

## YKSILÖN ARKI FYSIOTERAPIASUHTEEN YTIMENÄ

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus psykologisesti informoidun  
fysioterapian vaikutuksista ja keinoista tuki- ja liikuntaelimiin liittyvän  
pitkittyneen kipukokemuksen yhteydessä

Selin Marjo

Opinnäytetyö  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Fysioterapeutti (AMK)

2022



Physiotherapy  
Bachelor of Health Care

---

<b>Author</b>	Marjo Selin	Year	2022
<b>Supervisor</b>	Erja Rahkola		
<b>Commissioned by</b>	Psychiatric Care Outcome Area of Physiotherapy Services in Lapland Hospital District		
<b>Subject of thesis</b>	Individual's everyday as a core of the physiotherapy relationship		
<b>Number of pages</b>	57 + 18		

---

This thesis describes the psychologically informed physiotherapy as a phenomenon. The aim in this thesis was to clarify the impact and the means of the method. Prolonged chronic musculoskeletal pain was the most important point of interest within the phenomenon. The commissioner of the thesis is the Physiotherapy Services of Psychiatric Care Outcome Area in Lapland Hospital District. The aim of the commissioner was to receive knowledge of the method and to hear about the benefits within the patient work. Secondly the aim was to share the data widely in the working community.

The research method of the thesis was descriptive literature review. Literature searches were made both from health science databases and manually. The written material delimitations were set between 2017–2/2022. Achieved material of the thesis was analysed qualitatively with the descriptive classification method. The thesis includes an introduction, theoretical framework, description of the method and implementation of the research, results, and the discussion with reflection of ethical and reliability aspects and reflection of the learning process.

Results of this thesis show that the psychologically informed physiotherapy affects the individual's health on multiple levels of functional capacity. The method improves the individual's functional capacity on physical, psychological, social, and cognitive levels. Psychologically informed physiotherapy approaches the patient from the biopsychosocial model which underlines individuality. The key actions to affect the individual's prolonged pain experience within the therapy relationship is to pay attention to individualism and good interaction. These actions will improve the shared decision-making process. The most central way of implementing psychologically informed physiotherapy is Cognitive Behavioral Therapy, which promotes the individual's self-efficacy. Based on results of this thesis future research should ask how this method will be developed based on patient experiences. Secondly, one should know more how physiotherapy students will embrace this method and how they could improve their professional identities. And from the third aspect, how physiotherapy education could increase the person-centred approach more.

**Key words**                      physiotherapy, psychosocial factors, musculoskeletal diseases, individuality, functional capacity, pain, interaction

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	PSYKOLOGISESTI INFORMOITU FYSIOTERAPIA LÄHESTYMISTAPANA	9
2.1	Tule-sairaudet aiheuttavat toimintakyvyn muutosta.....	9
2.2	Kipu pitkittyneenä kokemuksena .....	11
2.3	Yksilölähtöisyys ja vuorovaikutus terapiasuhteen muuttujina.....	13
2.4	Biopsykososiaalisuus psykologisen informoinnin lähtökohtana ja kritiikin kohteena.....	15
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	20
4	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN .....	21
4.1	Menetelmän kuvaus.....	21
4.2	Työn eteneminen .....	22
4.2.1	Aineiston hankinta ja laadun arviointi.....	22
4.2.2	Valitun aineiston esittely.....	26
4.2.3	Aineiston käsittelymenetelmän kuvaus.....	32
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	34
5.1	Tuloksen osoittamia vaikutuksia pitkittyneeseen kipukokemukseen psykologisesti informoidussa fysioterapiassa .....	34
5.2	Tuloksen osoittamia keskeisiä keinoja psykologisesti informoidussa fysioterapiassa .....	38
6	POHDINTA .....	43
6.1	Yksilöllisyys fysioterapiasuhteen lähtökohtana ja arki sen ytimenä ....	43
6.2	Katsauksen eettisyys ja luotettavuus .....	47
6.3	Opinnäytetyön etenemisen sekä oppimisprosessin arviointi.....	50
	LÄHTEET .....	52
	LIITTEET .....	58

## ALKUSANAT

Haluan kiittää opinnäytetyön ohjaajani Erja Rahkolaa tarkasta, eteenpäin vievästä ja kannustavasta palautteesta. Suuri kiitos myös opinnäytetyöni toimeksiantajan edustajalle, Erja Onkamolle, ennakkoluulottomuudesta sekä sujuvasta yhteistyöstä sekä opponentti Elina Ravelinille kannustamisesta, vertaistuesta sekä hyvistä kysymyksistä. Haluan kiittää myös aviomiestäni, lapsiani sekä vanhempiani heidän tuestaan työn edetessä, sekä työrauhasta ja rakkaudesta, joiden voimalla olen saanut opinnäytetyön valmiiksi. Kiitän myös yhteiskuntaa tuesta, joka on mahdollistanut opiskelun aikuisiällä. Ilman taiteen olemassaoloa pitkästä istumisesta olisi tullut haasteellista, sitä siivitti muun muassa Yle Radio 1:n tuottama Muistojen Bulevardi. Siteeraan lopuksi ystävääni Juha Rautiota, jonka runo kuuluu läpikäymässäni oppimisprosessissa.

*Kun piti osata lopettaa, minä jatkoin  
vangitut päivät  
nauroivat pitkin nenänvarttaan  
minulle vuori oli vuori  
niin kauan kunnes kiipesin sen laelle  
olin osa-aikafakiiri  
silmäkääntäjä tahtomattani  
vangitut päivät  
nauroivat pitkin nenänvarttaan  
yskin keuhkoistani suolavettä  
minulle meri ei ollut enää meri  
kirjastojen hyllymetrien viisaus  
oli koettava kantapään kautta  
siten unohdettava*

Juha Rautio

*Olen matkinut kaikkia lintuja 2009*

## KÄYTETYT MERKIT JA LYHENTEET

Työssä esiintyvät lyhenteet:

ACT= Acceptance and Commitment Therapy, hyväksymis- ja omistautumisterapia

BPS = Biopsychosocial, biopsykososiaalinen

BPSM = Biopsychosocial Model, biopsykososiaalinen malli

CBT = Cognitive Behavioral Therapy, kognitiivinen behavioraalinen terapia

CFT = Cognitive Functional Therapy, kognitiivinen funktionaalinen terapia

GEXP= Graded Exposure, asteittainen altistaminen

PIP = Psychologically Informed Practice, psykologisesti informoitu käytäntö

PIPT = Psychologically Informed Physiotherapy, psykologisesti informoitu fysioterapia

TULE = tuki- ja liikuntaelimestö

## 1 JOHDANTO

WHO:n mukaan tuki- ja liikuntaelinsairastavuuden osuus on toiseksi suurin työkyvyttömyyden ja toiminnanvajauksen aiheuttaja maailmassa (Tule ry 2021). Tuki- ja liikuntaelinten (tule) sairauksilla tarkoitetaan yksilön luustoon, lihaksistoon, niveliin, nivelsiteisiin tai sidekudosrakenteisiin liittyviä sairauksia (Kauranen 2017, 35–41). Fysioterapia on perinteisesti keskittynyt ymmärtämään tule-sairauksia biomedikaalisen mallin kautta, jossa keskitytään yksittäiseen kehon ongelmaan ja kipualueeseen. Kuitenkin enenevässä määrin alalla on alettu kiinnittämään huomiota yksilön kokonaisuutena, jossa potilaan kipua selitetään ja ymmärretään moniulotteisten tekijöiden kautta. (Holopainen 2020b, 277; Holopainen 2021b, 21.) Biopsykososiaalisen mallin (BPSM) soveltuvuudesta fysioterapiaan on tehty viime aikoina useita tutkimuksia. Yhtenä osoituksena tästä on kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetun aineiston julkaisuajankohtien läheisyys ja tuoreus. Aihetta on käsitelty myös esimerkiksi Suomen Fysioterapeuttien liiton julkaisemassa Fysioterapia-lehdessä sekä terveydenhuollon alalla hoitosuosituksissa. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palko (2018) on muun muassa laatinut suosituksen toistuvan tai pitkittyneen selkävun biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta.

Tule-sairaudet ovat yleisiä ja niiden aiheuttama kipu rajoittaa elämää. Elämä on arkea, jossa tarvitaan toimintakykyä tai tukea toimimiseen. Arjen toiminta koostuu pitkälti tavoista, totumuksista ja rutiineista, joihin vaikuttavat kokemukset, uskomukset, ajatukset ja tunteet. Haluan opinnäytetyössäni selvittää millaista roolia psykologisesti informoitu fysioterapia (PIPT) esittää monimutkaisessa arjen ja toimintakyvyn yhtälössä. Pyrkimyksenäni opinnäytetyössä on hahmottaa pitkittyneen kivun tekijöitä, sitä miten yksilöllinen kipukokemus muodostuu. Turkin, Wilsonin ja Swansonin (2011, 16) mukaan kipu kokemuksena on moninainen ilmiö, johon vaikuttavat yksilön fysiologia, käsitykset itsestä sekä sosiaaliset että kulttuurilliset tekijät. Lääketieteen alan oppikirjassa kipu määritellään ihmisen peruskokemuksena, joka liittyy arkielämään. Kärsimys seuraa kipua, jolloin kärsimys ei rajoitu välttämättä ruumiilliseen kipuun, se voi olla henkistä, joka usein vahvistaa ruumiillista kivun kokemusta. (Vainio 2018.) Hiljattain julkaistun lääketieteellisen tutkimuksen mukaan kroonisen alaselkävun taustalla saattaa olla akuutin

alaselkävun hoito tulehduskipulääkkeillä sekä lääkehoidon negatiiviset vaikutukset kipukokemuksen pitkittymiseen (Parisien ym. 2022). Tutkitun näytön perusteella esimerkiksi kognitiivinen funktionaalinen terapia (CFT) on osoittanut tutkimuksissa pitkäkestoisia tuloksia pelon, toimintakyvyn haitan ja kivun vähenevän suhteen verrattuna manuaaliseen tai harjoitusterapiaan alaselkävun osalta (Holopainen 2020b, 287). Tutkittu näytön perusteella PIPT lisää alaselän kipukokemusten sekä polven keinonivelleikkaukseen liittyvien pelkojen osalta fysioterapian vaikuttavuutta yksilön toimintakyvyn osalta, sekä syventää menetelmänä potilaan yksilöllistä fysioterapiaprosessia (O’Keeffe, O’Sullivan, Purtill, Bargarly & O’Sullivan 2020; López-de-Uralde-Villanuevan ym. 2016; Bhatia, Karvanan & Prem 2020). Kiinnostukseni BPSM:n, johon PIPT perustuu, liittyy omiin sekä läheisten kokemuksiin terveydenhuollon potilaina. Kokemukset vuorovaikutuksellisuudesta ja kohtaamisesta ovat olleet hyvin erilaisia. Haluaisin opinnäytetyössäni ymmärtää voisiko BPSM:n mukainen lähestymistapa olla biomedikaalista mallia moniulotteisempi ja miten PIPT vaikuttaa pitkittyneen kipukokemuksen kuntoutuksessa.

Opinnäytetyöni tarkoitus on kuvata psykologisesti informoidun fysioterapian ilmiötä sekä selvittää sen vaikutuksia ja keinoja tule-sairauksiin liittyvän pitkittyneen kipukokemuksen yhteydessä. Opinnäytetyön menetelmänä on kirjallisuuskatsaus. Työn keskeisiä käsitteitä ovat fysioterapia, psykososiaaliset tekijät, tuki- ja liikuntaelin sairaudet, toimintakyky, yksilöllisyys, kipu kokemuksena sekä vuorovaikutus. Työ etenee viitekehyksen esittelystä tutkimusmenetelmän kuvaukseen ja toteutukseen, jonka jälkeen esittelen katsauksen tulokset. Pohdinnassa arvioin tulosta, työn eettisyyttä ja luotettavuutta, lisäksi esitän tulokseen perustuvat jatkotutkimusaiheet. Lopuksi arvioin työn toteutusta sekä oppimisprosessia. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoidon tulosalueen fysioterapiapalvelut.

## 2 PSYKOLOGISESTI INFORMOITU FYSIOTERAPIA LÄHESTYMISTAPANA

### 2.1 Tule-sairaudet aiheuttavat toimintakyvyn muutosta

Toimintakyky käsitteenä sisältää ihmisen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä kognitiivisen kyvykkyyden. Toimintakykyä voidaan kuvata kansainvälisen ICF-luokituksen tai toimintakyvyn osa-alueiden mukaisesti. Yksilön kohdalla toimintakyky tarkoittaa tarpeellisten ja merkityksellisten päivittäisten toimintojen toteuttamista sekä selviytymiseen tarvittavia resursseja hänen elämänsä ympäristöissä. Ympäristön myönteiset ja kielteiset signaalit vaikuttavat yksilön toimintakykyyn. Näihin voidaan vaikuttaa arjessa selviytymistä parantavin toimin, esimerkiksi toisten ihmisten tuen, palveluiden sekä ympäristön muuttamisen keinoilla. Toimintakykyä määrittää myös yksilön kykyjen, tavoitteiden ja ympäristön tasapainotila. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022.) Fysioterapia pyrkii yksilön toimintakyvyn edistämiseen, ylläpitämiseen tai palauttamiseen. Fysioterapiassa keskeisiä toimintakyvyn osa-alueita ovat liikkuminen ja terveyden edistäminen. Fysioterapeuttien keinoja toimintakyvyn alenemisen ennaltaehkäisevässä sekä kuntouttavassa potilastyössä ovat ohjaus ja neuvonta, terapeuttisen harjoittelun ohjaaminen, manuaalisen terapian toteuttaminen sekä apuvälineiden suositteleminen. (Suomen Fysioterapeutit 2017; Kauranen 2017, 10.)

Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen sairastavuusraportin mukaan Suomessa kokonaissairastavuus on vähentynyt vuodesta 2000 lähtien. Raportin mukaan Länsi- ja Etelä-Suomessa väestö on ollut terveempää kuin Pohjois- ja Itä-Suomessa, joissa sepelvaltimotauti, tule-sairaudet sekä mielenterveyden ongelmat ovat yleisempiä kuin suuremmissa Länsi- ja Etelä-Suomen kaupungeissa. (THL 2019.) Suomessa aiheutuneita avoterveydenhuollon käyntejä oli vuonna 2018 arviolta 600 000. Maksettujen sairauspäivärahojen perusteella on arvioitu, että Suomessa menetetään jopa 14000 henkilötyövuotta vuotta kohti. (Tule ry 2021.) Tuki- ja liikuntaelinterveys on merkittävä tekijä ihmisen toiminnallisuudelle, osallistumiselle sekä työkyvylle, ja se vaikuttaa yksilön taloudelliseen, sosiaaliseen ja toiminnalliseen itsenäisyyteen. Global Burden of Disease (GBD) -data osoitti vuonna 2016 tarttumattomien sairauksien liittyvän suurelta osin tule-sairauksiin, joiden osuus sairastavuudessa oli lisääntynyt 61,6 % vuosien 1990 ja 2016 välillä. Maailmanlaajuisessa disability-adjusted life-years -mittauksissa ne olivat

toiseksi suurin toimintakyvyttömyyden aiheuttaja vuonna 2016. (Briggs ym. 2018.) WHO:n mukaan tule-sairaudet ovat yleistyneet kolmanneksella vuosina 2000–2015 (Tule ry 2021).

Tule-sairaudet aiheuttavat eniten pitkäaikaista kipua maailmanlaajuisesti yksilöiden iästä huolimatta, ja keskimäärin yksi kolmesta ihmisestä maailmassa kärsii niistä aiheutuneesta pitkittyneestä kipukokemuksesta. Tule-sairauksiin luetaan keskimäärin 150 diagnoosia, joista yleisimpiä ovat selkä- ja niskakivut, niveltulehdukset, reumasairaudet sekä murtumat. Ne vaikuttavat ihmisen kykyyn liikkua, aiheuttavat lihavuutta ja ravitsemuksen heikkenemistä sekä lisäävät istumista. Sairaudet aiheuttavat yksilölle kipua, vähentynyttä aktiivisuutta, mielenterveyden heikkenemistä, riskiä sairastua muihin pitkäaikaisiin terveysongelmiin, ja kuolleisuutta. (Briggs ym. 2018.) Tule-sairauksiin liittyvät kipuongelmat eri kehon osissa noudattavat samankaltaisia mekanismeja, ennustetta ja klinisiä suuntia (Henschke ym. 2012, Holopaisen 2021c, 26 ja Babatunde ym. 2017, Holopaisen 2021c, 26 mukaan). Niiden hoitoon ei ole vielä löydetty tehokkaita yksittäisiä hoitomenetelmiä. Suurin osa hoitosuosituksista ohjeistaa luottamaan todennäköisyyteen siitä, että kipu helpottuu itsestään akuuteissa vammoissa, joissa liiallinen hoito on haitallista. Ongelmien pitkittymistä tulisi kuitenkin ehkäistä varhaisessa vaiheessa erityisesti tapauksissa, joissa kipua ilmenee vielä kolmen kuukauden kuluttua sen alkamisesta. Kivun pitkittymiseen liittyvät aiheet, eli niin sanotut keltaiset liput, jotka huomioivat psykososiaalisia tekijöitä, tulisi tunnistaa varhaisessa vaiheessa. Tämän vuoksi fysioterapiassa tulisi korostaa asiakasohjausta, positiivisia viestejä sekä aktiivisena pysymistä. (Lausmaa & Holopainen 2018.)

## 2.2 Kipu pitkittyneenä kokemuksena

International Association Study of Pain, IASP (2021), järjestön mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen sekä tunneperäinen kokemus, joka liittyy todelliseen tai mahdolliseen kudonvaurioon tai vammaan, tai tunnetta kuvataan tämän kaltaisesti. Käypä hoito -suosituksen (2017b) mukaan, jossa käsitellään pitkäaikaisia tuki- ja liikuntaelimestöön liittyviä kiputiloja, kroonisessa kipuoireyhtymässä on kyse sitkeästä oireesta, johon liittyy vaikeaa, kärsimystä tuottavaa kipua. Pitkittyntä kipua ei voida selittää täysin fysiologisen prosessin tai fyysisen häiriön mukaisesti. Kokemus kivusta on yksilölle todellinen ja siksi toimivaa terapiasuhdetta tukee empaattinen, myötäelävä ja kuunteleva suhtautuminen. Kivun arviointi perustuu potilaan omaan arvioon, jonka lisäksi tulee selvittää muut sairaudet sekä potilaan elämäntavat ja psykososiaalinen tilanne. Potilaan osallistuminen suunnitelman ja tavoitteiden laatimiseen vahvistaa potilaan aktiivisuutta sekä omien selviytymiskeinojen käyttöä. Lääkkeetön hoito on kivun hoidon perusta. Sen keinoja ovat muun muassa liikunta, suunnitelmallinen, systemaattinen ja ohjattu terapeuttinen harjoittelu sekä kognitiivis-behavioraalinen terapia. Kroonisen alaseläkivun kohdalla suositellaan biopsykososiaalisesti orientoitunutta toiminnallista harjoittelua.

Kipu aistitaan kudonvaurion yhteydessä kipuärsyksenä, kokemuksena, jonka aiheuttaa erilaisten sähköisten ja kemiallisten tapahtumien sarja. Kudosten hermo päätteet, eli nosiseptorit, vastaavat vaurion aiheuttamiin ärsykkeisiin, jolloin ärsykkeet etenevät hermojärjestelmässä transduktion, transmission, modulaation ja perseption vaiheissa. Transduktio, eli sähkökemiallinen aktivoituminen hermo päätteissä, käynnistyy nosiseptorin ärsyyntymisellä. Ärsyke voi olla mekaaninen, kemiallinen tai lämpötilallinen. Transmissiovaiheessa kipuviesti etenee hermosoluista keskushermoston osiin, jolloin kipu aistitaan. Modulaatioon vaikuttavat keskushermoston inhibitoriset radat. Nämä radat vaikuttavat selkäytimen kipua viestiin hermosoluihin estävästi. Selkäytimen interneuronit voivat olla myös eksitatorisia, kipua voimistavia, jolloin pitkittyneessä kipukokemuksessa sentraalinen modulaatio voi vahvistaa kipuaistimusta. Perseptiovaihe synnyttää lopulta subjektiivisen kipukokemuksen. (Kalso & Konttinen 2018.) Paul Ingrahamin (2019) mukaan 'itsepintaisen' pitkittyneen kivun syynä ei ole yksiselitteinen ihmisen kehossa oleva rakenteellinen ongelma. Hänen mukaansa biomekaaniset selitykset

pikemminkin hämärtävät kykyä ratkaista pitkittyntä kipuongelmaa ja siitä kuntoutumista. Kipuongelmaa voitaisiin lähestyä fysiologisesta, tarkemmin neurologisesta ja biokemiallisesta, ja syvällisemmin psykologisesta näkökulmasta kokonaisuutena, jossa vaikuttavat yksilön elämäntavat. Esimerkiksi uupumus, stressi ja päihteet aiheuttavat tuntemuksissa niin kutsuttua 'virhelinjausta'. Kivun kokeminen johtaa herkistymiseen, jolloin kivun mekanismien ymmärtäminen luontaisessa ennustamattomuudessaan olisi paljon hyödyllisempää, kuin mekaaniseen ongelmaan keskittyminen.

