



LAUREA

Fenomenologinen analyysi TULE -sairauksiin liittyvän selkäkivun kokemuksesta

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

Hamard, Sampo

2009 Porvoo

Sampo Hamard

Fenomenologinen analyysi TULE sairauksiin liittyvän kroonisen selkävivun kokemuksesta

Vuosi 2009

Sivumäärä 42

Opinnäytetyöni tarkoitus oli kuvata valitsemieni lähteiden kautta kroonisen selkävivun kokemusta. Opinnäytetyötäni ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset: 1. Millaisia erityispiirteitä kroonisen selkävivun kokemuksella on? 2. Miten nämä piirteet ovat tulleet julkaisuissa esiin?

Tutkimuskysymyksiin etsin vastausta viidestä eri julkaisuissa ilmestyneestä artikkelista. Artikkelien haun toteutin sekä Englannin, että Suomen kielellä Nelli tiedonhakuportaalista rajaten haun kokotekstiartikkeleihin. Asiasanoiksi valikoin seuraavat: selkä ja alaselkä kipu, kokemus, hoitaminen. Haun jälkeen opinnäytetyöni tutkimuskysymyksiin vastaamiseen valikoituivat seuraavat artikkelit:

- I. Lilrank, A. 2003. Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. *Social Science and Medicine* 57 (2003) 1045 - 1053. Elsevier Ltd.
- II. Corbet, M., Foster, N., Ong, B. 2007. Living with low back pain - stories of hope and despair. *Social Science and Medicine* 65 (2007) 1584 - 1594. Elsevier Ltd.
- III. Closs, S., Staples, V., Reid, I., Bennet, M., Briggs, M. 2006. Managing the Symptoms of Neuropathic pain: an Exploration of Patients' Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management* vol. 34 no. 4 (2007). 422 - 433.
- IV. Walker, J., Sofaer, B., Holloway, I. 2004. The Experience of chronic back pain: Accounts of loss in those seeking help from pain clinics. *European Journal of Pain* 10 (2006). 199-207.
- V. Glenton, C. 2003. Chronic back pain sufferers - striving for the sick role. *Social Science & Medicine* 57 (2003). 2243-2252.

Artikkeleiden sisällön analysoimisessa käyttämäni menetelmä oli laadullinen Giorgin fenomenologinen tutkimusmenetelmä. Käytin menetelmään osin soveltaen, sillä alunperin menetelmä oli kehitetty ensikäden lähteiden tulkintaan ja omassa opinnäytetyössäni aineisto oli jo valmiiksi tiivistettyssä muodossa.

Toteuttamani aineiston analyysin kautta löysin kolme sisällöllistä merkitysryhmää jotka olivat: 1. Olemisen hajaannus ja kokemusten kaaottisuus, 2. Kivun koko elämän valtaava ominaisuus ja 3. Sosiaalinen ympäristö toivon ja epätoivon säätelyssä. Ryhmät jakaantuivat alaluokiksi merkitysyksiköiden kapeutuessa. Kapeutuminen tapahtui ryhmien sisällä ja välillä toisistaan eroavasti. Ryhmät olivat lisäksi osittain päällekkäisiä ja limittäisiä. Luokkien kautta muodostui tutkimusartikkeleiden tarjoama katsaus kroonisen selkävivun kokemusten erityispiirteisiin. Keskeisesti kokemusta luonnehtivia piirteitä olivat itsensä määrittämisen hankaluus, erilaiset menetykset ja sosiaalisen todellisuuden tärkeä rooli kivussa.

Asiasanat: kipu, selkäkipu, kokemus, laadullinen tutkimusmenetelmä, fenomenologinen metodi

Sampo Hamard

Phenomenological analysis of musculoskeletal diseases related chronic back pain experiences

Year	2009	Pages	42
------	------	-------	----

The aim of this study is to describe chronic back pain sufferers' experiences as presented in research articles. To achieve this goal I set two questions: 1. What kind of features do chronic back pain experiences have? 2. How are these features presented in research articles?

I sought answer to the questions from articles in five different publications. The articles were searched using Finnish and English keywords. I used the information portal Nelli, and limited results to full text articles only. The key words I applied were: back pain, lower back pain, experience and nursing. The following articles were then chosen for the analysis:

- I. Lilrank, A. 2003. Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. *Social Science and Medicine* 57 (2003) 1045 - 1053. Elsevier Ltd.
- II. Corbet, M., Foster, N., Ong, B. 2007. Living with low back pain - stories of hope and despair. *Social Science and Medicine* 65 (2007) 1584 - 1594. Elsevier Ltd.
- III. Closs, S., Staples, V., Reid, I., Bennet, M., Briggs, M. 2006. Managing the Symptoms of Neuropathic pain: an Exploration of Patients' Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management* vol. 34 no. 4 (2007). 422 - 433.
- IV. Walker, J., Sofaer, B., Holloway, I. 2004. The Experience of chronic back pain: Accounts of loss in those seeking help from pain clinics. *European Journal of Pain* 10 (2006). 199-207.
- V. Glenton, C. 2003. Chronic back pain sufferers - striving for the sick role. *Social Science & Medicine* 57 (2003). 2243-2252.

The articles were analyzed by using the qualitative Giorgi's phenomenological method. The use of the method was partially adapted, because it was not primarily created to analyze compressed information such as used in this study.

The method resulted in finding three meaning groups: 1. Sense of chaos and disorganization. 2. Pain can interfere with whole life. 3. Social environment affects feelings of hope and despair. These three groups overlapped to some degree. The groups were further divided to subclasses by narrowing the meaning units. From these classes I found qualities describing the pain experience. These were the difficulty to define self, different kinds of losses and the important role of social being in the life of pain sufferers

Keywords: pain, back pain, experience, qualitative research method, phenomenological method

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 KOKEMUS, KIPU JA TULE-SAIRAUKSIIN LIITTYVÄ KROONINEN SELKÄKIPU.....	6
2.1 Kokemuksen piirteitä	6
2.2 Kivun ominaisuuksia	8
2.3 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja krooninen selkäkipu.....	12
2.3.1 Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kroonisen kivun mekanismeja.....	13
2.3.2 Erilaisiin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvä krooninen selkäkipu	14
3 TUTKIMUSMENETELMÄT	16
3.1 Tutkimusmenetelmien lähtökohdat	16
3.2 Valittu metodi.....	18
3.3 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi	19
4 OPINNÄYTETYÖN ONGELMAT	21
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
5.1 Opinnäytetyön artikkeleiden valinta	22
5.2 Opinnäytetyöhön valitut artikkelit	22
5.3 Artikkeleiden analysointi	23
5.3.1 Ensimmäinen vaihe - Kokonaiskuva	23
5.3.2 Toinen vaihe - Tutkimusten sisältämät merkitysyksiköt	28
5.3.3 Kolmas vaihe - Yksittäisten tutkimusten merkityksistä yleisiin yhteisiin merkityksiin.....	31
6 POHDINTA	37
6.1 Tulosten tarkastelu.....	37
6.2 Opinnäytetyön toteutuksen arviointi.....	38
LÄHTEET	39
TAULUKOT	42

1 JOHDANTO

Tutkimuksen perusteleminen on Kylmän ja Juvakan mukaan hyödyllistä tehdä useasta eri näkökulmasta. He esittävät terveydenhuollossa tehtävän tutkimuksen perusteluperiaatteiksi seuraavia luokkia: Terveyspalvelujen käyttäjien ja terveydenhuollon näkökulmasta, oman tieteenalan näkökulmasta ja terveystieteiden linjausten näkökulmasta. Kirjoittajat muistuttavat myös valitun menetelmän perustelemisesta. (Kylmä ja Juvakka, 2007. 43 - 45).

Vuosituhaten ensimmäinen kymmenvuotinen on nimetty Tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuosikymmeneksi. Hanke on YK:n tukema ja vuonna 2003 hankkeella oli 47 maan hallituksen virallinen tuki. Suomi on osallistunut tähän hankkeeseen alusta alkaen. (Grönblad al, 2003. 3214)

Kipu on kansanterveydellisesti suuri ongelma. Se on yleisin syy hakeutua lääkärin vastaanotokäynnille ja 40 % kaikista vastaanotokäynneistä johtuu kivusta. Pitkäaikaiset tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat Suomen väestön yleisimmän kipua aiheuttava ja työstä poissaoloa johtava pitkäaikaissairauksien ryhmä. Kipu on myös vallitsevana oireena monissa muissa kroonisissa sairauksissa, kuten mahahaavassa, migreenissä ja reumassa. (Vainio, 2002. 32) Kaikista työkyvyttömyyseläkkeellä vuonna 2004 olleista henkilöistä oli tuki- ja liikuntaelinsairaus syynä joka neljännellä eli 64 000:lla. Tästä ryhmästä suurin osa oli selkäsairaudet, yhteensä 31 00 henkilöä. Kaikkiaan tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamiksi hoitokustannuksiksi on arvioitu 583 miljoonaa euroa (11 % kaikista kustannuksista) ja työpanoksen menetyksiksi kaksi miljardia euroa (21 %) vuodessa. (Puolakka, 2007. 18 - 19) Valtaosa tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivistä potilaista kärsii kivuista, joille kipu on useinmiten myös sairauden pääongelma. Laajassa suomalaisessa tutkimuksessa yleisimmät kipupaikat olivat alaraajat, selkä ja niska-hartiaseutu. (Vuorinen, 2001. 304 - 305) Alaselkä oli paikkana 24%:lla tutkituista, joka tekee siitä toiseksi yleisimmän kivun sijainnin (Vainio, 2004. 45). Selkäongelmilta kokonaan on välttynyt vain 20 % suomalaisista. Puolella väestöstä on ollut toistuvia kipujaksoja ja noin 10 prosentilla selkäongelmasta on tullut pitkäaikainen sairaus. (Heliövaara, M. 2007. 13) Kroonisesta kivusta kärsivät aiheuttavat suuria kustannuksia terveydenhuoltojärjestelmälle, sillä heillä on taipumus 'ajelehtia' perus- ja erikoissairaanhoidossa. Kroonisille kipupotilaille tehdään paljon tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, jotka nostavat heidän aiheuttamaansa terveydenhuollon kustannuskuormaa. (Vuorinen, 2001. 307)

Menetelmäni valintaa perustelen potilaslähtöisyys-käsitteellä. Sillä tarkoitetaan Lindströmin (1995) mukaan sellaista hoitoa, jossa potilas on itse mukana vaikuttamassa hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Lisäksi potilaslähtöisyyteen liitetään usein

näkemyks, että potilaan todellisuus rajoituksineen ja mahdollisuuksineen on hoidon lähtökoh-
tana (Matilainen, 1997).

Opinnäytetyöni tarkoituksena on koota yhteen ja käsitellä hoitotieteellisten julkaisujen tie-
toa tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttaman kroonisen selkä- ja alaselkäkivun kokemisesta.
Näiden avulla pyrin kuvaamaan kivun kokemukseen liittyviä piirteitä, keskittyen kokemuk-
sessa esiintyvään mielelliseen puoleen

2 KOKEMUS, KIPU JA TULE-SAIRAUKSIIN LIITTYVÄ KROONINEN SELKÄKIPU

Kylmän ja Juvakan esityksen mukaan hyvän varsinaista tutkimusta edeltävästi toteutettavan
kirjallisuuskatsauksen ominaisuutena on sen rakentuminen käsitteiden eikä yksittäisten jul-
kaisujen tai julkaisijoiden varaan. Tämän katsauksen tarkoituksena on selvittää mitä aiheesta
aiemmin tiedetään ja miten tuo tieto on tuotettu. (Kylmä ja Juvakka, 2007. 46) Katsauksen
seurauksena syntyy tutkimuksen käsitteellinen tai teoreettinen viitekehys. Teoreettinen vii-
tekehys sekä tutkimuksen että sen kohteen, toimii analyysin toteuttamisen kontekstina ja
ohjaa tulosten valikointia ja tutkijalle merkityksellisten tulosten esiin nostamista (Patton,
2001. 434.) Tämän luvun sisällä luon katsauksen opinnäytetyöni keskeisiin käsitteisiin. Olen
jakanut luvun kolmeen osioon, joista ensimmäisessä käsitteelen kokemusta ja sen ominaisuuksia
valitsemastani fenomenologisesta näkökulmasta. Toisessa osiossa kuvailen kivun käsitteen
ominaisuuksia kirjallisuuskatsauksen perusteella ja viimeisessä kolmannessa osiossa teen
lyhyen yhteenvedon tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja kivun liittymisestä toisiinsa.

2.1 Kokemuksen piirteitä

Kokemusta voidaan lähestyä monesta eri näkökulmasta. Tässä työssä pyrin kuvaamaan koke-
musta fenomenologisesta viitekehyksestä käsin, painottaen erityisesti Lauri Rauhalan ajatuk-
sia. Rauhalan fenomenologinen ihmiskäsitys pohjaa pitkälle Husserlin ja Heideggerin filosofi-
seen perinteeseen. Rauhalan näkemyksen mukaan ihminen nähdään olemassa olevaksi tajun-
nallisesti, situationaalisesti ja kehollisesti, josta hänen kokemuksensa muodostuu. (Rauhala
1990, 35, 46 - 47) Kehollisuutena voidaan pitää kaikkea sitä mikä ei ilmene käsitteellisesti ja
symbolisesti eli ei-esittävästi. Tajunta on kokemuksellisuutta, johon ihminen on elämykselli-
sessä suhteessa. Tajunnalliselle olemiselle on ominaista mielellisyys, asioiden merkitsevyys
suhteessa toisiinsa. Tällöin sen voidaan katsoa olevan merkityssuhteiden muodostama sisällöl-
linen kokonaisuus. Situationaalisuus on kaikkea sitä mihin ihminen on suhteessa kehollisesti
ja tajunnallisesti: paikkaa, muita ihmisiä, aikaa, kulttuuria, sukupuolta jne. Selkeytykseksi
kipua voidaan siis tarkastella a) niinä fysiologisina prosesseina, joita kehossa kokemuksen
aikana tapahtuu b) niinä merkityksinä, joita ihminen kipua kokiessaan sille antaa ja c) kaikki-
na sellaisina tekijöinä, joihin kipua kokeva on suhteessa. (Rauhala, 1993)

Haaparannan ja Oeschin toimittamassa kirjassa Kokemus selvittää Ilkka Niiniluoto kokemus - sanan etymologiaa varhaisessa kreikan kielessä. Kokemusta tarkoittavat sanat ovat kreikan kielessä empiirinen ja empirismi. Näiden vastakohtaparit kreikaksi ovat rationaalinen ja rationalismi ja niillä tarkoitetaan järkeen liittyvää, kokemuksesta irrallista tietoa. (Niiniluoto, 2002. 10) Tämä kahtiajako heijastelee kyseisen kulttuurin ajattelua ja on säilynyt pitkään länsimaisen ajattelun perinteessä ja ihmiskäsityksessä, myös kivun selitysten kohdalla (Vainio, 2002. 16). Näiden kahden tiedon hankintaan liittyvän tavan on ajateltu olevan toisistaan erillään ja myös tuottavan erilaista tietoa. Kirjassa Kokemus on myös Jussi Kotkavirran artikkeli, joka esittelee saksalaisen ajattelijan Hegelin käsitystä kokemuksesta. Hegelille kokemus on reflektiivinen tapahtuma, jossa tietoisuus oivaltaa kohteen ja kohdetta koskevan näkemyksen välisen ristiriidan ja ottaa aiemman näkemyksen uudeksi kohteekseen, kuitenkin nyt mielensisäisenä, eli muuntuneena. Hegeliä myöhempi ja omalle näkökulmalleni läheisempi ajattelijana Heidegger esittää, että käsitteellisesti kokemuksen ja fenomenologian välille voidaan vetää yhtäläisyysmerkki. (Kotkavirta, 2002. 24)

Kokemuksen ytimessä on fenomenologisen ajattelutavan mukaan intentionaalisuuden käsite. Sillä tarkoitetaan tajunnan väistämätöntä suuntautumista johonkin kohteeseen. Kohde voi olla niin sisäinen tuntemus (kuten kipu) kuin havaittu ulkomailman kohde. Tajunnallisen suuntautumisen seurauksena syntyy elämyksiä, joissa myös merkitys syntyy. Elämyksessä jokin tarkoittaa kokijalleen jotakin. Fenomenologiseen erityistieteeseen kuuluu ajatus kokemuksesta suhteena subjektin, intentionaalisuuden ja tämän kohteen välillä. (Perttula, 2005. 116)

