

Hyväksymis- ja omistautumisterapia fysioterapeutin työvälineenä kipuryh- mässä

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Tiina Wikström

Opinnäytetyö
Toukokuu 2020
Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapeutti (AMK)

| | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Tekijä Wikström, Tiina | Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK | Päivämäärä Toukokuu 2020 |
| | Sivumäärä 63 | Julkaisun kieli suomi |
| | | Verkojulkaisulupa myönnetty: x |
| Työn nimi Hyväksymis- ja omistautumisterapia fysioterapeutin työvälineenä kipuryhmässä Narratiivinen kirjallisuuskatsaus | | |
| Tutkinto-ohjelma Fysioterapia (AMK) | | |
| Työn ohjaaja Kurunsaari, Merja | | |
| Toimeksiantaja Neuropoint Osuuskunta | | |
| Tiivistelmä <p>Hyväksymis- ja omistautumisterapian (HOT) tavoitteen on lisätä psykologista joustavuutta, joka jakautuu kuuteen eri osa-alueeseen. Sen käytöstä on saatu menetelmää tukevia tutkimustuloksia kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailla. Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa voi hyödyntää kroonisessa kivussa monelle eri tavalla sekä ryhmä- että yksilöterapiassa. Yleisimmin käytettyjä menetelmiä ovat erilaiset metaforat ja mielikuvaharjoitteet, jotka ovat sovellettavissa asiakaskohtaisesti. Fysioterapiassa menetelmää on vielä hyödynnetty vähän.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli lisätä tietoisuutta hyväksymis- ja omistautumisterapian hyödyntämisestä fysioterapiassa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata, miten fysioterapiassa on käytetty hyväksymis- ja omistautumisterapiaa kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailla ja millaisia tuloksia siitä on saatu. Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, johon aineistoa kerättiin viidestä kansainvälisestä tietokannasta. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella katsaukseen valikoitui kahdeksan vertaisarvioitua tutkimusta. Tutkimusaineisto koostui tutkimuksista, joissa fysioterapeutti on toteuttanut intervention yksin tai ollut osana moniammatillista tiimiä.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan olettaa, että hyväksymis- ja omistautumisterapia voi olla vaikuttavuudeltaan tehokas hoitomuoto kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailla. Useimmat valituista interventioista toteutettiin moniammatillisen tiimin toimesta, missä fysioterapeuteilla oli keskeinen rooli. Tutkimusten keskinäinen vertailu oli haastavaa niiden pituuden, sisällön ja käytettyjen mittareiden eroavaisuuksien vuoksi. Tulovaikeudessa aiheesta tarvitaan lisää laaja-alaisempaa ja tarkempaa satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta.</p> | | |
| Avainsanat (asiasanat) krooninen kipu, hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT), fysioterapia | | |
| Muut tiedot (Salassa pidettävät liitteet) | | |

| | | |
|---|--|---|
| Author Wikström, Tiina | Type of publication Bachelor's thesis | Date May 2020 Language of publication: finnish |
| | Number of pages 63 | Permission for web publication: x |
| Title of publication Acceptance and Commitment Therapy as a Tool for Physiotherapist Working with a Pain Management Group A narrative literature review | | |
| Degree programme Physiotherapy | | |
| Supervisor Kurunsaari, Merja | | |
| Assigned by Neuropoint Osuuskunta | | |
| Abstract <p>The main goal of acceptance and commitment therapy (ACT) is to increase physical flexibility which can be divided into six core processes. Research results support using acceptance and commitment therapy with clients suffering from chronic pain. Acceptance and commitment therapy can be applied many ways and both in individual and in group therapy. Different kinds of metaphors and mental practices are the generally used methods in acceptance and commitment therapy. In physiotherapy, acceptance and commitment therapy has still been utilized to a limited extent.</p> <p>The purpose of the thesis was to conduct a literature review in order to increase awareness of utilizing acceptance and commitment therapy in physiotherapy. The aim was to describe how acceptance and commitment therapy has been used in physiotherapy with chronic pain and what the effects of the treatment are. The study was executed as a narrative literature review, and the material was searched in five international databases. Based on the inclusion and exclusion criteria, eight peer reviewed studies were selected. In all the selected studies, intervention was executed solely by a physiotherapist or by a multidisciplinary team which also included physiotherapist.</p> <p>Based on results of the literature review, it can be assumed that acceptance and commitment therapy can be an effective method with clients suffering from chronic pain. Most of the selected interventions were executed by multidisciplinary team in which physiotherapists had an essential role. Comparing the studies was challenging as their length, content and methods of measurement varied greatly. In the future there is a need for wider and more accurate randomized controlled trials.</p> | | |
| Keywords/tags (subjects) chronic pain, acceptance and commitment therapy (ACT), physiotherapy | | |
| Miscellaneous (Confidential information) | | |

Sisältö

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Johdanto | 3 |
| 2 | Krooninen kipu..... | 5 |
| 2.1 | Kivun biopsykososiaalinen malli | 5 |
| 2.2 | Kroonisen kivun hoito fysioterapiassa | 7 |
| 3 | Hyväksymis- ja omistautumisterapia | 9 |
| 3.1 | Kielellisten sääntöjen vaikutus toimintaan | 10 |
| 3.2 | Psykologinen joustavuus ja sen osa-alueet..... | 11 |
| 3.3 | Hyväksymis- ja omistautumisterapia kroonisen kivun hoidossa..... | 15 |
| 3.4 | Hyväksymis- ja omistautumisterapian hyödyntäminen fysioterapiassa ... | 16 |
| 4 | Kipur ryhmä | 19 |
| 4.1 | Ryhmämuotoisen terapian hyödyt | 19 |
| 4.2 | Kipur ryhmät Suomessa | 20 |
| 5 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite..... | 21 |
| 6 | Kirjallisuuskatsauksen toteutus | 22 |
| 6.1 | Tutkimusmenetelmä..... | 22 |
| 6.2 | Aineiston hankinta ja valinta..... | 23 |
| 7 | Hyväksymis- ja omistautumisterapia tutkimuskirjallisuudessa | 27 |
| 7.1 | Aineiston esittely | 27 |
| 7.2 | Tutkimusartikkelien laadunarviointi | 32 |
| 8 | Kirjallisuuskatsauksen tulokset..... | 34 |
| 8.1 | Hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttö | 34 |
| 8.2 | Menetelmän vaikuttavuus | 35 |
| 8.3 | Tulosten yhteenveto | 38 |

| | |
|--|--|
| | 2 |
| 9 Pohdinta | 39 |
| Lähteet | 45 |
| Liitteet | 51 |
| Liite 1. Arvojen mukainen elämä – kysely | 51 |
| Liite 2. Aineiston valintaprosessi | 52 |
| Liite 2. Tutkimusten laadunarviointi | 53 |
| Liite 3. Hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttö..... | 55 |
| Liite 4. Menetelmän vaikuttavuus..... | 59 |
| | |
| Kuviot | |
| Kuvio 1. Kivun biopsykososiaalinen malli | 6 |
| Kuvio 2. Psykologinen joustavuus | 12 |
| Kuvio 3. Aineiston hakuprosessi..... | Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty. |
| | |
| Taulukot | |
| Taulukko 1. Tietokantojen esittely | 23 |
| Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit. | 25 |
| Taulukko 4. Kirjallisuuskatsauksen tietokantahaun hakusanat..... | 26 |
| Taulukko 5. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset..... | 29 |

1 Johdanto

Kipu koskettaa monen arkea päivittäin. Breivikin, Collettin, Ventafriddan, Cohenin ja Gallacherin (2006, 289) laatiman tutkimuksen mukaan lähes joka viides eurooppalainen on kokenut kohtuullista tai voimakasta kipua viimeisen 6 kuukauden aikana vähintään kahdesti viikossa. FinTerveys 2017 –tutkimuksessa selvitettiin erityisesti kiputiloja tuki- ja liikuntaelinsairauksien näkökulmasta. Viimeisen kuukauden aikana selkäkipua oli kokenut naisista 48 % ja miehistä 44 %. Niskakivun osalta prosentit olivat naisilla 51 % ja miehillä 37 % ja olkapääkivun osalta naisilla 39 % ja miehillä 37 %. (Heliövaara, Viikari-Juntura & Solovieva 2017, 80-81.)

Pitkittynyt kipu aiheuttaa yhteiskunnalle kahdenlaisia kustannuksia: suoria, jotka muodostuvat hoidon kustannuksista ja epäsuoria, jotka muodostuvat heikentyneestä työpanoksesta, sairauslomista ja mahdollisista työkyvyttömyyseläkkeistä (Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä 2017, 21). Kelan sairausvakuutustilastossa (2019) mainitaan erikseen selkäsärky tuki- ja liikuntaelinsairauksista, minkä osalta vuonna 2018 sairauspäivärahaa maksettiin yhteensä 19 581 henkilölle ja korvauksia maksettiin yli 33 miljoonaa euroa (Kelan sairausvakuutustilasto 2018, 2019, 35, 47).

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen mukaan kipu määritellään seuraavasti: kipu on epämiellyttävä aistimuksellinen tai emotionaalinen kokemus, joka yhdistetään joko olemassa olevaan tai mahdolliseen kudonvaurioon tai voidaan kuvailla vauriona (IASP Terminology 2017). Estlanderin (2003, 14) mukaan kivulle ei ole olemassa yhtenäistä ja yleisesti hyväksyttyä luokitusta vaan sitä voidaan luokitella muun muassa anatomian, sijainnin, keston, aiheuttajan, patofysiologisen mekanismin tai kipuongelman kuvailun mukaan. Kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutin kivun ensisijainen tarkoitus on suojata elimistöä varoittamalla mahdollisesta kudonvauriosta, mikä seurauksena lisävaurion syntyminen estetään reagoimalla varoitukseen vähentämällä kudokselle vahingollisia toimintoja. Krooniseen kipuun verrattuna akuutilla kivulla on yleensä selkeä syy, jolloin hoito voidaan kohdistaa oikeaan kehon osaan. Kipu määritellään useimmiten krooniseksi, kun se on kestänyt yli 2-3

kuukautta tai pidempään kuin odotettu kudoksen paranemisaika on. (Kalso, Elomaa & Granström 2018, 108-110.)

Fysioterapeuttien koulutuksessa otetaan huomioon yhä enemmän kivun biopsykososiaalista viitekehystä. Holopainen, Simpson, Piirainen, Karppinen, Schütze, Smith, O'Sullivan ja Kent (2020) tutkivat koulutuksen muutoksen tuloksia ja vaikutuksia systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että biopsykososiaaliseen näkökulmaan siirtymisestä huolimatta fysioterapeutit kokivat koulutuksen riittämättömäksi. Tulevaisuudessa koulutuksen tulisi keskittyä biopsykososiaalisen mallin osalta riittävään harjoitteluun ja yksilölliseen mentorointiin (mt.). Lintonin ja Shawin (2011, 700) mukaan psykologisten periaatteiden integroiminen fysioterapiaan voisi parantaa nykyistä hoitoa. Fysioterapeuteilla on tietoa, mutta tiedon käyttämistä estää puuttuva ohjeistus ja konkreettiset työkalut (mts. 701).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian sopivuudesta on tieteellistä näyttöä erilaisten kipuasiakkaiden hoidossa. Hyväksymis- ja omistautumisterapian lähtökohtana on muuttaa emotionaaliseen kipuun suhtautumista eikä pyrkiä sen poistamiseen, koska pitkittyneen kroonisen kivun poistuminen kokonaan on hyvin epätodennäköistä. Menetelmässä on kuusi osa-aluetta, jotka ovat hyväksyntä, mielen kontrollin heikentäminen, tietoinen läsnäolo, havainnoiva minä, arvojen kirkastaminen ja sitoutuminen omien arvojen mukaiseen toimintaan (Hayes 2019; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis 2006, 6-8).

Tämä opinnäytetyö tarkastelee hyväksymis- ja omistautumisterapiaa fysioterapeutin työväliseen kipuryhmän ohjauksessa. Opinnäytetyö tehdään toimeksiantona neurologiseen kuntoutukseen erikoistuneelle Neuropoint Osuuskunnalle. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoisuutta hyväksymis- ja omistautumisterapian hyödyntämisestä fysioterapiassa. Työn tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää teoriapohjana ryhmämuotoisen fysioterapian toteutuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata miten fysioterapiassa on käytetty hyväksymis- ja omistautumisterapiaa kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailla ja millaisia tuloksia siitä on saatu.

2 Krooninen kipu

Kipu on ollut vuosisatojen ajan paljon tutkittu aihe ja se on ymmärretty eri tavoin kulttuurista ja aikakaudesta riippuen. Kipuun liittyy useita vaikeasti selitettäviä ilmiöitä kuten kivun esiintyvyys ilman elimellistä vauriota, elimellinen vaurio ilman kipua tai kivun jatkuminen, vaikka vaurio olisikin parantunut. Kivun syntymiseen, kokemiseen, ilmenemiseen ja vähenemiseen on pidetty tärkeänä biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutusta keskenään. (Estlander 2003, 31-32.)

Kivun tutkimuksen alkuvaiheissa kipu yhdistettiin suoraan vaurioon, jonka suuruuden koettiin olevan yhteydessä kivun määrään (Estlander 2003, 34). Estlanderin (2003, 34) mukaan Descartes (1596-1650) esitti ihmisen kehon ja mielen erillisinä koneistoina, jolloin kipu on joko elimellistä tai psyykkistä. 1960-luvulla esitettiin porttikontrolliteoria, jonka mukaan selkäytimen takasarvet joko välittävät tai ovat välittämättä tietoja aivoihin riippuen aikaisemmista kokemuksista, huomiosta tai oppimiseen liittyvistä tekijöistä (Penlington, Urbanek & Barker 2018, 24). 1970-luvulla tuli esille endorfiiniteoria, jonka mukaan ihmisen kehossa syntyy erilaisia kemiallisia aineita, joilla on yhteys kipukokemukseen (Estlander 2003, 36). Samoihin aikoihin kehittyi psykologiassa oppimis-, kognitiiviset ja kognitiivis-behavioraaliset teoriat sekä niihin pohjautuvat tutkimus- ja hoitomenetelmät (mts. 36).

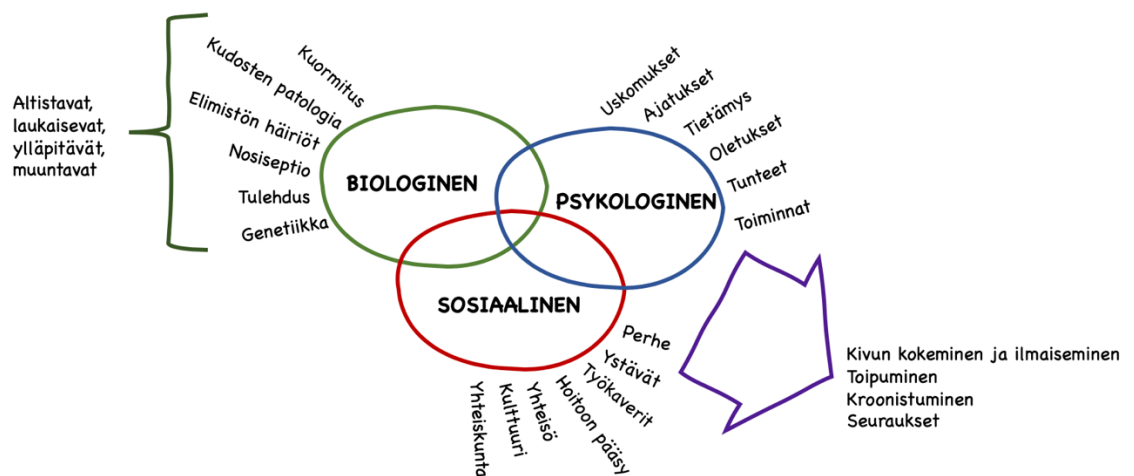
Hyväksymis- ja omistautumisterapia on yksi käyttäytymisterapian muoto, joten on luonnollista tarkastella kipua tässä kirjallisuuskatsauksessa erityisesti psykologian ja sosiaalisen näkökulman kautta.

2.1 Kivun biopsykososiaalinen malli

Moderni lääketiede perustuu biolääketieteelliseen malliin, jonka taustalla on ajatus, että kipu tai sairaus on poistettavissa oleva patologinen tai mekaaninen häiriö yksilössä ja että sen täsmähoidon tavoitteena on ongelman poistuminen (Gard & Skjærven 2018, 14; Estlander 2003, 37). Usein asiakkaat itse ajattelevat oireiden taust-

talla olevan jonkun elimellisen vaurion tai häiriön, minkä vuoksi syyn selviämättä jääminen aiheuttaa heille ahdistusta ja turhautuneisuutta (Estlander 2003, 37). Biolääketieteellinen malli on haastava, koska kipua ei kuitenkaan aina voida selittää sen avulla vaan tarvitaan laaja-alaisempaa näkökulmaa.

Biopsykososiaalinen malli huomioi kivun vaikutukset fysiologisesti kehossa, psykologisesti mielessä ja sosiaalisesti ympäristössä (kuvio 1; Moseley & Butler 2017, 12). Estlanderin (2003, 33) mukaan mallin osatekijöiden vaikutus asiakkaan elämässä vaihtelee eri aikoina ja ne voivat olla kipua laukaisevia, kivulle altistavia tai sitä ylläpitäviä. Biopsykososiaalinen malli on pohjana kansainvälisesti käytetyssä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksessa eli ICF-luokituksessa (Gard & Skjaerven 2018, 15). Huomattavaa on kuitenkin, että sekä biolääketieteellistä että biopsykososiaalista mallia tarvitaan molempia eivätkä ne ole toisiaan poissulkevia. Usein biolääketieteellinen malli on käytössä etenkin akuutissa kivussa ja biopsykososiaalinen kroonisessa kivussa (Estlander 2003, 39).



Kuvio 1. Kivun biopsykososiaalinen malli. Mukailtu Moseley & Butler 2017, 12; Estlander 2003, 33.

Kipu ja sen aikaan saamat toimintarajoitteet sekä seuraukset vaikuttavat laajasti asiakkaan minäkäsitykseen, elämäntapoihin, ihmissuhteisiin, uskomuksiin ja rooleihin arjessa (Estlander 2013, 48). Biopsykososiaalisissa mallissa on myös rajoitteita. En-

sinnäkin se ei huomioi yksilöllisyyttä kivun kokemuksessa, toisekseen se ei anna selitystä kivulle ja kolmanneksi se ei huomioi kivun kokemuksen vaikutusta. Vaikutuksia voi olla pelko, asenteet kipua kohtaan ja selviämisodotukset kivun kanssa. (Ojala 2015, 22.)

Kalson, Elomaan ja Granströmin (2018, 113) mukaan kivun pitkittymisestä eli kroonistumisesta on julkaistu vain vähän metodologisesti laadukkaita pitkittäistutkimuksia psykososiaalisista tekijöistä. Kroonistuvien tuki- ja liikuntaelimestön kipujen riskitekijöitä tutkittaessa kivun jatkumiselle on psykososiaalisilla tekijöillä ollut suurempi merkitys kuin fysiologisilla tekijöillä. Heidän mukaansa kivun pitkittymiselle altistavat psykososiaaliset tekijät voidaan jakaa kognitioihin, käyttäytymiseen, ihmissuhteisiin ja elämäntilanteeseen, työhön, hoitoon ja hoito-organisaation liittyviksi sekä tunne-reaktioihin. Kognitioon liittyvät tekijät ovat uskomukset esimerkiksi liikkumisen ja kivun yhteydestä tai ajatus, että kipua ei voi kontrolloida. Käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä voisi olla turvautuminen passiivisiin hoitokeinoihin kuten lääkkeet tai läheisten apu. Ihmissuhteisiin ja elämäntilanteeseen liittyviä ovat muun muassa läheisten puuttuminen tai elämäntilanteen muutokset. Työhön liittyviä esimerkiksi työkykyyn ja työn kuormittavuuteen liittyvät tekijät. Hoitoon ja hoito-organisaatioon liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi pitkät odotusajat, oireiden vähättely ja epävarmuus hoidon saannista. Tunnereaktioita ovat muun muassa masennus, ahdistus ja stressi. (Kalso ym. 2018, 113-114.)

2.2 Kroonisen kivun hoito fysioterapiassa

Fysioterapia on yksi paljon hyödynnetty kuntoutusnäkökulma kroonisessa kivussa. Ojalan (2015, 34) mukaan fysioterapia pohjautuu asiakkaan aktiiviseen rooliin omasta kuntoutumisestaan ja hänellä on oikeus ilmaista toiveensa terapian suhteen. Perinteisesti fysioterapian koulutus perustuu biolääketieteeseen, käytännön taitoihin ja tekniikoihin, jotka ovat yksinään riittämättömät kroonisen kivun hoidossa (mts. 34). Fysioterapian tavoite kroonisen kivun hoidossa on oireiden, vammojen ja kivun vaikutusten vähentäminen, arkiaktiivisuuden lisääminen ja sosiaalisten suhteiden yl-

läpittäminen (mts. 34). Ojalan (2015, 34) mukaan Koho (2006) toteaa, että tämä edellyttää fysioterapeutilta laajaa ymmärrystä kivusta, joka mahdollistaa kroonisesta kivusta kärsivän asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen.