Biopsykososiaalinen malli on laajentanut kivun ymmärrystä, ja tässä viitekehyksessä toteutetun hoidon tuloksellisuutta tukee viimeaikaisin tutkimusnäyttö (Lausmaa & Holopainen 2018). Inhimillinen kipu on henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat kulttuuriset normit, henkilön historia kuin myös geeniperimä ja neurofysiologia. Kipu on kuvattu aiemmin biomedikaalisen mallin viitekehyksessä joko somaattisen tai psykologisen syyn aiheuttamaksi. Nykyinen käsitys kipukokemuksesta on muuttunut moniulotteiseksi ja vaihtelevaksi lineaarisen näkemyksen sijasta, jolloin kipukokemukseen vaikuttavat psykologiset, sosiaaliset, kognitiiviset, fysiologiset ja käytökselliset tekijät. Taudin (disease) ja sairauden (illness) ero on ratkaisevaa pitkittyneen kivun ymmärtämiseksi. Sairaus voidaan määrittellä subjektiivisena kokemuksena, jossa tauti on läsnä aiheuttaen epämukavuutta, stressiä, suorituskyvyn rajoittumista, sekä psykososiaalisia häiriöitä. Sairauden keskeisin määrittäjä onkin se, kuinka henkilö itse suhtautuu siihen ja se, miten hänen omaisensa ja sosiaalinen lähipiirinsä toimivat ja vastaavat hänen oireisiinsa ja toimintakykynsä muutoksiin. (Turk ym. 2011, 16.) Kipu ohjaa tunteena ihmisen käyttäytymistä. Kivun uhka saa aikaan motorisen vasteen, esimerkiksi tietyissä tilanteissa operantti ehdollistuminen ohjaa henkilöä käyttäytymisen ja seurausten välisissä suhteissa. (Lausmaa & Holopainen 2018.) Lewis ym. (2021) ehdottavatkin artikkelissaan uusia suuntia pitkittyneen ei tapaturmaisen tule-kipukokemuksen hoidossa. He toivovat terapeuttien irtautuvan 'we can fix it'-ajatuksesta ja siirtyvän käyttämään kouluttamisen, ohjaamisen, neuvonnan, itseohjautuvuuden, elämäntapavaikuttamisen sekä fyysisen aktiivisuuden lisäämisen keinoja, jossa lisänä on tarvittavan lääkityksen käyttäminen. Nämä toimet parantaisivat tule-sairauksien hoitoa, jolloin fysioterapian laatu sekä kustannustehokkuus paranisivat.

### 2.3 Yksilölähtöisyys ja vuorovaikutus terapiasuhteen muuttujina

Potilaslähtöisyys merkitsee ihmisoikeuksien kunnioittamista (Koivisto 2019). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta sekä yksityisyyttä. Itsemääräämisoikeus tulee huomioida toimimalla yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Terveystieteiden tutkimuksen lähtökohtana on Suhosen, Puron ja Leino-Kilven (2006) mukaan ihmisarvoon sidottu periaate yksilöllisyydestä, jossa hoitosuositukset takaavat näyttöön perustuvaa käytäntöä, tasa-arvoista kohtelua ja oikeudenmukaisuutta. Yksilöllisen lähestymistavan näkökulmana on kutakin potilasta parhaiten palveleva ratkaisu, johon potilas voi ottaa kantaa. Yksilöllisyyttä tukevat valinnat huomioivat potilaan fyysistä ja henkistä toimintakykyä, sosiaalisia verkostoja, elämäntilannetta sekä potilaskohtaista terveyden merkitystä ja asennoitumista terveyteen. Terveystieteiden tutkimuksessa ratkaisujen tulee perustua potilaan yksilöllisiin ominaisuuksiin ja terveydentilan ilmentymiseen. Koetut oireet sekä potilaan henkilökohtaiset näkemykset määrittävät yksilöllisesti terveydenhuollon palveluihin hakeutumisen tarpeita, ne ovat tärkeä osa hoidon vaikuttavuutta. Päätöksenteossa tulee huomioida eettisyys. Siksi prosessissa tulee huomioida valintojen vaikutus nykyiseen hetkeen sekä tulevaisuuteen, yksilön itsensä arvokkaana kokemiseen sekä elämän mielekkyyteen, sekä yksilön yhteyteen ympäristöönsä. Ratkaisujen syntyminen tukee hyvä vuorovaikutus.

Vuorovaikutustaitoja tarvitaan aina, kun ollaan tekemisissä toisen kanssa. Asenne ja kunnioitus toista sekä itseä kohtaan ovat vuorovaikutuksen ytimessä. Vuorovaikutus tarkoittaa tahtoa ja pyrkimystä ymmärtää lähtökohtia, joita vuorovaikutuksessa olevat osapuolet edustavat. Vuorovaikutuksen ytimessä ovat yksilöiden tunteet ja tarpeet, joita ei tarvitse peittää, vaan hyvässä vuorovaikutussuhteessa ne huomioidaan. Vuorovaikutus ei perustu vain informaatioon ja tosiasioiden esittämiseen, vaan se sisältää esimerkiksi leikinlaskua, kyselyä, ihmettelyä, neuvontaa, väittelyä ja kuuntelua. Vuorovaikutuksen ydin on vastavuoroisuus, jossa osapuolet tuovat tilanteeseen oman panoksensa. Vuorovaikutustapojen valintaan vaikuttavat tilanteessa koetut tunteet, jotka ohjaavat sopivaa tapaa toimia. Vuorovaikutustilanteissa vaikuttavat myös tunteiden siirtyminen sekä kulttuurisidonnaiset tavat ja keinot toimia. Vuorovaikutustaitojen oppimista tapah-

tuu vuorovaikutustilanteissa, jonka lisäksi meidän on mahdollista oppia tunnistamaan erilaisia vuorovaikutustilanteita ja kunnioittaa niissä toista osapuolta. (Talvio & Klemola 2017.) Koiviston (2019) mukaan vuorovaikutustaidot ovat hoitotyön ydinosaamista. Vuorovaikutuksella pyritään ymmärtämään potilaan avuntarvetta sekä hänen kokonaisvaltaista elämäntilannettaan. Vuorovaikutuksellisia keinoja, dialogisuuden sekä kognitiivisen ohjauksen ja neuvonnan lisäksi, ovat sanattomien viestien huomioiminen sekä kuuntelu. Potilaslähtöisessä hoitotyössä arvioidaan potilaan toimintaa ja voimavaroja, lisäksi tuetaan hänen vaikutusmahdollisuuksiaan. Vuorovaikutus koetaan aina yksilöllisesti, hoitotyössä se tarkoittaa kokemusta potilaan lähtökohdista käsin. Etenkin neuvonta tai ohjaus tapahtuvat tiedollisella tasolla. Tähän tulee kiinnittää huomiota, koska riittävällä tasolla toteutettuna, ne parantavat potilaan turvallisuudentunnetta ja vähentävät epävarmuutta, lisäävät potilastyytyväisyyttä ja parantavat hoidon laatua. Dialoginen vuorovaikutus kohdistuu yksilön kokemuksiin, se perustuu läsnäoloon, empatiaan, tilan antamiseen ja luottamuksen rakentamiseen. Dialoginen vuorovaikutus pyrkii tietoisuuden lisääntymiseen. Tämän lisäksi pyritään potilaan voimavaraistumiseen, joka on mahdollista kuuntelun sekä tiedon ja tuen tarjoamisella, ja on fenomenologisesti merkityksellistä.

Engelsrudin ja Rosbergin (2021, 4) mukaan dialogisuutta tapahtuu monella tasolla: kuuntelun ja puhumisen tasolla, henkilöiden sisäisen dialogin tasolla sekä tietoisuuden tasolla, johon vaikuttavat hiljainen viestintä kuten äänenväriin vaihtuminen sekä muut sanattomasti sanotut viestit. Vuorovaikutuksessa tapahtuu jatkuvasti sisäistä ja ulkoista dialogia. Dialogi tapahtuu ulkoisena verbaalina keskusteluna keskustelijoiden välillä sekä sisäisenä keskusteluna osallistujien sisällä. Henkilöiden sisäisessä dialogissa tapahtuu tulkintaa ulkoisesta keskustelusta sekä arviota omasta osallisuudesta, toiseksi käydään sisäistä keskustelua siitä, miten ilmaisen asian, että muut ymmärtävät mitä olen sanomassa. Kehojen välisessä keskustelussa tapahtuu ulkoisen sanallisen viestinnän lisäksi ulkoista sanatonta sekä kehojen sisäistä viestintää, eli oman eletyn kokemuksen suhdetta kuultuun ja sen ymmärtämiseen. Lisäksi kehojen sisällä tapahtuu sisäistä arviointia siitä, miten ilmaisen itseäni, että muut voivat sanomaani ymmärtää. Tämä Andersenin vuonna 2011 kehittämä keskustelun ymmärtämisen kaava, johon Engelsrud ja Rosberg viittaavat, kehitettiin terapeutitiseen kontekstiin. Keskustelun

monitasoisuus vaatii osallistujilta kykyä hiljentymiseen, jotta syntyisi tilaa kokemusten sanallistamiselle ja luokittelulle. Haastattelijan itsetuntemus edistää tietoisuutta toisten henkilöiden kokemusten kuulemiselle.

Kuuntelu on tärkeä tekijä vuorovaikutuksessa. Se tarkoittaa riittävän ajan antamista kokemuksen peilaamiselle. Tällöin toteutunut hetki on intersubjektiivinen, ja vaatii osapuolien saavutettavuutta. Jotta tieto ja ymmärrys syntyy yhdessä, tarvitaan avoimuutta, läsnäoloa, kykyä kuunnella omaa ja toisen kehoa. Haastattelutilanteessa tämä tarkoittaa kehon painon antautumista kohti alustaa ja alustan tuen aistimista, toisin sanoen maan vetovoimalle antautumista, 'being grounded'. Oman tilan hyväksyminen, se että annan itseni olla, tukee ajatusta siitä, että annan toisten olla sellaisia kuin he ovat. Haastattelijan antautuminen painovoimalle antaa haastateltavalle vihjeen myös laskeutua, 'levätä itsessään', ja avautua omille kehollisille kokemuksilleen. Dialogisuus kehittää ymmärrystä suhteissa itseeni, maailmaan ja toisiin subjekteihin, jolloin keho muuntuu itsetunnon, tarkoituksellisuuden ja intersubjektiivisuuden tasoilla. Intersubjektiivisuus ja peilaaminen ovat fenomenologisen prosessin oleellisia elementtejä. (Engelsrud & Rosberg 2021, 1–3.)

#### 2.4 Biopsykososiaalisuus psykologisen informoinnin lähtökohtana ja kritiikin kohteena

George Engel (1978, 156) kritisoi länsimaista lääketiedettä, ettei se huomioi ihmistä holistisesta näkökulmasta. Engel osoittaa ongelmaksi lääketieteessä vallitsevan biomedikaaliseen malliin. Hänen mukaansa huomiota tulisi kiinnittää ihmisen käyttäytymiseen, eli psykologisiin ja sosiaalisiin näkökulmiin. Fysioterapiassa BPSM tarkoittaa Holopaisen (2020a, 65–67) mukaan potilaskeskeisyyden painottamista, sillä kipu on aina yksilöllinen kokemus. Kipukokemukseen vaikuttavat yksilön elämäkokemukset, terveydentila, elämäntapatekijät, aiemmat kokemukset terveydenhuollosta, uskomukset sekä kontekstuaaliset tekijät. Terveydenhuoltoalalla toimivien ammattilaisten tulisi kiinnittää huomionsa potilaan voimavaroihin ja vahvuuksiin, jolloin esimerkiksi fysioterapeutin rooli muuttuu korjaajasta mahdollistajaksi ja tukijaksi. Psykologisesti informoitu käytäntö (PIP) perustuu BPSM:n, jota voidaan tarkastella sekä filosofiana että lähestymistapana

fysioterapiassa (Holopainen 2020b, 277–278). Yhdistettynä perinteiseen fysioterapiaan kognitiivis-behavioraalisen menetelmän mukaisilla psykologisilla interventioilla, kuten esimerkiksi stressin hallinnalla, rentoutustekniikoilla ja asteittaisella altistamisella, voidaan vaikuttaa välttämiskäyttäytymiseen, alentuneeseen aktiivisuuteen sekä ylitarkkaavaisuuteen. Yksilön tavoitteiden ja merkityksellisten toimintojen takaisin saavuttaminen merkitsee fysioterapiassa ydinosaamisen sekä hyvän vuorovaikutuksen hyödyntämistä asiakkaan minäpystyvyyden tukemisessa. (Holopainen 2020b, 278; Käypä hoito -suositus 2017a.) Oostendorp ym. (2016, 260) mukaan potilaan yksilöllisen neurotieteisen kipukuntoutuksen lähtökohdiana on biopsykososiaalisuus (BPS), jossa potilaan kipuhistoria tulee huomioida heti alkuvaiheessa muun muassa tuki- ja liikuntaelin potilailla.

PIP perustuu fysioterapeutin valitsemaan BPS:n lähestymistapaan. Fysioterapiassa näkökulman valintaa vahvistavat tutkittuun tietoon perustuvat asenteet ja uskomukset. Fysioterapeutti arvioi potilaan asenteita ja uskomuksia kliinisen päätöksentekoprosessin aikana, jonka tarkoituksena on tuottaa yksilöllistä hoitoa sekä parantaa hoitoon sitoutumista ja hoidon tuloksia. (Ninjs, Roussel, van Wilgen, Köke & Smeets 2012,101.) PIPT osoittaa psykologisten tekijöiden luomia esteitä kuntoutumiselle kognitiivisen behavioraalisen terapian (CBT) viitekehyydessä. CBT:n keinona on estää tarpeettomien kipuun liittyvien ja aktiivisuutta rajoittavien toimintatapojen syntymistä ja ylläpitämistä. Sekundaaripreventio eli riskitekijöiden etukäteisseulonta tarkoittaa PIPT:ssa pitkittyneen kipukokemuksen tekijöihin sekä toipumiseen psykologisiin sekä sosiaalisiin tekijöihin vaikuttamista. (Main & George 2011, 820–824; Holopainen 2020b, 277–278.) Lähestymistavan avaimena on filosofian sekä käytäntöjen muuttaminen, jossa keskeisiä tekijöitä ovat kipukäsitys, kipukäyttäytyminen sekä toiminnanvajauksen kehittyminen (Main & George 2011, 820–824). Kognitiivinen funktionaalinen terapia (CFT) on yksi esimerkki psykologisesti informoidun fysioterapian keinoista, sitä toteutetaan alaselkäkipuisten asiakkaiden hoidossa (Holopainen 2020b, 280). Peter O’Sullivan on kehittänyt tutkimusryhmineen CFT-menetelmän (Cognitive Functional Therapy) joustavasti integroiduksi ja yksilöllisyyteen perustuvaksi hoitomenetelmäksi. CFT perustuu kliinisen päättelyn viitekehyykseen, jossa tunnustetaan ja osoitetaan kipua ylläpitävät ja muokkaavat tekijät sekä kipuun liittyvä ahdistus ja kykenemättömyys. Metodien tarkoituksena on tarjota moniulotteista kivun

ymmärtämistä potilaan omasta näkökulmasta. Lisäksi CFT:ssä kivun ja käyttäytymisen kontrollistrategiat ohjaavat potilasta tavoitteiden saavuttamisessa sekä terveyttä edistävässä käyttäytymisessä. Menetelmän päämääränä on tukea yksilön minäpystyvyyttä. Minäpystyvyyttä tukemalla edesautetaan potilasta murtaamaan kivun aiheuttaman ahdistuksen ja kyvyttömyyden kehää. Tutkimusryhmä uskoo menetelmän soveltuvan alaselkäkipuisten lisäksi kipua aiheuttavien tulesairauksien monitieteisiin hoitoprosesseihin. (O'Sullivan ym. 2018, 420–421.)

O'Keeffen ym. (2020) tutkimusryhmän satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa ryhmäharjoittelua ja koulutustilaisuuksia verrattiin CFT:hen kroonistuneilla alaselkäkipupotilailla. CFT vähensi toimintakyvyn häiriötä kuudessa kuukaudessa ryhmäterapiaa ja koulutusta enemmän. Tutkimusryhmissä ei ollut merkittäviä tilastollisia eroja kivun intensiteetin tai sen ajoituksen suhteen. Ryhmäkohtaiset erot minäpystyvyydessä kivun, kivun kroonistumisen riskin ja selviytymisen näkökulmista suosivat CFT:a. Yksilöity CFT vähensi kykenemättömyyttä, mutta ei vähentänyt kivun intensiteettiä ryhmä- ja koulutusmuotoiseen terapiaan verrattuna. Tutkimuksessa, joka käsitteli polven tekonivelleikkauksen jälkeisestä kuntoutusta, PIP, joka sisälsi kipukoulutusta sekä taitoharjoittelua, vähensi kivun kokemista ja katastrofointiajattelua sekä toimi tehokkaana kivun lievittäjänä ja elämänlaadun edistäjänä (Bhatia ym. 2020). Esimerkki PIP:n keinoista on myös graded exposure (GEXP) joka tarkoittaa asteittaista altistamista. GEXP on López-de-Uralde-Villanuevan ym. (2016) tutkimusryhmän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja meta-analyysin mukaan tehokas lyhytaikaisesti toimintakykyä edistävä ja katastrofointia vähentävä keino. Asteittainen altistaminen vähentää liikkumiseen liittyvää pelkoa tai pelko-välttämiskäyttäytymistä, jota hoidetaan yksilöllisesti. GEXP keskittyy pelkoa aiheuttavaan liikkeeseen tai toimintaan. Menetelmässä liike pilkotaan pienempiin osiin ja käsitellään vaiheittain altistamisprosessin aikana. Mallin tavoitteena on toistaa liikettä osissa niin kauan, että liike ei aiheuta enää pelkoa. Malli perustuu operanttiin ehdollistumiseen, jossa palkitsemisen avulla autetaan vahvistamaan toimintaa toivottuun suuntaan. Osatavoitteita saavuttamalla, sekä positiivisen palautteen myötä, siirrytään tavoitteissa eteenpäin. (Koho 2020, 291–292.)

BPS lähestymistavalle on vielä monia esteitä. Niitä ovat muun muassa kipuun liittyvät vanhentuneet käsitykset, terveydenhuoltojärjestelmien joustamattomuus

ja vääristyneet taloudelliset intressit. (Holopainen 2021, 24.) Paul Ingraham (2019) vetoaa fysioterapeutteihin sekä potilaisiin pyytämällä olemaan ajattelematta kehoa rikkoutuneena koneena, jota Lewisin ja O'Sullivanin (2018, 1543) mukaan hoidetaan passiivisilla menetelmillä. He linjaavatkin artikkelissaan, että ei-traumaattisia tule-sairauksia tulisi hoitaa kuten muitakin pitkäaikaisia tai kroonisia sairauksia, vahvistamalla yksilön minäpystyvyyttä, kontrollia ja vastuuta omasta terveydestään. PIPT soveltuu asiantuntijoiden mukaan menetelmänä kaikkien pitkittynyttä kipua käsittävien tule-sairauksien hoitamiseen (Main & George 2011, 824).

Kritiikkiä BPSM soveltamisessa esittävät tutkijat Daluiso-King ja Hebron (2022, 11–15). Heidän mukaansa reduktionistisesti purettuna, eli kääntämällä BPSM toiseen, perustavampaan teoriaan, malli heijastelee muun muassa tutkijoiden, kuten Singla, Jones, Edwards ja Kumar (2015), löydöksiä: käytännön toteuttamisen vaikeutta sekä koulutuksellista vajetta. Nämä ovat esteitä kohti yksilöllisempää, yksilökeskeistä ja holistista lähestymistapaa. Koulutuksellinen vaje asettuikin vastakkain seuraamuksellisille teemoille kuten yksilölähtöinen terapia ja paremmat tulokset. Epäjohdonmukaisuutta esiintyy BPSM:n ymmärtämisessä ja käytännöllistämässä. Koulutuksen suhteen muutosta tulisi tukea huomioimalla filosofiset lähestymistavat. Niissä yksilö tutustuu oman todellisuutensa, olemisensa sekä tiedon ymmärtämisen tapoihin. Tämä suuntaisi perusteet ja tietoisuuden terapeuttitse kohtaan, jossa kommunikaatio on avainasemassa synnyttämässä elinvoimaista terapiasuhdetta. Kommunikaatio on avain hyvään tulokseen sekä terveyden edistämiseen. Terveystieteissä tulisi omaksua holistinen laatu, jossa moninainen, uniikki yksilöllinen kokemus on vuorovaikutteisen terapiasuhteen keskiössä. Engelsrudin ja Rosbergin (2021, 1, 8) mukaan fenomenologisessa filosofiassa kehoa ei koeta mekaanisena objektina tai kokonaisuutena. Heidän mukaansa ruumiillisuus on aistillisesti kylläistä ymmärrystä, jonka tarkoitukset ilmenevät ennen kuin ehdimme niitä sanallistaa tai sanallistamme samanaikaisesti. Tutkijat lainaavat Östbergiä (1994), jonka mukaan keho avaa maailman ja merkityksen yksilölle, sekä Pontya (1989), jonka mukaan keho asettuu maailmaan kuin sydän kehoon. Näiden ajatusten valossa ihminen ja maailma ovat dialektisesti yhteenkudottuja. Tutkijat lainaavat Fuchsin (2016) ajatusta, jonka mukaan molemminpuolinen kehojen välinen vuorovaikutteinen resonanssi

on perusta yhteiselle ymmärrykselle toisesta ja maailmasta. Tutkijat osoittavat miten keholla kuunteleminen tukee kieltä, joka tarkasti ja herkästi heijastaa kehollisia kokemuksia. Aistillinen sitoutuminen johtaa parempaan ymmärrykseen kehosta.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyöni tarkoitus on kuvata psykologisesti informoidun fysioterapian ilmiötä sekä selvittää sen vaikutuksia ja keinoja tule-sairauksiin liittyvän pitkittyneen kipukokemuksen yhteydessä. Opinnäytetyöni tavoitteet asettuvat toimialan, kohderyhmän sekä yksilöllisen oppimisprosessin näkökulmiin seuraavilla tavoilla: Toimeksiantajan tavoitteena on saavuttaa ajankohtaista tietoa menetelmän mahdollisuuksista potilastyössä sekä jakaa tietoa laajemmin työyhteisössä. Fysioterapia-alan toivon hyötyvän opinnäytetyöni tuloksista lisäämällä alalla tietoisuutta psykologisesti informoidun fysioterapian vaikutuksista tule-sairauksiin liittyvän pitkittyneen kipukokemuksen fysioterapiassa. Kohderyhmänä tuki- ja liikuntaelinpotilaiden toivon hyötyvän psykologisen informoinnin keinoista toimintakykynsä edistymisessä sekä yksilölähtoisemmästä fysioterapiasta. Omana oppimistavoitteenani on laajentaa teoreettista ymmärrystä aiheesta. Lisäksi tavoitteenani on oppia käyttämään kirjallisuuskatsausta tutkimusmenetelmänä.

