

Ryhmäterapia CRPS-kuntoutuksessa

Integroiva kirjallisuuskatsaus

Maija Haavisto

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2014

Toimintaterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Haavisto, Maija	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 02.06.2014
	Sivumäärä 66	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi RYHMÄTERAPIA CRPS-KUNTOUTUKSESSA Integroiva kirjallisuuskatsaus		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Kantanen, Mari		
Toimeksiantaja(t) Satakunnan keskussairaala, fysiatrian poliklinikka		
Tiivistelmä <p>CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) on merkittävästi yksilön toimintakykyä heikentävä kiputila, johon liittyy tunteoikeavuuksia, toimintahäiriöitä autonomisessa hermostossa sekä motoriikassa ja sairauden edetessä myös troofisia muutoksia. CRPS:lle ominaista on laukaisevan tekijän aiheuttamat suhteettoman voimakkaat, laajalle leviävät oireet. Oireyhtymän voi laukaista jopa lievä tai kohtalainen kudonvaurio.</p> <p>Toimeksiantajana opinnäytetyölle oli Satakunnan keskussairaalan fysiatrian poliklinikka. Poliklinikalla toimii kivunhallintaryhmä. Toimeksiantaja on suunnitellut uudenlaisen, CRPS-potilaille suunnatun kipuryhmän aloittamista ja tarvitsi tutkimusnäyttöä päätöksenteon tueksi. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, oliko CRPS-oireyhtymän ryhmäkuntoutuksesta tehty tutkimuksia ja millaisia tuloksia niistä oli saatu kivunhallinnan näkökulmasta. Tavoitteena oli myös saada selville, millaisia menetelmiä interventioissa oli käytetty ja mitä ammattiryhmiä niissä oli ollut ohjaajina. Menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin integroivaa kirjallisuuskatsausta, mikä mahdollisti monipuolisen aineiston käyttämisen. Käytetty aineisto on julkaistu aikavälillä 2001–2013.</p> <p>CRPS:n ryhmäkuntoutuksesta tehtyjen tutkimusten vähyydestä johtuen opinnäytetyön aineistossa käytettiin tutkimuksia kroonisen kivun ryhmäkuntoutuksesta. Tutkimusten tulokset kivunhallinnan näkökulmasta olivat hyvin rohkaisevia, mutta CRPS-potilaiden ryhmämuotoista kuntoutusta olisi tärkeää tutkia lisää luotettavien tulosten saamiseksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) CRPS, kausalgia, RSD, ryhmä, ryhmäterapia, kipu, kivunhallinta		
Muut tiedot		



Author(s) Haavisto, Maija	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 02.06.2014
	Pages 66	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title GROUP THERAPY FOR COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME Integrative literature review		
Degree Programme Occupational Therapy		
Tutor(s) Kantanen, Mari		
Assigned by Physiatric outpatient clinic of Satakunta Central Hospital		
Abstract <p>CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) is a chronic pain condition that can severely decrease the patient's functioning. Besides pain, the symptoms of CRPS can include trophic changes, abnormalities in processing tactile and thermal information and dysfunctions of the autonomic nervous system and motor functions. The triggering factor causes overly intense, widely spreading symptoms. CRPS can develop even after a mild or moderate tissue injury.</p> <p>The thesis was assigned by the Physiatric Outpatient Clinic of Satakunta Central Hospital. The outpatient clinic runs a pain management group. The clinic is planning to start a new pain management group specifically for CRPS patients and needs research evidence to support their practice. The purpose of the thesis was to examine if there was any previous research on the group rehabilitation of the CRPS and what the results in pain management were. Another objective was to examine what methods were used in the group interventions and who the group leaders were. The research method used in the thesis was an integrative literature review, which allowed the use of diverse material. The research material was published between 2001 and 2013.</p> <p>Due to the scarcity of studies on CRPS group rehabilitation, studies on group therapy for chronic pain were included in the thesis. The positive changes in pain management in the studies were encouraging but further research on CRPS-related group therapy is necessary in order to gain reliable results.</p>		
Keywords CRPS, causalgia, RSD, group, group therapy, pain, pain management		
Miscellaneous		

Sisältö

Sisältö	1
1 Johdanto	4
2 Monimuotoinen laaja-alainen kipuoireyhtymä	5
2.1 CRPS I ja II	5
2.2 Altistavat tekijät	6
2.3 Oireet.....	7
2.4 Hoito ja kuntoutus.....	9
3 Kipu.....	10
3.1 Mitä kipu on?.....	10
3.2 Akuutti ja krooninen kipu	12
3.3 Kipukäyttäytyminen	14
3.4 Kivunhallinta.....	15
3.5 Kiputyöryhmä	16
4 Ryhmä osana kuntoutusta	17
4.1 Mikä on ryhmä?.....	17
4.2 Ryhmän terapeuttisuus	18
4.3 Miksi ryhmiä?	20
5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	21
6 Integroiva kirjallisuuskatsaus	21
6.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus	21
6.2 Tietokantahaku.....	23
6.3 Käsihaku	25
7 Aineistonkuvaus	26
7.1 Mukaan valikoituneet artikkelit	26
7.2 Aineiston arviointi	29
7.3 Aineiston analysointi	31

7.4 Tulokset	33
7.4.1 Yhteenveto osallistujista	39
7.4.2 Interventioiden kuvaukset	39
7.4.3 Interventioiden tulokset	43
8 Johtopäätökset	47
9 Pohdinta	49
9.1 Tiedonhakuprosessin eteneminen	49
9.2 Opinnäytetyön luotettavuus	50
9.3 Jatkosuositukset	51
Lähteet.....	53
Liitteet	57
Liite 1. Tiedonhaku tietokannoista.....	57
Liite 2. Arviointivaiheessa sisään otettu aineisto	61
Liite 3. Haku- tai arviointivaiheessa poissuljettu aineisto.....	62
Liite 4. Tutkimusten laadun arviointi.....	63

KUVAT

KUVA 1. Kliiniset oireet.	8
--------------------------------	---

KUVIOT

KUVIO 1. Kuvio koettuun kipuun vaikuttavista tekijöistä	12
KUVIO 2. Fear-Avoidance Model.....	15
KUVIO 3. Integroivan kirjallisuuskatsauksen vaiheet	22
KUVIO 4 Kirjallisuuskatsauksen tietokantahaku tietokannoittain	24

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit.....	23
--	----

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsauksen käsihaku.....	25
TAULUKKO 3. Aineiston luokittelu	27
TAULUKKO 4. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset.	34
TAULUKKO 5. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet asiantuntija-artikkelit.....	38
TAULUKKO 6. Mannin ym. (2013) kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltujen tutkimusten käyttämät interventiot	40

1 Johdanto

Opinnäytetyöni on tutkimuskatsaus ryhmäkuntoutuksesta CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) -potilailla. CRPS eli monimuotoinen laaja-alainen kipuoireyhtymä on huonosti tunnettu kiputila, jonka jokin vamma tai sairaus voi laukaista. Oireina on kipua, tuntopoikkeavuuksia, toimintahäiriöitä autonomisessa hermostossa sekä motorisissa ja sairauden edetessä myös troofisia muutoksia. (Haanpää, Kauppila, Eklund, Granström, Hagelberg, Hannonen, Kyllönen, Kyrö, Loukusa-Nieminen, Luutonen, Telakivi, Ylinen & Pakkala 2008.)

On todettu, että erikoissairaanhoidossa paras tulos CRPS:n hoidossa saadaan moniammatillisella työryhmällä, johon kuuluvat lääkärin ja fysioterapeutin lisäksi toimintaterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. CRPS:stä toipuminen kestää kauemmin kuin muista vammoista, mikä tulee ottaa huomioon kuntoutuksen tavoitteita asettaessa. Potilaan rohkaisu ja kannustaminen kipeän raajan käyttöön on oleellista kuntoutuksen aikana. (Haanpää 2009, 414–415.) Vaikea-asteisen CRPS:n hoito tulee aloittaa sairaalassa ja usein osasto-olosuhteissa järjestetty alkuvaiheen hoito on tarpeen. (Pohjolainen ym. 2008, 456.) CRPS:n hyvä kuntoutus perustuu sensoriseen siedättämiseen, motoriseen aktivointiin ja kipeän raajan hahmotuksen sekä toiminnanohjauksen edistämiseen. Harjoitteet suoritetaan riittävän kivunlievityksen avulla. (Haanpää ym. 2008.)

Pyyntö opinnäytetyöni aiheelle tuli Satakunnan keskussairaалalta fysiatrian poliklinikan toimintaterapeutilta. Fysiatrian poliklinikka kuuluu konservatiivisen hoidon toimialueeseen (Satakunnan sairaanhoitopiirin organisaatiokaavio 2012) ja poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan potilaita, joilla on jokin tuki- ja liikuntaelinsairaus. Fysiatrian palveluyksikön noin 35 henkilön muodostamaan henkilökuntaan kuuluu kaksi fysiatriaa, osastonhoitaja, kuntoutussuunnittelija, fysio- ja toimintaterapeutteja, kuntohoitajia, ohjaaja sekä osastosihteereitä. Potilaat tulevat hoitoon lääkärin läheteellä. Palveluyksiköllä tarjotaan toimintaterapia-, fysioterapia-, askarteluterapia- ja apuvälinepalveluja fysiatrian poliklinikalla sekä sairaalan eri osastoilla. Näiden palvelujen

lisäksi poliklinikalla toimii moniammatillinen kiputyöryhmä. (Fysiatrian poliklinikka 2011.)

Fysiatrian poliklinikalla suunnitellaan uudenlaisen toiminnan aloittamista ja he kaipaisivat päätöksen tueksi taustateoriaa aiheesta. Mahdollinen uusi ryhmä olisi suunnattu tarkennetusti CRPS-potilaille ja sen toteutuksesta vastaisi moniammatillinen tiimi. Law'n & MacDermidin (2008) mukaan näyttöön perustuva käytäntö takaa ajan-tasaisen, parhaan saatavilla olevan tiedon hyödyntämisen. Luotettavan tiedon hyödyntäminen ohjaa työntekijää päätöksenteossa niin, että potilas saa hänen tilanteeseensa soveltuvinta hoitoa. (Law & MacDermid 2008, 9.) Tarve opinnäytetyöhön kumpuaa suoraan työelämästä. On myös aiheellista nostaa esiin oletettu tieteellisen vaikuttavuustutkimuksen vähyyt CRPS:n hoidosta ja luoda suomenkielistä katsausta jo olemassa olevista, usein vieraskielisistä tutkimuksista.

2 Monimuotoinen laaja-alainen kipuoireyhtymä

2.1 CRPS I ja II

Complex Regional Pain Syndrome eli CRPS tarkoittaa oireyhtymää, johon kuuluu oirehtivan raajan kipua sekä motoriikan, tunnon ja autonomisen hermoston toiminnan muutoksia. Vaikeissa tapauksissa esiintyy myös troofisia muutoksia. (Haanpää 2009, 412.) On tavallista, että CRPS:ään liittyy sympaattisen hermoston ylitoimintaa, mutta varmuudella kaikilla potilailla ei ole todettu kivun välittyvän sympaattisen hermoston kautta (Pohjolainen, Rissanen & Alaranta 2008, 454). Ominaista oireyhtymälle on, että laukaiseva tekijä aiheuttaa suhteettoman voimakkaita oireita ja ne myös leviävät laajemmalle alueelle raajassa verrattuna siihen, missä alkuperäinen laukaiseva tekijä on sijainnut. (Haanpää 2009, 412.) Stanton-Hicksin (2002) mukaan CRPS kehittyy useimmiten joko ylä- tai alaraajoihin, mutta oirehtiva alue voi levitä myös muualle kehon osiin (O'Connell, Wand, McAuley, Marston & Moseley 2013). Oireyhtymän

toteamiseen ei ole olemassa yhtä tiettyä testistöä tai käytäntöä, vaan diagnoosi tehdään esiintyvien oireiden perusteella (Hsu 2009, 148–149).

Aiemmin CRPS:stä käytettiin termiä reflektorinen sympaattinen dystrofia (RSD), mutta oireyhtymän taudinkuvan oireiden ja löydösten suuren vaihtelevuuden sekä lopullisen patofysiologisen mekanismin epäselvyyden vuoksi Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys International Association for the Study of Pain (1993) on suositellut käytettäväksi neutraalia nimitystä complex regional pain syndrome. (Göransson 2000, 260.) CRPS on jaettu kahteen alaluokkaan, CRPS I:een ja CRPS II:een. CRPS I:een ei kuulu hermovauriota, eli se vastaa aiempaa käsitettä RSD (Haanpää 2009, 412.) Se kehittyy useimmiten jonkin selvän vamman, kolhaisun, venähdyksen tai jopa normaalisti sujuneen kirurgisen toimenpiteen jälkeen (Gockel & Forss 2009). CRPS II:ssa mukana on hermovaurio ja se vastaa aiempaa käsitettä kausalgia. (Haanpää 2009, 412.) Hermon tai sen haaraan osittaisesta vaurioitumisesta seurauksena tuleva krooninen kiputila voi alkaa välittömästi tai vasta kuukausien kuluttua. Yleinen CRPS II:n aiheuttaja on esimerkiksi ampumavamma. (Vainio 2009b, 66.) II-tyypin CRPS:ssä oireet ja löydökset ovat vaurioituneen hermon alueella voimakkaimmat, mutta niitä esiintyy myös tätä laajemmalla alueella (Haanpää 2009, 412).

CRPS on 2,5–3 kertaa yleisempää naisilla kuin miehillä (Pohjolainen ym 2008, 454). Varhaisella diagnosoinnilla on todettu olevan merkittävä rooli oireyhtymän ennusteessa. Tutkimusten mukaan potilaista, joiden hoito oli aloitettu vuoden sisällä oireiden ilmestymisestä, 80 %:lla kokonaistilanne parani merkittävästi. 50 %:lla potilaista, joiden hoitoa ei ollut aloitettu vuoden kuluttua oireiden alkamisesta, jäi huomattavia oireita. CRPS-potilailla on myös todettu olevan kohonnut riski sairastua oireyhtymään uudelleen. (Göransson 2000, 264.)

2.2 Altistavat tekijät

Tutkimustulosten perusteella on arvioitu, että vammat ovat yhteydessä vähintään puoleen CRPS-tapauksista (Göransson 2000, 261). CRPS:n voi laukaista jopa lievä tai

kohtalainen kudosisvaurio (Harno 2013). Pehmytkudosisvammojen, luunmurtumien ja hermovammojen lisäksi oireyhtymä voi kehittyä myös jonkin muun sairauden, kuten infektion tai aivoverenkiertohäiriön yhteydessä (Haanpää 2009, 412). Muita altistavia tekijöitä ovat kirurgiset toimenpiteet, immobilisaatio, sidekudosisaudit, sydäninfarkti, pahanlaatuiset kasvaimet sekä diabetes. 10–25 % CRPS-tapauksissa aiheuttavaa tekijää ei löydy. (Göransson 2000, 261.)

Oireyhtymään sairastuneiden keski-ikä on 46 vuotta ja CRPS:n muodostuminen yläraajaan on alaraajaan verrattuna kaksi kertaa yleisempää (Hsu 2009, 148). Tutkimuksissa ei ole todettu luonteenpiirteiden tai psyykkisten tekijöiden vaikutusta oireyhtymälle altistumisessa, vaan todennäköisesti CRPS:ssä kipu voi aiheuttaa potilaalle psyykkisiä oireita aivan kuten muissakin kroonisissa kiputiloissa. (Göransson 2000, 261.) CRPS-potilaat kuitenkin kokevat usein erilaisissa sosiaalisissa rooleissa toimimisen hankalaksi oireidensa vuoksi. Varsinkin sairauden myöhemmissä vaiheissa potilaat voivat oirehtia myös psyykkisesti. Tällöin potilailla voi esiintyä masennusta, ärtyisyyttä, vetäytymiskäyttäytymistä sekä toivottomuuden tunteita. (Zagzoog, Chinchalkar & Sumsion 2008.)

2.3 Oireet

Hsun (2009) mukaan hoitamaton CRPS voidaan jakaa oireiden mukaan lievään, kohtalaiseen sekä vaikeaan asteeseen (Hsu 2009, 148). Vastamäen (2002) mukaan oireyhtymän asteita voidaan kuvata akuuttivaiheella, joka kestää 0–3 kuukautta, keski- eli dystrofiavaiheella, jonka kesto on 3–6 kuukauteen sekä loppu- eli atrofiavaiheella, jonka kesto on yli 6 kuukautta. CRPS:n akuuttivaihetta saattaa olla hankalaa erottaa niin sanotun tavallisen vamman oireista, sillä turvotus, ihon lämpötilan muutokset ja kipu voivat viitata johonkin vammaan. Näiden oireiden lisäksi kuitenkin CRPS:ään liittyy myös troofisia muutoksia eli karvoituksen, kynsien tai ihon muutoksia sekä hikoilun lisääntymistä ja motorisia oireita. (Vastamäki 2002, 5178–5179.) Motorisiin oireisiin kuuluvat raajan liikerajoitukset, heikkous sekä vapina ja dystonia eli tahdonalaisten liikkeiden säätelyn häiriintyminen. Kivun kroonistumisen aiheuttamat

muutokset johtavat kipuhermoradan herkistymiseen ja raajojen hahmotushäiriöt ovat yleisiä. Aivoja kuvannettaessa on löydetty muutoksia oirehtivan raajan vastakkaisella puolella, mutta toisinaan muutoksia on aivokuoren kummallakin puolella. (Harno 2013.) CRPS-potilaiden oireet voivat kuitenkin olla hyvin yksilöllisiä ja ne myös muuttuvat oireyhtymän edetessä (Maihöfner, Seifert & Markovic 2010, 650).

CRPS:n alkuvaiheessa potilaat kuvaavat usein kipua polttavana. Akuuttivaiheessa kipu onkin pääasiallinen oire ja vammautunut raaja on yleensä kuiva, lämmin, turvoksissa ja punoittava. Nivelten liikuttaminen aristaa ja niiden jäykkyys lisääntyy progressiivisesti. Dystrofiavaiheessa raajan liikuttaminen provosoi kipua, joka on muuttunut jatkuvaksi. Jo akuuttivaiheessa alkanut nivelten jäykistyminen lisääntyy edelleen ja nivelet paksuuntuvat. Iho saattaa olla akuuttivaiheesta poiketen viileä, kostea, kiiltävä ja kalpea sekä iho ja ihonalaiskudos alkavat surkastua. Myös osteoporoottisia muutoksia esiintyy. CRPS:n viimeisessä eli atrofiavaiheessa raajan toimintaan vaikuttavat muutokset ovat peruuttamattomia: iho, ihonalaiskudokset ja lihakset surkastuvat sekä selkeää lihaskireyttä ja jännetuppien paksuuntumista esiintyy. Niveliin muodostuu virheasentoja ja niiden liikelaajuus on heikko. (Göransson 2000, 261–262.)

KUVA 1. Kliiniset oireet. a) CRPS:n akuuttivaiheessa vasemman käden turvotusta, värimuutoksia sekä toimintavajasta b) Turvotusta ja heikentynyt käden nyrkistys c) Karvoituksen liikakasvua oikeassa kädessä d) CRPS:n kroonisessa vaiheessa kontraktuuria, troofisia muutoksia sekä värimuutoksia. (Maihöfner ym. 2010, 650.)



