

Opinnäytetyö (AMK)

Fysioterapia

2019

Jaana Harjunen & Iida Hepolehto

ASIAKKAAN KOKEMUS SELKÄINFOSTA

OPINNÄYTETYÖ AMK| TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Fysioterapia

Kesäkuu 2019 | 43 sivua, 3 liitesivua

Harjunen Jaana & Hepolehto lida

ASIAKKAAN KOKEMUS SELKÄINFOSTA

Tämän opinnäytetyön aiheena oli kartoittaa asiakkaiden kokemuksia TULE-tietokeskuksen ja Turun Kaupungin Hyvinvointitoimialan Lääkinnällisen Kuntoutuksen järjestämästä selkäinfosta. Selkäinfo on kertaluontoinen tapahtuma, jossa asiakas saa tietoa ja neuvontaa selkävun itsehoidosta. Työssä tutkittiin erityisesti sitä, mitä infoa asiakkaat kokivat saaneensa ja miten sitä onnistuivat hyödyntämään. Lisäksi tutkittiin asiakkaiden suhtautumista selkäkipuun. Tavoitteena oli tuottaa sellaista tietoa, jonka avulla toimeksiantajat voisivat kehittää infon sisältöä.

Teoreettisen viitekehyksen kuvaus aloitettiin kivun kokemuksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä kipukäyttäytymisestä. Tämän jälkeen siirryttiin syvemmälle selkävun hallinnan keinoihin kuten neuvonnan merkitykseen sekä harjoittelun ja uskomusten vaikutuksiin selkävun hallinnassa.

Asiakkaiden kokemuksia annetusta tiedosta ja sen hyödyntämismahdollisuuksista tutkittiin kvalitatiivisesti. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluina, jotka tehtiin puhelimitse. Tutkimukseen osallistui 10 henkilöä, jotka rekrytoitiin tammi-maaliskuun selkäinfoista. Teemahaastattelu jaettiin kolmeen teemaan, jotka olivat asiakas ja informaatio, informaation hyödyntäminen sekä suhtautuminen selkäkipuun.

Tutkimuksesta selvisi, että asiakkaat kokivat saaneensa ennestään tuttua tietoa, joka tuki aiemmin opittua tai kuultua. He olisivat kaivanneet yksilöllisempää ohjausta selkäongelmansa kanssa. Asiakkaiden käsitys selkävun syystä oli biolääketieteellinen. Selkävun kanssa heidän kokemuksensa mukaan pystyy selviämään, kunhan harjoittaa keskivartalon lihaksia ja lisää liikuntaa. Tiettyjä liikkeitä kuitenkin varotaan tai toteutetaan varovaisemmin. Asiakkaat koki saaneensa tietoa hyvästä ergonomiasta, joka oli myös heille yksi selkävun hallintakeino.

ASIASANAT:

Selkäkipu, kipu, biopsykososiaalinen, biolääketieteellinen, uskomukset, kokemus, kvalitatiivinen tutkimus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Physiotherapy

June 2019 | 43 pages, 3 pages in appendices

Harjunen Jaana; Hepolehto Iida

CUSTOMERS EXPERIENCE OF THE SELKÄINFO

The purpose of this thesis project was to examine the experience of the customers visiting selkäinfo that is arranged by TULE-tietokeskus and Turun Kaupungin Hyvinvointitoimialan Lääkinnällinen Kuntoutus. Selkäinfo is onetime occasion where the customer receives information and counseling about back pain self-management. In particular, the research examined what kind of information customers received, did they find the information to be useful and how to benefit from it. In addition, the concern towards the back pain was examined. The purpose was to gain information that the principal can use to develop the content of the selkäinfo.

The theoretical framework discusses several subjects connected to back pain, such as pain as an experience and pain behaviors. After that the framework proceeds deeper into the back pain management, the role of the counselling and beliefs towards back pain.

Qualitative methods were used to find out how useful did the customers feel the information was and how they could benefit from it. The research was decided to be executed as a theme interview by the phone. Interviewees were recruited from January to March and a total of 10 were interviewed. The theme interview was based on three themes, which were customer and information, benefiting the information and concern towards the back pain.

It was found out at the interview that the customers got familiar information that they knew before and supported their earlier knowledge. They would prefer more individual guidance for their back condition. The customers found the reasons for the back pain to be biomedical. They can manage the pain if they train their core and add more sports. There are certain movements that they need to be more careful with. The customers experienced to receive information about good ergonomics, which was part of the back pain management for them.

KEYWORDS:

Back pain, pain, biopsychosocial, biomedical, beliefs, experience, qualitative research

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KIVUN KOKEMINEN	7
2.1 Kivun biologia	7
2.2 Kivun psykososiaaliset tekijät kroonisessa selkäkivussa	8
3 SELKÄKIVUN HALLINTA	12
3.1 Selkäkivun hallintakeinot	13
3.2 Harjoittelu	15
3.3 Neuvonnan merkitys alaselkäkivun hallinnassa	17
3.4 Uskomukset selkäkivusta	19
3.5 Ymmärryksen lisääminen selkäkivusta	21
4 HAASTATTELUTUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
4.1 Tiedonkeruumenetelmän valinta	24
4.2 Haastateltavien rekrytointi	25
4.3 Puhelinhaastatteluiden toteuttaminen	26
5 TUTKIMUSTULOSTEN ANALYSOINTI	28
5.1 Tuttuja juttuja	30
5.2 Kaipaisin enemmän yksilöllisyyttä	31
5.3 Rikkinäisyys ja heikkous ovat kivun syy	32
5.4 Liikunta on lääke, mutta entä liike	33
5.5 Miten pitäisi olla	34
6 POHDINTA	35
6.1 Tulosten pohdintaa	35
6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	37
LÄHTEET	40

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Liite 2. Saatekirje
Liite 3. Suostumuslupalomake

KUVAT

Kuva 1. Kipukokemus. Hautala & Ketola 2017, 24. 8

KUVIOT

Kuvio 1. Kipukuvio. Luomajoki 2016, 13. 10
Kuvio 2: Selkävivun luokittelu. Selkäkanava 2018 13
Kuvio 3: Noidankehä. Lausmaa & Holopainen 2018, 14 20
Kuvio 4: Teemat analyysin pohjalta 30

1 JOHDANTO

Selkäsairaudet ja -kivut ovat nykyisin äärimmäisen yleinen hoitoon hakeutumisen syy. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan, suomalaisista yli 30 vuotiaista miehistä 34,6% ja naisista 41,4% oli kärsinyt selkäkivuista viimeisen kuukauden aikana. Yleisimmin kivut esiintyvät alaselän alueella. Kipu voi alkaa äkillisesti tai vähitellen ajan kanssa. (Duodecim Terveyskirjasto 2018.) Selän oirehtiminen voi olla seurausta tapaturmasta tai ylikuormituksesta. Selkävivulle ei aina kuitenkaan löydy selvää syytä. Selkäsairaudet voivat olla nivel-, lihas- tai rankaperäisiä. (Tuki- ja liikuntaelinliitto 2018.) Selkäsairaudet ovat myös taloudellinen haaste yhteiskunnallemme. Työkyvyttömyyseläkkeellä vuonna 2012 Suomessa oli ollut peräti 26 600 henkilöä ja tämä teki yhteensä 360 miljoonan euron työkyvyttömyyskustannukset. (Käypä hoito 2018.) Selkävivun hoitokustannukset ovat maailmanlaajuisesti suurempia kuin syövän ja diabeteksen hoitoon kulutetut varat (Independent.ie 2019).

Opinnäytetyön toimeksiantajat, TULE-tietokeskus ja Turun Kaupungin Hyvinvointitoimialan Lääkinnällinen kuntoutus, ovat pitäneet yhteistyössä alle vuoden erilaisia tuki- ja liikuntaelimistön sairauksiin kohdentuneita 1,5-2 tunnin inforyhmiä. Inforyhmissä annetaan tietoa sairaudesta sekä työkaluja aloittaa itsehoito omatoimisesti. Asiakkaat saavat tilaisuuteen lääkärin, fysioterapeutin tai sairaanhoitajan lähettäminä. Selkäinfo on tarkoitettu asiakkaille, jotka kärsivät selkävivusta, mutta taustalla ei ole spesifiä selkäsairautta. (Turun kaupunki 2018.) Selkäoireista kärsiville asiakkaille järjestetään kerran kuukaudessa oma infotilaisuutensa. Jokaisessa infossa on aina uudet asiakkaat, sillä sisältö on joka kerta sama. Asiakas käy siis infotilaisuudessa kertaluonteisesti. Siitä, miten asiakkaat kokevat infotilaisuudesta saamansa tiedon, ei ole vielä saatu tietoa.

Opinnäytetyön aihe on valittu toimeksiantajien toiveesta ja heidän halustaan kehittää infoa eteenpäin asiakaskokemuksen parantamiseksi. Työn tavoitteena oli saada tietoa siitä, ovatko asiakkaat kokeneet saaneensa infosta tarvitsemansa tiedon, jotta pystyvät hoitamaan omia selkäoireitaan. Opinnäytetyön tutkimusongelmana oli se, kokivatko selkäinfoon osallistuneet asiakkaat saavansa tietoa, jonka avulla itsehoidon toteuttaminen olisi mahdollista. Tutkimusongelman ratkaisemiseksi käytettiin hyväksi viitekehystä sekä laadullista haastattelututkimusta.

2 KIVUN KOKEMINEN

Kipu ei ole ainoastaan fyysinen tuntemus, joka on lähtöisin kudonsvauriosta. Kivuntutkimusyhdistys The international Association for Study of Pain määrittää kivun oleva myös epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus. Kipu on aina todellista. (Hautala & Ketola, 2017, 15.) Kipu vaikuttaa koko persoonaan ja voidaan kokea hallitsevana voimana (Ojala 2015, 56).

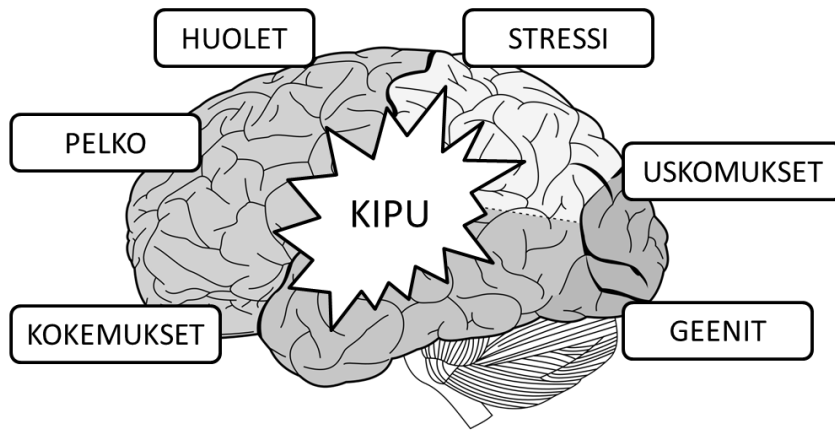
Kipu saa siis usein negatiivisen merkityksen elämässämme. Kipu on muiden tunnetilojen lailla ympäristön tai kehon aikaansaamia neurobiologisia tiloja. Tunnetilat vaikuttavat koko ruumiiseen. Näiden tilojen tehtävä on kertoa keskushermostollemme havainnot ympäristöstä tai kehosta. Tunnetilat ovat jokaiselle yksilöllisiä ja niistä syntyy tunnemuistoja. Kun tunnemme iloa, käyttäydymme sen mukaisesti. Kun tunnemme kipua, käyttäydymme taas sen mukaisesti. Kipukäyttäytymiseen kuuluvat usein kasvojen ilmeen, ääntely, sanallinen ilmaisu sekä asennot ja liikkeet. (Vainio 2018.)

2.1 Kivun biologia

Kun viillät sormeesi, tunnet kipua, mutta sama viilto koetaan yksilöllisesti eri tavoin. Jos yksilöllä on seuraavana päivänä keikka kitaristina, voi viilto merkitä myös keikan peruuntumista ja näin samalla suurempaa uhkaa. Keskushermostossamme on mekanismeja, jotka säätelevät sen voimakkuutta kivun merkityksen mukaan. (Hautala & Ketola 2017, 22.)

Kipu alkaa hermojärjestelmässämme ärsykkeestä. Tämän jälkeen se välittyy aktiopotentiaalina eli hermoston sähköisenä viestinä kohti keskushermostoa. Tässä välissä kipua voidaan hermostossa muunnella. Muuntelu eli modulaatio tapahtuu keskushermoston inhibitorisissa radoissa, jotka estävät kipua välittäviä hermosolujen toimintaa. Kun kipuviesti kulkeutuu aivokuorelle asti, kipu tunnetaan. Kipu koetaan yksilöllisesti geenien sekä aiempien kokemusten pohjalta. (Kalso & Kontinen 2018.) Kivun kokemus on keskushermoston tekemä arvio siitä, kuinka suureksi vaaraksi kipu ajatellaan. Kivun tuntemiseen liittyy vahvasti vielä epämiellyttävyys sekä uhkaavuus. Stressi, kokemukset, odotukset, terveydentila, elämäntapatekijät, uskomukset sekä käsitys kivun merkityksestä vaikuttavat kivun kokemiseen. Kivun kroonistumisen yhteys vireystilaan,

stressiin, sympaattiseen hermostoon on myös selitettävissä aivojen yhteyksien kautta. (Hautala & Ketola 2017, 23-24; Lausmaa & Holopainen 2018, 10.)



Kuva 1. Kipukokemus. Hautala & Ketola 2017, 24.

Mihin sitten tarvitsemme kipua? Kivun tärkeä tehtävä on varoittaa meitä. Kipu on ikään kuin hälytysjärjestelmä, joka saa meissä aikaan toimintaa. Maailmaan syntyy aina pieni joukko lapsia, jotka eivät kykene aistimaan kipua. (Hautala & Ketola 2017, 22-25.) Tätä sairautta kutsutaan nimellä CIPA. Tällöin kipu ei kerro vaarasta, jolloin yksilön selviytyminen on lähinnä kiinni siitä, kuinka häntä pystytään suojelemaan erinäisiltä tapaturmilta tai itsensä tahattomalta satuttamiselta. (Norio-keskus 2017.) Kivun voi näin nähdä positiivisesti meitä suojelevana tuntemuksena (Cormack 2018).

