
PRIMAARISEN PÄÄNSÄRYN AKUPUNKTUURIHOITO

Kokemuksia akupunktuurin vaikutuksista elämänlaatuun

Allan Aro
Kaisu Puustinen

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto

| | |
|---|----------------------------|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | |
| Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma | |
| Työn tekijät Allan Aro, Kaisu Puustinen | |
| Työn nimi Primaarisen päänsäryn akupunktuurihoito: kokemuksia akupunktuurin vaikutuksista elämänlaatuun. | |
| Päiväys 5.10.2011 | Sivumäärä/Liitteet 56/4 |
| Ohjaaja Yliopettaja Airi Laitinen | |
| Yhteistyökumppanit Mikkelin OMT-klinikka, Fysioporras Ky | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päänsärystä kärsivien fysioterapia-asiakkaiden kokemuksia akupunktuurihoitojakson vaikutuksista heidän elämänlaatuunsa. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä akupunktuurin vaikutuksista päänsärkyasiakkaan elämänlaatuun ja arvioida akupunktuurin käytettävyyttä primaarisen päänsäryn hoidossa asiakkaan subjektiivisen kokemuksen perusteella. Tutkimus toteutettiin vuosien 2010–2011 aikana yhteistyössä kahden yksityisen fysioterapiayrityksen kanssa.</p> <p>Tutkimukseen osallistui neljä naista, joista useimmat kärsivät migreenistä tai tensiotyyppisestä päänsärystä. Osallistujille toteutettiin yhteistyökumppanien toimesta yksilöllinen akupunktuurihoitojakso. Aineisto kerättiin tutkimusta varten laaditun päänsärkypäiväkirjan avulla. Tulokset analysoitiin deduktiivisesti osallistujien päiväkirjoissaan kuvaamien kokemusten pohjalta.</p> <p>Tutkimuksen mukaan akupunktuurilla on moninaisia vaikutuksia päänsärkyasiakkaan elämänlaadun eri osa-alueisiin. Suurimmat muutokset koettiin fyysisessä terveydessä ja emotionaalisessa hyvinvoinnissa. Fyysisessä terveydessä koetut muutokset ilmenivät enimmäkseen päänsäryn lievittymisenä ja siihen liittyvien haittojen, esimerkiksi huimauksen, häviämisenä. Lisäksi toimintakyvyssä ja jaksamisessa koettiin huomattavaa paranemista. Emotionaalisen hyvinvoinnin muutokset liittyivät lähinnä mielialan kohentumiseen sekä lisääntyneestä jaksamisesta seuranneisiin psyykkisiin vaikutuksiin. Muilla elämänlaadun osa-alueilla koettuja muutoksia kuvattiin niukasti. Akupunktuurihoitojakson aikana koettujen muutosten lisäksi akupunktuurihoitokertojen yhteydessä esiintyi myös lyhytkestoisempia hoitovaikutuksia.</p> <p>Tulokset osoittavat, että akupunktuurilla voidaan edistää päänsärkyasiakkaan elämänlaatua. Akupunktuurilla voidaan vaikuttaa päänsärkyyn ja siihen liittyviin haittoihin edistäen asiakkaan fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Akupunktuuria tulisikin suosia pitkittyneen primaarisen päänsäryn hoidossa muiden menetelmien, kuten lääkehoidon tukena. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää päänsäryn hoidossa, arvioitaessa akupunktuurin vaikuttavuutta tai harkittaessa akupunktuurihoidon aloittamista.</p> | |
| Avainsanat päänsärky, akupunktuuri, akupunktio, elämänlaatu | |
| Julkinen | |

| | | | |
|---|-----------|------------------|------|
| Field of Study Social Services, Health and Sports | | | |
| Degree Programme Degree Programme of Physiotherapy | | | |
| Authors Allan Aro, Kaisu Puustinen | | | |
| Title of Thesis Acupuncture treatment in primary headache patients: experiences with effects of acupuncture on quality of life. | | | |
| Date | 5.10.2011 | Pages/Appendices | 56/4 |
| Supervisor Principal lecturer Airi Laitinen | | | |
| Partners Mikkelin OMT-klinikka, Fysioporras Ky | | | |
| <p>Abstract</p> <p>This thesis was designed to find out possible changes in quality of life in headache patients during and after an acupuncture period. The purpose of the thesis was to evaluate the usability of acupuncture based on subjective experiments of headache patients.</p> <p>The participants were four women who suffered from primary headache, mostly from migraine or tension-type headache. The thesis was carried out during years 2010-2011 in collaboration with two private physiotherapy firms. The partners carried out individual acupuncture periods for each participant. The material was collected using specific headache-diaries. The results were analyzed deductively based on experiences which participants described in those diaries.</p> <p>According to the results acupuncture affects widely on the quality of life in headache patients. The biggest changes came up in physical health and emotional well-being. The headache eased and harms connected to headache, for example dizziness, disappeared. The mood of participants improved and the participants managed their everyday chores better. Other long-lasting changes were described slightly but the participants told about some short term effects after acupuncture.</p> <p>According to the results, people who suffer from headache benefit from acupuncture physically and mentally and their quality of life improves during and after an acupuncture treatment period. Acupuncture can be used as a way of treatment in headache patients with other methods and medication. The results of this thesis can be used in treatment of headache patients or when assessing patients who might benefit from acupuncture.</p> | | | |
| Keywords headache, acupuncture, the quality of life | | | |
| Public | | | |

SISÄLTÖ

| | | |
|------|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 1 |
| 2 | AKUPUNKTUURI | 4 |
| 2.1 | Akupunktuuri perinteisen kiinalaisen lääketieteen näkökulmasta | 4 |
| 2.2. | Lääketieteellinen akupunktuuri | 5 |
| 2.3. | Akupunktuurin käyttö..... | 9 |
| 3 | PRIMAARINEN PÄÄNSÄRKY JA AKUPUNKTUURI..... | 11 |
| 3.1 | Päänsärkykipu ja kiputuntemuksen muodostuminen | 11 |
| 3.2 | Primaarisen päänsärlyn tyypit | 13 |
| 3.4 | Päänsärlyn akupunktuurihoito | 15 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE..... | 17 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 18 |
| 5.1 | Tutkimusaikataulu | 18 |
| 5.2 | Yhteisyökumppanit ja osallistujat | 18 |
| 5.3 | Aineiston keruu- ja analysointimenetelmät | 19 |
| 6 | TUTKIMUSTULOKSET..... | 23 |
| 6.1 | Päänsärlyn vaikutukset elämänlaatuun ennen akupunktuurihoitojaksoa | 23 |
| 6.2 | Akupunktuurihoitojakson vaikutukset koettuun terveydentilaan..... | 24 |
| 6.3 | Muutokset emotionaalisessa hyvinvoinnissa ja kognitiivisessa suoriutumiskyvyssä | 26 |
| 6.4 | Vaikutukset läheissuhteisiin | 27 |
| 6.5 | Muut elämänlaatuun liittyvät asiat | 28 |
| 7 | POHDINTA..... | 29 |
| 7.1 | Tulosten tarkastelu | 29 |
| 7.2 | Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen eteneminen..... | 32 |

| | |
|--|----|
| 7.3 Tutkimusetiikka ja luotettavuus | 33 |
| 7.4 Päänsäryn akupunktuurihoidon tulevaisuuden näkymät | 35 |
| 7.5 Oma ammatillinen kasvu | 36 |
| 8 LÄHTEET | 38 |

LIITTEET

| | |
|---|----|
| Liite 1. Saatekirje | 45 |
| Liite 2. Tutkimuksen toteutusohjeet fysioterapeutille | 46 |
| Liite 3. Päänsärkypäiväkirja | 48 |
| Liite 4. Hoitopalaute | 56 |

1 JOHDANTO

Epidemiologisten tutkimusten mukaan 70–95 % väestöstä kokee päänsärkyä jossain elämänsä vaiheessa. Lähes päivittäisestä päänsärystä kärsii 3–5 % väestöstä. (Färkkilä 2005.) Päänsärky esiintyy eniten 20–45-vuotiailla, minkä jälkeen päänsärky vähenee tasaisesti (Färkkilä 2007). Joidenkin näkemysten mukaan jatkuvan päänsäryn kehittyminen voitaisiin estää aloittamalla tehokas ja oikeanlainen hoito heti toistuvan päänsäryn alettua (Färkkilä 2005).

Kipupotilaille tehdyissä tutkimuksissa potilaat ovat kokeneet kivun heikentävän elämänlaatua ja pahimmillaan vaikuttavan heidän toimintakykyynsä ja henkiseen hyvinvointiinsa ympärivuorokautisesti (Elomaa & Estlander 2009, 109–115; Hamunen & Heiskanen 2009, 109–110; Sailo & Varti 2000, 35). Valtaosa tutkijoista ajattelee elämänlaadun koostuvan sekä objektiivisesti mitattavista määreistä että subjektiivisesta tunteuksesta (Vanhustyön keskusliitto 2007). Maailman Terveysjärjestö määrittelee elämänlaadun yksilön käsitykseksi elämäntilanteestaan omassa arvomaailmassaan ja kulttuurisessa kontekstissaan sekä suhteessa omiin tavoitteisiinsa, odotuksiinsa ja huoliinsa. Maailman terveysjärjestön mukaan elämänlaatu voidaan jakaa osa-alueisiin, joita ovat yksilön koettu terveydentila, emotionaalinen hyvinvointi, kognitiivinen suorituskyky, läheissuhteet ja muut elämänlaatuun liittyvät tekijät. (World Health Organization 1993). Hamunen ja Heiskanen (2009, 10–12) puolestaan määrittelevät elämänlaadun yksilön näkemykseksi omasta toiminnastaan ja hyvinvoinnistaan elämän eri osa-alueilla. Elämänlaatua kartoittavat kyselyt sisältävät yleensä terveydentilaa, fyysisiä ja psyykkisiä oireita sekä toimintakykyä kuvaavia kysymyksiä. Koska kipu vaikuttaa laajasti elämän eri osa-alueisiin, voidaan tehokkaalla kivunhoidolla vaikuttaa potilaiden elämänlaatuun. (Hamunen & Heiskanen 2009, 10–12.)

Akupunktuuri on Perinteiseen kiinalaiseen lääketieteeseen perustuva hoitomuoto, jossa tiettyjä kehon kohtia neuloilla stimuloimalla pyritään vaikuttamaan hermojärjestelmän toimintaan. Menetelmä on levinnyt Kiinasta Eurooppaan 1600-luvulla ja nykyään sitä harjoitetaan maailmanlaajuisesti. (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys

2011a; Gunn 1998, 11–15.) Syitä akupunktuurin suosioon voivat Gunnin (1998, 11–16) mukaan olla vaihtoehtolääkinnän trendikkyys ja yleinen tyytymättömyys länsimaisen lääketieteen tuloksiin. Esimerkiksi eurooppalaisista 12–19 % kertoo kokeilleensa akupunktuuria (Gunn 1998, 11). Kenties lähtökohtiensa ja Perinteisen kiinalaisen lääketieteen vaikutteiden vuoksi akupunktuuri jakaa edelleen ihmisten mielipiteet ja siihen liitetään usein ennakkoluuloja, vaikka akupunktuuri on Pitkäsen (2005, 35–37) mukaan ollut Suomessa lääketieteellisesti tunnustettu fysikaalinen hoitomenetelmä jo yli 40 vuoden ajan.

Suomessa on tällä hetkellä noin 600 akupunktuurikoulutuksen käynnyttä fysioterapeuttia. Akupunktuurikoulutusta on tarjottu fysioterapeuteille yli 15 vuoden ajan. Fysioterapiassa akupunktuuria käytetään erilaisten tuki- ja liikuntaelimestön kiputilojen hoitoon sekä lihasten ja kehon rentouttamiseen (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011b; Pitkänen 2005, 35–37). Viime vuosien tieteelliseen tutkimusnäytön perusteella akupunktuuri on todettu vaikuttavaksi ja tehokkaaksi usean vaivan hoidossa. Tieteellistä näyttöä akupunktuurin vaikuttavuudesta on saatu muun muassa niska-hartiaseudun ongelmien, päänsäryn ja migreenin sekä migreenin estohoidossa. (Yle 2010.) Akupunktuurilla on osoitettu olevan useita myönteisiä sivuvaikutuksia kuten yleinen rentoutuminen ja unenlaadun paraneminen sekä pahoinvoinnin lievittyminen (Yle 2010; Pitkänen 2005, 35–37). Ajankohtaisia tutkimusaiheita ovat myös akupunktuurin vaikutukset moiniin nyky-yhteiskunnassa esiintyviin ongelmiin. Kourin (Yle 2010) mukaan tällaisia ovat esimerkiksi stressi, ahdistuneisuus sekä unihäiriöt.

Tähänastinen akupunktuuritutkimus on keskittynyt määrällisiin seikkoihin ja akupunktuurin vaikuttavuuden arviointiin. Laadullinen tarkastelu on tutkimuksissa ollut vähäistä tai olematonta. Määrällinen tarkastelu on sivuuttanut asiakkaiden subjektiiviset ja elämän eri osa-alueille ulottuvat laadulliset vaikutukset. Tämän takia akupunktuuritutkimus tarvitsee mielestämme tuekseen laadullista tarkastelua.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä päänsärystä kärsiviltä henkilöiltä kokemuksia akupunktuurihoitojakson vaikutuksista heidän elämänlaatuunsa. Tutkimus toteutetaan vuosien 2010–2011 aikana yhteistyössä kahden yksityisen fysioterapiayrityksen kanssa. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä akupunktuurin vaikutuksista

päänsärkyasiakkaan elämänlaatuun ja arvioida akupunktuurihoidon käytettävyyttä primaarisen päänsäryn hoidossa asiakkaan subjektiiviseen kokemuksen perusteella. Toivomme tutkimuksemme lisäävän tietämystä akupunktuurin laadullisen tarkastelun merkityksestä, vähentävän akupunktuuriin kohdistuvia ennakkoluuloja ja lisäävän sen tunnettavuutta terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa. Tutkimuksestamme voivat hyötyä yhteistyökumppanien, päänsärystä kärsivien asiakkaiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi muut aiheesta kiinnostuneet henkilöt ja terveydenhuoltoalan opiskelijat.

2 AKUPUNKTUURI

2.1 Akupunkturi perinteisen kiinalaisen lääketieteen näkökulmasta

Akupunkturi on perinteisen kiinalaisen lääketieteen hoitomuoto, joka pohjautuu yli 2000 vuotta jatkuneeseen hoitoperinteeseen ja empiriseen kokemukseen. Eurooppaan menetelmä saapui Kiinasta ensimmäistä kertaa 1600-luvulla. Sana akupunkturi tulee latinan kielen sanoista ”acus” (= neula) ja ”puncture” (= pistää), mikä käytännössä tarkoittaa erityisten akupunktioneulojen pistämistä tiettyihin kehon kohtiin. (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011a; Saarelma 2010; Bowsher 1998, 69; Gunn 1998, 12.)

Perinteinen kiinalainen lääketiede (Traditional Chinese Medicine, TCM) hoitaa samoja sairauksia kuin länsimainenkin hyödyntäen omia ihmis-, tauti- ja hoitokäsityksiään. TCM:n mukaan ihmisen terveydentilaan vaikuttaa erityinen energiajärjestelmä. Ydinajatuksena on, että elimistön vastavaikuttajavoimien (Jing ja Jang) häiriöt aiheuttavat muutoksia kehon energiajärjestelmän tasapainoon ja energian määrään, mikä ilmenee sairastumisena. Energiajärjestelmä muodostuu eräänlaisen vitaalienergian, Qi:n, kierto- kulusta 14 päämeridiaania eli energiakanavaa sekä ekstrameridiaaneja pitkin. Suurin osa meridiaaneista on nimetty sen elimen mukaan, jonka toimintaan sillä on ajateltu olevan vaikutuksia. TCM:n ajattelutavan mukaan mikä tahansa sairaus tai vaiva, joka johtaa energian epätasapainoon, on hoidettavissa akupunktuurin keinoin. TCM:n akupunktuurissa neulojen asettelu- ja pistotapa voi poiketa länsimaisen lääketieteen omaksumasta tyylistä, joskaan TCM:n akupunktuurin ei ole osoitettu johtavan länsimaista vastinettaan parempiin hoitotuloksiin. (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011a; Roberts & Moore 2007; Airaksinen & Kouri 2001, 33–35; Bowsher 1998, 69; Hester 1998, 332; Lewith & Vincent 1998, 206–207.)

