



Sari Pouhakka

Kuntoutumista tukeva vuorovaikutus kroonista kipua kokevan asiakkaan hoidon osana

Posterit koulutetuille hierojille

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (AMK)

Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

19.4.2023

Tekijä	Sari Pouhakka
Otsikko	Kuntoutumista tukeva vuorovaikutus kroonista kipua kokevan asiakkaan hoidon osana – Posterit koulutetuille hierojille
Sivumäärä	37 sivua + 1 liite
Aika	19.4.2023
Tutkinto	Fysioterapeutti (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	Fysioterapian lehtori Leena Piironen Fysioterapian lehtori Ulla Härkönen
<p>Kipu on yksilöllinen ja subjektiivinen biopsykososiaalinen kokemus. Kroonisen kivun hoidon tuloksellisuus edellyttää siksi terveydenhuollon ammattihenkilöiltä sekä ymmärrystä kivusta biopsykososiaalisessa viitekehyksessä että hyviä vuorovaikutustaitoja. Tällä hetkellä kroonista kipua kokevien hoitoon ja kuntoutukseen ohjautuminen on vaihtelevaa ja sattumanvaraista, joten kipua kokevan elämää saattaa kuormittaa kivun lisäksi myös hoidon epäjatkuvuus. Kroonista kipua kokevat käyttävätkin paljon erilaisia manuaalisen terapian palveluita tukeakseen toimintakykyään.</p> <p>Tämä monimuotoinen opinnäytetyö käsittelee kuntoutumista tukevaa sanatonta, sanallista, kehollista ja moniammatillista vuorovaikutusta kroonista kipua kokevan asiakkaan hoidon osana. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Koulutettujen hierojien liitto. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa posterit, jotka tiivistävät kuntoutumista tukevan vuorovaikutuksen keskeiset periaatteet. Opinnäytetyön tietoperusta koottiin käyttämällä ajankohtaista tutkimusaineistoa ja tarkkaan valittua painettua ammattikirjallisuutta. Tuotettu posterit on suunnattu koulutetuille hierojille mutta sen universaalit periaatteet voivat hyödyttää myös muita terveydenhuollon ammattiryhmiä.</p> <p>Kivun hoidon tavoitteena tulee olla paitsi kivun lievittyminen myös kipua kokevan henkilön toimintakyvyn ja elämänlaadun paraneminen. Kuntoutumisen kannalta tärkeitä tekijöitä ovat kipua kokevan minäpystyvyyden tunne, aktiivisuus ja vastuunkanto omasta terveydestään. Kipua kokevan asiakkaan kuntoutumista tukee luottamuksellinen hoitosuhde, jossa asiakas kokee tulevaisuuden kohdatuksi yksilönä, kivun biopsykososiaalinen luonne huomioiden. Tähän sisältyy tärkeänä osana asiakkaalle annettava kipuun liittyvä informaatio, jonka tulee olla ajantasaista sekä yhteneväistä eri ammattiryhmien välillä.</p> <p>Koulutettu hieroja voi työssään tukea kroonista kipua kokevan asiakkaan kuntoutumista sanattoman, sanallisen ja kehollisen vuorovaikutuksen keinoin. Koska kroonista kipua kokevan asiakkaan kuntoutus on moniammatillista yhteistyötä, opinnäytetyö esittelee myös kroonisen kivun hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää palvelujärjestelmää sekä erityisesti psykologisesti informoitua fysioterapiaa kivun hoitoon erikoistuneena fysioterapian erikoisalana. Kroonisen kivun hoito- ja kuntoutuspolkuja tulee edelleen kehittää. Jokainen kohtaaminen kroonista kipua kokevan asiakkaan kanssa on kuitenkin terveydenhuollon ammattihenkilölle mahdollisuus tukea asiakkaan kuntoutumista huomioimalla vuorovaikutuksessa kuntoutumista tukevan vuorovaikutuksen periaatteet.</p>	
Avainsanat	krooninen kipu, vuorovaikutus, hieroja, moniammatillisuus

Author	Sari Pouhakka
Title	Using Interaction to Treat and Rehabilitate Chronic Pain – Poster for Trained Masseuses
Number of Pages	37 pages + 1 appendice
Date	19 April 2023
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Instructors	Leena Piironen, Senior Lecturer Ulla Härkönen, Senior Lecturer
<p>Chronic pain is a unique and subjective experience. Therefore, healthcare professionals must have good interpersonal skills and knowledge of a biopsychosocial approach to pain. Chronic pain patients are currently receiving inconsistent and random guidance, which may cause life to be burdened not only by pain but also by a lack of continuity of care. The majority chronic pain sufferers use a variety of manual therapy services to support their ability to function.</p> <p>The focus of this versatile thesis is on speechless, verbal, physical and multiprofessional interaction in the treatment and rehabilitation of chronic pain. The knowledge base for the thesis was compiled using topical research material and carefully selected printed professional literature. The partner of this thesis was The Association of Trained Masseuses. The aim of this thesis was to produce a poster summarizing the key principles of interaction in supporting chronic pain rehabilitation. The poster is aimed at trained masseuses, but its universal principles can also benefit other health care professionals.</p> <p>Pain treatment aims to relieve pain and improve the functional ability and quality of life. Important factors for rehabilitation are the patient's self-efficacy, activity, and responsibility for one's own health. Pain rehabilitation requires a confidential therapy relationship in which the professional meets the patient individually, according to the biopsychosocial and experiential nature of pain. Pain information provided to the patients, which must be current and consistent across occupational groups.</p> <p>Multiprofessional cooperation plays an important role in the rehabilitation of chronic pain. Each health care professional can contribute to the rehabilitation of chronic pain through interaction. However, in order to treat chronic pain, healthcare professionals specializing in pain are needed. The thesis focuses on psychologically informed physiotherapy, which is physiotherapy specializing in pain rehabilitation. There is a need to develop rehabilitation pathways for chronic pain. However, in every encounter with a patient, a healthcare professional may support the patient by acting in accordance with the principles of interaction that supports rehabilitation.</p>	
Keywords	chronic pain, interaction, masseur, multiprofessional cooperation

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	6
3	Kipu on biopsykososiaalinen kokemus	6
4	Fysioterapian mahdollisuuksia kroonista kipua kokevan kuntoutumisessa	12
4.1	Biopsykososiaalinen lähestymistapa fysioterapiassa	12
4.2	Psykologisesti informoitu fysioterapia	13
5	Vuorovaikutus kroonista kipua kokevan asiakkaan hoidon osana	16
5.1	Miten vuorovaikutuksella voidaan tukea kuntoutumista?	16
5.2	Sanaton ja sanallinen vuorovaikutus koulutetun hierojan työssä	18
5.3	Kehollinen vuorovaikutus koulutetun hierojan työssä	23
5.4	Moniammatillinen vuorovaikutus kroonista kipua kokevan kuntoutuksessa	26
6	Opinnäytetyön prosessi	28
7	Pohdinta	29
	Lähteet	33
	Liitteet	
	Liite 1. Posterit koulutetuille hierojille	

1 Johdanto

Pain Alliance Europe -järjestön teettämän tutkimuksen mukaan keskimäärin 20 % Euroopan aikuisväestöstä kokee kroonista kipua. 153 miljoonaa ihmistä kärsii migreenistä tai invalidisoivasta päänsärystä, 200 miljoonaa kivusta liittyen tuki- ja liikuntaelinten häiriöihin ja 100 miljoonaa muista kroonisen kivun muodoista. (Pain Alliance Europe 2021.) Suomessa arviolta 40 % käynneistä terveyskeskuslääkärillä liittyy kipuun (Haanpää & Hagelberg & Hannonen & Liira & Pohjolainen), ja 10 % näistä krooniseen kivun hoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: 11).

Kroonisen kivun hoidon jatkuvuutta ei välttämättä pystytä turvaamaan ja monet kroonista kipua kokevat kertovat tyhjän päälle jäämisen kokemuksista terveydenhuollossa (Holopainen 2021). Esimerkiksi Euroopan tasolla kroonista kipua kokevista vain 20 % saa fysioterapiaa osana hoitoaan (Kress et al. 2015: 1747). Kroonista kipua kokevat käyttävätkin paljon muun muassa koulutetun hierojan palveluita saavuttaakseen rentoutumisen tunnetta, hetken lepoa kivusta ja toimintakyvyn paranemista (Kokkonen 2020).

Terveydenhuollon haastava tilanne, sekä vuorovaikutuksen ja moniammatillisuuden merkityksellisyyden ymmärtäminen kroonisen kivun kuntoutuksessa, ovat johtaneet pohtimaan, miten kroonista kipua kokevien käyttämät koulutetun hierojan palvelut, joista opinnäytetyön tekijälläkin on vuosien kokemus, linkittyvät kroonisen kivun kuntoutukseen.

Opinnäytetyössä selvitetään, miten kroonista kipua kokevan kuntoutumista voidaan tukea koulutetun hierojan työssä sanaton, sanallista ja kehollista vuorovaikutusta käyttäen. Lisäksi työssä perehdytään psykologisesti informoidun fysioterapian mahdollisuuksiin kroonisen kivun kuntoutuksessa fysioterapeuttien ja koulutettujen hierojien moniammatillisen vuorovaikutuksen edistämiseksi.

Opinnäytetyön aihe on merkittävä ennen kaikkea kroonista kipua kokevien ihmisten hyvän hoidon toteutumisen kannalta. Kroonisen kivun kuntoutuspolkujen kehittämisellä on myös kansantaloudellinen merkitys, sillä kroonisen kivun aiheuttamat kustannukset syntyvät ensisijaisesti kivusta aiheutuvista sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyydestä, eivät kivun hoidosta tai kuntoutuksesta. (Kalso 2018: 1123).

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa posteriksi keskeisistä tavoista tukea kroonista kipua kokevan kuntoutumista vuorovaikutuksen keinoin koulutetun hierojan työssä. Tavoitteena on koota yhteen tietoa sanattoman, sanallisen, kehollisen ja moniammatillisen vuorovaikutuksen käyttämisestä kroonista kipua kokevan asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa, sekä soveltaa sitä erityisesti koulutetun hierojan työhön.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on Koulutettujen hierojien liitto. Yhtenä Koulutettujen hierojien liiton hallituksen toimintaa ohjaavana arvona on vuorovaikutus ja yhtenä liiton toiminnan tavoitteena puolestaan koulutetun hierojan aseman vahvistuminen yhteiskunnassa (Koulutettujen hierojien liitto). Opinnäytetyön yhdeksi tavoitteeksi onkin valittu kroonisen kivun kuntoutuksen luonteeseen erinomaisesti sopiva moniammatillisuuden edistäminen koulutettujen hierojien työssä.

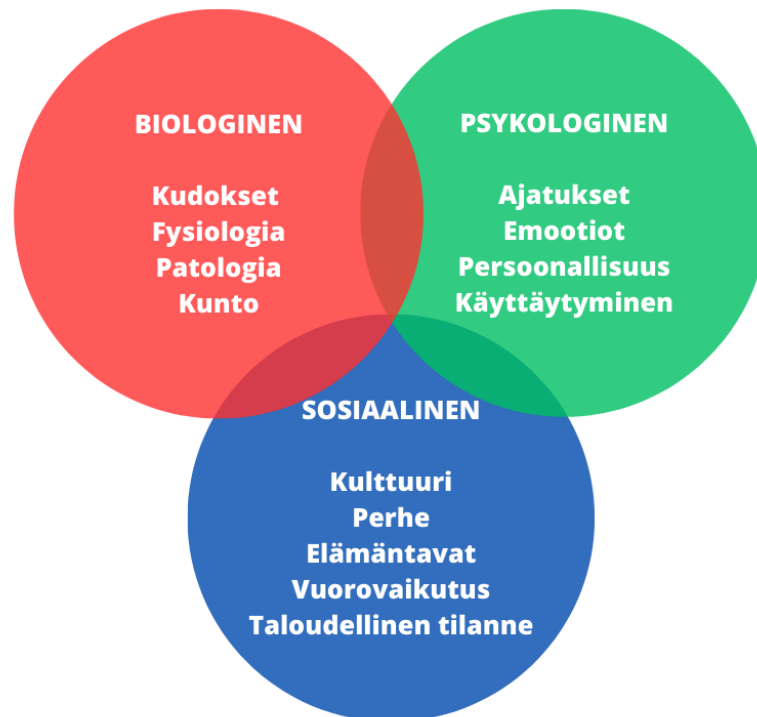
Terveystieteiden ammattihenkilöiden ajantasainen ymmärrys kroonisesta kivusta ja sen biopsykososiaalisesta luonteesta mahdollistaa sen, että kroonista kipua kokeva voi tulla heidän taholtaan kohdatuksi kokonaisvaltaisesti sekä saada ajantasaista tietoa kivusta. Opinnäytetyössä käsiteltävät kuntoutumista tukevan vuorovaikutuksen periaatteet ovat hyödynnettävissä koulutettujen hierojien lisäksi myös muiden terveydenhuollon ammattiryhmien työssä. Opinnäytetyön lopullinen tavoite onkin kroonista kipua kokevien hyvän hoidon edistäminen.