2.2 Kivun psykososiaaliset tekijät kroonisessa selkäkipussa

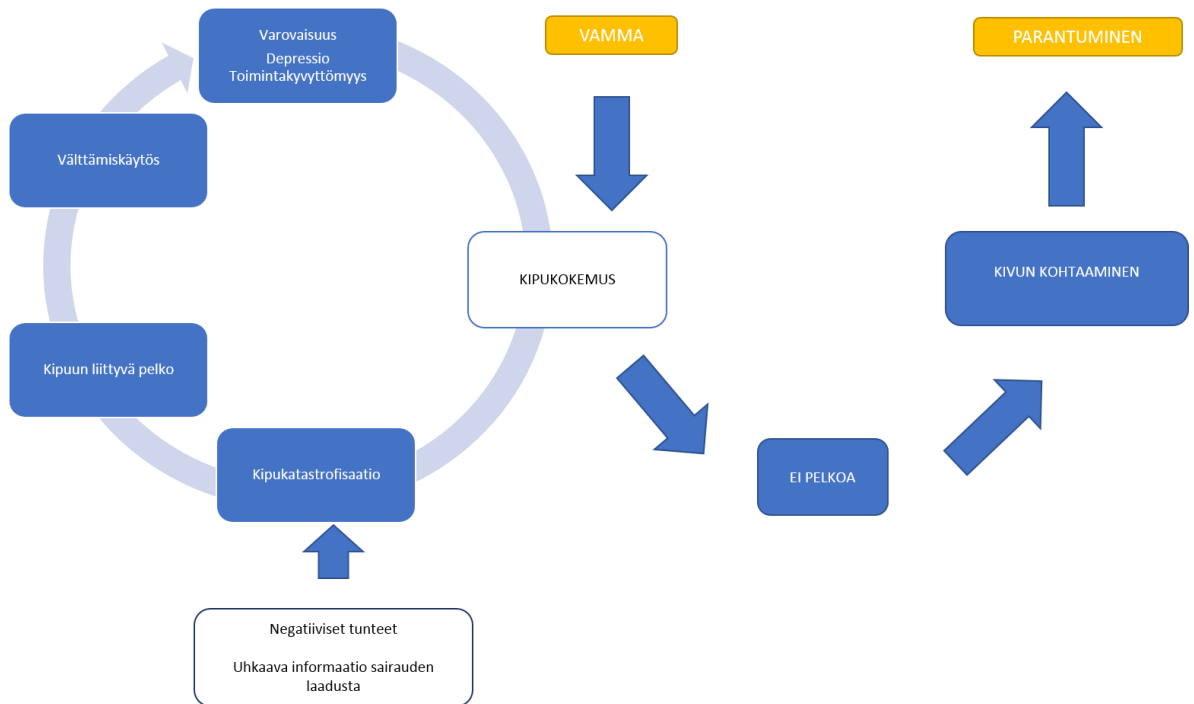
Kroonistunut kipu, joka liittyy tuki- ja liikuntaelinongelmiin, on yksi suurimpia terveysongelmiä. Kroonistumiseen liittyy suurilta osin psykososiaaliset tekijät. Esimerkiksi vain harva, jolla on välilevyn pullistuma tai muuhun kudokseen liittyvä vaiva, kokee oireenaan selkäkipua. (Luomajoki 2014, 10.) Psykologiset tekijät ovat voimakkaampia tekijöitä, kuin biolääketieteelliset eli rakenteentason syyt (Ojala 2015, 26).

Psykososiaaliset tekijät jaetaan kognitiivisiin, emotionaalisiin sekä kipukäyttäytymismalleihin sekä lisäksi keltaisiin lippuihin. Kognitiivisilla tekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi pelkoa ja sen tuomia kipukäyttäytymisen malleja. Nämä mallit saattavat olla hetkellisesti hyödyllisiä, mutta pitkittyessään taas haitallisia yksilölle, sillä ne ylläpitävät kipua.

Näitä ovat esimerkiksi välttämiskäyttäytyminen sekä katastrofisaatioajattelu. Katastrofisaatioajattelua tai välttämiskäyttäytymistä voi saada aikaan esimerkiksi liiallinen diagnoosin painotus sekä liika rakenteisiin keskittyminen ammattilaisen taholta. Näiden kognitiivisten tekijöiden lisäksi on vielä hypervigilanssi eli liiallisen huomion kiinnittämistä esimerkiksi selkään. Tämä johtaa usein heikentyneeseen pystyvyyden tunteeseen sekä negatiivisiin ajatuksiin ongelman syistä. Odotukset mahdollisesta avusta voivat vaikuttaa positiivisesti taas oireeseen. (Luomajoki 2014, 11; Lausmaa & Holopainen 2018, 11.)

Pelko on suuri este kivun kokemisessa. On luonnollista reagoida sairauteen tai onnettomuuteen pelolla tai ahdistumalla. Pelko näkyy selkäkipuisella usein pelkovälttämiskäyttäytymisenä. Pelko määrittää reaktion välittömään, oikeaan ja nykyiseen uhkaan. Pelko voi olla paljon rajoittavampaa kuin kipu itsessään. Pelko ennustaa parhaiten kyvyttömyyttä ja kroonistunutta selkäkipua. Kinesiofobia on liikkeen välttämistä pelon takia. (Ojala 2015, 28.) Keskivartalo on pitkittyneessä selkäkivussa usein liian jännittynyt tietyissä staattisissa asennoissa tai liikkeen aikana. Tällöin lihaksia on myös haasteellista rentouttaa. Eteentaivutusta tehtäessä ihminen jännittää lihaksiaan, koska pelkää kipua, jonka on oppinut tulevan tässä kyseisessä tilanteessa. Tällöin liike ei ole rento ja luottavainen ja johtaa näin jäykkään liikkeeseen, jossa ei tapahdu juuriakaan eriäviä rangan liikkeitä. Tällainen käyttäytyminen provosoi kipua. (Lausmaa & Holopainen 2018, 11; Pain-ed 2018.)

Tunnepuolen haaste on taas ajatus siitä, että kipu on merkki vakavasta vauriosta. Tällöin yksilö kokee kivun suurena uhkana. Keltaiset liput ovat taas kroonistumisen psykososiaalisia riskitekijöitä. Jako on näissä uskomukset sekä asennoituminen, kipukäyttäytyminen, taloudelliset tekijät, diagnostiset tekijät, tunneperäiset tekijät, perhetekijät sekä työhön liittyvät tekijät. Psykososiaalisia tekijöitä fysioterapiassa voi kartoittaa haastattelussa. Haastattelun lisäksi on kuitenkin luotu myös validoituja kyselykaavakkeita, jolla voidaan selvittää esimerkiksi yksilön katastrofisaatioajattelua ja välttämiskäyttäytymistä. (Luomajoki 2014, 11-12.)



Kuvio 1. Kipukuvio. Luomajoki 2016, 13.

Pystyvyyden tunne on usein vähentynyt kroonisessa selkäkipussa. Pystyvyys on selviämistä ja hallinnan tunnetta sekä sitä, kuinka yksilö uskoo selviävänsä kroonisen kivun kanssa. Pystyvyys määritellään myös osaksi motivaatiota. Yhdessä tutkimuksessa selvisi, että krooninen selkäkipu vaikutti pystyvyyden tunteeseen ja samalla alensi yksilön odotuksia ja itseluottamusta kykenemisestä toimia arjessa. Pystyvyyden puuttuminen tai aleneminen ennustaa myös kivun lisääntymistä sekä kykenemättömyyttä pelon lailla. Pystyvyydestä puhuttaessa käytetään myös usein termiä minäpystyvyys. (Ojala 2015, 29.)

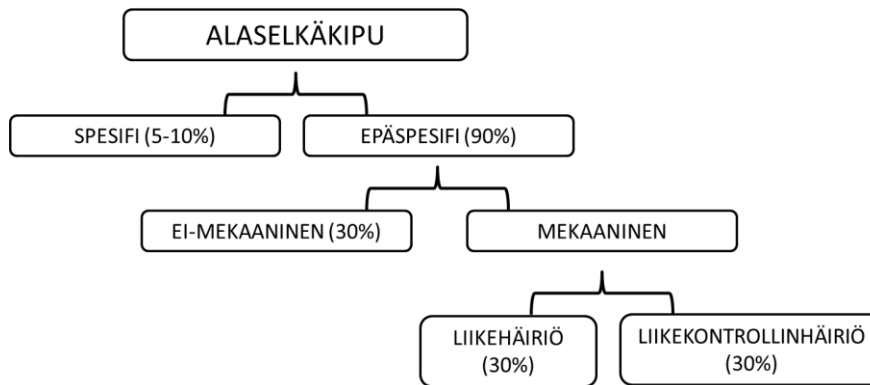
Kun kerran kipuun vaikuttavat vahvasti psykososiaaliset tekijät, on parantumisessa kyse osittain oppimisesta. Välttämiskäyttäytyminen perustuu yksinkertaiseen behavioristiseen oppimisteoriaan, jossa oppiminen tapahtuu ärsyke-reaktio ketjuna. Pelkkä kuuloärsyke saa meissä aikaan lihasjännitystä, jos ärsykkeellä on meille jollain tapaa negatiivinen merkitys. (Kauranen 2014, 296; Lausmaa & Holopainen 2018, 11.) Tässä tapauksessa kipu selässä vahvistaa esimerkiksi tiettyjen asentojen välttelyä. Kivun hallinta perustuu kognitiiviseen oppimisen teoriaan, jossa taas huomio on yksilön osaamisessa ja hänen kyvyissään. Kognitiivisen mallin mukaan tärkeintä on yksilön ajattelu, ongelmanratkaisu ja ymmärtäminen. Huomio tässä kiinnittyy siis sisäisiin prosesseihin. (Kauranen 2014, 299.) Yksilön oppimisen kannalta tulisi myös hyödyntää

konstruktivistista käsitystä jossa, uusi tieto yhdistellään vanhan tiedon sekä kokemusten varaan. Yksilö on aktiivinen toimija paranemisprosessissaan. Tähän oppimiseen vaikuttavat myös yksilön tavoitteet, toiveet sekä odotukset. (Itä-Suomen Yliopisto 2018.)

3 SELKÄKIVUN HALLINTA

Selkävaivoista kärsii 80% ihmisistä jossain vaiheessa elämäänsä (Selkäkanava 2018). Selkävaivojen, kuten muidenkin TULE-sairauksien, yleisin oire on kipu (Talvitie ym 2006, 207). Suurin osa näistä ihmisistä osoittavaa ensimmäisen kahden viikon aikana paranemisen merkkejä (Independent.ie 2019). Selkäkipu voidaan luokitella kolmeen luokkaan kivun keston perusteella: akuutti eli äkillinen selkäkipu, sub-akuutti eli pitkittyvä selkäkipu sekä krooninen eli pitkäkestoinen selkäkipu. Akuutista selkävivusta puhutaan, kun selkäkipu on kestänyt alle 6 viikkoa. Sub-akuutin selkävivun määritetty aika on 6-12 viikkoa ja kroonisesta selkävivusta puhutaan, kun oireet ovat kestäneet yli 12 viikkoa. (Selkäkanava 2018.)

Peter O'Sullivan on kehittänyt selkävivun luokitteluun mallin, joka ottaa ihmisen huomioon kokonaisvaltaisesti, sillä selkäkipu on aina kokonaisvaltaista. Luokittelu on luotu kipumekanismien perusteella. On otettava huomioon, että yksilöllä kipumekanismit voivat olla myös päällekkäisiä. Spesifien selkävivujen osuus selkävivusta on pieni, ainostaan alle 5%. Spesifissä selkävivussa oireelle löytyy jokin rakenteellinen selitys. Epäspesifillä selkävaivalla tarkoitetaan selkävivua, jolle ei löydetä tarkkaa syytä, eikä taustalla ole vakavaan selkäsairauteen viittaavia tekijöitä tai säteilyoireita. Se jaetaan taas ei-mekaaniseen ryhmään sekä liikehäiriöön ja liikekontrollin häiriöön. Ei-mekaanisen kivun syynä ovat psykososiaaliset tekijät. Liikehäiriö on usein kivun taustalla, kun yksilöllä on rajoittunut liike selkärangassa. Lisäksi liike on kivulias. Näillä yksilöllä esiintyy usein välttämiskäyttäytymistä johtuen pelosta. Liikekontrollin häiriö tarkoittaa kykenemättömyyttä kontrolloida selän asentoa yhteen tai useampaan liikesuuntaan. Tällöin ajatellaan, että häiriö johtuu syvien tukevien lihasten huonontuneesta toiminnasta. (Selkäkanava 2018). Epäspesifien selkävaivojen osuus kaikista on noin 90% ja niillä on hyvä hoitoennuste (Arokoski ym. 2009, 181).



Kuvio 2: Selkävivun luokittelu. Selkäkanava 2018

Selkäkipu on täysin normaalia ja 80%:illa on joskus selkäkipua. Voi tuntua pitkältä ajalta, jos selkäkipu kestää 6 viikkoa ja se luokitellaan vielä akuutiksi. Tällaiseen selkäkipuun voi kuitenkin suhtautua huoletta. On myös hyvä muistaa, että krooninen selkäkipu ei tarkoita pahempaa vaan yksinkertaisesti pidempää kestoaa selkävivun osalta. Hälytysjärjestelmä eli kipu, tekee tehtävänsä vain liian hyvin ja siksi selkäkipu pitkittyy. (Cormack 2018.) Selkävivun syy on aina kokonaisvaltainen (Selkäkanava 2018).

3.1 Selkävivun hallintakeinot

Selkävivun hoidossa tuskin löytyy yhtä yleistä ratkaisua, joka toimisi jokaiselle yksilölle (Kallionpää 2017). Kroonisen selkävivun hallinta on haastavaa, sillä siihen vaikuttavat psykososiaaliset ja monet muut yksilölliset tekijät. Nämä ovat peräisin muun muassa kulttuurista, aiemmista kokemuksista, toisten mielipiteistä sekä yksilöllisistä merkityksistä (Hautala & Ketola 2017, 24; Ojala 2015, 31). Akuutti kipu paranee spontaanisti useimmissa tapauksissa. Selkävivun luonne on usein kuitenkin sellainen, että se ei lähde kokonaan pois, vaan palaa jaksottaisesti. Ammattilaisen olisi tunnistettava kivun kroonistumista ennustavat tekijät hyvin aikaisin, jotta tähän kierteeseen ei päädyttäisi. (Lausmaa & Holopainen 2018, 10.)

Selkävivun konservatiivista hoitoa pidetään nykyisin hyödyllisenä verraten operatiiviseen hoitoon. Fysioterapia tarjoaa asiakkaalle hoitomuotoja, jossa keskitytään oireiden lievittämiseen tai yksilön biomekaniikan korjaamiseen eli esimerkiksi "hyvän" ryhdin ylläpitoon ja lihasten vahvistamiseen. Passiivisia keinoja toteuttaa näitä ovat esimerkiksi selkärangan manipulaatio, pehmytkuduskäsittely, elektroniset terapiat tai kinesiotei-

pin käyttö. Näistä hoitomuodoista ainoana hoitomuotona, on näyttöä vain lyhytkestoisena hyötynä. (O'Sullivan ym. 2016, 932.)

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) on instituutio, joka jakaa näyttöön perustuvaa tietoa ja ohjeistusta terveydenalan ammattilaisille. He suosittelevat selkäkipupotilaan hoidossa tärkeimpinä asiakkaan itsehoitoa sekä harjoittelua. Itsehoitoon tähtääviä interventioita on tutkittu hyvin paljon ja yritetty selvittää kaikista tehokkaimpia tapoja saada asiakas itse ottamaan vastuuta hoidostaan. Tutkimuksissa haastavaa on ollut se, että ensinnäkään termiä "self-management" ei ole missään yhteisesti määritelty. Itsehoidon interventioista tehdyt tutkimukset eivät ole aina luotettavia juuri eritavoin määritellyn itsehoidon sekä tutkimusten epäyhtenäisyyden takia. (Mansell ym. 2017, 4-6.)

