

Ulla Kaukonen, Outi Rinta-Pollari

Työikäisten niskakipupotilaiden fysioterapia Suomessa

Osa 2: Hoitokäytännöt yksityisissä hoitolaitoksissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti AMK

Fysioterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Syksy 2012

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Ulla Kaukonen, Outi Rinta-Pollari Työkäisten niskakivupotilaiden fysioterapia Suomessa Osa 2: Hoitokäytännöt yksityisissä hoitolaitoksissa 33 sivua + 2 liitettä Syksy 2012
Tutkinto	Fysioterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Fysioterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapia
Ohjaaja(t)	Fysioterapian yliopettaja Riku Nikander Fysioterapian lehtori Tiina Karihtala Fysioterapian lehtori Tarja-Riitta Mäkilä Lehtori Sami Grönberg Dosentti, fysiatrian ylilääkäri Jari Ylinen
<p>Tausta: Niskakipu on yleinen syy hoitoon hakeutumiselle, mutta tutkimustietoa toteutuneen fysioterapian sisällöstä eri terveydenhuollon sektoreilla ei ole. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia hoitokäytäntöjä epäspesifin niskakivun fysioterapiassa noudatetaan, missä määrin ne ovat linjassa tutkimusnäytön kanssa ja millaisia kehitystarpeita on. Tutkimusprojekti toteutettiin yhteistyössä fysiatrian ylilääkäri Jari Ylisen kanssa, joka on tehnyt useita tutkimuksia niskakivun hoidosta. Vahvinta tutkimusnäyttöä on pitkäkestoisesta lihasvoimaharjoittelusta.</p> <p>Menetelmät: Tutkimus toteutettiin neliosaisena poikkileikkaustutkimuksena valtakunnallisesti internetkyselyn avulla. Osa 1 tutki terveysasemia, osa 2 yksityistä sektoria, osa 3 fysiatrian poliklinikoita ja osa 4 kuntoutuslaitoksia. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat niskakivupotilaita hoitavat fysioterapeutit. Tämä on tutkimuksen osa 2, joka toteutettiin yksityisellä sektorilla. Kysymykset käsittelivät mm. hoitajakson kestoa ja käytettyjä hoitomuotoja sekä harjoittelun sisältöä.</p> <p>Tulokset: Yksityiseltä sektorilta kyselyyn vastasi 45 fysioterapeuttia. Lähes kaikki vastanneet ohjasivat potilailleen lihasvoima-, liikkuvuus- ja/tai stabiloivia harjoitteita ja kaksi kolmasosaa ohjasi venyttelyitä. Harjoittelun kokonaiskesto vaihteli suuresti ollen vähimmillään kolme viikkoa ja enimmillään elinikäisesti. Harjoittelun ohella suuri osa fysioterapeuteista antoi potilaalle ergonomiohjausta ja lähes puolet liikunnanohjausta. Eniten käytettyjä kipuhoitomuotoja olivat manuaalinen terapia ja fysikaaliset hoidot.</p> <p>Johtopäätökset: Yksityisellä sektorilla terapeuttinen harjoittelu on aktiivisesti käytössä niskakivun fysioterapiassa. Lihasvoimaharjoittelua käytetään kuitenkin liian vähän ja harjoittelu jää usein kestoiltaan lyhyeksi ilman kunnollista seurantaa.</p>	
Avainsanat	niskakipu, yksityinen sektori, terapeuttinen harjoittelu, kysely

Author(s) Title	Ulla Kaukonen Outi Rinta-Pollari Physiotherapy in Treatment of Neck Pain in Working Age Population in Finland Part 2: Clinical Practices in Private Sector
Number of Pages Date	33 pages + 2 appendices Autumn 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Specialisation option	Physiotherapy
Instructor(s)	Riku Nikander, Principal Lecturer Tiina Karihtala, Senior Lecturer Tarja-Riitta Mäkilä, Senior Lecturer Sami Grönberg, Senior Lecturer Jari Ylinen, MD, PhD, Central Finland Health Care District
<p>Purpose: Neck pain is a common condition for which physiotherapy is often prescribed. However the therapeutic practices are poorly studied. The aim of this study was to find out what kind of practices are in use for management of non-specific neck pain, if these practices are aligned with scientific evidence and if they require further development. The study was conducted in co-operation with Jari Ylinen, MD, PhD, Central Finland Health Care District, who has studied neck pain extensively. Clinical studies have produced reliable evidence for using long-term strength training in treating non-specific neck pain.</p> <p>Methods: This study was a part of a nationwide, four part cross-sectional study, in which the research data was collected using an internet questionnaire. Part 1 covered health care centres, part 2 (this study) covered private practices, part 3 physiatric polyclinics and part 4 rehabilitation centres. The questionnaire was sent to physiotherapists who rehabilitate neck pain patients. The questions focused for example on the duration of the treatment period, the clinical practises used and the contents of the therapeutic exercises.</p> <p>Results: 45 private practice physiotherapists took part in the study. Most of them used strength, mobilization and/or stabilization exercises and two thirds used stretching as the method of treatment. The duration of the training period varied from three weeks to lifelong commitment. In addition to exercises, most physiotherapists provided ergonomic advice and almost half instructed patients to do sports. The most common pain relieving treatments were manual therapy and physical modalities.</p> <p>Conclusions: Private practices use therapeutic exercises actively for managing non-specific neck pain. Strength training is not utilized properly and exercise periods are often too short and without a proper follow-up.</p>	
Keywords	neck pain, private sector, therapeutic exercise, questionnaire

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeisiä käsitteitä	3
3	Kirjallisuuskatsaus	5
3.1	Terapeuttinen harjoittelu	5
3.2	Venyttely	9
3.3	Manuaalinen terapia	10
3.4	Psykofyysinen ohjaus	11
3.5	Fysikaaliset hoidot	11
3.6	Yleinen aktiivisuus ja liikunta	12
3.7	Ergonomiaohjaus	13
4	Menetelmät	14
4.1	Tutkimusasetelma ja kohderyhmä	14
4.2	Kyselylomake ja analyysimenetelmät	16
5	Tulokset	17
5.1	Taustatiedot	17
5.2	Hoitojakso	17
5.3	Terapeuttinen harjoittelu	18
5.4	Muu ohjaus ja kipuhoidot	21
6	Pohdinta	23
	Lähteet	29
	Liitteet	
	Liite 1. Tutkimuslupapyyntö	
	Liite 2. Kyselylomake	

1 Johdanto

Niskakipu on yleinen syy lääkärissä käyntiin ja fysioterapiaan hakeutumiselle. Hoitona käytetään muun muassa lääkettä, manuaalista terapiaa, fysikaalisia hoitoja ja terapeuttista harjoittelua. Niskakivun hoidosta on tehty runsaasti tutkimusta, mutta tutkimusasetelmissa ja tuloksissa on paljon vaihtelua.

Manuaalisen terapian suotuisasta vaikutuksesta on hieman näyttöä niskakivun hoidossa ja se on todettu myös lääkitystä tehokkaammaksi hoitomuodoksi (Bronfort ym. 2012; Hoving ym. 2002). Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa Hurwitz ym. (2009) myös totesivat, että aktiivista niskan lihasten voimaharjoittelua ja manuaalista terapiaa sisältävät terapiamuodot ovat niskakivun hoidossa tehokkaampia kuin muut tutkitut vaihtoehdot. Harjoittelun vaikuttavuudesta taas on kohtalaista tutkimukseen perustuvaa näyttöä minkä lisäksi on osoitettu, että harjoittelu yksinään auttaa niskakipuun yhtä hyvin kuin eri hoitojen yhdistelmät (Bronfort ym. 2012; Chiu ym. 2005b; Evans 2002; Ylinen ym. 2003; 2007a; 2010).

Aiempaa tutkimustietoa ei kuitenkaan juurikaan ole siitä, mitä toteutunut niskakipupotilaan fysioterapia sisältää eri terveyskeskuksissa, yksityisissä hoitolaitoksissa, kuntoutuslaitoksissa tai fysiatrian poliklinikoilla. Tämä opinnäytetyö oli osa laajempaa kokonais selvitystä, jonka tavoitteena oli internet-kyselyn avulla tuottaa tietoa vallitsevista fysioterapian hoitokäytännöistä eli selvittää hoidetaanko niskakipupotilaita tutkimuksiin perustuvan tiedon mukaisesti, vai olisiko hoitokäytännöissä erityistä kehitettävää.

Kokonais selvityksen kohderyhmänä olivat niskakipupotilaita hoitavat fysioterapeutit Suomessa. Selvitys toteutettiin valtakunnallisena neliosaisena poikkileikkaustutkimuksena, jossa osa 1 tutki terveysasemia, osa 2 yksityistä sektoria (tämä opinnäytetyö), osa 3 fysiatrian poliklinikoita ja osa 4 kuntoutuslaitoksia. Kaikki osat tehtiin yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ylilääkäri, fysiatri Jari Ylisen kanssa. Ylinen on tutkinut muun muassa niskakipuun vaikuttavia fysioterapeuttisia hoitomuotoja (Ylinen ym. 2003; 2007a; 2007b; 2007c; 2010).

Kokonaisselvityksen tarkoituksena oli vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

Millaista on työikäisten niskakipupotilaiden fysioterapia Suomessa?

Miltä osin fysioterapian hoitokäytännöt ovat tutkimusnäyttöön perustuvia?

Millaisia kehitystarpeita on nykyisissä fysioterapiakäytännöissä?

Vertasimme kyselyn avulla saatua tietoa aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Tarkastelimme millä tavalla tutkimustieto näkyy käytännön sovelluksina fysioterapeuttien työssä yksityisissä hoitolaitoksissa. Tämä opinnäytetyö voi siten hyödyttää fysioterapia-alaa yhdenmukaistaen niskan kuntoutukseen liittyviä hoitokäytäntöjä ja lisäten fysioterapian laatua ja nostaa koko alan arvostusta.

2 Keskeisiä käsitteitä

Kipu	Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein (IASP 1994). Kipu jaotellaan keston mukaan akuuttiin, subakuuttiin ja krooniseen kipuun keston mukaan. Kroonisen kivun kesto ylittää kudოსvaurion paranemiseen tarvittavan ajan.
Epäspesifinen niskakipu	Kaikki niskakivun ilmentymät, joiden syntymekanismeja ei pystytä yhdistämään poikkeaviin anatomisiin rakenteisiin (KCE 2009)
Spesifinen harjoittelu	Harjoittelu kohdistuu spesifisesti tiettyyn ominaisuuteen ja harjoittelun hyöty ominaisuuden suhteen saavutetaan tämän kohdistamisen kautta. (ACSM 2009)
Progressiivinen harjoittelu	Lihäsvoimaharjoittelun muokkaaminen ajan kuluessa siten, että vaiheittain pyritään kohti tiettyä tavoitetta. Vastakohta on tiettyä suoritustasoa ylläpitävä harjoittelu. (ACSM 2009)
Periodisointi	Harjoittelun jaksottaminen erityyppisiin vaiheisiin. Klassisessa periodisoinnissa harjoittelu aloitetaan pienellä kuormituksella ja suurella toistomäärällä. Alkuvaiheen jälkeen kuormitusta kasvatetaan ja toistomääriä pienennetään. Periodisoitu harjoittelu on tutkimusten mukaan periodisoimatonta tehokkaampaa (ACSM 2009)
Kestävyysharjoittelu	Lihäsvoimaharjoittelun muoto, jossa pyritään lihasten kestävyysominaisuuksien (eli tietyllä submaksimaalisella kuormituksella saavutettavien toistomäärien) parantamiseen. Myös kestävyysvoimaharjoittelu. (ACSM 2009)
Lihäsvoimaharjoittelu	Lihäsvoimaharjoittelun muoto, jossa pyritään maksimaalisen lihasvoiman kasvattamiseen. Myös voimaharjoittelu, maksimivoimaharjoittelu. (ACSM 2009)
Harjoittelun tiheys	Harjoituskertojen lukumäärä viikossa
Isometrinen harjoite	Harjoitettavan lihaksen pituudessa ei tapahdu harjoitteen aikana nettomuutosta (ACSM 2009).
Dynaaminen harjoite	Harjoitettavan lihaksen pituudessa tapahtuu harjoitteen aikana nettomuutos (ACSM 2009).
Liikkuvuusharjoite	Harjoite, jolla pyritään tietyn liikeradan palauttamiseen tai ylläpitämiseen
Stabiloiva harjoite	Harjoite, jolla pyritään lokaalien lihasten ominaisuuksien kehittämiseen. Tällöin keskeistä on lihasten oikea syttymisjärjestys eli globaalien lihasten aktivoituminen lokaalien jälkeen tai globaalien lihasten inhibitio.
Harjoitteluterapia	Terapiamuoto, jossa potilas aktiivisesti suorittaa määriteltyä fyysistä harjoittelua, jolla pyritään oireiden lievittämiseen tai toimintakyvyn parantumiseen. Myös terapeuttinen harjoittelu.
Manuaalinen terapia	Terapiamuoto, jossa terapeutti aktiivisesti suorittaa pehmytkudoksen tai nivelen käsittelyä pääasiassa passiiviselle potilaalle, kuten hieronta, mobilisaatio- tai manipulaatiohoito.

