoitteita tarvitse tehdä samalla kerralla. Osa tutkimushenkilöistä kokee kuitenkin harjoitteiden tekemisen vaativan itseltä viitseliäisyyttä, sillä ne tuntuvat pitkäveiteisiltä säännöllisesti tehtynä. Joidenkin tutkimushenkilöiden mielestä fysioterapiaohjaukselle ei jatkossa olisi tarvetta, koska harjoitusohjeet antavat hyvät valmiudet itsenäiseen harjoitteluun. Harjoitteluohjeiden lisäksi hyvänä koetaan harjoitusvälineiden, kuten vastuskuminauhan, saaminen lainaan fysioterapiavastaanotolta.

”...mulla on yleensä se, että, ku mä käyn jossain lääkärinvastaanotolla, ni kaikki on kauheen selkeetä ja selvää, mut sit mä tuun kotii, ni sit mä yhtäkkiä muistakin, et hetkinen, miten tää nyt piti tehdä ja pitiks se tehdä näin vai pitiks se tehdä noin.. Ni sit se on hyvä, et on kunnolla väännetty rautalangasta ja kuvat ja kaikki, ni sit voi tavallaan aina palata takasin siihen, et ai näinhän se meniki.”

Moni tutkimushenkilöistä on löytänyt fysioterapiajakson aikana itselle sopivia, uusia liikuntamuotoja. Fysioterapiassa on saanut tietoa siitä, minkälaiset harjoitteet ja liikuntamuodot ovat sopivia itselle ja tukevat sairauden kanssa elämistä. Osa tutkimushenkilöistä kokee fysioterapian avulla oppineensa kuuntelemaan enemmän omaa kehoaan ja muuttaneensa liikuntaharrastuksiaan kevyemmiksi ja omien rajojen mukaisiksi. Moni tutkimushenkilöistä on päässyt fysioterapian kautta allasvoimisteluryhmään. Allasryhmä koetaan erittäin positiivisena asiana, ja osa tutkimushenkilöistä kokee sen antaneen vinkkejä sopivista liikkeistä myös oma-toimiseen harjoitteluun. Vesivoimistelu nähdään hyvänä ja innostavana liikuntamuotona myös tulevaisuudessa.

10.4 Seurantakäyntien toteutuminen

Pääluokka seurantakäyntien toteutuminen muodostuu neljästä yläluokasta, jotka ovat seurantakäyntien tarpeellisuus, fysioterapeutti asiakkaan tukena, seurantakäyntien käytännön toteutus ja fysioterapian tarve jatkossa (Kuvio 6). Pääluokka kokoaa yhteen tutkimushenkilöiden käsityksiä seurantakäyntien käytännön toteutumisesta.



Kuvio 6: Pääluokka seurantakäyntien toteutuminen ja sen muodostavat ylä- ja alaluokat

10.4.1 Seurantakäyntien tarpeellisuus

Yläluokka seurantakäyntien tarpeellisuus koostuu kahdesta alaluokasta, jotka ovat fysioterapiaseurannan tarpeellisuus sekä testitulokset taudintilan ja kunnon mittareina.

Tutkimushenkilöt kokevat fysioterapiassa toteutuvan seurannan tärkeäksi. Erityisen hyödyllisenä tutkimushenkilöt kokevat taudintilan seurannan liikkuvuus- ja lihasvoimamittauksin, sillä niillä voidaan seurata taudin kehitystä. Fysioterapiaseurantakäynnit ovat tutkimushenkilöiden mielestä tarpeellisia täydentämään lääkärissä tapahtuvaa seuranta. Tärkeänä pidetään myös seurantamittaustulosten dokumentointia.

Tutkimushenkilöt pitävät seurantamittauksia luotettavina taudintilan sekä fyysisen kunnon mittareina. Testien nähdään myös kuvastavan hyvin spondylartropatiataudin vaikutuksia toimintakykyyn. Tutkimushenkilöt kokevat testitulosten antavan monipuolista tietoa omasta kunnosta, kuten lihasvoimista ja kestävydestä. Kaikki tutkimushenkilöt kokevat testien olevan varsin kuormittavia ja ilmentävän hyvin oman kunnon kehitystä. Omien testitulosten kuumeminen on tutkimushenkilöiden mielestä mielenkiintoista. Testien koetaan ilmentävän hyvin muutoksia liikkuvuuksissa; niin sairauden aiheuttama nivelten jäykkyys kuin harjoittelun seurauksena parantunut liikkuvuus näkyvät heti testin tuloksissa. Osa tutkimushenkilöistä kokee heikot liikkuvuusmittausten tulokset merkinä harjoittelun tärkeydestä. Muutamat tutkimus-

henkilöistä tuovat esille, että liikkuvuusmittausten tuloksia tarkasteltaessa on tärkeää ottaa huomioon mittausajankohta; aamulla suoritettujen mittausten tulokset ovat tavallisesti heikompi aamujäykkyyden vuoksi.

”...se valitettavasti näyttää sen todellisuuden, että miten kankea sitten oikeesti kuitenkin on sillä lailla, mut et tavallaan mun mielestä kuitenkin positiivisesti.. Tietää ainakin mitä pitää tehdä ja sillä on myös merkitystä, että tekeekin jotain.”

Voimakas kipu vaikuttaa testeissä suoriutumiseen ja saadut testitulokset kuvastavat sen hetkistä kivun määrää. Taudin tulehdusvaihe näkyy huonompina testituloksina. Joidenkin tutkimushenkilöiden mielestä testitulosten parantumisesta huolimatta oli pysäyttävää huomata, että omat tulokset olivat silti puolet huonompia kuin terveillä henkilöillä. Parantuneet testitulokset kuvastavat harjoittelun positiivisia vaikutuksia taudintilaan. Testien tarkkuus koetaan hyvänä, sillä testit tekee jokaisella kerralla sama mittaaja. Osa tutkimushenkilöistä kokee itsearviointilomakkeiden täyttämisen vaikeaksi.

10.4.2 Fysioterapeutti asiakkaan tukena

Yläluokka fysioterapeutti asiakkaan tukena muodostuu kahdesta alaluokasta, jotka ovat luottamus fysioterapeutin ammattitaitoon ja tuen saaminen sairauden kanssa elämiseen.

Luottamus fysioterapeutin ammattitaitoon nousee esille tutkimusaineistosta; suurin osa tutkimushenkilöistä kokee fysioterapeutin toiminnan ammattimaisena. Fysioterapiaseuranta-käynnit ovat tutkimushenkilöiden mielestä hyvin toteutetut ja ne ovat olleet positiivinen kokemus. Fysioterapeutin koetaan olevan mukava, luotettava ja helposti lähestyttävä. Positiivisena koetaan fysioterapeutin kyky kuunnella, ymmärtää ja lohduttaa asiakasta. Osa tutkimushenkilöistä kertoo tulevansa fysioterapiaan aina mielellään, vaikka tietääkin joutuvansa tekemään raskaita testejä.

Tutkimushenkilöt kokevat saaneensa fysioterapiaseurantakäynneiltä tukea sairauden kanssa elämiseen; sairauden kanssa ei koeta olevan yksin. Fysioterapeutti auttaa ymmärtämään tautiin liittyviä asioita, kuten taudintilan vaihtelevuutta, mikä tuo mielenrauhaa. Fysioterapeutin koetaan osaavan esittää sairauteen liittyvän tiedon rauhallisesti ja realistisesti. Lisäksi fysioterapiassa saa tukea sairauteen liittyvissä asioissa, kuten vastauksia mieltäpainaviin kysymyksiin sairaudesta ja harjoittelusta. Tutkimushenkilöt kokevat, että heillä on mahdollisuus esittää fysioterapeutille kysymyksiä ja ehdotuksia harjoitteluun liittyen, jolloin harjoitteluun saa uutta opastusta. Hyvänä koetaan myös ohjattujen harjoitteiden suoritusapojen tarkistaminen ja korjaaminen tarvittaessa.

”...mä en taas tunne ketää toista, kenellä on tää sama sairaus. Sitä tuntee olevansa yksin tässä, mut et sit just, ku aina täälläkin käy, ni se tulee sitte yleisemmäksi se asia tai ei oo enää nii henkilökohtaista.”

10.4.3 Seurantakäyntien käytännön toteutus

Yläluokka seurantakäyntien käytännön toteutus muodostuu kahdesta alaluokasta, jotka ovat seurantakäyntien ajankohdat ja fysioterapian yhteystietojen puutteellisuus.

Tutkimushenkilöt kokevat seurantakäyntien ajankohtien olevan sopivat. Kolmen kuukauden väli seurantakäynneissä koetaan hyvänä, sillä se mahdollistaa sekä lääkityksen vaikutuksen että harjoitusvaikutusten ilmenemisen. Myös taudintilan ja lääkityksen tarpeen muutokset ehtivät näkyä seurantakäyntien välillä. Kolmen kuukauden koetaan olevan riittävä aika oma-toimiseen harjoitteluun ja kunnon parantamiseen. Tutkimushenkilöt kokevat myös voitavansa vaikuttaa seurantakäyntien ajankohtiin. Hyvänä koetaan, että seurantakäyntiajat ovat sijoittuneet aamuun, jolloin selkärankareuman oireet ovat tyypillisesti voimakkaammillaan. Aamuaikaan tehdyt mittaukset kuvastavat paremmin taudin vaikutuksia toimintakykyyn.

”...just puhuttiin tällä kerralla fysioterapeutin kanssa siitä, että otettas näitä aamuaikoja, koska tää selkärankareuma on semmonen aamuaikasairaus, niinku tos keskusteltiin, et seuraava aika olis sit aamulla. Nää molemmat ajat on nyt ollu iltapäivällä, ja mähän oon ollu vetreä kuin nuori mies, ku menee sormet lattiaan ja kaikkee. Mut aamulla mä olen todella kipeä, se on ihan järkyttävä ero, ainakin ittestä tuntuu siltä.”

Osa tutkimushenkilöistä kokee fysioterapian opasteiden ja yhteystietojen olevan puutteellisia. Reumapoliklinikan yhteystiedot koetaan puutteellisena, sillä asiakkaan mahdollisuudet ilmoittaa esimerkiksi myöhästymisestä ovat rajalliset määrättyistä soittoajoista johtuen. Mikäli asiakkaan fysioterapia-aika sijoittuu iltapäivään, ei vastaanottoon soittaminen ole enää mahdollista. Osa tutkimushenkilöistä kokee myös ajo-ohjeet ja opasteet Vega-talolle puutteellisena.

10.4.4 Fysioterapian tarve jatkossa

Yläluokka fysioterapian tarve jatkossa muodostuu kahdesta alaluokasta, jotka ovat seurantakäyntien tarpeen jatkuminen ja seurantakäyntien tarpeen loppuminen.

Suurin osa tutkimushenkilöistä kokee seurantakäyntien tarpeen jatkuvan myös kuuden kuukauden seurantakäynnin jälkeen, koska sairauskaan ei häviä. Fysioterapiaseurantakäyntien

toivotaan jatkuvan säännöllisinä esimerkiksi puolen vuoden välein riippuen sairauden aktiivisuudesta. Fysioterapiaseurantakäyntien jatkuminen koetaan tarpeellisena, jotta omatoimiseen harjoitteluun saisi tukea ja kannustusta. Seurantakäyntien koetaan herättävän harjoittelumotivaatiota uudelleen, minkä vuoksi seurantakäyntien tulisi jatkua. Seurantakäynnit olisivat mielenkiintoisia jatkossa, sillä käynneillä seurataan liikkuvuuksien ja kunnon kehitystä ja taudintilan muutoksia. Tutkimushenkilöiden mielestä seurantakäyntien jatkuminen olisi hyödyllistä myös siksi, että käynneillä voi keskustella omasta tilanteesta ja saada tukea sairauden kanssa elämiseen.

Osa tutkimushenkilöistä kokee, ettei seurantakäynneille ole tarvetta kuuden kuukauden seurantakäynnin jälkeen, jos taudintila pysyy vakaana ja vointi hyvänä. Tutkimushenkilöt kokevat saaneensa käynneiltä kaiken tarvittavan tiedon ja valmiudet omatoimiseen sairauden hoitoon harjoittelun keinoin. Osa tutkimushenkilöistä on sitä mieltä, että fysioterapiasta saatava hyöty pienenee muutaman käynnin jälkeen. Mikäli taudintila ja kipujen voimakkuus muuttuu oleellisesti, on tutkimushenkilöillä mahdollisuus päästä fysioterapiakäynnille, minkä vuoksi jatkuva seuranta ei ole tarpeen.

