



Karelia-ammattikorkeakoulu
Fysioterapeutti (AMK)

Kokemuksia psykofyysisen fysioterapian hyödyntämisestä lantionpohjan kivun hoidossa

Noora Laitinen

Opinnäytetyö, Joulukuu 2022

www.karelia.fi



OPINNÄYTETYÖ
joulukuu 2022
Fysioterapiakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä(t)
Noora Laitinen

Nimeke
Kokemuksia psykofyysisen fysioterapian hyödyntämisestä lantionpohjan kivun hoidossa

Toimeksiantaja
Lehmolan Fysioterapia Oy, Jonna Joukanen

Tiivistelmä

Kolmasosa naisista on kokenut lantionpohjan kiputiloja. Kivun syytä ei usein tiedetä, mutta henkisten tekijöiden uskotaan joskus laukaisevan kiputuntemukset. Psykofyysisestä lähestymistapaa on yleisesti tutkittu kivunhoidossa, mutta lantionpohjan kivun hoidossa sitä on tutkittu vähän.

Työn tavoitteena oli kuvata fysioterapeuttien kokemuksia psykofyysisen fysioterapian käytöstä osana lantionpohjan kipujen fysioterapiaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa psykofyysisen fysioterapian keinojen hyödyntämisestä osana lantionpohjan kivun fysioterapiaa. Opinnäytetyö toteutui laadullisena tutkimuksena, jossa haastattelin kahta lantionpohjan fysioterapeuttia. Haastattelu litteroitiin ja analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Lantionpohjan fysioterapeutit käyttävät lantionpohjan kivunhoidossa biopsykososiaalista mallia, hyödyntävät polyvagaaliteoriaa, kehollisuuden korostamista ja moniammatillisuuden mukanaan tuomia mahdollisuuksia. Kolmea ensimmäistä menetelmää käytetään fysioterapiassa kattavasti, sen sijaan moniammatillisuuteen toivotaan vielä laajempaa asiantuntijoiden osallisuutta ja tiimityöskentelyä.

Kieli
suomi

Sivuja 39
Liitteet 4
Liitesivumäärä 4

Asiasanat
lantionpohjan kipu, psykofyysinen fysioterapia, biopsykososiaalinen malli



THESIS
December 2022
Degree Programme in Physiotherapy

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+ 358 13 260 600 (switchboard)

Author (s)
Noora Laitinen

Title
Experiences in utilizing psychophysical physiotherapy in pelvic floor pain treatment

Commissioned by
Lehmolan Fysioterapia Oy, Jonna Joukanen

Abstract
Third of the women have experienced pelvic floor pains. The reason for the pain is often not known but it is believed that mental factors sometimes trigger feelings of the pain. Psychophysical approach has been generally researched in pain treatments but there has been only little research in its application on pelvic floor pain treatment.

The objective of this work was to describe physiotherapists' experiences on using psychophysical physiotherapy as a part of pelvic floor pain physiotherapy. Thesis was meant to produce information on utilizing psychophysical physiotherapeutic means as a part of pelvic floor pain physiotherapy. The thesis was done as qualitative research where two pelvic floor therapists were interviewed. The interviews were transcribed and analyzed with content analysis.

The pelvic floor physiotherapists use biopsychosocial model with pelvic floor pain treatment, utilize polyvagal theory, highlight physicality and the possibilities multi-professionalism brings. Three methods are used widely in physiotherapy but regarding multi-professionalism, it is hoped that even wider expert involvement and teamwork would be done.

Language
Finnish

Pages 39
Appendices 4
Pages of Appendices 4

Keywords
Pelvic floor pain, Psychophysical physiotherapy, Biopsychosocial model

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Lantion alueen anatomia ja fysiologia	6
2.1	Lantion luut	6
2.2	Lantion nivelet ja nivelsiteet	6
2.3	Lantion pohjan lihaksisto	6
2.4	Lantion alueen hermotus ja fasciakalvot	8
2.5	Virtsaaminen ja ulostaminen	9
3	Lantion pohjan fysioterapia	10
3.1	Lantion pohjan kivun syitä	10
3.2	Lantion pohjan kivun syitä	11
4	Psykofyysinen fysioterapia kivunhoidossa	12
4.1	Kipu	12
4.2	Psykofyysinen fysioterapia	14
4.3	Polyvagaaliteoria	15
4.4	Biopsykososiaalinen malli	15
4.5	Psykofyysisen fysioterapian hoitomenetelmiä kipufysioterapiassa	16
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	19
6	Opinnäytetyön toteutus	19
6.1	Laadullinen eli kvalitatiivinen opinnäytetyö	19
6.2	Osallistujien rekrytointi ja aineiston keruu	21
6.3	Teemahaastattelut	22
6.4	Aineiston analysointi	22
7	Tutkimuksen tulokset	24
7.1	Haastatteluun osallistujat	24
7.2	Terapian sisältö lantion pohjan fysioterapeuttien näkökulmasta	25
7.3	Biopsykososiaalinen lähestymistapa	26
7.4	Polyvagaaliteorian hyödyntäminen terapiassa	27
7.5	Kehollisuus	28
7.6	Terapian toteutuksen haasteet	29
8	Pohdinta	30
8.1	Tutkimustulosten tarkastelua	30
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	32
8.3	Oma ammatillinen kasvu	34
8.4	Jatkotutkimusideat	35
	Lähteet	36

Liitteet

- Liite 1 Esimerkkitaulukko sisällönanalyyseistä
- Liite 2 Suostumuslomake
- Liite 3 Esitietolomake haastateltaville
- Liite 4 Teemahaastattelun kysymykset

1 Johdanto

Jopa kolmasosa aikuisikäisistä naisista on kärsinyt lantionpohjan toimintahäiriöistä. Lantionpohjan toimintahäiriöt ilmenevät hyvin laajakirjoisesti; seksuaalisen toimintojen häiriönä, virtsaamiseen ja ulostamiseen liittyvinä vaivoina, gynekologisten elinten ja peräsuolten laskeumina ja lantion alueen kiputiloina. (Tiitinen 2021 a.)

Krooninen lantionalueen kiputila ilmenee usein alavatsan alueella, ja kipu on pitkittynyt useiden kuukausien mittaiseksi. (Bonnema, Mcnamara, Harsh & Hopkins, 2018). Lantionpohjan kiputila voi ilmetä puolestaan kohtauksittain tai se voi olla jatkuvaa kipua. Kipu paikantuu usein syvälle peräsuolen alueelle tai laajemmin lantion alueelle. Vammamekanismia tai suolesta johtuvaa syytä ei löydetä, mikä vaikeuttaa oireiden hoitoa. On arveltu, että lantionpohjan kipu aiheutunee lantionpohjan kouristuksista, mutta itse syy jää epäselväksi. Kipua esiintyy yleensä yöllä ja on arveltu, että henkiset kuormitustekijät voisivat mahdollisesti laukaista kipukohtauksen. Kipu kestää muutamasta minuutista jopa tunteihin ja kipu tuntuu puristavana, joskus hyvinkin kovana kipuna. (Saarelma 2021.)

Kroonisen lantionalueen kiputiloista löytyy tutkittua tietoa, mutta nimenomaan lantionpohjan kiputiloista olevia tutkimuksia ei juurikaan ole. Molempien alueiden kipualueet kuitenkin linkittyvät toisiinsa, koska lantionpohja on osa lantion aluetta. Käytän siksi ensin mainittuja tutkimuksia teoreettisena tietopohjana opinnäytetyössäni. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata fysioterapeuttien kokemuksia psykofyysisen fysioterapian käytöstä osana lantionpohjan kipujen fysioterapiaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa psykofyysisen fysioterapian keinojen hyödyntämisestä osana lantionpohjan kivun fysioterapiaa.

2 Lantionalueen anatomia ja fysiologia

2.1 Lantion luut

Lantio muodostuu oikeasta ja vasemmasta suoliluusta (os ilium), istuinluusta (os ischium), häpyluusta (os pubis), ristiluusta (os sacrum) ja häntäluusta (os coccygis). Lantion etupuolelta lantioluut yhdistyvät häpyliitoksen (symphysis pubis) avulla. Lantion takaosassa taas suoliluut yhdistyvät risti-suoliluuliitoksella (art. sacroiliaca). Suoliluu, joka muodostaa lonkkamaljan, on lantion isoin luu. Suoliluun ylä- ja alaetukärkeen yhdistyy keskivartaloon ja alaraajoihin vaikuttavia lihaksia. (Sand, Sjaastaad, Haug & Bjålie 2011, 229.)

2.2 Lantion nivelet ja nivelsiteet

Lantiossa on rustoliitoksia, jotka yhdistävät lantionalueen luita. Lantion edessä on häpyliitos (symphysis pubis), joka on rusto-sidekudosliitos. Häpyliitoksen ylä- ja alapinnassa olevat ligamentti- ja faskiarakenteet yhdistyvät alaraajojen ja vatsan alueen lihaksiin. SI-nivel eli suoli-ristiluuliitos yhdistää suoliluut lantion takana. Risti-häntäluunivel (art. sacrococcygea) sijaitsee lantionrenkaan edessä. Liitosta yhdistää kolme nivelsidettä eli sacrococcygea-ligamentit. Ligamentit ovat joustavarakenteisia ja sallivat pientä liikettä, jota tapahtuu esimerkiksi synnytyksessä. (Heiskanen, Jenfors, Parantainen, Camut, Isotalo, Luomala, Sinisalo, Törnävä & Palomäki 2020, 56-57.)

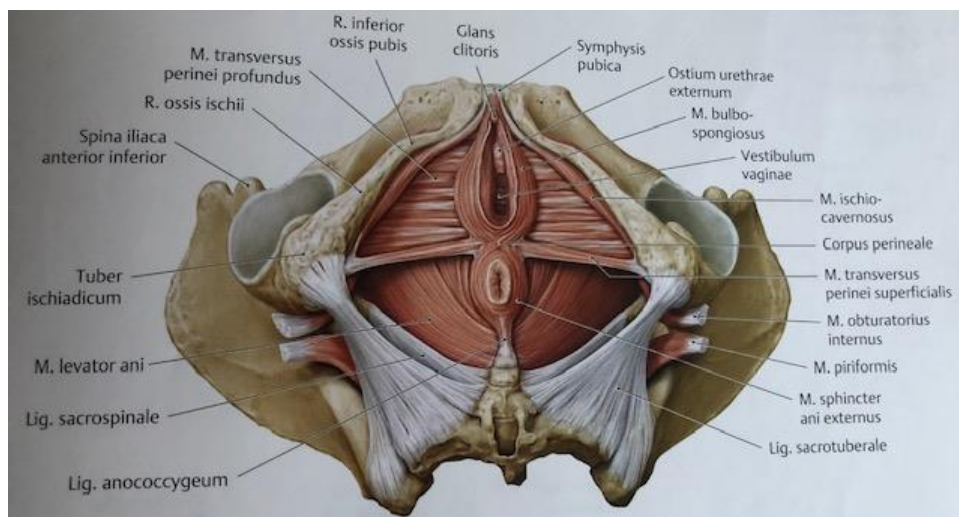
2.3 Lantionpohjan lihaksisto

Naisilla lantionpohjan lihakset ovat lantioarenkaan sisällä ja muodostavat kolmikerroksisen lihaksiston (Kuva 1). Syvimmän kerroksen lihaksistoa kutsutaan yhteisnimitykseltään m. levator ani. m. levator ani jaetaan kolmeen lihaksistoon: m. pubogogygeus, m. puborectalis ja m. iliococcygeus. Tämä kolmiosainen lihaksisto vaikuttaa lantionpohjan sekä peräsuolen kannatteluun.