2.2. Lääketieteellinen akupunktuuri

Länsimainen lääketiede tarkastelee ja selittää akupunktuuria lääketieteellisin termein ja käsittein (Therapia Fennica 2007). Lääketieteellinen akupunktuuri on hyväksytty fysiikaaliseksi hoitomuodoksi 1970-luvulla. Akupunktuuria käyttävien laillistettujen lääkäreiden, hammaslääkäreiden, eläinlääkäreiden sekä asianmukaisen akupunktuurikoulutuksen saaneiden fysioterapeuttien antama hoito on Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) valvoma ja turvattu potilasvahinkovakuutuksella. Akupunktuurin käyttöä ei ole muutoin rajoitettu, minkä vuoksi akupunktuuria on luvallista harjoittaa myös ilman terveydenhuoltoalan koulutusta. (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011b; Pitkänen 2005, 35–37; Airaksinen & Kouri 2001, 33–35.)

Lääketieteellinen akupunktuuri hyödyntää osin TCM:n käsitteitä ja menetelmiä. Akupunktiopisteet nimetään meridiaanien mukaan ja paikannetaan TCM:n tapaan potilaan mittasuhteiden mukaan. (Therapia Fennica 2007; Lewith & Vincent 1998, 207–208.) Akupunktiopisteiden ja tiettyjen kehon kohtien välillä on havaittu anatomisia yhtenevyyksiä. TCM:n akupunktiopisteistä valtaosa sijaitsee hermokimppujen ja suurten verisuonten läheisyydessä. Osa akupunktiopisteistä vastaa anatomisesti lihasten motorisia pisteitä eli kohtia, joissa hermo yhdistyy lihakseen. Akupunktiopisteiden on myös havaittu olevan yhtä 71-%:isesti määriteltyjen triggerpisteiden kanssa. Akupunktiopisteiden mahdollista neurofysiologista yhteyttä keskushermostoon on pyritty ymmärtämään esittämällä osan pisteistä sijaitsevan samoissa kohdissa perifeeristen hermopäätteiden kanssa. (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011a; Bowsher 1998, 70; Lewith & Vincent 1998, 207–208; Sims 1997, 102–111.)

Perinteisen kiinalaisen lääketieteen käsitys meridiaaneista ei ole länsimaisen lääketieteen ihmiskäsityksen mukainen. TCM:n meridiaaneilla ei ole todettu olevan anatomisia vastineita eikä niiden olemassaoloa ole voitu tieteellisesti osoittaa luotettavalla tavalla. (Saarelma 2010; Lewith & Vincent 1998, 208; Sims 1997, 102–111.) Meridiaanien on kuvattu yhdistävän tietyt akupunktiopisteet toisiinsa, mitä lääketieteellinen akupunktuuri vaikuttaisi hyödyntävän lähinnä akupunktiopisteiden jaottelussa ja nimeämisessä. Bowsherin (1998, 70–71) mukaan osa potilaista on kuitenkin kuvaillut akupunktuurin aikana meridiaanien kulkua mukailevia tuntemuksia ja voimakkaita reaktioita. Tunte-

muksia on osin selitetty somaattisen ja autonomisen hermoston yhteisvaikutuksilla sekä hermoyhteyksillä lymfajärjestelmään. Simsin (1997, 102–111) mukaan kehon biomagneettista kenttää tutkittaessa on havaittu sähköisen aktiivisuuden olevan suurinta TCM:n akupunktiopisteitä vastaavissa kehon kohdissa. Tämän perusteella meridiaanien kulun on ajateltu liittyvän kehon elektromagneettisen kentän vaihteluun. Radioaktiivisin merkkiainein toteutetuissa kuvantamistutkimuksissa on saatu viitteitä erityisestä verenkierto- ja lymfajärjestelmästä poikkeavasta, meridiaaneja mukailevasta kiertokulusta, jonka on arveltu johtuvan akupunktiopisteiden välisistä kudossdiffuusiomekanismeista sekä neurovaskulaarisista yhteyksistä. Lisäksi tutkimuksissa on havaittu kiertokulun muuntuneen patologisissa tiloissa ja akupunktuuristimulaation aikana (Sims 1997, 102–111).

Ymmärrys akupunktuurin vaikutusmekanismeista on vielä puutteellista. Vaikutusten taustalla tiedetään olevan useita samanaikaisia mekanismeja, jotka vaikuttavat hermoston toimintaan ja endorfiinieritykseen. Toiminnallisissa aivokuvantamistutkimuksissa akupunktuurin on osoitettu stimuloivan useita kivun säätelyyn osallistuvia aivojen tyvitumakkeita sekä aivokuoren osia, joiden tiedetään vaikuttavan kipuaistimuksen välittymiseen ja muovautumiseen keskushermostossa. Lisäksi menetelmään liittyy psykologisia vaikutuksia, joiden osuutta kokonaisvaikutuksesta ei vielä varmuudella tiedetä. (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011d; Pohjolainen 2009, 241; Roberts & Moore 2007; Pitkänen 2005, 35–37; Gunn 1998, 14–15.) Simsin (1997, 102–111) mukaan myös meridiaanien biosähköiset muutokset voivat olla kokonaisvaikutuksen kannalta merkittävässä asemassa.

Akupunktioneulan ärsyke laukaisee hoidon kannalta välttämättömänä pidetyn A δ - ja C-hermosyiden aksonireaktion, mikä voi ilmetä punoituksena, kihelmöintinä tai lämmöntunteena iholla. Nykyisen tietämyksen mukaan A δ -stimulaatiota pidetään kivunlievityksen kannalta tärkeämpänä kuin C-hermosyiden stimulaatiota, jota ei vielä ole tieteellisesti osattu yhdistää kipuradan inhibitioon eli kiputuntemuksen vaimenemiseen. (Airaksinen & Kouri 2001, 33–35; Bowsher 1998, 71; Hester 1998, 332.) Melzakin ja Wallin porttikontrolliteorian mukaan kivuttomat, sensoriset ärsykkeet kipualueelta voivat vaikuttaa selkäytimen takasarven neuronien aktivaatioon ja välittäjäainetoimintaan estäen kipuärsykkeen välittymisen keskushermoston ylempiin osiin. Teorian mukaan kivutto-

mat ärsykkeet saattavat vaikuttaa myös keskushermoston ylempien osien kivunestomekanismien toimintaan sekä kivun modulaatioon eli muuntumiseen. (Kalso & Kontinen 2009, 54; *Therapia Fennica* 2007; Bowsher 1998, 71–74; Sims 1997, 102–111.) Porttikontrollimekanismi ei kuitenkaan vaikuta täysin kiistattomalta, sillä tutkijat eivät ole päässeet yksimielisyyteen inhibitioon osallistuvien sensoristen hermosyiden (A δ -, A β -, C-) toiminnasta (*Therapia Fennica* 2007; Bowsher 1998, 73–74; Sims 1997, 102–111).

Akupunktuurin vaikutusten on tieteellisesti osoitettu perustuvan osittain lisääntyneeseen endorfiinieritykseen. Endorfiinit ovat lääkeaineisiin verrattavia keskushermoston kemiallisia välittäjäaineita, joilla on voimakas analgeettinen eli kipua lievittävä vaikutus. Akupunktuurin tiedetään lisäävän ainakin noradrenaliinin, serotoniinin, enkefaliinin sekä dynorfiinin eritystä. (*Therapia Fennica* 2007; Pitkänen 2005, 35–37; Sims 1997, 102–111.) Bowsherin (1998, 74) mukaan kliininen kokemus on osoittanut joidenkin akupunktiopisteiden voivan lievittää kipua heterosegmentaalisesti, jolloin analgeettinen vaikutus voi ulottua hoidettavan alueen hermotussegmentin ulkopuolelle. Vaikutuksia on perusteltu nousevien hermoratojen yhteyksillä keskushermoston kipua moduloiviin osiin ja edelleen niiden vaikutuksilla laskevien hermoratojen endorfiinierityksen säätelyyn (Bowsher 1998, 74–79). Airaksisen ja Kourin (2001, 33–35) mukaan endorfiinit vaikuttavat paitsi laaja-alaisesti kivunlievitykseen, myös mielialan, käyttäytymisen sekä elimellisten toimintojen säätelyyn.

Akupunktuuri voi vaikuttaa autonomisiin hermotoimintoihin vähentäen sympaattisen hermoston aktiiviteettia. Akupunktuurin aikana lihaskudoksen ja aivojen verenkierrossa on havaittu muutoksia. (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011d; *Therapia Fennica* 2007.) Pitkäsen (2005, 35–37) mukaan akupunktuuri lisää CGRP-hormonin (calsitonin gene-related peptide) eritystä, minkä tiedetään vaikuttavan inflammatorisesti eli tulehdusta estävästi sekä verisuonia laajentavasti, mikä osin selittää hoidon aikaisia verenkierron muutoksia ja verenpaineen laskua. Robertsien ja Mooren (2007) mukaan vastustuskykyä voimistavan ja inflammatorisen vaikutuksen syntyyn on arveltu liittyvän akupunktuurin aikana lisääntynyt lisämunuaiskuoren kortisolieritys. Akupunktuurin kardiovaskulaarisia vaikutuksia on perusteltu myös ydinjatkeen takajuostetumakkeen lisääntyneellä NO-hapon (neuronal nitric acid) erityksellä, minkä tiedetään vaikuttavan sympaattisen hermoston toimintaan (Sharav & Benolier 2008, 411).

Plasebo- eli lumevaikutuksella tarkoitetaan hoitoon liitettyjä psykologisia prosesseja, jotka ovat yhteydessä kivun kokemiseen ja joilla voidaan katsoa olevan terapeutista vaikutusta (Lewith & Vincent 1998, 209–210). Akupunktuuriin liittyy hoitotekijöiden lisäksi useita potilas- ja terapeutilähtöisiä psykologisia tekijöitä. Esimerkiksi potilaan odotukset ja asenteet, asiakassuhteen toimivuus, terapeutin ammatillisuus ja empaattisuus sekä hoidon rituaalimaisuus voivat Filshien ja Whiten (1998, 7–9) mukaan vaikuttaa hoidon lopputulokseen.

Martion (2007) mukaan akupunktuurin tärkeimpänä mekanismina voidaan pitää sen psykologista vaikutusta. Hesterin (1998, 337), sekä Lewithin ja Vincentin (1998, 209) mukaan akupunktuurin on kuitenkin osoitettu olevan pelkkää plaseboa tehokkaampi menetelmä kivunlievityksessä. Akupunktuuriin on havaittu liittyvän myös muita terapeuttisia vaikutuksia, joita ei voida pitää ainoastaan plasebosta johtuvina (Hester 1998, 337; Lewith & Vincent 1998, 209).

Hesterin (1998, 323–324) mukaan plasebolla tiedetään olevan osuutta päänsäryn akupunktuurihoidossa. Näytönastekatsausten (Linde ym. 2009a; Havanka 2008) mukaan migreenin ja tensiotyyppisen päänsäryn akupunktuurihoitovasteen arvellaan osin perustuvan plasebo-vaikutukseen, mutta myös muihin epäspesifeihin fysiologisiin mekanismeihin, minkä vuoksi akupunktuurin vaikutusmekanismeista ja plasebon osuudesta tarvitaan lisää tasokasta tutkimusta. Lewithin ja Vincentin (1998, 209–210) mukaan plasebon osuutta on hoidon lopputuloksen kannalta vaikea eritellä useiden mahdollisten vaikutusmekanismien takia. Martikaisen (2009, 40–41) mukaan toiminnallisissa magneettikuvantamistutkimuksissa on osoitettu sekä perinteisen kiinalaisen akupunktuurin että lumeakupunktion aktivoivan endorfiinieritystä. Eri menetelmät ovat aiheuttaneet kuitenkin toisistaan poikkeavat vasteet kipua moduloivien keskushermoston osien toiminnassa, mikä osoittaisi akupunktuurilla olevan lumehoitoa laajemman neurofysiologisen vaikutuksen (Martikainen 2009, 40–41). Akupunktuurin vaikutusten on myös väitetty johtuvan elimistön luontaisesta stressireaktiosta tai itsesuggestiosta, mikä on kuitenkin Simsin (1997, 102–111) mukaan pystytty kumoamaan luotettavalla tavalla.

2.3. Akupunktuurin käyttö

Yleisesti ottaen kivunhoidossa pyritään vaikuttamaan kivun aiheuttajaan ja oireisiin tavoitteena ennaltaehkäistä kipua, vähentää sen aiheuttamaa haittaa sekä mahdollistaa arkielämän toiminnoista ja sosiaalisesta kanssakäymisestä selviytyminen. Fysioterapiassa akupunktuuria käytetään erilaisten toiminnallisten tuki- ja liikuntaelimestön kiputilojen hoitoon sekä lihasten ja kehon rentouttamiseen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 293; Pitkänen 2005, 35–37; Airaksinen & Kouri 2001, 33–35.) Akupunktuuria voidaan käyttää liikehoitojen esikäsitteilynä, itsenäisenä kivunlievitysmenetelmänä tai yhdistettynä muuhun fysioterapeutin antamaan ohjaukseen ja neuvontaan (Junnila 2007; Therapia Fennica 2007; Pitkänen 2005, 35–37).

Junnilan (2007) mukaan akupunktuurilla on saavutettu parhaita tuloksia tuki- ja liikuntaelimestön eli luusto-, lihas- ja nivelperäisten kiputilojen sekä hammasperäisen kivun lievityksessä. Kourin (Yle 2010) mukaan akupunktuuri on osoitettu tehokkaaksi hoidoksi useissa vaivoissa, erityisesti niska-hartiaseudun ongelmissa sekä migreeni- ja tensiivyyppisessä päänsärkyssä, joita myös Saarelma (2009) esittää akupunktiohoidon käyttöaiheiksi. Junnila (2007) mainitsee akupunktuurin kokeilun arvoiseksi erimuotoisten päänsärkyjen hoidossa, monissa tuki- ja liikuntaelimestön kiputiloissa sekä joissakin neurologisissa vaivoissa. Roberts ja Mooren (2007) mukaan akupunktuurista on tieteellistä näyttöä syövän sädehoitoon liittyvän ja postoperatiivisen pahoinvoinnin, polvikivun sekä hammas- ja leukanivelperäisen (temporo-mandibulaarisen) kivun hoidossa. Junnilan (2007) mukaan menetelmään perehtyneet lääkärit voivat lisäksi käyttää akupunktuuria moninaisemmin erilaisten vaivojen ja sairauksien esimerkiksi masennuksen ja ahdistuksen hoidossa.

Akupunktuurihoitokerta voi kestää 15–60 minuuttia. Tavallisesti hoidossa käytetään 8–20 neulaa, joiden asettelussa voidaan yhdistellä perinteisiä akupunktiopisteitä, tunnettuja ja analgesiapistettä tai triggerpisteitä. Hoidon aikana akupunktioneuloja voidaan stimuloida manuaalisesti, termisesti tai johtamalla neuloihin matalataajuinen sähkövirta. (Vainio 2009; Therapia Fennica 2007; Pitkänen 2005, 35–37; Airaksinen & Kouri 2001, 33–35; Hester 1998, 332.) Akupunktuuri toteutetaan hoitosarjana, jonka toteutuksesta on esitetty vaihtelevia näkemyksiä. Junnilan (2007) mukaan hoitokokeilu voidaan aloit-

taa 3–4 hoitokerralla viikossa. Saarelma (2009) esittää sopivaksi hoitosarjaksi 3–10 hoitokertaa viikon välein, kun taas Hesterin (1998, 332) mukaan viikon aikana voi olla yhdestä kymmeneen hoitokertaa. Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistyksen (2011d) mukaan akuuteissa vaivoissa muutama hoitokerta voi olla riittävä hoitovasteen kannalta. Oireiden ennaltaehkäisyä pari hoitokertaa vuodessa voi olla riittävää (Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011c). Menetelmän standardoimattomuuden vuoksi hoidon toteutukseen liittyy useita vaihtelevia tekijöitä, joilla voi olla vaikutusta hoidon lopputulokseen (Campbell 1998, 19–23; Lewith & Vincent 1998, 208).

Akupunktuurin turvallisuutta ja sivuvaikutuksia tarkasteltaessa on esitetty vain vähäisiä haittavaikutuksia kuten ihoreaktioita pistokohdissa, kipuoireen hetkellistä lisääntymistä, uneliaisuutta, tarkkaavaisuuden häiriöitä tai äkillisestä verenpaineenlaskusta johtuvaa tajunnan menetystä (Junnila 2007; Rampes 1998, 375–383). Päänsäryn hoidossa haittavaikutuksina on Jedelin ja Carlssonin (2005, 131–139) sekä Hesterin (1998, 323–324) mukaan ilmennyt mustelmia, päänsäryn voimistuminen sekä huimausta. Toisaalta Pitkäsen (2005, 35–37) mukaan hoitoon voi liittyä myös suotuisia oheisvaikutuksia kuten unenlaadun, vastustuskyvyn, lihasaineenvaihdunnan ja aistitoimintojen paraneminen, stressin ja ummetuksen häviäminen sekä yleinen rentoutuminen ja hormonitoiminnan normalisoituminen. Junnilan (2007) ja Rampesin (1998, 323–324) mukaan taitamaton neulojen käsittely voi kuitenkin johtaa vakaviin sisäelinten, valtimoiden tai hermokudoksen perforaatioihin eli lävistysvammoihin. Akupunktuuriin on liitetty myös veriteitse leviäviä tartuntatauteja kuten hepatiitti B, AIDS, tulehdussairauksia sekä verenmyrkytystapauksia, jotka ovat yleensä johtuneet likaisista neuloista tai epähygieenisestä neulotustekniikasta (Junnila 2007). Mikäli hoidettavalla on läppäproteesi, varfariini- tai immunosuppressiivinen lääkitys tai hoidettava on raskaana, tulee akupunktuurin käyttö harkita tarkoin. Sähköstimulaatiota ei saa käyttää, mikäli hoidettavalla on sydämentahdistin. (Saarelma 2010; Rampes 1998, 370–383.)