2.4 Hoito ja kuntoutus

Lievää CRPS:ää voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, jossa lääkäri tekee diagnoosin, suunnittelee kipulääkityksen ja tekee lähetteen fysioterapiaan. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle omatoimiset harjoitteet. On todettu, että erikoissairaanhoidossa paras tulos CRPS:n hoidossa saadaan moniammatillisella työryhmällä, johon kuuluvat lääkärin ja fysioterapeutin lisäksi toimintaterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Lievän CRPS:n ennuste on useimmiten hyvä ja vaikea-asteinenkin CRPS voi korjautua, kunhan pysyviä troofisia muutoksia ei ole syntynyt. CRPS:stä toipuminen kestää kauemmin kuin muista vammoista, joten hoidon tavoitteet tulee asettaa realistisesti. Potilaan rohkaisu ja kannustaminen on oleellista kuntoutuksen aikana ja oireyhtymän oheisongelmat, kuten mahdolliset mielenterveyden häiriöt, pitää ottaa aktiivisesti huomioon. (Haanpää 2009, 414–415.) Hoidon edistymistä arvioidaan tarvittaessa, jotta potilas voi itse huomata edistymistä tilanteessaan. Oleellisia edistymisen arvioinnissa ovat selkeät numeeriset mittaukset. Mittauksissa voidaan arvioida kipua VAS-kipujanalla, turvotusta volymetreillä sekä tuntoa filamenttitestillä. Myös nivelten liikkuvuus mitataan. Vaikea-asteisen CRPS:n hoito tulee aloittaa sairaalassa ja usein osasto-olosuhteissa järjestetty alkuvaiheen hoito on tarpeen. (Pohjolainen ym. 2008, 456.)

CRPS:n aiheuttamaa kipua hoidetaan tulehduskipulääkkeillä tai sentraalisesti vaikuttavilla kipulääkkeillä. Kipulääkkeiden kanssa käytetään usein trisyklisiä antidepressantteja, joiden vaikutus perustuu kivun välittäjäaineiden takaisinoton estoon hermosoluissa. (Göransson 2000, 263.) CRPS:n hoidon perustana on raajan mobilisaatio ja sensorisille ärsykeille altistaminen riittävän kivunlievityksen avulla. On erityisen tärkeää, että harjoitteet eivät provosoi kipua, vaan hoito etenee riittävän hitaasti ärsykeitä sekä harjoitusmääriä lisäten. (Haanpää 2009, 414.)

Toimintaterapian rooli CRPS-kuntoutuksessa on hoitaa sekä estää turvotusta ja mahdollistaa asteittainen sensorinen siedätys. Toimintaterapiassa voidaan harjoitella myös kompensoivien menetelmien, kuten apuvälineiden käyttöä. Apuvälineet voivat potilaan tilanteesta riippuen helpottaa käden käyttöä tai olla apuna yksikätisesti toi-

miessa. (Haanpää ym. 2008.) CRPS-potilaan fysioterapia sisältää muun muassa liikehoitoa, toiminnallisia harjoituksia ja kivun lievitystä esimerkiksi TNS:n (transkutaaninen neurostimulaatio) avulla (Haanpää 2009, 414). Liikehoidon tukena voivat toimia toimintaterapeutin valmistamat lastat, joilla myös parannetaan nivelten liikelaajuuksia (Haanpää ym. 2008). Potilasta rohkaistaan käyttämään raajaansa ja tarkoituksena on kivun pelon poistaminen. (Haanpää 2009, 414.) Peiliterapialla on tutkimuksissa todettu olevan merkittäviä vaikutuksia koetun kivun vähenemiseen (O'Connell ym. 2013).

3 Kipu

3.1 Mitä kipu on?

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study of Pain, IASP) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi kokemukseksi, joka liittyy kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein (Estlander 2003b, 70). Se on ihmisen oma subjektiivinen kokemus, jota ulkopuolinen tarkkailija ei voi täysin luotettavasti arvioida (Kouri & Vastamäki 2000, 245). IASP korostaakin kipuluokituksessaan kivun ilmaisemisen merkitystä, sillä potilaan oma kuvaus kivusta on yksi luokiteluperusta (Estlander 2003a, 13).

Kipuaistimuksen tarkoituksena on kertoa kudonvaurion uhasta ja estää vakavampien vaurioiden syntyminen. Kipua aiheuttavat hyvin erilaiset kehoon kohdistuvat ärsykkeet. Kipuaistimuksen kokemus on epämiellyttävä ja se saattaa olla myös pelottava. Toisin kuin muut aistimukset, kipuaistimus aktivoi sympaattista hermostoa pelon ja suuttumuksen tavoin, jolloin esimerkiksi sydämen syke nopeutuu ja verenpaine nousee. Kipuaistimus aiheuttaa refleksin, jolloin kohta, jossa kipua tuntuu, vedetään kauemmas siihen kohdistuneesta ärsykkeestä. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2009, 105.)

Kivun etiologian selvittämisen kannalta kivun paikantaminen ja luokittelu sekä intensiteetin ja frekvenssin arvioiminen ovat erittäin tärkeitä (Kouri & Vastamäki 2000, 243). Kipu luokitellaan perinteisesti keston perusteella akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuuttiin kipuun liittyy aina jokin patofysiologinen prosessi. Kipu on kroonistunut, jos se jatkuu vielä kudosten normaalin paranemisajan jälkeenkin. (Estlander 2003b, 72.) Terveystieteidenhuollossa kivun paikantamisessa apuna on useimmiten kipupiirros, johon mahdollinen kipu, tunnottomuus ja puutuneisuus merkitään erilaisilla koodeilla. Kivun voimakkuuden eli intensiteetin arvioinnissa käytetään usein VAS-kipujanaa (visual analogue scale), jonka ääripäinä ovat useimmiten ”ei lainkaan kipua” ja ”sietämätön tai pahin mahdollinen kipu”. (Kouri & Vastamäki 2000, 243–245.)

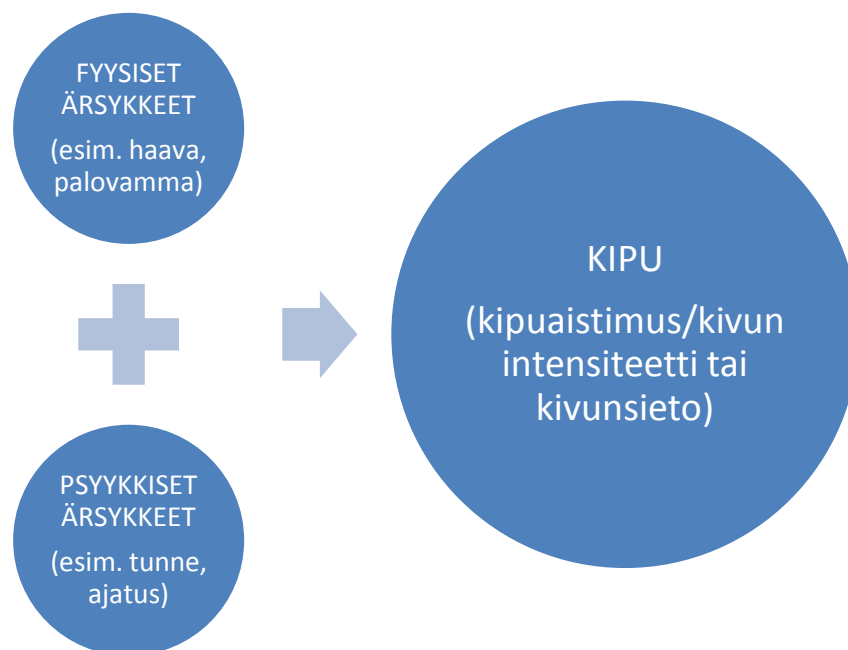
Lain potilaan asemasta ja oikeuksista kolmannen pykälän mukaan potilaalla on oikeus hyvälaatuiseen terveyden- ja sairaanhoitoon, joka on järjestettävä niin, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan eikä hänen kohtelunsa saa loukata hänen ihmisarvoaan. Hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuuritaustansa on otettava huomioon sekä hoidossa että kohtelussa. (L17.8.1992/785) Tämä tarkoittaa sitä, että kivunhoidossa potilaalle on tarjottava riittävästi tietoa kivusta ja eri hoitovaihtoehtoista. Hänen itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa ja kivunhoidon eettisyyden ja oikeudenmukaisuuden toteutumisen vuoksi hoitohenkilökunnan tulee erityisesti ottaa huomioon potilaat, jotka eivät kykene sanallisesti ilmaisemaan omaa kipuaan. Potilaan oikeus hyvään hoitoon sisältää myös hoitohenkilöstön veloitteen työtehtävään tarvittavan ammattitaidon jatkuvasta ylläpitämisestä. (Salanterä ym. 2006, 28–29.)

Vainion (2009) mukaan kipu ja kärsimys kuuluvat ihmisten arkipäivän peruskokemuksiin, mutta kärsimykseen liittyy ruumiillisen kivun lisäksi myös henkisiä tekijöitä. Kärsimystä esiintyy lähes aina kroonisen kivun yhteydessä. Kipu on ruumiillista kärsimystä, jota hoidetaan ja luokitellaan lääketieteellisessä viitekehyksessä. Kärsimys taas pohjautuu ihmisen kokemusmaailmaan ja persoonaan, mikä voi ilmentyä somaattisena, potilaan arkielämään vaikuttavana kipuna. Kipupotilaan saattaakin olla helpompaa keskustella lääkärin kanssa somaattisesta kivusta kuin sen sietämättömäksi tekevästä, kokonaisvaltaisemmasta kärsimyksestä. Potilasta hoitavan henkilön tulee

kuunnella potilasta ja pyrkiä luomaan mahdollisimman luottamuksellinen hoitosuhde, jotta potilas rohkaistuisi kertomaan ruumiillisen kivun lisäksi hänen elämässään olevista henkisistä kuormitustekijöistä. (Vainio 2009a, 12.)

MacCafferyn & Beebesin (1994) mukaan kipuun liittyy miltei aina jonkinasteista huolta ja levottomuutta tai mielialan laskua, eikä kivun kokeminen ilman minkäänlaista tunnereaktiota olisi normaalia. Ahdistus ja masennus ovat yksinään harvinaisia kivunaiheuttajia, mutta ne voivat vaikuttaa ihmisen kykyihin käsitellä kipua. Masennuksella ei kuitenkaan ole todettu olevan vaikutusta koetun kivun intensiteettiin, vaan mielialan vaikutukset näkyvät useimmiten heikentyneessä kivunsietokyvyssä sekä kivunhallinnassa. (MacCaffery & Beebes 1994, 17.)

KUVIO 1. Kuvio koettuun kipuun vaikuttavista tekijöistä (alkup. kuvio ks. McCaffery & Beebes 1994, 21)



3.2 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutin kivun aiheuttaa jokin elimellinen tekijä eli sillä on selkeä, hoidettava syy.

Akuutti kipu on kehon oma hälytysmerkki mahdollisesta kudosaivuriosta tai sen uhas-
ta. (Estlander 2003a, 16.) Se muokkaa meidän käytöstämme niin, että opimme vält-

tämään vaarallisia tilanteita. Kipu estää meitä aiheuttamasta kudoksillemme lisävaurioita tekemällä esimerkiksi murtuneella jalalla kävelemisen mahdottomaksi. (Vainio 2009b, 16.) Akuutti kipu voi myös liittyä johonkin lääketieteelliseen toimenpiteeseen tai leikkauksen jälkitilaan. Tavallisesti kipu lievenee vaurioituneen kudoksen paranemisprosessin edetessä. (Estlander 2003a, 16.) Akuutille kivulle on luonteenomaista yllätyksellisyys, ja kivun syntymistilanteeseen, esimerkiksi liikenneonnettomuuteen, liittyvä hätä ja huoli voivat lisätä potilaan kiputuntemusta. Akuuttia kipua voidaan kuitenkin pitää mielekkäänä ja tarkoituksenmukaisena. Se ei myöskään jätä merkkejä keskushermostoon, toisin kuin krooninen kipu, josta seuraa hermostossa pysyviä muutoksia. (Sailo 2000, 34.)

Kun kipu on kestänyt yhtäjaksoisesti yli kolme kuukautta tai kudosaivaurion normaali paranemisaika ylittyy, puhutaan kroonisesta kivusta (Haanpää 2013). Nykykäsityksen mukaan pitkittyneellä ja kroonisella kivulla on se ero, että pitkittyneelle kivulle on olemassa edelleen jokin selvä syy, esimerkiksi asentovirheestä johtuva hermon hankaus. Kroonisessa kivussa selvää syytä ei enää ole, vaan kiputuntemuksen välityksessä hermostossa on tapahtunut muutoksia. (Lahtinen-Suopanki 2011, 29.) Muutokset näkyvät motorisen aivokuoren aktivaationa (Soinila & Haanpää 2007, 244).

Kivun kroonistumisen ehkäisyssä olennaista on akuutin kivun mahdollisimman hyvä hoito. Krooninen kipu voidaan jakaa neljään eri tyyppiin: nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun sekä krooniseen kipuoireyhtymään. Nosiseptiivinen kipu on hermoston ulkopuolella olevan kudosaivaurion aiheuttamaa kipua, kun taas neuropaattiseen kipuun liittyy joko perifeerinen tai sentraalinen hermovaurio. Kroonisessa kipuoireyhtymässä kipua ei voida selittää fysiologisten prosessien tai ruumiillisten häiriöiden kautta, vaan kipu liittyy psykososiaalisiin ongelmiin ja tunne-elämän ristiriitoihin. Myöskään idiopaattiseen kipuun ei liity kudosaivaurioita, mutta kyseessä olevassa kiputyypissä kroonisen kipuoireyhtymän diagnostiset kriteerit eivät täyty. (Haanpää 2013.) CRPS kuuluu luokitukseltaan yhdistyneisiin neuropaattisiin kiputiloihin, jota sympaattinen hermojärjestelmä pitää yllä (Salminen & Kouri 2003, 337).

Krooninen kipu heikentää potilaan työ- ja toimintakykyä merkittävästi ja aiheuttaa kärsimystä sekä potilaalle itselleen että hänen läheisilleen. Kiputilan aiheuttaman mielialan laskun ja ahdistuksen vuoksi potilas hakee apua usein monelta eri taholta, jolloin hoitosuhteet jäävät lyhyiksi ja kivunhallinnan kannalta välttämätön kokonaisvaltainen hoito ei ole mahdollista. Jatkuvuus ja hoidon keskittäminen yhteen toimipisteeseen on tärkeää, jolloin monialainen kiputyöryhmä voi yhteistyössä potilaan kanssa löytää juuri hänelle sopivia keinoja mielekkäiden asioiden mahdollistamiseen sekä kivun kanssa elämiseen. (Sailo 2000, 35.)

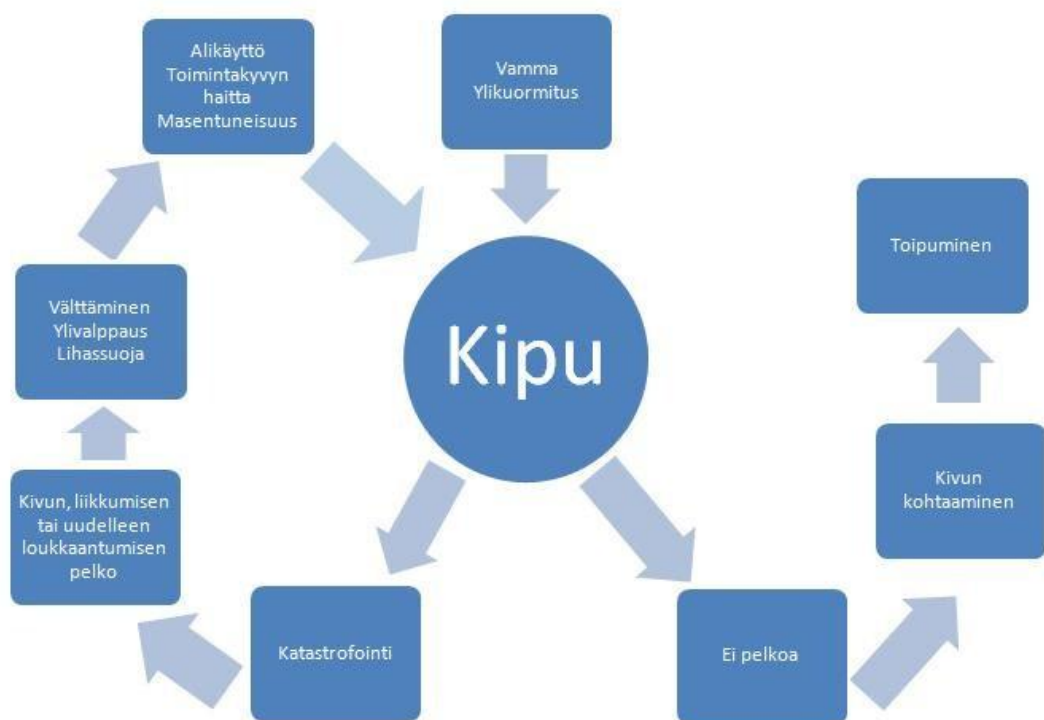
3.3 Kipukäyttäytyminen

Kipukäyttäytyminen tarkoittaa potilaan tapaa ilmaista kipua. Kipukokemuksen subjektiivisuuden vuoksi sitä ei voi mitata, joten potilaan kivun käsittämiseksi on tärkeää havainnoida hänen käyttäytymistään ja kuunnella, millaisilla sanoilla hän kuvailee omaa kipuaan. (Estlander 2003a, 65.) Williamsin mukaan kivun ilmaisemisen tarkoituksena on herättää toisten ihmisten huomio ja saada apua, minkä vuoksi viestin tulee olla tehokas ja välitön. Vaikka kipua ilmaistaan eri kulttuureissa eri tavalla, kivun aiheuttamat reaktiot ovat vain sille tyypillisiä ja sen vuoksi myös helposti tunnistettavia. (Vainio 2009b, 17–19.)

Akuutille kivulle tyypillisiä reagoititapoja ovat kehon kipua tuntevan paikan suojaaminen, erilaiset äännähdykset sekä kasvojen ilmeet, kuten kulmien kurtistaminen ja otsan rypistäminen. Kroonisilla kipupotilailla kipukäyttäytymisen tulkitseminen on haasteellisempaa, sillä heillä on muuhun väestöön verrattuna todettu olevan enemmän pelko-välttämiskäyttäytymistä ja katastrofijattelua. Pelko-välttämiskäyttäytymisessä potilas alkaa vältellä toimintoja, joihin hän liittyy riskin kivun pahenemisesta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 59–60.) Katastrofijatuksiin liittyy vahvasti avuttomuuden sekä toivottomuuden tunteita, pessimismiä ja hätäntymistä. Pahimman pelkääminen, esimerkiksi huoli kudosvaurioiden pahenemisesta sekä kivun lisääntymisestä, vähentää usein fyysistä aktiivisuutta ja lisää toimintakyvyn haittaa, mikä heikentää potilaan elämänlaatua. Pelko-

välttämiskäyttäytymistä kuvaa Fear-Avoidance-malli (FAM, ks. kuvio 2). (Koho 2011, 5–6.) Myös jotkin potilaan saamat ohjeistukset voivat passivoida häntä ja lisätä hänen pelkojaan. Jos potilasta esimerkiksi neuvotaan liikkumaan ”kivun sallimisissa rajoissa”, hän alkaa kiinnittää entistä enemmän huomiota kipuunsa. Potilas voi tulkita esiintyvien oireiden liittyvän vaurion pahenemiseen ja kivun lisääntymiseen, jolloin hän alkaa rajoittaa aktiivisuuttaan. (Estlander 2003b, 85.)