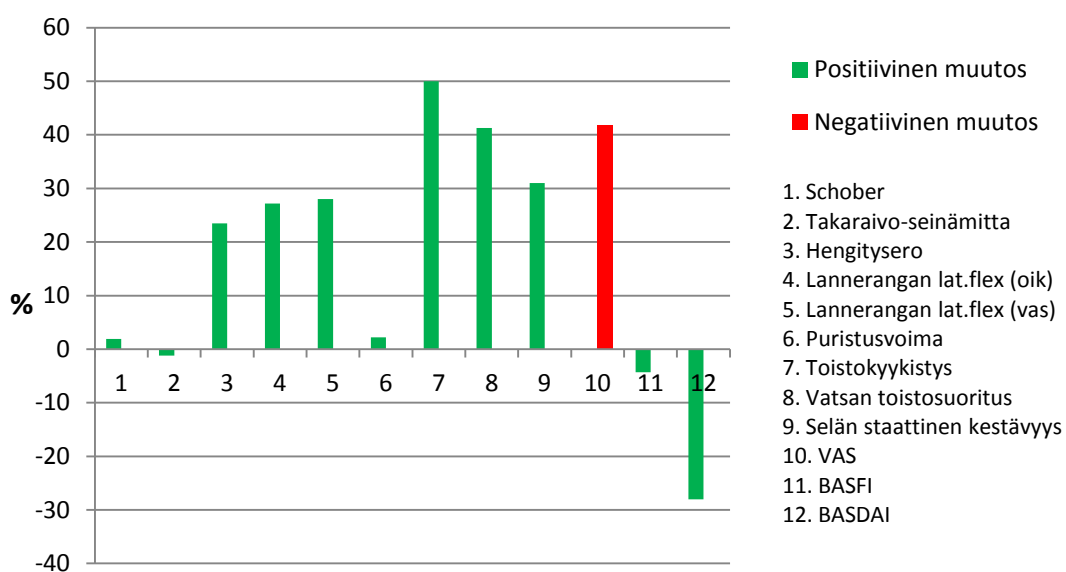
11 Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset

Kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset kertovat tutkimushenkilöiden mittaustulosten muutoksista seurantakäyntien välillä. Tutkimusaineiston perusteella mittaustulokset näyttävät muuttuneen pääasiassa positiiviseen suuntaan fysioterapiaseurannan aikana. Taulukossa 3 on esitetty testeittäin kaikkien tutkimushenkilöiden tulosten keskiarvo sekä alku- että lopputilanteessa. Alkutilanteella tarkoitetaan fysioterapian ensikäyntiä ja lopputilanteella viimeistä, kuuden kuukauden, seurantakäyntiä. Taulukossa 3 on esitetty myös testitulosten keskimääräiset muutosprosentit alku- ja lopputilanteen välillä.

Taulukko 3: Mittaustulosten keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (sd) alku- ja lopputilanteessa sekä keskimääräiset muutokset ja keskihajonnat testeittäin.

	Alkutilanne	Lopputilanne	Keskimääräinen muutos (%)
Schoberin testi (cm)	5,1 ($\pm 1,0$)	5,1 ($\pm 0,8$)	1,9 ($\pm 11,1$)
Takaraivo-seinämitta (cm)	0,8 ($\pm 2,1$)	0,8 ($\pm 2,1$)	-1,2
Hengitysero (cm)	5,0 ($\pm 1,1$)	6,1 ($\pm 2,7$)	23,5 ($\pm 50,1$)
Lateraalifleksio oikea/vasen (cm)	15,3 ($\pm 4,8$)/ 15,8 ($\pm 4,6$)	19,4 ($\pm 5,5$)/ 20,3 ($\pm 6,2$)	27,2 ($\pm 26,2$)/ 28,0 ($\pm 20,7$)
Puristusvoima (kg)	34,1 ($\pm 12,5$)	35,0 ($\pm 12,9$)	2,2 ($\pm 10,2$)
Toistokyykistystesti (krt)	25,6 ($\pm 16,6$)	39,0 ($\pm 10,4$)	50,0 ($\pm 73,7$)
Vatsalihasten toistotesti (krt)	29,4 ($\pm 12,1$)	37,5 ($\pm 14,0$)	41,3 ($\pm 59,1$)
Selkälihasten staattinen testi (s)	82,5 ($\pm 20,9$)	98,1 ($\pm 30,7$)	31,0 ($\pm 43,8$)
VAS-kipujana (mm)	36,5 ($\pm 19,4$)	37,1 ($\pm 23,4$)	41,7 ($\pm 132,4$)
BASFI	1,4 ($\pm 1,1$)	1,0 ($\pm 1,0$)	-4,3 ($\pm 78,1$)
BASDAI	3,6 ($\pm 1,7$)	2,8 ($\pm 2,0$)	-28,0 ($\pm 34,3$)

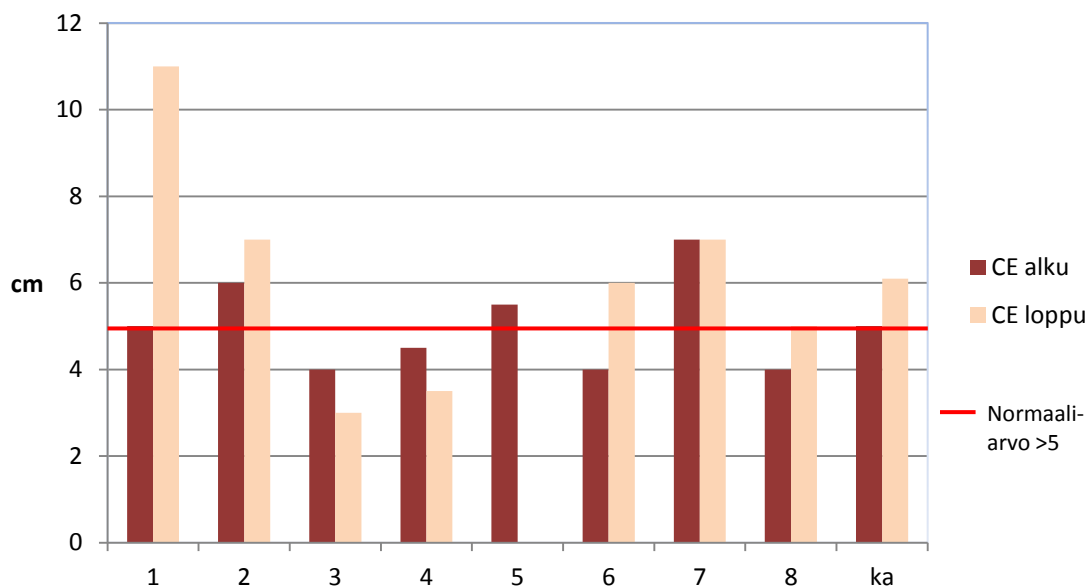
Kuviossa 7 on esitetty kaikkien tutkimushenkilöiden keskimääräiset muutosprosentit testeittäin. Joidenkin testien, esimerkiksi BASFI ja BASDAI, kohdalla testituloksen arvon pieneneminen tarkoittaa positiivista muutosta. Tämän vuoksi kuviossa havainnollistetaan pylväiden värein, onko keskimääräinen muutos testituloksissa ollut positiivinen vai negatiivinen. Kuvioista havaitaan, että vähiten muutosta on tapahtunut seuraavien testien tuloksissa: Schober, takaraivo-seinämitta ja puristusvoima. Kyseisistä testeistä ei ole laadittu pylväsdiagrammeja testitulosten vähäisten muutosten vuoksi. Eniten muutosta positiiviseen suuntaan on tapahtunut seuraavissa lihasvoimamittauksissa: toistokyykistystesti, vatsalihasten toistotesti ja selkälihasten staattinen testi. VAS-kipujan tulosten vaihtelevuus yksilöllä on suurta lyhyenkin ajan sisällä, minkä vuoksi tuloksia ei voida vertailla eri yksilöiden kesken (Zochling ym. 2007). Tämän vuoksi VAS-kipujan kohdalla kaikkien tutkimushenkilöiden testitulosten keskiarvot ja keskimääräiset muutosprosentit alku- ja lopputilanteen välillä eivät ole merkityksellisiä.



Kuvio 7: Mittaustulosten keskimääräiset muutosprosentit testeittäin

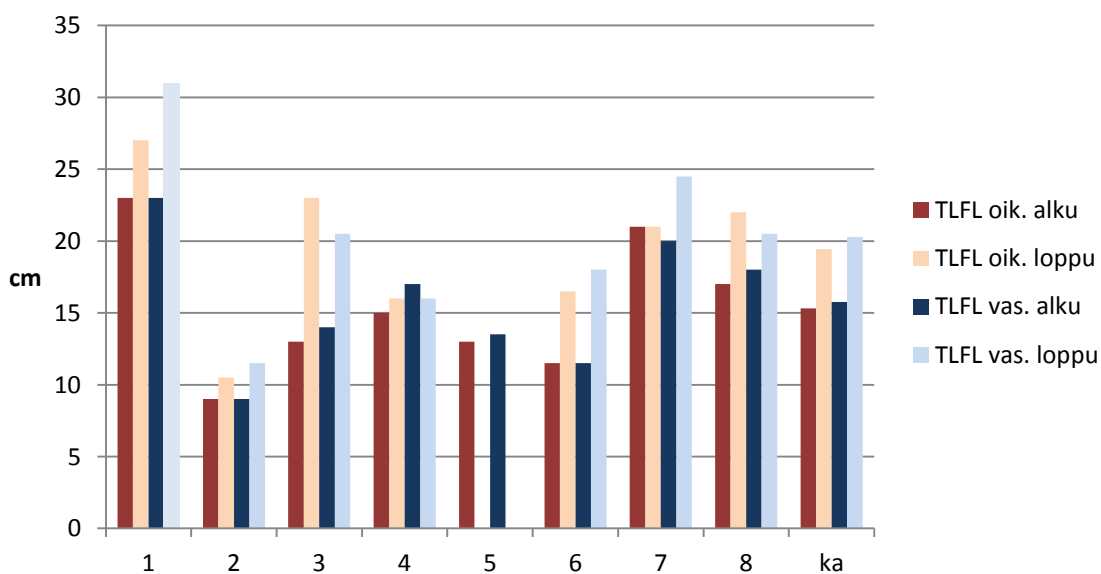
Kuviot 8-15 on laadittu testeistä, joiden tuloksissa on tapahtunut merkittäviä muutoksia fyysioterapiaseurannan aikana. Kuvioissa on esitetty testeittäin kaikkien tutkimushenkilöiden tulokset alku- ja lopputilanteessa sekä keskimääräiset tulokset alku- ja lopputilanteessa.

Kuvio 8 osoittaa, että hengityserotestin tuloksista suurin osa jää normaaliarvon (>5) alle tai sen rajamaille. Tutkimushenkilöiden testitulokset ovat kuitenkin keskimääräisesti hieman parantuneet seurannan aikana.