Aineistolähtöisessä katsauksessa tutkimustehtävänä on tarkastella psykologisesti informoidun fysioterapian vaikutuksia pitkäaikaiseen kipukokemukseen ja kartoittaa menetelmässä käytettäviä keinoja. Tutkimuskysymyksiä työssäni on kaksi. Ne ovat, miten psykologisesti informoitu fysioterapia vaikuttaa tule-potilaan pitkittyneeseen kipukokemukseen ja millaisia ovat psykologisesti informoidun fysioterapian käyttämät keinot.

## 4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

### 4.1 Menetelmän kuvaus

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan, ja toistettavuudessaan pohjautuu kattavaan aihealueen sekä ilmiön kehittymisen tuntemukseen. Menetelmän tarkoitus on kuvata aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta ja kehittää muun muassa tieteen alan teoreettista ymmärrystä. Kirjallisuuskatsauksen tyypit voidaan jakaa kuvailevaan katsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, laadulliseen metasynteesiin tai määrälliseen meta-analyysiin. Narratiivinen katsaus kertoo tai kuvaa aikaisemman tutkimuksen laajuutta, syvyyttä tai määrää. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus ei ota kantaa valitun materiaalin luotettavuuteen ja valikoitumiseen, vaikkakin se vertailee julkaistuja ja vertaisarvioituja tieteellisiä tutkimuksia. Tutkimusprosessi sisältää materiaalin hankinnan, tekstiaineiston taulukoidun synteessin sekä analyysin tutkimuksen laadun osoittamiseksi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7–9.) Opinnäytetyöni menetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jossa katsaus kohdistuu psykologisesti informoidun fysioterapian alueelta erilaisiin tutkimusasetelmin tehtyihin tutkimuksiin sekä asiantuntija-artikkeleihin. Tarkoituksena on kuvata aiheeseen liittyvää tutkimusta ja kirjallisuutta sekä kehittää teoreettista ymmärrystäni aiheesta. Tutkimustehtävien kautta pyrin selvittämään PIPT:n vaikutuksia ja keinoja pitkittyneen tule-sairauteen liittyvän kipukokemuksen yhteydessä.

Työn eteneminen noudatti seuraavaa järjestystä. Ennakoivasti olin tutustunut kartoittavalla otteella aiheesta julkaistun tutkimusmateriaaliin, artikkeleihin sekä niissä käytettäviin asiasanoihin. Tutkimuksen ensimmäinen vaihe sisälsi tutkimuskysymysten sekä mukaanotto- ja poissulkukriteerien määrittämisen. Seuraavana toteutuivat aineiston hankinta, valintaprosessi sekä aineiston laadunarviointi. Työ eteni aineiston analyysin ja tulosten kautta pohdintaan ja katsauksen viimeistelyyn. Tutkimuksen laadunarvioinnin tein Joanna Briggs Instituutin arviointikriteeristöä käyttäen. JBI-kriteeristöä suosittelee Hotus ry (2022). Avaan JBI-kriteeritön käyttöä ja aineiston arviointia yksityiskohtaisemmin luvussa 4.2.1. Esit-

telen kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston luvussa 4.2.2 sekä käsittelymenetelmän luvussa 4.2.3. Seuraavassa avaan työvaiheet tutkimuksen arvon osoittamiseksi.

## 4.2 Työn eteneminen

### 4.2.1 Aineiston hankinta ja laadun arviointi

Toteutin kirjallisuushaun ja aineiston valinnan helmikuun 2022 aikana. Prosessi sisälsi sekä varsinaisen aineiston haun että relevantin kirjallisuuden valintaprosessin. Ennen hakua määritin mukaanotto- ja poissulkukriteerit, jotka muodostivat hakustrategian. Aineiston haku kirjallisuuskatsausta varten toteutui kirjallisuushakuina sekä tietokannoista että manuaalisesti. Ennen varsinaisen kirjallisuuskatsauksen aloittamista tein useita pilottihakukokeiluita, joiden pohjalta muodostin keskeisiksi havaitsemistani avainsanoista halulausekkeita sekä määritin aineistolle mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Hakumenetelmät ja -kriteerit ohjasivat aineiston valikoitumista vaiheittain otsikko-, abstrakti- ja kokotekstitasolla.

Stoltin ym. (2016, 7–9) mukaan sisäänottokriteereinä aineiston haussa ovat julkaistut ja vertaisarvioidut tieteelliset tutkimukset ja artikkelit. Aineistohaun rajauksena voidaan käyttää Lehtiön ja Johanssenin (2016, 43–42, 51–52) mukaan myös kokotekstin saatavuutta. Kokotekstin saatavuus ja sen vertaisarviointi määrittivät sähköisten tietokantahakujen toteutusta. Lisäksi kohdistin haun rajaukset tutkimuksen kieleen ja ajankohtaan seuraavasti: julkaisu oli suomen tai englanninkielinen ja hakujen julkaisuvuosirajaus oli 2017–helmikuu/2022. Perusteena vuosirajauksen valinnalle oli pyrkimys tavoittaa katsauksessa viimeaikaisinta tietoa, sillä aiheesta on julkaistu viime aikoina runsaasti kirjallisuutta, ja aihe on ajankohtainen alan keskustelufoorumeilla. Sisäänottokriteerinä käytin aineistossa esiintyneitä avainsanoja: psychologically informed practice (PIP), fysioterapia, biopsykososiaalinen malli (BPSM) tai psykososiaalinen lähestymistapa. Lisäksi aineiston mukaanottoa määrittivät pitkittyneen kipukokemuksen sekä tuki- ja liikuntaelimestön näkökulmat. Kirjallisuuskatsauksen aineiston valintastrategia kuvataan taulukossa 1.

Taulukko 1. Aineiston valintastrategia kirjallisuuskatsauksessa

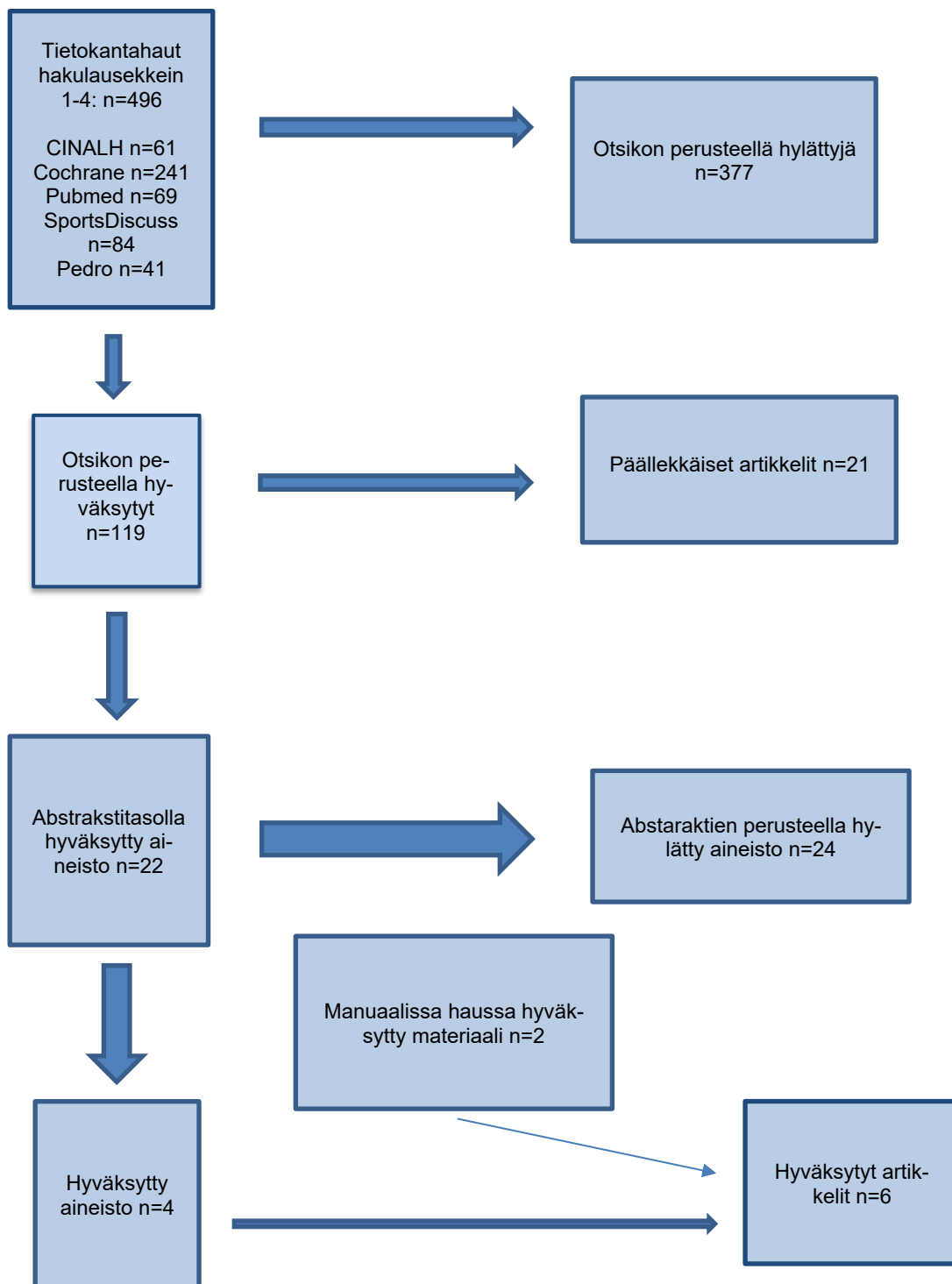
<b>Mukaanottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Aineisto julkaistu vuosina 2017–2022	Aineisto on julkaistu vuotta 2017 aiemmin
Aineisto on julkaistu englannin tai suomen kielellä	Aineisto on muun kielistä
Aineistossa esiintyy Psychologically informed practice (PIP), fysioterapia, biopsyksosiaalinen malli tai psykososiaalinen lähestymistapa	Aineistossa ei esiinny valittuja avainsanoja
Aineisto käsittelee tuki- ja liikuntaelämistöä kokonaisuutena	Aineisto käsittelee yksittäisen kehonosan tule-sairautta
Pitkittänyt kipukokemus tai kipu kokemuksena	Äkillinen kipu

Lehtiötä ja Johanssonia (2016, 42) mukaillen käytin tietokantavalinnoissa terveystieteessä suositeltavia PubMed, CINALH ja Cochrane tietokantoja. Lisäksi tein tietokantavalintoja aiheen mukaisesti. Urheilulääketieteen osalta käytin SPORTDiscuss- ja fysioterapiatieteen osalta Pedro-tietokantaa. Hakulausekkeet muotoutuivat sisäänottokriteerien määrittelemien avainsanojen mukaisesti. Muodostin niistä neljä erilaista hakulauseketta, koska halusin saavuttaa hauissa mahdollisimman kattavan tuloksen. Käytin lisäksi manuaalista hakua opinnäytetyön aineistohaussa. Niela-Vilénin ja Hamarin (2016, 25) mukaan manuaalinen haku on perusteltua, sillä haut sähköisissä tietokannoissa eivät tavoita kaikkia soveltuvia tai saavutettavia artikkeleita. Tietokantahauissa käytetyt hakulausekkeet kuvaan taulukossa 2.

Taulukko 2. Tietokantahaussa käytetyt hakulausekkeet

1	("Psychologically Informed Physiotherapy" OR "Psychologically Informed Practice" OR "Biopsychosocial Model")	AND	("Chronic pain" OR "Musculoskeletal Pain")	AND	Physiotherapy OR "Physical Therapy"
2	"Psychologically Informed Physiotherapy" OR "Biopsychosocial Model"	AND	Musculoskeletal	AND	Pain
3	("Psychologically Inform*" OR Biopsychosocial)	AND	(model OR approach OR treatment* OR effect)	AND	(Physiotherapy OR "Physical Therapy" OR Physiotherp*)
4	Psychological informing OR biopsychosocial model	AND	(musculoskeletal pain OR chronic pain)	AND	(Physiotherapy OR "Physical Therapy" OR Physiotherp*)

Neljä erilaista hakulausekettä tuottivat tietokantahaussa 496 osumaa, joista otsikkotasolla mukaan valikoitui 119 artikkelia. Koska tein otsikkotason tarkastelun manuaalisesti, poistin päällekkäisten otsikoiden aineistot tässä vaiheessa, niitä oli yhteensä 21, monet artikkelit olivat useaan kertaan edustettuina. Abstraktitasolla tarkastelin 46:ta artikkelia. Niistä lukeutui pois 24 artikkelia, joissa käsiteltiin yksittäisten tule-sairauksien näkökulmaa kuten esimerkiksi polviartroosi, alaselkäkipu, niskan retkahdusvamma tai kokoteksti ei ollut saatavilla. Kokotekstitasolla mukaan valikoitui neljä artikkelia, joissa tavoitin tutkimuskysymyksiini vastaavaa aineistoa. Manuaalisen haun tuloksena katsaukseen valikoitui kaksi artikkelia. Kirjallisuuskatsauksen kokonaisaineisto sisältää yhteensä kuusi artikkelia, joista kaksi on laadullisia tutkimuksia, kaksi systemaattista kirjallisuuskatsausta, yksi on poikkileikkaustutkimus sekä yksi asiantuntija-artikkeli. Valintaprosessi on kuvattu alla olevassa kuviossa 1.



Kuvio 1. Aineiston valikoituminen otsikko-, abstrakti sekä kokotekstitasoilla

Katsauksen seuraava vaihe toteutui valittujen tutkimusten arvioinnilla. Kohdistin arvioinnin Lemetin ja Ylösen (2016, 74) mukaan saadun tiedon kattavuuteen ja tulosten edustavuuteen sekä tiedon relevanttiuteen suhteessa katsauksen tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiin. Suoritin arvioinnin valitulle aineistolle yksin, ja käytin arvioinnissa Joanna Briggs instituutin arviointikriteerejä. Hoitotyön tutkimussäätiön (2022) mukaan Joanna Briggs Instituutti on australialainen voittoa tavoittelematon tutkimus- ja kehittämisorganisaatio, joka on erikoistunut näyttöön perustuvan terveydenhuollon kehittämiseen. Kahden tutkimuksen osalta käytin laadullisen tutkimuksen kriteerien kymmenen kohdan tarkistuslistaa. Toisten kahden tutkimuksen osalta järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadunarvioinnin 11:ta kohdan tarkistuslistaa. Yhden tutkimuksen osalta puolestaan poikkileikkaustutkimuksen metodologista kahdeksan arviointikriteerin tarkistuslistaa, sekä yhden artikkelin osalta asiantuntijoiden näkemyksen ja narratiivisen tekstin kuuden arviointikriteerin tarkistuslistaa. Arvioinnissa käytetyt kriteeristöt esiteltävinä opinnäytetyön liitteessä 1.

#### 4.2.2 Valitun aineiston esittely

Munnin ym. mukaan Kangasniemi ja Pölkki (2016, 83) esittävät, että aineiston esittelyn tarkoituksena on lisätä kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta sekä mahdollistaa lukijalle valitun aineiston vertaamista. Aineiston esittely voidaan tehdä sanallisesti, joka tarkoittaa kuvailevaa yhteenvetoa. Aineistosta esitellään ainakin julkaisua sekä käytettyjä menetelmiä koskevat tiedot. Opinnäytetyössäni käytetyn aineiston tiedot esitellään taulukoituna sekä sanallisesti. Katsaukseen valittu aineisto käsittelee psykologisesti informoitua fysioterapiaa pitkittyneen kipukokemuksen tule-potilaiden osalta neljästä eri näkökulmasta. Mukaan lukeutuneesta kuudesta artikkelista kahdessa näkökulmana on potilaan pitkittynyt kipukokemus, joista molemmat ovat laadullisia tapaustutkimuksia. Toinen artikkelista kuvailee fysioterapeuttien toimintaa ja toinen keskittyy potilaskokemuksiin. Muut artikkelit esittävät psykologisesti informoidun fysioterapian toteuttamista ammattinharjoittajien, kipukokemuksen tai psykologisten tekijöiden näkökulmasta. Näistä neljästä artikkelista kaksi on systemaattisia kirjallisuuskatsauksia, yksi on poikkileikkaustutkimus sekä yksi asiantuntija-artikkeli.

Aineistossa kuvataan psykologisesti informoidun fysioterapian toteutuksessa potilaiden kokemuksia, fysioterapeuttien toimintatapoja, fysioterapeuttien käsityksiä sekä lähestymistavan vaikutuksia sekä tulevaisuutta. Denny ym. (2020) analysoivat tutkimuksessaan kokeneiden fysioterapeuttien toimintaa pitkittyneen kivunkokemuksen potilaiden fysioterapiassa, kun taas Wilson, Chaloner, Osborn ja Gauntlett-Gilbert (2017) tutkivat potilaiden kokemuksia PIP fysioterapiasta. Driver, Oprescu ja Lovell (2019) tukivat fysioterapeuttien käsityksiä psykososiaalisten strategioiden käyttämisestä fysioterapiassa ja Holopainen ym. (2020) analysoivat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan fysioterapeuttien käsityksiä BPS interventioiden oppimisesta ja käyttöön ottamisesta tule-sairauksiin liittyvän kipukokemuksen yhteydessä. Coronado ym. (2020) analysoivat katsauksessaan PIP:n nykyisiä lähestymistapoja, niiden vaikutuksia sekä tulevaisuuden suuntaviivoja. Stearns, Carvalho, Beneciuk ja Lentz (2021) pohtivat asiantuntija-artikkelissaan psykologisten tekijöiden osoittamisen merkitystä, käytäntöä sekä hyötyä ortopedisen manuaalisen fysioterapian keinona. Denny ym. (2020) sekä Wilson ym. (2017) tutkimuksissa painottui kognitiivinen behavioraalinen terapia fysioterapian psykologisena keinona. Holopainen ym. (2020) ja Driver ym. (2019) analysoivat fysioterapeuttien toimintaa psykososiaalisesta ja biopsykososiaalisesta näkökulmasta. Driver ym. (2019), Stearns ym. (2021) sekä Coronado ym. (2020) osoittivat PIPT:n keinoja sekä niiden vaikutuksia tehtyjen tutkimusten sekä kliinisen kokemuksen perusteella. Yhtenäisiä aiheita artikkeleissa olivat terapia-suhteen luominen, avoin vuorovaikutus ja yksilöity, potilaslähtöinen fysioterapia. Kauttaaltaan artikkeleissa mainittiin hoitosuosittelusten kannustama biopsykososiaalinen lähestymistapa. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitunut aineisto on esitelty taulukossa 3. Taulukon jälkeen aineisto esitellään sanallisesti.