Intentionaalisuuden käsitettä on myös kritisoitu. Kivinen ja Ristelä esittävät teoksessaan Totuus, kieli ja käytäntö Daniel Dennetin ajatuksia intentionaalisuudesta. Dennetin mukaan mitä tahansa toimivaa systeemiä voidaan tarkastella, ikään kuin se toimisi intentionaalisesti, päämääräsuuntautuneesti. Hänen mukaansa intentionaalisuus ei ole ihmisen toiminnan erityisominaisuus. (Kivinen & Ristelä, 2000. 70 - 71)

Kokemuksen muodostumisen ehtona Rauhalan fenomenologiassa on todellisuuden ilmiöiden ja objektien muodostat mielelliset edustukset. Kun mieli ilmenee tajunnalle ja asettuu suhteeseen kohteensa kanssa ymmärrettävästi, syntyy merkityssuhde. Merkityssuhteita ovat hänen mukaansa mm. havainnot, ajattelu ja monet tunteet. Merkityksellistävät kokemukset voivat Rauhalan käsityksessä olla myös epäintentionaalisia, siten etteivät ne viittaa suoraan mihinkään kohteeseen. Esimerkiksi tällaisista hän antaa ikävystyneisyyden ja tyytyväisyyden. Merkitykset suhteutuvat toisiinsa spontaanisti kokemistapahtumassa ja ajan funktiona. Tajunnassa ilmenevien merkityssuhteiden luokitteluksi laadullisten erojen pohjalta Rauhala esittää:

tietoa, tunnetta, tahtoa, intuitiota, uskoa ja epätavallisia kokemuksia. (Rauhala, 2005. 42 - 43, 80, 126)

Merkityksen käsitteen määrittelyssä päädytään helposti intuitiiviseen kehäpäätelmään: se on se mitä jokin asia ”tarkoittaa”. Kulttuurintutkimuksen, empiirisen sosiologian näkökulmasta merkitystä voidaan pitää pelkän objektin nimeämisen ylittävänä asiana, todellisuuden sosiaalisena konstruomisena. Maailma välittyy ihmisille merkitysten kautta, ei sellaisenaan vaan sen suhteen kautta, joka ihmisillä tähän maailmaan on. (Alasuutari, 1994. 58 - 59)

Sveitsiläinen kielitieteilijä Saussure esitti 1970-luvulla kielen koostuvan toisiinsa liitetystä merkeistä ja näiden merkkien kahdesta toisistaan erotettavasta elementistä: merkitsijä (signifier), joka on se foneettinen koodi, josta sana koostuu ja merkitystä (signified), joka taas on kohde johon merkitsijä viittaa. Hänen mukaansa sekä näiden välinen suhde, että merkin ja ulkoisen todellisuuden välinen suhde ovat keinotekoisia. Merkin merkitys syntyy hänen mukaansa muista merkeistä. (Alasuutari, 1994. 61 - 62) Airolan, Koskisen ja Mustosen toimittamassa kirjassa Merkillinen merkitys, Ilkka Niiniluoto kuvaa artikkelissaan merkin ja fenomenologian suhdetta. Hänen mukaansa fenomenologisen näkemyksen (erotuksena esim. sosiologiselle) mukaan merkin paikan kysyminen on aiheetonta, sillä siinä se luodaan aistimuksessa ja se on elimellinen osa sen luovaa subjektia. (Niiniluoto, 2000. 13 - 25)

2.2 Kivun ominaisuuksia

Kipu on abstrakti käsite, joka väljimmässä merkityksessään tarkoittaa kokijalleen epämiellyttävää aisti- tai tunne-elämystä (Raij, 2006. 751). Sen ilmaisua ja kokemista säätelevät kulttuurin lisäksi sosiaaliset ja psykologiset tekijät (Helman, 2000. 30.). Hoitotieteessä on tavallisesti käytetty kipua kuvatessa sen holistista määritelmää, joka ottaa huomioon useiden eri tekijöiden vaikutuksen kokemuksen muodostumiseen ja jonka olemassaoloon riittää kokijan vakuutus sen olemassaolosta. (Davidhizar ja Giger, 2004. 51, McCaffery ja Beebe, 1997.)

Sairaanhoitajapäivien luennossa vuonna 2005 toteaa Rhen kivun kokemuksen olevan aina subjektiivinen ja todellinen kivun syntymekanismeista huolimatta. Hän korostaa potilaan kipuhistorian selvittämistä keinona optimaalisten kivunlievitysmenetelmien löytämiselle. Kipuhistoria tarkoittaa tiivistetysti henkilön aikaisempien kipukokemusten selvittämistä haastattelun ja dokumenttien tutkimisen keinoin. (Rhen, 2005.)

International Association for the Study of Pain (IASP) määrittelee kivun epämiellyttäväksi tuntoaistimukseen perustuvaksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio ja joka ilmaistaan kudosvaurion termein. Siinä huomautetaan kuitenkin kyvyttömyydestä ilmaista olemassa olevaa kipua ja kivun olemassaolosta ilman selittävää

kudosvauriota. Molemmassa tapauksissa kokemus täytyisi silti tulkita kivuksi, joten varsinainen kivun verifioiva tekijä on sen subjektiivinen kokeminen. (Merskey ja Bogduk, 1994. 209 - 214)

International Association for the Study of Pain on kehittänyt kroonisen kivun luokitelman, jossa kipuoireyhtymien jaottelu on tehty etiologisten ja anatomisten elinsysteemien mukaisesti sekä kestoon ja intensiteettiin perustuvien ryhmittelyjen mukaan. Jaottelu on lähtökohdiltaan enemmän kuvaileva kuin kiputilojen mekanismeista ponnistava. Se kuvaa kipua viiden akselin kautta, joista ensimmäinen kuvaa kivun sijaintia, toinen elinsysteemiä, kolmas ajallista esiintymistä, neljäs intensiteettiä ja kestoja ja viides jaottelee sen etiologian mukaan. Tämän tyyppisten luokitusjärjestelmien avulla on mahdollista rajata ja selkiyttää kipukokemusta, jolla on myös havaittu olevan vaikutusta kroonisen kivun sietämisessä. (Vainio, 2004. 94, 103 -104)

Repo esittää tutkielmassaan kivun luokituksen mahdollisuuksia. Hänen mukaansa sitä luokitellaan anatomisen sijainnin, syntymekanismin tai keston avulla. Kestoa kuvaavissa luokituksissa kipu on perinteisesti jaettu kahteen luokkaan: akuuttiin ja krooniseen. Kroonista kipu on jos se on jatkunut keskeytymättömänä yli 3 kk tai yli normaalin kudoksen parantumisen ajan. Hän jakaa kivun myös yksityiseen ja julkiseen, ja toteaa että ihmisellä on kyky tahdonalaisesti päättää tehdäkö kivusta julkista ilmaisemalla se. (Repo, 2004. 10). Kivun kroonistumisessa on todettu perinnöllisillä tekijöillä olevan altistava vaikutus. Lisäksi akuutin kivun voimakkuudella on havaittu olevan yhteys kivun kroonistumiselle. (Mikkelsen, 2007. 102)

Erään luokituksen kokemisen alueella on esittänyt McGuire, jossa hän jakaa kivun kokemisen kuuteen eri osa-alueeseen: fysiologinen, sensorinen, affektiivinen, kognitiivinen, behavioristinen ja sosiokulttuurillinen. Fysiologiseen osa-alueeseen liittyy kivun syy, tyyppi, sijainti ja kesto, sensoriseen taas kivun luonne ja laatu, affektiiviseen tunnekokemukset, kuten ahdistus ja masentuneisuus, kognitiiviseen kivun merkitys, hallintamekanismit, asenteet jne., behavioristiseen kipukäyttäytyminen ja sosiokulttuuriseen etninen tausta, sosiaaliset suhteet, työ jne. Nämä osa-alueet voivat korostua mm. kivun aiheuttajan seurauksena, mutta myös yksilöllisten erojen vaikutuksesta. (McGuire, 1992. 312 - 319)

Kipu voidaan jaotella: nosiseptiiviseen, viskeraaliseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen. Fysiologisen näkemyksen mukaan neuropaattisen kivun kroonistumisen mallissa hermosäikeet herkistyvät kipuaistimuksille. Tämän signaalin siirron muutoksen seurauksena kipuiimpulssi pitkittyy ja vahvistuu. Impulssit eivät kuitenkaan ole kipua, vaan vasta havaittu kokemus on. Kipua voidaan eritellä myös sen muotojen perusteella. Muotoja ovat kivun kesto, tyyppi, sijainti. Kivulla on lisäksi merkitys (kognitiivinen modaliteetti). Esimerkiksi, jos kipu ennustaa kuolemaa, on sen kestäminen vaikeampaa. Kivun kokemista säätelevät siis ne merkitykset,

jotka sille annetaan, mutta myös kipu muuttaa merkitysten järjestystä tai järjestelmää. Rauhala on esittänyt ajatuksen ”persoonan huonosta olemassaolosta.” Tällä hän tarkoittaa kehollisen sairauden vaikutusta subjektiiviseen maailmankuvaan. Tästä seuraa maailmankuvan epäsuotuisuus ja häiriöt suhteessa elämäntilanteeseen. Hänen mukaansa kipu on asetettava tajunnalliseen ja sosiaaliseen yhteyteensä (Hänninen, 2001. 90 - 93, 98).

Kipukokemuksen ominaisuuksia ovat Vainion mukaan mm. intensiteetti ja jatkuvuus sekä laajeneminen ja sen muut kokemukset lävistävä piirre. Se voidaan kokea hyökkäyksenä itseä kohtaan. Siitä pyritään pääsemään eroon, sen aiheuttajaa pyritään välttämään, sitä vastaan koetetaan taistella tai se pyritään kieltämään. Pitkäaikaisena se koetaan usein myös mielekkään elämän rajoittajana. (Vainio, 2002. 93).

Pitkäaikaiseen kipuun liittyy myös sen toimintakykyä ja elämän mielekkyyttä estävä elementti. Pitkäaikaisesta kivusta kärsineellä on rasitteena myös sen jatkuva ja kauan kestänyt läsnäolo tietoisuudessa. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivillä on myös usein pelko tai realistinenkin kokemus peruuttamattoman vaurion tapahtumisesta. (Vainio, 2004. 67 - 68).

Kroonisen kivun hoidossa päästään harvoin kivuttomuuteen (Nieminen, 2005). Kipukroonikoilla fyysisen kivun lievityksessä tuloksia saadaan vain n. 20 %:lla (Hänninen, 2001. 94). Tästä syystä korostuu kipuun sopeutumisessa yksilön kipukokemukselleen antamat merkitykset. Kipuoireyhtymästä kärsivillä potilailla on yhteistä esimerkiksi masentuneisuus, unettomuus, väsymys, vähäinen sosiaalinen aktiivisuus, oireiden tarkkailu ja korostaminen ja mahdollisesti myös muiden elämänongelmien kieltäminen. (Vainio, 2002. 101.)

Joidenkin tutkimusten mukaan masennuksesta kärsii jokainen kroonisesta kivusta kärsivä. Masennuksen oireita ovat mm. surullisuuden ja tyhjyyden tunteet, yleinen kiinnostuksen väheneminen, painon muutokset, unihäiriöt, arvottomuuden ja toivottomuuden tunteet sekä kuolemaan liittyvät ajatukset. Kipuongelman hoidolla on todettu olevan masennusta lievittävä vaikutus. Kipupotilaiden oireista tavallisia ovat myös ahdistusoireet, kuten epämääräinen huolestuneisuus, tuskaisuus, lihasjännitys, sydämentykytykset ja levottomuus. Lisäksi kipuun voi liittyä pakkoajatuksia ja mielikuvia tai paniikkikohtauksia. Oireiden pikainen hoito vähentää tilan kroonistumista. (Vainio, 2004. 69 - 72)

Kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden hoitoon kuuluu lääketieteellisen puolen lisäksi psykososiaalisen osa-alueen kartoitus ja hoito. Psykkisten ongelmien hoito on hankalaa, mikäli kipua ei saada lievitettyä, mutta myös kivun hoito vaikeutuu, mikäli potilaan psyykkisiä oireita ei hoideta. (Vainio, 2002. 298) Potilaan kipukokemukseen liittyviä ja kivun kroonistumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. asenteet ja uskomukset (pelko-välttämisykskomus, katastrofointi, uskomus kivun hallitsemattomuudesta, virheelliset odotukset tutkimuksista, käsi-

tys omasta heikkoudesta) ja tunteet (pelko, masentuneisuus, ahdistuneisuus, uupuneisuus, avuttomuus.) Masentuneisuudella ja pelko-välttämiskäyttäytymisellä sekä vihalla on osoitettu olevan selkeä yhteys kivun kroonistumisen riskitekijänä. (Heikkilä, 2005. 88 - 92.)

Kivun kroonistumiseen vaikuttavat ajattelun, tunteiden ja toimintatapojen kentässä monet tekijät. Ajattelun osa-alueessa vaikuttavia asioita ovat heikko luottamus hoidon vaikuttavuuteen, heikko kontrollin tunne kipuun liittyvissä asioissa, kivun syyn ulkoistaminen ympäristöön, kivun kulun ymmärtämättömyys ja vaikeus hallita stressiä. Tunteisiin liittyvistä asioista kroonistumista edesauttavat ahdistuneisuus, turhautuminen kivun vaikutuksiin, pelko kivun hallitsemattomuudesta, viha ja tuskastuminen hoitavaa tahoa kohtaan sekä mielialan lasku. Toimintatavoista riskiä lisäävät kivunhallintakeinojen vähäinen käyttö, läheisiin ihmissuhteisiin ja perheeseen liittyvät asiat, jotka tukevat vetäytymistä, lääkityksen ongelmat, vetäytyminen arjesta ja vaikeudet ratkaista kivun mukanaan tuomiin muutoksiin liittyviä asioita. Keinoja helpottaa kroonista kipua ovat mm. kivun vähentäminen, rentoutuminen, huomioon suuntaaminen muualle, uudelleen määrittely, tunteiden tuuletus, henkisen tuen etsintä ja emotionaalisen tuen etsintä. Tiedon merkitys korostuu kivun hallitsemisessa ja tukiverkoston merkitys kivun kanssa elämisessä. (Vuorimaa, H. 2007. 108, 111).

Kipuärsykkeen kokemisen muutos kipukäyttäytymiseksi kivun kroonistuessa voidaan kuvata nelivaiheisella mallilla, jossa ensimmäisessä kipuärsyke havaitaan, siitä seuraavat välittömät tunteet, kuten pelko, ahdistuneisuus ja huoli omasta selviytymisestä. Kolmas muutoksen vaihe on selviytymiskeinojen jäsennys, jonka sisältöä on mm. tiedonhankinta kivunlievityksen keinoista. Viimeisessä eli neljännessä vaiheessa henkilö sopeutuu elämään kivun kanssa. (Vuorimaa, H. 2007. 106, 107).

Kivun kokemiseen vaikuttavia psyykkisiä tekijöitä ovat mm. tarkkaavaisuus, emotionaalinen tila, suggestio, asenteet ja odotukset sekä vireystaso. Tarkkaavaisuutta ja kipua käsittelevissä tutkimuksissa on havaittu huomion muualle kohdistamisen vähentävän kivun voimakkuuden kokemusta. Myös positiivisia emotioita aikaansaava ympäristö vähentää kivun intensiteetin kokemista. (Pirttilä ja Nybo, 2004. 201).

Psyykkisten tekijöiden yhteys kivun merkityksen kannalta on todettu mm. kivun voimakkuudessa, jonka intensiteetti riippuu osin sille annetusta merkityksestä. Vainion mukaan kivun merkityksellä tarkoitetaan kivun edustamaa sisältöä tai roolia ihmisen mielessä. Tällaisia yleisiä merkitysisältöjä ovat kivun kokeminen vihollisena, henkisenä kasvuna tai haastena, osana elämää tai asiaankuuluvana ikävänä asiana. (Vainio, 2004. 99)

Suuri osa ihmisen kunkin hetkisestä situaatiosta (Rauhalan termi) on paikallisen kulttuurin määrittämää. Kulttuurikin on kipukokemuksen osatekijä. Se normittaa ihmisten kipukäyttämistä ja siitä myös yksilö saa sanat, jolla kipua voidaan kuvata. (Vainio, 2002. 22.)