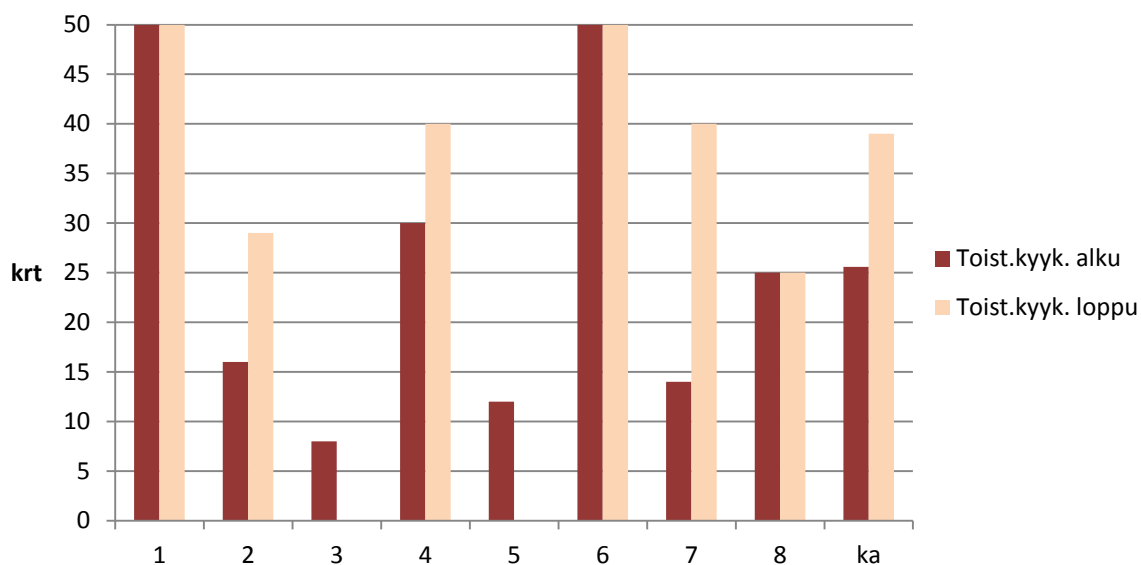
Kuvio 8: Hengityserotestin (CE) tulokset tutkimushenkilöittäin alku- ja lopputilanteessa sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvion 9 mukaan suurimmalla osalla tutkimushenkilöistä lateraalifleksiotestin tulokset sekä oikealle että vasemmalle ovat parantuneet fysioterapian aikana. Muutos mittaustuloksissa on ollut keskimäärin noin 5 cm. Loppumittauksessa kaikkien tutkimushenkilöiden testitulokset ylittävät 10 cm:n viitearvon.



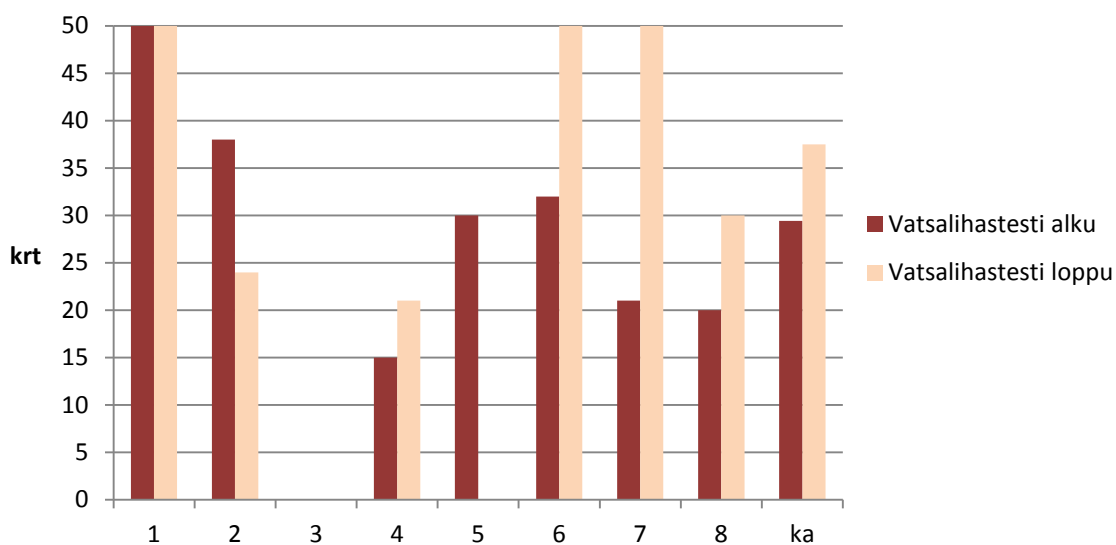
Kuvio 9: Lateraalifleksiotestin (TLFL) tulokset alku- ja lopputilanteessa tutkimushenkilöittäin sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvio 10 osoittaa toistokyykistystestin tulosten vaihtelevuuden, mutta keskimääräinen kehitys on ollut positiivista fysioterapian aikana. Kuvion 7 mukaan toistokyykistystestin tuloksissa on tapahtunut keskimääräisesti eniten parannusta.



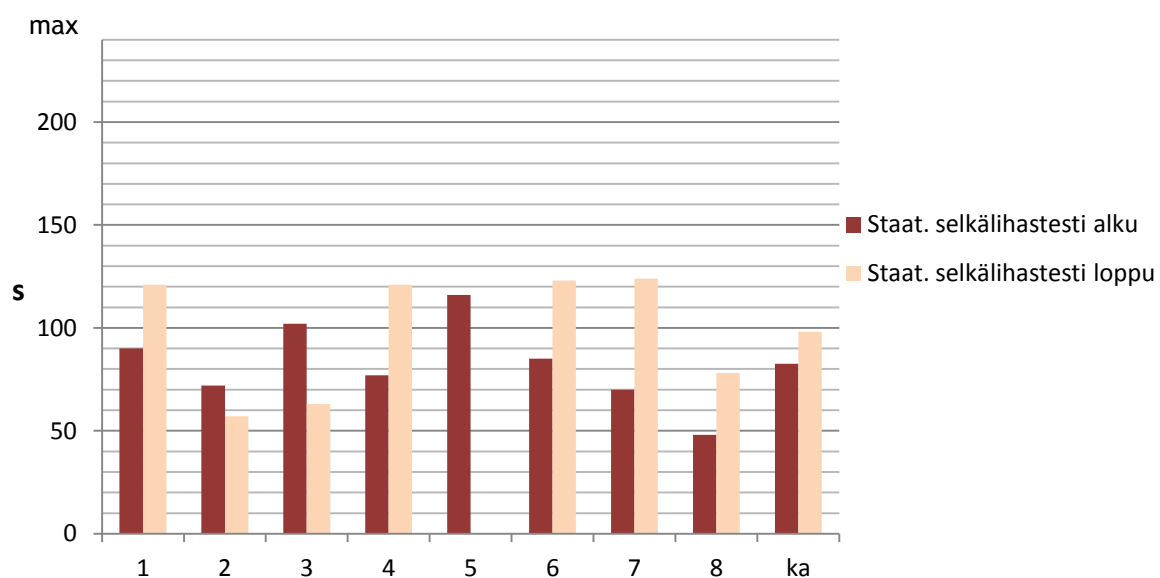
Kuvio 10: Toistokyykistystestin tulokset alku- ja lopputilanteessa tutkimushenkilöittäin sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvion 11 mukaan vatsalihasten toistotestin tulokset ovat vaihtelevia, mutta keskimääräisesti ne ovat parantuneet fysioterapian aikana. Kuvion 7 mukaan vatsalihasten toistotestin tuloksissa on tapahtunut keskimääräisesti toiseksi eniten parannusta.



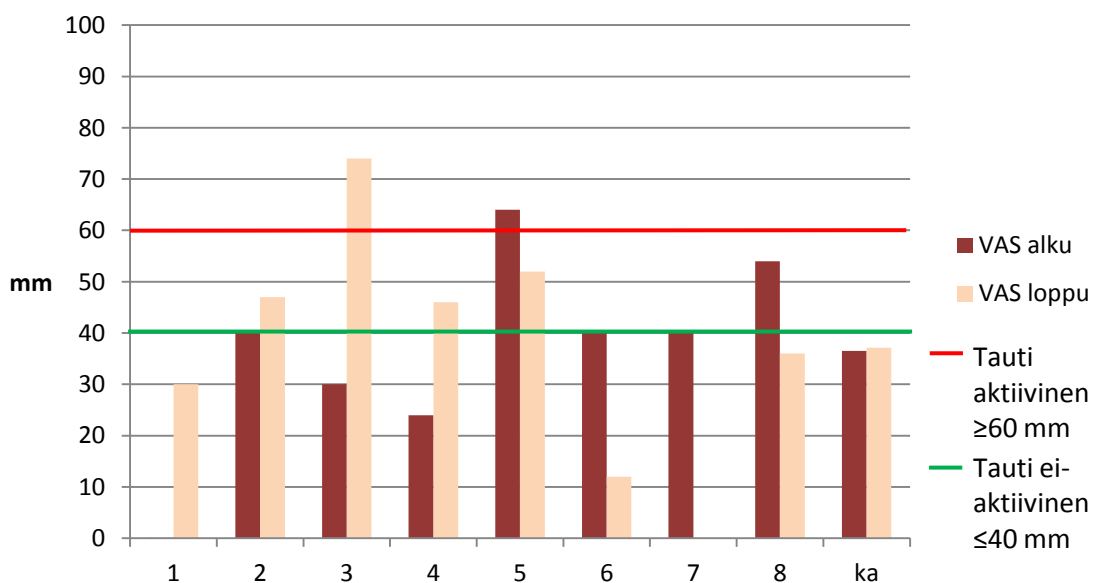
Kuvio 11: Vatsalihasten toistotestin tulokset alku- ja lopputilanteessa tutkimushenkilöittäin sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvion 7 mukaan selkälihasten staattisen testin tuloksissa on tapahtunut keskimääräisesti kolmanneksi eniten parannusta. Kuvio 12 osoittaa kuitenkin kaikkien testitulosten jäävän huomattavasti enimmäisajan (240 s) alle.



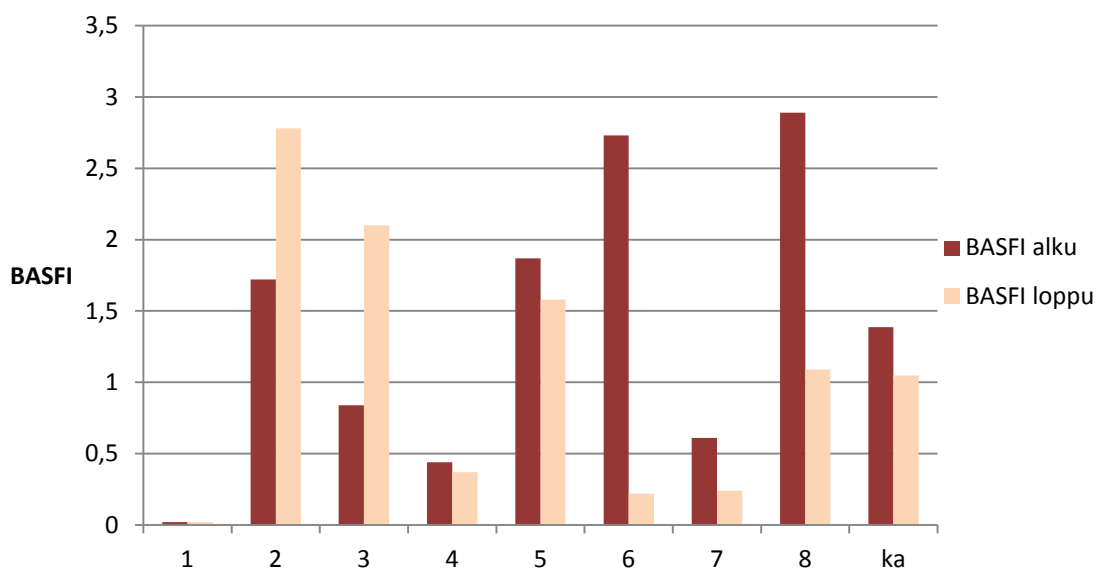
Kuvio 12: Selkälihasten staattisen testin tulokset alku- ja lopputilanteessa tutkimushenkilöittäin sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuviossa 13 näkyy, että VAS-kipujanan tulosten yksilöllinen vaihtelu on suurta. Tutkimushenkilöiden kokema kipu testitilanteessa on pääasiassa ollut kohtalaista, sillä tulokset sijoittuvat lievän (<20 mm) ja erittäin voimakkaan kivun (>70 mm) välille. Suurimmalla osalla testihenkilöistä tauti ei ole testitilanteessa kuitenkaan ollut aktiivisena VAS-janan perusteella.