Nykyiset ohjeistukset kuitenkin korostavat vahvasti itsehoitointerventioiden roolin tehokkuutta. Interventiossa on tavoitteena auttaa osallistujaa uuden tiedon omaksumisessa ja sen hyödyntämisessä oman terveyden edistämiseksi. Tavoitteena on muuttaa muun muassa asiakkaan kipukäyttäytymistä. Parantuminen voi olla mahdollista, silloin kun asiakas ymmärtää, että liike on lääke ja, että se ei tee lisää tuhoa. (Mansell ym. 2017, 4; Lewis & O'Sullivan 2018, 1-2; NICE 2018.) Tutkimuksissa otetaan usein huomioon pystyvyys sekä odotukset eli seuraukset omasta toiminnasta. On ajateltu, että yksilöt, jotka ovat luottavaisempia, pystyvät toteuttamaan itsehoitoa paremmin. (Mansell 2017, 6-7.) Yksilöllisyys vaikuttaa siis mahdollisuuksiin hyödyntää itsehoitointervention ohjausta. Nämä ovat kuitenkin kehitettävissä olevia piirteitä. Voisi siis ajatella, että interventioissa näiden piirteiden tukeminen ja kehittäminen olisi yksi tavoiteltavista asioista.

Itsehoidon toteutumiseksi terveydenalan ammattilaisen tulee tarjota asiakkaalle neuvoja ja informaatiota räätälöidysti hänen tarpeisiinsa ja voimavaroihinsa nähden. NICE painottaa, ettei ortoosien, manuaalisen terapian, akupunktion tai sähköhoitojen tarjoaminen ole juurikaan hyödyllistä. (NICE 2018.) Toisaalta taas manuaalisen terapian ja harjoittelun yhdistäminen on tehokkaampaa ja pitkäaikaisempaa hyötyä tuottavaa käytettäessä akuutin kivun hoidossa. Kroonistuneessa selkäkivussa vaikutukset ovat vähäisiä. (Lausmaa & Holopainen 2018, 10.)

Ergonomiaohjaus on tyypillisesti myös osa selkäkipua kokevan ihmisen ohjausta ja selkävun hallintakeinoja. Monet alan ammattilaiset ajattelevat, että on olemassa niin sanottu "oikea ryhti". Ei kuitenkaan ole todistettu varmaksi, että ne joilla rangan asento

poikkeaisi niin sanotusta normaalista, olisi enemmän kipuja. Ei voida olla varmoja, että on olemassa huono ryhti, joka johtaisi selkäkipuun. (Lewis & O'Sullivan & 2018, 1; Cormack 2019.) Lisäksi vaikuttaisi siltä, että yksilöllinen seisoma-asentomme vaihtelee hyvin paljon ja se on harvoin sama koko päivän ajan. Seisoma-asento ei välttämättä korreloi myöskään selkäkipuun. Liialla seisoma-asennon perusteella tehtävästä diagnosoinnista voi olla haittaa yksilölle. Se johtaa toisinaan myös täysin turhaan kuvantamiseen, joka taas johtaa helposti katastrofisaatioajatteluun. (Schmidt ym. 2018.)

Ei ole löydetty vahvaa näyttöä sille, että pelkällä ergonomiohjauksella olisi mahdollisuutta pienentää riskiä selän kipuoireisiin (Holopainen 2017; O'Sullivan ym. 2016, 932). Kun tutkitaan esineen nostamista lattialta, on esineen painolla paljonkin väliä. Tällöin voikin olla suuria eroja kivuttomilla ja kipua kokevilla yksilöillä. Ei voida myöskään keskittyä ainoastaan rakenteellisiin tekijöihin ja unohtaa ihmistä psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena. Laird ym. 2016 tutkivat lantiolordoosin kaarevuuden, liikkuvuuden sekä lumbo-pelvisen rytmin yhteyttä selkäkipuisilla ja niillä, joilla kipua ei ole. Suurta eroa tässä tutkimuksessa ei löydetty näiden kahden ryhmän välillä. Pranatan ym. 2018 tutkimuksessa tutkittiin taas alaraajojen nivelliikkuvuuksien ja keskivartalon liikkuvuuden yhteyttä selkäkipuun. tutkimuksessa todettiin, että näiden rakenteellisesti eroavien yksilöiden välillä on vain pieniä eroja selkäkipun kannalta. Kipukokemukseen vaikuttaa niin monta muuta tekijää kuin vain rakenne, että varmuutta tuloksista on vaikea saada. Kaikkien tekijöiden huomioonottaminen on haastavaa. Ergonomiohjauksella ei tulisi siis välttämättä pyrkiä tiettyyn standardiin asentoon tai liikkeeseen.

3.2 Harjoittelu

Tutkimuksia erilaisista harjoitteista ja niiden vaikutuksista selkäkipuun löytyy isoja määriä. Akuutissa vaiheessa harjoitteista ja manuaalisen käsittelyn yhdistämisestä on saatu pitkäaikaisempiakin tuloksia, mutta kroonisessa selkäkipussa ei niinkään (Lausmaa & Holopainen 2018, 10). Selkäkipun hallintaan on pyritty löytämään spesifejä harjoitteita oletettuihin biomekaanisiin tai rakenteellisiin poikkeavuuksiin. Harjoitteilla pyritään usein stabiloimaan keskivartaloa sekä parantamaan lihastasapainoa. Harjoitteilla tähdätään yliikkuvuuden, epävakauden, lantion väärien asentojen sekä muiden liikkeen-säätelyn häiriöiden karistamiseen. Tällöin tähdätään vain rakenteellisiin parannuksiin tai muutoksiin, joiden oletetaan olevan syy selkäkipun takana. Pitkittäistutkimuksissa on

kuitenkin todistettu, että näillä ei ole myöskään pitkäaikaista vaikutusta tai, että toinen harjoite olisi toista parempi. (O'Sullivan ym. 2016, 932.)

Syvien lihasten heikkouden on myös pitkään uskottu olevan syy selkäkipuihin, joten keskivartalon harjoittelua on useasti suositeltu varmana ratkaisuna ongelmaan. Tutkimuksissa ei ole saatu kuitenkaan laadukasta näyttöä syvien lihasten harjoittelun hyödyistä selkäkipuun. Tällainen harjoittelu voi jopa ylläpitää kipua lihasten jännittyessä lisää. (Hautala & Ketola 2017, 199.)

Peter O'Sullivanin kehittämä luokittelu selkävun mekanismien mukaan, on saanut ammattilaiset kehittämään spesifejä harjoitteita liikekontrollin häiriöihin. Yksilöillä, joilla on todettu liikekontrollin häiriöitä, on usein todettu myös selkäkipuja. Suuntaspesifistä harjoittelusta on todettu olevan vaikutusta kontrollinhäiriöön, mutta ei voida täysin olettaa, että yhteyttä olisi selkävun helpottumiseen. Asiakkaan liikekontrolli siis parantuu, mutta kipu ei välttämättä. Selkäkipuisen kehonhahmotuskyky on usein myös häiriintynyt. Luomajoki on käyttänyt itse asiakkaidensa harjoittamisessa kuvia ja videoita, joiden mukaan asiakas tekee itse harjoitteita perässä. Tällä hän on saanut hyviä tuloksia. Liikkeiden ei tarvitse olla kovinkaan haastavia. (Luomajoki 2015, 55-58.)

Toisaalta on paljon tutkimuksia, joissa liikekontrollin harjoituksilla sekä yleisien harjoitusohjelmien välillä ei ole ollut juurikaan eroja. Osassa tutkimuksissa onkin todettu, että harjoittelun tyypillä ei ole välttämättä väliä. Tärkeää olisi lähinnä korostaa asiakkaalle liikuntaa pitkäaikaisena elämäntapana. (Saner ym. 2016, 7.) Liian matala (alle 90min/vko) tai liian korkea (yli 100min rankkaa harjoittelua/pv) fyysinen aktiivisuus enustavat selkäkipua (Lausmaa & Holopainen 2018, 16). Harjoittelun ei siis tarvitse välttämättä olla mitään tiettyä selälle spesifiä. Vaikuttaisi siltä, että ei ole harjoitetta tai aktiiviteettia, joka olisi hyvää tai huonoa selälle. Lyhyesti sanottuna liika lepo ei ole hyödyllistä selkävun paranemisen kannalta. Se saattaa johtaa jopa suurempaan kipuun. Vaikka voisi ajatella, että makaaminen rentouttaa, niin todellisuudessa juuri harjoittelu on lihaksia rentouttava tekijä. Paras muoto liikkua on sellainen, josta nauttii ja johon on helppo ryhtyä. Liikkumisen tulisi olla luottavaista sekä pelotonta. Jännittyneisyys voi itse asiassa lisätä selkäkipua. (Pain-ed 2018; Comella 2018; Independent.ie 2019.)

3.3 Neuvonnan merkitys alaselkävivun hallinnassa

Neuvonnan avulla annetaan asiakkaalle tietoa, vaikutetaan käsityksiin sekä aikaisempiin tottumuksiin. Sen tarkoitus on parantaa asiakkaan itsenäistä elämänhallintaa. (Talvitie ym. 2006, 178-179.) Neuvonnalla on usein hyvä tarkoitus, mutta sillä voidaan vaikuttaa myös negatiivisesti asiakkaaseen ja tämän toimintakykyyn. Neuvonnasta vastaa usein ammattilainen. Monilla asiakkailla, joilla on kroonista selkäkipua, on negatiivisia kokemuksia terveydenhoidon henkilökunnasta. Yksikin merkityksellinen kohtaaminen voi kuitenkin muuttaa kaiken. Neuvonantajan rooli tulisi olla huolenpitävä sekä kuunteleva. Tällaisen kohtaamisen avulla on koettu olevan merkitys parantumisessa. (Holopainen 2018.)

Sillä on paljon merkitystä, mikä ammattilaisen näkemys on selkävivusta. Tämän omat asenteet ja näkemykset vaikuttavat asiakkaan kipukäsitykseen. (Darlow ym. 2013; Lewis & O'Sullivan 2018, 1.) Setchellin ym. 2017 tutkimuksessa todettiin, asiakkaiden näkemykset selkäkipujen syistä ovat hyvin negatiivisia ja rakenteeseen nojaavia. Näistä näkemyksistä 89 % olivat tulleet terveydenhuollon ammattilaisilta, 24 % internetistä ja loput perheeltä tai tuttavilta.

Biolääketieteellinen lähestymistapa kiinnittää huomiota rakenteen tasoon sekä diagnoosiin (O'Sullivan ym. 2016). Useilla ammattilaisilla on vielä tämä käsitys selkävivusta. Nolanin ym. selvittivät tutkimuksessaan ammattilaisten omia uskomuksia selkäkipuista. Usein uskottiin, että selkä on haavoittuvainen ja sitä täytyy suojella. Lisäksi uskottiin, että selkäkipu olisi jollain tapaa erilaista kuin muut kehon kivut esimerkiksi olkapääkipu. Ammattilaiset ajattelivat, että suoralla selällä nostaminen on aina turvallisempaa ja samalla, että aktiivisena pysyminen on tärkeää, joka oli positiivinen uskomus. Ajatuksena on siis, että pysy aktiivisena, mutta varovasti. Tämä saattaa näyttäytyä taas välttämiskäyttäytymisenä tai alentuneena pystyvyyden tunteena. (Nolan ym. 2019; Lewis ym. 2012.)

Biolääketieteellistä näkökulmaa on kritisoitu siitä, että se pitää erillään psykologiset ja sosiaaliset seikat kivusta. Kipu ei nykytietämyksen mukaan ole myöskään suhteutettu vaurion suuruuteen. Lisäksi vaurion kadottua kipu ei välttämättä katoa. Tämä perinteinen malli ei siis tuo täydellistä ymmärrystä selkävivusta. (Ojala 2015, 20.) Rakenteita painottava ammattilainen saattaa myös liiankin herkästi ohjata asiakkaan kuvantamaan selkänsä. Kuvantamisen seurauksena löytyy usein ”jotakin”, vaikka se olisikin suhteelli-

sen normaali löydös. Näitä ovat esimerkiksi iän tuomat välilevyn pullistumat tai muut muutokset välilevyissä ja nikamissa. Löydöksillä harvoin on yhteyttä kipuun, mutta niiden kuvantaminen johtaa huonontuneisiin mahdollisuuksiin päästä eroon selkäkivusta. Kutakuinkin antamalla kuvantamisen perusteella asiakkaalle jokin patologinen diagnoosi, onnistutaan lisäämään vain tämän pelkoa ja uskomuksia kehon rikkinäisyydestä. (Jensen ym. 1994; 932; Hautala & Ketola 2017, 107; Lewis & O’Sullivan 2018; Independent.ie 2019.)

Kun kerran ammattilaisen neuvonnalla ja ohjauksella on mitä luultavimmin vaikutuksia asiakkaan uskomuksiin ja asenteisiin, tulisi myös ammattilaisten olla kartalla siitä, mitä selkäkipu nykykäsityksen mukaan on (Darlow ym. 2013). Biopsykososiaalinen näkökulma on lisännyt ymmärrystä krooniseen selkäkipuun vaikuttavista tekijöistä. Biopsykososiaalisesta näkökulmasta hoidettaessa on saatu myös näyttöä sen tuloksista. (Lausmaa & Holopainen 2018, 11.) Nykyisin on kasvavissa määrin näyttöä siitä, että selkäkipu on moniulotteinen häiriö eikä vain rakenteellinen. Selänkipu nähdään nykytutkimuksen valossa enemmänkin suojelevana mekanismina, joka johtuu neurologisesta järjestelmästämmme, johon yksilö reagoi mieltämällään tavalla siitä, kuinka uhkaavaksi kipu koetaan. Vuorovaikutusta mielen ja kehon välillä tapahtuu jatkuvasti ja siihen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset puolemmme. Näiden tekijöiden tiedostaminen auttaa ymmärtämään selkäkipua enemmän kuin vain yksinkertaisella rakenteen tasolla. Kun ammattilainen saa välitettyä asiakkaalleen informaation kivun moniulotteisuudesta, tulee tästä aktiivinen toimija, joka pyrkii vähentämään aktiivisesti kipukäyttämistään, kehittää selviytymisstrategioita ja sitoutuu itselleen tärkeisiin aktiviteetteihin. Oireen hallinta sekä pystyvyyden tunne lisääntyvät samalla. (O’Sullivan ym. 2016, 932-933; Lausmaa & Holopainen 2018, 11; Lewis & O’Sullivan 2018, 1.) Näkökulmaa on hyödynnetty jo moniammatillisissa kuntoutuskäytännöissä ja tuloksena työssäolopäivät ovat lisääntyneet (Ojala 2015, 22).