Fysikaalinen terapia	Terapiamuoto, jossa potilas on pääasiassa passiivinen ja joiden vaikutusmekanismi perustuu fysikaaliseen suureeseen kuten lämpö-, kylmä-, sähkö- ja ultraäänihoidoissa. Myös teippaus luetaan fysikaaliseksi terapiaksi, jolloin vaikutusmekanismi on tukivoima. Myös fysikaalinen hoito.
Venytysharjoittelu	Harjoittelumuoto, jossa pyritään ylläpitämään tai lisäämään lihasten, jänteiden, sidekudoskalvojen, nivelsiteiden ja nivelkapselin elastisuutta. Venyttelyllä pyritään siis lisäämään nivelen liikelaajuutta, lihaksen venyvyyttä, lihaspituutta ja edistämään lihaksen rentoutumista. (Ylinen 2002: 7, 10.)

3 Kirjallisuuskatsaus

Kroonisen niskakivun fysioterapeuttisista hoitomenetelmistä on edeltävän noin vuosikymmenen aikana tuotettu kansainvälisesti runsaasti tutkittua tietoa. Vahvaa näyttöä tuloksellisimmista niskakivun hoitoon soveltuvista menetelmistä tai validoituja kliinisiä suosituksia tai standardoitua hoitolinjaa sen hoitoon ei silti ole kyetty toistaiseksi tuottaa (Ylinen ym. 2007a; 2010; Andersen ym. 2011). Niskakipu on laaja kokonaisuus ja sen tausta sekä oirekuvat vaihtelevat yksittäisten potilaiden välillä huomattavasti. Tarkka kliininen diagnosointi on usein ongelmallista, koska tunnusmerkit ja oireet osoittautuvat säännöllisesti epäspesifisiksi (Griffiths ym. 2009). Niskakivun diagnostiikan ja hoidon apuvälineeksi ei toistaiseksi ole olemassa vastaavaa luokittelua kuin esimerkiksi alaselkävivussa (O'Sullivan 2005). Tämä saattaa omalta osaltaan vaikeuttaa niskakipupotilaan hoidon suunnittelua, toteuttamista ja parhaiten kullekin yksittäiselle potilaalle soveltuvien hoitomenetelmien valintaa.

Kroonisen niskakivun hoidossa käytetyt menetelmät ovat vaihdelleet passiivisista menetelmistä ja levosta aktiivisiin hoitomenetelmiin sekä aktiiviseen terapeuttiseen harjoitteluun (Nikander ym. 2006; Ylinen ym. 2007a; 2010). Niskakipupotilaille annettu hoito on sisältänyt muun muassa ergonomista ohjausta, aktiivista harjoittelua, yleisen fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen kannustamista, manuaalista terapiaa tai fysikaalisia hoitoja sekä esimerkiksi akupunktiota (Ylinen 2007a; Andersen ym. 2011; Hurwitz ym. 2009). Tuloksellisinta hoitomenetelmää ei kuitenkaan ole kyetty määrittelemään (Hurwitz ym. 2009). Vahva näyttö eri menetelmien vaikuttavuudesta kroonisen niskakivun hoidossa on puutteellista ja aihetta koskeva tutkimustieto on paikoin ristiriitaista (Ylinen ym. 2007a; 2007b; Andersen ym. 2011; Kay ym. 2012; Viljanen ym. 2003, Taimela ym. 2000). Hurwitz ym. (2009) toteaa kuitenkin katsausartikkelissaan mahdollisimman varhaiseen toiminnallisuuden palauttamiseen tähtäävien interventioiden olevan niskakivun hoidossa suhteessa tehokkaampia kuin interventioiden ilman tätä tavoitetta.

3.1 Terapeuttinen harjoittelu

Kroonisen niskakivun on aikaisemmin ajateltu aiheutuvan niskan lihasten väsymisen seurauksena. Tämän takia pääasiallisina käytäntöinä sen hoidossa on sovellettu passiivisia menetelmiä ja lepoa. (Ylinen 2007a.) Uudemmissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu yhteys niskakivun ja niskan lihasten heikentyneen lihasvoiman välillä, vaikka näiden kahden seikan välinen kausaalinen suhde ei toistaiseksi ole selvillä (Ylinen ym.

2003; 2007a; 2010; Chiu ym. 2005a; Falla ym. 2006; Jull ym. 2009; Salo ym. 2010). Niskakivusta kärsivillä potilailla on mitattu huomattavia alenemia niskan eri lihasten lihasvoimassa terveisiin verrokkeihin verrattuna.

Spesifistä niskan lihasten voimaharjoittelua tutkineissa seurantatutkimuksissa on vastaavasti todettu yhteys kasvaneen lihasvoiman ja vähentyneen kivun välillä. (Ylinen ym. 2003; 2007a; 2010; Chiu ym. 2005a.) Kaularangan syvien lihasten toiminnan ja motorisen kontrollin häiriöiden yhteys krooniseen niskakipuun on niin ikään havaittu tutkimuksissa (O'Leary ym. 2007; Jull ym. 2009). Jull ym. (2009) esittivät tutkimuksessaan kaularangan syvien lihasten toiminnan korjaamisen olevan ensiarvoisessa asemassa niskakivun hoidossa ennen etenemistä kuormittavampaan harjoitteluun.

Vahvaa näyttöä terapeuttisen harjoittelun eri muotojen vaikuttavuudesta ei kuitenkaan ole kyetty esittämään (Ylinen 2007a; Andersen ym. 2008a; Kay ym. 2012). Niskakivun terapeuttista harjoittelua käsittelevässä tuoreessa Cochranen systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa löydettiin kohtalaista näyttöä yhdistetyn kaularangan ja lapaseudun lihasvoima- sekä venyttelyharjoittelun vaikuttavuudelle koettuun kipuun ja toimintaan aina keskipitkään seurantaan asti. Matalatehoisen kestävyysharjoittelun vaikuttavuudesta niskaperäiseen päänsärkyyn pitkällä aikavälillä löydettiin niin ikään kohtalaista näyttöä. (Kay ym. 2012.) Katsauksessa nousi esiin aiemminkin todettu korkealaatuisten kohdistettujen tutkimusten puute. Katsaukseen sisällytettiin lopulta ainoastaan 21 tutkimusta. (Kay ym. 2012; Andersen ym. 2008a.) Tutkimuksissa on esiintynyt myös metodologisia ongelmia esimerkiksi potilasvalinnassa, spontaanin paranemisen huomioidmisessa, tuloksia analysoitaessa sekä interventioiden kuvauksessa ja harjoittelun vaikutusten eriyttämisessä mahdollisista muista käytetyistä hoitomenetelmistä tuloksia arvioitaessa (Kay ym. 2012; Ylinen 2007a). Niskakivun hoitoon käytetyn terapeuttisen harjoittelun käytäntöjen ja sisällön optimoimiseksi lisätutkimus on siis yhä tarpeen.

Laajinta tutkimuksellista näyttöä kroonisen niskakivun terapeuttisen harjoittelun alueelta on toistaiseksi niskan alueen spesifistä lihasvoimaharjoittelusta (Ylinen ym. 2003; 2006; 2007a; 2010; Nikander ym. 2006; Salo ym. 2010; Häkkinen ym. 2008; Andersen ym. 2008a; 2011; Chiu ym. 2005a; 2005b). Epäspesifisillä harjoitteluohjelmilla ei ole katsottu olevan vaikutusta niskakipuun etenäkään pitkällä aikavälillä (Andersen 2008b; Viljanen ym. 2003; Ylinen 2007a).

Ylinen ym. (2003; 2006; 2007b) on seurannut tutkimuksissaan niskan progressiivisia, vastustettuja korkeakuormitteisia isometrisiä voimaharjoitteita sekä hartiaseudun ja yläraajojen dynaamisia voimaharjoitteita sekä venyttelyä sisältänyttä vuoden kestoista intensiivistä kotiharjoitusohjelmaa. Saavutetut tulokset ovat olleet kliinisesti merkitseviä sekä koetun kivun, koetun haitan, maksimaalisen lihasvoiman että niskan liikkuvuuden suhteen. Saavutetut vaikutukset ovat pääasiassa säilyneet myös kolmen vuoden seurannassa (Ylinen ym. 2007b). Tutkimusinterventioiden vaikutusten arvioinnissa ei kuitenkaan ole huomioitu erikseen kotiharjoitteluvaihetta edeltänyttä kuntoutuslaitoksessa potilaille annettua multimodaalista hoitoa ja sen mahdollisia vaikutuksia saavutettuihin hyötyihin. (Ylinen ym. 2003; 2006; 2007b.) Venyttelyn ja harjoitteluohjelmaan sisällytetyn aerobisen sekä yleisen voimaharjoittelun myötä voidaan argumentoida tutkimuksissa käytetyn intervention olevan luonteeltaan paremminkin multimodaalista hoitoa kuin puhdasta spesifistä lihasvoimaharjoittelua.

Häkkisen ym. (2008) tutkimuksessa hyödynnettiin identtistä kotiharjoitteluinterventiota ilman edeltävää kuntoutuslaitosjaksoa. Saavutetut tulokset vastasivat valtaosin Ylisen ym. (2003; 2006; 2007b) tutkimuksissa saavutettuja. Andersen ym. (2008a) käytti tutkimuksessaan niskan ja hartioiden alueelle kohdennettuja voimaharjoitteita käsipainoilla. Interventioryhmä saavutti kliinisesti merkitseviä hyötyjä koetussa kivussa ja vaikutus säilyi seurantamittauksessa harjoittelun päätyttyäkin.

Matalan tehon spesifisillä kestävyysarjoitteilla on saavutettu tutkimuksissa niin ikään merkittäviä hyötyjä kroonisen niskakivun sekä niskaperäisen päänsäryn hoidossa (Jull ym. 2002; 2009; Falla ym. 2006; Ylinen ym. 2003; 2007b; Andersen ym. 2011). Käytetyt harjoitteet ovat vaihdelleet huomattavasti suoritustapansa sekä tavoitellun vaikutuksen osalta. Jull ym. (2009) saavuttivat matalakuormitteisilla kaularangan syvien koukistajalihasten harjoitteilla merkitseviä parannuksia kroonisesta niskakivusta kärsineiden potilaiden kokemassa kivussa, mikä oli linjassa aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa (Jull ym. 2002; Falla ym. 2006). Ero verrokkina toimineeseen voimaharjoitteluryhmään ei tämän mittarin osalta muodostunut kuitenkaan kliinisesti merkitseväksi. Sen sijaan syvien ja pinnallisten niskan lihasten aktivaatiotasoa ja syttymisjärjestystä mitattaavassa CCFT-testissä syvien ja pinnallisten lihasten syttymisjärjestyksessä mitattu hyöty oli matalakuormitteisia harjoitteita tehneiden potilaiden ryhmässä selvä. Voimaharjoittelulla ei saavutettu vastaavanlaista vaikutusta. (Jull ym. 2009.)

Griffithsin ym. (2009) tutkimuksessa ei puolestaan havaittu hyötyä stabiloivien matalakuormitteisten harjoitteiden lisäämisellä tavanomaisiin niskaharjoitteisiin. Ylisen ym. (2003; 2006; 2007a; 2007b) käyttämän kestävyysharjoittelun vaikutus ei tähdännyt yhtä spesifiseen alueeseen, vaan yleisemmin niska-hartiaseudun lihaksistoon osana multimodaaliseksi luonnehdittavaa interventiota. Vertailussa samoissa tutkimuksissa käytettyyn voimaharjoitusohjelmaan saavutetut hyödyt olivat kliiniseltä merkitykseltään käytännössä samaa merkitsevää tasoa maksimaalista lihasvoimaa lukuun ottamatta ja säilyivät myös kolmen vuoden seurannassa (Ylinen ym. 2007b).

Vaikka monissa niskakipututkimuksissa harjoitteilla on saatu aikaan kivun vähenemistä, on tulosten pysyvyyttä pitkällä aikavälillä tutkittu hyvin rajallisesti. Ylinen ym. (2007b) havaitsivat vuoden intensiivisellä lihasvoima- ja kestävyysharjoittelulla saavutettujen hyötyjen säilyneen kolmen vuoden seurannassakin. Spontaanin paranemisen vaikutusta ei tässä tutkimuksessa kyetty tuomaan esille kontrolliryhmän puuttumisen takia. Walingin ym. (2000; 2002) tutkimuksissa tällainen vertailu suoritettiin ja silmiinpistävää oli kolmen vuoden seurannassa kontrolliryhmän potilaiden kokeman kivun väheneminen samalle tasolle kymmenviikkoiseen harjoitteluinterventioon osallistuneiden potilaiden kanssa. Käytetyn voimaharjoitteluintervention kohdalla välittömästi intervention päätyttyä mitattua saavutettua hyötyä ei toisaalta pystytty säilyttämään pitkällä aikavälillä.

Taimelan ym. (2000) tutkimuksessa kolmen kuukauden kotiharjoittelulla saavutetut tulokset hävisivät pääasiassa niin ikään 12 kuukauden seurannassa. Ylinen ym. (2007b) katsovat muun muassa näihin kahteen tutkimukseen viitaten muutaman viikon tai kuukauden harjoitteluinterventioiden olevan liian lyhyitä pysyvien hyötyjen aikaansaamiseksi. Sitä vastoin olisi suotavaa kannustaa potilaita jatkamaan harjoittelua aina 12 kuukauteen saakka. Tällaista johtopäätöstä tukevat myös fysiologiset seikat: on osoitettu muutaman kuukauden harjoittelulla saatavan aikaan ainoastaan neuraalista adaptaatiota, kun taas lihaskasvun vaatimiin anabolisiin prosesseihin vaikuttaminen vaatii pitkäaikaisemman intervention. (Ylinen ym. 2007b.)

