

”TUNTUU KO NIVELET OIS POIS PAIKALTAAN”

Sohvi Keskitalo, Eveliina Lahtinen
Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Fysioterapian koulutusohjelma
Fysioterapeutti (AMK)

2016

Sosiaali- ja terveys- ja liikunta- ala
Fysioterapian koulutusohjelma
Fysioterapeutti AMK

Tekijä	Sohvi Keskitalo ja Eveliina Lahtinen	2016
Ohjaaja	Erja Rahkola, Anne Rautio, Raija Seppänen	
Toimeksiantaja	Suomen Reumaliitto RY	
Työn nimi	”Tuntuu ko nivelet ois pois paikaltaan”	
Sivu- ja liitemäärä	55+ 10	

Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä - henkilöiden kokemuksista nivelten yliliikkuvuuden merkityksestä koettuun toimintakykyyn ja kokemuksiin liikuntaharjoittelusta, fysioterapiasta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta. Työn tarkoituksena oli, että toimeksiantaja Suomen Reumaliitto ry voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä kehittäessään toimintaansa. Fysioterapia-ala voi käyttää tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä kehittäessään nivelten yliliikkuvuus-henkilöiden ohjausta ja neuvontaa. Tutkimuksessa pyritään vastaamaan kysymyksiin: ”Miten henkilöt, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, kuvaavat koettua toimintakykyään? Miten he kokevat nivelten yliliikkuvuuden merkityksen liikkumisessa ja liikuntaharjoittelussa? Miten he kokevat fysioterapian sekä ohjauksen ja neuvonnan merkityksen liikkumisessa ja liikuntaharjoittelussa?”

Tutkimus oli kvalitatiivinen ja tutkimusaineisto muodostui kolmen henkilön, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, kokemuksista. Aineisto kerättiin puhelimitse käyttäen puolistrukturoitua teemahaastattelua ja se analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimustuloksista käy ilmi kivun olevan merkittävin vaikuttaja koettuun toimintakykyyn ja liikuntaharjoitteluun. Kipu esiintyi nivelissä ja viivästyneenä liikkumisen jälkeisenä kipuna. Tutkimushenkilöt kokivat diagnoosin pikaisen saamisen sekä hoitovastuun ottamisen tärkeäksi ja näillä tekijöillä oli merkitystä heidän omaehtoiseen kuntoutumiseensa. Fysioterapialla oli positiivinen merkitys henkilöiden kokemuksiin koetusta toimintakyvystä ja liikuntaharjoittelusta. He kokivat fysioterapian helpottavan oman kehon ymmärtämistä ja sitä kautta vähentävän kipua. Fysioterapiassa olisi tärkeää nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä-henkilöille kohdennettu ohjaus ja neuvonta sekä erilaiset yksilölliset harjoitteet. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että nivelten yliliikkuvuusoireyhtymästä kaivattaisiin lisää tietoa.

Asiasanat	Nivelten yliliikkuvuus, hypermobiliteetti, yliliikkuvuusoireyhtymä, toimintakyky, liikkuminen, liikunta, ICF-luokitus
------------------	---

School of Social Services, Health
and Sports
Degree Programme in
Physiotherapy

Author Sohvi Keskitalo ja Eveliina Lahtinen 2016
Supervisor Erja Rahkola, Anne Rautio, Raija Seppänen
Commissioned by Finnish Rheumatism Association
Subject of thesis Hypermobility syndrome persons experiences about
meaning of hypermobility syndrome in their ability to function
Number of pages 55 + 10

The aim of this thesis is to collect information about persons with joint hypermobility syndrome looking at their ability to function and undertake exercise, physiotherapy, instructions and guidance. The motivation behind this thesis is to provide results for the commissioner the Finnish Rheumatism Association, which they can exploit when developing their program. The physiotherapy industry can use results and conclusions when developing instructions and guidance for a person with joint hypermobility. This thesis aims to answer the following questions: How do persons with joint hypermobility syndrome describe their ability to function? How do they experience the meaning of joint hypermobility syndrome in moving and exercising? How do they experience the meaning of physiotherapy and instruction and guidance to moving and exercising?

This thesis is qualitative and the research material consists of three interviews of persons with hypermobility syndrome. The research data was collected with a semi-structured interview by phone and analyzed deductively. The research results show that all three persons experienced pain as the most meaningful factor in their ability to function and exercise. The pain was joint pain and delayed pain after exercising. The results show that an early diagnosis and responsibility of treatment are an important factor, which effects person's self-care. Physiotherapy had a positive impact on their ability to function and exercise. They felt that physiotherapy increased their understanding of their body and they felt that body awareness released pain. Specific guidance and instructions as well as individual exercises are important in physiotherapy. The results indicate a need for more information about joint hypermobility syndrome and especially individual exercises.

Key words hypermobility, joint hypermobility, joint hypermobility syndrome, ability to function, movement, exercise, International Classification of Functioning, Disability and Health

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	NIVELTEN YLILIIKKUVUUSOIREYHTYMÄ ICF-LUOKITUKSEN MUKAISESTI	9
2.1	ICF-luokitus.....	9
2.2	Nivelten yliliikkuvuuden vaikutus kehon rakenteet ja toiminnot.....	11
2.2.1	Nivelten yliliikkuvuus ja sen merkitys fyysiseen toimintakykyyn	11
2.2.2	Nivelten yliliikkuvuuden luokittelu	14
2.2.3	Nivelten yliliikkuvuussyndrooma.....	16
2.2.4	Nivelten yliliikkuvuuden yhteys psyykkiseen toimintakykyyn	17
2.3	Nivelten yliliikkuvuuden vaikutus suorituksiin ja osallistumisiin	19
2.3.1	Nivelten yliliikkuvuuden merkitys päivittäisiin toimintoihin ja sosiaaliseen toimintakykyyn.....	19
2.3.2	Nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän merkitys liikuntaharjoitteluun	20
2.4	Nivelten yliliikkuvuuteen liittyvät yksilö- ja ympäristötekijät	23
2.4.1	Yksilötekijöiden merkitys nivelten yliliikkuvuussyndroomassa	23
2.4.2	Ympäristötekijöiden merkitys nivelten yliliikkuvuussyndroomassa	24
3	NIVELTEN YLILIIKKUVUUSSYNDROOMA JA TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN.....	26
3.1	Ohjaus ja neuvonta.....	26
3.2	Nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä ja fysioterapia	27
4	TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	29
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	30
5.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	30
5.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	30
5.3	Tutkimusryhmä	33
5.4	Haastatteluaineiston hankkiminen	33
5.5	Tutkimusaineiston analysointi	35
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	38

6.1	Kokemuksia nivelten yliliikkuvuuden merkityksestä koettuun toimintakykyyn.....	38
6.1.1	Kehon rakenteet ja toiminnot.....	38
6.1.2	Suoritukset ja osallistuminen.....	39
6.1.3	Yksilö- ja ympäristötekijät.....	40
6.2	Kokemuksia fysioterapian sekä ohjauksen ja neuvonnan merkityksestä nivelten yliliikkuvuusoireyhtymässä.....	41
7	POHDINTA.....	44
7.1	Pohdintaa tutkimustuloksista.....	44
7.1.1	Pohdintaa tutkimushenkilöiden kokemuksista nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän merkityksestä koettuun toimintakykyyn.....	44
7.1.3	Pohdintaa tutkimushenkilöiden kokemuksista fysioterapian sekä ohjauksen ja neuvonnan merkityksestä nivelten yliliikkuvuusoireyhtymässä.....	46
7.2	Pohdintaa tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta.....	48
7.3	Pohdintaa opinnäytetyöprosessista.....	51
7.4	Toimenpide-ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	54
	LÄHTEET.....	56
	LIITTEET.....	63

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a).....	10
Kuvio 2. Mukailtu ICF-luokituksen osa-alueiden vaikutus (Mukailtu Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a).....	10

KUVALUETTELO

Kuva 1. Nivelen rakenne (Encyclopedia Britannica 2011).	12
Kuva 2. Beightonin luokittelu (Physiopedia 2013).....	15
Kuva 3. Liikuntapiirakka (UKK-Instituutti 2009).....	22

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Päivittäiset toiminnot (Mukailtu Pohjolainen & Alaranta 2009, 21). 19	
Taulukko 2. Sisällön analyysi (Mukailtu: Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–117)	36

1 JOHDANTO

Tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet aiheuttavat yhteiskunnallisia kustannuksia esimerkiksi runsaiden sairaspotilaiden ja ennenaikaisen työkyvyttömyyden muodossa (Viikari-Juntura & Heliövaara 2015). Nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän on todettu liittyvän tuki- ja liikuntaelinsairauksiin ja niiden välinen yhteys on usein alidiagnosoitu (Suomen Reumaliitto 2011b; Hannonen 2002, 355). Nivelten normaalia laajempaan liikeradan aiheuttaessa ongelmia, voidaan puhua nivelten yliliikkuvuusoireyhtymästä (Suomen Reumaliitto 2011b; Hannonen 2002, 355). Nivelten yliliikkuvuutta esiintyy naisilla kolme kertaa enemmän kuin miehillä, sitä esiintyy noin 10 % väestöstä ja se periytyy 65 % todennäköisyydellä (Hakim, Malfait & Paepe 2010, 58; Russek 2000, 387).

Grahamen (2010) mukaan nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä voi aiheuttaa uupumusta, väsymystä, kipuja ja proprioseptisiä ongelmia. (Grahame 2010, 96,127–130.) Nivelten yliliikkuvuuden varhainen tunnistaminen ja diagnosointi ovat tärkeää, sillä se vähentää leikkauksia, kroonisen kivun esiintymistä sekä pelkoa ja masentuneisuutta (Keer & Butler 2011, 481 - 482). Fysioterapia on parhaimpana pidetty hoitomuoto henkilöille, joilla on yliliikkuvuusoireyhtymä (Terry ym. 2015; Simmonds & Keer 2007).

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Suomen Reumaliitto ry. Yhdistykseltä kerrottiin, että sinne on tullut yhä enemmän asiakkaita, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä. Asiakkaat ovat usein epätietoisia sairaudestaan ja sen merkityksestä toimintakykyyn, eivätkä he ole löytäneet luotettavaa tietoa esimerkiksi liikuntaharjoittelusta liittyen nivelten yliliikkuvuuteen. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa henkilöiden, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, kokemuksia sen merkityksestä tutkimushenkilöiden koettuun toimintakykyyn, kokemuksiin liikuntaharjoittelusta, fysioterapiasta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta. Tarkoituksena on, että toimeksiantaja voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä kehittääkseen toimintaansa. Fysioterapia-ala voi käyttää tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä kehittäessään nivelten yliliikkuvuus-henkilöiden ohjausta ja neuvontaa.

Tutkimuksessa haluttiin keskittyä nivelten yliliikkuvuusoireyhtymään ja siitä rajattiin pois muut sidekudossairaudet. Opinnäytetyössä käytetään termiä liikuntaharjoittelu kuvaamaan liikkumista, liikuntaa, arki- ja hyötyliikuntaa sekä terveys- ja kuntoliikuntaa. Liikuntaharjoittelun lisäksi tutkimuksessa on otettu huomioon nivelten yliliikkuvuuden merkitys päivittäisiin toimintoihin. Viitekehyksenä työssä käytettiin ICF-luokitusta, koska se kuvaa yksilön toimintakykyä moniulotteisesti sekä osatekijöiden positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia toimintakykyyn.

2 NIVELTEN YLILIIKKUVUUSOIREYHTYMÄ ICF-LUOKITUKSEN MUKAISESTI

2.1 ICF-luokitus

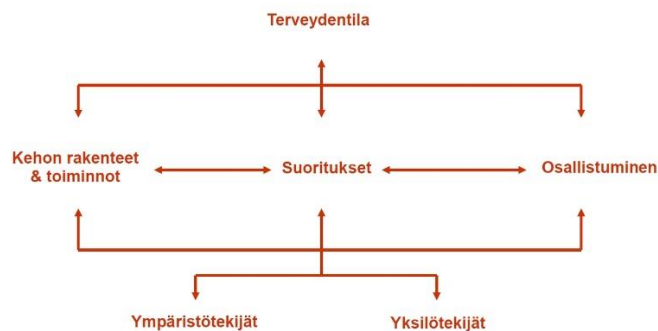
ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on kansainvälinen toimintakyvyn, terveyden ja toimintarajoitteiden luokittelu. Sen on luonut Maailman terveysjärjestö (WHO, World Health Organization), jotta ammattilaisilla olisi kansainvälisesti yhtenäinen ja standardi kieli. ICF-luokitukseen kuuluu kaksi aluetta, jotka ovat terveyden aihealue ja terveyden lähialue. Näillä tarkoitetaan näkökohtia, jotka liittyvät ihmisen terveyteen tai hyvinvointiin. ICF-luokitus jaetaan osa-alueisiin, jotka ovat toimintakyky, toimintarajoitteet ja kontekstuaaliset tekijät. (World Health Organization 2004, 3, 7–8; World Health Organization 2001, 3.)

ICF-luokitus pyrkii kuvaamaan sitä, miten sairaudet tai vammat näkyvät ja vaikuttavat yksilön elämässä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014; World Health Organization 2004, 4). Toimintakyvyn osa-alueeseen sisältyy kehon rakenteet ja toiminnot sekä suoritukset ja osallistuminen. Toimintarajoitteiden osa-alueeseen vastaavasti kuuluu edellä mainittujen osa-alueiden rajoitteet (esim. kehon vajavuudet). Kontekstuaalisiin tekijöihin kuuluvat ympäristö- ja yksilötekijät. Ympäristötekijät ovat vuorovaikutuksessa osallistumisen ja suoriutumisen kanssa, eri ympäristöillä on erilainen vaikutus henkilön toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin. Jos ympäristö on rajoittava, se heikentää henkilön suorituskyyä, kun taas edullinen ympäristö vaikuttaa positiivisesti yksilöön. Yhteiskunnan vaikutus ihmisen toimintakykyyn näkyy esimerkiksi siinä, miten rakennukset ovat rakennettu ja onko ihmisellä mahdollisuus saada tarvitsemiaan apuvälineitä. (World Health Organization 2004, 3, 7–8, 13.)

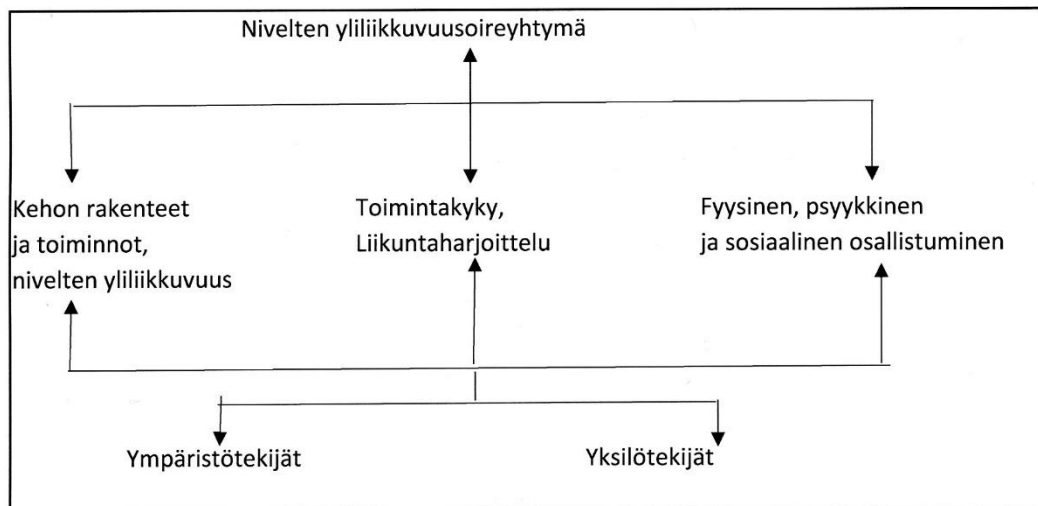
Yksilön toimintakyky määräytyy lääketieteellisen terveydentilan ja ympäristö- ja yksilötekijöiden mukaan (kuvio 1.). Kaikki osa-alueet ovat yhteydessä toisiinsa ja jokainen voi vaikuttaa yhteen tai useampaan osa-alueeseen kerrallaan. (World Health Organization 2004, 18–19.) Tässä työssä (kuvio 2) terveydentilalla tarkoitetaan nivelten yli liikkuuussyndroomaa ja kehon rakenteilla ja toiminnoilla

yliliikkuvia niveliä tai niveltä. Suorituksilla käsitetään tässä opinnäytetyössä päivittäisiä toimintoja, sosiaalista toimintakykyä ja liikuntaharjoittelua, joka sisältää arki- ja hyötyliikuntaa sekä terveys- ja kuntoliikuntaharjoittelua. Osallistuminen on jaettu tässä työssä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osallistumiseen. Ympäristötekijöitä ovat esimerkiksi nivelten yliliikkuvuuden passiivinen hoito sekä asenneympäristö, jossa henkilö elää. Yksilötekijöillä tarkoitetaan henkilöiden ikää, sukupuolta ja perimää.

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a).



Kuvio 2. Mukailtu ICF-luokituksen osa-alueiden vaikutus (Mukailtu Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a).

2.2 Nivelten yliliikkuvuuden vaikutus kehon rakenteet ja toiminnot

2.2.1 Nivelten yliliikkuvuus ja sen merkitys fyysiseen toimintakykyyn

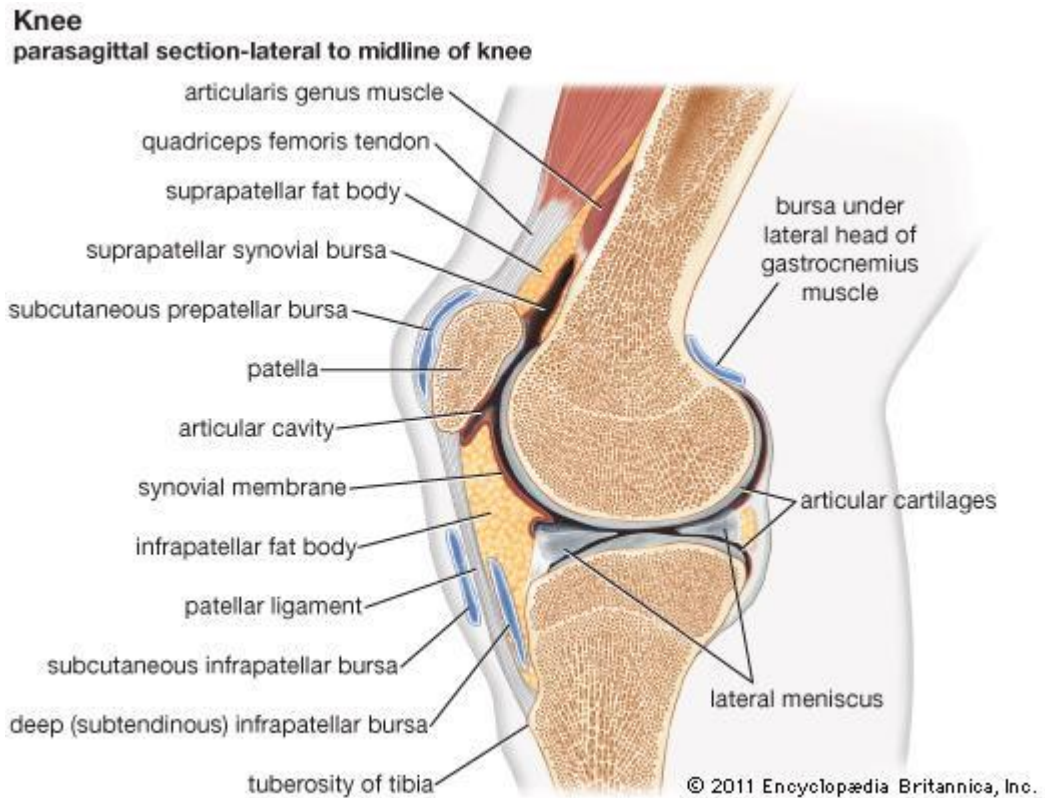
Fyysinen toimintakyky sisältää henkilön fyysiset edellytykset selviytyä arjen tehtävistä. Terveyskunto ja fyysinen suorituskky liittyvät fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen. Lihaskvoima, -kestävyys, kestävyyskunto, proprioseptiikka sekä nivelten liikkuvuus ovat fyysiselle toimintakyvylle tärkeitä fysiologisia ominaisuuksia. (Terveysden ja hyvinvoinninlaitos 2015b.) Nivelten liikelaajuuden ollessa normaalia suurempi, puhutaan nivelten yliliikkuvuudesta (Simmonds & Keer 2007).