Ojalan (2015, 35) mukaan perinteisesti fysioterapia on kivun hoidossa mielletty fyysikaaliseksi hoidoksi kuten lämpö-, kylmä- ja sähköhoidot, harjoitusterapiaksi tai manuaaliseksi terapiaksi. Harjoitusterapian tavoitteena liikkeen kautta on ollut ylläpitää asiakkaan toiminnallisuutta ja vähentää liikkeiden rajoitteita. Manuaalinen terapia on laaja-alainen käsite ja kattaa pääasiassa käsin toteutettavan passiivisen terapian kuten nivelten mobilisaatio tai hieronta. Ojalan (2015, 26) mukaan Kolt (2004) toteaa, että kaikkien krooniseen kipuun liittyvien fysioterapian interventioiden tulisi sisältää joitakin psykologisia toimintamalleja. (Mts. 36-37.)

Fysioterapia pohjautuu useaan eri tieteenalaan ja sen toteuttamisessa hyödynnetään useita eri malleja. Käytössä olevat biopsykososiaalinen malli ja ICF ottavat huomioon asiakkaan kokonaisuutena huomioiden hänen fyysisten ominaisuuksiensa lisäksi psyykkiset ominaisuudet ja ympäristön. Fysioterapian tavoitteena on edistää asiakkaan osallisuutta yhteiskunnassa ylläpitämällä, kehittämällä ja palauttamalla terveyttä, fyysistä aktiivisuutta, liikkumiskykyä ja toimintakykyä koko elämän ajan. Fysioterapian palveluita tarjotaan laaja-alaisesti kaikilla hyvinvoinnin ja terveyden alueilla huomioiden asiakkaan fyysisten tekijöiden lisäksi psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. (Fysioterapia tieteenä n.d.)

Iso-Britannian kipuyhdistys on laatinut ohjeet fysioterapeutille kipuasiakkaan ohjaamiseen kipuryhmissä. Edellytys kipuasiakkaiden ohjaamiseen on laaja kokemus kuntoutuksesta sekä kyky ohjata asiakasta psykologisen mallin mukaisesti sekä sopeuttaa ohjaus sopimaan moniammatillisen tiimin toteuttamiin muihin osa-alueisiin. Kipukuntoutuksen tavoitteet ovat fyysinen harjoittelu ja toimintakyvyn ylläpito. Fysioterapian tavoitteena on muun muassa auttaa asiakasta kehittämään kehotietoisuutta, lisäämään käytöksen joustavuutta ja arvioida fysiologisia oireita. (Guidelines for Pain Management Programmes for adults 2013, 26-27.)

3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT) on yksi useasta käyttäytymisterapian ja kognitiivisen terapian pohjalta muodostuneista niin kutsutuista kolmannen aallon terapiamenetelmistä. Alussa käyttäytymisterapia perustui suunniteltuihin interventioihin, jotka kohdistuivat etukäteen määriteltyihin ongelmiin sekä niiden hoidon analyysiin ennalta valittujen psykologisten prosessien pohjalta. Niin kutsutun ensimmäisen aallon käyttäytymisterapian tavoitteena oli päästä pois epämiellyttävästä tilanteesta eikä niinkään pureutua pelon tai kivun taustatekijöihin. (Hayes 2004; Hayes ym. 2006, 1.)

Pian havaittiin, että ensimmäisessä vaiheessa käytettyjen klassisen ja operantin ehdollistamisen oppimisen periaatteet eivät olleet riittävät kuvaamaan ihmisen kognitiota eli oppimista (Hayes ym. 2006, 4). Toisessa aallossa terapia pohjautui kognitiiviseen psykologiaan, joka mahdollisti vapaamman teoreettisen lähestymisen (Hayes 2004). Kognitiivis-behavioraalinen terapia (*CBT cognitive behavioral therapy*) syntyi tilanteessa, jossa pelkkiin kognitiivisiin selityksiin ei voitu nojautua vaan klinikot alkoivat luoda omia malleja ja interventioita. Kognitiivis-behavioraalinen terapian tekniikat ovat melko hyvin validoituja, mutta yhteys kognitiivisen terapian ja kognitiivisen tieteen välillä on heikko. (Hayes ym. 2006, 3.)

Kolmas aalto syntyi, kun aikaisempia teorioita alettiin kyseenalaistamaan ja ne koettiin mekaanisiksi eikä niiden soveltaminen poikkeustapauksiin onnistunut (Hayes 2004). Uusia terapiamuotoja olivat muun muassa hyväksymis- ja omistautumisterapia, dialektinen käyttäytymisterapia (*DBT dialectical behaviour therapy*), mindfulness-pohjainen kognitiivinen terapia (*MBCT Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) ja meta-kognitiiviset lähestymistavat (Hayes ym. 2006, 4). Hayesin ja muiden (2006, 4) mukaan Teasdalen (2003) määrittelee uusien terapiamuotojen tavoitteeksi muuttaa tapahtumien merkitystä yksilölle ja yksilön suhtautumista niihin. Hyväksymis- ja omistautumisterapia keskittyy menneisyyden sijaan nykyisyyteen ja toimintaan (Lappalainen 2008, 515). Hyväksymis- ja omistautumisterapia jakautuu eri osa-alueisiin, joilla jokaisella on oma spesifi metodologia, harjoitukset ja metaforat (Hayes 2004).

Hyväksymis- ja omistautumisterapian lähtökohtana on ajatus, että yksilön ajattelua tai kokemuksia ei tule pyrkiä muuttamaan vaan keskittyä ajatusten ja kokemusten aiheuttamien tunteiden ja toiminnan vaikutusten muuttamiseen. Epämiellyttävät tunteet ja ajatukset nähdään osana elämää eikä niitä pidetä sairautena tai poikkeamina. Terapian tavoitteena tunnistaa miten voidaan hyväksyä asioita, joihin ei pystytä vaikuttamaan, ja miten voidaan muuttaa sellaisia asioita, joihin pystymme vaikuttamaan. (Lappalainen 2008, 510-511.)

3.1 Kielellisten sääntöjen vaikutus toimintaan

Hyväksymis- ja omistautumisterapia pohjautuu suhdekehysteoriaan (*RTF relational frame theory*), joka analysoi ihmisen kielen ja kognition yhteyttä (Hayes 2004). Suhdeviitekehys perustuu ihmisen kykyyn oppia yhdistämään tapahtumat mielivaltaisesti tiettyyn asiayhteyteen ja näin muodostaa niin kutsuttuja kielellisiä sääntöjä (Hayes 2004). Suhdeviitekehyksellä on kolme ominaisuutta, jotka ovat 1) ihmisen kognition on opittu käytös, 2) kognitio muuttaa toisten käyttäytymisprosessien vaikutuksia ja 3) kognitiivisia suhteita ja kognitiivisia toimintoja säädellään tilanteessa tilanteen erilaisten kontekstuaalisten toimintojen kautta (Hayes ym. 2006, 5). Hayesin (2004) mukaan suhdekehysteorian mukaan ihmisen kieli ja kognitio ovat molemmat riippuvaisia suhdeviiteistä, koska ollessamme puhuen vuorovaikutuksessa toisten kanssa, muodostamme ilmaisujen ja sanojen perusteella yhteyksiä eri asioiden välille. Lappalaisen (2008, 513) mukaan näitä yhteyksiä yksilön voi olla vaikea havaita ja ne voivat saada saman arvon kuin omat konkreettiset kokemukset, jolloin niitä voidaan alkaa pitää todellisina. Itse suhdekehysten syntyminen ei ole ongelma vaan tilanne, jolloin uskomme liikaa ja pidämme muodostettuja yhteyksiä virheellisesti todellisina (mts. 513).

Suhdeviitekehys koostuu kolmesta vaikutevastaavuudesta. Molemmin puolinen vaikutevastaavuus koskee kahta muuttujaa (A ja B) ja voidaan esittää esimerkiksi niin, että "Maija huomioi enemmän muita kuin minua" ($A \Leftrightarrow B$), joka muunnetaan yleistettävään muotoon "minua kohdellaan huonommin kuin muita" ($B \Leftrightarrow A$). Yhdistynyt vastaavuus ottaa mukaan useamman muuttujan (A, B ja C). Esimerkiksi niin, että "Maija on nopeampi kuin Pekka" ($A \Leftrightarrow B$) ja "Pekka on nopeampi kuin Tytti" ($B \Leftrightarrow C$), josta

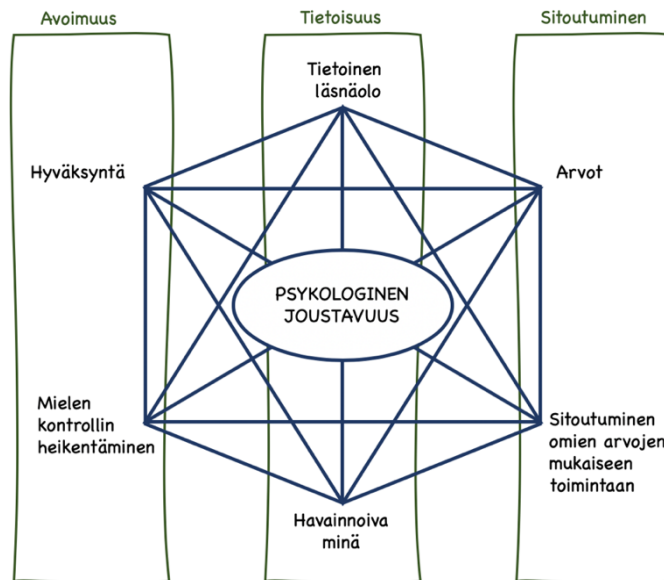
seuraa että ”Maija on nopeampi kuin Tytti ja Tytti on hitaampi kuin Maija” ($A \Leftrightarrow C$). Kolmas vaikutevastaavuus on vaikutteen merkityksen muuttuminen, joka esiintyy viimeisessä esimerkissä. (Lappalainen 2008, 512-513.)

3.2 Psykologinen joustavuus ja sen osa-alueet

Hyväksymis- ja omistautumisterapian tavoitteena on lisätä asiakkaan psykologista joustavuutta. Psykologinen joustavuus viittaa kykyyn ja halukkuuteen olla yhteydessä nykyhetken kokemisessa, vaikka tilanne olisi epämiellyttävä tai vaikea (Penlington ym. 2018, 27). Psykologista joustavuutta voidaan tavoitella kuuden osa-alueen (kuvio 2) avulla, joita ovat hyväksyntä (*acceptance*), mielenkontrollin heikentäminen (*cognitive defusion*), tietoinen läsnäolo (*being present*), havainnoiva minä (*self as a context*), arvot (*values*) ja sitoutuminen omien arvojen mukaiseen toimintaan (*committed action*) (Hayes ym. 2006, 7-8; Kauravaara 2019, 13). Hyväksymis- ja omistautumisterapian osa-alueet ovat päällekkäisiä ja toisiinsa liittyviä – jokainen niistä tukee toistaan ja kaikkien tavoitteena on psykologinen joustavuus (Hayes ym. 2006, 9). Psykologinen joustavuus voidaan määritellä nykyhetken kohtaamisena täysin tietoisena sekä käyttäytymisen muuttamisena ja muokkaamisena omien arvojen mukaisesti (mts. 9).

Hayes ja muut (2006, 7) ovat määritelleet kuusi tekijää, jotka estävät psykologista joustavuutta ja joiden pohjalta menetelmän eri osa-alueet on määritelty. Psykologinen joustamattomuus estää yksilöä elämästä arvojensa mukaista elämää. Psykologisen joustamattomuuden osa-alueet ovat: kokemusten välttely, mielen kontrolli, eläminen käsitteellisessä menneisyydessä ja tulevaisuuden pelko, riippuvuus käsitteellisestä minästä, omien arvojen selkeyden puute sekä inaktiivisuus ja välttely. (Mts. 6.)

Psykologisen joustavuuden osa-alueet on kuvattu tarkemmin seuraavassa. Jokaisen osa-alueen kuvauksen jälkeen on kerrottu yksi konkreettinen harjoitus. Harjoitukset on koottu ja muokattu eri lähteistä, joita on esitelty alan kirjallisuudessa.



Kuvio 2. Psykologinen joustavuus (Feliu-Soler, Montesinos, Gutiérrez-Martínez, Scott, McCracken & Luciano 2018; Kauravaara 2019).

Mielen kontrollin heikentäminen

Mielen kontrollin heikentämisen tavoitteena on oppia kyky erottamaan ajatukset ja kokemukset, joihin ne viittaavat (Feliu-Soler 2018, 2146). Pyrkimys on muuttaa tapaa, jolla suhtaudumme ajatuksiimme ja tunnistamaan luomiamme asiayhteyksiä ja niiden mahdollisia negatiivisia vaikutuksia (Hayes ym. 2006, 8).

Harjoitus: Anna mielellesi nimi

Mielen kontrollia voidaan pyrkiä heikentämään antamalla mielelle nimi ja näin erottamalla se minästä. Mieltä voidaan kutsua esimerkiksi etunimellä kuten Kaisa tai sukunimellä kuten Herra Lahtinen tai millä nimellä tahansa. Harjoituksen tavoitteena on kuunnella mieltä kuten kuuntelisi ystävän kertomusta, josta ollaan samaa tai eri mieltä tai johon ei oteta kantaa. Mielen kanssa voi pyrkiä myös vuorovaikutukseen ja kiittää sitä ajatuksista. (Hayes 2019b, 163-164.)

Havainnoiva minä

Havainnoiva minä tarkoittaa kykyä erottaa havaitut ajatukset ja tunteet havaittijasta eli itsestä (Feliu-Soler 2018, 2146). Itsensä erottaminen ajatuksista voidaan aloittaa harjoituksella, jossa paperille jatketaan lausetta, joka alkaa ”Minä olen”. Lauseella on tarkoitus jatkaa itseä kuvaavalla adjektiivilla, jonka jälkeen lähdetään pohtimaan, onko henkilö aina sellainen vai onko se esimerkiksi tuntemus vai ajatus, joksi ihminen itsensä tuntevat (Hayes 2019b, 179). Alla esimerkki metaforasta itsensä havainnoimista varten.

Harjoitus: Taivas ja pilvet – metafora

Kuvittele, että taivas on havainnoiva minäsi. Pilvet ja sää kuvaavat tunteitasi, ajatuksiasi ja kokemuksiasi. Taivas pysyy koko ajan muuttumattomana sään muuttumisesta ja pilvien liikkumisesta huolimatta. Myrskyn taustalla taivas pysyy aina samanlaisena. Joskus kuitenkin näemme vain pilvet ja myrskyn ja unohdamme taivaan niiden takana. Kuvittele, että nouset pilvien yläpuolelle ja näet taivaan, joka on kirkas ja rajaton. Havainnoiva minä on taivas pilvien yläpuolella ja sieltä voit turvallisesti havainnoida omia ajatuksia ja tunteita olivat ne millaisia tahansa. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 68.)

Hyväksyntä

Hyväksynnän tavoitteena on ei-haluttujen kokemusten, kuten kipu, ajatukset, tunteet ja muistot, välttelyn sijaan ohjata asiakas hyväksymään ne (Hayes ym. 2006, 7; Feliu-Soler, Montesinos, Gutiérrez-Martínez, Scott, McCracken & Luciano 2018, 2146). Lappalaisen (2008, 519) mukaan kokemusten välttelemisen odotettavissa oleva vaikutus on usein positiivinen, minkä vuoksi päädymme välttelemään epämiellyttäviä tilanteita. Kuitenkin pidemmällä aikavälillä tunteiden välttely ja pyrkimys olla ajattelematta tiettyjä ajatuksia, voi johtaa niiden esiin tuloon tietyn tunteen esiintyessä ja näin ollen kärsimys lisääntyy pitkällä aikavälillä. Edellytys hyväksynnän lisääntymiselle on välttelemisen vähentäminen. (Mts. 519-520.)

Harjoitus: Välittäminen

Ohjeista asiakasta seuraavasti: ”Valitse tunne tai kokemus, joka on sinulle vaikea hyväksyä ja aiheuttaa sinussa välttelyä. Kuvittele tunne tai kokemus seuraavan ohjeistuksen mukaisesti. Aikaa sinulla on yksi minuutti.” Voit valita jonkun seuraavista esimerkeistä tai keksiä asiakkaan tilanteeseen sopivan kuvauksen. Pitele tuntemustasi kuin pitäisit kukkaa kädessäsi. / Lohduta tuntemustasi kuten lohduttaisit itkevää lasta. / Kunnioita tuntemustasi kuten kunnioittaisit ystävääsi kuuntelemalla tarkasti, vaikka se olisi vaikeaa.” (Hayes 2019b, 203-204.)

Tietoinen läsnäolo

Tietoisien läsnäolon tavoitteena on, että asiakas ohjataan kokemaan maailma sellaisena kuin se on tässä hetkessä. Tämä lisää käyttäytymisen joustavuutta ja mahdollistaa toimimisen paremmin suhteessa omiin arvoihin. Tietoisuusharjoittelun tarkoituksena ei ole arvioida tai selittää kielteisiä asioita vaan tarkoituksena on kokea ne juuri sellaisina kuin ne ovat siinä hetkessä ja tunnustella miten ne vaikuttavat meissä itsessä. (Hayes ym. 2006, 9; Lappalainen 2008, 525.)

Harjoitus: Yksinkertainen meditaatio

Ohjeista asiakasta istumaan alas, pitämään selkä suorana, laittamaan silmät hiukan auki, siirtämään katseen alaviistoon ja säilyttämään katseessaan pehmeän tarkennuksen. Ohjeista itse meditaatio seuraavasti: ”Anna mielesi rentoutua hengityksesi mukana. Jos huomaat ajatuksesi siirtyvän muualle, vapauta ajatus ja palaa takaisin hengitykseen.” On suositeltavaa toteuttaa meditaatio päivittäin. (Hayes 2019b, 217.)

Arvot

Arvot ohjaavat toimintaa ja niiden avulla pyritään kuvaamaan mitkä asiat ovat yksilölle tärkeitä, mihin suuntaan yksilö haluaa elämässään mennä ja mitä voisi kuulua hänen osaltaan hyvään elämään. Asiakkaan kanssa käytävässä arvokeskustelussa tulisi tulla esiin miksi muutoksia pitäisi tehdä. Asiakasta tulee ohjata pohtimaan voiko toimia arvojen mukaisesti tunteiden vaihdellessa: Voisitko olla työtovereille ystävällinen, vaikka et tuntisi positiivisia tunteita heitä kohtaan? Olemalla psykologisesti joustava yksilön on mahdollista elää arvojensa mukaista elämää kaikissa elämän tilanteissa. Arvotyöskentelyä on hyvä lähteä pohjustamaan omien arvojen määrittelyllä ja pohtimalla onko nykyinen elämä omien arvojen mukaista. Liitteessä 1 on Arvojen mukaisen elämän – lomake. (Lappalainen 2008, 516-517; Hayes 2019a.)

Harjoitus: Arvojen kirjoittaminen - harjoite

Pyydä asiakasta täyttämään Arvojen mukaan elämisen – lomake (liite 1). Sen listauksen perusteella pyydä asiakasta kirjoittamaan paperille listalta yksi arvo, jota suuresti arvostaa. Anna asiakkaalle 10 minuuttia aikaa kyseisen arvon kanssa työskentelyyn ja kirjaamiseen. Asiakkaalle tulisi antaa avuksi seuraavat kysymykset: miksi kyseinen arvo on tärkeä, mitä haluat tehdä tällä osa-alueella, missä vaiheessa elämäni tämä arvo on ollut tärkeä, mitä olen nähnyt omassa elämässäni, kun muut ovat tavoitelleet arvoa, mitä voisin tehdä tuodakseni arvoa enemmän elämässäni esiin ja mitä on tapahtunut, jos en ole toiminut arvoni mukaisesti. Kirjoittamisen tavoitteena on keskittyä sellaisiin elämän osa-alueisiin, joita kyseinen asiakas haluaa elämässään pitää ja joilla on hänelle merkitystä. Tämän jälkeen käy yhdessä asiakkaan kanssa läpi mitä hän on kirjoittanut. (Hayes 2019b, 239-240.)