Näistä lihaksista voidaan puhua yleisnimitykseltään lantionpohjan kohottajalihakset. Samasta kerroksesta löytyvät myös m. coccygeus, m. piriformis ja m. obturatorius interneus. (Gilroy, M., MacPherson, B R. & Ross, L M. 2013; Heiskanen, ym. 2020, 60–61.)

Keskimmäisen kerroksen lihakset, urogenitaalihihakset, ovat m. transversus perinei profundus, m. sphincter urethrovaginalis ja m. compressor urethrae. Näiden lihasten tehtävänä on tukea lantionpohjaa ja avustaa virtsan pidätyksessä.

Alimpaan kerrokseen kuuluvat perineaalilihakset, joiden tehtäviä ovat muun muassa tukea seksuaalisia toimintoja ja kannatella peräsuolta sekä sulkea virtsaputkea. Näihin lihaksiin lukeutuu m. transversus perinei superficialis, m. sphincter ani externus, m. sphincter urethrae externus, m. ischiocavernosus ja m. bulbocavernosus. (Gilroy, MacPherson, & Ross, 2013; Heiskanen ym. 2020, 60–61.)



Kuvio 1. Lantionpohjan lihakset. (Gilroy, MacPherson, & Ross, 2013, 227.)

Lantionpohjan lihakset ovat tärkeä osa seksuaalista nautintoa. Naisen ulko- ja sisäsynnyttimet ovat lisääntymisen, hormonitoiminnan ja mielihyvän paikka. Naisen sukupuolielimet sijaitsevat pienen lantion alueella ja nämä jaetaan kahteen pääryhmään: ulko- ja sisäsynnyttimiin. Ulkosynnyttimiin luetaan häpykukkula, isot -ja pienet häpyhuulet, klitoris, emättimen eteinen ja emättimen

aukko. Tästä käytetään yleisnimitystä vulva. Sisäsynnyttimiin luetaan emätin, kohtu, munasarjat ja munanjohtimet. Naisen klitoris on hyvin hermotettu, sillä siinä on yli 8000 hermopäätettä. Seksuaalisen kiihotuksen yhteydessä klitoris usein jäykistyy ja suurenee. (Heiskanen ym. 2020, 72–73.)

Seksuaalisuus vaikuttaa läpi elämänkaaren, mutta sen ilmenevyydet vaihtelevat eri elämänvaiheissa. Lapsuudessa syntyy jo perusta seksuaaliselle minäkuvalle ja kehitykselle. (Kosunen, Cacciatore & Hervonen 2003.)

Seksuaalisuus on olennainen osa ihmisyyttä. Siihen kuuluu seksuaalinen kehitys, biologinen sukupuoli, sukupuoli-identiteetti ja seksuaalinen suuntautuminen. (Mielenterveystalo 2022.)

2.4 Lantion alueen hermotus ja fasciakalvot

Lantionalueen hermotus koostuu tahdonalaisesta ja tahdosta riippumattomasta hermostuksesta. Lantion alueen hermotus vaikuttaa muun muassa virtsaamiseen, suolen tyhjentymiseen ja seksuaalisiin toimintoihin. (Heiskanen ym. 2020, 66.) Lantion alueella kulkee hermotusta ja ne voidaan jakaa kolmeen eri hermotusalueeseen. Näitä alueita ovat sensorinen, motorinen ja autonominen hermotus. Sensorinen hermotus on lantionalueen ihon pinnalla oleva hermotusalue. Se muodostuu kahdesta eri järjestelmästä dermatomaalisesta hermotuksesta sekä perifeerisistä hermoista. (Heiskanen ym. 2020, 244–245.)

Perifeeriset hermot muodostavat erikokoisia alueita lantion iholla ja siellä on useampia hermojuuria. Lantionpohjan kipuja tarkastellessa hermotus on keskeisessä osassa kivun kokemisen kannalta, koska n. pundenduksen haaroja on sensorisen hermotuksen alueella. n. pundenduksen hermotus on laaja. Se hermottaa ulkoisia sukupuolielimiä. Eri tuntuksia kipuja tarkastellessa kivun ollessa tarkkarajaista ja terävää, A-delta-säikeet kuljettavat nopeita viestejä aivoihin. Kivun ollessa jomottavaa tai epämääräistä kivusta tulee viesti myelinisoitumattomia C-säikeitä pitkin aivoihin. (Heiskanen ym. 2020, 66–68.)

Faskia antaa lantionalueelle tukea ja tukipohjan. Faskia toimii lihasten kanssa yhteistyössä ja tätä kokonaisuutta tarkastellaan usein yhdessä. (Heiskanen ym. 2020, 64–65.)

2.5 Virtsaaminen ja ulostaminen

Virtsarakko on kolmikerroksinen pussimainen elin, joka sijaitsee häpyluiden ja häpyliitoksen takana. Lantionpohjan lihakset ja lantionalueen lihaskalvot ovat vahvassa roolissa virtsarakon kannattelussa. Rakon takana sijaitsee naisilla emätin ja osittain kohtu. Vatsakalvo erottaa rakon vatsasta. (Heiskanen ym. 2020, 70.)

Virtsarakon tehtävänä on varastoida ja tyhjentää virtsaa. Tämä perustuu rakkoa verhoavan sileän sulkijalihaksen rentoutumiseen ja seinämässä sijaitseva kerrostunut venyvä epiteeli antaa taas mahdollisuuden rakon venymiselle. (Heiskanen ym. 2020, 70) Täyttövaiheen aikana rakon sileä seinämälihas (m. detrusor) veltostuu, koska sympaattinen hermoston aktiivisuus on vallitseva. Rakon tyhjentäessä aivojen tahdonalainen kontrolli vapauttaa virtsaputken uloimman sulkijalihaksen relaksoitumaan ja näin ollen parasympaattinen aktiivisuus on päällä. Tämä edesauttaa virtsarakon tyhjäntäystä koska virtsarakon seinämälihas supistuu. (Leppäluoto, Kettunen, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa & Lätti 2017, 289–290.) Virtsaa kulkeutuu rakkoon munuaisista kahden virtsajohtimen rytmisen supistelun ja painovoiman avulla noin 1–2 litraa vuorokaudessa (Heiskanen ym. 2020, 70).

Ulostamisen onnistumiseen tarvitaan paksusuolen peristaltiikkaa, supistelevaa liikettä, lantionpohjan tukea, vatsalihasten ja pallean yhteistyötä, peräsuolen supistumista, m. puborectaliksen rentoutumista ja sulkijalihasten oikea-aikaista toimintaa. Kaksi lihasrengasta; sisempi (m. spincter ani internus) –ja ulompi sulkijalihas (m. spincter ani externus) vaikuttavat ulosteen pidätyskykyyn. Sisemmän sulkijalihaksen tehtävänä on pitää peräaukon kanava suljettuna. (Heiskanen ym. 2020, 220.) Ulosteen laskeuduttua peräsuoleen, sisempi ja ulompi sulkijalihas sekä m. puborectalis ovat rentoutuneet. m. puborectaliksen rentoutuminen suoristaa myös anorektaalikulman ja lantionpohjan lihakset

laskeutuvat alaspäin. Tämä on normaalin ulostamisen edellytys. (Kairaluoma 2009.) Lihasten rentoutuminen avaa peräaukonkanavan yläosan. Ulompi sulkijalihas on taas tahdonalainen, sillä se voi pidättää ulosteen tuloa. Kun ulompi sulkijalihas rentoutuu, ulostaminen on mahdollista. (Heiskanen ym. 2020, 220.)

3 Lantionpohjan fysioterapia

3.1 Lantionpohjan kivun syitä

Lantionpohjan kipua on vaikea tutkia ja arvellaan, että kipu aiheutunee lantionpohjan lihasten kouristuksista. Kouristelujen syytä ei tunneta. On arveltu, että henkiset tekijät kuten stressitekijät, yhdistyvät kipukokemukseen. Kipu tuntuu puristavana ja joskus voi olla hyvinkin lamaannuttavan kovaa kipua. Kivun alue vaihtelee lantion lihasten kouristuksen mukaan, mutta yleisemmin kipu tuntuu peräsuolen seudulla. (Saarelma 2021.)

Vulvodynialla tarkoitetaan naisen ulkosynnyttimien kroonistuvaa kiputilaa, jonka yhteydessä tyypillisiä oireita ovat polttelu, pistely, arkuus ja kutina. Näiden oireiden taustalla ei usein löydetä mitään elimellistä sairautta. Vulvodyniasta kärsii 4–18 prosenttia naisista. Vulvodynian synnylle altistavia tekijöitä ovat muun muassa hormonaaliset tekijät, autoimmuunisairaudet, emätin- ja virtsatulehdukset, psyykkiset ominaisuudet, masennus ja perinnölliset tekijät. Vulvodynian taustalla löytyy usein ylijännittänyt lanneselkä tai ylijännittyneet lantionpohjan lihakset. Ne ovat usein yhteydessä kehon asennon kokemiseen ja stressiin. (Heiskanen 2020, 166–171.)

Endometrioosista puhutaan, kun kohdun limakalvon kaltaista kudosta sijaitsee kohtuontelon ulkopuolella vatsakalvolla ja pikkulantion elimissä. Tämä aiheuttaa elimistöön kroonisen tulehdusreaktion. Taudin oireet ovat monikirjoisia ja ne riippuvat pesäkkeiden sijainnista. Endometrioosin diagnostiikka on vaikeaselitteistä, koska osa tapauksista voi olla myös oireettomia.

Endometrioosi aiheuttaa hedelmättömyyttä. Endometriosisin oireita ovat: kovat kuukautiskivut, alavatsakivut, lantionalueen kivut ja yhdyntäkivut.

Endometriosisiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta oireita voidaan yrittää lievittää. Lääkehoidoilla voidaan yrittää helpottaa oireita, mutta hoitopolku valitaan aina yksilöllisesti. (Perheentupa & Härkki 2019, 108–109, 114.)

Laskeumista puhuttaessa tarkoitetaan lantionpohjan lihasrakenteen- ja sidekudoksen heikkenemistä ja sen myötä tapahtuvaa lantionpohjan tuen pettämistä. (Tiitinen 2021b.) Tämän seurauksena tapahtuu lantion elinten laskeutumista. Laskeutumista voi tapahtua joko kohdusta, virtsarakosta tai peräsuolesta. Erityyppiset laskeumat voivat esiintyä myös yhdessä. Laskeuma oireilee muun muassa virtsaerityksen tai ulostamisen vaikeutena sekä painon tunteena lantionpohjassa. Lisäksi on tyypillistä, että emättimessä tuntuu kipua. Laskeumat ovat melko yleisiä ja tutkimusten mukaan noin 30 prosentilla naisista on laskeuma, mutta osa niistä on oireettomia. Laskeuman syitä on monia. Perintötekijät, synnytykset, ylipaino, lantionpohjan lihasten harjoittelun puute, raskaiden taakkojen kantaminen, ummetus ja pitkittynyt yskä lukeutuvat laskeumien riskitekijöihin. (Heiskanen ym. 2020, 128–129.)