Nivelten yliliikkuvuutta voidaan käsitellä ICF-luokituksen pohjalta, jolloin kehon ja kehon toiminnot määritellään elinjärjestelmien fysiologisiksi toiminnoiksi, johon kuuluvat myös mielen toiminnot. ICF luokittelee toimintakyvyn osa-alueeseen kehon rakenteet, joihin kuuluvat kehon anatomiset osat, kuten nivelet. Toimintaraajoitteiden osa-alueeseen kuuluvat vajavuudet, esimerkiksi ruumiinrakenteiden ongelmat ja poikkeavuudet. (World Health Organization 2004, 10, 12.) Seuraavissa kappaleissa käsitellään kehon rakenteita ja toimintoja, jotka ovat merkityksellisiä nivelten yliliikkuvuussyndrooman kannalta.

Nivelten yliliikkuvuutta käsiteltäessä tärkeimpiä anatomisia osia ovat nivelet sekä niiden rakenne ja toiminta. Leppäluodon ym. (2013) mukaan nivelet (articulatio -) liittävät luut toisiinsa ja mahdollistavat liikkeen. Nivelet voidaan jakaa rakenteen perusteella kolmeen eri ryhmään: sidekudos- ja rustoliitos sekä synoviaalinivel. Varsinaisiksi niveliksi luetaan synoviaalinivelet, jotka muodostuvat siten, että toisessa nivelessä on nivelnasta ja toisessa nivelkuoppa. (Walker 2014, 14–16; Leppäluoto ym. 2013, 70–71; Helminen & Tammi 2002, 24.) Synoviaalinivel mahdollistaa liikkeen kahden luun pään välillä (Säämänen ym. 2012, 13).

Nivel (kuva 1) rakentuu nivelkapselistä (joint capsule), -ontelosta (articular cavity), -rustosta (articular cartilage) ja limapussista (bursa). Nivelten luisten rakenteiden ympärillä on sidekudoksesta rakentuva nivelpussi eli -kapseli. Nivelpussin sisätilaa kutsutaan nivelonteloksi ja sen sisällä oleva nivelneste voitelee ja ravitsee niveltä. Nivelten luiden pinnalla on joustoa lisäävää ja kitkaa

vähentävää nivel- eli lasirustoa. Rasitusalttiissa nivelissä, kuten lannerangan nivelissä, on erityisen paljon joustavuutta lisäävää kollageenia. (Walker 2014, 14–16; Leppäluoto ym. 2013, 70–71; Säämänen ym. 2012, 13.) Niveliä liikuttavat lihakset, jotka kiinnittyvät jänteillä luihin (Säämänen ym. 2012, 13).



Kuva 1. Nivelen rakenne (Encyclopedia Britannica 2011).

Niveleen liittyy yleensä myös muita rakenteita. Nivelpintojen välissä voi olla iskuja pehmentävää materiaalia, kuten selkänikamien välissä oleva välilevy (discus intervertebralis) ja polvinivelessä oleva nivelkierukka (meniscus). Nivelsiteet eli ligamentit liittävät luut toisiinsa ja tuottavat stabiliteettia tukemalla niveltä ja estäen virheellisiä liikkeitä. Ligamentit ovat jänteitä elastisempia ja ne sijaitsevat nivelpussin pinnalla tai sisällä (esimerkiksi polvinivelen ristsiteet) sekä joidenkin nivelten ulkopinnoilla. Nivelpintojen ulkopuolella lihasten ja jänteiden liikkumista helpottavat erilaiset limapussit eli bursat. Ne sijaitsevat tavallisesti luun ja jänteen välissä, esimerkiksi polvinivelessä ja akillesjänteen alla. (Walker 2014, 14–17; Leppäluoto ym. 2013, 70–71; Säämänen ym. 2012, 13–14.) Nivelkapselin ja ligamenttien hermopäätteet aistivat proprioseptiikkaa, eli asento- ja tuntoaisteja

sekä aistivat missä asennossa nivel on ja mitä liikettä se tuottaa. Hermopäätteet aistivat myös kipua. (Säämänen ym. 2012, 14.)

Sidekudosten löysyys tai kireys ovat yksilöllisiä ominaisuuksia ja vaihtelun syynä on todennäköisesti sidekudoksen rakenteessa olevat erot (Suomen Reumaliitto 2011a; Bridges, Smith, Reid 1992, 793). Sidekudos on elimistöä ja kudoksia tukevaa materiaalia, joka koostuu proteiineista ja soluista (Leppäluoto ym. 2013, 57). Sidekudoksen laatua määrittävät jotkin proteiinit, joiden laatu on perinnöllinen, niinpä myös nivelen yliliikkuvuus on periytyvä ominaisuus (Suomen Reumaliitto 2011a; Bridges, Smith, Reid 1992, 793).

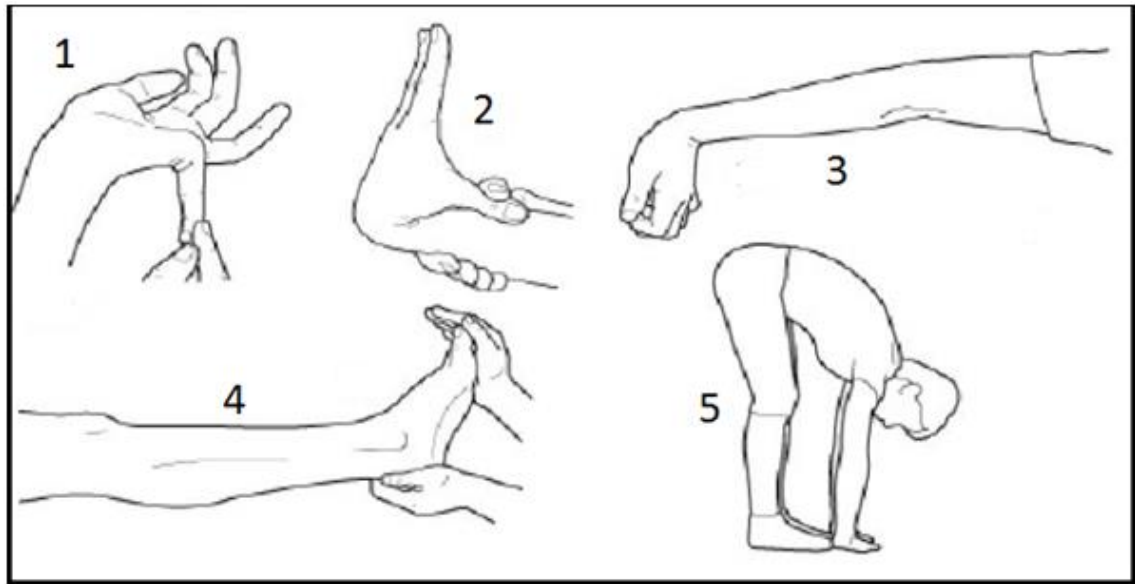
Nivelten yliliikkuvuus on henkilökohtainen ominaisuus ja siihen vaikuttavat perimän lisäksi henkilön ikä ja sukupuoli. (Grahame 2010, 95; Simmonds & Keer 2007.) Se ei välttämättä johda oireisiin, eikä nivelten yliliikkuvuus ole sairaus tai diagnoosi. Ihmiset eivät aina ole tietoisia, että heidän nivelensä ovat yliliikkuvia ja usein henkilöt hakeutuvat lääkärin vastaanotolle vasta, kun heidän nivelensä ovat kipeitä (Grahame 2010, 95; Hannonen 2002, 355). Nivelten yliliikkuvuus voidaan yhdistää myös paikalliseen, alueelliseen tai laaja-alaiseen mekaaniseen vammaan (Hakim, Malfait, & Paepe, 2010).

Smithin ym. (2014) mukaan nivelten yliliikkuvuus aiheuttaa sen, että sensorinen eli aistimuksellinen palaute ei toimi normaaliin tapaan vaikuttaen nivelen biomekaaniseen toimintaan ja sieltä edelleen pehmytkudoksiin. Tämä voi johtaa kipuihin sekä jänne- ja nivelvammoihin. (Smith ym. 2014.) Nivelten normaalia suurempi liikelaajuus voi aiheuttaa nivelpintojen kulumista ja nivelsiteiden rappeutumista. Kipu voi aiheuttaa sen, että lihakset eivät toimi normaalisti, joka johtaa lihasten surkastumiseen ja vähentyneeseen nivelten kontrollointiin (Palmer, Bailey, Barker, Barney & Elliott 2014.) Henkilöillä, joilla on yliliikkuvat nivelet, lihakset väsyvät helpommin, sillä ne pyrkivät toiminnallaan korvaamaan passiivisen nivelteen. Nivelten yliliikkuvuus johtaa helposti krooniseen kipuun ja kipujaksoihin. Nivelet, joissa on yliliikkuvuutta, saattavat nyrjähtää tai vaurioitua herkemmin, kuin nivelen liikeradan ollessa normaali ja nivel voi lähteä herkästi sijoiltaan eli luksoitua. (Sandström & Ahonen 2013,189.)

Nivelten sijoiltaanmenolla tarkoitetaan sitä, kun luu siirtyy nivelessä pois paikaltaan ja nivelkapseli vaurioituu. Yleisimmin sijoiltaan meneviä niveliä ovat sormi- olka- kyynär- leuka- nilkka- ja polvinivel. Sijoiltaanmenon oireena ovat esimerkiksi voimakas kipu nivelessä, turvotus ja virheasento, eikä niveltä pysty käyttämään normaalisti. (Castrén, Korte & Myllyrinne 2012.) Sijoiltaanmenon vaara yliliikkuvissa nivelissä aiheuttaa sen, etteivät henkilöt uskalla käyttää niveliään (Terry ym. 2015).

2.2.2 Nivelten yliliikkuvuuden luokittelu

Nivelten yliliikkuvuutta voidaan määrittellä Beightonin luokituksen (kuva 2) avulla, johon kuuluu viisi erilaista testiliikettä. Luokituksessa maksimipisteet ovat 9 pistettä, mutta nivelten yliliikkuvuudeksi riittää 4 pistettä. Piste tulee siitä, jos pikkusormi taipuu tyvinivelestä passiivisesti yli 90 astetta ja mikäli molemmat pikkusormet taipuvat kyseisellä tavalla, siitä tulee kaksi pistettä. Jos peukalo taipuu passiivisesti kyynärvarren sisäpintaan kiinni, tulee piste ja molempien peukaloiden taipumisesta kuvatulla tavalla, tulee kaksi pistettä. Mikäli kyynärnivel yliojentuu 10 astetta, saa pisteen ja jos kumpikin kyynärnivel taipuu kuvatulla lailla, tulee henkilölle 2 pistettä. Polvinivelten 10 asteen yliojennuksesta henkilö voi saada 2 pistettä ja jos henkilö saa eteentaivutuksessa kämmenet lattiaan, tulee siitä vielä 1 piste lisää. (Sandström & Ahonen 2013, 189; Suomen Reumaliitto 2011a; Suomen Reumaliitto 2011b; Hannonen 2002, 355–356; Russek 2000, 387; Lehto, Suvitaival & Kaarela 1999; Beighton, Solomon & Soskolne 1973.) Mikäli kriteerit täyttyvät, tulisi nivelten yliliikkuvuus ottaa huomioon elämäntavoissa (Suomen Reumaliitto 2011a; Suomen Reumaliitto 2011b).



Kuva 2. Beightonin luokittelu (Physiopedia 2013).

Nivelten yliikkuvuuden luokittelussa käytetään yleensä Beightonin luokitusta yhdessä Brightonin kriteeristön kanssa. Kriteeristö jaetaan pää- ja alakriteereihin. Pääkriteereissä henkilön tulee saada Beightonin luokituksesta neljä pistettä yhdeksästä tai enemmän. Pisteet henkilö voi saada sairaushistoriansa sekä yli kolme kuukautta jatkuneiden nivelkipujen perusteella. Kipua on voinut olla neljässä tai useammassa nivelessä samaan aikaan. Alakriteereissä henkilö on saanut Beightonin luokituksesta 1-3 pistettä yhdeksästä pisteestä. Alakriteeristö huomioi myös yli kolme kuukautta jatkuneen selkävun, spondyloosin (selkänikamien rappeutumisen), spondylolyyisin (nikamakaaren höltymän) ja spondylolisteisin (selkänikaman siirtymän suhteessa alempaan nikamaan). Alakriteeristöön kuuluvat lisäksi luksaatiot (nivelen sijoiltaanmeno), subluksaatiot (nivelen osittainen sijoiltaanmeno) pehmytkudosreuma, myofaskiaalinen (lihasjuoste) kipu, epänormaalin ohut iho ja silmien alla roikkuvat silmäluomet sekä marfanoidinen hapitus, joka tarkoittaa pitkää ja hoikkaa kehonmallia. (Sandström & Ahonen 2013, 189–190; Grahame 2010; Simmonds & Keer 2007.)

Grahamen (2010) mukaan Beightonin luokittelua ja Brightonin kriteeristöä voidaan käyttää klinisen diagnosoinnin apuna. Nivelten yliikkuvuusoireyhtymän diagnoosia ei kuitenkaan tulisi tehdä pelkästään näiden perusteella, sillä niissä testataan vain osa nivelistä ja testin ulkopuolelle jäävissä nivelissä esiintyvä yliikkuvuus voi jäädä huomaamatta. Myös nivelten yliikkuvuutta ilmaisevasta

pistemäärästä on keskusteltu. Beightonin luokittelu ilmaiseekin paremmin sitä, kuinka moneen testiin valituista nivelistä nivelten yliliikkuvuus vaikuttaa. (Grahame 2010, 117–119.)

2.2.3 Nivelten yliliikkuvuussyndrooma

Hypermobiliteettisyndrooma (nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä) määritellään perinnölliseksi nivelsiteiden löyhyydeksi (International Classification of Diseases 2016). Hyvälaatuisessa yliliikkuvuusoireyhtymässä esiintyy nivelten laajempaa liikerataa ja nivelten yleistä yliliikkuvuutta, mutta ei muita sidekudokseen liittyviä ongelmia. Sen on todettu liittyvän tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. (Suomen Reumaliitto 2011b; Simmonds & Keer 2007; Hannonen 2002, 355.) Hannosen (2002) mukaan tuki- ja liikuntaelinongelmien ja nivelten yliliikkuvuuden välinen yhteys on usein oireena alidiagnosoitu (Hannonen 2002, 355–356).

Tärkeimpinä oireina nivelten yliliikkuvuusoireyhtymässä ovat nivelten epästabilius ja yliliikkuvuus sekä kipu. Kipu voi olla tylppää ja pitkäkestoista esimerkiksi polvissa, nilkoissa ja/tai jalkapohjissa. Hannosen (2002) mukaan henkilöillä, joilla on nivelten hypermobilitteettisyndrooma, nivelet voivat olla herkästi sijoiltaan meneviä ja osalla heistä voidaan havaita sydänperäisiä oireita. Grahamen (2010) mukaan heillä voi olla uupumusta, väsymystä, kipuja sekä ongelmia proprioseptiikassa, ruoansulatuksessa sekä paikallispuudutuksen vaikutuksessa. Osalla nivelten hypermobilitteettisyndrooma on lähes tai kokonaan oireeton. (Terry, Palmer, Rimes, Clark, Simmonds & Horwood 2015; Sandström & Ahonen 2013, 189; Grahame 2010, 96, 127–130; Hannonen 2002, 355–356; Russek 2000, 387; Lehto, Suvitaival & Kaarela 1999.) Nivelten yliliikkuvuuden varhainen tunnistaminen ja diagnosointi ovat tärkeää, sillä ne vähentävät leikkauksia, kroonisen kivun esiintymistä, pelkoa ja masentuneisuutta (Keer & Butler 2011, 481 - 482). Henkilöillä, joilla on diagnosoitu krooninen kipu, diagnosoidaan usein myös nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä (Scheper, Vries, Verbunt & Engelbert 2015).

Kipu on subjektiivinen, epämiellyttävä, sensorinen tai tunteiden kokemus, joka liittyy todelliseen tai oletettuun kudosaivuriin tai sen mahdollisuuteen. Siihen vaikuttaa monia eri tekijöitä, kuten kivunsietokyky, ja kipua voidaan luokitella

monella eri tavalla. (Paakkari 2013; Shaikh, Hakim & Shenker 2010,145–146; Haanpää & Salminen 2009, 54; Haanpää ym. 2008.) Kipua tulisi pyrkiä tutkimaan kartoittamalla sen taustoja ja syntymekanismeja. Kivun hoidossa ja kuntoutuksessa kipua tulisi ajatella kokonaisuutena, johon pyritään vaikuttamaan lievittämällä sitä. Kivun lievittyminen vaikuttaa henkilön toimintakykyvyn ja elämänlaadun kohentumiseen sekä elämönhallinnan tunteeseen. Kipupotilaan hoito olisi tarpeellista toteuttaa moniammatillisesti. (Haanpää & Salminen 2009, 67- 69; Haanpää ym. 2008.)

2.2.4 Nivelten yliliikkuvuuden yhteys psyykkiseen toimintakykyyn

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön mielialaa, persoonallisuutta, elämönhallintaa ja voimavaroja (Mäkelä, Alastalo, Noro, & Finne-Soveri 2013, 132). Sillä tarkoitetaan myös kykyä kokea ja tuntea, käsitellä ja vastaanottaa tietoa sekä muodostaa käsityksiä ympäröivästä maailmasta. Psyykinen toimintakyky määrittää sitä, miten ihminen käyttää psyykkisiä voimavarojaan, taitojaan ja kykyjään eri elämänvaiheissa. (Heimonen 2009, 56.) Psyykkiset vaikutukset ovat tärkeitä tekijöitä edistäessään yksilön kokemusta haitallisesta ärsykkeestä, esimerkiksi kivusta. Ne ovat tärkeitä myös kroonisen kivun syntymisen riskien määrittämiseksi akuutin vamman jälkeen (Wong ym. 2014; Shaikh, Hakim & Shenker 2010, 188 – 190).

Kipu liittyy läheisesti pelkoon ja ahdistukseen. Akuuttia kipua kuvataan usein psykologisten vasteiden kaavalla, joka on samanlainen kuin masennuksessa havaittavassa kroonisessa kivussa. Muutosta akuutista kivusta krooniseksi kivuksi voidaan kuvata pelko- ja välttämiskäyttämällä. Tämä malli kuvaa kivun pelkoa ja myöhempää välttämiskäyttäytymistä. Välttäminen tarkoittaa käyttäytymistä, joka lykkää tai estää vastenmielistä tapahtumaa. Henkilöt oppivat, että välttämällä tilanteita, jotka provosoivat tai lisäävät kipua, voi vähentää tulevia kivuliaita hetkiä. Ei-haitallinen kiputuntemus johtaa välttämisen oppimiseen, jolloin normaali tuntemus johtaa negatiiviseen reaktioon. Uhkaavan tilanteen välttäminen vahvistuu, kun se johtaa kivun, pelon ja ahdistuksen vähentymiseen. Pelko palaa, kun välttämiskäyttäytymistä ei voida toteuttaa. Pitkällä aika välillä tämä johtaa toiminnalliseen kykenemättömyyteen, masennukseen ja nivelten käyttämättömyyteen. Välttämiskäyttäytyminen

vähentää kivun sietokykyä ja edistävää tulevaa kipua. (Wong ym. 2014; Shaikh, Hakim & Shenker 2010, 188 – 190.) Välttämiskäyttäytyminen vaikuttaa nivelten liikelaajuuksiin sekä lihasten vahvuuden ja yleiskunnon heikkenemiseen (Wong ym. 2014). Simmondsin ja Keerin (2007) mukaan viivästynyt tai pahentunut kipu terapian jälkeen voi aiheuttaa sen, että asiakas ei palaa vastaanotolle sekä voi vähentää asiakkaan motivaatiota hakeutua terapiaan. Tästä saattaa seurata kierre, jonka seurauksena kivusta tulee väsymätön heikentävä oire, joka voi johtaa liikkumisen pelkoon sekä toimintakyvyn heikentymiseen. Nivelten yliliikkuvuus -henkilön hoito voi olla haastavaa, sillä heillä voi olla psyykkisiä ongelmia ja he voivat odottaa ihmettä vaivojensa paranemiseen. (Simmonds & Keer 2007.)