Harjoittelun annostelun osalta vastaavanlaista tutkimusta ei toistaiseksi ole juuri tehty. Nikander ym. (2006) esittivät Ylisen ym. (2003; 2006; 2007b) käyttämiin harjoitusinterventioihin viitaten krooniseen niskakipuun vaikuttavan viikoittaisen harjoitusmäärän olleen 8.75 MET-tuntia vuoden kestäneen intervention aikana. Tämä tarkoittaa, että 20–40 minuutin täsmäharjoittelu kerran viikossa ei riittänyt vähentämään niskakipua,

sen sijaan sekä 20 minuutin harjoittelu kahdesti viikossa vähensi kipua useimmilla potilailla, mutta täsmäharjoittelu kolmesti viikossa vähensi niskakipua merkittävästi kaikilla potilailla. Tämän rinnalla Andersenin ym. (2011) kymmenen viikon intervention aikana kahden minuutin päivittäisellä progressiivisella kestävyysharjoittelulla saavuttamien kliinisesti merkitsevien muutosten pysyvyys koetussa kivussa ja palpaatioarkuudessa sekä lihasvoiman kasvussa olisi mielenkiintoinen asia selvitettäväksi.

3.2 Venyttely

Venyttelyn vaikuttavuudesta niskakivun fysioterapeuttisessa hoidossa on ristiriitaista tietoa. Kayn ym. (2012) systemaattisessa katsausartikkelissa löydettiin vähäistä näyttöä sille, ettei niskan alueen lihasten venyttelyllä yksinään olisi vaikutusta koettuun kipuun tai haittaan niskakivun hoidossa. Vastaavasti Häkkinen ym. (2008) havaitsivat venyttely- ja yhdistettyä venyttely- ja lihasvoimaharjoitteluryhmää vertaillessaan pelkällä niska-hartiaseudun ja yläraajojen venyttelyharjoittelulla saavutetun merkittäviä parannuksia niskakivupotilaiden kokemassa kivussa ja haitassa 12 kuukauden harjoitteluajana ilman merkittäviä ryhmien välisiä eroja. 42 % tutkituista venyttelyryhmässä koki saavuttaneensa merkittävän tai täydellisen parannuksen koetussa kivussa. Venyttelyllä oli myös positiivinen vaikutus niskan seudun isometriseen lihasvoimaan sekä niskan fleksio-ekstensio- ja lateraalifleksiosuuntaiseen liikkuvuuteen. (Häkkinen ym. 2008.)

Venyttelyn vaikuttavuudesta niskan ja lapaseudun lihasvoimaharjoitteluun yhdistettynä on kohtalaista näyttöä kivun lievityksessä välittömästi hoidon jälkeen ja keskipitkällä seurannalla kroonisesta niskakivusta kärsivillä potilailla. Lisäksi tämänkaltaisen intervention hyöty niskan toimintakyvyn paranemisessa lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä on näyttöltään samantasoista. (Kay ym. 2012.) Ylinen ym. (2007b) tulivat tutkimuksessaan puolestaan siihen johtopäätökseen, että venyttelyharjoitteiden (kotiharjoitteet) ja manuaalisen terapian (hieronta, mobilisointi, passiiviset venytykset) vaikuttavuuden ero on vähäinen. Heidän mukaansa venyttely on sopiva harjoittelumuoto kivun lievityksessä ainakin lyhyellä aikavälillä ja sitä voidaan suositella ennen siirtymistä niskan lihasvoimaharjoitteluun. Uudemmassa tutkimuksessaan Ylinen ym. (2010) totesivat kuitenkin, että venyttely yksinään oli vähemmän tehokasta kuin yhdistettynä lihasvoima- ja kestävyysharjoitteisiin, vaikka se vähensi päänsärkyä ja niskakipua.

3.3 Manuaalinen terapia

Manuaalisen terapian vaikutusta niskakipuun on tutkittu kohtuullisen paljon. Tulokset ovat kuitenkin ristiriitaisia ja tutkimusasetelmien puutteiden vuoksi monissa ei ole saatu selkeitä vertailevia tuloksia. Hoving ym. (2002) kuitenkin totesivat manuaalisen terapian lyhyellä aikavälillä vaikuttavammaksi kuin fysioterapia tai yleislääkärin hoito. González-Iglesias ym. (2009) puolestaan havaitsivat rintarangan manipulaation vaikuttavammaksi verrattuna sähkötermiseen terapiaan. Jull ym. (2002) vertailivat niskaperäisen päänsäryn hoidossa manipulaatiohoitoa ja matalatehoisten harjoitteiden tehoa erikseen ja yhdistelmänä kontrolliryhmään. Kaikki kolme hoitomuotoa olivat vaikuttavia päänsäryn ja niskakivun hoidossa vuoden seurannassa. Bronfort ym. (2012) havaitsivat kaularangan manipulaation olevan akuutin ja subakuutin niskakivun hoidossa lääkitystä tehokkaampaa sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Martelin ym. (2011) tutkimuksessa kuukausittain suoritettavasta ennaltaehkäisevästä kaularangan manipulaatiosta ei kuitenkaan havaittu syntyvän lisähyötyä vertailussa samanlaiseen manipulaatiohoitoon kotiharjoitteluun yhdistettynä tai säännöllisiin keskusteluihin niskaongelmista kiropraktikon kanssa. Ylisen ym. (2007c) mukaan venyttelyharjoittelulla ja manuaalisella terapialla saatiin vaikutuksia niskakipuun, mutta hoitomuotojen vaikuttavuuden ero oli vähäinen.

Monissa tutkimuksissa manuaalisen terapian ja harjoittelun yhdistelmä on todettu toimivaksi (Bronfort ym. 2001, 2012, Evans ym. 2002, Jordan 1998, Jull 2002, Walker 2008), mutta edelleen tutkimusasetelmissä on puutteita, joiden vuoksi ei voida erottaa olisiko joku hoidoista yksistäänkin riittänyt. Hurwitz ym. (2009) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan totesivat silti, että manuaalista terapiaa ja aktiivista niskan lihasten voimaharjoittelua sisältävät terapiamuodot ovat tehokkaampia kuin muut hoitomuodot. Cleland ym. (2010) tutkivat itse luomaansa mallia, jonka tarkoituksena oli erotella mahdollisesti rintarangan manipulaatiosta hyötyvät niskakivupotilaat. He havaitsivat, että manipulaatiolla yhdistettynä harjoitteluun saatiin nopeampaa apua niskakipuun, mutta tutkimukseen oli kuitenkin tarkasti valikoitu potilaat tietyn oirekuvan mukaan, joten tulosten yleistettävyyden kyseenalainen. Useissa tutkimuksissa on myös todettu pelkällä harjoittelulla päästävän samaan lopputulokseen kuin yhdistelmähoidolla (Bronfort ym. 2012; Chiu ym. 2005b; Evans 2002; Jull 2002; Ylinen ym. 2003; 2007a; 2007b; 2007c; 2010).

3.4 Psykofyysinen ohjaus

Kroonisen niskakivun hoitoon sisällytetään usein kognitiivista terapiaa. Tämän tarkoituksena on osoittaa potilaalle, ettei harjoittelun aiheuttama kuormitus pahenna kipua, vaan itse asiassa parantaa kivun vuoksi rajoittunutta toimintakykyä. (Ylinen 2007b.) Tutkimuksissa erityisesti korkeakuormitteisen intensiivisen harjoittelun on havaittu aiheuttavan väliaikaisesti koettua pahentunutta kipua, mutta pysyviä haittoja harjoittelusta ei ole aiheutunut (Kay ym. 2012).

Psykofyysisessä hoidossa, esimerkiksi käyttäytymisinterventioissa hyödynnetään aivokuoren plastisuutta ja vaikutetaan kipumuistojen muuttamiin aivoalueisiin (Ylinen 2007b). Gustavsson ym. (2010) saavuttivat kehotietoisuus- ja rentoutumisharjoitteita sisältäneellä ja psyykkisiä hallintakeinoja niskakipupotilaille tarjonneella interventiollaan kliinisesti merkitseviä muutoksia potilaiden kyvyssä hallita kipua, koetussa pystyvyydessä kivun vaikuttamissa toiminnoissa, koetussa haitassa sekä katastrofioinnin asteessa. Toisessa tutkimuksessa rentoutumisharjoittelulla saavutettiin identtisiä hyötyjä dynaamisten lihasvoimaharjoitteiden ja venytyksen kanssa (Viljanen ym. 2003).

Martelin ym. (2011) tutkimuksessa kahden kuukauden välein kiropraktikon kanssa niskakivuista keskustellut kontrolliryhmä saavutti samanlaisen hyödyn kuin kaksi aktiivisten hoitomenetelmien tutkimusryhmää. Lukuisissa tutkimuksissa harjoitusinterventioon on sisältynyt potilasohjausta esimerkiksi kivunhallintakeinojen muodossa verbaalisesta ohjauksesta muun muassa ergonomian huomiointiin kannustaviin muistiapuvälineisiin (Ylinen ym. 2003; 2010; Mongini ym. 2012).

3.5 Fysikaaliset hoidot

Fysikaalisten hoitojen vaikuttavuutta epäspesifisen niskakivun hoidossa ei ole tutkimustiedon perusteella (Hurwitz ym. 2009) voitu varmuudella todentaa. Hurwitzin ym. (2009) tutkimuksessa noninvasiivisten hoitomenetelmien käytöstä ei fysikaalisilla hoidoilla, kuten lämpöhoidoilla, ultraäänellä, TENS- ja EMS-sähkökipuhoidolla saatu todistettava lisähyötyä epäspesifisen niskakivun hoidossa. Ristiriitaista tämän kanssa on Chiun ym. (2005b) tutkimustulokset, joiden mukaan TENS-sähkökipuhoidolla yhdistettynä infrapunahoitoon oli myönteinen vaikutus niskakipuun, koettuun haittaan sekä isometriseen niskalihasten voimaan kuuden viikon seurannassa. Hoitotulokset olivat myös säilyneet pitkäaikaisseurannassa kuuden kuukauden kohdalla. Samassa tutkimuksessa

TENS-hoidon sijaan terapeuttista harjoittelua toteuttanut ryhmä saavutti paremmat tulokset, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä ei ollut.

Dzieczic ym. (2005) tutkimuksessa epäspesifisen niskakivun hoidossa ei sykkivällä diadynaamisella virralla saatu lisähyötyä, kun se yhdistettiin terapeuttiseen harjoitteluun sekä yleiseen ohjaukseen ja neuvontaan. Kaiken kaikkiaan sähkökipuhoitojen käyttöä osana niskapotilaan fysioterapiaa on vaikea arvioida, koska tutkimukset jäävät usein laadultaan heikoiksi (Kroeling ym. 2011) heikentäen tulosten yleistettävyyttä.

Morrisin ym. (2012) kinesioteippauksen klinisiä vaikutuksia arvioivassa katsauksessa todettiin, että teippausta käytetään enenevässä määrin tuki- ja liikuntaelimestön vaivojen hoidossa, huolimatta siitä, että luotettavaa näyttöä sen vaikuttavuudesta ei ole. Katsauksen arvoa heikentää siihen sisällytettyjen artikkelien vähäisyys. Bassett ym. (2010) systemaattinen katsaus on linjassa edellisten löydösten kanssa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että olemassa oleva näyttö on puutteellista ja aiheesta kaivataan lisää tasokkaampaa tutkimustietoa.

3.6 Yleinen aktiivisuus ja liikunta

Yleiseen fyysiseen aktiivisuuteen kehottaminen on tyypillisesti sisällytetty niskakivupotilaiden saamaan hoitoon (Ylinen 2007a; Andersen 2011). Sen vaikuttavuutta koskeva tutkimustieto on kuitenkin ristiriitaista. Kay ym. (2012) toteavat katsausartikkelissaan löytyvän viitteitä sille, ettei yleisen kuntoliikuntaohjelman ohjaamisesta olisi hyötyä kroonisen niskakivun hoidossa. Andersenin ym. (2008b) tutkimuksessa päinvastoin arki- ja työpaikkaliikunnan lisäämiseen kannustettu interventoryhmä saavutti kliinisesti merkitsevän hyödyn koetussa niskakivussa vuoden aikana. Niskan ja hartiasseudun spesifisillä harjoitteilla ei tutkimuksessa saavutettu kliinisesti merkitsevää eroa tavanomaiseen fyysiseen aktiivisuuteen verrattuna. Harjoittelun osallistumisen aste osoittautui kuitenkin hyvin alhaiseksi kaikissa ryhmissä. Tällä saattoi olla vaikutusta saavutettuihin tuloksiin ja näiden arviointiin.

Toisessa tutkimuksessa kolme kertaa viikossa 20 minuutin ajan toteutettu intensiivinen yleiskuntoharjoitus polkupyöräergometrissä paransi interventoryhmän aerobista kuntoa ja aiheutti väliaikaisen alenemisen koetun kivun asteessa. Vaikutus kipuun ei kuitenkaan säilynyt pitkäaikaisesti. Tutkimusryhmä katsoi tämän tukevan näkemystä spesifisen harjoittelun tarpeesta niskakivun hoidossa, mutta toisaalta pohti lyhytaikaisellakin

hyödyllä saatettavan pystyä vaikuttamaan kivuliaan potilaan harjoittelumotivaatioon sekä kohentamaan tämän yleistä terveydentilaa. (Andersen 2008a.) Carrollin ym. (2009) kirjallisuuskatsauksessa katsottiin tätä näkemystä tukien yleisen fyysisen aktiivisuuden liittyvän parempaan ennusteeseen niskakivun hoidossa.