Uudenlaisen ajattelumallin mukaan yksilölle olisi esitettävä seuraavat asiat alaselkävun hoidossa:

1. Ymmärryksen lisääminen kivusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä
2. Asteittain altistaa yksilöä pelättyihin asentoihin tai toimiin
3. Elämäntyylin muutos

Selkäkipua pitäisi siis hoitaa nykyistä kokonaisvaltaisemmin ottaen huomioon ihminen psykofyysissosiaalisena kokonaisuutena. Psykologiset tekijät vaikuttavat motivaatioon,

harjoitteluun sekä toiminnan muutokseen. Sosiaaliset tekijät ovat niitä, jotka taas vaikeuttavat osallistumista esimerkiksi töissä tai vapaa-ajan harrastuksissa. (Palveluvalikoimaneuvosto 2018, 4.)

3.4 Uskomukset selkäkivusta

Fysioterapeutti Riikka Holopainen korostaa, että uskomuksilla on suuri vaikutus pitkityneeseen selkäkipuun. Monia pelotellaan liiallisen istumisen vaikuttavan selkä kivun syntyyn, vaikka suurempi rooli on sillä, ettei liiku tarpeeksi. Lisäksi nukkumisasentoa ja patjaa syytetään paljon, vaikka ne eivät yksin olekaan syy selkäkipuun. Ohjeistuksia on monia selkäkipupotilaille nostamisesta hyvään ryhtiin. Näillä ei kuitenkaan ole laadukasta tutkimusnäyttöä. (Kallionpää 2017.) Psykologiset tekijät kuten kokemukset ja uskomukset vaikuttavat yksilön ajatuksiin kivun merkityksestä ja saattavat luoda uhkakuvia ”hurt is harm” tyyliisesti ja tällöin rajoittavat yksilön toimintaa (Palveluvalikoimaneuvosto 2018, 4). Useimmiten asiakkaan uskomukset selkä kivun syistä saattavatkin olla biolääketieteellisiä (Bunzil ym. 2016).

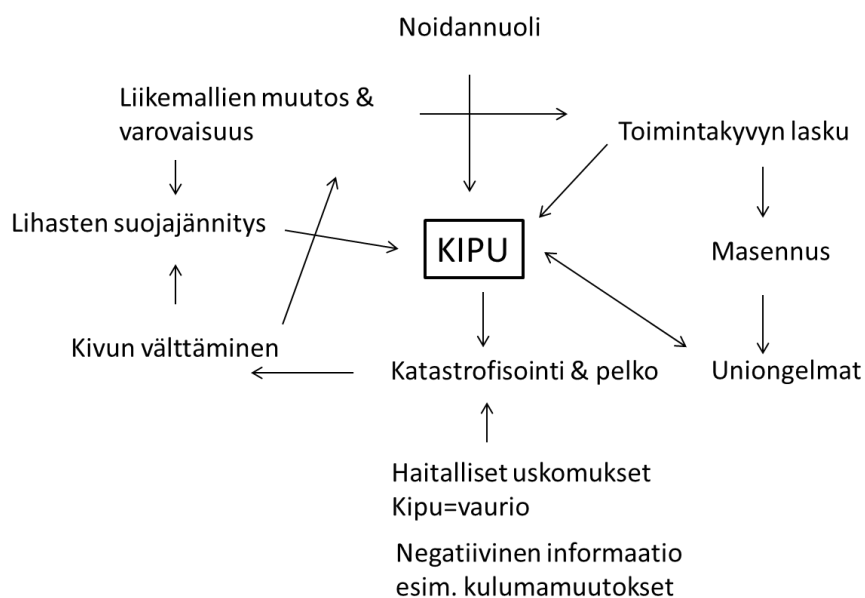
Setchell ym. 2017 tutkimuksessa käy myös ilmi, että yksilöiden uskomukset selkäkipujen syistä ovat usein rakenteellisia. Siinä todettiin, että usein yksilö mieltää kehonsa koneeksi, joka menee rikki ja sitten korjataan. Toiseksi selkäkipu ajateltiin pysyväksi ja muuttumattomaksi tilaksi. Tähän liittyi ajatus siitä, että selkäkipua ei voi korjata. Selkäkipu nähtiin myös monimutkaisena, eli siihen ovat voineet vaikuttaa myös psykologiset tai kulttuurilliset tekijät. Tällöin selkä kivun syyt tuntuvat helposti mysteereiltä. Viimeisenä selkäkipu ajateltiin negatiivisena, joka on tietenkin luonnollista. Selkäkipu on epänormaalista ja herättää katastrofisaatioajattelua. Selkäkipua on vältettävä tai se voi vaikuttaa elämään suurestikin.

Uskomukset ovat yksi merkittävä este selkä kivusta parantumisessa. Vääriä uskomuksia selkä kivusta tulisi korjata, jotta pelko vähenisi, pystyvyyden tunne lisääntyisi ja usko paranemiseen lisääntyisi. Negatiivisilla uskomuksilla on myös tapana johtaa selkä kivun kroonistumiseen sekä alentuneeseen toimintakykyyn. Vaikutusta voi olla myös liikemalleihin. (Hautala & Ketola 2017, 124; Lausmaa & Holopainen 2018, 13.) Haitallisia uskomuksia on haastavaa muuttaa, sillä uskomukset ovat hyvin syvällä meissä jokaisessa ja ohjaavat toimintaamme tiedostamatta. Ne voivat vaikuttaa huonolla tavalla ja vähentää uskoa ja pystyvyyttä, jos uskoo esimerkiksi, ettei selkä kivusta voi parantua. Uskomukset ja negatiiviset ajattelumallit vaikuttavat yksilöön jopa biologisesti, sillä ne

saavat aikaan kehossa soluille ja elimille haitallisia hormoneja. (Hautala & Ketola 2017, 135.)

Keskivartalon harjoittamista on pidetty hyvänä keinona hoitaa tai ehkäistä selkäkipua. Siinä ei ole mitään väärää. Olisi kuitenkin mietittävä, onko uskomus heikosta keskivartalosta ja selän lihaksista asia, jota kannattaa ruokkia. Asiakkaalle kerrotaan, että sinulla on heikot selkälihaksen ja selkäkipu johtuu tästä. Tämän jälkeen ammattilainen ohjaa asiakkaalle keskivartaloa vahvistavia liikkeitä. Asiakkaan uskomus on tämän jälkeen, että hänen selkänsä lihakset ovat heikot, joka on negatiivinen ja biolääketieteellinen uskomus. (Comella 2018.)

Hautala ja Ketola tuovat esiin kirjassaan esimerkin asiakkaan käsityksestä, että välilevy voi ”tursuta” pois paikaltaan. Asiakkaalla on käsitys, että välilevyt ovat hänellä heikot. Tämä uskomus on myös johtanut siihen, ettei tämä voi esimerkiksi nostaa mitään, sillä asento on haitallinen. (Hautala & Ketola 2017, 97.) Uskomus on johtanut katastrofisaatioajatteluun ja pelkoon ja jälleen välttämiskäyttäytymiseen. Lausmaa & Holopainen kuvaavat artikkelissaan noidankehämallia (KUVIO 3) uskomusten vaikutuksesta. Uskomuksista syntynyt välttämiskäyttäytyminen johtaa joko lihasten suojajännitykseen tai liikemallien muutokseen ja varovaisuuteen. Näitä seuraa toimintakyvyn lasku, joka johtaa taas mahdollisesti kipuun tai masennukseen ja masennuksen kautta unioongelmiin ja unioingelmat loppujenlopuksi kipuun. (Lausmaa & Holopainen 2018, 14.)



Kuvio 3: Noidankehä. Lausmaa & Holopainen 2018, 14

Välilevyn pullistumaan liittyy erityisesti muitakin uskomuksia, sillä sitä kuvataan usein ulos työntyvän punaisena pullistumana esimerkiksi lääkärin vastaanotolla muovimallissa. Tämä voi toimia niin sanottuna nocebo vaikutuksena eli negatiivisena uskomuksena, joka vaikuttaa myös kehollisesti. Koko nocebon vaikutus onkin liittyneenä uskomuksiin ja odotuksiin. (Hautala & Ketola 2017, 100, 155.)

Pelon lisäämisen sijaan tulisi kertoa, kuinka vahva selkä on. Selkäkipu tuskin johtuu ryhdistä, lihaksen huonosta aktivaatiosta tai jonkin muun rakenteen ”väärästä” paikasta. Tämä tiedetään täysin nykyisen tutkimuksen pohjalta. (Cormack 2018.)

Yksilössä vahvasti istuvia uskomuksia voidaan myös muuttaa kokemuksellisen oppimisen avulla. Jos uskomuksesta johtuva käyttäytymismalli olisi esimerkiksi se, että hänelle on vaarallista nostaa esineitä lattialta, aloitetaan muutos siitä, että asiakkaalle tehdään tämän toimintamalli näkyväksi. Tämän jälkeen toiminnasta tehdään normaalia, jotta kipu ja/tai liike helpottuisi. Näin osoitetaan asiakkaalle uskomuksen ja kokemuksen ristiriita. Tällä taas vaikutetaan asiakkaan tapaan ymmärtää kipua. Tämän jälkeen uutta toimintamallia tulisi vahvistaa hallitusti ja asteittain. Ammattilaisen tehtävä olisi tämän jälkeen edistää asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja keinoja hallita kipua. Kun tämä prosessi on toiminut, syntyy asiakkaalle muuttunut uskomus ja mahdollisesti käyttäytymismalli, jossa hän uskaltaa nostaa esineitä lattialta. Koko prosessissa oleellista on, että asiakas itse tekee oivalluksia ja näin tietoa on myös helpompi vastaanottaa. (Lausmaa & Holopainen 2018, 14-15.) Tällaisella kognitiivisbehavioristisella lähestymistavalla on saatu pienemmissä tutkimuksissa hyviä tuloksia (Mannix 2018).

3.5 Ymmärryksen lisääminen selkävauriosta

Asiakkaan ymmärryksen lisääminen selkävauriosta on eräänlainen hoitovaihtoehto, joka on osa tiedonantoa. Kivun biologian ymmärtäminen ja sen syntyminen aivoissa auttaa asiakasta ymmärtämään kivun suojelevana mekanismina eikä kudosvauriona. Siinä esitellään kipu erilaisten kognitiivisten sekä sosiaalisten tekijöiden valossa. Lähestymistapa on siis biopsykososiaalinen. Jotkin kokeelliset tutkimukset ovat osoittaneet, että tämän tyyppinen tiedonanto muuttaa kipuun liittyviä asenteita ja uskomuksia sekä vähentää katastrofia-ajattelua ihmisillä, joilla on kroonista tai subakuuttia kipua ja lisäksi myös kivuttomilla ihmisillä. Eräs tutkimus testasi kipukoulutuksen tehoa yhden jalan nostotestin aikana. Kipukoulutus nosti kipukynnystä, kun taas opetus lannerangan ana-

tomiasta laski kipukynnystä. Tutkimuksia on toistettu eri kielillä sekä erilaisissa kulttuureissa. (Traeger ym. 2014.)

Traeger ym. toteuttivat tutkimuksen, jossa tarkoituksena oli verrata tavallisen suosituksen mukaista neuvontaa sekä kipukoulutusta. Suosituksen mukaisessa ohjauksessa kerrottiin alaseläkivun luonteesta sekä ohjeistettiin pysymään aktiivisena sekä välttämään vuodelepoa. Lisäksi heille ohjattiin yksinkertaisia lääkkeellisiä sekä lääkkeettömiä keinoja hallita kipua. Toiselle ryhmälle tehtiin kipukoulutus interventio. Interventio koostui seuraavista asioista: Väärien uskomusten poissulkeminen liittyen selkäkipuun, esittely avainasioista kivun biologiasta ja viimeiseksi arvio ymmärryksestä ja keskustelu parantumisesta. Tällaisella koulutussisällöllä saatiin näyttöä kipukoulutuksen hyödyistä. (Traeger ym. 2014, 3-6.) Kivun biologian opetuksessa tulee huomioida, että se tehdään ihmisten kanssa. Perinteistä opettaja-oppilas asetelmaa tulee siis välttää. (Cormack 2018.)

Kroonisen selkävivun hoidossa on tutkittu myös harjoittelun sekä kipukoulutuksen yhdistämistä. Kontrolliryhmä sai tässä manuaalista terapiaa sekä harjoitteita ja interventioryhmä taas luki terapeutin johdolla ”explain pain” teemaa läpi ja myös tenttivät aihealueen. Interventioryhmässä harjoiteltiin myös kirjainten ja numeroiden tunnistamista selkään ”piirrettynä” sekä kahden pisteen erottelua. Lisäksi he tekivät liikkeen kontrollin harjoituksia. Tutkimuksessa huomattiin, että tällainen kipukoulutus, liikekontrollin harjoittelu sekä kehonhahmotuksen harjoittaminen laski kipua huomattavasti. (Luomajoki 2015, 59.)

Nykytutkimuksen valossa voitaisiin siis todeta, että biolääketieteellisen koulutuksen tulos on heikko. Biomekaniikan sekä selän rakenteiden opetus asiakkaalle ei tuota haluttua tulosta, vaan tällaisella opetuksella luodaan mielikuva siitä, että selkää pitää suojella sen heikkouden takia. On myös tutkittu, että biolääketieteellinen opetus on nostanut asiakkaan hypervigilanssia, eli tässä selän liikaa huomioimista, jolla on negatiivinen vaikutus kipuun. (Hurley ym. 2016, e1.)

Jokaisen kipukokemus on yksilöllinen. Kivun ymmärtämisen kannalta se on äärimmäisen tärkeä asia, joka asiakkaan tulisi hahmottaa. Cormack käyttää blogissaan bensavaloa metaforana kertoessaan yksilöllisestä kipukokemuksesta. Toiset reagoivat bensavalon syyttymiseen rennommin. He ehkä tuntevat autonsa ja, kuinka pitkälle he pääsevät vielä bensavalon syyttyä. Toiset taas kiiruhtavat tankkaamaan. Voi olla, että heillä on kokemus tienpäälle jäämisestä. Toisaalta, jos rennompia ihmisiä ajaisi tunte-

matonta autoa, voisi hänkin mennä paniikkiin bensavalon syttyessä. (Cormack 2018.) Metaforien käyttöä on tutkittu kivun selittämisessä ja sillä on saatu aikaan muutoksia uskomuksissa ja suhtautumisessa kipuun (Traeger ym. 2014, 4). Keinoja lisätä asiakkaan ymmärrystä kivusta voivat metaforien lisäksi auttaa esimerkiksi oppaat, videot tai verkkokurssit. Uutta asiaa saattaa tulla niin paljon, että kaikkea on mahdotonta pitää mielessä ja ymmärtää. (Lausmaa & Holopainen 2018, 13.)

Haaste onkin auttaa asiakasta muuttamaan kipukokemuksensa positiivisemmaksi. Asian voi kääntää niin päin, että millaista elämä olisi täysin ilman kipua. Cormack hyödyntää tässäkin metaforaa verraten kipua punaviiniin. Lasi punaviiniä on usein hyvä kokemus, mutta pullo taas liikaa tätä hyvää kokemusta. Kipu on sopivaa oikealla hetkellä ja oikealla tasolla. (Cormack 2018.)