Krooninen, eli pitkäaikainen kipu, on jatkunut yli kuusi kuukautta ja vaikuttaa henkilön toimintakykyyn ja psyykkeeseen kivun vaikeusasteen mukaan. Kipu voi aiheuttaa henkilölle ylimääräistä ahdistaneisuutta, huolta ja uupumusta. (Scheper, Vries, Verbunt & Engelbert 2015; Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 106; Haanpää ym. 2008.) Vielä on epävarmaa, miten nivelten yliliikkuvuus ja krooninen kipu vaikuttavat toisiinsa, sillä niihin vaikuttavat muutkin tekijät, kuten esimerkiksi sairauden vaikeusaste ja diagnostiikka (Scheper, Vries, Verbunt & Engelbert 2015; Haanpää ym. 2008). Sandströmin ja Ahosen mukaan (2013) tutkimuksissa on löydetty yhteys ahdistuksen ja nivelten yliliikkuvuuden välille. Vielä on epäselvää, miksi henkilöillä, joilla on nivelten yliliikkuvuutta, on taipumusta ahdistuneisuuteen sekä se, aiheuttavatko yliliikkuvat nivelet epämukavuutta, joka ilmenee ahdistuneisuutena (Sandström & Ahonen 2013, 189). Ahdistus on universaali inhimillinen oire, jossa on psykologisia, fysiologisia, käytöksellisiä ja kognitiivisia ilmenemismuotoja. Ahdistus muuttuu epänormaaliksi, kun sen kesto ja voimakkuus ovat suhteettomia tai, kun ahdistukselle ei löydy hoitoa. Ahdistusoireita on enemmän naisilla kuin miehillä ja niitä ilmenee 28 % väestöstä jossain elämän vaiheessa. (Martin-Santos, Bulbena & Crippa 2010, 206 – 212.)

2.3 Nivelten yliliikkuvuuden vaikutus suorituksiin ja osallistumisiin

2.3.1 Nivelten yliliikkuvuuden merkitys päivittäisiin toimintoihin ja sosiaaliseen toimintakykyyn

Suoritusten ja osallistumisen osa-alueen suorituksilla tarkoitetaan tehtävää tai toimea, jota henkilö suorittaa. Osallistumisella tarkoitetaan henkilön osallisuutta elämän eri tilanteisiin. Osa-alueen suoritusrajoitteet määritellään siten, että yksilöllä on vaikeuksia suorittaa tehtävä tai toimi, joka hänelle on asetettu. Osallistumisrajoite tarkoittaa sitä, että henkilöllä on vaikeuksia tai ongelmia osallistumisen kanssa. Suoritukset ja osallistuminen käsittävät esimerkiksi oppimista, kommunikointia, liikkumista, kotielämää, vuorovaikutusta, ihmissuhteita ja yhteisöllisyyttä. (World Health Organization 2004, 10,14.)

Seuraavissa kappaleissa käsitellään nivelten yliliikkuvuuden merkitystä henkilöiden suorituksissa ja osallistumisessa. Suoritukset ja osallistuminen ovat ihmiselle tärkeitä toimintoja ja ne ovat oleellinen osa henkilön koettua toimintakykyä. Niitä tarkastellaan tässä opinnäytetyössä päivittäisten toimintojen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä liikuntaharjoittelun kautta.

Ihmisen toimintakykyä voidaan tarkastella ja arvioida päivittäisten toimintojen kannalta (Activities of Daily Living, eli ADL). Päivittäisiin toimintoihin kuuluu esimerkiksi se, miten henkilö suoriutuu syömisestä ja pukeutumisesta. Päivittäiset toiminnot jakaantuvat alaluokkiin: PADL, (eli Physical or Primary Activities of Daily Living) IADL (eli Instrumental Activities of Daily Living) ja AADL (eli Advanced Activities of Daily Living) (taulukko 1). Näiden toimintojen pohjalta voidaan tarkastella, mihin suorituksiin henkilö kykenee ja tarvitseeko hän mahdollisesti apua joidenkin toimintojen suorittamiseen. (Pohjolainen & Alaranta 2009, 21 – 22; Foti & Koketsu 2006 159; Käypä hoito 2006.)

Taulukko 1. Päivittäiset toiminnot (Mukailtu Pohjolainen & Alaranta 2009, 21)

PADL eli Physical or Primary Activities of Daily Living esim. syöminen, peseytyminen ja pukeutuminen
IADL eli Instrumental Activities of Daily Living

esim. puhelimen käyttö, kaupassa käynti, siivoaminen, ruuanvalmistus ja raha-asioista huolehtiminen

AADL eli Advanced Activities of Daily Living esim. ansiotyöstä selviytyminen

Gurley-Greenin (2001) mukaan henkilöillä, joilla on nivelten yli liikkuvuusoireyhtymä, voi olla hankaluuksia kivun takia päivittäisissä toiminnoissa, kuten pukemisessa, pyykkien pesemisessä, kävelemisessä, kantamisessa ja nostamisessa. Heillä voi olla ongelmia myös lasten hoitamisessa, kotitöissä ja perheen normaaliin arkeen osallistumisessa. Henkilöillä on joskus vaikeuksia pysyä työelämässä ja he voivat joutua jäämään pois työstään. Nivelten yli liikkuvuusoireyhtymän vaikutukset voivat olla tuhoisia parisuhde- ja perhe-elämälle. (Gurley-Green 2001, 487.)

Nivelten yli liikkuvuusoireyhtymä voi vaikuttaa myös henkilön sosiaaliseen toimintakykyyn negatiivisesti aiheuttaen esimerkiksi uupumusta, väsymystä ja masentuneisuutta (Palmer, Bailey, Barker, Barney & Elliott 2014). Sosiaalisen toimintakyvyn muodostaa yksilön erilaisten yksilötekijöiden sekä sosiaalisen verkoston, yhteisön ja yhteiskunnan välinen vuorovaikutus. Siihen vaikuttavat muun muassa henkilön sosiaaliset taidot, motiivit, temperamentti sekä arvot ja tavoitteet. Yksilön toimintakyky ilmenee aktiivisena osallistumisena vuorovaikutukseen, yhteisön ja yhteiskunnan toimintaan sekä suoriutumisenä erilaisista rooleista esim. työ- ja vapaa-aikana. (Murto ym. 2013, 92; Tiikkainen & Heikkinen 2011, 1.)

2.3.2 Nivelten yli liikkuvuusoireyhtymän merkitys liikuntaharjoitteluun

Tässä tutkimuksessa käytetään termiä liikuntaharjoittelu kuvaamaan liikumista, liikuntaa, arki- ja hyötyliikuntaa sekä terveys- ja kuntoliikuntaa. Termiä liikuntaharjoittelu käytetään myös liikunnan käypä hoito -suosituksessa ja Suomen Fysioterapeuttien laatimissa fysioterapiasuosituksissa. (Käypä hoito 2012; Kettunen, Salo, Ulaska, Kangas & Ahtola 2013; Hautala ym. 2011; Pajala ym. 2011.) Liikunnan käypä hoito -suosituksen mukaan liikuntaharjoittelun tulee olla osa moniammatillista kuntoutusta ja sitä suositellaan esimerkiksi

nivelreuman, lihavuuden ja astman hoitoon. Liikuntaharjoittelu voi vähentää masennusta, kipua ja väsymystä. (Käypä hoito 2012.)

Liikunnalla tarkoitetaan sitä, että henkilö omasta tahdostaan liikkuu vapaa-ajallaan, eli harrastaa liikuntaa (Vuori 2011, 18). Liikunnalla voidaan edistää terveyttä ja ylläpitää toimintakykyä. Sillä voidaan ehkäistä tai hoitaa yksittäistä sairautta, mutta se on myös yleislääke, joka voi vaikuttaa positiivisesti kaikkiin elimistön toimintoihin oikein annosteltuna. (Huttunen 2015; Alén & Arokoski 2015.) Liikuntaa käytetään osana kuntoutusta ja hoitoa, sillä se vaikuttaa muun muassa luihin, lihaksiin sekä hengitys- ja verenkiertoelimistöön. Harjoittelun tulisi olla ohjattua, yksilöllistä ja tavoitteellista. (Alén & Arokoski 2015.)

Fyysinen kunto ja terveyskunto ovat eri asioita. Fyysisellä kunnolla tarkoitetaan suorituskykyä, esimerkiksi lihasvoimaa tai kestävyyttä. (Huttunen 2015.) Fyysinen kunto voidaan myös määritellä ihmisen henkilökohtaiseksi ominaisuudeksi, jonka hän on hankkinut selviytyäkseen päivittäisistä fyysisistä ponnistuksista (Keskinen 2009, 102). Terveyskunnolla tarkoitetaan fyysistä aktiivisuutta sekä kunnan ja terveyden välistä yhteyttä, jota säätelee perimä, elintavat sekä yksilö- ja ympäristökijät. Terveyskunnan kannalta tärkeitä asioita ovat esimerkiksi matala verenpaine, kolesteroli sekä tuki- ja liikuntaelimistön terveys. (Suni 2016; Huttunen 2015; Oja 2011, 92–93; Biddle & Mutrie 2008, 11.) Terveyskunnan osa-alueisiin kuuluu henkilön kehonkoostumus, lihaskunto, tuki- ja liikuntaelimistön sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto, liikehallintakyky ja aineenvaihdunta (Suni 2016).

UKK-Instituutti on kehittänyt liikuntapiirakan (kuva 3.) kuvaamaan viikoittaista terveysliikuntasuosittelusta. Liikuntapiirakkaan on eritelty kestävyyskunto sekä lihaskunto ja liikehallinta. Kestävyyskuntoa tulisi harjoittaa viikossa 2h 30min reippaasti (esim. sauvakävely, metsästys, marjastus, pyöräily) TAI 1h 15min rasittavasti (esim. juoksu, vesijuoksu, aerobic, uinti, hiihto). Lihaskuntoa ja liikehallintaa tulisi harjoittaa kahdesti viikossa (esimerkiksi kuntopiiri, kuntosali, jumpat, venyttely, tanssi). Lihaskuntoa harjoitettaessa tulisi tehdä 8-10 suuria lihasryhmiä kuormittavaa liikettä, ja liikkeitä tulee toistaa 8-12 kertaa.

Kestävyyskuntoa edistävä liikunta on hyvä ajoittaa useammalle päivälle ja sen pitää kestää vähintään 10 minuuttia kerrallaan. (UKK-Instituutti 2014.)



Kuva 3. Liikuntapiirakka (UKK-Instituutti 2009).

Harjoittelulla on suuri merkitys nivelten yli liikkuvuusoireyhtymä -henkilöiden oireiden vähenemiseen. Harjoittelun tulisi olla kokonaisvaltaista ja sillä pyritään hyvään elämänlaatuun. Sen tulisi kehittää koordinaatiota, tasapainoa ja proprioseptiikkaa sekä sisältää harjoitteita, jotka lisäävät lihaskestävyyttä ja -voimaa, kontrolloitua liikkuvuutta sekä sydän- ja verenkiertoelimistön suorituskykyä. Lisäksi harjoittelun pitäisi sisältää rentoutumis- ja hengitysharjoitteita. Kuntoutuksen ammattilaisten tulee ymmärtää motorisen oppimisen periaatteet, jotta yksilö voi kuntoutua mahdollisimman optimaalisesti. (Simmonds 2010, 950- 951, 977.) Fyysisen aktiivisuuden harjoittamisen tulee olla kivutonta, yksilöllistä ja turvallista, sitä tulee ylläpitää läpi elämän omaehtoisesti. Henkilöiden tulisi sitoutua harjoittamaan kuntoaan aktiivisesti harjoitteilla, jotka tukevat hermo-lihas- ja luustojärjestelmiä. (Simmonds & Keer 2007.)

Henkilöitä, joilla on nivelten yli liikkuvuusoireyhtymä, tulisi ohjeistaa fyysisen kunnan parantamiseen ja huolelliseen harjoitteluun. He joutuvat kiinnittämään paljon huomiota liikkumisessa ja fyysisessä suorituksessa nivelten asentoihin. Nivel tai nivelet voivat olla luonnostaan rakenteelta loivia, eivätkä ne tarjoa näin ollen riittävästi tukea. Harjoittelussa on tärkeää, että nivelten ääriasentoja

vältetään ja niveltä pyritään stabiloimaan. Henkilöillä, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, tulisi kiinnittää huomiota myös hyvään ryhtiin ja ryhdin tietoiseen harjoittamiseen. (Sandstöm & Ahonen 2013, 189–190; Suomen Reumaliitto 2011a; Suomen Reumaliitto 2011b.) Fyysistä aktiivisuutta voidaan harjoittaa keskittymällä tuki- ja liikuntaelimestön sekä hermoston kontrolloimiseen, joista esimerkkinä allasharjoittelu ja matalan kuormituksen lajit, kuten pilates ja TaiChi. Venyttelyssä henkilön, jolla on nivelten yliliikkuvuutta, tulee noudattaa varovaisuutta, jotta nivelet eivät pääse luksoitumaan. (Sandstöm & Ahonen 2013, 189–190; Suomen Reumaliitto 2011a; Suomen Reumaliitto 2011b; Simmonds & Keer 2007.) Nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä -henkilölle tulisi tehdä yksilöllinen kuntoutusohjelma ja hänen ei tulisi osallistua liikuntaan, joka voi altistaa nivelet luksaatiolle. Tällaista liikuntaa ovat esimerkiksi nopeatempoiset lajit, pallopelit, hyyt ja juoksu. Suositeltavaa olisi, että henkilö, jolla on nivelten yliliikkuvuussyndrooma, vahvistaisi lihaksiaan ja niiden kestävyttä. (Hannonen 2002, 357.)

2.4 Nivelten yliliikkuvuuteen liittyvät yksilö- ja ympäristötekijät

2.4.1 Yksilötekijöiden merkitys nivelten yliliikkuvuussyndroomassa

Yksilötekijöillä tarkoitetaan ihmisen henkilökohtaisia ympäristötekijöitä esimerkiksi sosiaalista ympäristöä. Niihin kuuluvat ihmisen lääketieteellinen ja toiminnallinen tila ja niitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja ammatti. (World Health Organization 2004, 10, 16–17.) Seuraavaksi käsitellään nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän kannalta olennaisista yksilötekijöistä.

Nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä on osittain perinnöllinen ja kasvuun liittyvä poikkeama, jossa nivelten sidekudokset ovat normaalia joustavammat eli yliliikkuvat, kun otetaan huomioon henkilön ikä, sukupuoli ja etninen tausta (Sandström & Ahonen 2013, 188- 189; Grahame 2010, 95). Ikääntyminen vähentää nivelten liikelaajuutta ja eniten yliliikkuvia niveliä esiintyykin lapsilla ja nuorilla naisilla (Suomen Reumaliitto 2011a). Russekin (2000) mukaan nivelten yliliikkuvuus on melko yleinen ominaisuus ja sitä esiintyy noin 10 % väestöstä ja se periytyy 65 % todennäköisyydellä (Russek 2000, 387). Hakimin, Malfaitin ja Paepen (2010) mukaan nivelten yliliikkuvuutta esiintyy enemmän afrikkalais- ja

aasialaistaustaisilla henkilöillä. Nivelten yliliikkuvuutta esiintyy naisilla kolme kertaa enemmän kuin miehillä ja sitä esiintyy vain 10–30 % nuorista miehistä ja jopa 20–40 % nuorista naisista. (Hakim, Malfait & Paepe 2010, 58.)

Nivelten yliliikkuvuus on yleisempää naisilla, joten he tarvitsevat ohjausta ja neuvontaa raskauden aikana ja pienten lasten kantamiseen (Simmonds & Keer 2007). Raskauden aikana niveliä ympäröivät ligamentit löystyvät hormonimuutosten takia, kehon valmistautuessa synnytykseen. Nämä hormonimuutokset koskettavat koko kehoa ja etenkin lantion alueen ligamenttien löystyminen voi aiheuttaa kipua seistessä ja kävelemisen aikana. (Sandström & Ahonen 2013,189). Vescovin (2011) mukaan tutkimukset ovat osoittaneet, että kuukautiskierron hormonit, kuten estrogeeni, vaikuttavat niveliin lisäten niiden joustavuutta ja löyhyyttä. Nämä muutokset vaikuttavat naisten tapaturmariskiin. Tutkijat ovat eri mieltä siitä, missä vaiheessa kuukautiskiertoa riski on suurimmillaan ja tutkimuksia aiheesta tarvitaan lisää.(Vescovi 2011.)

2.4.2 Ympäristötekijöiden merkitys nivelten yliliikkuvuussyndroomassa

Ympäristö- eli kontekstuaaliset tekijät voivat olla fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ja ne vaikuttavat ihmiseen hänen ulkopuoleltaan myönteisesti tai kielteisesti. Niillä tarkoitetaan myös ympäristöä, jossa henkilö asuu ja elää sekä asenneympäristöä. Ympäristötekijät vaikuttavat siihen, miten ihminen toimii yhteiskuntansa jäsenenä. (World Health Organization 2004, 10, 16–17.)

Terryn ym. (2015) mukaan henkilöt, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, kokivat, että terveydenhuollossa heidän tunteensa leimataan. Heitä pidettiin petollisina ja syyllistettiin oireidensa vuoksi. Sosiaalisissa kanssakäymisissä he kokivat muiden ihmisten pitävän heitä ”avaruusolentoina”. Henkilöt kokivat, että eläminen nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän kanssa oli todella vaikeaa ja että terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät ymmärtäneet heitä. Diagnoosin saaminen oli vienyt aikaa ja heitä oli ”pomputeltu” eri ammattilaisten välillä. Diagnoosin saamisen he kokivat helpottavan heidän oloaan ja elämäänsä. (Terry ym. 2015.)

Sandströmin ja Ahosen (2013) mukaan hoidossa on tärkeää informointi ja motivointi, jotta epätietoisuudesta johtuvat pelot voitaisiin minimoida. Parantavaa hoitoa nivelten yliliikkuvuuteen ei ole, mutta oireita voidaan lievittää lääkityksellä, fysio- ja toimintaterapialla. (Sandstöm & Ahonen 2013, 190; Suomen Reumaliitto 2011a; Suomen Reumaliitto 2011b). Kipua hoidetaan tavallisilla kipulääkkeillä ja nivelten kipuja voidaan helpottaa kuuma- ja kylmähoidoilla (Sandstöm & Ahonen 2013, 190; Suomen Reumaliitto 2011a; Suomen Reumaliitto 2011b). Polven, nilkan ja jalkaterän pitkäkestoisissa kiputiloissa yksilöllinen tukipohjallinen voi lievittää kipuja (Sandström & Ahonen 2013,189).

3 NIVELTEN YLILIIKKUVUUSSYNDROOMA JA TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN

3.1 Ohjaus ja neuvonta

Kääriäisen ja Kyngäksen (2006) mukaan ohjauksella tarkoitetaan potilaan/asiakkaan ja hoitavan henkilön yhteistyötä, jossa potilas/asiakas nähdään aktiivisena oman tilansa ymmärtäjänä ja hoitaja auttaa häntä tekemään valintoja, löytämään voimavaroja sekä erilaisia tapoja toimia. Ohjauksessa ei tarjota suoria vastauksia käsiteltäviin asioihin, vaan sen tarkoituksena on sitouttaa potilas/asiakas oman sairautensa hoitoon sekä lisätä hänen itseluottamustaan. Ohjaus on aina tavoitteellista ja yksilöllistä sekä ongelmanratkaisukeskeistä. Neuvonnalla tarkoitetaan tilannetta, jossa hoitaja auttaa potilasta/asiakasta tekemään valintoja opettamalla hänelle asioita. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Neuvontaa voi antaa moniammatillinen työryhmä tai yksittäinen asiantuntija (Kankaala ym. 2006, 35), esimerkiksi fysioterapeutti.

Fysioterapeutti on Suomen Fysioterapeutit ry:n (2014) mukaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on suorittanut kyseessä olevan tutkinnon. Hän voi työskennellä esim. terveyskeskuksessa, sairaalassa tai yksityisessä hoitolaitoksessa. (Suomen Fysioterapeutit 2014a.) Fysioterapeuttien antama ohjaus ja neuvonta ovat terveysneuvontaa tai terveyttä edistävää ohjausta, tiedon antamista sekä käsityksiin ja tottumuksiin vaikuttamista. Ohjaus koskee usein liikuntaharjoittelua tai ergonomiaa, kun taas neuvonta käsittelee usein enemmän asiakkaan elämäntapaa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 178 – 179.) Ohjaus voi olla verbaalista, eli sanallista, manuaalista, eli fyysistä tai visuaalista, eli näköaistin avulla tapahtuvaa ohjausta. Se voi tapahtua yksilöllisesti tai ryhmämuotoisesti. Neuvonta voi olla terveyttä edistävää, jolloin asiakasta kannustetaan aktivoitumaan itse huolehtimaan omasta terveydestään ja toimintakyvystään. Ohjaukseen ja neuvontaan kuuluu yksilöllisen fysioterapiaohjelman suunnitteleminen, joka voi olla visuaalinen tai kirjallinen. Ohjelma edistää ja ylläpitää asiakkaan toimintakykyä ja vähentää toimintarajoitteita. (Suomen Kuntaliitto, Suomen Fysioterapeutit ry & FYSI ry 2007.)