KUVIO 2. Fear-Avoidance Model (Vlaeyen 2000) (alkup. kuvio ks. Koho 2011, 8.)



3.4 Kivunhallinta

Vainion (2009) mukaan ensimmäinen askel kivunhallinnassa on kivun olemassaolon myöntäminen (Vainio 2009b, 124). Kroonisessa kivussa on tärkeää tietää, mitkä asiat helpottavat tai vastaavasti pahentavat kipua. Potilasta voidaan pyytää pitämään kipupäiväkirjaa, johon hän merkitsee päivittäin kivun voimakkuuden ja tilanteen, jossa kipua on ilmennyt. Näin potilas voi itse tunnistaa kivulle altistavat tilanteet tai toi-

minnot. Säännöllisesti kirjattuja havaintoja voidaan pitää myös luotettavampina kuin muistinvaraisia arvioita kivun esiintymisestä ja intensiteetistä. (Mts. 128.)

Kivunhallinnan yhteydessä käytetään usein stressitutkimuksesta peräisin olevaa käsitettä coping. Lazarus (1993) määrittelee copingin ihmisen omiin ajatuksiin sekä käyttäytymiseen liittyviksi pyrkimyksiksi selviytyä tietyistä ulkoisista ja sisäisistä rasittavista vaatimuksista. Kivunhallinnassa coping tarkoittaa kivun kanssa toimeen tulemistä, ei sen paranemista. Kivun kanssa toimeen tulemiseen sisältyy erilaisia kivunhallinta-, selviytymis- ja kivunkäsittelykeinoja sekä kivunkäsittelytekniikoita ja -taitoja. Kivunhallinnan ja -käsittelyn keinoja voivat olla esimerkiksi kivun hyväksyminen, lääkkeiden ottaminen, huomion kiinnittäminen kivun sijaan jonnekin muualle tai mielekkäseen toimintaan osallistuminen. (Estlander 2003a, 85–87.)

Kivunhallintaan liittyviin hallintakäsityksiin kuuluvat yksilön arviot terveyteensä, oireisiinsa tai yleisesti elämään vaikuttamisesta. Kivunhallinnan näkökulmasta on erityisesti tutkittu potilaiden pystyvyyskäsitysten merkitystä. Banduran (1977) mukaan pystyvyyskäsitys tarkoittaa yksilön omaa uskomusta siitä, että hän kykenee suoriutumaan jostakin toiminnasta menestyksekkäästi ja tarkoituksenmukaisesti. Pystyvyyskäsityksillä on merkittävä rooli ihmisten toiminnallisessa osallistumisessa, sillä usein osallistuminen itselle ylivoimaiseksi koettuun toimintaan on vähäistä tai siitä luovutaan helposti mahdollisten vastoinkäymisten ilmetessä. Käsitukset voivat olla joko yleisiä tai liittyä joihinkin tiettyihin tilanteisiin. Positiivisten pystyvyyskäsitysten on todettu liittyvän parempaan kivunhallintaan ja vähäisempään toimintakyvyn haittaan. (Estlander 2003a, 84–85.)

3.5 Kiputyöryhmä

Suomessa yliopistosairaaloissa sekä useissa keskussairaaloissa on kroonisen kivun hoitoon ja tutkimukseen erikoistuneita moniammatillisia kipupoliklinikoita (Vainio 2009b, 106). Kipupoliklinikoiden työntekijät voivat olla lääkäreitä, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä. Tutkimusten mukaan mo-

niammatillisella kipukuntoutuksella on todettu olevan yksialaiseen kuntoutukseen verrattuna merkittävä vaikutus kipupotilaan toimintakyvyn edistämässä sekä säilyttämisessä. Samankaltaisia tuloksia on todettu useissa eri maissa, joten voidaan olettaa, että moniammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus ei ole sidoksissa kulttuuriin. (Heikkonen 2003, 205–206.)

Moniammatillinen kiputyöryhmä voi lähestyä potilaan tilannetta useasta eri näkökulmasta. Helinin ja Rantalan (2000) mukaan potilas voi oppia psykologilta rentoutumiskeinoja ja mielikuvaharjoitteita kivunhallinnan tueksi. Fysioterapeutti voi tarjota kipupotilaan kuormitustasolle soveltuvia liikuntamuotoja sekä fysikaalisia kivunhoitomenetelmiä. Toimintaterapeutti työskentelee potilaan kanssa uudenlaisten, potilaalle soveltuvien toimintatapojen tai erilaisten kompensatiokeinojen löytämiseksi. (Helin & Rantala 2000, 271.) Erilaiset lähestymistavat auttavat yhdessä hyvän kivunhoidon kanssa potilasta selviytymään arjesta kivun kanssa.

4 Ryhmä osana kuntoutusta

4.1 Mikä on ryhmä?

Moseyn (1973) mukaan yksi ryhmän määritelmistä on joukko yhteen koottuja ihmisiä, joilla on yhteinen päämäärä, joka voidaan saavuttaa vain ryhmän jäsenten työskennellessä vuorovaikutteisesti yhdessä. Knowlesin ja Knowlesin (1959) mukaan ryhmän sisällä vallitsee yhteenkuuluvuus ja tietoisuus ryhmästä. (Schwartzberg, Howe & Barnes 2008, 6.) Erilaisia ryhmiä toteutetaan erilaisissa konteksteissa. Useimmat ryhmät voidaan kuitenkin luokitella joko toiminnallisiin (activity), henkisiin (intrapyschic) ja sosiaalisiin ryhmiin (social systems) sekä kasvuryhmiin (growth). (Mts. 25.)

Rusi-Pyykösen (2004) mukaan sosiaalisiin ryhmiin kuuluminen on osa ihmiselämää ja se kuuluu jokaisen perustarpeisiin. Tämä korostuu erityisesti vaikeissa elämäntilanteissa, sillä ryhmän ulkopuoliseksi joutuminen aiheuttaa syrjäytymistä ja toiminnalli-

sen osallistumisen vähenemistä. Rusi-Pyykösen (2004) sekä Borgin ja Brucen (1991) mukaan ihminen voi ryhmän kautta reflektoida omaa toimintaansa, vuorovaikutustaan sekä sosiaalista identiteettiään suhteessa toisiin. Vuorovaikutuksen kautta ihminen oppii sekä erilaisia toimintatapoja että sosiaalisia taitoja. Tämä antaa ihmiselle mahdollisuuden vaikuttaa omaan ympäristöön. Ryhmä voi toimia tuen lähteenä, mutta se myös muokkaa ihmisen käyttäytymistä ja ajattelua. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykönen 2011, 162.)

4.2 Ryhmän terapeuttisuus

Ryhmän terapeuttisuus perustuu Yalomien (1975) sekä Yalomien ja Leszczin (2005) mukaan yhteentoista tekijään:

1. **Toivon juurruttaminen (Instilling hope).** Ryhmävuorovaikutuksen hyötyjen näkeminen ryhmäläisillä, joilla on samankaltaisia ongelmia, edistää toivon juurruttamista ryhmän jäseniin.
2. **Yleisyys (Universality).** Apua etsivät ihmiset voivat tuntea, että he ovat ongelmiansa kanssa yksin. Ryhmässä on mahdollisuus oppia, että myös toisilla on samankaltaisia pelkoja, kokemuksia ja huolia. Ryhmäläisten on rohkaisevaa tietää, että tuskallisista kokemuksistaan huolimatta he eivät ole erilaisia kuin muut ihmiset.
3. **Tiedon jakaminen (Imparting information).** Ryhmään osallistuminen opettaa jäsenilleen paljon sekä heistä itsestään että muista ryhmäläisistä. Jotkin ryhmät tarjoavat opetuksellista tietoa tiettyihin sairauksiin tai toimintakyvyn häiriöihin keskittyen, kun taas toiset ryhmät opettavat arkielämään liittyviä taitoja ja rooleja. Näitä ryhmässä opittuja taitoja voidaan harjoitella käytettäväksi ryhmän ulkopuolella, kuten kotona tai työelämässä.
4. **Epäitsekkyyys (Altruism).** Ihmisillä on tarve tuntea itsensä tarpeellisiksi, joten terapeuttisen ryhmän jäsenyyteen kuuluu olennaisena osana mahdollisuus toisten aut-

tamiseen ja avun vastaanottamiseen. Ryhmän jäsenet voivat kokea itsensä arvokkaiksi, kun he ovat saaneet aikaan positiivisen muutoksen toisen ryhmäläisen elämässä.

5. Perusperhekokemusten korjaaminen/korjaantuminen (Corrective recapitulation of the primary family group). Suljettu ryhmä saattaa toiminnaltaan muistuttaa hyvin läheisesti perhettä ja ryhmän ohjaaja nähdäänkin usein vanhemman kaltaisena hahmona. Aiemmat perhekokemukset vaikuttavat yksilön vuorovaikutukseen sekä muun ryhmän että ohjaajan kanssa. Terapeuttisessa ryhmässä yksilön on mahdollista ymmärtää ja muokata aiempien kokemusten pohjalta muodostuneita haitallisia käyttäytymismalleja.

6. Sosiaalisten taitojen kehittyminen (Development of socializing techniques). Joillekin ryhmäläisille ryhmä saattaa olla ainoa mahdollisuus saada palautetta vuorovaikutustilanteista. Palautteen pohjalta ryhmäläiset oppivat tunnistamaan, miten toiset ihmiset reagoivat heidän käyttäytymismalleihinsa. Pitkäaikaisissa ryhmissä jäsenet oppivat muun muassa kuuntelemaan toisia ihmisiä ja olemaan vähemmän tuomitsevia itseään sekä toisia kohtaan.

7. Mallioppiminen (Imitative behavior). Ryhmäläiset muokkaavat usein käyttäytymistään muiden jäsenten käyttäytymisen mukaan. Uusia käyttäytymismalleja voidaan oppia jopa vain seuraamalla muita ihmisiä.

8. Katarsis (Catharsis). Paranemisprosessissa on tärkeää, että ryhmän jäsenet voivat ilmaista omia tunteitaan. Jäsenet oppivat, että ryhmässä on mahdollista ilmaista voimakkaitakin tunteita rehellisesti ilman vakavia seurauksia.

9. Eksistentiaaliset, olemassaoloon liittyvät tekijät (Existential factors). Ryhmässä voidaan keskustella yksilöiden huolista eristäytymiseen, kuolemaan tai avuttomuuden tunteisiin liittyen. Kroonisesti sairaista ihmisistä koostuva ryhmä voi esimerkiksi käsitellä yhdessä sairauden aiheuttamista rajoituksista, elämänalueista, joissa heillä

on vielä mahdollisuus tehdä valintoja sekä niiden edellyttämistä velvollisuuksista. Tällaisten asioiden kohtaamisessa ryhmä voi antaa yksilölle tarvittavan tuen.

10. Ryhmän koheesio (Cohesiveness). Ryhmän koheesiolla tarkoitetaan ryhmän yhteenkuuluvuuden tunnetta eli sen vetovoimaa. Sosiaalisina olentoina ihmisillä on tarve kuulua erilaisiin ryhmiin. Sairaalassa tai laitoksessa oleville ihmisille ryhmästä voi muodostua paikka, jossa kokemusten ja tunteiden jakaminen voi kasvattaa muiden interventioiden terapeuttista vaikutusta.

11. Ihmissuhdetaitojen oppiminen (Interpersonal learning). Ryhmä on kuin pieni läpileikkaus yhteiskunnasta, jossa yksilöt toimivat samoin kuin yhteiskunnassa ryhmän ulkopuolella. Ryhmän jäsenet auttavat toisiaan ymmärtämään käytöstään ryhmän sisällä, joten ryhmäläiset saavat selkeämmän käsityksen ihmisten välisistä käyttäytymismalleista. Ryhmässä jäsenet saavat välitöntä palautetta siitä, miten muut ihmiset näkevät heidät ja he oppivat, millainen käytös tuo ihmisiä lähemmäksi toisiinsa tai pitää yllä etäisyyttä. Näiden ryhmässä saatujen tietojen perusteella ryhmäläiset voivat muuttaa omaa käyttäytymistään. (Schwartzberg ym. 2008, 29–30.)

4.3 Miksi ryhmiä?

Howen ja Schwartzbergin (2001) mukaan ryhmä tarjoaa toimintaan perustuvia kokemuksia, jotka ovat lähellä ihmisten todellista elämää, mikä tukee ryhmässä opittujen asioiden siirtymistä arkeen. Muutosta ja kasvua edistäviin ryhmätoimintoihin osallistuminen harjoittaa ryhmäläisten valmiuksia osallistua päivittäisiin toimintoihin. Ryhmätoiminta voi olla hyvinkin strukturoitua, mutta toisaalta ryhmälle voidaan antaa eri vaihtoehtoja, jolloin ryhmäläisten päätäntävällän lisäämisellä pyritään vahvistamaan ryhmän itseohjautuvuutta. Ryhmät tarjoavatkin osallistujilleen luonnollisen ympäristön, jossa voi saada tukea ja palautetta yksilöllisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. (Schwartzberg, Howe & Barnes 2008, 39.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyöni tavoite on tehdä yhteenvetoa olemassa olevista tutkimuksista ryhmäterapian vaikuttavuudesta CRPS-potilailla. Tutkimusten tulosten, yhteenvedon ja oman pohdintani kriittisen tarkastelun kautta esitän suositukseni toimeksiantajalle tulevia toimenpiteitä varten mahdollisen uuden ryhmän suunnittelussa. Opinnäytetyössä käytetyn integroivan kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaan aineistoksi voidaan ottaa myös aiheeseen liittyvät asiantuntija-artikkelit.

Opinnäytetyössäni pyrin saamaan vastauksen seuraaviin kysymyksiin:

- Onko CRPS-potilaiden ryhmäterapiasta tehty tutkimuksia?
- Millaisia tuloksia ryhmäinterventioissa on saatu kivunhallinnan näkökulmasta?
- Millaisia menetelmiä interventioissa on käytetty ja mitä ammattiryhmiä niissä on ollut ohjaajina?

6 Integroiva kirjallisuuskatsaus

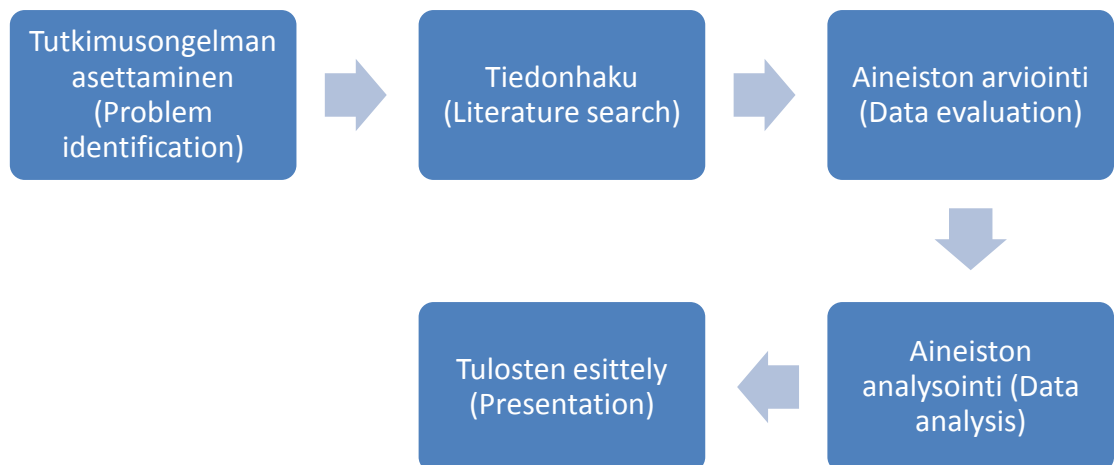
6.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmänä käytän integroivaa kirjallisuuskatsausta. Torracon (2005) mukaan integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään, kun tutkittavaa aihetta halutaan kuvailla mahdollisimman laajasti. Integroivan kirjallisuuskatsauksen vaiheet eivät juuri eroa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheista. Cooperin (1989) mukaan katsauksen vaiheisiin kuuluvat tutkimusongelman asettelu, aineiston hankkiminen, arviointi, analyysi, tulkinta ja tulosten esittäminen. Menetelmä ei ole yhtä tarkkarajainen kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joten ilmiöstä voidaan kerätä paljon isompi otos. Toisin kuin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, Whittemoren (2008) mukaan käytetyn aineiston kirjallisuustyypit voivat olla huomattavasti

tavankin vaihtelevia ja laajoja. Integroiva tutkimusote myös sallii lähtökohdiltaan erilaisilla metodeilla toteutetut tutkimukset analyysin perustaksi. (Salminen 2011, 8.)

Jadadin, Moherin ja Klassenin (1998) sekä Connin ja Rantzin (2003) mukaan vähintään kahden tiedonhakumenetelmän käytöllä saadaan katsaukseen mahdollisimman monta soveltuvaa lähdettä. Kirkevoldin (1997), Estabrooksin (1998) sekä Evansin ja Pearsonin (2001) mukaan integroivan kirjallisuuskatsauksen mukaisella monipuolisten menetelmien käytöllä olevan potentiaalia hoitotieteissä näyttöön perustuvassa käytännössä, sillä sen avulla saadaan kuvattua käsiteltävää ilmiötä monesta eri näkökulmasta. Beck (1999) ja O’Mathuna (2000) kuitenkin huomauttavat, että usean tiedonhakumenetelmän yhdistäminen ja vaihtelevat aineistotyyppit voivat aiheuttaa epätarkkoja tai jopa vääristyneitä tuloksia, mikä tulee huomioida tutkimusta tehdessä. (Whittemore & Knafel 2005, 547–548.)

KUVIO 3. Integroivan kirjallisuuskatsauksen vaiheet Whittemoren (2005) mukaan (Whittemore & Knafel 2005, 549)



6.2 Tietokantahaku

Tietokantahaku suoritettiin joulukuussa 2013. Aiheen keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat CRPS, kausalgia (causalgia), RSD, ryhmä (group), ryhmäterapia (group therapy), kipu (pain) ja kivunhallinta (pain management). Ennen tiedonhakuja määriteltiin kirjallisuuskatsauksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit. Nämä löytyvät taulukosta 1. Hakusanoja vaihdeltiin tietokannasta riippuen ja niitä tarkennettiin tarpeen mukaan. Suomalaisten tietokantojen antamien tuloksien vähyyden vuoksi ei tarkentamiselle ollut niissä tarvetta. Tietokantahaussa käytin kolmea kansainvälistä ja kolmea suomalaista tietokantaa. Ulkomaisista tietokannoista tiedonhakuun valikoituivat CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PubMed ja Cochrane Library ja suomalaisista Arto, Aleksis ja Melinda.