3 Kipu on biopsykososiaalinen kokemus

Duodecimin sanastolautakunnan virallinen käänös Kansainvälinen kivuntutkimusjärjestö IASP:n (International Association for the Study of Pain) tämänhetkisestä kivun määritelmästä on: ”Kipu on epämiellyttävä aisti- ja tunnekokemus, joka liittyy kudosaivautukseen tai sen uhkaan, tai tällaista kokemusta muistuttava tuntemus” (Kalso 2021).

Kipu on yksilöllinen ja subjektiivinen biopsykososiaalinen kokemus, jossa kokemukseen vaikuttavien biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden välillä vallitsee dynaaminen yhteys (Kuva 1). Määrävimpiä kipukokemuksen

muodostumisessa voivat vaikuttaa psykologiset, sosiaaliset tai biologiset tekijät, ja näiden osuus voi vaihdella eri tilanteissa myös saman henkilön kohdalla. (Holopainen 2020: 65.) Biopsykososiaalisessa viitekehyksessä kipua lähestytään sitä kokevan näkökulmasta, eli huomioidaan henkilön ja kivun välinen suhde (Ojala 2020: 29).



Kuva 1. Biopsykososiaalinen malli (mukaillen Holopainen 2020: 63).

Kipu ei ole vain sensoristen hermojen aktivaation aikaan saama aistimus. Nohiseptio ja kipu ovat eri asioita. (Tarnanen & Holopainen 2022: 259.) Nohiseptiossa periferiassa sijaitsevat hermopäätteet, nohiseptorit, aktivoituvat ja ensimmäisen asteen neuronit kuljettavat tämän sensorisen informaation selkäytimen takajuurelle. Informaatio siirtyy selkäytimen toisen asteen neuronin kuljetettavaksi aivoihin (input). Aivoissa talamus jakaa saapuneen sensorisen informaation aivojen eri alueille. (Luomajoki 2020: 39.)

Aivot käsittelevät saapuneen informaation ja arvioivat sen aiheuttaman uhkan. Jos sensorinen informaatio tulkitaan uhkaavaksi ja vaaralliseksi, tuottaa keskushermosto vasteen (output), joka voi olla esimerkiksi kipu tai stressireaktio. Lisäksi vaste voi olla esimerkiksi immunologinen tai motorinen reaktio (Luomajoki 2020: 39.) Kipukokemus

syntyy siis aivoissa ja sen muodostumiseen osallistuu useita aivoalueita, kuten aivorungon retikulaarijärjestelmä, talamus, prefrontaalinen ja sensorinen aivokuori, limbinen järjestelmä, amygdala, hippokampus ja hypotalamus (Luomajoki 2020: 44–46).

Kokemiemme asioiden myötä aivoissa muodostuu uusia hermoyhteyksiä ja hermoverkostoja, eli tapahtuu fysiologista oppimista. Myös kipukokemus opitaan elämäkokemusten kautta. (Tarnanen & Holopainen 2022: 259.) Mitä enemmän jotakin tiettyä hermoverkostoa aktivoidaan, sitä helpommin se alkaa aktivoitua. Kun tietyt aivoalueet aktivoituvat aina yhdessä, syntyy neurotagi, joka aktivoituu aina kun jotain siihen viittaavaa tapahtuu. (Luomajoki 2020: 43.) Tämä ilmiö liittyy tärkeänä osana myös kivun kroonistumiseen. Krooniseksi tai pitkäaikaiseksi luokitellaan kipu, joka on kestänyt yli kolme kuukautta tai pidempään kuin kudosten tyyppillinen paranemisaika, ja kun se on hallitseva oire, joka aiheuttaa merkittävää haittaa (Heiskanen 2022).

Kroonisessa kivussa tyyppillinen kipumekanismi on nosioplastinen kipumekanismi. Kipua, joka ei selity nosiseptiivisellä (mekaaninen, tulehduksellinen, iskeeminen) kipumekanismilla tai neurogeenisellä kipumekanismilla, kutsutaan nosioplastiseksi kivuksi. (Luomajoki 2020: 58.) Selkäytimen takajuuren ja aivojen toiminnan muutokseen liittyvässä sentraalisessa sensitisaatioissa, eli keskushermoston herkistymisessä, on kyse nosioplastisesta kipumekanismista. (Luomajoki 2020: 41.)

Kovassa kivussa selkäytimen takajuuressa sijaitsevan WDR-interneuronin toiminta voi herkistyä jatkuvien nosiseptiivisten tai neurogeenisten signaalien myötä, jonka seurauksena se alkaa läpäistä informaatiota, joka tavallisesti inhiboituisi. Tämän seurauksensa talamukselle puolestaan johtuu suurentunut määrä informaatioita jaettavaksi aivojen eri osien käsiteltäväksi. Tämä suurentunut määrä informaatiota muuttaa myös aivojen toimintaa aiemmin mainitun fysiologisen oppimisen periaatteen mukaisesti niillä alueilla, jotka osallistuvat kipukokemuksen muodostumiseen. (Luomajoki 2020: 41.)

Osa kipukokemuksen muodostumiseen osallistuvista aivoalueista on tunteiden käsittelyyn ja kognitiivisiin toimintoihin liittyviä. Tunteet, ajatukset ja asenteet vaikuttavatkin kipukokemukseen, joko inhiboiden tai eksitoiden. Esimerkiksi selkäytimen takajuuren synapsin toiminnassa vaikuttavat keskeisesti välittäjäaineet eli neurotransmitterit. Uhkan ja vaaran tunne aiheuttaa eksitoivien välittäjäaineiden (mm.

kortisoli, adrenaliini ja substanssi P) erittymistä, minkä seurauksena kipu voimistuu. Luottavainen, rentoutunut ja hyväntuulinen ihminen taas erittää enemmän inhihoivia välittäjäaineita (mm. serotoniini, dopamiini ja oksitosiini) ja kokee vähemmän kipua. (Luomajoki 2020: 42.)

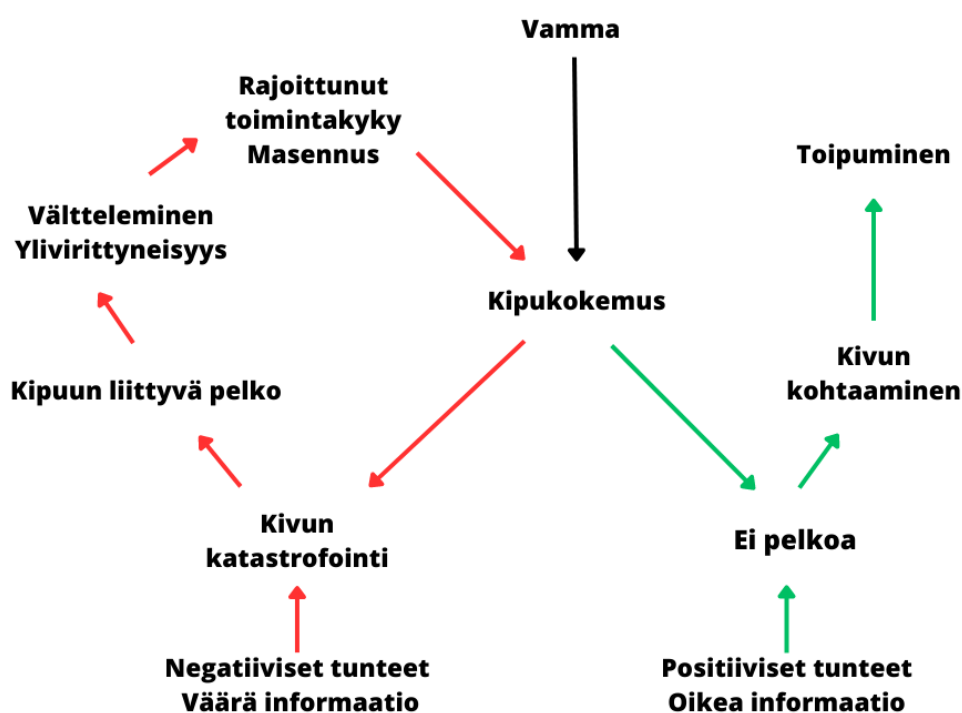
Akuutissa, alle kuukauden kestäneessä kivussa (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017) lepo, varominen ja lääkkeisiin turvautuminen ovat perusteltua kivun hoitoa. Jos näitä tapoja kuitenkin jatketaan akuuttivaiheen tai kudosten paranemisen jälkeen, kivusta voi muodostua itseään ylläpitävä kehä, jolloin kipu kroonistuu. (Elomaa 2018.)

Psykososiaalisten tekijöiden on havaittu vaikuttavan tuki- ja liikuntaelimistön kipujen pitkittymiseen ja kroonistumiseen fysiologisia tekijöitä enemmän (Elomaa 2018). Pelko-välttämismallia (Kuva 2) käytetään yleisesti kuvaamaan sitä, miten henkilön suhtautuminen kipuun ja merkitykset, joita hän kivulle antaa, vaikuttavat akuutin kivun kroonistumiseen ja toimintakyvyn haitan syntymiseen. (Vlaeyen & Linton 2000; Vlaeyen & Crombez & Linton 2016.)

Pelko-välttämismallin mukaan henkilö, joka ei koe kipua uhkana, jatkaa päivittäisiä toimintojaan kivusta huolimatta, ja toipuu aikanaan. Kipukokemuksen yhdistyessä negatiivisiin tunteisiin tai virheelliseen tietoon, se puolestaan muodostaa itseään ruokkivan noidankehän. Tällöin kivun ja liikkumisen pelko johtaa pyrkimykseen välttää niitä, mikä voi näkyä esimerkiksi passivoitumisena, korostuneena itsensä tarkkailuna ja lihasjännityksenä. Aktiivisuuden ja henkilölle merkityksellisen tekemisen väheneminen johtaa puolestaan toimintakyvyn haitan kasvuun, mielialan heikkenemiseen ja katastrofijätusten lisääntymiseen. (Vlaeyen & Linton 2000; Vlaeyen & Crombez & Linton 2016.) Tällöin kivusta hätäntyminen, kivun kielteisten vaikutusten korostaminen, kivun kontrolloimattomuuden sekä avuttomuuden tunteet ja kielteinen suhtautuminen omaan selviytymiskykyyn lisääntyvät. Tällaisella ajattelulla on yhteys koetun kivun voimakkuuteen, kivun ilmaisemiseen, terveydenhuoltopalveluiden ja kipulääkkeiden käyttöön. (Elomaa 2018.)

Pelko on uhkaa ennakoiva tunnereaktio, joka voidaan oppia hyvinkin nopeasti kokemuksen, havainnoinnin tai saatujen ohjeiden myötä (Vlaeyen & Crombez & Linton 2016). Terveydenhuollon ammattilaisten, internetin, perheenjäsenten ja ystävien kommentit ja neuvot voivat vaikuttaa esimerkiksi siten, että kipua kokeva uskoo kivun tarkoittavan aina sitä, että keho on vaurioitunut sekä hauras ja tarvitsee siksi suojausta,

mikä puolestaan voi johtaa liikkumisen pelkoon ja välttämiseen. Terveystieteiden ammattilaiselta saatu lupaus nopeasta parantumisesta, jossa asiakkaan oma panos on vähäinen, voi myös ruokkia tätä uskomusta. (Lewis & O'Sullivan 2018.) Toisaalta niiden ihmisten ymmärtäväinen, kannustava ja aktivoiva suhtautuminen, joiden kanssa kipua kokeva on tekemisissä, on kivun pitkittymiseltä suojaava tekijä. (Kalso 2018: 1123.)



Kuva 2. Pelko-välttämismalli (Vlaeyen & Crombez & Linton 2016; Vlaeyen & Linton 2000).

Huomion jatkuva ja voimakas suuntaaminen kipuun ja kehon aistimuksiin on myös itseään ruokkiva ja kipua kokevan toimintakykyä heikentävä tekijä. Tätä tarkoittaa hypervigilanssi, ylitarkkaavaisuus, jossa yhdistyvät kehoon liittyvät negatiiviset merkitykset, pelottavat tulkinnat sekä herkistyminen kaikille kehon viesteille. Tämä jännittyneisyys johtaa siihen, että pienikin kipuärsyke saa nopean ja voimakkaan vasteen. Samaan aikaan kyky suunnata huomiota mielihyvää tuottavaan toimintaan heikkenee. (Röning 2020: 102.)

Krooniseen kipuun liittyy usein ahdistusta, masennusta, riittämätöntä ja rikkiäistä unta sekä kognition heikentymistä. Nämä voivat olla seurausta kivusta ja myös ylläpitää kipua. Liiallinen tukeutuminen passiivisiin hoitoihin esimerkiksi lämpöhoitoin, hierontaan ja kipulääkkeisiin, kokemus työn liiallisesta rasittavuudesta, pelko työn aiheuttamista lisävaurioista sekä uskomus jäämisestä ilman tukea työyhteisössä voivat altistaa kivun pitkittymiselle. (Kalso 2018.) Kivun pitkittymisen aiheuttama toimintakyvyn aleneminen voi puolestaan altistaa sosiaaliselle eristäytymiselle ja yksin jäämisen kokemukselle. (Elomaa 2018.)