Terry ym. (2015) mukaan terveydenhuollonammattilaisten antama ohjaus ja neuvonta ovat olleet ratkaisevia tekijöitä siinä, että henkilöt, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, alkoivat hoitaa itse itseään. He olivat ymmärtäneet itsehoidon ja sopivien harjoitteiden tärkeyden, sekä havainneet aktiivisen itsensä rauhoittelun toimivaksi hoitokeinoksi. He kuitenkin kokivat tarvitsevansa enemmän tietoa nivelten yliliikkuvuusoireyhtymästä. (Terry ym. 2015.)

3.2 Nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä ja fysioterapia

Fysioterapia perustuu uusimpaan saatavilla olevaan tieteelliseen näyttöön ja fysioterapeutti arvioi esimerkiksi asiakkaan toimintakykyä ja -rajoitteita sekä liikkumista. Fysioterapeutin käyttämiä menetelmiä ovat esimerkiksi terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen- ja fysikaalinen terapia sekä ohjaus ja neuvonta. (Suomen Fysioterapeutit 2014a.) Fysioterapia on parhaimpana pidetty hoitomuoto henkilöille, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä. Fysioterapiassa on tärkeää selvittää nivelten yliliikkuvuuden syy ja henkilön, jolla on nivelten yliliikkuvuussyndrooma, on tärkeää tietää se. (Terry ym. 2015; Smith ym. 2014; Sandström & Ahonen 2013, 190; Simmonds & Keer 2007).

Fysioterapeuttisessa haastattelussa henkilöltä tulisi kysyä hänen omaa arviotaan sairaudestaan, kivusta, sairaushistoriasta, nyrjähdyksistä ja venähdyksistä sekä siitä, kuinka hyvin hän on parantunut niiden jälkeen. Häneltä tulisi kysyä perustietojen lisäksi tietoja lääkityksestä, työstä ja päivittäisistä toiminnoista sekä harjoittelusta ja vapaa-ajasta. (Keer & Butler 2010, 486 – 487.) Mikäli henkilöllä epäillään olevan nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, tulisi haastattelussa kysyä myös hänen perhehistoriastaan, lapsuudestaan sekä esimerkiksi siitä, pystyikö hän lapsena tekemään vartalollaan liikkeitä, mitä muut lapset eivät kyenneet tekemään, esimerkiksi spagaatin. Tutkimisessa pitää Keerin ja Butlerin (2010) mukaan kiinnittää huomiota esimerkiksi henkilön ryhtiin, liikemalleihin ja ihon joustavuuteen. Simmondsin ja Keerin (2007) mukaan havainnoinnissa tulisi kiinnittää huomiota henkilön kävelyyn ja asentoihin, sillä usein henkilöillä, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, on tapana olla kiertyneissä asennoissa ja heidän lantionsa kippaa taaksepäin istuessa. (Keer & Butler 2010, 488- 490; Simmonds & Keer 2007.) Fysioterapeutin tulee harkita, tulisiko henkilö ohjata

tarkempiin tutkimuksiin, esimerkiksi lääkärin vastaanotolle. (Keer & Butler 2010, 488- 490.)

Fysioterapia tulisi suunnitella yksilöllisesti ja sille on asettava tavoitteet. Niitä tulisi asettaa sekä lyhyelle, että pitkälle aikavälille ja fysioterapian tulisi edetä tavoitteiden mukaisesti. (Simmonds & Keer 2007.) Henkilöille, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, suositellaan venyttelyä, proprioseptiikkaa edistävää harjoittelua ja niveliä stabiloivaa terapiaa. Fysioterapeuttisessa ohjaamisessa tulee kiinnittää huomiota nivelten oikeanlaisiin asentoihin ja liikkumiseen. Oireyhtymän ennustetta voidaan parantaa ja oireita lievittää esimerkiksi lihaksia ja nivelsiteitä vahvistavalla liikunnalla. (Terry ym. 2015; Smith ym. 2014; Sandström & Ahonen 2013, 190; Simmonds & Keer 2007.)

Fysioterapeutti voi hoitaa yliaktiivisia lihaksia rentouttamalla, poistaen ylimääräisiä kireyksiä sekä mobilisoimalla kudosta erilaisilla tekniikoilla. Simmondsin ja Keerin (2007) mukaan manuaalista terapiaa toteutettaessa tulisi ottaa huomioon kireiden lihasten vieressä olevat mahdollisesti yliliikkuvat nivelet tai löysät sidekudokset. Fysioterapiassa voidaan käyttää myös esimerkiksi ultraäänihoitoa, hermojen stimulointia sähköhoidoilla, teippausta, hierontaa ja akupunktiota. Harjoittelun aikana voidaan käyttää erilaisia tukia, lastoja tai ortooseja ja niiden avulla voidaan varmistaa nivelen normaali liikerata sekä vähentää riskiä jännevammoihin. Niveltä tukevien ortoosien käyttöä voidaan suositella erityisesti silloin, kun nivelet ovat kipeitä. Tuet voivat helpottaa normaalia elämää ja Sandström & Ahosen (2013) mukaan jopa ennaltaehkäistä lääkeriippuvuuden syntymistä. (Terry ym. 2015; Smith ym. 2014; Sandström & Ahonen 2013, 190; Simmonds & Keer 2007.)

Henkilöillä, joilla on nivelten yliliikkuvuussyndrooma, hoidon vaikutus on usein hidasta ja heidän kipunsa voivat jopa pahentua hoidosta. Nivelten yliliikkuvuusoireyhtymälle on tyypillistä myös harjoittelun jälkeinen viivästynyt kipu. Heitä tulisi kannustaa fyysiseen aktiivisuuteen kaikilla mahdollisilla keinoilla, jotta fysioterapiasta saataisiin mahdollisimman hyviä tuloksia. (Simmonds & Keer 2007.) Myös työn ja harrastusten ergonomiaan olisi hyvä kiinnittää huomiota. (Hannonen 2002, 357.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tavoitteena on kerätä tietoa henkilöiden, joilla on yliliikkuvuusoireyhtymä, kokemuksista nivelten yliliikkuvuuden merkityksestä koettuun toimintakykyyn ICF-luokituksen mukaisesti ja millaisia kokemuksia heillä on liikuntaharjoittelusta, fysioterapiasta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta.

Tarkoituksena on, että toimeksiantaja voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä kehittääkseen toimintaansa. Fysioterapia-ala voi käyttää tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä kehittäessään nivelten yliliikkuvuus- henkilöiden ohjausta ja neuvontaa. Voimme itse hyödyntää tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä kehittäessämme ammatillista osaamistamme työelämässä.

Tutkimuksen päätehtävä on:

Miten henkilöt, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, kuvaavat koettua toimintakykyä ICF-luokituksen mukaisesti?

Tutkimuksen ala/aputehtäviä ovat:

Miten henkilöt, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, kokevat nivelten yliliikkuvuuden merkityksen liikkumisessa ja liikuntaharjoittelussa?

Miten henkilöt, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, kokevat fysioterapian sekä ohjauksen ja neuvonnan merkityksen liikkumisessa ja liikuntaharjoittelussa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Metsämuurosen (2001) mukaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus tulee hyvin kysymykseen, kun ollaan kiinnostuneita tapahtumien yleisluonteisen jakautumisen sijasta niiden yksityiskohtaisista rakenteista. Kanasen (2014) määritelmän mukaan laadullista tutkimusta käytetään, kun halutaan saada vastaus kysymykseen ”mistä on kyse”, eli kun tutkitaan ilmiötä. Tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä kuvaamaan ei ole valmiita teorioita tai malleja ja tutkittavasta ilmiöstä halutaan saada mahdollisimman syvälinen käsitys. Laadullinen tutkimus kohdistetaan muutamaankin tutkimushenkilöön eivätkä tulokset ole yleistettävissä. (Kananen 2014, 16–17, 70.)

Tutkimuksessa halutaan kuvata ilmiötä, eli nivelten yliliikkuvuuden merkitystä henkilöiden koettuun toimintakykyyn ja liikuntaharjoitteluun, joten tutkimus toteutetaan kvalitatiivisena tutkimuksena. Kananen (2014) kuvaa laadullisen tutkimuksen olevan kiinnostunut ihmisten kokemuksista ja näkemyksistä sekä siitä, mitä ne merkitsevät tutkittavalle. Laadullisen tutkimusmenetelmän valintaan on vaikuttanut myös se, että tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita nivelten yliliikkuvuuden merkityksestä toimintakykyyn ja tutkimushenkilöiden kokemuksiin. (Kananen 2014, 17–19.)

5.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kanasen (2014) mukaan opinnäytetyön tulosten tulee olla luotettavia. Luotettavuus saavutetaan, kun opinnäytetyö toteutetaan suunnitelmallisesti ja sen laatua pyritään valvomaan. Tutkimuskohteet, eli ihmiset, eivät muutu tutkimuksen aikana, joten he eivät voi vaikuttaa itse tutkimusprosessiin. Tutkimustilanteet on pyrittävä vakiomaan, joka on usein haasteellista, sillä tutkittavien ihmisten toiminta ei ole ennalta arvattavaa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa kaavaa. Opinnäytetyön kirjoittajan tulee tukeutua johonkin lähteeseen ja tehdä sen pohjalta ratkaisunsa, jotka pitää

pystyä perustelemaan. Työn luotettavuutta tulisi pohtia jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa. (Kananen 2014, 145 – 146.)

Tutkimuksen luotettavuutta mitattaessa kirjoittajan olisi hyvä tarkastella tutkimusasetelmaa, toteutusta ja tulosta. Tutkimusasetelma koostuu tutkimusongelmasta ja tutkimusmenetelmistä, eli tiedonkeruu- ja analyysimenetelmistä. Tutkimusasetelmassa kirjoittaja voi pohtia, onko esimerkiksi tutkimusongelma oikein muotoiltu ja onko se luotettava. Tutkimuksen toteutuksen osalta tulee pohtia, ovatko aineisto ja analyysit oikein ja luotettavia. (Kananen 2014, 146.)

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Kananen (2014) mukaan reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että tulokset ovat pysyviä ja validiteetti sitä, että tutkimuksessa tutkitaan oikeita asioita. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa on tärkeää saada luotettavia tutkimustuloksia. Luotettavuuskriteereitä ovat: vahvistettavuus, arvioitavuus, tulkinnan ristiriidattomuus, luotettavuus ja kylläytyneisyys. Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkija kerää tietoa eri lähteistä ja vertaa tietoa omaan tulkintaansa. Arvioitavuudella tarkoitetaan riittävää dokumentointia, eli sitä, että tutkija kirjaa ylös kaikki tekemänsä päätökset ja niiden perustelut. Tulkinnan ristiriidattomuudella tarkoitetaan sitä, että tulkintaa pyritään tekemään mahdollisimman aukottomasti ja tietoa kerätään mahdollisimman monista eri lähteistä. Kylläntyminen, eli saturaatio tarkoittaa sitä, että eri lähteiden tutkimustulokset alkavat toistua. (Kananen 2014, 146 – 153.)

Tutkimuksen luotettavuuteen pyritään kiinnittämään huomiota alusta alkaen. Sen laatua ja suunnitelmallista etenemistä valvotaan säännöllisesti. Opinnäytetyössä käytetään mahdollisimman monipuolisesti ja runsaasti luotettavia ja tuoreita lähteitä, jotta tietoperusta olisi mahdollisimman luotettava. Opinnäytetyön edetessä päätöksiä tehdään perustellusti ja tehtyjen päätösten luotettavuutta arvioidaan. Tutkimuksessa kysytään kokemuksia ja luotettavuuden varmistamiseksi kysymykset tulee miettiä siten, että ne ovat mahdollisimman vähän johdattelevia.

Tuomen ja Saramäen (2013) mukaan tieteen etiikaksi kutsutaan muun muassa sitä, kun tutkijan eettiset kannat vaikuttavat hänen tutkimuksessa tekemiinsä ratkaisuihin. Tutkimuksen eettisyyden tulee koskea myös tutkimuksen laatua ja luotettavuutta. Myös tutkimusaiheen, näkökulman ja tutkimusjoukon valinnan pohtiminen on osa tutkimuksen eettisyyden pohdintaa ja siihen vaikuttavat myös kyseessä olevan tieteenalan toiminnan lähtökohdat, arvot ja ihmiskäsitykset. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 125 – 130.)

Tutkittaessa ihmisiä, tutkimuksen eettinen pohja muodostuu ihmisoikeuksista. Tutkittavan ihmisoikeuksiin kuuluu Tuomen ja Sarajärven (2013) mukaan se, että tutkijan tulee kertoa osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit, saada osallistujien suostumus tutkimukseen ja kertoa keskeyttämisen mahdollisuudesta missä tahansa vaiheessa tutkimusta, suojata tutkittavan oikeudet ja hyvinvointi sekä pidettävä tutkimusta varten saadut tiedot luottamuksellisena ja nimettöminä. Tutkittavalla on myös oikeus vaatia tutkijaa pitämään lupaamansa sopimukset. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 131 – 132.)

Opinnäytetyössä käsitellään tutkimushenkilöiden terveystietoja, kokemuksia, tunteita ja ajatuksia. Jotta työ olisi eettisesti hyväksyttävä, tulee tutkimushenkilöiden kertomat asiat esittää siinä tarkoituksessa ja yhteydessä, kuin tutkimushenkilö on tarkoittanut. Huomiota tulee kiinnittää myös anonymiteettiin, jotta ketään tutkimushenkilöistä ei voida tunnistaa tai yksilöidä hänen vastauksistaan opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tiedonkeruu toteutetaan puhelinhaastatteluina, jotka nauhoitetaan. Tallennetut puhelut tuhoetaan litteroinnin jälkeen. Litterointeja sekä muuta materiaalia säilytetään huolellisesti ja niistä saatuja tietoja käytetään vain opinnäytetyötä varten.

Haastateltaville lähetetään ennen haastattelua infokirje (liite 3.) ja suostumuslomake (liite 4.). Suostumuslomakkeessa haastateltavat antavat luvan käyttää heidän tietojaan ja haastattelussa ilmi tulleita asioita opinnäytetyössä. Haastateltavia informoidaan kirjeessä tietojen käyttämisestä ja anonymiteetistä. Heille kerrotaan mahdollisuudesta lopettaa tutkimus, milloin vain, mikäli he haluavat.

5.3 Tutkimusryhmä

Tutkimusjoukko muodostui toimeksiantajan Suomen Reumaliiton jäsenlehdessä (Reuma- lehti) julkaiseman ilmoituksen perusteella ja ilmoitus on saavuttanut n. 300 ihmistä. Ilmoituksessa etsittiin henkilöitä, joilla on nivelten yliliikkuvuussyndrooma tai nivelten yliliikkuvuutta. Ilmoitukseen vastasi kahdeksan henkilöä.

Tutkimusjoukosta tutkimusryhmään valittiin henkilöt, joilla oli diagnosoitu nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä (ICD 10: M35.7), muttei muuta sidekudossairautta. Tutkimusryhmästä jätettiin pois sellaiset henkilöt, joilla oli paljon muita diagnosoituja sairauksia, koska oli mahdollista, että muut sairaudet voivat vaikuttaa henkilön kokemuksiin nivelten yliliikkuvuuden merkityksestä koettuun toimintakykyyn ja liikuntaharjoitteluun. Tutkimusryhmä muodostui kolmesta (3) henkilöstä, jotka kaikki olivat 30–40 -vuotiaita naisia.

5.4 Haastatteluaineiston hankkiminen

Kanasen (2014) mukaan laadullisen tutkimuksen käytetyin menetelmä on haastattelu. Kun halutaan toteuttaa haastattelu kahden ihmisen välisenä keskusteluna, kannattaa se toteuttaa teemahaastatteluna. Teemahaastattelussa pyritään ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä ja saamaan siitä hyvä käsitys. Teemahaastattelussa rakennetaan yksityiskohtaisten kysymysten avulla kokonaisuus ja haastattelua ohjaa tutkimustehtävä. (Kananen 2014, 16–17, 70–73.) Metsämuuronen (2001) kutsuu puolistrukturoitua haastattelua teemahaastatteluksi. Metsämuuronen mukaan puolistrukturoitu haastattelu sopii tilanteisiin, joissa käsitellään arkoja aiheita tai asioita, jotka ovat heikosti tiedostettuja. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymyksien esittämisjärjestystä tai muotoa ei ole tarkasti määritelty, vaan haastattelu kohdistuu ennalta valittuihin teemoihin. (Metsämuuronen 2001, 42.) Haastattelu voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna osallistujamäärän mukaan (Kananen 2014, 70). Yksilöhaastattelulle on tyypillistä, että se keskittyy yksilön henkilökohtaisiin asioihin ja mielipiteisiin haastattelun aiheista (Pietilä 2011, 214).

Haastattelumenetelmäksi valikoitui puolistrukturoitu teemahaastattelu, koska aihe koskee tutkimushenkilöiden terveydentilaa ja voi olla osalle epämiellyttävä. Tutkimuksessa selvitettiin kokemuksia nivelten yliliikkuvuuden merkityksestä kokemuksiin koetusta toimintakyvystä ja liikuntaharjoittelusta. Osa kokemuksista voi olla tutkimushenkilöille tunteita herättäviä ja henkilökohtaisia. Kokemukset voivat olla myös heikosti tiedostettuja ja niiden erittelemine voi olla haastavaa ilman ennalta suunniteltuja kysymyksiä. Teemahaastattelu mahdollistaa parhaiten tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen saavuttamisen, sekä tutkimustehtäviin vastaamisen. Se myös mahdollistaa haastattelun toteuttamisen kahden henkilön välisenä luottamuksellisena keskusteluna.

Hirsijärvi ja Hurme (2009) luettelevat useita puhelinhaastattelun etuja: se on edullisempi kuin postitse tehtävä tutkimus, haastattelijan on mahdollista tarkkailla haastattelun laatua sen edetessä ja sen tuottama aineisto on heti käsiteltävissä. Kasvokkain toteutettuun haastatteluun verrattuna puhelinhaastattelun haasteena on kysymysten asettelu siten, että haastateltava ymmärtää ne tutkijan haluamalla tavalla. Puhelinhaastattelu tapahtuu usein tapaamatta henkilöä ja tällöin tulisi laatia tutkimuksesta tiedote-kirje, joka lähetetään haastateltaville. Varsinaisen haastattelun ajankohdasta kannattaa sopia etukäteen esimerkiksi puhelimesta, jolloin haastateltava voi selvittää haastattelijan luotettavuutta ja miettiä haastattelun aihetta etukäteen. Puhelinhaastattelun suurimpia etuja on se, että sillä pystytään tavoittamaan kaukana asuvia henkilöitä ilman matkakustannuksia. Puhelinhaastattelussa korostuu kysymysten laatu ja esittämistapa. Puheen tulisi olla selvää ja riittävän hidasta. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 64–65.)

Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluna puhelimitse, koska tutkimushenkilöt eivät asu kohtuullisen matkan päässä. Haastattelu on kertaluonteinen. Valintaan vaikutti myös puhelinhaastatteluiden edullisuus verrattuna matkustamisen kuluihin. Haastattelu kysymykset harkittiin tarkkaan ja ne pyrittiin asettamaan mahdollisimman ymmärrettävään muotoon. Ennen varsinaista haastattelua tutkimushenkilöille soitetaan ennakkopuhelu, jossa sovitaan haastattelun ajankohdasta. Puhelut tallennetaan käyttäen Automatic Call Recorder -sovellusta. Haastattelija oli joka puhelussa sama ja hän pyrki pitämään puheensa selkeänä ja hitaana.