3.2 Lantionpohjan kivun syitä

Lantionpohjan fysioterapialla tarkoitetaan terapiamuotoa, jossa hoidetaan ja harjoitetaan virtsaamis- ja ulostamishäiriöitä, seksuaalisen toimintojen sujuvuuden parantamista, lantion alueen tunnistamista sekä keskikehon ja alaraajojen toiminnan harjoittamista. (Heiskanen ym. 2020, 40.) Erilaisia lantionpohjan toimintahäiriöitä esiintyy noin kolmasosalla naisia. Yleisempiä toimintahäiriöitä ovat virtsaamisen ja ulostamisen liittyvät vaikeudet, gynekologisten elinten ja peräsuolten laskeumat, lantion ja genitaalialueen kiputilat, seksuaalitoimintojen häiriöt ja vartalon hallinnan häiriöt. (Kauranen 2021, 628.)

Ensisijainen hoitomuoto lantionpohjan fysioterapiassa on konservatiivinen. Lähestymistapoja on monia. Tärkeä osa lantionpohjan fysioterapiassa ovat

tunnistamis- ja supistamisharjoitukset. Harjoittelu alkaa fysioterapeutin ohjeistuksella ja sen jälkeen asiakas jatkaa itsenäistä harjoittelua. Kun asiakas oppii tunnistamaan lantionpohjan lihakset, jatketaan harjoittelua lantionpohjan lihasten vahvistamisharjoituksilla. (Kauranen 2021, 636–637.) Jos lantionpohjan lihasten harjoittelussa on vaikeuksia, voidaan lihasharjoitteluun yhdistää biopalautehoitoa tai sähköstimulaatiohoitoa. (Kauranen 2021, 638–639.)

Vulvodyniassa fysioterapian tavoitteena on palauttaa lantionpohjan lihasten normaali toiminta, vähentää kipua ja parantaa sukupuolielämää.

Fysioterapiassa käytetään lantionpohjan lihasten vahvistavia harjoituksia, pehmytkudos mobilisaatiota, lantion alueen nivelten manipulointia, myofaskiaalista käsittelyä ja sähköstimulaatiota. (Kauranen 2021, 640.)

Kroonisessa lantionpohjan kivussa hoito on biopsykososiaalista lähestymistapaa hyväksi käyttävää asiakkaan ollessa asiantuntijana kivussaan ja ollen aktiivisessa vuorovaikutuksessa fysioterapeutin kanssa. (Speer, Mushkbaar & Erbele 2016.)

Vaginismin ja yhdyntäkipujen fysioterapiassa voidaan käyttää erilaisia hengitys- ja rentoutusharjoituksia. Lisäksi emättimen venytysharjoitukset kuuluvat fysioterapian hoitomuotoihin. Osa asiakkaista tarvitsee lisäksi seksuaaliterapiaa pelkotilojen ja ahdistusoireiden takia. (Kauranen 2021, 641.)

4 Psykofyysinen fysioterapia kivunhoidossa

4.1 Kipu

Kipu on monisyinen ilmiö ja sitä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Kivun tehtävänä on varoittaa vaarasta. Kipuaistimus on todella tärkeässä osassa elossa säilymiselle. Kipu on yleisin syy hakeutua esimerkiksi lääkärin luokse. Kipua voidaan luokitella monin eri tavoin. Syntymekanismien mukaan luokiteltu kipu jaetaan nosiseptiseen eli kudonsvauriokipuun, neuropaattiseen eli

hermovauriokipuun ja idiopaattiseen eli kipuun, jota ei mekanismeiltaan tunneta. (Haanpää & Pohjolainen, 2015.)

Kipua voidaan luokitella myös keston mukaan. Kipu jaetaan tällöin akuuttiin ja krooniseen kipuun. Kipu on krooninen, kun se ylittää kolmen kuukauden rajan tai kun kivun kesto ylittää kudosisvaurion paranemisen ajan. Kroonisen kivun syytä voi olla monia: jatkuva nosiseptoreiden ärsytys, vaurio kipuradassa tai sentraalisessa kipuaistin säätelyjärjestelmässä. Kivun olemassaolo voi olla totta, vaikka itse kipua aiheuttavaa kudospäristä syytä ei löydetä. (Haanpää & Pohjolainen, 2015.)

Kipuun liittyy paljon psykologisia tekijöitä. Ongelmat tunne-elämässä ja mielialassa vaikuttavat suuresti kipukokemukseen. Pitkäkestoinen kipu voi aiheuttaa ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja se voi rajoittaa pahimmillaan jokaista osa-aluetta elämässä. Myös kognitiiviset tekijät, esimerkiksi ajatukset ja kuulopuheet, voivat pahentaa kipukokemuksia. Kipujen katastrofointi voi lamaannuttaa ja vaikuttaa arkeen negatiivisesti, jopa lamauttavasti. (Haanpää & Pohjolainen, 2015.) Kivunhoitoa on syytä lähestyä moniammatillisesti, koska kipu vaikuttaa moneen eri osa-alueeseen elämässä. Moniammatillisen kuntoutuksen on todettu parantavan kipupotilaan elämänlaatua. (Speer, ym. 2016.; Holopainen 2020b, 180–190; Jalonen 2018, 48.)

Kiputuntemukset ovat kaikilla erilaisia: jotkut kiputuntemukset lamaannuttavat pahoin, eikä oman elämän hallinnasta tule mitään. Ihmiset, joilla ei ole vastaavia kipukokemuksia voivat vähätellä kipua. Vertaistuki on erityisen tärkeää kipuasiakkaalle. Vertaistuella tarkoitetaan omien tuntemusten jakamista omista kokemuksistaan. Vertaistuen avulla saa sosiaalisia kontakteja ja se myös mahdollistaa kertoa omista tuntemuksistaan. (Hirn & Köykkä 2020, 471–475.)

4.2 Psykofyysinen fysioterapia

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala. Psykofyysinen fysioterapia eroaa perusfysioterapiasta siinä, että terapia ja työskentelytapa on enemmänkin kokonaisvaltaista eikä oirekeskeistä. Fysioterapiaa ohjaa ymmärrys siitä, että keho toimii yhdessä mielen kanssa eivätkä ne ole erilisiä osa-alueita. (Heiskanen ym. 2020, 239.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa keskeisessä osassa on asiakkaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus. Asiakas ja terapeutti ovat yhdenvertaisia ja terapeutti auttaa asiakasta löytämään omat voimavaransa ja vahvuutensa minäpystyvyyden kautta. Psykofyysisessä toimintatavassa terapeutilla ei ole valmiita vastauksia, vaan terapia etenee asiakkaan ehdoilla, kehotietoisuuden kautta. (Heiskanen, ym. 2020, 239.) Jotta saavutetaan kehotietoisuus täytyy ihmisen ymmärtää, että hän itse on oman kehonsa toimintojen tuottaja. Oman elämän erilaiset kokemukset muovaavat tämänhetkistä tietoisuutta. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 32–34.) Psykofyysinen lähestymistapa asiakkaan hyvässä hoidossa on enemmän kuin suotavaa, koska kipuilmiö on monisyinen: siihen vaikuttaa esimerkiksi se, miten ihminen kokee oman kipunsa. (Speer, Mushkbaar & Erbele 2016.)

Kehotietoisuus eli kehollisuus kattaa biologisen, sosiaalisen ja yksilöllisen kehon. Kehotietoisuuden osa-alueet ovat yhteistyössä keskenään, joten on selvää, ettei enää biologisen puolen tarkkailu riitä. Keho on osa kaikkea sitä, mitä ihminen edustaa. Siihen kuuluu vahvasti ihmisen oma käsitys kehostaan (Nicholls & Gibson 2010, 497–508.) Psykofyysisessä fysioterapiassa vahvistetaan kehon rajoja erilaisilla harjoitteilla. Harjoitteet voivat olla paikallaan tapahtuvia harjoituksia tai liikkeessä tapahtuvia harjoituksia. Terapiassa korostuu erityisesti lempeys itseään kohtaan. On hyvä huomata oma keskeneräisyys ja olla armelias sitä ajatusta kohtaan. (Kinnunen 2016, 54–58.)

4.3 Polyvagaaliteoria

Neurofysiologi Stephen Borgesin polyvagaaliteoriaa hyödynnetään etenkin psykoterapiassa. Borgesin teorian mukaan autonominen hermosto jaetaan sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon. Parasympaattista hermostoa ohjaa vagus-hermo, joka on jakautunut kahteen osaan: ventraaliseen- ja dorsaaliseen osaan. (Heiskanen ym. 2020, 239.) Ventraalinen taso löytyy nisäkkäiltä ja tässä tasossa vaikuttavat erityisesti sosiaaliset suhteet. Dorsaalinen taso löytyy matelijoilta ja tässä tasossa koetaan muun muassa jähmettymisen- ja lamaanutumisen tunteet, jolloin sydämen syke laskee. Sympaattinen hermosto jakautuu näiden kahden tason väliin. Ventraalinen taso aktivoituu turvallisissa tilanteissa, kun taas dorsaalinen taso aktivoituu uhkaavissa tilanteissa. Samoin sympaattinen hermosto reagoi dorsaalisen tason aktivaatiossa ja ohjaa elintoimintojamme kohti taistele ja pakene –tilaa. Taistele ja pakene- tila aiheuttaa ylivirittyneisyyttä, ahdistusoireita ja jännittymistä. Uuden omaksuminen on mahdotonta tässä tilassa. Tilanteen jatkuessa uhkaavana vagusherme aktivoituu johtaen lamaanutumisen. Tällöin lamaanuu sydämen toiminta ja syke laskee todella matalaksi. Kipuasiakkaalla keho on yleensä ylivirittyneessä ja stressaantuneessa tilassa. Fysioterapiassa tämä asia on hyvä tiedostaa. Asiakasta voi yrittää rauhoittaa ja rentouttaa biopsykososiaalisen lähestymismallin avulla ja erilaisilla kehon maadoittamisharjoitteilla. (Leikola, Mäkelä & Punkanen 2016, 51–61; Heiskanen ym. 2020, 239–240.)

4.4 Biopsykososiaalinen malli

Biopsykososiaalinen malli on pikemminkin lähestymistapa kuin toimintamalli. Siinä tärkeimmäksi seikaksi nousee terapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Tämä lähestymistapa korostaa asiakkaan merkitystä niin, että asiakas on oman itsensä asiantuntija. Fysioterapeutin on hyvä huomioida asiakas kokonaisvaltaisena olentona. Asiakasta on hyvä lähestyä monet eri näkökulmat huomioon ottaen, koska asiakkaan kipukokemuksiin vaikuttaa monet tekijät. Näitä tekijöitä ovat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät.

Biologisiin tekijöihin lukeutuu lihakset, toimintakyky ja geenit. Psykologisiin tekijöihin vaikuttavat mieltymykset, emootiot ja luonne. Sosiaalisiin tekijöihin sisältyy perhe, työ, talous ja oma elämä. Asiakkaan kipukokemusta tarkastellessa on hyvä muistaa, että näiden edellä mainittujen tekijöiden vuoksi kipu on aina yksilöllinen asiakkaan tuntema aito kokemus. Tutkimukset ovat osoittaneet, että edellä mainittujen seikkojen vuoksi biopsykososiaalisesta lähestymistavasta on asiakkaalle hyötyä. Lähestymistavasta on hyötyä etenkin kipuasiakkaille. (Holopainen 2020a, 63–67; Bevers, Watts, Kishino, Gatchel 2016, 98–100.)