Resurssien puute terveydenhuollossa, hoidon epäjatkuvuus ja hoitotahojen väliset yhteistyöongelmat voivat hoitoon pääsyn pitkittymisen kautta olla vaikuttamassa kivun kroonistumiseen. Epäonnistuneet hoitoyritykset, tarpeettomat tutkimukset sekä terveydenhuollon ammattilaisten epämääräiset, tai keskenään ristiriitaiset selitykset kivulle, tai kokemus kivun vähättelystä, voivat aikaansaada turhautumista ja pessimismiä sekä johtaa oireiden korostamiseen. (Elomaa 2018.)

Kivun Käypä hoito -suosituksen mukaan kivun hoidon perustan tulee olla toimiva hoitosuhde ja lääkkeettömät hoidot. Kipua kokevan sairauksien ja niiden hoidon lisäksi hänen elämäntapansa ja psykososiaalinen tilanteensa tulee huomioida hoidossa. Hoitosuunnitelma tulee laatia yhdessä kipua kokevan kanssa. Hoidon tavoitteina ovat kivun lievittyminen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun paraneminen. Keskeisiä lääkkeettömiä kivun hoitomuotoja ovat liikunta, terapeuttinen harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen terapia, kylmä- ja lämpöhoitot ja TENS. (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017.)

Toimivin lähestymistapa kivun hoidossa on monialainen ja moniammatillinen potilaan arviointi ja hoito (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: 13). Terveydenhuollon eri ammattiryhmillä tulee olla ymmärrystä kivun monitahoisesta luonteesta, jotta kroonista kipua kokevalle voidaan antaa oikeanlaista ohjausta (Kress et al. 2015: 1747), sillä terveydenhuollon eri ammattiryhmien yhtenäisellä sanomalla on merkittävä rooli kivun hoidon vaikuttavuudessa. Ristiriitainen tieto ja neuvonta hämmentävät ja heikentävät potilaan luottamusta (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017).

Pitkäkestoisiin tuki- ja liikuntaelinkipuihin ei usein ole olemassa yhtä parannuskeinoja. Kuten monissa kroonisissa sairauksissa, kroonisen kivun hoidon tulisi nojata vahvaan terapeuttiseen yhteistyöhön, edukaatioon, liikuntaan sekä elintapoihin, joihin kuuluvat

muun muassa unihygieniasta, ruokavaliosta ja stressin hallinnasta huolehtiminen. (Dean & Söderlund 2015.) Hoidossa keskeistä on kipua kokevan henkilön oman aktiivisuuden (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017) ja minäpystyvyyden tukeminen sekä lisääntynyt vastuunotto omasta terveydestään (Lewis & O'Sullivan 2018).

Kroonisen kivun hoidossa kirurgisilla ja ei-kirurgisilla toimenpiteillä on rajoituksensa. Manuaaliterapia ja lääkehoito voivat toimia asiakkaan oman aktiivisen toiminnan tukena kivun hoidossa, kun asiakkaalle on annettu realistinen kuva siitä, mitä tuloksia eri hoitotoimenpiteiltä voidaan odottaa, sekä kuinka paljon ja millaista hoitoa terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat ja heidän tulee tarjota. (Lewis & O'Sullivan 2018.)

4 Fysioterapian mahdollisuuksia kroonista kipua kokevan kuntoutumisessa

4.1 Biopsykososiaalinen lähestymistapa fysioterapiassa

Fysioterapia on prosessi, joka sisältää tutkimiseen ja arviointiin perustuvan fysioterapiasuunnitelman laatimisen, suunnitelman toteutuksen sekä toimintakyvyn muutoksen arvioinnin. Fysioterapeutin ammattitaito koostuu tutkimus- ja arviointiosaamisesta, terapiaosaamisesta sekä ohjaus- ja neuvontaosaamisesta, joita hän käyttää edistääkseen, palauttaakseen ja ylläpitääkseen kuntoutujan terveyttä, liikkumista ja toimintakykyä. Fysioterapiassa ihminen nähdään toimivana yksilönä, joka on osa yhteiskuntaa ja ympäristöä. (Fysioterapeutin ydinosaaminen 2016.)

Fysioterapeuttien käytössä on WHO:n luokitusperheeseen kuuluva ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health), joka avaa yksilön toimintakyvyn ja toimintarajoitteet moniulotteisesti, vuorovaikutuksellisenä ja dynaamisena tilana, huomioiden sekä yksilölliset että ympäristöön liittyvät tekijät. ICF-luokituksessa on kaksi keskeistä aihealuetta: 1) toimintakyky- ja rajoitteet (ruumiin/kehon toiminnot ja rajoitteet, suoritukset ja osallistuminen) sekä 2) kontekstuaaliset tekijät (ympäristötekijät, yksilötekijät). (Kauranen 2021: 31; Toimintakyky 2021.)

Kroonista kipua kokevan fysioterapiassa biopsykososiaalinen lähestymistapa näkyy interventioina, jotka pyrkivät vaikuttamaan kivun taustalla oleviin syihin. Tästä lähestymistavasta käytetään myös termejä psykologisesti informoitu hoitokäytäntö (engl. psychologically informed practice, PIP) tai psykologisesti informoitu fysioterapia (engl. psychologically informed physical therapy, PIPT). (Holopainen 2020: 277.) Ympäristön, ihmisen ja käyttäytymisen väliset yhteydet nähdään biopsykososiaalisessa viitekehyksessä kuntoutuksen tuloksellisuuteen vaikuttavina tekijöinä (Härkönen & Muhonen & Matinheikki-Kokko & Sipari 2016: 9.) (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017).

4.2 Psykologisesti informoitu fysioterapia

Psykologisesti informoitu hoitokäytäntö (PIP) sovellettuna fysioterapiaan on perinteisten fyysisten interventioiden, kuten terapeuttisen harjoittelun, ja psykologisten interventioiden, kuten kivunhallintataitojen, integroimista (Ballengee & Zullig & George 2021: 3748.) Fysioterapiassa psykologisesti informoitu hoitokäytäntö tarkoittaa erityisesti asiakkaan uskomusten, asenteiden ja tunteiden huomioimista hänen käyttäytymisensä taustalla biopsykososiaalisessa viitekehyksessä (Lausmaa 2022).

Tällöin kipua kokevan yksilöllisesti suunnitellun fysioterapian tavoitteena on, että kivun vuoksi vähentyneitä toimintoja voidaan alkaa lisäämään ja paraneminen mahdollistuu (Ballengee & Zullig & George 2021: 3748). Fysioterapiassa keskeistä on koetun vaaran vähentäminen, uskomusten ja kokemusten uudelleen määrittely, minäpystyvyyden parantaminen, aktiivisuuden ja omahoitoisuuden lisääminen ja vapaaseen liikkumiseen rohkaiseminen, liikkumisen rajoittamisen tai niin sanotun ”oikean suoritustavan” sijasta (Denneny ym. 2020).

Psykologisesti informoidussa fysioterapiassa ammattilaisten toiminnassa tärkeässä roolissa on terapiasuhteen rakentaminen (Denneny ym. 2020). Vuorovaikutuksen kautta terapeutin ja asiakkaan välille rakennetaan jaettavaa ymmärrystä asiakkaan kipukokemuksesta. Motivoivan haastattelun ja jaetun päätöksenteon avulla viestintää viedään aktiivisesti asiakasnäkökulmaan. (Ballengee & Zullig & George 2021: 3749.)

Fysioterapeutti voi käyttää manuaaliterapiaa vaikuttaakseen koetun kivun voimakkuuteen ja vaikeusasteeseen, mutta hoito sisältää aina itseohjautuvuuteen kannustamista (Ballengee & Zullig & George 2021: 3749). Manuaaliterapia kivun hoidon ainoana interventiona voi ohjata asiakkaan ajatuksia biomekaaniseen

selitysmalliin, vaikka kipu on monimuotoinen biopsykososiaalinen kokemus. Kun fysioterapeutti käyttää manuaaliterapiaa, käytön tulee olla perusteltua ja asiakkaan tulee ymmärtää, miksi manuaaliterapiaa käytetään (Lausmaa 2022).

Kuntoutujalle voidaan ohjata fyysisiä ja emotionaalisia kivunsäätelykeinoja, kuten syvä hengitystä, mindfulnessia ja progressiivista lihasten rentoutusta. Kuntoutujan kysymyksiin vastaaminen ja positiivisen palautteen antaminen ovat osa terapiaa. Ensijaisena päämääränä ei ole kivun lievitys, vaan se voi syntyä ikään kuin sivutuotteena henkilön aistinvaraisen ympäristön alkaessa mahdollistaa vaihtoehdoisen tavan käsitellä kipua. (Ballengee & Zullig & George 2021: 3749.)

Krooniseen kipuun liittyvän liikkumisen pelon taustalla on usein ehdolliseen oppimiseen perustuva malli, jossa fyysinen aktiivisuus on opittu yhdistämään kivun pahenemiseen ja kipu tulkitsemaan haitalliseksi, tai jopa vaaralliseksi. Jotta kuntoutuminen voi edetä, pelkoa aiheuttavat liikemallit ja aktiviteetit tulee tunnistaa, kohdata ja käsitellä. (Koho 2020: 291.) Kuntoutujan uudelleen aktivointi, harjoittelun suosittelu kivusta huolimatta, harjoittelun sopiva annostelu ja asteittainen altistaminen ovat psykologisesti informoidun fysioterapian ydintä. Kuntoutujan kehuminen asetettujen aktiivisuustavoitteiden saavuttamisesta, vaikka kiputasot eivät olisikaan laskeneet, vahvistaa haluttua suuntaa. (Ballengee & Zullig & George 2021: 3749.)

Yksi esimerkki psykologisesti informoidusta fysioterapiasta, jossa edellä mainittuja periaatteita noudatetaan, on **kognitiivisfunktionaalinen terapia eli CFT** (engl. Cognitive Functional Therapy). Kivun Käypä hoito -suosituksen lääkkeettömänä kivun hoitomuotona mainitsemaa kognitiivis-behavioraalinen terapiaa (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017) sovelletaan kognitiivisfunktionaalisessa terapiassa alaselkäkipuisten asiakkaiden fysioterapiaan ajankohtaiseen näyttöön perustuen. Tällöin fysioterapeutti on kiinnostunut erityisesti siitä, miten asiakas käyttäytyy tai menettelee eri tilanteissa ratkaistakseen kipuongelmaansa, ja hänelle voidaan opettaa elämänlaadun kannalta toimivampia ja käyttökelpoisempia ratkaisutapoja. (Lausmaa 2022.) Kun kipuun liittyy välttämiskäyttäytymistä tai suojamekanismien aktivoitumista, on turvallisuuden tunteen lisääntyminen kuntoutumisen avain. Kipukokemus opitaan elämäkokemuksen kautta, joten kivusta kuntoutumiseen tarvitaan myös kokemukselliseen oppimiseen perustuva muutosprosessia. (Caneiro ym. 2022: 5.)

Psykofyysinen fysioterapia on myös kuntoutusmuoto, jossa keskeisiä vaikuttavia tekijöitä ovat kehon ja mielen yhteys, terapeutin ja kuntoutujan välinen vuorovaikutus, kuntoutujan oma kokemus ja kokemuksellinen oppiminen. Psykofyysistä fysioterapiaa käytetään laajasti erilaisten kipuoireiden hoidossa, myös kroonista kipua (kuten CRPS-, fibromyalgia-, migreenioireita) kokevien henkilöiden hoidossa. (Härkönen ym. 2016: 7–8.)

Psykofyysisessä fysioterapiassa kipua lähestytään erityisesti kehollisuuden (engl. embodiment) kautta. Kehollisuus käsitteenä sisältää kehon biologian, mahdollisen patologian, ihmisen kokemuksen omasta kehostaan sekä kehollisuuteen vaikuttavat sosiaaliset ja kulttuuriset rakenteet. (Nicholls & Gibson 2010: 503.) Psykofyysinen fysioterapia huomioi siis kivun fenomenologisesta viitekehystä (Nicholls & Gibson 2010: 504), jossa ajatellaan henkilön oman tiedostavan havainnoinnin, ilman ulkopuolista tulkintaa ja psykologisointia, jo itsessään lisäävän ymmärrystä (Tieteen termipankki. Filosofia: fenomenologia). Siksi asiakkaan oma kokemus kehostaan tuntevana, tietävänä ja aistivana, on psykofyysisen fysioterapian keskiössä, eletyn elämän vaikuttaessa kaiken tämän taustalla (Patovirta 2022: 232).

Koska kipu on biopsykososiaalinen kokemus, kivun vaikutus toimintakykyyn ja elämänlaatuun ovat keskeinen tekijä fysioterapiaa suunniteltaessa (Nicholls & Gibson 2010: 504) ja tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Kuntoutumiselle asetetut tavoitteet määritellään asiakkaan tavoitteiden, voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan. Psykofyysisessä fysioterapiassa huomioidaan myös masennuksen, ahdistuneisuuden, syömishäiriön tai trauman aiheuttamat fyysiset oireet sekä unihäiriöiden, stressin, jännittyneisyyden ja uupumuksen vaikutus asiakkaan elämään. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry).