Vaikkakin varsinainen sisäinen kokemus onkin prelingvistinen (Vainio, 2002. 19.), kokemuksia välitetään toisille pääosin verbaalisesti ja kipuun liittyvä sanasto onkin hyvin laaja. Kielen avulla kivun kokemusta voidaan kuvata hienojakoisesti ja kokemusta eritellä. (Vainio, 2002. 15 - 31.) Samalla kokemuksesta tulee julkinen, jolloin kipu ei ole enää yksityistä (Helman, 2000). Krooniset kipupotilaat ja akuuttia kipua kärsivät kuvaavat kipua eri sanoilla. Heidän kuvauksissaan korostuvat affektiiviset (pelkoon, ärsyttävyyteen ja tuskallisuuteen liittyvät) kipusanat, kun taas akuutista kivusta kärsivät kuvaavat kipua useammin sensorisiin luokkiin kuuluvilla kipusanoilla. (Vainio, 2002. 43.)

Kivun ilmaisuun vaikuttaa myös sen alkuperä. Mikäli sen voidaan osoittaa olevan seurausta sairaudesta, tulee sen ilmaisusta hyväksyttävää. Revon tutkimuksessa kroonisten kipupotilaiden asenteella oli merkitystä kivun kestämiseksi. Sillä oli myös arvostuksia muuttava vaikutus siten, että kipuilevat arvostivat aiempaa enemmän arjessa selviytymistä ja vähemmän muiden mielipiteitä itsestään. Lisäksi tutkimuksen mukaan kroonisen kivun piirteenä oli sen jatkuva läsnäolo mielessä. Tutkimuksessa selvitettiin myös kipupotilaiden suhtautumistapoja kipuunsa. Kroonisten kipupotilaiden suhtautumisessa kipuun oli tutkimuksen mukaan erotettavissa seuraavanlaisia tapoja: toivo ja epätoivo, torjunta, sietokyvyn kasvu, ja lisääntynyt ymmärrys toisten ihmisten kipua kohtaan. Toisinaan tutkimushenkilöt osoittivat myös ymmärryksen vähentymistä. (Repo, 2004. 31, 34 - 40)

2.3 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja krooninen selkäkipu

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat Suomen väestössä yleisimmin kipua ja eniten työkyvyttömyyttä aiheuttava pitkäaikaissairauksien ryhmä (Lindgren, 2005. 5.). Tälle sairausryhmälle kipu on useinmiten myös sairauden pääongelma (Vuorinen, 2001. 304.). Kipupotilaiden ensisijaisista tulostyistä tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus oli 42 %. Puolet TULE -oireista aiheutuu selkävaivoista ja neljännes nivelrikoista. Alaselkäkiputilojen yleisyys kroonisissa kiputiloissa on 23 % kaikista anatomisista sijainneista, joka tekee siitä toiseksi yleisimmän heti olkapäiden ja yläraajojen jälkeen. (Vainio, 2004. 45.) Loppuosa on lähinnä erilaisia lihasten, nivelsiteiden ja pehmytkudosten särkyjä ja tulehduksia. Terveys 2000 - tutkimuksessa pitkäaikaisen selkäoireyhtymän esiintyvyys oli miehillä 10 % ja naisilla 11 %. Sairastavuus nivelten tulehdusten aiheuttamana oli: nivelreumaa 0,5 % miehistä ja 1,1 % naisista. Nivelrikko on yleisin nivelsairaus, joka yleistyy vanhetessa. Sitä sairastaa yli puolet 65 - vuotiaista ja 75 - vuotiaista lähes 90 %. Tapaturmat aiheuttavat merkittävän osan TULE sairauksista. Tavalli-

simpia pysyviä tapaturman aiheuttamia vammoja ovat murtumien, venähdysten tai muiden epäsuorien mekanismien, haavojen tai ruhjeiden aikaansaamat vammat ja iäkkäiden kaatumistapaturmat (Pohjolainen, 2005. 12 - 14, Vuorinen, 2001. 305.)

TULE - sairauksien ilmaantuvuus on yleisempää erityisesti maatalouden, teollisuuden sekä rakennus- ja siivousalan ammateissa kuin hallinnon, koulutuksen ja terveydenhuollon ammateissa. Lisäksi Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyyteen vaikuttavat tapaturmat ja elämäntavoista mm. liikunnan vähäisyys, ylipaino ja tupakointi. (Vainio, 2002. 33) Vaikka riskitekijöitä alaselkäoireyhtymään on löydetty useita, on syysuhteiden varmistaminen ollut mahdollista. Työhön liittyvillä psykososiaalisilla tekijöillä on enemmän merkitystä selkäsairauden syntyyn kuin pelkästään työn fyysisillä tekijöillä. Korkea vaatimustaso, heikko psykososiaalinen tilanne ja stressi edistävät kivun ilmaantumista. Ne ovat myös vahvempia kuntoutumisen lopputuloksen ennustajia kuin selän toimintakykyä mittaavat objektiiviset, fyysiset löydökset. Lihavuus on yhteydessä välilevytyrän ja vaikeiden kipuoireyhtymien kasvaneeseen riskiin ja tupakoinnilla on mahdollisesti yhteys iskiakseen ja selkäkipuihin. (Arokoski, 2005. 460)

2.3.1 Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kroonisen kivun mekanismeja

Akuutilla kivulla on biologinen tarkoitus suojata elämää. Mikäli uusia kipuvaurioita tapahtuu jatkuvasti tai kipuun liittyy tulehdusreaktioita, jotka ylläpitävät kipua, nimitetään sitä krooniseksi noniseptiiviseksi kivuksi. Tämä on tyypillistä TULE sairauksille, jolloin tavallisesti kivuton liike aiheuttaa elimistössä mikroskooppisen kudoksen vaurion ja laukaisee siten fysiologisen kipuaistimuksen. Neuropaattisessa kivussa on kyse neurologisen järjestelmän pysyvästi epätarkoituksenmukaisesta toiminnasta. Neuropaattista kipua synnyttävien tilojen määrä on TULE Sairauksien alueella moninainen, kuten kompressio, traumojen jälkitilat ja tulehdusprosessit. Idiopaattisessa kivussa mielekäästä kivun biologista syntymekanismia ei löydetä, esimerkiksi TULE sairauksien kohdalla mm. fibromyalgia ja alaselän pitkittyneet kiputilat, joiden etiologia jää usein selvittämättömäksi. (Soinila, 2005. 20 - 21.)

Heikkonen käsittelee artikkelissaan työryhmätyöskentely TULES-potilaan hoidon ja kuntoutuksen perustana kipua biopsykososiaalisena ilmiönä. Fyysisten tekijöiden merkitys kipuongelmassa pienenee sen pitkittyessä. WHO:n mallissa kipuongelman biopsykososiaalisesta hoidosta arviointi ja tutkimus sekä hoito ja kuntoutus tapahtuvat kaikilla näillä alueilla, jaettuina kolmeen eri tasoon. Nämä tasot ovat Vaurio-eheystaso, jossa selvitetään eri alojen perustutkimusten avulla potilaan tilannetta, Toiminnanrajoite-toimintavalmiustaso, jossa selvitetään suorituskkyä, psykologisia hallintamekanismeja ja sosiaalisten viiteryhmiä olemassaoloa, Haitta-selviytymistasolla arvioidaan fyysisten rajoitteiden vaikutusta työ- ja toimintakykyyn, psyykkistä kokemusta erilaisista elämän rooleista selviytymisestä ja tyytyväisyyttä näiden osalta sekä yhteisöllisten tekijöiden ja sosiaalisten palveluiden sopivuutta ko. poti-

laalle (Heikkonen, 2005. 37 - 38). Mahdollisimman varhainen aktiivinen kuntoutus on tärkeää, sillä pitkäkestoinen sairausloma vähentää työhön palaamista (Lindgren, 2005, 196 - 199).

2.3.2 Erilaisiin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvä krooninen selkäkipu

Tässä kappaleessa alla esittelen lyhyesti joitakin yleisimpiä kroonista kipua aiheuttavia TULE sairauksia. Esityksessä pyrin kuvaamaan lyhyesti tilan ytimen ja keskityn lähinnä kipu- ja muiden oireiden esittämiseen. Rajauksen avulla haluan kiinnittää huomion sairauksien kokemuselliseen puoleen. Tarkempi tilojen lääketieteellinen esittely ei olisi myöskään ollut tämän työn kannalta tarkoituksenmukaista.

Selkä kivun syntymiseen ei välttämättä tarvita vaurioita kudoksissa eikä kipu ole ehdottomasti merkki mistään vakavasta. Spontaani parantuminen on yleistä lyhyillä fyysisen rasituksen vähentämisen jaksoilla ja mahdollisimman normaalin elämän jatkamisella. (Arokoski, 2007. 47.) Valtaosalla selkäkiputapauksista on kysymyksessä toiminnallinen vaiva, jolloin hoitomuoto on konservatiivinen. Pitkäaikainen selkäkipu on todettavissa 17%:lla 30 vuotta täyttäneistä ja sen yleisyys kasvaa ikääntyessä. Riskitekijöinä pidetään työn kuormittavuutta, tapaturmia ja tupakointia. Työssä esiintyvä voimakas ruumiillinen rasitus, toistuvat yksipuoliset liikkeet, vaikeat työasennot ja raskaat nostot ovat altistavia tekijöitä. (Lindgren, 2005, 181).

Muiden kroonisten kiputilojen tapaan toistuvat kivut herkistävät myös selkäkivuissa hermostoa kivulle alttiiksi. Selkäkiput johtuvat moninaisista syistä ja täsmälliseen somaattiseen diagnoosiin päästään vain viidesosassa tapauksia. Niiden taustalla voikin olla useita selittäviä tekijöitä. (Vainio, 2002. 283.) Selän paikallisen kivun syynä on tavallisimmin n. 40 %:ssa välilevy. Suurin osa välilevyn pullistumasta johtuvista kiputiloista johtuu sen uloimmasta anulaarisesta rengasmaisesta osasta ja osa taas (n. 15 %) fasettinivelestä. Risti-suoliluuniveltä pidetään selkä kivun syynä noin 15 %:ssa tapauksia, mutta muut syyt kattavatkin noin 30 % tapauksista. Vakavia selän sairauksia, jotka ovat kuitenkin verrattain harvinaisia, ovat pahanlaatuiset kasvaimet, selkäytimen alaosan puristusoireet (cauda equina) sekä välilevyn ja nikaman tulehdukset. Selkäytimen alaosan puristusoireita ovat ratsupaikka-anestesia, äkillinen virtsaumpi, vaikeat puutosoireet alaraajoissa, ulosteenpidätyskyvyn vaikeus ja alaraajojen lihasheikkous. (Lindgren, 2005. 184)

Selkärangan nikamien välilevyjen rappeuma ja selän nivelrikko eli spondyloartroosi ovat keskeisellä sijalla selkäsairauksien kehittymisessä. Neljäkymmentä vuotiaista 40:llä prosentilla on jonkinlaisia selän rappeumamuutoksia. Puolen vuoden sairausloman jälkeen pitkittyneistä selkä kivusta kärsivistä palaa töihin vain puolet ja vuoden sairausloman jälkeen enää 10 - 20 %:a. (Arokoski, 2007, 464.) Kudorapteen yleinen ja vaihteleva selkäkipu on useinmiten

lievää tai kohtalaista, tylppää särkyä ristiselässä, joka säteilee pakaroihin ja reisien takaoisiin. Se pahenee rasituksessa, mikäli henkilö istuu pitkään tai tekee epätavallisia liikkeitä. Mikäli kipu selässä jatkuu yli 4 - 6 viikkoa, on potilaan moniammatillinen tutkimus ja hoito indisoitu. Työ- ja psykososiaaliset ongelmat tällaisissa tapauksissa ovat yleisiä ja niiden korjaaminen tärkeää. Selän lihasten voimistamiseen tähtäävien harjoitusten ja kognitiivis-behavioristisen terapian hyödyistä kroonistuneen selkäkipun hoidossa on olemassa vahvaa näyttöä. (Vainio, 2002. 286 - 287)

Selkärangan tulehduksen patofysiologian voi aiheuttaa virtsatietulehdus, aikaisempi leikkaus, solunsalpaajahoito tai suonensisäisten huumeiden käyttö. Nikamiin liittyviä selkäkipua aiheuttavia sairauksia ovat spondylolyyysi ja -listeesi. Spondylolisteesin voi aiheuttaa selkänikami- en fasettinivelten ja välilevyn rappeuma. Selkäydinkanavan ja juurikanavan ahtaumat ovat seurausta selkärangan rappeumamuutoksista. Ahtauttamalla selkäydintä ne painavat hermojuurta ja aiheuttavat oireina mm. katkokävelyä ja seistessä ja kävellessä ilmenevää alaraajojen puutumisoiretta. Osteoporoosi on yksi useinmiten yli 65 vuotiaiden selkäkipua aiheuttava syy. Mahdollisia ovat myös tulehdukselliset reumasairaudet spondyloartropiat, jotka voivat aiheuttaa selkärankaan tai risti-suoliluuniveliin liittyvän tulehduksellisen selkäkipun. Alttius näille periintyy. (Arokoski, J. 2007. 461 - 463)

Selkärangan kudossrappeuma, osteofyytit, spondyloosi ja spondyloartroosi aiheuttavat dermatomien alueelle kompressio-oireita, puutumista, pistelyä ja kipua. Kipu on tavallisesti tyypiltään fluktoivaa. Spinaalisten oireena on pitkään jatkuva, asteittain ja rasituksessa paheneva selkäkipu, johon liittyy kävellessä jalkojen särkyä ja kömpelyyttä. Selän ekstensio pahentaa oireita. (Vainio, 2002. 284 - 286)

Nikaman välilevytyrjän oireena on tavanomaisesti äkillinen, alaraajaan alimpiin ekstriimeihin säteilevä selkäkipu. Lisäksi on yleistä, että tästä kärsivä henkilö kokee puutumista ja pistelyä alaraajassa, puristuksiin jääneen hermojuuren hermotusalueella. Kivun voimakkuus on korkeimmillaan istuma-asennossa ja seisominen, käveleminen ja makuullaan olo helpottavat sitä. Ponnistusta vaativat liikkeet pahentavat kipua. Hoitona käytetään lyhytaikaista vuodelpoa (tosin akuutissa selkäkipussa tätä pyritään välttämään (Martio & al. 2007. 459.) ja alkuvaiheessa tulehduskipulääkkeitä. Mikäli oireet kestävät yli 4 viikkoa tai jos kipuun liittyy äkillinen virsan- ja ulosteenpidätyskyvyn menetys hoidetaan tilaa leikkauksella. Leikkauksen hyödyistä ei ole näyttöä kroonisessa kipuselässä. Toistuvilla leikkauksilla voidaan potilaan kipuoireyhtymä pahentaa. (Vainio, 2004. 48)

Myofaskiaaliset kivut aiheuttavat alaselkään tylpää särkyä, jäykkyyttä ja liikearkuutta. Kipu saattaa säteillä alaraajaan ja muistuttaa iskiassyndroomaa. Lihasten alueelta löytyy tavallisesti aristavat triggerpisteet, joiden painelu provosoi kipua. Nikaman välilevyn luiskahdukses-

ta seuraa akuutisti alkava selkäkipu motoristen ja refleksipuutosten kanssa ko. alueelta. Istuessa kipu on voimakkainta ja sitä provosoivat aivastus, yskiminen ja ponnistaminen. Cauda equina oireyhtymästä on kyse äkillisessä alaraajan halvauksen ja sietämättömän kivun johtuessa välilevytyrästä. (Vainio, 2002. 288)

Hermon pinnetilan kipua aiheuttavina TULE - sairauksien piiriin kuuluvina syinä voivat olla tulehdukset, murtumien ja artroosin luustonmuutokset. Kivun lisäksi oireita ovat kosketusarkuus, lihasväsymys ja kömpelyys sekä halvaus- ja atrofiaoireet, jotka ilmaantuvat tavallisesti vasta tilan myöhäisvaiheessa. (Vainio, 2002. 277 - 280)

3 TUTKIMUSMENETELMÄT

3.1 Tutkimusmenetelmien lähtökohdat

Valitsemaani tutkimusotteeseen kuuluu oman lähtökohtani ja ennakkokäsitysten sekä asenteiden määrittelemine (Virtanen, 2006. 168). Paradigma on tutkimuksen tekijän peruskokemusten joukko, jota voidaan eritellä ontologisina, epistemologisina ja metodologisina oletuksina. Ontologia on käsitys todellisuuden rakenteesta, epistemologia tiedon luonteesta ja mahdollisuudesta ja metodologia tiedon hankinnan menetelmistä. (Metsämuuronen, 2006. 84 - 85) Tämän opinnäytetyön taustana on konstrukttiivinen paradigma, jolla tarkoitetaan todellisuuden suhteellista, luomusmaista olemassaoloa ja jonka metodologia on tulkitseva eli hermeneuttinen. Valittuna metodina on fenomenologinen tekstianalyysi, jossa tarkoitus on pyrkiä ymmärtämään dokumenttien tutkimuskohteiden kategorioita. (Metsämuuronen, 2006. 87, 88)