3.7 Ergonomiaohjaus

Niskakivun ehkäisyn kannalta merkittäviä riskitekijöitä on tutkittu jonkin verran ja kohtalaista näyttöä on pitkäkestoisen istumisen, toistoa ja tarkkuutta vaativan työn, niskan fleksion, vartalon kierron ja taivuttamisen riskiä lisäävästä vaikutuksesta niskakivussa (Coté ym. 2008; Ariëns ym. 2000; 2001). Ergonomiaohjauksesta niskakivun hoidossa sen sijaan löytyy vain vähän laadukasta tutkimustietoa. Ketola ym. (2002) havaitsivat, että ergonomiaohjauksella oli vaikutusta epämukavuustuntemuksiin ja rasittuneisuuteen, mutta vaikutukset eivät olleet pysyviä pitkällä aikavälillä.

4 Menetelmät

Opinnäytetyön aineisto kerättiin internet-kyselyn avulla. Lomakkeessa kysymysten muoto ja esittämisjärjestys oli ennalta määrätty. Suurin osa kysymyksistä jätettiin avoimiksi välttämällä liikaa johdattelua. Kyselymenetelmän etuna oli sen tehokkuus suhteessa ajankäyttöön. Toisaalta avoimiin kysymyksiin vastaaminen on työlästä ja riskinä voi olla vastaamatta jättäminen, jolloin vastausprosentti saattaa jäädä pieneksi. Menetelmä mahdollistaa kuitenkin laajan otannan ja helpottaa tulosten analysointia. Tutkimusmenetelmän heikkoutena voidaan pitää sen pinnallisuutta. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2005: 182–184, 197.)

Kyselylomake oli samanlainen kokonaisselvityksen kaikissa osissa ja se suunniteltiin yhteisesti työryhmän kesken. Kysymyslomake esiteltiin ennen varsinaista toteutusta. Kyselyn tavoitteena oli saavuttaa 100 fysioterapeuttia, jotka toimivat yksityisissä hoitolaitoksissa. Otannan koossa huomioitiin laajaksi arvioitu kato, joka tässä muodossa tehdyssä haastattelussa on suuri. Kyselyyn vastaamisen kesto arvioitiin 15 minuutin pituiseksi. Kyselylomakkeeseen kirjatut vastaukset käsiteltiin tilastollisesti. Tutkimusasetelma oli laajuudessaan haastava, mutta jaettuna kokonaisuus oli hallittava ja työ määrä kohtuullinen.

4.1 Tutkimusasetelma ja kohderyhmä

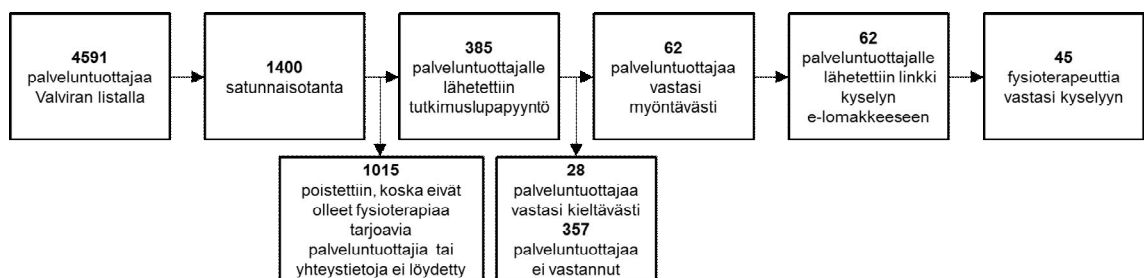
Kokonaisselvitys toteutettiin neliosaisena poikkileikkaustutkimuksena internetkyselyn avulla. Osa 1 tutki terveysasemia, osa 2 yksityistä sektoria (tämä opinnäytetyö), osa 3 fysiatrian poliklinikoita ja osa 4 kuntoutuslaitoksia. Selvityksen kohderyhmänä olivat niskakivupotilaita hoitavat fysioterapeutit, joita kehoitettiin vastaamaan kyselyyn viimeimmän epäspesifistä niskakivusta kärsivän potilaansa osalta. Opinnäytetyölle pyrittiin saamaan mahdollisimman laaja ja valtakunnallinen kattavuus, mikä lisää sen yleistettävyyttä. Näin tulokset eivät edusta vain joidenkin yksittäisten alueiden tai toimipisteiden käytäntöjä.

Yksityiseen sektoriin kuuluvat ammatinharjoittajat, fyysiset hoitolaitokset, yksityiset sairaalat ja kuntoutuslaitokset (Talvitie – Karppi – Mansikkamäki 2006: 47). Näistä kuntoutuslaitokset erotettiin omaksi kokonaisuudekseen ja sen tulokset käsiteltiin kokonaisselvityksen osassa 4. Fysioterapia on yksityisten terveystalvelujen tuottajien yleis-

sin toimiala. Fysioterapiayrityksiä on lähes joka kunnassa, ja vuonna 2007 lähes 1 700 toimipaikkaa tuotti fysioterapiapalveluja. (Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2012.)

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä olivat yksityisissä hoitolaitoksissa työskentelevät fysioterapeutit, jotka hoitavat työikäisiä, 18–63-vuotiaita epäspesifisestä niskakivusta kärsiviä henkilöitä Suomessa. Yksityisellä sektorilla potilaat tulevat fysioterapiaan erilaisista taustoista ja yhteiskuntaluokista sekä eri tahojen lähetteillä mm. terveyskeskusten ja yksityislääkäriasemien kautta tai ilman lähetettä. Usein potilas myös maksaa suurimman osan hoidosta itse, koska KELA-korvaus voi olla ainoa tukimuoto.

Satunnaisotantaan valittiin yksiköt valtakunnallisesti Valviralta saatua listaa hyödyntäen. Yksityisiä palvelujen tuottajia valvovat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) sekä aluehallintoviranomaiset. Kaikki terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävät yritykset, järjestöt ja yksityiset henkilöt tarvitsevat luvan palvelujen antamiseen. Toimintaedellytysten täyttymistä valvotaan myös luvan myöntämisen jälkeen. (Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2012.)



Kuvio 1. Opinnäytetyön kulku

Opinnäytetyön kulku on esitetty kuviossa 1. Valviran lista sisälsi 4591 palveluntuottajaa nimikkeillä terveydenhuolto, fysikaaliset käsittelyt, liike- ja liikuntahoito, fysioterapeuttiset tutkimukset ja hoitotarpeen määrittely, fysioterapian ehkäisevä toiminta ja hoitoon liittyvä neuvonta, luvanvaraiset. Excel-ohjelman avulla VisualBasic-makrokomennolla arvottiin 1400 palveluntuottajan satunnaisotanta. Näistä poistettiin nimen tai yrityksen internetsivujen perusteella ne, jotka eivät tarjonneet fysioterapiapalveluita. Jos yrityksen sähköpostiosoitetta ei löytynyt Valviran tiedoista, se etsittiin internetin kautta. Jos tiedoista löytyi vain puhelinnumero, yritykseen soitettiin kerran ja kysyttiin halukkuutta vastata kyselyyn. Listasta poistettiin myös yritykset, joiden yhteystietoja ei löytynyt. Lopulta listalle jäi yhteensä 385 palveluntuottajaa.

Tutkimuslupapyyntö lähetettiin sähköpostitse 385 yritykselle. Vastausaikaa annettiin noin kaksi viikkoa. Kaikille lähetettiin muistutus tutkimuslupapyyntöön vastaamisesta, kun vastausajasta oli kulunut noin puolet. Vastauksia saatiin yhteensä 90, joista 62 oli myöntäviä ja 28 kieltäviä. 295 palveluntuottajaa ei vastannut tutkimuslupapyyntöön. Myöntävän vastauksen antaneille lähetettiin sähköpostitse linkki kyselyn e-lomakkeeseen. Vastausajan päättyessä vastauksia kyselyyn oli 35 kpl. Vastausaikaa pidennettiin kahdella viikolla ja lopullinen kyselyyn vastanneiden määrä oli 45 kpl.

4.2 Kyselylomake ja analyysimenetelmät

Kysymykset laadittiin opinnäytetyön teoriapohjan perusteella ja ne jätettiin avoimeen muotoon, jotta välttyttäisiin vastaajien johdattelulta ja saataisiin mahdollisimman totuudenmukaista tietoa. Ennen kyselyn toteuttamista valmis lomake testattiin muutamalla fysioterapeutilla. Kysymyslomakkeessa oli 24 kysymystä, jotka käsittelivät mm. hoitajakson kestoa ja käytettyjä hoitomuotoja. Harjoitteiden ohjauksesta ja sisällöstä oli yksityiskohtaisempia kysymyksiä. Lomake on liitteenä opinnäytetyön lopussa (liite 2).

Kyselyjen tulokset analysoitiin tilastollisesti SPSS-ohjelmalla ja raportoitiin kullekin sektorille erikseen. Koko työryhmä oli laatimassa vastausten muuttujaluokitusta. Jos vastauksena oli numeromuuttuja, vastaus tallennettiin sellaisenaan tai jos numeromuuttujia oli useita, tallennettiin niiden keskiarvo. Sanallisista vastauksista luotiin kategorioita pilkkomalla kysymyksiä ja vastauksia pienempiin osiin. Kategorioiden määrä pyrittiin pitämään kuitenkin kohtuullisena. Tietoa siirrettiin yli kysymysrajojen, jotta saatiin mahdollisimman paljon tietoa vastausaineistosta. Yksittäisten vastaajien tunnistetietoja ei raportoitu eikä niitä ole mahdollista raportista selvittää. Opinnäytetyön aineistosta muodostettiin muuttujia, jotka jaoteltiin laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti.

5 Tulokset

5.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastanneet fysioterapeutit olivat iältään 26–65-vuotiaita (keskiarvo 48 vuotta). Vastaajista 62 % oli naisia ja 38 % miehiä. Vastaajien työkokemus fysioterapeuttina vaihteli yhden ja 42 vuoden välillä ja oli keskimäärin 23 vuotta. Jonkin TULE-erikoistumistutkinnon oli suorittanut yli puolet (53 %) vastaajista. Niska-aiheisia lisäkursseja oli käynyt 42 % fysioterapeuteista. 4 %:lla vastaajista ei ollut mitään lisäkoulutusta niskan kuntoutukseen liittyen. Taustamuuttajat on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Taustamuuttajat

Ikä, vuotta, keskiarvo (keskihajonta)	48 (11)
Työkokemus, vuotta, keskiarvo (keskihajonta)	23 (11)
Miehiä	17
Naisia	28
Lisäkoulutus niskan kuntoutukseen	
Ei	2
Lisäkursseja	19
Tule-erikoistumistutkinto	24

Vastaajat työskentelivät 15 eri sairaanhoitopiirin alueella. Eniten vastauksia tuli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä (24 %), seuraavaksi Pohjois-Pohjanmaalta (11 %) ja kolmanneksi Kanta-Hämeestä (9 %) ja Varsinais-Suomesta (9 %). Itä-Savon, Kainuun, Kymenlaakson, Länsi-Pohjan ja Satakunnan sairaanhoitopiireistä sekä Ålands hälso- och sjukvård:sta ei tullut lainkaan vastauksia.

5.2 Hoitojakso

Potilaan hoitojakso sisälsi vähimmillään yhden fysioterapiakäynnin ja enimmillään 15 ja oli pituudeltaan keskimäärin 7 käyntiä (keskihajonta 3). Hoitojakson kesto vaihteli 2–24 viikon välillä ja keskiarvo oli 7 (keskihajonta 5) viikkoa. Kolmasosa hoitojaksoista oli kahdesta neljään viikkoa pitkiä ja 36 % oli viidestä kahdeksaan viikon pituisia jaksoja. 18 % hoitojaksoista kesti yhdeksästä 24 viikkoon.

Lähes puolet (49 %) fysioterapeuteista ohjasi potilaalleen seurantakäynnin. Viidesosalle potilaista ei ohjattu seurantaa lainkaan ja 31 %:a pyydettiin soittamaan itse fysiotera-

peutille tai hakeutumaan seurantakäynnille tarvittaessa. Seurantakäynti tai muu yhteydenotto ohjattiin lyhimmillään kahden ja enimmillään 12 viikon päähän hoitojakson päättymisestä ja keskiarvo oli kuusi viikkoa hoitojakson päättymisestä.