Psykofyysinen fysioterapia pyrkii huomioimaan kehon asentojen, liikkumisen ja hengityksen taustalla olevat kokemukset, tunteet ja ajatukset. Työvälineinä käytetään muun muassa liike-, hengitys- ja kehotietoisuusharjoituksia, pehmytkudoskäsittelyjä ja harjoituksia, jotka vahvistavat vireystilan säätelyä ja vuorovaikutusta. Oman kehon reaktioiden kokeminen, tunnistaminen ja hyväksyminen vahvistavat kehotietoisuutta. Kehotietoisuuden lisääntyminen mahdollistaa mm. kivun säätelyn taitojen oppimista sekä vaihtoehtoisia tapoja liikkua. Näin asiakasta voidaan tukea ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapia Yhdistys ry.)

5 Vuorovaikutus kroonista kipua kokevan asiakkaan hoidon osana

5.1 Miten vuorovaikutuksella voidaan tukea kuntoutumista?

Vuorovaikutus on käsitteenä laaja kattaen sekä yksilöiden että yhteisöjen väliset kommunikaation taidot ja muodot (Mönkkönen 2018). Tässä opinnäytetyössä vuorovaikutusta käsitellään dialogisuuden viitekehyksessä, jossa ei ole kyse asiantuntija- tai asiakaskeskeistä kommunikaatiosta, vaan tasa-arvoisesta ja toisen kokemusta kunnioittavasta vuorovaikutussuhteesta. Dialogisen vuorovaikutuksen merkitystä tullaan käsittelemään sekä kroonista kipua kokevan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välisen hoitosuhteen että moniammatillisen yhteistyön näkökulmista.

Kivun kokemuksellisen luonteen vuoksi **dialogisuus** sopii viitekehykseksi, kun tutkitaan vuorovaikutuksen merkitystä osana kroonista kipua kokevan kuntoutumista. Mönkkösen mukaan dialogissa pyritään avoimen, kuuntelevan ja kunnioittavan kohtaamisen kautta rakentamaan osapuolten välille yhteinen todellisuus. Tavoitteena on toisen osapuolen todellisuuden hahmottaminen, molemminpuolinen ymmärrys ja oppiminen sekä ennen kaikkea **luottamuksen rakentaminen**. Dialogiin liittyy vastavuoroisuus, jossa ratkaisua etsitään yhdessä, yhteistoiminnassa. (Mönkkönen 2018.) Lähtökohtana dialogille ovat asiakkaan käsitykset, uskomukset ja tunteet. Ammatilainen voi tehdä yhteenvetoa, ottaa kantaa, joskus myös mallintaa asioita. Ratkaisua tilanteeseen etsitään yhdessä asiantuntijuutta jakaen, joten vuorovaikutuksessa voi olla myös hetkiä, jolloin valmiita vastauksia ei vielä ole. (Sarja 2011: 9.)

Positiiviseksi koettu hoitosuhde yhdistetään kivun vähenemiseen, toimintakyvyn haitan pienenemiseen ja korkeampaan hoitotyytyväisyyteen (O’Keeffe ym. 2016: 610). Tuki- ja liikuntaelimestön kiputilojen manuaalisen hoitamisen hoitovasteeseen vaikuttavat hoitosuhteen lisäksi monet muutkin epäspesifit kontekstuaaliset tekijät, ja siksi kroonista kipua kokevalle asiakkaalle on hyvin tärkeää pyrkiä luomaan kokonaisuutena positiivinen hoitokokemus (Mikkonen 2020: 396.) Monet näistä kontekstuaalisista tekijöistä liittyvät vuorovaikutukseen ja niitä käsitellään tarkemmin tulevissa alaluvuissa.

Näiden hoitotilanteessa ilmenevien kontekstuaalisten, epäspesifien tekijöiden aikaansaama kivun lievittyminen selittyy neurofysiologisesti endogeenisen

analgesiasysteemin aktivoitumisen kautta (plasebo). Toisaalta hoitotilanteessa esimerkiksi asiakkaassa aktivoituva epäluottamuksen tunne, esimerkiksi niukasta informaatiosta tai ammattilaisen olemuksesta johtuen, vaikuttaa päinvastaisesti (nosebo). (Luomajoki 2020: 47; Testa & Rossettini 2016.)

Luottamuksellinen hoitosuhde, joka lisää asiakkaan **turvallisuuden tunnetta** on siis jo itsessään kivun hoitoa ja voi tukea kuntoutumista. Kuten aiemmassa kipua koskevassa luvussa todettiin, aivojen tekemä tulkinta sinne saapuvien sensorisen informaation aiheuttamasta uhkasta on kivun kokemisen fysiologinen perusta (Luomajoki 2020: 39). Koettu kipu kertoo pohjimmiltaan koetun turvan ja vaaran tasapainosta. Kaikki, mikä lisää kipua kokevan turvallisuuden tunnetta, voi siis osaltaan toimia kivun hoitona. (Tarnanen & Holopainen 2022: 259.) Asiakkaan kokema luottamus myös edistää sitoutumista hoito- tai kuntoutusprosessiin (Hämäläinen & Puranen & Sippola & Korpi 2021).

Hoitosuhteen kehittymisen ja kivun hoidon vaikuttavuuden osatekijöinä ovat ammattilaisen kohtaamis- ja viestintätaidot, käytännön taidot, yksilöllinen asiakaskeskeinen hoito sekä organisaatio- ja ympäristötekijät (O’Keeffe ym. 2016; Testa & Rossettini 2016) ja näitä tekijöitä tullaan käsittelemään koulutetun hierojan työn näkökulmasta. Vuorovaikutukseen liittyviä periaatteita tullaan peilaamaan niihin hieronnan ammattitutkinnon kohtiin, jotka koskevat kipua kokevan asiakkaan kohtaamista, hoitoa ja omahoidon ohjausta.

Sanaton viestintä on kehollista ilmaisua, kuten ilmeitä, eleitä, asentoja tai yleistä olemusta (Toivonen & Koponen & Pyörälä 2020). Myös puhetapa ja käytös viestivät sanattomasti (O’Keeffe ym. 2016: 612, 617). Koska sanatonta viestintää on mahdollista tulkita monin tavoin, ammattilaisen on hyvä varmistaa sanallisesti ymmärtäneensä asiakkaan viestit oikein (Toivonen & Koponen & Pyörälä 2020).

Tässä opinnäytetyössä kuntoutumista tukeva sanaton ja sanallinen vuorovaikutus koulutetun hierojan työssä käsittää silmin ja korvin aistittavat viestit. Lisäksi sanattomasta vuorovaikutuksesta on eriytetty lähempään tarkasteluun koulutetun hierojan työssä keskeinen kosketukseen liittyvä kehollinen vuorovaikutus.

5.2 Sanaton ja sanallinen vuorovaikutus koulutetun hierojan työssä

Koulutettu hieroja on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on suorittanut hyväksytysti hieronnan ammattitutkinnon ja saanut ammattinimikkeen käyttöoikeuden Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvirasta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994; Hieronnan ammattitutkinto 2019).

Kipu on biopsykososiaalinen kokemus (Kalso 2021), joten koulutettu hieroja kohtaa kipua kokevan asiakkaan kokonaisvaltaisesti (Hieronnan ammattitutkinto 2019). Kokonaisvaltainen asiakkaan kohtaaminen on hänen kohtaamistaan ihmisenä, jolla on oma historiansa, tarpeensa, mieltymyksensä, persoonallisuutensa, uskomuksensa, arvonsa, odotuksensa, motivaationsa ja olosuhteensa. Tämän kehomielen muodostaman kokonaisuuden huomioiminen hoitosuhteessa on asia, jota asiakkaat arvostavat ja se vahvistaa asiakkaan kokemusta nähdyksi tulemisesta. (Wijma ym. 2017: 828.)

Hoitotilanteessa vuorovaikutusta tukevat riittävä yksityisyys, viihtyisä hoitoympäristö ja kiireetön tunnelma. Ne viestivät asiakkaalle arvostuksesta, siitä, että hän ansaitsee miellyttävät olosuhteet sekä luovat tunnetta kohdatuksi tulemisesta. (Hietanen 2020; Mönkkönen ym. 2019: 51; O’Keeffe ym. 2016: 617.)

Ammattilainen voi kehon kielellään vahvistaa asiakkaan luottamusta, luoda tunnetta arvostuksesta ja välittämisestä, välittää empatiaa ja huomioon ottamista sekä saada asiakkaan tuntemaan olemisensä helpoksi ja luoda tilaa tunteille (Wijma ym. 2017: 833). Aidon kiinnostuksen osoittaminen asiakkaaseen ihmisenä synnyttää luottamusta (Hietanen 2020), lisää turvallisuuden tunnetta (Grabtchak 2021: 65) sekä vahvistaa asiakkaan kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen kokemusta (O’Keeffe ym. 2016: 612; Wijma ym. 2017: 833; Holopainen 2021: 71). Katsekontaktilla ja ilmein asiakkaalle voidaan puolestaan osoittaa, että hän tulee nähdyksi (Wijma ym. 2017: 833).

Kroonista kipua kokevan asiakkaan kohtaamisessa korostuvat empaattisen kuuntelemisen ja keskustelun merkitys (O’Keeffe ym. 2016: 612; Hämäläinen & Puranen & Sippola & Korpi 2021; Grabtchak 2021). Vuorovaikutuksen kannalta on edullista puhua suoraan asiakkaalle ja valita hänelle sopivat kysymykset. (Wijma ym.

2017: 833). Avointen kysymysten (esim. kerrotko, millaista, kuvaatko) käyttäminen kutsuu puhumaan vapaasti (Mönkkönen 2019: 59).

Asiakkaan tarinan kuunteleminen (Caneiro ym. 2022: 5; Holopainen 2020: 65; O’Keeffe 2016) ja hänelle annettu mahdollisuus kuvailla rauhassa omaa tilannettaan ja kivun vaikutusta päivittäiseen elämäänsä, luovat hänelle kuulluksi tulemisen kokemusta. Asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen on keskustelua asiakkaan kanssa tämän arjesta ja elämästä kivun kanssa, ei vain keskustelua oireista tai faktoista. (O’Keeffe ym. 2016; Hämäläinen & Purtaanen & Sippola & Korpi 2021; Hietanen 2020.)

Kun asiakas saa puhua vapaasti, mahdollistuu merkityksellisen hoitosuhteen syntyminen ja syveneminen. Keskeyttäminen koetaan helposti negatiivisena asiana. (O’Keeffe ym. 2016.) Hyvin pienetkin eleet, nyökkääminen ja myötämielinen kuunteleminen sekä tarkentavat kysymykset puolestaan kertovat kiinnostuksesta ja läsnäolosta (Mönkkönen ym. 2019: 53).

Myös ammattilaisen avoimuus itsestään ja hoidosta sekä inhimillisuus vuorovaikutuksessa herättävät luottamusta (Wijma ym. 2017). Esimerkiksi tietämättömyyden peittelemättömyys on osoitus inhimillisyydestä (Grabtchak 2021). Myös sopiva huumori voi luoda yhteyttä asiakkaan ja ammattilaisen välille (Wijma ym. 2017: 833).

Validoiva kommunikointitapa on tärkeä kroonista kipua kokevan asiakkaan kanssa (Caneiro ym. 2022: 5). Kipu on aina todellista, joten vaikka kipu ei näy, se ei tarkoita, ettei sitä ole olemassa (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017; Grabtchak 2021: 65). Potilaan kokeman kivun vähättely voi olla hyvin haitallista sekä kipua kokevalle että luottamussuhteen rakentumiselle (O’Keeffe ym. 2016: 612; Grabtchak 2021: 65). Turvallisuuden kokemus puolestaan mahdollistaa asiakkaan avautumisen (Wijma ym. 2017: 832).

Perusteellinen tutkiminen vaikuttaa siihen, että vuorovaikutus terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa koetaan onnistuneeksi (Grabtchak 2021). Koulutettu hieroja hyödyntää alkukeskustelussa kipua kokevan asiakkaan kanssa kipukarttaa ja kipujanaa sekä arvioi asiakkaan toimintakykyä (Hieronnin ammattitutkinto 2019). Koetun kivun voimakkuutta kartoittavat mitta-asteikot, kuten VAS-asteikko (Visual analogue scale), antavat tietoa kivun voimakkuudesta mutta eivät koetusta elämän

laadusta (Nicholls & Gibson 2010: 504). Tutkimiseen sisällytetyt liike- ja toiminnallisuustestit kertovat myös ensisijaisesti liikkuvuudesta ja toimintakyvystä, eivät kivusta. Kipua kokevan asiakkaan kertomus kivusta on se ensisijainen luotettava lähde, jota ammattilaisen tulee kuunnella ja uskoa. (Ojala 2020: 31, 33.)

Koulutettu hieroja arvioi yhdessä asiakkaan kanssa tutkimisen kautta esiin tulleiden seikkojen syy-seuraussuhteita sekä riskiä vaivan pitkittymiselle (Hieronnan ammattitutkinto 2019). Kuten kipua koskevassa luvussa todettiin, tuki- ja liikuntaelimestön kipujen pitkittymisen ja kroonistumisen riskitekijöistä psykososiaalisten tekijöiden on havaittu vaikuttavan fysiologisia tekijöitä enemmän. Siksi asiakkaan kipuun liittämiä käsitysten selvittäminen, sekä mahdollisten virheellisten tai puutteellisten kipuun liittyvien käsitysten korjaaminen antamalla oikeaa informaatiota, on tärkeää jo kivun akuuttivaiheessa. (Elomaa 2018.)