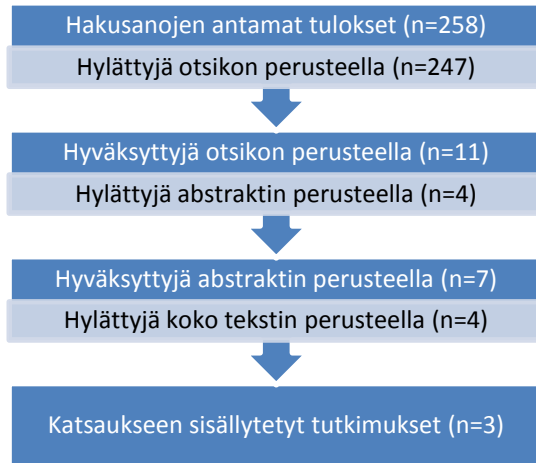
Tiedonhaussa hankittua materiaalia arvioin niiden otsikkojen ja abstraktien perusteella, minkä jälkeen valikoin lopulliset työhön otettavat materiaalit. Osan abstraktien perusteella hyväksytystä aineistosta, josta ei ollut koko tekstiä ilmaiseksi saatavilla, sain toimeksiantajani kautta Satakunnan keskussairaalan tieteellisestä kirjastosta luettavaksi. Suurin osa mukaan otetusta aineistosta saatiin tietokantahaun kautta ja lopulliseen työhön valikoitui neljä tutkimusta julkaisuvuosisilta 2001–2013. Yksi valikoituneista tutkimuksista löytyi sekä CINAHL:sta että PubMedista. Tiedonhakuprosessi on kuvattu kuviossa 4. Prosessin tarkempi kuvaus löytyy liitteestä 1. Arviointivaiheessa mukaan otettu aineisto löytyy liitteestä 2 ja poissuljettu aineisto liitteestä 3.

TAULUKKO 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

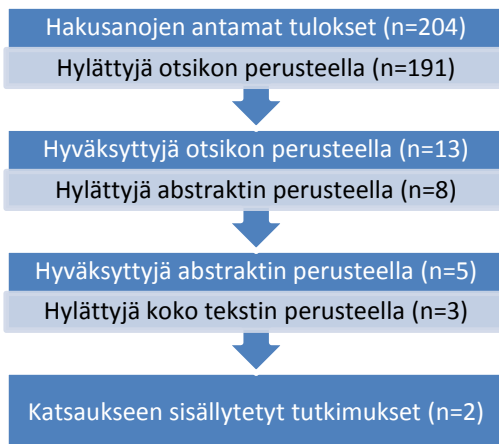
Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisukieli suomi tai englanti	Tutkimusta ei saatavilla
Julkaisuvuodet 2000–2014	Käsittelee vain CRPS:n lääkehoitoa
Koko artikkeli saatavilla	Käsittelee vain yksilöterapiaa
Käsittelee terapeuttisten ryhmien vaikutusta CRPS:n hoidossa	Aineisto kaupallisesta lähteestä
Käsittelee kivunhallintaryhmiä	Ei käsittele ryhmäinterventioita kivunhallinnan näkökulmasta

KUVIO 4. Kirjallisuuskatsauksen tietokantahaku tietokannoittain

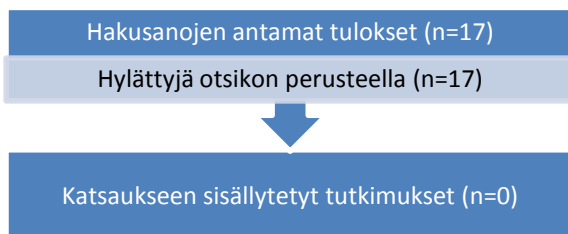
CINAHL



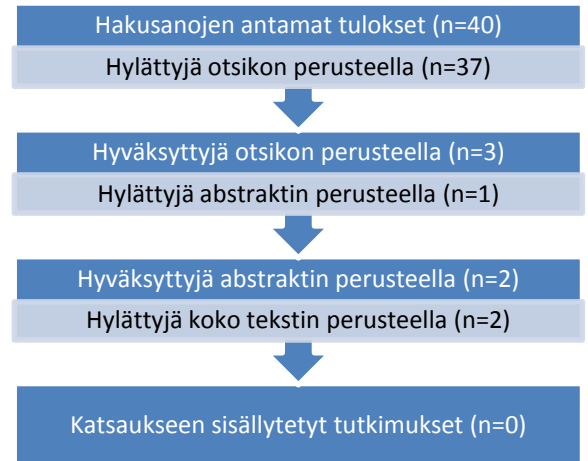
Pubmed



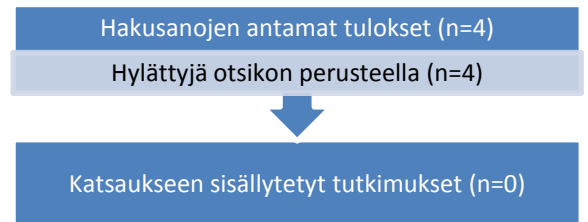
Arto



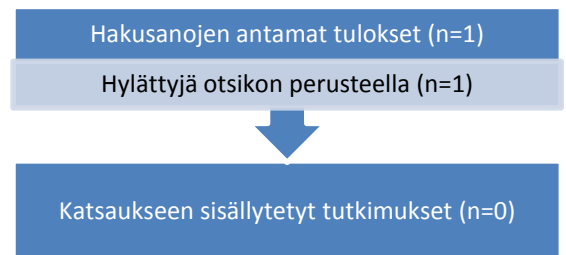
Cochrane Library



Melinda



Aleksi



6.3 Käsihaku

Käsihakuun sisällytettiin kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden artikkelien lähdeluettelot. Tämän lisäksi kävin läpi yhdistysten ja järjestöjen julkaisuja. Valikoin yhdistyksiksi IASP:n (International Association for the Study of Pain) ja Suomen Käsitierapiayhdistyksen. Järjestöiksi valikoituivat Työeläkevakuuttajat TELA ry sekä Suomen Kipu ry. Tämän lisäksi hain aineistoa hakusanalla ”CRPS” Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecimin internetsivuilta. Hakusana antoi 11 tulosta, joista hyväksyin yhden asiantuntija-artikkelin.

Suomen Käsitierapiayhdistys julkaisee Lunatum-jäsenlehteä, jonka saatavilla olevista numeroista käytiin läpi 1/2010, 2/2012, 3/2012, 1/2013 ja 3/2013. Käsitierapiayhdistyksen julkaisuista hyväksyttiin yksi artikkeli Lunatumin numerosta 1/2010. IASP:n julkaisuista ei löytynyt otsikon perusteella sisäänottokriteerit täyttäneitä artikkeleita. TELA:n internetsivuilta tarkastelin Facultas - toimintakyvyn arviointi -projektin suosituksia kroonisen kivun hoidossa, mutta suositusten sisältö ei täyttänyt sisäänottokriteereitä. Suomen Kipu ry:n julkaisuista tarkastelin järjestön CRPS-esitettä, jossa oli hyödynnetty sekä asiantuntija-apua että CRPS-potilaan näkökulmaa. Oppaan sisältämille tiedoille ei kuitenkaan löytynyt lähteitä, joten aineisto hylättiin arviointivaiheessa. Opinnäytetyöhön valikoituneiden tutkimusten lähdeluetteloista ei löytynyt otsikon perusteella kriteerit täyttäviä tutkimuksia. Arviointivaiheessa sisään otettu aineisto löytyy liitteestä 2 ja hylätty aineisto perusteluineen liitteestä 3.

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsauksen käsihaku

Hakuun valikoituneet tahot	Aineiston se-laus	Käsihaun tulos	Hyväksytty aineisto	Artikkeli-tyyppi
Suomen Käsitierapiayhdistys ry	Lunatum-jäsenlehden numerot 1/2010, 2/2012, 3/2012, 1/2013 ja 3/2013	Hyväksytty yksi artikkeli numerosta 1/2010	Kuismin, V. 2010. CRPS-1 yläraajapotilas toimintaterapiassa.	Asiantuntija-artikkeli

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla.

International Association for the Study of Pain (IASP)	IASP:n julkaisuja	Ei otsikon perusteella mukaanotto-kriteereitä täytettyjä julkaisuja saatavilla		
Työeläkevakuuttajat TELA ry,	Facultas-toimintakyvyn arviointi - projektin suositukset kroonisen kivun hoidossa	Ei täyttänyt mukaanottokriteereitä		
Suomen Kipu ry	CRPS-esite	Hylätty arviointivaiheessa: ei sisältänyt lähteitä		
Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim in-ternetsivut	11 tulosta hakusanalla "CRPS"	Hyväksytty yksi artikkeli hakutulok-sista	Haanpää, M. 2010. Krooninen kipu. Ajankoh-taista Lääkärin käsikirjasta.	Asiantuntija-artikkeli
Tietokantahaku	Tietokanta-haussa mukaan valikoituneiden tutkimusten lähde-luettelot	Ei otsikon perusteella mukaanotto-kriteereitä täytettyjä tutkimuksia		

7 Aineistonkuvaus

7.1 Mukaan valikoituneet artikkelit

Mukaan valikoitui yhteensä kuusi artikkelia. Näistä yksi oli kirjallisuuskatsaus, kaksi oli asiantuntija-artikkeleita ja kolme tutkimusartikkeleita. Artikkelit on julkaistu aikavälillä 2001–2013. Luokittelen aineiston niiden tyyppin mukaan kirjallisuuskatsauksiin, asiantuntija-artikkeleihin sekä yksilön tai ryhmän muutosta seuraaviin artikkeleihin. Luokittelu löytyy taulukosta 3.

TAULUKKO 3. Aineiston luokittelu

Kirjallisuuskatsaus

Tekijät	Aineiston otsikko	Julkaisu
Mann, E., LeFort, S. & VanDenKerkhof, E.	Self-management interventions for chronic pain.	Pain Manage 3. 2013.

Asiantuntija-artikkeli

Tekijät	Aineiston otsikko	Julkaisu
Haanpää, M.	Krooninen kipu.	Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126. 2010.
Kuismin, V.	CRPS-1 yläraajapotilas toimintaterapiassa.	Lunatum 1. 2010.

Yksilön tai ryhmän muutosta seuraava artikkeli

Tekijät	Aineiston otsikko	Julkaisu
Adams, Z., Newington, L. & Blakeway, M.	Evaluation of outcomes for patients attending a rehabilitation group after complex hand injury.	Hand Therapy 17. 2012.
Talo, S., Forssell, H., Heikkinen, S. & Puukka, P.	Integrative group therapy outcome related to psychosocial characteristics in patients with chronic pain.	International Journal of Rehabilitation Research 24. 2001.
Turner-Stokes, L., Erkeller-Yuksel, F., Miles, A., Pincus, T., Shipley, M. & Pearce, S.	Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model.	Physical Medicine and Rehabilitation 84. 2003.

Mann, LeFort ja VanDenKerkhof tarkastelevat kirjallisuuskatsauksessa omahoitoon keskittyvien ryhmäinterventioiden (self-management interventions, SMI) tuloksia

kroonisilla kipupotilailla. (Mann, LeFort & VanDenKerkhof 2013, 211–212.) Tutkimus valikoitui opinnäytetyöhön, sillä CRPS on krooninen kiputila.

Adams, Newington ja Blakeway (2012) kertovat, että kliinisen kokemuksen mukaan ryhmässä toimiminen on osoittautunut vaikuttavaksi interventioksi kivunhallinnan edistämiseksi. St Georgen sairaalassa oli toiminut kuntoutusryhmä jo useita vuosia ennen tutkimuksen tekemistä. Näiden vuosien aikana ryhmien ohjaajat olivat havainneet ryhmän antavan osallistujilleen toivoa ja motivaatiota kuntoutumiseen. Ryhmäterapien tuloksia ei kuitenkaan aiemmin ollut tutkittu, vaan positiiviset tulokset olivat perustuneet terapeuttien omiin havaintoihin. St Georgen sairaalassa Lontoossa toteutettu tutkimus tarkastelee 20 potilaan osallistumista ryhmäinterventioon ja sen vaikuttavuutta. (Adams, Newington & Blakeway 2012, 68.) Artikkelin valikoitui kirjallisuuskatsaukseen, sillä tutkimuksessa on mukana myös yksinomaan CRPS-potilaista muodostettu ryhmä.

Talo, Forssell, Heikkonen ja Puukka (2001) tutkivat psykososiaalisten ominaisuuksien vaikutusta ryhmäterapien tuloksiin kroonisilla kipupotilailla. Tutkimuksen oletuksena oli, että interventioiden ominaisuuksien lisäksi myös potilaan yksilölliset ominaisuudet myötävaikuttavat kuntoutuksen tuloksiin. Tutkimus pyrki vastaamaan, hyötyvätkö psykososiaalisilta profiileiltaan erilaiset potilaat eri tavalla samasta kivunhallintaohjelmasta. (Talo, Forssell, Heikkonen & Puukka 2001, 26–27.) Opinnäytetyössä käytetyissä lähteissä korostetaan CRPS-potilaiden tilanteiden ja oireiden yksilöllisyyttä, minkä vuoksi tutkimus valikoitui kirjallisuuskatsaukseen. Tutkimukseen osallistujat koottiin Turun yliopistollisen keskussairaalan kipuklinikan kroonisista kipupotilaista. Tutkimukseen osallistumisen ehtona oli yli kuusi kuukautta kestänyt, krooniseksi luokiteltava kipu. Kaikille potilaille tehtiin psykologinen arviointi mahdollisten tutkimuksen tuloksiin vaikuttavien persoonallisuushäiriöiden poissulkemiseksi. Tutkimukseen valikoitui 47 potilasta. Potilaiden diagnooseihin kuului muskuloskeletaalista kipua (62 %), neuropaattista kipua (16 %), päänsärkyä (14 %), kasvokipua (4 %) ja idiopaattista kipua (4 %). (Talo ym. 2001, 27.) Tutkimuksessa ei eritelty interventioon osallistuneiden potilaiden diagnooseja. CRPS on kuitenkin krooninen neuropaattinen kiputila, joten tutkimus hyväksyttiin kirjallisuuskatsaukseen.

Turner-Stokes, Erkeller-Yuksel, Miles, Shipley ja Pearce (2003) tutkivat kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan ryhmä- ja yksilökuntoutuksen eroja kroonisilla kipupotilailla. Tutkimukseen osallistumisen ehtoina oli, että potilaat eivät olleet hyöttyneet aiemmasta hoidosta, heillä oli mahdollisuus päästä klinikalle itsenäisesti, seuraavan kuuden kuukauden aikana heillä ei ollut odotettavissa suuria muutoksia lääkehoidossa sekä kuntoutusmuodon hyväksyminen ja siihen sitoutuminen. Potilaiden kokema kipu saattoi olla missä tahansa kehonosassa eikä poissulkemista diagnoosin perusteella tehty, sillä laajemman otannan oletettiin kuvaavan yleisemmin kipupotilaita aikuisväestössä. (Turner-Stokes, Erkeller-Yuksel, Miles, Pincus, Shipley & Pearce 2003.) Tutkimus valikoitui kirjallisuuskatsaukseen, sillä se tarkastelee yksilö- ja ryhmäkuntoutuksen tulosten eroja kroonisen kivun hoidossa.

Kuismin (2010) tarkastelee kirjallisuuskatsauksen pohjalta kirjoitetussa artikkelissaan Suomen Käsiterapiayhdistyksen Lunatum-jäsenlehdessä yleisesti CRPS:n hoitosuuntauksia. Artikkelin on tehty Porvoon sairaalan fysioterapiaosastolle kehittämistehtävänä. Kuismin mainitsee, että toimintaterapiassa CRPS-kuntoutuksessa käytettyjen menetelmien taustalla oleva näyttö on vähäistä ja ne perustuvat useimmiten kliinisiin kokemuksiin. (Kuismin 2010, 14–16.)

Haanpää (2010) kokoaa Duodecim-lehdessä julkaistussa artikkelissaan yhteen kroonisen kivun hoidosta ajankohtaisia asioita Lääkäriin käsikirjasta. Artikkelissa on jaoteltu erilaisia kiputiloja ja niiden hoitosuuntauksia. Yhtenä käsiteltynä diagnoosina on CRPS, jonka hoitolinjaa käsitellään yhdessä muiden kroonisten kiputilojen hoitolinjoja. (Haanpää 2010, 2873–2876.)

7.2 Aineiston arviointi

Cutliffen ja McKennan (1999) sekä Malterudin (2001) mukaan luotettavuuden arviointi on pohdintaa siitä, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksessa on voitu tuottaa (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003, 612). Opinnäytetyössä mu-

kaan valikoitua aineistoa arvioitiin CASP-lomakkeiden mukautetuilla versioilla. CASP-lomakkeilla arvioitiin kirjallisuuskatsausta ja ryhmän tai yksilön muutosta seuraavat tutkimukset. Arvioinneissa käytettiin kyllä/ei tiedetä/ei -vastausasteikkoa. Lomakkeiden sisältämiä avoimia kysymyksiä ei sisällytetty arviointiin. Mukaillut CASP-lomakkeet löytyvät liitteestä 4.

Alkuperäisessä kirjallisuuskatsausta arvioivassa CASP-lomakkeessa on 10 kysymystä, mutta avoimien kysymysten hylkäämisen jälkeen jäljelle jäi 8 kysymystä. Korkein pistemäärä oli 8 pistettä, mikä tarkoittaa kahdeksaa kyllä-vastausta. Mannin ym. (2013) kirjallisuuskatsaus SMI-interventioiden tuloksista kroonisilla kipupotilailla sai 8/8 pistettä, joten sitä voidaan pitää luotettavana.

Ryhmän tai yksilön muutoksia seuraavia tutkimuksia tarkasteltiin tapaustutkimuksia arvioivalla CASP-lomakkeella. Alkuperäisellä tapaustutkimuksia arvioivalla lomakkeella on 11 kysymystä. Avoimien kysymysten jälkeen jäljelle jäi 9 kysymystä. Adamsin ym. tutkimus, jossa käsiteltiin CRPS-ryhmää, sai 4/9 pistettä. Tutkimuksessa käytettyä interventiota ei kuvattu ja otos oli erittäin pieni, joten tuloksista ei voi vetää suoria johtopäätöksiä. Tutkimuksen heikko raportointi on näytön astetta heikentävä tekijä (Käypä hoito -toimitus 2013). Osallistujien vähäisestä määrästä johtuen sattuman ja vääristymien vaikutus tutkimuksen tuloksiin on mahdollinen. Tuloksia ei myöskään voitu CRPS-ryhmän osalta verrata muihin vastaaviin tutkimuksiin, sillä muita artikkeleita CRPS:n ryhmäkuntoutuksesta ei löytynyt.

Talon ym. psykososiaalisten erojen vaikutusta kivunhallintaryhmien tuloksiin tutkiva artikkeli sai 7/9 pistettä CASP-lomakkeella arvioituna. Eri psykososiaalisia profiileja edustaneet joukot eivät olleet riittävän homogeenisia, jotta potilaiden yksilöllisistä eroista olisi voinut tehdä riittävän vahvoja tulkintoja, joten tutkijat joutuivat jakamaan eri profiileita edustaneet yksilöt huonosti profiiliin sopiviin ja profiilin kriteerit hyvin täyttäviin potilaisiin. Tämä vähensi tutkimuksen pisteitä laadun arvioinnissa.