4.5 Psykofyysisen fysioterapian hoitomenetelmiä kipufysioterapiassa

Kipufysioterapiassa on tärkeää saada luotua yhteys asiakkaan ja terapeutin välille. Psykofyysisen fysioterapian lähestymistavoilla voi olla suurikin merkitys terapian vaikuttavuudelle. Kognitiivisfunktionaalinen terapia, eli CFT-terapia, on lähestymistapa, jota käytetään lähestymistapana erityisesti kipuasiakkaille. Tämä terapiamuoto hyödyntää vahvasti kliinisen päättelyn viitekehystä kivun ja toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden tunnistamiseksi ja vaikuttamiseksi. Lähestymistapa perustuu siihen, että asiakas pohtii tarkasti omaa menneisyyttään ja nykyisyyttään. Asiakas keskittyy oman itsensä tarkasteluun, erityisesti siihen, miten kipureaktiot vaikuttavat käyttäytymismalliin. (Holopainen 2020, 280–283.) CFT- terapialla on lupaavia tuloksia terapian vaikuttavuudesta kivun haitan suhteen ja kivusta aiheutuneen pelon vähenemiseen. (O’Keefe, O’Sullivan, Purtill, Bargary, & O’Sullivan 2019.)

Terapiassa on tärkeässä osassa luoda asiakkaalle luottamus omaan kehoonsa valmentaan, ei niinkään hoitaen. Kivun uudelleen ymmärtäminen tapahtuu oman itsereflektion ja kokemuksellisen oppimisen kautta. Oireiden taustalla olevat biopsykososiaaliset tekijät pyritään tunnistamaan ja hoito pyritään kohdentamaan oireita ylläpitävään tekijään. CFT- terapiassa keskeistä on terapeutin ja asiakkaan vahvan hoitosuhteen luominen. (Holopainen 2020c, 280–283.)

Hengitys on ihmiselämälle välttämätön vitaalitoiminto. Hengitykseen vaikuttaa muun muassa hengityksen rytmi, syvyys ja se miten hengitämme. Keho saa sisäänhengityksellä happea ja uloshengityksellä kehosta poistuu hiilidioksidia. Hengityslihakset jaetaan pää- ja apuhengityslihaksiin. Päähengityslihas on pallea. Hengitys toimii niin, että sisäänhengityksellä pallea jännittyy muodostaen keuhkoihin alipaineen ilman virratessa silloin sisään. Pallean aktivaatio vaikuttaa myös muihin toimintoihin, muun muassa lantionpohjaan ja vatsaan. (Mikkonen 2020, 403.)

Hengityksellä on suuri merkitys kivun hoidossa. Hengitystä pidetään itsestään selvyytenä, eikä sitä sen vuoksi osata tai muisteta huomioida. Hengitysharjoituksia on käytetty vuosituhansien ajan. Sisäänhengityksen aikana sydämen syke kiihtyy ja uloshengityksen aikana syke puolestaan laskee. (Mikkonen 2020, 402.)

Parasympaattinen hermosto on aktiivisena, kun ihminen on levossa ja hän hengittää rauhallisia pitkiä hengenvetoja. Toisin sanoen parasympaattinen hermosto auttaa kehoa rentoutumaan, kun keho on levossa. (Sand ym. 2011. 135–139.) **Hengitysharjoituksia** on monenlaisia, mutta erityisesti kiputuntemuksen hoidossa kannattaa hyödyntää rauhallisia ja pitkiä hengenvetoja. Hengitysharjoituksista kannattaa nostaa esille taloudellinen hengitystekniikka.

Kroonista kipua kärsivän hengitysharjoitteet on hyvä aloittaa maltillisesti. Kipua kokevan asiakkaan tuntemukset hengityksen rentoudesta ja luonnollisuudesta nousevat tarkkailun aiheeksi. Emotionaaliset kokemukset vaikuttavat hengitykseen. Perusharjoite, jossa omaa hengitystä kuunnellaan ja havainnoidaan auttaa hengitysrytmiä rauhoittumaan. Usein myös huomataan, että sisäänhengitys on ollut vajaata. Harjoite koetaan tehokkaammaksi, kun kädet laitetaan alavatsalle: huomion kiinnittäminen hengityksen kulkuun ja vatsan liikkeisiin auttaa saavuttamaan tietoisempaa hengitystä. Kroonistuneessa kivunhoidossa hengitysharjoitteita tulisi tehdä useita kertoja päivässä. (Mikkonen 2020, 405–406.)

Rentoutusmenetelmillä pyritään vaikuttamaan itse kipukokemukseen ja mahdollisesti lievittämään kipua. Kun kehossa tuntuu kipua saa se aikaan sympaattisen hermoston aktivoitumisen. Kehon jännitystila kasvaa ja syke nousee. Rentoutusmenetelmillä pyritään aktivoimaan parasympaattista hermostoa, jonka vaikutuksesta syke hidastuu ja lihakset rentoutuvat. (Terveyskylä 2018.)

Rentoutusharjoituksilla on todettu paljon hyviä vaikutuksia muun muassa mielialan kohentuminen, virkistäytyminen ja jännittyneisyyden lieveneminen. Rentoutumisen tunteen mukana voi kiputuntemus vähentyä ja kehon eri jännitystilat ja stressitilat voivat merkittävästi pienentyä. (Herrala ym. 2008, 169–171.) Rentoutusharjoituksin lukeutuu monenlaisia harjoitteita. Esimerkiksi jännitys-rentoutusmenetelmillä tehtäviä harjoituksia käytetään paljon ja lisäksi mielikuvaharjoituksia käytetään lieventämään kipukokemuksia ja lihasjännityksiä. (Estlander 2003, 196–199.)

Mindfulness on suosittu ilmiö maailmalla ja melko uusi osa-alue terapiamuodoista. Mindfulnessin suosio perustuu mahdollisesti kiireiseen elämäntapaan, jota halutaan muuttaa. Ihmiset haluavat rauhoittaa omaa henkistä kuormaansa. Mindfulness-harjoitteet ovat kehotietoisuusharjoitteita. Harjoitteissa pyritään siirtämään huomio aina yhteen asiaan ja tutkiskelemaan sitä. Mindfulnessin kulmakivi on tajunnanvirta, jossa asiat kulkevat omia polkujaan. Ne menevät ja tulevat eikä pysyvyyttä ole. (Röning 2020, 338–339.) Tietoisuusharjoituksilla pyritään myös kohtaamaan negatiivisiakin asioita ja pohtimaan niiden aiheuttamia tuntemuksia. Kipua kokevalle asiakkaalle mindfulness-harjoitteet ovat osoitettu hyviksi ja kipua lievittäväksi keinoksi, koska ne vähentävät stressiä ja jännitystiloja. (Röning 2020, 338–339.)

EFT tapping menetelmä liitetään usein mindfulnessiin. Menetelmä kuvataan vapautumismenetelmänä, jossa luovutaan häiritsevistä ja kuormittavista emotionaalitiloista. Tätä menetelmää käytetään kroonisilla kipuasiakkailta. EFT tapping menetelmä perustuu ajatukseen siitä, että negatiivisten tunteiden aiheuttajana on häiriötila kehon energiajärjestelmässä. EFT menetelmä perustuu akupunktiopisteiden naputteluun. Tässä menetelmässä stimuloidaan

meridaanilinjojen pääpisteitä naputtelemalla tai kevyesti painamalla sormenpäillä. Menetelmän tarkoitus on nivoa keho ja mieli yhteen. (Palomäki & Siira 2016, 111–112.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata fysioterapeuttien kokemuksia psykofyysisen fysioterapian käytöstä osana lantionpohjan kipujen fysioterapiaa. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tietoa psykofyysisen fysioterapian keinojen hyödyntämisestä osana lantionpohjan kivun fysioterapiaa. Tarkoituksena on myös tuottaa tietoa fysioterapian koulutukseen. Koulutuksessa voidaan hyödyntää fysioterapeuttien haastatteluista saamaa tietoa opiskelijoille. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia psykofyysisen fysioterapian keinoja lantionpohjan fysioterapeutit käyttävät osana lantionpohjan kivun hoitoa?
2. Mitkä tekijät tukevat/estävät psykofyysisen fysioterapian hyödyntämistä osana lantionpohjan fysioterapiaa?
3. Millaisia hyötyjä psykofyysisen fysioterapian menetelmien käytöstä lantionpohjan kivun fysioterapiassa on?

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Laadullinen eli kvalitatiivinen opinnäytetyö

Pohdinnan jälkeen toteutin opinnäytetyöni laadullisena opinnäytetyönä.

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus pyrkii selvittämään tutkimuksen kohteen laatua, merkitystä ja ominaisuuksia kokonaisvaltaisena näkökulmana.

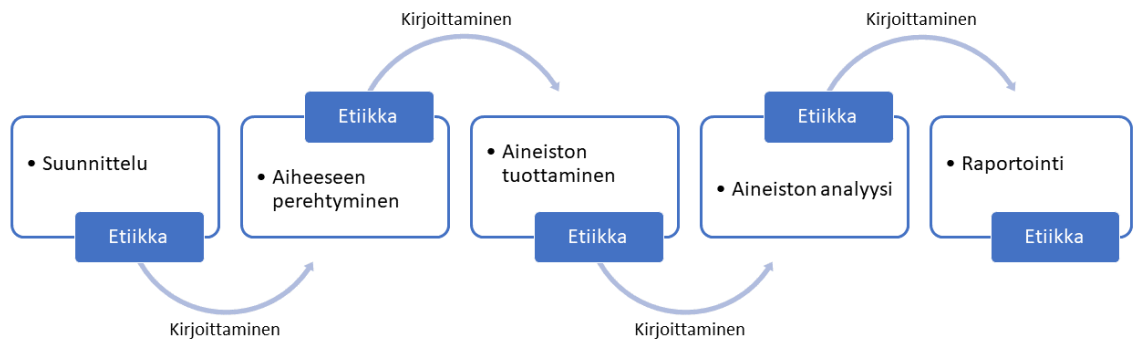
Laadullisessa tutkimuksessa ei ole yhtä ainoaa lähestymistapaa ja

analyysitapoja on monia. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat muun muassa strukturoimattoman ja luonnollisen aineiston suosiminen, keskittyminen toimintaan, tutkittavien omien merkitysten ja tulkintojen korostaminen, mitä- ja miten kysymysten korostaminen ja analyysivetoisuus. (Juhila 2022.)

Usein laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohteena on joku yhteiskunnallisesti ajankohtainen kysymys tai aihe. (Juhila 2022).

Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään kyseistä aihetta teoreettisen näkökulman valossa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.) Laadullisen tutkimuksen aineistona käytetään monesti empiiristä aineistoa. Näitä ovat esimerkiksi tekstit, haastattelut ja keskustelut. Laadullisessa tutkimuksessa ei myöskään päätellä tutkimuksen tuloksia laskennallisesti, esimerkiksi kuinka monta vastanneista puhuu jostakin asiasta. (Juhila 2022.) Tutkimusongelma määrittelee mitä halutaan selvittää ja miten. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tieteellinen tutkimus etenee vaihe vaiheelta. (Kuvio1) Prosessi noudattaa tiettyä kaavaa: tutkimusideasta tutkimussuunnitelman tekemiseen, aineiston keräämiseen ja analysointiin ja tutkimuksen raportoimiseen. Opinnäytetyöni noudattaa ideaalityypistä mallia. Ideaalityypisessä mallissa prosessin eri vaiheet ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Eri vaiheissa tehtäviä tehdään usein limittäin. (Gunter & Hasanen 2022.)