Kipua kokeva voi esimerkiksi ajatella, että hänen tulee olla täysin oireeton, jotta hänen toimintakykynsä voi palautua (Elomaa 2018) tai pelätä ja välttää liikkumista (Luomajoki 2020: 45). Pelko pysyvästä vauriosta ja kivun pahenemisesta, univaikeudet, ahdistuneisuus ja masentuneisuus sekä passiivisuus ovat kivun kroonistumisen vaaratekijöitä, joita on hyvä kartoittaa esimerkiksi niskahartiaseudun ja selän alueen kiputilojen yhteydessä. Myös ongelmat ja tyytymättömyys työssä liittyvät kroonistumiselle altistaviin tekijöihin. (Kalso 2018:1123.) Asiakkaan odotusarvo toipumisen suhteen, johon hänet on voinut ehdollistaa esimerkiksi aiempi kontakti terveydenhuollossa, tulee ottaa huomioon hoitosuunnitelmaa laadittaessa (Luomajoki 2020: 46).

Tieto kipukokemuksen ja psykososiaalisten tekijöiden kytköksestä voi lieventää ahdistusta, tukea optimismia ja aktiivisuutta (Elomaa 2018) sekä asiakkaan rauhallista suhtautumista kipuun (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017). Asiakkaan on tärkeää saada tietoa kivun syistä (Hämäläinen & Puranen & Sippola & Korpi 2021), kipumekanismeista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: 20) ja kivun säätelymekanismeista (Elomaa 2018).

Annettavan informaation tulee olla potilaalle merkityksellistä (Wijma ym. 2017: 833) ja se tulee antaa ymmärrettävästi (O'Keeffe ym. 2016: 612; Wijma ym. 2017: 833; Holopainen 2021: 71). Kroonisen kivun osalta tärkeäksi on havaittu tiedon saaminen siitä, että 1) kipu ei tarkoita, että keho on vaurioitunut, 2) ajatukset, tunteet ja

kokemukset vaikuttavat kipuun ja 3) ylisuojelevaa kipujärjestelmää on mahdollista kouluttaa uudelleen (Leake & Moseley & Stanton & O'Hagan & Heathcote 2021).

Asiakkaan lisääntynyt ymmärrys oman kipunsa moniulotteisesta luonteesta yhdistettynä ammattilaisen läsnäolokykyyn, vahvaan terapeuttiseen yhteistyöhön ja asiakkaan aktiivisuuteen voivat myötävaikuttaa itseluottamuksen ja vastuun kantamisen lisääntymiseen. Asiakkaat ovat kokeneet myös vastuun ymmärtämisen ja kuntoutumisen arvostamisen vaikuttavan keskeisesti tässä (Holopainen 2021).

Kuntoutuksen tavoitteena on asiakkaan **minäpystyvyyden tukeminen ja lisääntynyt vastuunotto omasta terveydestään** (Lewis & O'Sullivan 2018) sekä asiakkaan oman **aktiivisuuden tukeminen**, jotka johtavat kivun lievittymiseen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemiseen (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017). Asiakkaan elämä, joka on voinut keskittyä yrityksiin pitää kipua hallinnassa, voi näin askel askeleelta suuntautua kohti mahdollisimman täysipainoista elämää kivusta huolimatta. (Elomaa 2018.)

Sillä, että asiakas uskoo pystyvänsä itse vaikuttamaan elämäntilanteeseensa, kokemaansa kipuun sekä saavuttamaan tavoitteensa, on yhteys parempaan toimintakykyyn sekä vähäisemmäksi koettuun kipuun ja kivusta aiheutuvaan haittaan. Asiakkaalle ohjatut aktiiviset, ongelmanratkaisuun keskittyvät kivunhallintakeinot tukevat tämän tavoitteen saavuttamista. (Elomaa 2018.) Koulutettu hieroja ohjaakin osana työtään asiakastaan tuki- ja liikuntaelimestön omahoitoon hoidolle asetettujen tavoitteiden mukaisesti asiakkaalle soveltuvalla tavalla (Hieronnin ammattitutkinto 2019).

Positiivinen ja kannustava vuorovaikutus, jossa päähuomio on kipua kokevan jäljellä olevassa toimintakyvyssä, eli siinä mitä tämä pystyy tekemään, tukee kuntoutumista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: 20). Aktiivisuuteen kannustava ja optimistinen työote sisältää kuitenkin myös asiakkaan mahdollisen pelon ja huolestuneisuuden tunnistamisen ja huomioimisen (Elomaa 2018).

Asiakas saattaa kipuun liittyvien uskomusten vuoksi pelätä liikkumista. Jos pelko jää huomioimatta, on hyvin todennäköistä, että asiakas ei koe annettuja ohjeita turvallisiksi tai hyödyllisiksi itselleen, jolloin ne eivät siirry käytäntöön. Näin ne voivat jopa vahvistaa pelko-välttämiskäyttäytymistä. (Koho 2020: 291.) Kroonisessa kivussa ei yleensä ole

kudosperäistä syytä välttää liikkumista, ja mahdollista liikkumisen pelkoa on tärkeää lievittää sensitiivisen viestinnän avulla (Luomajoki 2020:45; Lewis & O'Sullivan 2018). Asiakkaan ymmärtäessä, miksi jokin tietty ohje on annettu, hänen voi olla helpompi sitoutua yhteistyöhön (O'Keeffe ym. 2016: 612).

Tarvittavan tuen saaminen ja hoidon jatkuvuus ovat tärkeitä elementtejä kuntoutumisessa, vaikka tavoitteena on asiakkaan vastuunoton lisääntyminen (Holopainen 2021: 71). Tuella tarkoitetaan tasa-arvoista vastuunkantoa, ymmärrystä, tunnetta tärkeydestä, rauhoittamista ja voimaannuttamista, kokemusta siitä, että tulee nähdä kokonaisuutena ihmisenä (Wijma 2017: 834). Myös ammattilaisen tavoittaminen tarvittaessa ja sopiva joustavuus ajanvarausten suhteen ovat osa tätä tukea (O'Keeffe ym. 2016: 617; Wijma 2017: 834).

Koulutetun hierojan työnkuvaan kuuluu myös arvioida yhdessä asiakkaan kanssa kivun merkitystä asiakkaan elämässä (Hieronnin ammattitutkinto 2019). Käyttämällä kysymyksiä ammattilainen voi auttaa asiakasta reflektoimaan sitä, mikä on tälle elämässä merkityksellistä, sekä kivun merkitystä. Kysymysten esittämisellä voi olla oivalluttava vaikutus, sillä ne voivat auttaa asiakasta huomaamaan, mitkä asiat edistävät hänen kuntoutumistaan, sekä voimaannuttaa toimimaan kuntoutumista edistävästi. (Köhler 2019: 51, 67.)

Asiakkaan omat oivallukset ovat tärkeitä hoidon vaikuttavuuden kannalta, koska oivallus voi johtaa hoitoa edistävän toimintamallin syntymiseen (Köhler 2019: 52, 69). Kun ammattilainen pyrkii kysymyksiä käyttämällä oivalluttamaan asiakasta, hän ei tällöin tiedä ratkaisuja asiakkaan puolesta, vaan antaa tilaa asiakkaalle ja tukee tämän omaa ajattelua. Tällainen lähestymistapa edellyttää ammattilaiselta sen sietämistä, että hänellä ei ole valmiita vastauksia.

Koulutettu hieroja ja asiakas laativat hoitosuunnitelman yhdessä, asiakkaan tilanteen huomioon ottaen (O'Keeffe ym. 2016; Hämäläinen & Purtaanen & Sippola & Korpi 2021; Hietanen 2020; Hieronnin ammattitutkinto 2019; Kipu. Käypä hoito -suositus 2017). Kun kivun merkitys asiakkaalle on tunnistettu, on mahdollista laatia hoitosuunnitelma, johon asiakas voi sitoutua, jota hän kykenee edistämään oma-aloitteisesti (Köhler 2019: 51) ja joka on hänelle merkityksellinen (Wijma 2017: 834).

Yhdessä laadittu hoitosuunnitelma ja hoitosuunnitelman tavoitteen ymmärtäminen lisäävät asiakkaan luottamusta (O’Keeffe ym. 2016: 612; Wijma ym. 2017: 832–833). Asiakkaan odotusten kunnioittava kohtaaminen ja huomioiminen hoitosuunnitelmaa laadittaessa edellyttää ammattilaiselta kykyä avoimeen ja sensitiiviseen vuorovaikutukseen. Tähän sisältyy sen selittäminen, mitä kroonisen kivun hoito tämänhetkisen tiedon mukaan on, ja mitä hoidolta on odotettavissa (Lewis & O’Sullivan 2018).

5.3 Kehollinen vuorovaikutus koulutetun hierojan työssä

Koulutetun hierojan työssä on erityinen mahdollisuus keholliseen vuorovaikutukseen kosketuksen kautta. Hieronnan ammattitutkinnon tutkinnon perusteiden mukaisesti koulutettu hieroja suunnittelee hoidon sekä hieroo asiakkaan ottaen huomioon tämän kokeman kivun, muut oireet, terveydentilan ja toimintakyvyn. Hän seuraa ja kuuntelee asiakasta hoidon aikana, sekä muuttaa tarvittaessa joustavasti hoitosuunnitelmaa. (Hieronnan ammattitutkinto 2019.)

Kosketukseen viitataan usein sanoilla palpaatio ja hieronta, fysioterapiassa myös sanoilla kehollisuus ja kehotyöskentely. Kosketus on kuitenkin myös vuorovaikutuksen väline, sillä koskeva keho tulee samaan aikaan kosketetuksi. Kun joku koskettaa, kosketetuksi tullut voi tunnistaa oman kehonsa myös koskevan koskettajaa. (Bjorbækmo & Mengshoel 2016: 11–12.)

Kosketus voi lisätä turvallisuuden tunnetta, rauhoittaa, poistaa jännittyneisyyttä ja kipua. Hoitavan kosketuksen tärkeitä elementtejä ovat toisen ihmisen rajojen, erillisyyden ja ainutlaatuisuuden kunnioittaminen sekä sopivan läheisyyden ja etäisyyden säätely. Sopivan etäisyyden säilyttäminen liittyy ammatillisuuteen, neutraaliuuteen, rajojen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Kosketuksen hallinta vaatii ammattilaiselta keskittymistä kosketuksen herättämiin aistimuksiin, mielikuviin, ajatuksiin ja tunteisiin. (Martin & Seppä & Lehtinen & Törö 2014: 139.)

Kivun vaikutus voi näkyä kipua kokevassa kiihtyneenä hengitysrytminä, hengityksen pidättämisenä tai pinnallisena hengityksenä. Hengitys voi olla tiheää, eikä sisään- ja uloshengityksen välissä oleva luonnollinen tauko välttämättä toteudu. (Hengityслиitto 2020: 4.) Ammattilainen voi tietoisesti hoitaessaan keskittyä hengittämään rauhallisesti,

jolloin kosketus yhdistettynä rauhalliseen hengitykseen voi tyynnyttää ja rauhoittaa asiakasta (Martin ym. 2014: 136, 138).

Ammattilaisen tapa käyttää käsiään (Wijma ym. 2017: 833) ja kyky muovata hoitoa asiakkaan tilanteen mukaan ja ottaa tämän mielipiteet ja palaute huomioon, ovat osa vuorovaikutustaitoja (O'Keeffe ym. 2016: 616, 832). Asiakkaan kuulluksi tulemisen kokemukseen vaikuttaa ammattilaisen taito säädellä otteiden voimakkuutta niin, että asiakas kokee ne sopiviksi (Aittokallio & Rajala 2020). Sopivaksi koetut otteet voivat myös vaihdella hoitokerrasta toiseen (Aittokallio & Rajala 2020; Wijma ym. 2017: 832).

Kosketuksen merkityksellisyys perustuu fyysisiin (esim. sijainti, intensiteetti, rytmi) ja emotionaalisiin (esim. ystävällisyys, varmuus, vastaanotto) ulottuvuuksiin. Fyysisten tekijöiden taustalla vaikuttaa ammattilaisen anatomian ja biomekaniikan tuntemus. Emotionaalinen ulottuvuus liittyy puolestaan empaattiseen ja affektiiviseen työotteeseen, joka välittyy asiakkaalle paljolti sanattomasti, edistäen hoitosuhdetta. (Geri ym. 2019.) Kosketus herättää ja välittää tunteita (Aittokallio & Rajala 2020; Bjorbækmo & Mengshoel 2016: 10), ja kosketuksen kautta tunteita voidaan myös jakaa (Kelly & Svrcek & King & Scherpbier & Dornan 2019).

Kosketus on kehollinen tapa viestittää asiakkaan aivoille merkityksellisiä viestejä (Geri & Viceconti & Minacci & Testa & Rossettini 2019). Empaattinen kosketus, yhdistettynä ammattilaisen luottamusta herättävään kehon kieleen, välittää sanattomasti arvostusta, välittämistä ja huomioon ottamista. Se voi saada asiakkaan olemisen tuntumaan helpolta ja luoda tilaa tunteiden ilmaisulle. Myös asiakkaan asennon tukeminen hoitotilanteessa mahdollisimman mukavaksi käyttämällä tyynyjä vaikuttaa samoin. (Wijma ym. 2017: 833.)