Taulukko 3. Katsaukseen valikoituneen aineiston esittely

Kirjoittajat/ tutkijat	Julkaisu- vuosi	Otsikko	Tutkimus- menetel- mät/ Artikkelin tarkoitus	Otan- ta	Tutkimuksen tarkoi- tus tai artikkelin sisältö	Julkai- sun nimi sekä JBI pis- teytys
<b>Denneny, D., Frijdal, nee K. A., Bianchi-Berthouze, N., Greenwood, J., McLoughlin, R., Petersen, K., Singh, A. &amp; Williams, A. C. de C.</b>	2020	The application of psychologically informed practice: observations of physiotherapists working with people with chronic pain	tapaustutkimus	n=4	Tutkimuksessa kuvattiin kokeneiden PIP:a soveltavien fysioterapeuttien työskentelyä ja toimintatapoja pitkityneestä kipukokemuksesta kärsivien potilaiden kohdalla.	Physiotherapy  JBI pisteytys 10/10
<b>Driver, C., Oprescu, F. &amp; Lovell, G. P.</b>	2019	Exploring physiotherapists' considerations regarding the use of psychosocial strategies in practice	poikkileikkaustutkimus	n=201	Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa fysioterapeuttien potilastyöskentelyssä käyttämiä psykososiaalisia strategioita sekä havainnoida heidän asenteitaan ja perusteluitaan niiden käytössä ja valinnassa.	Physiotherapy Research International  JBI pisteytys 8/9
<b>Wilson, S., Chaloner, N., Osborn, M. &amp; Gauntlett-Gilbert, J. G.</b>	2017	Psychologically informed physiotherapy for chronic pain: patient experiences of treatment and therapeutic process	laadullinen tutkimus, jossa käytettiin femnologista tulkin-taa sekä semistrukturoitua haastattelua	n=8	Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa pitkittyneestä kipukokemuksesta kärsivien potilaiden uskomuksia sekä kokemuksia PIP:n mukaisesta fysioterapiasta.	Physiotherapy  JBI pisteytys 10/10
<b>Stearns, Z. R., Carvalho, M. L., Beneciuk, J. M. &amp; Lentz, T. A.</b>	2021	Screening for Yellow Flags in Orthopaedic Physical Therapy: A Clinical Framework	asiantuntija-artikkeli		Artikkeli esittelee psykologisten tekijöiden huomiointia kivun hoitoon keskittyvässä fysioterapiassa.	Journal of orthopaedic and sports physical therapy  JBI pisteytys 6/6

Taulukko 3. Jatkuu

<b>Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, O'Sullivan P. &amp; Kent P.</b>	2020	Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metanalysis of qualitative studies	systemaattinen kirjallisuuskatseaus ja metasynteesi laadullisista tutkimuksista	n=12 tutkimusta, joissa n=113 henkilöä	Tutkimus analysoi fyysioterapeuttien BPS:n mukaisen lähestymistavan vaikutuksia tule-sairauksista aiheutuneen pitkittyneen kipukokemuksen kuntoutuksessa.	International Association for the Study of Pain  JBI pisteytys 11/11
<b>Coronado, R. A., Brintz, C. E., McKernan, L. C., Master, H., Motzny, N., Silva, F. M., Goyal, P. M., Wegener, S. T. &amp; Archer, K. R.</b>	2020	Psychologically informed physical therapy for musculoskeletal pain: current approaches, implication, and future directions from recent randomized trials	systemaattinen kirjallisuuskatseaus	n= 22	Katsauksessa verrataan aiempien tutkimusten pohjalta potilaiden tule-sairauksista johtuvan kipukokemuksen kuntoutusta PIPT:ssa.	Pain Reports  JBI pisteytys 11/11

Dennenyn ym. (2020) tutkimuksessa kerättiin tietoa kokeneiden fysioterapeuttien (n=4) toiminnasta ja menetelmistä pitkittyneen kipukokemuksen avohoidon potilasryhmissä. Tutkimus toteutettiin Lontoon suuressa opetuskeskussairaalaossa, osana teknologian tukemaa itseohjautuvan kuntoutuksen tutkimusta. Tutkijat havaitsivat kokeneiden psykologista informointia hyödyntävien fysioterapeuttien toimintaa ja vuorovaikutustaitoja sekä kirjasivat heidän aikomuksiaan, eli intentioita. Tutkituilla oli vähintään viiden vuoden erikoistumiskokemus pitkittyneen kipukokemuksen fysioterapiasta sekä he saivat kuukausittain psykologin ohjausta. Tutkittavat ohjasivat kroonisille kipupotilaille usean viikon ajan ryhmäkuntoutusta. Ryhmäohjaukset sisälsivät harjoitteluterapiaa. Ryhmäkuntoutustuokiot äänitettiin ja videokuvattiin, kuvattu materiaali arvioitiin yhdessä fysioterapeuttien kanssa. Arvioinnin yhteydessä käsiteltiin terapeuttien aikomuksia, jotka teemallisesti analysoitiin ja vertailtiin määriteltyjen CBT kompetenssien mukaisesti. Videotallenteiden purkamisen lisäksi äänitteet litteroitiin sanatarkasti. Analyysi toteutettiin teema-analyysinä yläkäsitteitä purkaen. Tutkijat keskittyivät havainnoimaan tutkimuksessaan CBT:a läpivalaisevana mallina pitkittyneen kipukokemuskäyttä-

tymismallin muuttamisessa ja kuntoutuksessa. Menetelmä määritti tutkimuksessa sekä teoreettisen että näyttöön perustuvan pohjan: CBT:a harjoitetaan joustavasti, hetkessä reaktoiden, periaatteita ymmärtäen yhdistäen niitä fysioterapian kontekstiin.

Driver ym. (2020) tutkivat fysioterapeuttien harkitsemissa tekijöitä psykologisten strategioiden käytössä sekä valinnoissa potilastyössä. Tutkimus toteutettiin poikileikkaustutkimuksen sisältöanalyysinä australialaisten fysioterapeuttien (n=201) tuottamista kirjallisista vastauksista, ja oli osa laajempaa verkossa toteutettavaa monimenetelmäistä tutkimussarjaa. Fysioterapeuteilta kartoitettiin heidän työhönsä liittyvää psykososiaalisten strategioiden tietopohjaa ja sen käyttöä, sekä heidän käsityksiään, asenteitaan sekä uskomuksiaan. Avoimien kysymysten tulokset analysoitiin laadullista konseptianalyysia käyttäen. Tutkijat valitsivat tutkimuksen laskennallisiksi komponenteiksi tavoitteen asettelun, CBT:n, motivoivan haastattelun, rentoutuksen sekä mielikuvaharjoittelun, positiivisen vahvistamisen, positiiviseen minäpuheeseen kannustamisen sekä kommunikointi strategiat. Tutkimus osoitti uutta tietoa kipukokemuksen ulkopuolelta, sillä tutkimuksessa keskityttiin yleisesti psykososiaalisten strategioiden käyttöön fysioterapiassa.

Wilson ym. (2017) tutkivat pitkittyneestä kipukokemuksesta kärsivien potilaiden kokemuksia psykologisesti informoidun fysioterapian prosessissa. Laadullinen tutkimus tehtiin fenomenologista tulkinnan analyysia ja puolistrukturoituja haastatteluita käyttäen. Tutkimus selvitti potilaiden (n=8) kokemuksia ja uskomuksia PIPT mukaisesta hoidosta, sekä hyödyllisiä että hyödyttömiä terapiakokemuksia. Potilaat osallistuivat kivunhallinnanohjelmaan, joka sisälsi fysioterapiaa päivittäin kahden tunnin ajan. Potilaiden valikoitumista tutkimukseen ohjasi kliinisesti luotettava toimintakyvyn edistyminen terapiajakson aikana. Kahdeksan potilasta haastateltiin tutkimusta varten. Haastattelut toteutettiin kolme kuukautta terapiajakson toteutumisen jälkeen, ja haastattelussa osallistujia kannustettiin puhumaan laajasti fysioterapiakokemuksestaan. Tutkimuksessa fysioterapia toteutettiin joko Acceptance and Commitment Therapy (ACT) tai Cognitive Behavioral Therapy (CBT) muotoisena. ACT keskittyy kykyyn hyväksyä epämiellyttävät tunteukset ja tunteet, CBT puolestaan osoittaa ongelmallisen ajattelun käytänteitä

ja kaavamaisuuksia. Fysioterapiassa tehtiin yksilöllisesti muokattavia voima-, liikkuvuus- ja kestävyysharjoitteita sekä kuntosalilla että ulkona. Ohjeistuksessa keskityttiin tarkoituksellisesti minätietoisuuteen sekä kognition, tunteen ja motivaation tiedostamiseen sekä toiminnan muutokseen. Tutkimuksen keskiössä olivat potilaista auttavat PIP:n prosessit, jossa fysioterapeuttien työkaluina olivat empatia, ei-tuomitseva asenne, positiivinen huomiointi sekä yhteistyössä asetettavat tavoitteet.

Stearns ym. (2021) argumentoivat asiantuntija-artikkelissaan kuinka psykologiset tekijät vaikuttavat fyysiseen toimintaan, ja miten stressi tuki- ja liikuntaelinten kipukokemuksesta vaikuttaa elämänlaatuun. Asiantuntijat ehdottavat 'keltaisten lippujen' eli psykologisten tekijöiden kartoittamista tuki- ja liikuntaelinten kipukokemusten kohdalla, johon viitataan myös hoitosuosituksissa. Asiantuntijat ehdottavat artikkelissaan kolmevaiheista mallia, jossa ensiksi ammatilliset sidosryhmät valitsevat käytettävät kartoitustyökalut ja standardoivat kartoitusprosessin. Toisessa vaiheessa klinikot tulkitsevat valittujen kartoitustyökalujen potilastyössä tuottamia tuloksia ja soveltavat tulkintaa potilaan kanssa jaetun päätöksenteon pohjana. Ja kolmanneksi terapiajaksoilla seurataan fysioterapian toteutumista sovituin väliajoin.

Holopaisen ym. (2021) tutkimusryhmän tuottama kirjallisuuskatsaus ja metasynthesi käsitteli fysioterapeuttien käsityksiä oppia ja toteuttaa käytännössä biopsykososiaalisia interventioita tuki- ja liikuntaelinten peräisiin kipukokemuksiin liittyvässä fysioterapiassa. Tutkimukseen otettiin mukaan englanninkielisiä kokotekstijulkaisuja vuosilta 2013–2019 useista terveystieteen tietokannoista. Katsaukseen valikoitui 12 tutkimusta, jotka olivat laadullisia tai monimenetelmäisiä. Valittujen tutkimusten osallistujien määrä oli 113 henkilöä. Holopainen ym. selvittivät katsauksessaan, miten fysioterapeutit oppivat koulutuksessa BPS mallin, integroivat näkökulman työhönsä, kohtaavat esteet mallin käytössä, sekä ymmärtävät muutosta, joka tapahtuu ammatillisessa roolissa käytännöntyön myötä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fysioterapeuttien käsityksiä tule-sairauksiin liittyvistä kipukokemuksista biopsykososiaalisesta näkökulmasta sekä näkökulman käytäntöön soveltamisesta.

Coronado ym. (2020) tutkivat kirjallisuuskatsauksessa tule-sairauteen liittyvän pitkittyneen kipukokemuksen psykologisesti informoitua fysioterapiaa, jota tarkasteltiin nykyisten lähestymistapojen, seurauksien ja tulevaisuuden suuntien osalta viimeaikaisten RCT-tutkimusten, eli satunnaistettujen kontrolloitujen kokeilujen, kautta. Katsaukseen valikoitui 22 tutkimusta, joissa käsiteltiin PIPT:n keinoja. Katsaukseen valikoituneet keinot olivat (1) lisätty asteittainen aktiivisuus tai asteittainen altistaminen, (2) CBT:hen perustuva fysioterapia, (3) ACT perustainen fysioterapia ja (4) verkkopohjaiset psykologiset ohjelmat yhdistettynä fysioterapiaan. Tutkimuksessa pyrittiin kategorisoimaan käytettyjä interventioita, raportoimaan harjoittelun määrää ja annostusta sekä avaamaan keskustelua keinojen kliinisistä seurauksista ja tulevaisuuden suosituksista. Narratiivin tarkoituksena oli keskittyä tutkimuksiin, jotka vertaavat tavanomaiseen fysioterapiaan psykologisia strategioita sisältävää fysioterapiaa. Tutkimuksessa kategorisoitiin käytettyjä interventioita, raportoitiin harjoittelun määrää ja annostusta, lisäksi tavoitteena oli ymmärtää kliinisiä seurauksia ja pohtia suosituksia tulevaisuuden osalta.

#### 4.2.3 Aineiston käsittelymenetelmän kuvaus

Kangasniemen ja Pölkin (2016, 81–82, 85–86) mukaan kirjallisuuskatsauksen aineiston käsittelyllä vastataan tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tarkoitukseen. Käsittelymenetelmän valintaan vaikuttaa muun muassa valitun aineiston heterogeenisyys. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on koota yhteen olemassa olevaa tietoa, jolloin käsittelymenetelmäksi sopii valitun aineiston tiedon pilkkominen, eli analysointi ja yhdistäminen eli synteesi. Laadullisena aineistonkäsittelymenetelmänä kuvaileva luokittelu kuvaa ilmiötä teoreettisesta tai kontekstuaalisesta näkökulmasta rajatusti, jäsennetysti ja perustellusti, ja sopii menetelmäksi käsitteellisiin ilmiöihin. Kuvaileva luokittelu ilmaisee ilmiön keskeisiä käsitteistä ja niiden välisiä suhteita, sen piirteitä ovat kuvailu, aineistolähtöisyys ja ymmärtäminen. Prosessi etenee, aineistoon perehtymisen jälkeen, tutkimuskysymysten suuntaamaan luokitteluun. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa luokittelussa aineistosta poimitaan ilmiön kannalta merkityksellisiä kuvauksia, lauseita tai asiakokonaisuuksia, jotka ryhmitellään samankaltaisuuksien tai erilaisuuksien perusteella. Tiivistetty tulos esitetään taulukkona.

Aineiston analyysin ensimmäinen vaihe toteutui kirjallisuuskatsauksessa valitun aineiston auki kirjoittamisella englannista suomeksi. Auki kirjoittamisen kautta aineistosta nousi esille tutkimiskysymyksiini vastaavia kuvauksia. Merkitsin kuvaukset värikoodien mukaisesti vastaamaan tutkimustehtävässä määrittämiini kysymyksiin. Keltainen koodi viittasi vaikuttavuuden aiheeseen ja vihreä PIPT:n keinoihin. Tämän vaiheen jälkeen yhdistin värikoodien mukaisia tekstimassoja, jossa ryhmittelin aineistoa ja luokittelin löydökset kuvaileviksi asiasisällöiksi. Asiasisällöistä nousi teemoja, jotka esitetään taulukoissa 4 ja 5. Tulos ilmaistaan taulukoissa teemoittain, esiintyvyyttä kuvataan aineistokohtaisesti. Taulukoiden avulla saatoin havaita helposti aineiston välisiä yhtäläisyyksiä ja eroja. Niela-Vilén & Hamari (2016, 28, 30–32) mukaan kandidaattitasolla on riittävää, että tekijä järjestää ja luokittelee aineiston, etsii tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja eroja, ja lopuksi tulkitsee tuloksia kirjoittamalla ymmärrystä lisäävän synteessin.

Opinnäytetyön aineiston käsittelyssä päämääränä oli tuottaa kattava kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. Seuraavassa havainnollistan työn tulokset ja vastaan kirjallisuuskatsauksen tarkoitukseen ja tutkimiskysymyksiin. Kangasniemen ja Pölkin (2016, 80) mukaan tekijä vastaa aineiston käsittelyssä siitä, että käsittelymenetelmä on perusteltavissa. Lisäksi Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 198) mukaan laadullisen tutkimuksen prosessissa vaadittu tulosten uskottavuus edellyttää tulosten kuvaamisen selkeyttä, joka on sovellettavissa kirjallisuuskatsaukseen luotettavuuden osalta. Pyrin tuloksen käsittelyssä perustelemaan valittua käsittelymenetelmää, lisäksi kuvaan tuloksen taulukoituna, jolloin lukijan on mahdollista huomata katsauksen vahvuudet ja rajoitukset. Aineiston analyysin toteutus, kuvaileva luokittelu, on esitetty liitteessä 2. Taulukoidut tulokset esitetään opinnäytetyön luvuissa 5.1 ja 5.2. Vastan ensiksi tutkimuskysymykseen PIPT:n vaikutuksista tule-potilaan pitkittyneeseen kipukokemukseen ja toiseksi menetelmässä käytettyihin keinoihin.

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1 Tuloksen osoittamia vaikutuksia pitkittyneeseen kipukokemukseen psykologisesti informoidussa fysioterapiassa

Tuloksen perusteella psykologinen informointi vaikuttaa potilaan kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseen, vaikutus näkyy kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla. Tutkimuskysymykseen PIPT:n vaikutuksista pitkittyneen tule-sairauteen liittyvän kipukokemuksen osalta, aineiston analyysi osoitti seuraavia tuloksia, jotka luokitelin seitsemäksi erilaiseksi vaikutusmalliksi. Tuloksen mukaan hyvä terapiasuhte edistää potilaan sitoutumista terapiaan, joka puolestaan edistää aktiivista osallistumista. Potilaan tietoisuutta edistävät kipuun ja toimintaan liittyvien tunteiden sekä uskomusten käsitteleminen. Uskomuksia ja tunteita käsittelemällä edistetään potilaan minätietoisuutta, joka puolestaan edistää minäpystyvyyttä. Minäpystyvyys tarkoittaa itsenäistä toiminnan ohjausta, joka vaikuttaa suoraan toiminnan muutokseen. Yksilöllisen toiminnan seurausten ymmärtäminen ohjaa kohti terveyttä edistävää käyttäytymistä ja edistää potilaan kokonaisvaltaista terveyttä, joka tarkoittaa yksilön fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueita. Taulukossa 4. esitän aineistosta nousseet pitkittyneeseen kipukokemukseen vaikuttavat tekijät, jonka jälkeen kuvaan vaikutusmalleja aineistossa esiintyneiden esimerkkien avulla.

Taulukko 4. Psykologisesti informoidun fysioterapian vaikutusmalleja pitkittyneen kipukokemuksen osalta

<i>KIPUKO- KEMUK- SEEN VAI- KUTTAVIA TEKIJÖITÄ</i>	<i>Denneny ym.</i>	<i>Driver ym.</i>	<i>Wilson ym.</i>	<i>Stearns ym.</i>	<i>Holopai- nen ym.</i>	<i>Coronary ym.</i>
<b>TERAPIA- SUHDE</b>	X	X	X	X	X	X
<b>YKSILÖL- LISYYS</b>	X	X	X	X	X	X
<b>SITOUTU- MISEN EDISTÄMI- NEN</b>	X	X	X	X	–	X
<b>AKTIIVI- SUUDEN EDISTÄMI- NEN</b>	X	X	X	–	–	X
<b>TUNTEI- DEN JA USKO- MUSTEN KÄSITTE- LEMINEN</b>	X	X	X	X	X	X
<b>MINÄTIE- TOISUUS ja MINÄ- PYSTY- VYYS</b>	X	X	X	X	–	X
<b>TOIMIN- NAN SEU- RAAMUS- TEN YM- MÄRTÄMI- NEN</b>	X	–	X	X	–	X

Wilsonin ym. (2017, 100–104) mukaan toimiva terapiasuhde on kliinisesti merkittävä tekijä. Tutkimuksessa terapeutin suhteen avoimuus ja lämpö auttoivat potilaita ylittämään konflikteja terapiatilanteissa ja empaattinen lähestyminen mahdollisti potilaalle vaihtoehtoisia tapoja kohdata haasteita. Myötäelävä suhtautuminen edistää potilaiden luottamuksen saavuttamista, jolloin terapeutti asettuu tukemaan kuntoutujaa (Driver ym. 2019, 8). Yksilölähtöinen hoito perustuu biopsykososiaaliseen malliin, joka huomioi yksilön toimintakyvyn kaikilla neljällä osa-alueella. Mallin mukaisen ymmärryksen ja käytännön pyrkimyksenä on, että terapeutti kuulee potilaan odotuksia ja toteuttaa jaettua päätöksentekoa (Holopainen ym. 2020, 8; Stearns ym. 2021 461–462.) Jaettu potilaan ja terapeutin väli-

nen ymmärrys harjoituskäyttäytymisen vaikutuksista liittyy yksilöllisempään hoitoon ja terapian vaikuttavuuteen. Kun fysioterapiassa huomio keskitettiin koko persoonaan, harjoitukset koettiin yksilöllisiksi ja lähestymistavat joustaviksi. (Wilson ym. 2017, 100–101.) Holopainen ym. (2020, 21, 23–24) näkevätkin, että yksilölähtöistä fysioterapiaa tukevat joustavammat lähestymistavat terapian toteutuksessa. Lisäksi Driverin ym. (2019, 8) tutkimuksessa osoitettiin, että fysioterapian potilaslähtöisyys edistää fysioterapian tavoitteen asettelua ja sen onnistumista.