5.3 Terapeuttinen harjoittelu

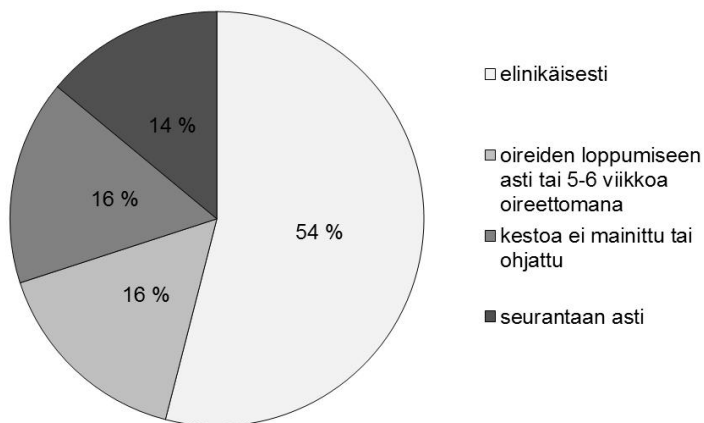
Lähes kaikki vastaajat (96 %) kertoivat ohjanneensa potilaalleen muita harjoitteita kuin venyttelyä. Lihasvoimaharjoitteita ohjasi kaiken kaikkiaan 53 %, liikkuvuusharjoitteita 64 % ja stabiloivia harjoitteita 56 % vastaajista. Fysioterapeutteja, jotka ohjasivat potilaalleen ainoastaan lihasvoimaharjoitteita, oli 13 % vastaajista. Ainoastaan liikkuvuusharjoitteita ohjanneita oli 9 % ja pelkkiä stabiloivia harjoitteita ohjanneita oli 7 % vastaajista. Liikkuvuus- ja stabilaatioharjoitteiden yhdistelmää käytti 24 % vastanneista, ja se nousee eniten hyödynnetyksi harjoiteyhdistelmäksi. Sekä lihasvoima- että liikkuvuusharjoitteita ohjanneita fysioterapeutteja oli 16 % vastaajista. Lihasvoima- ja stabilaatioharjoitteiden yhdistelmää käytti 9 % fysioterapeuteista. Kaikkia kolmea harjoitetyyppiä käyttäneitä oli 16 % (Taulukko 2).

Taulukko 2. Taulukossa on esitetty millaisia erilaisia harjoitemuotoja vastaajat ovat käyttäneet niskakivun fysioterapiassa.

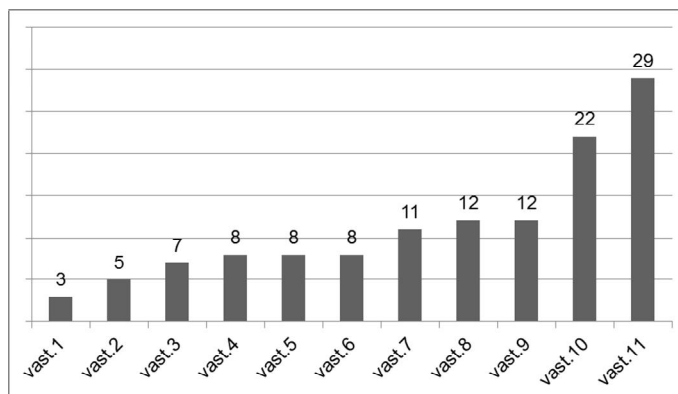
Niskakivun hoidossa käytetyt harjoitemuodot (ei sisällä venytyksiä)	Harjoitteita ohjanneiden fysioterapeuttien lukumäärä	Prosenttiosuus kaikista vastaajista
Liikkuvuus ja stabiloivat	11	24 %
Lihasvoima, liikkuvuus ja stabiloivat	7	16 %
Lihasvoima ja liikkuvuus	7	16 %
Lihasvoima	6	13 %
Lihasvoima ja stabiloivat	4	9 %
Liikkuvuus	4	9 %
Stabiloivat	3	7 %
Ei harjoitteita	2	4 %

Harjoitteita ohjattiin vähimmillään 20 %:lla kaikista hoitokerroista ja enimmillään jokaisella hoitokerralla. Keskimäärin harjoitteita ohjattiin 80 %:lla hoitokerroista. Kaksi kolmasosaa vastaajista (67 %) kertoi käyttäneensä jonkinlaista visuaalista ohjausta harjoitteiden ohjaamisessa. Jos vastaaja oli kuvannut harjoitteiden ohjaamista, oletettiin sen sisältäneen ainakin verbaalista ohjausta. Manuaalisen ohjauksen mainitsi 31 % vastaajista ja kirjalliset ohjeet 36 % fysioterapeuteista.

Yksitoista vastaajista kuvasi harjoittelun keston viikkoina. Harjoittelua kehoitettiin jatkaamaan kolmesta 29:ään viikkoa ja keskiarvo oli 11 viikkoa. 82 % vastaajista oli määritellyt harjoittelun keston joko ainoastaan laadullisesti tai kuvannut keston sekä viikkoina että laadullista määrettä käyttäen. Yli puolet (54 %) näistä kehotti potilasta jatkamaan harjoittelua elinikäisesti, 14 % seurantaan asti ja 16 % oireiden loppumiseen asti tai oireiden loppumisen jälkeen viidestä kuuteen viikkoa oireettomana. Sen sijaan 16 % vastaajista ei ohjannut tai maininnut harjoittelun kestoja lainkaan. Kuvioissa 2 ja 3 on esitetty harjoittelun kesto.



Kuvio 2. 82 % vastaajista oli määritellyt harjoittelun keston joko ainoastaan laadullisesti tai kuvannut keston sekä viikkoina että laadullista määrettä käyttäen. Kuviossa on esitetty prosentiosuudet näistä vastauksista.



Kuvio 3. Harjoittelun kesto viikkoina yhdentoista vastaajan kuvaamana. On huomioitava, että neljä näistä vastaajista on käyttänyt lisäksi kuviossa 2 kuvattua laadullista määrettä.

Kotiharjoitteita ohjattiin tekemään kahdesta 49 kertaan viikossa, ja keskiarvo oli 7 (keskihajonta 8) kertaa viikossa. 29 % vastaajista ohjasi potilaan tekemään harjoitteita keran päivässä. Fysioterapeuteista 9 % ohjasi potilaan tekemään harjoitteita kahdesta seitsemään kertaa päivässä. Kahdesta kolmeen kertaa viikossa harjoitteita ohjasi tekemään 16 % vastaajista ja 36 % fysioterapeuteista ohjasi tekemään harjoitteita neljästä kuuteen kertaa viikossa. Toistoja harjoitteluun oli ohjattu vähimmillään neljä ja enimmillään 25, ja keskiarvo oli 14 (keskihajonta 5) toistoa. Vastaajista 27 % kuvasi ohjaamansa toistomäärät laadullisesti, kuten "tuntemusten mukaan" tai "väsymykseen asti". Liikesarjoja ohjattiin vähimmillään kaksi ja enimmillään viisi, ja keskiarvo oli kaksi (keskihajonta 1). Vastaajista 9 % kuvasi ohjaamansa sarjamäärät laadullisesti, kuten "tuntemusten mukaan" tai "väsymykseen asti".

Harjoittelun nousujohteisuuden huomioiminen tuli ilmi 31 %:ssa vastauksista (14 vastaajaa). Näistä puolet oli lisännyt ainoastaan harjoitteiden kuormaa ja yksi ainoastaan sarjojen määrää. Kuusi vastaajista oli edellisten sijaan huomionut harjoittelun nousujohteisuuden käyttäen jotakin seuraavien tapojen yhdistelmistä: toistomäärien lisäys, sarjojen määrän lisäys, harjoituskuorman lisäys ja tuntemusten mukaan harjoittelu. Vastaajista 17 % kertoi ohjanneensa harjoitteet kevyellä vastuksella toteutettaviksi. 14 % vastaajista kertoi hyödyntäneensä kuormana potilaan kehon painoa. 17 % fysioterapeuteista ohjasi potilaan harjoittelun kuormituksen toteutettavaksi tuntemusten mukaan kuten suhteessa kipuun, suorituksen puhtauteen tai koettuun väsymykseen. Edellisten tapojen yhdistelmää tai muuta tapaa käytti 53 % vastaajista.

Kaksi kolmasosaa vastaajista (67 %) ohjasi potilasta tekemään ainoastaan venytyksiä tai venyttelemään muiden harjoitteiden lisäksi. Fysioterapeutit ohjasivat erityyppisiä ja -kestoisia venytyksiä. Lyhytkestoisia tai pumpppaavia venytyksiä tulkittiin ohjatuksi 38 %:ssa, pitkäkestoisia venytyksiä 36 %:ssa, muun tyyppisiä venytyksiä 9 %:ssa vastauksista. Ohjattujen venytysten määrä oli vähimmillään kaksi ja enimmillään 30 kertaa viikossa. Keskimäärin venyttelyä ohjattiin toteutettavaksi kahdeksan kertaa viikossa. Neljäsosa vastaajista kuvasi ohjatut venytykset käyttäen muita määreitä: 16 % ohjasi venyttelemään useita kertoja päivässä, 4 % tarvittaessa tai oireiden mukaan ja 4 % ohjasi venyttelyt muun harjoittelun tai liikunnan yhteydessä tehtäväksi.

Vastaajista 69 % ohjasi potilastaan käyttämään harjoittelussa vastusta tuottavia välineitä. 31 % fysioterapeuteista ohjasi potilaan käyttämään liikkuvuutta parantavia välineitä. 11 % ohjasi potilasta hyödyntämään asennonhallintaa kehittäviä välineitä. 18 % fysio-

rapeuteista ohjasi potilaan käyttämään muita välineitä. 25 vastaajaa käytti vastuskumi-nauhaa, yhdeksän vapaita painoja ja viisi kuntosalilaitteita. Seitsemän fysioterapeuttia hyödynsi keppiä ja samoin pyyhettä/pyyherullaa seitsemän vastaajaa. Niska/pilates/mobilisointirullaa käytti viisi fysioterapeuttia. Kolme vastaajaa ohjasi potilaan käyttämään erikokoisia palloja ja kolme vastaajaa kahta tennispalloa sukan sisässä. Erilaisia tukia ja tukityynyjä ohjasi käyttämään neljä vastaajaa. Tasapainolautaa, kävelysauvoja, peiliä, tuolia, huivia tai narua hyödyntäneitä fysioterapeutteja oli kutakin yksi. 36 % vastaajista käytti ainoastaan vastusta tuottavia välineitä. Vastusta tuottavien ja liikkuvuutta parantavien välineiden yhdistelmää käytti 22 % fysioterapeuteista. Vastaa- jista 27 % ei käyttänyt harjoitteissa välineitä lainkaan.

5.4 Muu ohjaus ja kipuhoidot

84 % fysioterapeuteista kertoi antaneensa potilaille harjoittelun lisäksi ergonomiohja- usta, mikä sisälsi esimerkiksi nukkumisergonomiaa, työn tauotusohjeita ja taukojump- paa, asennonhallintaa työssä ja vapaa-ajalla sekä niihin liittyvien välineiden käytön ohjausta. 47 % antoi liikunnanohjausta, joka sisälsi esimerkiksi muuhun liikuntaan mo- tivointia ja/tai erityisiä lajisuosituksia kuten kuntosalilla käynti ja vesivoimistelu. 13 % antoi potilaille psykofyysistä ohjausta, kuten rentoutumisohjeita/ohjausta, elämänhallin- nan ohjausta, neuro-linguistic programming-ohjausta (NLP), tension relaxing exercises- harjoittelua (TRE) ja hengityksen ohjausta. Lisäksi 24 % vastaajista antoi muuta ohja- usta kuin edellä mainitut. Vastaajista 4 % ei antanut mitään muuta ohjausta harjoittelun lisäksi. Oireita provosoivia asentoja kehotti välttämään 52 % ja oireita provosoivia liik- keitä 43 % vastaajista. Oireita provosoivia ulkoisia tekijöitä kehotti välttämään 7 % fy- sioterapeuteista. Kolmasosa fysioterapeuteista ei kehottanut potilasta välttämään mi- tään.

Vastaajista 58 % mainitsi kipuhoidoina manuaaliset hoidot, kuten manipulaation, mobili- saation, pehmytkudoskäsittelyt ja akupunktion. 31 %:lla vastaajista edellä mainitut hoi- dot olivat ainoa käytetty kipuhoitomuoto. Vastaajista 47 % mainitsi fysikaaliset hoidot, kuten sähköhoidot, ultraäänen, kinesioteippauksen ja kylmä/lämpöhoidon. 22 %:lla edellä mainitut hoidot olivat ainoa käytetty kipuhoitomuoto. Manuaalisten ja fysikaalis- ten hoitojen yhdistelmää käytti 18 % vastaajista. Harjoittelun mainitsi 13 % ja vain yksi vastaajista käytti sitä ainoana kipuhoitomuotona. Asennon hallinnan ja ergonomian mainitsi 7 % vastaajista. 13 % vastaajista kertoi, että ei käyttänyt kipuhaitoja lainkaan. Kipuhaitoja annettiin vähimmillään yhdellä ja enimmillään 13:lla hoitokerralla, kuitenkin

keskimäärin viidellä (3) hoitokerralla. Vastaaajista 4 % ohjasi kipuhoidot potilaalle kotona toteutettaviksi, 73 % fysioterapeuteista toteutti ne terapian aikana ja 7 % vastaaajista ohjasi kipuhoidot tehtäväksi sekä potilaan kotona että terapiassa.

Taulukko 3. Taulukossa on esitetty mitä vastaaajat ovat pitäneet kipuhoidoina ja kuinka paljon eri kipuhoitomuotoja on käytetty kivun hoidossa.