Kuvio 1. Malli tutkimusprosessin kulusta. (Gunter & Hasanen 2022.)

Tutkimuseettiset kysymykset otetaan huomioon kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa. Kirjoittaminen on myös osa tutkimuksen prosessia. Laadullinen tutkimuksen tärkeitä rooleja ovat aineiston tuottaminen ja analyysi. Ne antavat suuntaa sille minkälaiseksi työ muodostuu. (Gunter & Hasanen 2022.)

6.2 Osallistujien rekrytointi ja aineiston keruu

Aloitin haastateltavien etsimisen lokakuussa 2022. Otin yhteyttä Pelvicus-facebook ryhmän ylläpitäjiin kysyen, voisivatko he julkaista tutkimuspyynnön ryhmässään. Haastateltavien rekrytointi osoittautui vaikeaksi, jonka vuoksi laajensin haastateltavien rekrytointia myös psykofyysisen fysioterapian ammattilaisten facebook-ryhmään. Haastatteluun ilmoittautui kaksi haastateltavaa. Lähetin haastateltaville etukäteen suostumuslomakkeen (Liite 2), jossa kerrotaan haastateltavalle haastattelun osallistumisen kriteerit, ja esitietolomakkeen (Liite 3), jossa kysyin fysioterapeuttien työkokemukset vuosina ja olivatko haastateltavat käyneet psykofyysisen fysioterapian koulutusta. Lisäksi kysyin, olivatko he käyttäneet CFT-menetelmää ja hengitys- ja rentoutusharjoituksia fysioterapiassa. Lähetin haastattelukysymykset (Liite 4)

jo etukäteen, jotta haastateltavilla oli mahdollisuus tutustua kysymyksiin. Haastattelut tehtiin marraskuun 2022 alussa Teamsin välityksellä. Haastattelut nauhoitettiin.

6.3 Teemahaastattelut

Opinnäytetyön aineistokeruumenetelmänä oli teemahaastattelu, jota kutsutaan avoimeksi haastatteluksi. Haastattelu antaa vastauksen ilmiöstä ja auttaa avaamaan ilmiötä. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista se, että tutkija on aineiston kerääjä ja huomio on tutkittavien luomissa merkityksissä ja omissa näkemyksissä. (Kananen 2017, 33–34.) Haastattelun hyvä puoli on se, että tutkimusaineiston kerääminen tapahtuu melko vapaasti ja tiukkoja raameja ei ole. Haastattelussa on myös se etu, että tutkija voi esittää haastattelukysymykset siinä järjestyksessä kuin itse katsoo parhaaksi. Kun tutkittavasta aiheesta halutaan saada mahdollisimman paljon tietoa, on järkevää antaa haastateltaville haastattelukysymykset jo etukäteen. Tämä edesauttaa tutkimuksen onnistumista. Haastattelun etuihin lukeutuu myös se, että tutkimukseen voidaan valita sellaiset henkilöt, joilla on mahdollisimman paljon tietoa itse tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 84–86.)

Teemahaastattelussa edetään etukäteen mietittyjen teemojen ja tarkentavien kysymysten kautta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88.) Haastattelun hyviä puolia on joustavuus. Haastattelija voi toistaa kysymykset väärinkäsitysten välttämiseksi. Täysin vapaamuotoinen teemahaastattelu ei kuitenkaan voi olla. Jotta haastattelu vastaisi itse tutkimuskysymyksiin, teemat määrittelevät haastattelurunkoa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88).

6.4 Aineiston analysointi

Litteroinnin jälkeen tein aineistolle analyysin. Aineiston analyysi tapahtui teemoittelun eli luokittelun kautta. Teemoittelu tarkoittaa laadullisen aineiston pilkkomista ja selkeyttämistä haastattelussa nousseiden aihealueiden mukaan.

Teemoittelun tärkeäksi osaksi nousee se, mitä aineistossa on sanottu ja miten teemoja on kuvattu. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104–107.) Sisällönanalyyssissä tarkoituksena on saada vastaus tutkimustehtävään yhdistelemällä käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127). Kuvaan taulukossa opinnäytetyöni analysointivaiheita. (Kuvio 2.)

Haastattelujen kuunteleminen ja aukikirjoitus sana sanalta (litterointi)
Haastattelujen lukeminen ja sisältöön perehtyminen
Pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja alleviivaaminen
Pelkistettyjen ilmausten listaaminen
Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista
Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely ja alaluokkien muodostaminen
Alaluokkien yhdistäminen ja niistä yläluokkien muodostaminen
Yläluokkien yhdistäminen pääluokiksi ja kokoavan käsitteen muodostaminen

Kuvio 2. Sisällön analyysissä eteneminen (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2018, 123).

Etenin analyysissä taulukon (Kuvio 2.) esittämissä vaiheissa. Haastattelujen jälkeen tein heti haastattelun litteroinnin. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 14 sivua, fonttikoko 11, tekstinä arial ja riviväli 1. Litterointi oli helppoa, mutta työläs vaihe. Aloitin aineiston käsittelyn lukemalla litteroidut tekstit huolellisesti läpi. Tämä työvaihe vei aikaa, koska luin huolellisesti auki kirjoittamani aineiston. Lisäksi tein jo ajatustyötä aineiston pelkistämistä varten. Kun aineistoon on

tutustuttu ja litteroitu alkaa aineiston redusointi eli pelkistäminen. Redusoinnissa aineistosta karsitaan kaikki tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127). Keskeisten ilmaisujen etsiminen oli suhteellisen helppoa, koska haastateltavia oli vain kaksi. Lisäksi haastatteluista nousi samoja ilmaisuja hyvin. Haastattelusta saamat samankaltaiset ilmaisut sitten klusteroidaan eli ryhmitellään. Haastattelun aineistosta saamat alkuperäiset sanonnat, samankaltaisuudet, eroavaisuudet ryhmitellään samoiksi luokiksi, joista sitten muodostuu alaluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.) Tein ryhmittelyä samankaltaisuuksista aineistosta. Luokittelu oli helppoa ja eri luokat muodostuivat vaivatta.

Klusteroinnin jälkeen tehdään aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, joista muodostetaan käsitteiden avulla kuvaus itse tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.) Tein tämän taulukon muotoon. (Liite 1.) Taulukon tekeminen tuotti hieman hankaluuksia ja jouduin muokkaamaan taulukkoa useamman kerran. Taulukon avulla pyrin saamaan selville, mitkä asiat olivat haastateltaville merkittäviä ja mitkä asiat liittyivät tutkimuskysymyksiin. Tutkijan tärkeä tehtävä on löytää haastattelusta haastateltavien kokemukset ja mitkä asiat merkitsevät haastateltaville paljon. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127). Kun yläluokat oli yhdistetty pääluokaksi, sain selville kokoavan käsitteen. Sisällönanalyysin kokoava käsite oli lantionpohjan fysioterapeuttien kokemukset psykofyysisen fysioterapian hyödyntämisestä kipuasiakkaille. Tästä yläluokkia olivat: biopsykososiaalinen lähestymistapa, polyvagaaliteorian hyödyntäminen terapiassa, kehollisuus ja moniammatillisuus.

7 Tutkimuksen tulokset

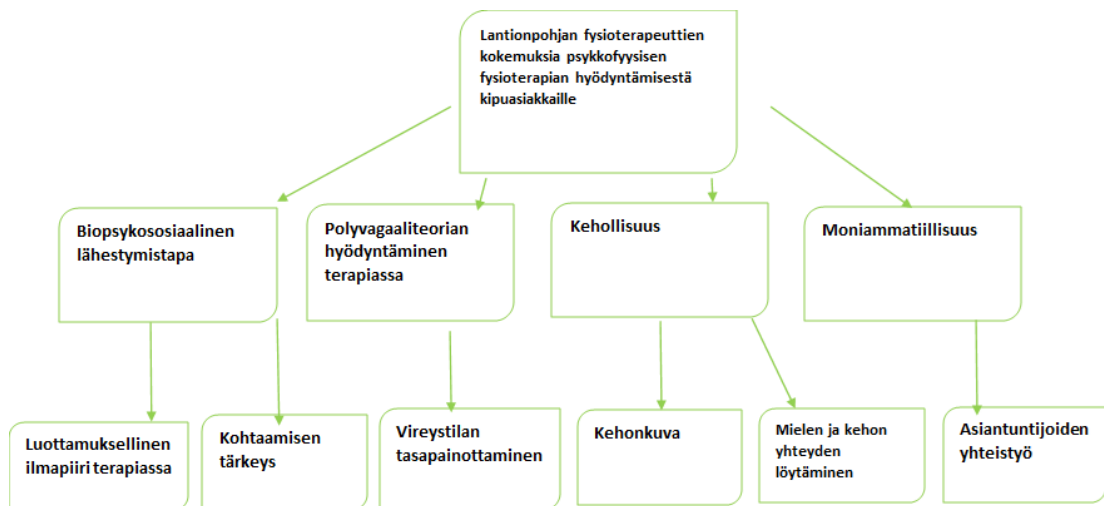
7.1 Haastatteluun osallistujat

Haastatteluun osallistui kaksi lantionpohjan fysioterapeuttia, jotka työskentelivät julkisella sektorilla. Haastateltavani olivat molemmat naisia. Haastateltavieni työkokemus fysioterapian työuralta oli 25 vuotta ja 34 vuotta ja tästä

lantionpohjan fysioterapian työkokemus oli kolme vuotta ja 12 vuotta. Kokemusta psykofyysisestä fysioterapiasta haastateltavilla oli 10 vuotta ja 18 vuotta. Haastateltavista kumpikaan ei ollut käynyt psykofyysisen fysioterapian koulutusta. Haastateltavista toinen oli kuitenkin käynyt erilaisia täydennyskoulutuksia lantionpohjan fysioterapiaan. Haastateltaville lähetettiin viikkoa ennen haastattelua haastattelukysymykset, jotta haastateltavilla olisi mahdollisuus tutustua ja valmistua kysymyksiin jo etukäteen.

7.2 Terapian sisältö lantionpohjan fysioterapeuttien näkökulmasta

Kahden haastateltavan näkökulmat kipuasiantuntijoiden terapiasta jaettiin neljään eri luokkaan. Luokat olivat biopsykososiaalinen lähestymistapa, polyvagaaliteorian hyödyntäminen terapiassa, kehollisuus ja moniammatillisuus. (kuvio. 2.)



Kuvio 2. Lantionpohjan fysioterapeuttien kokemuksia psykofyysisen fysioterapian hyödyntämisestä kipuasiantuntijoiden näkökulmasta.

7.3 Biopsykososiaalinen lähestymistapa

Molemmat haastateltavani korostivat biopsykososiaalisen mallin käyttämistä asiakkaan terapiassa. Haastateltavat painottivat, että asiakaskeskeisyys on heille tärkeä asia terapian onnistumisessa. Se, että asiakas tulee kuulluksi ja nähdyksi, on kaiken perusta.

“ Se antaa palautteen et hän on tullu kuulluksi ja nähdyksi ja et ensimmäistä kertaa joku ymmärsi.”