PIP:n soveltaminen edistää yhdessä työskentelyä. Avoin vuorovaikutus edesauttaa potilasta sitoutumaan, lisäksi avoimuus edistää etenkin haastavien tilanteiden ratkaisemista. (Wilson ym. 2017, 100–102.) Potilaiden heikko terapiaan sitoutuminen vaikuttaa suoraan tuloksiin (Holopainen ym. 2020, 1–2). Coronadon ym. (2020, 3) mukaan pelko-välttämiskäyttäytyminen johtaa lisääntyneeseen toimintakyvyttömyyteen liiallisen tarkkailun ja kehon käyttämättömyyden seurauksena. Aktiivisuuden edistämistä tukee itsenjohtaminen (self-management), joka on korostunut fyysisen ja psykologisen hoidon tekniikkana pitkäaikaisen kipukokemuksen kuntoutuksessa (Wilson ym. 2017, 89; Denneny ym. 2020, 163, 170). Itsenjohtamisella lähestytään toimintakyvyn vajausta monien tekijöiden näkökulmasta. Näitä ovat esimerkiksi liikkumisen pelko ja välttäminen, tiedostaminen sekä yksilölliset selviytymisstrategiat. Potilaat hyötyvät itsejohtamisen strategiasta pitkittyneen kipukokemuksen kognitiivis-behavioraalisesti orientoituneessa fysioterapiassa, jossa aktiivisuus lisääntyi tehtävän haasteista huolimatta. (Wilson ym. 2017, 89, 100–102.) Coronado ym. (2020, 3) toteavatkin että kipuun liittyvä pelko ja katastrofointi määrittelee sitä, kuinka potilas vastaa käytöksellään kipukokemuksensa joko toimintaa välttämällä tai aktiivisuutta lisäämällä. Aktiivisuuden lisääminen valmentaa potilaan päivittäisten vältettyjen toimien sietokykyä lisäten terveyskäyttäytymistä.

Wilsonin ym. (2017, 99–101) tutkimuksessa osallistujat korostivat ajatusten ja tunteiden tunnustamisen sekä sisäisten kokemusten työstämistä keskeiseksi osaksi fyysistä kuntoutusta. PIP on laaja joukko psykologisia strategioita fysioterapian keinoina, jotka vaikuttavat esimerkiksi alhaiseen motivaatioon ja negatiivisiin ajatusmalleihin. Pitkittyneen kipukokemuksen kohdalla PIP:n vaikutuksista

on näyttöä katastrofointitaiipumuksen lievittäjänä sekä sairauden tilanteen hyväksymisessä. Biopsykososiaalisen lähestymistavan erona biomedikaaliseen paradigmaan on asiakkaiden asenteiden, psykologisen statuksen, tunteiden ja kognition, ja sosiaalisten sekä kontekstuaalisten tekijöiden huomiointi (Driver ym. 2019, 7). Dennenyn ym. (2020, 166, 169–170) mukaan tunteiden ja uskomusten käsitteleminen vaikuttaa yksilön minätietoisuuteen ja minäpystyvyyteen. Tutkimuksessa minäpystyvyyden vahvistamiseen liittyi aktiivisuutta estävien tekijöiden arviointia, aktiivisemmän toiminnan mukauttamista, potilaan autonomian vahvistamista ja rohkaisua kokeilemiseen. Wilsonin ym. (2017, 103) mukaan PIP tuotti osallistujille kehittyvää fyysistä tietoisuutta, ymmärrystä tunteiden ja ajatusten merkityksestä käytökseen sekä valintojen tietoiseen tekemiseen. Potilaat kokivat tärkeäksi eletyn kokemuksen sekä tehdyn muutoksen huomioimisen. Toiminnan seuraamusten ymmärtämistä edistääkin minäpystyvyys. PIP kehitti Wilson ym. (2017, 100—104) mukaan potilaiden fyysistä tietoisuutta sekä auttoi ymmärtämään tunteiden ja ajatusten merkitystä toimintaan, jossa vältettyjen toimintojen uudelleen kokeminen muutti potilaiden asenteita ja suhdetta toimintaansa. Keskeistä potilaille onkin saavuttaa tietoisuus sisäisistä kokemuksista (kehon tuntemuksista, ajatuksista ja tunteista) ja ymmärtää niiden vaikutuksia päivittäiseen toimintaan.

## 5.2 Tuloksen osoittamia keskeisiä keinoja psykologisesti informoidussa fysioterapiassa

Psykologisesti informoidussa fysioterapiassa käytettyjä keinoja on aineiston perusteella useita. Keskeisiksi viitekehyksiksi keinojen yllä nousevat biopsykososiaalinen malli, psykologiset interventiot, moniammatillisuus ja kognitiivinen behavioraalinen terapia. Yksittäisinä keinoina tuloksessa esiintyvät asteittainen aktiivisuuden lisääminen, asteittainen alistaminen sekä verkkoperustainen ohjaus. Viitekehyksenä BPSM huomioi yksilön terveyden osa-alueet: psykologiset, sosiaaliset, biologiset ja fyysiset tekijät. BPSM ohjaa yksilölähtöisen terapian toteuttamista psykologisten interventioiden keinoilla kuten empaattinen kohtaaminen, toivon herättäminen ja jaettu päätöksenteko. Biopsykososiaalista lähestymistapaa tuetaan terveydenhuollossa moniammatillisella työskentelyllä. Yhteistyösuhde PIPT:ssa perustuu vastavuoroiseen vuorovaikutukseen, turvalliseen ja kannustavaan terapiailmapiiriin, terapeutin joustavaan asenteeseen sekä positiiviseen palautteeseen. Tärkeä osa vuorovaikutusta on jaettu päätöksenteko sekä potilaslähtöinen tavoitteen asettelu, tavoitteellisuus tarkoittaa suunnitelmallisuutta ja edistymisen seuranta. Tavoitteiden saavuttamista edistää potilaan autonomian vahvistaminen. Siihen voidaan vaikuttaa muun muassa motivoivalla haastattelulla tai opitun taidon identifioimisella. Lisäksi terapeuttisessa harjoittelussa koko kehon huomioiminen, ei vain kipualueeseen keskittyminen, edistää potilaan kokonaisvaltaista terveyttä. Tuloksen mukaan CBT on viitekehys, joka osoittaa haitallisia uskomus- sekä ajattelumalleja. Sen variaationa esiintyvä ACT ohjaa nykytilanteen hyväksyntään ja siihen sitoutumiseen. Yksittäisinä keinoina asteittainen aktiivisuuden lisääminen sekä asteittainen altistaminen ovat keinoja liikkeen uudelleen oppimisessa. Lisäksi voidaan käyttää verkkoperustaista ohjausta, joka toimii tiedon tai ymmärryksen lisääjänä. Esitän tuloksessa esiin nousseet keskeisimmät keinot taulukossa 5. Taulukon jälkeen kuvaan sanallisesti tuloksen keskeisimpiä keinoja aineistosta noussein esimerkein.

Taulukko 5. Psykologisesti informoidun fysioterapian keinoja.

<b>PSYKOLOGISESTI INFORMOIDUN FYSIOTERAPIAN KEINOJA</b>		<i>Denne- ny ym.</i>	<i>Driver ym.</i>	<i>Wilson ym.</i>	<i>Stearns ym.</i>	<i>Holopai- nen ym.</i>	<i>Corona- ry ym.</i>
<b>BPSM</b>	<i>Psykologisten, sosiaalisten ja fyysisten tekijöiden huomioiminen/ kartoittaminen</i>	X	X	X	X	X	X
<b>PSYKOLOGISET INTERVENTIOT</b>	Yksilölähtöinen terapia: <i>jaettu päätöksenteko, empatia, toivon herättäminen</i>	X	X	X	X	X	X
	Yhteistyösuhde: <i>vuorovaikutus, turvallinen ja kannustava ilmapiiri, joustavuus, positiivinen palaute</i>	X	X	X	X	X	X
	Tavoitteen asetelu: <i>terapia-suunnitelma, terapian seuranta</i>	X	X	X	X	–	–
	Autonomian vahvistaminen: <i>motivoiva haastattelu, opitun identifiointi</i>	X	X	X	X	–	X
	Koko kehon huomioiminen	X	–	X	–	–	X
<b>MONIAMMATILLI- SUUS</b>		X	X	–	X	X	X
<b>CBT</b>	<i>Esimerkiksi haitallisten uskomusten ja ajatusmallien identifiointi, uhkan vähentäminen, somaattisten kokemusten uudelleen käsitteellistäminen, minäpystyvyyden vahvistaminen, itsenjohtamisen edistäminen, rentousharjoittelu, mindfulness</i>	X	X	X	X	X	X
<b>ACT</b>		–	–	X	–	–	X
<b>ASTEITTAINEN ALITSTAMINEN tai ASTEITTAINEN AKTIIVISUUS</b>		–	–	–	–	–	X
<b>VERKKOPERUS- TAINEN OHJAUS</b>		–	–	–	–	–	X

BPSM on perustava lähestymistapa psykologisesti informoidussa fysioterapiassa. Driver ym. (2019, 2) mukaan psykososiaaliset strategiat tehostavat terapiasuhdetta ja tukevat potilaiden aktiivisuutta kuntoutuksessa. Psykologialle perustuvat menetelmät osoittavat maladaptiivisuutta, tunteita tai käytösmalleja, ja ovat tehokkaampia kuin yksistään toteutettu fysioterapia (Coronado ym. 2020 1–2; Stearns ym. 2021, 459). Suositukset linjaavat BPSM:n käyttöä tuki- ja liikuntaelinperäisen kivun kuntoutuksessa, nämä mallit ovat olleet edustettuina fysioterapiassa jo viimeiset kaksikymmentä vuotta. Ammatillinen BPSM:n mukainen koulutus muuttaa fysioterapeuttien asenteita ja uskomuksia. (Holopainen ym. 2020, 1; Denneny ym. 2020, 163, 170.) Driver ym. (2019, 7–8) mukaan fysioterapeuttien biopsykososiaalisen näkökulman valintaa edistää potilaan tahto mieli-keho suhteen ymmärtämisessä.

Psykologisia interventioita on useita, joista jaettu päätöksenteko on tärkeä potilaskeskeisen kommunikaation osa (Stearns ym. 2021, 462). Denneny ym. (2020, 163–164) mukaan yhteistyösuhde potilaaseen edistää hänen itsenjohtamisen taitojaan, lisäksi hyvä yhteistyösuhde edistää potilaan sitoutumista terapiaan. Terapeuttien valinta potilaslähtöisyydestä osoitettiin Driverin ym. (2019, 8) tutkimuksessa keskeiseksi esimerkiksi tavoitteen asettelun osalta. Wilson ym. (2017, 100–104) mukaan asetetut tavoitteet olivat fysioterapeuttien työkalu yhteistyösuhteessa, jossa vuorovaikutteisuus mahdollisti haasteiden kohtaamisen. Tutkimuksen tulosten mukaan PIP kehitti fyysistä tietoisuutta sekä lisäsi ymmärrystä tunteiden ja ajatusten merkityksestä käytökseen. Tietoisuutta lisäsivät harjoitteiden yksilöllisyys, koko kehoon keskittyvä harjoittelu, joustava lähestyminen harjoitteluun, keskustelu potilaan kokemuksista ajatusten ja uskomusten osalta, ja lisäksi harjoittelu herätti potilaassa toivoa. Denneny ym. (2020, 166, 169) huomasivat tuloksissaan kehollisten kokemusten normalisoinnin merkitykselliseksi koetun uhkan vähentäjänä, jolloin keinona toimi esimerkiksi hengityksestä muistuttaminen. Autonomian vahvistamisen keinoja tutkimuksen mukaan olivat katsekontaktin välttäminen harjoitteen aikana, potilaasta kauemmas siirtyminen, puheenaiheen vaihtaminen, korjaamisen ja puuttumisen harkittu valinta, välitavoitteista muistuttaminen sekä potilaan itse demonstroimat liikkeet. Motivoivan haastattelun osalta Driver ym. (2019, 11) osoittavat, että terapiaan liittyvät aikataulupaineet eivät tue menetelmän käyttöä.

Moniammatillisuus esiintyi aineistossa lähes kauttaaltaan. Biopsykososiaalisen mallin omaksuminen vaikuttaa ammattien väliseen yhteistyöhön (Holopainen ym. 2020, 20). Dennenyn ym. (2020, 163–164) mukaan terveydenhuollossa fysioterapeutit ovat silta biomedikaalisten ja psykososiaalisten hoitomallien välissä. PIP edustaakin moniammatillista sekä ammattien välistä työskentelyä erityisesti kivun hallinnassa. Stearnsin ym. (2021, 463) asiantuntija-artikkelissaan ehdottamassa mallissa, keltaisten lippujen kartoittamisen tulokset johtaisivat PIP orientoituneeseen fysioterapian toteutumiseen yhteistyössä lähetteellisen terveydenhuollon kanssa, jossa potilaita ohjataan moniammatillisesti fysioterapian lisäksi psykoterapiaan tai psykologin vastaanotolle. Asiantuntijoiden mukaan PIP:n mukaista fysioterapiaa ei tarvita kaikkien tule-potilaiden kohdalla, kartoittamalla keltaiset liput eli psykologiset tekijät, voisimme tarjota yksilöllisemmän hoitolinjan potilaille. Coronado ym. (2020, 11) osoittavat katsauksessaan, että mukana olleissa tutkimuksissa toteutettiin fysioterapiaa yhteistyössä psykologin tai kuntoutusterapeutin kanssa.

CBT:n soveltaminen fysioterapiaan perustuu ajatukseen, että toiminnat, ajatukset ja uskomukset, ovat avainroolissa kivun kokemuksen ylläpysymisessä. CBT pyrkii identifioimaan ja vähentämään maladaptatiivista käytöstä, vahvistamaan positiivista selviytymistä (coping), osoittamaan hyödyttömiä kipuun vaikuttavia ajatuksia ja uskomuksia sekä lisäämään kipukokemuksen itsehallinnallisia keinoja. Keinoja terapiassa ovat taitoharjoittelu, opittujen taitojen soveltaminen sekä päivittäisen toiminnan ylläpitäminen. (Coronado ym. 2020, 3.) CBT edellyttää yhteistyösuhdetta asiakkaaseen, kehyksen ja metodin jakamista, yhteistä tutkimista. Kokemuksellinen oppiminen onkin tunnistettu perustana käytöksen muuttamiselle ja itseohjautuvuuden kehittymiselle. (Denneny ym. 2020, 164; Coronado ym. 2020, 3.) CBT on Wilsonin ym. (2017, 99) mukaan osoittautunut tutkimuksissa tavallista hoitoa tehokkaammaksi kroonisen kivun hoidossa. PIP:n liitetään usein CBT tekniikoita, jotka voivat sisältää mindfulnessia eli tarkkaavaisuusharjoittelua, hyväksymisperustaisia interventioita, stressin hallintaa, rentousharjoittelua, hypnoosia, selviytymisharjoittelua, ongelmanratkaisua ja motivoivaa haastattelua. Fysioterapeutit toteuttavat ideaalasti kokemuksellista oppimista liike- ja aktiivisuus interventioissa, koska he ovat asiantuntijoita liikkeen turvallisuuden

tuntemuksessa ja toimintakyvyn edistämässä pitkittyneen kipukokemuksen yhteydessä. (Coronado ym. 2020, 3.) Vastavalmistuneiden fysioterapeuttien oletetaan Denny ym. (2020, 164–166, 169) tutkimuksen mukaan käyttävän tavanomaisen fysioterapian keinoina CBT kompetensseja kuten terapiasuhteen edistämistä, potilaan sitouttamista, tavoitteista sopimista sekä kotitehtävien antamista.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Yksilöllisyys fysioterapiasuhteen lähtökohtana ja arki sen ytimenä

Kirjallisuuskatsauksessa kuvaan psykologisesti informoidun fysioterapian ilmiötä katsaukseen valikoituneen aineiston pohjalta. Työn tarkoituksena oli selvittää menetelmän vaikutuksia tule-sairauksiin liittyvässä pitkittyneessä kipukokemuksessa sekä esittää psykologisesti informoidun fysioterapian keskeisiä keinoja. Vastasin opinnäytetyössä asettamiini tutkimuskysymyksiin. Kysymykset olivat, miten PIPT vaikuttaa potilaan tule-sairaudesta johtuvaan pitkittyneeseen kipukokemukseen ja minkälaisia ovat sen käyttämät keinot. Tuloksen perusteella PIP vaikuttaa potilaan kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseen toimintakyvyn kaikilla osa-alueilla, sillä kliinisessä päätöksentekoprosessissa fysioterapeutti huomioi potilaan asenteita ja uskomuksia. PIPT:a toteutetaan yksilöllisistä lähtökohdista, joka edistää hoitoon sitoutumista sekä hoidon tuloksia. PIPT:n keinona CBT kartoittaa tarpeettomien kipuun liittyvien ja aktiivisuutta rajoittavien toimintatapojen ylläpitämistä ja osoittaa psykologisten tekijöiden luomia esteitä kuntoutumiselle.

Tulosten suhdetta katsauksen tietoperustaan tukevat ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta aineistosta nousseet vaikuttavuutta kuvaavat tekijät. Potilaan toimintakykyä tukee hyvä terapiasuhte, joka rakentuu vuorovaikutteisesti tukemaan yksilöllisiä lähtökohtia. Vuorovaikutus, terapeutin kyky kuulla ja kuunnella sekä vastaanottaa potilaan kehollisia kokemuksia, on tärkeä osa menetelmän vaikuttavuutta. Tämä on myös terveydenhuollon eettisten periaatteiden sekä terveydenhuoltoalaa säätelevän lainsäädännön mukaista toimintaa. Hyvä terapiasuhte vaikuttaa myönteisesti yksilön kokeman kivun voimakkuuteen, mahdollistaa uskomusten ja haitallisten tapojen tarkkailua sekä edistää toiminnan uudelleen oppimista. Aktiivisuus ja sitoutuminen edistävät minätietoisuutta sekä -pysyvyyttä, jolloin potilaan itsetuntemus edistyy, lisäksi päivittäisen toiminnan muutosten ja sen seurauksien huomiointi tukee yksilön toimintakyvyn edistymistä. Toisen tutkimuskysymyksen osalta keskeiseksi viitekehyykseksi osoittautuu biopsykososiaalinen malli, jossa psykologiset interventiot ovat keinoja yksilölähtöisen yhteistyösuhteen luomiseen. BPSM huomioi yksilön toimintakykyä kaikilla

osa-alueilla, jonka johdosta PIPT perustuu turvalliseen ja kannustavaan ilmapiiriin, lisäksi siinä toteutetaan jaettua päätöksentekoa sekä tavoitteen asettelua. Nämä keinot edistävät potilaan autonomiaa. Tulokset osoittivat PIPT:n keinoiksi myös moniammatillisuuden sekä kognitiivisen behavioraalisen terapian, joka on verrattavissa viitekehysessä esitettyyn CFT:n. CBT on keino osoittaa potilaalle ajatusten ja uskomusten pohjalta ohjautunutta toimintaa tai toimintatapoja, jotka saattavat olla kipua ylläpitäviä aiheita. Keinoina käytetään muun muassa asteitusta altistamista, joka vaiheittain johdattelee potilaan turvallisesti takaisin vältettyjen liikkeiden äärelle.

Johtopäätöksenä voin todeta, että hyvä ja turvallinen terapiasuhte perustuu potilaan kuulemiseen. Ilman kuulemista biopsykososiaalinen malli ei voi toteutua. Kuuleminen edesauttaa huomioimaan potilaskohtaisesti oleellisia toimintakyvyn tekijöitä. Se mahdollistaa positiivisen puuttumisen, joka merkitsee yksilöllistä ohjausta, neuvontaa ja informointia. Kipukokemuksen kanssa työskentely, sen hyväksyminen ja siihen sitoutuminen, päivittäisten tapojen muuttaminen sekä uskomusten murtaminen ovat haastavia prosesseja, joissa hyvällä terapiasuhteella on keskeinen merkitys. Kehollinen kokemus minästä muuttuu sairauden myötä, siksi myötäelävä ja kannustava fysioterapeuttinen lähestyminen on tärkeä osa potilaan voimavaroja haastavassa prosessissa. Vuorovaikutusta voisi tehostaa ja suunnata standardoitujen kyselykaavakkeiden avulla. Ne saattavat nostaa esille asioita, joita potilas tai terapeutti ei ole osannut huomioida. Tarvittavaa tietoa voisi esimerkiksi saavuttaa kehonkuvaa ja liikkumisen pelkoa, elämänlaatua tai toiminnanhaittaa havainnoivilla kyselylomakkeilla. Kipukokemuksen arvioinnilla voimme hahmottaa kipuun liittyvää huolta ja sen vakavuutta.

Terveyskäsityksen muuttumisen myötä fysioterapia-ala muuttaa ymmärrystään, tekee paradigman muutosta. BPS lähestymistavan yleistyminen on fysioterapiassa tuottanut lupaavia tuloksia tule-sairauksien hoidossa, jolloin fysioterapiaa toteutetaan biomedikaalisen näkemyksen sijasta psykososiaalisessa viitekehysessä. (Holopainen 2020b, 277; Holopainen 2021b, 21.) Main & George (2011, 822, 824) ehdottavat alaselkävun hoidon ja tutkimuksen linjauksessaan, että PIPT keskittyisi ensisijaisesti potilaan uskomuksiin, asenteisiin ja tunteisiin vastaamiseen, tavoitteenaan toimintakyvyn heikkenemisen ehkäiseminen. Tutkista näytöstä huolimatta, Holopaisen (2021a, 268) mukaan, BPSM:a suosivia

hoitosuosituksia kyseenalaistetaan ajoittain. Vaikka näytöt fysioterapiassa toteuttavasta BPSM:n mukaisista interventioista tai PIPT:sta lisääntyvät, menetelmän optimaalista mallia ei ole pystytty osoittamaan nykyisen näytön vaihtelevuuden vuoksi. Siksi hänen mukaansa toinen malli tai uusi suunta olisi tarpeellinen. Holopaisen mukaan BPSM onkin enemmän kuin tietynlainen interventio, sen kulmakivenä on potilaslähtöinen fysioterapia, tehokas vuorovaikutus, jaettu päätöksenteon prosessi ja potilaan yksilöllisiin lähtökohtiin vastaaminen. Keskeistä on ymmärtää kivun vaikutus yksilön elämään moninaisista BPS tunnusmerkeistä, sillä jokainen potilas ansaitsee tulla kuulluksi ja ymmärretyksi, ja on ymmärrettävän viestinnän sekä tuen arvoinen. Daluiso-Kingin ja Hebronin (2022) esittämä holistinen malli sekä fenomenologinen filosofia, joka Engelsrudin ja Rosbergin (2021) mukaan ei koe kehoa mekaanisena objektina tai kokonaisuutena, voisivat olla uusia suuntia esitetyn kritiikin vastauksiksi.