Selkäkipu ei myöskään ole oikeastaan kovin erilainen verrattuna olkapään tai polven kipuun, vaikka onkin tyypillistä, että ollaan siitä huolestuneempia. Kipu on normaalia ja sitä ei kannata pelätä. Se on suojeleva mekanismi. Kipu ei myöskään peilaa fyysistä tilaa ja kipua voi olla ilman kudოსvauriota. Paperiviiltokin voi sattua paljon, mutta siitä ei ole silti vaaraksi. (Cormack 2018.)

4 HAASTATTELUTUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa asiakkaiden kokemuksista toimeksiantajien käyttöön. Tiedon avulla he pystyvät kehittämään selkäinfosta mahdollisimman hyödyllisen asiakkaalle. Kun asiakas kokee hyötyneensä infosta, kykenee hän toteuttamaan itsehoitoa paremmin.

Ennen opinnäytetyön aloittamista, pidettiin aloituspalaverin toimeksiantajien, TULE-keskuksen sekä Turun Kaupungin Hyvinvointitoimialan Lääkinnällinen kuntoutuksen edustajien kanssa, jossa mietittiin yhdessä, millaisia asioita ja tuloksia tutkimuksen avulla haluttiin saada selville. Tapaamisen ja aiemman selkäkipuun liittyvän tutkimustiedon perusteella muodostuivat tutkimuskysymykset, jotka ohjasivat tutkimuksen suunnittelua. Tutkimuskysymykset olivat:

Kokeeko asiakas saaneensa sellaista tietoa, jota pystyy hyödyntämään selkä kivun hallinnassa?

Millaisena asiakas kokee selkä kivun?

4.1 Tiedonkeruumenetelmän valinta

Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa laadullisena haastattelututkimuksena. Tutkimuksessa pyrittiin saamaan tietoa asiakkaan subjektiivisesta kokemuksesta. Haastattelulla saadaan syvennettyä tutkittavien vastauksia. Kyselyllä ei saataisi riittävän laajoja vastauksia ja tätä on yritettykin jo inforyhmissä. Mielenpitojen tarkentaminen ei kvantitatiivisella kyselytutkimuksella olisi onnistunut. Kysely ei ole myöskään riittävän motivoiva, jotta vastauksia saadaan. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34-35.)

Tutkimushaastatteluista valittiin puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu. Haastateltavien vastauksia ei haluta määritellä valmiiksi vaan halutaan kuulla kokemuksesta tämän omin samoin. Teemahaastattelu sopiikin juuri kokemusten, ajatusten sekä tunteiden tutkimiseen. Teemahaastattelua käytetään usein, kun tutkittavat ovat kokeneet saman tilanteen eli tässä tapauksessa selkäinfo tilaisuuden. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48.)

Teemahaastattelussa valitaan tietyt teemat, joiden ympärille haastattelu muodostuu. Teemat valitaan usein pohjautuen teorian tietoon. Tarkkoja kysymyksiä tämän tyyppisessä haastattelussa ei laadita. Keskustelun tulisi kulkea omaan suuntaansa teemojen pohjalta. Haastattelua varten luodaan silti teemarunko. Opinnäytetyössä teemoiksi valikoitiin teoriataustan pohjalta kolme: Asiakas ja informaatio, informaation hyödyntäminen sekä suhtautuminen selkäkipuun. Haastattelua varten koottiin teemahaastattelurunko (LIITE 1), jonka avulla haastattelut toteutettiin. Koska kyseessä olivat varsin kokemattomat tutkimushaastattelijat, oli runko tarpeellinen. Runkoon koottiin avoimia kysymyksiä teemojen alle, jotka suunniteltiin tutkimuskysymyksiin peilaten. Kokemusta tutkittaessa avoimilla kysymyksillä saadaan todellisempi kuva ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 65-67.)

4.2 Haastateltavien rekrytointi

Haastateltavien rekrytointia varten tarvittiin suostumuslupalomake (LIITE3) sekä saatekirje (LIITE2). Suostumuslupalomake suunniteltiin itse. Myös toimeksiantaja tarkisti lomakkeen ja sitä muotoiltiin heidän ehdotuksiansa mukaisesti. Suostumuslupalomakkeessa kysyttiin haastateltavan nimeä sekä puhelinnumeroa, jotka olivat ainoat henkilötiedot, joita opinnäytetyön tekemisen aikana tarvittiin haastatteluiden toteuttamiseen. Lomakkeessa annettiin myös mahdollisuus vaikuttaa sopivaan haastattelun ajankohtaan, jotta haastateltavien tavoitettavuus olisi parempi. Lomakkeessa oli myös kysymys mahdollisesta jatkotutkimukseen osallistumisesta, joka tuli toimeksiantajan toiveesta. Saatekirjeessä, joka jäi tutkittavalle itselleen, kerrottiin, keitä opinnäytetyöntekijät ovat, mistä opinnäytetyössä on kyse, miten haastattelu tapahtuu sekä milloin opinnäytetyön tulisi olla valmis ja mistä sen voi löytää luettavaksi. Kirjeessä painotettiin osallistumisen anonymiteettia ja vapaaehtoisuutta. Kirjeessä kerrottiin myös, kuinka haastatteluiden nauhoitteita ja niiden litterointeja säilytetään ja lopulta tuhotaan. Kirjeessä myös ilmoitettiin mahdolliset soittajat ja haastattelun arvioitu kesto. Myös saatekirje hyväksyttiin toimeksiantajalla.

Aineisto hankittiin toteuttamalla puhelinhaastatteluita. Rekrytointi tehtiin itse infotilaisuudessa, jotta haastateltavalle tulisi luotettava kuva haastateltavista. Toimeksiantaja toivoi otokseksi 20 haastateltavaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastateltavia voi olla silti pienempikin määrä. Pienemmälläkin otannalla voidaan saada riittävän luotettava kuva tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 135.) Selkäinfo järjestetään

kerran kuukaudessa ja opinnäytetyöntekijät olivat paikalla kolmena kertana, 15.tammikuuta, 12. helmikuuta ja 12. maaliskuuta 2019. Rekrytoinnissa aikaa käytettiin noin 5-10 minuuttia infon alusta, jolloin jaettiin saatekirjeet ja suostumuslupalomakkeet, ja kerrottiin vielä suullisesti saatekirjeessäkin kerrotut asiat. Asiakkaita infossa oli paikalla vaihtelevasti. Tilaisuuteen oli mahdollista osallistua maksimissaan 10 asiakasta, mutta osallistujamäärä vaihteli 5-10 osallistujan välillä. Rekrytointia myös hankaloitti se, että osa osallistujista tuli myöhässä, jolloin rekrytoinnissa auttoi myös selkäinfon ohjaaja. Suostumuslupalomakkeiden keräämisessä päädyttiin siihen, että infon pitäjä, TULE-tietokeskuksen fysioterapeutti, keräsi suostumuslupalomakkeet vasta infon lopussa, jotta osallistujilla oli aikaa miettiä infon ajan, haluaako osallistua tutkimukseen. Lomakkeet saatiin jälkepäin kirjekuussa.

4.3 Puhelinhaastatteluiden toteuttaminen

Kolmelta rekrytointikerralta saatiin takaisin yhteensä 13 allekirjoitettua suostumuslupalomaketta. Näistä kuitenkin saatiin toteutettua vain kymmenen haastattelua, sillä yksi haastateltava ei vastannut soittoihin, yksi osallistuja oli mahdollisesti unohtanut raksittaa suostumuslupalomakkeesta osallistumiseen suostumisen sarakkeen, joten eettisistä syistä haastattelua ei voitu suorittaa. Kolmannen haastateltavan kohdalla oli syynä kielimuuri, eikä osallistujalla ollut näin tietoa, mihin hän on lomakkeella suostunut, joten haastattelu päätettiin jättää toteuttamatta. Tammikuun ryhmästä saatiin yhteensä kolme haastattelua, helmikuussa neljä ja maaliskuussa kolme.

Haastattelut tehtiin anonymisti puhelimitse. Puhelinhaastattelu valittiin yksinkertaisesti sen vuoksi, että haastateltavia saataisiin enemmän, kun heille osallistuminen vaatisi mahdollisimman vähän omia resursseja. Haastattelut toteutettiin noin 1-2 viikkoa selkäinfon jälkeen pääsääntöisesti arkipäivisin klo 16-20 välillä. Haastattelijat soittivat puhelut yksityisessä tilassa, jossa ei ole muita henkilöitä kuulemassa. Haastattelut toteutettiin opinnäytetyöntekijöiden omista puhelimitse, yksityisessä tilassa. Haastattelut tehtiin kaikki yhdessä, jolloin toinen haastatteli kaiuttimen kautta ja toinen nauhoitti keskustelun sekä mahdollisesti ohjasi lisäkysymyksiin. Toisen läsnäolo, varsinkin ensimmäisiä haastatteluja tehtäessä, myös lievensi jännitystä. Lisäksi haastatteluiden toteuttaminen yhdessä teki sen, että aineisto tuli molemmille tutuksi ja molemmat tunsivat sen. Jokaisen haastattelun jälkeen opinnäytetyöntekijät keskustelivat soitosta ja heille esille nousseista huomioista. Haastattelutaidot kehittyivät niiden edetessä ja mo-

lemmat oppivat toisiltaan. Haastattelut kestivät kukin noin 20 minuuttia. Haastatteluiden toteuttamisessa haasteena oli se, että haastateltavan näkyvät vihjeet puuttuivat. Visuaalinen informaatio kuten ilmeet ja eleet jäivät siis uupumaan.

Asiakkaita informoitiin saatekirjeessä sekä suullisesti infotilaisuudessa haastatteluiden tallentamisesta sekä litteroinnista. Lisäksi heille kerrottiin, että tallenteet sekä litteroinnit tuhoataan asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Aineisto purettiin siis litteroimalla tallenteet. Opinnäytetyöntekijät litteroivat haastattelut erikseen, jotta aikaa saatiin säästettyä. Litterointi pyrittiin kirjoittamaan sanasta sanaan luotettavuuden lisäämiseksi, vaikka se olikin työlästä. Litteroinnissa otettiin huomioon täytesanat ja tauot, jotka ilmaistiin pistein. Reaktiot kuten nauru ilmaistiin myös litteroinnissa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 138-140.) Haastattelun dokumentoinnissa ei käytetty haastateltavien omia nimiä, jotta henkilöiden anonymisuus säilyisi. Dokumentoinnissa jätettiin huomioimatta tutkimusaiheeseen liittymättömät tiedot, joita haastateltava kertoo, esimerkiksi omaan terveydentilaan liittyviä seikkoja. Litteroidut haastattelut säilytettiin tekijöiden omilla koneilla ja haastattelunauhoitteet poistettiin.

5 TUTKIMUSTULOSTEN ANALYSOINTI

Analysointi aloitettiin tulostamalla litteroidut aineistot. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysiin ei ole yhtä oikeaa vastausta. Analyysi on aineiston tarkkaa tuntemista, luokittelua sekä pohtimista. Analysoinnissa voidaan luokitella aineistoa esimerkiksi teeman mukaan. Teemoittelu auttaa hahmottamaan aineistoa, jotta tutkija pystyy peilaamaan sitä viitekehukseen sekä omiin havaintoihinsa. Analyysi tehdään tutkimusongelmaa hyödyntäen. Tässä opinnäytetyössä mielekästä oli koota yhteneväisyyksiä kokemuksista.

Teemahaastattelun analysointi päätettiin toteuttaa teemoittelun avulla. Pääteemat muodostuivat jo haastattelussa käytetyistä teemoista eli: Asiakas ja informaatio, informaation hyödyntäminen sekä suhtautuminen selkäkipuun. Aineisto järjestettiin näiden teemojen alle. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Aineistoa läpi käydessä päädyttiin siihen johtopäätökseen, että kolme pääteemaa sulautui yhteen haastatteluiden edetessä, sillä ne liittyivät niin vahvasti toisiinsa. Saatu informaatio vaikuttaa vahvasti siihen, millä lailla asiakas pystyy sitä hyödyntämään. Lisäksi neuvonta ja tiedonanto ovat yhteydessä kipuun suhtautumiseen. Yhdellä kysymyksellä saatettiin saada kaikkiin pääteemoihin sopivaa aineistoa. Pääteemat värikoodattiin kolmella eri värillä. Ensin paperisista litteroinneista värikoodattiin kolme pääteemaa. Samalla erilliseen tiedostoon kirjoitettiin haastatteluista esiin nousseita havaintoja samoin värikoodein ja tehtiin yhteenvetoja suhteessa viitekehukseen.

Seuraavassa on esitetty lyhyt esimerkkikohta yhdestä litteroidusta haastattelusta, jossa näkyy kaikkiin pääteemat sekä niistä esille nousseita alateemoja. Tällä on haluttu havainnollistaa aineistonanalyysin etenemistä ja lisätä luotettavuutta.

”- Mitä sä mietit siitä, kun infon aika alkupuolella puhuttiin selän anatomiasta ja rakenteista, niin mitä ajatuksia se herätti?

- Se on minusta ihan hyvä, et tota. No mulle se tuli kertauksena mutta sillä lailla ja jonkin verran kuullut niistä, mutta ei se kuitenkaan huono juttu ollut, että se tuli uudestaan. Siin oli ihan hyviä pointteja tuotiin esille. Et muun muassa tää välilevyn rooli nii tota se tuotiin hyvin esille siinä ja pystyy sen niiku siihen omaan tilanteeseen niiku mieltämään. Tuli niiku semmone yhdysside siihen mun kokemukseen ja siihen mitä esitettiin, tuli sen kautta.

- Jäikö muuta sieltä harjoitteista mieleen, kuin että harmitti se, et jäi materiaali puuttumaan?

- Mun mielestä ne tuntu hyviltä. Ne oli harjoitteita, joita mä en oo itse aikaisemmin tehnyt. Ja tota ne tuntu hyviltä ja siin oli mun mielestä hyvä se, et ne tehtiin niiku istuen tai seisten, elikkä ei menty niiku lattialle mikä saattaa olla hankalaa niiku selkävaivaselle lattiassa tehtävät jutut. Niin tota must se oli tosi hyvä, sen takii jäiki harmittaa se, että on vaa muistin varassa se mitä siellä tehtiin sitä heikommin muistaa niitä liikkeitä.