“Asiakas kertoo, et hänet on otettu tosissaan ja hänet on ymmärretty.”

Terapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on myös iso osa terapian onnistumista. Onnistuneella vuorovaikutuksella on mahdollisuus saavuttaa terapeutin yhteistyö asiakkaan kanssa. Haastattelun roolille annettiin iso paino. Haastattelussa päästään syvemmälle asiakkaan kokemuksiin ja tunteisiin ja haastattelun avulla terapian kulkua voidaan muovata asiakkaalle positiivisempaan suuntaan. Haastateltavat korostivat sitä, että heille on tärkeää luoda asiakkaalle turvallisuuden tunne käynnin aikana. Asiakkailta voi olla arkaluontoisia ja kipeitä kokemuksia, joita terapiassa avataan. Luottamuksen saaminen on siis erityisen tärkeää, jotta terapia voi edetä.

“ haastattelun merkityksellä on tärkeä rooli, että mikä siellä on sitten ongelmana. Ja se luottamus.”

Sen lisäksi, että asiakas on tullut kuulluksi ja nähdyksi onnistuneella terapeutin yhteistyöllä voi havaita asiakkaan kipukokemuksen vähenemistä ja laantumista.

“ palautteitakin kysytään joka kerta. Kaikki painottuu lähestulkoon siihen, et nyt oli ensimmäinen paikka missä oli aikaa ja tilaa tarkastella kipua. “

“Sit ne oireet helpottunee, kipupiirrustuksissakin tai sit he kertoo objektiivisella mittareilla, et kipu on helpottunu.”

Biopsykososiaalinen malli on keskeinen osa psykofyysistä fysioterapiaa. Haastateltavat pitävät tätä mallia enemmänkin terapian onnistumisen työkaluna, joka luo pohjan itse terapialle. Haastateltavat korostivat, että tämän malli on punaisena lankana myös eri menetelmien tekemisessä.

“Se että psykofyysinen terapia on siellä työkalupakissa semmonen ehkä se pohja ja kivijalka ja se mihin rakennetaan se homma.”

Haastateltavat toivat ilmi, että helposti terapiassa mennään siihen, että fysioterapeutti antaa harjoitukset ja ohjeet ja lähettää asiakkaan kotiin harjoittelemaan. Suotava suuntaus kuitenkin olisi, että asiakas otetaan mukaan suunnittelemaan omaa terapiaansa jo vastaanotolla ja terapian kulkua tukisi onnistunut vuorovaikutus. Asiakkaalle tuodaan läsnä oleva kokemus fysioterapeutin vastaanotolla ja se voi aukaista terapian kulun uudelle tasolle.

“fysioterapeuttina tulee helposti asiantuntijan rooli, et se on helposti semmonen tykittävä, semmonen yksisuuntainen liike, et mä ajattelisin sitä enemmänki kaksisuuntaisena, sitä et olla hetkessä läsnä, eikä niinkään niitä menetelmiä.”

Haastateltavat korostivat, että terapiamenetelmässä asiakas on tärkein asiantuntija kipuunsa liittyvissä asioissa. Fysioterapeutti antaa teoreettiseen tietoon ja käytännönkokemuksiin perustuvan näkemyksen asiakkaan käyttöön. Tämä on myönteinen tekijä psykofyysisen fysioterapian käytössä kipuasiakkaille.

7.4 Polyvagaaliteorian hyödyntäminen terapiassa

Kipuasiakkaille terapian kulku määritellään yksilöllisesti ja kulku riippuu täysin siitä, missä prosessin vaiheessa asiakas on meneillään. Haastateltavat

korostivat kipuasiakkailla olevan ylivirittyneisyyttä ja lihasaktivaatioiden nousua. Tätä pyritään vähentämään tai jopa poistamaan käyttämällä polyvagaaliteoriasta tuttua vireystilan tasapainottumisen kaavaa. Vireystilaa voidaan tasapainottaa erilaisilla maadoittavilla harjoitteilla ja hengityksen –ja rentoutuksen kautta tapahtuvilla harjoitteilla.

“polyvagaaliteoriahan on siinä se viitekehys, jossa käsitellään vireystilan tasapainottumista.”

“ Jos ne on siellä taistele ja pakene tilassa, nii sit täytyy kattoo sitä missä se ihminen on ja ylivirittyneisyyttä voi ikäänku juurruttaa,maadottaa, rauhoittaa.”

Haastateltavat korostivat sitä, että asiakkaan kanssa keskustelemalla ja tekemällä osaksi hengitys- ja rentoutustyyppisiä harjoitteita opetetaan kehoa rauhoittamaan ylivireystilaa, ikään kuin tasapainoittamaan mielen ja kehon tilaa. Molemmat haastateltavat toivat ilmi, ettei kipu välttämättä katoa kokonaan vaan sen kanssa opetellaan elämään. Kipua tarkastellaan asiakkaan kanssa hyvinkin monella eri näkökulmalta. Terapia kulkee kuitenkin polyvagaaliteoriaa mukaillen.

“ Me voidaan tarkastella et missä hän itse kokee itsensä olevan. Ja sit ku kipu ilmenee, miten se ilmenee, millo se tulee, mihin se lokalisoituu ja mitä sillo tapahtuu, nii me tarkastellaan sitä vähänku polyvagaaliteorian kautta, tavallaan.”

7.5 Kehollisuus

Fysioterapeutit toivat esille, että ihminen on kokonaisvaltainen olento, fyysiseen olemukseen vaikuttaa mieli. Jo ensimmäisellä terapiakerralla terapeutin on hyvä oivaltaa ihmisen näkeminen kokonaisvaltaisena. Se miten keho muistaa asiat pitkältäkin ajalta, on terapeutin hyvä tiedostaa. Tämä käy ilmi etenkin niillä kipuasiakkailla, joilla on myös kivun lisäksi traumataustaa.

“ Kipuasiakkailla tulee sellainen psykologinen efekti, ku siel tulee se pelko. Näillä potilailla sekoittuu kehontunne ja sit se tuntemus. Siel voi olla häpeää, pelkoa tämmösii hirveen epämiellyttäviä tunnetiloja, mitkä on ottanu vallan.”

Fysioterapeutit ottivat esille, että etenkin asiakkailla, joilla on kokemuksena kipu, kehollisuus voi olla kateissa. Terapiassa lähdetään pohtimaan kehollisuutta ja etsimään tasapainoa mielen ja kehon välillä. Harjoitteet mitä asiakkaille annetaan, on suurimmalta osin kehon maadoittamista ja juurruttamista ja hengityksen ja liikkeen kautta tapahtuvia harjoitteita. Terapiassa lähdetään liikkeelle ihan siitä, mitä kehossa tapahtuu. Kehollisuuden kautta pureudutaan myös esimerkiksi lantionpohjan lihasten harjoitteisiin. Tärkeää on kuitenkin oppia tuntemaan kehon ja mielen yhteys ja ymmärtää kehon viestejä ja siitä että keho kuuluu itselle, eikä ole irrallinen osa.

“Ihminen on kokonaisuus. Mieli vaikuttaa niinku fyysiseen olemukseen.”

“ Sit onkin ongelma, jos potilas ei näe sitä kehomieli yhteyttä. Et potilas pyytää täsmäliikkeitä lantionpohjaan vaikka heillä on kipuu tai siellä on tunnottomuus.”

7.6 Terapian toteutuksen haasteet

Molemmat haastateltavat toivat esille, miten asiakkaan terapiaprosessia hyödyttäisi moniammatillisuuden hyödyntäminen terapiassa. Haastateltavat toivat esille, että monesti asiakas, joka tarvitsisi monelta kantilta apua, ei saa sitä tai apu ei tule oikeaan aikaan. Moniammatillisuus on lisääntynyt tietyissä asiakasryhmissä, mutta monesti kipuasiakkaat jäävät ikään kuin välitilaan vailla asiantuntijoiden apua.

“ Mähän en oikeestaan näe niitä lääkäreitä, jotka lähettävät asiakkaita juuri koskaan.”

“ Siinä olisi kehitettävää. Että tekis yhteistyötä, et olis joku psykologi, joka tapais näitä lantionpohjan kipuasiakkaita”

“ Et ois semmonen yhteisfoorumi, jossa sit katoittais kenen vuoro ottaa asiakas. Ottaako psykologi, fysioterapeutti vai lääkäri.”

Moniammatillisuuden näkökulmasta asiakas saisi tarvitsemansa avun mahdollisimman nopeasti, eikä ongelma tai vaiva olisi pitkäaikainen. Haastateltavat toivat esille myös kollegiaalisen tuen uupumisen, kun kyseessä on psykofyysinen terapia. Osa terveydenhuollon ammattilaisista ei tunnusta ihmisen kokonaisvaltaisuutta, vaan asiakasta hoidetaan kipukeskeisesti.

“ et jopa terveydenhuollon ammattilaiset saattaa olla täysin et ollaan fyysisiä olentoja, tähän ei vaikuta mieli.”

“ Jos näihin haluaa perehtyä, niin pitäisi itse hakeutua ja ehkä minusta tuntuu, että perus terveydenhuollossa tälle ei anneta niin paljon arvoa, vaikka tälle olisi hyötyjä. “

Haastateltavat pohtivat, että psykofyysinen lähestymistapa ei ole kaikille niin tuttua. Haastateltavat toivovatkin lisää koulutuksia psykofyysisyydestä ja sitä kautta kollegiaalista keskustelua menetelmästä kivunhoidossa.

“ Tunnettavuutta voisi tuoda lantionpohjan fysioterapeuttien foorumeissa.”

8 Pohdinta

8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan lantionpohjan fysioterapeuttien kokemukset psykofyysisestä fysioterapiasta ovat yhtäläiset. Molemmat haastateltavat korostivat biopsykososiaalisen mallin tärkeyttä terapiatilanteessa. Ihmisen kokonaisvaltainen huomioon ottaminen on hyöty lantionpohjan kivun hoidossa. Sen kuvattiin olevan kaiken pohja terapialle. Asiakkaan ja terapeutin

välinen vuorovaikutus on edellytys terapian onnistumiselle. Polyvagaaliteoriaa hyödynnettiin asiakkaan terapiaprosessissa. Asiakkaan vireystilan saaminen optimaaliselle tasolle on kipuhoidossa olennainen osa kipuhoidoa. Kehollisuuden tunteen opettelu ja sen ymmärtäminen kulkee myös käsikädessä terapiassa.

Haastatteluista ilmeni, että maadoittavilla ja rauhoittavilla harjoitteilla saadaan kokemus kehon juurruttamisesta ja kokemus siitä, että asiakas on kokonaisvaltainen, mieli on yhtä kehon kanssa. Liikkeen kautta tapahtuvaa hengitysharjoitusta käytettiin myös fysioterapian vastaanotolla. Tämä tutkimustulos on samansuuntainen kuin on Nichollsin ja Gibsonin määritelmä kehollisuudesta. (Nicholls, & Gibson 2010, 497–508.)