3 PRIMAARINEN PÄÄNSÄRKY JA AKUPUNKTUURI

Arviolta 1-2 % lääkärin päivystyskäynneistä johtuu päänsärystä, josta suurin osa luokitellaan primaariseksi. Keskeisin piirre primaarisissa päänsäryissä on kohtauksittaisuus ja päänsäryn toistuminen yleensä samanlaisena. Primaarisiksi päänsäryksi luokiteltavia särkyjä ovat migreeni, tensiotyyppinen päänsärky, sarjoittainen päänsärky ja muut trigeminaaliset autonomiset päänsäryt sekä muut primaariset päänsäryt. Jos potilas on kokenut samanlaisen kivun aiemmin, voidaan epäillä primaarista päänsärkyä. Päänsäryn ollessa oire jostain ulkoisesta tekijästä kuten kasvaimesta, luokitellaan päänsärky sekundaariseksi. (Forssell & Haanpää 2009, 330–337; Kallela 2008; Färkkilä 2007; Färkkilä 2005.)

Kaikki primaarisen päänsäryn tyypit voivat pitkittyessään muuntua krooniseksi päänsäryksi. Kroonistuneen päänsäryn diagnosointi ei ole yksiselitteistä, mutta Kansainvälisen päänsärkyseuran luokittelukomitea on määritellyt kriteerit kroonisen migreenin ja jännityspäänsäryn tunnistamiseksi. Esimerkiksi migreenin tulee yhden kriteerin mukaan jatkua yli kuukauden ajan siten, että kuukaudessa on yli 15 päänsärkypäivää, jotta se voidaan muiden kriteerien täytyessä luokitella kroonistuneeksi. (Färkkilä 2008.)

3.1 Päänsärkykipu ja kiputunteituksen muodostuminen

Valtaosa päänsärystä johtuu pään alueella sijaitsevien kipuherkkien rakenteiden venytyksestä, tulehduksesta tai muunlaisesta ärsytyksestä. Herkästi kipua aistivia rakenteita pään alueella ovat hampaat, silmät, korvat, luut ja lihakset sekä kallon sisäiset aivoverisuonet ja aivokalvot. (Kallela 2008; Färkkilä, 2007.) Nienstedtin, Hännisen, Arstilan ja Björkqvistin (2008, 484) mukaan kipu voi tuntua myös ympäröivien kudosten kipureseptorien ja hermoratojen herkistymisestä kipuärsykkeelle.

Pään sensorisia rakenteita hermottaa viides aivohermo (nervus trigeminus) sekä vähäisessä määrin muutaman muun aivohermon nervus trigeminukseen liittyvät sensoriset haarat. Lisäksi kallon sisäisiä verisuonia ja aivokalvoja hermottaa sympaattisen hermoston sekä kaularangan ylimpien selkäydinhermojen afferentit hermosyyt. (Tal & Devor 2008, 23–24; Kahle, Leonhardt & Platzer 1993, 116–117; Williams ym. 1989, 1085–1099.) Färkkilän (2007) mukaan kaikki päänsärky johtuu pohjimmiltaan trigeminuksen periferisten hermopäätteiden ärsyntyämisestä. Färkkilä (2007) kuitenkin esittää migreenipäänsärlyn alkavan aivorungossa sijaitsevista tumakkeista ja sarjoittaisen päänsärlyn hypotalamuksen alueelta.

Kivun subjektiivista luonnetta voidaan tarkkailla yksilön tunne-, ajattelu-, käyttäytymis-, tuntemus- tai aistikokemuksena. Pään alueen sensoriset ärsykkeet yhtyvät afferentista hermosyystä riippuen aivosillan ja kaularangan yläosan hermoganglioiden tai sympaattisen hermoganglion välityksellä spinotalaamisten hermoratojen rakenteisiin. (Tal & Devor 2008, 29–34; Kahle ym. 1993, 116–117; Williams ym. 1989, 1085–1099.) Spinotalaamisen hermoradan yhteydet limbiseen järjestelmään vaikuttavat kipukokemuksen ohella esimerkiksi vireystilan, sympaattisen hermoston toiminnan ja stressin säätelyyn. Pitkittänyt kipuärsyke voi johtaa psykofyysisiin oireisiin kuten unettomuuteen, ahdistukseen, avuttomuuden tunteeseen sekä masennukseen. (Elomaa & Estlander 2009, 113–115.) Unettomuus voi olla seurausta kivun tuomasta stressistä tai kivun psykologisista vaikutuksista. Negatiiviset tunteet lisäävät herkästi kivun kokemusta ja pitkäaikaisista kipua tuntevilla ihmisillä on todettu myös olevan muuta väestöä enemmän niin sanottua pelko-välttämiskäyttäytymistä. Tällainen käyttäytymismalli ohjaa ihmistä välttämään toimintoja, jotka hän yhdistää kivun pahenemiseen. Tämä saattaa johtaa fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen ja mielialan heikkenemiseen, jonka seurauksena kipukokemus voi edelleen voimistua. Myös väsymys voi haitata itsehoitoa, mikä edelleen vaikeuttaa kipusairautta. (Elomaa & Estlander 2009, 112–115; Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 56–60.)

Kipupotilailla tehtyjen tutkimusten mukaan kipu laskee elämänlaatua. Kroonisesta kivusta kärsivien suomalaispotilaiden elämänlaatua on tutkittu Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan kipuklinikalla ja tutkimuksissa on huomattu kivulla olevan vaikutusta useimpiin tutkimuksissa mitattuihin terveyden, toiminnan ja hyvinvoinnin osa-alueisiin.

Näiden tutkimusten mukaan kivun vaikutus on ollut suurin fyysiseen, sosiaaliseen, emotionaaliseen ja kognitiiviseen osa-alueeseen. Kivunhoidon kannalta ajatellen ei ole riittävää hoitaa vain kipua, vaan tulee tukea myös niitä elämän osa-alueita, joihin kipu vaikuttaa eniten. Tehokkaalla kivun hoidolla voidaan parantaa potilaiden elämänlaatua. (Hamunen & Heiskanen 2009, 10–12.)

3.2 Primaarisen päänsäryn tyypit

Jännityspäänsärky eli tensiotyyppinen päänsärky (tension neck) on yleisin päänsäryn syy, mutta sen syntymekanismia ei täysin tunneta. Tensiotyyppiseksi päänsäryiksi lasetaan sekä lihasjännityksestä että henkisestä kuormituksesta johtuvat päänsäryt. (Färkkilä 2007.) Kansainvälinen päänsärkyseura IHS (International Headache Society) luokittelee tensiotyyppisen päänsäryn harvoin esiintyvään (harvemmin kuin kerran kuukaudessa, usein esiintyvään (1-14 särkypv/kk) ja krooniseen (vähintään 15 särkypv/kk) muotoon (Elomaa & Estlander 2009, 113–115). Oireena on yleisesti iltaa kohti paheneva molemminpuolinen puristava tai kiristävä päänsärky, joka tuntuu erityisesti ohimoilla, päälläella tai takaraivolla. Toisinaan esiintyy myös huimausta istuessa tai seisomaannousteissa. Tensiotyyppisestä päänsärystä kärsivillä potilailla on usein myös depressiotyyppinen unihäiriö. (Färkkilä 2007.) Färkkilän (2007) mukaan tensiotyyppisen päänsäryn hoidossa tulisi suosia erityisesti lääkkeettömiä hoitomenetelmiä.

Migreeniä esiintyy yli 10 prosentilla väestöstä. Sen syntyperää ei tunneta, mutta sitä esiintyy eniten työikäisellä väestön osalla. Naisilla migreeni on kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. (Lautala 2010.) Migreenissä päänsärky on kohtauksellista. Altistavina tekijöinä voidaan pitää ainakin uni-valverytmin häiriöitä, hypoglykemiaa sekä stressitilan muutoksia. Päänsärky voi migreenissä olla sykkivää, toispuoleista, voimakkuudeltaan vähintään kohtalaista ja tyypillisesti fyysinen aktiviteetti pahentaa särkyä. Muita oireita kohtauksen aikana voivat olla pahoinvointi, oksentelu, valonarkuus ja ääniherkkyys. Migreeniin voi liittyä myös päänsärkyä edeltäviä tai päänsäryn kanssa päällekkäisiä oireita, joita kutsutaan auraksi. Oireet voivat olla esimerkiksi näköhäiriöitä tai muita neurologisia oireita. (Färkkilä 2007.) Lindbergin (2003, 45–46) mukaan migreenin kulku vaihtelee suuresti eri potilailla ja joillakin migreenin ainoa oire voi olla pelkkä aura ilman päänsärkyä. Potilaista 50–80 prosentilla on lisäksi esioireita, jotka voivat kestää

muutamasta tunnista muutamaan päivään ennen päänsäryn alkua. Näihin esioireisiin voi kuulua muun muassa mielialan vaihtelua, haukottelua, verenpaineen laskua, pahoinvointia tai lihaskipuja. On arveltu, että hypothalamus voisi olla osallisena näiden oireiden syntymiseen ja joissakin tutkimuksissa on havaittu hypothalamuksen tiettyjen alueiden aktiivista toimintaa myös migreenikohtauksen aikana. (Lindberg 2003, 45–46.)

Akuuttiin migreeniin tehoavat yleensä hyvin riittävän suurina annostuksina otetut tavalliset särkylääkkeet. Särkylääkepäänsäryn ja muiden lääkkeiden haittavaikutusten välttämiseksi tulisi pyrkiä migreenin ennaltaehkäisyyn. Ennaltaehkäisyssä käytetään tyypillisesti estolääkitystä, mutta myös akupunktuurilla on todettu olevan ennaltaehkäisevä vaikutus. Migreenin tehokas hallinta on mahdollista suurimmalla osalla potilaista eri hoitokeinoja yhdistäen. Kroonisen migreenin hoito vaatii kuitenkin edelleen kehittämistä. Migreeni on monimutkainen sairaus, jonka hoidossa on huomioitava myös liitännäissairaudet sekä potilaan omat toiveet. (Lautala 2010.)

Sarjoittaisen päänsäryn eli Hortonin oireyhtymän oireena on toispuolinen silmänseudulla tuntuva sykkivä ja repivä enimmällään puolitoista tuntia kestävä raju päänsärkykohtaus, johon voi liittyä sieraimen tukkoisuutta sekä silmän vuotoa ja verestystä säryn puolella. Päänsärkykohtauksia esiintyy 3-4 viikon jaksoissa päivittäin. Päänsärkyjaksojen välillä potilas voi olla oireeton jopa vuosien ajan. (Färkkilä 2007.) Sarjoittainen päänsärky on päänsärkymuotona kohtuullisen harvinainen ja se on neljä kertaa yleisempää miehillä kuin naisilla (Forsell & Haanpää 2009, 330–331).

Muita trigeminaalisia autonomisia päänsärkyjä ovat muun muassa CPH eli krooninen, paroksysmaalinen hemikrania, hemikrania continua eli jatkuva ja vaihteleva toispuoleinen päänsärky sekä SUNCT-oireyhtymä, jossa kipu on toispuoleista keskittyen silmän ympärille (Havanka 2005). Muihin primaareihin päänsärkyihin luetaan ns. jäätelöpäänsärky ja hyvänlaatuinen ponnistus päänsärky (Färkkilä 2007).

Päänsäryn kroonistumisen on esitetty johtuvan kipua välittävien hermoston rakenteiden kuten nosiseptoreiden ja nucleus caudatus (tyvitumakkeisiin kuuluva häntätumake) neuronien muuntumisesta (Nienstedt ym. 2008, 554; Färkkilä 2005). Muutoksia tapahtuu myös kipua välittävissä hermovälittäjäaineissa. Kroonisen päänsäryn taustalla

saattaa olla myös särkylääkkeiden liikkakäyttöä. Joidenkin näkemysten mukaan krooninen päänsärky voitaisiin estää aloittamalla tehokas ja oikeanlainen hoito heti toistuvan päänsäryn alettua. Kroonisten ja ongelmallisten päänsärkytapausten hoidossa tarvitaan eri ammattiryhmien asiantuntemusta. (Färkkilä 2005.)

3.4 Päänsäryn akupunktuurihoito

Kourin (Yle 2010) mukaan viime vuosien akupunktuuritutkimus on tuonut paljon tieteellistä näyttöä akupunktuurin puolesta, ja menetelmä on havaittu vaikuttavaksi monessa vaivassa kuten päänsärkyissä. Myös Junnila (2007) ja Saarelma (2009) pitävät akupunktuuria käyttökelpoisena päänsärlyn hoidossa. Myös päänsärkylääkkeiden tarve voi vähentyä akupunktuurin vaikutuksesta (Hester 1998, 323–324).

Akupunktuuria voidaan migreenin ennaltaehkäisyssä pitää lääkehoitoa parempana vaihtoehdona, sillä akupunktuuriin liittyvät sivuvaikutukset ovat huomattavasti vähäisempiä ja tämän teho on vähintäänkin lääkehoitoa vastaava (Linde ym. 2009a). Myös Havangan (2008) ja Therapia Fennican (2007) mukaan akupunktuurista on mahdollisesti hyötyä migreenin estohoidossa. Therapia Fennica (2007) esittää akupunktuurihoidolla saavutettua beetasalpaajahoitoa vastaavia tuloksia ilman lääkehoitoon liittyviä sivuvaikutuksia.

Akupunktuurin hyödyistä akuutin migreenikohtauksen hoidossa on Linden ym. (2009a) mukaan saatu luotettava tutkimusnäyttö. Toisaalta Hesterin (1998, 323–324) mukaan näyttö akupunktuurista migreenin hoidossa on ollut suuntaa-antavaa, ja tutkimusasetelmat ovat olleet puutteellisia. Hesterin (1998, 323–324) ja Linden ym. (2009a) mukaan akupunktuurilla voi vähentää migreenin toistuvuutta ja lääkkeiden käytön tarvetta, mutta se ei juuri vaikuta migreenin voimakkuuteen ja keston. Havangan (2008) ja Linden ym. (2009a) mukaan akupunktuurin vaikutus voi jatkua useita kuukausia hoitojakson päätyttyä, kun taas Hester (1998, 323–324) esittää akupunktuurilla saavutettavien hyötyjen häviävän kuuden kuukauden seurannan aikana. Linde ym. (2009a) kuitenkin pitävät akupunktuuria tehonsa ja turvallisuutensa vuoksi suositeltavana migreenin hoidossa.

Akupunktuurilla on Linden ym. (2009b) katsauksen mukaan ollut kliinisesti merkittäviä vaikutuksia myös tensiotyyppisen päänsäryn hoidossa. Kolmen kuukauden seurannan aikana oli havaittu positiivisia vaikutuksia akupunktuurin vasteessa, päänsärkypäivien määrässä sekä päänsärkykivun voimakkuudessa. Katsaukseen ei sisällynyt pidempää seuranta. (Linde ym. 2009b.) Hester (1998, 323–324) puolestaan esittää, ettei akupunktuurilla ole vaikutusta tensiotyyppisen päänsäryn keston tai voimakkuuteen. Sen sijaan akupunktuuri voi vaikuttaa tensiotyyppisen päänsäryn toistuvuuteen ja lääkkeiden käytön tarpeeseen (Hester 1998, 323–324). Hester (1998, 323–324) myös esittää tensiotyyppisen päänsäryn akupunktuurihoidon vastaavan kokonaisvaikutuksiltaan lumeakupunktuuria tai tavanomaista fysioterapiaa. Linde ym. (2009b) sekä Davis, Kono-wech ja Spierings (2008, 667–677) ovat todenneet akupunktuurin tehokkuutensa ja turvallisuutensa vuoksi arvokkaaksi menetelmäksi ajoittaisen ja kroonistuneen tensiotyyppisen päänsäryn hoidossa. Linde ym. (2009a) sekä Jedel & Carlsson (2005, 131–139) ovatkin suositelleet akupunktuuria sisällytettäväksi päänsärkypotilaan hoitokäytäntöihin.