5.5 Tutkimusaineiston analysointi

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan laadullista aineistoa on perinteisesti analysoitu sisällönanalyysilla. Se voidaan käsittää erilaisiin analyysi kokonaisuuksiin liitettävänä väljänä teoreettisena kehyksenä. Kanasen (2014) mukaan laadullinen tutkimus voidaan tehdä aineistolähtöistä tai teoriapohjaista luokittelua käyttäen. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa luokittelu perustuu aineistosta nousevaan tietoon ja teorialähtöisessä tutkimuksessa käytetään hyödyksi teoriasta saatuja käsitteitä ja luokitteluja. (Kananen 2014, 108.)

Tässä tutkimuksessa päädyttiin teorialähtöiseen lähestymistapaan, koska nivelten yliikkuvuus ilmiönä on vähän tunnettu. Aihe ei ollut tutkijoille entuudestaan riittävän tuttu ja haluttiin, että kysymykset olisivat kohdennettuja juuri tutkimushenkilöille ja helpottaisi heidän vastaamistaan. Tuomi & Sarajärvi (2009) toteavat, että teorialähtöistä sisällönanalyysiä ohjaa aikaisemman tiedon pohjalta luotu valmis viitekehys ja tutkimuksen teoriassa on esitelty ne kategoriat, joihin aineisto suhteutetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–100, 113.) Viitekehystenä työssä on käytetty ICF-luokitusta: kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristö- ja yksilötekijät (World Health Organization 2004, 3, 7–8). ICF-luokitus valittiin viitekehyykseksi, koska tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita koetusta toimintakyvystä ja ICF-luokitus kuvaa yksilön toimintakykyä moniulotteisesti sekä huomioi osatekijöiden positiiviset ja negatiiviset vaikutukset siihen. Lisäksi viitekehyyseen nostettiin keinoja joilla vaikutetaan nivelten yliikkuvuusoireyhtymä –henkilöiden toimintakykyyn.

Ennen aineiston analysointia se täytyy saattaa analysoitavaan muotoon (Metsämuuronen 2001, 52). Äänitallenteen purkamista tekstiksi kutsutaan litteroinniksi, eli puhtaaksi kirjoittamiseksi (Kananen 2014, 94; Metsämuuronen 2001, 52). Laadullisessa tutkimuksessa litterointia käytetään haastateltavien puheen ja kirjoituksen organisoimisen ymmärtämisen (Metsämuuronen 2001, 14 – 15). Aineisto litteroitiin sanatarkasti ja tekstiä tuli yhteensä 15 sivua, kun kirjainkoko on 12 ja riviväli 1. Aineistoa luettiin useita kertoja ja sitä käsiteltiin teemoittelun avulla. Teemoiksi valittiin ICF-luokituksen osa-alueet ja fysioterapia

sekä ohjaus ja neuvonta. Teemoittelulla tarkoitetaan Tuomi & Sarajärven (2009) mukaan aineiston luokittelua painottaen sitä, mitä kustakin aiheesta eli teemasta on sanottu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Teemat merkittiin aineistoon värikoodeilla.

Viitekehuksesta luotiin teemoittelun perusteella käsitekartta (liite 5.). Käsitekarttaa hyödyntäen luotiin taulukko (liite 6.), jossa yläluokkana käytettiin ICF-luokituksen osa-alueita, joita ovat kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset ja osallistuminen, yksilö- ja ympäristötekijät. Lisäksi yläluokaksi nostettiin fysioterapia sekä ohjaus ja neuvonta. Taulukko on muodostettu siten, että viitekehukseksi valitun ICF-luokituksen osa-alueet ja fysioterapia sekä ohjaus ja neuvonta, muodostavat yläluokat, joiden alle on kerätty kyseistä osa-alueita kuvaavat lausumat. Niiden pohjalta on muodostettu ensin pelkistetty ilmaus ja sen jälkeen alaluokka (taulukko 2).

Taulukko 2. Sisällön analyysi (Mukailtu: Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–117)

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus/lausuma	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Suoritukset ja osallistuminen	(vaikuttaako arki- ja hyötyliikuntaan) vaikuttaa.. siivoaminen ja jotkut työt on tosi vaikeita.. tulee kipuja.. jos pitää kyykistyä.. ylös alas nousua.. kumartelua.. liikkeitä.. onvaikeita.. kivuliampia hetkiä.. ..tavaroiden kiinni pitäminen on hankalaa, kaikkensa kaiken aikoinen on hirveen	Kipua ja hankaluuksia kotitöissä sekä liikkumisessa	Nivelten yliliikkuvuuden merkitys päivittäisiin toimintoihin

	hankalaa..staattiset asennot...pitkään aikaan joidenkin juttujen kantaminen..		
--	--	--	--

Tutkimustulokset on esitelty siten, että ensin käsitellään nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä -henkilöiden kokemuksia koetusta toimintakyvystä ICF-luokituksen osa-alueiden mukaisesti. Näiden jälkeen käsitellään kokemuksia fysioterapiasta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta.

Nivelten yliliikkuvuuden ja toimintakyvyn väliseen yhteyteen liittyvät kokemukset käsitellään ensimmäisenä, sillä koettu toimintakyky käsitteenä määrittää sitä, miten henkilö kykenee omasta mielestään liikkumaan. Koettuun toimintakykyyn voi vaikuttaa henkilöllä oleva diagnoosi, kuten nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä. Lopuksi käsitellään kokemuksia fysioterapiasta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta, sillä ne ovat yleisimmät keinot nivelten yliliikkuvuuden hoidossa ja toimintakyvyn tukemisessa. Nivelten yliliikkuvuus, liikuntaharjoittelu, fysioterapia sekä ohjaus ja neuvonta voivat vaikuttaa henkilön toimintakykyyn.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Kokemuksia nivelten yliliikkuvuuden merkityksestä koettuun toimintakykyyn

6.1.1 Kehon rakenteet ja toiminnot

Kaikilla kolmella tutkimushenkilöllä oli diagnosoitu nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä alle kymmenen vuotta sitten. Kaikki tutkimushenkilöt kokivat nivelten yliliikkuvuudella olevan merkitystä heidän päivittäisiin toimintoihinsa ja koettuun toimintakykyynsä. Tässä kappaleessa käsitellään tutkimushenkilöiden kokemuksia siitä, millainen merkitys nivelten yliliikkuvuudella on kehon rakenteisiin ja toimintoihin.

Yksi tutkimushenkilöistä koki nivelten yliliikkuvuuden aiheuttavan epästabiliutta nivelissä. Tämä ilmeni subluksaation ja luksaation tuntemuksina esimerkiksi selkänikamissa. Hän kertoo tuntemuksistaan seuraavaa:

”..tuntuu niinku ne ei olis ihan kohallaan.. (polvet) ..sormien nivelet ja ranteet ja tällaiset niinku taipuu yli.. .menee selästä myös niinku nikamat poispaikaltaan...” (t1)

Kaksi tutkimushenkilöistä koki hypermobiliteettisyndrooman aiheuttavan nivelten biomekaanisen toiminnan vääristymistä, minkä he kokivat olevan todennäköinen syy joihinkin heillä diagnosoituihin vaivoihin kuten esimerkiksi kondromalasiaan ja epämääräiseen selkäkipuun. Yksi tutkimushenkilöistä koki rasituksen kuormittavan niveliä liiallisesti ja johtavan nivelten rasitusvammoihin:

”..rasitusvammoja liikarasituksessa..polvet rasittuu.. lonkat rasittuu..” (t2)

Eräällä tutkimushenkilöistä oli erilaisia tuki- ja liikuntaelimestön vammoja ja tulehdustiloja sekä nivel- ja jännevammoja, esimerkiksi välilevyn pullistumia ja lonkan bursiitti eli limapussin tulehdus. Nämä hän yhdisti nivelten yliliikkuvuuteen seuraavasti:

” ..välilevytyrä ja kolme pullistumaa.. bursiitteja lonkkaan..lonkan insertiitti..” (t1)

6.1.2 Suoritukset ja osallistuminen

Kaikki tutkimushenkilöt kokivat nivelten yliliikkuvuudella olevan merkitystä suorituksiin ja osallistumiseen, esimerkiksi kivun kautta. He olivat kokeneet nivelten yliliikkuvuuden aiheuttavan kipua ja särkyä eri puolilla kehoa. He kuvaavat kokemansa kivun ilmenevän helposti ja kehon eri osissa. Kaksi tutkimushenkilöä koki kivun tulevan viivästyneesti harjoittelun jälkeen, vaikka harjoituksen aikana kipua ei esiintynyt. Tutkimushenkilöt kertovat viivästyneestä kivusta seuraavalla tavalla:

”..sillä hetkellä ku mie jotakin teen nii en tunne kipua.. ne tulee vähän niin ku viiveellä..” (t3)

” ..sit ku istu paikalleen ja tavallaan rauhottu ni yhtäkkiä oli ku joku olis ajanu jyrällä kaikki niinku koko kroppaa vaan niinku särki..” (t1)

Kaksi tutkimushenkilöä koki hankaluutta ja kipua kotitöiden tekemisessä sekä päivittäisessä liikkumisessaan. He kokivat etenkin kantamisen ja nostamisen vaikeaksi:

” (vaikuttaako arki-ja hyötyliikuntaan).. vaikuttaa.. siivoaminen ja jotkut työt on tosi vaikeita..tulee kipuja..jos pitää kyykistyä..ylös alas nousua.. kumartelua.. liikkeitä.. on vaikeita.. kivuliampia hetkiä..” (t2)

”..tavaroiden kiinni pitäminen on hankalaa, kaikennäkösten niinku aukominen on hirveen hankalaa..staattiset asennot...pitkään aikaan joidenkin juttujen kantaminen..” (t3)

Tutkimushenkilöistä kaksi kuvaili nivelten yliliikkuvuuden aiheuttaman kivun vaikeuttavan, jopa rajoittavan, päivittäistä liikkumistaan, esimerkiksi kävelyä tai portaiden nousemista. Heidän kävelemänsä matkat olivat lyhyitä, noin muutaman

kilometrin mittaisia. Yksi tutkimushenkilöistä kertoi kivun takia ontuvansa kävellessään. He kertoivat kävelemisestään seuraavaa:

”..muutaman kilometrin pystyy kävelemään..” (t1)

”..en voi kävellä kamalan pitkää matkaa.. mää jopa onnun..” (t3)

Kaikki kolme tutkimushenkilöä harrastivat liikuntaa ja heidän liikuntaharjoittelunsa sisälsi kävelyä. Yksi tutkimushenkilö myös pyöräili kävelemisen lisäksi. He kertovat aerobisesta harjoittelustaan seuraavaa:

”..käyn kävelemässä..välillä sauvakävelyä..” (t3)

”kävelyä koiran kanssa..” (t2)

”.. jonkun verran niinku kävelemässä ja pyöräilemässä..” (t1)

Kaikkien tutkimushenkilöiden liikuntaharjoitteluun kuului kehonhallinta- ja lihasvoimaharjoittelua. Kahden tutkimushenkilön liikuntaharjoitteluun sisältyi pilates tai fysiopilates, jonka he kokivat pilateksen parantavan kehon hallintaa. Yhden tutkimushenkilön liikuntaharjoittelu sisälsi kehonpainoharjoittelua sekä vastuskuminauhaharjoittelua.

6.1.3 Yksilö- ja ympäristötekijät

Kaikki tutkimushenkilöt olivat 30–40 –vuotiaita naisia ja heillä kaikilla oli diagnosoitu nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä. Kaksi kolmesta tutkimushenkilöstä mainitsi olevansa äiti. Kaksi tutkimushenkilöä oli toimistotyöntekijöitä ja yksi teki fyysistä työtä. Kahdella tutkimushenkilöllä oli käytössään pienapuvälineitä liittyen esimerkiksi työhön tai arkielämään.

6.2 Kokemuksia fysioterapian sekä ohjauksen ja neuvonnan merkityksestä nivelten yliliikkuvuusoireyhtymässä

Kaikki tutkimushenkilöt ovat käyneet tai käyvät tällä hetkellä fysioterapiassa. Tutkimushenkilöiden fysioterapiakertojen määrä vaihteli yhdestä neljään kertaan kuukaudessa. Yksi tutkimushenkilöistä ei saanut lainkaan fysioterapiaa tällä hetkellä, mutta hänelle oltiin aloittamassa yksilöllistä kuntoutusta.

Kaksi kolmesta tutkimushenkilöstä olivat saaneet ohjausta ja neuvontaa liittyen liikuntaharjoitteluun. Osa tutkimushenkilöistä oli saanut ohjausta ja neuvontaa myös siitä, millainen merkitys nivelten yliliikkuvuudella on liikuntaharjoittelussa. Yksi tutkimushenkilö koki, etteivät hänen saamansa harjoitteet olleet kohdennettuja nimenomaan henkilölle, jolla on nivelten yliliikkuvuussyndrooma. Tutkimushenkilöt kertovat saamastaan liikuntaharjoitteluun liittyvästä ohjauksesta ja neuvonnasta seuraavaa:

”fysioterepeutilta oon saanu hyviä neuvoja ja jumppaohjeita mutta aika huonosti spesifisti yliliikkuvuuteen liittyen ja siitä on tullut aika vähän tietoa...” (t2)

”..todella hyviä niinkun neuvoja (fysioterapeutilta)... mä sain fysiatriilta sellaset ohjeistukset että voit tai hän antoi luvan tehdä tätä pilatesta... mutta varoitti että kaikki liikkeet siinäkään ei sovi mun kropalle... se kielsi multa muummuassa kaikki vesijumpat ja tän tyyppiset..” (t1)

Yksi tutkimushenkilöistä ei ollut saanut lainkaan ohjausta tai neuvontaa diagnoosin saamisen jälkeen. Hän koki ohjauksen olleen mitätöntä ja jääneensä yksin diagnoosinsa kanssa:

”sain sieltä paperit kotia ja jossa luki niin ku luki se diagnoosi joka mulle niin ku tuli ja siihen loppu niin ku lääkärin puolelta ohjaaminen..minä oon tässä vähän niinku omillani ollu..” (t3)

Kaikki tutkimushenkilöt kokivat kehon hallinnan paranemisen olevan tärkeää fysioterapiassa. Yksi tutkimushenkilöistä koki, että oman kehon toiminnan

ymmärtäminen auttoi häntä hallitsemaan nivelten yli liikkuvuudesta johtuvia haittoja, kuten kipua. Hän kertoo ymmärtäneensä kehon toiminnan syy- ja seuraussuhteita, oikean tavan tehdä asioita ja sen, miten kehon kuuluu liikkeessä käyttäytyä. Tutkimushenkilöt yhtä lukuun ottamatta kokivat liikkeen suoritustekniikan ja nivelten oikean liikeradan sekä keuhonhallinnan harjoitusten olevan hyödyllisiä. Näitä liikkeitä he harjoittelivat esimerkiksi pilateksessa ja fysiopilateksessa. He kertoivat harjoittelusta seuraavaa:

”..niveviä stabiloivia...liike on hankala, nii että ne liikkeet on sellaisia että ei tule sellaista yli menevää liikettä..” (t3)

”.. siel fysiopilateksessa käydään niinku erityisen tarkasti läpi et oppii tekemään ne liikkeet niinku oikealla tavalla..” (t1)

Tutkimushenkilöillä oli sekä positiivisia, että negatiivisia kokemuksia liikuntaharjoitteluun liittyvästä fysioterapeuttisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Yksi tutkimushenkilöistä koki, ettei harjoittelu poistanut kipuja ja osa ohjeista oli aiheuttanut hänelle lisäkipua:

”..osa ihan hyviä, mutta osa niistä jumppaohjeista ei sovellu ollenkaan ja niistä aiheutuu lisäkipua...ei se kipuja poistanu..” (t2)

Kaksi tutkimushenkilöä koki fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan parantavan heidän koettua toimintakykyään ja lievittävän kipuja. Toinen kertoi liikuntaharjoitteluun liittyvän fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan olleen korvaamaton apu.

Kaikki tutkimushenkilöt ovat käyttäneet tukia tai muita nivelen stabiliteettia lisääviä keinoja liikuntaharjoittelun tukena, esimerkiksi teippausta. Kaikki kolme tutkimushenkilöä ovat käyttäneet polvitukea ja kaksi on käyttänyt alaselkää tukevaa vyötä. Tutkimushenkilöt kertovat käyttämistään keinoista näin:

” ..polvituki.. teippaus ..sauvat ..rannetuki.. si –tukivyo..” (t3)

”.. alaselän tukivyö.. on polvitukea ollu välillä käytössä ja kenkiin kiinnitän huomoita..” (t2)

7 POHDINTA

7.1 Pohdintaa tutkimustuloksista

7.1.1 Pohdintaa tutkimushenkilöiden kokemuksista nivelten ylliliikkuvuusoireyhtymän merkityksestä koettuun toimintakykyyn

Tavoitteena oli kerätä tietoa henkilöiden, joilla on ylliliikkuvuusoireyhtymä, kokemuksista nivelten ylliliikkuvuuden merkityksestä koettuun toimintakykyyn ICF-luokituksen mukaisesti ja millaisia kokemuksia heillä on liikuntaharjoittelusta, fysioterapiasta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta. Kaikki tutkimushenkilöt kokivat nivelten ylliliikkuvuudella olevan merkitystä kehon rakenteisiin ja toimintoihin. Hannosen (2002) mukaan nivelten ylliliikkuvuus voidaan yhdistää tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, vaikka niiden välinen yhteys oireena onkin usein alidiagnosoitu. (Hannonen 2002, 355–356). Vain yksi tutkimushenkilö kertoi kokevansa tuki- ja liikuntaelimestön vaivoja. Tästä voidaan päätellä, että osa tutkimushenkilöiden kokemista kivuista voi johtua tuki- ja liikuntaelimestön ongelmista, mutta niitä ei ole diagnosoitu, koska heillä on nivelten ylliliikkuvuusoireyhtymä -diagnoosi ja oireiden on oletettu johtuvan siitä.

Suurin vaikuttaja tutkimushenkilöiden koettuun toimintakykyyn, päivittäisiin toimintoihin ja liikuntaharjoitteluun oli kipu. Se on Terryn ym. (2015) mukaan nivelten ylliliikkuvuusoireyhtymän yksi tärkeimpiä oireita. Kaikilla tutkimushenkilöillä esiintyi kipua ADL-toimintojen, liikkumisen tai liikuntaharjoittelun aikana tai sen jälkeen. Kaksi tutkimushenkilöä kertoi harjoituksen jälkeen esiintyvistä viivästyneestä kivusta. Tutkimustuloksista voidaan päätellä kivun olevan merkittävä tekijä koetun toimintakyvyn alenemisen kannalta henkilöillä, joilla on nivelten ylliliikkuvuusoireyhtymä. Kivun vaikutus ADL-toimintoihin on yksilöllistä.

Sandströmin ja Ahosen (2013) mukaan nivelten ylliliikkuvuuden yleisimpien oireiden joukkoon kuuluu nivelen luksaatio tai osittainen luksaatio (subluksaatio) (Sandström & Ahonen 2013,189). Tutkimushenkilöt eivät olleet kokeneet luksaatioita ja vain yksi kolmesta oli kokenut luksaatiotuntemuksia. Hän kuvasi

tuntemuksiaan kertoen: *"tuntuu ko nivelet ois pois paikaltaan"*. Tämä voitaisiin selittää sillä, että nivelen virheellinen asentotunto aiheuttaa tunteen luksaatiosta, vaikka todellista paikaltaan pois siirtymistä ei tapahdu. Smithin ym. (2014) mukaan nivelten yliliikkuvuus aiheuttaa proprioseptiikan muutoksia, joka voi johtaa nivelen biomekaanisen toiminnan muuttumiseen.

Kaksi tutkimushenkilöä koki harjoittelun muuttaneen heidän tietoisuuttaan kehostaan ja sen toiminnasta. He kokivat asentojen ja liikkeiden hallinnan parantuneen. Molemmat tutkimushenkilöt, jotka kokivat toiminnan muuttumista, harrastivat pilatesta tai fysiopilatesta. Myös fysioterapialla koettiin olevan vaikutusta näihin muutoksiin. Tämä tutkimustulos on linjassa useiden tutkimusten, esimerkiksi Sandstömin ja Ahosen (2013) ja Simmondsin ja Keerin (2007), kanssa, joissa todetaan pehmeiden liikuntalajien, kuten pilateksen, sopivan nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä -henkilöille. (Sandstöm & Ahonen 2013, 189–190; Simmonds & Keer 2007).