Lantionpohjan fysioterapeutti antaa kipuasiakkaalle monia työkaluja kivun käsittelyyn ja tutkimiselle. Haastatteluista nousi esille, että biopsykososiaalinen malli, kehollisuus ja vireystilan tasapainottuminen ovat punaisena lankana jokaisella fysioterapiakäynnillä. Muita menetelmiä kuten lantionpohjan lihasten aktivoimista ja rentoutusta toki harjoitetaan, mutta fysioterapiaa pohjaa asiakkaan ja terapeutin välinen luottamus ja kannattelu. Haastateltavat korostivat, että asiakas on paras asiantuntija omissa asioissaan. Asiakas tuo esille omat kokemuksensa kivusta ja fysioterapeutti osoittaa empatiaa, kuuntelee ja ottaa asiakkaan mielipiteet huomioon hoitoja suunnitellessaan. Näin käytännön työssä toteutuu biopsykososiaalisen mallin käyttö. Siinä kunnioitetaan ja osoitetaan myötätuntoa asiakasta ja hänen kokemaansa kipukokemusta kohtaan. Näin asiakkaan toimintakyky paranee vaikei kiputuntemus häviää täysin. (Jalonen 2018, 50.)

Tutkimusten mukaan kehon ja mielen välinen yhteys on tärkeää. (Nicholls & Gibson 2010, 497–508.) Opinnäytetyön teoriaperustassa tuli esille kehollisuuden ja mielen välinen yhteys: esimerkiksi mindfulnessin menetelmien kautta myönteistä kehollisuutta voidaan opetella. Haastateltavat eivät maininneet mindfulness-termiä haastatteluissa, mutta käyttivät kuitenkin hengitys- ja rentoutusharjoituksia fysioterapiassaan. Tämän perusteella fysioterapeutit tiedostavat kehon ja mielen välisen yhteyden.

Haastateltavat kaipaisivat enemmän moniammatillisuuden laajentumista eri ammattikuntiin. Tästä hyötyisi nimenomaan asiakas. Asiakkaan ohjaaminen oikeaan aikaan oikeaan paikkaan olisi terapian onnistuvuuden kannalta erittäin hyvä asia. Asiantuntijuuden monipuolisuuden vähyys voi olla jopa psykofyysisen fysioterapian käytön esteenä fysioterapiassa. Esimerkiksi psykologin puuttuminen asiantuntijatiimistä voi vaikuttaa siihen, ettei psykofyysistä fysioterapiaa ehkä kannata asiakkaalle käyttää, tai ainakin osa terapian onnistuvuuden mahdollisuudesta jää puuttumaan. Opinnäytetyön teoriaperustassa tuon ilmi moniammatillisen kuntoutuksen hyödyistä kipuasiakkaille. (Speer, ym. 2016.; Holopainen 2020, 180–190; Jokinen 2018, 48.) Fysioterapeutit toivoivat tiimityöskentelyä, jossa olisi etenkin lääkäri, fysioterapeutti ja psykologi. Jokisen mukaan monipuolinen asiantuntijoiden käyttö onkin hyödyksi kipuasiakkaan hoidossa. (Jokinen 2018, 48).

Teoriaosuudessa kävin läpi myös CFT-terapiamuotoa tai paremminkin lähestymistapaa. Kumpikaan haastateltavista ei käytä CFT- menetelmää työssään. Tutkimus kuitenkin osoittaa kyseisen lähestymistavan hyödystä kipuasiakkaille. Menetelmän käyttö poistaa kivusta johtuvaa pelkoa ja kivusta aiheutuvan haitan vaikutuksia. (O’Keeffe, O’Sullivan, Purtill, Bargary & O’Sullivan 2019.) Menetelmän käyttö on todennäköisesti vähäistä, siksi että siihen ei ole saatu tarvittavaa koulutusta.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kiinnitin huomiota opinnäytetyön luotettavuuteen ja eettisyyteen koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tutkimustulosten luotettavuutta pyritään varmistamaan sillä, että tutkittavat valitaan niin, että heillä on mahdollisimman kattava näkemys tutkimusilmiöstä. Aineisto eli haastattelu nauhoitetaan, jotta tutkimus olisi mahdollisimman luotettava. Luotettavuustarkastelun edellytys on riittävä dokumentointi. (Kananen 2017, 176–177.) Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että olen avannut analyysiprosessin tarkasti. Esimerkkiliitteenä oleva taulukko (Liite 4.) tuo tutkimukseen luotettavuutta, koska taulukko osoittaa

tehneeni sisällönanalyysiä. Teemahaastattelurungon esitestausta ei tehty ja tämä voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen: antavatko kysymykset vastaukset opinnäytetyön kysymyksiin. Esitestausta ei tehty sen takia, että oli vaikeuksia saada haastateltavia ylipäättänsä. Lisäksi haastattelujen ja opinnäytetyön ja valmistumisen välinen aika oli hyvin lyhyt. Lähetin haastattelukysymykset etukäteen haastateltaville, tämä puolestaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Haastateltavilla on ollut mahdollista tutustua ennakkoon tutkimuksen kysymyksiin ja haastateltavat ovat voineet pohtia vastauksiaan monipuolisesti ja syventävästi etukäteen. Toki on myös mahdollista, että haastateltavat eivät ole tutustuneet kysymyksiin ennakkoon, vaikka mahdollisuus oli annettu. Haastattelut tapahtuivat Teamsin välityksellä. Haastatteluissa on ollut mahdollista nauhoittaa suoraan haastattelu ja kysyä tarkentavia kysymyksiä, jos jokin asia ei ole avautunut heti. Tutkittavien anonymiteetti säilyi läpi tutkimuksen: haastateltavista ei käytetty nimitietoja ja haastattelut poistettiin litteroinnin jälkeen. Tutkimukseeni osallistuminen oli vapaaehtoista ja tästä mainitsin tutkimusselosteessa. Opinnäytetyön haastatteluissa kerroin haastateltavilleni mihin haastattelua käytetään ja lähetin etukäteen tutkimusselosteen, jossa kerroin tutkimukseen osallistujan oikeudet.

Kokemattomuuteni tutkijana voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen: kaikki tutkimukseen liittyvät vaiheet olivat uusia ja olin harjaantumaton tällaiseen työskentelyyn. Pyrkimykseni oli kuitenkin noudattaa tutkimuksen tekemisen periaatteita niin hyvin kuin mahdollista. Tarkastellessa tutkimustuloksia tutkimuksen luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että tein työni yksin.

Opinnäytetyön tekemisessä oli runsaasti eri vaiheita, eikä rinnakkaisnäkökulmaa mahdollisine keskusteluineen voinut käydä. Tutkimusaiheen ennakkokäsitys voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen.

Ajattelin, että lantionpohjan fysioterapeutteja, jotka käyttävät psykofyysistä fysioterapiaa on paljon. Tutkimukseen oli kuitenkin vaikea saada haastateltavia. Joko psykofyysistä fysioterapiaa käyttäviä fysioterapeutteja on vähän tai heitä ei vain kiinnostanut tulla haastatelluksi. Sain haastateltavakseni kaksi haastateltavaa. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on kuitenkin se, että haastateltavat tietävät tutkittavasta aiheesta ja heillä on kokemusta tutkittavasta

aiheesta. Haastateltavien määrä ei ole niinkään merkityksellinen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98–99). Haastattelujoukon ollessa pieni on mahdollista, että riittävää aineistoa tutkimukseen ei saada. Tutkimuksessani sain tarpeeksi aineistoa tehdä tutkimuksen luotettavasti.

Opinnäytetyöni noudattaa edellä mainittujen seikkojen perusteella hyvän tieteellisen työn periaatteita. Tieteellisessä työssä pyritään aina siihen, että tieto on luotettavaa. Tutkimuksen tulee kunnioittaa tutkittavien ihmisarvoa, yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta ja kaltoin kohtelua. (Vuori 2022.) Koska kyseessä on ihmisiin kohdistuva tutkimus, on erityisen tärkeää huomioida, ettei tutkittaville henkilöille koidu tutkimuksesta haittaa ja tutkija kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7.) Tutkimuksessa eli haastattelussa tulee noudattaa kriteerien mukaisia eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä. Nämä ovat aineistonkeruu-, analyysi- ja arviointimenetelmät. Tutkimusaineiston käsittelyn luotettavuuteen pitää kiinnittää erityistä huomiota haastattelututkimuksessa. Tutkittaville on kerrottava tarkkaan, mihin tarkoitukseen haastattelua käytetään. Hyvä tapa on kertoa myös tutkittavalle, miten pitkään haastattelun tekeminen vie. (Kananen 2017, 190–194.)

8.3 Oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö oli opettavainen ja pitkä prosessi. Aihe Kokemuksia psykofyysisen fysioterapian hyödyntämisestä lantionpohjan kivun hoidossa on todella mielenkiintoinen. Mielenkiintoa lisäsi se, että psykofyysinen fysioterapia on melko uusi alue fysioterapian alalla. Aihe ei ollut minulle ennestään tuttu, eikä fysioterapian koulutuksessa ole juurikaan opiskeltu lantionpohjan fysioterapiaa. Etsin tietoa lantionpohjan toiminnasta, lantionpohjan fysioterapiasta, kivusta ja psykofyysisestä fysioterapiasta. Opin hakemaan tutkittua tietoa erilaisista tietokannoista kuten PubMedista, PEDrosta ja Google Scholarista. Ymmärsin, että tiedonhaku vie paljon aikaa. Minussa tapahtui valtavaa ammatillista kasvua ja koenkin, että voisin tulevaisuudessa hyödyntää työssäni psykofyysisiä menetelmiä lantionpohjan kipuisille asiakkaille.

Tein opinnäytetyöni yksin. Yksin työskentelyssä olin itse vastuussa prosessin etenemisestä ja aikataulutuksesta. Työmäärä oli suuri ja organisointi ja suunnittelu olivatkin tärkeä osa oppimistani. Opin tekemään ison kirjallisen työn itsenäisesti. Kirjallisessa työssä on monta vaihetta ja opin myös selvittämään ja ratkomaan vaiheet. Opin myös miten iso merkitys on aikatauluttamisella.

Koen myös oman henkisen kasvuni yhtä tärkeäksi kuin työn konkreettisesti valmiiksi saamisen. Jouduin tekemään paljon pohdintaa työhöni liittyvien kysymysten parissa. Erilaisten vaihtoehtojen puntarointi, erilaisten toimintatapojen mietintä, omien henkisten ja fyysisten resurssien riittävyyden hakeminen ja kaiken tämän yhdistäminen olivat iso osa ammatillisen kasvun prosessia. Kaikesta tästä on hyötyä fysioterapeutin ammatissani.

8.4 Jatkotutkimusideat

Lantionpohjan kiputiloista on olemassa tutkittua tietoa vähän. Se mikä kiputuntemuksen aiheuttaa jää myös välillä selvittämättä. Kipu on ilmiö, jonka jokainen kokee eri lailla. Olisi mielenkiintoista tutkia asiakkaiden kokemuksia psykofyysisen fysioterapian menetelmistä ryhmämuotoisena interventiona. Ryhmässä asiakkaat voisivat saada vertaistukea kertomalla kokemuksistaan. Interventiossa käytettäisiin erilaisia psykofyysisen fysioterapian menetelmiä ja asiakkaat voisivat kokeilla harjoitteita.