Niskakivun hoidossa käytetyt kipuhoitomuodot	Kipuhoidoja antaneiden fysioterapeuttien lukumäärä	Prosenttiosuus kaikista vastaaajista
Manuaalinen terapia	14	31 %
Fysikaaliset hoidot	10	22 %
Manuaalinen terapia ja fysikaaliset hoidot	8	18 %
Ei kipuhoidoja	6	13 %
Manuaalinen terapia, harjoittelu ja fysikaaliset hoidot	2	4 %
Manuaalinen terapia, harjoittelu, asennon hallinta ja ergonomia	1	2 %
Asennon hallinta ja ergonomia sekä fysikaaliset hoidot	1	2 %
Harjoittelu sekä asennon hallinta ja ergonomia	1	2 %
Manuaalinen terapia ja harjoittelu	1	2 %
Harjoittelu	1	2 %

6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, hoidetaanko niskakivunpotilaita yksityisissä fysioterapiahoitolaitoksissa tutkimuksiin perustuvan tiedon mukaisesti, vai olisiko hoitokäytännöissä erityistä kehitettävää. Kyselytutkimuksen päätuloksina havaittiin, että lähes kaikki kyselyyn vastanneet fysioterapeutit ohjasivat potilailleen tutkimusnäytön mukaisesti lihasvoima-, liikkuvuus- ja/tai stabiloivia harjoitteita ja kaksi kolmasosaa ohjasi venytyksiä. Ohjaus harjoittelun kokonaisuudesta vaihteli suuresti ollen vähimmillään kolme viikkoa ja enimmillään elinikäisesti. Elinikäiseen harjoitteluun potilastaan kehotti lähes puolet vastanneista fysioterapeuteista. Harjoittelun ohella suuri osa fysioterapeuteista antoi potilaalle ergonomiohjausta ja lähes puolet liikunnanohjausta. Eniten käytettyjä kipuhoidomuotoja olivat manuaalinen terapia ja fysikaaliset hoidot.

Suuri osa kyselyyn vastanneista fysioterapeuteista ohjasi potilailleen harjoitteita, mikä on linjassa aiemman tutkimusnäytön kanssa (Andersen 2008a; 2011; Chiu ym. 2005a; Falla ym. 2006, Häkkinen ym. 2008; Jull ym. 2002; Kay 2012; Nikander ym. 2006; Taimela ym. 2000; Ylinen ym. 2003; 2007a; 2010). Vastaajat käyttivät niskakivun hoidossa kuitenkin erilaisia harjoiteyhdistelmiä. Tyypillisesti hyödynnettiin stabilaatio- ja liikkuvuusharjoitteiden yhdistelmää (24%) ja seuraavaksi eniten monipuolista stabilaatio-, liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoitteiden yhdistelmää (16 %). Vastaavan suuruinen määrä vastaajia hyödynsi myös liikkuvuus- ja lihasvoimaharjoitteiden yhdistelmää (16%), joten lihasvoimaharjoitteiden määrittely on saatettu ymmärtää eri tavoin ja se on osaltaan saattanut vaikuttaa vastausten jakaumaan. Erilaisten harjoitemuotojen tehosta niskakivun hoidossa ei juuri löytynyt aiempaa vertailevaa tutkimustietoa. Joissakin aiemmissa tutkimuksissa on ohjattu samalle potilasryhmälle usean tyyppisiä harjoitteita, esimerkiksi stabilaatioharjoitteita yhdistettynä lihasvoimaharjoitteluun (Taimela ym. 2000). Tällaiset yhdistelmät tulivat näkyville myös opinnäytetyömme tuloksissa.

Kyselyyn vastanneet fysioterapeutit käyttivät runsaasti stabilaatioharjoitteita (56 %) ja liikkuvuusharjoitteita (64 %). Stabilaatioharjoitteiden spesifistä vaikuttavuudesta löytyy vähemmän tutkimusnäyttöä kuin lihasvoimaharjoitteiden hyödyllisyydestä (Kay ym. 2012). Jull ym. (2002) vertailivat tutkimuksessaan niskaperäisen päänsäryn hoidossa manipulaatiohoitoa ja matalatehoisten harjoitteiden tehoa erikseen ja yhdistelmänä kontrolliryhmään. Kaikki kolme hoitomuotoa vähensivät päänsäryn esiintymistiheyttä ja voimakkuutta sekä niskakivua ja siitä aiheutuvaa haittaa ja tulokset olivat pysyviä vuoden seurannassa. Toisaalta Griffiths ym. (2009) totesivat, että stabilaatioharjoitteiden

lisääminen tavalliseen niskaneuvontaan ja harjoitteluohjelmaan ei tuo parempaa hoitotulosta kroonisessa niskakivussa. Liikkuvuusharjoitteiden vaikuttavuudesta ei löytynyt tutkimusnäyttöä. 22 % vastanneista fysioterapeuteista oli kuitenkin käynyt McKenzie-jatkokoulutusta, mikä voi selittää sen, että liikkuvuusharjoitteita on käytetty niskakivun hoidossa usein.

Liikkuvuus- ja stabiilaatioharjoitteiden suurta esiintyvyyttä aineistossamme voidaan mahdollisesti selittää myös terapeuttien kliinisellä kokemuksella. Tieteellistä näyttöä on kuitenkin eniten juuri lihasvoimaharjoittelusta (Andersen ym. 2008a; Chiu ym. 2005a; 2005b; Häkkinen ym. 2008; Nikander ym. 2006; Salo ym. 2010; Ylinen ym. 2003; 2006; 2007a; 2010), jota yli puolet (53 %) kyselymme vastanneista fysioterapeuteista ohjasi. Tämä on myös ainoa harjoitemuoto, jonka vaikutusten pysyvyydestä löytyy jonkin verran näyttöä (Ylinen ym. 2007b). Venyttelyharjoittelu esiintyi myös melko kattavasti kyselymme vastauksissa (67 %) ja tutkimusnäytön mukaisesti siitä onkin hyötyä kivunlievityksessä yksin tai yhdessä muun harjoittelun kanssa (Häkkinen ym. 2008, Ylinen ym. 2010).

Havaitsimme opinnäytetyössämme, että yli puolet fysioterapeuteista käytti manuaalista terapiaa kipuhoidona. Hoving ym. (2002) totesivat manuaalisen terapian vaikuttavaksi lyhyellä aikavälillä suhteessa fysioterapiaan tai yleislääkärin hoitoon. Gonzáles-Iglesias ym. (2009) puolestaan havaitsivat rintarangan manipulaation vaikuttavaksi suhteessa sähkötermiseen terapiaan. Manuaalisen terapian ja harjoittelun yhdistelmä on myös todettu vaikuttavaksi hoitomuodoksi (Bronfort ym. 2012, Evans ym. 2002). Esimerkiksi Cleland ym. (2010) havaitsivat, että rintarangan manipulaatio yhdistettynä harjoitteisiin toi apua niskakipuun nopeammin kuin harjoittelu yksinään.

Havaitsimme opinnäytetyössämme, että yksityisellä sektorilla hoitajaksot ovat usein lyhyitä, mitä saattaa selittää maksusitoumusten käyntikertojen vähäinen määrä tai se, että potilas kenties maksaa hoidon kokonaan itse. Manuaalisen terapian tuomalla nopealla avulla potilas saadaan usein myös pikemmin työkykyiseksi. Näin ollen voidaan manuaalisen terapian käyttöä perustella kipuhoidona, vaikka pelkällä harjoittelulla on todettu päästävän samaan lopputulokseen kuin yhdistelmähoidolla (Bronfort ym. 2012; Chiu ym. 2005b; Evans 2002; Ylinen ym. 2003; 2007a; 2007b; 2007c; 2010). Manuaalisen terapian yleistä käyttöä tutkimusaineistossamme selittää todennäköisesti myös se, että 36 %:lla vastaajista oli jokin manuaalisen terapian tutkinto kuten Ortopedinen

Manuaalinen Terapia (OMT) ja muuta lisäkoulutusta aiheesta oli suurella osalla fysioterapeuteista.

Hoitojaksojen pituus vaikuttanee myös terapeuttisen harjoittelun toteutumiseen. Viidesosa vastaajista ohjeisti harjoittelun enimmillään kolmen kuukauden mittaiseksi. Useissa tutkimuksissa on havaittu, että harjoittelulla saadaan tuloksia lyhyemmälläkin interventiolla, mutta vaikutus ei ole pysyvä pitkällä aikavälillä (Chiu ym. 2005a; Taimela ym. 2000; Waling ym. 2000; 2002). Vastaajista 44 % kehotti potilasta jatkamaan harjoittelua elinikäisesti, vaikka tutkimusnäyttöä on, että harjoittelulla voidaan saavuttaa pysyvä tulos kolmen vuoden seurannassa (Ylinen ym. 2007b). Herää kysymys, ovatko fysioterapeutit tietoisia tästä vai onko kyse harjoittelun jatkumisen varmistamisesta riittävän pitkään ohjeistamalla elinikäistä harjoittelua? Lyhyiden hoitojaksojen vuoksi seuranta voi olla vaikea toteuttaa ja loppuelämän kestävästä harjoittelusta ei varmasti myöskään ole haittaa.

Ylinen ym. (2007b) havaitsivat, että säännöllinen seuranta varmistaa harjoittelun jatkumisen riittävän pitkään. Intervention jälkeen suurin osa tutkittavista ei ollut jatkanut harjoittelua, mikä todettiin seurantatutkimuksessa, josta ei potilaita oltu informoitu. Harjoittelun progressiota, joka puuttuukin monesta saamastamme vastauksesta, on myös vaikea rakentaa lyhyellä interventiolla. Lyhyempään jaksoon on helpompi sitoutua ja motivoitua, jolloin harjoittelua tulee varmemmin toteutettua. Motivoituuko potilas jatkamaan harjoittelua loppuelämän ajan? Monen vastaajan kohdalla emme tiedä harjoittelun todellista ohjeistettua kestoa, sillä seurantaan asti voi tarkoittaa sitä, että tällöin annetaan uudet ohjeet.

Ergonomiaohjaus nousee kiistattomaksi ykköseksi muussa ohjauksessa (84 %). Kuitenkin laadukasta tutkimusta ergonomiaohtauksen vaikutuksesta niskakivun hoidossa on melko vähän. Niskakivun ehkäisyn kannalta merkittävistä riskitekijöistä on tutkimustietoa jonkin verran (Coté ym. 2008; Ariëns ym. 2000; 2001) ja nämä ovatkin seikkoja, joita vastaajamme ovat ottaneet huomioon niskakivunpotilaan hoidossa. Ergonomiaohjauksesta niskakivun hoidossa Ketola ym. (2002) havaitsivat, että sillä oli vaikutusta epämukavuustunteuksiin ja rasittuneisuuteen, mutta vaikutukset eivät olleet pysyviä pitkällä aikavälillä. Ergonomiaohjauksen suurta esiintyvyyttä aineistossamme voidaan mahdollisesti selittää myös fysioterapeuttien kliinisellä kokemuksella sekä potilaan tilanteen kokonaisvaltaisella huomioimisella, sillä yksilöllisiä syitä niskakipuun ja sitä kautta helpotusta oireisiin voi löytyä tätäkin kautta.

Lähes puolet vastaajistamme (47 %) ohjaa potilaitaan myös terveyttä edistävään liikuntaan. Sen vaikuttavuutta koskeva tutkimustieto on kuitenkin ristiriitaista. Kayn ym. (2012) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan löytyy viitteitä, ettei yleisestä liikunnanohjauksesta olisi hyötyä niskakivun hoidossa. Carrollin ym. (2009) kirjallisuuskatsauksen mukaan liikunnan harrastaminen kuitenkin parantaneekin niskakivusta toipumisen ennustetta ja Andersen ym. (2008a) saivat polkupyöraergometriharjoittelulla väliaikaista vaikutusta koettuun kipuun. Potilaan harjoittelumotivaation ja yleisen terveydentilan kannalta liikuntaan kannustaminen spesifien niskaharjoitteiden ohella voitaisiin olla viisasta.

Kyselyvastauksissa nousi myös esille se, että psykofyysinen ohjaus (13 % fysioterapeuteista ohjasi) on osa niskakivupotilaiden fysioterapiaa. Ylisen (2007c) mukaan harjoittelun on hyvä sisältää kognitiivista terapiaa, jolloin asiakas huomaa, ettei kuormitus pahenna kipua vaan se itse asiassa parantaa kivun vuoksi rajoittunutta toimintakykyä. Psykkisillä hallintakeinoilla, kehoitietoisuudella ja rentoutumisella voidaan myös vaikuttaa niskakivupotilaan vointiin (Gustavsson ym. 2009). Koska harjoitteilla ei aina päästä tulokseen välittömästi, psyykkiset hallintakeinot auttavat potilasta selviämään kivun kanssa tai jos harjoittelu on alussa kivuliasta. Martelin ym. (2011) tutkimus tukee keskustelun käyttöä ohjauksessa. Tutkimuksessa verrattiin verrokkihoitona hyödynnettyä keskustelua kiropraktikon kanssa ja interventioina hyödynnettyjä manipulaatiohoitoa ja manipulaatiohoitoa yhdistettynä terapeuttiseen harjoitteluun. Verrokkiryhmän vointi parantui yhtä paljon kuin tutkimusryhmien vointi. Näin ollen herää kysymys myös vuorovaikutuksen merkityksestä potilaan niskakivun parantumiselle.