Kehollisessa vuorovaikutuksessa kosketus on viestinnän pääasiallinen kanava sanallisen vuorovaikutuksen jäädessä pienempään rooliin. Kosketuksen kautta tapahtuvaa vuorovaikutusta on verrattu paritanssiin. Kunnioitetuksi ja kuulluksi tulemisen kokemus sekä turvallisuuden tunne hoitotilanteessa voivat auttaa asiakasta vastaamaan, kun ammattilainen kutsuu häntä sanattomaan, koskettavaan tanssiin. (Bjorbækmo & Mengshoel 2016: 17, 19.)

Ammattilaisen liikkuva kosketus voi avata näkökulmia, tutkia ja sen kautta voidaan saada diagnostista tietoa. Asiakkaan kehosta voidaan aistia sanattomia vasteita, joiden

kautta tämä osallistuu hoitoon. Kosketuksen kautta asiakas voi vahvistaa yhteyttä oman kehonsa kapasiteettiin, rajoihin ja mahdollisuuksiin. (Bjorbækmo & Mengshoel 2016: 10.) Kosketuksella voidaan siis vaikuttaa asiakkaan kehon aistimiseen ja kehotietoisuuteen (Puentedura & Flynn 2016).

Kehotietoisuuteen (engl. body awareness) liittyvät proprioseptio ja interoseptio. Proprioseptio tarkoittaa kykyä tunnistaa kehonosien asentoja ja liikettä, muun muassa nivelten kulmia ja lihasten jännittyneisyyttä, jotka vaikuttavat osaltaan myös tasapainon säilyttämiseen. Interoseptio puolestaan on autonomisen hermoston säätelemien kehon sisäisten tuntemusten, esimerkiksi sisäelinten toiminnan, sydämen lyöntien, hengityksen ja kylläisyyden tunteen, aistimista. (Mehling ym. 2009.) Koska krooninen kipu häiritsee kipua kokevan käsitystä omasta kehostaan, mikä osaltaan vaikuttaa kivun intensiteettiin ja toimintakyvyn haittaan (Wand ym. 2016: 1009), asiakkaan kehotietoisuuteen vaikuttaminen kosketuksen avulla voi toimia kivun hoitona ja tukea kuntoutumista.

Kosketukseen liitetty sopiva sanallinen vuorovaikutus hoidon aikana voi tukea kehon aistimista ja kehotietoisuutta. Ammatilaisen sopiva kosketukseen liittämä sanallinen vuorovaikutus ("Miltä täällä tuntuu?", "Entä jos painan tällä tavoin?", "Tässä on L4-nikama.") voi auttaa asiakasta kehon hahmottamisessa. Näin annetaan positiivista stimulusta sensorisella aivokuorella sijaitseville eri kehonosien edustusalueille, joiden toimintaan krooninen kipu myös vaikuttaa. (Puentedura & Flynn 2016.)

Kosketus, taktiili kuuntelu, voi helpottaa kipuoireita (Aittokallio & Rajala 2020). Manuaalisen hoitamisen vaikutus koettuun kipuun perustuu suurelta osin vähintään lyhytkestoiisiin plastisiin muutoksiin keskushermostotasolla (Nikkinen 2022: 22). Kosketuksen vaikutus kivun kokemiseen tapahtuu analgeettisen kivun modulaation, affektiivisten vasteiden, kuten turvallisuuden ja rentoutumisen tunteen lisääntymisen (mm. oksitosiinin ja dopamiinin tuotanto) sekä stressiin liittyvien biomarkkereiden vähenemisen kautta (Geri ym. 2019).

Ammatilaisen pyrkiessä asiakkaan toiveiden ja tavoitteiden kannalta mahdollisimman suotuisan hoidon toteuttamiseen, hän huomioi myös, ettei parasta tulosta saavuteta vain asiakasta miellyttämällä (Köhler 2019: 67). Vastavuoroisessa hoitosuhteessa ratkaisua etsitään yhdessä (Mönkkönen 2018). Tasa-arvoinen vastuunkanto on yksi

tapa, jolla asiakasta voidaan tukea kuntoutumisen tiellä ja hoitosuhdetta vahvistaa (Wijma 2017: 834).

5.4 Moniammatillinen vuorovaikutus kroonista kipua kokevan kuntoutuksessa

Kroonisen kivun hoidossa toimivinta on monialainen ja moniammatillinen potilaan arviointi ja hoito (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: 13). Arvioidessaan yhdessä asiakkaan kanssa tutkimisessa esiin tulleiden seikkojen syy-seuraussuhteita ja vaivan pitkittymisen riskiä, koulutettu hieroja konsultoi tarvittaessa muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Mikäli asiakkaan kokema kipu pitkittyy, koulutettu hieroja ohjaa hänet muulle terveydenhuollon asiantuntijalle (Hieronnan ammattitutkinto 2019).

Moniammatillinen yhteistyö osa kroonista kipua kokevan kuntoutumista tukevaa vuorovaikutusta ja sen sujuvuus vaikuttaa keskeisesti asiakkaan kuntoutumiseen (Mönkkönen ym. 2019: 51). Yksinkertaisimmillaan moniammatillinen yhteistyö on oikean informaation antamista asiakkaalle kroonisesta kivusta, linjassa kivun Käypä hoito -suosituksen kanssa. Terveystieteidenhuollossa tulee kertoa kivun hoidon ja kuntoutuksen tavoitteista yhdenmukaisesti (Paavonen & Karinkanta 2021), millä on yhteys kivun hoidon vaikuttavuuteen (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017).

Pohjan moniammatilliselle yhteistyölle muodostaa eri terveydenhuollon ammattiryhmien perustehtävien tunnistaminen ja aito tunnustaminen. Yhteistyön tekeminen edellyttää ammattilaisilta kykyä irrottautua oman ammattialan näkökulmasta, kyseenalaistaa omia käsityksiään sekä hyödyntää toisten asiantuntemusta oman ymmärryksen laajentamiseksi. Kun pyritään toimimaan asiakkaan hyvästä käsin, aluksi ehkä hyvin muodolliselta tuntuva moniammatillinen yhteistyö voi ammattilaisten välisen luottamuksen lisääntyessä muotoutua hedelmälliseksi yhteistyöksi. (Mönkkönen ym. 2019: 51.) Moniammatillinen yhteistyö voi parhaimmillaan synnyttää jotain aidosti uutta, kun kaikkien osapuolten asiantuntijuutta hyödynnetään (Mönkkönen ym. 2019: 58).

Kroonista kipua kokevien ensisijainen hoitovastuu on perusterveydenhuollossa, josta tarvittaessa konsultoidaan erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa kroonisen kivun taustalla oleva kipumekanismi, muodostaa diagnoosi sekä

kartoittaa psykososiaaliset tekijät, joilla on vaikutusta kivun kroonistumiseen. Oireenmukaisen lääkehoidon sekä lääkinällisen kuntoutuksen tarjoamisen lisäksi perusterveydenhuollon kuuluu tarjota tukea kivunhallintakeinojen käyttöönotossa. Kroonista kipua kokeva ohjataan erikoissairaanhoidon asiakkaaksi asetettujen kriteerien täytyessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019: 292–294.)

Erikoissairaanhoidon tasolla kivun hoitoa annetaan yliopistosairaaloiden kipuun erikoistuneilla poliklinikoilla ja kivun hoidon yksiköissä. Näissä kivun arvioinnit ja kivun hoidon ja kuntoutuksen suunnitelmat laaditaan moniammatillisesti. (Paavonen & Karinkanta 2021: 12.) Kipuklinikoilla biopsykososiaalinen malli toteutetaan eri ammattilaisten muodostamassa, lääkärin johtamassa moniammatillisessa työryhmässä, joka koostuu eri alojen lääkäreistä, fysioterapeuteista, psykologeista, sairaanhoitajista ja sosiaalityöntekijöistä. Vastavuoroisen luottamuksen rakentaminen, potilaan kuunteleminen sekä hänen ongelmiansa ja vahvuuksiensa tunnistaminen yhdessä kliinisen tutkimisen kanssa luovat pohjan hoitosuunnitelmalle. (Kalso 2020.)

Esimerkiksi Turun yliopistollisen keskussairaalan kipuklinikka kuuluu Neuromodulaatiohoidon huippuosaamisyksikköön, joka tarjoaa tällä hetkellä Suomessa laajimmin erilaisia neuromodulaatiohoitoja, joiden yksi käyttöalue on neuropaattisen kivun ja kipuoireyhtymien hoito (TYKS).

Myös Kela ja vakuutusyhtiöt järjestävät kipuun liittyvää kuntoutusta. Kelan järjestää esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastaville ryhmämuotoisia kuntoutuskursseja sekä moniammatillista yksilökuntoutusta. Kurssit on suunnattu pääasiassa työikäisille. (Paavonen & Karinkanta 2021: 13.) Kelan teettämän tutkimuksen mukaan palvelujärjestelmää voisi olla tarve täydentää Kelan järjestämällä erillisellä kipukuntoutuksella, esimerkiksi ohjatulla kipupsykologisella ja -fysioterapeuttisella ryhmäkuntoutuksella (Paavonen & Karinkanta 2021: 77).

Yksityisellä sektorilla kroonista kipua kokevia asiakkaita palvelee esimerkiksi kivun hoitoon erikoistuneita fysiatreja, psykologeja sekä psykologisesti informoidun fysioterapian osaajia, joista viimeksi mainittua ammattiryhmää esiteltiin tarkemmin opinnäytetyön 4. luvussa.

Suomen Kipu ry organisoii vertaistukiryhmiä sekä tuottaa laadukasta, ajantasaista tietoa kroonista kipua kokeville ja heidän kanssaan työskenteleville (Suomen Kipu ry).

Lisäksi Terveyskylä-verkkopalvelun sisältämä Kivunhallintatalo tarjoaa laajasti hyödyllistä, luotettavaa ja ajankohtaista tietoa krooniseen kipuun liittyen, sekä kroonista kipua kokeville että terveydenhuollon ammattihenkilöille. Terveyskylä on sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden tuottama julkinen verkkopalvelu, jonka palveluiden kehittämiseen yliopistosairaalat osallistuvat tiiviisti. (Terveyskylä.)

6 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön toteutus ajoittui aikavälille tammikuu 2022 - huhtikuu 2023.

Työsuunnitelman laatimisvaiheessa käytiin keskustelua yhteistyökumppanina toimineen Koulutettujen hierojien liiton tarpeista ja toiveista opinnäytetyön sisällön suhteen. Opinnäytetyön aiheesta ja tarkoituksessa yhdistyivät yhteistyökumppanin toive moniammatillisen yhteistyön vahvistamisesta fysioterapeuttien ja koulutettujen hierojien välillä sekä opinnäytetyön tekijän kiinnostus kroonista kipua ja vuorovaikutuksen mahdollisuuksia kohtaan kroonisen kivun hoidossa ja kuntoutuksessa.

Tiedonhaku tietopohjan hankkimiseksi ja opinnäytetyön kirjallisen osan toteuttamiseksi tehtiin käyttämällä erityisesti PubMed-, Google Scholar - ja Medik-tietokantoja. Tietokantahauissa käytettiin erilaisia yhdistelmiä muun muassa hakusanoista chronic pain, physiotherapy, interaction, communication, sense of safety, embodiment, touch, empathic touch, massage treatment, patient-centered, fear-avoidance model. Medik-tietokannasta tiedonhaku tehtiin käyttämällä vastaavia suomenkielisiä hakusanoja. Haku rajattiin käsittämään vuodet 2013–2023.

Lähdemateriaalin kokoamisessa hyödynnettiin myös Suomen Fysioterapeutit ry:n ja Suomen Kipu ry:n tuottamien krooniseen kipuun liittyvien koulutusten ja koulutusmateriaalin sekä psykofyysiseen fysioterapiaan keskittyvän Aspect-blogin blogikirjoitusten lähteitä. Sähköisten materiaalien lisäksi tietopohjan kokoamisessa on käytetty tarkkaan valikoitua painettua kirjallisuutta.

Terveydenhuollon ammattiryhmien vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa on tiettyihin ammattikuntiin liittyviä erityispiirteitä mutta myös eri ammattikuntien välistä samankaltaisuutta. Tutkimuksissa kuntoutumista tukevaksi vuorovaikutukseksi

fysioterapeuttien ja kroonista kipua kokevien asiakkaiden välillä todettu on opinnäytetyössä sovellettu koulutettujen hierojien työhön. Alkukeskustelu, tutkiminen ja ohjaaminen, osalla fysioterapeuteista myös manuaalinen hoitaminen, ovat fysioterapiaprosessin elementtejä, jotka ovat osa hoitotapahtumaa myös koulutetun hierojan työssä. Opinnäytetyön kirjallisessa osassa käsitellään teoriapohjaa näihin yhtymäkohtiin vuorovaikutuksen näkökulmasta.

Opinnäytetyön tuotoksena on laadittu yhteistyökumppanin toiveesta tiivis, huoneentaulun kaltainen poster, josta kuntoutusta tukevan vuorovaikutuksen kannalta keskeiset periaatteet ovat nopeasti poimittavissa koulutetun hierojan työhön. Canva-ohjelmaa käyttäen toteutettu poster on opinnäytetyön liitteenä (Liite1).