Kaikki tutkimushenkilöt kokivat nivelten yliliikkuvuusoireyhtymällä olevan merkitystä suoritusten ja osallistumisten kannalta, esimerkiksi päivittäisissä toiminnoissa. Gurley-Greenin (2001) mukaan henkilöillä, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, voi olla ongelmia esimerkiksi kotitöissä, nostamisessa ja kantamisessa kipujen takia. (Gurley-Green 2001, 487). Teoriatieto tukee tutkimustuloksia, sillä tutkimushenkilöt kertoivat esimerkiksi kävelemisen, nostamisen, kantamisen ja portaissa kulkemisen vaikeuksista ja he kokivat kivun olevan suurin syy tähän.

Kaikki kolme tutkimushenkilöä harrastivat liikuntaa ja heidän kaikkien liikuntaharjoittelunsa sisälsi kävelyä. Kaksi tutkimushenkilöä koki kivun vaikeuttavan liikkumista ja liikunnan harrastamista. Yksi tutkimushenkilö ei maininnut kipujen haittaavan liikkumista tai liikuntaa, mutta hän kuitenkin mainitsi joidenkin saamiensa harjoitteiden aiheuttavan lisäkipua. Harjoittelun jälkeinen viivästynyt kipu voi vaikuttaa välttämiskäyttäytymisen kautta liikuntaharjoittelun määrään ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

Simmondsin ja Keerin mukaan (2007) nivelten yliliikkuvuusoireyhtymälle on tyypillistä viivästynyt kipu, jota kaksi kolmesta tutkimushenkilöstä koki. Molemmat viivästynyttä kipua kokeneet kuvailivat kivun olevan koko kehossa ja vaikuttavan lähes lamaannuttavasti. Yksi tutkimushenkilö ei maininnut viivästynyttä kipua, mutta koki kipua esimerkiksi nivelissä ja kivun takia vaikeuksia ADL-toiminnoissa.

Yksilötekijöillä on merkitystä nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä -henkilöiden koettuun toimintakykyyn. Hakimin, Malfaitin ja Paepen (2010) mukaan nivelten yliliikkuvuutta esiintyy naisilla kolme kertaa enemmän kuin miehillä. Tämä näkyy myös tutkimushenkilöissä, sillä kaikki tutkimushenkilöt olivat naisia ja iältään 30–40 -vuotiaita. Tutkimushenkilöiltä ei kysytty kokemuksia esimerkiksi raskauden tai kuukautisten aiheuttamista muutoksista nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän oireisiin, vaikka Sandströmin ja Ahosen (2013) sekä Vescovin (2011) mukaan raskauden ja kuukautisten aikaiset hormonimuutokset löystyttävät nivelten ligamentteja. (Sandström & Ahonen 2013,189; Vescovi, 2011).

7.1.3 Pohdintaa tutkimushenkilöiden kokemuksista fysioterapian sekä ohjauksen ja neuvonnan merkityksestä nivelten yliliikkuvuusoireyhtymässä

Kaikki tutkimushenkilöt olivat käyneet fysioterapiassa. Fysioterapia on tutkimusten mukaan, esim. Terry ym. (2015), paras hoitomuoto henkilöille, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä. Kaksi kolmesta tutkimushenkilöstä koki saaneensa fysioterapeuteilta nivelten yliliikkuvuuteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa, jolla oli ollut positiivinen merkitys heidän koettuun toimintakykyynsä. Yksi tutkimushenkilö koki, että hänen saamansa neuvot eivät olleet kohdennettuja henkilölle, jolla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä. Osa harjoitteista oli aiheuttanut lisäkipua, eikä niistä ollut hänelle kovin suurta hyötyä. Kokemusten erilaisuus voi johtua fysioterapeutin ohjaustavasta, harjoitusten kohdentamisesta tai erilaisesta kipukokemuksesta. Tutkimuksessa ei kysytty harjoitteiden laatua, kestoa tai määrää, joilla voi olla merkitystä kokemukseen. Myös sillä, missä vaiheessa ohjausta ja neuvontaa on saatu, voi olla merkitystä koetun toimintakyvyn kannalta. Tutkimuksessa ei kysytty tutkimushenkilöiden odotuksista liittyen fysioterapiaan tai ohjaukseen ja neuvontaan, vaikka odotuksilla on suuri merkitys kokemusten kannalta. Simmondsin ja Keerin (2007)

mukaan henkilöillä, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, voi olla liiallisia odotuksia hoidoista.

Yksi tutkimushenkilö koki jääneensä yksin diagnoosin saamisen jälkeen, eikä hän ollut saanut lainkaan ohjausta lääkäriltä. Hän koki, ettei kukaan ottanut hänestä hoitovastuuta. Hän on myöhemmin käynyt fysioterapiassa, jonka hän oli kokenut hyväksi hoitokeinoksi. Sandströmin ja Ahosen (2013) mukaan potilaan informointi on tärkeää pelkojen ja epä tietoisuuden vähentämiseksi. Terryn ym. (2015) mukaan terveydenhoitohenkilökunnan antama ohjaus ja neuvonta ovat merkittävässä roolissa henkilöiden, joilla on nivelten yliliikkuvuutta, itsehoidon aloittamisen motivoimisessa.

Yksi tutkimushenkilöstä koki, että ohjausta ja neuvontaa tai harjoitteita ei ollut kohdennettu nivelten yliliikkuvuusoireyhtymähenkilölle ja ne olivat aiheuttaneet lisäkipua. Tästä kokemuksesta voitaisiin päätellä, että nivelten yliliikkuvuus ei ole yleisesti tunnettu oireyhtymä, vaan tarvittaisiin lisää näyttöön perustuvaa tietoa terapeuttisesta harjoittelusta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta liittyen nivelten yliliikkuvuuteen ja liikuntaharjoitteluun. Lisäksi harjoitusten tulisi olla yksilöllisesti kohdennettuja. Harjoitusten aiheuttama lisäkipu voi johtua myös nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän luonteesta. Simmondsin ja Keerin (2007) mukaan henkilöiden, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, fysioterapiassa hoidon vaikutus on usein hidasta ja voi aiheuttaa lisäkipua tai viivästynyttä kipua.

Terryn ym. (2015) mukaan nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän fysioterapiassa voidaan käyttää teippausta, ortooseja tai erilaisia tukia ja Sandströmin ja Ahosen (2013) mukaan tuet voivat helpottaa normaalia elämää. Kaikki kolme tutkimushenkilöä olivat käyttäneet joitakin nivelen stabiliteettia lisääviä tukia, esimerkiksi polvitukea tai teippausta. Uusimpia innovaatioita ovat erilaiset painevaatteet, joissa on erillisiä tukevia ja asentoa ylläpitäviä vahvikkeita. Näitä voidaan käyttää myös nivelten ylijännityksen estämiseen esimerkiksi polvissa. (Boston Brace 2016). Erilaisista vaatteisiin sijoitetuista tuista voi olla tulevaisuudessa suurta hyötyä esimerkiksi nivelten yliliikkuvuuden aiheuttamien ongelmien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.

Tiedonhaku vaiheessa löydettiin yksi julkinen potilasohje liittyen nivelten yliliikkuvuuteen. Se on Litolan ja Helpin (2014) laatima Kymenlaakson sosiaali- ja terveysalan kuntayhtymän nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän potilasohje. Siinä suositellaan hoidoksi oikein annosteltua liikuntaa, jossa harjoitetaan lihasvoimaa ja -kestävyyttä. Harjoittelun periaatteina voidaan potilasohjeen mukaan pitää pieniä painoja ja paljon toistoja nivelten ääriasentoja välttäen, harjoitteluasentoa, jossa yliliikkuva nivel on tuettuna sekä kireiden lihasten varovaa venyttelyä nivelten ääriasentoja välttäen. Suositeltavia liikuntamuotoja henkilölle, jolla on nivelten yliliikkuvuutta, ohjeen mukaan ovat esimerkiksi lajit, joissa niveleen ei kohdistu äkkinäisiä tai hallitsemattomia liikkeitä tai iskuja. Sopivia lajeja ovat esimerkiksi vesiharjoittelu, perinteisen hiihto ja kuntosali sekä erilaiset kehon hallintaa parantavat harjoitukset. Potilasohje kiinnittää huomiota myös asennon ja ryhdin tarkkailemiseen kaikissa toiminnoissa töissä, kotona ja harrastuksissa. Ryhtiä ja nivelen asentoja voi tarkastella esimerkiksi peilin kautta. (Litola & Helppi 2014.)

Kymenlaakson sosiaali- ja terveysalan kuntayhtymän potilasohje nostaa hyvin esille kaikki oleelliset asiat, jotka esiintyvät myös opinnäytetyön teoriapohjassa. Yllätys oli, ettei tiivistettyä tietoa löytynyt helposti ja potilasohjeitakin löytyi vain yksi. Tutkimustulosten perusteella tietoa nivelten yliliikkuvuusoireyhtymästä ja sen yhteydestä toimintakykyyn, liikkumiseen ja liikuntaharjoitteluun, ei ole riittävästi saatavilla. Tästä voidaan päätellä, että tarvetta kohdennetuille potilasohjeille olisi.

7.2 Pohdintaa tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta

Työn luotettavuutta ja eettisyyttä pyrittiin valvomaan koko prosessin ajan ja tutkimus eteni suunnitelmallisesti. Kananen (2014) mukaan tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee tarkastella tutkimusasetelmaa, toteutusta ja tuloksia. Tutkimusasetelma sisältää tutkimusongelman ja -menetelmät. (Kananen 2014.) Tutkimusmenetelmäksi valikoitui jo alussa teorialähtöinen laadullinen tutkimus, jollaisena tutkimus toteutettiin. Tutkimustehtävä on pysynyt koko prosessin ajan sisällöllisesti samana ja tiedonkeruumenetelmä toteutui suunnitellusti puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Tutkimuskysymykset muotoiltiin siten, että ne eivät johdattaneet haastateltavaa tutkijoiden haluamaan

suuntaan ja kysymyksiin esitettiin jatkokysymyksiä, joissa heitä pyydettiin kuvailemaan kokemuksiaan.

Tutkimusjoukko tuli toimeksiantajalta ja tutkimushenkilöt valikoituivat perustellusti tästä joukosta ja pysyivät koko tutkimuksen ajan samoina. Tutkimus- eli haastattelutilanteet sovittiin tutkimushenkilöiden kanssa etukäteen, jotta tilanne olisi rauhallinen ja kiireetön. Tutkimushenkilöille lähetettiin etukäteen suostumuslomake ja infokirje, jossa kerrottiin tutkimuksen aiheesta, vapaaehtoisuudesta ja tutkimuksen keskeyttämisen mahdollisuudesta.

Haastattelut toteutettiin puhelimitse rauhallisessa ympäristössä ja luotettavuuden takaamiseksi haastattelut suoritti kaikilla kerroilla sama henkilö. Haastattelut nauhoitettiin ja siitä ilmoitettiin tutkimushenkilöille haastatteluiden alussa. Nauhoittamisen lisäksi toinen tutkimuksen tekijöistä kirjoitti ylös haastattelussa esiin nousseita, tärkeimpiä asioita. Haastattelija pyrki esittämään kysymykset samalla tavalla kaikille tutkimushenkilöille.

Kanasen (2014) mukaan reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä ja validiteetti tarkoittaa, että tutkimuksessa tutkitaan oikeita asioita. Luotettavuuskriteereitä ovat esimerkiksi vahvistettavuus, arvioitavuus, tulkinnan ristiriidattomuus, luotettavuus ja kylläntyneisyys. (Kananen 2014, 146–153.) Tutkimuksen tulokset ovat vahvistettavissa, sillä ne ovat samankaltaisia teoriapohjan tiedon kanssa. Tulokset ovat arvioitavissa sisällönanalyysin taulukon kautta ja päätökset on perusteltu sekä dokumentoitu. Tulkinnat haastateltavien lausumista ovat ristiriidattomia. Tutkimuksen yleistettävyyttä jää kyseenalaiseksi tutkimushenkilöiden vähäisen määrän vuoksi, mutta kyseisten tutkimushenkilöiden kohdalta tulokset ovat luotettavia. Haastatteluiden pohjalta saatu tutkimusaineisto ei ehtinyt kokonaan kylläntyä tutkimusryhmän pienen koon takia, mutta tulokset ovat keskenään suurimmaksi osaksi ristiriidattomia. Lähteiden pohjalta koottu teoriapohja kylläntyi suurilta osin ja saadut tulokset löytyivät useista lähteistä.

Tiedonkeruussa pyrittiin käyttämään mahdollisimman monipuolisia ja tuoreita lähteitä. Lähteet ovat luotettavia ja vaikka osa on vanhoja, niiden sisältämä tieto

on pysynyt samana ja vastaa uusimpien lähteiden tietoa. Tutkimuksessa on käytetty sekä kotimaisia, että vieraskielisiä lähteitä, painettuja kirjoja ja Internet -lähteitä. Vieraskielinen lähdemateriaali on pääasiassa sähköistä materiaalia, verkkojulkaisuja tai e-kirjoja. Haastattelujen analysointi pyrittiin tekemään mahdollisimman aukottomasti ja loogisesti. ICF-luokituksen osa-alueiden käyttäminen haastatteluiden analysoinnin pohjana loi analyysille selkeän rungon ja lisää työn luotettavuutta.

Tuomen ja Saramäen (2013) mukaan tutkimuksen etiikkaa on se, kun tutkija ottaa huomioon kaikki eettiset näkökulmat, jotka vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin. Tutkimuksen eettisyyden pohdintaan vaikuttavat kyseessä olevan tieteenalan lähtökohdat, arvot ja ihmiskäsitykset. (Tuomi & Sarajärvi 2013.) Fysioterapian tarkoituksena ovat terveyden sekä toiminta- ja liikkumiskyvyn ylläpitäminen (Suomen Fysioterapeutit ry 2014b). Tässä tutkimuksessa, kuten fysioterapiassakin, on kohdeltu tutkimushenkilöitä yksilöinä ja tutkimuksen mielenkiinto oli henkilöiden kokemassa toiminta- ja liikkumiskyvyssä. Tutkimuksen näkökulma on asiakaslähtöinen keskittyessään henkilöiden kokemuksiin. Tutkimus on pyritty tekemään näyttöön perustuvan tietoon ja viimeisimpään tutkimustietoon perustuen. Tutkimuksen ihmiskäsitys on kokonaisvaltainen, vaikka koettu psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky eivät esiinny erillisinä haastattelukysymyksinä. Kaikki toimintakyvyn osa-alueet liittyvät toisiinsa, jolloin ei voida käsitellä vain yhtä osa-aluetta, vaan toimintakykyä tulee käsitellä kokonaisuutena.

Tuomen ja Sarajärven (2013) mukaan ihmisiä tutkittaessa tutkimuksen eettinen pohja koostuu ihmisoikeuksista, joihin kuuluu esimerkiksi tutkimushenkilöiden informoiminen, tutkimushenkilöiden tietojen suojaaminen sekä nimettömyys. Opinnäytetyön haastatteluvaiheessa tutkimushenkilöille soitettiin varsinaisen haastatteluajan varaamiseksi ja kerrottiin lyhyesti tutkimuksesta sekä tutkimusmenetelmästä. Tutkimushenkilöille lähetettiin tämän jälkeen infokirje, jossa kerrottiin tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta sekä tutkimuksen nimettömyydestä ja vapaaehtoisuudesta. Samassa kirjeessä lähetettiin tutkimushenkilöille suostumuslomake tietojen käyttämistä varten. Haastatteluiden alussa muistutettiin tutkimushenkilöitä anonyymiteetistä sekä

haastattelumateriaalin tuhoamisesta käytön jälkeen. Kaikkea tutkimushenkilöitä koskevaa materiaalia on säilytetty huolellisesti ja ne on tuhottu käyttämisen jälkeen.

7.3 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Tiedonhaun aikana huomattiin, että aiheesta tehdyt tutkimukset ovat suurelta osin vanhoja. Diagnosoinnissa on edelleen käytössä Beightonin 1970-luvulla luoma luokitus ja monet lähteet pohjautuvat hänen tutkimuksiinsa. Nivelten yliliikkuvuusoireyhtymästä löytyi runsaasti tietoa, mutta esimerkiksi nivelten yliliikkuvuuden yhteydestä päivittäisiin toimintoihin löytyi vain yksi luotettava tutkimus. Myös nivelten yliliikkuvuuden ja liikuntaharjoittelun yhteydestä löytyi vähän lähteitä.

Opinnäytetyöprosessin aikana mietittiin, mitä termiä käytetään henkilöistä, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä. Työssä haluttiin välttää leimaavia sanoja, kuten nivelten yliliikkuvuusoireyhtymää sairastava tai nivelten yliliikkuvuussyndroomasta kärsivä. Haluttiin, että termi kuvaa ihmistä, ei sairautta. Koska kaikki henkilöt, joilla on yliliikkuvuusoireyhtymä, eivät ole lääkärin hoidossa, heistä ei voi käyttää nimitystä potilas. Termi asiakas ei kuvaa näitä henkilöitä kokonaisuutena, koska heistä kaikki eivät välttämättä ole esimerkiksi fysioterapeutin asiakkaita. Opinnäytetyössä päätettiin käyttää sanontaa ”henkilö, jolla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä”. Tällä haluttiin kuvata kyseessä olevan henkilö, jolla on tämä ominaisuus.

Tutkimusaiheen varmistuttua päätettiin, että tutkimus koskisi aikuisia, yli 18 -vuotiaita henkilöitä. Lapsilla esiintyvä nivelten yliliikkuvuus vähenee iän myötä, koska ikääntyminen vähentää nivelten liikelaajuutta (Reumaliitto 2011a). Lapset jätettiin tutkimusjoukon ulkopuolelle myös siitä syystä, että lapsena nivelten yliliikkuvuus ei välttämättä ole aiheuttanut kokemuksia. Lisäksi haluttiin, että tutkimushenkilöillä olisi luotettavia kokemuksia nivelten yliliikkuvuuden merkityksestä koettuun toimintakykyyn, liikkumiseen ja liikuntaharjoitteluun. Luotettavaa tietoa haluttiin myös henkilöiden kokemuksista fysioterapiasta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta. Lasten voi olla vaikeampaa kohdentaa kokemuksiaan nivelten yliliikkuvuudesta johtuvaksi.

Kipu on tutkimusten, esim. Grahamen (2010) mukaan nivelten yliliikkuvuusoireyhtymän tyypillisimpiä oireita ja vaikuttaa merkittävästi henkilöiden toimintakykyyn, joten sitä on käsitelty teoreettisessa viitekehyksessä, vaikka se ei esiinny varsinaisesti tutkimustehtävissä. Haastatteluissa ei kysytty psyykkiseen tai sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvistä asioista, vaikka ne on käsitelty teoreettisessa viitekehyksessä. Psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat osa ihmisen kokemaa toimintakykyä ja kokemus omasta toimintakyvystä vaikuttaa kokemuksiin fysioterapiasta, ohjauksesta ja neuvonnasta sekä liikuntaharjoittelusta. Näistä aihealueista ei haluttu erikseen esittää haastattelukysymyksiä, vaan haastateltavat saivat kertoa näistä asioista, jos kokivat sen aiheelliseksi. Psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ei haluttu kysyä koska, tutkimushenkilöt voivat kokea tällaiset kysymykset liian henkilökohtaisiksi ja niistä keskusteleminen puhelimitse tuntemattoman henkilön kanssa voi olla epämukavaa. Esimerkiksi kysymykseen siitä, millainen merkitys nivelten yliliikkuvuudella on päivittäiseen elämääsi, sisältää kaikki toimintakyvyn osa-alueet, jolloin tutkimushenkilö voi kertoa niistä kokemuksista, jotka hänellä ovat päälimmäisenä mielessään. On todennäköistä, että ensimmäisenä mielessä oleva asia on myös se, millä on eniten merkitystä henkilön koettuun toimintakykyyn.