Opinnäytetyön toteuttaminen internetkyselynä verrattuna puhelinhaastatteluun oli toisaalta etu ja toisaalta haitta. Tavoitimme paljon enemmän ihmisiä suhteessa käytettävään aikaan kuin puhelimitse olisi ollut mahdollista. Internet-kyselyn muoto on lisäksi kaikille samanlainen, jolloin haastattelija ei voi vaikuttaa vastauksiin. Tämä toteutusmuoto antoi myös fysioterapeuteille mahdollisuuden valita vastaamisen ajankohdan ja ehkä keskittyä vastaamiseen enemmän kuin puhelinhaastattelussa.

Toisaalta internetkyselyn vastausprosentti jää usein pieneksi. Opinnäytetyössämme 295 yritystä ei vastannut tutkimuslupapyyntöön, jolloin vastausprosentti jäi kyselyille tyypillisesti alhaiseksi, mikä puolestaan voi tarkoittaa että vastausjoukko oli valikoitunut. Kyselyihin vastaavat usein juuri ne, jotka kokevat hoitavansa potilaat laadukkaasti, kun taas fysioterapeutit, jotka tunnistavat työssään useita kehittämisen kohtia saattavat

jättää sen vuoksi vastaamatta. Otanta (N=45) onkin suhteessa yksityisen sektorin kokoon pieni, eikä siten anna täysin kattavaa kuvaa fysioterapiakäytännöistä. Internetkyselyssä emme voineet myöskään tarkentaa vastauksia lisäkysymyksillä, mikä olisi ollut mahdollista puhelinhaastattelussa. Saamistamme vastauksista käy ilmi, että joistakin kysymyksistä on tehty monenlaisia tulkintoja ja väärinymmärrysten vuoksi olennaista tietoa on myös voinut jäädä saamatta. Avointen kysymysten avulla voidaan pyrkiä välttämään johdattelua, mutta väärinymmärrysten vaara kasvaa.

Toisaalta saimme kyselyllä paljon olennaista tietoa. Kysymyslomake ei ollut johdatteleva ja se voisikin olla pienellä muokkauksella hyödynnettävissä myös aiheen jatkotutkimukseen. Kysely oli myös edullinen toteuttaa. Tietojen luokittelu onnistui mielestämme kohtuullisesti ottaen huomioon vastausten laajan haitarin, minkä vuoksi materiaalin tulkitseminen oli ajoittain haasteellista. Esimerkiksi venytysten tulkinnassa tarkemmas- ta luokittelusta olisi ollut etua. Tutkimuslupapyyntöön ja kyselyyn vastaaminen osui ajallisesti kesäloma-aikaan, mikä saattoi myös osaltaan vähentää vastausten määrää. Lisäksi osa fysioterapeuteista ei ollut huomannut, että kyselyyn piti vastata viimeisim- män niskakipupotilaan osalta, jolloin heidän vastauksensa olivat yleisemmällä tasolla kuin olisimme toivoneet. Saimme tutkittavilta myös palautetta, että oli vaikea muistaa, mitä viimeisimmän niskapotilaan kanssa oli tehty.

Opinnäytetyön johtopäätöksinä todetaan, että yksityisissä hoitolaitoksissa terapeuttinen harjoittelu on tutkimusnäytön mukaisesti merkittävä osa niskakipupotilaan fysioterapi- aa. Lihasvoimaharjoittelua käytetään kuitenkin melko vähän ja harjoittelu jää usein kes- toltaan lyhyeksi ilman potilaan kunnollista seurantaa. Harjoittelun ohella niskakipupoti- laan fysioterapia koostuu mm. ergonomiohjauksesta, liikunnanohjauksesta ja kipuhoi- doista.

Tämänhetkinen tutkimusnäyttö niskakivun hoidon osalta on vaihtelevaa ja osittain heik- kolaatuista etenkin muiden hoitomuotojen kuin voimaharjoittelun osalta. Siten kunnolli- sia näyttöön perustuvia fysioterapiasuosituksia ei ole. Sellaisia pitäisi pyrkiä luomaan fysioterapeuttien työn tueksi. Tämän mahdollistamiseksi tutkimusta pitäisi tehdä selke- ämmillä tutkimusasetelmilla eri hoitumuotoja vertaillen. Myös potilaiden haastattelemi- sesta fysioterapian toteutumisen osalta toisi erilaista ja laajempaa näkökulmaa suh- teessa kohtuullisen pieneen otantaan opinnäytetyössämme. Kokonaisuutena eri osat olisi järkevää analysoida kokonaisuutena, jolloin saadaan parempi kokonaiskuva suomalaisesta niskakivun fysioterapian hoitokäytännöistä.

Loppusanat

Haluamme kiittää kaikkia kyselyyn osallistuneita yksiköitä ja vastanneita fysioterapeuteja. Kiitämme myös työn toimeksiantajaa Jari Ylistä ohjauksesta ja panostuksesta työhömmä. Pääohjaajaamme Riku Nikanderia kiitämme runsaasta kannustuksesta ja tuesta ja kiitokset myös muille prosessissa auttaneille opettajille. Kiitämme teknisestä avusta Tapio Vallia, Sami Grönbergiä ja Saku Vainikaista, joiden ansiosta säästimme työtunteja. Koko työryhmää haluamme kiittää yhteistyöstä mielenkiintoisessa ja haastavassa projektissa.

Lähteet

ACSM 2009. Progression Models in Resistance Training for Healthy Adults. American College of Sports Medicine. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 41 (3). 687–708.

Andersen, Lars – Kjaer, Michael – Sögaard, Karen – Hansen, Lone – Kryger, Ann – Sjögaard, Gisela 2008a. Effect of Two Contrasting Types of Physical Exercise on Chronic Neck Muscle Pain. *Arthritis & Rheumatism* 59 (1). 84–91.

Andersen, Lars – Jørgensen, Marie – Blangsted, Anne Katrine – Pedersen, Mogens – Hansen, Ernst – Sjögaard, Gisela 2008b. A Randomized Controlled Intervention Trial to Relieve and Prevent Neck/Shoulder Pain. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 40 (6). 983–990.

Andersen, Lars L. – Saervoll, Charlotte A. – Mortensen, Ole S. – Poulsen, Otto M. – Hannerz, Harald – Zebis, Mette K. 2011. Effectiveness of small daily amounts of progressive resistance training for frequent neck/shoulder pain: Randomised controlled trial. *Pain* 152 (2011). 440–446.

Ariëns, GAM – van Mechelen, W – Bongers, PM – Bouter, LM – van der Wal, G 2000. Physical risk factors for neck pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 26 (1). 7–19.

Ariëns, GAM – Bongers, PM – Douwes, M – Miedema, M – Hoogendoorn, W – van der Wal, G – Bouter, L – van Mechelen, W 2001. Are neck flexion, neck rotation, and sitting at work risk factors for neck pain? Results of a prospective cohort study. *Occupational & Environment Medicine*. 58 (3). 200–207.

Bassett – Lingman – Ellis 2010. The use and treatment of kinaesthetic taping for musculo-skeletal conditions: A systematic review. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 38. 56–62.

Bronfort Gert – Evans, Roni – Nelson, Brian – Aker, Peter D. – Goldsmith, Charles H. – Vernon, Howard 2001. A Randomized Clinical Trial of Exercise and Spinal Manipulation for Patients With Chronic Neck Pain. *Spine* 26 (7). 788–799.

Bronfort, Gert – Evans, Roni – Anderson, Alfred V. – Svendsen, Kenneth H. – Bracha, Yiscah – Grimm, Richard H. 2012. Spinal Manipulation, Medication, or Home Exercise With Advice for Acute and Subacute Neck Pain. A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine* 156 (1). 1–10.

Carroll, Linda – Hogg-Johnson, Sheilah – Cote, Pierre – van der Velde, Gabrielle – Holm, Lena – Carragee, Eugene – Hurwitz, Eric – Peloso, Paul – Cassidy, David – Guzman, Jaime – Nordin, Margareta – Haldeman, Scott 2009. Course and Prognostic Factors for Neck Pain in Workers. Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 32 (S2). S108–S116.

Chiu, Thomas – Lam, Tai-Hing – Hedley, Anthony 2005a. A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of Exercise for Patients With Chronic Neck Pain. *Spine* 30 (1). 1–7.

Chiu, Thomas TW – Hui-Chan, Christina WY – Cheing, Gladys 2005b. A randomized clinical trial of TENS and exercise for patients with chronic neck pain. *Clinical Rehabilitation* 19 (8). 850-860.

Cleland, Joshua A. – Mintken, Paul E. – Carpenter, Kristin – Fritz, Julie M. – Glynn, Paul – Whitman, Julie – Childs, John D. 2010. Examination of a Clinical Prediction Rule to Identify Patients With Neck Pain Likely to Benefit From Thoracic Spine Thrust Manipulation and a General Cervical Range of Motion Exercise: Multi-Center Randomized Clinical Trial. *Physical Therapy* 90 (9). 1239–1250.

Côté P, van der Velde G – Cassidy, JD – Carroll, LJ – Hogg-Johnson, S – Holm, LW – Carragee, EJ – Haldeman, S – Nordin, M – Hurwitz, EL – Guzman, J – Peloso, PM 2008. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 15 (33). S60-74.

Dziedzic, Krysia – Hill, Jonathan – Lewis, Martyn – Sim, Julius – Daniels, Jane – Hay, Elaine 2005. Effectiveness of Manual Therapy or Pulsed Shortwave Diathermy in Addition to Advice and Exercise for Neck Disorders: A Pragmatic Randoized Controlled Trial in Physical Therapy Clinics. *Arthritis & Rheumatism*. 53 (2). 214–222.

Evans, Roni – Bronfort, Gert – Nelson, Brian – Goldsmith, Charles H. 2002. Two-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial of Spinal Manipulation and Two Types of Exercise for Patients with Chronic Neck Pain. *Spine* 27 (21). 2383–2389.

Falla, Deborah – Jull, Gwendolen – Hodges, Paul – Vicenzino, Bill 2006. An endurance-strength training regime is effective in reducing myoelectric manifestations of cervical flexor muscle fatigue in females with chronic neck pain. *Clinical Neurophysiology* 117 (4). 828–837.

González-Iglesias J. – Fernández-de-las-Peñas C. – Cleland JA. – Gutiérrez-Vega, Mdel R. 2009. Thoracic spine manipulation for the management of patients with neck pain: a randomized clinical trial. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 39 (1). 20-27.

Griffiths, Cathrin – Dziedzic, Krysia – Waterfield, Jackie – Sim, Julius 2009. Effectiveness of Specific Neck Stabilization Exercises or a General Neck Exercise Program for Chronic Neck Disorders: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Rheumatology* 36 (2). 390–397.

Gustavsson, Catharina – Denison, Eva – von Koch, Lena 2010. Self-management of persistent neck pain: A randomized controlled trial of a multi-component group intervention in primary health care. *European Journal of Pain* 14 (6). 630.e1–630.e11.

Hoving, Jan Lucas – Koes, Bart W. – de Vet, Henrica C.W. – van der Windt, Danielle A.W.M. – Assendelft, Willem J.J. – van Mameren, Henk – Deville, Walter L.J.M. – Pool, Jan J.M. – Scholten Rob J.P.M – Bouter, Lex M. 2002. Manual Therapy, Physical

Therapy, or Continued Care by a General Practitioner for Patients with Neck Pain A Randomized Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine* 136 (10). 713–722.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2005. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hurwitz, Eric L. – Carragee, Eugene J. – van der Welde, Gabrielle – Carroll, Linda J. – Nordin, Margareta – Guzman, Jaime – Peloso, Paul M. – Holm, Lena W. – Côté, Pierre – Hogg-Johnson, Sheilah – Cassidy, J. David – Haldeman, Scott 2009. Treatment of neck pain: noninvasive interventions. Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 32 (2). 141–175.

Häkkinen, Arja – Kautiainen, Hannu – Hannonen, Pekka – Ylinen, Jari 2008. Strength Training and Stretching Versus Stretching Only in the Treatment of Patients With Chronic Neck Pain: A Randomized One-Year Follow-Up Study. *Clinical Rehabilitation* 22 (7). 592-600.

IASP 1994. Part III: Pain Terms, a Current List With Definitions and Notes on Usage. Classification of Chronic Pain. Second Edition. International Association for the Study of Pain Task Force on Taxonomy. Seattle: IASP Press.

Jordan A. – Bendix T. – Nielsen H. – Hansen FR. – Host D. – Winkel A. 1998. Intensive training, physiotherapy, or manipulation for patients with chronic neck pain: a prospective single-blinded randomized clinical trial. *Spine* 23 (3). 311-318.

Jull, Gwendolen – Trott, Patricia – Potter, Helen – Zito, Guy – Niere, Ken – Shirley, Debra – Emberson, Jonathan – Marschner, Ian – Richardson, Carolyn 2002. A Randomized Controlled Trial of Exercise and Manipulative Therapy for Cervicogenic Headache. *Spine* 27 (17). 1835–1843.

Jull, Gwendolen – Falla, Deborah – Vicenzino, Bill – Hodges, Paul 2009: The effect of therapeutic exercise on activation of the deep cervical flexor muscles in people with chronic neck pain. *Manual Therapy* 14 (6). 696–701.

Kay, Theresa M. – Gross, Anita – Goldsmith, Charles H. – Rutherford, Sherrill – Voth, Sandra – Hoving, Jan L. – Bronfort, Gert – Santaguida, Pasqualina I. 2012. Exercises for mechanical disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 (8).