Sitoutuminen omien arvojen mukaiseen toimintaan

Sitoutuminen omien arvojen mukaiseen toimintaan on mahdollista arvojen määrittelyllä luodun pohjan avulla. Konkreettisia tavoitteita voidaan saavuttaa ja hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmät edellyttävät lähes aina sekä terapiatyötä että kotitehtäviä, joilla voidaan avustaa lyhyiden, keskipitkien ja pitkän ajan käytöksen muutoksen tavoitteiden saavuttamista. (Lappalainen 2008, 518; Hayes ym. 2006, 9.)

Harjoitus: Hyvinvoinninteko

Pyydä asiakasta miettimään vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Mikä on pienin teko, joka voi kuljettaa sinua kohti arvojesi mukaista elämää? Mitä konkreettista voit tehdä kotiin päästyäsi oman hyvinvointisi eteen? Millaisen kotitehtävän antaisit itsellesi? Tavoitteena on tunnistaa pienet teot, jotka ohjaavat asiakasta kohti arvojensa mukaista elämää ja auttavat havainnollistamaan pienten tekojen vaikutuksen tavoitteen saavuttamiseen. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 53.)

3.3 Hyväksymis- ja omistautumisterapia kroonisen kivun hoidossa

Hyväksymis- ja omistautumisterapia näkee kivun olevan elämässä normaalia ja väistämätöntä, mutta suhtautumistavasta riippuen siitä voidaan kärsiä enemmän tai vähemmän (Rovner & Skinta 2018, 37). Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ei oltu alun perin suunniteltu kroonisesta kivusta kärsiville henkilöille, mutta sitä on viime aikaisen tutkimusten mukaan sovellettu onnistuneesti kyseiselle kohderyhmälle. Veehof, Trompetter, Bohlmeijer ja Schreurs (2016) tutkivat meta-analyysissä 25 RTC-tutkimuksen avulla hyväksymis- ja omistautumisterapiaan ja mindfulnessiin perustuvien kroonisen kivun hoitojen vaikutusta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kroonisesta kivusta kärsivät asiakkaat hyötyvät kohtuullisen hyvin hyväksymis- ja omistautumisterapiaan ja mindfulnessiin perustuvista interventioista etenkin pitkällä aikavälillä. Tutkimuksen perusteella todettiin, että hyväksymis- ja omistautumisterapia esiintyi tehokkaimpana masennuksen ja ahdistuksen hoidossa kipuasiakkailta. Kuitenkin on huomattavaa, että hyväksymis- ja omistautumisterapia on yksi terapiamuoto eikä voida todeta paremmaksi kuin muut psykologiset terapiamuodot kuten esimerkiksi kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT) (Veehof ym. 2016, 23).

Hann ja McCracken (2014) tekivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jossa he tutkivat 10 RCT-tutkimuksen avulla hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikutuksia, laadukkuutta ja tehokkuutta kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailta. Valituissa tutkimuksissa oli mitattu vaikuttavuutta eri prosessien ja mittareiden avulla, joten tulokset eivät ole vertailukelpoisia keskenään. Kaikkien tutkimusten tuloksissa nousi kuitenkin eniten esille emotionaalisen ja fyysisen toiminnallisuuden lisääntyminen ja kivun väheneminen interventioiden seurauksena.

3.4 Hyväksymis- ja omistautumisterapian hyödyntäminen fysioterapiassa

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on hyödynnetty fysioterapiassa jonkun verran. Tässä kappaleessa esitellään sen hyödyntämistä fysioterapiassa sekä kroonisen kivun hoidossa että fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä. ACTivePhysio on Ruotsissa kehitetty hyväksymis- ja omistautumisterapiaa ja fysioterapiaa yhdistelevä malli kroonisen kivun hoitoon. ACTivePhysio toteutetaan ryhmämuotoisesti 6-9 hengen ryhmissä moniammatillisen tiimin johdolla. Tiimi koostuu ACTivePhysio-menetelmään perehtyneestä kipuun erikoistuneesta fysioterapeutista ja HOT-menetelmiin perehtyneestä psykologista tai psykoterapeutista. Lisäksi yhteistyötä tehdään menetelmään perehtyneen lääkärin kanssa. Ennen ryhmän alkua jokainen asiakas tavataan henkilökohtaisesti arvokeskustelun ja tavoitteiden asettamisen merkeissä. Ohjelmaa kutsutaan nimellä ACTiveRehab ja se koostuu muun muassa ACTiveBODY- (kehontietoisuus) ja ACTiveRelaxation- osuuksista. Mallin (kuten hyväksymis- ja omistautumisterapian) oletta on, että jokainen asiakas on paras asiantuntija kertomaan siitä, miten kipu vaikuttaa hänen elämäänsä ja millainen elämä olisi elämisen arvoista. Mallin tavoitteena on antaa asiakkaalle työkaluja, joiden avulla asiakas voi kirkastaa omat arvonsa ja keskittyä niiden mukaiseen toimintaan. Konkreettisten työkalujen lisäksi asiakas voi saada apua liikkumisen lisäämiseen sekä kykyä arvokkaan ja elinvoimaisen elämän elämiseen. (Rovner & Skinta 2018, 37, 40.)

Barker, Heelas ja Toye (2016) tutkivat Englannissa hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien kouluttamista kipuryhmää ohjaaville fysioterapeuteille. Tutkimuksessa selvitettiin, miten fysioterapeutit kokivat vuoden kestäväen valmennuksen hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiin. Tutkimukseen osallistui seitsemän fysioterapeuttia. Tutkittavilla oli kaikilla erikoistumisopintoja psykologisista terapeuteknikoista kuten kognitiivisbehavioraalista terapiasta, mindfulnessista ja motivoivasta haastattelusta. Fysioterapeutit käyttivät työssään kognitiivis-behavioraalilähtöistä toimintatapaa kroonisten kipuasiakkaiden kanssa. Koulutus sisälsi asiantuntijoiden koulutuksia, oppimispäiväkirjan kirjoittamista ja tiimitapaamisia. Tutkimusaineisto kerättiin henkilökohtaisista haastatteluista, oppimispäiväkirjoista ja tiimipala-

vereista. Aineistosta havaittiin neljä pääteemaa, jotka joko helpottavat tai vaikeuttavat hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien hyödyntämistä fysioterapiassa:

1. Kivun ymmärtäminen kokonaisvaltaisena ilmiönä kehon ja mielen erottamisen sijaan.
2. Tarve uudelleen rakentaa terapeutista hyväksyntää sekä asiakkaalle että itselle fysioterapeuttina. Käytännössä tarkoittaa sellaisen tilanteen hyväksymistä, jossa asiakkaan ongelmaan ei pyritä löytämään ratkaisua vaan keskitytään olemaan asiakkaan kanssa.
3. Arvopohjaiset tavoitteet auttavat luomaan syvemmän pohjan positiivisille muutoksille.
4. Hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä ei ole paljoa käytetty fysioterapiassa.

Fysioterapeutit kokivat haastavaksi hyväksymis- ja omistautumisterapian ajatuksen jättää tieteelliset selitykset kertomatta, jolloin kivusta ei kerrottu asiakkaille, terapeutin roolin muuttuminen korjaajasta läsnäolijaksi ja kuuntelijaksi sekä keskustelun arvopohjaisista tavoitteista, jolloin keskustelu ohjautui välillä hyvinkin henkilökohtaiseksi. Ristiriita hyväksymis- ja omistautumisterapian ja fysioterapian menetelmien välillä on suuri ja tutkittavat kokivat ristiriitaa, miten heidän tulisi jatkossa toimia, koska hyväksymis- ja omistautumisterapian ajatuksen mukaan asiakkaalla tulee olla valta itse päättää toiminnastaan. Fysioterapeutit ovat usein tottuneet ottamaan asiakastilanteissa aktiivisen roolin ja ohjaamaan asiakkaalle harjoituksia. (Barker ym. 2016, 22-26.)

Tom Young (2019) on krooniseen kipuun erikoistunut fysioterapeutti, joka on työskennellyt sekä Isossa-Britanniassa että Kanadassa. Parhailaan hän johtaa tutkimusryhmää, joka selvittää miten fysioterapeutteja voitaisiin kouluttaa käyttämään toiminnassaan enemmän hyödyksi psykologisia menetelmiä. Hän on hyödyntänyt hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmiä omassa työssään kipuasiakkaiden kanssa. Youngin mukaan fysioterapeuttien koulutuksen tavoitteena on erityisesti lisätä psykologista joustavuutta. Rovner ja Skinta (2018, 37) toteavat, että hyväksymis-

ja omistautumisterapian menetelmien käyttö edellyttää fysioterapeutilta omien arvojen ja tavoitteiden tunnistamista. Inhimillinen lähestymistapa mahdollistaa asiakkaan kohtaamisen, läsnäolon ja myötätunnon (mts. 37). Samanlaisen ohjeistuksen antaa myös Miranda ja muut (2018, 27), missä korostetaan ohjaajan roolia keskustelussa. Ryhmän keskustelua tulee ohjata voimavarakeskeiseksi sekä hienovaraisesti korostaa myönteisen ajattelun vaikutuksia terveyteen vahvistamalla ryhmän jäsenten kuulluksi ja hyväksytyksi tulemisen kokemista (mts. 27). Young (2019) suosittelee fysioterapeuteille psykologisten menetelmien, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapian, käyttämistä ja muistuttaa, että aina ihmisten kanssa työskennellessä olemme tekemisissä psykologisten ilmiöiden kanssa tavalla tai toisella. Tärkeää on oivaltaa fysioterapeutin rooli asiakkaan kuntoutuksessa ja hyödyntää moniammatillista tiimiä tarpeen mukaan.

Kroonisen kivun hoidon lisäksi hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on käytetty työvälineenä fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä. Kangasniemen (2015) RCT-tutkimuksessa perehdyttiin muun muassa hyväksymis- ja omistautumisterapiaan perustuvan fyysisestä aktiivisuudesta lisäävän intervention vaikuttavuuden tutkimiseen. Tutkimukseen osallistui 138 työikäistä suomalaisia liikuntasuosituksia vähemmän liikkuvia henkilöitä. Tutkimuksen verrokkiryhmä sai ainoastaan palautetta fyysisen aktiivisuuden tasosta, kun taas tutkimusryhmä sai palautetta kokonaisvaltaisesti ja osallistui kuuteen ryhmäterapiaan yhdeksän viikon aikana ja saivat käyttöönsä työkirjan omia huomioita varten. Ryhmäterapian tavoitteena oli muun muassa nostaa sisäistä motivaatiota omien arvojen kautta sekä tukea yksilöä päätöksen teossa. Tutkimuksen tuloksissa todetaan, että hyväksymis- ja omistautumisterapiasta on hyötyä yhdistettynä omatoimiseen aktiivisuuden seurantaan. Hyväksymis- ja omistautumisterapian avulla tuettiin pystyvyyttä, päästiin esteiden, kuten masennus tai ahdistus, yli, tuettiin realististen tavoitteiden asettelussa ja parannettiin yksilön liikuntaa kohtaan tunteita epämiellyttäviä tunteita. (Kangasniemi 2015, 30.)

4 Kipuryhmä

Ryhmämuotoinen terapia mahdollistaa kokemusten jakamisen ja muilta oppimisen sekä on kustannusvaikuttava tapa toteuttaa terapiaa (Guidelines for Pain Management Programmes for adults 2013, 8). Tässä kappaleessa perehdytään ryhmämuotoiseen terapiaan yleensä ja kipuryhmätoimintaan Suomessa.

4.1 Ryhmämuotoisen terapian hyödyt

Ryhmämuotoisella fysioterapialla on pitkät perinteet ja sitä on hyödynnetty terveydenhoidossa, kuntoutuksessa, terveyden edistämisessä ja sairauksien ennalta ehkäisyssä. Ryhmää ohjaavalta fysioterapeutilta ohjaaminen edellyttää terapeuttisten menetelmien tuntemisen lisäksi kykyä ohjata sekä yksilöä että ryhmää. (Skjaerven, Parker & Mattsson 2018, 94.) Skjaervenin ja muiden (2018, 93) mukaan Yalom (1995) määrittelee seitsemän yhteistä tekijää kaikille ryhmämuotoisille terapeuttisille lähestymistavoille:

1. Toivon rakentaminen: optimismin ja toivon jakaminen jäsenten kesken.
2. Universaalius: itsensä erilaisena tunteminen vähenee, kokemus ”kaikki samassa veneessä”.
3. Altruismi: yksilö usein kokee, ettei hänellä ole muille mitään annettavaa. Ryhmämuotoinen terapia mahdollistaa tuen, toivon ja uusien ajatusten antamisen muille.
4. Ihmistenvälinen oppiminen: uusien taitojen ja ajatusten oppiminen toisilta ja vuorovaikutuksen avulla.
5. Ryhmän kiinteys: edellytys kiinteydelle on jäsenten toistensa hyväksyminen, omien piirteiden tai ominaisuuksien tunnistaminen muissa ja mahdollisuus pyytää toiselta apua.
6. Eksistentiaaliset tekijät: olemassa oloon liittyvät tekijät eli itsensä suhteuttaminen ympäröivään maailmaan ja sen tapahtumiin.

7. Katarsis: havainto, että muilla on samanlaisia ongelmia kuin itsellä ja mahdollisuus jakaa tunteita. Ohjaajan rooli on toimia mallina, joten omien tunteiden käsittelytaito tärkeää.

Miranda ja muut (2018, 28) listaavat moderniin tutkimustietoon perustuvan vertaisryhmämuotoisen terapian hyödyiksi muun muassa tiedon, käytännön vinkkien, lohdun ja toivon jakamisen. Kipuun liittyvää huolta ja kärsimystä voidaan mahdollisesti saada vähennettyä. Pystyvyyden tunteen lisääminen kivusta huolimatta voidaan pyrkiä lisäämään ja auttaa kivun hyväksymisessä. (Mts. 28.)

4.2 Kipuryhmät Suomessa

Kipuasiakkaille suunnattua ryhmiä on esimerkiksi erikoissairaanhoidossa, yksittäisillä terveysasemilla ja kipupotilasyhdistyksen järjestäminä. Kootusti kipuvertaisryhmistä ei ole saatavissa juurikaan tietoja. Kipuryhmien lisäksi Suomessa toimii useita erilaisia vertaisryhmiä masennuksesta ja unettomuudesta kärsiville. Tässä kappaleessa esitellään muutamia kipuryhmätoteutuksia. (Miranda ym. 2018, 11; Elomaa 2018, 258.)

Miranda ja muut (2018) tutkivat pilottitutkimuksessa Helsingin kaupungin työterveyshuollossa kivunhallintaryhmän vaikutuksia muun muassa kivun tuntemukseen. Tutkimukseen osallistui 58 henkilöä ja osallistumisprosentti oli 80. Intervention toteuttivat kolme työterveyshoitajaa, lääkäri ja psykologi, jotka kaikki perehdytettiin menetelmään. Interventio perustui biopsykososiaaliseen viitekehykseen ja siinä hyödynnettiin kognitiivisen ja hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteiden lisäksi rentoutuksen ja tietoisien läsnäolon tekniikoita. Tapaamiskertoja oli seitsemän, jonka lisäksi jokaiselle osallistujalle tehtiin alku- ja loppukartoitus. Kyseisen tutkimuksen perusteella ei voida vetää yleistäviä johtopäätöksiä menetelmän toimivuudesta, mutta se antaa positiivisia viitteitä mahdollisista vaikutuksista kivun lievittymiseen ja kipualueiden vähenemiseen sekä viikoittaisen liikunnan lisääntymiseen ja kipulääkkeiden käytön vähenemiseen. (Miranda ym. 2018.)

Ruotsalaisen Gunilla Brattbergin kehittämä Kiputyöpajan toimintamalli on ollut Suomessa käytössä vuodesta 1999 lähtien. Ryhmä koostuu henkilöistä, jotka ovat hyväksyneet, ettei kipuongelman ratkaisu löydy lääketieteestä. Toimintamallin painopiste on siirretty kivusta puhumisen sijaan tulevaisuuteen, henkilökohtaiseen kasvuun ja kokemusten jakoon. Toteutustapana on keskustelut ja tehtävät, joissa käytetään apuna Brattbergin laatimaa Kipupotilaan työkalut – kirjaa. Ryhmän ohjaajana voi toimia terveydenhuollon ammattilainen tai menetelmään koulutettu vertaistukihenkilö. Ruotsissa ryhmä kokoontuu vuoden ajan kerran viikossa. Suomessa on testattu lyhyempiä jaksoja suppeammalla sisällöllä. (Estlander 2003, 202; Elomaa 2018, 258.)

Joillakin paikkakunnilla on kokeiltu psykologi Steve Lintonin kehittämää kognitiivis-behavioraaliseen viitekehykseen pohjautuvaa tuki- ja liikuntaelinoireiden kroonistumisen ehkäisyyn tähtäävää kuuden kerran ryhmäohjelmaa. Ohjelma on tarkoitettu toteutettavaksi moniammatillisen kuntoutuksen osana. Ohjelman tavoitteena on muun muassa ylläpitää tai parantaa elämänlaatua, vähentää kivun aiheuttamia rajoituksia ja ehkäistä kivun uusiutuminen. Osallistujille laaditaan yksilöllinen sisältö ja tavoitteet, mutta terapiaa toteutetaan ryhmässä. Ryhmää ohjaa kognitiivis-behavioraaliseen psykoterapiaan koulutautunut psykologi. (Elomaa 2018, 258; Estlander 2003, 203.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoisuutta hyväksymis- ja omistautumisterapian hyödyntämisestä fysioterapiassa. Työn tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää teoriapohjana ryhmämuotoisen fysioterapian toteutuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata miten fysioterapiassa on käytetty hyväksymis- ja omistautumisterapiaa kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailla ja millaisia tuloksia siitä on saatu.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Miten hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on fysioterapiassa käytetty kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailla?

- Millaisia tuloksia hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien käytöstä on saatu kipuasiakkailta?

6 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Tässä kirjallisuuskatsauksessa kuvataan mitä hyväksymis- ja omistautumisterapian osa-alueita on käytetty ja millaisia tuloksia niiden käytöstä on saatu kipuryhmien toteutuksessa.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka on yksi yleisimpiä kirjallisuuskatsauksen tyyppejä ja sitä voidaan kutsua yleiskatsaukseksi. Sen tavoitteena on kuvata aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta, sen syvyyttä, laajuutta ja määrää (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ei ole tarkkoja ja tiukkoja sääntöjä, mikä mahdollistaa ilmiön laaja-alaisen tarkastelun. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa useaan eri katsaustyyppiin. Tässä opinnäytetyössä käytetään tutkimusmenetelmänä narratiivista kirjallisuuskatsausta, koska se soveltuu erityisesti tilanteisiin, joissa ilmiötä halutaan kuvata mahdollisimman monipuolisesti aikaisemman tutkimustiedon perusteella. (Salminen 2011, 6-7.)

Niela-Vilénin ja Hamarin (2016, 23) mukaan kaikille kirjallisuuskatsauksille voidaan määritellä viisi vaihetta: 1) tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, 2) kirjallisuuden hakeminen ja aineiston valitseminen, 3) tutkimusten arvioiminen, 4) aineiston analysoiminen ja synteesi sekä 5) tuloksien raportoiminen. Tämän kirjallisuuskatsauksen laatimisessa on noudatettu yllä mainittuja vaiheita.

6.2 Aineiston hankinta ja valinta

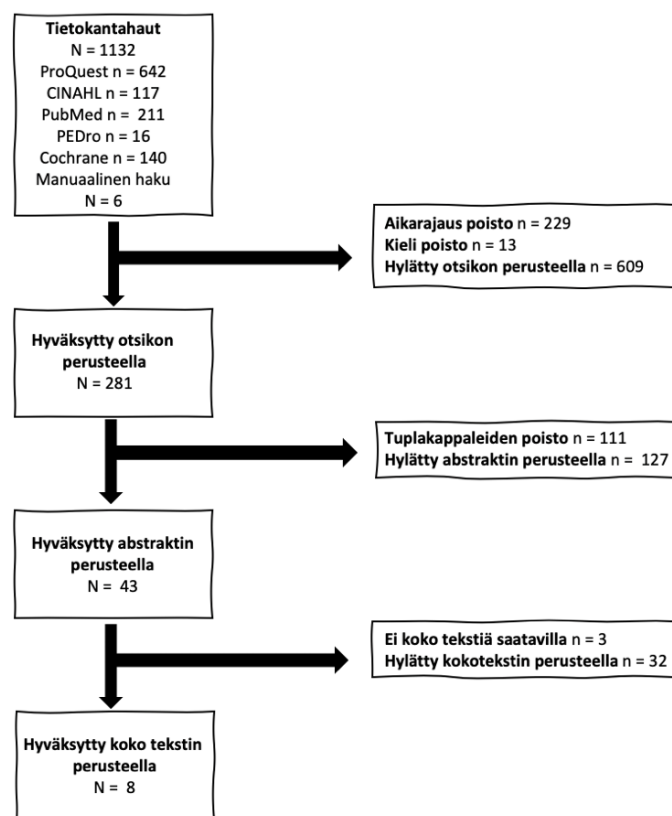
Tässä osiossa kuvataan kirjallisuuskatsauksen sisältämän aineiston hankinta ja valintaprosessi. Aineiston hakuun käytettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Jyväskylän yliopiston verkoissa saatavilla olevia tieteellisiä tietokantoja. Sähköisten tietokantojen käyttö on kustannustehokasta, mutta sitä kautta ei välttämättä löydetä kaikkia aineistoja, joten sen lisäksi manuaalinen tiedonhaku voi olla tarpeen (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25). Aineistohaku suoritettiin ensimmäisen kerran 21.2.2020 seuraavista tietokannoista: ProQuest Central, Cinahl (Plus with full text, EBSCO), PubMed (United States National Library of Medicine), PEDro (Physiotherapy Evidence Database) ja Cochrane Library (systemoidut katsaukset). Useiden tietokantojen käyttö mahdollistaa mahdollisimman kattavan tiedon saannin tutkittavasta aiheesta (Lehtiö & Johansson 2016, 42). Kyseiset tietokannat valikoituivat, koska ne ovat keskeisiä fysioterapian ja tutkittavan aiheen kannalta. Kyseiset tietokannat on esitelty taulukossa 1. Aineistohaun ja tietokantojen valinnan tukena käytettiin kirjaston informaation apua.