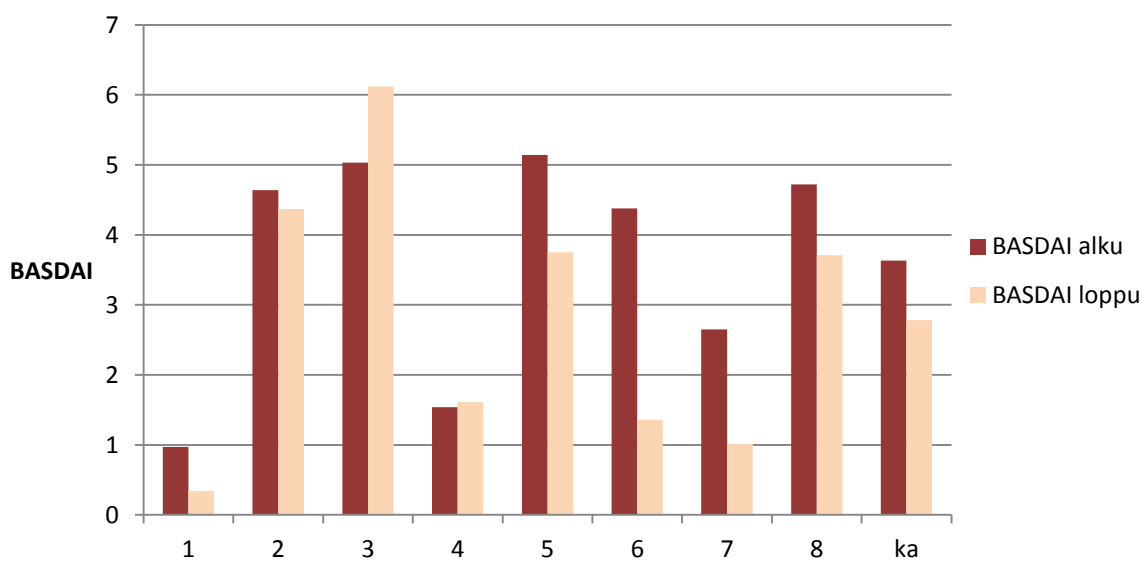
Kuvio 13: VAS-kipujanan tulokset tutkimushenkilöittäin alku- ja lopputilanteessa sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvion 14 mukaan tutkimushenkilöiden BASFI-indeksit ovat vaihtelevia, mutta keskimääräisesti tulokset ovat parantuneet fysioterapian aikana. Mitä pienempi BASFI-indeksi on, sitä parempi on koettu toimintakyky.



Kuvio 14: BASFI-indeksit tutkimushenkilöittäin alku- ja lopputilanteessa sekä indeksien keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuviossa 15 on esitetty BASDAI-indeksit tutkimushenkilöillä. Mitä suurempi BASDAI-indeksi on, sitä aktiivisempi tauti on. Puolella tutkimushenkilöistä on tapahtunut kliinisesti merkittäviä vähenemisiä (≥ 1 cm) BASDAI-indeksissä. Kuitenkaan testitulosten muutos ei ole riittävä, jotta se näkyisi oireiden vähenemisenä.



Kuvio 15: BASDAI-indeksit tutkimushenkilöittäin alku- ja lopputilanteessa sekä indeksien keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

12 Pohdinta

Opinnäytetyön pohdintaosuus sisältää kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten tutkimustulosten pohdintaa, tutkimuksen ja opinnäytetyön kannalta oleellista eettisyys ja luotettavuus seikkojen esittelyä sekä opinnäytetyöstä nousevien jatkotutkimusehdotusten pohdintaa.

12.1 Tulosten pohdinta

Pää tutkimuskysymyksenä oli, minkälaisia käsityksiä spondylartropatiatautiin sairastuneilla on fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksesta harjoittelumotivaatioon. Tutkimuskysymykseen haettiin vastauksia haastatteleamalla kahdeksaa spondylartropatiatautiin sairastunutta kolmen ja kuuden kuukauden seurantakäyntien yhteydessä. Pienestä tutkimusotoksesta huolimatta tutkimuskysymykseen saatiin perusteltuja vastauksia eri näkökulmista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tutkittua tietoa Helsingin fysiatrian poliklinikalle kahden fysioterapiaseurantakäynnin tarpeellisuudesta spondylartropatiatautiin sairastuneiden näkökulmasta. Haastatteluiden avulla kerätyt asiakkaiden näkemykset seurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon antavat tietoa seurantakäyntien tarpeellisuudesta. Kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää fysiatrian poliklinikan spondylartropatiaasiakkaiden fysioterapiakäytänteitä arvioitaessa ja kehitettäessä.

Tutkimusaineistosta nousi neljä tärkeää pääteemaa, joiden alle tutkimushenkilöiden käsitykset fysioterapiaseurantakäynneistä voitiin luokitella. Nämä ovat harjoittelumotivaatio, fysioterapiaohjaus, omatoiminen harjoittelu ja seurantakäyntien toteutuminen. Teemat muodostuivat niistä osa-alueista, jotka tutkimushenkilöt kokivat fysioterapian toteutuksen kannalta olennaisiksi. Näiden teemojen alle muodostui eniten perusteltuja näkemyksiä fysioterapia-seurantakäynteihin liittyen. Syntyneistä teemoista voidaan päätellä, minkälaiset asiat ovat huomionarvoisia fysioterapiakäytänteiden suunnittelussa.

Tutkimusaineistosta nousi tärkeäksi teemaksi harjoittelumotivaatio ja siihen vaikuttavat tekijät. Erityisesti opinnäytetyössä oltiin kiinnostuneita seurantakäyntien vaikutuksesta harjoittelumotivaatioon. Haastatteluissa tuli esille myös muita, seurantakäynteihin liittymättömiä harjoittelumotivaatioon vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä. Nämä tekijät otettiin opinnäytetyötutkimuksessa huomioon, sillä niitä voitaisiin hyödyntää fysioterapiassa omatoimiseen harjoitteluun motivoimisessa. Muita motivaatioon vaikuttavia tekijöitä oli esimerkiksi oman toimintakyvyn ylläpitäminen, harjoitteluajan sovittaminen arkeen ja kipu. Erityisen haastavana tutkimushenkilöt kokivat harjoitteluajan löytämisen, joten fysioterapiassa voitaisiin yhdessä asiakkaan kanssa pohtia asiaan ratkaisuja. Motivoivana tutkimushenkilöt kokivat seurantakäynnit ja erityisesti testit; halu parantaa testituloksia oli monen tutkimushenkilön mielestä yksi merkittävimmistä motivaatiota lisäävistä tekijöistä.

Testien tuoma motivaatio harjoitteluun ei kuitenkaan ole riittävä lähtökohta elinikäisen liikunnallisen elämäntavan omaksumiseen, mihin spondylartropatia-asiakkaita pyritään ohjaamaan. Elinikäisen liikunnallisen elämäntavan omaksuminen vaatisi sisäisen motivaation löytämistä eli henkilön tulisi kokea itse harjoittelu palkitsevana ja mielihyvää tuottavana. Tällöin harjoittelu on tehokkaampaa ja henkilöllä on halu kehittyä. Tutkimusaineiston perusteella näyttäisi siltä, että tutkimushenkilöt ovat ulkoisesti motivoituneita, sillä he harjoittelevat saadakseen ulkoisia palkkioita, eli esimerkiksi hyviä testituloksia. Osa tutkimushenkilöistä koki harjoittelevansa seurantakäyntien välillä enemmän, koska fysioterapeutti on kehottanut harjoittelemaan ja tulee mittaamaan harjoitusvaikutuksia seuraavalla seurantakäynnillä. Lähteiden mukaan ulkoinen motivaatio ei usein mahdollista pitkäkestoista sitoutumista toimintaan, tässä tapauksessa harjoitteluun. (Lonka ym. 2009, 36–37) Fysioterapiassa aiheellista olisikin pohtia, miten asiakkaita voisi auttaa löytämään sisäisen motivaation omatoimiseen harjoitteluun. Tukemalla asiakasta ja kannustamalla tätä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan voidaan vahvistaa hänen oman elämän hallinnantunnetta (Mustajoki 2003). Kun oma terveys motivoi ihmistä pitämään itsestään huolta, voidaan puhua sisäisestä motivaatiosta (Anglé 2010).

Fysioterapiaohjauksen merkitys korostui tarkasteltaessa tutkimushenkilöiden käsityksiä seurantakäynneistä. Seurantakäyntien toteutumisen kannalta tärkeässä roolissa on fysioterapiaohjaus. Erityisen merkityksellisenä koettiin ohjauksen asiakaslähtöisyys; seurantakäyntien tulisi toteutua yksilöllisten tarpeiden mukaisesti ja tarvittaessa voitaisiin poiketa suunnitellusta. Suurin osa tutkimushenkilöistä koki fysioterapian toteutuvan edellä mainitusti. Kuitenkin olisi kaivattu henkilökohtaisempaa ja konkreettisempaa ohjausta erityisesti harjoitteluun. Fysioterapiassa saattaisi olla tarpeellista pohtia, olisiko seurantakäynneillä mahdollista yhdessä asiakkaan kanssa laatia henkilökohtainen ja yksityiskohtaisempi harjoittelusuunnitelma. Monen tutkimushenkilön kohdalla fysioterapiassa ohjatut harjoitteet olivat jo tiedossa, sillä saadut ohjeet olivat samankaltaisia reumatologilta saatujen ohjeiden kanssa. Tarkoitus olisi kuitenkin, että fysioterapiassa asiakkaalle ohjattaisiin yksilölliset terapeutit harjoitteet omatoimiseen sairauden hoitoon (Hiltunen & Pirinen 2012). Tämä herättää pohtimaan moniammatillisen yhteistyön toimivuutta; voisiko lääkärin ja fysioterapeutin yhteistyötä kehittää niin, ettei päällekkäisyyksiä harjoitteluun ohjauksessa syntyisi?

Tutkimushenkilöt kokivat saaneensa fysioterapiaseurantakäynneillä hyödyllistä ja selkeästi esitettyä tietoa sairauteen liittyvistä asioista. Reumatologin vastaanotolla saatuun tietoon verrattuna fysioterapiassa on saanut käytännönläheisempää tietoa. Fysioterapiassa saatuun tietoon on oltu tyytyväisiä, mikä vahvistaa sairauteen liittyvän tiedon jakamisen tärkeyden seurantakäynneillä. Osa tutkimushenkilöistä koki, että fysioterapeutin tulisi huomioida asiakkaan aikaisempi tietämys sairaudesta, jotta voitaisiin keskittyä asiakkaan kannalta olennaisiin asioihin. Tarkoituksena olisi, että ennen yksilöllisen fysioterapian alkamista asiakas olisi käy-

nyt selkärankareuman ensitietopäivässä saadakse yleistä tietoa sairaudesta ja liikkumisesta sairaus huomioon ottaen. Tutkimusaineistosta käy ilmi, että suurin osa tutkimushenkilöistä ei ollut osallistunut ensitietopäivään ennen fysioterapian alkamista, joten he ovat saaneet ensitietopäivän sisältämän tiedon fysioterapiassa. (Hiltunen & Pirinen 2012) Fysioterapiaprosessin toimivuutta voisi arvioida asiakkaan tiedonsaannin kannalta niin, että käytännöt olisivat yhte-näiset ja asiakkaalla olisi jo perustiedot sairaudesta yksilölliseen fysioterapiaan tullessa.

Tutkimushenkilöiden näkemykset omatoimisen harjoittelun hyödyllisyydestä sairauden kannalta nousivat esiin tutkimusaineistosta. Tutkimushenkilöt kokivat harjoittelulla voitavan vaikuttaa erityisesti kipujen ja jäykkyyden lievittämiseen sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Selkärankareumaatikoilla harjoittelusta kipujen ja jäykkyyden ehkäisemisessä on myös tutkimusnäyttöä (Dziedzic ym. 2010, 283). Tutkimushenkilöiden kokemukset vahvistavat sen, että fysioterapiassa ohjatut harjoitteet lievittävät sairauteen liittyviä oireita ja vaikuttavat halutulla tavalla. Kun asiakas ei ole vielä kokenut harjoitusvaikutuksia, saattaa haasteena fysioterapiassa olla asiakkaan motivointi harjoittelun aloittamiseen. Omatoimista harjoittelua helpottaa harjoitteiden toteutettavuus kotona, kirjallisten harjoitusohjeiden saaminen, ympäristön ja harjoitusvälineiden hyödyntäminen harjoitteiden suunnittelussa ja puuttuvien harjoitusvälineiden saaminen. Harjoitteiden toteuttamisen helpoksi tekeminen laskee kynnystä harjoittelun aloittamiseen. Tästä voi päätellä fysioterapeuttien nykyisten toimintatapojen olevan toimivia harjoitteiden ohjauksessa.