Kroonisen päänsäryn hoidossa akupunktuurilla on osoitettu 12 kuukauden seurannassa pitkäkestoisia hyötyjä erityisesti migreenin lievityksessä. Tutkimuksen mukaan akupunktuuri voi tavanomaiseen hoitoon verraten vähentää kroonisessa päänsäryssä potilaan lääkityksen tarvetta, lääkärikäyntien ja sairauspäivien määrää, sekä vähäisessä määrin parantaa elämänlaatua fyysisen toimintakyvyn, koetun energisyyden sekä terveydentilan osalta. (Vickers ym 2004.)

Akupunktuuri ja lumeakupunktuuri on havaittu lähes yhtä tehokkaiksi migreenin sekä tensiotyyppisen päänsäryn hoidossa (Linde ym. 2009a; Linde ym. 2009b; Jedel & Carlsson 2005, 131–139). Havangan (2008) ja Junnilan (2007) mukaan ei vaikuttaisi olevan eroa, onko neulojen asettelu sattumanvaraista vai kohdistettu akupunktiopisteisiin, joskin marginaalisessa osassa tutkimuksia Linden ym. (2009a; 2009b) mukaan oikealla akupunktuurilla on saavutettu hieman lumeakupunktuuria parempia hoitotuloksia. Terapia Fennica (2007) esittää aivojen kuvantamistutkimusten mukaan pistevalinnalla olevan vaikutusta aivoalueiden stimulaatio- sekä verenkiertovasteeseen, mutta vaikutukset hoitotuloksiin ovat vielä epäselviä.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Akupunktuuria on tutkittu paljon ja viime vuosien tieteellinen tutkimus on osoittanut menetelmän vaikuttavuuden muun muassa niska-hartiaseudun alueen, päänsäryn ja migreenin hoidossa (Yle 2010). Tästä huolimatta Pitkäsen (2005, 35–37) mukaan monien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietämys akupunktuurista on puutteellista ja menetelmään suhtaudutaan edelleen ennakkoluuloisesti.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää akupunktuurihoitajakson vaikutuksia primaarista päänsärystä kärsivien asiakkaiden elämänlaatuun. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä akupunktuurin vaikutuksista päänsärkyasiakkaan elämänlaatuun ja arvioida akupunktuurihoidon käytettävyyttä primaarisen päänsäryn hoidossa tämän subjektiiviseen kokemuksen perusteella. Tutkimuksessa esille tulleita havaintoja voivat hyödyntää kaikki päänsärkyasiakkaiden kanssa työskentelevät terveydenhuollon ammattiryhmät ja alan opiskelijat sekä päänsärystä kärsivät asiakkaat. Toivomme tutkimuksen lisäävän terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä akupunktuurista ja parantavan sen asemaa länsimaiseen lääketieteeseen kuuluvana menetelmänä.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusaikataulu

Tutkimus toteutettiin vuosien 2010–2011 välisenä aikana. Tutkimusvalmistelut aloitettiin keväällä 2010, jolloin alustavassa tiedonhaussa hankitun aineiston perusteella tutkimuksen aihe rajattiin käsittelemään primaarisen päänsäryn akupunktuurihoitoa ja sen elämänlaadullista näkökulmaa. Aiheen subjektiivisuudesta ja valitsemastamme näkökulmasta johtuen päädyimme tekemään tutkimuksesta laadullisen. Tiedonkeruuvaihe kesti noin puoli vuotta lokakuun 2010 lopulta huhtikuun 2011 loppuun. Ohessa aloitettiin aineiston analyysi, joka valmistui alkusyksyn 2011 aikana. Tutkimusraportin viimeistely suoritettiin loppusyksystä 2011.

5.2 Yhteistyökumppanit ja osallistujat

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä kahden Mikkelissä toimivan fysioterapiayrityksen kanssa. Yhteistyökumppanit valittiin yksityissektorilta niiden oman halukkuuden sekä asiakaskunnan soveltuvuuden perusteella. Yhteistyökumppanien tuli käyttää akupunktuuria itsenäisenä tai muuhun fysioterapiaan yhdistettynä menetelmänä primaarisen päänsäryn hoidossa ja sitoutua tutkimusyhteistyöhön. Yhteistyökumppanien tehtävänä oli valikoida saamiensa ohjeiden (liite 2) perusteella tutkimukseen soveltuvat asiakkaat, toteuttaa akupunktuurihoitajaksot sekä kerätä ja välittää osallistujien tuottama tutkimusaineisto.

Akupunktuurihoidon ensisijaisena indikaationa tuli olla primaarinen päänsärky, jonka taustalla oli migreeni, jännityspäänsärky (tension neck) tai jokin muu primaarisen päänsäryn tekijä. Osallistujan tuli hoitavan fysioterapeutin arvion mukaan soveltua hoidettavaksi akupunktuurin keinoin. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujan oli mahdollista vetäytyä tutkimuksesta niin halutessaan. Riittävän tutkimusaineis-

ton takaamiseksi fysioterapiaan saattoi sisältyä myös muita hoitoja, mikä tuli lääkehoidon ohella ilmetä tutkimusaineistosta.

Tutkimukseen osallistui yhteensä neljä 34–42-vuotiasta primaarisesta päänsärystä tai sen kroonistuneesta muodosta kärsivää naisasiakasta. Osallistujista kolmella oli kroonistunut migreeni, johon kahdella liittyi lisäksi jännityspäänsärky tai määrittelemätön kallonpohjakipu. Yhden osallistujan päänsärkydiagnoosi ei ilmennyt tutkimusaineistosta. Kolmella osallistujalla päänsärkyä oli aiemminkin hoidettu akupunktuurilla, mihin kahdella osallistujalla oli liitetty myös pehmytkudoskäsittelyä ja toisella lisäksi TNS-sähkökipuhoito. Yhdellä osallistujista päänsärkyä oli aiemmin hoidettu nikamakäsittelyllä. Yhdelle osallistujista oli tehty niskan alueelle leikkaus loppuvuodesta 2009.

Osallistujia yhdisti passiivinen työnkuva, joka koostui enimmäkseen istuma- ja näyttöpäätetyöskentelystä. Yksi osallistuja oli päänsäryn vuoksi sairauslomalla hoitajakson ajan. Osallistajat kuvailivat vapaa-aikansa kotitöiden ja lasten hoitamisen ohessa sisältävän fyysisesti keveitä harrasteita kuten musiikki, lukeminen ja käsityöt. Osallistujista kaksi mainitsi liikuntaharrastukseen kävelyn tai hölkän.

Tutkimuksen aikana kaikille osallistujille toteutettiin yksilöllinen akupunktuurihoitajakso yhteistyökumppanien toimesta. Yhdellä osallistujalla hoitajakso sisälsi ainoastaan akupunktuurihoidon, kun taas toisella akupunktuuriin liittyi nikamakäsittely. Kahdella muulla osallistujalla hoito sisälsi akupunktuurin ohella terapeuttista harjoittelua ja toisella lisäksi hierontaa. Akupunktuurihoitajakson aikana kaikilla osallistujilla oli käytössään vähintään yksi kipulääkevalmiste. Yhdellä osallistujista oli käytössä useampi lääkevalmiste kivun ja erilaisten psykofyysisten oireiden kuten ahdistuksen, masennuksen ja lihasjäykkyyden lievittämiseksi.

5.3 Aineiston keruu- ja analysointimenetelmät

Tutkimuksen tiedonkeruuta varten laadittiin pääsärkypäiväkirja (liite 3). Pääsärkypäiväkirjan tarkoituksena oli tuottaa laadullista aineistoa asiakkaiden kokemuksista koskien akupunktuurihoitajaksoa. Tuomen ja Sarajärven (2002, 86) mukaan päiväkirjaa voidaan käyttää laadullisen tutkimuksena aineistonkeruumenetelmänä, mikäli osallistuja

kykenee ilmaisemaan itseään kirjallisesti. Päiväkirja mahdollisti osallistujille kontrolloimattoman ja kiireettömän vastaamisen heille itselle parhaiten sopivana ajankohtana. Päiväkirjan täyttäminen voi kuitenkin Tuomen ja Sarajärven (2002, 86) mukaan olla haasteellista osallistujien kirjallisten kykyjen ja motivaation kannalta.

Mielestämme päänsärkypäiväkirja soveltui aineistonkeruumenetelmäksi. Päiväkirja mahdollisti vastaamisen anonymisti ja noudatti yhteistyökumppanien asiakkaita koskevia salassapitovelvoitteita. Päiväkirjalla tiedonkeruu pystyttiin myös toteuttamaan keskenään vertailukelpoisesti riippumatta välimatkasta tai akupunktuurihoitojaksojen yksilöllisistä toteutusaikatauluista.

Päänsärkypäiväkirja koostui ohjeellisesta osiosta ja kysymysosista. Päiväkirjan kansilehdeksi liitettiin tutkimuksen saatekirje (liite 1). Ohjeellinen osa sisälsi ohjeet päiväkirjan täyttämistä sekä johdantokappaleen elämänlaadullisten näkökulmien avaamiseksi osallistujalle. Kysymyksiin sisältyi esitietojen ja päänsärlyn seurantataulukon lisäksi avoimista kysymyksistä koostuneet viikoittaiset hoitokokemukset sekä hoitojakson lopukartoitus.

Päänsärkypäiväkirjat, hoitopalautteet (liite 4) ja tutkimuksen saatekirjeet toimitettiin tiedonkeruuvaiheen alussa yhteistyökumppaneille paperiversioina ja sähköisessä muodossa. Samalla yhteistyökumppaneille annettiin kirjallinen ohje (liite 2) ja suullinen ohjeistus tiedonkeruun käytännön toteutuksesta. Suullisella ohjeistuksella varmistettiin, ettei tiedonkeruun toteutuksesta jäänyt epäselvyyttä.

Akupunktuurihoitojaksojen alussa yhteistyökumppanit luovuttivat tutkimuksen saatekirjeet ja päänsärkypäiväkirjat osallistujille. Lisäksi päänsärkypäiväkirja, erityisesti sen ohjeellinen osio, käytiin osallistujan kanssa läpi yhteistyökumppanien toimesta. Yhteistyökumppanit vastasivat akupunktuurin käytännön toteutuksesta ja saamiensa ohjeiden mukaan osallistujien valinnasta.

Osallistujien oli tarkoitus täyttää päänsärkypäiväkirjaa akupunktuurihoitojakson aikana kerran viikossa. Lisäksi osallistujan tuli merkitä päiväkirjaan hoitojakson aikana ilmaantuneet päänsärkykohtaukset. Akupunktuurihoitojakson lopussa osallistujan tuli kir-

jata koko hoitajakson ajalta keskeisimmät kokemuksensa päänsärkypäiväkirjan loppukartoitukseen. Lisäksi laadittiin erillinen hoitopalaute jokaisen akupunktuurihoitokerran yhteydessä täytettäväksi. Yhteistyökumppaneista johtuvista syistä hoitopalautteita ei kuitenkaan kerätty.

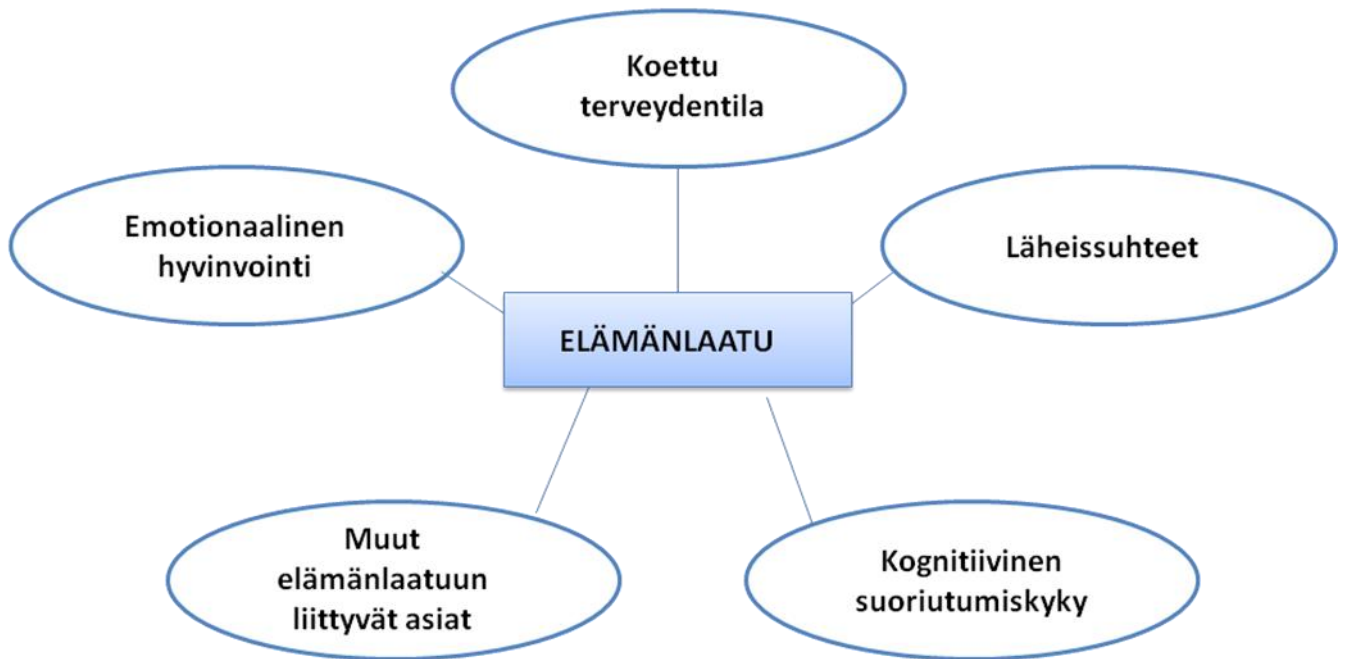
Akupunktuurihoitajakson päättyessä osallistujat palauttivat päänsärkypäiväkirjat yhteistyökumppaneille. Yhteistyökumppanit keräsivät aineiston lukematta suljettuihin kirjekuoriin. Aineisto noudettiin yhteistyökumppaneilta tutkimuksen tekijöiden toimesta.

Aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia, jossa kootusta aineistosta erotellaan kiinnostavat asiat, kerätään asiat erikseen muusta aineistosta, jaetaan teemoihin ja kirjoitetaan yhteenveto (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93–95). Analysointi aloitettiin päänsärkypäiväkirjoihin tutustumisesta. Aineisto luettiin useaan kertaan, minkä jälkeen molemmat erottelivat sieltä omasta mielestään tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti elämänlaatuun liittyvät asiat. Havaitsimme tässä vaiheessa, että elämänlaatuun liittyvät havainnot oli luokiteltavissa asiakkaiden saamissa saatekirjeissä mainittujen Maailman Terveysjärjestön määrittelemien elämänlaadun osa-alueiden mukaan.

Aineiston analysoinnin edetessä menetelmä muovautui induktiivisesta aineistoanalyysistä deduktiiviseen eli teoroasidonnaiseen suuntaan. Teoriasidonnaisessa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä ja aikaisempi tieto voi ohjata analyysiä, vaikka analyysiyksiköt nousevatkin aineistosta. Tällaisessa prosessissa vaihtelevat sekä aineistolähtöisyys että valmiit mallit. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95–100.) Tutkimuksessamme elämänlaatua kokonaisuutena oli määritelty jo teoriaosassa ja asiakkaiden saatekirjeissä, mutta elämänlaadun osa-alueiden sisältö muodostui aineistolähtöisesti. Tämä analysointimenetelmä mahdollisti aineistolähtöisyyden ja valmiiden mallien yhdistelyn ja tuntui soveltuvan parhaiten juuri tämän aineiston analysointitavaksi teorian ja aineiston teemojen samankaltaisen jakautumisen vuoksi.

Aineistossa esiintyneet elämänlaadulliset asiat kerättiin tämän jälkeen käsitekarttaan (Kuvio 1). Metsämuurosen (2000, 54) mukaan käsitekartta voi helpottaa sisällöllistä analyysia, koska se on visuaalinen, sen avulla on mahdollista hahmottaa suuria kokonaisuuksia ja eri käsitteitä yhtä aikaa, se selkiyttää käsitteiden välisiä suhteita ja nostaa

esiin oleelliset ja epäoleelliset seikat. Käsittekartassa asiat luokiteltiin päänsärkypäiväkirjan johdannossa mainittujen elämänlaatuun liittyviin teemoihin: vaikutukset koettuun terveydentilaan, läheissuhteisiin, emotionaaliseen hyvinvointiin ja kognitiiviseen suoriutumiskykyyn. Päiväkirjoista nousi esiin myös muita elämänlaatuun liittyviä asioita edellä mainittujen teemojen ulkopuolelta, joita tarkastelemme tutkimuksessa erikseen.



Kuvio 1. Elämänlaatuun liittyvien asioiden teemajako.