7 Pohdinta

Tämän monimuotoisen opinnäytetyön tavoitteena oli koota yhteen tietoa sanattoman, sanallisen, kehollisen ja moniammatillisen vuorovaikutuksen mahdollisuuksista kroonista kipua kokevan asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa erityisesti koulutetun hierojan työn näkökulmasta. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Koulutettujen hierojien liitto. Opinnäytetyön tuotos on poster, joka kokoaa yhteen kuntoutumista tukevan vuorovaikutuksen kannalta keskeiset periaatteet käytännön työhön soveltuvalla tavalla.

Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli moniammatillisen yhteistyön edistäminen koulutettujen hierojien ja fysioterapeuttien välillä. Hierontahoito voi olla mukana mahdollistamassa kuntoutuksen aloittamista (Kalso 2018: 1124). Opinnäytetyön käsitellessä kroonista kipua kokevan kuntoutumista, valikoitui psykologisesti informoitu fysioterapia opinnäytetyössä tarkemmin esiteltäväksi fysioterapian erikoisalaksi. Tämän tiedon tuottamisen tarkoituksena on selvittää, millaisissa tilanteissa moniammatilliselle yhteistyölle erityisesti on indikaatio ja miten se voi hyödyttää kipua kokevaa asiakasta. Tietoa kuntoutuksen mahdollisuuksista voidaan hyödyntää asiakkaan ohjauksessa. Tietouden lisääminen sekä koulutettujen hierojien että fysioterapeuttien työnkuvista on tärkeää. Puutteellinen ymmärrys toisen terveydenhuollon ammattiryhmän työnkuvasta saattaa muodostaa esteen yhteistyön tekemiselle ja vuorovaikutukselle, ja se on mahdollista ylittää oikean tiedon tuottamisen kautta (Mönkkönen ym. 2019).

Vuorovaikutuksen osalta kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi toimia yhteneväisesti kroonista kipua kokevan asiakkaan kuntoutumista tukien. Erityisen merkityksellistä tässä on kivun biopsykososiaalisen ja kokemuksellisen luonteen huomioiminen. Yhtenäisyyden vuoksi tässä opinnäytetyössä on päädytty käyttämään kroonisen kivun vuoksi terveydenhuollon palveluiden piirissä olevasta henkilöstä ilmauksia kroonista kipua kokeva ja asiakas. Myös terveydenhuollossa asioidessaan kroonista kipua kokeva on kuitenkin ensisijaisesti ihminen, ja hänet tulee kohdata yksilöllisesti, kokonaisena ihmisenä.

Kivun kokemus perustuu aivoissa syntyvään tulkintaan tilanteen uhkaavuudesta, minkä vuoksi turvallisen ja luottamuksellisen hoitosuhteen luominen on ensiarvoisen tärkeää kivun hoidon onnistumisessa ja kuntoutumisessa. Ammattilaisen empaattinen suhtautuminen sanattoman, sanallisen ja kehollisen vuorovaikutuksen taustalla myötävaikuttaa siihen, että asiakas voi kokea tulevansa kohdatuksi, nähdyksi ja kuulluksi. Kipuun liittyvän ajantasaisen informaation antaminen asiakkaalle tukee kuntoutumista ja on yksi käytännöllinen tapa tehdä moniammatillista yhteistyötä (Kipu. Käypä hoito -suositus 2017).

Kroonisen kivun kuntoutuksen tavoitteiden painopiste on kipua kokevan elämänlaadun paranemisessa. Keskittyminen elämänlaadun kannalta merkityksellisiin asioihin ja tavoitteisiin, sekä saavutetut positiiviset kokemukset ja optimismi, mahdollistavat pelkoon liittyvien suojausmekanismien inhihoitumista ja kivun merkityksen pienentymistä (Vlaeyen & Crombez & Linton 2016). Kuntoutumisen kannalta tärkeitä tekijöitä ovat kipua kokevan oma aktiivisuus, minäpystyvyyden lisääntyminen sekä vastuun ottaminen omasta terveydestä, joita koulutettu hieroja vuorovaikutuksessa kroonista kipua kokevan kanssa voi pyrkiä tukemaan.

Tällä hetkellä kipua kokevat ohjautuvat hoitoon ja kuntoutukseen vaihtelevasti ja sattumanvaraisesti ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä tarvitsee lisää kipuun erikoistuneita ammattilaisia ja kuntoutuspalveluja (Paavonen & Karinkanta 2021). Koulutettu hieroja voi halutessaan syventää osaamistaan kipuun liittyen esimerkiksi suorittamalla Kipupotilaan toimintakyvyn edistäminen -osan hieronnan erikoisammattitutkinnosta. Tutkinnon osa sisältää muun muassa tietoa kivun kokemuksellista, biopsykososiaalista luonteesta, antaa tietoa eri kipumekanismeista sekä valmiuksia arvioida yhteistyössä asiakkaan kanssa psykososiaalisten tekijöiden vaikutusta asiakkaan kokemaan kipuun. Tutkinnon osa lisää myös valmiuksia

moniammatillisen yhteistyön tekemiseen ja manuaaliseen hoitamiseen. (Hieronnan erikoisammattitutkinto 2019.)

Kipuun liittyvän tutkimustiedon jatkuva lisääntyminen haastaa kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden kipuun liittyviä uskomuksia ja käsityksiä, jopa ammatti-identiteettiä. Kouluttautuminen vaatii ajan ja taloudellisten resurssien panostamista mutta se myös auttaa esimerkiksi arvioimaan hoidolle asetettavia odotuksia realistisesti, mikä puolestaan voi vähentää koettavaa stressiä. (Lewis & O'Sullivan 2018.)

Kroonista kipua kokevan asiakkaan kuntoutumista tukeva kohtaaminen haastaa myös ammattilaisen kykyä kohdata asiakas tiedollisen tason lisäksi tunteiden tasolla. Tälle pohjan luo ammattilaisen kyky tunnistaa, sanallistaa, ymmärtää ja hallita omia tunteitaan (Toivonen & Koponen & Pyörälä 2020). Esimerkiksi pelko-välttämiskäyttäytymiseen osalta, omat liikkumiseen liittyvät tunteensa tunnistava ja hallitseva ammattilainen omaa paremmat valmiudet auttaa asiakasta (Koho 2020: 300). Koulutuksen lisäksi tarvitaan siis ammattilaisen oman toiminnan, ajatusten ja tunteiden reflektointia, sisäistä prosessia, joka mahdollistaa tiedon muovautumisen aidosti asiakkaita hyödyttäväksi taidoiksi.

Vuorovaikutusta tapahtuu jatkuvasti ollessamme tekemisissä muiden kanssa. Vuorovaikutustaitoja voi myös harjoitella ja oppia. Opinnäytetyöstä käy selvästi ilmi, että hyvät vuorovaikutustaidot ovat osa vaikuttavaa kivun hoitoa ja terapiaa. Erilaisiin menetelmiin tai suorituksiin keskittymisen sijasta tarvitaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa terveydenhuollon ammattihenkilön osaaminen näyttäytyy kykyinä kulkea kroonista kipua kokevan asiakkaan rinnalla ja tukea tätä, ei esimerkiksi tietämisen korostumisena tai valmiiden ratkaisujen tarjoamisena.

Opinnäytetyöprosessin aikana on korostunut erityisesti kysymys: miksi. Miksi näin tapahtuu? Miksi tämä on tärkeää? Vastausten etsiminen vaatii toisinaan paljon aikaa ja vaivannäköä mutta kokonaisuuksien hahmottaminen voi myös olla vahva motivaattori toimia oppimansa mukaan.

Vuorovaikutuksen merkittävä rooli osana kroonista kipua kokevan asiakkaan hoitoa ja kuntoutumista herättää ajatuksen siitä, onko terveydenhuollon ammattihenkilöiden tutkintoon johtavissa koulutuksissa riittävästi vuorovaikutustaitoihin liittyviä sisältöjä?

Entä voisiko vuorovaikutustaitoihin liittyvien sisältöjen määrän lisääminen opetussuunnitelmissa olla yksi keino lisätä tuotettavien terveyspalveluiden vaikuttavuutta?

Lähteet

Aittokallio, Jenni & Rajala, Anna Ilona 2020. Perspectives On 'Person-Centeredness' From Neurological Rehabilitation and Critical Theory: Toward a Critical Constellation. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/136556/perspectives_on_person_centeredness_2020.pdf?sequence=1>. Viitattu 12.2.2023.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994. Annettu Naantalissa 28.6.1994. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940564>>. Viitattu 9.2.2023.

Ballengee, Lindsay A. & Zullig, Leah L. & George, Steven Z. 2021. Implementation of psychologically informed physical therapy for low back pain: Where do we stand, where do we go? *Journal of Pain Research* 14. 3747–3757.

Bjorbækmo, Wenche Schøder & Mengshoel, Anne Marit 2016. "A touch of physiotherapy" – the significance and meaning of touch in the practice of physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 32 (1). 10–19.

Caneiro JP & Smith, Anne & Bunzli, Samantha & Linton, Steven & Moseley, Lorimer & O'Sullivan, Peter 2022. From Fear to Safety: A Roadmap to Recovery from Musculoskeletal Pain. *Physical Therapy* 102 (2).

Dean, Elizabeth & Söderlund, Anne 2015. What is the role of lifestyle behaviour change associated with non-communicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain? *BMC Musculoskeletal Disorders*. 16 (87).

Denneny, Diarmuid & Frijdal (nee Klapper), Annina & Bianchi-Berthouze, Nadia & Greenwood, Jim & McLoughlin, Rebecca & Petersen, Katrine & Singh, Aneesha & Williams, Amanda C. de C. 2020. The application of psychologically informed practice: observations of experienced physiotherapists working with people with chronic pain. *Physiotherapy* 106. 163–173.

Elomaa, Minna 2018. Kivun kroonistumisen psykososiaaliset tekijät. Teoksessa Kalso, Eija & Haanpää, Maija & Hamunen, Katri & Kontinen, Vesa & Vainio, Anneli (toim.). *Kipu*. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip00822. Viitattu 23.1.2023.

Fysioterapeutin ydinosaaminen 2016. Suomen Fysioterapeutit ry. <<http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/FysioterapeutinYdinosaaminen.pdf>>. Viitattu 6.12.2022.

Geri, Tommaso & Viceconti, Antonello & Minacci, Marco & Testa, Marco & Rossettini 2019. Manual Therapy: Exploiting the role of human touch. *Musculoskeletal Science and Practice* 44. 102044–102044.

Grabtchak, Aleksei 2021. "Olen ihminen, vaikka olenkin potilas": Pitkäkestoista kipua kokevien aikuisten vuorovaikutuskokemuksia terveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden opettajakoulutuksen ohjelma.

Haanpää, Maija & Hagelberg, Nora & Hannonen, Pekka & Liira, Helena & Pohjolainen Timo. Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimus yhdistys ry. <https://1596852.166.directo.fi/@Bin/10b0ea2eeeee56ebc5c70725990c3963/1613111951/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf>. Viitattu 17.5.2022.

Hengityслиitto 2020. Hengitä ja hengästy – opas hengityssairaille turvallisesta liikunnasta. 2. uudistettu painos. <<https://www.hengityслиitto.fi/wp-content/uploads/2020/12/Hengita-ja-hengasty-opas-2020-2uudistettu-painos-saavutettava.pdf>>. Viitattu 12.4.2023.

Heiskanen, Tarja 2022. Pitkäaikainen kipu. www.terveyskirjasto.fi. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 6.9.2022. Viitattu 5.12.2022.

Hietanen, Päivi 2020. Hyvän vuorovaikutuksen edellytykset. Teoksessa Hietanen, Päivi & Kaleva-Kerola, Jaana & Pyörälä, Eeva (toim.). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus. E-kirja. Kustannus Oy Duodecim.

Hieronnan ammattitutkinto 2019. Opetushallitus. <<https://eperusteet.opintopolku.fi/eperusteet-service/api/dokumentit/5976546>>. Viitattu 5.12.2022.

Hieronnan erikoisammattitutkinto 2019. Opetushallitus. <<https://eperusteet.opintopolku.fi/eperusteet-service/api/dokumentit/5976546>>. Viitattu 6.12.2022.

Holopainen, Riikka 2020. Biopsykososiaalinen viitekehys. Biopsykososiaalinen lähestymistapa. Teoksessa Luomajoki, Hannu & Koho, Petteri & Ojala, Tapio & Röning, Tiina & Takatalo, Jani & Holopainen, Riikka & Mikkonen, Jani & Ekström, Kristian & Kouri, Jukka Pekka. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy. 63–70

Holopainen, Riikka 2020. Kivunhoitomahdollisuuksia. Psykologisesti informoitu hoito. Teoksessa Luomajoki, Hannu & Koho, Petteri & Ojala, Tapio & Röning, Tiina & Takatalo, Jani & Holopainen, Riikka & Mikkonen, Jani & Ekström, Kristian & Kouri, Jukka Pekka. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy. 277–289.

Holopainen, Riikka 2021. Exploring the meaning of the biopsychosocial approach in the management of musculoskeletal conditions. Patient's and physiotherapist's perspective. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/75883/978-951-39-8652-0_vaitos_2021_06_04.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Viitattu 14.1.2023

Hämäläinen, Onni & Purtaanen, Tea & Sippola, Toni & Korpi, Hilikka 2021. Vuorovaikutus alaselkäkipuisten fysioterapiassa – laadullinen systemaattinen kirjallisuus katsaus. Liikunta & Tiede 58 (5). 119–126.