Yksilöiden arki koostuu tavoista ja tottumuksista, rutiineista, jotka toistuvat ja mahdollistavat arjen sujumisen. Arjessa kannamme mukamme kokemuksiamme ja uskomuksiamme, lisäksi ajatuksemme ja tunteemme vaikuttavat toimintaamme. Ihminen turvautuu rutiineihin, tapoihin ja tottumuksiin osittain myös perusominaisuuksiensa vuoksi. Mukavuudenhaluisuus ohjaa meitä toimimaan taloudellisesti, mutta myös kuormitusta välttämällä. Tästä johtuen tarjolla on toimintaamme ja liikkumistamme helpottavien innovaatioiden tulva. Kuitenkin nämä innovaatiot saattavat osittain ohjata meitä itsetuntemuksessamme harhaan. Tuntemmeko fyysisiä ominaisuuksiamme, ymmärrämmekö tuntemuksiamme, kuormitamme kehoamme riittävästi, edes toimintakykyämme ylläpitävästi.

Arkeamme määrittävät ideologiset, ympäristölliset ja aikataululliset haasteet ja rajoitteet. Ajatteluamme muokkaa ja haastaa sosiaalinen palaute, omaksumamme tieto, kriiikkittömän tiedon tulva, halumme joko epäillä tai ostaa ideologioita. Ympäristö haastaa ja mahdollistaa eri tavoin ja eriarvoisesti. Ympäristöt muokkaavat käyttäytymistämme sekä tapaamme käyttää kehoamme. Jokapäiväistä aikatauluamme määrittävät arjen tehtävät ja tarpeet kuten uni, ravitsemus, hygienia, jälkeläisistä huolehtiminen, sosiaalisten yhteyksien ylläpitäminen, taloustöiden ja töiden tekeminen. Tehtävien määrä haastaa sitä, paljonko aika jää esimerkiksi terapeuttille harjoittelulle. Meillä kaikilla ei ole kokemusta tavoitteel-

lisesta harjoittelusta, sitten varhaislapsuuden, eikä meillä kaikilla ole edes tarvetta tämänkaltaiseen elämänhahmottamiseen. Fysioterapian tulisi lähestyä elettyä arkea, ymmärtää yksilön arjesta aukot, joihin toimintakykyä edistävien asioiden harjoittaminen istuu ja ennen kaikkea osoittaa ja tunnistaa niitä uskomuksia ja ajatusmalleja, joihin ihmisten arkiset rutiinit, tavat ja tottumukset pohjaavat. Tämä edistäisi myös yhteiskunnallista hyvinvointia.

PIP:n osalta koulutukselliset kysymykset ovat vaikuttamassa sekä potilaiden kokemiin hyötyihin, vaikuttavuuteen sekä ammatinharjoittajien valintoihin ja keinoihin. Stearns ym. (2021, 459) mukaan psykologiset tekijät vaikuttavat fyysiseen toimintaan, stressi tule-vaivaan liittyvästä kipukokemuksesta vaikuttaa elämänlaatuun, lisäksi kivun kokeminen ennustaa ahdistusta ja katastrofointia tulevaisuudessa. Psykologiset tekijät vähentävät toiminnallisuutta ja lisäävät kivun vakavuutta, lisääntyviä terveydenhuollon kustannuksia ja uusia tai uusiutuvia kiputiloja. Tavanomaisen fysioterapian herättämiä tunteita Wilsonin ym. (2017, 100) mukaan pitkittyneen kipukokemuksen potilaille olivat toivottomuus, tuettomuuden tunne, epähuomioitu sekä luovutettu 'gived up'. Stearns ym. (2021, 460) osoittavat, että luottamattomuus psykologisten strategioiden käyttöön vahvistaa biomekaalista lähestymistapaa fysioterapiassa. Holopainen ym. (2020, 1–2) ja Denneny ym. (2020, 163–164) osoittavat että, fysioterapeuttien muutoshalukkuudesta huolimatta, muutoksen saavuttaminen käytännöissä ja potilaiden tuloksissa on vaikeampaa. Epävarmuus toiminnasta, sopimattomat interventiokoulutukset ja potilaiden heikko terapiaan sitoutuminen vaikuttavat suoraan tuloksiin. Vaikka BPS näkökulma on huomioitu fysioterapiasuosituksissa, esteeksi koetaan muun muassa tiedon puute, aika paineet, roolien epäselvyys sekä potilaiden odotukset fysioterapialle (Denneny ym. 2020, 170; Driver ym. 2019, 2). Koulutukseen tulisikin lisätä ihmiskeskeisiä metodeja ja tämän myötä voitaisiin tukea tulevaisuuden ammattilaisia BPSM:n käytössä sekä vauhdittaa hoidon tehokkuutta (Wilson ym. 2017, 103; Driver ym. 2019, 7, 9).

Tuloksen perusteella jatkotutkimusehdotukseni koskevat sekä potilaan ja fysioterapeutin että alan opiskelijan näkökulmia. Ammatinharjoittajien osalta tulisi tutkia psykologisen informoinnin menetelmän kehittämistä. Tässä potilaiden kokemukset ovat avainasemassa. Potilaskokemukset antavat arvokasta tietoa menetelmän vaikuttavuudesta yksilön toimintakyvyn edistymisessä. Lisäksi tulisi tutkia,

miten menetelmää voisi opettaa fysioterapeuttien peruskoulutuksessa. Koulutuksen osalta voisi pohtia, miten lisätään opiskelijoiden itsetuntemusta. Tämä vaikuttaisi opiskelijan itsensä ymmärrykseen sekä antaisi sysäyksen ammatillisen kasvun alkutaipaleella fysioterapeuttina toimimisessa. Koulutuksen osalta voisi myös selvittää, miten filosofista ymmärrystä ihmiskeskeisistä lähestymistavoista tulisi opettaa.

Toimeksiantajalle katsauksen tulos, joka korostaa yksilölähtöisen fysioterapiasuhteen merkitystä, heijastelee Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoidon tulosalueen fysioterapiapalvelujen ydintä, joka on ollut yksilölähtöisyys sekä fysioterapian psykofyysinen lähestymistapa. Tuloksen mukaan potilaan keho-mieli yhteyden vahvistaminen lisää potilaiden itsetuntemusta ja minäpystyvyyttä. Jos katsauksessa esitetyistä tuloksista kiinnostutaan laajemmin Lapin keskussairaalaan tarjoamissa fysioterapiapalveluissa, yksilöllisyyteen perustuvasta terapiasuteesta hyötyvät toimintakykynsä paranemisen osalta useammat LSHP:n potilaat. PIP menetelmänä edistää potilaan fyysistä tietoisuutta, ymmärrystä tunteiden ja ajatusten merkityksestä käytökseen sekä ohjaa valintojen tietoiseen tekemiseen. Terapiaan sitoutumista edistää avoin vuorovaikutus, jossa PIP merkitsee yhdessä työskentelyä. Suuntaamalla huomiomme terapiasuhteessa yksilölähtöiseen kokemuksellisuuteen, voimme vaikuttaa yksilön motivoitumiseen sekä negatiivisten ajatusmallien tunnistamiseen. Aktiivisuutta edistämällä tuemme potilaan itsenjohtamisen taitoa, joka vähentää pelko-välttämiskäyttäytymistä, ja edistää päivittäisten vältettyjen toimien uudelleen oppimista, aktiivisuuden sietokykyä ja sen myötä terveyskäyttäytymistä. Tunteita ja uskomuksia käsittelemällä voimme vaikuttaa yksilön minätietoisuuteen ja minäpystyvyyteen. Ajatusten ja tunteiden tunnistamisen sekä sisäisten kokemusten avaaminen tulisi liittää keskeiseksi osaksi fyysistä kuntoutusta, sillä tämä edistää kokonaisvaltaisesti potilaiden terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia.

## 6.2 Katsauksen eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimien ohjeiden mukaisesti tarkoittaa tutkijalle tiedeyhteisön toimintatapojen noudattamista. Se on kriteerien mukaista eettistä tutkimustoimintaa tiedonhankinnassa ja julkaise-

misessa, siinä huomioimaan toisen tutkijan työ ja saavutukset, noudatetaan raportoinnissa vaadittuja normeja, sitoudutaan vastuuseen ja velvollisuuksiin omassa tiedeyhteisössä, ilmoitetaan sidonnaisuudet, pyritään tieteen autonomiaan, noudatetaan hyvää hallintokäytäntöä ja huomioidaan tietosuojaa koskevat kysymykset (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 211—212; Kuula 2011, 34—35; TENK 2013, 6—7). Noudatin opinnäytetyössäni tieteen hyviä käytäntöjä sekä eettisiä periaatteita ja toimin prosessin aikana näiden käytäntöjen ja periaatteiden mukaisesti. Hyvä eettinen käytäntö edellyttää Kuulan (2011, 21, 29, 32—34) mukaan tutkimuksessa tieteellisiä tietoja, taitoja sekä toimintatapoja, jotka vallitsevat sekä tutkimuksessa, tiedeyhteisössä että yhteiskunnassa. Hänen mukaansa eettistä ajattelua on kyky pohtia omien sekä yhteisön arvojen kautta sitä, mikä on oikein tai väärin. Noudatin tutkimusta tehdessäni Lapin Ammattikorkeakoulun yhteisöllisiä arvoja sekä hyviä tieteellisiä käytänteitä, joita viitoittivat menetelmäoppaat, Lapin AMK:n ohjeistukset sekä opinnäyteohjaajan tuki. Kunnioitin muiden tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla asianmukaisesti lähdeaineistoon sekä antamalla heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon. Tieteellisen epärehellisyysennaltaehkäiseminen on tärkeää sekä koulutus- että tutkimuslaitoksissa (TENK 2006, 3—4).

Tieteen eettinen arvo pyrkii riippumattomuuteen ja itsenäisyyteen. Jokainen tutkija kantaa vastuuta tutkimustyön valinnoista ja ratkaisuista itsenäisesti. Tieteen asettamien päämäärien ja metodien kautta pyritään kohti parasta mahdollista lopputulosta, uutta tietoa ja ymmärrystä. (Kuula 2011, 21.) Pyrin kautta työprosessin rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen opinnäytetyön kirjoittamisessa, tulosten tallentamisessa, sekä esittämisessä että arvioinnissa. Käytin eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä noudatin avoimuutta ja vastuullisuutta opinnäytetyön tuloksia julkaistaessa. Koska tein tutkimuksen yksin, on tulkinta rakentunut rajoitetusta näkökulmasta. Tulos on noussut tutkimukseen valikoituneesta aineistosta, jonka arvioin laadullisesti JBI-kriteeristön mukaisesti. Tulokseen vaikuttavat aineiston rajattu määrä sekä käännetyn kielen tulkinta. Lisäksi asiantuntijuuteni aihealueesta on vasta kehittymässä. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n (2019, 17) mukaan opinnäytetyöprosessin tarkoitus onkin kehittää opiskelijan asiantuntijuutta, työelämätaitoja

sekä ammatillista kehittymistä, sekä edistää oppimisprosessia. Suunnittelin, toutuin, raportoin ja tallensin opinnäytetyön tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten sekä Lapin ammattikorkeakoulun edellyttämällä tavoilla.

Tutkimuksen arvo perustuu tutkimuksen uskottavuuden ja luotettavuuden arviointiin. Luotettavuuden näkökulmaa edustaa tutkimuksen yleistettävyys tai siirrettävyys, eli voidaanko tutkimuksen tuloksia yleistää tai siirtää muihin tilanteisiin tai kohteisiin. Luotettavuutta edustaa se, että tutkimuksessa käytettävät käsitteet sopivat tutkimusongelmaan ja aineiston sisältöihin. (Koppa 2021.) Opinnäytetyössä käytetyt käsitteet nousevat lähdeaineistosta. Ne liittyvät tutkimusongelmaan sekä esiintyvät analyysin pohjalta muodostuneessa tutkimuksen tuloksessa. Lähdeaineiston JBI-kriteeristön mukaisen arvioinnin pisteet osoittavat lähdeaineiston luotettavuutta. Tutkimuksen tulos on sovellettavissa fysioterapeuttien kliinisessä työssä vuorovaikutuksen soveltamisen ja yksilölähtöisyyden huomioimisen osalta. Nämä tekijät voivat vaikuttaa potilaan kokemuksiin fysioterapiasta sekä terapian tuloksiin. Tutkimuksen uskottavuuteen olen pyrkinyt vaikuttamaan olemalla rehellinen työlle ja työn vaiheille.

Tutkimus on sidottu aikaan, paikkaan sekä tutkijaan. Tämä osoittaa sen, että tiede on inhimillistä toimintaa erehdyksineen ja yrityksineen. Tutkimuksen elementtien harkinnalla, työvaiheiden kuvaamisella, omaa toimintaa kriittisesti havainnoimalla sekä peilaamalla tehtyjä ja tekemättömiä asioita, voidaan määritellä tutkimuksen luotettavuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tein tämän tutkimuksen, koska halusin ymmärtää fysioterapian toteuttamista biomedikaalisuuden sijasta kokonaisvaltaisemmasta näkökulmasta. Fysioterapiatiede keskittyy toimintakyvyn edistämiseen ja terveydenedistämiseen. Minulle tärkeää on yksilön kokonaisvaltaisen terveyden edistäminen. Tutkimuksen aiheen valintaa ohjasi siten voimakkaasti oma näkemykseni ihmisestä toimijana. Ihminen toimijana edustaa minulle tunteiden ilmaisijaa. Koska fysioterapia on perinteisesti nähty toiminnan ja anatomisten rakenteiden ongelmina, tutkimukseni ongelma on kapea tieteellinen näyttö BPS näkökulmasta. Vaikkakin tutkimuksia, suosituksia ja näyttöä psykologisesti informoidun fysioterapian osalta on julkaistu enenevässä määrin, lähtökohtaisesti tutkimukseni rajoitteena on valitusta BPS näkökulmasta esitetyt tutkimuskysymykset sekä niiden pohjalta löy-

detty artikkelimateriaali. Toteuttamisen haasteita olivat kokemattomuuteni kirjallisuuskatsauksen tekijänä, metodin haparoiva käyttö sekä yksin toteutettu tutkimus. Yksin tehdessä ei voi välttää väsymistä, sokeutumista eikä myöskään muuttaa toteuttamisen tapaa. Pyrkimystä rehellisyyteen ja tieteen hyviin käytäntöihin osoittaa, että kuvasin tarkasti tutkimuksen suorittamista opinnäytetyön osiossa 4, sekä noudatin vastuullisuutta osiossa 5 kuvaamalla tulosta sekä taulukko- että tekstimuodossa. Tämä tutkimus ei tarjoa objektiivista tai absoluuttista tietoa vaan on minun tekemäni tulkinta kiinnostukseni kohteena olevasta aiheesta. Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan (2006) mukaan tutkimuksen luotettavuuden ongelmana onkin, millaisen sosiaalisen todellisuuden tutkija näkee ja millainen käsitys kielestä hänellä on. Siksi tutkittavaa ilmiötä ei voida koskaan kuvata täysin, ja tämän vuoksi tutkimus ei voi koskaan tuottaa täydellistä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä.

### 6.3 Opinnäytetyön etenemisen sekä oppimisprosessin arviointi

Opinnäytetyöprosessi sujui aaltomaisesti suunnitelmasta lopputuotokseen. Ajankäytöllisesti tehokkain työskentelyvaihe ajoittui helmi-huhtikuuhun 2022. Suunnitelman aikaansaamista hidasti viitekehysten rakentaminen, sillä ajan löytäminen tiedon etsimiselle oli haastavaa. Suunnitelman valmistuttua jatkoin aktiivisesti seuraavaan työvaiheeseen, joka oli tutkimusaineiston etsiminen tietokannoista sekä manuaalisesti. Vaikeinta oli määritellä tarpeeksi kattavat, mutta tarkasti rajatut hakulausekkeet. Aineistoa löytyi ensin vähän, sitten runsaasti ja lopulta onneksi sopivasti. Aineiston löytymistä edistivät hakulausekkeiden sopivuus sekä aktiivisuus tiedonhankinnassa. Haasteellisiksi osioiksi työssä muodostuivat aineiston analysointi, tutkimuskysymyksiin tarkasti vastaaminen sekä tiedon tiivistäminen. Ohjauksen kautta löysin perusteet laadulliseen analyysiin, jonne olinkin ensin edennyt intuitiivisesti. Tutkimuskysymyksiin vastaaminen ja tiedon tiivistäminen selkeytyivät useiden kirjoitettujen versioiden ja palautteen pohjalta tarkempaan muotoon.

Olen tyytyväinen lopputulokseen. Siihen johtivat runsas karsinta ja hyvä palaute. Opin runsaasti tutkimastani aiheesta sekä ymmärsin sen merkitystä fysioterapiatieteessä ja käytännön soveltamisessa. Sain tulosten perusteella käsityksen PIPT:n vaikutuksista sekä menetelmässä käytetyistä keskeisistä

keinoista. Toinen oppimistavoitteeni liittyi kirjallisuuskatsauksen menetelmälliseen hallintaan. Prosessin aikana sain kattavan kokemuksen kirjallisuuskatsauksesta menetelmänä. Opin prosessissa jäsentämään tietoa, kuvaamaan tarkasti työn edistymistä sekä haastamaan minulle tyypillisen intuitiivisen työskentelyn tapaa rationaaliseen ja perusteltuun, lähteisiin perustuvaan työskentelyyn. Opin ymmärtämään tieteen hyviä käytänteitä ja toteuttamaan niitä opinnäytetyöskentelyssä.

## LÄHTEET

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 1.5.2022 [https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?\\_t=1578480382](https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382).

Bhatia, S., Karvannan, H. & Prem, V. 2020. The effect of bio psychosocial model of rehabilitation on pain and quality of life after total knee replacement: A randomized controlled trial. *Journal of arthroscopy and joint surgery*, Vol. 7 No 4, 177–183. Viitattu 21.10.2021 <https://plu.mx/a?doi=10.1016/j.jajs.2020.09.005>.

Briggs, A., M., Woolf, A., D., Dreinhöfer, K., Homb, N., Hoy, D., G., Kopansky-Giles, D., Åkersson, K. & Lynn, M. 2018. Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* Vol. 96 No 5, 366–368. Viitattu 7.1.2022 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5985424/>.

Coronado, R. A., Brintz, C. E., McKernan, L. C., Master, H., Motzny, N., Silva, F. M., Goyal, P. M., Wegener, S. T., & Archer, K. R. 2020. Psychologically informed physical therapy for musculoskeletal pain: current approaches, implications, and future directions from recent randomized trials. *Pain reports*, Vol. 5 No 5, 847e 1–14. Viitattu 10.3.2022 <https://dx.doi.org/10.1097%2FPR9.0000000000000847>.

Daluiso-King, G. & Hebron, C. 2022. Is the biopsychosocial model in musculoskeletal physiotherapy adequate? An evolutionary concept analysis. In *Physiotherapy Theory & Practice*, Vol. 38 No 3, 373–389. Viitattu 11.3.2022 <https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1765440>.

Denneny, D., Frijdal, nee K. A., Bianchi-Berthouze, N., Greenwood, J., McLoughlin, R., Petersen, K., Singh, A. & Williams, A. C. de C. 2020. The application of psychologically informed practice: observations of experienced physiotherapists working with people with chronic pain. *Physiotherapy*, Vol. 106 No 1, 163–173. Viitattu 7.3.2022 <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.01.014>.

Driver, C., Oprescu, F. & Lovell, G. P. 2019. Exploring physiotherapists' considerations regarding the use of psychosocial strategies in practice. *Physiotherapy Research International*, Vol. 24 No 4, N.PAG. Viitattu 8.3.2022 <https://doi.org/10.1002/pri.1783>.

Engel, G. L. 1978. The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences* 310:169–181. Viitattu 9.1.2022 <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-0163834379900628/first-page-pdf>.

Engelsrud, G. & Rosberg, S. 2021. Theorizing bodily dialogues – Reflection on knowledge production in phenomenological research. *Physiotherapy Theory &*

Practice. Viitattu 8.6.2022

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09593985.2021.1923098>.

Hotus ry 2022. Suomen JBI yhteistyökeskus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 24.3.2022. <https://www.hotus.fi/jbi-cc/>.

Holopainen, R. 2020a. Biopsykososiaalinen lähestymistapa. Teoksessa Luomajoki, H. (toim.) Ammatilaisen kipukirja. Lahti: VK-kustannus Oy.