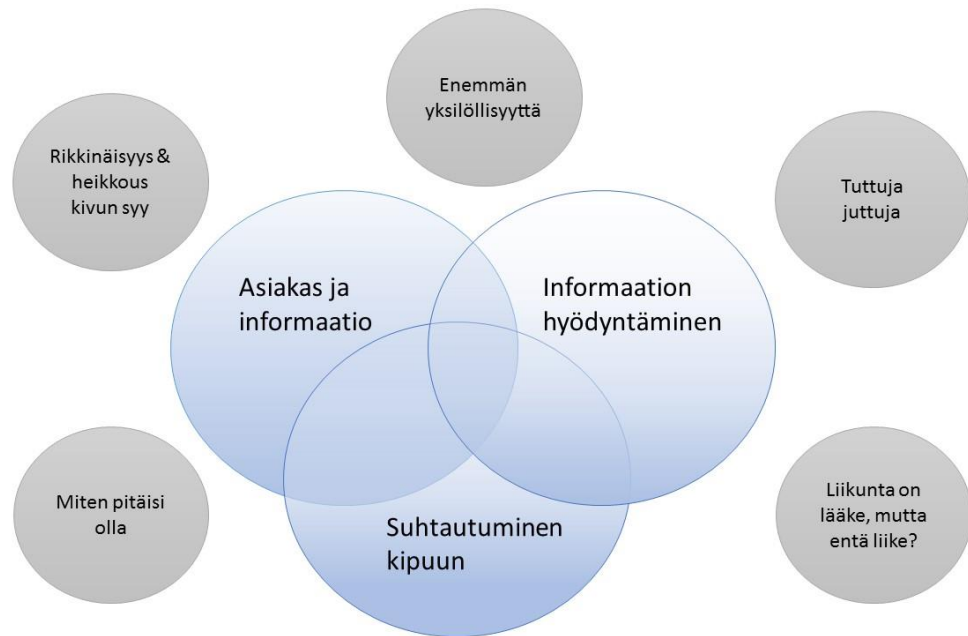
- Koitko, että sait uusia keinoja kivunhallintaan, jos kipua on?

- Öö, joo. Kyllä mä joo, kyllä mä sain jotain uutta siinä että se lähinnä että kiinnittää huomiota siihen omaan asentoon ja tota miten seisoo, mitä pitää ottaa niinkun huomioon. Et se sillä lailla niinkun herätti sillä lailla, että niin joo totta näinhän sen pitäis ollakki. Että kun on aikasemminkin on luku ja kuullu näistä nyt se niinku palautti mieleen, että tosiaan. Et se tota joo, se oli oikeestaan mun mielestä mulle sellanen ei nyt välttämättä ihan uus mut se otti sen niiku uudestaan esille, että hei kiinnitämpä näihin asioihin nyt huomiota et se oli iha hyvä juttu et ne tuli esille”

Kyseisessä otteessa, haastateltava kertoo osan informaatiosta olevan kertausta ja osan uutta. Myös kertauksena tulleen informaation hän kokee hyväksi, sillä näin asiat palautuvat mieleen. Haastateltava kertoo myös kokeneensa jonkinlaisen ”heräämisen”, joka saatiin aikaiseksi infosta saadulla tiedolla ergonomiohjauksesta. Informaation hyödyntämisen osalta hän kertoo saaneensa työkaluja harjoiteosioista sekä ergonomiohjauksesta, jotka pystyvät liittämään omaan elämään ja liikkumiseen. Harjoitteiden hyödyntämiseen liittyy myös pointti harjoitusmateriaalin puuttumisesta. Kivun näkökulmasta asiakkaat kertoivat saaneensa selkäinfon selän rakenne- ja anatomiaosioista samanlaista tietoa, kuin mitä heillä ennestään oli. Välilevyjä koskeva osuus liitettiin omaan selkäkipuun, jolloin asiakas saattaa ajatella kipua rakenteen tason ongelmaksi.

Aineistosta nousi selkeästi esiin tietyt kokemukset, jotka poimittiin selkeimmin erottuneimmiksi alateemoiksi. Nämä alateemat nimettiin mielekkäällä ja mahdollisimman kuvaavalla tavalla seuraavasti: enemmän yksilöllisyyttä, tuttuja juttuja, rikkinäisyys ja heikkous kivun syy, liikunta on lääke, mutta entä liike ja miten pitäisi olla. Alateemat soluttautuvat useampaan pääteemaan. Analyysin tuloksien havainnollistamiseksi, tehtiin kuvio (KUVIO 4). Tulososuuteen on kerätty myös jokaista alateemaa kuvaava tai kuvaavia sitaatteja, jotka tuovat lisää luotettavuutta analyysiin (Saaranen-Kauppinen &

Puusniekka 2006). Näihin alateemoihin syvennyttiin ja pohdittiin, mitä ne tarkoittavat ja peilattiin tuloksia viitekehukseen.



Kuvio 4: Teemat analyysin pohjalta

5.1 Tuttuja juttuja

”Ömm no siinä ei ollut itse asiassa mitään uutta mun mielestä, mutta se vaan tota vahvistii sitä aiemmin opittua, luettua, kuultua. Ja siinä tuota kertauksena se oli ihan niinku hyvä..”

Haastattelun ensimmäisenä kysymyksenä kysyttiin, millainen kokemus selkäinfo oli asiakkaalle. Suurin osa vastasi infon olleen positiivinen tai hyvä kokemus. Vain yksi kymmenestä kertoi infon olleen kokemuksena turha. Tuntui kuitenkin, että mitään erityistä asiakkailla ei jäänyt mieleen, muuta kuin harjoitteluosio. Tästä osa löysi itselleen toki harjoitteita, jotka tuntuivat hyvältä. Ongelmana oli kuitenkin, etteivät mukaan annetut materiaalit tukeneet harjoittelua, vaan pitivät sisällään erään haastateltavan mukaan ”terveen selän liikkeitä”, ja ne olivat erilaisia kuin itse infossa tehdyt. Harjoitteet infosta jäivät siis muistin varaan. Osa ei ollut kuitenkaan edes selaillut koko lehtistä, kun taas toisten mielestä siellä oli hyvää faktatietoa.

Infon sisällöstä ja uuden informaation saamisesta, yleisin palaute oli, että asiat olivat vanhan kertausta. Varsinkin selän rakenteita koskeva osio, oli melkein kaikille kertausta. Näiden asioiden kertaamista pidettiin kuitenkin yleisesti hyvänä asiana, sillä asiat palautuvat mieleen ja vahvistavat opittua pitkienkin aikojen jälkeen. Selän rakenteiden avaamisella saattaa kuitenkin olla kääntöpuoli kivun ymmärtämisessä, sillä kuten jo teoriaosuudessa esitettiin, liiallinen rakenteiden painottaminen saattaa aiheuttaa sen, että selkää pidetään heikkona ja ajatellaan, että selkä on rikkinäinen. Tämä kasvattaa hypervigilanssia, eli selän liikaa huomioimista. (Hurley ym. 2016, e1). Olisiko jollain muulla, kuin biolääketieteellisellä näkökulmalla saatu uskomuksia muutettua toiseen suuntaan? Biolääketieteellinen näkökulma vahvistui entisestään, jolla ei nykytutkimuksen näkökulmasta ole saatu hyviä tuloksia, sillä selkäkipu on niin laaja-alainen ilmiö (Hurley ym. 2016, e1).

Yksi mieleenpainuvimmista faktoista selkäinfossa oli asiakkaiden mukaan tieto, että vain 5% selkävammoista johtuu vakavammasta vammasta tai sairaudesta. Tämä tieto mainittiin haastatteluissa tosin vain kaksi kertaa. Tieto siitä, että vakavan vaivan riski on niin pieni, saattaa olla vaikutukseltaan pelkoa vähentävä tekijä. Tällaisilla faktoilla korjataan vääriä uskomuksia, jotka johtavat usein pelkoon. Pelko taas johtaa katastrofia ajatteluun sekä välttämiskäyttäytymiseen. Nämä taas ennustavat selkävamman kroonistumista. (Luomajoki 2014, 11-12; Setchell ym. 2017.)

5.2 Kaipaisin enemmän yksilöllisyyttä

”Mä luulin, että vaikka se onki niinkun ryhmäjuttu, että siinä olisi vielä yksilöllisesti vielä tarkastellaan...”

Ehkä yleisin palaute haastatteluissa oli, että infoon olisi toivottu enemmän yksilöllisyyttä ja henkilökohtaisempaa lähestymistapaa. Osalle jäi vielä epäselväksi, mihin heidän tulisi olla yhteydessä seuraavaksi, ja mikä olisi seuraava askel. Infoon tulleet asiakkaat osin odottivat saavansa spesifejä ohjeita ja harjoitteita juuri heidän omaan selkävai-vaansa. Yksilöllisyyttä olisi kaivattu myös siinä mielessä enemmän, että osa ilmaisi pelkäävänsä tekevänsä ”virheliikkeitä.” Varmuutta olisi siis vielä kaivannut harjoittelun tueksi.

”No mun pitää selän lihaksia vahvistaa ja ilmeisesti liikkumista lisättyä, mut mä en oo varma pystynks mä siihen yksin.”

Asiakkaat eivät siis olleet ehkä saaneet kiinni ajatuksesta, että mitä luultavimmin heidän selkäkipunsa on epäspesifiä, niin kuin 90%:lla on. Siitä ei ole näyttöä, että tietyllä harjoitteella olisi enempää vaikutusta selkäkipuun kuin toisella (O'Sullivan ym. 2016, 932). Lisäksi selkävun hoidossa ei ole mitään tiettyä yleisesti pätevää ratkaisua, vaan vaaditaan yksilöllistä perehtymistä jokaisen yksilön kohdalla. Kipu on yksilöllinen kokemus ja erityisesti pitkittyneenä sen taustalla on muitakin kuin rakenteellisia tekijöitä. Biopsykososiaalisesta näkökulmasta asiakas tulisi aina hoitaa yksilöllisesti ja selvittää tämän riskitekijät. (Holopainen 2017; Lausmaa & Holopainen 2018, 12-13.) Asiakkaat kokivat epävarmuutta harjoittelusta, sillä eivät saaneet yksilöllistä ohjausta ja pelkäsivät tekevänsä jotakin väärin. Tällaisella harjoiteohjauksella olisi voinut tukea asiakkaan mahdollisuuksia harjoittelussa, mutta yksilöllisen lähestymistavan tulisi kuitenkin olla vieläkin kokonaisvaltaisempi, jotta asiakas ymmärtäisi omaan selkäkipuunsa vaikuttavia tekijöitä ja tunnistaisi haitallisia käyttäytymismallejaan (Lausmaa & Holopainen 2018, 15).

5.3 Rikkinäisyys ja heikkous ovat kivun syy

”Ja mä oon miettiny, että onko mulla jokin rakenteellinen heikkous sitten näissä välilevyissä, että sitten pienessäkin virheliikkeessä, niin kuin reagoi jollain tapaa.”

Osallistujilta kysyttiin, mistä heidän mielestään oma selkäkipu johtui. Esiin nousivat selkeästi ajatukset kulumista, välilevyistä, lihasten heikkoudesta, geeneistä, ylipainosta ja liikkumattomuudesta. Tuli ilmi, että harva tunnisti psyykkisiä tai sosiaalisia tekijöitä kivun taustalla. Kaksi haastateltavaa pohti oman stressin ja rentoutumisen vaikutusta selkäkipuun. Rakenteen painotus syy toistui muidenkin kysymysten kohdalla. Taustalla on se ajatus, että jos jokin on rikki tai heikkoa, johtaa se kipuun. Tämä vaikuttaisi olevan hyvin syvällä oleva uskomus.

Löydös oli hyvin samankaltainen kuin Setchellin ym. 2017 tutkimuksessa, jossa asiakkailla oli hyvin negatiiviset uskomukset selkävunsta ja siitä, että keho on kuin kone, joka on rikki. Asiakkailla oli hyvin biolääketieteellinen eli rakenteisiin ja diagnoosiin nojaava, näkemys kivun synnystä. Tämäkin tieto oli myös yhtenäinen aiemman tutkimuksen kanssa (Bunzil ym. 2016). Kipu ei ole kuitenkaan nykytietämyksen mukaan suhteutettu vaurion suuruuteen eikä myöskään pitkittyneissä tapauksissa vain rakenteellista (Ojala 2015, 20). Rikkinäisyyden ja heikkouden ajattelu johtaa helposti pelkoon ja selän suojelemiseen. Uskomus selän viallisuudesta saa aikaan välttämiskäyttäytymistä. Vält-

tämiskäyttäytyminen taas puolestaan johtaa usein lisääntyneeseen kipukokemukseen. (Lausmaa & Holopainen 2018, 14.) Asiakkaiden uskomuksia kivusta ja sen synnystä tulisi korjata ja näin myös vähentää pelkoa. Neuvonnassa ei tulisi korostaa biolääketieteellistä negatiivista käsitystä. Selän vahvuutta tulisi painottaa näiden uskomusten poistamiseksi. Kun uskomukset poistetaan, lisääntyy asiakkaan minäpystyvyys sekä usko mahdolliseen parantumiseen. (Hautala & Ketola 2017, 124; Cormack 2018; Lausmaa & Holopainen 2018, 13.)

5.4 Liikunta on lääke, mutta entä liike

”Mä luulen et mun pitää just pyrkiä siihen, että nii, liikkuu ja sit että noita selkäliikkeitä, et jotenki toi lihaskunnan ylläpitäminen”

Suurin osa haastateltavista koki, että pärjäävät tai parantuvat selkäkivusta, kunhan harrastavat liikuntaa ja tekevät harjoitteita. Heillä oli selkeästi siis usko siihen, että pysyvät itse vaikuttamaan tilaansa. Näin ollen itsehoidon merkitys oli vahvistunut tai se oli ymmärretty infossa. Liikunnan ja selkäharjoitteiden tekeminen eli selän vahvistaminen korostui asiakkaiden haastatteluissa. Joku mainitsi jopa omien selkälihastensa ”löystymisen”. Tässä kuitenkin korostui jälleen ajatusmalli siitä, että selkä on heikko eli sitä täytyy vahvistaa. Selän kuntoutuksessa yleisesti on pitkään painotettu keskivartalon lihasten vahvistusta, ja tämä suuntaus jatkuu myös nykypäivänä, vaikkei asiasta laadukasta näyttöä selkäkivun hoidossa olekaan (Hautala & Ketola 2017, 199). Ajatus lihasten vahvistamiseen tulee usein biomekaniikan opeista, ja siitä tulee ajatus, että selkäranka ja muut rakenteet ovat hiekkvoja (Comella 2018). Osallistujat olivat myös ymmärtäneet, että lepo ei helpota kipua, mikä oli hyvä asia.

”Äää just et tekee yhtäkkisii liikkeitä tai ettei tee siin tietys järjestykses, et tota sil tietyl taval et käyttää selkää väärin mä tarkotan.”

Liikunnan hyöty oli tullut selväksi asiakkaille, mutta normaaliin liikkumiseen suhtauduttiin eri tavoin. Haastatteluissa kysyttiin, pystyykö asiakas liikkumaan normaalisti. Tällöin moni vastasi, että pystyy. Myöhemmin tuli kuitenkin ilmi, että tiettyjä liikkeitä tai asentoja mietitään enemmän. Ne tunnustetaan joko kivun vuoksi tai selälle rasittavuuden takia huonommiksi. Asiakkailta kysyttiin myös kokemuksia siitä, kun he tuntevat selkäkipua. Usealle se oli luonnollisesti negatiivinen tai ”kiusallinen” ja uhkaava merkki. Joku puhui myös siitä, että kipu ”kahlitsee”. Tämän jälkeen kipu tarkoitti toiminnan rajoittumista.