Tutkimusaineistosta nousi esille tutkimushenkilöiden näkemyksiä yleisistä seurantakäyntien toteutumiseen liittyvistä asioista. Tutkimushenkilöt kokivat fysioterapiaseurantakäynnit tarpeellisiksi seurantamittausten ja taudintilan seurannan vuoksi. Fysioterapiaseuranta koettiin myös tärkeäksi täydentämään lääkärissä tapahtuvaa seurantaa. Fysioterapiassa saatujen mittaustulosten toivottiin olevan myös lääkärin luettavissa, jotta taudin nykytilasta ja etenemisestä tulevaisuudessa voitaisiin tehdä arvioita. Fysioterapiassa saattaisi olla aiheellista pohtia, voisiko saatuja mittaustuloksia tulkita asiakkaalle laajemmin ja muodostaa kuva asiakkaan taudintilasta ja toimintakyvystä. Fysioterapiassa tehtävien testien koettiin olevan laadukkaita ja luotettavia mittareita arvioimaan taudintilaa ja omaa kuntoa. Tämän perusteella fysioterapiassa käytössä olevat mittarit soveltuvat spondylartropatiatautia sairastavien asiakkaiden mielestä hyvin toimintakyvyn arviointiin.

Fysioterapeutin toiminnan koettiin olevan ammattitaitoista ja fysioterapian antavan tukea sairauden kanssa elämiseen. Fysioterapiaseurantakäyntien sijoittuminen kolmen ja kuuden kuukauden päähän ensikäynnistä koettiin toimivaksi, sillä kolmen kuukauden väli käynneissä mahdollistaa lääkitys- ja harjoitusvaikutusten ilmenemisen. Jotta mittaustulosten luotettava seuranta ja vertailu olisi mahdollista, tulisi fysioterapiassa kiinnittää enemmän huomiota seurantakäyntiajan valitsemiseen; oireiden voimakkuuden vaihtelu on suurta riippuen vuorokau-

denajasta. Seurantakäyntiaikaa valitessa tarpeellista on myös pohtia, halutaanko fysioterapiassa saada tietoa asiakkaan tilasta oireiden ollessa voimakkaimmillaan eli aamulla vai lievempinä eli iltopäivällä. Suurin osa tutkimushenkilöistä koki fysioterapiaseurantakäynnit tarpeelliseksi myös kuuden kuukauden seurantakäynnin jälkeen. Merkittävänä syynä tähän tutkimushenkilöt pitivät omaehtoiseen harjoitteluun ja sairauden kanssa elämiseen tuen saamista. Aiheellista olisi pohtia, miten fysioterapiassa asiakkaita voisi enemmän kannustaa ja rohkaista harjoittelun jatkamiseen ja sairauden omatoimiseen hoitoon. Olisiko harjoittelumotivaation säilymisen kannalta tarpeellista jatkaa fysioterapiaseurantaa säännöllisesti, esimerkiksi vuoden välein? Osa tutkimushenkilöistä ei koe tarvitsevansa fysioterapiaseurantaa jatkossa, sillä he kokevat saaneensa kaiken tarvittavan tiedon ja valmiudet omatoimiseen sairauden hoitoon. Näiden tutkimushenkilöiden näkemysten perusteella voidaan päätellä nykyisten seurantakäyntien olevan toimivia ja motivoivan sairauden omatoimiseen hoitoon.

Kvalitatiivisin menetelmin kerätty tutkimusaineisto vastaa opinnäytetyön päätutkimuskysymykseen, minkälaisia käsityksiä spondylartropatiatautiin sairastuneilla on fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksesta harjoittelumotivaatioon, monipuolisesti. Tutkimushenkilöiden käsitykset käynneistä painottuivat harjoittelumotivaation, fysioterapiaohjauksen, omaoimisen harjoittelun ja seurantakäyntien toteutumisen teemojen alle. Tutkimushenkilöiden käsitykset fysioterapiaseurantakäynneistä, erityisesti edellä mainittujen teemojen osalta, olivat pääasiassa positiivisia. Tutkimusaineistosta nousee kuitenkin muutamia asiakkaiden kokeimia kehityskohteita, joita fysioterapiaseurantakäynneillä tulisi ottaa huomioon tulevaisuudessa. Näiden arvokkaiden mielipiteiden huomioiminen fysioterapiaseurantakäynneillä kehittäisi spondylartropatiatautiin sairastuneiden fysioterapiakäytänteitä.

Tutkimushenkilöiden käsitykset fysioterapiaseurantakäyntien vaikutuksista harjoittelumotivaatioon olivat hieman vaihtelevia. Testien tekeminen koettiin seurantakäynneillä kaikkein tehokkaimmaksi harjoittelumotivaattoriksi. Fysioterapiaseurantakäynneillä tarkoitus olisi kuitenkin kannustaa elinikäiseen harjoitteluun, mikä ei tämän tutkimusaineiston valossa toteudu. Kvalitatiivisen tutkimusaineiston perusteella fysioterapiaseurantakäyntien vaikutus harjoittelumotivaatioon on lyhytaikaista, jonka vaikutus harvemmin jatkuu seurantakäyntien jälkeen. Fysioterapiaseurantakäynneillä olisi tämän tutkimustuloksen pohjalta tarpeellista pohtia motivointikeinojen toimivuutta tai jatkaa fysioterapiaseurantaa säännöllisenä, mutta harvemmin.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tutkittua tietoa Helsingin fysiatrian poliklinikalle kahden fysioterapiaseurantakäynnin tarpeellisuudesta spondylartropatiatautiin sairastuneiden näkökulmasta. Kvalitatiivisen tutkimusaineiston perusteella fysioterapiaseurantakäynnit koettiin tarpeelliseksi, sillä ne motivoivat, ainakin lyhytaikaisesti, omatoimiseen harjoitteluun. Ensikäynnin jälkeiset kolmen ja kuuden kuukauden kontrolli käynnit koettiin tarpeellisiksi,

sillä kolmen kuukauden väli seurantakäyntien välillä mahdollistaa lääkitys- ja harjoitusvaikutusten ilmenemisen. Ensikäynnin jälkeiset seurantakäynnit mahdollistavat myös fysioterapia-seurantakäyntien lyhytaikaisen vaikutuksen harjoittelumotivaatioon, sillä tutkimushenkilöillä on mahdollisuus testitulosten parantamiseen omatoimisella harjoittelulla. Fysioterapiaseurantakäyntejä tulisi siis jatkaa ja kolmen ja kuuden kuukauden seurantakäynnit säilyttää.

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia muutoksia tutkimushenkilöiden lihasvoimissa, liikkuvuudessa ja koetussa toimintakyvyssä on todettavissa kontrollikäyntien välillä. Kysymykseen haettiin vastauksia tarkastelemalla tutkimushenkilöiden saatuja mittaustuloksia fysioterapian ensikäynnillä ja viimeisellä, kuuden kuukauden seurantakäynnillä. Tutkimusaineistosta käy ilmi, että muutoksia mittaustuloksissa on tapahtunut seurantakäyntien välillä.

Kvantitatiivisten tutkimustulosten perusteella näyttäisi siltä, että fysioterapian aikana merkittävimmät muutokset positiiviseen suuntaan ovat tapahtuneet tutkimushenkilöiden lihasvoimissa. Testit, joiden tuloksissa on tapahtunut eniten kehitystä, ovat toistokyykistystesti, vatsalihasten toistotesti ja selkälihasten staattinen testi. Huomionarvoista on kuitenkin selkälihasten staattisen testin alhainen lähtötaso; kaikkien tutkimushenkilöiden kohdalla alkumittauksen tulos jäi alle puoleen enimmäisajasta. Loppumittauksessakaan ei tämän testin kohdalla ylletty juurikaan yli puolen välin. Tämän havainnon perusteella voidaan päätellä, että fysioterapian keinoin voidaan kuuden kuukauden aikana saada aikaiseksi positiivisia muutoksia erityisesti lihasvoimissa.

Liikkuvuustestien tuloksissa ei ole tapahtunut yhtä merkittäviä muutoksia kuin lihasvoimamittauksissa. Lateraalifleksiotestin tuloksissa on havaittavissa kuitenkin huomattavia parannuksia fysioterapian aikana; osalla tutkimushenkilöistä tulokset ylsivät jopa yli viitearvon. Hengityserotestin kohdalla huomionarvoista on tutkimushenkilöiden melko heikko lähtötaso; alkumittauksessa suurin osa testituloksista jäi alle normaaliarvon eli alle 5 cm:n (Zochling ym. 2007). Näin ollen lähtötilanteessa suurimmalla osalla tutkimushenkilöistä rintakehän liikkuvuus oli alentunut. Fysioterapian aikana puolet tutkimushenkilöistä kuitenkin paransi testituloksiaan. Schoberin testin ja takaraivo-seinämitan tulokset ovat pysyneet lähes muuttumattomina fysioterapian aikana. Näiden testien tulosten alhaiseen muutosprosenttiin vaikuttanee hyvä lähtötaso; lähes kaikilla tutkimushenkilöillä jo alkumittauksen tulos ylsi viitearvoihin.

VAS-kipujan ja BASDAI-indeksin perusteella voidaan päätellä taudintilan olevan testitilanteessa aktiivinen osalla tutkimushenkilöistä. Taudin ollessa aktiivinen oireet ovat voimakkaammat tulehduksellisesta tilasta johtuen (Martio ym. 2007, 350). Taudin aktiivinen tila vaikuttaa näin ollen myös muiden testien tuloksiin heikentävästi, ja kivun vuoksi osa testituloksista jäi saamatta. Harjoitusvaikutuksia ei välttämättä nähdä testituloksissa, jos tauti on mit-

taushetkellä aktiivisessa tilassa. Tämä vaikeuttaa seurantakäyntien välillä aikaansaatu- jen harjoitusvaikutusten näkymistä testituloksissa. Oleellista tutkimustuloksia tulkitessa on myös huomioida muiden sairauksien sekä liitännäisoireiden vaikutukset testituloksiin. Esimerkiksi kipua tutkittaessa VAS-kipujanalla tutkimushenkilön voi olla hankala erottaa tulehduksellises- ta selkäkivusta esimerkiksi masennusta (Zochling ym. 2007).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa oletuksena oli, että tutkimushenkilöiden lihasvoiman, liikku- vuuden ja koetun toimintakyvyn pääasiallinen kehityssuunta seurantakäyntien välillä on posi- tiivinen. Kvantitatiivisista tutkimustuloksista käy ilmi hypoteesin mukainen kehitys tutkimus- henkilöiden mittaustuloksissa alku- ja lopputilanteen välillä. Positiivisesta muutoksesta kertoo kuviossa 7 esitetyt keskimääräiset muutosprosentit testeittäin; VAS-kipujanaa lukuun otta- matta keskimääräinen muutos on ollut positiiviseen suuntaan. Suurimmassa osassa testeistä keskimääräinen muutos positiiviseen alku- ja lopputilanteen välillä on ollut selkeästi nähtävis- sä. Kvantitatiiviset tutkimustulokset osoittivat positiivisen muutoksen olleen erityisen suurta lihasvoimissa. Mielenkiintoinen havainto oli, että lihasvoimissa ja liikkuvuuksissa tapahtuneis- sa muutoksissa oli selkeä ero.

Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusaineisto osoittaa fysioterapiaseurantakäyntien posi- tiivisen vaikutuksen harjoittelumotivaatioon. Kvantitatiivisessa tutkimusaineistossa harjoitte- lumotivaatio näkyy testitulosten muutoksina parempaan suuntaan muutamia poikkeuksia lu- kuun ottamatta. Erityisen suuri motivaatio näyttää tutkimushenkilöillä olleen lihasvoimahar- joitteiden tekemiseen, sillä niissä on tapahtunut seurantakäyntien aikana eniten muutoksia. Kvalitatiivisessa tutkimusaineistossa fysioterapiaseurantakäyntien vaikutus harjoittelumoti- vaatioon nousee esille erityisesti testien osalta. Testit ja halu parantaa testituloksia motivoi harjoitteluun, mikä näkyikin parempina testituloksina. Muutamilla tutkimushenkilöillä sairau- den tulehdusvaihe ja kipu vähentää harjoittelumotivaatiota ja näkyy huonompina testituloksi- na. Opinnäytetyön perusteella voidaan todeta fysioterapiaseurantakäyntien vaikuttavan har- joittelumotivaatioon positiivisesti ainakin lyhytaikaisesti. Fysioterapiaseurantakäyntien pi- dempiaikaisia vaikutuksia harjoittelumotivaatioon ei tämän opinnäytetyön puitteissa voida luotettavasti arvioida.