Taulukko 1. Tietokantojen esittely (Lehtiö & Johansson 2016, 43-47; Sosiaali- ja terveysala n.d.).

| Tietokanta | Selitys |
|---------------------|--|
| ProQuest Central | Monitieteellinen tietokanta, joka sisältää kansainvälisiä tutkimusartikkeleita. |
| EBSCO (Cinahl Plus) | EBSCO on kansainvälinen monitieteellinen tietokanta. CINAHL sisältää artikkeliviiteitä hoitotieteestä ja sen lähialoista. |
| PubMed (MEDLINE) | PubMed on Medlinen käyttöliittymä ja sisältää kansainvälisiä tutkimusartikkeleita. |
| PEDro | Fysioterapian viitetietokanta, joka sisältää näyttöön perustuvaa tietoa ja arvioita tutkimusmetodien laadusta. |
| Cochrane Library | Näyttöön perustuvaan tietoon perustuva tietokanta, jossa on mm. systemaattisia katsausartikkeleita rekisteri kontrolloiduista tutkimuksista. |

Ensimmäisen haun perusteella saatiin käsitys saatavilla olevien tutkimusartikkelien määrästä eri tietokannoissa. Tarkoista hakulausekkeista huolimatta hakujen tuloksena saadaan yleensä suuri määrä katsaukseen sopimattomia tutkimuksia (Niela-Vilén & Hamari 2016, 27). Tämä toteutui myös tämän kirjallisuuskatsauksen osalta ja ensimmäisessä haussa tuloksia saatiin lähes 900 tietuetta. Kirjallisuuskatsauksen varsinainen tietokantahaku toteutettiin taulukossa 1 mainittuihin tietokantoihin tarkennetuin hakulausekkein 5.3.2020, jolloin aineistohaku toteutettiin ja kirjattiin tietokannoittain tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Varsinaisessa haussa tutkimusartikkeleita löytyi 1132 kappaletta.

Aineiston systemaattinen valinta toteutui 6.-7.3.2020. Prosessin vaiheet ja eteneminen on esitelty yleisellä tasolla kuviossa 3. Liitteessä 2 on tarkasteltavissa aineistonvalinta tietokannoittain. Haettujen tutkimusartikkelien viitteet siirrettiin RefWorks-nimiseen selainpohjaiseen ohjelmaan käsiteltäväksi. RefWorks on viitteiden hallintaan ja prosessointiin soveltuva ohjelma. Jokaisen tietokannan tulokset käsiteltiin ensin yhtenä aineistona tutkimuksen ajankohdan, kielen ja otsikoinnin perusteella. Tämän jälkeen eri tietokantojen hakutuloksia vertailtiin keskenään Refworks-ohjelman



Kuvio 3. Aineiston hakuprosessi.

avulla ja tutkimusartikkelien tuplakappaleet poistettiin. Ohjelma tunnisti useamman kerran esiintyvät tutkimukset, jotka vielä tarkistettiin manuaalisesti ennen niiden poistamista. Tuplakappaleiden poistamisen jälkeen aineistoa tarkasteltiin abstraktitasolla ja lopuksi koko tekstin tasolla. Kolme tutkimusartikkelia ei ollut saatavilla. Manuaalinen haku suoritettiin 8.3.2020. Osa aineistosta oli saatavissa kokonaan ainoastaan Jyväskylän yliopiston Finna-palvelun kautta.

Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat listattuna taulukossa 2. Tyypillisin poissulkukriteeri oli, ettei tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen. Aineistohaussa käytettiin aikarajausta, joka määritteli tutkimuksen julkaisuajankohdan vuosien 2009-2020 välille, jotta tutkimustieto olisi mahdollisimman tuoretta.

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

| Sisäänottokriteerit | Poissulkukriteerit |
|---|--|
| Tutkimus vastaa vähintään yhteen tutkimuskysymykseen. | Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen. |
| Tutkimusartikkeli on saatavana kokonaisena. | Tutkimusartikkelista on saatavana vain abstrakti. |
| Tutkimus on suomen- tai englanninkielinen. | Tutkimus on muun kuin suomen- tai englanninkielinen. |
| Tutkimuksen interventiona käytetään ainakin osittain HOT:a. | Aineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen. |
| Tutkimus on julkaistu vuosien 2009-2020 välillä. | Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2009. |
| Kohderyhmä kärsii kroonisesta kivusta. | Kohderyhmällä on akuutti tai väliaikainen kipu. |
| Fysioterapeutti on osallistunut interventioon. | Fysioterapeutti ei ole osallistunut interventioon. |

Koko tekstin arviointia varten valitut tutkimukset tallennettiin Zotero – nimiseen ohjelmaan. Zoteroon saa tallennettua viitteen lisäksi koko tekstin pdf-muodossa, jolloin se on helposti saatavilla ohjelman kautta. Ensisijaisesti tutkimukset valittiin sen perusteella vastaavatko ne tutkimuskysymyksiin ja käsittelevätkö ne kroonista kipua ja hyväksymis- ja omistautumisterapiaa hoitomuotona. Kirjallisuuskatsaukseen haettiin

tutkimuksia, joissa interventio on toteutettu joko osittain tai kokonaan fysioterapeutin toimesta. Osassa tutkimuksista hyväksymis- ja omistautumisterapian osuuden on toteuttanut psykologi ja menetelmään perehtynyt fysioterapeutti on osallistunut interventiossa tavoitetta tukevan fyysisen harjoittelun ohjaukseen. Rajausta laajennettiin, jotta tutkimusaineistoa katsauksen tekemiseen saatiin riittävästi. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymysten rajaus mahdollisti aineiston tarkastelun useammasta näkökulmasta.

Aineiston haussa käytetyt hakusanat määriteltiin keskeisen kirjallisuuden perusteella. Hakusanojen synonyymejä haettiin Finton Mesh-sanastosta (Medical Subject Headings). Hakulausekkeita muokattiin hiukan eri tietokannoissa. ProQuest-tietokannasta haettiin taulukon 4 hakusanoista AND ja OR komennoin muodostetun hakulausekkeen (hakulauseke 1) perusteella tuloksia 642 kpl. EBSCO:n Cinahl – tietokannasta haku toteutettiin samalla hakulausekkeella ja tuloksia saatiin 6. Lisähaku toteutettiin laajennettuna hakulausekkeella ”acceptance and commitment therapy” AND ”chronic pain OR pain management” (hakulauseke 2), josta tuloksia saatiin 111 kpl.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen tietokantahaun hakusanat.

| HAKUSANA | KOMENTO |
|-----------------------------------|---------|
| acceptance and commitment therapy | |
| | AND |
| physiotherapy | |
| physical therapy | |
| physiotherapist | OR |
| physical therapist | |
| exercise therapy | |
| physical exercise | |
| | AND |
| chronic pain | OR |
| pain management | |

PubMedin haussa hyödynnettiin Mesh-sanastoa, jolloin ensimmäinen hakulauseke Mesh-hakulausekkeella tuotti 15 tulosta. Toinen hakulauseke tuotti 196 viitettä. PEDro-viitetietokannassa haku suoritettiin hakusanoin ”acceptance and commitment therapy” AND ”chronic pain”, joka tuotti 15 hakutulosta. Cochrane Library – haussa saatiin ensimmäisellä hakulausekkeella 21 viitettä ja toisella 119. Manuaalisia hakuja

toteutettiin BioMed Central – tietokantaan, alan lehtiin sekä valittujen tutkimusten lähdetietoihin, mutta manuaalisesti mukaan ei valikoitunut yhtään tutkimusta.

Lisäksi haluttiin vielä erikseen varmistaa, onko hyväksymis- ja omistautumisterapiaa hyödynnetty fysioterapiassa etäkuntoutuksessa ja haku toteutettiin tietokannoista vielä hakulausekkeella acceptance and commitment therapy AND ("physiotherapy" OR "physical therapy" OR "physiotherapist" OR "physical therapist" OR "exercise therapy" OR "physical exercise") AND ("internet-delivered" OR "internet-based" OR online OR "web-based") AND ("chronic pain" OR "pain management"). Hakulausekkeen fysioterapiaa kuvaavat hakusanat kohdistettiin abstraktiin. Tästä hausta ei saatu tietokannoista tutkimuksia, jotka olisivat vastanneet tutkimuskysymykseen.

7 Hyväksymis- ja omistautumisterapia tutkimuskirjallisuudessa

7.1 Aineiston esittely

Aineiston esittelyn tavoitteena on lisätä tutkimuksen luotettavuutta ja sitä ohjaa kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset ja tavoite (Kangasniemi & Pölkki 2016, 83). Tässä kappaleessa esitellään kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto. Tutkimukset on koottu yhteen taulukkoon 5. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset on julkaistu vuosien 2012-2019 välillä. Tutkimusten otoskoko vaihteli 40 ja 248 henkilön välillä. Yksi tutkimuksista on toteutettu Irlannissa, viisi Isossa-Britanniassa, yksi Yhdysvalloissa ja yksi Australiassa. Käytettyjä tutkimusmenetelmiä olivat interventiotutkimus (Casey ym. 2019; Craner ym. 2019; Whitney ym. 2017; Baranoff ym. 2016 ja McCracken & Jones 2012), kaksi laadullista analyysiä (Vowles ym. 2019 ja Thompson ym. 2018) ja RCT-tutkimus (Godfrey ym. 2019). Interventioista kuusi toteutettiin ryhmämuotoisesti (Casey ym. 2019; Vowles ym. 2019; Thompson ym. 2018; Whitney ym. 2017; Baranoff ym. 2016 ja McCracken & Jones 2012) ja kaksi yksilöterapiana (Craner ym. 2019 ja Godfrey ym. 2019).

Intervention kesto oli lyhyimmillään kaksi viikkoa (Whitney ym. 2017) ja pisimmillään kymmenen viikkoa (Craner ym. 2019). Whitney ym. (2017) interventiossa oli kaksi ryhmää, joissa toinen ryhmä toteutui kahdessa viikossa ja toinen neljässä. McCracken ja Jones (2012) määrittelivät intervention keston osallistujan tarpeen mukaisesti joko kolmeen tai neljään viikkoon. Terapia toteutui vähimmillään kerran viikossa 60 minuutin kestoisena kahtena viikkona ja yhtenä 20 minuutin puheluna kuukausi aikaisempien tapaamisten jälkeen, jolloin terapiaa toteutettiin yhteensä 140 minuutin ajan (Godfrey ym. 2019). Tuntimäärältään eniten terapiaa toteutettiin McCrackenin ja Jonesin (2012) tutkimuksessa, jossa terapiaa oli koko jakson aikana noin 97,5-130 tuntia riippuen interventiojakson kestosta. Casey ja muut (2019) sekä Whitney ja muut (2017) toteuttivat terapian koko päivän pituisena. Yhdessä tutkimuksessa (Godfrey ym. 2019) asiakkaan terapian toteutti ainoastaan fysioterapeutti. Lopuissa tutkimuksista ohjauksen toteutti moniammatillinen tiimi, jossa oli mukana myös fysioterapeutti.

Vowlesin ja muiden (2019) sekä Thompsonin ja muiden (2018) tutkimus kohdistui samalla formaatilla toteutettuun interventioon. Vowles ja muut (2019) tutkivat arvo-pohjaisen muutoksen kehitystä ja Thompson ja muut (2018) tutkivat laadullisella analyysillä intervention vaikutuksia asiakkaaseen. Viidessä tutkimuksessa (Casey ym. 2019; Craner ym. 2019; Whitney ym. 2017; Baranoff ym. 2016; McCracken & Jones 2012) mitattiin eri mittareilla intervention vaikuttavuutta valittuun kohderyhmään. Godfrey ja muut (2019) tutkivat hyväksymis- ja omistautumisterapian ja tavanomaisen fysioterapian vaikutusten eroja. Whitney ja muut (2017) sekä McCracken ja Jones (2012) kohdistivat tutkimuksen ikääntyneisiin asiakkaisiin, kun taas muissa tutkimuksissa kohderyhmä oli rajattu koskemaan minkä tahansa ikäisiä aikuisia.

Taulukko 4. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

| Tutkijat | Julkaisu- vuosi | Tutkimusartikkelin otsikko | Tutkimus- menetelmä | N = Tutki- musryhmä / keskeyt- täneet | Intervention kesto | Tutkittu | Intervention toteutus |
|---|----------------------------|---|--------------------------|--|--|--|---|
| Casey, M-B., Cotter, N., Kelly, C., Mc Elchar, L., Dunne, C., Neary, R., Lowry, D., Hearty, C. & Doody, C. | 2019 Irlanti | Exercise and Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Case Series with One Year Follow Up | Interventio- tutkimus | 73 / 6 | 8 vko 1 päivä/vko koko päivä Kesto 64h | HOT:an perustuvan monitie- teellisen kivunhallintaryh- män vaikutus hyväksyntään ja vaikuttavuus lyhyellä ja pitkällä aikavälillä | Ryhmämuotoisesti, HOT psykologin joh- dolla, fysioterapia ja elintapaohjaus. |
| Craner, J. R., Lake, E. S., Ban- croft, K. A. & George, L. L. | 2019 USA | Treatment Outcomes and Mechanisms for an ACT-Based 10-Week Interdisciplinary Chronic Pain Rehabilitation Pro- gram | Interventio- tutkimus | 208 / 71 | 10 vko 2-3 päivä/vko 2-4h/krt Kesto n 40-100h | Monitieteellisen HOT:an pe- rustuvan hoitomallin vaiku- tusten ja hoidon tulosten ar- viointi sekä psykologisten prosessien muuttujien ver- tailu. | Yksilöterapiaa, joka si- sälsi fysioterapiaa, toi- mintaterapiaa, lääkäri- käyntejä ja kipupsyko- login tapaamisia. |
| Vowles, K., Sowden, G., Hickman, J. & Ashworth, J. | 2019 Iso-Bri- tannia | An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdis- ciplinary Acceptance and Com- mitment Therapy for adults with chronic pain | Laadullinen analyysi | 272 / 30 | 4 vko 2 päivä/vko 5,5 h/krt Kesto 44h | Arvopohjaisen toiminnan muutoksen kehitystä moni- tieteellisen HOT-pohjaisessa ohjelmassa ja sen suhdetta intervention tuloksiin 3kk follow-upissa. | Suurin osa toteutuk- sesta ryhmämuotoi- sesti, mutta viikoittain yksilötapaamiset. |

Taulukko jatkuu sivulla 30

Taulukko jatkuu sivulta 29

| Tutkijat | Julkaisu- vuosi | Tutkimusartikkelin otsikko | Tutkimus- menetelmä | N = Tutki- musryhmä / keskeyt- täneet | Intervention kesto | Tutkittu | Intervention toteutus |
|---|----------------------------|---|--------------------------|---|---|---|---|
| Godfrey, E., Wileman, V., Holmes, M., McCracken, L., Norton, S., Moss-Morris, R., Noonan, S., Bar- cellona, M. & Crithley, D. | 2019 Iso-Bri- tannia | Physical Therapy Informed by Acceptance and Commitment Therapy (PACT) Versus Usual Care Physical Therapy for Adults with Chronic Back Pain: A Ran- domized Controlled Trial | RCT- tutkimus | Tutkimus- / verrokki- ryhmä 124 / 124 Keskeyttä- neet 16 / 13 | 6 vko 2 x 60min ja 1 x 20min Kesto 2h 20min | Vertailla fysioterapeutin an- tamaan HOT:a tavanomai- seen fysioterapiaan. | Yksilöllinen terapia fy- sioterapeutin johdolla kaksi tapaamiskertaa ja kuukauden päästä fol- low-up soitto. |
| Thompson, M., Vowles, K., Sowden, G., Ashworth, J. & Levell, J. | 2018 Iso-Bri- tannia | A qualitative analysis of patient- identified adaptive behavior changes following interdiscipli- nary Acceptance and Commit- ment Therapy for chronic pain | Laadullinen analyysi | 104 / 0 | 4 vko 2 päivä/vko 5,5h/krt Kesto 44h | Asiakkaan näkökulmasta HOT:n vaikutus käytöksen muutokseen. | Ryhmämuotoisesti. Fy- sioterapia, psykologia, mindfulness, arvot ja tavoitteet sekä elä- mäntapojen ohjaus. |
| Whitney, S., Daly, A., Lin, Y. & McCracken, L. | 2017 Iso-Bri- tannia | Treatment of Chronic Pain for Adults 65 and Over: Analyses of Outcomes and Changes in Psy- chological Flexibility Following Interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy (ACT) | Interventio- tutkimus | 64 / 4 | 2/4 vko 4 päivä/vko koko päivä Kesto 64-128h | HOT:n vaikuttavuuden arvi- ointi ikääntyneillä krooni- sesta kivusta kärsivillä aikui- silla sekä assosiaatiota psy- kologisen joustavuuden muutoksissa ja hoidon tulos- ten muuttujissa. | Ryhmäterapia, jonka ohjaajina psykologeja, toiminta- ja fysiotera- peutteja, sairaanhoita- jia ja lääkäreitä. |

Taulukko jatkuu sivulla 31.

Taulukko jatkuu sivulta 30.

| Tutkijat | Julkaisu- vuosi | Tutkimusartikkelin otsikko | Tutkimus- menetelmä | N = Tutki- musryhmä / keskeyt- täneet | Intervention kesto | Tutkittu | Intervention toteutus |
|--|----------------------------|--|--------------------------|--|--|---|--|
| Baranoff, J., Hanrahan, S., Burke, A. & Connor J. | 2016 Australia | Changes in Acceptance in a Low-Intensity, Group-Based Ac- ceptance and Commitment Therapy (ACT) Chronic Pain In- tervention | Interventio- tutkimus | 71 / 0 | 9 vko 1 krt/vko 2 h/krt Kesto 18h | Matalan intensiteetin HOT:n ryhmäohjeman vaikuttavuus- den arviointi ja vertailu ai- kaisempiin tutkimuksiin kroonisesta kivusta kärsi- ville. | Ryhmäterapia, jonka fasilitaattoreina toimi psykologi ja fysioterapa- peutti. |
| McCracken, L. & Jones, R. | 2012 Iso-Bri- tannia | Treatment for Chronic Pain for Adults in the Seventh and Eight Decades of Life: A Preliminary Study of Acceptance and Com- mitment Therapy (ACT) | Interventio- tutkimus | 40 / 18 | 3/4 vko 5 pvä/vko 6,5h /krt Kesto 97,5-130h | HOT:an osallistuneiden ikäntyneiden kroonisten ki- puasiakkaiden tulosten seu- ranta. | Ryhmäterapia, joka si- sälsi psykologiaa, fy- sioterapiaa, toiminta- terapiaa, sairaanhoitoa ja lääketieteellistä hoi- toa. |

7.2 Tutkimusartikkelien laadunarviointi

Kaikkien kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laadunarviointi on tarkasteltavissa liitteessä 3. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkelien laadunarvioinnin tavoitteena on selvittää tutkimusten toteutuksen hyvälaatuisuutta ja sen perusteella vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Laadunarviointiin on olemassa useita erilaisia kriteeristöjä, joista tulisi valita alkuperäistutkimuksen tutkimusmenetelmälle soveltuva kriteeristö. Laadunarviointi tulisi toteuttaa kahden tutkijan toimesta, mutta tässä opinnäytetyössä on yksi tutkija, joten tämä ei toteutunut. (Siltanen, Heikkilä, Parisod, Tuomikoski, Tuomisto & Holopainen 2019, 12.)