Fenomenologisen tutkimusmetodin erityispiirteinä on pyrkimys tarttua kohteiden merkitykseen ja merkitysrakennelmiin tai struktuuriin. Koko fenomenologia käsitettä leimaa kuitenkin melkoinen sekaisuus. Useat erilaiset tutkimusmenetelmät nimittävät itseään fenomenologisiksi (mm. transsendentaalinen fenomenologia, empiirinen fenomenologia, hermeneuttinen fenomenologia ja sosiaalinen fenomenologia). Tavallisesti laadullisessa tutkimuksessa vallitseva fenomenologinen käsitys pyrkii tavoittamaan nimenomaan subjektin omaan kokemukseen liittyvät ainutlaatuiset piirteet, kun taas Heideggerin ja muidenkin fenomenologisen filosofian kehittäjien pyrkimyksenä oli tavoittaa jotakin universaalia so. kokemuksen rakentumisessa välttämättömiä elementtejä. (Patton, 2001. 482)

Alasuutarin mukaan kaikkea laadullista analyysiä kuvaa sen rakentuminen yksinkertaistaen kahdesta vaiheesta, joista ensimmäisessä saadut havainnot pelkistetään ja jälkimmäisessä

niiden sisältämä ”arvoitus” ratkaistaan. Pelkistäminenkin voidaan jakaa kahteen osaan. Aluksi havaintoja tarkastellaan tietystä, valitusta metodologis-teoreettisesta viitekehyksestä ja etsitään sen näkökulmasta olennaisia havaintoja. Toisessa havaintojen määrää karsitaan yhdistämällä erillisiä havaintoja suuremmiksi kokonaisuuksiksi. ”Arvoituksen” ratkaisemisen vaihetta voidaan nimittää tulkinnan vaiheeksi. Tulkinnassa aineistosta tehdään ilmiöstä merkitystulkinta viitaten samalla aiemmin aiheesta kirjallisuudessa ja tutkimuksissa esitettyihin tutkimuksiin. Tulkinnan pyrkimyksenä on saada siitä mielekäs, ettei se ole vain yksi monista mahdollisista. (Alasuutari, 1994. 39 - 48) Havaintojen, tässä tapauksessa kivun kokemusta tutkivissa julkaisuissa esitettyjen sisältöjen tarkoituksena laadullisessa tutkimuksessa ei ole jäädä silleen, vaan on löydettävä niiden taustalla olevia tekijöitä. Tällä ei kuitenkaan tarkoiteta havaintojen totuudenmukaisuuden kieltämistä. (Alasuutari, 1994. 78 ja 81)

Opinnäytetyöni taustalla olevaksi ihmiskäsitykseksi valitsen Lauri Rauhalan holistisen ihmiskäsityksen, jota kuvailin jo kokemusta käsittelevässä luvussa. Ihmiskäsitys ja ihmiskuva ovat kaksi toisiinsa liittyvää käsitettä, jotka Rauhala erottelee seuraavasti: ihmiskäsityksellä tarkoitetaan kaikkea sitä mitä tutkija on joutunut kohteestaan edellyttämään ennen empiirisiä hypoteesejaan ja menetelmiä valitessaan. Ihmiskuva on taas empiirisen tutkimuksen tuottama näkemys jostakin kohteensa ominaisuudesta. Heideggerin filosofiaa yhdistettynä Husserlin ajatuksiin pidetään hermeneuttisen tieteenfilosofisen suuntauksen päämetodina. Siinä ihminen nähdään ainutlaatuisena olemassaolon muotona todellisuudessa, eikä hän ole redusoitavissa fysikaalisiin suureisiin. (Rauhala, 1993. 8 - 12).

Se sopii ihmistutkimukseen sikäli, että se ottaa huomioon ihmisen erityisluonteen väistämättä johonkin sidoksissa olevana ja intentionaalisenä (johonkin suuntautuvana) merkityksillä ope-roivana oliona, täälläolevana. Laajasti katsoen tulkintaa voidaan pitää kaikkena sinä ymmärryksenä, joka ihmisellä täälläolostaan on. (Virtanen, 2006. 156 ja 159)

Intentionaalisuudella on fenomenologisessa ihmiskäsityksessä ja metodissa merkittävä rooli. Se koostuu 1) selityksestä siitä, mihin kokemuksemme tähtäävät, 2) niistä tietoisuuden piir-teistä, jotka ovat olennaisia objektien individuaatiossa (noema), 3) selittää kuinka uskomuk-set objekteista voivat olla mahdollisia kuinka koemme mitä koemme (noesis), 4) näiden in-tegroiminen niihin merkityksiin, joita meillä on kokemuksillemme. (Patton, 2001. 484) Inten-tionaalista selitysmallia voidaan soveltaa tiedostavien olioiden eli ihmisten ja erilaisten ih-misryhmien toiminnan tutkimiseen. Siinä katsotaan olennaiseksi toiminnan päämäärien, mo-tiivien, perusteluiden ja tiedostettujen syiden esiintuominen. Tämän näkökulman mukaan ihmisen toimintaa ei voida selittää kausaalisesti (kuten vaikkapa veren hyytymisen prosessia) vaan sitä voidaan vain ymmärtää tai tulkita. Intentionaalisella selitysmallilla on kuitenkin rajoituksia. Ihmisen toimintaa ohjaavat tiedostettujen päämäärien ohella tiedostamattomat,

spontaanit motiivit. Toiminnalla on myös usein ei-aiottuja seurauksia, jotka syntyvät muiden kuin toimijan erilaisista tulkinnoista toimijan intentioista. (Uusitalo, 1991. 105 - 107)

Tutkittaessa ihmistä fenomenologisen metodin ja hänen ihmiskäsityksensä avulla, on selvitettävä ihmisen tilanteen asettamia ehtoja fyysisen ja tajunnallisen toteutumiselle. Lisäksi selvitetään kaikkien kolmen olemispuolen muotoutumista tutkimushetken mukaiseksi ajan funktiona. (Rauhala, 1993. 16)

3.2 Valittu metodi

Valitsemani tutkimusmenetelmä on siis laadullinen, kvalitatiivinen ja kuuluu hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen. Menetelmässä tavoitteena on löytää aineistosta joitakin yleisiä yhtäläisyyksiä ja luoda alustavia ehdotuksia käsitteistä (Janhonen 2001. 15). En kuitenkaan tutki kokemuksia suoraan haastattelun tai kyselyn avulla vaan sovelletin menetelmää jo valmiiksi käsiteltyihin aineistoihin. Fenomenologinen lähestymistapa korostaa kuvaamista selittämisen tai analysoinnin sijaan.

Tämän opinnäytetyön varsinaisena metodina käytän Giorgin fenomenologista analyysimenetelmää mukautetusti. Siinä tutkimuksen tekeminen jaetaan 5. eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimusaineistoon tutustutaan ja siitä on tarkoitus luoda kokonaisnäkemys. Aineistoa tutkittaessa pyritään samalla reduktion keinoilla sulkeistamaan pois aiheeseen liittyvät omat ennakkokäsitykset. (Latomaa, 2005. 50) Toisessa vaiheessa aineistosta erotellaan merkitysyksiköitä siten, että ne ilmaisevat ilmiön kannalta oleellisen itsensä. Opinnäytetyöni kohdalla tutkittavien dokumenttien kieli säilytetään vielä ennallaan. Kolmannessa vaiheessa merkityssisällöiset yksiköt käännetään näkökulman mukaiselle tieteenalan yleiselle kielelle. Käännöksen ja alkuperäisen yhteys säilytetään näkyvänä. Neljännessä vaiheessa merkityksellisiä ilmaisuja tiivistetään ja sijoitetaan sisällöllisesti toistensa yhteyteen, säilyttäen kuitenkin niiden yhteyden laajempaan kokonaisuuteen. Tässä vaiheessa muodostetaan siis yksilökohtainen merkitysverkosto ja koko aineisto on muutettuna tulkitsijan kielelle. Viimeisessä, viidennessä vaiheessa siirrytään yksityiskohtaisista merkitysverkostoista yleiseen, jolloin aineiston abstraktion taso ja tiiviys lisääntyvät. (Virtanen, 2006. 175 - 180) Menetelmässä tulkinta kuitenkin aloitetaan jo aineiston hankkimisen aikana, tutkimuksellisen asenteen omaksumisella (Latomaa ja Perttula, 2005. 446).

Patton kuvaa teoksessaan *Qualitative research & evaluation methods* fenomenologista metodologia seuraavanlaisesti. Fenomenologisessa metodissa pyritään alussa itsen poissulkemiseen ja mikäli tämä on mahdotonta niin omien rajoitteiden tiedostamiseen. Omia ennakoasenteita pyritään reflektoimaan ja pidättäytytään totuusarvostelmien tekemisestä aineistosta. Seuraavaksi redusoidaan aineistosta kaikki mahdollinen ylimäärä ja pyritään tavoittamaan aineis-

ton ilmaisemat kokemukset sellaisenaan. Lopuksi luodaan löydetyistä puhtaista merkityshentymistä aineiston luuranko, joka sen jälkeen täydennetään analyysillä. (Patton, 2001. 485.)

Fenomenologisessa menetelmässä aineistoa käsitellään kahdessa osassa, joiden kautta tutkimuskohteen merkitys suhteessa muihin merkityksiin tarkentuu. Ensimmäisessä osassa aineisto puretaan puhtaiksi ilmiöiksi ja toisen osan tarkoituksena on näiden ilmiöiden välisten merkityssuhteiden esiin analysoiminen. (Lukkarinen 1999. 116.)

Parsen näkemyksen mukaan fenomenologisessa tutkimuksessa voidaan käyttää metodina mitä tahansa kvalitatiivisen aineiston tutkimiseen käytettävää metodologiaa, sillä kaikki näistä ovat sopusoinnussa fenomenologisen taustafilosofian kanssa. Yhdyn tähän näkemykseen ymmärtäen hänen tarkoittavan sillä yksilön kokemuksen ydinosien abstrahoimista. (Burns ja Grove, 2001. 66)

Tutkimuksen tekemisessä on mahdollista käyttää useita menetelmiä, jotta valittua aihetta voidaan käsitellä monelta suunnalta. Tällaista toimintaa kutsutaan triangulaatioksi eli kahden tai useamman näkökulman yhtäaikaista käyttöä samassa tutkimuksessa. (Kylmä ja Juvakka, 2007. 17) Opinnäytetyössä käyttämälläni metodilla on yhteytensä esim. sisällönanalyysin prosessiin, jota kuvataan hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessiksi. Se on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Siinäkin korostuu aineiston kuvaaminen sellaisenaan. Lisäksi sisällönanalyysissa on myös kyse merkitysten ja intentioiden tulkitseminen aineistosta. Myös prosessin vaiheet vastaavat tietyn painotuseroin valitsemaani metodologiaa. (Latvala ja Vanhanen-Nuutinen, 2003. 23 - 26) Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa käytännössä aineiston purkamista osiin, osien yhdistämistä ja tiivistämistä kokonaisuudeksi, joka vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Oleelliseksi tulee siis aineiston tiivistäminen ja abstrahoituminen. (Kylmä ja Juvakka, 2007. 113)

Pattonin määritelmän mukaan sisällönanalyysillä viitataan kaikkeen toimintaan, jolla laadullisesta aineistosta redusoidaan keskeisiä konsistensseja ja merkityksiä. Hänen mukaansa laadullisen aineiston analyysin ensimmäinen askel on luokittelu ja koodaamisjärjestelmän kehittäminen aineiston käsittelyyn. Aineiston sisällön samankaltaisten osien yhdistäminen (konvergoiva abstrahointi) ja erottelu hienojakoisempiin osiin (divergoiva abstrahointi) ovat kaksi laadullisen analyysin peruspiirrettä, riippumatta valitusta tutkimusmetodista. (Patton, 2001. 453, 463, 465)

3.3 Opinnäytetyön luotettavuuden arviointi

Koska en suoraan tutki kokemuksia, eikä aineistonani ole raakaversioita ihmisten kokemusten kuvauksista vaan jo valmiita analyyskejä kokemuksista, tiedostan valitsemani metodin heikkouden. Tähän pyrin vaikuttamaan valitsemalla itse tutkimuskohteeni ja keskittymällä aineiston yhä ylenevään abstrahointiin. Ymmärrän tällä tavalla vähentäväni tutkimukseni yhteyttä suoriin kokemuksiin.

Yleisesti laadullisen tutkimuksen onnistumista voidaan arvioida seuraavin käsittein: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten ja tutkimuksen uskottavuuden osoittamista perustellusti. Ajalla voidaan katsoa olevan tässä merkitystä, samoin esim. tutkimuspäiväkirjan pitämisellä. Eräs keino vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta on triangulaatio, jotta aiheen käsittely olisi mahdollisimman kattava. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusraportin työstämistä sellaiseksi, että toisten tutkijoiden tai tieteenalan henkilöiden on mahdollista siitä seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Refleksiivisyys on tutkimuksen toteuttajan tietoisuutta omista lähtökohdistaan. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä ja Juvakka, 2007. 128 - 129)

Aineiston analysoinnin arviointia helpottavia kysymyksiä ovat Pattonin mukaan kuinka konsistentti tutkimus on itsessään ja suhteessa muihin samasta aiheesta tehtyihin tutkimuksiin, kuinka paljon se lisää ymmärrystä tutkitusta ilmiöstä ja kuinka hyödyllistä tietoa tutkimus aihepiiristään tuotti. Myös analysoijan raportin tutkimusaineiston analyysin prosessista on oltava totuudenmukainen, jotta minkäänlaista arviointia voidaan edes suorittaa. (Patton, 2001. 434, 467)

Tulkinnan ja ymmärtämisen onnistumista ja luotettavuutta aion arvioida soveltavasti Varron (1996, 101 - 103) esittämin kriteerein. Tulkinnan tarkoituksena on säilyttää tulkittavan aineiston autonomisuus, eli tutkijan käsitysten tulee olla selkeästi eksplikoituja. Merkitysten koherenssilla tarkoitetaan tutkimuskohteesta esitettyjen tulkintojen yhtenäisyyttä. Vaarana voi olla yksittäisten, irrallisten osien selityksiin juuttuminen. Aikakäsityksen tiedostaminen ja huomioonottaminen on hänen mukaansa yksi tulkinnan onnistumisen kriteereistä. Ymmärtämisen onnistumista voidaan varmistaa oman horisontin ja tutkittavan kohteen merkityshorisontin erilähtöisyyden aktiivisena tiedostamisena, omien mielenkiinnonkohteiden ja esiymäryksen vaikutusten tiedostamisena. (Virtanen, 2006. 204 - 207)

Perttulan mukaan fenomenologista kokemuksen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida yhdeksällä kriteerillä. Kriteerit ovat: 1. tutkimusprosessin johdonmukaisuus, joka tarkoittaa kaikkien tutkimuksen vaiheiden loogista suhdetta toisiinsa, 2. tutkimusprosessin kuvaus ja perustelu, eli tutkijan on kyettävä perustelemaan ja tehtävä näkyväksi kaikki tutkimuksen aikaiset valintansa, 3. tutkimuksen aineistolähtöisyys, 4. kontekstisidonnaisuus, 5. tiedon

laatu ja yleistettävyyys, eli tutkimuksen tuottamien käsitteiden yleisyys, 6. eri metodien yhdistäminen tutkimuksen kohteen ehdoilla, 7. yhteisön (muiden tutkijoiden) esittämät yhtenevät käsitykset, 8. tutkimuksen subjektiivisuus, eli oman reflektoinnin läpinäkyvyys ja 9. tutkijan vastuullisuus, joka on systemaattista sitoutumista tutkimuksen tekemiseen. (Perttula, 1995. 102 - 104)

Alasuutarin mukaan laadullisen analyysin yhtenä päämääränä voidaan pitää esitettyjen seikkojen ristiriidattomuutta esitetyn tulkinnan kanssa. Yhdenkin viitekehystä poikkeavan havainnon ilmaantuminen johtaa väistämättä esityksen abstraktiotason nostamiseen. (Alasuutari, 1994. 38 ja 42)

4 OPINNÄYTETYÖN ONGELMAT

Ongelmien on tarkoitus jäsentää aineistoa ja suunnata tutkimusta. Hyvän tutkimuskysymyksen ominaisuutena voidaan pitää selkeyttä, yksikäsitteisyyttä ja kykyä tuottaa uutta informaatiota. Mikäli aiheesta on runsaasti aiempaa tutkimusta, voidaan kysymyksessä etsiä mm. selitystä sieltä löytyneelle yhteydelle. (Metsämuuronen, 2001. 13) Fenomenologisessa metodissa olennaisia ovat kysymykset 1. Mitkä ovat ne välttämättömät ja riittävät tekijät, jotka rakentavat juuri ko. kokemuksen? 2. Mitä tämän kokemuksen olemassaolo tarkoittaa ihmisenä olon kannalta? (Burns & Grove, 2001. 66).