Härkönen, Ulla & Muhonen, Minna & Matinheikki-Kokko, Kaija & Sipari, Salla 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona – Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt

asiakas- ja ammattilasikokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. Työpapereita 97. Helsinki: KELA.

Kalso, Eija 2018. Miksi kipu pitkittyy ja voiko sitä ehkäistä? Suomen lääkärilehti 73 (18). 1119–1126.

Kalso Eija 2020. Miten kipuklinikka hoitaa potilaita monialaisesti? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 136 (22). 2444–2446.

Kalso, Eija 2021. Kivun uusi määritelmä. Suomen lääkärilehti. Kommentti 28.4.2021. <<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/verkkokommentti/kivun-uusi-maaritelma/>>. Viitattu 5.12.2022.

Kauranen, Kari 2021. Fysioterapeutin käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelly, Martina & Svrcek, Clark & King, Nigel & Scherpbier, Albert & Dornan, Tim 2019. Embodying empathy: A phenomenological study of physician touch. Medical Education 54 (5). 400–407.

Kipu. Käypä hoito -suositus 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#K1>>. Viitattu 17.5.2022.

Koho, Petteri 2020. Kipuun liittyvän pelon hoitokeinot. Teoksessa Luomajoki, Hannu & Koho, Petteri & Ojala, Tapio & Röning, Tiina & Takatalo, Jani & Holopainen, Riikka & Mikkonen, Jani & Ekström, Kristian & Kouri, Jukka Pekka. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy.

Kokkonen, Kristiina 2020. Lääkkeettömät kivunhoidon mahdollisuudet. Suomen kipu ry. Luento. <<https://www.youtube.com/watch?v=zy7Hag2KWAQ>>. Viitattu 21.5.2022.

Koulutettujen hierojien liitto. <https://www.khl.fi/liitto/>. Viitattu 20.3.2023.

Kress, Hans-Georg & Aldington, Dominic & Alon, Eli & Coaccioli, Stefano & Collett, Beverly & Coluzzi, Flaminia & Huygen, Frank & Jaksch, Wolfgang & Kalso, Eija & Kocot-Kępska, Magdalena & Mangas, Ana Cristina & Ferri, Cesar Margarit & Mavrocordatos, Philippe & Morlion, Bart & Müller-Schwefe, Gerhard & Nicolaou, Andrew & Pérez Hernández, Concepción & Sichère, Patrick 2015. A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed. Current Medical Research & Opinion. 31 (9). 1743–1754. <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1185/03007995.2015.1072088>> Viitattu 22.5.2022.

Köhler, Harry 2019. Hoitava viestintä – lääkärin vaikuttava viestintä potilaskohtaamisissa. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Viestintä. <

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/304257/HOITAVAV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 13.1.2023.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. Annettu Naantalissa 28.6.1994. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>. Viitattu 9.2.2023.

Lausmaa, Mikko 2022. Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa – suositeltua, mutta mitä se tarkoittaa? Webinaari 27.1.2022 luentosarjassa Epäspesifi selkäkipu – missä mennään? Suomen Fysioterapeutit Ry.

Leake, Hayley B. & Moseley, Lorimer G. & Stanton, Tasha R. & O'Hagan Edel T. & Heathcote, Lauren C. 2021. What do patients value learning about pain? A mixed-methods survey on the relevance of target concepts after pain science education. *PAIN* 162 (10). 2558–2568.

Lewis, Jeremy & O'Sullivan, Peter 2018. Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain? *British Journal of Sports Medicine* 52 (24). 1543–1544.

Luomajoki, Hannu 2020. Kivun fysiologiaa – missä tapahtuu mitäkin? Teoksessa Luomajoki, Hannu & Koho, Petteri & Ojala, Tapio & Röning, Tiina & Takatalo, Jani & Holopainen, Riikka & Mikkonen, Jani & Ekström, Kristian & Kouri, Jukka Pekka Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy. 39–50.

Luomajoki, Hannu 2020. Kipumekanismit ja -mallit. Teoksessa Luomajoki, Hannu & Koho, Petteri & Ojala, Tapio & Röning, Tiina & Takatalo, Jani & Holopainen, Riikka & Mikkonen, Jani & Ekström, Kristian & Kouri, Jukka Pekka Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy. 53–61.

Martin, Minna & Seppä, Maila & Lehtinen, Päivi & Törö, Tiina 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Uusi laajennettu laitos. Mediapinta.

Mehling, Wolf E. & Gopisetty, Viranjini & Daubenmier, Jennifer & Price, Cynthia J. & Hecht, Frederick M. & Steward, Anita 2009. Body Awareness: Construct and self-report measures. *PLoS ONE* 4 (5). e5614

Mönkkönen, Kaarina 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. *Gaudeamus Oy*. 107–145.

Mönkkönen, Kaarina & Leinonen, Leena & Arajärvi, Miina & Hovatta, Anna-Elina & Tusa, Nina & Salokangas, Katri 2019. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa Mönkkönen, Kaarina & Kekoni, Taru & Pehkonen, Aini (toim.) Moniammatillinen yhteistyö. *Gaudeamus*.

Nicholls, David A. & Gibson, Barbara E. 2010. The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 26 (8). 497–508.

Nikkinen, Aleksi 2022. Minne menet manuaaliterapia? *Hieroja-lehti*. (4) 18–21.

O’Keeffe, Mary & Cullinane, Paul & Hurley, John & Leahy, Irene & Bunzli, Samantha & O’Sullivan, Peter B. O’Sullivan, Kieran 2016. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? *Physical Therapy* 96 (5). 609–621.

Ojala, Tapio 2020. Mitä kipu on – Kivun yleisyydestä ja määritelmistä. Teoksessa Luomajoki, Hannu & Koho, Petteri & Ojala, Tapio & Röning, Tiina & Takatalo, Jani & Holopainen, Riikka & Mikkonen, Jani & Ekström, Kristian & Kouri, Jukka Pekka Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy.

Paavonen, Anna-Marie & Karinkanta, Saija 2021. Pitkäaikaista kipua kokevien aikuisten kuntoutus – kartoittava kirjallisuuskatsaus. Työpapereita 166. Helsinki: KELA.

Pain Alliance Europe 2021. Patients report on diagnosis and treatment. <<https://pae-eu.eu/wp-content/uploads/2021/09/PAE-Short-Report-Diagnosis-Treatment-2021-final.pdf>>. Viitattu 19.1.2023.

Patovirta, Mikko 2022. Kehollisuus ja kehotietoisuus tule-vaivojen kuntoutuksessa. Teoksessa Tarnanen, Sami & Holopainen Riikka (toim.) Harjoittelu ja tule-terveys. Lahti: VK-kustannus Oy.

Puentedura, Emilio J. & Flynn, Timothy 2016. Combining manual therapy with neuroscience education in the treatment of chronic low back pain: A narrative review of the literature. *Physiotherapy theory and practice* 32 (5). 408–414.

Röning, Tiina 2020. Kivun psykologiaa. Teoksessa Luomajoki, Hannu & Koho, Petteri & Ojala, Tapio & Röning, Tiina & Takatalo, Jani & Holopainen, Riikka & Mikkonen, Jani & Ekström, Kristian & Kouri, Jukka Pekka Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK-Kustannus Oy. 99–117.

Sarja, Anneli 2011. Jaettu asiantuntijuus vuorovaikutustyössä. Teoksessa Koivisto, Kaisa & Latvala, Eila & Vanhanen- Nuutinen, Liisa & Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.) Tutkimuskohteena hoitaminen ja hoitamaan oppiminen. Professori Sirpa Janhosen juhlakirja. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 1. ePooki. 91–98.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä. Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3850-2>> Viitattu 17.5.2022.

Suomen Kipu ry. <<https://www.suomenkipu.fi>>. Viitattu 12.4.2023.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry. Tunne kehosi, oivalla voimavarasi. <https://psyfy.net/app/uploads/2021/02/PSYFY_esite_180918.pdf>. Viitattu 2.3.2023.

Tarnanen, Sami & Holopainen, Riikka 2022. Kipu, liike ja liikkuminen. Teoksessa Tarnanen, Sami & Holopainen Riikka (toim.) Harjoittelu ja tule-terveys. Lahti: VK-kustannus Oy.

Terveyskylä. Terveyskylän tuottajat ja yhteistyökumppanit. Tietoa terveyskylästä. <<https://www.terveyskyla.fi/tietoa-terveyskylästä/terveyskylän-tuottajat-ja-yhteistyökumppanit>>. Viitattu 12.4.2023.

Testa, Marco & Rossetini, Giacomo 2016. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Manual Therapy* 24. 65–74.

Tieteen termipankki. Filosofia: fenomenologia. <<https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:fenomenologia>>. Viitattu 20.1.2023.

Toimintakyky. ICF-luokituksen rakenne. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 5.3.2021. <<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>>. Viitattu 25.1.2023.

Toivonen, Asta & Koponen, Jonna & Pyörälä, Eeva 2020. Sanaton vuorovaikutus ja tunteet. Teoksessa Hietanen, Päivi & Kaleva-Kerola, Jaana & Pyörälä, Eeva (toim.). *Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus*. E-kirja. Kustannus Oy Duodecim.

TYKS. Sairaalat ja toimipisteet. Kipuklinikka. <<https://www.tyks.fi/potilaille-ja-laheisille/sairaalat-ja-toimipisteet/tyks-kantasairaalan-alue/kipuklinikka>>. Viitattu 30.3.2023.

Vlaeyen, Johan W.S. & Crombez, Geert & Linton, Steven J. 2016. The Fear-Avoidance Model of Pain. *Pain* 157 (8). 1588–1589.

Vlaeyen, Johan W.S. & Linton, Steven J. 2000. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 85 (3). 317–332.

Wand, Benedict Martin & Catley, Mark Jon & Rabey, Martin Ian & O’Sullivan, Peter Bruce & O’Connell, Neil Edward & Smith, Anne Julia 2016. Disrupted Self-Perception in People with Chronic Low Back Pain. Further valuation of the Fremantle Back Awareness Questionnaire. *The Journal of Pain* 17 (9). 1001–1012.

Wijma, Amarins J. & Bletterman, Anouck N. & Clark, Jacqui R. & Vervoor, t Sigrid C.J.M. & Beetsma, Anneke & Keizer, Doeke & Nijs, Jo & Van Wilgen, C.Paul 2017. Patient-centeredness in Physiotherapy: What does it entail? A systematic review of qualitative studies. *Physiotherapy Theory and Practise* 33 (1). 825–840.

Posteri Koulutetuille hierojille



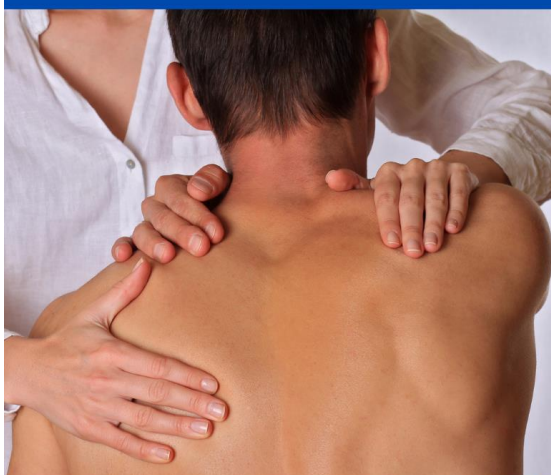
KUNTOUTUMISTA TUKEVA VUOROVAIKUTUS OSANA KROONISTA KIPUA KOKEVAN ASIAKKAAN HOITOA

LUO TURVAA

- Toimi luottamusta herättävästi
- Ole kiinnostunut asiakkaasta
- Anna asiakkaalle riittävästi aikaa kertoa kokemuksestaan ja tunteistaan
- Tee hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa
- Pyri luomaan ympäristö, joka luo asiakkaalle kokemuksen arvostuksesta

KOSKETA EMPAATTISESTI

- Toteuta hoito asiakkaan mukaan
- Tee asiakkaan olo mahdollisimman mukavaksi
- Anna tilaa asiakkaan kokemukselle ja kunnioita sitä
- Säättele kosketuksen voimakkuutta
- Tiedosta mitä sinussa tapahtuu, sillä kosketus välittää tunteita



TUE MINÄPYSTYVYYTTÄ

- Keskity siihen, mitä asiakas voi tehdä ja minkä tekeminen on asiakkaalle merkityksellistä
- Oivalluta asiakasta käyttämällä kysymyksiä*
- Anna positiivista palautetta
- Ohjaa asiakkaalle mielekkäitä kivunhallintakeinoja



*Köhler 2019.

KANNUSTA AKTIIVISUUTEEN

- Tunnista mahdollinen liikkumisen pelko
- Auta lievittämään pelkoa kipuun liittyvän informaation avulla
- Kannusta asiakasta liikkumaan hänelle sopivalla ja mielekkäällä tavalla

TEE YHTEISTYÖTÄ

- Toimi dialogissa asiakkaan kanssa
- Ole asiakkaan tukena
- Anna ajantasaista tietoa kivusta ja kivun kuntoutusmahdollisuuksista
- Rakenna yhteistyötä esimerkiksi kipuun erikoistuneen fysioterapeutin kanssa