12.2 Eettisyys

Suomessa opetusministeriö on asettanut tutkimuseettisen neuvottelukunnan, jonka tehtävänä on ohjata ja valvoa tutkimushankkeiden asianmukaisuutta ja eettisyyttä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimuseettiikka tarkoittaa eettisesti vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista ja edistämistä tutkimus- toiminnassa. Tutkimuseettinen toiminta pitää sisällään myös pyrkimyksen tunnistaa ja torjua tieteeseen kohdistuvia loukkauksia ja epärehellisyyttä kaikilla tieteenaloilla. Tutkimuseetti-

nen neuvottelukunta on määritellyt hyvän tieteellisen käytännön (good scientific practice) lähtökohdat tutkimustoiminnalle. Vain hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla suoritettu tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, ja sen tulokset uskottavia. Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on vastuussa ensisijaisesti jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen itse, vaikka vastuu kuuluukin myös koko tiedeyhteisölle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012)

Tutkimuseetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtana on rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen tutkimustyön jokaisessa vaiheessa. Tutkimuseetiikan kannalta on erityisen tärkeää, että tutkimuksessa käytetyt tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkijoiden tulee suhtautua kunnioittavasti muiden tutkijoiden tekemään työhön, viitata heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla sekä antaa heidän työlleen sen ansaitsema arvo. Tutkimuseettisen toimintatavan mukaan tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja tulokset raportoidaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Ennen tutkimuksen aloittamista myös tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna ja eettinen ennakoarviointi tehty. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012)

Tutkimuksen aiheen valinta on ensimmäinen tutkimuksen tekoon liittyvä eettinen ratkaisu; pohdittava on muun muassa sitä, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tiedonhankintavaiheessa sekä koejärjestelyjä tehtäessä tulee lähtökohtana olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tämä tarkoittaa tutkimushenkilöiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamista eli tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Lisäksi tutkimushenkilöille tulee kertoa tutkimuksen taustat ja tarkoitus sekä mahdolliset riskit. Tutkimushenkilön tulee olla kykenevä ymmärtämään tutkimukseen liittyvät asiat. Suostumus tutkimukseen osallistumiseen tehdään kirjallisesti. Epärehellisyyttä, kuten plagiointia, tulosten yleistämistä kriittömästi tai harhaanjohtavaa raportointia, tulee välttää kaikissa tutkimuksen teon vaiheissa. (Hirsjärvi & Remes ym. 2009, 25–26)

Tähän opinnäytetyötutkimukseen sisältyy useita potilastyöhön liittyviä eettisiä kysymyksiä. Haastatteluissa käsiteltiin tutkimushenkilöiden henkilökohtaisia asioita, jonka vuoksi haastattelijan ja haastateltavan välinen luottamuksellisuus oli erityisen tärkeässä asemassa. Ennen haastattelua potilaalle selvitettiin opinnäytetyötutkimuksen tausta ja tarkoitus, sekä korostettiin nimettömyyttä. Tutkimushenkilöt allekirjoittivat suostumuksen opinnäytetyötutkimukseen osallistumiseen ja haastattelujen nauhoittamiseen. Haastattelunauhut hävitettiin kerätyn tutkimusaineiston käsittelyn jälkeen. Kaikki opinnäytetyötutkimuksessa käytettävät tiedot käsiteltiin luottamuksellisesti ja tietoja käytettiin nimettömänä vain tutkimustarkoituksiin. Lisäksi tutkimushenkilöille painotettiin opinnäytetyötutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta.

12.3 Luotettavuus

Fysioterapeuttien käyttämät mittarit selkärankareumaatikkojen lihasvoimien, liikkuvuuden ja toimintakykyisyyden arviointiin ovat tutkitusti validiteetiltaan ja reliabiliteetiltaan hyviä. Validiteetti kuvastaa mittarin pätevyyttä mitata haluttua asiaa, ja reliabiliteetti kertoo mittarin toistettavuudesta (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Käytetyt mittarit soveltuvat hyvin selkärankareumaatikkojen tutkimiseen, koska ne reagoivat hyvin selkärankareuman edetessä ilmeneviin radiologisiin muutoksiin (Viitanen 2000, 4492, Dziedzic ym. 2010, 279 & Louie, Reveille & Ward 2009). Kuitenkin esimerkiksi modifioitu Schoberin testi on todettu luotettavammaksi tavaksi mitata lannerangan fleksioliikelaajuutta kuin opinnäytetyössä käytettävä Schoberin testi (Davis & Gladman 2007), mikä osaltaan heikentää opinnäytetyön luotettavuutta.

Kuitenkin selkärankareumaatikkojen tutkimiseen on kehitetty uusia suosituksia, jotka pitävät sisällään erilaisia testejä ja erilaisia mittaustapoja. Näitä ovat esimerkiksi The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) ja Edmunton Ankylosing Spondylitis Metrology Index (EDASMI). BASMI on kehitetty määrittämään kaikista luotettavimmat kliiniset testit selkärankareumataudin arvioimiseen (Dziedzic ym. 2010, 280). EDASMI on viimeaikaisin selkärangan ja lonkanliikkuvuutta mittaava mittari selkärankareumaatikoille (Maksymowych ym. 2006). Nämä testistöt eroavat opinnäytetyössä käytetystä testistöstä muun muassa siten, että ne sisältävät lisäksi kaularangan ja lonkan liikkuvuutta arvioivia testejä (Dziedzic ym. 2010, 280 & Maksymowych ym. 2006).

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta kasvattaisi uusien suositusten mukaisilla testeillä kerätty tutkimusaineisto. Opinnäytetyössä käytettävät mittarit soveltuvat erityisesti selkärankareumaatikkojen fysioterapeuttiseen tutkimiseen. Tutkimusotos koostuu selkärankareumaatikkojen lisäksi myös muita spondylartropatiatauteja sairastavista henkilöistä, joten seurantakäynneillä käytettävät selkärankareumaatikoille tarkoitetut mittarit tulisi olla sovellettavissa tutkimushenkilöiden oireiston mukaan. Näin ollen opinnäytetyössä jokaisen tutkimushenkilön kohdalla diagnoosista riippumatta on tarkastelun kohteena samojen testien antamat testitulokset. Sama testistö ei kaikkien tutkimushenkilöiden kohdalla mahdollista muiden toimintakykyyn vaikuttavien oireiden tunnistamista. Näitä ovat muun muassa spondylartropatian liitännäisoreet sekä tautiin liittymättömät oireet. Tämä saattaa heikentää mittaustulosten luotettavuutta arvioida spondylartropatiataudin vaikutusta liikkuvuuteen, lihasvoimiin ja toimintakyvyn muutoksiin. Kvantitatiivisen tutkimusaineiston perusteella ei näin ollen voida päätellä tutkimustulosten muutosten syitä. Tutkimuksessa käytettävät lihasvoiman, liikkuvuuden ja toimintakyvyn arvioinnin mittarit kartoittavat kuitenkin monipuolisesti toimintakykyisyyttä ja taudintilaa.

Kvalitatiivisen tutkimusaineiston keräämiseen käytettiin teemahaastattelua. Haastattelun keskeiset teemat ja tarkentavat apukysymykset laadittiin tutkimuskysymyksemme pohjalta. Etenemällä etukäteen laadittujen teemojen mukaan voimme varmistua siitä, että saamme haastatteluilla tutkimuskysymyksen kannalta olennaista tietoa. Teemahaastattelulla selvitetiin kokonaisvaltaisesti tutkimushenkilöiden käsityksiä fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon. Haastattelun teemat olivat tieto, testit, liikunta-neuvonta, harjoittelu ja seurantakäynnit. Etukäteen määritetyt teemat ja apukysymykset lisäävät haastattelijoiden välistä luotettavuutta eli reliabiliteettia. Kolmen (Liite 4) ja kuuden (Liite 5) kuukauden seurantakäyntien haastattelut eroavat toisistaan tarkentavien apukysymysten osalta siten, että kuuden kuukauden haastattelu keskittyi tarkastelemaan seuranta-käyntien antia kokonaisuudessaan ja koettua fysioterapian tarvetta jatkossa.

Opinnäytetyössä on käytetty lähteenä mahdollisimman uusia, kansainvälisiä tutkimuksia sekä reumatologian perusteoksia. Opinnäytetyössä kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusaineisto käsiteltiin erikseen, sillä niiden yhdistäminen olisi vaatinut laajemman vertailututkimuksen tekoa. Verrokkiryhmää ei ollut mahdollista järjestää reumapoliklinikan rajallisten resurssien sekä opinnäytetyön aikataulutuksen vuoksi. Verrokkiryhmän puuttumisen vuoksi ei ollut mahdollista vetää johtopäätöksiä erityisesti kolmen ja kuuden kuukauden kohdalle sijoittuvien seurantakäyntien toimivuudesta harjoittelumotivaation lisääjänä. Tämän opinnäytetyön puitteissa verrokkiryhmän puuttumisen vuoksi ei ollut myöskään mahdollista tehdä johtopäätöksiä seurantakäyntien vaikutuksista mittaustulosten muutoksiin.

Lisäksi pieni tutkimusotos saattaa vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen heikentävästi, eikä näin ollen mahdollista laajempien johtopäätösten tekoa. Sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia saattaa vääristää seurantakäyntien sijoittuminen eri vuorokaudenaikeisiin. Selkärankareumaan liittyvät oireet, kuten selän kipu ja jäykkyys, ovat yleisesti voimakkaammat aamuisin (Dziedzic ym. 2010, 274–276). Tämän vuoksi aamuaikaan sijoittuvilla seurantakäynneillä todennäköistä on, että fyysisten testien sekä koettua toimintakykyä mittaavien testien tulokset ovat heikompiä. Tämän vuoksi on huomioitava, että seurantakäynneillä saadut mittaustulokset eivät välttämättä kerro pidemmän aikavälin harjoitusvaikutuksista, vaan muutokset saattavat myös johtua seurantakäyntien ajankohtaan liittyvistä tekijöistä.

12.4 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyössä tutkittiin spondylartropatiatautiin sairastuneiden käsityksiä seurantakäyntien vaikutuksista harjoittelumotivaatioon kolmen ja kuuden kuukauden seurantakäyntien yhteydessä. Jotta voitaisiin tutkia tutkimushenkilöiden harjoittelumotivaatiota pidemmällä aikavälillä sekä kartoittaa kokonaisvaltaisemmin tutkimushenkilöiden kokemia seurantakäyntien vai-

kutuksia harjoittelumotivaatioon, olisi tarpeen toteuttaa pidemmän ajan seuranta ja kerätä lisää tutkimusaineistoa myöhempien seurantakäyntien yhteydessä. Tätä tutkimusasetelmaa voitaisiin perustella myös sillä, että opinnäytetyön tulosten perusteella suuri osa tutkimushenkilöistä koki seurantakäynnit tarpeellisiksi myös jatkossa erityisesti harjoittelumotivaation säilymisen kannalta.

Opinnäytetyössä kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin erikseen. Laajemman vertailututkimuksen puitteissa kiinnostavaa olisi selvittää, minkälaisia yhteyksiä kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksissa voidaan löytää. Mielenkiintoista olisi tarkastella esimerkiksi sitä, korreloiko hyvänä koettu harjoittelumotivaatio mittaustulosten paranemisen kanssa.

Opinnäytetyön yhtenä tarkoituksena oli tuottaa HYKS:n Helsingin fysiatrian poliklinikalle Vega-talolle tutkittua tietoa uudistuneiden fysioterapiakäytänteiden tueksi. Tutkimalla asiakkaiden käsityksiä seurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon saatiin runsaasti palautetta niin seurantakäyntien ajankohdista, sisällöstä kuin yleisesti toteutuksesta. Mikäli uusien käytänteiden toimivuutta haluttaisiin verrata aiemmin käytössä olleisiin, tulisi tutkimus toteuttaa niin, että tutkimusotos jaettaisiin satunnaistetusti interventio- ja verrokkiryhmään. Interventior ryhmälle fysioterapia toteutettaisiin uusien käytänteiden mukaisesti ja verrokkiryhmälle aiemmin käytössä olleiden käytänteiden mukaan.