Teemoittelussa jokaisen teeman alle kerättiin aineistosta teemaan liittyviä huomioita, lainauksia ja yhteenvetoja aineistoa pelkistäen. Tutkimustulokset koottiin teemajaottelua noudattaen. Yhdistelyn pyrkimyksenä on ymmärtää ilmiötä monipuolisesti ja kehittää teoreettinen näkökulma tai malli, johon teemoiteltu aineisto voidaan sijoittaa (Hirsjärvi & Hurme 2008, 173).

6 TUTKIMUSTULOKSET

Akupunktuurin, kivun ja elämänlaadun yhteyksiä tarkasteltaessa vaikuttaa teoriassa mahdolliselta, että akupunktuurilla voitaisiin parantaa päänsärystä kärsivän henkilön elämänlaatua. Aiheesta ei kuitenkaan ole saatavilla tutkimustietoa. Tutkimuksellemme ei asetettu ennako-odotuksia elämänlaatua ja akupunktuuria koskevien subjektiivisten muuttujien vuoksi. Tutkimustulokset perustuvat osallistujien päänsärkypäiväkirjoissaan kuvaamiin havaintoihin ja huomioihin. Tulokset on jaoteltu päänsärkypäiväkirjan elämänlaatua käsitelleen johdantokappaleen tapaan elämänlaadun eri osa-alueisiin, mutta tuloksissa on esitetty myös muita tutkimukseen osallistuneiden esille tuomia kokemuksia ja havaintoja edellä mainitun jaottelun ulkopuolelta.

6.1 Päänsäryn vaikutukset elämänlaatuun ennen akupunktuurihoitojaksoa

Akupunktuurihoitojakson alussa osallistujat kuvasivat pitkään jatkuneen päänsäryn vaikutuksia elämänlaadun eri osa-alueisiin. Keskeisimmäksi haitaksi osallistujat kokivat voimakkaan ja jatkuvan päänsärkykivun ja siihen liittyvät oheishaitat, mikä heikensi fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia vaikuttaen vapaa-ajan aktiivisuuteen ja työssä suoriutumiseen. Kaikki osallistujat kuvasivat päänsärkyyn liittyvän huimauksen tunnetta, sekä huomattavaa väsymystä tai jaksamattomuutta. Yksi osallistuja kuvaili väsymystään hoitojakson alussa seuraavasti:

”haluaisi tehdä paljon enemmän, mutta voimat eivät yksinkertaisesti riitä”.

Osalla osallistujista päänsärky johti ajoittain toimintakyvyn lamaavaan uupumukseen. Erään osallistujan mukaan päänsäryn takia

”kotityötkin jäävät tekemättä”.

Jotkut osallistujista kuvasivat päänsäryn aiheuttavan näköhäiriöitä tai valonarkuutta sekä muistin ja keskittymiskyvyn vaikeuksia. Vähäisessä määrin ilmeni lähes päivittäistä pahoinvointia tai ajoittaista pahoinvointia päänsäryn yhteydessä.

Osallistujat kuvasivat päänsäryn vaikuttavan myös mielialaan. Päänsäryn koettiin aiheuttavan mielialanvaihtelua, joka ilmeni ajoittaisena hermojen tai ”pinnan kireytenä” sekä turhautumisen tunteena. Päänsärkyyn liittyi myös ilottomuutta, mielialanlaskua tai masennusta. Päänsäryn aiheuttaman kykenemättömyyden tunteen ja motivaation puutteen kuvailtiin yhdessä mielialan laskun kanssa heikentävän toimintakykyä ja fyysistä aktiivisuutta, minkä yksi osallistuja koki erityisesti itsetuntoa heikentävänä tekijänä. Osallistujat kokivat paineita myös työssä suoriutumisesta ja jaksamisesta. Joissakin tapauksissa päänsäryn aiheuttamat muistiongelmät ja keskittymiskyvyn vaikeudet heikensivät koettua työkykyä.

6.2 Akupunktuurihoitojakson vaikutukset koettuun terveydentilaan

Päänsäryn koettiin vaikuttavan konkreettisimmin terveydentilaan, minkä vuoksi aineistossa korostui päänsärkykipu ja sen vaikutukset fyysiseen toimintakykyyn ja päivittäisiin toimintoihin. Osallistujat myös kuvailivat aineistossa määrällisesti eniten päänsärkykipua ja toimintakyvyssä koettuja muutoksia hoitojakson ajalta.

Akupunktuurihoitojakson aikana osallistujat kokivat päänsärkyä vaihdellen. Joillakin osallistujista päänsärky oli jakson aikana kestoaltaan vaihtelevaa muutaman tunnin päänsärystä useamman vuorokauden yhtämittaiseen päänsärkyjaksoon. Myös päänsäryn voimakkuus vaihteli 0-10-asteikolla voimakkaimman päänsäryn (7-10) liittyessä yleensä pitkäkestoisimpiin päänsärkyjaksoihin. Toisilla osallistujista päänsärkyssä ei jakson aikana ilmennyt vastaavaa vaihtelua päänsäryn pysyessä muuntumattomana. Osallistujat kokivat päänsäryn aiheuttavan huomattavaa voimattomuutta ja vaikeuksia selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Päänsärkyyn liittynyttä väsymystä kuvailtiin muun muassa

”--mikään ei huvita-- --ei jaksanut kotona tehdä muuta, kuin nukkua.” ja ”ei pysty tekemään kotihommia, eikä oikein töitäkään-- --ei jaksa mitään”.

Tutkimusaineistossa tuli vahvasti esille hoitojakson alkupuolella välittömiä, suotuisia vaikutuksia.

”Kipu hälvenee ja mieliala muuttuu valoisammaksi--, --parempi yöuni heti hoidon jälkeen.”, ”—helpottaa kipuja huomattavasti--, --ikään kuin blokkaa kivun--, --parantaa oloa.”

Akupunktuuri koettiin erittäin hyvänä hoitomuotona. Osallistujat kuvasivat muun muassa niskaseudun lihaskireyden helpottaneen heti ensimmäisen hoitokerran jälkeen. Eräs osallistuja kuvasi olotilaansa ensimmäisen hoitokerran jälkeen keveäksi ja täysin kivuttomaksi, mitä tosin seurasi myöhemmin hoidon jälkeen vuorokauden mittainen kipu ja paineen tunne päässä. Esille tuli myös akupunktuurin välittömän vaikutuksen olleen hoitojakson alussa lyhytkestoinen.

”--vaikutusta vain yhdeksi illaksi.”

Kaikki osallistujat kokivat hoitojakson päättyessä akupunktuurin vaikuttaneen terveydentilaan suotuisasti. Osalla osallistujista päänsärkykohtaukset vähenivät ja lyhenivät kestoltaan hoitojakson loppua kohden. Päänsärlyn voimakkuus ei kuitenkaan VAS:illa mitaten muuttunut, joskin kaikki osallistujat kokivat päänsärkykivun lievittyneen lähtötilanteeseen verraten. Eräs osallistuja kuvasi kokonaistilanteensa kohentuneen hoitojakson aikana.

”päänsäryt vähentyneet merkittävästi, lähes poistuneet--, --särky lyhentynyt kestoltaan ja voimakkuudeltaan--, --myös toimintakyky parempi.”,

Tämän seurauksena hän koki pystyvänsä esimerkiksi harrastamaan enemmän liikuntaa. Aineistossa kuvailtiin myös päänsärkykohtauksiin liittyneiden ennakko-oireiden, esimerkiksi näköhäiriöiden jääneen kokonaan pois. Osa koki akupunktuurin muihin hoitoihin verraten paremmaksi kivunlievitykseksi, toisin sanoen:

”laukaisevan kivun pois parhaiten”.

Myös akupunktuurijakson päättyessä päänsärlyn kuvattiin helpottuneen.

”päänsärky vähentynyt oleellisesti kohtauspäivien lukumäärän, keston ja voimakkuuden suhteen”.

Eräs osallistuja koki toimintakykynsä parantuneen huomattavasti akupunktuurin ja siihen yhdistetyn kuntosaliharjoittelun avulla, minkä seurauksena hän pystyi hoitojakson päättyessä nauttimaan arkiaskareiden lisäksi säännöllisestä kohtuukuormittavasta lii-

kunnasta. Säännöllisen akupunktuurihoidon koettiin lievittäneen tai ennaltaehkäisseen oleellisesti päänsärkykohtauksia ja parantaneen yleistä jaksamista, joskin eräällä osallistujista akupunktuuriin liittyi hetkellinen kivun voimistuminen hoitokertojen jälkeen.

Osallistujat kuvasivat päänsärkyyn liittyneiden liitännäisoireiden kuten huimauksen, näköhäiriöiden ja pahoinvoinnin kadonneen akupunktuurihoitojakson aikana. Päänsärlyn lievittymisen lisäksi merkittävimpänä hyötynä koettiin yleisvoinnin paraneminen väsymyksen ja voimattomuuden vähentyessä. Kokonaisuudessaan muutokset olotilassa paransivat koettua työkykyä ja mahdollistivat suuremman aktiivisuuden vapaa-ajalla. Muutokset koettiin elämänlaadun kannalta huomattaviksi. Jotkut kokivat lisäksi ruokahalun ja unenlaadun parantuneen hoitojakson aikana, millä koettiin olleen merkittävä vaikutus yleisvoinnin kannalta.

6.3 Muutokset emotionaalisessa hyvinvoinnissa ja kognitiivisessa suoriutumiskyvyssä

Akupunktuurilla koettiin olevan suotuisia vaikutuksia useisiin emotionaalisen hyvinvoinnin osa-alueisiin. Osallistujat kuvasivat akupunktuurihoitojakson lisänneen hyvän olon tunnetta ja virkistäneen mieltä. Osalla mielihyvän tunne voimistui hetkellisesti hoitokertojen yhteydessä.

”hyvä mieli ja olo heti hoitokerran jälkeen”, ”parantaa oloa, --parantaa mielialaa todella paljon.”, ”hoito toi hyvän olon”.

Akupunktuurin vaikutusta mielialaan pidettiin merkittävänä, mutta eräs osallistuja uskoi akupunktuurin ohella myös jakson aikana aloitetun kortisonilääkityksen parantaneen oloa. Lisäksi eräs osallistuja piti akupunktuurin osuutta mielialan ja henkisen hyvinvoinnin paranemiseen kyseenalaisena. Akupunktuurin ja muiden hoitoon liittyneiden tekijöiden vaikutukset ilmenivät osallistujien kuvaamana energisyytenä ja lisääntyneenä jaksamisena, mikä joidenkin kokemusten mukaan kohotti aiemmin heikoksi koettua itsetuntoa ja lisäsi elämänhallinnan tunnetta.

Akupunktuurin koettiin vähentävän päänsärlyn kipurasitetta. Eräs osallistuja kuvasi muutosta.

”enä ei laske kivuttomia päiviä tai tunteja--”.

Yleisesti olon koettiin helpottuneen ja kivun kokemiseen liittyvän pelon hävinneen.

”Helpompi olla kun ei koske--, --eikä tarvitse jatkuvasti pelätä kivun alkamista”.

Lisäksi aineistosta ilmenee hoitajakson alun suotuisten vaikutusten herättämää toiveikkuutta.

”kokonaistilanne kohenemaan päin”, ”Toivo herää, että josko jälleen koittaisi kivuton aika.”.

Toisaalta erään osallistujan mukaan kivun kanssa voi myös oppia elämään.

”Kipukin pitää hyväksyä ja se, miten se elämään vaikuttaa.”

Akupunktuurin vaikutus päänsäryn aiheuttamiin kognitiivisen suorituskyvyn vaikeuksiin jäi tutkimuksessa epäselväksi. Lähtötilanteessa työkykyä heikentäneiksi tekijöiksi mainittuja muistin ja keskittymiskyvyn vaikeuksia ei kuitenkaan kuvattu jakson myöhemmässä vaiheessa tai päättyessä.

6.4 Vaikutukset läheissuhteisiin

Akupunktuurilla koettiin olevan vaikutusta läheissuhteisiin lähinnä mielialassa koettujen muutosten ja lisääntyneen jaksamisen myötä. Kokonaisuudessaan läheissuhteita koskevia huomioita oli kuvattu aineistossa niukasti. Päänsärkykivun ja väsymyksen aiheuttamat negatiiviset tunnereaktiot kuten ärtyneisyys, huonotuulisuus ja välinpitämättömyys sekä mielialanvaihtelu vähenivät tai hävisivät kokonaan akupunktuurihoitajakson aikana.

*”huonotuulisuus, voimattomuus, saamattomuus ja jatkuva väsymys pois-
sa”, ”jaksaa tehdä ja touhuta”*

Muutoksilla koettiin olevan positiivinen vaikutus perheen keskinäiseen kanssakäymiseen ja muihin läheissuhteisiin. Eräs osallistuja koki hoidon loppupuolella jaksavansa puuhastella paremmin lasten kanssa väsymyksen helpotuttua. Eräs osallistuja oli jatku-

van päänsäryn ja sen liitännäisoireiden vuoksi sairauslomalla, mikä lienee väistämättä vaikuttanut ainakin tämän henkilön läheissuhteisiin työyhteisössä.

6.5 Muut elämänlaatuun liittyvät asiat

Kaikki osallistujat suhtautuivat akupunktuuriin myönteisesti. Akupunktuurin vaikutuksia tarkastellessaan eräs osallistujista puntaroi päänsärkypäiväkirjassaan varsinaisen akupunktuurin ja toisaalta plasebon aikaansaaman vaikutuksen merkitystä. Osallistuja totesi päiväkirjassaan, ettei hänen mielestään mahdollisen plasebo-vaikutuksen osuudella ole kokonaisvaikutuksen kannalta merkitystä, jos itse kokee hyötynensä hoidosta. Toinen osallistuja arveli kortisonilääkityksen parantaneen merkittävästi hänen yleistä terveydentilaansa. Myöskään muiden osallistujien kohdalla ei voida yksiselitteisesti eritellä akupunktuurin tai hoitojakson aikana käytettyjen lääkevalmisteiden osuutta koettuihin hyötyihin.

Jotkut osallistujat kokivat fysioterapeutin roolin merkittävänä osana akupunktuuria. Fysioterapeutin miellyttävä persoona sekä kannustava ja rohkaiseva terapian toteutustapa koettiin hoitovasteen kannalta myötävaikuttavana tekijänä. Neulakammosta kärsivä osallistuja koki fysioterapeutin tuen edellytyksenä hoitojakson toteuttamiseksi ja pelon voittamiseksi. Neulakammon voittamisen osallistuja koki myös itsetuntoa parantavana tekijänä.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Subjekttiivinen elämänlaatu voi vaihdella samallakin henkilöllä suuresti eri osa-alueilla. Nimenomaan kipupotilaille kehitettyjä elämänlaatukyselyjä ei ole julkaistu. (Estlander 2003, 145–146.) Myöskään päänsäryn vaikutuksista elämänlaatuun ei ole saatavilla tutkimustietoa, mutta joitakin tutkimuksia on tehty kroonisille kipupotilaille. Omassa tutkimuksessamme lähteenä sovellettiin tietämystä kroonisen kivun vaikutuksista elämänlaatuun spesifimpien lähteiden puuttuessa. Mielestämme kroonisten kipupotilaiden elämänlaatatutkimuksia voidaan kuitenkin pitää soveltuvina lähteinä, koska akupunktuurilla hoidettavien potilaiden päänsärky on useimmiten pitkittynyttä tai kroonista.

Tutkimuksemme mukaan pitkittynyt primaarinen päänsärky vaikuttaa laaja-alaisesti elämänlaadun eri osa-alueisiin ja koettuun hyvinvointiin kuten myös Hamunen ja Heiskanen (2009, 10–12) esittävät. Fyysisen terveyden ohella vaikutukset ilmenevät myös psyykkisessä hyvinvoinnissa kuten kroonisesta kivusta kärsivien suomalaispotilaiden elämänlaatua tutkittaessa on havaittu (Hamunen & Heiskanen 2009, 10–12).

Tutkimuksemme mukaan akupunktuuri vaikuttaisi edistävän päänsärkyasiakkaan koettua elämänlaatua. Akupunktuuri voi vaikuttaa suotuisasti ainakin koetun terveyden ja emotionaalisen hyvinvoinnin osa-alueisiin, mutta vaikutus voi ulottua myös muihin elämänlaadun alueisiin. Tulokset vastaavat muun muassa Junnilan (2007) ja Kourin (Yle 2010) näkemyksiä, joiden mukaan päänsärkyasiakkaat hyötyvät akupunktuurista. Myös Vickersin ym. (2004) mukaan akupunktuurilla voi olla vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn ja koettuun terveydentilaan.