Turner-Stokesin ym. tutkimus ryhmä- ja yksilökuntoutuksen tulosten eroista kroonisen kivun hoidossa sai 8/9 pistettä. Tutkimuksen laatua heikensi kontrolliryhmän

puuttuminen. Toisaalta tutkimuksessa on tarkkaan määritelty osallistujien valikoituminen tutkimukseen sekä keskeyttäneiden määrä ja syyt keskeyttämiseen. Tutkimuksen tulokset myös sopivat muihin aihetta tarkasteleviin tutkimuksiin.

Katsaukseen käsihaun jälkeen mukaan valikoituneita asiantuntija-artikkeleita ei aineistotyyppinsä vuoksi voitu arvioida CASP-lomakkeilla. Kuisminin (2010) artikkeli oli julkaistu Suomen Käsiterapiayhdistyksen Lunatum-jäsenlehdessä. Hyväksyin Suomen Käsiterapiayhdistyksen luotettavaksi lähteeksi, sillä se käsittelee julkaisuissaan rajatusti nimenomaan yläraajan toimintaa. Käsiterapiaan keskittyneessä lehdessä julkaistun artikkelin kirjoittaja on toimintaterapeutti, mikä osoitti kontekstissaan riittävää perehtyneisyyttä aihealueeseen katsaukseen valikoitumiseksi. Haanpään (2010) artikkelin arvioin luotettavaksi, sillä se sisälsi tiivistelmän kroonisen kivun hoidosta Lääkärin käsikirjasta. Haanpää on neurologian erikoislääkäri, jolla on kivunhoidon ja kuntoutuksen erityispätevyys. Tämän lisäksi Haanpää on julkaissut useita kipuaiheisia teoksia, joita on myös tässä opinnäytetyössä käytetty tietoperustana. Kirjoittajan kipuaiheeseen perehtyneisyyden vuoksi arvioin kyseisen artikkelin luotettavaksi.

7.3 Aineiston analysointi

Tuomen ja Sarajärven (2002) mukaan aineiston sisällönanalyysillä tarkoitetaan mukaan valikoidun aineiston tarkastelua niin, että teksteistä pyritään etsimään ja tiivistämään yhtäläisyyksiä ja eroja. Tavoitteena on muodostaa käsiteltävästä ilmiöstä tiivis, laajempaan asiayhteyteen liitettävä kuvaus. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Analysoin mukaan valikoitunutta aineistoa asettamieni tutkimuskysymyksiä kautta. Tutkimusten tuloksissa tarkastelin ryhmämuotoisen kuntoutuksen merkitystä kivunhallinnan ja kivun kokemisen näkökulmasta. Valikoituneelle aineistolle yhteistä olivat ryhmäinterventioiden positiiviset muutokset kivunhallinnassa ja kivun aiheuttamassa haitassa. Kaikki aineistot käsitelivät kroonista kipua. Arvioinnin kohteena olivat aineistossa erityisesti kivun aiheuttama haitat, kipukokemus sekä tunne kivunhallinnasta.

Kaikissa aineistoissa tutkimuksiin osallistuneet henkilöt olivat yli 18-vuotiaita. Sukupuolijakauma eriteltiin kahdessa tutkimuksessa. Yksi tutkimus mainitsi CRPS:n yhtenä tutkimuksessa mukana olleena diagnoosina, mutta kolme neljästä tutkimuksesta ei eritellyt diagnooseja. Ainoastaan yhdessä aineistossa ei mainittu kiputyöryhmään kuuluneita ammattiryhmiä. Aineistojen tulokset perustuivat itsearvioinneista saatuihin tietoihin. Mukaan valikoituneessa kirjallisuuskatsauksessa ei mainittu tarkasteltujen tutkimusten sisältämiä arviointimenetelmiä.

Analysoin tutkimuksissa esitettyjen mittaustulosten kuvauksia ja poimin niistä tutkimuskysymystäni vastaavat tiedot taulukkoon 4. Tavoitteenani oli myös vastata, millaisia menetelmiä ryhmäinterventioissa on käytetty ja mitä ammattiryhmiä niissä on ollut ohjaajina. Suurimmassa osassa aineistoista mainittiin kiputyöryhmään kuuluviksi ammattiryhmiksi lääkäreiden lisäksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, sairaanhoitaja sekä sosiaalityöntekijä. Yhdistävänä näkökulmana ryhmäinterventioissa aineistosta nousee kognitiivinen käyttäytymisterapia ja kivun hyväksyminen. Ryhmien yhteisenä tavoitteena on ollut kivunhallinnan edistäminen ja kipuhaitan pieneeminen. Yleisimpiä ryhmäinterventioissa käytettyjä menetelmiä olivat liikeharjoitukset, kivunhallintastrategioiden opettelu, rentoutus- ja mielikuvaharjoitukset sekä tiedon jakaminen kivusta ja terveellisistä elintavoista. Interventioiden kesto ja vaihteli eri interventioiden välillä 1–4 viikon päivittäisiä ryhmätapaamisia sisältäneistä intervallijaksoista 8 viikkoa kestäviin kuntoutusjaksoihin, joiden aikana ryhmätapaamisia oli noin kerran viikossa. Ainoassa CRPS-ryhmää tutkineessa artikkelissa interventio- on kesto tai sisältöä ei eritelty.

Ryhmäinterventioiden tuloksia on kuvattu taulukossa 4. Tulokset, joissa saavutettiin positiivinen muutos kivunhallinnassa ja kipukokemuksessa on merkitty taulukkoon plusmerkillä (+). Muuttujat, joissa ei voitu osoittaa muutoksia, merkittiin koodilla 0. Negatiivisia tuloksia kuvaisi miinusmerkki (–), mutta tälle ei ollut analyysivaiheessa tarvetta. Suurin osa ryhmäinterventioiden tuloksista kivunhallinnassa ja kipukokemuksessa oli positiivisia. Ainoastaan CRPS-ryhmässä ei voitu osoittaa merkittävää muutosta kivun aiheuttamien haittojen vähenemisessä.

Asiantuntija-artikkelien aineistoa käsittelin poimimalla teksteistä tiedot CRPS:n hoidossa yleisesti käytetyistä linjauksista ja kiputyöryhmistä. Hoitolinjauksista kävi ilmi, että kivunhallintaryhmiä suositellaan yhtenä osana CRPS-potilaiden hoitoa. Ainoastaan toisessa artikkelissa oli eritelty ryhmäinterventioissa käytetyt menetelmät, jotka vastasivat mukaan valikoituneissa tutkimuksissa käytettyjä menetelmiä. Asiantuntija-artikkeleissa kivunhallintaryhmiä CRPS-kuntoutuksessa suositeltiin kroonisen kivun hoitoa käsittelevien tutkimusten perusteella. Aineistosta poimitut tiedot on eritelty taulukossa 5.

7.4 Tulokset

Tuloksissa tarkastellaan tutkimusten ryhmäinterventioihin osallistuneita, interventioiden sisältöjä sekä niiden tuloksia. Kukin näistä käsitellään omassa kappaleessaan. Mukaan valikoituneiden tutkimusten sekä asiantuntija-artikkelien sisällöt löytyvät tiivistetysti taulukoista 4 (sivut 34–37) ja 5 (sivulla 38).

TAULUKKO 4. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimukset

Tekijä ja vuosi	Ryhmään osallistujat	Diagnoosi	Ryhmätiedot	Ryhmän tavoitteet	Käytetyt menetelmät	Tulos	Muuta huomioitavaa
<p>Mann, E., LeFort, S. & Van-DenKerkhof, E. 2013.</p>	<p>Useimmat tutkimuksiin osallistuneet yli 18-vuotiaita aikuisia</p> <p>Ei mainittu katsaukseen valikoituneiden tutkimusten osallistujien määriä tai sukupuolijakaumia</p>	<p>Krooninen kipu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kivun kesto yli 3 kk • Ei eritelty diagnooseja 	<p>Ohjaajat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psykologit, toimintaterapeutit, fysioterapeutit, hoitajat, lääkärit, sosiaalityöntekijät, liikunnanohjaajat, koulutetut vapaaehtoiset <p>Ryhmän kesto ja intensiteetti:</p> <p>Stanford Model:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 viikkoa; 1x 2 h/vko <p>Hyväksymis- ja sitoutumisterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3–4 viikkoa; 5x viikossa 6,5 h/päivä • 8 viikkoa; 1x 1,5 h/vko <p>Kognitiivinen käyttäytymisterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ryhmätapaamiset 5–12 viikkoa; 1x 1h/vko 	<p>Kivunhallinta</p> <p>Kivun aiheuttaman haitan väheneminen</p> <p>Kipukokemuksen lieventyminen</p>	<p>SMI-ryhmät (Self management interventions):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stanford Model • Hyväksymis- ja sitoutumisterapia • Kognitiivinen käyttäytymisterapia 	<p>Kivunhallinta +</p> <p>Kivun aiheuttaman haitan väheneminen +</p> <p>Kipukokemuksen lieventyminen +</p> <p>Interventioiden tulosten vaikutus 3–12 jälkeen interventiosta +</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Tarkastelluissa interventioissa käytetty ryhmien lisäksi myös yksilökuntoutusta, kotitehtäviä sekä verkkotapaamisia</p> <p>Tulosten mittauksessa käytettyjä menetelmiä ei kuvattu</p>

Tekijä ja vuosi	Ryhmään osallistujat	Diagnoosi	Ryhmätiedot	Ryhmän tavoitteet	Käytetyt menetelmät	Tulos	Muuta huomioitavaa
Adams, Z., Newington, L. & Blakeway, M. 2012.	<p>20 potilasta: kaikkien potilaiden ikä keskimäärin 54,4 vuotta</p> <p>Ryhmä 1</p> <ul style="list-style-type: none"> 7 potilasta, joista 4 miehiä ja 3 naisia Ikä keskimäärin 60,9 vuotta (vaihteluväli 48–79) <p>Ryhmä 2</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 potilasta, joista 1 miehiä ja 2 naisia Ikä keskimäärin 47,7 vuotta (vaihteluväli 25–65) <p>Ryhmä 3</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 potilasta, kaikki miehiä Ikä keskimäärin 43,4 vuotta (vaihteluväli 29–69) <p>Ryhmä 4</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 potilasta, kaikki naisia Ikä keskimäärin 60,4 vuotta (vaihteluväli 51–80) 	<p>Ryhmä 1</p> <ul style="list-style-type: none"> Jänne-, hermo- tai pehmytkudoksen vamma yläraajassa <p>Ryhmä 2</p> <ul style="list-style-type: none"> Sekä jänne- että hermovamma yläraajassa <p>Ryhmä 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Yläraajassa murtuma ja pehmytkudoksen vamma <p>Ryhmä 4</p> <ul style="list-style-type: none"> CRPS 	<p>Kaksi ohjaajaa, ammattiryhmiä ei mainittu</p> <p>Intervention kesto ei kuvattu</p> <p>Tutkimus toteutunut aikavälillä huhtikuu 2009 – toukokuu 2010</p> <p>Ryhmätapaamisten lukumäärän keskiarvo kaikilla potilailla 22,3 (vaihteluväli 7–36)</p>	<p>Yläraajan toiminnan haitta-asteen pieneminen merkittävästi (15 pisteellä)</p> <p>DASH-kyselyllä (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) mitattuna</p>	<p>DASH-kysely intervention alussa ja lopussa</p> <p>Intervention sisältöä ei kuvattu</p>	<p>Haitta-asteen merkittävä pieneminen kaikilla potilailla +</p> <p>Haitta-asteen merkittävä pieneminen CRPS-potilailla 0</p>	<p>Intervention kuvaus suppea</p> <p>Tutkittava otos hyvin pieni</p>

Tekijä ja vuosi	Ryhmään osallistujat	Diagnoosi	Ryhmätiedot	Ryhmän tavoitteet	Käytetyt menetelmät	Tulos	Muuta huomioitavaa
Talo, S., Forssell, H., Heikonen, S. & Puukka, P. 2001.	47 potilasta Ikien vaihteluväli 29–69 vuotta 35 naista ja 12 miestä	Yli kuusi kuukautta kestänyt, krooniseksi luokiteltava kipu <ul style="list-style-type: none"> • Muskuloskeetaalista kipua (62 %) • Neuropaattista kipua (16 %) • Päänsärkyä (14 %) • Kasvokipua (4 %) • Idiopaattista kipua (4 %) 	Työryhmässä lääkäri, psykologi ja fysioterapeutti Tutkittavat jaettu viiteen ryhmään, jokaisessa n. 10 osallistujaa 1–2 viikon intervallijaksot, 10 ryhmäkertaa Kolmetuntinen seurantatapaaminen kuuden ja 12 kuukauden jälkeen interventioista Tutkimuksessa psykososiaalisten profiilien mukaan jaetut alaryhmittä:	Mielialan koheutumisen, oireiden vähentyminen, kivun intensiteetin pieneminen ja kivun aiheuttamien haittojen väheneminen ihmisuhteissa tyytymättömillä, adaptiivisilla selviytyjillä ja toimintarajoitteisilla	Luentoja, tiedon jakamista kivusta, siihen liittyvistä tunteista sekä fyysisistä harjoitteista Rentoutusta Mielikuvaharjoittelua Fyysistä harjoittelua Ongelmanratkaisuun keskittyneiden keskustelujen pohjalta annettuja koti-tehtäviä	Kipukokeuksen ja mielialan kohentuminen ihmisuhteissa tyytymättömillä + Kipukokeuksen ja mielialan kohentuminen adaptiivisilla selviytyjillä – Kipukokeuksen ja mielialan kohentuminen toimintarajoitteisilla +	Suurimmalla osalla osallistuneista jonkinlainen kipulääkehoito intervention aikana Osa käytti mielialatai tulehduskipulääkkeitä Osa kävi ajoittain fysioterapiassa Epäsäännöllisesti tapaamisia kivun vuoksi lääkärin kanssa Alaryhmiin jaottelussa käytetyt menetelmät eivät olleet tutkijoiden mukaan niin täsmällisiä, jotta ryhmistä olisi saatu riittävän homogeenisiä

Tekijä ja vuosi	Ryhmään osallistujat	Diagnoosi	Ryhmätiedot	Ryhmän tavoitteet	Käytetyt menetelmät	Tulos	Muuta huomioitavaa
Turner-Stokes, L., Erkeller-Yuksel, F., Miles, A., Pincus, T., Shipley, M. & Pearce, S.2003.	Yli 18-vuotiaat aikuiset 126 potilasta Potilaiden keski-ikä tai sukupuoli-jakaumaa ei mainittu	Diagnooseja ei määriteltä Kivun kesto yli 6 kuukautta Ehtona tutkimukseen osallistumiselle, ettei potilas ollut hyötynyt aiemmista hoidoista, vaan etsi edelleen aktiivisesti apua	Työryhmässä psykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä lääkintähenkilöstöä Osallistujat satunnaistettiin saamaan joko ryhmä- tai yksilökuntoutusta Ryhmäkuntoutus: <ul style="list-style-type: none"> • 8–10 hengen ryhmät • 8 viikkoa; 1 tapaaminen viikossa Yksilökuntoutus: <ul style="list-style-type: none"> • 8 viikkoa; 1 tapaaminen joka toinen viikko • Tapaamiset fysioterapeutin alkuarvioinnin jälkeen vain psykologin kanssa 	Kivun aiheuttaman haitan väheneminen Kivunhallinnan kokemuksen vahvistuminen Aktiivisen osallistumisen kodin ulkopuoliseen ja kodissa tapahtuvaan toimintaan lisääminen Kivun voimakkuuden väheneminen	Kognitiivinen käyttäytymisterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Rentoutustekniikoiden harjoittelu • Tietoisten selviytymisstrategioiden opettelu Arviointi ja seuranta kolmen, kuuden ja 12 kuukauden jälkeen intervention päättymisestä itsearviointikyselyillä	Kivun kokeminen sekä ryhmäettä yksilökuntoutuksessa + Kivunhallinnan tunteen ja mielialan kohentuminen ryhmäintervention päätymisen jälkeen hetkellisesti –	Ei kontrolliryhmää Havainnot kuitenkin samankaltaisia kuin muissa aiheita tarkastelevissa, kontrolloiduissa tutkimuksissa

TAULUKKO 5. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet asiantuntija-artikkelit.

Tekijä ja vuosi	CRPS:n hoitolinjat	Kiputyöryhmä	Ryhmäinterventiossa käytettävät menetelmät	Perustelut ryhmäintervention roolille CRPS-kuntoutuksessa
Kuismin, V. 2010.	Lääkehoito Toimintaterapia: <ul style="list-style-type: none"> • Peiliterapia • Recognizing-ohjelma (Motor Imagery) • Turvotuksenhoito • Kivunhallintaryhmät 	Toimintaterapeutti Fysioterapeutti Psykologi Sairaanhoidtaja Sosiaalityöntekijä	Rentoutumisharjoitukset Liikeharjoitteet Kivun tunnistaminen Uudenlaisten reagoititapojen harjoittelu ADL-toimintojen harjoittelu Kivunhallintamenetelmien opettelu Tiedon lisääminen kivusta, ergonomiasta ja terveellisistä elintavoista	Positiiviset tulokset ryhmäinterventioista kroonisen kivun hoidossa
Haanpää, M. 2010	Lääkehoito Selkäydinstimulaatio Kivunhallintaryhmät	Fysiatri Anestesiologi Psykologi Ortopedi Neurologi Psykiatri Sosiaalityöntekijä	Ei mainittu	Positiiviset tulokset ryhmäinterventioista kroonisen kivun hoidossa

7.4.1 Yhteenveto osallistujista

Useimmat tutkimusten kipuryhmien osallistujista olivat aikuisia. Ainoastaan Mannin ym. (2013) tutkimuksessa mukana oli myös alle 18-vuotiaita. Vanhin mainittu osallistuja oli 80-vuotias. Yhdistävänä tekijänä potilailla oli krooninen kipu, mutta suurimassa osasta aineistoa diagnooseja ei eritelty. Adamsin ym. (2012) tutkimuksessa potilaat ryhmiteltiin vamman tai diagnoosin mukaan neljään ryhmään. Talon ym. (2001) artikkelissa kuvattiin eri kiputyyppeiden esiintyvyys tutkittavilla, mutta tarkkoja diagnooseja ei mainittu. Tutkimuksissa, joissa osallistujien sukupuolijakauma oli kuvattu, suurin osa tutkittavista oli naisia. Tarkemmat tiedot osallistujista löytyvät taulukosta 4.