Opinnäytetyössä selvitettiin myös spondylartropatiatautia sairastavien fysioterapiassa käytettävien mittareiden luotettavuutta. Lähteissä kävi ilmi vaihtoehtoisia testistöjä spondylartropatiatautia sairastavan toimintakyvyn arviointiin. Näitä ovat esimerkiksi The Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) ja Edmunton Ankylosing Spondylitis Metrology Index (EDASMI), jotka eroavat opinnäytetyössä käytetystä testistöstä muun muassa siten, että ne sisältävät lisäksi kaularangan ja lonkan liikkuvuutta arvioivia testejä (Dziedzic ym. 2010, 280 & Maksymowych ym. 2006). Vastaavan opinnäytetyötutkimuksen voisi toteuttaa niin, että käytössä olisi tällaiset uusien suositusten mukaiset testistöt, ja verrata eri testistöjä käyttämällä saatuja tuloksia keskenään. Lisäksi testeihin liittyvä tutkimuskohde voisi olla mittaajien välinen luotettavuus; toteuttavatko fysioterapeutit testit yhdenmukaisesti asiakkailleen?

Opinnäytetyön tutkimustuloksista kävi ilmi, että osa tutkimushenkilöistä koki spondylartropatia-asiakkaiden fysioterapian ongelmaksi moniammatillisen yhteistyön puutteellisuuden. Tutkimushenkilöt toivoivat erityisesti fysioterapeutin ja lääkärin yhteistyön olevan tiiviimpää; esimerkiksi fysioterapiassa tehtävien testien tulosten toivottiin menevän tiedoksi myös reumatologille, joka voisi kommentoida niitä ja mahdollisuuksien mukaan esittää arvioita taudin kehityksestä. Kiinnostava ja hyödyllinen tulevaisuuden hanke voisikin liittyä moniammatillisen yhteistyön kehittämisen.

Opinnäytetyön kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset osoittivat tutkimushenkilöiden lihasvoimien parantuneen suhteessa enemmän kuin liikkuvuuksien. Pohdittavaksi jää, mistä tämä ero johtuu; syntyykö vaste lihasvoimaharjoituksille nopeammin kuin liikkuvuusharjoitteille, ovatko ohjatut liikkuvuusharjoitteet tehottomia vai onko liikkuvuusharjoittelu asiakkaiden mielestä vähemmän motivoivaa kuin lihasvoimaharjoittelu? Jatkotutkimuksen aihe voisi syntyä siitä, millaisia erilaisia keinoja fysioterapialla on liikkuvuuksien lisäämiseen ja mitkä keinot ovat tehokkaimpia.

Osa tutkimushenkilöistä koki vaikeana harjoittelumotivaation löytämisen; osa olisi kaivannut siihen myös enemmän apua fysioterapeutilta. Tämän tutkimustuloksen perusteella mielenkiintoinen aihe pohdittavaksi voisi olla, minkälaiset ovat fysioterapeutin valmiudet asiakkaan motivoimiseen ja millä tavoin näitä taitoja voitaisiin kehittää.

Lähteet

- Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä - Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. Suomen Lääkärilehti 2010;65(34):2691-2696.
- Chandran, V., O'Shea, F., Schentag, C., Inman, R. & Gladman, D. 2007. Relationship between spinal mobility and radiographic damage in ankylosing spondylitis and psoriatic spondylitis: a comparative analysis. The journal of Rheumatology vol 34, no 12, 2463-2465
<http://www.jrheum.org/content/34/12/2463.short>. Luettu 12.12.2011.
- Clément, P., Claudepierre, P., Pham, T. & Wendling, D. 2010. Mortality in Spondyloarthritis. Joint Bone Spine vol 78, issue 5, 466-470.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297319X11000273>. Luettu 7.12.2011.
- Cvijetić, S., Grazio, S., Gomzi, M., Krapac, L., Nemčić, T., Uremović, M. & Bobić, J. 2011. Muscle strength and bone density in patients with different rheumatic conditions: cross-sectional study. Croatian Medical Journal 2011 April; 52(2): 164-170.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081215/?tool=pmcentrez>. Luettu 19.1.2012
- Davis, J. & Gladman, D. 2007. Spinal Mobility Measures in Spondyloarthritis: Application of the OMERACT Filter. The Journal of Rheumatology vol 34, no 4.
<http://www.jrheum.com/subscribers/07/04/666.html>. Luettu 13.12.2011.
- Dziedzic, K. & Hammond, A. 2010. Rheumatology. Evidence-Based Practice for Physiotherapists and Occupational Therapists. London: CHURCHILL LIVINGSTONE.
- Haarala, R. 1996. Suomen kielen perussanakirja. Ensimmäinen osa A-K. 4. painos. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Haywood, K., Carratt, A., Dziezic, K. & Daves, P. 2004. Spinal mobility in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness. Rheumatology (2004) 43 (6): 750-757.
<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/43/6/750.full>. Luettu 12.12.2011.
- Hiltunen, L. & Pirinen, W. 2012. HYKS:n fysiatrian poliklinikan selkärankareumaattikkojen fysioterapiaprosessikuvaus. Ei hyväksytty kliinisen asiantuntijan toimesta.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsingin Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.
- Kaipiainen-Seppänen, O. 2000. Krooninen niveltulehdus suomessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2000;116(14):1445-1451.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo91634&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_u_p_frompage=uusinnumero. Luettu 16.2.2012.
- Kalamoski, V., Laarni, J., Paavilainen, P., Anttila, R., Halonen, S. & Kreivi, M. 2007. Persoonaa 4: Motivaatio, tunteet ja taitava toiminta. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Key, J. & Chaitow, L. 2010. Back Pain: A Movement Problem. A clinical approach incorporating relevant research and practice. Edinburg: CHURCHILL LIVINGSTONE.

Khan, M. 2010. Ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies: the dramatic advances in the past decade. *Rheumatology* vol 50, issue 4, 637-639.
<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/50/4/637.full>. Luettu 1.12.2011.

Leirisalo-Repo, M. 2012. Konsultointi sähköpostin välityksellä.

Leirisalo-Repo, M., Hämäläinen, M. & Moilanen, E. 2002. *Reumataudit*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2008. *Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan*. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lonka, K., Hakkarainen, K., Salmela-Aro, K., Ferchen, M. & Lautso, A. 2009. *Psykologia* 4. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Louie, G., Reveille, J. & Ward, M. 2009. Challenges comparing functional limitations in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol*. 2009 Jul-Aug; 27(4 Suppl 55): S83-S91. Luettu 19.1.2012.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2953760/?tool=pmcentrez>

Maksymowych, W., Mallon, C., Richardson, R., Conner-Spady, B., Jauregul, E., Chung, C., Zappala, L., Pile, K. & Russell, A. 2006. Development and validation of the Edmonton Ankylosing Spondylitis Metrology Index. *Arthritis Care and Research* vol 55, issue 4, 575-582.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.22103/full>. Luettu 7.12.2011.

Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M. & Kyngäs, H. 2007. *Reuma*. 1.painos. Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen Lääkärilehti* 2003;58(42):4235-4237.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2009;125(21):2351-9
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeliviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98401&dleh. Luettu 6.2.2013.

Rudwaleit, M., Heijde, D., Landewé, R., Listing, L., Akkoc, N., Brandt, J., Braun, J., Chou, c., Collantes-Estevez, E., Dougados, M., Huang, F., Gu, J., Khan, M., Kirazil, Y., Maksomowych, W., Mielants, H., Sorensen, I., Ozgocmen, S., Roussou, E., Valle-Onate, R., Weber, U., Wei, J. & Sieper, J. 2009. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Annals of the rheumatic diseases*;68:777- 783.
<http://ard.highwire.org/content/68/6/777.full>. Luettu 1.12.2011.

Sengupta, R. & Stone, M. 2007. The assessment of ankylosing spondylitis in clinical practice. *Nature Clinical Practice Rheumatology* (2007) 3, 496-503.
<http://www.nature.com/nrrheum/journal/v3/n9/full/ncprheum0591.html>. Luettu 7.12.2011.

Spoorenberg, A., Tubergen, A., Landewé, R., Dougados, M., Linden, S., Mielants, H., Tempel, H. & Hejde, 2005. D. Measuring disease activity in ankylosing spondylitis: patient and physician have different perspectives. *Rheumatology* (June 2005) 44 (6): 789-795
<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/44/6/789.full>. Luettu 12.12.2011.

Suomen Reumaliitto ry. 2011.

a) <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/sanakirja/>. Luettu 23.11.2011.

b) <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/selkarankareuma/>. Luettu 1.12.2012.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Tautiluokitus ICD-10. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19>. Luettu 9.12.2012.

Toimintakyvyn mittarit To-Mi. 2011. www.vsshp.fi/fi/dokumentit/14183/TO-MI-versio-2010.pdf. Luettu 13.12.2011.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki.

Viitanen, J. 2000. Liikkuvuusmittaukset selkärankareumassa. Suomen Lääkärilehti 44/2000.

Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psyhyke - psykologian käsikirja. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Weely, S., Denderen, C., Horst-Bruinsma, I., Nurmohamed, M., Djikmans, B., Dekker, J. & Steultjens, M. 2009. Reproducibility of performance measures of physical function based on the BASFI, in ankylosing spondylitis. *Rheumatology* (2009) 48 (10): 1254- 1260 <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/48/10/1254.full>. Luettu 13.12.2011.

Zochling, J. & Braun, J. 2007. Assessment in ankylosing spondylitis. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology* vol 21, issue 4, 699- 712. http://www.sciencedirect.com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S1521694207000319#ref_bib22. Luettu 7.12.2011.

Kuviot ja taulukot

Kuvio 1: Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Kuvio 2: Sisällönanalyysin pääluokat

Kuvio 3: Pääluokka harjoittelumotivaatio ja sen muodostavat ylä- ja alaluokat

Kuvio 4: Pääluokka fysioterapiaohjaus ja sen muodostavat ylä- ja alaluokat

Kuvio 5: Pääluokka omatoiminen harjoittelu ja sen muodostavat ylä- ja alaluokat

Kuvio 6: Pääluokka seurantakäyntien toteutuminen ja sen muodostavat ylä- ja alaluokat

Kuvio 7: Mittaustulosten keskimääräiset muutosprosentit testeittäin

Kuvio 8: Hengityserotestin (CE) tulokset tutkimushenkilöittäin alku- ja lopputilanteessa sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvio 9: Lateraalifleksiotestin (TLFL) tulokset alku- ja lopputilanteessa tutkimushenkilöittäin sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvio 10: Toistokyykistystestin tulokset alku- ja lopputilanteessa tutkimushenkilöittäin sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvio 11: Vatsalihasten toistotestin tulokset alku- ja lopputilanteessa tutkimushenkilöittäin sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvio 12: Selkälihasten staattisen testin tulokset alku- ja lopputilanteessa tutkimushenkilöittäin sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvio 13: VAS-kipujanana tulokset tutkimushenkilöittäin alku- ja lopputilanteessa sekä tulosten keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvio 14: BASFI-indeksit tutkimushenkilöittäin alku- ja lopputilanteessa sekä indeksien keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Kuvio 15: BASDAI-indeksit tutkimushenkilöittäin alku- ja lopputilanteessa sekä indeksien keskiarvot alku- ja lopputilanteessa

Taulukko 1: Tutkimusotos

Taulukko 4: Esimerkkitaulukko sisällönanalyysistä pääluokassa harjoittelumotivaatio

Taulukko 3: Mittaustulosten keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (sd) alku- ja lopputilanteessa sekä keskimääräiset muutokset ja keskihajonnat testeittäin.