Seuraaviin tutkimuskysymyksiin opinnäytetyöni pyrkii vastaamaan. Valitsemani hermeneuttinen tutkimusmenetelmä vaatii jatkuvaa kysymysten uudelleen arviointia suhteessa aineistoon esim. (Virtanen, 2006. 175 - 180). Valittu aineisto voi myös vaikuttaa myöhemmin kysymyksiin, esimerkiksi karsimalla niitä tai tarkentamalla erityisesti yhtä tai useampaa niistä:

- Millaisia erityispiirteitä tai ominaisuuksia kroonisen selkäkivun kokemisella on?
- Miten nämä piirteet tulevat julkaisuissa esiin?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Opinnäytetyön artikkeleiden valinta

Opinnäytetyön aineistona ovat julkaisut ja yhtenä otannan yksikkönä voidaan pitää yhtä tutkimuksen tai tutkimuksia sisältävää julkaisua. Opinnäytetyöhöni valitsen 5 julkaisua, joiden sisällön analysoin fenomenologisen lähestymistavan avulla. Otantamenetelmäni on harkinnanvarainen, jolla tarkoitetaan otantayksikön poimintaa harkintaa käyttäen (Holopainen & Pulkkinen, 2003. 34). Sitä ohjaavat mielenkiintoni, omat ennakkokäsitykseni ja tietoni aiheesta sekä kysymykset, joihin opinnäytetyölläni etsin vastausta. Ennen varsinaista tiedonhakua rajaan aineiston seuraavilla kriteereillä: 1. Julkaisun sisältämän tutkimuksen kohteena on kivun kokemus. 2. Artikkeliki käsittelee jotakin Tuki- ja liikuntaelinten sairautta. 3. Julkaisu on hoitotieteellinen tai ilmestynyt hoitotieteellisessä julkaisusarjassa. 4. Julkaisu tai tutkimus, johon se perustuu, on ilmestynyt viimeisen 10 vuoden sisällä, eli vuosina 1997 - 2007. 5. Julkaisu on suomen- tai englanninkielinen.

Tiedonhaun suoritan asiasanoilla. Niistä olen valinnut alustavasti seuraavat: selkä ja alaselkä kipu, kokemus, hoitaminen ja näiden englanninkieliset vastineet back- ja low back pain, experience, nursing. Aineistohaun suoritan edellisessä kappaleessa mainituin kriteerein Nelli -tiedonhakuportaaliin sisältyvien tiedonhakuportaalien välityksellä, käyttäen siinä olevia kokotekstijulkaisuja sisältäviä tietokantoja. Näitä tiedonhakuportaaleja ovat EBSCO, Elsevier Science Direct, Ovid ja SAGE.

Toteuttaessani tiedonhakua havaitsin hoitotieteellisten tutkimusten riittämättömyyden aiheen kannalta. Tutkimuksia, jotka palvelisivat opinnäytetyöni aihetta, ei ollut tarpeeksi tai niiden näkökulma poikkesi haluamastani. Suurin ongelma oli kokotekstijulkaisujen saamisessa. Harkittuani asiaa valitsin kipupotilaan kokemuksen tärkeysjärjestyksessä ensimmäiseksi ja laajensin hakuni kattamaan myös muita kuin hoitotieteellisiä julkaisuja.

5.2 Opinnäytetyöhön valitut artikkelit

Opinnäytetyöhön valikoitui haun jälkeen viisi TULE -sairauksiin liittyvää kroonista kipukokemusta kuvaavaa artikkelia. Seuraavassa esitän niiden nimen ja viitetiedot ja numeroin ne roomalaisin numeroin, joiden avulla myöhemmässä tekstissä viittaankin artikkeliin.

- I. Lilrank, A. 2003. Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. *Social Science and Medicine* 57 (2003) 1045 - 1053. Elsevier Ltd.

- II. Corbet, M., Foster, N., Ong, B. 2007. Living with low back pain - stories of hope and despair. *Social Science and Medicine* 65 (2007) 1584 - 1594. Elsevier Ltd.
- III. Closs, S., Staples, V., Reid, I., Bennet, M., Briggs, M. 2007. Managing the Symptoms of Neuropathic pain: an Exploration of Patients' Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management* vol. 34 no. 4 (2007). 422 - 433.
- IV. Walker, J., Sofaer, B., Holloway, I. 2004. The Experience of chronic back pain: Accounts of loss in those seeking help from pain clinics. *European Journal of Pain* 10 (2006). 199-207.
- V. Glenton, C. 2003. Chronic back pain sufferers - striving for the sick role. *Social Science & Medicine* 57 (2003). 2243-2252.

5.3 Artikkeleiden analysointi

5.3.1 Ensimmäinen vaihe - Kokonaiskuva

Jo artikkeleita valitessani tulin huomanneeksi valitsemani metodin sopimattomuuden ko. opinnäytetyöni toteuttamiseen. Teksti oli jo valmiiksi tiivistetyssä muodossa ja kohotettu mahdollisimman yleiselle käsitteelliselle tasolle. Pyrin silti pitämään menetelmästäni kiinni niin pitkälle kuin koin sen mahdolliseksi. Tähän ensimmäiseen vaiheeseen olen sisällyttänyt Giorgin menetelmän ensimmäiset kaksi vaihetta (Virtanen, 2006. 175 - 180). Luon kokonaiskuvan aineistooni ja erottelen sieltä keskeisiä käsitteitä, jotka kuvaavat aineiston ilmiöitä mahdollisimman kattavasti itsessään. Tässä vaiheessa en vielä karsi aineiston tarjoamia käsitteitä paljoakaan, enkä liitä eri tutkimusten käsitteitä yhteen. Käsitteet ovat vielä pitkälti tutkimusten esittämissä muodoissa. Suomeennoksissani en ole aina pitäytynyt täysin alkuperäistekstissä. Olen kuitenkin koettanut säilyttää lausumien merkityssisällön mahdollisimman lähellä alkuperäistä.

Aluksi pyrin esittelemäni metodin mukaan saamaan tutkimuksista yleiskäsityksen. Esittelen tutkimukset seuraavaksi lyhyesti. Esittelyn jälkeen kokoon esiin nostamani käsitteet. (I) Tutkimuksen on tehnyt Annika Lilrank ja se on hyväksytty julkaistavaksi 2003. Hänen tutkimuksensa kuvaa kroonisesta selkäkivusta kärsivien vaiheita heidän etsiessään adekvaattia diagnoosia tilalleen. Tutkimuksen aineistona on kolmenkymmenen suomalaisen naisen kirjoitetut tarinat kokemuksistaan. Kirjoittajat ovat iältään kaksikymmentä - kuusikymmentäkuusi vuotiaita, valtaosan ollessa n. neljäkymmenen. Kirjoittajat olivat eri koulutustasoilta ja erilaisista työyhteisöistä. Kirjoittajat eivät muodosta edustavaa otosta kroonisesta selkäkivusta kärsivistä. Tutkimuksessa selkäkivusta kärsivien naisten kertomusten juoni on jaettu 7 eri vaiheeseen, joista ensimmäisessä on kaksi vaihtoehtoa. Nämä vaiheet kuvaavat kertomusten juonellisia muutoskohtia ja työni näkökulmasta niitä voidaan tarkastella kertojille merkityk-

sellisinä. Lilrank on nimennyt vaiheet seuraavasti: 1. kivun alku (1. ja 2. versio), 2. ensimmäiset avun etsinnän kokemukset, 3. kivunhallintamenetelmät, 4. erityisosajaan etsintä, 5. ”kipu on pelkkää mielikuvitusta”, 6. käännekohtat ja 7. arvoituksen ratkaiseminen. Vaiheet ovat kertomusten ajallisessa järjestyksessä, mutta keskenään ajallisesti epäsuhtaisia. (Lilrank, 2003)

Kivun alku on kertomusten mukaan joko lapsuudessa tai aikuisuudessa alkanut ja ollut äkillinen tai vähittäinen. Äkillisesti kivun alkua kuvanneet kuvasivat tapahtumaa kaiken muuttavaksi. Vähittäin kivun alkamista kuvanneet kertoivat usein toisessa kohtauksessa olleensa siinä tilassa, etteivät voineet enää jättää kipua huomioimatta. Toisessa vaiheessa tutkittavat kuvasivat ensimmäisiä avun etsinnän kokemuksiaan. Kaikki eivät kertomuksissaan muistelleet ensimmäistä käyntiään lääkärillä, mutta ne, jotka siitä kertoivat, kokivat sen shokkina ja unohtumattomana kokemuksena. Kipua ei validoitu, tutkimuksia ei tehty ja kipu nähtiin pian ohi menevänä. Se selitettiin sosiaalisiin tekijöihin liittyvänä ja normalisoitiin. Kertomusten kolmas vaihe kuvasi henkilöiden tapoja selviytyä kivun kokemuksen ja sen selittämättömyyden ristiriidassa. Sen sisältöinä oli epäluottamus ja epäusko lääketieteeseen tai oman ruuminsa vieraannuttaminen, jotta he kykenivät hyväksymään lääketieteellisen näkemyksen. Kertomuksissa esitettiin erilaisten fyysisten harrastusten ja käytännöllisten tekemisten kokeilua kivun helpottamiseksi ja kontrollin saamiseksi. Keskeistä kivusta selviytymisessä oli juuri sen hallinta ja merkitykselliseksi tekeminen. Tähän tähdättiin myös kipuun ja olemiseen kohdistuvalla asenteiden muuttamisella. Suurin osa piti yllä uskoa kivun fyysisestä alkuperästä. (Lilrank, 2003)

Neljännessä kertomusten vaiheessa tutkittavat etsivät specialistin apua tilanteensa selvittämiseen. Tämä avun etsintä vastasi ensimmäisen vaiheen vastaavaa ja usein kertojat saivat lähes samankaltaisia kipua mystifioivia tai vähätteleviä vastauksia. Osalle määrättiin tuloksettomia hoitoja. Kertomusten viidennessä vaiheessa, kun mitään fyysistä selittävää tekijää ei löytynyt, päähenkilöt kohtasivat mieli-ruumis dikotomian ja saivat terveydenhuollon kontakteiltaan ”kaikki on kuvitelmaa” - tyyppisiä lausumia. Näihin kertomusten päähenkilöt reagoivat kahdenlaisesti. Osa oli avoimesti vihaisia ja vaihtoi lääkäriään ja toinen, yleisempi reaktio oli kehittää epävarmuus omia ruumiillisia tuntemuksiaan kohtaan. Kuudes vaihe käsitteli käännekohdan kertomuksissa, merkittävän muutoksen, joka mahdollisti aktiivisen roolinoton päähenkilöiden taholta. Tähän johtaneet reitit erosivat eri kirjoittajien kesken, mutta useimmille käännekohta oli vakuuttuneisuus omien tuntemusten todellisuudesta ja aktiivisen toiminnan kautta saatu diagnoosi. Tämä oli seitsemännen kertomusten vaiheen sisältö. Kirjoittajat kohtasivat ammattilaisen, joka otti heidän kertomuksensa vakavasti ja teetti perusteelliset tutkimukset sekä antoi diagnoosin heidän tilalleen. Diagnoosiakin helpottavampaa oli kertomusten päähenkilöiden todesta otetuksi tuleminen. (Lilrank, 2003)

Toisen (II) opinnäytteeseen valitsemani tutkimuksen kohteena oli kuuden epämääräisestä alaselkäkivusta kärsivän kokemukset. Henkilöistä kolme oli miehiä ja kolme naisia. Henkilöt valittiin tutkimukseen harkinnanvaraisesti isommasta joukosta. Valinta perustui heidän kertomustensa kykyyn nostaa esiin keskeisiä aihealueita kivun kokemuksesta. Kokemukset kerättiin haastattelemalla henkilöitä pyytäen heitä kertomaan kipukokemuksistaan ensimmäisestä aiheeseen liittyvästä muistosta lähtien. Haastattelut purettiin ja analysoitiin temaattisesti. Haastattelujen tuloksena tutkijat löysivät kolme toisiinsa liittyvää kategoriala, joiden vaikutuksesta haastatellut aaltoilivat toivon ja epätoivon välillä. Nämä kategoriat olivat: 1. Kivun luonne ja vaikutus itseen, 2. Kivun kanssa elämisen sosiaalinen viitekehys, 3. Huoli ja pelko tulevaisuudesta. Nämä luokat eivät ole ajallisesti toisiinsa sidoksissa, vaan muodostavat pikemminkin kertojille merkityksellisten asioiden ryhmiä. (Corbet ja al. 2007)

Ensimmäisen kategorian sisältöinä haastateltavat tuottivat kivun tuntemuksen olevan välttämätön osa sen hyväksymisessä. Diagnoosin saaminen valoi haastateltuihin uskoa mahdollisen hoidon löytymisestä. Diagnoosin epävarmuus aiheutti epätoivoa. Monet haastatelluista tarautuivat myös tuon epävarmuuden luomaan toivoon, ettei diagnoosi olisi täydellinen vaan jostain löytyisi jokin selittävä tekijä. Toisessa kategoriassa haastatellut tuottivat sosiaalisia tekijöitä, jotka vaikuttivat toivon ja epätoivon välisen jännitteen hallitsemiseen. Läheisten ihmissuhteiden menettämisen pelko, pelko kyvyttömyydestä suoriutua työstä tai päivittäisistä askareista ja kokemus kivun aiheuttamasta sidottuna olemisesta, vaihtoehtomuudesta vaikuttivat negatiivisesti tutkittavien toivon kokemiseen. Kolmannen ryhmän tulevaisuuden odotuksiin vaikutti voimakkaasti selkäkivun luonne, sen tunnistamaton alkuperä ja ennustamaton sekä vaihteleva eteneminen. Haastatellut tuottivat monentyyppisiä tulevaisuuden näkymiä. Yhdessä kivun nähtiin asteittain pahenevan, jolloin pienikin kipukohtaus ajoi koki-
jan nopeasti epätoivoon. Toisenlaisessa tuotetussa tulevaisuuden näkymässä haastateltava uskoi kivun mahdollisesti parantuvan spontaanisti. Tällaiset haastateltavat ajautuivat passiiviseen toivoon. Kolmannen tyyppiset sisällöt olivat henkilöiltä, jotka kantoivat tilansa hoidosta täysin vastuun ja olivat menettäneet luottamuksensa ammattilaisten tarjoamaan apuun. Tämä johti lähes tuloksettomana vähäiseen toivoon ja vaikeutti tilanteen hyväksyntää. Neljännän tyyppisissä kertomuksissa henkilöt kehittivät lyhyen aikavälin tavoitteita ja he sitoivat toivonsa niihin. (Corbet ja al. 2007)

Kroonisen neuropaattisen kivun kokemusta esitteli kolmas (III) valitsemani tutkimus. Siinä keskityttiin kivun kokijoiden keinoihin oireidensa hallinnassa. Tutkittavia oli yhteensä kymmenen, neljä miestä ja kuusi naista, iältään 24 - 60 vuotta. Heidät oli jaettu kolmeen ryhmään, joiden keskinäiset keskustelut nauhoitettiin ja analysoitiin temaattisesti. Keskusteluista esille nousseita tutkittavien oireiden hallintaan käyttämiä teemoja oli kolme ja ne kaikki sisälsivät alaluokkia. Nämä kolme esiin noussutta teemaa olivat: 1. Lääkkeiden käyttö, 2.