Godfrey ja muiden (2019) on RCT-tutkimus, jonka laadunarviointiin käytettiin van Tulderin RCT-tutkimuksen laadunarviointiin määrittelemää mittaristoa. Tutkimus sai pisteitä 16/22. Tutkimukseen valittu menetelmä oli pätevä ja osallistujien jakaminen ryhmiin salattiin. Intervention osallistujat ja toteuttajat tiesivät kummassa ryhmässä olivat, koska menetelmän toteuttaminen edellytti siitä tietoa. Tutkimusryhmässä ja vertailuryhmässä osa osallistujista toteutti toisen ryhmän ohjelmaa ja osa valituista ei osallistunut kumpaankaan. Keskeyttäneiden (n = 29) osalta ei ollut selvyttä miksi olivat keskeyttäneet. Seurantamittauksissa keskeyttäneet eivät palauttaneet kysymyslomakkeita, joten sen vuoksi tietoa heidän kehityksestensä ei ollut saatavissa.

Vowlesin ja muiden (2019) sekä Thompsonin ja muiden (2018) tutkimusten arviointiin käytettiin laadullisen tutkimuksen menetelmään soveltuvaa CASP-tarkistuslistaa. Näistä ensimmäinen tutkimus sai 15/20 pistettä ja jälkimmäinen 16/20 pistettä. Molempien tutkimusten tutkimuskysymykset oli määritelty selkeästi. Valittu menetelmä ja tutkimuksien toteutus olivat sopivat. Thompsonin ja muiden (2018) tutkimuksessa keskustelua ohjanneen psykologin ja tulokset käsitelleen tutkijatiimin vaikutus tuloksiin on mahdollinen, koska psykologi pystyi ohjaamaan keskustelua ja tutkijatiimi vaikutti teemoitteluun eikä sitä toistettu toisella tutkijatiimillä. Tutkimusten analyysit olivat tarkat. Tulosten esittely oli selkeää Thompsonin ja muiden (2018) tutkimuksessa, mutta Vowlesin ja muiden (2019) tulosten esittäminen olisi voinut olla selke-

ämpi. Vowlesin ja muiden (2019) tutkimuksen osallistujia ei valittu vaan siihen otettiin kaikki tarkastellusta interventtiosta eikä seurantamittauslomakkeen palauttamatta jättäneistä (n = 80) saatu mittaustuloksia.

Loput viisi tutkimuksista (Casey ym. 2019; Craner ym. 2019; Whitney ym. 2017; Baranoff ym. 2016 ja McCracken & Jones 2012) olivat interventiotutkimuksia ja niitä tarkastelin Cochranen ROBINS-I -työkalun avulla, joka on suunniteltu erityisesti interventiotutkimusten laadunarviointiin. Tarkasteltavat harhojen teemat olivat osallistujien valinta, intervention luokittelu, suunnitelman poikkeavuudet, puuttuvat tulokset, tulosten mittaus ja raportoitu tulos. Osallistujien valinnassa vakava harhan riski oli McCrackenin ja Jonesin (2012) tutkimuksessa, jossa osallistujien valinta kohdistui yhteen hoitolaitokseen, jossa kohderyhmän ikäisiä henkilöitä oli prosentuaalisesti vähän paikalla. Intervention luokittelu ja tutkimusmenetelmän valinnassa oli kaikissa tutkimuksissa matalan harhan riski. Intervention suunnitelman poikkeavuuksiin ei otettu kantaa kolmessa tutkimuksessa (Casey ym. 2019; Craner ym. 2019 ja Baranoff ym. 2016).

Interventiotutkimuksissa puuttuvien tulosten osalta harhan riski oli keskimääräinen pois lukien McCrackenin ja Jonesin (2012) tutkimuksen, jossa seurantamittauksen osallistujamäärä oli hyvin pieni (n = 22). Tämä johtui todennäköisesti siitä, että seurantamittaukselle määrättiin tietty aika ja paikka eikä kaikilla osallistujilla ollut mahdollista päästä paikalle. Tulosten mittauksen osalta harhan riski oli keskimääräinen pois lukien Cranerin ja muiden (2019) tutkimus, jonka osalta ei tietoja ollut saatavilla. Raportoitujen tulosten osalta harhan riski oli keskinkertainen. Huomattavaa kuitenkin on, että kaikkien viiden tutkimuksen haasteena oli tutkijoiden mukaan pieni otoskoko (n = 22-137), joka rajoitti tulosten yleistettävyyttä. Cranerin ja muiden (2019) tutkimuksessa toteutettiin mittaukset ainoastaan ennen ja jälkeen intervention ja muissa tutkimuksissa käytettiin seurantamittauksia 3-12 kuukauden päästä interventtiosta. Näissä viidessä tutkimuksessa ei käytetty vertailuryhmää, joten on haastavaa todeta pelkän hyväksymis- ja omistautumisterapian vaikuttavuus mittauksiin.

8 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

8.1 Hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttö

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten toteutus ja fysioterapeutin rooli on esitetty liitteessä 3. Tiedot kuvataan tässä kappaleessa tekstimuodossa. Tämä kappale vastaa tutkimuskysymykseen: Miten hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on fysioterapiassa käytetty kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailla?

Kuusi tutkimusta (Casey ym. 2019; Vowles ym. 2019; Thompson ym. 2018; Whitney ym. 2017; Baranoff ym. 2016; McCracken & Jones 2012) sisällyttivät ohjelman toteutukseen 30-60 minuuttia elämäntapaohjausta ja kipukoulutusta. Casey'n ja muiden (2019) tutkimuksessa harjoituskertojen sisältö oli eritelty ja ne sisälsivät esimerkiksi tietoiskuja ja keskustelua kivun ymmärtämisestä, lääkkeiden käytön hallinnasta, nukkumisesta ja stressin hallinnasta. Osassa tutkimuksista (Casey ym. 2019; Vowles ym. 2019; Thompson ym. 2018 ja McCracken & Jones 2012) mainittiin erikseen fysioterapian tai fyysisen harjoittelukerran kesto, joka vaihteli yhden ja kahden tunnin välillä. Casey'n ja muiden (2019) interventiossa fysioterapia sisälsi vesi- ja kuntosaliharjoittelua. Vowles ja muut (2019) kertovat fysioterapian sisällön keskittyneen sellaisiin harjoituksiin ja aktiviteetteihin, jotka harjoittivat arvopohjaisia toimintoja.

Kaikki interventiot sisälsivät mindfulness- ja arvojen tunnistamisen -harjoitteita. Mielenkontrollin heikentämiseen ja arvojen mukaiseen toimintaan sitoutumiseen oli mainintoja viidessä tutkimuksessa (Casey ym. 2019; Vowles ym. 2019; Whitney ym. 2017; Baranoff ym. 2016 ja McCracken & Jones 2012). Kivun hyväksymisen harjoitteet mainittiin erikseen neljässä tutkimuksessa (Casey ym. 2019; Craner ym. 2019; Whitney ym. 2017 ja McCracken & Jones 2012). Casey ja muut (2019) sekä Godfrey ja muut (2019) harjoittivat myös keskipisteen siirtämistä kivun vähentämisestä toiminnan lisäämiseen. Casey ja muut (2019) sekä Craner ja muut (2019) käsitelivät myös esteiden kohtaamista ja niihin suhtautumista. Tavoitteiden asettamista käsiteltiin kahdessa tutkimuksessa (Vowles ym. 2019 ja Godfrey ym. 2019). Osa-alueita minä

havainnoijana harjoiteltiin kahdessa tutkimuksessa (Baranoff ym. 2016 ja McCracken & Jones 2012).

Godfrey ja muiden (2019) tutkimuksen intervention toteutti kahdeksan kokenutta fysioterapeuttia, jotka koulutettiin menetelmään ja jotka saivat kuukausittain ohjausta menetelmien käyttöön. Intervention toteuttaneet fysioterapeutit saivat myös etukäteismateriaalin toteutusta varten. Interventio oli lyhyt ja sen sisältöä ohjasi hyväksymis- ja omistautumisterapian periaatteet. Interventio sisälsi psykologisen joustavuuden taitojen kehittämisen lisäksi fyysistä harjoittelua ja manuaalista terapiaa. Tunnin tapaamiset toteutettiin yksilöterapiana paikan päällä ja viimeinen 20 minuutin yhteydenotto puhelimitse. Craner ja muut (2019) toteuttivat intervention myös yksilöterapiana. Fysioterapeutin roolia ei kyseisessä tutkimusartikkelissa erikseen mainittu, mutta interventio sisälsi fysioterapian lisäksi toimintaterapiaa sekä tapaamisia lääkärin ja kipupsykologin kanssa.

Ryhmämuotoisesti toteutetuissa interventioissa fysioterapeutti osallistui kaikissa fysioterapian ohjaamiseen. Lisäksi kolmessa tutkimuksessa (Casey ym. 2019; Whitney ym. 2017 ja McCracken & Jones 2012) mainitaan fysioterapeutin osallistuneen soveltuvin osin elämäntapa- ja kipukoulutuksiin. Baranoffin ja muiden (2016) intervention toteuttivat psykologi ja fysioterapeutti yhdessä.

8.2 Menetelmän vaikuttavuus

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tulokset ja johtopäätökset on esitetty liitteessä 4. Tiedot kuvataan tässä kappaleessa tekstimuodossa. Tämä kappale vastaa tutkimuskysymykseen: Millaisia tuloksia hyväksymis- ja omistautumisterapian menetelmien käytöstä on saatu kipuasiakkailta?

Thompsonin ja muiden (2018) tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kipuryhmään osallistuvien havaintoja oman käytöksen muutoksesta intervention aikana. Aineistonkeräys toteutettiin viimeisellä kerralla ryhmämuotoisena työpajana, jonka tavoitteena oli kerätä osallistujille ”Selviytymisopas” intervention päättymisen jälkeiselle ajalle. Psykologin johdolla jokaisessa ryhmässä kirjattiin taululle ylös konkreettisia

muutoksia käyttäytymisessä. Tutkimusaineiston perusteella määriteltiin kolme pääteemaa, jotka olivat vuorovaikutus itsensä kanssa, aktiivisuus ja vuorovaikutus muiden kanssa. Vuorovaikutus itsensä kanssa sisälsi omiin ajatuksiin ja tunteisiin, arvojen valintaan ja niistä tietoisuuteen sekä suhteesta kipuun liittyviä taitoja. Näistä ensimmäiseen yksilöitiin joustavuuden, tietoisuuden ja riskien ottamisen taidot. Aktiivisuus sisälsi taitoja liittyen omaan asennoitumiseen niitä kohtaan sekä erilaisiin aktiviteetteihin osallistuminen. Asennoituminen aktiviteetteihin jaettiin vielä joustavasti tekemiseen, epäonnistumisten kanssa tekemiseen sekä suunnitelmien tekemiseen. Vuorovaikutus muiden kanssa jakautui kahteen alateemaan, jotka olivat suhde muihin ja vuorovaikutus muiden kanssa. Näiden teemojen alaisia konkreettisia taitoja olivat sosiaalisuus, itseen keskittyminen ja avun pyytäminen. Eniten mainintoja saivat taidot joustavasti toimiminen, joustavuus sekä arvojen valinta ja tietoisuus.

Kaikissa interventioissa (pl. Thompson ym. 2018) mittaukset toteutettiin vähintään ennen interventiota ja sen jälkeen. Vowlesin ja muiden (2019) sekä Godfreyin ja muiden (2019) tutkimuksissa kerättiin seuranta kolmen kuukauden päästä interventiosta. Yhdeksän kuukauden seuranta-aikaa käytettiin Whitneyin ja muiden (2017) tutkimuksessa. Caseyin ja muiden (2019) sekä Godfreyin ja muiden (2019) tutkimuksissa seuranta kerättiin 12 kuukauden päästä interventiosta. Thompsonin ja muiden (2018) tutkimuksessa analysoitu aineisto kerättiin viimeisellä tapaamiskerralla psykologin johtamassa keskustelussa, jonka tavoitteena oli koota osallistujille ”Eloonjäämisopas”. Oppaassa oli koottuna osallistujien havaitsemia muutoksia omassa käytössä intervention aikana.

Interventioissa käytettiin suuri määrä erilaisia mittareita interventioiden vaikutusten mittaamiseen. Kaikki käytetyt mittarit ja niiden tulokset ovat listattuna liitteessä 4. Koska käytettyjä mittareita oli suuri määrä, kokoon tässä tekstissä yleisempien mittareiden osalta tulokset. Kuudessa tutkimuksessa (Casey ym. 2019; Craner ym. 2019; Godfrey ym. 2019; Whitney ym. 2017; Baranoff ym. 2016 ja McCracken & Jones 2012) oli käytetty kroonisen kivun hyväksymisen mittarina (*CPAQ Chronic Pain Acceptance Questionnaire*). CPAQ on 20-kohtainen mittari, joka kertoo asiakkaan halukkuudesta kokea kipua ja pitää yllä elämän aktiivisuutta kivusta huolimatta. Arviointi-

asteikko on 0-6, jossa suurempi yhteistulos kertoo suuremmasta kivun hyväksymisestä. (Craner ym. 2019, 48.) Kaikissa CPAQ-mittaria käyttäneissä tutkimuksissa kivun hyväksyminen kasvoi intervention jälkeen toteutetuissa mittauksissa. Whitney ja muiden (2017) sekä McCrackenin ja Jonesin (2012) tutkimuksissa pidemmän aikavälin seurannassa arvo hiukan laski, mutta ei merkittävästi. Eniten kehitystä tapahtui McCrackenin ja Jonesin (2012) tutkimuksessa, jossa nousua oli noin 44 %. Suurta nousua selitettiin tutkimuksessa sen kohderyhmällä, joka oli erikoissairaanhoidon asiakkaat ja jotka osallistuivat intensiiviseen toteutukseen. Prosentuaalisesti kehitystä tapahtui Godfrey ja muiden (2019) sekä Whitney ja muiden (2017) tutkimuksissa, jossa kivun hyväksyminen nousi ensimmäisessä 8 % ja jälkimmäisessä 11 %.

Toiseksi yleisin käytetty mittari oli kivun arviointi asteikolla 1-10, jota mitattiin viidessä tutkimuksessa (Craner ym. 2019; Vowles ym. 2019; Godfrey ym. 2019; Whitney ym. 2017 ja McCracken & Jones 2012). Kivun voimakkuuden lähtötasot olivat korkeimmat Whitney ja muiden (2017), 7,56, sekä McCrackenin ja Jonesin (2012), 7,68, tutkimuksissa. Muissa tutkimuksissa kivun lähtötaso oli arvojen 5,92-6,6 välillä. Lähtökohtaisesti kaikissa tutkimuksissa koetun kivun määrä laski intervention lopussa. Vowlesin ja muiden (2019) tuloksissa se nousi takaisin lähtötasolle kolmen kuukauden seurantamittauksessa. Kolmen tutkimuksen (Godfrey ym. 2019; Whitney ym. 2017; McCracken & Jones 2012) tuloksissa koetun kivun määrä pysyi samana tai lähes samana seurantamittauksessa. Godfrey ja muiden (2019) tutkimuksen vertailuryhmässä koetun kivun määrä laski intervention aikana seurantamittauksessa samalle tasolle kuin varsinaiseen interventioon osallistuneilla.

Kivun minäpystyvyyttä mitattiin kolmessa tutkimuksessa (Casey ym. 2019; Craner ym. 2019 ja Godfrey ym. 2019) käyttäen PSEQ-kyselyä (*Pain Self-Efficacy Questionnaire*). PSEQ-kysely on 10-kohdan mittari, joka arvioi yksilön kykyä tulla toimeen kivun kanssa ja olla aktiivinen kivun aikana. Mittarin arviointi on 0-6, jossa suuremmat tulokset kuvaavat suurempaa minäpystyvyyttä. (Craner ym. 2019, 48.) Kaikissa tutkimuksissa tulokset nousivat intervention aikana. Suurinta nousu (42 %) oli Cranerin ja muiden (2019) tutkimuksessa, jossa lähtötaso oli korkeampi kuin kahdessa muussa. Casey ja muiden (2019) tuloksissa nousua oli intervention jälkeen 28 % ja seurantamittauksessa 12 kuukauden päästä 19 % verrattuna alkumittaukseen. Godfrey ja

muiden (2019) tuloksissa nousua oli intervention kolmen kuukauden päästä 11 % ja 12 kuukauden päästä 8 % verrattuna alkumittaukseen. Kahdessa viimeksi mainituissa vaikutus heikkeni seurantamittauksissa, mutta pysyi kuitenkin alkuperäisen yläpuolella.

Kolmessa tutkimuksessa (Casey ym. 2019; Vowles ym. 2019 ja McCracken & Jones 2012) käytettiin kroonisen kivun arvojen mittaamista (*CPVI Chronic Pain Values Inventory*). CPVI mittaa perheen, intiimien ihmissuhteiden, ystävien, terveyden, työn ja kasvun tai oppimisen tärkeyttä. Mittarin arviointi on 0-5, jossa korkeampi tulos kertoo onnistumisesta arvojen mukaisen elämän elämisessä tai arvojen ja menestyksen välisestä tärkeydestä. (Casey ym. 2019, 4.) Vowlesin ja muiden (2019, 48) tutkimuksessa mittaustulokset ilmoitettiin eri tavoin kuin kahdessa muussa, jolloin mitä negatiivisempi tulos, sitä korkeampi eroavaisuus arvojen ja oman elämän välillä. Kaikissa kolmessa tutkimuksessa arvojen mukaisen elämän eläminen kasvoi intervention jälkeen ja pysyi seurantamittauksen laskusta huolimatta alkuperäistä mittaustulosta korkeammalla tasolla.

8.3 Tulosten yhteenveto

Saaduilla tuloksilla on viitteitä siitä, että hyväksymis- ja omistautumisterapia voi olla vaikuttavuudeltaan tehokas hoitomuoto kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailta. Valituista interventioista useimmat toteutettiin moniammatillisen tiimin toimesta ja fysioterapeutilla oli keskeinen rooli niiden toteuttamisessa. Käytetyt interventiot olivat eri pituisia, sisällöltään toisistaan eroavia ja niiden seurantamittaukset toteutettiin eri mittareita käyttäen eri ajankohtina, mikä vaikeuttaa tutkimusten keskinäistä vertailua. Jatkossa aiheesta tarvitaan laaja-alaisempaa ja yksityiskohtaisempaa tutkimusta satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten muodossa.

9 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietoisuutta hyväksymis- ja omistautumisterapian hyödyntämisestä fysioterapiassa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata miten fysioterapiassa on käytetty hyväksymis- ja omistautumisterapiaa kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailla ja millaisia tuloksia siitä on saatu. Teoriapohjaa voidaan hyödyntää ryhmä- tai yksilöterapian suunnittelussa.

Opinnäytetyön aihe muodostui kiinnostuksesta pitkittyneestä kipua ja sen hoitoa kohtaan. Ennen aiheen lopullista valintaa tutustuin erilaisiin kivun hoidossa käytettyihin terapiamuotoihin. Parhaillaan suorittamani liikuntapsykologian perusopinnot ohjasivat minua valitsemaan aiheen, joka liittyy psykologian yhdistämiseen fysioterapiaan. Tutkimusaineistoa kerätessäni huomasin, että fysioterapiassa hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on tutkittu vielä vähän ja etteivät tutkimustulokset ole yhteneväisiä. Tutustuessani aikaisempiin ammattikorkeakoulujen opinnäytetöihin Theseuksessa hyväksymis- ja omistautumisterapiaan liittyen, fysioterapian alalta löytyi kaksi opinnäytetystä, joiden kohderyhmänä oli elintapaohjaus. Kipuun liittyen menetelmästä on tehty aikaisemmin yksi opinnäytetyö sairaanhoidon alalla.

Fysioterapiaan ohjautuu usein asiakkaita pitkittyneen kivun vuoksi, joten kivun biopsykososiaalisuuden ymmärtäminen lisää tarvetta huomioida yksilö kokonaisuutena. Hyödyntämällä psykologisia menetelmiä, kuten hyväksymis- ja omistautumisterapiaa, fysioterapiassa voidaan samalla tapaamiskerralla biolääketieteellisen näkökulman lisäksi hoitaa asiakasta kokonaisuutena. Tämä säästää sekä resursseja että aikaa kun asiakas voi saada apua yhdeltä terapeutilta useamman sijaan. Asiakkaan kokonaisvaltaisuuden huomiointi jo alkuvaiheessa voi ehkäistä kivun pitkittymistä, mihin voi osaltaan vaikuttaa hoito-organisaatioon liittyvät asiat kuten pitkät odotusajat, epävarmuus hoidon saannista ja ohjaus useamman kerran asiantuntijalta toiselle (Kalso ym. 2018, 14). Edellä listatut asiat voivat aiheuttaa asiakkaassa turhautumista, jonka vuoksi olisi tärkeää ottaa huomioon biopsykososiaaliset näkökulmat esille jo terapian alkuvaiheessa.

Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden interventioiden toteutuksen ja tulosten vertailu on haasteellista, koska niiden kesto ja sisällöt vaihtelivat huomattavasti. Interventioiden intensiteetti vaihteli kerran viikossa tapahtuvasta viitenä päivänä viikossa tapahtuvaan ja kesto kahdesta viikosta kymmeneen. Godfrey ja muiden (2019) tutkimuksessa käytettiin ainoastaan hyväksymis- ja omistautumisterapiaa terapiamuotona, kun taas muissa tutkimuksissa se oli osa monitieteellistä ohjelmaa. Monitieteelliset ohjelmat sisälsivät hyväksymis- ja omistautumisterapian lisäksi muun muassa fyysistä harjoittelua, lääkärin tapaamisia, toimintaterapiaa ja elämäntapaohjausta. Kahdessa tutkimuksessa (Casey ym. 2019 ja Godfrey ym. 2019) avattiin tapaamiskertojen sisällöt, kun taas muissa tutkimuksissa niitä ei ollut kerrottu. Näin ollen sisältöjen tarkka vertailu ei ole mahdollista. Kaikissa tutkimuksissa oli kuitenkin nostettu esille psykologisen joustavuuden eri osa-alueita. Kaikissa tutkimuksissa mainittiin tietoisuustaidot ja arvojen tunnistaminen. Viidessä tutkimuksessa nostettiin esille mielenkontrollin heikentäminen ja arvojen mukaiseen toimintaan sitoutuminen. Kuten Hayes ja muut (2006, 9) toteavat psykologisen joustavuuden osa-alueet ovat osittain päällekkäisiä ja tukevat toisiaan. Näin ollen ei ole suoraan pääteltävissä etteikö kaikkia psykologisen joustavuuden osa-alueita olisi vähintäänkin sivuttu kirjallisuuskatsaukseen valituissa interventioissa, vaikkei niitä erikseen sisällön kuvauksessa oltu mainittu.

Interventioiden vaikutusten arviointiin käytettiin paljon erilaisia mittareita, jonka vuoksi vaikuttavuuden arviointi interventioiden välillä on haastavaa. Jotta interventioiden tuloksia voisi vertailla valitsin vertailuun neljä useimmin käytettyä mittaria, jotka mittasivat kivun hyväksyntää, kivun intensiteettiä, minäpystyvyyttä ja arvojen mukaisen elämän elämistä kivuista huolimatta. Kaikki käytetyt mittarit olivat kysymyslomakkeita, joiden arvioinnin osallistuja täytti itse. Koska vain yhdessä tutkimuksessa (Godfrey ym. 2019) käytettiin vertailuryhmää, tuloksista ei voi suoraan vetää johtopäätöstä, että tulokset olisivat ainoastaan hyväksymis- ja omistautumisterapian ansiota. Tuloksiin on voinut vaikuttaa osallistujan ominaisuudet tai ympäristössä tapahtuneet asiat.

Tulosten luotettavuuteen vaikuttaa interventiot keskeyttäneiden ja seurantalomakkeet palauttamatta jättäneiden osuus. Keskeyttäneiden määrä vaihteli välillä 0-71. Lisäksi osa osallistujista ei palauttanut seurantamittauslomakkeita, joten heidän tuloksiaan ei saatu kuin intervention päätteeksi. Kaikissa tutkimuksissa ei ollut määritelty syytä miksi seurantamittauksia ei saatu toteutettua. McCracken ja Jones (2012) totesivat sen johtuvan osallistujille haastavasta tutkimusasetelmasta.

Hyväksymis- ja omistautumisterapia fysioterapiassa

Hyväksymis- ja omistautumisterapiaa on fysioterapian tieteenalalla tutkittu vain vähän kroonisten kipuasiakkaiden kanssa. Kuitenkin sen käytöstä psykologiassa on paljon tieteellistä näyttöä saatavilla. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella kivun intensiteetti laski intervention jälkeen. Vastaavia tuloksia saivat tutkimuksessaan myös Hann ja McCracken (2014) vertaillen 10 satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen tuloksia. Godfrey ja muut (2019) toteuttivat ainoan fysioterapeutin yksin ohjaaman intervention, joka oli kestoltaan kaikista kirjallisuuskatsauksen interventioista lyhin. Kyseisessä tutkimuksessa tutkimusryhmän tulokset olivat paremmat lähes kaikilla mitatuilla osa-alueilla. Nämä osoittavat, että hyväksymis- ja omistautumisterapia voisi olla fysioterapeutin työvälineenä vaikuttava ja kustannustehokas menetelmä.

Hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttö edellyttää fysioterapeutilta sitoutumista ja menetelmien käyttöä itse (Barker ym. 2016). Miranda ja muut (2019) toteavat ohjaajan roolin olevan tärkeä terapian toteutumisen kannalta. Myös Young (2019) vahvistaa, että fysioterapeutin tulisi tuntea omat arvonsa ja tavoitteensa menetelmää käyttäessään. Tämä edellyttää fysioterapeutilta koulutusta ja mahdollisuutta reflektoida omia ajatuksia muiden kanssa sekä perehtymistä menetelmään ja harjoituksiin tekemällä niitä itse. Mitä paremmin fysioterapeutti on itse sisäistänyt menetelmän, sitä paremmin hän pystyy sitä ohjaamaan muille. Perinteisesti fysioterapeutin työ on nähty aktiivisena ohjauksena, kun taas hyväksymis- ja omistautumisterapiassa asia-
kas on aktiivisemmassa roolissa suunnittelussa.

Opintojen aikana hyväksymis- ja omistautumisterapiaa käsiteltiin osana muita psykologisia menetelmiä psykofyysisen fysioterapian osa-alueessa. ICF-viitekehys edellyttää asiakkaan kohtaamista kokonaisuutena ja koko viitekehysten huomioimista. Kivun biopsykososiaalisen mallin kautta havainnollistuu kipukokonaisuuden laajuus. Nykyisessä fysioterapeutin ammattikorkeakoulututkinnossa painotus on biolääketieteessä, joka toki tulee ymmärtää, mutta ihmisen biopsykososiaalisen mallin hyödyntämistä ja etenkin psykologisten menetelmien opettamista tulisi lisätä. Hyväksymis- ja omistautumisterapia on yksi psykologinen menetelmä eikä sitä ole voitu osoittaa tieteellisesti toista paremmaksi, joten fysioterapeutin käytössä on paljon psykologisia tutkittuun tietoon perustuvia menetelmiä. Kuten Young (2019) totesi, aina ihmisten kanssa työskennellessämme, olemme tekemisissä psykologisten ilmiöiden kanssa. Näin ollen tarvitsemme työkaluja näiden ilmiöiden käsittelemiseen. Tavoitteena ei kuitenkaan ole muuttaa fysioterapeutin työtehtävää psykologiksi vaan helpottaa psykologisiin ilmiöihin suhtautumista ja niiden käsittelyä sekä itse että asiakkaan kanssa. Moniammatillisen tiimin hyödyntäminen on jatkossakin tärkeää ja toivottavasti sen rooli tulee korostumaan entisestään.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ja eettisyys

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta on hyvä arvioida koko tutkimusprosessin ajalta. Arvioitavat seikat ovat tutkimuskysymysten ja hakulausekkeiden määrittely, tiedonhakuun käytettävien tietokantojen valitseminen, sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen, aineistohaun toteutuksen arviointi, tutkimusten laadunarviointi ja tulosten esittäminen (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24-25). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään toteuttamalla tutkimusprosessi mahdollisimman johdonmukaisesti, selkeästi ja läpinäkyvästi. Valikoitunutta tutkimusaineistoa pyrittiin arvioimaan kriittisesti.

Tutkimuskysymykset määriteltiin ennen kirjallisuuskatsauksen aineistohakua. Alkuperäisiä tutkimuskysymyksiä muokattiin laajemmiksi ensimmäisen testiaineistohaun jälkeen, koska alkuperäisillä tutkimuskysymyksillä tutkimusartikkelien määrä jäi vähäiseksi. Aineistohaussa ja tietokantojen valinnassa käytettiin apuna informaattikkaa. Hakusanat ja hakulausekkeet määriteltiin keskeisen kirjallisuuden perusteella ja niitä

muokattiin testihaun jälkeen. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit määriteltiin ennen aineiston hakua. Tiedonhaku toteutettiin sähköisesti ja manuaalisesti mahdollisimman kattavan aineiston saamiseksi. Hakuun käytetyt tietokannat olivat oleellisia aiheen kannalta ja keskeisiä fysioterapiatieteessä. Hakutulosten ja valikoituneiden tutkimusartikkelien tallentamiseen ja käsittelyyn käytettiin sähköisiä tarkoitukseen soveltuvia ohjelmia, joiden avulla aineiston käsittely on johdonmukaisempaa kuin manuaalisesti niiden käsittely. Hakuprosessin toteutti yksi tutkija, joten on mahdollista, ettei kaikkia tutkimuskysymyksen kannalta oleellisia tutkimusartikkeleita huomattu.

Siltasen ja muiden (2019, 12) mukaan tutkimuksen laadunarviointi tulisi toteuttaa vähintään kahden tutkijan toimesta. Laadunarviointi toteutettiin valittujen tutkimusartikkelien osalta yhden tutkijan toimesta. Luotettavuutta pyrittiin lisäämään laadunarvioinnissa käytettyihin kriteeristöihin perehtymällä niihin huolellisesti. Laadunarvioinnissa käytettiin kullekin tutkimusmenetelmälle soveltuvaa laadunarvioinnin kriteeristöä. Tutkimusaineistosta pyrittiin poimimaan tutkimuskysymyksiin vastaukset. Tulokset eriteltiin kuhunkin tutkimuskysymykseen omaksi alaluvukseen. Tulosten esittelyssä pyrittiin tutkimuksista löytämään yhteneväisyyksiä. Läpinäkyvyyden lisäämiseksi tulokset on esitetty tekstin lisäksi taulukoina, jolloin niiden vertailu on helpompaa.

Kirjallisuuskatsaus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, jolloin se on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset ovat uskottavia. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) mukaan hyvän tieteellisen käytännön mukaan toteutettu tutkimuksessa on noudatettu rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta koko tutkimusprosessin aikana. Lisäksi käytetyt menetelmät ovat olleet kriteerien mukaisia ja muiden tutkijoiden työtä on kunnioitettu huolehtimalla viittausten oikeellisuudesta.

Jatkotutkimusehdotukset

Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta tarve laajemmalle ja yksityiskohtaisemmalle lisätutkimukselle. Tutkimusaineiston joukossa oli yksi satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (Godfrey ym. 2019), mutta muissa tutkimuksissa ei ollut käytössä

vertailuryhmää, jolloin on haasteellista vetää johtopäätöstä, johtuiko muutos interventiosta vai jostain muusta. Hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttöä kroonisesta kivusta kärsivien asiakkaiden kanssa fysioterapiassa on tutkittu vähän, joten lisää tutkimusta tarvitaan sekä monitieteellisenä toteutuksena että pelkästään fysioterapeutin toteuttamana.

Interventioiden vaikutusten mittaamisessa oli käytetty useita eri mittareita, joten yksi mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe olisi mittareiden vertailu ja mahdollisen yhtenäistämisen toteuttaminen. Keskittyminen yhteen hyväksymis- ja omistautumisterapian osa-alueeseen toisi myös tarkempaa tietoa kyseisen osa-alueen muuttumisesta intervention aikana. Psykologian puolelta on löydettävissä paljon tutkimustietoa hyväksymis- ja omistautumisterapian käytöstä etukuntoutuksessa ja itse toteuttavassa kuntoutuksessa, joten hyväksymis- ja omistautumisterapian hyödyntäminen etäkuntoutuksessa fysioterapeuttien toimesta tarvitsisi tutkimusta. Tutkimusaineiston valintaprosessin aikana aineistossa tuli vastaan paljon sotaveteraaneille osoitettuja hyväksymis- ja omistautumisterapian interventioita kivun ja henkisen tuskan näkökulmasta. Niiden tutkiminen tulevaisuudessa toisi varmasti lisäarvoa myös kroonisesta kivusta kärsiville.

Lähteet

Baranoff, J., Hanrahan, S., Burke, A. & Connor J. 2016. Changes in Acceptance in a Low-Intensity, Group-Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Chronic Pain Intervention. *Behavioral Medicine*, 23, 30-38. Viitattu 9.3.2020. janet.finna.fi, ProQuest.

Barker, K., Heelas, L. & Toye, F. 2016. Introducing Acceptance and Commitment Therapy to a physiotherapy-led pain rehabilitation programme: an Action Research study. *British Journal of Pain*, 10, 1, 22–28. Viitattu 20.2.2020. jyu.finna.fi, SagePub.

Boutron, I., Page, M., Higgins, J., Altman, G., Lundh, A. & Hróbjartsson, A. 2019. Chapter 7: Considering bias and conflicts of interest among the included studies. Julkaisussa *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Viitattu 10.3.2020. <https://training.cochrane.org/handbook>

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. 2006. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287–333. Viitattu 12.2.2020. <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Survey-of-chronic-pain-in-Europe.pdf>

Casey, M-B., Cotter, N., Kelly, C., Mc Elchar, L., Dunne, C., Neary, R., Lowry, D., Hearty, C. & Doody, C. 2019. Exercise and Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Case Series with One Year Follow Up. *Musculoskeletal Care*, 1-10. Viitattu 9.3.2020. jyu.finna.fi, Wiley Online Library.

Craner, J. R., Lake, E. S., Bancroft, K. A. & George, L. L. 2019. Treatment Outcomes and Mechanisms for an ACT-Based 10-Week Interdisciplinary Chronic Pain Rehabilitation Program. *Pain Practice*, 20, 1, 44-54. Viitattu 9.3.2020. jyu.finna.fi, Wiley Online Library.

Gard, G. & Skjaerven, L. H. 2018. From Biomedical to More Biopsychosocial Models in Physiotherapy in Mental Health. Julkaisussa *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry – a scientific and clinical based approach*. Elsevier.

Estlander, A-M. 2003. *Kivun psykologia*. Juva: WS Bookwell Oy.

Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M. & Luciano, J. V. 2018. Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of Pain Research* 11, 2145–2159. Viitattu 19.2.2020. jyo.finna.fi, ProQuest.

Fysioterapia osana kuntoutusta. N.d. Suomen Fysioterapeutit. Viitattu 8.3.2020. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/fysioterapia-ja-fysioterapeutti/fysioterapia-osana-kuntoutusta.html>

Fysioterapia tieteenä. N.d. Fysioterapeutin ydinosaminen. Suomen Fysioterapeutit. Viitattu 17.3.2020. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaminen/fysioterapia-ja-fysioterapeutti/fysioterapia-tieteenä.html>

Godfrey, E., Holmes, M., Wileman, V., McCracken, Norton, S., Moss-Morris, R., Pallet, J., Sanders, D., Barcellona, M. & Crithley, D. 2016. Physiotherapy informed by Acceptance and Commitment Therapy (PACT): protocol for a randomized controlled trial of PACT versus usual physiotherapy care for adults with chronic low back pain. *BMJ Open*, 6, 1-12. Viitattu 15.3.2020. janet.finna.fi, *BMJ Open*.

Godfrey, E., Wileman, V., Holmes, M., McCracken, L., Norton, S., Moss-Morris, R., Noonan, S., Barcellona, M. & Crithley, D. 2019. Physical Therapy Informed by Acceptance and Commitment Therapy (PACT) Versus Usual Care Physical Therapy for Adults with Chronic Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain*, 0, 0, 1-11. Viitattu 9.3.2020. jyo.finna.fi, Elsevier.

Guidelines for Pain Management Programmes for adults. 2013. An evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society. The British Pain Society. Viitattu: 15.2.2020. https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/pmp2013_main_FINAL_v6.pdf

Hann, K. E. J. & McCracken, L. M. 2014. A Systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome, domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science* 3, 4, 217–227. Viitattu 19.2.2020. jyo.finna.fi, ScienceDirect.

Hayes, S. 2004. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-664. Viitattu: 12.2.2020. jyu.finna.fi, ScienceDirect.

Hayes, S. 2019a. ACT Pain and Human Suffering with Steven Hayes, PhD. The Healing Pain Podcast with Joe Tatta. Haettu 17.2.2020. https://www.integrativepainscienceinstitute.com/latest_podcast/act-pain-and-human-suffering-with-steven-hayes-phd/

Hayes, S. 2019b. *A Liberated Mind. How to Pivot Towards What Matters*. New York: Avery.

Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. 2006. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44, 1, 1–25. Viitattu: 12.2.2020. jyu.finna.fi, ScienceDirect.

Heliövaara, M., Viikari-Juntura, E. ja Solovieva, S. 2017. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Julkaisussa Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017-tutkimus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu: 12.2.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf

Holopainen, R., Simpson, P., Piirainen, A., Karppinen, J., Schütze, R., Smith, A., O'Sullivan, P & Kent, P. 2020. Physiotherapists' perceptions of learning and

implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions. Abstrakti. Viitattu 18.2.2020. https://journals.lww.com/pain/Abstract/publishahead/Physiotherapists__perceptions_of_learning_and.98500.aspx

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). N.d. SVRI. Viitattu 15.3.2020. <https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-01-13/HADS.pdf>

IASP Terminology. 2017. International Association for the Study of Pain. Viitattu 12.2.2020. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

Jacobs, C., Guildford, B., Travers, W., Davies, M. & McCracken, L. 2016. Brief psychologically informed physiotherapy training is associated with changes in physiotherapists' attitudes and beliefs towards working with people with chronic pain. *British Journal of Pain* 10 (1), 38–45. Viitattu 19.2.2020. jyu.finna.fi, SagePub.

Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. 2016. Kohti muutosta – Arvo- ja hyväksymispohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämiseksi. Vantaa: Liikunta- ja hyvinvointiakatemia Oy. Viitattu: 23.2.2020. https://asiakas.kotisivukone.com/files/hyvinvointiakatemia.kotisivukone.com/Kohti_Muutosta_WEB.pdf

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes Print, 80-93.

Kalso, E., Elomaa, M. & Granström, V. 2018. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa *Kipu*. Helsinki: Duodecim, 108-118.

Kangasniemi, A. 2015. The Mindfulness, Acceptance and Commitment Approach to Encouraging a Physically More Active Lifestyle. LIKES – Research Center for Sport and Health Sciences. Viitattu 10.3.2020. <http://www.likes.fi/filebank/1867-anunvaitoskirja-elektroninen.pdf>

Kauravaara, K. 2019. Hyväksymis- ja omistautumisterapian työkalujen hyödyntäminen terveyssoseaalityössä. Kandidaatin tutkielma. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Viitattu 17.2.2020. <https://liikuntafysio.fi/wp-content/uploads/2019/04/Kauravaara-K.-HOT-ty%C3%B6kalujen-hy%C3%B6dynt%C3%A4minen-terveyssoseaality%C3%B6ss%C3%A4.pdf>

Kelan sairausvakuutuslilasto 2018. 2019. Julkaistu 24.9.2019. Julkaisu Suomen virallisessa tilastossa. Viitattu 12.2.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091728514>

Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä. 2017. Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.2.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4.pdf

Lappalainen, R. 2008. Hyväksymis- ja omistautumisterapia. Julkaisussa *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim, 510-527.

- Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes Print, 35-55.
- Linton, S. & Shaw, W. 2011. Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical Therapy*, 91, 5, 700–711. Viitattu 12.2.2020. janet.finna.fi, ProQuest.
- McCracken, L. & Jones, R. 2012. Treatment for Chronic Pain for Adults in the Seventh and Eight Decades of Life: A Preliminary Study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine*, 13, 861-867. Viitattu 9.3.2020. jyo.finna.fi, Ebsco.
- McCracken, L., Sato, A. & Taylor, G. 2013. A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *Journal of Pain*, 14, 11, 1398–1406. janet.finna.fi, ScienceDirect
- Miranda, H., Reilimo, M. & Kaila-Kangas, L. 2018. Kivunhallintaryhmät työterveys-huollossa – Satunnaistetun kontrolloidun interventiotutkimuksen pilotti. Helsingin kaupungin työterveysliikelaitos. Viitattu 14.2.2020. <https://www.hel.fi/static/liitteet/tyke/KivunhallintaryhmatLoppuraportti2018.pdf>
- Moseley, L. & Butler, D. 2017. Explain Pain – Supercharged. Adelaide: Noi.
- Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes Print, 23-34.
- Nevala, N., Pehkonen, I., Koskela, I., Ruusuvuori, J. & Anttila, H. 2014. Työolosuhteiden mukauttaminen vammaisilla henkilöillä: vaikuttavuus sekä estävät ja edistävät tekijät. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Työpapereita 61/2014. Helsinki: Kela. Viitattu 3.3.2020. <https://core.ac.uk/download/pdf/33724409.pdf>
- Ojala, T. 2015. The Essence of the Experience of Chronic Pain - A Phenomenological Study. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.2.2020. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/45325/978-951-39-6060-5_vaietos_21022015.pdf
- Penlington, C., Urbanek, M. & Barker, S. 2018. Psychological Theories of Pain. *Primary Dental Journal*, 7, 4, 24-29. Viitattu 15.2.2020. jyu.finna.fi, SagePub.
- ROBINS-I template. 2016. Risk of bias tool. Viitattu 14.3.2020. <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/home/current-version-of-robins-i/robins-i-template-2016>
- Roland-Morris Low Back Pain and Disability Questionnaire. N.d. Viitattu 16.3.2020. https://www.worksafe.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0009/76851/roland-morris-low-back-pain-and-disability-questionnaire-rmq1.pdf

- Rovner, G. & Skinta, M. D. 2018. ACTivePhysio: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for the Physiotherapist in the Area of Chronic Pain. Julkaisussa *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry – a scientific and clinical based approach*. Elsevier, 36-49.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 15.2.2020. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Siltanen, H., Heikkilä, K., Parisod, H., Tuomikoski, A., Tuomisto, S. & Holopainen, A. 2019. Hoitosuosituksen laadinta - käsikirja suositustyöryhmille. Versio 1.1. Viitattu 15.3.2020. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/hoitosuosituskäsikirja-final-26022019-1.pdf>
- Skjaerven, L. H., Parker A. R. & Mattsson, M. 2018. Group Therapeutic Factors for Use in Physiotherapy in Mental Health: a Core in Group Physiotherapy. Julkaisussa *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry – a scientific and clinical based approach*. Elsevier, 92-96.
- Sosiaali- ja terveysala. N.d. Tiedonlähteitä sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoille - kun toiminta perustuu tutkittuun tietoon! Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.2.2020. <https://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Oppaat/Sosiaali--ja-terveysala/>
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juvenes Print.
- Thompson, M., Vowles, K.E., Sowden, G., Ashworth, J. & Levell, J. 2018. A Qualitative Analysis of Patient-identified Adaptive Behaviour Changes Following Interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *European Journal of Pain*, 22, 5, 989-1001. Viitattu 9.3.2020. jyo.finna.fi, Wiley Online Library.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 21.3.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Veehof, M., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. & Schreurs, K. 2016. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45,1, 5-31. Viitattu 15.2.2020. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Vowles, K., Sowden, G., Hickman, J. & Ashworth, J. 2019. An analysis of within-treatment change trajectories in valued activity in relation to treatment outcomes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 115, 46-54. Viitattu 9.3.2020. jyo.finna.fi, ScienceDirect.

Whitney, S., Daly, A., Lin, Y. & McCracken, L. 2017. Treatment of Chronic Pain for Adults 65 and Over: Analyses of Outcomes and Changes in Psychological Flexibility Following Interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Pain Medicine*, 18, 252-264. Viitattu 9.3.2020. janet.finna.fi, ProQuest.

Young, T. 2019. Using ACT to Promote Psychological Flexibility in Physiotherapy with Physiotherapist Tom Young. *The Healing Pain Podcast with Joe Tatta*. Haettu 17.2.2020. https://www.integrativepainscienceinstitute.com/latest_podcast/using-act-to-promote-psychological-flexibility-in-physiotherapy-with-physiotherapist-tom-young/

Liitteet

Liite 1. Arvojen mukainen elämä – kysely

Alla olevat elämän osa-alueet ovat arvoja osalle ihmisistä. Määrittele niiden tärkeys itselle ympyröimällä sitä kuvaava numero (1 = ei ollenkaan tärkeä, 10 = erittäin tärkeä). Arvioi jokainen osa-alue omasta näkökulmastasi.

1. **Perhe (muu kuin puoliso tai lapset)**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. **Avoliitto / parisuhde / intiimit suhteet**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. **Vanhemmuus**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. **Ystävät / sosiaalinen elämä**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. **Työ**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. **Koulutus**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. **Vapaa-aika / virkistys**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. **Hengellisyys**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. **Yhteisö**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. **Fyysinen hyvinvointi (ruokavalio, harjoittelu, lepo)**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. **Ympäristöasiat**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. **Taide, luova ilmaisu, estetiikka**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tässä osassa sinun tulisi arvioida oman toiminnan johdonmukaisuutta omiin arvoihisi nähden. Ajatuksena ei ole määritellä ihannetilannetta eikä sitä mitä muut ajattelevat sinusta. Muista, että jokainen suoriutuu eri tavoin eri aikoina ja eri tilanteissa. Sinun tehtäväsi on arvioida omaa toimintaasi edellisen viikon aikana. 1 tarkoittaa, että toimintasi on ollut jatkuvasti epä johdonmukaista arvoihisi nähden, ja 10 tarkoittaa, että toimintasi on ollut täysin arvojesi mukaista viimeisen viikon aikana.

1. **Perhe (muu kuin puoliso tai lapset)**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. **Avoliitto / parisuhde / intiimit suhteet**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. **Vanhemmuus**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. **Ystävät / sosiaalinen elämä**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. **Työ**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. **Koulutus**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. **Vapaa-aika / virkistys**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. **Hengellisyys**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. **Yhteisö**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. **Fyysinen hyvinvointi (ruokavalio, harjoittelu, lepo)**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. **Ympäristöasiat**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. **Taide, luova ilmaisu, estetiikka**
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Hayes 2019b, 235-237)

Liite 2. Aineiston valintaprosessi

| | ProQuest | CINAHL | PubMed | PEDro* | Cochrane | Man. haku | Yht |
|-------------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| Hakulauseke 1 | 642 | 6 | 15 | 16 | 21 | - | |
| Hakulauseke 2 | - | 111 | 196 | - | 119 | - | |
| Yhteensä | 642 | 117 | 211 | 16 | 140 | 6 | 1132 |
| Aikarajaus poisto | 219 | 1 | 8 | 1 | - | - | |
| Kieli poisto | 1 | 6 | 6 | - | - | - | |
| Otsikko poisto | 341 | 70 | 128 | 2 | 68 | - | |
| Jatkoon | 81 | 40 | 69 | 13 | 72 | 6 | 281 |
| Sama poisto | 9 | 8 | 31 | 11 | 52 | - | |
| Jatkoon | 72 | 32 | 38 | 2 | 20 | 6 | 170 |
| Abstrakti poisto | 60 | 19 | 29 | 1 | 16 | 2 | |
| Jatkoon | 12 | 13 | 9 | 1 | 4 | 4 | 43 |
| Kokoteksti poisto | 8 | 9 | 6 | 1 | 3 | 4 | |
| Ei kokotekstiä | 2 | 1 | - | - | 1 | - | |
| Jatkoon | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 8 |

Hakulauseke 1: "acceptance and commitment therapy" AND ("physiotherapy" OR "physical therapy" OR "physiotherapist" OR "physical therapist" OR "exercise therapy" OR "physical exercise") AND ("chronic pain" OR "pain management")

Hakulauseke 2: "acceptance and commitment therapy" AND ("chronic pain" OR "pain management")

*PEDro: tarkennettu haku, aihe "acceptance and commitment therapy" ja ongelma kipu.

Liite 2. Tutkimusten laadunarviointi

Laadunarviointi RCT-tutkimukselle van Tulderin mukaan (Nevala, Pehkonen, Koskela, Ruusu-
vuori & Anttila 2014, 32). Asteikko: Kyllä = 2, En tiedä = 1 ja Ei = 0.

| Kriteeri | Godfrey ym. 2019 |
|--|------------------|
| A. Oliko satunnaistamismenetelmä pätevä? | 2 |
| B. Oliko ryhmiin jakaminen salattu? | 2 |
| C. Olivatko ryhmät alkumittauksessa samanlaisia tärkeimpien ennustavien tekijöiden suhteen? | 2 |
| D. Tiesivätkö osallistujat, mitä hoitoa/toimenpiteitä heille tehtiin? | 2 |
| E. Tiesivätkö intervention toteuttajat, mitä hoitoa/toimenpiteitä he toteuttivat? | 2 |
| F. Olivatko tulosten mittaajat tietämättömiä mihin ryhmään mitattava kuului? | 2 |
| G. Vältettiinkö muita samanaikaisia interventioita tai olivatko ne samanlaiset ryhmien välillä? | 1 |
| H. Toteutuiko interventio kaikissa ryhmissä suunnitellusti? | 0 |
| I. Kuvattiinko keskeyttämisen syyt ja oliko keskeyttäneiden määrä hyväksyttävä? | 0 |
| J. Tehtiinkö mittaukset kaikissa ryhmissä tutkimuksen samassa vaiheessa? | 1 |
| K. Analysoitiinko osallistujat niissä ryhmissä, joihin heidät oli satunnaistettu (intention-to-treat -periaate)? | 2 |
| Kokonaispistemäärä (0–22) | 16 |

Laadullisten analyysien laadunarviointi CASP -menetelmällä (Nevala, Pehkonen, Koskela, Ruusu-
vuori & Anttila 2014, 33). Asteikko: Kyllä = 2, En tiedä = 1 ja Ei = 0.

| Kriteeri | Vowles ym. 2019 | Thompson ym. 2018 |
|---|-----------------|-------------------|
| Oliko tutkimuksen tavoitteet selkeästi määritelty? | 2 | 2 |
| Oliko laadullinen tutkimusmenetelmä sopiva? | 2 | 2 |
| Oliko tutkimusasetelma perusteltu ja sopiko se vastaamaan tutkimuskysymyksiin? | 2 | 2 |
| Sopiko tutkittavien rekrytointistrategia tutkimuksen tavoitteisiin? | 2 | 1 |
| Kerättiinkö tutkimusaineisto siten, että saatiin tutkimusilmiön kannalta tarkoituksenmukaista tietoa? | 2 | 2 |
| Oliko mahdollinen tutkijan vaikutus huomioitu tarkoituksenmukaisella tavalla? | 1 | 1 |
| Oliko tutkimuksen eettiset seikat otettu huomioon? | 0 | 0 |
| Oliko tutkimuksen analyysi riittävän tarkkaa ja perusteellista? | 2 | 2 |
| Oliko tutkimuksen tulokset selkeästi ilmaistu? | 0 | 2 |
| Kuinka hyödyllinen tutkimus oli? | 2 | 2 |
| Kokonaispistemäärä (0–20) | 15 | 16 |

Interventiotutkimusten laadunarviointi mukailtuna ROBINS-I -arviointityökalusta (ROBINS-I template 2016).

| | Osallistujien valinta | Intervention luokittelu | Suunnitelman poikkeavuudet | Puuttuvat tulokset | Tulosten mittaaminen | Raportoidut tulokset |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| Casey ym. 2019 | Matala | Matala | Ei tietoa | Keskimääräinen | Keskimääräinen | Keskimääräinen |
| Craner ym. 2019 | Keskimääräinen | Matala | Ei tietoa | Keskimääräinen | Ei tietoa | Keskimääräinen |
| Whitney ym. 2016 | Matala | Matala | Matala | Keskimääräinen | Keskimääräinen | Keskimääräinen |
| Baranoff ym. 2015 | Keskimääräinen | Matala | Ei tietoa | Keskimääräinen | Keskimääräinen | Keskimääräinen |
| McCracken & Jones 2012 | Vakava | Matala | Keskimääräinen | Vakava | Keskimääräinen | Keskimääräinen |

Matala harhan riski

Tutkimus on vertailukelpoinen hyvin toteutettuun satunnaistutkimukseen tällä osa-alueella.

Keskimääräinen harhan riski

Tutkimus on hyvin toteutettu ei-satunnaistetuksi tutkimukseksi, mutta sitä ei voi vertailla hyvin toteutettuun satunnaistutkimukseen.

Vakava harhan riski

Tutkimuksessa on isoja ongelmia tällä osa-alueella.

Kriittisen harhan riski

Tutkimus on ongelmallinen tällä osa-alueella eikä siitä saada tarvittavaa tietoa.

Ei tietoa

Ei voida arvioida, koska tietoa ei ole saatavilla.

Liite 3. Hyväksymis- ja omistautumisterapian käyttö

| Tutkimus | Kohderyhmä | Intervention toteutus | Fysioterapeutin rooli |
|-----------------|--|---|--|
| Casey ym. 2019 | ≥ 18v, mikä tahansa yli 3kk jatkunut kipu. | Joka kerralla 2h HOT, 30min koulutus (K) ja 1h fysioterapia (FT). 1.kerta. HOT: Hoitojakson esittely, HOT:n tavoitteet, fokuksen siirtäminen oireiden vähentämisestä toiminnan parantamiseen. K: Tavoitteiden asettelu esittely. FT: Altaan ja kuntosalin esittely. 2.kerta. HOT: Kärsimys, avoimuus, hyväksyntä vaihtoehtona välttelylle. K: Kivun ymmärtäminen. FT: Vesiterapia. 3.kerta. HOT: Avoimuus, mielenkontrollin heikentäminen. K: Lääkkeiden käytön hallinta. FT: Vesiterapia. 4.kerta. HOT: Sitoutuminen, tietoisuus arvoista ja niiden arviointi. K: Rytmitys. FT: Vesiterapia. 5.kerta. HOT: Arvot ja niitä tukevaan toimintaan sitoutuminen. K: Nukkuminen. FT: Vesiterapia. 6.kerta. HOT: tietoisuus ja hetkessä eläminen, tietoisuus itsestä. K: Stressin hallinta. FT: Kuntosali. 7.kerta. HOT: Esimerkkihoidosta: mindfulness kävelen. K: Kertaus lääkkeiden käytön hallintaan. FT: Kuntosali. 8.kerta. HOT: Yhteenveto, repsahdukset ja takapakit ja niihin valmistautuminen. K: Kertaus. FT: Kuntosali. | Kokenut fysioterapeutti ohjasi sekä fysioterapian osuudet että soveltuvin osin osallistui koulutusosuuksiin. |
| Craner ym. 2019 | Aikuisia kroonisesta kivusta kärsiviä asiakkaita, jotka olivat osallistuneet Mary Free Bed Pain Rehabilitation – ohjelmaan tammi- ja joulukuun aikana vuonna 2018. | Hoito-ohjelma sisälsi fysioterapiaa ja toimintaterapiaa sekä lääkärin ja kipupsykologin tapaamisia. Osallistujien kehitystä seurattiin ohjaajien yhteistapaamisissa. Intervention päätavoitteena oli toimintakyvyn palauttaminen kivun vähentämisen sijaan. Ohjelmassa korostui kipukoulutus, fyysinen harjoittelu, rentoutusharjoittelu ja HOT. HOT-osuuden tavoitteena oli lisätä kivun hyväksyntää, sitouttaa arvojen mukaiseen toimintaan kivusta huolimatta ja laatia strategioita hankalien ajatusten ja tunteiden käsittelyyn. Hoitojakso saattoi kestää vähemmän tai pidemmän aikaa riippuen asiakkaan tarpeesta. | Ei mainittu erikseen. |

Taulukko jatkuu sivulla 51.

Taulukko jatkuu sivulta 50.

| Tutkimus | Kohderyhmä | Intervention toteutus | Fysioterapeutin rooli |
|-------------------|--|---|---|
| Vowles ym. 2019 | Yksilöt, joilla on kroonista kipua ja aloittivat 4vkon monitieteellisen HOT-pohjaisen kurssin. | Monitieteellinen kipukuntoutuksen kurssi, joka pohjautui HOT:n viitekehykseen ja sisälsi psykologiaa, anestesiologiaa, fysioterapiaa ja sairaanhoitoa. Joka kerralla 2h fysioterapiaa, 1h kliinistä psykologiaa sisältäen teemoja kuten käytöksen muutos, hyväksyntä ja mielenkontrollin heikentäminen, 30min mindfulness-harjoitteet, 1h arvojen kirkastaminen ja tavoitteiden asettaminen sekä 1h koulutus terveellisistä elämäntavoista. Hoidon tavoitteena oli lisätä yksilön sitoutumista merkitykselliseen ja arvopohjaiseen toimintaan kipukokemuksesta ja sen aiheuttamasta ahdistuksesta huolimatta. Jakson alussa keskityttiin arvojen kirkastamiseen ja kivun kontrolloinnin yrittämisen vaikutukseen elämän laatuun. Keskivaiheessa jatkettiin arvotyöskentelyä ja tehokasta arvojen määrittelyä. Viimeiset osat keskittyivät taitojen yleistykseen ja saavutettujen taitojen ylläpitoon. | Fysioterapiassa keskityttiin sellaisiin harjoituksiin ja aktiviteetteihin, jotka harjoittavat arvopohjaisia toimintoja. |
| Godfrey ym. 2019 | ≥ 18v epämääräinen alaselänkipu, joka on kestänyt vähintään 12 vkoa ja joiden tulos RMDQ-kyselyssä ≥3. | Lyhyt interventio, jota ohjasi HOT:n periaatteet ja sen tavoitteena oli lisätä itsehallintaa. Hoitajakso sisälsi fyysisen toimintakyvyn arvion, arvopohjaisten tavoitteiden tunnistamisen, yksilöllisen fyysisen harjoitusohjelma, esteiden ja fasilitaattorien tunnistamisen itsehallinnassa ja taitojen harjoittamisen psykologisen joustavuuden lisäämiseksi. Ohjelma sisälsi myös manuaalista terapiaa. Vertailuryhmässä fysioterapia toteutettiin tavanomaiseen tapaan. Tutkimuksen protokollan kuvauksessa tarkempi sisältö (Godfrey ym. 2016, 4). 1.kerta: intervention esittely, arviointi, palaute ja perusteet, fokuksen siirtäminen kivusta toimintaan, arvopohjainen tavoitteiden määrittely ja taitojen harjoittelu (avoimuus, tietoisuus ja sitoutuminen). 2.kerta: onnistumiset ja haasteet, tavoitteiden mukauttaminen ja kehitys, uusien taitojen kuten mindfulness opettelu ja itsehallinnan työkalut. 3.kerta (puhelimitse): tilannekatsaus, arvio taitojen viemisestä arkeen, yleistämisen tukeminen ja itsehallinnan vahvistaminen. | Intervention toteutti 8 kokenutta fysioterapeuttia, jotka osallistuivat menetelmän 2pv:n koulutukseen ja saivat tukimateriaalia etukäteen. He osallistuivat kuukausittain ohjaukseen. |
| Thompson ym. 2018 | Monitieteelliseen kroonisen kivun kuntoutusohjelmaan osallistuneet henkilöt. | Joka kerralla 2h fyysistä harjoittelua ja aktiviteetteja kuten Tai Chi, tutustuminen uusiin lajeihin ja oman toiminnan suunnittelu, 1,5h psykologiset menetelmiä sisältäen 30min mindfulness-harjoittelua, 1h toiminnan ohjausta kuten arvojen kirkastaminen ja tavoitteiden asettelu ja 1h koulutusta esimerkiksi teemoista kivun fysiologia, tehokas vuorovaikutus ja repsahdusten ennakointi. Hoito perustui HOT-menetelmiin. | Fysioterapeutti toimi osana hoitotiimiä. |

RMDQ = Roland Morris Disability Questionnaire

Taulukko jatkuu sivulla 52.