Holopainen, R. 2021a. Biopsychosocial framework – pain impacting life on multiple biopsychosocial domains. *European Journal of Physiotherapy* Vol. 23 No 5, 268–269. Viitattu 18.3.2021 <https://doi.org/10.1080/21679169.2021.1970966>

Holopainen, R. 2021b. Biopsykososiaalinen lähestymistapa tule-vaivoissa. merkitys asiakkaiden ja fysioterapeuttien näkökulmasta. *Fysioterapia* Vol. 68 No 5, 21–25.

Holopainen, R. 2021c. Exploring the Meaning of Biopsychosocial Approach in the Management of Musculoskeletal Conditions. Patients' and Physiotherapists' perspective. University of Jyväskylä: Faculty of Sports and Health Science.

Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, O'Sullivan, P. & Kent P. 2020. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Pain*, Vol. 161 No 6, 1150–1168. Viitattu 10.3.2022 <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001809>.

Holopainen, R. 2020b. Psykologisesti informoitu hoito. Teoksessa Luomajoki, H., (toim.) Ammatilaisen kipukirja. Lahti: VK-kustannus Oy.

IASP 2021. Pain Terms and Definitions. International Association for the Study of Pain. Viitattu 18.6.2022 <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>.

Ingraham, P. 2019. Your Back Is Not Out of Alignment. Debunking the obsession with alignment, posture, and other biomechanical bogeymen as major causes of pain. Viitattu 7.1.2022 <https://www.painscience.com/articles/structuralism.php>.

Kalso, E. & Konttinen, V. 2018. Aistimuksesta tuntemukseksi: kipujärjestelmä kokonaisuutena. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 1.5.2020 <https://luc.finna.fi/lapinamk/>, Oppiportti.

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun Yliopisto.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koho, P. 2020. Kipuun liittyvän pelon hoitokeinot. Teoksessa Luomajoki, H., (toim.). Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-kustannus Oy.

Koivisto, K. 2019. Ohjaus ja dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut, ePOOKI. Viitattu 30.5.2022 <http://www.oamk.fi/epooki/2019/ohjaus-ja-dialoginen-vuorovaikutus-hoitotyossa/>.

Koppa 2021. Tutkimustulosten luotettavuus ja päätettävyyys. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.8.2022 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen#tutkimustulosten-luotettavuus>.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uud. p. Tampere: Vastapaino.

Käypä hoito -suositus 2017a. Alaselkäkipu. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 9.8.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi20001>

Käypä hoito -suositus 2017b. Kipu. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.10.202 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lausmaa, M. & Holopainen, R. 2018. Yksilöllinen biopsykososiaalisesti orientoitunut kivun hoito. Manuaali: Suomen ortopedisen manuaalisen terapian yhdistyksen jäsenlehti 2018 No 1, 10–16. Viitattu 7.1.2022 <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/68432/Yksil%25C3%25B6llinen%2520biopsykososiaalisesti%2520orientoitunut%2520kivun%2520hoito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun Yliopisto.

Lemetti, T. & Ylönen, M. 2016 Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun Yliopisto.

Lewis J. & O'Sullivan P. 2018. Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain. Sports Med 2018 Vol. 52 No 24, 1543–1544. Viitattu 9.1.2022 <https://bjsm.bmj.com/content/52/24/1543>.

Lewis, J. S., Stokes, E. K., Gojanovic, B., Gellatly, P., Mbada, C., Sharma, S., Denier, I. & O'Sullivan, P. 2021. Refaming how we care for people with persistent non-traumatic musculoskeletal pain. Suggestions for the rehabilitation community. Physiotherapy No 112, 143–149. Viitattu 8.1.2022 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031940621000389>.

López-de-Uralde-Villanueva, I., Muñoz-García, D., Gil-Martínez, A., Pardo-Montero, J., Muñoz-Plata, R., Angulo-Díaz-Parreño, S. & La Touche, R. 2016. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Effectiveness of Graded Activity and Graded Exposure for Chronic Nonspecific Low Back Pain. *Pain Medicine* (Malden, Mass.), Vol. 17 No 1, 172–188. Viitattu 22.10.2021 <https://luc.finna.fi/lapinamk/>, EBSCOhost.

Main, C. J. & George, S. Z. 2011. Psychologically Informed Practice for Management of Low Back Pain: Future Directions in Practice and Research. *Physical Therapy* Vol. 91 No 5, 820–824. Viitattu 8.1.2022 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21451091/>.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun Yliopisto.

Ninjs, J., Roussel, N., van Wilgen, C. P., Köke, A. & Smeets, R. 2012. Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy* Vol. 18, 96–102. Viitattu 8.1.2022 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1356689X12002445?via%3Dihub>.

O'Keeffe M, O'Sullivan P, Purtill H, Bargary, N. & O'Sullivan K. 2020. Cognitive functional therapy compared with a group-based exercise and education intervention for chronic low back pain: a multicentre randomised controlled trial (RCT). *British Journal of Sports Medicine* Vol. 54 No 13, 782–789. Viitattu 17.5.202 <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbjjsports-2019-100780>.

Oostendorp, R. A. B., Elvers, H., Mikolajewska, E., Laekeman, M., van Triffjel, E. & Samwel, H. 2016. "Clinical biopsychosocial physiotherapy assesment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education" by Amarrins J Wijma et. al., 2016. *Physiotherapy theory and practice* Vol. 33 No 3, 260–262. Viitattu 22.10.2021 <https://luc.finna.fi/lapinamk/>, EBSCOhost.

O'Sullivan, P. B., Caneiro, J.P., O'Keeffe, M., Smith, A., Dankaerts, W., Fersum, K. & O'Sullivan, K. 2018. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Physical Therapy* Vol. 98 No 5. Viitattu 18.5.2021 <https://academic.oup.com/ptj/article/98/5/408/4925487>.

Palko 2018. Biopsykososiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkäivussa. Suositus. Terveysthuollon palveluvalikoimaneuvosto. Viitattu 22.10.2021 <https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/11234041/Suositus+selk%C3%A4kuntoutus+final.pdf/2bfdcfd-d7c4-9fc2-db78-32813ad01ddc/Suositus+selk%C3%A4kuntoutus+final.pdf?t=1544009754000>.

Parisien, M., Lima, L., V., Dagostino, C., El-Hachem, N., Drury, G., L., Grant, A., V., Huising, J., Verma, V., Meloto, C., B., Silva, J., R., Dutra, G., G., S., Markova, T., Dang, H., Tessier, P., A. Slade, G., D., Nackle, A., G., Ghasemlou, N. Mogil, J., S., Allegri, M. & Diatchenko, L. 2022. Acute inflammatory response via neutrophil activation protects against the development of chronic pain. *Science*

Translation Medicine Vol. 14 No 644. Viitattu 27.5.2022 <https://www.science.org/doi/10.1126/scitranslmed.abj9954>.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Tutkimuksen arviointi – reflektointia. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 24.5.2022 [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3\\_3.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html).

Stearns, Z. R., Carvalho, M. L., Beneciuk, J. M. & Lentz., T. A. 2021. Screening for Yellow Flags in Orthopaedic Physical Therapy: A Clinical Framework. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, Vol. 51 No 9, 459–469. Viitattu 9.3.2022 <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2021.10570>.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun Yliopisto.

Suhonen, R., Puro, M. & Leino-Kilpi, H. 2006. Yksilöllisyys terveydenhuollossa. Lääkärilehti Vol. 61 No 41, 4251–4253. Viitattu 27.5.2022 <https://luc.finna.fi/lapinamk/>, Lääkärilehti.

Suomen Fysioterapeutit 2017. Mitä on fysioterapia? Viitattu 1.5.2022 <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/fysioterapia-ammattina/mita-on-fysioterapia/>.

Talvio, M. & Klemola, U. 2017. Toimiva vuorovaikutus. Jyväskylä, PS-kustannus. E-kirja. Viitattu 27.5.2022 <https://luc.finna.fi/lapinamk/>, Ellibs.

THL 2019. THL:n sairastavuusindeksi 2014–2016. Tilastoraportti 30/2019. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.1.2022 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138347/Tilastoraportti\\_THL\\_sairastavuusindeksi\\_2014-2016.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138347/Tilastoraportti_THL_sairastavuusindeksi_2014-2016.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

THL 2022. Mitä on toimintakyky? Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.5.2022 <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on#ICF%20luokituksen%20verkkosivu>.

Tule ry 2021. Tuki- ja liikuntaelinongelmat tilastojen valossa. Tuki- ja liikuntaelinliitto. Viitattu 7.1.2022 <https://suomentule.fi/miksi-kansallista-tule-ohjelmaa-tarvitaan/tuki-liikuntaelinongelmat-tilastojen-valossa/>.

Turk, D. C., Wilson, H. & Swanson, K. S. 2011. The Biopsychosocial model of pain and pain management. Teoksessa Ebert, M. H. & Kerns, R. D. Behavioral and Psychological Pain management. Cambridge: University Press. Viitattu 7.1.2022 [https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=RORnRRgh-GeYC&oi=fnd&pg=PA16&dq=biopsychosocial+pain+theory&ots=E9yuz9Alij&sig=Fsb4ENko6Blu-29KlvWVMz9L0h4&redir\\_esc=y#v=onepage&q=biopsychosocial%20pain%20theory&f=false](https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=RORnRRgh-GeYC&oi=fnd&pg=PA16&dq=biopsychosocial+pain+theory&ots=E9yuz9Alij&sig=Fsb4ENko6Blu-29KlvWVMz9L0h4&redir_esc=y#v=onepage&q=biopsychosocial%20pain%20theory&f=false).

TENK 2013. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 9.8.2021 [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

TENK 2006. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 20.9.2021 <https://etene.fi/documents/1429646/1571620/Rapport+om+etisk+utv%C3%A4rdering+av+forskning+i+Finland%2C+2002-2006.pdf/1ff711a8-69e2-4d25-911a-41c8faa64412/Rapport+om+etisk+utv%C3%A4rdering+av+forskning+i+Finland%2C+2002-2006.pdf>.

Vainio, A. 2018. Krooninen kipu ja kärsimys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.5.2020 <https://www.oppiportti.fi/op/kip00621/do>.

Wilson, S., Chaloner, N., Osborn, M. & Gauntlett-Gilbert, J. G. 2017. Psychologically informed physiotherapy for chronic pain: patient experiences of treatment and therapeutic process. *Physiotherapy* Vol. 103 No 1, 98–105. Viitattu 8.3.2022 <https://luc.finna.fi/lapinamk/>, EBSCOhost.

## LIITTEET

- Liite 1. Katsauksessa käytetyt Joanna Briggs Instituutin arviointikriteeristöt
- Liite 2. Aineiston analyysivaihe vaiheittain esitettynä

Liite 1. 1 (4)

JBI:n arviointikriteeristöt sekä ohjeet löytyvät ositteesta <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>. Alla laadunarvioinnissa käyttämäni kriteeristöt mukailtuina.

### **JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle**

Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_  
 Tekijä(t) \_\_\_\_\_ Vuosi \_\_\_\_\_  
 Nro \_\_\_\_

1. Ovatko tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat?
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?
8. Onko tutkimukseen osallistujat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaisut) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla?
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?

Liite 1. 2 (4)

Kokonaisarviointi: Hyväksy  Hylkää  Lisätietoja tarvitaan  Kommentteja (mukaan lukien hylkäyksen syy):

---

### JBI: Arviointikriteerit poikkileikkaustutkimukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään poikkileikkaustutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan mahdollisen harhan tunnistamiseen. Tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 8 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Moola ym. 2017.)

Arvioija \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_  
 Tekijä(t) \_\_\_\_\_ Vuosi \_\_\_\_\_  
 Nro \_\_\_\_

1. Onko otoksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit määritelty selvästi?
2. Onko kohderyhmä ja tutkimusolosuhteet kuvattu riittävän tarkasti?
3. Mitattiinko altistus pätevästi ja luotettavasti?
4. Käyttiinkö objektiivisia, standardoituja kriteereitä osallistujien valintakriteerinä toimineen tilan/tilanteen mittaamiseen?
5. Onko sekoittavat tekijät tunnistettu?
6. Mainitaanko menetelmät, joita käytettiin sekoittavien tekijöiden huomioimisessa?
7. Onko tulosmuuttujat mitattu pätevästi ja luotettavasti? 8. Käyttiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?

Kokonaisarviointi: Hyväksy  Hylkää  Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Lisätietoja tarvitaan

---

## Liite 1. 3 (4)

**JBI: Arviointikriteerit asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille**

Tätä tarkistuslistaa käytetään asiantuntijoiden näkemyksen ja narratiivisen tekstin metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 6 arviointikriteeriä joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (McArthur ym. 2015.)

Arvioija \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_  
 Tekijä(t) \_\_\_\_\_ Vuosi \_\_\_\_\_ Nro \_\_\_\_\_

1. Onko mielipiteen lähde selkeästi tunnistettavissa?
2. Onko mielipiteen lähteellä asema asiantuntijoiden joukossa?
3. Ovatko kohdeyleisön kiinnostuksen kohteet kirjoituksen keskiössä?
4. Onko esitetty näkemys analyyttisen prosessin tulos, ja onko esille tuodun mielipiteen taustalla logiikkaa?
5. Viitataanko olemassa olevaan kirjallisuuteen/näyttöön?
6. Puolustaako kirjoittaja näkemystään loogisesti suhteessa muuhun kirjallisuuteen tai lähteisiin?

Kokonaisarviointi: Hyväksy  Hylkää  Lisätietoja tarvitaan  Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Liite 1. 4 (4)

### **JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle**

Tätä tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 11 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsi-kirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA).

Arvioija \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_  
 Tekijä(t) \_\_\_\_\_ Vuosi \_\_\_\_\_  
 Nro \_\_\_\_

1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti?
2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?
3. Onko hakustrategia asianmukainen? 4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä?
5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset?
6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin?
7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi?
8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä?
9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä?
10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?
11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?

Kokonaisarviointi: Hyväksy  Hylkää  Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

---

The Finnish Centre for Evidence-Based Health Care:

A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence. Suomalaisen käännöksen toteuttanut Hotus JBI:n luvalla.

## Liite 2. 1 (13)

Liitteessä aineiston analyysivaihe esitettyinä vaiheittain. Ensimmäisenä värikoodimenetelmällä tehty tutkimuskysymysten mukainen luokittelu, seuraavana löydöksen kuvaileva luokittelu ja lopuksi synteesi teemoittain taulukoituna tuloksena.

Denneny ym. (2020, 163—165) fysioterapeuttien toimintaa havainnoivassa tutkimuksessa tutkijat määrittivät osallistuvien terapeuttien (n=4) kompetenssit viiteen ryhmään. Niitä olivat yleis- ja peruskompetenssit (esim. **terapiasuhteen luominen ja tavoitteen asettelu**), erityiset toiminnalliset ja tiedolliset kompetenssit (esim. uskomusten muokkaaminen), ongelmalähtöiset kompetenssit (esim. **katastrofisointi**) sekä metakompetenssit (esim. **huumorin käyttö**). Tutkijat panivat merkille, että tekijät, jotka vaikuttavat potilaan ja terapeutin väliseen suhteeseen ovat heidän välilleen muodostuva **terapeuttinen suhde**, **terapeutin vaikutus potilaaseen**, **terapeutin asenteet ja uskomukset**, **empatia** sekä **muut tunnelähtöiset reaktiot**.

Tutkijat koodasivat tutkimusmateriaalista 112 intentiota, eli aikomuksia, ja toimintatapaa, jotka luokiteltiin teemallisesti. Neljä teemaa edustaa **fysioterapeuttien intentioita** ja yksitoista alateemaa **toimintatapoja**. Pääteemat olivat **terapiasuhteen rakentaminen**, **koetun uhkan vähentäminen**, **uskomusten ja somaattisten kokemusten uudelleenkäsitteellistäminen** sekä **minäpystyvyyden vahvistaminen**. Uhkan vähentämisen alateemoja olivat **somaattisten tuntemusten normalisointi** sekä **potilaan toleranssiin mukautuminen**, esimerkiksi taukojen ehdottaminen. Uskomusten ja somaattisten kokemusten uudelleenkäsitteellistämisen alateemoja olivat **toiminnan kautta uskomuksiin vaikuttaminen**, **suora sitoutuminen uskomusten muuttamiseen**, esimerkiksi potilaan huolista kysyminen, sekä **edistymisen huomiointi**. Minäpystyvyyden vahvistamisen alateemoja olivat **aktiivisuutta estävien tekijöiden arviointi**, **aktiivisemmän toiminnan mukauttaminen**, esimerkiksi välttämällä liian yksityiskohtaista liikkeenohjausta, **potilaan autonomian vahvistaminen ja heittäytymisen rohkaisu**, esimerkiksi positiivisen palautteen antaminen. Kaikkia teemoja läpäiseviä dilemmoja olivat **potilaan rohkaiseminen** itsenjohtamiseen, kokeilemiseen sekä liikkeeseen ja aktiivisuuteen, monimutkaisen ohjeistuksen, huolien kuuntelemisen tai halutun suorituksen sijasta. (Denneny ym. 2020, 166, 169—170.)

## Liite 2. 2 (13)

Denneny ym. (2020, 170—172) huomasivat seuraavia käytäntöjä CBT kompetensseissa: Ensiksi, tutkimuksessa esiin nousseiden teemojen läpäisevä huomio on **terapeutin kompetenssi työskennellä asiakkaan näkökulmasta, potilaiden uskomusten ymmärtäminen, yksilölle sopivan aktiivisuuden määrittäminen sekä potilaiden halukkuus sitoutua tekemään tiettyjä liikkeitä**. Tutkimuksen mukaan **fysioterapeutit fasilitoivat uskomusten ja kokemusten uudelleen määrittämistä sekä edistivät potilaan minä-pystyvyyttä rakentamalla terapiasuhdetta sekä vähentämällä havaittua uhkaa**. Tutkijat toteavatkin, että PIP toteutuu, kun **identifioidaan mitä on opittu ja miten tämä vaikuttaa häneen tulevaisuuden toimintaansa**.

Driverin ym. (2019, 2—5) poikkileikkaustutkimuksessa käsiteltiin fysioterapeuttien (n=201) huomioimia tekijöitä ja menetelmien valikoitumista BPS:n mukaisessa fysioterapiassa tutkivassa tutkimuksessa sisällön analyysi paljasti kaksi kategoriaa molempien tutkimuskysymysten osalta. Niitä olivat ammatinharjoittaja lähtöinen ja potilaslähtöinen arviointi. Alakategoriat olivat molempien tutkimuskysymyksen osalta fysioterapeuttiset tekijät, terapiaympäristö sekä potilaan biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät.

Tutkimuksen mukaan **biopsykososiaalinen näkökulma valitaan, kun psykososiaalinen strategia havainnoidaan sopivaksi**. Valinta tapahtuu **asiakaslähtöisesti** hänen asenteitaan huomioiden, joka eroaa biomedikaalisesta lähestymistavasta. Fysioterapeutit huomioivat näkökulman ja menetelmän valinnan osalta potilaan biologisia, psykologisia sekä sosiaalisia tekijöitä sekä arvioivat omaa tietopohjaansa, luottamustaan ja osaamistaan psykososiaalisten strategioiden käytössä. Keskeistä löydöksissä oli BPS mallin osalta, että **potilas oli halukas ymmärtämään omaa mieli-keho suhdettaan**. Asiakaslähtöisten psykososiaalisten menetelmien käytössä fysioterapeuttien keskeinen keino on **potilaiden luottamuksen saavuttaminen** sekä **terapeuttien rooli potilaan kuntoutuksen tukena**. Menetelmän valikoitumista ohjasivat samat teemat kuin biopsykososiaalisen lähestymistavan valintaa. Tutkimus osoitti, että fysioterapeutit käyttävät psykososiaalisia menetelmiä perinteisen terapian lisänä. (Driver ym. 2019, 7—9.)

## Liite 2. 3 (13)

Wilson ym. (2017, 100—102) tutkivat potilaiden (n=8) kokemuksia PIPT muotoisesta terapiasta kartoittavasta tutkimuksesta tulokset nostivat esiin neljä teemaa. Ensimmäisenä teemana nousi *working with the whole of me* (työskentelee koko minun kanssani). Toiseksi teemaksi nousi *more than a professional* (enemmän kuin ammattilainen). Kolmanneksi teemaksi nousi *awareness*, tietoisuus sisäisistä kokemuksista (kehon tuntemuksista, ajatuksista ja tunteista) ja niiden vaikutuksista päivittäiseen toimintaan. *Working through challenges in the relationship* (työskentely terapiasuhteessa haasteiden läpi), neljäntenä teemana edusti yhdessä työskentelyä.