Vaihtoehtoiset keinot ja 3. Tilanteeseen mukautuminen. Ensimmäisen teeman alaluokkiin sisältyi 1. tehottomat hoidot, 2. sivuvaikutusten, sietokyvyn kasvun ja addiktoitumisen sietäminen, 3. reseptilääkkeiden ja muiden lääkkeiden etsintä, 4. reseptittömien lääkkeiden etsintä. Tehottomien hoitojen luokassa tutkittavat kertoivat saavansa vain vähän apua heille määrätystä lääkkeistä. Toisen luokan kohdalla jokaisen uuden lääkkeen saadessaan koehenkilöt kokivat toivoa tilan helpottamisesta, mutta kun näin ei käynyt, olivat he pettyneitä. Sivuvaikutuksista nousi esiin kognitiivisten kykyjen heikentyminen, muistin heikentyminen ja ahdistuneisuus. Kolmannessa alaluokassa potilaat kuvasivat olevansa hyvin tietoisia hoitokeinojen kehittelyistä ja olivat ihmeissään heidän tilalleen spesifisti vaikuttavien lääkkeiden puutteesta. Reseptittömistä lääkkeistä yleisin oli kannabiksen käyttö, josta koehenkilöt kokivat saavansa väliaikaista helpotusta kipuunsa sekä apua rentoutumiseen. Sivuvaikutukset he kokivat tässäkin hankaliksi. (Closs ja al. 2007)

Toiseen teemaan nivoutui alaluokiksi 1. manipulatiivisten ja keholähtöisten metodien käyttö, 2. levon ja vetäytymisen käyttö ja 3. itsemurhan harkinta. Ensimmäisen alaluokan hoitoihin sisältyivät mm. akupunktio, itsehypnoosi ja refleksologia. Näistä koehenkilöt eivät kokeneet hyötyvänsä. Levon ja vetäytymisen alaluokassa tutkittavat ilmaisivat koettavansa usein irrottautua itsestään. He myös toivoivat lisää unta ja kokivat rentoutumisen tärkeäksi. Yksi koehenkilöistä ilmoitti yrittäneensä itsemurhaa ja myös moni muu ilmaisi tässä alaluokassa vastaavanlaista epätoivoa. (Closs ja al. 2007)

Kolmannen esiin nousseen teeman alaluokat olivat 1. hyväksyminen, 2. kipua laukaisevien tekijöiden tunnistaminen ja 3. kivun sietokyvyn kasvattaminen. Tämän teeman ensimmäinen luokka sisälsi kuvauksia taistelutahdon heikentymisestä. Tutkittavat miettivät tilannetta, jossa eivät enää jaksaisi tulla kipunsa kanssa toimeen. He eivät kuitenkaan ilmaisseet luopuneensa toivosta. Toisen alaluokan sisällä potilaat ilmaisivat kipukokemuksen merkityksen tärkeyden. Viimeisessä alaluokassa koehenkilöt kertoivat uskovansa kivunsietokykynsä yleisesti kasvaneen. (Closs ja al. 2007)

Neljäs (IV) tutkimus keskittyi apua hakeneiden kroonisten selkäkipupotilaiden kokemusten kuvauksiin. Tutkimuksen otos oli 20 kipuklinikalta apua hakenutta henkilöä, joista 12 oli miehiä ja 8 naisia. Iältään tutkittavat olivat 28 - 74 vuotiaita. Tutkimus toteutettiin kunkin henkilön kohdalla yksittäisellä haastattelulla, jossa häntä pyydettiin kertomaan kokemuksistaan kivun kanssa ennen päättymistä kipupoliklinikalle. Tutkimus on muiden valitsemieni tavoin laadullinen ja aineisto analysoitiin temaattisesti käyttäen tulkitsevaa fenomenologista lähestymistapaa. Tutkimus on osa tekijöiden julkaisusarjaa, joiden muissa osissa he kuvaavat muita idenfioimiaan kipupotilaalle keskeisiä kokemuksen luokkia. Niihin sisältyvät kivun asteittainen potilaan elämän hallitseminen, potilaiden tekeminen passiiviseksi lääketieteellisten, juridisten ja sosiaaliturvan organisaatioiden kautta, sosiaaliseen tuomitsevuuteen liittyvät

aiheet ja kipuun sopeutuminen. Tämä tutkimus käsittelee kuitenkin menetystä yhtenä keskeisenä kipupotilaan kokemuksen luokista. Tutkittavien kertomuksista he ovat jakaneet menetykset alaluokkiin, jotka sisältävät keskenään samankaltaisten asioiden menetyksiä. Näitä alaluokkia on 6, ja ne ovat seuraavat: 1. Roolien ja kykyjen menetys, 2. Työhön liittyvät menetykset, 3. Toimeentuloon liittyvät menetykset, 4. Ihmissuhteisiin liittyvät menetykset, 5. Identiteetin menetys ja 6. Toivon menetys. (Walker ja al. 2004)

Roolien ja kykyjen menetys sisälsi fyysisten mahdollisuuksien kaventumista ja esim. keskittymiskyvyn puutetta. Ikään liittyvien tai tavoitteiden saavuttaminen tuli usealle mahdottomaksi ja aiheutti merkityksettömyyden kokemuksia. Työhön liittyviä menetyksiä kuvasivat kaikki työikäiset tutkimukseen osallistujat. Monet olivat yrittäneet päästä takaisin työelämään ja yksi oli jopa valehdellut terveydentilastaan, jotta voisi tehdä töitä. Toimeentuloon liittyvät menetykset alkoivat usein työn menetyksestä, jonka jälkeen seurasi useita stressiä aiheuttavia ekonomisia ongelmia. Monet kuvasivat tässä luokassa menettäneensä kaiken. Ihmissuhteisiin liittyvät menetykset luokka sisälsi kuvauksia parisuhteiden ja ystävyysuhteiden menetyksistä. Tätä luokkaa tutkittavat pitivät avainasemassa kaikista menetyksistään. Syiksi ihmissuhteiden katkeamiseen tutkittavat luettelivat tunnetilojen heilahtelut, ärtyvyyden lisääntymisen, tarpeen olla yksin kärsimyksen kanssa ja kykenemättömyyden toimia sosiaalisissa viitekehyksissä, kuten työpaikalla. Työikäiset tutkittavat kertoivat identiteetin menetyksen luokassa selkeästä erottelustaan julkisen ja yksityisen minän välillä. Tutkijat vahvistivat käsitystä menetysten pahentumisesta muiden reaktioiden tai oletettujen reaktioiden kautta. Toivon menettämisestä kertoivat kaikki tutkittavat. Tätä ilmensivät tulevaisuuden näköalattomuus ja pelko. Haastatelluista vain kolme osoitti kertomuksillaan sopeutuneensa tilanteeseen. Näistä kaksi oli tutkimuksen vanhimpia, joiden mukaan kivut kuuluivat osaksi vanhuutta. Kolmas oli tutkimuksen nuorin, jolla oli kivuilleen selitys - diagnoosi. (Walker ja al. 2004)

Viides (V) valitsemistani tutkimuksista käsittelee kroonisten selkäkipua kärsivien pyrkimystä saavuttaa sairaan rooli. Tutkimus on tehty Norjassa käyttämällä aineistona nettikeskusteluja ja yksittäisten henkilöiden haastatteluja. Nettikeskustelut käytiin selkäkipuyhdistyksen verkkosivuilla ja keskustelijoita oli tukijoiden arvioiden mukaan n. 200, joista puolet oli miehiä. Heidän esittämistään kommentteista mukaan pääsi 457 kommenttia, pituudeltaan yhdestä lauseesta n. puoleen A4 sivuun. Haastateltuja oli yhteensä 19, joista 4 oli kipupotilaan läheisiä. Iältään haastatellut olivat 24 - 65 vuotiaita miehiä ja naisia. Sekä verkkoaineisto että haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä. Tuloksista muodostui kuusi luokkaa, jotka olivat 1. Lääketieteelliset diagnoosit kärsimyksen todentajina, 2. Psykososiaaliset ja psykiatriset diagnoosit, 3. Pääsy terveydenhoitoon kärsimyksen todentajana, 4. Näkyvät vammat tai johdonmukaiset oireet kärsimyksen todentajina, 5. Pääsy sairasetuuksiin, kun kärsimistä ei ole täysin todennettu ja 6. Arvottomuuden kokemukset. (Glenton, 2003)

Ensimmäisen luokan kohdalla haastatelluista nousi esiin diagnoosin saamisen tärkeys. Sen nähtiin tarjoavan selityksiä, mahdollisia toimintamalleja ja pääsyn hyvinvointipalveluihin. Sen puute koettiin syynä epäsuosioon potilasryhmänä ja epäuskoisuuden herättäjänä. Diagnoosista keskusteltiin myös vilkkaasti potilaiden kesken tietoja vaihtaen. Fyysisten sairautta merkitsevien oireiden olemassaoloa pidettiin tärkeänä. Toisessa luokassa tutkittavat tuottivat epätoivon ja turhautuneisuuden ilmaisuja saadessan psykiatrisen diagnoosin. Psykiatrinen diagnoosi nosti keskustelijoissa esiin myös oman vastuun sairastumisestaan. Kolmannen luokan sisältöinä ilmeni pelko hoitokontaktin katkeamisesta ja näin ollen he kokivat, että se saatetaan tulkita merkinä työelämän pakoilusta. Sairaalan rooliin kuuluu hoidon etsiminen ja pyrkimys parantua. Erilaiset hoitovaihtoehdot olivat myös suosittu keskustelunaihe. Neljännessä luokassa sisältöinä olivat tutkittavien kuvaukset näkyvien oireiden puuttumisena ja sen herättämänä epäuskona eri sosiaalisissa viitekehyksissä. Myös epäjohdonmukaiset oireet, kuten paremmat ja huonommat päivät olivat tutkittavien mukaan ympäröivälle yhteisölle ongelmallista käsittää. Viidennen luokan kuvauksissa käsiteltiin puutteellisen tai puuttuvan sairaanroolin ja sairasetuuksien saamisen aiheuttamaa ristiriitaa. Tämä nähtiin merkinä hoitavan tahon välinpitämättömyytenä. Myös lääkehoitoon monet suhtautuivat voimakkaan skeptisesti. Kuudennen luokan arvottomuuden, turhautumisen ja vihan kokemusten sisällöt olivat tutkittavilla seurausta pelosta leimautua pahaksi, hulluksi tai johtuivat hoitovaihtoehtojen puutteesta. (Glenton, 2003)

5.3.2 Toinen vaihe - Tutkimusten sisältämät merkitysyksiköt

Yleiskuvan jälkeen erottelin aineistoista tutkimuskohtaisesti yksittäisiä merkitysyksiköitä, jotka nimesin tarpeen mukaan uudelleen. Jotkin käsitteet ovat vielä keskenään osittain päällekkäisiä, eivätkä niiden väliset suhteet ole vielä tarkentuneet. Katsoin ne analyysini tässä vaiheessa kuitenkin riittävän itsenäisiksi ja erillisiksi. (I) Tutkimusten sisältämät merkitysyksiköt olivat: (1.) Kipu valtaa elämän, (2.) Kokemus vieraudesta, (3.) Hajaantuneisuuden kokemus, (4.) Kokemus itsen ja ruumiin uudelleen rakentamisesta, (5.) Oman kokemuksen ja sosiaalisen todellisuuden ristiriidassa eläminen, (6.) Kivusta seuraavat elämänmuutokset, ja (7.) Kokemus, ettei tule ymmärretyksi.

Kipu valtaa elämän luokassa oli kertojien kokemus kykenemättömyydestä jatkaa normaalia arkea ja päivittäisten toimintojen toteuttamista kivun voimakkuuden kasvaessa riittävän suureksi. Tätä kertojat kuvasivat tarinoiden aluissa. Kokemus vieraudesta sisälsi kuvauksia siitä, etteivät kertojat enää tunnistaneet itseään sekä kuvauksia ammattilaisten ja ympäröivän yhteisön tarjoamien selitysten epäonnistumisista. Hajaantuneisuuden kokemuksella viitataan kertojien kykenemättömyyteen löytää tilalleen nimeä ja sitä kautta selittävää järjestystä. Kokemus itsen ja ruumiin uudelleen rakentamisesta oli kertomuksissa läsnä aina sietämät-

tömän kivun alkamisesta lähtien. Kertojien suhde itseensä ja ruumiiseensa etääntyi, eivätkä he enää tunnistanee itseään aikaisemmissa rajoissaan. Oman kokemuksen ja sosiaalisen todellisuuden ristiriidassa eläminen oli kertomusten päähenkilöille jatkuvaa kamppailua oman totuuden ja vallitsevan todellisuuskäsityksen välillä. Ammattilaisten osoittama epäusko ja pelko muiden tulkinnoista sisältyivät tähän luokkaan. Kivusta seuraavat elämänmuutokset sisälsivät päähenkilöiden kuvauksia kivun mukanaan tuomista muutoksista arkisessa olemisessä sekä sen hallintakeinoja. Tällaisia olivat mm. sosiaalisen olemisen ja käyttäytymisen muutokset sekä kivun kontrollointi. Kokemus, ettei tule ymmärretyksi sisälsi lähinnä päähenkilöiden kohtaamien lääkäreiden kyvyttömyyttä tulkita kokemusta riittävän adekvaatisti.

(II) Tutkimuksen selkeät yläkäsitteet olivat toivo ja epätoivo, joiden ilmaantumiseen ja vaihteluun muut tutkimuksesta esiin nostamani käsitteet vaikuttivat. Tutkimuksesta valikoituivat analyysissäni toivoa ja epätoivoa sääteleviksi tekijöiksi: (1.) Sairauden luonne, (2.) Epäily, (3.) Restrukturoinnin hankaluus, (4.) Sosiaalinen ympäristö, (5.) Olemisen hajaannus.

Sairauden luonnetta tutkijat kuvasivat vaihtelevaksi ja kulkua ennustamattomaksi. Nämä vaihtelut ja ennustamattomuus vaikuttivat tutkittavien toivon ja epätoivon kokemuksiin suoraan ja välillisesti. Välillisesti vaikutus tapahtui kyvyttömyydestä ennustaa sairauden kulkua ja siten yleisenä toivon menetyksenä. Suoraan vaikuttaminen oli parempien ja pahempien vaiheiden aikaansaamaa vaihtelua. Epäilyn luokassa tutkittavat ilmaisivat epävarmuutta tulevaisuudesta, sairauden selitysmalleista ja epäilyä diagnoosien kattavuudesta. Epävarmuus vaikutti tutkittavien mahdollisuuksiin hyväksyä tilanteensa. Tulevaisuuteen tutkittavat olivat orientoituneet neljällä eri tavalla, joita olen kuvannut jo aiemmin. Epäily diagnoosien kattavuudesta johti osalla myös toivon ilmenemiseen. Restrukturoinnin hankaluus johtui koehenkilöiden kyvyttömyydestä jäsentää tilaansa annettujen symbolisten koordinaattien kautta. Tämä tarkoitti heille usein epätoivon ilmentymistä. Sosiaalinen ympäristö vaikutti tutkittavien toivon ja epätoivon ilmenemisiin joko toivoa tukevasti tai epätoivoa aiheuttaen. Erilaiset sosiaaliin suhteisiin liittyvät pelot ja realiteetit, kuten pelot läheisten ihmissuhteiden menetyksistä ja työn jatkamisen mahdottomuudesta aiheuttivat tutkittaville epätoivoa. Toisaalta sosiaalisen ympäristön tarjoamat uudet roolit ja käsitykset itsen uudelleen määrittelyyn toivat tutkittaville toivoa. Olemisen hajaannuksella tarkoitan tutkittavien kaaottista kokemusta, jossa mikään ei ole ennustettavissa eikä mistään voida saavuttaa varmuutta. Näin tutkittavien oli hankalaa tai lähes mahdotonta sitoa toivoaan mihinkään.

Kolmannen (III) tutkimuksen analyysin kohdalla pitäydyin pitkälle tutkimuksen tekijöiden esittämässä käsiteluoissa ja sisällöissä. Tutkimuksen pohjalta toistuivat kehämäisenä (1.) Apua etsivä käytös ja (2.) Pettymys tuloksiin sekä (3.) Sosiaalisen tuen tarve. Lisäksi tutkimuksessa esiteltiin (4.) Kivun hyväksymisen mahdollisuus, jonka säilytän myös tässä analyysissäni. Kivun hyväksymistä tarjosivat tutkittaville useinmiten ammattilaiset, kun he eivät

saaneet apua ammattilaisten tarjoamista kivunhallinta menetelmistä. Tutkimuksen mukaan hyväksyntä olisi vaatinut ymmärryksen tilan parantumattomuudesta, huomion keskittämisen kivun ulkopuolelle ja voimakkaan vastustuksen ajatukselle, että kipu olisi henkilökohtainen heikkous. Tutkittavat olivat kuitenkin haluttomia tähän hyväksyntään, sillä he kokivat sen luovuttamisena. Hyväksyäkseen tilanteensa olisivat tutkittavat tarvinneet enemmän (3.) sosiaalista tukea sekä ammattilaisilta että ympäröivältä yhteisöltä yleisemmin. (2.) Pettymys tuloksiin aiheutti tutkittaville väsymystä ja pahimmillaan itsemurha-ajatuksia. (1.) Apua etsivään käytökseen sisältyivät kivun itsehallinta jo aiemmin esittelemänä menetelminä ja lääkkeiden käyttö, joka oli tutkittavien suosituin kivunhallinta menetelmä. Kuten jo edellä esitelin, lääkkeiden käyttö jaettiin resepti- ja muihin lääkkeisiin ja tutkittavat kokivat ne tehottomiksi ja hankaliksi sivuvaikutusten takia.