Taulukko jatkuu sivulta 51.

| Tutkimus | Kohderyhmä | Intervention toteutus | Fysioterapeutin rooli |
|------------------------|--|---|--|
| Whitney ym. 2017 | ≥ 60v. Kipua yli 3kk, kipuun liittyy kyvyttömyyttä ja kärsimystä sekä osallistujien todennäköisyys hyötyä ryhmästä. | 2 viikon ohjelmaan osallistujat olivat potentiaalisia neuromodulaatioon meneviä asiakkaita ja 4 viikon ohjelman osallistujat eivät. Käytetyt menetelmät, joihin kuului fyysistä harjoittelua, taitojen harjoittelua ja koulutusta, oli suunniteltu lisäämään psykologista joustavuutta. Mainitut tavoitteet olivat lisätä avoimuutta kivun kokemista ja ei haluttuja tunteita kohtaan, tietoisuutta nykyhetkestä ja arvojen mukaista toimintaa ja siihen sitoutumista. Harjoituksissa korostui kokemuksellisuus, metaforien käyttö, mindfulness-harjoittelu, mielenkontrollin heikentäminen ja muut arvoihin pohjautuvien menetelmien käyttö. Edellä mainitut yhdistettiin tavanomaisempaan tavoiteorientoituneeseen psykologiaan, fysio- ja toimintaterapiaan. Neuromodulaatio-ohjelmassa olijat saivat lisäksi koulutusta neuromodulaatiosta. | Osallistui osallistujien valintaan ja toteutti tarvittaessa fyysisen tutkimuksen ja toimintakyvyn mittauksen. Osallistui ohjelman toteuttamiseen fyysisen harjoittelun ja koulutuksen osalta. |
| Baranoff ym. 2016 | Krooninen ei-palatiivinen kipua, avoimuus lääkkeetöntä hoitoa kohtaan ja motivaatio osallistua. | Interventio perustui aikaisempiin julkaisuihin Vowles ym. [1] ja Wetherell ym. [2]. Kivun ja elämän hallinnan lisäksi interventiossa käsiteltiin mindfulnessia, arvojen kirkastamista, mielenkontrollin heikentämisen tekniikoita, arvojen mukaiseen toimintaan sitoutumista ja itseä-havainnoijan. Ohjattujen 2h kertojen lisäksi osallistujat saivat kotiharjoitteita, jotka perustuivat Vowles ym. [1] aineistoon. Aikaisempia tutkimuksia etsittiin PsycINFO- ja PubMed-tietokannoista. | Psykologi ja fysioterapeutti yhdessä fasilitoivat tapaamisia. |
| McCracken & Jones 2012 | ≥ 60v osallistujat valittiin hoitolaitoksen asiakkaista. Hoitolaitoksessa hoidetaan monimutkaisia ja toimintakykyä laskevia pitkäaikaisesta kivusta kärsiviä asiakkaita. | Hoitojakson kesto oli asiakkaan tarpeesta riippuen joko 3 tai 4 viikkoa. Kesto ei vaikuttanut sisältöön. Päivän sisältö koostui noin 2,25h fyysinen harjoittelu/terapia, 1,5h psykologisia menetelmiä ja 1h toiminnanohjausta, joka sisälsi mm erilaisten taitojen harjoittelua tai muuta elintapoihin liittyvää koulutusta. Käytetyt menetelmät sisälsivät kokemuksellisia harjoitteita, metaforia sekä altistumis- ja mindfulnessharjoitteita. Harjoitteiden tavoitteena oli lisätä psykologista joustavuutta kaikkien sen osa-alueiden kautta. Tarkempi kuvaus hoidon filosofiasta ja sisällöstä McCracken [3] ja Hayes ym. [4]. | Artikkelissa ei mainita erikseen fysioterapeutin ohjaamia osuuksia, mutta voidaan olettaa fysioterapeutin ohjanneen fysioterapian osuuden ja osallistuneen toiminnan ohjaukseen soveltuvin osin. |

- [1] Vowles, K., Wetherell, J. & Sorrell, J. 2009. Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive Behavior Practice* 16, 1, 49–58.
- [2] Wetherell, J., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J., Stoddard, J., Petkus, A., Brittany, C., Solomon, F., Lehman, D., Liu, L., Lang, A. & Hampton Atkinson, J. 2011. Randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 152, 9, 2098–107.
- [3] McCracken, L. 2005. *Contextual Cognitive-Behavioral Treatment for Chronic Pain*. Seattle: IASP Press.
- [4] Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. 1999. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.

Liite 4. Menetelmän vaikuttavuus

| Tutkimus | Käytetyt mittarit | Mittausajankohdat | Tulokset | Johtopäätökset |
|-----------------|--|---|---|---|
| Casey ym. 2019 | Asiakkaan tyytyväisyys BPI K-10 PCS PSEQ FABQ CPAQ CPVI askelmittari | Ennen, jälkeen ja 12kk päästä interventiosta. | 86,7% vastanneista erittäin tyytyväisiä / tyytyväisiä interventioon. <u>Ennen / jälkeen / follow-up</u> BPI 6,69 / 5,73* / 6,00 K-10 27,37 / 24,69* / 22,68 PCS 28,63 / 22,31* / 20,37 PSEQ 23,67 / 30,33* / 28,07 FABQ 15,60 / 13,61** / 13,53 CPAQ 46,95 / 54,83* / 58,98 CPVI 2,12 / 2,56* / 2,34 askelmittari 5916 / 6944* / - | Tulokset viittaavat siihen, että monitieteellinen kivunhoito-ohjelma, jossa yhdistyy harjoittelu ja koulutus HOT-pohjaisiin psykologisiin tapaamisiin, on hyväksyttävä hoitovaihtoehto krooniseen kipuun. Johtopäätöstä tukee osallistujien korkea tyytyväisyys interventioon ja vähäiset poisjäännit. |
| Craner ym. 2019 | Kipu 1-10 PROMIS (kipu, masennus, ahdistus ja terveys) ISI PCS CPAQ PSEQ | Ennen ja jälkeen intervention. | <u>Ennen / jälkeen</u> Kivun intensiteetti 5,92 / 4,48* PROMIS kipu 64,87 / 59,23 * PROMIS masennus 56,99 / 52,26 * PROMIS ahdistus 58,83 / 54,68 * PROMIS fyysinen elämänlaatu 36,22 / 42 ** PREMIS psyykkinen elämänlaatu 37,81 / 43,90 ** ISI 13,86 / 9,39* PCS 22,94 / 12,23* CPAQ 54,76 / 70,79* PSEQ 30,32 / 42,93* | Tutkimuksen tulokset tukevat 10-viikon ketoisen avohoitomuotoisen kipukuntoutuksen mallia. Tutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että tärkeät hoidon osa-alueet kipuasiakkaiden osalta ovat kivun hyväksyntä, minä pystyvyyden tukeminen ja kivun katastrofointi. |
| Vowles ym. 2019 | VT Kipu 1-10 SIP BCMDI PASS CPVI | Hoidon ensimmäisenä ja viimeisenä päivänä sekä 3kk follow-up. | <u>Ennen / jälkeen / follow-up</u> Kipu 6,6 / 5,4* / 6,4 SIP fyysinen kyvyttömyys 0,26 / 0,20* / 0,20 SIP psykososiaalinen kyvyttömyys 0,34 / 0,23* / 0,22 BCMDI 33,6 / 25,2* / 26,1 PASS 50 / 36,4* / 38,5 CPVI -1,7 / -1* / -1,1 | Intervention heikko vaikutus kivun määrään ja kohtalaisen suuri vaikutus muihin toiminnan muuttujiin osoittaa, että HOT:n tavoitteet ovat saavutettavissa. Tuloksien perusteella voidaan olettaa, että sitoutumisen kasvu ennustaa positiivisia tuloksia psykososiaalisen toiminnan osalta, joka tuo sekä teoreettista että käytännön tukea HOT-menetelmille. |

* = tulos parantunut, ** = tulos huonontunut

Taulukko jatkuu sivulla 55.

Taulukko jatkuu sivulta 54.

| Tutkimus | Käytetyt mittarit | Mittausajan kohdat | Tulokset | Johtopäätökset |
|-------------------|--|--|--|--|
| Godfrey ym. 2019 | 1) RMDQ 2) Kipu 1-10 PHQ-9 GAD-7 PSFS WSAS CPAQ CAQ-8 PSEQ | Ennen, 3kk ja 12kk follow-up. | RMDQ parempi 3kk mittauksessa PACT-ryhmässä olijoilla, mutta 12kk mittauksessa ei juurikaan eroa. Ennen / 3kk / 12kk (vertailuryhmä) Kipu 6,0 (6,0) / 4,8* (5,3) / 4,8 (4,8) PHQ-9 7,3 (7,4) / 6,3* (6,6) / 6,6 (7,0) GAD-7 6,1 (6,7) / 5,3* (5,4) / 5,5 (6,1) PSFS 4,5 (4,8) / 5,8* (5,2) / 5,4 (5,7) WSAS 16,9 (16,5) / 13,3* (14,2) / 11,9 (13,00) CPAQ 25,4 (24,3) / 27,4* (26,1) / 28,3 (26,1) CAQ-8 30,7 (32,4) / 32,5* (32,2) / 33,3 (32,2) PSEQ 37,9 (37,3) / 42,00* (39,8) / 41,1 (41,6) | Tulokset ovat rohkaisevia ja osoittavat mahdollisuutta menetelmän hyödyntämiseen alaselän kivusta kärsivillä asiakkailta. Fysioterapia keskeisessä roolissa alaseläkivusta kärsivillä asiakkailta, joten hoidolla voitaisiin saada suurempi vaikuttavuus huomioimalla psykologiset menetelmät. |
| Thompson ym. 2018 | Ohjelman aikana asiakkaiden havainnoimat muutokset käytöksessä | Kerättiin viimeisellä tapaamiskerralla psykologin johdolla. Tavoitteena oli kerätä samalla osallistujille itselleen "Eloonjäämisopas" jatkoa varten. Aineisto käsiteltiin temaattisella analyysillä. | Temaattisen analyysin perusteella 3 pääteemaa: <u>1. Vuorovaikutus itsensä kanssa</u> 1.1. Suhde omiin ajatuksiin, tunteisiin jne → joustavuus, tietoisuus, riskien ottaminen 1.2. Suhde itsen → Ystävällisyys itseä kohtaan 1.3. Arvojen valinta ja tietoisuus 1.4. Suhde kipuun <u>2. Aktiivisuus</u> 2.1. Asennoituminen aktiviteetteihin → joustavasti tekeminen, epäonnistumisten kanssa eläminen, suunnitelmien tekeminen 2.2. Erityiset aktiviteetit <u>3. Vuorovaikutus muiden kanssa</u> 3.1. Suhde muihin → sosiaalisuus, keskittyminen itsen 3.2. Kommunikointi muiden kanssa → avun pyytäminen | Tutkimuksen tulokset osoittavat, että on tärkeää sekoittaa sekä HOT-menetelmiä että yleisempiä kivun kanssa elämisen menetelmiä parhaan lopputuloksen saamiseksi. |

1) = ensisijainen tavoite, 2) toissijainen tavoite * = tulos parantunut, ** = tulos huonontunut

Taulukko jatkuu sivulla 56.

Taulukko jatkuu sivulta 55.

| Tutkimus | Käytetyt mittarit | Mittausajan kohdat | Tulokset | Johtopäätökset |
|------------------------|--|---|--|---|
| Whitney ym. 2017 | Kipu 1-10 PHQ-9 CPAQ AAQ-II CFQ EQ CAQ | Ennen, jälkeen ja 9kk päästä follow-up. | <u>Ennen / jälkeen / follow-up</u> Kipu 7,56 / 6,65* / 6,92 PHQ-9 12,14 / 8,25* / 9,63 CPAQ 30,20 / 33,85* / 33,57 AAQ-II 55,82 / 62,87* / 61,86 CFQ 44,59 / 42,91** / 61,97* EQ 61,71 / 62,00* / 61,97 CAQ 65,46 / 70,35* / 67,23 | Tutkimus tukee HOT-menetelmien mahdollista vaikuttavuutta vanhemmilla kroonisesta kivusta kärsivillä asiakkailta. Tutkimus osoitti, että psykologisen joustavuuden parantuminen ja päivittäinen toiminta voivat olla yhteydessä henkiseen hyvinvointiin. |
| Baranoff ym. 2016 | CSQ CPAQ HADS PASS-20 | Ennen ja jälkeen intervention. | <u>Ennen / jälkeen</u> CSQ-CAT 17,67 / 15,12 CPAQ 47,30 / 58,66* HADS masennus 10,07 / 8,91* HADS ahdistus 10,89 / 9,41* PASS 41,76 / 41,62 | Matalatehoinen ryhmämuotoinen HOT-menetelmiin perustuva intervention oli tehokas ja osoitti samoja tuloksia kuin aikaisemmat tutkimukset. ¾ osallistujista raportoi muutoksia vähintään yhdellä mitatuista osa-alueista. |
| McCracken & Jones 2012 | Kipu 1-10 CPAQ AAQ-II MAAS CPVI BCMDI PASS-20 SIP | Ennen, jälkeen ja 3kk follow-up. | <u>Ennen / jälkeen / follow-up</u> Kipu 7,68 / 6,09* / 5,95 CPAQ 52,72 / 75,94* / 72,67 AAQ-II 40,19 / 43,08* / 44,50 MAAS 3,88 / 3,99* / 2,92 CPVI 2,36 / 2,95* / 2,92 BCMDI 23,24 / 16,57* / 15,54 PASS-20 39,00 / 30,40* / 29,53 SIP fyysinen kyvyttömyys 0,29 / 0,19* / 0,23 SIP psykososiaalinen kyvyttömyys 0,26 / 0,17* / 0,16 | Tulosten perusteella voidaan arvioida, että HOT:an perustuva hoito voi merkittävästi parantaa fyysistä ja psykososiaalista kyvyttömyyttä sekä masennuksen jälkeistä hoitoa vanhemmilla asiakkailta, joilla on kroonista kipua. Tulokset vaikuttavat lupaavilta verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin. Ryhmämuotoinen terapia tukee saatuja tuloksia. |

* = tulos parantunut, ** = tulos huonontunut

AAQ-II Acceptance and Action Questionnaire – II mittaa yleisesti psykologista hyväksyntää tai halukkuutta kokea vaikeita tunteita. Kyselyssä arvioidaan asteikolla 1-7 ovatko väittämät tosia. Mitä suurempi yhteenlaskettu summa, sitä suurempi hyväksyntä. (Whitney ym. 2016, 256.)

BCMDI British Columbia Major Depression Inventory on 20 kohtainen kysely, jolla arvioidaan masennuksen oireita ja vaikutuksia arkeen. Arviointi 1-5, jossa suurempi lopputulos kertoo laajemmista ongelmista. (McCracken & Jones 2012, 863.)

| | |
|---------|---|
| BPI | Brief Pain Inventory -mittarin avulla voidaan mitata kivun intensiteettiä ja vaikutusta aktiivisuuteen, mielialaan, liikkumiseen, työhön, nukkumiseen, ihmissuhteisiin ja elämästä nauttimiseen. Arviointi 0-10, jossa suurempi luku ilmaisee huonompaa kivun intensiteettiä ja vaikuttavuutta. (Casey ym. 2019, 3.) |
| CAQ | Committed Action Questionnaire voidaan käyttää mittaamaan sitoutunutta toimintaa tai joustavuutta tavoitteen ohjaamassa toiminnassa. Arviointi 0-6, jossa 0 ei koskaan totta ja 6 aina totta. Mitä suurempi tulos, sitä sitoutuneempi toiminta. (Whitney ym. 2016, 256.) |
| CFQ | Cognitive Fusion Questionnaire kertoo ajatusten sisällön dominoinnista kokemukseen ja toimintaan nähden sekä ajatusten sisällön ja viitattujen tapahtumien erosta. Kyselyssä on väittämiä, jotka arvioidaan asteikolla 1-7, jossa 1 on ei koskaan totta ja 7 aina totta. Mitä suurempi loppusumma, sitä suurempi kognitiivinen fuusio. Whitney ym. 2016, 256.) |
| CPAQ | Chronic Pain Acceptance Questionnaire on 20-kohtainen mittari, joka kertoo asiakkaan halukkuudesta kokea kipua ja pitää yllä elämän aktiivisuutta kivusta huolimatta. Arviointi 0-6, jossa suurempi yhteistulos kertoo suuremmasta kivun hyväksymisestä. (Craner ym. 2019, 48.) |
| CPVI | Chronic Pain Values Inventory mittaa perheen, intiimien ihmissuhteiden, ystävien, terveyden, työn ja kasvun tai oppimisen tärkeyttä. Arviointi 0-5, jossa korkeampi tulos kertoo onnistumisesta arvojen mukaisen elämän elämisessä tai arvojen ja menestyksen välisestä tärkeydestä. (Casey ym. 2019, 4) Vowles ym. (2019, 48) mitä negatiivisempi tulos, sitä korkeampi eroavaisuus arvojen ja oman elämän välillä. |
| CSQ | Coping Strategies Questionnaire |
| EQ | Experiences Questionnairen avulla arvioidaan tietoisuutta psykologisesta joustavuudesta. Kyselyssä on 14 kohtaa ja arviointi 1-5. Suurempi lopputulos viittaa suurempaan tietoisuuteen psykologisesta joustavuudesta. (Whitney ym. 2016, 256.) |
| GAD-7 | General Anxiety Disorder-7 |
| FABQ | Fear Avoidance Beliefs Questionnaire:n avulla arvioidaan, kuinka pitkään asiakas on halukas tuntemaan kipua ja olemaan haluamatta muuttamaan sitä sekä mitkä toiminnot onnistuvat kivusta huolimatta. Kyselyssä suurempi tulos indikoi suurempaa kivun hyväksyntää. (Casey ym. 2019, 4.) |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale -kyselyssä on yhteensä 14 kohtaa: 7 masennukseen ja 7 ahdistukseen liittyen. Arviointi on 0-3. Mitä suurempi yhteistulos sitä suurempi ongelma on kyseessä. (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) n.d.) |
| ISI | Insomnia Severity Index, seitsemän kohtainen mittari, joka arvioi vaikeutta nukahtaa ja nukkua, liian aikaisin heräämistä, tyytyväisyyttä ja ahdistusta nukkumiseen liittyen ja unen vaikuttavuutta elämään yleisesti. Mitä suurempi arvo, sitä suurempi vaikeus. (Craner ym. 2019, 47.) |
| K-10 | Kessler-10 mittaa psykologista ahdistusta viimeisen 30 päivän aikana. Tulokset ovat 10 ja 50 välillä, missä 20-24 voi viitata lievään, 25-29 keskimääräiseen ja yli 30 vakavaan mielenhäiriöön. (Casey ym. 2019, 3.) |
| MAAS | Mindfulness Attention Awareness Scale on 15 kohtainen kysely, joka arvioi hetkessä elämisen toteutumista. Arviointi 1-6, jossa suurempi keskiarvo kertoo suuremmasta hetkessä elämisen taidosta. (McCracken & Jones 2012, 863.) |
| PASS-20 | Pain Anxiety Symptoms Scale – 20 mittaa kipuun liittyvää pelkoa ja välttelyä. Arviointi 0-5, jossa suurempi lopputulos kertoo suuremmasta ahdistuksesta. (McCracken & Jones 2012, 863.) |
| PCS | Pain Catastrophizing Scale on 13-kohtainen mittari kivun katastrofioinnin vaikutuksesta kipuun. Vaikutukset voivat olla muun muassa avuttomuus, pohdiskelu ja suurentelu. Arviointi 0-4. Mitä suurempi arvo, sitä enemmän katastrofioinnin vaikutusta. (Craner ym. 2019, 47-48.) |
| PHQ-9 | Patient Health Questionnaire mittaa asiakkaan masennusoireiden vakavuutta, missä asiakas raportoi viimeisen kahden viikon aikana kokemiansa masennusoireita. Arviointi 0-3, jossa 0 kertoo, ettei oireita ole ja 3 niiden olevan lähes päivittäisiä. Suurempi lopputulos viittaa suurempiin masennusoireisiin. (Whitney ym. 2016, 255.) |
| PGIC | Patient Global Impression of Change |
| PROMIS | Patient Reported Outcomes Measurement Information System on viitekehys, joka sisältää useita osa-alueita ja sen avulla voi arvioida fyysistä toimintakykyä, kipua, emotionaalista ahdistusta, sosiaalista toimintakykyä, fatiikkia ja yleistä terveyttä. Kipu-, masennus- ja ahdistusosuudet arvioidaan asteikolla 1-5, jossa 1 on ei koskaan ja 5 aina. PROMIS elämänlaatu arvioidaan yhteenlasketun tuloksen mukaan, missä ≤ 45 on raja lievälle, ≥ 40 keskimääräiselle ja ≤ 30 vakavalle elämän laadun alenemiselle. (Craner ym. 2019, 47.) |

| | |
|------|---|
| PSEQ | Pain Self-Efficacy Questionnaire on 10-kohdan mittari, joka arvioi yksilön kykyä tulla toimeen kivun kanssa ja olla aktiivinen kivun aikana. Arviointi 0-6, jossa suuremmat tulokset kuvaavat suurempaa minäpystyvyyttä. (Craner ym. 2019, 48.) |
| PSFS | Patient-Specific Functional Scale |
| RMDQ | Roland Morris Disability Questionnairessa on 24 lausetta, joista asiakas valitsee ne, jotka kuvaavat hänen toimintojaan. Mitä suurempi tulos, sitä suurempi kyvyttömyys. (Roland-Morris Low Back Pain And Disability Questionnaire n.d.) |
| SIP | Sickness Impact Profiles pitää sisällään sekä fyysisen että psykofyysisen kyvyttömyyden arvioinnin. Arviointi 0-1, jossa suuremmat arvot ilmaisevat suurempaa kyvyttömyyttä. (Vowles ym. 2019, 48.) |
| VT | Values Tracker |
| WSAS | Work and Social Adjustment Scale |