Koetun terveydentilan näkökulmasta akupunktuuri vaikuttaisi vähentävän päänsärkypäivien määrää ja lievittävän merkittävästi päänsärlyn liitännäisoireita. Päänsärlyn voimakkuuteen akupunktuurilla ei kuitenkaan näyttäisi olevan vaikutusta. Vastaavia havaintoja on esittänyt muun muassa Hester (1998, 323–324) koskien migreenin ja tensiotyyppisen päänsärlyn akupunktuurihoitoa. Tutkimuksemme mukaan päänsärlyn liitännäisoireiden lievittyminen on päänsärkykivun muuntumista merkittävämpi tekijä yksilön toimintakyvyn kannalta. Tutkimuksessamme akupunktuurilla ei havaittu olevan huomattavia haittavaikutuksia, mikä vastaa tutkijoiden (muun muassa Linde ym. 2009b; Davis ym. 2008; ja Rampes 1998, 375–383) näkemyksiä.

Akupunktuuri vaikuttaisi vähentävän päänsärkyyn liittyvää henkistä rasitetta ja edistävän psyykkistä hyvinvointia. Tutkimuksessamme akupunktuuriin liittyi lisääntynyt mielihyvän tunne sekä kivun lievittyminen, mikä Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistyksen (2011d) ja Therapia Fennican (2007) mukaan voi johtua lisääntyneestä endorfiinierityksestä tai muista tunnetuista vaikutusmekanismeista. Mielialan muutoksiin on voinut vaikuttaa myös päänsärkypäivien väheneminen ja liitännäisoireiden helpottuminen. Myös nousevien kipuratojen neurofysiologiset yhteydet limbiseen järjestelmään, akupunktuurin stimuloiva vaikutus aivojen kipua moduloiviin osiin sekä kehon biosähköiset muutokset voivat selittää psyykkisessä hyvinvoinnissa koettuja muutoksia fysiologisella tasolla. (Elomaa & Estlander 2009, 113–115; Kalso & Kontinen 2009, 54; Therapia Fennica 2007; Sims 1997.) Myös muut tutkimuksessamme ilmenneet suotuisat vaikutukset kuten parantunut unenlaatu ja ruokahalu voivat Suomen fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistyksen (2011a; 2011d) mukaan liittyä akupunktuurihoitoon. Vaikutusten taustalla voi olla myös muita toistaiseksi tuntemattomia mekanismeja.

Pitkittyneestä päänsärystä kärsivillä henkilöillä saattaa ilmetä pelko-välttämiskäyttäytymistä, joka Salanterän ym. (2006, 56–60) mukaan voi aiheuttaa esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden välttämistä. Tällä voi olla vaikutusta muun muassa itsetuntoon ja läheissuhteisiin. Joissakin tapauksissa pelko-välttämiskäyttäytyminen voi vaikuttaa myös päivittäiseen työ- ja toimintakykyyn ja lisätä syrjäytymisen vaaraa. Tutkimuksemme perusteella ei voida kuitenkaan tehdä yksiselitteisiä johtopäätöksiä akupunktuurin vaikutuksista perhe- tai työympäristön läheissuhteisiin. Mikäli akupunktuu-

rilla voitaisiin edistää työkykyä ja fyysistä aktiivisuutta, voisi se mahdollisesti vähentää sairauspoissaoloja ja syrjäytymisen varaa sekä päänsärystä aiheutuvia kustannuksia.

Tutkimuksemme mukaan terveydentilassa ja emotionaalisessa hyvinvoinnissa koetut muutokset voivat edistää merkittävästi päänsärkyasiakkaan toiminta- ja työkykyä. Elomaan ja Estlanderin (2009, 112–115) mukaan pitkäaikaisista kivuista kärsivillä potilaila on usein unettomuutta, masennusta tai molempia, mikä voi oleellisesti vaikuttaa potilaiden elämänlaatuun. Akupunktuurilla saavutetun kivun lievittymisen seurauksena henkilö saattaa suoriutua työtehtävistä ja päivittäisistä toiminnoista tehokkaammin. Tällä voi olla suotuista vaikutusta elämänhallinnan tunteeseen ja itseluottamuksen lisääntymiseen. Myös jatkuvan sairaslomakierteen katkaiseminen ennaltaehkäisee syrjäytymistä yhteiskunnasta. Lisäksi terveydessä ja toimintakyvyssä koetut muutokset voivat tutkimuksemme mukaan myötävaikuttaa asiakkaan itsehoidon, esimerkiksi terapeutin harjoittelun tai muun liikunnan toteutukseen, mikä Salanterän ym. (2006) mukaan voi vaikuttaa kipukokemusta lieventävästi.

Tutkimusaineiston pohjalta voidaan todeta, että akupunktuuri saattaa vaikuttaa suotuisasti jo ensimmäisen hoitokerran jälkeen, mutta intensiivisenä jaksona toteutetulla hoidolla voidaan saada pitkäkestoisempi ja voimakkaampi hoitovaste. Akupunktuurihoitajakson vaste vaikuttaisi olevan positiivinen, vaikka akupunktuuri voi hetkellisesti voimistaa oireita. Päänsäryn pahimpaan vaiheeseen ajoitettu akupunktuurijakso saattaa vähentää pitkittyneen kivun aiheuttamia haittoja ja Therapia Fennican (2007) esittämään tapaan mahdollisesti aktivoida elimistön omia suoja- ja paranemismekanismia. Tutkimuksestamme ei voi kuitenkaan päätellä kuinka kauan akupunktuurin aiheuttamat suotuisat vaikutukset kestävät. Joissakin aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että akupunktuurin vaikutus migreenin hoidossa jatkui useita kuukausia hoitosarjan päätyttyä, mikä Havangan (2008) ja Linden ym. (2009a) mukaan vähensi lääkityksen tarvetta, kun taas Hesterin (1998, 323–324) mukaan akupunktuurilla saavutetut hyödyt hävisivät kuuden kuukauden seurannan aikana. Akupunktuurijakson pitkäaikaisvaikutuksia tulisi tutkia jatkossa lisää.

Akupunktuurin kokonaisvaste voi tutkimuksestamme muodostua useista eri tekijöistä, joita voivat olla muun muassa erilaiset fysiologiset mekanismit ja psykologiset prosessit

sekä asiakkaan kokemukset ja asennoituminen hoitoa kohtaan. Myös toistaiseksi tuntemattomilla mekanismeilla kuten biosähköisen kentän muutoksilla voi olla merkitystä kokonaisvasteen kannalta. Lisäksi fysioterapeutin rooli sekä muu akupunktuurijakson aikana toteutettu tai ohjattu fysioterapia ja lääkehoito voivat vaikuttaa lopputulokseen. Myös asiakkaan elämäntilanteella ja sen muutoksilla hoitojakson aikana saattaa olla merkitystä. (Suomen Fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011d; Filshie & White 1998, 7-9; Lewith & Vincent 1998, 209-210; Sims 1997, 102-111.) Yksittäisten tekijöiden vaikutuksia hoitovasteen kannalta on haastavaa ja mielestämme tarpeetonta eritellä, sillä parhaaseen tulokseen voidaan kenties päästä yhdistämällä eri menetelmiä yhteneväksi hoitokokonaisuudeksi.

7.2 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen eteneminen

Tutkimuksen tiedonkeruu toteutettiin käytännön syistä päänsärkypäiväkirjoin fysioterapeuttien välityksellä. Aineistonkeruumenetelmän valintaan vaikutti laadullinen tutkimusote sekä välimatka tutkimushenkilöihin. Akupunktuurihoitojaksot myös toteutuivat jokaisella tutkimushenkilöllä yksilöllisenä ajankohtana, joten tiedonkeruuta esimerkiksi haastatteluilla ei olisi voinut toteuttaa keskitetysti.

Aineistoa kerätessä päänsärkypäiväkirjan etuna tiedonkeruumenetelmänä oli osallistujan mahdollisuus täyttää päiväkirjaa omissa oloissaan fysioterapeutista tai tutkimuksen toteuttajista riippumatta, jolloin ulkoiset tekijät eivät päässeet vaikuttamaan aineistoon. Päiväkirjassa osallistujalta saatiin tietoa lähtötilanteesta, hoitojakson ajalta ja lopputilanteesta. Jokainen osallistuja sai kirjoittaa ja ilmaista vastauksissa itseään omalla tavallaan. Päiväkirjan kysymykset olivat avoimia sekä melko laajoja ja toivoimme saavamme kuvailevia ja monisanaisia vastauksia. Vastauksissa oli kuitenkin huomattavissa, että motivaatio vastata perusteellisesti kysymyksiin laski lähes jokaisella osallistujalla hoitojakson edetessä. Vastaukset olivat osittain toteavia ja kuvailevaa tekstiä oli määrällisesti vähän. Osa tutkimukseen osallistuneista oli myös perehtynyt päänsärkypäiväkirjan johdantokappaleeseen huolellisemmin kuin toiset. Tämä ilmeni erityisesti elämänlaatua koskevien vastausten monipuolisuutena. Emme saaneet osallistujilta palautetta tutkimuksestamme tai aineistonkeruumenetelmästä, mutta voi olla, että joku saattoi ko-

kea kyselyn aikaavieväksi tai liian kuormittavaksi sen hetkisessä elämäntilanteessa ja sen vuoksi vastaukset jäivät suppeiksi. Jokainen tutkimukseen osallistunut henkilö pysyi kuitenkin mukana omasta tahdostaan mukana tutkimuksen loppuun saakka. Lisäksi osa oli kiinnostunut valmiista opinnäytetyöstämme ja tutkimukseen liittyvistä havainnoista.

7.3 Tutkimusetiikka ja luotettavuus

Tuomen ja Sarajärven (2002, 128) mukaan ihmisoikeudet muodostavat eettisen perustan tutkimukselle, joka kohdistuu ihmisiin. Osallistujien tulee olla tietoisia tutkimuksesta ja sen tavoitteista, heidän tulee olla vapaaehtoisia osallistumaan tutkimukseen ja heidän antamaansa tietoa tulee kohdella luottamuksellisesti. Lisäksi osallistujien henkilöllisyys tulee suojata ja ennen kaikkea tutkimukseen osallistuneiden on voitava luottaa tutkijan vastuuntuntoon ja siihen, että hän noudattaa tehtyjä sopimuksia eikä vaaranna tutkimuksen rehellisyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128–129.) Suuri osa eettisyyttä on myös tutkimuksen tarpeellisuuden arviointi. Tutkimusta ei kannata tehdä, jos siitä ei ole merkittävää hyötyä muille kuin tutkijalle itselleen. Lisäksi on arvioitava onko tutkimushenkilöiden antama panos suhteessa siihen, mitä tutkimus voi antaa heille tai muulle yhteiskunnalle. (Miles & Huberman 1994, 290–292.)

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt saivat tutkimuksessamme käyttää vastauksissaan nimimerkkiä eikä heidän tarvinnut paljastaa meille henkilöllisyyttään missään vaiheessa tutkimusta. Henkilöllisyys ei olisi tullut näin toimittaessa esille, vaikka aineisto olisi joutunut ulkopuolisen henkilön käsiin. Myös tiedonkeruuseen osallistuneet fysioterapeutit olivat salassapitovelvollisia. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt saivat fysioterapeuteilta saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja menettelytavoista sekä aineiston luottamuksellisesta käsittelystä ja tuhoamisesta tutkimuksen valmistuttua. Kaikki kerätyt tiedot olivat tutkimuksen kannalta tarpeellisia ja kerätty aineisto tuhottiin tutkimuksen päätyttyä. Tutkimuksemme perustui vapaaehtoisuuteen eikä osallistuneille maksettu korvausta tutkimushenkilönä toimimisesta. Uskomme kuitenkin useiden päänsärystä kärsivien ihmisten hyötyvän tutkimuksesta, mikäli akupunktuurin asema päänsäryn hoidossa vahvistuu tutkimuksemme avulla.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole yksiselitteisiä ohjeita, koska luotettavuuteen vaikuttavat monet erilaiset tekijät. Joitakin kriteereitä luotettavalle tutkimukselle on kuitenkin esitetty. Yksi kriteereistä on uskottavuus, johon vaikuttavat esimerkiksi tutkimukseen osallistuneiden kuvaus, tutkijan tekemien tulkintojen pohjautuminen aineistoon ja kerätyn aineiston totuudenmukaisuuden arviointi. (Miles & Huberman 1994, 278–279.) Uskottavuutta parantaaksemme olemme tutkimuksessamme kuvanneet muun muassa tutkimukseen osallistuneet henkilöt, tiedonkeruuvaiheen ja päänsärkypäiväkirjojen käsittelyn yksityiskohtaisesti sekä esittäneet aineistoon pohjautuvat perustelut tekemillemme johtopäätöksille. Myös tutkimuksen riippuvuutta voidaan arvioida yhtenä luotettavuuden kriteerinä. Milesin ja Hubermanin (1994, 278–279) mukaan riippuvuutta arvioitaessa tulee huomioida muun muassa tutkijan rooli, lähteiden käytön monipuolisuus ja tutkimuskysymysten selkeys. Tutkimuksessamme pyrimme asettelemaan tutkimuskysymykset selkeästi ennen aineiston analyysiä ja haimme tietoa aiheesta useista erilaisista lähteistä. Lisäksi toimimme aineiston keräämisen ohjeistajina ja aineiston vastaanottajina vaikuttamatta tutkimustuloksiin. Tutkimuksen riippuvuuteen ovat saattaneet kuitenkin vaikuttaa yhteistyökumppaniemme toimintatavat aineistonkeruuvaiheessa, joskin heitä ohjeistettiin olemaan vaikuttamatta tutkimustuloksiin.

Tuomen ja Sarajärven (2002, 138) mukaan tutkimuksen lukijalle pitää antaa mahdollisuus arvioida itse tutkimuksen tuloksia antamalla riittävästi tietoa tutkimuksesta. Tulokset olemme tutkimuksessamme esittäneet selkeästi ja totuudenmukaisesti. Tutkimuksemme luotettavuuteen ovat kuitenkin voineet vaikuttaa akupunktuurihoitajaksojen toteutusten yksilöllisyys esimerkiksi toteutustavan ja keston suhteen. Toisaalta myös hoidon käytännön toteutuksessa voi akupunktuurin standartoimattomuudesta johtuen olla eroavaisuuksia. Lisäksi muiden hoitajaksoon liittyvien tekijöiden, kuten terapeuttisen harjoittelun tai manuaalisen käsittelyn osuutta kokonaisvaikutuksen kannalta on vaikea arvioida. Akupunktuurin lisäksi myös hoitajakson aikainen lääkehoito ja liikunnan harastaminen sekä erilaiset subjektiiviset tekijät ja elämäntilanteen muutokset ovat voineet vaikuttaa elämänlaadussa koettuihin muutoksiin.

7.4 Päänsäryn akupunktuurihoidon tulevaisuuden näkymät

Tämänhetkisen tutkimustiedon perusteella akupunktuurilla on saatu myönteisiä vaikutuksia primaarisen päänsäryn hoidossa (Yle 2010). Tutkimustulokset eivät ole olleet kiistattomia ja tutkimuksissa on ollut yksilötasolla vaihtelua (esim. Linde ym. 2009a; Linde ym. 2009b). Kiistanalaiset hoitotulokset ja vaikutusmekanismien puutteellinen ymmärrys voivat ylläpitää ennakkoluuloja menetelmää kohtaan. Tästä syystä akupunktuurista tarvitaan jatkossa lisää tasokkaita tieteelliset kriteerit täyttäviä tutkimuksia.

Tutkimuksessamme akupunktuurilla havaittiin olevan useita suotuisia vaikutuksia päänsärkyasiakkaan elämänlaadun osa-alueisiin. Tarkasteltaessa akupunktuurin vaikutuksia yksilötasolla osallistujien kokemukset ovat hyvin omakohtaisia ja ainutlaatuisia. Määrällisin keinoin hankittu tutkimustieto ei välttämättä riitä kuvaamaan akupunktuurin yksilöllistä vaikutusta. Akupunktuuritutkimuksen tulisi mielestämme suuntautua entistä enemmän laadulliseen tarkasteluun yksilötasolla huomioiden hoitovasteeseen vaikuttavat yksilötekijät. Tutkimustyömme pohjalta voidaan tehdä esimerkiksi jatkotutkimusta akupunktuurihoitojakson pitkäaikaisista vaikutuksista sekä seurantatutkimusta asiakkaan elämänlaadusta ennen seuraavaa mahdollista hoitojaksoa.

Tulevaisuudessa lisääntyvän tutkimusnäytön myötä voitaneen vaikuttaa myös asenneilmapiirin muutokseen. Akupunktuuriin liitettyjä ennakkoluuloja voitaisiin vähentää lisäämällä terveydenhuoltohenkilöstön ja päänsärkyasiakkaiden tietämystä akupunktuurista. Potilasturvallisuuden kannalta tulee kuitenkin tehdä ero lääketieteellisen akupunktuurin ja muun terveydenhuollon ulkopuolella harjoitettavan hoitotradition välille. (Suomen Fysioterapeuttien akupunktuuriyhdistys 2011b.)