PIP todettiin potilaan pitkittyneen kipukokemuksen hoidossa merkittävästi erilaiseksi lähestymistavaksi, jossa *koko keho huomioitiin*. Tutkimuksessa potilaiden psykologisessa käyttäytymisessä nähtiin tietoisuuden lisääntymistä ja vilpittömyyttä, jolloin potilaiden *minätietoisuus ja sitoutuminen* vahvistuivat. *Vuorovaikutteinen tila* mahdollisti toiminnan *kokeilemista kohti esteitä ja sitoutti vaikeuksien kohtaamisessa*. PIP kehitti fyysistä tietoisuutta sekä lisäsi tunteiden ja ajatusten merkityksestä käytökseen, jossa vältettyjen toimintojen kokeminen *muutti heidän asenteitaan ja suhdetta saavutuksiinsa*. PIP:a ei koettu helpoksi, sillä muutoksen tekeminen on haastavaa. PIPT vaikutti tutkimuksen mukaan *potilaiden tietoisuuteen, hoidon yksilöllistymiseen ja siihen sitoutumiseen*. Tulokset vahvistavat fysioterapiatieteen biopsykososiaalisen lähestymistavan muutostarvetta. (Wilson ym. 2017, 102—104.)

Stearns, Carvalho, Beneciuk & Lentz kirjoittavat asiantuntija-artikkelissaan psykologisten tekijöiden kartoittamisesta tule-kipujen ortopedisessa manuaalisessa (OMT) fysioterapiassa. Kartoittamisen etuna on keskeisten *psykologisten tekijöiden yksilökohtainen huomiointi* ja *sopivan terapian tai jatkohoidon toteutuminen*. Varhainen kaikkien potilaiden psykologisten tekijöiden kartoittaminen ohjaa kirjoittajien mukaan *keskustelua potilaan ajatuksista, tuntemuksista ja kipukokemuksestaan* (esim. kinesiofobiasta, masennuksesta tai ahdistuneisuudesta), joka vahvistaisi *terapiasuhdetta*, informoi fysioterapeuttia ennusteen suhteen sekä an

## Liite 2. 4 (13)

taa tietoa laajemmasta moniammatillisen hoidon tarpeesta. Kartoittaminen informoi fysioterapeuttia myös potilaan kyvystä joustaa ja selviytyä kipukokemuksessaan. 'Keltaisten lippujen' kohonnut määrä ennustaa kivun intensiteettiä ja huonompaa toimintakykyä. (Stearns ym. 2021, 460—462.)

OMT-fysioterapiaa voidaan toteuttaa neljällä tasolla, jossa tasolla yksi tavanomainen terapia parantaa fyysistä toimintakykyä, tasolla kaksi **PIPT huomioi potilaan uskomukset ja asenteet sekä tunteiden vaikutuksen**. Esimerkiksi potilaiden kohdalla, joilla on kartoituksen mukaan heikot selvitymisstrategiat, **motivoiva haastattelu ja CBT sopisivat menetelmiksi**. Tasolla kolme PIP toimisi yhteistyössä lähetteellisen terveydenhuollon kanssa ja neljännelle tasolla potilaat ohjautuvat välittömään lähetteelliseen hoitoon. Hoidon tasoon vaikuttaisi kartoittaessa osoitettu keltaisten lippujen määrä, tai vakava asteinen psyykinen sairaus. (Stearns ym. 2021, 463.)

Esimerkissään asiantuntijat ehdottavat seuraavaa polkua psykologisten tekijöiden huomioinnissa: **potilaan historian sekä kognitiivisten- ja tunnetekijöiden, sosiaalisten- ja elämäntapatekijöiden kartoittaminen, tavoitteen asettelu, standardisoidun psykologisten tekijöiden kartoitustyökalun käyttäminen, potilaan kanssa tehdyt päätökset sekä keskustelu kartoituksen tuloksista ja suunnitelma fysioterapian toteutuksesta**. Terapian seuranta toteutetaan toimintakyvyn parantuessa mittauksilla, joka vaikuttaa jatkosuunnitteluun. Psykologisten tekijöiden kartoittaminen hoidon aikana voisi lisätä **henkistä terveyttä, elämänlaatua**, tulevaisuuden terveystalvelujen tarpeen vähenemistä ja nykyisen hoidontarpeen arviointia. Psykologisten tekijöiden rutinoitunut kartoitus vähentäisi myös huolta mahdollisesta syrjinnästä ja implisiittisistä harhoista. Tällä hetkellä ei ole olemassa yliverstaista työkalua 'keltaisten lippujen' kartoittamiseksi, yleisesti käytössä olevia mittareita ovat kirjoittajien mukaan muun muassa **OSPRO-YF, STarT Back, Örebro**. (Stearns ym. 2021, 464, 466.)

Holopainen ym. (2020, 8, 19—24) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa sekä meta-analyysissä oli mukana 12 tutkimusta, joissa osallistujia yhteensä 113.

## Liite 2. 5 (13)

Katsaus käsitteli fysioterapeuttien käsityksistä oppia ja implementoida biopsykososiaalisia interventioita tuki- ja liikuntaelin peräisiin kipukokemuksiin liittyvässä fysioterapiassa havaittiin neljä teemaa: muuttunut ymmärrys ja käytäntö, ammatilliset edut, kliiniset haasteet sekä oppimisen edellytykset.

Alateemoja mukana olleesta aineistosta nousi 16, joista muuttuneen ymmärryksen ja käytännön alla esiintyvät mm. yksilölähtöinen hoito sekä terapiasuhte ja vuorovaikutus. Ammatillisen hyödyn alla esiintyvät mm. tehokas käytäntö sekä työtyytyväisyys. Kliinisten haasteiden alla esiintyi seitsemän alateemaa, joista potilaan näkökulmaa edustivat potilaan ajatukset ja uskomukset. Oppimisen edellytysten alateemoina esiintyvät strukturoitu oppiminen sekä jatkuva prosessi. Oppimiskokemuksessa korostui konstruktivistinen ja transformationaalinen oppiminen, jotka vaikuttivat ammatti-identiteetin ja työn näkökulmista, ja ohjasvati terapeutteja toimimaan BPS mallin mukaisesti sekä yksilölähtöisesti. Tutkimuksen mukaan uusi tieto sijoittuu yksilön, ryhmän ja organisaation tasoilla ja vaatii siten monimutkaisia muutoksia kliinisissä rutiineissa, ammattien välistä yhteistyötä sekä organisatorisia muutoksia tai jopa kulttuurin ja uskomusten muuttamista. Tutkimuksen tulokset osoittavat fysioterapeuttien muutosta kohti biopsykologisempaa ja yksilölähtöisempää lähestymistapaa. Luottamus malliin johti parantuneisiin tuloksiin ja lisäsi ammatillista motivaatiota ja työn palkitsevuutta. Tutkijat linjaavatkin BPS mallin keskeiseksi käytännöksi keskustelun potilaan odotuksista. (Holopainen ym. 2020, 19—24.)

Coronado ym. (2020, 1) arvioivat kirjallisuuskatsauksessaan (n=22) PIPT:n vaikutuksia potilaiden tule vaivojen kipukokemukseen tavanomaiseen fysioterapiaan verrattuna. Tutkimuksessa pyrittiin kategorisoimaan käytettyjä interventioita, raportoimaan harjoittelun määrää ja annostusta sekä keskustelemaan kliinisistä seurauksista ja tulevaisuuden suosituksista.

PIPT interventiot luokiteltiin tutkimuksessa 1. asteittainen aktiivisuuden lisäämiseen ja asteittaiseen altistamiseen, 2. CBT perustuvaan fysioterapiaan, 3. ACT perustuvaan fysioterapiaan ja 4. internet-pohjaisiin psykologisiin ohjelmiin.

## Liite 2. 6 (13)

Aktiivisuuden asteittainen lisääminen ja asteittainen altistaminen korostavat kohteena olevien **toimintojen vahvistamiseen opittujen seuraamusten kautta** ja ne pohjaavat **pelko-välttämiskäyttäytymisen purkamiseen**. Pelko-välttäminen on tiedollinen ja tunnepohjainen toiminnan välttämisen tapa, joka liittyy kivun kokemiseen ja ylläpitämiseen, sekä johtaa lisääntyneeseen toimintakyvyttömyyteen liiallisen tarkkailun ja käyttämättömyyden seurauksena. Aktiivinen altistaminen ja aktiivisuuden lisääminen **osoittavat suoraan fyysisen toiminnan tai tehtävän välttämisenä tehokkaasti, yhteistoiminnallisesti sekä tavoiteorientoituneesti**. Aktiivisuuden lisäämisen tavoitteena PIPT on lisätä asiakkaan sietokykyä vältettyihin toimiin, joita tarvitaan päivittäin **lisäten terveyskäyttäytymistä**. Lisätyn aktiivisuuden kautta potilaat **oppivat kohtaamaan vältettyjä toimia ja toimintoja ja murtaamalla pelko-välttämisen kehää**. (Coronado ym. 2020, 3.)

CBT vauhdittaa potilaan **luottamusta** selvitä kivun kanssa ja **lisää kivunhallinnan keinoja**. CBT pyrkii **identifioimaan ja vähentämään maladaptatiivista käytöstä, vahvistaa positiivista selviytymistä (coping), osoittaa hyödyttömiä kipuun vaikuttavia ajatuksia ja uskomuksia ja lisätä kivun itsehallinnan keinoissa**. Tässä keinot vaihtelevat toimijan mukaan, tyypillisesti ne ovat **taitoharjoittelua, psykoedukatiota, taitojen soveltamista ja päivittäisen toiminnan ylläpitämistä**. (Coronado ym. 2020, 3.)

**ACT** (Acceptance & Commitment Therapy) **käyttää tekniikoita kuten mindfulness, hyväksyminen, käyttäytymisen muuttamisen strategioita sisäisen sisäistä joustavuutta sekä auttaa löytää uudelleen ydinarvoja suhteessa elämään** läsnäolevasta kivusta huolimatta. ACT suuntaa fokuksen kivun oireiden vähentämisen sijasta kohti hyväksyvää ja arvolähtöisiä tavoitteita kuten **parempi toimintakyky**. Tavoitteena hoidossa on **vähentää kokemuksellista välttämistä** (tunteuksia, tunteita ja ajatuksia) ja **edistää psykologista joustavuutta** sekä **tietoisuutta sekä aktiivisuuteen sitoutumista**. (Coronado ym. 2020, 9.)

Tutkijat osoittavat katsauksessa, että PIPT on tehokasta, jos se on toteutettu johdonmukaisen koulutuksen ja toteutuskäytäntöjen mukaisesti. Useimmissa tutkimuksissa oli mukana **yhteistyötä psykologin tai kuntoutusterapeutin** kanssa, jolla

Liite 2. 7 (13)

saattaa olla merkitystä toteutukseen ja luotettavuuteen. Psykologien toteuttamalla CBT:lla on suhteellisen hyvät vaikutukset kroonisen kivun hoidossa. Tutkijat linjaavatkin, että **PIPT strategiana ei välttämättä ole tarvittava kaikille pitkittyneen kipukokemuksen tule-potilaille**. Lähestymistapojen tarpeellisuutta tulisi huomioida **yksilöllisesti**, esimerkiksi yksilöllisen resilienssikyvyn mukaisesti. (Coronado ym. 2020, 11.)

Aineiston kuvaileva luokittelu:

MITEN PIPT VAIKUTTAA TULE-POTILAAN PITKITTYYNEESEEN KIPUKOKEMUKSEEN?

**terapeuttinen suhde**

**terapiasuhdetta**

**terapiasuhde**

**terapeutin asenteet ja uskomukset**

**empatia sekä muut tunnelähtöiset reaktiot**

**terapiasuhteen rakentaminen**

*more than a professional*

**→ terapiasuhteen rakentaminen vaikuttaa aktivoitumiseen**

**yksilölähtöinen hoito**

**potilaan ajatukset ja uskomukset**

**potilaiden tietoisuuteen, hoidon yksilöllistymiseen ja siihen sitoutumiseen**

**terapeuttien rooli potilaan kuntoutuksen tukena**

**→ aktivoituminen**

**terapeutin vaikutus potilaaseen**

Luottamus BPS malliin johti **parantuneisiin** tuloksiin

**terapeutin kompetenssi työskennellä asiakkaan näkökulmasta**

**fysioterapeuttien intentioita**

**suora sitoutuminen uskomusten muuttamiseen**

Liite 2. 8 (13)

edistää psykologista joustavuutta sekä tietoisuutta sekä aktiivisuuteen sitoutumista

→ sitoutuminen terapiaan lisääntyy

aktiivisuutta estävien tekijöiden osoittaminen

vauhdittaa potilaan luottamusta, osoittaa hyödyttömiä kipuun vaikuttavia ajatuksia ja uskomuksia ja lisätä kivun itsehallinnan keinoissa

PIPT huomioi potilaan uskomukset ja asenteet sekä tunteiden vaikutuksen

→ tunteen uudelleen rakentuminen, toiminnan muutoksen kautta, kipukäsityksen muutos

minätietoisuus ja sitoutuminen

muutti heidän asenteitaan ja suhdetta saavutuksiinsa

muuttunut ymmärrys ja käytäntö

→ minäpystyvyyden rakentuminen

potilas oli halukas ymmärtämään omaa mieli-keho suhdettaan

*working with the whole of me*

kehitti fyysistä tietoisuutta sekä lisäsi tunteiden ja ajatusten merkityksestä käytökseen

→ hyvinvointi koko kehon näkökulmana, tietoisuus käsityksistä ja tunteista

parempi toimintakyky

sopivan terapian tai jatkohoidon toteutuminen

henkistä terveyttä, elämänlaatua

lisäten terveystietoisuutta

→ tulevaisuuden toimiin vaikuttaminen, kun identifioidaan mitä on opittu, tietoisuuden muutos ja toiminnan seuraamusten ymmärtäminen, toivo, rohkeus, minätietoisuus, mielenterveyden edistyminen, elämänlaatu

Liite 2. 9 (13)

(PIPT strategiana ei välttämättä ole tarvittava kaikille pitkittyneen kipukokemuksen tule-potilaille)

**Tulokset teemoittain luokiteltuna:**

TERAPIASUHDE
YKSILÖLLISYYS
SITOUTUMINEN
AKTIIVISUUS
TUNTEIDEN JA USKOMUSTEN KÄSITTELEMINEN
MINÄTIETOISUUS ja MINÄPYSTY- VYYS
TOIMINNAN SEU- RAAMUSTEN YM- MÄRTÄMINEN

Aineiston kuvaileva luokittelu:

MINKÄLAISIA OVAT PIP:N KÄYTTÄMÄT KEINOT?

biopsykososiaalinen näkökulma valitaan, kun psyksososiaalinen strategia havainnoidaan sopivaksi

asiakaslähtöisesti

psykologisten tekijöiden yksilökohtainen huomiointi

potilaan historian sekä kognitiivisten- ja tunnetekijöiden, sosiaalisten- ja elämäntapatekijöiden kartoittaminen

standardisoidun psykologisten tekijöiden kartoitustyökalun

OSPRO-YF, STarT Back, Örebro

biopsykososiaalisia interventioita

toimimaan BPS mallin mukaisesti sekä yksilölähtöisesti

- **BIOPSYKOSOSIAALINEN MALLI, PSYKOLOGISTEN TEKIJÖIDEN KARTTOITTAMINEN**, OSPRO-YF, STarT Back, Örebro, historian sekä kognitiivisten- ja tunnetekijöiden, sosiaalisten- ja elämäntapatekijöiden kartoittaminen, *POTILASLÄHTÖINEN HOITO*

terapiasuhteen luominen ja tavoitteen asettelu

Liite 2. 10 (13)

huumorin käyttö

toimintatapoja

edistymisen huomiointi

potilaan autonomian vahvistaminen ja heittäytymisen rohkaisu

potilaan rohkaiseminen

identifioidaan mitä on opittu ja miten tämä vaikuttaa häneen tulevaisuuden toimintaansa

potilaiden luottamuksen saavuttaminen

Vuorovaikutteinen tila

keskustelun potilaan odotuksista

kokeilemista kohti esteitä ja sitoutti vaikeuksien kohtaamisessa

keskustelua potilaan ajatuksista, tuntemuksista ja kipukokemuksestaan

tavoitteen asettelu käyttäminen, potilaan kanssa tehdyt päätökset sekä keskustelu kartoituksen tuloksista ja suunnitelma fysioterapian toteutuksesta

motivoiva haastattelu

vuorovaikutus

koko keho huomioitiin

#### → PSYKOLOGISET INTERVENTIOT

*EMPATIA, EI-TUOMITSEVA-ASENNE, JAETTU PÄTÖKSEN TEKO, TOIVON HERÄTTÄMINEN*

*YHTEISTYÖSUHDE, VUOROVAIKUTTEINEN TILA, TERAPEUTTI KÄYTTÄJÄN KAVERI-IHMINEN, TURVALLINEN JA KANNUSTAVA TERAPIAILMAPIIRI, POSITIIVINEN PALAUTE, JOUSTAVUUS*

*TAVOITTEEN ASETTELU, suunnitelma fysioterapian toteutuksesta, TERAPIAN SEURANTA*

*MOTIVOIVA HAASTATTELU, AUTONOMIAN VAHVISTAMINEN, OPITUN IDENTIFIOIMINEN, KOKO KEHON HUOMIOIMINEN*

ammattien välistä yhteistyötä

yhteistyötä psykologin tai kuntoutusterapeutin

#### → MONIAMMATILLISUUS

Liite 2. 11 (13)

## CBT

CBT perustuvaan fysioterapiaan

toimintojen vahvistamiseen opittujen seuraamusten kautta

vähentää kokemuksellista välttämistä

pelko-välttämiskäyttäytymisen purkamiseen

katastrofisointi (purkaminen)

uskomusten ja somaattisten kokemusten uudelleenkäsitteellistäminen minä-

pystyvyyden vahvistaminen

koetun uhkan vähentäminen

somaattisten tunteiden normalisointi sekä potilaan toleranssiin mukautuminen

toiminnan kautta uskomuksiin vaikuttaminen

potilaiden uskomusten ymmärtäminen, yksilölle sopivan aktiivisuuden määrittä-

minen sekä potilaiden halukkuus sitoutua tekemään tiettyjä liikkeitä fysioterapeutit

fasilitoivat uskomusten ja kokemusten uudelleen määrittämistä sekä edistivät po-

tilaan minä-pystyvyyttä rakentamalla terapiasuhdetta sekä vähentämällä havait-

tua uhkaa

osoittavat suoraan fyysisen toiminnan tai tehtävän välttämisenä tehokkaasti, yh-

teistoiminnallisesti sekä tavoiteorientoituneesti

oppivat kohtaamaan vältettyjä toimia ja toimintoja ja murtamalla pelko-välttä-

sen kehää

lisää kivunhallinnan keinoja

identifioimaan ja vähentämään maladaptatiivista käytöstä, vahvistaa positiivista

selviytymistä (coping)

awareness

*Working through challenges in the relationship*

taitoharjoittelua, taitojen soveltamista ja päivittäisen toiminnan ylläpitämistä

- CBT: UHKAN VÄHENTÄMINEN, HAITALLISET USKOMUKSET JA AJATUSMALLIT, SOMAATTISTEN KOKEMUSTEN UUELLEENKÄSITTEELLISTÄMINEN JA MINÄPYSTYVYYDEN VAHVISTAMINEN, RENTOUTUS, MINDFULLNESS, MIELIKUVAHARJOITTELU

Liite 2. 12 (13)

**ACT perustuvaan fysioterapiaan**

**ACT** (Acceptance & Commitment Therapy) **käyttää tekniikoita kuten mindfulness, hyväksyminen, käyttäytymisen muuttamisen strategioita sisäisen sisäistä joustavuutta sekä auttaa löytää uudelleen ydinarvoja suhteessa elämään yksilöllisesti**

→ **ACT**

**asteittainen aktiivisuuden lisäämiseen ja asteittaiseen altistamiseen**

→ **ASTEITTAINEN ALITSTAMINEN TAI AKTIIVISUUS**

**internet-pohjaisiin psykologisiin ohjelmiin**

**psykoedukaatiota**

→ **VERKKOPERUSTAINEN OHJAUS, PSYKOEDUKAATIO**

**Tulos teemoittain luokiteltuna:**

<i>PSYKOLOGISESTI INFORMOIDUN FYSIOTERAPIAN KEINOJA</i>	
<b>BPS malli</b>	<i>psykologisten, sosiaalisten ja fyysisten tekijöi- den huomioimi- nen/ kartoittami- nen</i>
<b>PSYKOLOGISET INTERVENTIOT</b>	<i>Yksilölähtöinen terapia: jaettu päättöksenteko, empatia, toivon herättäminen</i>
	<i>Yhteistyösuhde: vuorovaikutus, turvallinen ja kannustava il- mapiiri, jous- tavuus, positiivi- nen palaute</i>
	<i>Tavoitteen aset- telu: terapia- suunni- telma, terapian seu- ranta</i>

## Liite 2. 13 (13)

	Autonomian vahvistaminen: <i>motivoiva haastattelu, opitun identifioiminen</i>
	Koko kehon huomioiminen
<b>MONIAMMATILLISUUS</b>	
<b>CBT</b>	<i>Hhaitallisten uskomusten ja ajatusmallien identifioiminen, uhkan vähentäminen, somaattisten kokemusten uudelleen käsitteellistäminen, minäpystyvyyden vahvistaminen, itsenjohtamisen edistäminen, rentousharjoittelu, mielikuva-harjoittelu, mindfulness</i>
<b>ACT</b>	
<b>ASTEITTAINEN ALITSTAMINEN tai ASTEITTAINEN AKTIIVISUUS</b>	
<b>VERKKOPERUSTAINEN OHJAUS</b>	