7.4.2 Interventioiden kuvaukset

Mannin ym. (2013) mukaan SMI-interventioiden yleisin toteutusmuoto on ryhmä, sillä se on kustannuksiltaan tehokkainta. Interventiot toteutuvat useimmiten sairaaloissa ja klinikoilla, mutta myös palvelutaloissa. Aineistoksi Mannin ym. kirjallisuuskatsaukseen on sisällytetty tutkimukset, jotka on julkaistu vuonna 2007 tai sen jälkeen. (Mann ym. 2013, 212–213.) Katsauksessa käytettyjen tutkimusten lukumäärää ei mainita. Tutkimuksessa tarkasteltuja interventioita olivat järjestäneet psykologit, toiminta- ja fysioterapeutit, hoitajat, lääkärit, sosiaalityöntekijät, liikunnanohjaajat sekä koulutetut vapaaehtoiset. Useimmat SMI-interventioihin osallistuneista olivat yli 18-vuotiaita aikuisia. (Mts. 214.) Tutkimuksessa tarkasteltujen tutkimusten käyttämien interventioiden sisältö on kuvattu taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Mannin ym. (2013) kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltujen tutkimusten käyttämät interventiot (Mann ym. 2013, 213)

Interventio	Yleiset aihepiirit	Tyypillinen käytäntö ja pituus
Stanford Model	<ul style="list-style-type: none"> • Omahoidon periaatteet/velvollisuudet • Tavoitteenasettelut ja toimintasuunnitelma • Kivunhallintakeinot (esim. lääkitys, erilaiset kognitiiviset strategiat) • Ongelmanratkaisu • Fyysinen aktiivisuus ja harjoitukset • Terveellinen ruokavalio • Masennuksen ja ikävien tunteiden käsittely • Uupumus ja uni • Terveystieteiden henkilöiden kanssa työskentely 	<p>Ryhmätapaamiset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 viikkoa, kahden tunnin mittainen ryhmätapaaminen kerran viikossa (kokonaismäärä 12 tuntia) <p>Verkossa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 viikkoa, 1–2 tuntia verkossa (kokonaismäärä 6–12 tuntia) <p>Ryhmiä ja verkkotyöskentelyä varten annettu työkirja</p>
Hyväksymis- ja sitoutumisterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Kivunvälttämisen-kärsimyskierteen periaatteet • Arvojen ja tärkeiden toimintojen tunnistaminen ja vähitellen niille altistaminen (kipujohtoisen käyttäytymisen sijaan) • Tietoinen jännityksen purkaminen (cognitive defusion), negatiivisten ajatusten tunnistaminen ja tarkkaileminen käyttäytymättä niiden mukaisesti sekä itsensä etäännyttäminen niistä) • Tietoinen läsnäolo (Mindfulness) • Kivun hyväksyminen ja halu sen kanssa selviytymiseen • Toimintaan sitoutuminen ja tavoitellun toiminnan edessä olevien esteiden tunnistaminen • Tulevaisuuden toimintoihin ja mahdollisiin esteisiin varautuminen 	<p>Ryhmätapaamiset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3–4 viikkoa, 6,5 tuntia päivittäin viitenä päivänä viikossa • 8 viikkoa, 1,5 tunnin tapaaminen kerran viikossa <p>Työkirja, puhelimitse saatava tuki ± yksi yksilöaika:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 viikkoa työkirja-harjoituksia tietyssä aikataulussa, yksi puhelinsoitto viikossa
Kognitiivinen käyttäytymisterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoinen muutos ajattelussa (esim. katastrofiajatusten tunnistaminen ja arviointi sekä vaikuttaminen niihin realistisilla vaihtoehdoilla) • Kivun välttämiseen liittyvien uskomusten ja käyttäytymisen tunnistaminen ja muokkaaminen • Käyttäytymisaktivaatio (esim. tauottaminen, toimintojen aikatauluttaminen) • Kiputavoitteiden biopsykososiaalisten vaikutusten ymmärtäminen • Elämäntapamuutokset (esim. fyysiset harjoitukset) • Itsesäätelytaidot (esim. progressiivinen lihasten rentoutus ja hengitysharjoitukset) • Kivunhallintataidot (esim. huomion suuntaaminen toisaalle, coping-taidot) • Takaiskujen ennaltaehkäisystrategiat 	<p>Ryhmätapaamiset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5–12 viikkoa, 1,5–2 tunnin tapaaminen kerran viikossa <p>Yksilöajat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6–25 viikkoa, kahdesta 25:een tapamiseen <p>Verkossa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4–8 viikkoa, yksi tai useampi kokonaisuus viikossa

Adamsin ym. (2012) tutkimuksessa potilaat jaettiin diagnoosin mukaan neljään ryhmään. Yksi ryhmä koostui CRPS-potilaista. (Adams ym. 2012, 69.) Osallistujien tiedot on eritelty tarkemmin taulukossa 4. Sairaalan aiempi käytäntö kivunhallintaryhmässä on ollut, että kahden terapeutin ohjaamassa ryhmässä on 6–8 käsivampapotilasta, jotka osallistuvat ryhmään kahdesti viikossa yhteensä kuuden viikon ajan. Interventio-
on kesto voidaan myös pidentää terapeutin harkinnan mukaan. Yksi tapaaminen kestää 1,5 tuntia. Jokainen potilas noudattaa yksilöllistä, tavoitteellista ohjelmaa. Terapeutit myös tarvittaessa porrastavat ryhmäintervention toimintoja havaintojensa perusteella joko helpommaksi tai vaativammaksi. Tutkijoiden mukaan ryhmä mahdollistaa potilaille intensiivisen terapian, kolme tuntia viikossa, mikä ei olisi mahdollista pelkillä yksilöajoilla. (Adams ym. 2012, 68.) Artikkelin ei kuitenkaan kuvaa tutkimuksessa käytettyä interventiota.

Talon ym. (2001) tutkimuksessa ryhmään osallistujat jaettiin profiilinsa mukaan kolmeen alaryhmään. Jako tehtiin Multidimensional Pain Inventory -kyselyllä (MPI). Talon ym. nimesivät alaryhmät ihmissuhteissa tyytymättömiksi (Interpersonally distressed patients, 12 potilasta), adaptiiviksiksi selviytyjiksi (Adaptive copers, 10 potilasta) sekä toimintarajoitteisiksi (Dysfunctional patients, 25 potilasta). Yhdessä ryhmässä oli noin 10 osallistujaa. Ryhmäterapia sisälsi 10 tapaamiskertaa 1–2 viikon intervallijaksoina. Tämän lisäksi ryhmälle järjestettiin kolmetuntinen seurantatapaaminen kuuden ja 12 kuukauden jälkeen interventiosta. Ryhmäterapian työryhmään kuului lääkäri, psykologi ja fysioterapeutti. Ryhmätapaamiset sisälsivät luentoja ja tiedon jakamista kivusta, siihen liittyvistä tunteista sekä fyysisistä harjoitteista, rentoutusta, mielikuvaharjoittelua, fyysistä harjoittelua sekä ongelmanratkaisuun keskittyneiden keskustelujen pohjalta annettuja kotitehtäviä. Kotitehtävien tarkoituksena oli saada potilaat omaksumaan uudenlaisia käyttäytymismalleja arjessa selviytymiseen. (Talo, Forssell, Heikkonen & Puukka 2001, 26–28.)

Turner-Stokesin ym. (2003) tutkimukseen osallistui 126 potilasta, jotka satunnaistettiin niin, että toiset osallistuivat ryhmäinterventioon ja toiset saivat yksilöllistä kuntoutusta. Kaikkien osallistujien soveltuvuus tutkimukseen arvioitiin. Ryhmäinterventioon osallistuneet jaettiin 8–10 hengen ryhmiin. Yksi ryhmä kokoontui kerran viikos-

sa kahdeksan viikon ajan. Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautuvan ryhmäintervention moniammatilliseen työryhmään kuului psykologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä lääkintähenkilöstöä. Interventio sisälsi rentoutustekniikoiden ja tietoisten selviytymisstrategioiden opettelua. Ryhmäläisiä kannustettiin harjoittamaan ryhmässä opittuja taitoja ja lisäämään omaa aktiivisuutta saavutettavien välitavoitteiden kautta sekä tauottamaan omia päivittäisiä toimintojaan kotona. Yksilökuntoutukseen osallistuneet saivat saman tiedon kuin ryhmäinterventioon osallistuneet, mutta he tapasivat joka toinen viikko tunnin ajan psykologia kahdeksan viikon ajan. Fysioterapeutti arvioi potilaat ennen intervention alkua. Arvion pohjalta fysioterapeutti antoi suosituksensa interventioon soveltuvista fyysisistä harjoitteista, jotka psykologi välitti potilaille kuntoutuksen aikana. Kaikki annetut suositukset räätälöitiin kullekin potilaalle soveltuviksi. Kummassakin interventiossa osallistujat saivat kotitehtäviä tapaamiskertojen välille. Intervention lopussa kotitehtävät kerättiin kansiin, jonka tarkoituksena oli jakaa tietoa kipuongelmasta myös osallistujien lähipiirille. (Turner-Stokes ym. 2003.)

Kuisminin (2010) mukaan kivunhallintaryhmät perustuvat kognitiivis-behavioralistiseen näkökulmaan ja tarkoituksena on ennaltaehkäistä mahdollisia kivusta aiheutuvia haitallisia käyttäytymismalleja. Käytettyjä menetelmiä ryhmissä ovat Meadin, Theadomin, Byronin ja Dupontin (2007) mukaan esimerkiksi rentoutumisharjoitukset, liikeharjoitteet, toiminnan rytmittäminen, tavoitteiden asettaminen, kivun tunnistaminen ja uudenlaisten reagoititapojen sekä päivittäisten toimintojen harjoittelu ja kivunhallintamenetelmien opettelu. Tämän lisäksi ryhmäläiset saavat tietoa kivusta, ergonomiasta sekä terveellisistä elintavoista. Kuisminin mukaan kivunhallintaryhmien moniammatilliseen työryhmään kuuluu usein toimintaterapeutti, fysioterapeutti, psykologi, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. (Kuismin 2010, 15.)

Haanpään (2010) mukaan kivunhoito ja kuntoutus järjestetään jokaisen potilaiden yksilöllisten ominaisuuksien mukaan räätälöidysti, mikä tarkoittaa sitä, että usein hoito jää oireenmukaiseksi: tällöin kivun syy voi jäädä hoitamatta. Hoidossa käytettyjen menetelmien vaikutus testataan hoitokeino kerrallaan. On myös tärkeää ottaa huomioon kroonisen kipupotilaan jaksaminen ja ymmärtää hänen psykososiaalinen

tilanteensa. Neuropaattisen kivun ja kroonisen kipuoireyhtymän hoidossa lääkehoidon lisäksi Lääkärin käsikirjassa suositellaan kivunhallintaryhmiä. Kroonisen kivun hoitosuositukseen erikoissairaanhoidossa kuuluu erikoisalojen välinen yhteistyö. Keskussairaaloissa toimivalla kipupoliklinikalla moniammatilliseen työryhmään kuuluu fysiatri, anestesiologi, psykologi, ortopedi, neurologi, psykiatri sekä sosiaalityöntekijä. (Haanpää 2010, 2873–2876.)

7.4.3 Interventioiden tulokset

Mannin ym. (2013) katsauksen tutkimuksissa SMI-ryhmien positiivinen vaikutus kivun intensiteettiin ja kivun aiheuttamaan toimintakyvyn haittaan todettiin merkittäväksi ja kipukokemuksen lieventyminen havaittiin välittömästi intervention lopussa.

Useimmissa tutkimuksissa Mannin ym. mukaan interventioiden hyötyjä kartoitettiin myös tavallisesti 3–12 kuukauden jälkeen niiden päättymisestä, mikä osoitti ryhmäinterventioiden hyötyjen ulottuvan myös niiden jälkeiseen aikaan. SMI-interventioiden vaikuttavuutta mitattiin vertailemalla muutoksia kivun intensiteetissä ja kivun aiheuttamissa haitoissa arkielämässä. Muutoksia tarkasteltiin muun muassa The Pain Stages of Change Questionnaire -kyselyllä. SMI-ryhmien todettiin myös tukevan mielen-terveyttä yhdessä hyvän lääkehoidon kanssa. Intervention jälkeen osallistujat kertoivat järjestään katastrofijätusten, masennuksen ja ahdistuksen vähentyneen verrattuna interventiota edeltäneeseen ajanjaksoon. Tulokset kuitenkin masennuksen vähentymisessä vaihtelivat katsauksen tutkimuksissa merkittävästä kohenemisestä täysin muuttumattomaan tilanteeseen. Katsauksen mukaan masennus näytti olevan usein yhteydessä heikompiin valmiuksiin kivunhallinnassa verrattuna potilaisiin, jotka eivät kokeneet masentuneisuutta. (Mann ym. 2013, 215–217.)

Adamsin ym. (2012) tutkimuksen tavoitteena oli vastata kahteen kysymykseen: millaisia tuloksia ryhmämuotoisesta, käden toimintakykyyn keskittyvästä kuntoutukselta saadaan monimuotoisen vamman jälkeen ja hyötyvätkö kaikki potilaat diagnoosista tai vamman vaikeudesta riippumatta ryhmäinterventiosta samalla tavalla? Ennen ryhmäintervention alkua osallistujat täyttivät yläraajan toimintavajauksen haittastetta kartoittavan DASH-kyselylomakkeen (Disabilities of the Arm, Shoulder and

Hand). DASH sisältää 30 kohtaa, jotka potilas pisteittää asteikolla 1–5. Luku 5 tarkoittaa asteikolla vaikeinta mahdollista haittaa, eli kohdassa määritellyn toiminnon suorittaminen on täysin mahdotonta. DASH-lomakkeen pisteitys määrittelee potilaan yläraajan toimintavajauksesta aiheutuneen haitta-asteen: mitä suurempi pistemäärä, sitä enemmän yläraajan oireilu haittaa arkitoiminnoista suoriutumista. Kyselylomakkeen kehittäjät ovat todenneet, että viisiportainen vastausasteikko antaa yksilölle riittävästi tilaa kuvailla haitta-asteen muutosta mahdollisessa uudelleenarvioinnissa tietyn ajanjakson jälkeen. DASH valikoitui tutkimukseen, sillä se soveltuu käytettäväksi useilla eri diagnoosiryhmillä ja se on työntekijöiden helposti omaksuttavissa. Kysely oli myös sairaalan henkilökunnalle tuttu ja hyvin saatavilla oleva menetelmä. (Adams ym. 2012, 69–70.)

Adamsin ym. (2012) kyselyn standardiksi määriteltiin aiempaan näyttöön perustuen, että 15 pisteen muutos tarkoitti merkittävää muutosta potilaan haittakokemuksessa. Kokonaishaitta-asteen analysoinnin lisäksi tutkijat ottivat huomioon, kuinka suuressa osassa toiminnoista, jotka potilaat olivat pisteittäneet lukemilla 3–5, tapahtui edistystä niin, että intervention lopussa kyseisten toimintojen haittapisteet olivat 1–2. DASH:n arviointia tällä tavalla ei ole validoitu, mutta kliininen kokemus on osoittanut, että tämänkaltainen muutos pistemäärissä todentaa toimintakyvyn vahvistumista. Oletuksena tutkijoilla oli, että 75 % kohdista, jotka alussa pisteitettiin luvuilla 3–5, pisteitettäisiin intervention lopussa luvuilla 1–2. (Adams ym. 2012, 69–70.)

Tutkimuksen tulokset osoittivat 16 potilaan 20:sta saavuttaneen intervention aikana 15 pisteen kohennuksen DASH-kyselyssä. Neljän potilaan tilanne siis ei ollut kohenunut. Kaikista tutkimukseen osallistuneista potilaista, joiden tilanne ei intervention aikana edistynyt, kolme neljästä kuului ryhmään 4, joka koostui CRPS-potilaista. Yksi heistä kuvasi DASH-asteikolla tilanteensa heikentyneen. Kaikki osallistujat ja ryhmät huomioon ottaen ryhmäinterventiolla saavutettiin parannusta DASH-asteikolla. Kuitenkin ainoastaan kuusi potilasta 20:sta saavutti merkittävää positiivista muutosta 75 % niissä kohdissa, joille he olivat antaneet pistemääräksi 3–5. Nämä potilaat olivat ryhmistä 1 ja 2. Kun tuloksia tarkasteltiin niin, että 75 %:n oletusarvo muutettiin 50 %:ksi, merkittävää positiivista muutosta saavutti 14 potilasta 20:sta. Kolmessa en-

simmäisessä ryhmässä tällä menetelmällä tarkasteltuna merkittäviä positiivisia muutoksia kokeneiden osuus oli suuri, toisin kuin CRPS-ryhmässä, jossa ainoastaan yksi viidestä potilaasta saavuttanut merkittävää muutosta 50 %:ssa kohdista, jotka saivat alussa korkeat häiritsemäärät. (Adams ym. 2012, 70.)

Talon ym. (2001) artikkelissa ryhmäintervention vaikuttavuutta mitattiin kuusiasteikokisella kyselyllä, joka sisälsi kaksi kysymystä kolmea teemaa kohden. Teemat olivat 1) ruumiin tai kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, 2) aktiivisuus tai sen rajoitteet sekä 3) toiminnallinen osallistuminen. Kyselyissä kerättiin tietoa osallistujan mielialasta, oireista, hallinnantunteesta, lähipiiristä saatavasta tuesta, kivun intensiteetistä sekä kivun aiheuttamista haitoista arkielämässä. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilaat, jotka kuuluivat profiileiltaan ihmissuhteisiinsa tyytymättömiin ja toimintarajoitteisiin, hyötyivät ryhmäterapiasta adaptiivisia selviytyjiä enemmän. Talo ym. tulkitsivat tulosta niin, että kyseisen ryhmän jäsenet saattoivat tarvita enemmän haasteita kuin muut osallistujat tai heidän omaksumansa adaptiiviset käyttäytymismallinsa olivat arkea hankaloittavia, mikä saattoi vaikuttaa heidän toimintakykynsä ja näkyä tutkimuksen tuloksissa. Tutkimuksen mukaan ainoastaan psykososiaalisten profiilien perusteella eri ryhmiin jaottelun kautta ei voida ennustaa ryhmäterapien tuloksia yksittäisillä potilailla, vaan on myös oleellista tunnistaa, kuinka lähellä oman alaryhmänsä keskiarvoa kukin potilas on. (Talo ym. 2001, 28–32.)

Turner-Stokesin ym. (2003) tutkimuksessa interventioiden vaikutusta mitattiin kartoittamalla potilaiden tilanne ennen interventiota, intervention lopussa sekä kolmen, kuuden ja 12 kuukauden jälkeen intervention päättymisestä. Arviointi toteutettiin WHYMPI-itsearviointilomakkeella (West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory). Tutkimuksessa tarkasteltiin ensisijaisesti muutoksia kivun aiheuttamasta haitasta sekä potilaan kokemuksessa kivunhallinnasta. Interventioiden vaikutusta masennukseen seurattiin BDI-masennusseulalla (Beck Depression Inventory). Turner-Stokes ym. ottivat huomioon tutkimusta tehdessään myös interventioiden tuomat sekundaariset muutokset, kuten muutokset ahdistuneisuudessa, fyysisessä ja sosiaalisessa aktiivisuudessa kotona ja kodin ulkopuolella sekä kivun voimakkuudessa. Ahdistuneisuutta tarkasteltiin STAI-itsearviointilla (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) ja

aktiivisuutta sekä kivun voimakkuutta WHYMPI-kyselyllä. Myös muutoksia potilaiden kipulääkkeidenkäytössä tarkasteltiin. (Turner-Stokes ym. 2003.)