Kaiken kaikkiaan akupunktuuri on valtaosalla päänsärkyasiakkaista varsin käyttökelpoinen hoitomenetelmä. Akupunktuurilla voidaan hoitaa pitkittynyttä primaarista päänsärkyä ja mahdollisesti vaikuttaa migreeniin myös ennaltaehkäisevästi (Linde ym. 2009a; Junnila 2007). Edullisten kustannusten ja vähäisten komplikaatioiden vuoksi kynnys hoitokokeiluihin ja akupunktuurijaksoihin tulisi olla nykyistä matalampi. Akupunktuuria tulisi jatkossa tarkastella lääkehoidon, manuaalisen terapian ja terapeuttisen harjoittelun rinnalla yhtenä osana päänsäryn hoidon kokonaisuutta. Tulevaisuudessa

akupunktuuria tulisikin käyttää laajemmin päänsäryn ennaltaehkäisyssä sekä hoidossa ja se tulisi liittää myös Suomessa osaksi päänsärkyasiakkaan hoitoketjua.

7.5 Oma ammatillinen kasvu

Fysioterapian koulutusohjelmamme ammatinkuvauksessa (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011) ei erikseen mainita kivunhoidon kuuluvan fysioterapeutin toimialaan. Kokemuksemme mukaan fysioterapeutit kuitenkin kohtaavat työssään erilaisista kivuista kärsiviä asiakkaita, sillä toimintakyvyn haitan ohella kipu vaikuttaisi olevan keskeisimpiä fysioterapiaan hakeutumisen syitä. Fysioterapeuttien peruskoulutuksessa (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011) kivunhoitomenetelmät, kivun huomioiminen terapia- ja tutkimustilanteissa sekä kivun vaikutusten ymmärtäminen asiakkaan kokonaiselämäntilanteen kannalta ovat mielestämme liian vähän käsiteltyjä teemoja.

Estlanderin (2003, 205–209) mukaan kroonisen kivun hoidossa tulisi hyödyntää tulevaisuudessa enemmän moniammatillista osaamista, jossa myös fysioterapeutin ammattitaito on keskeisessä asemassa. Hänen mukaansa kiputyöryhmän jäsenen perustaitoihin kuuluu kyky ymmärtää kivun monimuotoiset vaikutukset asiakkaan elämään. Erilaisista työympäristöistä johtuen fysioterapeutilla tulee mielestämme olla valmiuksia kohdata kipupotilas myös ilman moniammatillisen työryhmän tukea.

Tutkimusta tehdessä olemme perehtyneet päänsäryn etiologiaan ja päänsäryn yksilölle aiheuttamiin konkreettisiin haittoihin sekä päänsäryn oireiluun. Tarkastellessamme opinnäytetyöprosessin aikana päänsäryn vaikutuksia myös psykososiaalisesta näkökulmasta, olemme saaneet valmiuksia ymmärtää laaja-alaisesti kivun kokonaismerkitystä fysioterapia-asiakkaan näkökulmasta. Uskomme hyötyvämmä oppimiskokemuksistamme kohdatessamme tulevaisuudessa päänsärystä tai muista kiputiloista kärsiviä asiakkaita työympäristöstämme riippumatta.

Opinnäytetyötä tehdessä olemme lisäksi tarkastelleet akupunktuuria menetelmänä ja fysioterapian työkaluna. Akupunktuuriin perehtymisellä voi olla vaikutusta jatkokouluttautumiseemme sekä tulevaan menetelmäosaamiseen ja työuriamme suuntautumiseen. Tutkimusta toteuttaessa olemme saaneet osaamista myös menetelmän (akupunktuuri) vai-

kuttavuuden arvioinnista. Tätä osaamista voimme soveltaa vastaisuudessa muiden fy-
sioterapiamenetelmien vaikuttavuuden arviointiin. Lisäksi olemme oppineet tutkimuksen
suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin tarvittavia taitoja sekä tieteellisen tekstin
tuottamista ja käsittelyä.

8 LÄHTEET

Airaksinen, O. & Kouri, J. 2001. Akupunktuuri kivunhoitomenetelmänä. *Fysioterapia* 48 (7), 33–35.

Bowsher, D. 1998. Mechanisms of Acupuncture. Teoksessa J. Filshie & A. White (toim.) *Medical Acupuncture. A Western Scientific Approach*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 69–82.

Campbell, A. 1998. Methods of Acupuncture. Teoksessa J. Filshie & A. White (toim.) *Medical Acupuncture. A Western Scientific Approach*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 19–32.

Davis, M., Kononowech, R., Rolin, S. & Spierings, E. 2008. Acupuncture for Tension-Type Headache: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *The Journal of Pain* 9 (8), 667–677.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Miten kivusta tulee krooninen? Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 109–115.

Estlander, A-M. 2003. *Kivun psykologia*. Helsinki: WSOY.

Filshie, J. & White, A. 1998. Introduction. Teoksessa J. Filshie & A. White (toim.) *Medical Acupuncture. A Western Scientific Approach*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 3–9.

Forssell, H. & Haanpää, M. 2009. Päänsäryt ja kasvokivut. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 326–338.

Färkkilä, M. 2005. Krooninen päivittäinen päänsärky. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 121 (6): 657–663. Terveysportti. Viitattu 9.9.2011. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=päänsärky

Färkkilä, M. 2007. Päänsärky. Therapia Fennica. Viitattu 9.9.2011. <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=P%C3%A4%C3%A4ns%C3%A4rky>

Färkkilä, M. 2008. Kroonisen päivittäisen päänsärlyn hoito avohoidossa. Suomen Lääkärilehti 63 (39), 3197-3201. Viitattu 19.9.2011. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000030793>

Gunn, C. 1998. Acupuncture in Context. Teoksessa J. Filshie & A. White (toim.) Medical Acupuncture. A Western Scientific Approach. Philadelphia: Churchill Livingstone, 11–16.

Hamunen, K. & Heiskanen, T. 2009. Syöpäkipu ja elämänlaatu. Kipuviesti 2009 (1), 10–12. Viitattu 18.5.2011. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/system/files/files/Kipuviesti%201-2009.pdf>

Havanka, H. 2005. Krooniset trigeminaaliset autonomiset päänsäryt. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri. Viitattu 23.8.2011. www.fimnet.fi/cl/laakaripaivat2005/213/1040_Havanka_Hannele.ppt

Havanka, H. 2008. Akupunktio migreenin estohoidossa. Terveysportti. Viitattu 10.4.2011. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=akupunktuuri

Hester, J. 1998. Acupuncture in the Pain Clinic. Teoksessa J. Filshie & A. White (toim.) Medical Acupuncture. A Western Scientific Approach. Philadelphia: Churchill Livingstone, 319–340.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.

Jedel, E. & Carlsson, J. 2005. Acupuncture in the Management of Tension-type Headache. *Physical Therapy Reviews* 10, 131–139.

Junnila, S. 2007. Akupunktuuri. *Terveysportti*. Viitattu 10.4.2011.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00062&p_haku=akupunktuuri

Kahle, W., Leonhardt, H. & Platzer, W. 1993. *Nervous System and Sensory Organs*. New York: Thieme Medical Publishers, Inc.

Kallela, M. 2008. Akuutti päänsärky. *Suomen lääkäri-lehti* 63 (39), 3179–3183. Viitattu 19.9.2011.

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000030790>

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 52–63.

Lautala, T. 2010. Migreenin hoito vaatii yksilöllistä lähestymistapaa. Viitattu 20.9.2011. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=8591/type=1

Lewith, G. & Vincent C. 1998. The Clinical Evaluation of Acupuncture. Teoksessa J. Filshie & A. White (toim.) *Medical Acupuncture. A Western Scientific Approach*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 205–224.

Lindberg, L. 2003. *Migreeni*. Helsinki: Gummerus Kustannus Oy

Linde, K., Allais, G., Brinkhaus, B., Manheimer, E., Vickers, A. & White, A-R. 2009a. Acupuncture for migraine prophylaxis (Review). Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd, The Cochrane Library, 4.

Linde, K., Brinkhaus, B., Manheimer, E., Vickers, A. & White, A-R. 2009b. Acupuncture for tension-type headache (Review). Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd, The Cochrane Library, 4.

Martikainen, I. 2009. Molekyylitason aivokuvantaminen valottaa akupunktion mekaniikkaa kliinisen kivun hoidossa. *Kipuviesti* 2009 (2), 40–41. Viitattu 14.2.2011. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/node/87>

Martio, J. 2007. Akupunktuuri, akupainanta, shiatsu, vyöhyketerapia, kuppaus. *Terveyskirjasto*. Viitattu 14.2.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00061

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp Ky.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. 1994. An Expanded Sourcebook. Qualitative Data Analysis. Second Edition. Los Angeles: Sage Publications.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkvist, S-E. 2008. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Pitkänen, K. 2005. Akupunktuuri fysioterapeuttien työkaluna. *Fysioterapia* 52 (2), 35–37.

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 237–244.

Rampes, H. 1998. Adverse Reactions to Acupuncture. Teoksessa J. Filshie & A. White (toim.) *Medical Acupuncture. A Western Scientific Approach*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 375–387.

Roberts, R. & Moore, D. 2007. Mapping the evidence base and use of acupuncture within the NHS. University of Birmingham, Department of Public Health and Epidemiology West Midlands Health Technology Assessment Group.

Saarelma, O. 2009. Akupunktio (akupunktuuri). Terveyskirjasto. Viitattu 10.4.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00062

Saarelma, O. 2010. Tietoa potilaalle: akupunktio (akupunktuuri). Terveysportti. Viitattu 10.4.2011.

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=nak00081&p_haku=akupunktuuri

Sailo, E. & Vartti, A-M. 2000. Kivunhoito. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit OY.

Savonia-ammattikorkeakoulu. 2011. Fysioterapian koulutusohjelma, Kuopio. Viitattu 20.9.2011. http://portal.savonia.fi/amk/hakijalle/amk-ja-yamk-tutkinnot/nuorten-amk-tutkinnot?koulutus_id=72&kieli=fi&ko_muoto=n&lukuvuosi=s2011

Sharav, T. & Benolier, R. 2008. Anatomy and Neurophysiology of Orofacial Pain. Teoksessa T. Sharav & R. Benolier (toim.) Orofacial Pain & Headache. Philadelphia: Elsevier Limited, 23–34.

Sims, J. 1997. The Mechanism of Acupuncture Analgesia: a review. Complementary Therapies in Medicine (5), 102–111.

Suomen Fysioterapeuttien Akupunktuuriyhdistys. 2011a. Historia. Viitattu 14.2.2011.

<http://www.akupunktuuriyhdistys.net/index.php/akupunktio/historia>

Suomen Fysioterapeuttien Akupunktuuriyhdistys. 2011b. Akupunktio Suomessa / TEO:n lausunto. Viitattu 20.4.2011.

<http://www.akupunktuuriyhdistys.net/index.php/akupunktio/akupunktio-suomessa--teon-lausunto->

Suomen Fysioterapeuttien Akupunktuuriyhdistys. 2011c. Akupunktion käyttö. Viitattu 14.2.2011.

<http://www.akupunktuuriyhdistys.net/index.php/akupunktio/akupunktuurin-kaeyttoa>

Suomen Fysioterapeuttien Akupunktuuriyhdistys. 2011d. Vaikutusmekanismit. Viitattu 14.2.2011.

<http://www.akupunktuuriyhdistys.net/index.php/akupunktio/vaikutusmekanismi>

Tal, M. & Devor, M. 2008. Anatomy and Neurophysiology of Orofacial Pain. Teoksessa T. Sharav & R. Benoliel (toim.) Orofacial Pain & Headache. Philadelphia: Elsevier Limited, 23–34.

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

Therapia Fennica. 2007. Fysikaaliset hoidot. Teoksessa M, Mäyränpää (toim.) Terapia Fennica.fi. Viitattu 10.4.2011.

http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Fysikaaliset_hoidot#Akupunktiohoito%20hoidot

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vainio, A. 2009. Kivunhallinta. Stimulaatiomenetelmät. Terveyskirjasto. Viitattu 10.4.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00067

Vanhustyön keskusliitto. 2007. Ikääntyneiden elämänlaatu – voiko sitä mitata? Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke 2002–2006. Tiivistelmä. Viitattu 9.9.2011. http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/fin/hankkeet/geriatriinen_kuntoutus/

Vickers, A., Rees, R., Zollman, C., McCarney, R., Smith, C., Ellis, N., Fisher, P. & Van Haselen, R. 2004. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomized trial. *British Medical Journal* 328 (7442), 744. Viitattu 16.3.2010.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC381326/pdf/bmj32800744.pdf>

Williams, P., Warwick, R., Dyson, M. & Bannister, L. 1989. *GRAY's Anatomy*. 37. painos. New York: Churchill Livingstone.

World Health Organization. 1993. WHO Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF). Viitattu 19.9.2011.
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/

Yle. 2010. Ykkösen aamu-tv: Aamutohtori: akupunktio. Haastateltavana LL, fysiatrian erikoislääkäri Jukka Pekka Kouri. Yle 1. Julkaistu 8.9.2010. Viitattu 6.3.2011.
<http://areena.yle.fi/video/1258567>

Liite 1. Saatekirje

Hei!

Olemme kolmannen vuosikurssin fysioterapeuttiopiskelijoita Savonia-ammattikorkeakoulusta Kuopista.

Olette osallistumassa tutkimukseen: **Primaarisesta päänsärystä kärsivien asiakkaiden kokemuksia akupunktuurihoitajakson vaikutuksista elämänlaatuun**. Tutkimusraportti toimii valmistuessaan opinnäytetyönämme. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kerätä henkilökohtaisia kokemuksia akupunktuurihoidosta ja sen vaikutuksista elämänlaatuun liittyviin tekijöihin.

Tutkimuksesta kirjoitamme julkisen raportin, joka on tarkoitus julkaista alkukesästä 2011. Opinnäytetyömme tavoitteena on laajentaa omaa osaamistamme ja antaa uutta tietoa akupunktuurihoidon vaikutuksista primaarisesta päänsärystä kärsiville potilaille, terveydenhuollon ammattihenkilöille sekä muille kiinnostuneille.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksen tiedonkeruu tapahtuu hoitajakson ajan täytettävän päänsärkypäiväkirjan sekä hoitopalautteiden avulla. Seurantaan liittyy esitietojen täyttäminen, hoitojen yhteydessä täytettävä lyhyt hoitopalaute, viikoittain täytettävä hoidon seuranta ja loppukartoitus. Kysymykset koskevat lähinnä Teidän henkilökohtaisia tuntemuksianne hoitajakson ajalta. Tutkimukseen osallistuminen ei vaadi paljoa aikaa. Toivomme osallistujan pysyvän mukana koko tutkimuksen ajan, ja täyttävän päänsärkypäiväkirjaa säännöllisesti annettujen ohjeiden mukaisesti.

Primaarisella päänsärjyllä tarkoitetaan päänsärkyä, joka on itsenäinen vaiva / haitta ja jonka taustalla ei ole muuta sairautta tai vammaa. Tutkimuksesta voidaan saada tärkeää tietoa primaarisen päänsärlyn hoidon kannalta. Osallistumisesta on myös hyötyä Teille itsellenne hoitajakson aikaisen terveydentilan ja toimintakyvyn arvioinnissa.

Tutkimukseen voi osallistua anonyymisti. Kaikki osallistujien tuottama tieto on luottamuksellista ja pysyy vain tutkijoiden tiedossa. Kaikkea kerättyä aineistoa käytetään vain tähän nimenomaiseen opinnäytetyöhön ja sen valmistuessa kaikki tutkimukseen osallistuvilta kerätty aineisto hävitetään asiaankuuluvalla tavalla. Tutkittavien nimet eivät tule esiin opinnäytetyössä.

Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimuksesta tai haluatte tietää aiheesta lisää, voitte ottaa yhteyttä:

Allan Aro

allan.a.aro@student.savonia.fi

Kaisu Puustinen

kaisu.p.puustinen@student.savonia.fi

Liite 2. Tutkimuksen toteutusohjeet fysioterapeutille

TUTKIMUKSEN TOTEUTUSOHJEET FYSIOTERAPEUTILLE

Tämän asiakirja sisältää ohjeet tiedonkeruun toteutuksesta. Toivomme, että tutustutte huolellisesti asiakirjan sisältöön, jotta saatte selkeän käsityksen tiedonkeruusta ja osaatte ohjata asiakasta lomakkeiden täyttämässä.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS:

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää akupunktuurihoitojakson vaikutuksia primaarisesta päänsärystä kärsivien asiakkaiden elämänlaatuun. Tutkimuksessa selvitämme asiakkaiden kokemuksia akupunktuurihoitokertojen yhteydessä sekä hoitojakson aikana ja sen päätyttyä.