Jotakin heille tärkeää ei voinut enää toteuttaa tai sitten ei pystynyt toimimaan normaalisti. Se jopa koettiin ”invalidisoivaksi”.

Usealla haastateltavalla esiintyi vahvasti ”hurt is harm” ajattelua, joka johtaa helposti kinesiofobiaan. Usein tämä pelko rajoittaa jo enemmän kuin itse kipu. (Ojala 2015, 28). Välttämiskäyttäytymistäkin oli tällä liikkeen saralla havaittavissa, jolloin toisinaan vältettiin tiettyjä ympäristöjä tai tilanteita. Välttämiskäyttäytymiseen johtaa usein myös selän rakenteiden painottaminen kivun syynä ja diagnoosiin nojaaminen. Liikkumisen tulisi olla luottavaista ja pelotonta. Jännittyneisyys voi itse asiassa lisätä selkäkipua. (Pain-ed 2018; Comella 2018; Independent.ie 2019.) Kuitenkin, jos asiakas odottaa selkäkivun helpottuvan nyt oman tekemisen kautta, on minäpystyvyys myös mahdollisesti korkea. Tällöin yksilöllä on lisääntyneet mahdollisuudet parantua selkäkivusta, sillä hyvillä odotuksilla on usein positiivinen vaikutus. (Lausmaa & Holopainen 2018, 13-15; Ojala 2015, 29.)

5.5 Miten pitäisi olla

”Miten sitä pitäisi seistä ja mitenkä pitäis olla.”

Selän ”oikeista” asennoista oli monen asiakkaan kanssa puhe. Tämä oli selkeästi tieto, jonka he olivat sisäistäneet. He puhuivat siitä, miten pitää istua, seistä ja nostaa. He olivat siis sisäistäneet annetun ergonomiohjauksen. He ajattelivat paljon, että ovat aina seisseet esimerkiksi väärin. Lisäksi liika istuminen nousi haastatteluissa myös esille.

Ergonomiaohjauksella ei ole kipuoireisiin todennettua vaikutusta (Holopainen 2017). Hypervigilanssi saattaa joskus lisääntyä, kun yksilö esimerkiksi nostaa tai istuu ja selkään aletaan kiinnittää liikaa huomiota. Liiallista istumista ei kannata miettiä vaan lähinnä sitä, että liikkuisi enemmän. (Holopainen 2017; Hurley ym. 2016, e1.)

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa toimeksiantajille uutta tietoa asiakkaiden kokemuksista selkäinfoon osallistumisesta. Tutkimuksen perusteella saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin, joilla tätä tietoa oli tarkoitus tutkia, eli kokiko asiakas saaneensa sellaista tietoa, jota pystyy hyödyntämään selkäkivun hallinnassa sekä millaisena asiakas kokee selkäkivun.

Asiakkaille kokemus selkäinfosta oli yleisesti positiivinen kokemus. Asiakkaat olivat saaneet ainakin infosta sen, johon toimeksiantaja oli tähdännyt. Osallistujien käsitys itsehoiton roolin tärkeydestä ainakin vahvistui. Suurin osa oli sitä mieltä, että he voivat itse vaikuttaa tilaansa eli pystyvyyden tunne oli hyvä. Ei kuitenkaan tiedetä, oliko pystyvyyden tunne lähtökohtaisestikin ennen infoa jo hyvä. Liikunnan ja harjoittelun tärkeys vahvistuivat myös osallistujille, mutta arjen toimissa he selkeästi välttelevät tai miettivät enemmän tiettyjä liikkeitä, kuten nostamista tai istumista.

Asiakas siis pystyy hyödyntämään saamaansa tietoa selkäkivun hallinnassa. Toisaalta tieto oli lähinnä vanhan kertausta ja vahvasti rakenteiden roolia kivun synnyssä. Harjoitteet olivat kuitenkin sellaisia, jotka tuntuivat hyviltä, vaikka jäivätkin muistin varaan, sillä materiaali ei tukenut harjoittelua. He olisivat myös kaivanneet vielä yksilöllisempää ohjausta.

6.1 Tulosten pohdintaa

Suurin osa asiakkaista koki ainakin oman tietämyksensä mukaan saaneensa sellaista tietoa, joka hyödynsi heitä selkäkivun hallinnassa. Tieto oli heille ennestään tuttua. Selkäkipu koettiin johtuvan rakenteista, joka oli samansuuntainen löydös, kuin aiemmassa tutkimuksessa (Bunzil ym. 2016; Setchell ym. 2017). Infon teoriaisuus myös tuki tätä rakenteellista suhtautumista entisestään. Tämä suhtautuminen ei välttämättä tue paranemista ja aiheuttaa noidankehämäistä kipukäyttäytymistä (Lausmaa & Holopainen 2018, 10-11; Luomajoki 2014, 11-12). Asiakkailta vaikutti olevan kipukäyttäytymistä, sillä haastatteluissa kävi ilmi, että jotkut lopettivat kivuliaan toiminnan ja toiset taas kiinnittivät enemmän huomiota näihin. Uskomusten ja käyttäytymismallien muuttamisesta siitä, että ”hurt is harm” voidaan hyödyntää esimerkiksi kokemuksellista oppimista (Lausmaa & Holopainen 2018, 15). Tämän soveltamista voisi pohtia infotyypillisissä

tapahtumissa. Kokemuksellisessa oppimisessa yksilöllisyys on tosin tärkeää ja jokaisella on erilaiset uskomukset sekä käyttäytymismallit. Asiakasta voisi kuitenkin auttaa alkuun tunnistamaan mahdollisia haitallisia käyttäytymismalleja ja uskomuksia niiden takana.

Asiakkaat olisivat toivoneet lisää yksilöllisyyttä selkäinfosta. Tämä tarkoittaa myös sitä, että heidän odotukset ja saadut kokemukset eivät kohdanneet tässä asiassa. Jollain tapaa viesti asiakkaille infon sisällöstä ja siitä, mitä siinä heille voidaan antaa, ei ole sisäistetty. Yksilöllisyyden puuttuminen voi tarkoittaa sitä, että asiakkaat eivät pysty toteuttamaan itsehoitoa. Tämä taas ei tue selkäinfon tavoitetta, joka oli ohjata asiakkaita itsehoidon pariin. Voidaan siis miettiä, onko itsehoito siinä määrin mahdollista, jos osallistuja ei koe tulleen kohdatuksi yksilönä. Kipu on kuitenkin aina yksilöllistä ja niin sen hoidonkin tulisi olla. (Hautala & Ketola 2017, 23-24; Mansell 2017, 6-7; Kalso & Kontinen 2018; Lausmaa & Holopainen 2018, 10.) Asiakkaan itse olisi myös hyvä ymmärtää, että kipukokemus on yksilöllinen (Cormack 2018).

Isommassa mittakaavassa voisi myös ajatella yhteiskunnan hyötyvän taloudellisesti ryhmämuotoisesta terapiasta. Tällöin yksilöterapiaan ei menisi niin paljon resursseja. Selkäkipujen hoidossa yksilön oma toiminta ja aktiivisuus ovat isossa roolissa kivunhoidossa ja toimintakyvyn paranemisessa (Tuki- ja liikuntaelinliitto 2018). Voisi olla mahdollista, että osalle selkäkipua kokevista yksilöistä infomuotoinen toteutus antaisi riittävät tiedot ja taidot itsehoidon toteutukseen eikä useita yksilökäyntejä fysioterapiassa tarvittaisi. Tällöin neuvonnan tulisi olla kuitenkin biopsykososiaalisesta näkökulmasta järjestettyä. Infossa tulisi poistaa negatiivisia uskomuksia, lisätä ymmärrystä kivusta ja ohjata elämäntapamuutoksen pariin. Näillä keinoin on tutkimuksissa saatu jonkin verran lupaavia tuloksia. (Lausmaa & Holopainen 2018, 14-15; Mannix 2018.) Keinoja saada asiakas ymmärtämään kipua ovat esimerkiksi metaforien käyttö. Näillä on saatu jossain määrin muutoksia uskomuksiin ja suhtautumisessa kipuun. (Traeger ym. 2014, 4.) Muita keinoja ovat esimerkiksi oppaat, videot tai verkkokurssit (Lausmaa & Holopainen 2018, 13). Ehkä tärkeimpänä asiana uskomuksien muuttamisessa ovat kuitenkin terveydenalan ammattilaisten asenteet, jotka ovat mahdollisesti vielä pitkälti keskittyneitä rakenteentasolle. (Nolan ym. 2019; Lewis ym. 2012.) Infon järjestäjillä olisi siis myös oltava biopsykososiaalinen näkökulma neuvonnassa sekä tiedonannossa. (Darlow ym. 2013; Lausmaa & Holopainen 2018, 11.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Validiteettia tarkastellaan useammin laadullisessa tutkimuksessa kuin reliabiliteettia. Tällöin tutkimuksen tekijän on mietittävä muun muassa, ovatko päätelmät oikeanlaisia ja hyvin perusteltu. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on aina otettava huomioon se, että ovatko tekijät tehneet oikeanlaisia päätelmiä analyysistä. On myös muistettava, että tuloksia ei voi yleistää, sillä kyseessä on vain yksittäinen tapahtuma. Asenteiden huomioiminen olisi myös hyvä huomata, sillä ne vaikuttavat lopputulokseen. Väärien kysymysten tekeminen on myös mahdollista ja oikeiden kysymysten poisjättäminen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimusta tehdessä olisi aina tarkoitus olla mahdollisimman objektiivinen. Objektiivisuus on osa tutkimuksen luotettavuutta. Voidaan miettiä esimerkiksi, olivatko tehdyt päätelmät puolueettomia. Tuloksiin ovat voineet vaikuttaa opinnäytetyöntekijöiden omat ennakkokäsitykset tai arvomaailmat ja tässä tutkimuksessa erityisesti se, onko oma näkemys kivusta biolääketieteellinen vai biopsykososiaalinen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.) Tämän vuoksi alussa mietittiin omia asenteita infotyyppisestä ratkaisusta korvaamaan fysioterapiaa. Alkuun kohdattiin negatiivissävytteinen asenne infotyyppisestä ratkaisusta korvaamaan fysioterapiaa. Tämä tuntui todella kaukaa haetulta juuri yksilöllisyyttä ajatellen. Teoriaan sekä uuteen tutkimustietoon tutustuttaessa asenne muuttui kuitenkin jonkin verran positiivisemmaksi. Oikeanlaisella tiedonannolla pystyttäisiin vaikuttamaan asiakkaan selkäkipuun positiivisesti. Teoriasta ilmeni myös, kuinka tärkeää on, että yksilöä kuunnellaan ja sekin voi muuttaa suunnan täysin. Lisäksi tiedon karttuessa näkökulma selkäkipua kohtaan muuttui enemmän ja enemmän biopsykososiaaliseen suuntaan. Siksi pitää miettiä, onko uusi omaksuttu näkökulma varmasti objektiivinen, vaikka siitä näyttöä onkin.

Laadullista tutkimusta arvioidessa ei ole niinkään tarkkoja ja yksinkertaistettuja ohjeistuksia. Tutkimusta voi kuitenkin arvioida kokonaisuutena. Tutkimuksesta olisi hyvä käydä ilmi sen johdonmukaisuus. Se, linkittyvätkö asiat esimerkiksi toisiinsa luontevasti, on yksi arvioitava asia. Tutkimuksen tiedonantajia, eli tässä tapauksessa haastateltavia, voidaan myös arvioida. Millä perusteilla heidät valittiin ja kuinka monta heitä oli. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135, 138.) Haastateltavat hankittiin rekrytoimalla. On mahdollista, että ne jotka olisivat esittäneet täysin eriäviä ajatuksia infosta, eivät ole halunneet osallistua haastatteluihin. Alun perin tavoitteena oli saada haastatteluita yhteensä 20 kappaletta, mikä oli toimeksiantajan toive. Kuitenkaan halukkaita haastateltavia ei ollut

niin paljon ja osallistujakaahan ei jokaisella kertaa ollut kymmentä. Haastateltavien määrä koettiin kuitenkin riittäväksi. Haastatteluiden edetessä, aineisto saturoitui, joten ajatellen laadullista tutkimusta, saatiin riittävä määrä aineistoa. Haastateltavien määrä kuitenkin pyrittiin maksimoimaan kaikilla mahdollisilla tavoilla, kuten olemalla paikalla infossa sekä antamalla asiakkaalle mahdollisuuden vaikuttaa soittoajankohtaan. Selkäinfon ja haastatteluiden välillä oli 1-2 viikkoa, jolloin muistikuvat infosta eivät ole välttämättä tuoreimpia. Tämä tarkoittaa sitä, että kokemus ei ole enää tuoreessa muistissa, joka saattaa vähentää asiakkaan vastausvaihtoehtoja. Tämä aikaväli valittiin siksi, että asiakas ehtii sisäistämään kokemuksensa siitä. Toisaalta info on lyhyt ja pieni tapahtuma suhteutettuna muuhun elämään, jolloin asiakas ei ole sitä paljonkaan miettinyt.

Reflektointi tukee tutkimuksen luotettavuutta. Reflektointi on tutkijan kriittistä analysointia toiminnasta tutkimuksen edetessä aivan loppuun asti. Reflektointi on tietynlaista peiliin katsomista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tässä opinnäytetyössä haastattelijat olivat kokemattomia ja se voi mahdollisesti vaikuttaa luotettavuuteen. Haastattelijan taidot kuitenkin kehittyivät ja myös molemmat reflektoivat toisiaan. Haastattelijat oppivat kysymään lisäkysymyksiä ja ohjaamaan tiedonantajaa tarkentamaan vastauksiaan. Kun kysymyksiä ei luettu sanasta sanaan, oli mahdollisuus, että ne eivät olleet aina avoimia. Lisäksi haastatteluissa on ollut johdattelun mahdollisuus, jota kuitenkin yritettiin tietoisesti välttää. Tulkinnanvaraisuus on mahdollista, erityisesti kun kyseessä oli puhelinhaastattelu, jossa ilmeet ja eleet jäävät puuttumaan. Haastatteluissa pyrittiin tämän vuoksi käyttämään varmistelevia kysymyksiä, jotta asia ymmärretään niin, miten haastateltava on sen tarkoittanut. Esimerkiksi kysymällä ”ymmärsinkö nyt oikein, kun sanoit, että..”. Kysymyksissä esimerkiksi ”millainen kokemus selkäinfo oli sinulle?” on otettava huomioon, että haastateltava saattaa vastata sosiaalisesti hyväksyttävästi ”hyvä kokemus”. Tämä ei ole kovinkaan luotettava vastaus. Tällöin tarkentavat kysymykset olivat hyödyllisiä. Selkäinfon aihe saattoi joillekin olla myös arka aihe varsinkin, kun kysyttiin syitä selkäkipuihin, moni ei välttämättä halua avata psyykkistä puolta mahdollisena selkäkivun osatekijänä.