(IV) Neljänneistä tutkimuksesta nostin analyysini kautta esille seuraavanlaiset merkitysyksiköt, joista osan olen pitänyt alkuperäisessä muodossaan: (1.) Kaaottisuus kokemuksissa, (2.) Rajoittunut elämä, (3.) Identiteetin menetys, (4.) Mielekkyyden katoaminen, (5.) Ihmissuhteiden menetykset. Kaikilla esittelemilläni merkitysyksiköillä on toistensa kanssa päällekkäisiä ja limittäisiä alueita.

Kaaottisuudella kokemuksissa tarkoitettiin tässä menetyksistä aiheutuvaa tarvetta rakentaa uudenlainen suhtautuminen lähes kaikkiin elämän osa-alueisiin. Lisäksi se sisältää menetysten aiheuttamat lumivyörymäiset uudet menetykset ja niiden vaikutuksen tutkittavien kokemusmaailmaan. Kaaottisuus kokemuksissa oli tutkimuksen tekijöiden mukaan havaittavissa kaikissa tutkittavien kertomuksissa. Rajoittunut elämä luokkaan sisällytin tutkimuksessa esiin nousseet kykyjen ja taitojen menetykset sekä osittain myös työn, toimeentulon ja ihmissuhteiden menetykset. Rajoittunut elämä kuvaa tutkittavien kokemusta menetysten aiheuttamasta vaihtoehdottomuudesta oman tilanteensa suhteen. Identiteetin menetys on läheisessä suhteessa sekä rajoittuneen elämän että ihmissuhteiden menetyksen luokkaan. Identiteetin menetys sisältää tutkittavien osittain kivusta johtuvaa ja osittain muista menetyksistä, kuten sosiaalisten roolien menetyksistä seuraavaa kokonaisvaltaista muutosta minäkuvassa. Tutkimuksen mukaan muiden todelliset tai odotetut reaktiot suurensivat tämän menetyksen kokemusta. Mielekkyyden katoamisella tarkoitan kaikkien menetysten ja toivon menettämisen yhteistä tulosta kivusta kärsivien elämään. Tutkittavien elämältä katosi syy olemassaoloon, kun he eivät voineet sitoa itseään mihinkään tulevaisuuteen tai nykyhetkeen sisältyvään toiveeseen. Ihmissuhteiden menetykset olivat tutkittavien mielestä keskeinen menetysten luokka ja vaikuttivat myös mielekkyyden katoamiseen. Tästä tutkimuksesta jätin kokemusluokkana pois ikäkausien merkityksen vaikka pidinkin sitä merkittävänä tutkimuksen antina. Aihe oli minusta sikäli mielenkiintoinen, että lisätutkimus siitä voisi valaista ikäkausien ja kokemuksen edellytysten ja tulkinnan suhdetta. Tutkimuksen tekijöiden mukaan tutkimuksessa olleet

vanhukset eivät kokeneet menetyksiä lähellekään yhtä raskaina kuin työikäiset ja he sitoivatkin menetyksensä usein ikäkauden luonnolliseen kulkuun.

(V) Viidennen tutkimuksen analyysissäni nousi esiin kaksi yläkäsitettä, jotka olivat (1.) Tarve todentaa sairaus ja (2.) Ratkaisun puute. Sairauden todentamisen jaoin jo tutkimuksissa esitettyihin alaluokkiin, joita olen käsitellyt edellä. Sairauden todentaminen tähtäsi erityisesti sosiaaliseen todentamiseen, mutta jossain kohdin todentamisella oli myös toisenlainen funktio. Tällaisia toisenlaisia tehtäviä oli diagnoosin saamisella ja lääkityksellä. Diagnoosin saaminen merkitsi samalla mahdollisuutta saada selitys kivulle ja hoidon etenemisen malli. Lääkitys ja sairaslomien myöntäminen taas saatettiin kokea terveydenhuollon toimijoiden välillä pitämättömyytenä kivusta kärsivän tilaa kohtaan. Tarvetta todentaa sairaus ohjasi lähes kaikissa alaluokissa pelko. Diagnoosin saamisen, näkyvät merkit sairauden todentajana ja pääsy terveydenhuoltoon todentajana kohdissa kipupotilaat kokivat pelkoa siitä, ettei ympäröivä yhteisö usko heidän kokemukseensa mikäli heillä ei kyseisistä luokista ole tositetta sairastamisestaan. Arvottomuuden kokemuksen ja psykiatrisen diagnoosin saamisen luokissa pelko kohdistui stigmatisoitumiseen ja sairaan roolin käytön oikeuden riistämiseen. Ratkaisun puutteella tarkoitettiin tutkittujen kokemusta häilyväisestä tai osittaisesta sairaan roolin saavuttamisesta. Roolin myöntämisessä toimivat lääkärit portinvartijoina, eli heillä oli oikeus evätä tai mahdollistaa tuon roolin saavuttaminen diagnosoinnin kautta. Ratkaisun puutetta kokivat jäivät riippuvaisiksi terveydenhuollosta.

5.3.3 Kolmas vaihe - Yksittäisten tutkimusten merkityksistä yleisiin yhteisiin merkityksiin

Tässä kolmannessa tutkimuksen vaiheessa organisoin aiemmin nostamani merkitysyksiköt hierarkisempaan järjestykseen ja muodostin niiden välille selittäviä suhteita sekä karsin mahdollisesti tarpeettomia tai toistensa kanssa suuresti päällekkäisiä yksiköitä. Tutkimuksen vaihe vastaa Giorgin neljättä ja viidettä analyysin vaihetta (Virtanen, 2006. 175 - 180). Tehdynäni tämän jokaisen tutkimuksen kohdalla erikseen, nostin abstraktion tasoa vielä ja pyrin löytämään tutkimusten välisiä, kaikille yhteisiä merkityksiä tai merkityssuhteita. Opinnäytetyötä toteuttaessani olin tehnyt havaintoja tutkimusten sisältämien merkitysten yhtymäkohdista jo aivan alusta asti, mutta nämä tarkentuivat lopulliseen muotoonsa vasta tässä opinnäytetyöni viimeisessä vaiheessa.

(I) Tutkimusta luonnehti merkityksen kaipuu, signifioijan puute. Tutkimuksen päähenkilöiden kertomusten lähtökohtana ja toiminnan motivoijana oli halu saada tilalleen nimi, diagnoosi ja sitä kautta selitys. Narratiiveissa ainoa pysyvä, vaikkakin toisinaan myös epäilty todellisuuden osa oli kivun olemassaolo. Tästä lähtökohdasta valitsin yläkäsitteeksi (A) Hajaantuneisuuden kokemuksen ja tälle alisteisiksi Oman kokemuksen ja sosiaalisen todellisuuden ristiriidan (Aa), kokemuksen, ettei tule ymmärretyksi (Ab), kokemuksen itsen ja ruumiin uudelleen ra-

kentamisesta (Ac). Toiseksi tutkimuksen yläkäsitteeksi valitsin (B) Kipu valtaa elämän ja sille alemmaksi käsitteeksi (Ba) Kivusta seuraavat elämänmuutokset. Käsitteiden sisällöt vastaavat jo aiemmassa analyysissä esittämiäni ja jätin pois käsitteen vierauden kokemuksesta. Sen sisällön pystyi hyvinkin jakamaan kohtiin (Aa), (Ab) ja (Ac).

(II) Toisen tutkimuksen kattokäsitteinä pitäydyin edelleen toivon ja epätoivon käsitteissä. Ensimmäistä tutkimusta mukaillen nostin seuraavaksi toivon ja epätoivon kokemusta voimakaimmin määrittäväksi piirteeksi (A) Olemisen hajaannuksen, joka oli seurausta Sairauden luonteesta (Aa) ja Epäilystä (Ab). (B) Sosiaalinen ympäristö oli toinen tutkimuksen laajempi käsite. (C) Restrukturoinnin hankaluuden säilytin vaikka käsite sisältyikin implisiittisesti kahden edelliseen laajempaan käsitteeseen. Samalla huomioin sen yhteyden (I), (III) ja (IV) tutkimusten elämän ja itsen uudelleen määrittelyä sivuaviin käsitteisiin. Käsitteiden sisällöt pysyivät samoina kuin jo aiemmissa vaiheissa määriteltynä.

(III) Kolmannen tutkimuksen kohdalla en nähnyt suurta tarvetta muokata edelleen jo esitettyjä käsitteitä. Nostin kuitenkin hieman abstraktion tasoa ja liitin samalla tutkimuksen (II) tutkimukseen luomalla merkityksen luokat (A) Toivo avun löytymisestä - joka sisältää Apua etsivän käytöksen ja alaluokkina kivun itsehallinta (Aa) ja lääkkeiden käyttö (Ab). Tutkittavat mainitsivat käytöksen perustelemiseksi pienenkin menetelmiin liittyvän toivon riittäväksi syyksi yrittää uusia hallintakeinoja pettymysten jälkeenkin. Pettymys tuloksiin luokan palautan lähemmäksi alkuperäistä liittämällä sen jälleen epätoivon käsitteeseen ja näin (II) tutkimukseen. Otsikoin tuon luokan (B) Epätoivo hoitojen tuloksettomuudesta. Kuten kaksi edellistä käsitettä myös kaksi jälkimmäistä ovat kaikki keskenään rinnakkaisia, eivätkä hierarkkisesti rakentuneita. (C) Sosiaalisen tuen tarve ja (D) Haluttomuus hyväksyä kipu ovat myös sisällöltään jo aiemmin esitellyn mukaisia.

(IV) Tutkimuksessa yläkäsitteeksi nousi analyysini viimeisessä vaiheessa (A) Kaaottisuus kokemuksissa. Kiinnitin huomiota tämän liittymiseen tutkimusten (I) ja (II) A-kohtiin. Tämän alakäsitteiksi tulivat sisällöiltään lähes samana pysyneet (Aa) Rajoittunut elämä ja (Ab) Identiteetin menetys. Käsitteen Mielekkyyden katoaminen (B) pidän omanaan vaikka sitä voidaan pitää käsitteistä Aa ja Ab seuraavana. Käsitteen ihmissuhteiden menetykset jätin tässä vaiheessa pois, sillä sen sisällöt pystyi hyvin liittämään kohtiin Aa ja Ab. Kaikilla esittelemilläni merkitysyksiköillä on toistensa kanssa päällekkäisiä ja limittäisiä alueita.

(V) Tutkimukseen tuli vähän jos ollenkaan muutoksia tässä analyysin vaiheessa. Kiinnitin huomiota (I) tutkimuksen aiheen samankaltaisuuteen ja diagnoosin saamisen merkitykseen. Molemmista tutkimuksista huomautettiin tutkittavien ladanneen diagnoosin saamiseen odotuksia oman tilanteen selkiytymisestä, selityksen saamisesta. Huomiota kiinnitin myös kipua kokevien haluttomuuteen ottaa psykiatrasta diagnoosia tilalleen. Myös (I) tutkimuksen pää-

henkilöt olivat kokeneet vieraaksi lääkärin heille esittämät näkemykset kivun psyykkisestä luonteesta. Jäljelle jääneet käsitteet olivat siis (A) Tarve todentaa sairaus ja (B) Ratkaisun puute.

Viimeisessä vaiheessa oli tarkoitus luoda tutkittavasta aineistosta yhtenäinen merkitysverkosto, jonka tulisi opinnäytetyöni asettamaa tutkimuskysymystä mukaillen esittää kuvaus TULE-sairauksiin liittyvästä kroonisen selkäkivun kokemisen piirteistä käsiteltyjen tutkimusten välillä. Ymmärrettävyyden lisäämiseksi olen koonnut lopullista analyysiäni kuvaavien kappaleiden alle käsitteet ja niiden sisällöt taulukoiden muotoon.

Viimeisessä analyysissäni yhdistin (I), (II) ja (IV) tutkimuksen A -kohdat yhteen, ja nimesin luokan olemisen hajaannukseksi ja kokemisen kaaottisuudeksi. Tämän alaluokiksi tulivat Aa. Tarve saada selitys, Ab. Kokemus, ettei tule ymmärretyksi, Ac. Epävarmuus ja epäily ja Ad. Tarve uudelleenmääritellä itsensä, elämänsä ja ruumiinsa. Kohta Aa:n sisältönä on aikaisemman analyysini tutkimusten (I) ja (V) kohdat Aa. ja A. Kohta Ab:n sisältönä on (I) tutkimuksen kohta Ab. Kohta Ac, eli Epävarmuus ja epäily vastaa sisällöllisesti aikaisemman analyysin tutkimuksen (II) kohtaa Ab sekä tutkimuksen (III) kohtaa B. Kohdan Ad sisältö tulee tutkimuksen (I) kohdasta Ac, tutkimuksen (III) kohdasta D. ja tutkimuksen (II) kohdasta C. Ensimmäisen ryhmän käsitteet ja niiden sisällöt selviävät taulukosta 1.

A. Olemisen hajaannus ja kokemusten kaaottisuus	
<ul style="list-style-type: none"> • Kykenemättömyys löytää tilalleen ”nimeä” ja sitä kautta selittävää järjestystä • Sairauden kulun ennustamattomuus ja epäohdonmukaisuus, joista seuraavat toivon ja epätoivon vaihtelut ja hankaluus sitoutua tulevaisuuden perspektiiviin. 	
Aa. Tarve saada selitys	<ul style="list-style-type: none"> • Oman kokemuksen ja sosiaalisen todellisuuden ristiriita, jolloin kivusta kärsivä ei kykene mukautumaan täytenä jäsenenä sosiaaliseen todellisuuteen. • Tarve todentaa sairaus. <ul style="list-style-type: none"> - Pyrkimys saavuttaa sairaan rooli - Pelot stigmatisoitumisesta ja muiden epäuskosta
Ab. Kokemus, ettei tule ymmärretyksi	<ul style="list-style-type: none"> • Asiantuntijoiden kyvyttömyyttä kohdata potilasta adekvaatisti
Ac. Epävarmuus ja epäily	<ul style="list-style-type: none"> • Epävarmuus tulevaisuudesta. • Epäily diagnoosien kattavuudesta ja sairauden selitysmalleista. • Epätoivo hoitojen tuloksettomuudesta. • Hankaluus hyväksyä tilannettaan ja toivon ja epätoivon vaihtelut.
Ad. Tarve uudelleen määrittellä itsensä, elämänsä ja ruumiinsa	<ul style="list-style-type: none"> • Kivun hyväksymisen mahdollisuus osana tilanteeseen sopeutumista. • Kokemus itsen ja ruumiin uudelleen rakentamisesta - suhde aikaisempaan itseen ja ruumiiseen etääntynyt. • Restrukturoinnin hankaluus - hajaannuksen takia vaikea jäsentää itseään uudelleen symbolisessa koordinaatistossa. • Kokemus vieraudesta itselleen.

Taulukko 1. Ensimmäisen ryhmän käsitteet ja sisällöt.

Seuraava kokemuksen piirteitä kuvaileva ryhmä oli B. Kivun koko elämän valtaava ominaisuus. Tämän lähtökohtana oli tutkimuksen (I) kohta B. Alaluokat kyseiselle ryhmälle ovat Ba. Rajoittunut elämä ja Bb. Kivun hallintakeinojen etsiminen. Rajoittunut elämä vastaa sisällöllisesti tutkimuksen (I) kohtaa Ba. ja (IV) kohtia Aa. ja B. Kivun hallintakeinojen etsiminen syntyi tutkimuksen (III) kohdasta A. Toisen ryhmän käsitteet ja niiden sisällöt selviävät taulukosta 2.

B. Kivun koko elämän valtaava ominaisuus	
<ul style="list-style-type: none"> • Normaali elämä muuttuu mahdottomaksi. Aikaisemmin automaattiset toiminnot eivät enää onnistu. • Kivusta tulee siitä kärsivien elämän kiintopiste, joka pitää ajatuksissa ylivaltaa. 	
Ba. Rajoittunut elämä	<ul style="list-style-type: none"> • Kykyjen, taitojen ja roolien menetykset, joiden seurauksena toimintahorisontti kapenee. • Elämän vaihtoehtottomuus, toivon menettäminen ja mielekkyyden kadottaminen. • Ihmissuhteiden menetykset, joihin johtivat esimerkiksi kyvyttömyys vastavuoroisuuteen ja kivusta seuranneet hankalat käyttäytymisen muutokset.
Bb. Kivun hallintakeinojen etsiminen	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkkeiden käyttö: resepti, reseptivapaiden tai katukaupan lääkkeiden. <ul style="list-style-type: none"> - Tehottomuus ja hankalat sivuoireet • Vaihtoehtoisten hoitomuotojen kokeilu. • Oireiden itsehallinta mm. rentoutuminen, itsen vieraanuttaminen, ja tarkkaavaisuuden harhauttaminen.