Lähteet

- Bevers, K., Watts, Lynette., Kishino, ND., Catchel, RJ. 2016. The Biopsychosocial Model of the Assessment, Prevention and Treatment of Chronic Pain. *US Neurology*. 12(2), 98-104.
https://www.researchgate.net/profile/Kelley-Bevers/publication/309623595_The_Biopsychosocial_Model_of_the_Assessment_Prevention_and_Treatment_of_Chronic_Pain/links/59342746aca272fc5540df4. 9.12.2022.
- Bonnema, R., Mcnamara, M., Harsh, J. & Hopkins, E. 2018. Primary care management of chronic pelvic pain in women. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 85 (3), 215-223.
<https://www.cajm.org/content/85/3/215#T1>. 21.10.2021.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy. 1. painos, 196–199.
- Gilroy, M., MacPherson, B R. & Ross, L M. 2013. *Atlas of Anatomy*. Second Edition. New York: Thieme Medical Publishers, inc, 226-227.
- Gunter.K, & Hasanen, K. 2022. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Tutkimuksen kulku. Teoksessa Jaana Vuori(toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-prosessi/tutkimuksen-kulku/>. 22.5.2022.
- Haanpää, M & Pohjolainen, T. 2015. Kipu. Duodecim oppiportti.
https://www.oppiortti.fi/op/fys00005/do?p_haku=kipu#q=kipu. 21.10.2021.
- Heiskanen, J., Jenfors, V., Parantainen, A., Camut, M., Isotalo, A., Luomala, T., Sinisalo, M., Törnävä, M. & Palomäki, K. (toim.) Lantionpohjan fysioterapia. Lantionpohjan toimintahäiriöiden oppi- ja ammattikirja terveydenhuollon ammattilaisille. Lahti: VK-Kustannus Oy, 52–61, 56, 57–65, 66–68, 70, 72–73, 128–129, 166–171, 180–190, 220, 239–240.
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy. 1.painos.
- Hirn & Köykkä 2020. Vertaistuki osana kivunhallintaa. Teoksessa Luomajoki, H., Koko, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K.& Kouri, J P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy, 471–475.
- Holopainen 2020a. Biopsykososiaalinen lähestymistapa. Teoksessa Luomajoki, H., Koko, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K.& Kouri, J P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy, 63–67.
- Holopainen 2020b. Terapiasuhte, vuorovaikutus ja alkukeskustelu. Teoksessa Luomajoki, H., Koko, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K.& Kouri, J P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy, 180–190.
- Holopainen 2020c. Psykologisesti informoitu hoito. Teoksessa Luomajoki, H., Koko, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K.& Kouri, J P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy, 280–283.

- Jalonen, N. 2018. Pitkittyneen kivun hoito ja kuntoutus – Kehon ja mielen kuntoutus. *Kuntoutus* 41 (4), 50.
<https://journal.fi/kuntoutus/article/view/97336/55546>. 26.11.2022.
- Juhila, K. 2022. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa Jaana Vuori(toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/>. 1.5.2022.
- Kairaluoma, M. 2009. Toiminnallinen ulostamisvaikeusoireyhtymä. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim* 125 (2), 221–225.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo97788>. 1.5.2022.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 33–34.
- Kauranen, K. 2021. *Fysioterapeutin käsikirja*. Helsinki; Sanoma Pro Oy, 4. uudistettu painos, 628–629, 636–637, 638–639, 640, 641.
- Kinnunen, M. 2016. Mielekäs keho- kehon tarinoita. Lahti: Lahden Työn Paikka Oy. 54–58, 89.
- Kosunen, E., Cacciatore, R. & Hervonen, A. 2003. Seksuaalisuus elämänkaareissa. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim* 119 (3), 209–216.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/3/duo93407?keyword=naisen%20seksuaalisuus>. 1.5.2022.
- Kulju, K., Lähteenmäki, L-M., Mesiäinen, H., Myyryläinen, R. & Rautonen, A. 2014. *Fysioterapeuttien eettiset ohjeet*. Suomen fysioterapeutit.
https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/01/Fysioterapeutin_Eettiset_Ohjeet_2014.pdf. 10.3.2022.
- Leikola, A., Mäkelä, J. & Punkanen, M. 2016. Polyvagaalinen teoria ja emotionaalinen trauma. Helsinki: *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 132(1), 55–61.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo12910#s2>. 22.11.2022.
- Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2017. *Anatomia ja fysiologia. Rakenteesta toimintaan*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 7. uudistettu painos., 289–290.
- Mielenterveystalo 2022. Tietoa seksuaalisuudesta.
https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/seksuaalisuuden_omahoito/Pages/tietoa_seksuaalisuudesta.aspx. 1.5.2022.
- Mikkonen, J. 2020. Jooga, hengitys ja rentoutuminen. Teoksessa Luomajoki, H., Koko, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J P. (toim.) *Ammattilaisen kipukirja*. Lahti: VK-Kustannus Oy, 402, 403, 405–406.
- Nicholls, D A & Gibson B E. 2010. The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 26(8), 497-508.
https://www.academia.edu/5468605/The_body_and_physiotherapy, 12.1.2022.
- O’Keeffe, M., O’Sullivan, P., Purtill, H., Bargary, N. & O’Sullivan, K. 2019. Cognitive functional therapy compared with a group-based exercise and education intervention for chronic low back pain: a multicentre randomised controlled trial (RCT). *Br J Sports Med* 2020 Jul; 54(13):

- 782-789. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361017/>. 16.1.2022.
- Palomäki, K. & Siira, J. 2016. Kehon viisaat viestit. Vapaaksi kivusta, stressistä ja kuormittavista tunteista. 2.painos. Helsinki: Kirjapaja. 111–112.
- Palomäki, K. 2020. Psykofyysinen viitekehys lantionpohjan oireidenhoidossa. Teoksessa Heiskanen, J., Jenfors, V., Parantainen, A., Camut, M., Isotalo, A., Luomala, T., Sinisalo, M., Törnävä, M. & Palomäki, K. (toim.) Lantionpohjan fysioterapia. Lantionpohjan toimintahäiriöiden oppi- ja ammattikirja terveydenhuollon ammattilaisille. Lahti: VK-Kustannus Oy, 258.
- Perheentupa, A & Härkki, P. 2019. Teoksessa Tapanainen, J., Heikinheimo, O. & Mäkikallio, K. Naistentaudit ja synnytykset. Dysmenorrea ja endometrioosi. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 108–109, 114.
- Röning, T. 2020. Psykologin työkalut. Teoksessa Luomajoki, H., Koko, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J P. (toim.) Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy, 338–339.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV-menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. https://www.fsd.tuni.fi/metelmaopetus/kvali/L2_3_1.html. 1.5.2022.
- Saarelma, O. 2021. Lantionpohjan kipu. Duodecim terveyskirjasto. 20.10.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01170>.
- Sand, O., Sjaastaad, O., Haug, E. & Bjälje, J G. 2011. Ihminen. Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOYpro Oy, 229, 135–139.
- Speer, L M, Mushkbaar, S., erbele, T. 2016. Chronic Pelvic Pain in Women. Am Fam Physician 93(5), 380-387. <https://www.aafp.org/afp/2016/0301/p380.html>. 20.10.2021.
- Terveyskylä 2018. Rentoutuminen. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/rentoutuminen>. 17.1.2022.
- Tiitinen, A. 2021a. Lantionpohjan vaivat. Duodecim terveyskirjasto. 20.10.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01122>.
- Tiitinen, A. 2021b. Kohdun laskeumat. Duodecim terveyskirjasto. 22.4.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00140>.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 66–67.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö tammi. Uudistettu laitos, 84–85, 122-127.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden ennakoarviointi Suomessa. Helsinki: toinen uudistettu painos. 17.11.2022, 7. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Vainio, A. 2004. Rintakehä- ja palleahengitys. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 113.
- Vuori, J. 2022. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tutkimusetiikka. Teoksessa Jaana Vuori(toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>. 22.5.2022.

Esimerkkitaulukko sisällönanalyysistä

Autenttinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Lisäkoulutuksella hankittu taito on vaan jäävuoren huippu, eli se suhteessa oleminen ja siihen se vuorovaikutus, niin kaikki kohtaamiset perustuu tähän psykofyysiseen lähestymistapaan.	Vuorovaikutuksen tärkeys	Kokonaisvaltainen lähestymistapa menetelmänä	Biopsykososiaalinen lähestymistapa	Lantionpohjan fysioterapeuttien kokemuksia psykofyysisestä fysioterapian hyödyntämisestä lantionpohjan kipuasiakkaille
Se on mun mielestä ihan a ja o eli ihan ehdoton edellytys että henkilö, joka työskentelee lantionpohjan fysioterapeuttina ja työskentelee erityisesti kipupotilaiden kanssa niin tämä psykofyysinen lähestymistapa on tämmönen aspekti siinä.	Asiakas-keskeinen lähestymistapa			
Mutta sitten on ollut joitakin kipuasiakkaita, ja kipuasiakkaille on ollut tärkeää tällainen psykofyysinen fysioterapia lähestymistapana, joka on kokonaisvaltaista.	Asiakas-keskeinen lähestymistapa			

Suostumuslomake

Suostumus

Olen tutustunut Noora Laitisen tutkimuslauseeseen opinnäytetyöhön haastatteluun liittyen ja saanut riittävän tiedon ja ilmoitan osallistuvani haastattelututkimukseen. Suostun myös siihen, että haastattelu nauhoitetaan ja sitä käytetään tutkimusaineistona.

Minulle on selvitetty, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja ymmärrän että voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman seuraamuksia tai perusteluja. Olen ymmärtänyt, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumuksen, minusta keskeyttämiseen ja suostumukseen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tämä tietoon perustuva suostumuslomake säilytetään tutkijan hallussa salasanalla suojatulla tiedostolla ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Halutessani minulle toimitetaan tästä paperista kopio.

Nimi:

Sähköpostiosoite:

Paikka:

Päiväys:

Allekirjoitus:

Esitietolomake haastateltaville

Esitietolomake

Valmistumisvuosi:

Kokemus vuosina lantionpohjan fysioterapiasta:

Kokemus psykofyysisestä fysioterapiasta vuosina:

Olen käynyt täydennyskoulutuksia lantionpohjan fysioterapiasta
kyllä/ei

Olen käynyt täydennyskoulutuksia psykofyysisestä fysioterapiasta?
Kyllä/ei

Käytätkö lantionpohjan fysioterapiassa:

hengitys- ja rentoutusharjoituksia kyllä/ei

Mindfulness-harjoituksia kyllä/ei

CFT-viitekehystä kyllä/ei

Teemahaastattelun kysymykset

TEEMA 1 KOKEMUKSET PSYKOFYYSISEN FYSIOTERAPIAN HYÖDYNTÄMISESTÄ OSANA LANTIONPOHJAN KIVUN FYSIOTERAPIAA

1. Millaisia kokemuksia sinulla on psykofyysisen fysioterapian hyödyntämisestä osana lantionpohjan kivun fysioterapiaa?
2. Millaisia psykofyysisiä menetelmiä olet käyttänyt lantionpohjan kipujen fysioterapiassa?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat psykofyysisen fysioterapian menetelmän käyttöönottoon lantionpohjan kivun fysioterapiassa

TEEMA 2 Psykofyysisen fysioterapian hyödyt ja menetelmän kehittäminen

1. Millaisia myönteisiä vaikutuksia huomasit menetelmän käytön aikana asiakkaassa?
2. Missä tilanteissa menetelmän käyttö aiheutti pohdintaa menetelmän toimivuudesta?
3. Miten psykofyysistä fysioterapiaa voisi tehdä tunnettavammaksi fysioterapeuttien ammattikunnassa?