Turner-Stokesin ym. (2003) mukaan tutkimusten tulosten perusteella sekä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pohjautunut ryhmä- että yksilöterapia osoittautuivat yhtä vaikuttaviksi interventioiksi kroonisten kipupotilaiden kivunhallinnassa. Intervention aikana saavutettu muutos kivun aiheuttamissa haitoissa, kivunhallinnassa sekä mielialassa säilyi itsearviointien tulosten perusteella noin 12 kuukautta. Tulosten mukaan ryhmäinterventioon osallistuneet saavuttivat positiivisia muutoksia kipukokemuksessa nopeammin kuin yksilökuntoutusta saaneet, mikä näkyi intervention lopussa tehdyissä mittauksissa, mutta intervention jälkeen tehdyissä mittauksissa ilmeni, että he kokivat usein takaiskuja mielialassa, kivunhallinnan tunteessa sekä aktiivisessa osallistumisessa kodissa ja kodin ulkopuolella suoritettaviin toimintoihin. Takaiskujen vaikutus kuitenkin osittain oli häлventynyt, kun interventiosta oli kulunut 12 kuukautta. Yksilökuntoutusta saaneet taas intervention loppuessa tehtyjen kyselymittausten mukaan edistyivät hitaammin kuin ryhmäläiset, mutta heillä vastaavaltaisia takaiskuja ei ilmennyt. Tutkijat arvioivat ryhmäläisten nopean edistymisen johduneen esimerkiksi heidän saamastaan vertaistuesta sekä ryhmätilanteen luomasta terveestä kilpailusta. Vastaavasti myös ryhmätilanteissa läsnä olleiden positiivisten kannustimien poisjääminen intervention päätyttyä saattoi aiheuttaa takaiskuja ryhmäläisille. Tutkimuksen positiivisista tuloksista kivun aiheuttamissa haitoissa, kivunhallintakokemuksissa sekä mielialassa huolimatta muutokset potilaiden keskiarvoissa olivat melko vähäisiä. Tutkijoiden mukaan tulevaisuudessa olisi oleellista arvioida yksilöllisesti potilaan mieltymysten ja persoonan mukaan, hyötyisikö hän enemmän ryhmä- vai yksilökuntoutuksesta. (Turner-Stokes ym. 2003.)

Kuisminin (2010) mukaan ryhmäintervention tuloksia ja potilaiden kehitystä voidaan mitata esimerkiksi COPM-haastattelulla (Canadian Occupational Performance Measure). Kuisminin mukaan eri tutkimuksissa todetut positiiviset tulokset kivunhallinnassa ja selviytymiskeinoissa kroonisten kipupotilaiden ryhmäinterventioissa osoittavat kivunhallintaryhmien tarpeen. (Kuismin 2010, 15.)

8 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: onko CRPS-potilaiden ryhmäterapiasta tehty tutkimuksia, millaisia tuloksia ryhmäinterventioissa on saatu kivunhallinnan näkökulmasta sekä millaisia menetelmiä interventioissa on käytetty ja mitä ammattiryhmiä niissä on ollut ohjaajina? Vastaukset tutkimuskysymyksiin löytyivät aineiston analyysillä.

Oletus tutkimustiedon vähyydestä CRPS:n ryhmäkuntoutuksesta osoittautui oikeaksi tiedonhaku suoritettaessa. Kirjallisuuskatsauksessa käytetystä aineistosta ainoastaan yksi artikkeli käsitteli suoraan CRPS-ryhmää (Adams ym. 2012). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan CRPS-potilaista ainoastaan yksi viidestä koki yläraajansa toimintakyvyn haitta-asteen pienentyneen merkittävästi. Yksi koki tilanteensa heikentyneen intervention alkuun verrattuna. Ennen kyseistä tutkimusta terapeutit olivat kokeneet, että ryhmiin osallistuneet CRPS-potilaat eivät ole saaneet ryhmäinterventioista samanlaista hyötyä kuin muut osallistujat. Tutkijat toteavat, että CRPS-potilaat tarvitsevat usein psykologista tukea oireyhtymän kanssa selviytymiseksi, mikä vaikuttaa potilaan kykyyn osallistua erilaisiin toimintoihin erityisesti ryhmässä. CRPS-potilaiden kanssa työskentelevien, ryhmäinterventioissa ohjaajina olevien terapeuttien tulisi huomioida erityisen tarkasti ryhmäläisten henkisen tuen tarve. Tämä tarve voi vaikuttaa ryhmätoimintojen sisältöön niin, että niitä tulee porrastaa ja soveltaa oireiden ja kivun intensiteetin mukaan. CRPS:n kuntoutuksen luonne voi vaikuttaa potilaan kokemiin ryhmäintervention hyötyihin. (Adams ym. 2012, 68–69.)

Tutkimuksessa käytetty otos oli hyvin suppea, mutta antaa kuitenkin viitteitä siitä, että kolme viidestä CRPS-potilaasta ei saavuttanut ryhmäinterventiossa merkittävää positiivista muutosta kivun aiheuttamissa haitoissa. CRPS-potilaiden kuntoutus sisältää usein menetelmiä, jotka olisi hyvä toteuttaa mahdollisimman rauhallisessa ympäristössä, kuten peiliterapia ja asteittain etenevä motorinen mielikuvaharjoittelu (Graded Motor Imagery). Kuntoutuksessa käytetyt menetelmät ovat hyvin yksilöllisiä johtuen oireyhtymän monimuotoisuudesta. CRPS-diagnoosi luokin tutkijoiden mukaan erityisiä haasteita ryhmäympäristössä toimimiseen. Potilaiden tarpeet vaihtelee-

vat erittäin paljon, mikä voi vaikuttaa tarvittavaan hoidon intensiteettiin. Tämän vuoksi Adams ym. toteavat, että CRPS-potilaat saattaisivat hyötyä paremmin yksilöterapiasta. (Adams ym. 2012, 71.) Artikkelissa ei kuitenkaan kuvailtu ryhmäinterven-tion sisältöä tai sen toteuttanutta henkilöstöä. Tutkimuksen kuvauksen suppeus ja otannan pienuus luovat tarpeen laajemmalle tutkimukselle eri potilasryhmien mah-dollisten erojen havaitsemiseksi.

Talon ym. (2001) mukaan kroonisesti sairas ihminen, kuten kipupotilas, voisi hyötyä parhaiten yksilöllisesti hänelle räätälöidystä kuntoutuksesta, sillä mikään menetelmä ei Talon ym. mukaan voi ottaa huomioon ryhmitellessä kaikkia potilaiden yksilöllisiä ominaisuuksia, joilla saattaa olla vaikutusta ryhmäterapien tulokseen. Tutkimuksessa kuitenkin todetaan, että terveydenhuollon käytössä olevien resurssien vuoksi tällais-ta ei ole mahdollista jokaiselle potilaalle järjestää, mutta kunkin potilaan tarpeet ja ominaisuudet tulisi tästä huolimatta ottaa myös ryhmässä mahdollisimman hyvin huomioon. Tulosten perusteella Talon ym. korostavat, että ryhmiin jaottelussa käyte-tyt menetelmät eivät olleet niin täsmällisiä, jotta ryhmistä olisi saatu riittävän homo-geenisia. (Talo ym. 2001, 32.)

CRPS:n ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta ei löytynyt muita tutkimuksia, joten tie-donhaku piti laajentaa koskemaan yleisesti kroonista kipua käsitteleviä artikkeleita. Haun tarkoituksena oli selvittää, millaisia ryhmäinterventioita kipukuntoutuksessa käytetään. Aineistosta nousi esille kognitiivis-behavioralistinen näkökulma kivunhal-lintaryhmissä. Useissa artikkeleissa mainittiin käytettyinä menetelminä liikeharjoituk-set, kivunhallintastrategioiden opettelu, kivun hyväksyminen, rentoutus- ja mieliku-vaharjoittelu sekä tiedon jakaminen kivusta ja terveellisistä elintavoista. Yhteisenä tavoitteena aineistossa käsitellyillä ryhmillä oli kivunhallinnan edistäminen. Ryhmien ohjaajina on toiminut fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, sairaanhoitaja ja/tai sosiaalityöntekijä. Lääkärit ovat osa kiputyöryhmää, mutta heidän roolinsa ki-vunhallintaryhmissä on artikkelien mukaan ollut pitää luentoja kivusta tietoisuuden lisäämiseksi.

Tiedonhaun tulosten perusteella voidaan todeta kivunhallintaryhmien käytön olevan perusteltua kroonisen kivun hoidossa. Turner-Stokes ym. (2003) eivät havainneet tutkimuksessaan eroja ryhmä- ja yksilömuotoisen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvan kipukuntoutuksen tuloksissa (Turner-Stokes ym. 2003). Tutkimuksessa ei käytetty kontrolliryhmää, joten suoria johtopäätöksiä kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta kipupotilailla ei voi tehdä. Muu aineisto kuitenkin tukee kyseistä terapiasuuntausta kroonisen kivun hoidossa. Kipurymää voidaankin pitää kustannustehokkaana kuntoutusmuotona yksilöinterventioon verrattuna, jos vähemmillä resursseilla on mahdollista saavuttaa samanlaisia tuloksia kivunhallinnassa.

Kirjallisuuskatsauksen aineistossa suositeltiin kivunhallintaryhmiä osana CRPS-kuntoutusta. Suositukset artikkeleissa perustuivat kuitenkin tutkimuksiin, joissa tarkasteltiin yleisesti ryhmäkuntoutusta kroonisen kivun näkökulmasta. Tämä herättääkin kysymyksen, perustuuko CRPS-potilaiden ryhmämuotoinen kuntoutus riittävän vahvaan näyttöön. Aiheesta on erittäin vähän tutkimustietoa, joten tulevaisuudessa olisi tärkeää tarkastella rajatusti CRPS-potilaile suunnatun ryhmäintervention tuloksellisuutta.

9 Pohdinta

9.1 Tiedonhakuprosessin eteneminen

CRPS on oirekuvaltaan erittäin monimuotoinen oireyhtymä, minkä vuoksi jouduin käyttämään runsaasti aikaa kyseiseen diagnoosiin perehtymiseen. Teoriaosuudessa pyrin hyödyntämään tasaisesti sekä kotimaisia että ulkomaisia lähteitä. Kipukuntoutusta käsittelevissä osioissa painotin kotimaisen kirjallisuuden käyttöä opinnäytetyön toimeksiantajan suomalaisen kontekstin vuoksi. Erityisenä haasteena tiedonhaussa oli CRPS-nimityksen tuoreus, sillä jouduin ottamaan huomioon myös oireyhtymän

aiemmat nimet. Samanaikaisesti minun tuli kuitenkin arvioida, voinko pitää vanhoja nimityksiä käyttäneitä lähteitä tiedoiltaan ajantasaisena.

Pyrin ottamaan CRPS:n kokonaisuutena huomioon valikoidessani tutkimuksia. Teoriaosuudessa korostettiin CRPS-potilaiden oireiden ja tilanteiden yksilöllisyyttä, joten sisällytin katsaukseen tutkimuksen myös potilaiden psykososiaalisten erojen vaikutuksesta kivunhallintaryhmien tuloksiin. Vaikka tutkimus ei vastaakaan suoraan tutkimuskysymyksiini, koin yksilöllisten tilanteiden vaikutuksen huomioimisen tärkeänä osana opinnäytetyötä.

Koen, että tiedonhakuprosessi olisi ollut mahdollista toteuttaa systemaattisemmin, jos opinnäytetyö olisi toteutunut parityönä. Löysin vain yhden suoraan käsiteltävää potilasryhmää tutkineen artikkelin, joten jouduin laajentamaan hakuani yleisemmin kroonisen kivun ryhmäkuntoutukseen, mikä lisäsi selattavien tutkimusten määrää tiedonhakuvaiheessa. Tämän lisäksi käsihaun merkitys korostui, vaikka suurin osa mukaan valikoituneesta aineistosta tulikin tietokantahaun kautta. Tarkan, tutkimuskysymykseen vastaavan haun laajentaminen vaikuttaa heikentävästi opinnäytetyön luotettavuuteen, mutta toisaalta osoittaa myös lisätutkimusten tarpeen aiheesta.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Omassa työskentelyssäni opinnäytetyössä pyrin mahdollisimman täsmälliseen raportointiin työn vaiheista ja mukaan valikoituneesta aineistosta. Iso osa lähteistä oli vieraskielistä, joten käytin runsaasti aikaa aineiston lukemiseen ja ymmärtämiseen. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäisi parityöskentely, joka vähentäisi mahdollisten väärinymmärrysten riskiä vieraskielistä aineistoa käsiteltäessä. Kääntäessä aineistoa englannista suomeksi käytin apuna englannin- ja suomenkielisiä synonyymiluetteloita, jotta aineistojen asiasisältö ja merkitykset pysyisivät samana. Lisätäkseen luotettavuutta käytin mukaan valikoituneiden tutkimusten arvioinnissa CASP-lomakkeita. Lomakkeiden avulla tehdyn arvioinnin mukaan ainoastaan yksi tutkimus sai alle puolet korkeimmasta mahdollisesta pistemäärästä. Aineiston arvioinnin yhteydessä toin

esiin artikkelien luotettavuutta ja laatua heikentävät tekijät ja otin ne huomioon tehdessäni kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksiä.

Opinnäytetyötä tehdessä tulisi pyrkiä käyttämään lähteenä alkuperäisiä julkaisuja (Lähdeluettelo 2013). Aina tämä ei ollut kuitenkaan mahdollista, joten jouduin käyttämään työssäni myös toissijaisia lähteitä. Toissijaisia lähteitä käyttäessä mainitsin niissä mainitut alkuperäiset lähteet, jotta lukijan olisi mahdollista löytää myös alkuperäinen julkaisu. Toissijaisten lähteiden käyttäminen heikentää työn luotettavuutta, mutta arvioin käyttämieni julkaisujen laatua ja luotettavuutta koko opinnäytetyöprosessin ajan, minkä perusteella käytetty aineisto valikoitui työhön.

9.3 Jatkosuositukset

Kumpikin käsihaussa mukaan valikoitunut asiantuntija-artikkeli perusteli suosituksen ryhmäterapiasta CRPS-kuntoutuksessa viitaten tutkimuksiin, jotka käsittelivät yleisesti kroonisen kivun hoitoa. Tiedonhaun laajuudesta huolimatta löysin ainoastaan yhden tutkimuksen, joka käsitteli CRPS-ryhmää, minkä vuoksi jouduin laajentamaan hakuani käsittämään yleisesti kroonista kipua. Aineistosta ilmeni, että kroonisen kivun hoidossa ryhmäkuntoutuksella on tärkeä rooli ja tulokset ovat hyvin rohkaisevia, vaikka ainoassa CRPS-ryhmää käsittelevässä tutkimuksessa kolme viidestä potilaasta ei kokenutkaan tilanteensa kohentuneen merkittävästi. Opinnäytetyön tietoperustassa korostunut CRPS-potilaan yksilöllisten oireiden huomioinnin tärkeyden vuoksi on kuitenkin aiheellista pohtia, ovatko ryhmäintervention tulokset kroonisilla kipupotilaille sovellettavissa suoraan CRPS-potilaille.

Toiminta- ja fysioterapeutit kohtaavat työssään erittäin paljon kipupotilaita. Osalla potilaista on CRPS. Opinnäytetyön tietoperustan mukaan CRPS on edelleen huonosti tunnettu ja vaikeasti diagnosoitava kiputila, sillä sen toteamiseen ei ole olemassa tiettyä testistöä. Myös CRPS:n kuntoutus perustuu kliinisiin havaintoihin ja hoito on oireenmukaista. Suomessa aiheesta on tehty joitakin opinnäytetöitä, mutta suurin osa olemassa olevasta aineistosta on vieraskielistä. Koen, että opinnäytetyöni nostaa

esiin uudenlaisen näkökulman CRPS-kuntoutuksesta, sillä katsaukseni tulosten perusteella CRPS-potilaiden ryhmäterapia pohjautuu tutkimuksiin kivunhallintaryhmistä, joissa diagnooseja ei ole tarkkaan rajattu. Tämä osoittaa lisätutkimusten tarpeen aiheesta.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Satakunnan keskussairaalan fysiatrian poliklinikka, jossa kaivattiin näyttöä CRPS-ryhmän perustamisen tueksi. Mahdollisen ryhmän toteutuksesta vastaisi moniammatillinen työryhmä, joten pyrin huomioimaan opinnäytetyössäni CRPS-kuntoutuksen kokonaisuutena. Opintojeni kautta tässä työssä korostuu kuitenkin erityisesti toimintaterapian näkökulma. Tämän vuoksi kiinnostukseni kohteena ryhmäinterventioiden tuloksissa olivat erityisesti muutokset kivunhallinnassa. Hyvä kivunhallinta on yhteydessä toimintakyvyn kohentumiseen (Haanpää ym. 2008). Toimintaterapeutilla on tärkeä rooli potilaan toiminnallisen osallistumisen tukemisessa, sillä selviytymis- ja hallintakeinojen harjoittelu käytännössä on olennaista uudenlaisten toimintamallien siirtymiseksi osaksi potilaan elämää.

Kroonisen kivun hoidossa ryhmäterapialla on saavutettu positiivisia muutoksia potilaiden kivunhallinnassa ja kipukokemuksessa. Vaikka ainoassa CRPS-potilaiden muutoksia kipuryhmässä tarkastellussa tutkimuksessa kolme viidestä osallistujasta ei saavuttanutkaan merkittäviä muutoksia kivun aiheuttamassa haitassa, täytyy muistaa, että kyseisen tutkimuksen otos oli erittäin pieni. Ryhmäterapiassa on aina myös läsnä ryhmän terapeuttiset tekijät, kuten vertaistuki, toivon juurruttaminen ja mallioppiminen. Näillä ryhmässä esiintyvillä tekijöillä voi olla hyvinkin suuri merkitys kipupotilaan kuntoutumisessa. Ryhmäinterventio on myös erittäin kustannustehokas kuntoutusmuoto. Ryhmän terapeuttisuuden ja kroonisten kipupotilaiden ryhmäkuntoutuksen positiivisten tulosten vuoksi suosittelen kokeilemaan ryhmäterapian toimivuutta rajatusti CRPS-potilailla. Jatkotutkimukset aiheesta ovat erittäin suositeltavia, sillä siitä on erittäin vähän tutkimustietoa. Toimeksiantajan mahdollisen CRPS-ryhmän vaikuttavuuden tarkastelun voisi toteuttaa esimerkiksi opinnäytetyönä. Tällöin tarkastelussa tulisi erityisesti huomioida ja raportoida myös mahdolliset muiden terapioiden vaikutukset ryhmäintervention tuloksiin.

Lähteet

Adams, Z., Newington, L. & Blakeway, M. 2012. Evaluation of outcomes for patients attending a rehabilitation group after complex hand injury. *Hand Therapy* 17, 68–72.

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 2009. Kipuaisti. Teoksessa *Ihminen – Fysiologia ja anatomia*. Helsinki: WSOY.

Case Control Study Checklist. 2013. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 11 questions to help you make sense of case control study. Viitattu 27.5.2014.

http://media.wix.com/ugd/dded87_19dd1d558a9977c0e0b30cedf86a9da7.pdf

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

Estlander, A-M. 2003. *Kivun psykologiaa*. Teoksessa *Fysiatria*. Toim. Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. 3. p., uud. p. Jyväskylä: Duodecim.