Tutkimuksessa käytettiin teoriapohjan viitekehystenä ICF-luokitusta ja se auttoi rakentamaan osa-alueiden mukaisesti luontevan kokonaisuuden teoriapohjasta ja kokemuksista nivelten yliliikkuvuuteen liittyen. Viitekehukseen nostettiin myös keinoja, joilla voidaan tukea henkilöiden, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, toimintakykyä. Viitekehystä käytettiin teoriapohjan lisäksi myös luokittelemaan tutkimustuloksia. Tutkimuskysymykset pyrittiin rakentamaan viitekehystenä käytetyn ICF-luokituksen mukaisesti siten, että ne säilyttävät tutkimushenkilöiden tunnistamattomuuden ja ovat puolistrukturoituja, mutta eivät liian ohjailevia. Kysymykset pyrittiin pitämään avoimina kysymyksinä. Tässä ei kuitenkaan onnistuttu kaikkien kysymysten osalta. Esimerkiksi kysymys ”harrastatko liikuntaa?”, on suljettu kysymys, johon voi vastata kyllä tai ei. Kysymyksen olisi voinut muotoilla esimerkiksi ”millaista liikuntaa harrastat?”, mutta tämä kysymyksen asettelu olettaa henkilön harrastavan liikuntaa. Työssä haluttiin

välttää ennakko-oletusten luomista sekä tutkimushenkilölle mahdollisesti syntyvää tunnetta halutusta vastauksesta. Kysymykseen ”millaista liikuntaa harrastat?”, on suurempi kynnyks vastata kielteisesti, kuin suljettuun kysymykseen. Kysymykset olisi ollut mahdollista muotoilla muotoon esimerkiksi ”kerro harrastuksistasi?”, jolloin haastattelun kesto ja laajuus olisi kasvanut huomattavasti.

Haastattelut pyrittiin pitämään kohtuullisen mittaisina, koska kysymyksessä oli puhelinhaastattelu. Hirsijärven ja Hurmeen (2009) mukaan puhelinhaastatteluiden maksimikesto näyttäisi olevan 20–30 minuuttia. Haastatteluiden kesto oli keskimäärin 15 minuuttia. Haastattelukysymysten muoto vaikutti osaltaan haastatteluiden kestoon lyhentävästi. Haastatteluiden kesto riippui myös haastateltavien halukkuudesta kuvata kokemuksiaan, sekä kokemusten määrästä. Kysymykseen kokemuksista voi vastata lyhyesti tai hyvin monisanaisesti ja varsinkin, jos aihe on henkilökohtainen, voi haastateltava olla vähäsanainen. Tutkimuksen aihe oli henkilökohtainen, joka vaikutti osaltaan haastatteluiden pituuteen.

Ennen haastatteluiden aloittamista päätettiin rajata tutkimushenkilöt sellaisiin henkilöihin, joilla on diagnosoitu nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, muttei muita sidekudossairauksia. Tämä rajaus supisti tutkimushenkilöiden määrän kolmeen. Ratkaisua voidaan pitää hyvänä, vaikka se vähentääkin työn yleistettävyyttä ja tekee siitä lähinnä suuntaa antavan. Tietoperustan rakentamisvaiheessa tuli yhä selvemmäksi se, miten monia eri nivelten yliliikkuvuutta aiheuttavia sidekudostai muita sairauksia on, ja miten erilaisia oireita niihin liittyy. Mikäli tutkimuksessa olisi käsitelty näitä kaikkia sairauksia ja niitä sairastavien kokemuksia, ei työn yleistettävyyttä olisi parantunut juuri lainkaan, sillä eri sairaudet voivat tuoda henkilöille erilaisia kokemuksia. Nyt pystyttiin perehtymään yhteen diagnoosiin, sekä siihen liittyviin kokemuksiin. Jos kaikki sidekudossairauksien kokemukset olisi otettu huomioon työssä, ei nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä -henkilöiden kokemukset olisi välttämättä nousseet esiin niin hyvin, kuin ne nousivat tässä työssä.

Aineiston analyysi toteutettiin teorialähtöisenä eli deduktiivisena tutkimuksena, jossa kerätään tietoperusta ennen haastatteluita. Näin tutkijat saivat hyvän käsityksen aiheesta haastatteluita varten ja auttoivat haastattelukysymysten muodostamisessa. Toisaalta teorialähtöisyys saattoi ohjata tutkijoita liikaa haastattelukysymysten luomisessa ja vaikuttaa siihen, että kysymykset eivät olleet riittävän avoimia. Sisällön analyysin runkona käytettiin teoriapohjan viitekehystä eli ICF-luokituksen osa-alueita, joiden perusteella luotiin viitekehystä käsittekartta. Käsittekartta selkeytti teoriapohjaa ja auttoi ymmärtämään suuria kokonaisuuksia sekä niiden välisiä yhteyksiä. Käsittekarttaa hyödyntäen luotiin taulukko, jossa yläluokkana käytettiin ICF-luokituksen osa-alueita ja lisäksi yläluokaksi nostettiin fysioterapia sekä ohjaus ja neuvonta. Niiden alle on kerätty kyseistä osa-aluetta kuvaavat lausumat, joiden pohjalta on muodostettu ensin pelkistetty ilmaus ja sen jälkeen alaluokka.

Tutkimuksen aikana tekijöiden tiedonhakutaidot lisääntyivät ja ymmärtämys laadullisesta tutkimuksesta menetelmänä syveni. Tekijöiden ammatillinen osaaminen liittyen nivelten yliliikkuvuusoireyhtymään vahvistui ja fysioterapeuttinen näkemys nivelten yliliikkuvuudesta laajentui. Kehon fysiologian ja toiminnan ymmärtäminen, kehon toimintojen vuorovaikutussuhteiden sekä syy – seuraus -suhteiden ymmärtäminen lisääntyi. Laajempien asiakokonaisuuksien hahmottaminen helpottui työn edetessä ja teorialähtöisen yhdistäminen käytännön fysioterapiaan realisoitui.

Tutkimuksen haastattelulomake olisi kannattanut muotoilla toisella tavalla tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Haastattelu olisi voinut olla enemmän teemahaastattelun kaltainen, kuin puolistrukturoitu teemahaastattelu. Kysymyksien muotoilu enemmän avoimeen suuntaan olisi luultavasti laajentanut tutkimuksen tulos -osiota huomattavasti. Toimintakyvyn käsitettä olisi ollut hyödyllistä käsitellä laajemmin, ottaen mukaan kysymyksiä myös psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä.

7.4 Toimenpide-ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, ettei tietoa nivelten yliliikkuvuusoireyhtymästä ole riittävästi saatavilla. Suomen Reumaliitto ry voi

toimia näiden henkilöiden tukena ja tarjota heille tietoa oireyhtymästä sekä eri asiantuntijoiden palveluista. Yhdistys voisi myös tarjota vertaistukea henkilöille, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä.

Fysioterapia-alan koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota tiedon lisäämiseen nivelten yliliikkuvuusoireyhtymästä sekä yliliikkuvien nivelten huomioonottamiseen terapeuttisessa harjoittelussa, liikuntaharjoittelussa sekä ohjauksessa ja neuvonnassa. Etenkin tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä kivun parissa työskentelevien fysioterapeuttien olisi hyödyllistä osallistua nivelten yliliikkuvuusoireyhtymää käsittelevään jatkokoulutukseen. Jatkokoulutus ja tietoisuus oireyhtymästä mahdollistaisivat harjoitteiden kohdentamisen ja lisäisi fysioterapian vaikuttavuutta.

Tutkimuksen samasta aihepiiristä voisi toteuttaa suuremmalla tutkimusryhmällä, jolloin tulokset voisivat olla luotettavampia ja paremmin yleistettävissä. Tutkimustulosten perusteella voitaisiin tehdä johtopäätöksiä, jotka koskisivat suurempaa joukkoa ja voisi antaa suuntaviivoja esimerkiksi hoitokäytännöille. Tutkimuksen voisi tehdä myös siten, että sisällyttäisi siihen muidenkin sidekudossairauksien merkitykset koettuun toimintakykyyn, liikkumiseen ja liikuntaharjoitteluun sekä fysioterapiaan. Tutkia voisi myös sitä, millaisia kokemuksia henkilöillä, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, on koetusta psyykkisestä- ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä päivittäisistä toiminnoista.

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että nivelten yliliikkuvuusoireyhtymästä kaivataan tietoa, itse sairaudesta sekä sen merkityksestä koettuun toimintakykyyn päivittäiseen elämään ja liikuntaharjoitteluun. Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi potilasohje tai opaskirja fysioterapeuttien käyttöön ohjauksen ja neuvonnan helpottamiseksi. Tutkimuksen kohteena voisi myös olla liikeketju-ajattelu nivelten yliliikkuvuudessa, fysioterapian sisältö tai ohjauksen ja neuvonnan merkitys koettuun toimintakykyyn henkilöillä, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä. Tutkia voi myös fysioterapian merkitystä henkilöiden, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, kokemaan kipuun tai kehontuntemukseen. Fysioterapiamenetelmien vaikuttavuutta nivelten yliliikkuvuusoireyhtymässä voisi tutkia esimerkiksi kirjallisuuskatsauksella.

LÄHTEET

- Alén, M. & Arokoski, J. 2015. Liikunnan ja harjoittelun fysiologiset perusteet. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 5.1.2015
http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00007&p_haku=arkiliikunta
- Beighton, P., Solomon, L. & Soskolne, C.L. 1973. Articular mobility in an African population. *Ann. rheum. Dis.* 1973, 32:413. Viitattu 19.2.2016
<http://ard.bmj.com/content/32/5/413.long>
- Biddle, S. & Mutrie, N. 2008. *Psychology of Physical Activity: Determinants, well-being and interventions.* 2nd edition. London and New York: Routledge.
- Boston Brace. 2016. *Dynamic Movement Orthoses.* Viitattu 13.4.2016
http://www.bostonbrace.com/Content/Dynamic_Movement_Orthoses.asp
- Bridges, A., Smith, E. & Reid, J. 1992. Joint hypermobility in adults referred to rheumatology clinics. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1992, 51: 793-796. Viitattu 8.5.2015. <http://ard.bmj.com/content/51/6/793.full.pdf+html>.
- Castrén, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Tuki- ja liikuntaelinten vammat. *Terveyskirjasto.* Viitattu 4.2.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00008
- Encyclopedia Britannica 2011. *Knee.* Viitattu 11.5.2016.
<http://global.britannica.com/science/knee>
- Foti, D. & Koketus, J. 2006. *Activities of Daily Living.* Teoksessa H. Mchugh Pendleton & W. Schultz- Krohn (toim.) *Occupational Therapy – Practice Skills for Physical Dysfunction.* Missouri: Elsevier Mosby, 157 – 232. Viitattu 21.1.2016
https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=BVFPAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA157&dq=activities+of+daily+living&ots=euvMV9Kk4o&sig=aOsK7on4NGDP6YtC5Jexu6ouDP0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Grahame, R. 2010. What is the joint hypermobility syndrome? Teoksessa A. Hakim, R. Keer & R. Grahame (edit.) *Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain.* 2010, 94-144. Toronto: Churchill Livingstone Elsevier.
- Gurley-Green, S. 2001. Living with hypermobility syndrome. *Rheumatology* 2001, 40: 487 – 489.
- Haanpää, M., Kauppila, T., Eklund, M., Granström, V., Hagelberg, N., Hannonen, P., Kyllönen, E., Kyrö, M., Loukusa-Nieminen, T., Luutonen, S., Telakivi, T., Ylinen, A. & Pakkala, I. 2008. Krooninen kipu. *Duodecim Terveyskirjasto.* Viitattu 6.1.2016
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>
- Haanpää, M. & Salminen, J. 2009. Kipu. Teoksessa J. Arokoski, H. Alaranta, T. Pohjolainen, J. Salminen & E. Viikari- Juntura (toim.) *Fysiatria.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 54- 67.

Hakim, A., Malfait, F. & Paepe, A. 2010. The heritable disorders of connective tissue: epidemiology, nosology and clinical features. Teoksessa A. Hakim, R. Keer & R. Grahame. (edit.) *Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain*. 2010, 45-93. Toronto: Churchill Livingstone Elsevier

Hannonen, P. 2002. Pehmytkudosten kiputilat. Teoksessa M. Leirisalo-Repo, M. Hämäläinen & E. Moilanen (toim.) *Reumataudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 346 - 357.

Hautala, A., Alapappila, A., Kangas, H., Kettunen, J., Laukkanen, J., Meinilä, L. & Ring, J. 2011. Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus. Suomen fysioterapeutit. Viitattu 6.11.2015
http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00002

Heimonen, S. 2009. Psyykinen toimintakyky. Teoksessa P. Pohjolainen & S. Heimonen (toim.) *Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen*. Oraitia 1/2009, Ikäinstituutti, 55 – 63.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus

Huttunen, J. 2015. Terveysliikunta -kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Terveyskirjasto. Viitattu 1.2.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934

International Classification of Diseases 2016. ICD- 10 Version. Viitattu 6.11.2016 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 104- 112.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä – miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2008. Kvali – Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kankaala, J., Kaukua, I., Määttä, M., Simula, M., Suomela, A., Virranniemi, S. & Vänttilä, P-L. 2006. Sosiaalinen tuki potilasohjauksessa. Teoksessa K. Lipponen., H. Kyngäs. & M. Kääriäinen. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. 2006, 32 – 41. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/2006. Viitattu 24.3.2016
https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Keer, R. & Butler, K. 2010. Physiotherapy and occupational therapy in the hypermobile adult. Teoksessa A. Hakim, R. Keer & R. Grahame (edit.)

Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain. 2010, 481 - 547. Toronto: Churchill Livingstone Elsevier.

Keer, R. & Grahame, R. 2010. Anxiety disorders, their relationship to hypermobility and their management. Teoksessa A. Hakim, R. Keer & R. Grahame (edit.) Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain. 2010, 206 – 232. Toronto: Churchill Livingstone Elsevier.

Keskinen, K. 2009. Fyysinen kunto ja sen testaaminen. Teoksessa I. Vuori., S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 102- 118.

Kettunen, J., Salo, P., Ulaska, M., Kangas, H. & Ahtola, S. 2013. Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Suomen fysioterapeutit. Viitattu 6.11.2015 http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001

Käypä hoito. 2012. Liikunta. Viitattu 2.11.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>.

Käypä hoito. 2006. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 21.1.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=5D244D4EFC D6867090E67DD5C7ACB8AB?id=nix00522>.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja- lehti 10/2006. Viitattu 24.3.2016 <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

Lehto, M., Suvitaival, R. & Kaarela, K. 1999. Hypermobiliteettisyndrooma niveleiden syynä. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 1999, 115: 2375-2377. Viitattu 11.5.2015.

Leppäluoto, J., Kettunen, R., Rintamäki, H., Vakkuri, O., Vierimaa, H. & Lätti, S. 2013. Anatomia ja fysiologia – rakenteesta toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Litola, M & Helppi, S. 2014. Nivelten yliiikkuvuusoireyhtymä (hypermobiliteetti) potilasohje. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 14.5.2015.

Martin-Santos, R., Bulbena, A. & Crippa, J. A. 2010. Anxiety disorders, their relationship to hypermobility and their management. Teoksessa A. Hakim, R. Keer & R. Grahame (edit.) Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain. 2010, 206 – 232. Toronto: Churchill Livingstone Elsevier.

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia - sarja 4. Viro: International Methelp Ky.

Murto, J., Sainio, P., Pentala, O., Koskela, T., Luoma, M-L., Koponen, P., Kaikkonen, R. & Koskinen, S. 2013. Ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja palveluiden saanti – ATH – tutkimuksen tuloksia. Teoksessa A.Noro & H. Alastalo. (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon

seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Tampere: Juvenes Print, 86 – 118.

Mäkelä, M., Alastalo, H., Noro, A., Finne-Soveri, H. 2013. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi. Teoksessa A.Noro & H. Alastalo. (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Tampere: Juvenes Print, 131 – 140.

Oja, P. 2009. Terveyskunto ja sen mittaaminen. Teoksessa I. Vuori., S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 92-99.

Paakkari, P. 2013. Krooninen (pitkäaikainen) kipu – lääkehoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.1.2016
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939

Pajala, S., Piirtola, M., Karinkanta, S., Mänty, M., Pitkänen, T., Punakallio, A., Sihvonen, S., Kettunen, J. & Kangas, H. 2011. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. Suomen fysioterapeutit. Viitattu 6.11.2015. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003

Palmer, S., Bailey, S., Barker, L., Barney, L. & Elliott, A. 2014. The effectiveness of therapeutic exercise for joint hypermobility syndrome: a systematic review. *Physiotherapy* 2014, 220–227. Viitattu 16.12.2015
http://ez.lapinamk.fi:2429/S0031940613000849/1-s2.0-S0031940613000849-main.pdf?_tid=104597bc-a3f8-11e5-a5f8-00000aacb360&acdnat=1450272332_f8d52b542f71b1a39df12c2e5ed21789

Physiopedia. 2013. Beighton Score. Viitattu 18.3.2016 http://www.physio-pedia.com/images/8/82/Beighton_Score.png

Pietilä, I. 2011. Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen haastattelu. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa J. Ruusuvoori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 212 – 242.

Pohjolainen, T. & Alaranta, H. 2009. Toimintakyky. Teoksessa J. Arokoski, H. Alaranta, T. Pohjolainen, J. Salminen & E. Viikari- Juntura (toim.) Fysiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 20 – 26.

Russek, L. 2000. Examination and Treatment of a Patient With Hypermobility Syndrome. *Physical Therapy*, 2000, 80:4, 386- 398.

Sandstöm, M. & Ahonen, J. 2013. Liikkuva ihminen – aivot, liikuntafysiologia ja sovellettu biomekaniikka. Lahti: VK- Kustannus OY.

Scheper, M., Vries, J., Verbunt, J. & Engelbert, R. 2015. Chronic pain in hypermobility syndrome and Ehlers–Danlos syndrome (hypermobility type): it is a challenge. *Journal of Pain Research* 20.8.2015. Viitattu 18.12.2015
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4548768/>

Shaikh, M., Hakim, A. & Shenker, N. 2010. The physiology of pain. Teoksessa A. Hakim, R. Keer & R. Grahame (edit.) Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain. 2010. 145-205.

Simmonds, J. 2010. Principles of rehabilitation and considerations for sport, performance and fitness. Teoksessa A. Hakim, R. Keer & R. Grahame (edit.) Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain. 2010. 936 – 987.

Simmonds, J. & Keer, R. 2007. Hypermobility and the hypermobility syndrome. *Manual Therapy* 2007, 289 - 309. Viitattu 17.4.2016 http://ez.lapinamk.fi:2429/S1356689X07000823/1-s2.0-S1356689X07000823-main.pdf?_tid=3dfd05fc-b530-11e5-b8b2-00000aab0f26&acdnat=1452165631_936b7650fd8100508d7bebf2c4dfde5

Smith, T., Bacon, H., Jerman, E., Easton, V., Armon, K., Poland, F. & Macgregor, A. 2014. Physiotherapy and occupational therapy interventions for people with benign joint hypermobility syndrome: a systematic review of clinical trials. *Disability and rehabilitation* 2014, 797-803. Viitattu 16.12.2015 <http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=608eae7b-90fa-43c2-a72d-92ab03d6a8ce%40sessionmgr111&vid=1&hid=106>

Suni, J. 2016. Terveyskunnan testimenetelmien kehittäminen. UKK-instituutti. Viitattu 1.2.2016 http://www.lts.fi/sites/default/files/page_attachment/ktp13_jaana_suni.pdf

Suomen Fysioterapeutit ry. 2014a. Fysioterapia ammattina. Viitattu 18.3.2016 <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapia-ammattina>

Suomen Fysioterapeutit ry 2014b. Fysioterapeutin eettiset ohjeet. Viitattu 14.4.2016 <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/eettiset-ohjeet>

Suomen Kuntaliitto, Suomen fysioterapeutit ry ja FYSI ry. 2007. Fysioterapianimikkeistö. Viitattu 28.1.2016 http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeistö_2007.pdf

Suomen Reumaliitto 2011a. Viitattu 2.10.2015 Nivelten yliliikkuvuus (hypermobiliteetti). http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/nivelten_yliliikkuvuus_hypermobi/

Suomen Reumaliitto 2011b. Viitattu 2.10.2015 Sidekudoksen perinnölliset taudit. <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/sidekudoksen-perinnolliset-taudi/>

Säämänen, A., Kivirinta, R., Arokoski, J., Jurvelin, J., Järvinen, M. & Kivirinta, I. 2012. Tuki- ja liikuntaelimestön kudosten rakenne ja toiminta. Teoksessa I. Kivirinta & M. Järvinen (toim.) *Ortopedia*. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 13 – 40.

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

Terry, R., Palmer, S., Rimes, K., Clark, C., Simmonds, J. & Horwood, J. 2015. Living with joint hypermobility syndrome: patient experiences of diagnosis, referral and self-care. Oxford Journals, Family Practice 24.4.2015. Viitattu 18.12.2015 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4445137/>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014. ICF-luokitus. Viitattu 2.10.2015 <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a. Toimintakyky ICF-luokituksessa. Viitattu 29.10.2015 <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015b. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 5.5.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, TOIMIA. Viitattu 3.2.2016 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf

Tunnista ajoissa stressi ja uupuminen. 2010. Painotalo Auranen Oy. Suomen Mielenterveysseura & Työeläkeyhtiö Varma. Viitattu 3.2.2016 http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/stressiopas_finetti.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

UKK-Instituutti 2014. Liikuntapiirakka. Viitattu 11.5.2015. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>.