Taulukko 2. Toisen ryhmän käsitteet ja sisällöt.

Viimeinen kokemuksen luokka on C. Sosiaalinen ympäristö toivon ja epätoivon säätelyssä. Sen sisältönä on tutkimuksen (II) kohta B. Alaluokiksi siinä tulivat kohdat Ca. Sosiaalinen ympäristö uudelleenmäärittelyn mahdollistajana tai estäjänä ja siinä on sisältöinä aiempien analyysien kohdat (III) C., osin (IV) Aa., ja (V) B., sekä Cb. Sosiaaliseen ympäristöön liittyvät menetykset, jonka sisältö vastasi aiemman analyysin tutkimuksen (IV) kohtaa Ab. Kolmannen ryhmän käsitteet ja sisällöt selviävät taulukosta 3.

C. Sosiaalinen ympäristö toivon ja epätoivon säätelyssä	
<ul style="list-style-type: none"> Sosiaaliin suhteisiin, erityisesti läheisiin ihmissuhteisiin liittyvät pelot ja realiteetit lisäävät epätoivon kokemista. Työn jatkamisen ja muiden yhteisön instituutioiden jäsenenä olon mahdottomuus lisää epätoivon kokemista. Läheisten ihmisten tuki lisää toivon kokemista. 	
Ca. Sosiaalinen ympäristö uudelleenmäärittelyn mahdollistajana tai estäjänä	<ul style="list-style-type: none"> Sosiaalisen tuen tarve arjesta selviämiseen, mutta myös ymmärryksen tarve. Yhteisön instituutioiden tarjoamat mahdollisuudet löytää olemiselle uusi sosiaalisesti hyväksytty tarkoitus. Ratkaisun puute - kivusta kärsivien hankaluus löytää tilanteelleen lopullista selitystä.
Cb. Sosiaalseen ympäristöön liittyvät menetykset	<ul style="list-style-type: none"> Identiteetin menetys seurauksena kykenemättömyydestä täyttää aiempia sosiaalisia rooleja. Sosiaalisten suhteiden menetykset.

Taulukko 3. Kolmannen ryhmän käsitteet ja sisällöt.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyöstä saamani tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kuin lähteitä lukiessani arvelinkin saavani. Käsitykseni oli kuitenkin tuloksia hieman optimistisempia. Neuropaattisen kivun hallintamenetelmiä käsittelevässä tutkimuksessa tutkittavat eivät osanneet nimetä yhtään hoitokeinoa, joilla heidän kipuunsa olisi ollut edes tyydyttäviä vaikutuksia. Omista tuloksistani ilmeni selkeänä kivusta kärsivien menetysten laajamittaisuus ja kokonaisvaltainen tarve määritellä elämänsä läpikotaisin uudelleen. Jatkuva epävarmuus ja tulevaisuuden ennustamattomuus stressasivat tutkittavia päivittäin. Valikoimistani tutkimuksista johtuen käsitteissä painottui kivun kokemisen sosiaalinen puoli. Tämänkaltaisessa kivussa sosiaalisella todellisuudella oli kuitenkin merkittävä osuus kokemuksen syntymisen kannalta.

Kaikkiaan kolmessa (I),(II) ja (V) käsittelemistäni tutkimuksista viitattiin biomedikaaliseen epistemologiaan, jolla tarkoitettiin vallitsevaa lääkäreiden tapaa tarkastella sairauksien ja yleisimminkin ihmisen olemista. Tällä oli tärkeitä seurauksia tutkimusten henkilöille, kun he eivät mahtuneet tämän ajattelutavan näkemyksiin ja jäivät siitä syystä vaille diagnoosia tai heidän kokemuksensa jopa kyseenalaistettiin. Biomedikaalisessa epistemologiassa ei ole sijaa sen selityspiirin ulkopuolelle jääville tapauksille ja siksi onkin kyseenalaista, että tällaisen tiedonkäsityksen varjossa on mahdollista tehdä päätöksiä, joiden kautta yksilön lähes koko olemassaolo voidaan jättää oikeutuksetta. Yllättävää oli huomata erityisesti tutkimusten (I) ja (V) antama käsitys diagnoosin valtavasta merkityksestä. Kivun rooli oli tutkimushenkilöiden elämässä kuitenkin suunnaton ja toivo tämän roolin täyttämisestä selityksellä varmasti samanmoinen.

Menetyksiä käsitelleessä tutkimuksessa (IV) mielenkiintoisena sivujuonteena oli kahden vanhuksen ja nuorimman tutkimukseen osallistuneen koehenkilön kokemusten radikaali poikkeaminen työikäisten vastaavista kokemuksista. Nuorimman koehenkilön kokemusten poikkeavuutta tutkijat selittivät sillä, että hänellä oli diagnoosi tilalleen ja kannustavat tukijoukot. Vanhusten vastausten poikkeavuutta työikäisistä ei selittänyt mikään muu seikka kuin heidän ikänsä. Heidän sosiaaliset suhteensa olivat hajoamisen sijaan päinvastoin kohentuneet kivun myötä. Vanhukset voisivatkin olla mielenkiintoinen tutkimusryhmä positiivisten kivunhallintatapojen selvittämisessä.

6.2 Opinnäytetyön toteutuksen arviointi

Suurin puute opinnäytetyössäni oli tutkimusaineiston kriteerien pitämättömyys. Julkaisut, joita tässä opinnäytetyössäni arvioin olivat kaikki muista kuin pelkästään hoitotieteellisistä julkaisuista. Opinnäytetyö ei näin myöskään mahdu sille esittämiini kriteereihin. Asettamiini tutkimuskysymyksiin näen saaneeni opinnäytetyön puitteissa vastauksen.

Tutkimusmenetelmäni valintaa voidaan pitää tutkimuksen heikkoutena ja sen käyttö aineiston analyysissä oli lähes mahdotonta. Pysin pitäytymään valitsemassani menetelmässä niin paljon kuin se oli mahdollista. Menetelmä määräsi analyysini struktuurin ja sikäli toimi varsin käyttökelpoisesti. Merkitysyksiköiden valinta vastasi deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysin perusprosessia, jossa aineiston materiaalia tiivistettiin ja sille luotiin tarvittaessa uusia luokkia.

Artikkelit, joihin opinnäytetyöni pohjautuu, ovat alkujaan englanninkielisiä ja tämä vaati tietysti kielen ja käsitteiden kääntämisen suomenkielelle. Kääntäessäni koetin seurata vastaavien termien yleistä käyttöä suomenkielisissä julkaisuissa ja hyödynsin myös tarvittaessa verkosta löytyvää asiasanastoa.

Tutkimuksen uskottavuuden arvioinnissa ajalla katsottiin olevan merkitystä. Omalla kohdallani aineiston analysointi vei kokonaisuudessaan neljä kuukatta, jonka katson olevan näin pienelle aineistolle riittävä. Varsinaista tutkimuspäiväkirjaa en opinnäytetyötäni tehdessä pitänyt, menetelmällisesti olen ollut eklektiivinen. Vahvistettavuuden katson toteutuvan tässä opinnäytetyössä kohtuullisesti. Olen kirjannut ylös jokaisen tutkimusvaiheen ja etenemiseni siinä. Refleksiivisyys ei varsinaisessa tutkimuksen toteutuksen kuvauksessa näy, mutta olen käsitellyt sitä aiemmin melko kattavasti. (Kylmä ja Juvakka, 2007, 128 - 129)

Tutkittavasta ilmiöstä opinnäytetyöni ei lisää juurikaan ymmärrystä ja onkin lähinnä tiivistelmänomainen katsaus aiheeseen. Raportin totuudenmukaisuuden kriteeri täyttyy (Patton, 2001. 434). Tutkimusten autonomisuuden katson säilyttäneeni jo aiemmin mainitsemallani lähtökohtieni eksplikoinnilla. Varron (1996, 102) mukaan merkitysten koherenssilla tarkoitetaan tutkimuskohteesta esitettyjen tulkintojen yhtenäisyyttä. Tähän olen pyrkinyt jokaisessa tutkimuksen vaiheessa enenevässä määrin, mutta käsitteisiin jäi edelleen päällekkäisyyksiä ja aukkoja.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1999
- Arokoski, J. 2005. 460. Teoksessa Teoksessa Lindgren, K-A. (toim.) 2005. TULES. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Duodecim Oy. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2005.
- Burns, N. ja Grove, N. 2001. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization. 4:th edition. W.B Saunders, 2001.
- Closs, S. & al. 2007. Managing the Symptoms of Neuropathic pain: an Exploration of Patients' Experiences. Journal of Pain and Symptom Management vol. 34 no. 4 (2007). 422 - 433.
- Corbet, M., Foster, N., Ong, B. 2007. Living with low back pain - stories of hope and despair. Social Science and Medicine 65 (2007) 1584 - 1594. Elsevier Ltd.
- Davidhizar, R. ja Giger, J. 2004. A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. International Nursing Review 51.
- Glenton, C. 2003. Chronic back pain sufferers - striving for the sick role. Social Science & Medicine 57 (2003). 2243-2252.
- Grönblad ja al. 2003. Tules - vuosikymmen on vakiinnuttanut asemansa. Suomen lääkirilehti (33) 2003 58. s. 3214 - 3216.
- Heikkilä, A. 2005. 88 - 92. Teoksessa Lindgren, K-A. (toim.) 2005. TULES - Tuki ja liikuntaelinsairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heikkonen, S. 2005. Työryhmätyöskentely TULES- potilaan hoidon ja kuntoutuksen perustana. Myös Moniammatillinen näkökulma kivun hoidossa. Teoksessa Lindgren, K-A. (toim.) 2005. TULES. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Duodecim Oy. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2005.
- Helman, C. 2000. Culture, health and illness. 4 th edition. Oxford, Butterworth Heineman.
- Heliövaara, M. 2007. Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. (toim.) 2007. Reuma. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy, Hämeenlinna 2007.
- Holopainen, M. ja Pulkkinen, P. 2003. Tilastolliset menetelmät. WSOY, Dark Oy. Vantaa 2003.
- Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2001
- Janhonen, S. ja Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Kalso, E. ja Vainio, A. 2002. Kipu. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2002.
- Kivinen, O. ja Ristelmä, P. 2000. Totuus, kieli ja käytäntö. Pragmatistisia näkökulmia toimintaan ja osaamiseen. WSOY, Tummavuoren Kirjapaino Oy. Vantaa 2001.
- Kotkavirta, J. 2002. Kokemuksen ehdot ja hahmot: Kritik der reinen Vernunft ja Phänomenologie des Geistes. Teoksessa Haaparanta, L. ja Oesch, E. (toim.) Kokemus. Tampereen yliopistopaino, Juvenes Print Oy, Tampere 2002.
- Kylmä, J. ja Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Publishing Oy. Helsinki, 2007.

Latomaa, M. 2005. Fenomenologinen kokemuksen tutkimus: Haastattelu, analyysi ja ymmärtäminen. Teoksessa Latomaa, T. ja Perttula, J. (toim.) 2005. Kokemuksen tutkimus. Merkitys, tulkinta, ymmärtäminen. Dialogia Oy. Helsinki.

Latomaa, T. ja Perttula, J. (toim.) 2005. Kokemuksen tutkimus. Merkitys - Tulkinta - Ymmärtäminen. Dialogia Oy. Helsinki.

Latvala, E. ja Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. ja Nikkonen, M. (toim.) 2002. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

Lilrank, A. 2003. Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. *Social Science and Medicine* 57 2003. 1045 - 1053. Elsevier Ltd.

Lindgren, K-A. (toim.) 2005. TULES - Tuki ja liikuntaelinsairaudet. Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy.

Lindström, U. 1995. Ensamhetskänslan Sviker Inte. En Kvalitativ Studie Rörande Patienters Upplevelser av Vårdkultur och Vårdrelation på Psykiatrisk Sjukhus. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vaasa.

Lukkarinen, H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntilanne. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. *Acta Universitatis Ouluensis Medica* ser D 562, Oulu University Press.

Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. (toim.) 2007. Reuma. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy, Hämeenlinna 2007.

Matilainen, D. 1997. Idémönter i Karin Neuman-Rahns Livsgäring och Författarskap - en idéhistorisk-biografisk studie i psykiatrisk vård i Finland under 1900-talets första hälft. Åbo Akademi University Press, Åbo.

McCaffery, M. ja Beebe, A. 1997. PAIN: Clinical Manual for Nursing Practice. Spain, Mosby.

McGuire, D. 1992. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of Pain and Symptom management*.

Merskey, H. ja Bogduk, N. (toim.) Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, IASP Press, Seattle 1994. http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728. 22.4.2008

Metsämuuronen, J. 2001. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Viro 2001.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2006.

Mikkelsson, M. 2007. 102. Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. (toim.) 2007. Reuma. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy, Hämeenlinna 2007.

Nieminen, A. 2005. Kroonisen kipupotilaan hoito vantaan terveyskeskuksissa. Luento Sairaanhoidajapäivillä 2005.

Niiniluoto, I. 2000. Teoksessa Airola, A. ja al. (toim.) Merkillinen merkitys. Yliopistokustannus, Gaudeamus. University Press 2000.

- Niiniluoto, I. 2002. Kokemus-kollokvion avaussanat. s. 9-14. Teoksessa Haaparanta, L. ja Oesch, E. (toim.) Kokemus. Tampereen yliopistopaino, Juvenes Print Oy, Tampere 2002.
- Patton, M. 2001. Qualative research & evaluation methods. Sage Publications, Thousand Oaks, California 2001
- Perttula, J. 1995. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena: Johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Suomen fenomenologinen instituutti, Tampere.
- Pirttilä, T. ja Nybo T. 2004. Kipu ja kognitio. Duodecim 2004;120. s. 199 - 205
- Pohjolainen, T. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset. Teoksessa Lindgren, K-A. (toim.) 2005. TULES. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet.
- Puolakka, K. 2007. Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. (toim.) 2007. Reuma. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy, Hämeenlinna 2007.
- Raij, T. 2006. Pääkirjoitus. Duodecim, 2006. 122. 751 - 752.
- Rauhala, L. 1990. Humanistinen psykologia. Yliopistopaino. Helsinki 1990.
- Rauhala, L. 1993. Eksistentiaalinen fenomenologia hermeneuttisen tieteenfilosofian menetelmänä. Tampereen yliopisto, Tampere 1993.
- Rauhala, L. 2005. Tajunnan itsepuolustus. Yliopistopaino, Helsinki 2005.
- Repo, M. 2004. Liittykö kipukokemuksiin kulttuurisuus? Pro Gradu- tutkielma, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos
- Rhen, Birthe. 2005. Tunne potilaan kipuhistoria. Sairaanhoidajapäivien 2005 luento
- Soinila, S. 2005. Kivun biologiset mekanismit. Teoksessa Lindgren, K-A. (toim.) 2005. TULES. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Duodecim Oy. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2005.
- Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. WSOY. Juva 1995.
- Vainio, A. 2002. Kipukulttuuri, Kipu tutkimuskohteena, Akuutti ja krooninen kipu sekä Kroonisia kiputiloja. Teoksessa Kalso, E. ja Vainio, A. (toim.) Kipu. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Vainio, A. 2004. Kivun hallinta. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004.
- Varto, J. 1996. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä: Helsinki.
- Virtanen, J. 2006. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa Metsämuuronen J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummeruskirjapaino, Jyväskylä.
- Vuorimaa, H. 2007. 106, 107. Teoksessa Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. (toim.) 2007. Reuma. Kustannus Oy Duodecim. Karisto Oy, Hämeenlinna 2007.
- Vuorinen, E. 2001. Lääketiede ja näkymätön kipu. Teoksessa Parkkinen, M-L. (2001). Näkymätön kipu. Kirjapaja Oy. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2001.
- Walker, J. ja al. 2004. The Experience of chronic back pain: Accounts of loss in those seeking help from pain clinics. European Journal of Pain 10 (2006). 199-207.

TAULUKOT

Taulukko 1: Ensimmäisen ryhmän käsitteet ja sisällöt.....	34
Taulukko 2: Toisen ryhmän käsitteet ja sisällöt	35
Taulukko 3: Kolmannen ryhmän käsitteet ja sisällöt	36