Osa tutkimuksen eettisyyttä on anonymiteetti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2016). Tämä oli ainakin kyseisen opinnäytetyön kannalta tärkein eettisyyteen liittyvä näkökulma, sillä asiakas antoi luottamuksella yhteistietonsa ja nimensä ja lisäksi saattoi kertoa arkaluontoista asiaa. Anonymiteetin säilyttäminen onnistui hyvin ja asiaa reflektoitiin alusta loppuun asti. Aluksi mietittiin sitä, onko ylipäätään laillista tallentaa pu-

helinhaastatteluita. Asiaa tutkittiin ja saatiin tieto, että yksityisiä puheluita saa tallentaa. Haastattelulupalomakkeiden säilyttämistä pohdittiin myös, sekä tallenteiden säilyttämistä sekä niiden tuhoamiseen liittyviä seikkoja. Eri soitot numeroitiin tallenteisiin, eikä käytetty haastateltavien nimiä. Suostumuslupalomakkeessa pidettiin sama numero, kuin haastattelunumeroinnissa ja litteroinnissa. Litteroinnin alusta jätettiin pois puhe- luun vastanneen nimi. Aineistoa käsiteltiin siis numeroinnin avulla. Opinnäytetyössä noudatettiin myös hyvää tutkimuskäytäntöä, sillä saatekirjeessä pyrittiin antamaan rekrytoitaville kaiken mahdollinen informaatio tutkimuksesta. Yhden tietonsa antaneen kohdalla kävi ilmi, että hän ei kielimuurin vuoksi ollut ymmärtänyt, mihin osallistuu, jonka vuoksi haastattelu jätettiin tekemättä ja hänen tietonsa hävitettiin.

LÄHTEET

Arokoski, J.; Alaranta, H.; Pohjolainen, T.; Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. 2009. Fysiatría. 4. painos. Keuruu. Kustannus Oy Duodecim

Bunzil, S., McEvoy, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P. & O'Sullivan, K. Patients Perspectives on Participation in Cognitive Functional Therapy for Chronic Low Back Pain. Viitattu 18.5.2019. <https://academic.oup.com/ptj/article/96/9/1397/2865017>

Comella, T. 2018. "You have low back pain because your core is weak". Viitattu 19.5.2019. https://trustme-ed.com/blog/you-have-low-back-pain-because-your-core-is-weak?fbclid=IwAR1ainHoayvzvqkhDhBX_InbD1jExjGj66-UI7-Hwyl0NsSSJ81bDIF95i0

Cormack, B. 2018. Knowledge is important-what I need people with back pain to know. Viitattu 5.12.2018. <https://cor-kinetic.com/knowledge-power-i-need-every-person-back-pain-know/>

Cormack, B. 2018. Pain education-how much neuroscience do you really need. Viitattu 5.12.2018. <https://cor-kinetic.com/pain-education-much-neuroscience-really-need/>

Cormack, B 2019. The science behind why assessing and blaming posture for pain is bs. Viitattu 18.5.2019. https://trustme-ed.com/blog/the-science-behind-why-assessing-and-blaming-posture-for-pain-is-bs?fbclid=IwAR27MOKgWsSXnU67lonVBD64FdLdag5Y4MxZe1FvE-1blaNo7VQV2T219_4

Darlow, B., Dowell, A., Baxter, D., Mathieson, F., Perry, M. & Dean, S. 2013. The Enduring Impact of What Clinicians Say to People With Low Back Pain. Viitattu 18.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3823723/>

Duodecim Terveyskirjasto. Selkäkipu. 2018. Viitattu 13.11.2018 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00326

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

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.

Holopainen, R. 2018. Pompottelua ja epävarmuutta-alaselkäkipuisilla usein kehoja kokemuksia terveydenhuollosta. Viitattu 4.12.2018. <https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2018/01/tiedote-2018-01-17-13-55-36-900680>

Hurley, J.; O'Keefe, M.; O'Sullivan, P.; Ryan, C.; McCreesh, K. & O'Sullivan, K. 2016. Effects of education on non-specific neck and low back pain. Viitattu 4.12.2018. [https://www.mskscienceandpractice.com/article/S1356-689X\(16\)00017-5/abstract](https://www.mskscienceandpractice.com/article/S1356-689X(16)00017-5/abstract)

Independent.ie 2019. Everything you know about back pain is wrong. Viitattu 18.5.2019. <https://www.independent.ie >life>Health& Wellbeing>

Itä-Suomen Yliopisto 2018. Oppimisteoriat ja -näkökulmat. Viitattu 4.12.2018. <https://www.uef.fi/fi/web/aducate/oppimisteoriat-ja-nakokulmat>

Jensen, M., Brandt-Zawadzki, M., Obuchowski, N. & Modic, M. 1994. Magnetic Resonance Imaging of Lumbar Spine in People without Back Pain. Viitattu 18.5.2019. https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199407143310201?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov

Kallionpää, K. 2017. Pitkittyneiden selkäkipujen syy voi olla pelko. Helsingin Sanomat 9.10.2017. Viitattu 3.12.2018. <https://www.hs.fi/hyvinvointi/art-2000005401276.html>

Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Kipu. Aistimuksesta tuntemukseksi: Kipujärjestelmä kokonaisuutena. Viitattu 17.5.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/kip00621/do>

Kauranen, K. 2014. Motoriikan säätely ja motorinen oppiminen. P. 2. Tampere. Liikuntatieteellinen Seura ry.

Käypähoidon www-sivut. Alaselkäkipu. 2014. Viitattu 10.11.2018
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=kht00082>

Käypähoidon www-sivut. Kipu. Viitattu 11.11.2018
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Laird, R., Kent, P. & Keating, J. 2016. How consistent are lordosis, range of movement and lumbo-pelvic rhythm in people with and without back pain? Viitattu 18.5.2019. <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12891-016-1250-1>

Lausmaa, M. & Holopainen, R. 2018. Yksilöllinen biopsykososiaalisesti orientoitunut kivun hoito. Manuaali 1/2018.

Lewis, S. Holmes, P., Woby, S., Hindle, J. & Fowler, N. 2012. The relationships between measures of stature recovery, muscle activity and psychological factors in patients with chronic low back pain. Viitattu 18.5.2019. <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S1356689X11001238?via%3Dihub>

Lewis, J. & O'Sullivan P. 2018. Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain? BMJ SportsMedicine 8/2018.

Luomajoki, H. 2014. Psykososiaaliset tekijät TULE-kipuisilla. Fysioterapialehti 2/14.

Luomajoki, H. 2015. Selkä kivun moderni hoito fysioterapiassa. Kipuviesti 2/2015. Viitattu 8.12.2018. https://www.researchgate.net/publication/283728165_Selkakivun_moderni_Fysioterapia_Kipuviesti_22015

Mannix L. 2018. The “mythbusters” of back pain believe they can treat it – with words. Viitattu 18.5.2019. https://www.smh.com.au/national/the-mythbusters-of-back-pain-believe-they-can-treat-it-with-words-20181217-p50msa.html?fbclid=IwAR1eFPtjMre1npH3cHelAoBtYYd8Xz3NH0Zf_qUIzptnfCdLTsXVGMIRL9g

Mansell, G.; Hall, A. & Toomey, E. 2017. Behaviour change and self-management interventions on persistent low back pain. Viitattu 8.12.2018. <https://aran.library.nuigalway.ie>

NICE 2018. Viitattu 8.12.2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG59/chapter/Recommendations#assessment-of-low-back-pain-and-sciatica>

Norio-keskuksen www-sivut. 2017. CIPA (Congenital Insensitivity to Pain with Anhidrosis). Viitattu 24.11.2018. <https://www.norio-keskus.fi/tietoa/diagnoosikohtaista-tietoa/cipa-congenital-insensitivity-to-pain-with-anhidrosis.html>

Ojala, T. 2015. The Essence of the Experience of Chronic Pain. Viitattu 4.12.2018. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/45325/978-951-39-6060-5_vaitos_21022015.pdf?sequence=11&isAllowed=y

O'sullivan, P.; Caneiro, J.; O'keeffe, M. & O'sullivan, K. 2016. Unraveling the Complexity of Low Back Pain Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy.

Pain-ed. 10 facts about exercise and back pain. 13.2.2018. Viitattu 3.12.2018. <http://www.pain-ed.com/blog/2018/02/13/10-facts-about-exercise-and-back-pain/>

Palveluvalikoimaneuvosto 2018. Biopsykososiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa.

<https://d2htbfmhc6rwj.cloudfront.net/attachments/a/5/f/165ac0bff4469a477ef7400cc42bf.pdf>

Pranata, A., Perraton, L. El-Ansary, D., Clark, R., Mentiplay, B., Fortin., K., Long, B., Brandham, R. & Bryant, A.L. Trunk and lower limb coordination during lifting in people with and without chronic low back pain. Viitattu 18.5.2019.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021929018301131?via%3Dihub>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Analyysin äärellä. Viitattu 19.11.2018 https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Teemoittelu. Viitattu 19.11.2018 https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2016. Tutkijan asema ja tutkimuksen arviointi. Viitattu 19.5.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3.html>

Saner, J.; Kool, J.; Sieben, J. & Luomajoki H. 2016. A tailored exercise program versus general exercise for a subgroup of patients with low back pain and movement control impairment: SHORT-TERM results of a randomised controlled trial. Viitattu 3.12.2018. <https://www.researchgate.net>

Schmidt, H., Bashkuev, M., Weerts, J., Graichen, F., Altscheidt, J., Maier, C. & Reitmaier, S. 2018. How do we stand? Variations during repeated standing phases of asymptomatic subjects and low back pain patients. Viitattu 18.5.2019. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S0021929017303135?via%3Dihub>

Selkakanavan www-sivut. 2018. Alaselkävun riskitekijät. Viitattu 25.11.2018. <https://selkakanava.fi/selkakivun-riskitekijoita>

Selkakanavan www-sivut. 2018. Alaselkäkipu ja kivun hoito. Viitattu 25.11.2018. <https://selkakanava.fi/selkakipu>

Setchell, J., Costa, N., Makovey, F., Nielsen, M. & Hodges, P. 2017. Individuals' explanations for their persistent or recurrent low back pain: a cross-sectional survey. Viitattu 18.5.2019. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12891-017-1831-7>

Talvitie, U.; Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Viitattu 13.11.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf

Traeger, AC.; Moseley, GL. & Hubscher, M. 2014. Pain education to prevent chronic low back pain: a study protocol for a randomised controlled trial. Viitattu 3.12.2018. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/6/e005505.full.pdf>

Tuki- ja liikuntaelinliiton www-sivut. Selkäsairaudet. 2018. Viitattu 10.11.2018. <https://tulessa.fi/maaritelmä/tuki-ja-liikuntaelinsairaudet/selkasairaudet/>

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

Turun kaupungin www-sivut. 2018. Lääkinnällisen kuntoutuksen inforyhmät. Viitattu 17.11.2018 <https://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysasemien-palvelut/ryhmatoiminnasta-tukea-10>

Vainio, A. 2018. Kipu. Tuntemusten kuvaaminen ja kivun ilmaisu. Viitattu 17.5.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/kip00224/do>

Teemahaastattelun runko

Asiakas ja informaatio

Millainen kokemus selkäinfo oli?

- Mitä uutta opit?
- Millaista tietoa olisit kaivannut?
- Jäikö kysymyksiä vielä?
- Mikä asia jäi erityisesti mieleen?
- Millaisia ajatuksia sinulle heräsi selän rakenteiden avaamisesta?
- Mitä mieleesi jäi harjoiteosiosta?
- Millaisina koit harjoitteet?

Informaation hyödyntäminen

- Saitko uusia keinoja kivun hallintaan?
- Uskaltaako liikkua?
- Oletko huomannut omassa toiminnassasi muutoksia infon jälkeen?
- Miten koit harjoitteet itsellesi hyödyllisiksi?

Asiakas ja suhtautuminen kipuun

- Ajattele hetkeä, kun selkäkipu ilmaantuu. Mikä on ensimmäinen ajatuksesi?
- Mitä ajattelet selkä kivusta nyt? Vaara?
- Millaisista asioista oma kipusi mielestäsi johtuu?
- Millä tavalla uskot pystyväsi hallitsemaan oiretta jatkossa?
- Mihin suuntaan uskot selkä kivun kehittyvän infosta saadun tiedon jälkeen?

SAATEKIRJE

Hyvä Selkäinfotilaisuuteen osallistuja!

Olemme fysioterapeuttiopiskelijoita Turun ammattikorkeakoulusta. Aikomuksenamme on tehdä opinnäytetyö koskien selkäinfotilaisuuden asiakaskokemuksia. Toimeksiantajinamme toimii TULE-tietokeskus yhteistyössä Turun Kaupungin Hyvinvointitoimialan lääkinällinen kuntoutus.

Tarkoituksena opinnäytetyössä on tutkia infoon osallistuvien asiakkaiden kokemuksia. Opinnäytetyön tuotoksena on tuottaa toimeksiantajalle raportti asiakkaiden kokemuksista, jonka perusteella he pystyvät kehittämään selkäinfon sisältöä.

Kokemuksia kerätään tutkimushaastatteluna puhelimitse. Tammikuun infoon osallistujia haastatellaan viikoilla 4-5 ja helmikuun infoon osallistuneita viikoilla 8-9. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Vastausten analysoinnin vuoksi, **haastattelut tallennetaan ja kirjoitetaan puhtaaksi**, ja tallenteet tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Nauhoitteet tulevat vain ja ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käyttöön. Vastausten raportoinnissa painotetaan vastausten anonyymiyttä ja tutkimukseen osallistuvien tunnistamattomuutta. Opinnäytetyö on valmis 31.5.2019 ja tulee julkistesti luettavaksi Theseus-tietokantaan.

Mikäli olet halukas osallistumaan ja auttamaan selkäinfon kehityksessä, ohessa on mukana suostumuslomake, joka tulee allekirjoittaa. Haastattelut tehdään arkipäivisin klo 16-20 välisenä aikana. Suostumuslomakkeessa voit esittää toiveen viikonpäivästä. Haastatteluun on hyvä varata aikaa 30-45 minuuttia.

Ystävällisin Terveisin

Jaana Harjunen

Iida Hepolehto

Fysioterapeuttiopiskelija

Fysioterapeuttiopiskelija

puh. & sposti

puh. & sposti

+ Ohjaavan opettajan yhteystiedot

Suostumuslupalomake

Asiakaskokemukset selkäinforyhmästä

Osallistun tutkimukseen:

Kyllä osallistun

Puhelinnumero:

Puhelinhaastattelut toteutetaan arkipäivisin klo 16-20 välisenä aikana, 1-2 viikon sisällä selkäinfotilaisuudesta.

Mahdollinen toivomus viikopäivästä:

Voin osallistua mahdolliseen jatkotutkimukseen koskien selkäinfon vaikuttavuutta

Kyllä

Ei

En osaa vielä sanoa

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Aika ja paikka