Vescovi, J. 2011. The Menstrual Cycle and Anterior Cruciate Ligament Injury Risk – Implications of Menstrual Cycle Variability. Sport Med. 2011: 41 (2): 91 – 101.

Viikari-Juntura, E. & Heliövaara, M. 2015. Tuki- ja liikuntaelämestön sairauksien ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy. Duodecim, Terveysportti. Viitattu 14.4.2016 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00003&p_haku=tuki-%20ja%20liikuntaelinten%20sairaudet

Vuori, I. 2009. Liikunta, kunto ja terveys. Teoksessa I. Vuori., S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 16- 27.

Walker, B. 2014. Urheiluvammat – ennaltaehkäisy, hoito, kuntoutus ja kinesioteippaus. Saarijärvi: VK-Kustannus Oy.

Wong, W., Lam, H., Chen, P., Chow, Y., Wong, S., Lim, H., Jensen, M. & Fielding, R. 2014. The Fear-Avoidance Model of Chronic Pain: Assessing the Role of Neuroticism and Negative Affect in Pain Catastrophizing Using Structural Equation Modeling. International Society of Behavioral Medicine 2.5.2014: 22. Viitattu 22.2.2016
<http://ez.lapinamk.fi:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cc33c8f1-e641-486c-9d83-374cd0de6029%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4109>

World Health Organization 2001. ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health.

World Health Organization 2004. ICF- Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus.

World health Organization 2015. International Classification of Diseases (ICD). Viitattu 6.11.2015 <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Haastattelupohja
- Liite 3. Infokirje
- Liite 4. Suostumuslomake
- Liite 5. Käsitekartta viitekehystä
- Liite 6. Teorialähtöinen sisällönanalyysi (Mukailtu: Tuomi & Sarajarvi 2009, 113–117)

Liite 1. Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Suomen Reumaliitto ry. Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Jaana Hirvonen, p. 0400760054, jaana.hirvonen@reumaliitto.fi	
	Työn aihe Henkilöiden, joilla on yli liikkuvuusoireyhtymä, kokemuksia liikuntaharjoittelusta	
Tekijä	Nimi Sohvi Keskitalo, Eveliina Lahtinen	Opiskelijanumero [REDACTED]
	Katuosoite [REDACTED]	Postinumero Postitoimipaikka [REDACTED]
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite sohvi.keskitalo@edu.lapinamk.fi eveliina.lahtinen@edu.lapinamk.fi
	Suoritettava tutkinto Fysioterapia AMK	Ryhmätunnus R705F13S
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Kaisa Turpeenniemi Anne Rautio	Tehtävänimike yliopettaja lehtori
	Toimipaikka ja osoite Jokiväylä 11 C 96300 Rovaniemi	
	Puhelin 040 841 7856 040 710 6835	Sähköpostiosoite kaisa.turpeenniemi@lapinamk.fi anne.rautio@lapinamk.fi
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtaan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeuden säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyyksillä.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Helsinki 27.10.2015	[Signature]
Tekijä	Rovaniemi 9.10.15	[Signature]
Lapin AMK	Rovaniemi 9.10.15	[Signature]

Liite 2.

Haastattelupohja

Ikä

Sukupuoli

Ammatti

Oletko tällä hetkellä työelämässä?

Diagnoosit -milloin saatu?

Vaikuttaako nivelten yliliikkuvuus päivittäiseen elämääsi? -jos vaikuttaa, miten?

Harrastatko liikuntaa? - Millaista liikuntaa harrastat? (terveys – kuntoliikunta) ja kuinka usein?

Vaikuttaako nivelten yliliikkuvuus arki- tai hyötyliikuntaasi? (esim. pihatyöt, käveleminen jne.) -jos vaikuttaa miten?

Otatko nivelten yliliikkuvuuden huomioon liikkuessasi? -jos otat, miten?

Oletko käyttänyt joitain keinoja nivelten yliliikkuvuudesta johtuvien haittojen ehkäisyssä liikkumisen yhteydessä? -jos olet, mitä?

Oletko saanut ohjausta ja neuvontaa liittyen liikkumiseen ja nivelten yliliikkuvuuteen? Mikäli olet, keneltä ja millaista?

Saatko tällä hetkellä terapiaa (esim fysio-, toimintaterapia jne.)? Jos saat, millaista ja kuinka usein? Jos saat, miten ne mielestäsi vaikuttavat toimintakykyysi?

Liite 3.



Infokirje tutkimukseen osallistujalle

Hei!

Olemme Lapin Ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijoita Rovaniemeltä ja teemme opinnäyteyötä aiheesta nivelten hypermobilitteettisyndrooma - henkilöiden kokemuksia liikunnasta. Olemme saaneet tietonne Suomen Reumaliitto ry:ltä. Opinnäytetyössämme analysoimme vastauksianne nimettömänä.

Kuten aiemmassa puhelussamme sovimme, soitamme teille haastattelua varten _____ klo._____. Varmistatthan puhelinhaastattelun ajaksi itsellenne rauhallisen ympäristön. Haastattelu kestää noin 20 minuuttia.

Palautatthan liitteenä olevan haastattelun suostumuslomakkeen täytettynä mukana tulevassa kirjekuoressa, kiitos!

Ystävällisin terveisin

Sohvi Keskitalo ja Eveliina Lahtinen

Fysioterapeutti (AMK)

Lapin AMK

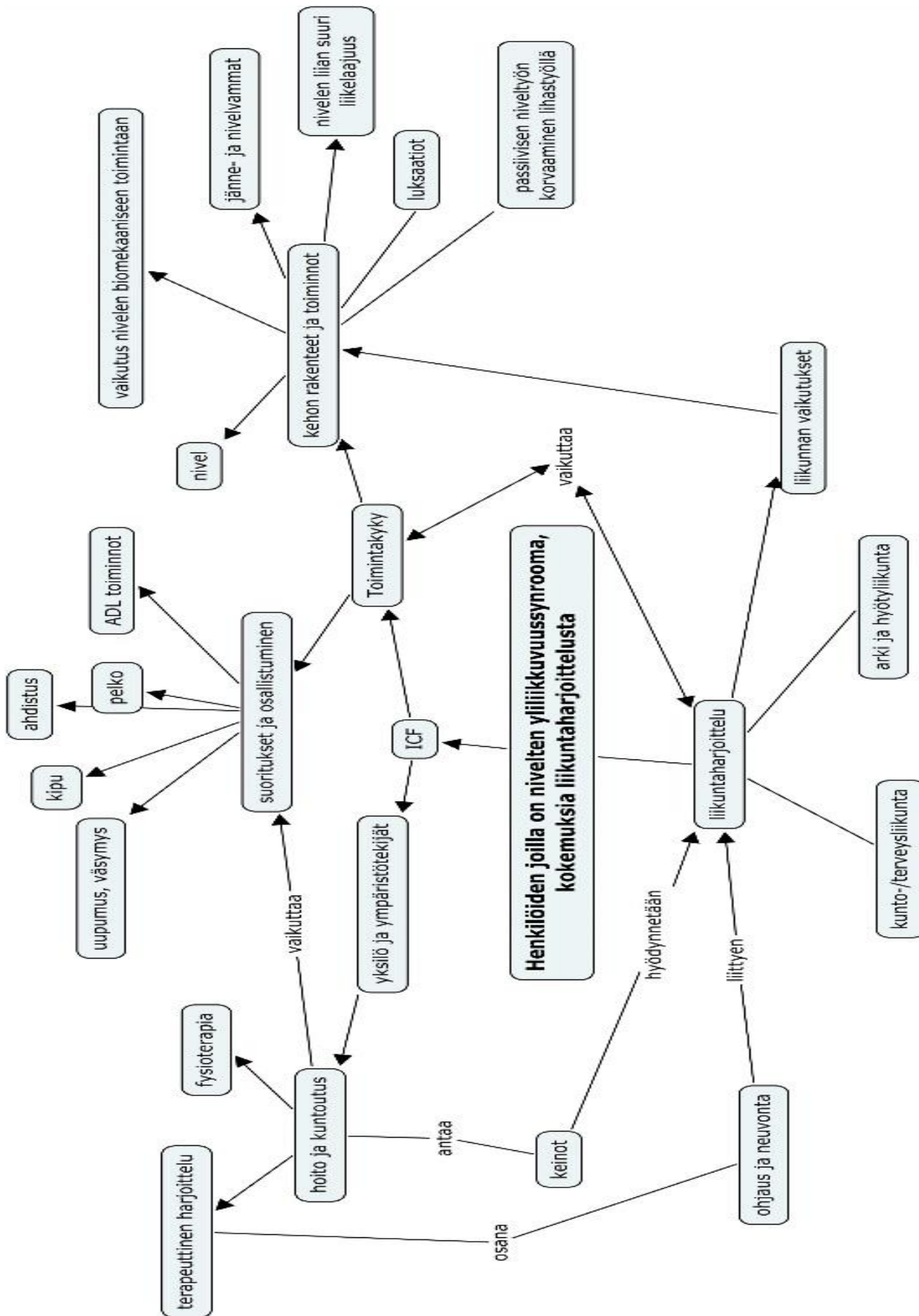
Suostumuslomake opinnäytetyötä varten tehtävään tutkimushaastatteluun

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Lapin ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijoiden Sohvi Keskitalon ja Eveliina Lahtisen opinnäytetyön tutkimushaastatteluun. Tutkimus koskee henkilöiden, joilla on nivelten yliliikkuvuusoireyhtymä, kokemuksia liikuntaharjoittelusta. Olen tietoinen, että antamani tietoja käytetään opinnäytetyössä siten, että niitä ei voi tunnistaa. Tiedot pidetään salassa opinnäytetyön tekemisen ajan sekä sen jälkeen.

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Liite 5. Käsitekartta viitekehuksesta



Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus/lausuma	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Kehon rakenteet ja toiminnot	<p>elikkä hypermobiliiteettisyndrooma..</p> <p>..se hypermobiliiteettisyndrooma...</p> <p>...hypermobiliiteettisyndrooma..</p> <p>..tuntuu niinku ne ei olis ihan kohallaan.. (polvet)</p> <p>..sormien nivelet ja ranteet ja tällaiset niinku taipuu yli..</p> <p>..mul menee selästä myös niinku nikamat poispaikaltaan... sit mul on nikamalukkoja..</p> <p>..välilevyprotruusio..</p> <p>...kondromalasia tuola polvessa...</p> <p>..epämääräinen selkäkipu..kulumaa ja siellä on spondyloosia..</p> <p>...rasitusvammoja liikarasiuksessa..</p> <p>..polvet rasittuu.. lonkat rasittuu..</p> <p>..välilevytyrä ja kolme pullistumaa..</p> <p>.. bursiitteja lonkkaan..</p> <p>...lonkan insertiitti..</p> <p>...lonkasta on se jänne niin ku tulehtunu...</p>	<p>hypermobiliiteettisyndrooma</p> <p>nivelten luksaatio tai subluksaatio</p> <p>nivelten biomekaanisen toiminnan vääristyminen</p> <p>Nivelten liiallinen kuormittuminen rasituksessa</p> <p>Erilaiset tuki- ja liikuntaelimistön vammat ja tulehdustilat sekä nivel- ja jännevammat</p>	<p>nivelten yli liikkuvuus</p> <p>nivelten epästabiilius</p> <p>Nivelten rasitusvammat</p> <p>Tuki- ja liikuntaelimistön toiminnan häiriöt</p> <p>Nivelten yli liikkuvuute</p>
Suorituks et ja osallistuminen	<p>...si- nivelten kipuiluihin...</p> <p>kipuja tulee tosi helposti..</p> <p>..yleistä kipuilua..</p> <p>..käsissä särkyjä..</p>	<p>Kipua ja särkyä eri kehon osissa</p>	<p>Nivelten yli liikkuvuute</p>

	<p>..kipujen muodossa..nivelkipuja vähän niin ku ympäri kroppaa..</p> <p>..harrastan kivun sallimissa rajoissa...</p> <p>..sillä hetkellä ku mie jotakin teen nii en tunne kipua.. ne tulee vähän niin ku viiveellä..</p> <p>..sit k istu paikalleen ja tavallaan rauhattu ni yhtäkkiä oli ku joku olis ajanu jyrällä kaikki niinku koko kroppaa vaan niinku särki..</p> <p>(vaikuttaako arki-ja hyötyliikuntaan).. vaikuttaa.. siivoaminen ja jotkut työt on tosi vaikeita..tulee kipuja..jos pitää kyykistyä..ylös alas nousua.. kumartelua.. liikkeitä.. on vaikeita.. kivuliampia hetkiä..</p> <p>..tavaroiden kiinni pitäminen on hankalaa, kaikennäkösten niinku aukominen on hirveen hankalaa..staattiset asennot...pitkään aikaan joidenkin juttujen kantaminen..</p> <p>lonkka...joinain päivinä niin todella hankala siis kävellessä ja portaita nousussa</p> <p>..tosi hankala kävellä portaita..</p> <p>..muutamana kilometrin pystyy kävelemään..</p> <p>..en voi kävellä kamalan pitkää matkaa.. mä jopa onnun..</p> <p>(vaikuttaa päivittäiseen elämään).. aika paljon..</p> <p>....polvi on oikein hankala tai kipeä...ranteen kanssa...</p> <p>käyn kävelemässä..välillä sauvakävelyä..</p>	<p>Viivästynyt harjoittelun jälkeinen kipu</p> <p>Kipuja ja hankaluuksia kotitöissä sekä liikkumisessa</p> <p>Kipu rajoittaa kävelemistä ja portaisissa kulkemista.</p>	<p>en liittyvä kipu</p> <p>Nivelten yliliikkuvuuden merkitys päivittäisiin toimintoihin</p> <p>Kivun merkitys päivittäisessä elämässä</p>
--	--	---	---

	<p>kävelyä koiran kanssa... ...oon yrittänyt sit niinku käydä myös jonkun verran niinku kävelemässä ja pyöräilemässä..</p> <p>pilatesta mä oon nyt vuoden verran harrastanu pilatesta... niisanontusti tavallisessa pilateksessa että käyn tämmösessä fysiopilateksessa..</p> <p>..jumppaa...omankehon painolla..kuminauhalla..</p>	<p>Kaikkien tutkimushenkilöiden liikuntaharjoittelu sisälsi kävelyä</p> <p>2/3 tutkimushenkilöstä harrasti pilatesta tai fysiopilatesta</p> <p>Tutkimushenkilön liikuntaharjoittelu sisälsi harjoittelua kehopainolla tai vastuskuminauhan avulla</p>	<p>Aerobinen harjoittelu</p> <p>Kehon hallintaa parantava tai ylläpitävä harjoittelu, lihasvoima harjoittelu</p>
Yksilö- ja ympäristö tekijät	<p>... vuotta... (anonymiteetti)</p> <p>... teen.. (anonymiteetti)</p> <p>...hoidan pientä lasta kotona... ...lapsen kanssa leikkiessä...</p> <p>...sellanen avajaahattu käytössä... sellanen kynäpaksunnus</p> <p>..töissä niin ku apuvälineitä..</p>	<p>30-40 vuotiaita naisia</p> <p>Kaksi tutkimushenkilöä oli toimistotyöntekijöitä ja yksi teki fyysistä työtä.</p> <p>Kaksi kolmesta tutkimushenkilöstä mainitsi olevansa äiti</p> <p>Kaiksi tutkimushenkilöä käytti pienapuvälineitä</p>	<p>ikä</p> <p>ammatti</p> <p>perhe</p> <p>ADL-toimintoja helpottavat apuvälineet</p>
Fysioterapia sekä ohjaus ja neuvonta	<p>siellä fysioterapiassa ois kerran viikossa</p> <p>fysioterapiassa käyn, mä käyn noin kolmen neljän viikon välein</p> <p>en just tällä hetkellä, mutta työterveyden kautta on nyt niin ku aloitetaan tällasta kuntoutus, yksilöllistä kuntoutusta, eli haetaan sitä kuntoutusta mulle... joo omt fysioterapiaa oon saanut kahdesti kymmenen kerran paketin</p> <p>fysioterepeutilta oon saanu hyviä neuvoja ja jumppaohjeita mutta</p>	<p>Kaikki tutkimushenkilöt ovat käyneet tai käyvät fysioterapiassa</p>	<p>kuntoutus/fysioterapia</p>

<p>aika huonosti spesifisti ylliliikkuvuuteen liittyen ja siitä on tullut aika vähän tietoa...</p> <p>toki siis on tullu jotain ihan harjoitteita...</p> <p>.. todella hyviä niinkun neuvoja..</p> <p>mä sain fysiatriltä sellaset ohjeistukset että voit tai hän antoi luvan tehdä tätä pilatesta... mutta varoitti että kaikki liikkeet siinäkään ei sovi mun kropalle... se kielsi multa muummuassa kaikki vesijumpat ja tän tyyppiset</p> <p>sain sieltä paperit kotia ja jossa luki niin ku luki se diagnoosi joka mulle niin ku tuli ja siihen loppu niin ku lääkärin puolelta ohjaaminen</p> <p>mä siis mä oisin varmasti ihan eri ihminen jos en olis siis käynyt sielä koska mä olen niinkun oppinu ihan hirveästi, oppinu omasta kropasta ihan hirveästi, opin niinku oon oppinu ennaltaehkäisemään niitä, huomaan kun joku menee tavallaan pieleen</p> <p>omaa kroppaa kuunnellen</p> <p>ja sit siihen niinku oman niinku kropan ymmärtämiseen ja kaiken sen et miten niinku kaikki liittyy toisiinsa nin sen ymmärtämiseen... tavallaan kuinka tehdään asioita oikein..... et miten sen kropan kuuluisi siinä käyttäytyä ja niin ees päin</p> <p>varsinki sit siel fysiopilateksessa käydään niinku erityisen tarkasti läpi et oppii tekemään ne liikkeet niinku oikealla tavalla että se niinkun kroppa pysyy oikeessa asennossa</p>	<p>2/3 tutkimushenkilöstä ovat saaneet ohjausta ja neuvontaa liittyen liikuntaharjoitteluun, osa myös siitä millainen merkitys nivelten ylliliikkuvuudella on</p> <p>Yksi tutkimushenkilö ei ollut saanut ohjausta tai neuvontaa diagnoosin saamisen jälkeen</p> <p>Oman kehon toiminnan ymmärtäminen</p> <p>Oikeat liikeradat ja oikea suoritustekniikka</p>	<p>Ohjaus ja neuvonta</p> <p>Nivelten stabiliteetin lisääminen kehon toiminnan kautta</p>
---	---	---

	<p>se pilates on siinä mielessä just sopiva kun siinä joutuu ne asennot kattomaa tosi tarkkaan (keskittyy siihen missä asennossa liikkeet tehdään)</p> <p>niveliä stabiloivia ... liike on hankala, nii että ne liikkeet on sellaisia että ei tule sellaista yli menevää liikettä</p> <p>osa ihan hyviä, mutta osa niistä jumppaohjeista ei sovellu ollenkaan ja niistä aiheutuu lisäkipua</p> <p>korvaamaton apu</p> <p>ne kivut lievittyy... toimintakyky niin ku kohenee</p> <p>ei se kipuja poistanu</p> <p>mä oon saattanu kävelylenkillä laittaa jonku polvituen tai muuta mut ne on sitten ihan semmosia yksittäisiä</p> <p>Polvituki.. teippaus ..sauvat ..rannetuki</p> <p>si -tukivyö</p> <p>alaselän tukivyö</p> <p>on polvitukea ollu välillä käytössä ja kenkiin kiinnitän huomoita</p>	<p>Tutkimushenkilöillä on sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia ohjauksesta ja neuvonnasta sekä fysioterapiasta liittyen liikuntaharjoitteluun ja nivelten yliliikkuvuuteen</p> <p>Kaikki tutkimushenkilöt ovat käyttäneet jotain tukia tai muita nivelen stabiliteettia lisääviä keinoja liikuntaharjoittelun tukena</p>	<p>Kokemuksia fysioterapiasta sekä ohjauksesta ja neuvonnasta</p> <p>Nivelen stabiliteettia lisäävät keinot</p>
--	--	--	---

Liite 6. Teorialähtöinen sisällönanalyysi (Mukaiutu: Tuomi & Sarajärvi 2009, 113–117)