OSALLISTUJIEN VALINTA:

Tutkimukseen osallistuvan asiakkaan tulee kärsiä primaarisesta päänsärystä. Primaarisen päänsärlyn taustalla voi olla migreeni, tension neck, sarjoittainen päänsärky tai jokin muu tekijä. Tämän lisäksi asiakkaan tulee soveltua arvionne mukaan hoidettavaksi akupunktuurin keinoin. Akupunktuurin lisäksi hoitoon voi sisältyä myös muita hoitoja. Osallistuminen on asiakkaalle vapaaehtoista, joskin kannustettavaa. Asiakkaalle on hyvä painottaa, että kerättävät asiakirjat ovat tarkoitettu ainoastaan ko. tutkimusta varten ja ne hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

TIEDONKERUUN TOTEUTUS:

Tiedonkeruu toteutetaan kolmella tapaa.

- 1) **Hoidon yhteydessä** täytetään kutakin hoitokertaa koskeva kyselylomake. Lomakkeet ovat tulostettuna fysioterapeutilla. Lomake täytetään hoitokerran yhteydessä hoidon päätyttyä. Toivomme, että varaatte hoitokäynnin loppuun aikaa lomakkeen täyttöön. Lomakkeen sisältämiin avoimiin kysymyksiin asiakkaan tulisi vastata totuudenmukaisesti ja kuvailevasti omien tuntemusten ja kokemustensa pohjalta. Mikäli asiakas tarvitsee ohjausta lomakkeiden täytössä, tulee ohjauksessa välttää johdattelemasta asiakkaan vastauksia tai tuomasta esille henkilökohtaisia näkemyksiä. Lomakkeen täytön jälkeen fysioterapeutti ottaa lomakkeen säilytykseensä, lomaketta ei siis anneta mukaan kotiin. Hoitopalaute kerätään myös ensimmäiseltä akupunktuurihoitokerralta.
- 2) **Päänsärkypäiväkirja.**
Ohjeet päänsärkypäiväkirjan täytöstä on esitetty päiväkirjan alussa. Hoidon alussa asiakas täyttää päiväkirjaan esitiedot. Akupunktuurihoitojakson ajan asiakas täyttää viikoittain
- 3) **Hoitojakson loppukartoitus** (päänsärkypäiväkirjan lopussa)

Ohjeet hoitajakson loppukartoituksen tekemisestä on esitetty päänsärkypäiväkirjan alussa. Asiakkaalle on hyvä painottaa, että loppukartoitus on tutkimuksen tiedonkeruun tärkein vaihe, joten siihen kannattaa varata riittävästi aikaa. Asiakkaan on tarkoitus tuoda loppukartoituksessa esille kaikki merkitykselliset hoitajakson aikaiset kokemuksensa ja kuvata niiden vaikutusta elämänlaatuun.

Hoitajakson päättyessä asiakas luovuttaa täytetyn päänsärkypäiväkirjan ja loppukartoituksen fysioterapeutille. Hoidon yhteydessä täytetyt kyselylomakkeet ovat fysioterapeutin hallussa. Fysioterapeutti kerää yhteen kaikki dokumentit. Tämän jälkeen dokumentit noudetaan fysioterapeutilta erikseen sovittavana ajankohtana.

Toivomme, että perehdytte huolellisesti tiedonkeruun toteutukseen ja asiakkaiden ohjeistukseen. Mikäli ohjeistuksesta tai tutkimuksen toteutuksesta tulee Teille kysyttävää, pyydämme ottamaan meihin yhteyttä:

Ystävällisen terveisin

Allan Aro allan.a.aro@savonia.fi puh.050 3675 772

Kaisu Puustinen kaisu.p.puustinen@savonia.fi puh.050 401 0756

Ohjaava opettaja

Airi Laitinen

Yliopettaja / Principal Lecturer

airi.laitinen@savonia.fi

044-785 6444 / tel. +358 44785 6444

Liite 3. Päänsärkypäiväkirja

PÄÄNSÄRKYPÄIVÄKIRJA

JOHDANTO

Päänsärkypäiväkirja on olennainen osa tutkimuksen tiedonkeruuta. Samalla se on Teille itsellenne tärkeä työkalu tuottaessanne meille tietoa akupunktuurihoitoon liittyvistä kokemuksistanne. Säännöllisellä ja huolellisella päänsärkypäiväkirjan täyttämällä saatte seurattua akupunktuurihoitojakson aikaisia huomioitanne, kokemuksianne ja reaktioitanne. Hoitojakson aikaiset muistiinpanot ovat erittäin tärkeitä loppukartoituksen kannalta. Toivomme, että paneudutte huolella päiväkirjan kysymyksiin ja täyttämiseen sekä mietitte kysymyksiä monipuolisesti eri näkökulmista ja vastaatte kysymyksiin totuudenmukaisesti kuvailevin ja vapaamuotoisin lausein.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää akupunktuurihoitojakson vaikutuksia primaarisesta päänsärystä kärsivien asiakkaiden elämänlaatuun. Tutkimuksessa selvitämme asiakkaiden kokemuksia akupunktuurihoitokertojen yhteydessä sekä hoitojakson aikana ja sen päätyttyä.

Elämänlaatu voidaan määritellä yksilön näkemyksenä omasta toiminnastaan ja hyvinvoinnistaan elämän eri osa-alueilla. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella päänsärlyn ja akupunktuurihoidon vaikutuksia elämänlaadun eri osa-alueilla. Keskeisiä käsitteitä elämänlaadun tarkastelussa ovat muun muassa yksilön kokema terveys (terveydentila, toimintakyky, työkyky, uni, kipu yms.), läheissuhteet (ihmissuhteet, yhteisön toimintaan osallistuminen), emotionaalinen hyvinvointi (itsearvostus, tunteet, mieliala). Emotionaaliseen hyvinvointiin voidaan liittää myös kognitiivinen suoriutumiskyky, esimerkiksi muistitoiminnot, havainnointi, oppiminen, kieli, ajattelu.

PÄÄNSÄRKYPÄIVÄKIRJAN TÄYTTÖOHJE

Esitiedot:

Saadessanne päänsärkypäiväkirjan akupunktuurihoidon alussa, täyttäkää esitiedot huolellisesti. Esitiedoissa teiltä kerätään tarpeellista taustatietoa teistä ja terveydentilastanne hoidon aloitusvaiheessa. Voitte käyttää keksimääne nimimerkkiä tai halutessanne oikeaa nimeänne. Huomatkaa, että teidän tulee käyttää samaa nimimerkkiä myös hoitokertojen yhteydessä täytettävissä hoitopalautteissa.

Päänsäryn seurantataulukko:

Päänsäryn seurantataulukko on tarkoitus kirjata päänsäryn esiintymistä ja siihen liittyviä tekijöitä akupunktuurihoitajakson aikana. Seurantataulukkoa on tarkoitus täyttää aina päänsäryn esiintymisen yhteydessä.

Päänsäryn esiintyessä merkitkää taulukkoon selkeästi päänsäryn päivämäärä (pp.kk.vvvv, esim. 01.12.2010), sekä päänsäryn kesto tunteina. Mikäli päänsärky on ollut ympärivuorokautista, merkitkää päivämäärä ja kestoksi 24 tuntia.

Kuvatkaa taulukkoon päänsäryn voimakkuutta asteikolla 0-10. Numeerinen arvo määräytyy kokeanne päänsäryn voimakkuuden mukaan siten, että 0 tarkoittaa ei lainkaan päänsärkyä ja 10 pahin mahdollinen päänsärky. Muut arvot sijoittuvat numerojärjestyksessä edellä mainittujen arvojen välille.

Merkitkää taulukkoon päänsäryn yhteydessä käyttämäne lääkkeet (lääkeaineen nimi ja käytetty määrä, esim. Burana 400mg).

Kirjatkaa taulukkoon lisäksi päänsärystä aiheutuneet haitat ja niiden vaikutus arkielämään. Haitat voivat esiintyä millä tahansa elämänlaadun osa-alueella (ks. johdanto) ja olla esimerkiksi kykenemättömyys työntekoon, univaikeudet, masennus, lamauttava kipu tms.

Viikoittaiset hoitokokemukset:

Akupunktuurihoitajakson aikaisia kokemuksia ja havaintoja kirjataan päänsärkypäiväkirjaan hoitajakson ajan viikoittain (viikoittaiset hoitokokemukset). Voitte valita vastaamiseen teille parhaiten sopivan ajankohdan. Huomatkaa, että seuraavien hoitoviikkojen osalta vastaamisen tulisi tapahtua samana viikonpäivänä ja samaan vuorokauden aikaan. Esimerkiksi siten, että täytätte viikoittaiset hoitokokemukset kunkin hoitoviikon osalta lauantai aamupäivisin. Muistakaa merkata vastatessanne sivun yläreunaan päivämäärä.

Toivomme, että varaatte vastaamiseen riittävästi aikaa ja kirjaatte kokemuksenne vapaamuotoisella ja kuvailevalla tavalla. Viikoittaisten hoitokokemusten kirjaaminen helpottaa vastaamistanne lopukartoitukseen.

Hoitojakson loppukartoitus:

Loppukartoitus on tutkimuksen tiedonkeruun tärkein vaihe. Loppukartoituksen tarkoituksena on kerätä yhteen kaikki päänsärkypäiväkirjan sisältämät kokemuksenne ja kartoittaa elämänlaadun kannalta merkityksellisiä kokemuksianne hoitojakson päättyessä. Päänsärlyn seurantataulukon täyttäminen ja viikoittaisten hoitokokemusten kirjaaminen akupunktuurihoitojakson aikana helpottavat loppukartoitukseen vastaamista, sillä niitä tarkastelemalla voitte pohtia hoitojakson aikaisia huomioitanne ja elämänlaadun muutoksia verraten lähtötilanteeseen. Toivomme, että paneudutte huolella loppukartoituksen täyttämiseen ja vastaatte esitettyihin kysymyksiin elämänlaadun osa-alueista vapaamuotoisella ja kuvailevalla tavalla. Elämänlaatuun liittyviä tekijöitä voitte palautella mieleen päiväkirjan johdantokappaleesta. Kaikkein tärkeimpiä tekijöitä ovat itse kokemanne merkitykselliset vaikutukset.

Mikäli vastaamiseen varattu tila on liian pieni, voitte jatkaa vastausta paperin kääntöpuolelle.

ESITIEDOT**päivämäärä** _____

Nimi / Nimimerkki: _____

Ikä: _____

Fysioterapeutin nimi?

Oletteko työelämässä, kuvaillkaa ammattianne ja työnne sisältöä?

Mitä vapaa-aikanne pitää sisällään (esimerkiksi harrastukset, muu vapaa-ajan vietto)?

Minkä tyyppisestä päänsärystä kärsitte (jännityspäänsärky, sarjoittainen päänsärky, migreeni, joku muu: mikä?) Mistä asti olette kärsineet päänsärystä? Miten ja kuinka usein päänsärky ilmenee?

Liittyykö päänsärkyyn muita oireita / haittoja (esim. huimausta tms)? Kuvaillkaa oireita ja niiden aiheuttamaa haittaa?

Käytättekö tällä hetkellä säännöllisestä jotain lääkitystä? Mitä lääkkeitä ja kuinka paljon?

Millä keinoin päänsärkyä on aiemmin hoidettu? Koetteko hyötynenne hoidoista?

Liittyykö alkavaan akupunktuurihoitojaksoonne muita fysioterapeutin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamia hoitoja tai hoitomenetelmiä?

Kuvaillkaa viimeaikaista päänsärkytilannettanne, kivun luonnetta ja päänsäryn vaikutuksia päivittäiseen elämäänne ja elämänlaatuunne. Mitkä ovat kolmen (3) suurinta päänsäryn aiheuttamaa haittaa päivittäisessä elämässänne?

Kuvaillkaa viimeaikaista mielialaanne. Koetteko päänsäryllä olevan vaikutusta mielialaanne? Millä tavoin?

VIKOITTAISET HOITOKOKEMUKSET (1. HOITOWIIKKO)**päivämäärä**_____

Millaisia vaikutuksia akupunktuurihoidolla on ollut päänsärkyynne? Kuvailekaa viimeaikaista päänsärkytilannettanne verraten lähtötilanteeseen.

Oletteko huomanneet jollain elämänne osa-alueella tapahtuneen muutosta akupunktuurihoidon aikana? Kuvailekaa muutoksia ja niiden vaikutusta elämänlaatuunne.

Millaisia kokemuksia akupunktuurihoitoon on liittynyt?

VIKOITTAISET HOITOKOKEMUKSET (2. HOITOWIIKKO)**päivämäärä**_____

Millaisia vaikutuksia akupunktuurihoidolla on ollut päänsärkyynne? Kuvailekaa viimeaikaista päänsärkytilannettanne verraten lähtötilanteeseen.

Oletteko huomanneet jollain elämänne osa-alueella tapahtuneen muutosta akupunktuurihoidon aikana? Kuvailekaa muutoksia ja niiden vaikutusta elämänlaatuunne.

Millaisia kokemuksia akupunktuurihoitoon on liittynyt?

VIKOITTAISET HOITOKOKEMUKSET (3. HOITOWIIKKO)**päivämäärä**_____

Millaisia vaikutuksia akupunktuurihoidolla on ollut päänsärkyynne? Kuvailekaa viimeaikaista päänsärkytilannettanne verraten lähtötilanteeseen.

Oletteko huomanneet jollain elämänne osa-alueella tapahtuneen muutosta akupunktuurihoidon aikana? Kuvailekaa muutoksia ja niiden vaikutusta elämänlaatuunne.

Millaisia kokemuksia akupunktuurihoitoon on liittynyt?

VIIKOITTAISET HOITOKOKEMUKSET (4. HOITOVIIKKO)**päivämäärä**_____

Millaisia vaikutuksia akupunktuurihoidolla on ollut päänsärkyynne? Kuvailekaa viimeaikaista päänsärkytilannettanne verraten lähtötilanteeseen.

Oletteko huomanneet jollain elämänne osa-alueella tapahtuneen muutosta akupunktuurihoidon aikana? Kuvailekaa muutoksia ja niiden vaikutusta elämänlaatuunne.

Millaisia kokemuksia akupunktuurihoitoon on liittynyt?

VIIKOITTAISET HOITOKOKEMUKSET (5. HOITOVIIKKO)**päivämäärä**_____

Millaisia vaikutuksia akupunktuurihoidolla on ollut päänsärkyynne? Kuvailekaa viimeaikaista päänsärkytilannettanne verraten lähtötilanteeseen.

Oletteko huomanneet jollain elämänne osa-alueella tapahtuneen muutosta akupunktuurihoidon aikana? Kuvailekaa muutoksia ja niiden vaikutusta elämänlaatuunne.

Millaisia kokemuksia akupunktuurihoitoon on liittynyt?

HOITOKESKUS LOPPUKARTOITUS

Ennen vastaamista, luekaa vastausohjeet päiväkirjan alusta ja elämänlaadun osa-alueita käsittelevä kappale johdanto-osiosta. Tuokaa vastatessa esille päänsäryn seurantaan / viikoittaisiin hoitokokemuksiin kirjaamianne asioita ja kuvailekaa tämänhetkistä tilannettanne monipuolisesti.

Hoidon päättymispäivämäärä _____

Kuvailekaa, miten päänsärkytilanteenne, kivun luonne ja päänsäryn vaikutukset päivittäiseen elämäänne ja elämänlaatuunne ovat muuttuneet lähtötilanteeseen verraten? Kuinka muutokset ilmenevät arkipäiväisessä elämässänne?

Mikäli päänsärkyynne on liittynyt liittännäisoireita (huimaus tms.), onko näissä oireissa tapahtunut muutoksia? Millaisia?

Hoitojakson alussa (esitiedot) olette kirjanneet kolme (3) suurinta päänsäryn aiheuttamaa haittaa jokapäiväisessä elämässänne. Onko akupunktuurihoidosta ollut hyötyä em. haittojen kannalta? Millä tavoin?

Koetteko akupunktuurihoidolla olleen vaikutusta mielialaanne tai henkiseen hyvinvointiinne? Millä tavoin?

Liittyykö akupunktuurihoitojaksoon muita merkityksellisiksi kokemianne tekijöitä? Millaisia? Miten nämä tekijät vaikuttavat elämäännne?

Liite 4. Hoitopalaute

HOITOPALAUTE

Nimi / Nimimerkki: _____

Päivämäärä (pp.kk.vvvv): _____

Hoitokerta (nro.) _____

Liittyikö hoitokertaan muita hoitoja akupunktuurin lisäksi? Mitä?

Millaisia tuntemuksia Teillä on hoidon aikana / jälkeen?

Kuvailekaa hoidonjälkeistä oloanne verraten hoitoa edeltäneeseen olotilaanne.