Liitteet

Liite 1 Kutsu opinnäytetyötutkimukseen osallistumiseen.....	71
Liite 2 Suostumus opinnäytetyötutkimukseen osallistumiseen	72
Liite 3 Suostumus opinnäytetyötutkimushaastattelun nauhoittamiseen	74
Liite 4 Teemahaastattelu kolmen kuukauden seurantakäynnillä	75
Liite 5 Teemahaastattelu kuuden kuukauden seurantakäynnillä	76

Liite 1 Kutsu opinnäytetyötutkimukseen osallistumiseen

Hei,

Olemme fysioterapiaopiskelijat Lauren Hakanen ja Julia Mäntymäki Laurea-ammattikorkeakoulusta. Tulemme tekemään opinnäytetyön spondylartropatiatautia sairastavien fysioterapian seurantakäyntien vaikuttavuudesta Helsingin fysiatrian poliklinikan fysioterapeuttien toiveesta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää spondylartropatiatautia sairastavien fysioterapiaa arvioimalla fysioterapiaseurantakäyntien tarpeellisuutta. Tavoitteenamme on tuottaa tutkittua tietoa spondylartropatioiden akuuttivaiheen kahden fysioterapiaseurantakäynnin tuloksellisuudesta ja siitä, ovatko kolmen ja kuuden kuukauden kontrollikäynnit tarpeellisia.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Minkälaisia käsityksiä spondylartropatiatautiin sairastuneilla henkilöillä on fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon?
2. Millaisia muutoksia tutkimushenkilöiden lihasvoimissa, liikkuvuudessa ja koetussa toimintakyvyssä on todettavissa kontrollikäyntien välillä?

Tulemme tekemään teille henkilökohtaisen teemahaastattelun, jossa kartoitamme teidän käsityksiänne fysioterapiaseurantakäynneistä. Haastattelut toteutetaan nimettöminä ja haastattelut tullaan nauhoittamaan tutkimustulosten analysointia varten.

Fysioterapeutit tulevat tekemään teille myös erilaisia liikkuvuus- ja lihasvoimamittauksia fysioterapiakäynneillä. Opinnäytetyötutkimuksessa tulemme tarkastelemaan mittaustulosten muutoksia fysioterapiakäyntien välillä. Kaikki opinnäytetyössä käytettävät tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja tietoja käytetään nimettömänä vain tutkimustarkoituksiin. Opinnäytetyötutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Kiitos panoksestanne jo etukäteen,

Terveisin,

Fysioterapiaopiskelijat
Lauren Hakanen ja Julia Mäntymäki
Laurea-ammattikorkeakoulu

Liite 2 Suostumus opinnäytetyötutkimukseen osallistumiseen

SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖTUTKIMUKSEEN

Arvoisa potilaamme,

olette ollut hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) Helsingin fysiatrian poliklinikalla. Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

HUS:ssa on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon ammattiopintoihin kuuluva opinnäytteeksi tarkoitettu tutkimus: Spondylartropatiatautiin sairastuneiden käsityksiä fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon. Sen tarkoituksena on kehittää spondylartropatiatautia sairastavien fysioterapiaa arvioimalla fysioterapiaseurantakäyntien tarpeellisuutta. Tavoitteenamme on tuottaa tutkittua tietoa spondylartropatioiden akuuttivaiheen kahden fysioterapiaseurantakäynnin tuloksellisuudesta ja siitä, ovatko kolmen ja kuuden kuukauden kontrollikäynnit tarpeellisia. Tutkimuksen suorittajana ovat fysioterapiaopiskelijat Lauren Hakanen & Julia Mäntymäki.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimushenkilöitä on 12, joista 6:lla diagnoosina on selkärankareuma (M45), 2:lla spondylartropatia (M46.9) ja 4:llä sakroiliitti (M46.1). Toteutamme tutkimushenkilöiden käsityksiä kartoittavat haastattelut kolmen ja kuuden kuukauden fysioterapiaseurantakäyntien yhteydessä Vega-talon reumapoliklinikalla. Haastattelut toteutetaan välillä 2-8/2012. Saamme Helsingin fysiatrian poliklinikan fysioterapeuteilta (Linda Hiltunen & Wanda Pirinen) tutkimushenkilöiden lihasvoiman, liikkuvuuden ja koetun toimintakyvyn mittaustulokset. Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisina ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa. Olen tutustunut opinnäytetyötutkimuksen kulkuun ja ymmärrän, mistä opinnäytetyössä on kysymys. Halutessani voin milloin vain keskeyttää opinnäytetyötutkimuksen, eikä minun tarvitse ilmoittaa syytä päätökseeni.

Lisätietoja opinnäytetyötutkimuksen kulusta voitte saada reumapoliklinikan fysioterapeuteilta (linda.hiltunen@hus.fi & wanda.pirinen@hus.fi) ja fysioterapiaopiskelijoilta (Lauren Hakanen 0414352896 & Julia Mäntymäki 0405070295).

Tutkimusluvan myöntävän henkilön allekirjoitus ja päiväys:

_____ Helsinki ____ / ____ 2012
Leena Pohjola

Opinnäytetyötutkimukseen osallistuvan allekirjoitus ja päiväys:

_____ Helsinki ____ / ____ 2012

Liite 3 Suostumus opinnäytetyötutkimushaastattelun nauhoittamiseen

SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖTUTKIMUSHAASTATTELUN NAUHOITTAMISEEN

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää spondylartropatiatautia sairastavien fysioterapiaa arvioimalla fysioterapiaseurantakäyntien tarpeellisuutta. Tavoitteenamme on tuottaa tutkittua tietoa spondylartropatioiden akuuttivaiheen kahden fysioterapiaseurantakäynnin tuloksellisuudesta ja siitä, ovatko kolmen ja kuuden kuukauden kontrollikäynnit tarpeellisia.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Minkälaisia käsityksiä spondylartropatiatautiin sairastuneilla henkilöillä on fysioterapiaseurantakäynneistä ja niiden vaikutuksista harjoittelumotivaatioon?
2. Millaisia muutoksia tutkimushenkilöiden lihasvoimissa, liikkuvuudessa ja koetussa toimintakyvyssä on todettavissa kontrollikäyntien välillä?

Tulemme tekemään teille haastattelun, jolla pyrimme selvittämään käsityksiänne fysioterapiaseurantakäynneistä. Haastattelu nauhoitetaan. Saatua nauhoitetta käsitellään luottamuksellisesti koko opinnäytetyöprosessin ajan. Nauhoittamalla saatua materiaalia ei käytetä muuhun tarkoitukseen kuin tähän opinnäytetyötutkimukseen. Nauhoitteet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Annan suostumuksen, että haastatteluni saa nauhoittaa. Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

_____/____/____2012
Paikkakunta Päiväys

Suostujan allekirjoitus

Suostumuksen vastaanottaja

Liite 4 Teemahaastattelu kolmen kuukauden seurantakäynnillä

TEEMAHAASTATTELU (3 kk)

Tieto

- Olit juuri fysioterapiakäynnillä, mitä jäi päällimmäisenä mieleen?
- Kuvaile minkälaista tietoa olet saanut fysioterapiakäynneillä?
 - o esim. selkärankareumasta/spondylartropatiataudista/sakroiliitistä
 - o oireiden lievittämisen keinoista/tulehdusvaiheen huomioimisesta liikunnassa
- Oletko käynyt selkärankareuman ensitietopäivässä? Minkälaista tietoa sait ensitietopäivästä?
- Kerrotko, mistä tiedosta on ollut sinulle eniten hyötyä?
- Minkälaista tietoa olisit kaivannut lisää?

Testit

- Millaisina koit fysioterapeutin sinulle tekemät testit?
- Kerrotko, minkälaisia ajatuksia testitulokset herättivät?
- Kuvailenko, millä tavoin testien tulokset motivoivat sinua?

Liikuntaneuvonta

- Millaisina koit fysioterapeutin antamat harjoitteet?
- Minkälaiset mahdollisuudet sinulla on harjoitteiden toteuttamiseen?
- Kerrotko, millaisena koet motivaatiosi harjoitteiden toteuttamiseen?
- Kuvailenko, miten fysioterapianeuvonta on auttanut löytämään sinulle sopivia liikuntamuotoja?
- Kerrotko, millaisena koet liikunnan merkityksen osana taudin hoitoa?
- Minkälaista tietoa olisit kaivannut lisää liikunnasta?

Harjoittelu

- Kerrotko, millä tavoin liikuntatottumuksesi ovat muuttuneet fysioterapian ensikäynnin jälkeen?
- Kuinka usein liikut ja minkälaista liikuntaa tai hyötyliikuntaa harrastat?
- Millä tavoin olet hyödyntänyt fysioterapeutin antamia tietoja omassa liikkumisessasi?
- Kuinka usein teet fysioterapeutilta saamiasi harjoitteita?
- Millainen on asenteesi liikuntaan?
- Kuvailenko, miten asenteesi on muuttunut fysioterapian ensikäynnin jälkeen?
- Kerrotko, mikä motivoi sinua liikkumaan?

Seurantakäynnit

- Mitä mieltä olet fysioterapiaseurantakäyntien tarpeellisuudesta?
- Millaisena koet seurantakäyntien vaikutuksen harjoittelumotivaatioosi?
- Mitä mieltä olet kahden kontrollikäynnin tarpeellisuudesta?
- Fysioterapiaseurantakäynnit ovat 3 ja 6 kuukauden kuluttua ensikäynnistä, mitä mieltä olet käyntien ajankohdasta?
- Olisitko kaivannut fysioterapeutin ohjausta myös 6 kuukauden jälkeen?

Liite 5 Teemahaastattelu kuuden kuukauden seurantakäynnillä

TEEMAHAASTATTELU (6 kk)

Tieto

- Olit juuri viimeisellä fysioterapiaseurantakäynnillä, mitä jäi päällimmäisenä mieleen?
- Koetko saaneesi fysioterapiakäyneillä tarpeeksi tietoa?
- Koetko saaneesi fysioterapiakäynneillä sellaista tietoa, josta on ollut sinulle hyötyä?
- Minkälaista tietoa olet saanut mahdollisuuksistasi saada fysioterapiaa jatkossa?
- Minkälaista tietoa olisit kaivannut lisää?

Testit

- Mittaavatko fysioterapeutin sinulle tekemät testit mielestäsi toimintakykysi kannalta olennaisia asioita?
- (Minkälaisia asioita fysioterapeutin tulisi mielestäsi mitata selkärankareumaatikolta?)
- Millä tavoin testituloksesi ovat muuttuneet fysioterapiaseurantakäyntien välillä?
- (Mistä koet muutoksen johtuvan?)
- Kuvailenko, millä tavoin testien tulokset motivoivat sinua?

Harjoittelu

- Millaisena koet fysioterapeutin sinulle ohjaamat harjoitteet?
- Kuinka usein olet tehnyt fysioterapeutin antamia harjoitteita?
- Minkälaista hyötyä fysioterapeutin antamista harjoitteista on ollut?
- Kerrotko, millaisena koet motivaatiosi toteuttaa annettuja harjoitteita itsenäisesti fysioterapian päättymisen jälkeen?

Liikuntaneuvonta

- Kuinka usein liikut?
- Kerrotko, millä tavoin liikuntatottumuksesi ovat muuttuneet fysioterapian aikana?
- Kuvailenko, miten motivaatiosi liikkumiseen on muuttunut fysioterapian aikana?
- Koetko kykeneväsi fysioterapiassa saamiesi ohjeiden pohjalta omatoimiseen harjoitteluun jatkossa?
- Kerrotko, millainen on motivaatiosi omatoimiseen harjoitteluun fysioterapian päättymisen jälkeen?
- Minkälaista tietoa olisit kaivannut lisää liikunnasta?

Seurantakäynnit

- Mitä mieltä olet fysioterapiaseurantakäyntien tarpeellisuudesta?
- Millaisena koet seurantakäyntien vaikutuksen harjoittelumotivaatioosi?
- Olisitko kaivannut fysioterapeutin ohjausta myös tämän 6 kuukauden seurantakäynnin jälkeen?
- Minkälaisia muutoksia toivoisit seurantakäyntien sisältöön?
- Millä tavalla fysioterapiaseurantakäynnit tulisi toteuttaa, jotta hyötyisit fysioterapiasta mahdollisimman paljon?

Muuta

- Millä tavoin fysioterapiasta on ollut sinulle hyötyä?
- Minkälaisena koet fysioterapeutin toiminnan? (Minkälaisia muutoksia toivoisit fysioterapeutin toimintaan?)
- Haluaisitko vielä antaa jotain palautetta fysioterapiaan liittyen?
- Haluaisitko antaa jotain palautetta opinnäytetyötutkimukseemme liittyen?