Fysiatrian poliklinikka. 2011. Poliklinikan kotisivut Satakunnan sairaanhoitopiirin verkkosivuilla. Viitattu 15.5.2013.

http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=115,81104&_dad=wportal&_schema=WPORTAL

Gockel, M. & Forss, N. 2009. Keskushermoston muovautuvuus monimuotoisessa paikallisessa kipuoireyhtymässä (CRPS). Suomen Lääkärilehden artikkeli. Viitattu 27.11.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>. Nelli-portaali. Terveysportti. Lääkärin tietokannat.

Göransson, H. 2000. Reflektorinen sympaattinen dystrofia (RSD). Teoksessa *Käsikirurgia*. Toim. Vastamäki, M., Vilkki, S., Raatikainen, T., Viljakka, T., Jaroma, H., Göransson, H. ja Jokiranta, J. Helsinki: Duodecim.

Haanpää, M. 2009. CRPS. Teoksessa *Kipu*. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. ja Vainio, A. 3. p., uud. p. Helsinki: Duodecim.

Haanpää, M. 2010. Krooninen kipu. Ajankohtaista Lääkärin käsikirjasta. *Duodecim-lehti* 24, 2873–2876.

Haanpää, M. 2013. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Viitattu 14.12.2013.

<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali. Terveysportti. Lääkärin tietokannat.

Haanpää, M., Kauppila, T., Eklund, M., Granström, V., Hagelberg, N., Hannonen, P., Kyllönen, E., Kyrö, M., Loukusa-Nieminen, T., Luutonen, S., Telakivi, T., Ylinen, A. & Pakkala, I. 2008. Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (complex regional pain syndrome, CRPS). Viitattu 19.5.2014. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti, FACULTAS toimintakyvyn arviointi.

- Harno, H. 2013. Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (CRPS). Lääkäriin käsikirja. Viitattu 25.11.2013. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Terveysportti, Lääkäriin tietokannat.
- Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita.
- Heikkonen, S. 2003. Moniammatillinen hoito ja kuntoutus. Teoksessa Kivun psykologia. Toim. Estlander, A-M. Helsinki: WSOY.
- Helin, R. & Rantala, T. 2000. RSD-potilaan kuntoutus. Teoksessa Käsikirurgia. Toim. Vastamäki, M., Vilkki, S., Raatikainen, T., Viljakka, T., Jaroma, H., Göransson, H. ja Jokiranta, J. Helsinki: Duodecim.
- Hsu, E. 2009. Practical Management of Complex Regional Pain Syndrome. American Journal of Therapeutics 16, 147–154.
- Koho, P. 2011. Kivun pelko yläraajapotilaan kuntoutumisen hidastajana. Lunatum 4, 5–8.
- Kouri, J P., Vastamäki, M. 2000. Yläraajakipu. Teoksessa Käsikirurgia. Toim. Vastamäki, M., Vilkki, S., Raatikainen, T., Viljakka, T., Jaroma, H., Göransson, H. & Jokiranta, J. Helsinki: Duodecim.
- Kuismin, V. 2010. CRPS-1 yläraajapotilas toimintaterapiassa. Suomen Käsiterapiayhdistyksen jäsenlehti Lunatum 1, 14–16.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? Duodecim-lehti 7, 609–615.
- Näytön asteen määrittely. 2013. Hoitosuositusryhmien käsikirja. Osa II Tutkimustiedon kriittinen arviointi. Käypä hoito -toimitus. Viitattu 28.5.2014. <http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>
- L17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 14.4.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lahtinen-Suopanki, T. 2011. Voiko yläraajakivun pitkittymistä ehkäistä? Fysioterapia 2, 26–29.
- Law, M. & MacDermid, J. 2008. Evidence-based Rehabilitation: A Guide to Practice. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Lähdeluettelo. 2013. Lähteiden käyttö. Opinnäytetyön raportointiohje. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 30.5.2014. <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/4-4-lahteiden-kaytto/4-4-2-lahdeluettelo/>

Maihöfner, C., Seifert, F. & Markovic, K. 2010. Complex regional pain syndromes: new pathophysiological concepts and therapies. *European Journal of Neurology* 17, 649–660.

Mann, E., LeFort, S. & VanDenKerkhof, E. 2013. Self-management interventions for chronic pain. *Pain Manage* 3, 211–222.

McCaffery, M. & Beebe, A. 1994. *Pain. Clinical Manual for Nursing Practice*. Aylesbury: Mosby.

O’Connell NE, Wand BM, McAuley J, Marston L & Moseley GL. 2013. Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome- an overview of systematic reviews. *The Cochrane Library*. Viitattu 15.4.2014.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009416.pub2/pdf>

Pohjolainen, T., Rissanen, P. & Alaranta, H. 2008. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet: raajat. Teoksessa *Kuntoutus. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A.* Helsinki: Duodecim.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Aineisto- ja teorialähtöisyys. *Kvali-MOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 16.12.2013.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Sisällönanalyysi. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 19.5.2014.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa *Kivunhoito*. Toim. Sailo, E. & Vartti, A-M. Helsinki: Tammi.

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

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja. Viitattu 15.12.2013. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Salminen, J. & Kouri, J. 2003. Kipu. Teoksessa *Fysiatría*. Toim. Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. Helsinki: Duodecim.

Satakunnan sairaanhoitopiirin organisaatio. 2012. Organisaatiokaavio Satakunnan sairaanhoitopiirin verkkosivuilla. Viitattu 15.5.2013.
http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=119,1&_dad=wportal&_schema=WPORTAL

Schwartzberg, S., Howe, M. & Barnes, M. 2008. *Groups. Applying the Functional Group Model*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Soinila, S. & Haanpää, M. 2007. *Kipu. Teoksessa Neurologia. Toim. Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. Helsinki: Duodecim.*

Systematic Review Checklist. 2013. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 10 questions to help you make sense of a review. Viitattu 27.5.2014.
http://media.wix.com/ugd/dded87_342758a916222fedf6e2355e17782256.pdf

Talo, S., Forssell, H., Heikkonen, S. & Puukka, P. 2001. Integrative group therapy outcome related to psychosocial characteristics in patients with chronic pain. *International Journal of Rehabilitation Research* 24, 25–33.

Turner-Stokes, L., Erkeller-Yuksel, F., Miles, A., Pincus, T., Shipley, M. & Pearce, S. 2003. Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model. *Physical Medicine and Rehabilitation* 84, 781–788. Viitattu 13.5.2014.
<http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993%2803%2900015-7/fulltext>

Vainio, A. 2009. *Kipu ja kärsimys. Teoksessa Kipu. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. ja Vainio, A. 3. p., uud. p. Helsinki: Duodecim.*

Vainio, A. 2009. *Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Duodecim.*

Vastamäki, M. 2002. Reflektorinen sympaattinen dystrofia. Tunnista ajoissa suhteetoman kipeän, huonoliikkeisen, turvonneen käden sairaus. *Suomen Lääkärilehti* 51–52, 5175–5181.

Whittemore & Knafl. 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52, 546–553.

Zagzoog, N., Chinchalkar, S. & Sumsion. 2008. Client satisfaction of hand therapy intervention: An evaluation of the effectiveness of therapy for clients recovered from complex regional pain syndrome. *Canadian Journal of Plastic Surgery* 16, 27–35. Viitattu 17.5.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690627/>

Liitteet

Liite 1. Tiedonhaku tietokannoista

Tietokanta	Hakusana	Osumat	Hyväksytyjä otsikon pe- rusteella	Hyväksytyjä abstraktin perusteella	Hyväksytyjä koko tekstin perusteella
Cinahl	CRPS AND group therapy AND pain management	-	-	-	-
	CRPS AND group therapy	3	1	1	1(1
	CRPS AND pain man- agement	28	8	4	-
	RSD OR causalgia AND group therapy	130	-	-	-
	CRPS AND therapeutic group	-	-	-	-
	chronic pain AND group therapy	87	2	2	2(2
	CRPS AND pain man- agement AND group	1	-	-	-
	Self manage- ment AND coping AND group AND chronic pain	9	-	-	-

(1 Adams, Z., Newington, L. & Blakeway, M. 2012. Evaluation of outcomes for patients attending a rehabilitation group after complex hand injury. *Hand Therapy* 17, 68–72.

(2 Tallo, S., Forssell, H., Heikkonen, S. & Puukka, P. 2001. Integrative group therapy outcome related to psychosocial characteristics in patients with chronic pain. *International Journal of Rehabilitation Research* 24, 25–33.

Turner-Stokes, L., Erkeller-Yuksel, F., Miles, A., Pincus, T., Shipley, M. & Pearce, S. 2003. Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model. *Physical Medicine and Rehabilitation* 84, 781–788.

Tietokanta	Hakusana	Osumat	Hyväksytyt otsikon perusteella	Hyväksytyt abstraktin perusteella	Hyväksytyt koko tekstin perusteella
Pubmed	Complex Regional Pain Syndrome AND group therapy	-	-	-	-
	CRPS AND group therapy	1	-	-	-
	RSD (OR causalgia) AND group therapy	-	-	-	-
	CRPS AND therapeutic group	-	-	-	-
	chronic pain AND group therapy	28	8	2	1(1)
	CRPS AND pain management AND group	22	1	1	-
	Self management AND coping AND group AND chronic pain	153	4	2	1(2)

(1 Tallo S., Forssell H., Heikkinen S. & Puukka P. 2001. Integrative group therapy outcome related to psychosocial characteristics in patients with chronic pain. *Int J Rehabil Res.* 2001 Mar;24(1):25-33.

2) Mann, E., LeFort, S. & VanDenKerkhof, E. 2013. Self-management interventions for chronic pain. *Pain Manage* 3, 211–222.

Tietokanta	Hakusana	Osumat	Hyväksytyt otsikon perusteella	Hyväksytyt abstraktin perusteella	Hyväksytyt koko tekstin perusteella
Cochrane Library	CRPS AND interventions	4	1	1(1	-
	CRPS AND group therapy	23	1	-	-
	CRPS AND group therapy AND pain management	2	-	-	-
	CRPS AND pain management	1	1	1	-
	CRPS AND pain management and group	5	-	-	-
	CRPS AND therapeutic group	5	-	-	-

Tietokanta	Hakusana	Osumat	Hyväksytyt otsikon perusteella	Hyväksytyt abstraktin perusteella	Hyväksytyt koko tekstin perusteella
Arto	CRPS AND Ryhmäterapia	-	-	-	-
	RSD AND Ryhmäterapia	-	-	-	-
	Krooninen kipu AND Ryhmäterapia	-	-	-	-
	Krooninen kipu AND Ryhmä	-	-	-	-
	Complex Regional Pain Syndrome	2	-	-	-
	Chronic pain AND Group therapy	15	-	-	-

Tietokanta	Hakusana	Osumat	Hyväksytyjä otsikon perusteella	Hyväksytyjä abstraktin perusteella	Hyväksytyjä koko tekstin perusteella
Melinda	CRPS AND Ryhmäterapia	-	-	-	-
	RSD AND Ryhmäterapia	-	-	-	-
	Krooninen kipu AND Ryhmäterapia	1	-	-	-
	Krooninen kipu AND Ryhmä	-	-	-	-
	CRPS AND Pain management	1	-	-	-
	Chronic pain AND Pain management AND Group	2	-	-	-

Tietokanta	Hakusana	Osumat	Hyväksytyjä otsikon perusteella	Hyväksytyjä abstraktin perusteella	Hyväksytyjä koko tekstin perusteella
Aleksi	CRPS ja Ryhmäterapia	-	-	-	-
	RSD ja Ryhmäterapia	-	-	-	-
	Krooninen kipu ja Ryhmäterapia	1	-	-	-
	Krooninen kipu ja Ryhmä	-	-	-	-
	CRPS ja Pain management	-	-	-	-
	Chronic pain ja Pain management ja Group	-	-	-	-
	CRPS ja kivunhallinta	-	-	-	-

Liite 2. Arviointivaiheessa sisään otettu aineisto

Tekijät	Aineiston otsikko	Julkaisu
Adams, Z., Newington, L. & Blakeway, M.	Evaluation of outcomes for patients attending a rehabilitation group after complex hand injury.	Hand Therapy 17. 2012.
Talo, S., Forssell, H., Heikkonen, S. & Puukka, P.	Integrative group therapy outcome related to psychosocial characteristics in patients with chronic pain.	International Journal of Rehabilitation Research 24. 2001.
Turner-Stokes, L., Erkeller-Yuksel, F., Miles, A., Pincus, T., Shipley, M. & Pearce, S.	Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model.	Physical Medicine and Rehabilitation 84. 2003.
Mann, E., LeFort, S. & VanDenKerkhof, E.	Self-management interventions for chronic pain.	Pain Manage 3. 2013.
Haanpää, M.	Krooninen kipu.	Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126. 2010.
Kuismin, V.	CRPS-1 yläraajapotiilas toimintaterapiassa.	Lunatum 1. 2010.

Liite 3. Haku- tai arviointivaiheessa poissuljettu aineisto

Tekijät	Aineiston otsikko	Julkaisu	Poissulkemisen syy
O'Connell, NE., Wand, BM., McAuley, J., Marston, L. & Moseley, GL.	Interventions for treating pain and disability in adults with complex regional pain syndrome- an overview of systematic reviews.	Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003.	Käsittelee vain yksilöterapiaa
Schultze H., Bischoff C., v Pein A. & Limbacher K.	Conception and evaluation of a group therapy intervention for patients with chronic pain disorders and applications for early retirement pensions.	Rehabilitation 47. 2008.	Julkaisukieli saksa: ei saatavilla englanniksi tai suomeksi
Hsu, ES.	Practical management of complex regional pain syndrome.	American Journal of Therapeutics 16. 2009.	Käsittelee vain lääkettä ja sähköstimulaatiota CRPS:n hoidossa.
Daly, A. E. & Bialocerkowski, A. E.	Does evidence support physiotherapy management of adult Complex Regional Pain Syndrome Type One? A systematic review.	European Journal of Pain 13. 2009.	Käsittelee vain yksilöterapiaa
Dommerholt, J.	Complex regional pain syndrome – 2: physical therapy management.	Journal of Bodywork & Movement Therapies 8. 2004.	Käsittelee vain yksilöterapiaa
Ersek, M., Turner J., Cain, K. & Kemp, C.	Results of a Randomized Controlled Trial to Examine the Efficacy of a Chronic Pain Self-Management Group for Older Adults.	Pain 138. 2008.	Kohderyhmä rajattu vain yli 65-vuotiaisiin
Suomen Kipu ry.	Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä – CRPS (Complex Regional Pain Syndrome). Opas potilaille ja terveydenhuollon ammattilaisille.	Suomen Kipu ry:n internet-sivut. 2011.	Aineistossa käytettyjä lähteitä ei merkitty

Liite 4. Tutkimusten laadun arviointi

Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Kirjallisuuskatsaus

1	Oliko tutkimuksessa asetettu selkeästi rajattu tutkimuskysymys?	KYLLÄ	EI TIEDETÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisryhmä • Interventio • Oletettu tulos 			
2	Etsivätkö tutkijat tarkoitukseen soveltuvia tutkimuksia?	KYLLÄ	EI TIEDETÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Vastaavatko tutkimukset tutkimuskysymyseen? • Ovatko tutkimustyytit soveltuvia (yleisimmin RCT-tutkimukset)? 			
3	Sisällyttiinkö mielestäsi katsauksen kannalta tärkeit, relevantit tutkimukset?	KYLLÄ	EI TIEDETÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Mitä tietokantoja käytettiin? • Millä kielellä julkaistuja tutkimuksia käytettiin? • Käytettiinkö julkaistuja vai julkaisemattomia tutkimuksia? • Käytettiinkö asiantuntija-apua? 			
4	Arvioiko tutkija riittävän hyvin mukaan valikoituneiden tutkimusten laatua?	KYLLÄ	EI TIEDETÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkijoiden tulee arvioida käyttämiensä tutkimusten perusteellisuutta. Tutkimusten laadun arvioinnin huomiotta jättäminen voi vaikuttaa kirjallisuuskatsauksen tuloksiin. 			

5	Jos tutkimuksen tuloksista on tehty yhtenäinen johtopäätös, oliko se perusteltu?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimusten tulokset olivat samankaltaiset • Kaikkien käytettyjen tutkimusten tulokset on eritelty • Erialaisten tutkimusten tulokset olivat samankaltaisia • Eroavaisuuksia tutkimusten tuloksissa pohditaan 			
6	Voiko tutkimusten tuloksia soveltaa paikalliselle väestölle?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Pohdi, eroavatko tutkitut henkilöt omasta ympäristöstäsi merkittävästi 			
7	Käsiteltiinkö tutkimuksessa kaikkia tärkeitä tuloksia?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Puuttuuko jotakin tietoa? 			
8	Onko interventio kustannustehokas?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Pohdi, vaikka tutkimus ei ottaisi kantaa aiheeseen 			
KYLLÄ-VASTAUKSIA YHTEENSÄ:				

(Systematic Review Checklist 2013.)

Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

Tapaustutkimus

1	Oliko tutkimuksessa asetettu selkeästi rajattu tutkimuskysymys?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Ihmisryhmä • Interventio • Oletettu tulos 			
2	Käyttivätkö tutkijat tarkoituksenmukaisia tutkimusmenetelmiä?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Onko tapaustutkimus soveltuva menetelmä tutkimuskysymykseen vastaamiseksi? • Vastaako se tutkimuskysymykseen? 			
3	Valittiinko tutkittavat tarkoituksenmukaisella tavalla?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Määriteltiinkö tapaukset tarkkaan? • Oliko osallistujien määrä riittävä? • Oliko sairastumisesta kulunut aika soveltuva tutkimukselle? • Valittiinko tutkittavat käyttämällä jotakin tiettyä menetelmää? • Oliko tapauksissa joitakin erityispiirteitä? 			
4	Valittiinko kontrolliryhmä tarkoituksenmukaisella tavalla?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Oliko kontrolliryhmässä joitakin erityispiirteitä • Olivatko he alkutilanteeltaan tai ympäristöltään samanlaisia vai valittiinko heidät satunnaisesti? • Valittiinko kontrolliryhmä jostakin tietystä väestöryhmästä? 			

5	Mitattiinko interventiolle altistuminen tarkasti vääristymien välttämiseksi?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Käytettiinkö objektiivisia vai subjektiivisia mittareita? • Määriteltiinkö altistus selvästi ja mitattiinko sen vaikutus tarkasti? • Olivatko menetelmät samanlaiset kontrolliryhmän kanssa? • Olivatko mittarit validoituja? 			
6	Määrittivätkö tutkijat mahdollisia häirtatekijöitä?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
7	Ovatko tulokset uskottavia?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Suuret vaikutukset kiinnittävät huomion • Voiko tulos olla seurausta vääristymästä, sattumasta tai häirtatekijästä? 			
8	Voiko tutkimusten tuloksia soveltaa paikalliselle väestölle?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI
	<ul style="list-style-type: none"> • Pohdi, eroavatko tutkitut henkilöt omasta ympäristöstäsi merkittävästi 			
9	Sopivatko tutkimuksen tulokset muuhun saatavilla olevan aineiston tuloksiin?	KYLLÄ	EI TIEDEÄ	EI

KYLLÄ-VASTAUKSIA YHTEENSÄ:

(Case Control Study Checklist 2013.)