KCE 2009. Non-Specific Neck Pain: Diagnosis and Treatment. KCE Reports 119C. D/2009/10.273/56. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre.

Ketola, Ritva – Toivonen, Risto – Häkkänen, Marketta – Luukkonen, Ritva – Takala, Esa-Pekka – Viikari-Juntura, Eira – the Expert Group in Ergonomics 2002. Effects of ergonomic intervention in work with video display units. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 28 (1). 18–24.

Kroeling, Peter – Gross, Anita – Goldsmith, Charles – Burnie, Stephen – Haines, Ted – Graham, Nadine – Brandt, Aron 2011. Electrotherapy for neck pain (Review). *The Cochrane Library* 2011 (2).

- Martel, Johanne – Dugas, Claude – Dubois, Jean-Daniel – Descarreaux, Martin 2011. Randomized controlled trial of preventive spinal manipulation with and without a home exercise program for patients with chronic neck pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 12 (41).
- Morris, D. – Jones, D. – Ryan, H. – Ryan C. G. 2012. The clinical effects of Kinesio Tex taping: A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*. 1–12.
- Mongini, Franco – Evangelista, Andrea – Milani, Chantal – Ferrero, Luca – Ciccone, Giovannino – Ugolini, Alessandro – Piedimonte, Alessandro – Sigauco, Monica – Carlino, Elisa – Banzatti, Emanuela – Galassi, Claudia 2012. An educational and physical program to reduce headache, neck/shoulder pain in an working community: A cluster-randomized controlled trial. *PLoS ONE* 7 (1). 1–10.
- Nikander, Riku – Mälkiä, Esko – Parkkari, Jari – Heinonen, Ari – Starck, Heli – Ylinen, Jari 2006. Dose-response relationship of specific training to reduce chronic neck pain and disability. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 38 (12). 2068-2074.
- O’Leary, Shaun – Jull, Gwendolen – Kim, Mehwa – Vicenzino, Bill 2007. Specificity in Retraining Craniocervical Flexor Muscle Performance. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 37 (1). 3–9.
- O’Sullivan, Peter 2005. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders. Maladaptive movement and motor control impairment as underlying mechanism. *Manual therapy* 10 (4). 242–255.
- Salo, Petri – Häkkinen, Arja – Kautiainen, Hannu – Ylinen, Jari 2010. Effect of neck strength training on health-related quality of life in females with chronic neck pain: a randomized controlled 1-year follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 8 (48).
- Taimela, Simo – Takala, Esa-Pekka – Asklöf, Tom – Seppälä, Kitty – Parviainen, Sirkka 2000. Active Treatment of Chronic Neck Pain. A Prospective Randomized Intervention. *Spine* 25 (8). 1021–1027.
- Talvitie, Ulla – Karppi, Sirkka-Liisa – Mansikkamäki, Tarja 2006. *Fysioterapia*. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Viljanen, Matti – Malmivaara, Antti – Uitti, Jukka – Rinne, Marjo – Palmroos, Pirjo – Laippala, Pekka 2003. Effectiveness of dynamic muscle training, relaxation training, or ordinary activity for chronic neck pain: randomized controlled trial. *BMJ* 327. 475–477.
- Waling, Kerstin – Sundelin, Gunnevi – Ahlgren, Christina – Järvholm, Bengt 2000. Perceived pain before and after three exercise programs – a controlled clinical trial of women with work-related trapezius myalgia. *Pain* 85 (1–2). 201–207.
- Waling, Kerstin – Järvholm, Bengt – Sundelin, Gunnevi 2002. Effects of Training on Female Trapezius Myalgia. An Intervention Study With a 3-Year Follow-up Period. *SPINE* 27 (8). 789–796.

Walker, Michael J. – Boyles, Robert E. – Young, Brian A. – Strunce, Joseph B. – Garber, Matthew B. – Whitman, Julie M. – Deyle, Gail – Wainner, Robert S. 2008. The Effectiveness of Manual Physical Therapy and Exercise for Mechanical Neck Pain. A Randomized Clinical Trial. *Spine* 33 (22). 2371–2378.

Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto>Luettu 29.2.2012.

Ylinen, Jari 2002. Venytystekniikat. Lihas-jännesysteemi. 2. painos. Muurame: Medirehabook kustannus Oy.

Ylinen, Jari – Takala, Esa-Pekka – Nykänen, Matti – Häkkinen, Arja – Mälkiä, Esko – Pohjolainen, Timo – Karppi, Sirkka-Liisa – Kautiainen, Hannu – Airaksinen, Olavi 2003. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association* 289 (19). 2509-2516.

Ylinen, Jari – Häkkinen, Arja – Takala, Esa-Pekka – Nykänen, Matti – Kautiainen, Hannu – Mälkiä, Esko – Pohjolainen, Timo – Karppi, Sirkka-Liisa – Airaksinen, Olavi 2006. Effects of neck muscle training in women with chronic neck pain: one-year follow-up study. *Journal of Strength and Conditioning Research* 20 (1). 6–13.

Ylinen, Jari 2007a: Physical exercises and functional rehabilitation for the management of chronic neck pain. *Europa Medicophysica* 43 (1). 119–132.

Ylinen, Jari – Häkkinen, Arja – Nykänen, Matti – Kautiainen, Hannu – Takala E-P 2007b. Neck muscle training in the treatment of chronic neck pain: a three-year follow-up study. *Europa Medicophysica* 43 (2). 161-169.

Ylinen, Jari – Kautiainen, Hannu – Wirén, Kaija – Häkkinen, Arja 2007c: Stretching exercises vs manual therapy in treatment of chronic neck pain: a randomized, controlled cross-over trial. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39 (2). 126–132.

Ylinen, Jari – Nikander, Riku – Nykänen, Matti – Kautiainen, Hannu – Häkkinen, Arja 2010: Effect of neck exercises on cervicogenic headache: A randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine* 42 (4). 344–349.

Liite 1: Tutkimuslupapyyntö

Hyvä organisaation toiminnasta tai fysioterapiasta vastaava henkilö,

Teemme tutkimusta niskakivun fysioterapian hoitokäytännöistä työikäisillä potilailla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa vallitsevasta hoitokäytännöstä eli selvittää hoidetaanko niskakivupotilaita eri toimijoiden taholla tutkimukseen perustuvan tiedon mukaisesti vai olisiko hoitokäytännöissä erityistä kehitettävää. Eri hoitomenetelmien vaikuttavuudesta niskakivun hoidossa on tehty useita tutkimuksia, mutta hoitokäytäntöjen toteutumista ei ole aikaisemmin tutkittu. Toteutamme tutkimuksen vuoden 2012 aikana poikkileikkaustutkimuksena valtakunnallisesti neljällä eri terveydenhuollon sektorilla käsittäen terveysasemat, yksityisen sektorin, fysiatrian poliklinikat ja kuntoutuslaitokset.

Toivomme mahdollisimman monen niskapotilaita kuntouttavan fysioterapeutin vastaavan kyselyyn. Tämän tutkimuksen kysymykset koskevat viimeisimmän työikäisen epäspesifistä niskakivusta kärsivän potilaan hoitoa. Tutkimus toteutetaan fysioterapeuteille sähköisellä kyselylomakkeella, jonka täyttäminen vie noin 10 minuuttia. Tutkimukseen osallistumisesta ei synny tutkittavalle tai organisaatiollenne ajan käytön lisäksi muita kustannuksia. Kyselyyn vastaamalla fysioterapeutit antavat suostumuksensa tutkimukseen osallistumiselle. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimusraportti toimitetaan teille sähköpostina sen julkaisemisen jälkeen.

Tutkimuksen suorittaminen fysioterapeuteille sähköisellä lomakkeella mahdollistaa täydellisen tutkittavien tietosuojan, koska lomake täytetään anonymisti käyttäen suojattua internet-yhteyttä. Näin ollen aineistoon vastaaminen ei tuota henkilö- tai laitosrekisteriä.

Päättyessänne osallistua tutkimukseen toivomme Teiltä mahdollisimman pikaista puoltavaa vastausta tähän tutkimuslupapyyntöön. Pyydämme Teitä lähettämään vastauksenne tähän sähköpostiosoitteeseen. Mikäli ette osallistu tutkimukseen, toivomme Teidän myös siinä tapauksessa ilmoittavan asiasta paluuviestillä. Näin voimme seurata tutkimuksen etenemistä ja kattavuutta. Vastauksen tutkimuslupapyyntöön tulisi tapahtua viimeistään 20.6.2012. Toivomme Teidän liittävän puoltavaan vastauksenne organisaationne fysioterapiasta vastaavan yhteystiedot (sähköpostiosoite ja puhelinnumero), jotta voimme lähettää hänelle sähköisen kyselylomakkeemme ohjeineen fysioterapeuteille välitettäväksi. Fysioterapeuttien tulisi vastata kyselyyn 15.8.2012 mennessä.

Teitä askarruttavissa kysymyksissä voitte ottaa yhteyttä sähköpostiosoitteeseen, josta tämä tutkimuslupapyyntö on lähetetty.

Tutkimuksesta vastaava henkilö:

Riku Nikander, TtT, Suomen Akatemian tutkijatohtori

Metropolia Ammattikorkeakoulu, PL 4031, 00079 Metropolia

Puhelin: 020 783 5000 (vaihde)

Sähköposti: riku.nikander@metropolia.fi

Kiitoksia mielenkiinnostanne aihetta kohtaan, toivomme organisaationne osallistumista tutkimukseen!

Helsingissä, 6.5.2012

Tutkimusryhmä

Liite 2: Kyselylomake

Niskakivun fysioterapiakäytännöt työikäisillä potilailla: Fysioterapeuttien haastattelu

Hyvä fysioterapeutti,

Tutkimus suoritetaan anonyymisti eikä tietoja luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille.

Jos olette hoitaneet tämän vuoden aikana niskakivupotilasta, toivomme teidän vastaavan kyselyyn, sillä jokainen vastaus on arvokas!
Kiitos mielenkiinnostanne aihetta kohtaan.

Pyydämme Teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin viimeisimmälle työikäiselle epäspesifisestä niskakivusta kärsivälle potilaallenne antamanne hoidon perusteella.

1. Kuinka monta fysioterapiakäyntiä viimeisimmän potilaanne hoitajakso sisälsi?

2. Kuinka kauan viimeisimmän potilaanne säännöllinen hoitajakso kesti?

3. Ohjattiinko potilaalle seurantakäyntiä tai muuta yhteydenottoa ja jos ohjattiin niin kuinka kauan säännöllisen hoitajakson päättymisestä?

4. Mitä kipuhoidoja käytitte ja kuinka monella hoitokerralla kutakin hoitoa annettiin?

5. Kuinka monella hoitokerralla ohjasitte potilaallenne harjoitteita?

6. Millä tavoin ohjasitte potilaallenne harjoitteet?

7. Kuinka kauan kehotitte potilasta jatkamaan harjoittelua?

8. Sisältyikö potilaan hoitojaksoon muuta ohjausta, mitä?

9. Kehotitteko potilasta välttämään joidenkin asioiden tai toimintojen tekemistä, mitä?

Harjoittelun sisältö

10. Ohjasitteko potilastanne tekemään venytyksiä?

- Kyllä
- Ei (siirtykää kysymykseen 13)

11. Millaisia venytyksiä ohjasitte potilaallenne?

12. Kuinka monta kertaa viikossa ohjasitte potilasta tekemään venytyksiä kotona?

13. Ohjasitteko potilastanne tekemään muita harjoitteita?

- Kyllä
- Ei (siirtykää kysymykseen 19)

14. Millaisia muita harjoitteita ohjasitte potilaallenne?

15. Ohjasitteko potilaanne käyttämään harjoitusvälineitä? Mitä välineitä?

16. Kuinka monta kertaa viikossa ohjasitte potilasta tekemään harjoitteita kotona?

17. Millaisia toisto- ja sarjamääriä ohjasitte potilaanne tekemään?

18. Millaisella kuormituksella ohjasitte potilaanne tekemään harjoitteita?

19. Ohjasitteko joitain muuta harjoitteluun, vapaa-aikaan tai työhön liittyvää, mitä?

Vastatkaa vielä seuraaviin teitä koskeviin kysymyksiin.

20. Ikä

21. Sukupuoli

- Mies
- Nainen

22. Työkokemus fysioterapeuttina (vuotta)

23. Oletteko saanut lisäkoulutusta niskan kuntoutukseen? Millaista koulutusta?

24. Minkä sairaanhoitopiirin alueella työskentelette?

- Etelä-Karjala
- Etelä-Pohjanmaa
- Etelä-Savo
- HUS
- Itä-Savo
- Kainuu
- Kanta-Häme
- Keski-Pohjanmaa
- Keski-Suomi
- Kymenlaakso
- Lappi
- Länsi-Pohja
- Pirkanmaa
- Pohjois-Karjala
- Pohjois-Pohjanmaa
- Pohjois-Savo
- Päijät-Häme
- Satakunta
- Vaasa
- Varsinais-Suomi
- Ålands hälso- och sjukvård

25. Alla olevaan kenttään voitte halutessanne täyttää palautetta tutkijoille koskien tutkimusta ja tätä lomaketta.

Painamalla "Tallenna" hyväksytte vastaustenne käyttämisen tieteelliseen tutkimuskäyttöön ja analysointiin.

Tietojen lähetyks

Tallenna

Järjestelmänä Eduix E-lomake 3.1, www.e-lomake.fi