

Päivi Eilola & Satu Hakkarainen

**MINDFULNESS-KIVUNHALLINTARYHMÄÄN OSALLISTUNEIDEN
KOKEMUKSIA KROONISESTA KIVUSTA JA KIVUNHALLINNASTA**

**MINDFULNESS-KIVUNHALLINTARYHMÄÄN OSALLISTUNEIDEN
KOKEMUKSIA KROONISESTA KIVUSTA JA KIVUNHALLINNASTA**

Päivi Eilola & Satu Hakkarainen
Opinnäytetyö
Syksy 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, Perioperatiivinen hoitotyö

Tekijät: Päivi Eilola & Satu Hakkarainen
Opinnäytetyön nimi: Mindfulness-kivunhallintaryhmään osallistuneiden kokemuksia kroonisesta kivusta ja kivunhallinnasta
Työn ohjaaja: Eija Niemelä, Kati Päätaalo & Merja Jylkkä
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: syksy 2017 Sivumäärä: 54 + 3

Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän kipupoliklinikan kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia Mindfulness-kivunhallintaryhmään osallistuneilla kipupoliklinikan asiakkailla oli kroonisesta kivusta ja kivunhallinnasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkimuksesta saatujen tulosten hyödyntäminen kivunhallintaryhmän toiminnan kehittämisessä.

Opinnäytetyön teoreettinen tausta on koottu hoitotyön, lääketieteen ja kansainvälisten tutkimusten pohjalta ja sen sisältö perustuu tutkittuun tietoon. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluna haastatteleamalla puhelimitse seitsemää kipupoliklinikan asiakasta, jotka osallistuivat Mindfulness-kivunhallintaryhmään syksyn 2016 aikana. Opinnäytetyömme oli luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, joka analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että ryhmän aikana haastateltavien elämänhallintaa oli parantunut yleiskunnon, nukkumisen, kipuun asennoitumisen ja elämänmyönteisyyden osa-alueilla. Vertaistuellalla oli voimaannuttava vaikutus, haastateltavat kokivat olevansa itsevarmempia ja he pyrkivät tekemään mieleisiään asioita. Hengitys- ja keskittymisharjoitusten tekemisen koettiin vievän ajatuksia pois kivusta ja tietoisesta läsnäolon oppiminen mainittiin yhdeksi kivunhallintakeinoksi.

Tämä tutkimus toteutettiin heti kivunhallintaryhmän päättymisen jälkeen, joten olisi hyödyllistä tehdä seurantatutkimus esimerkiksi vuoden kuluttua. Toisaalta tutkimukseen voisi liittää verrokkiryhmän, jolloin tutkimus saisi syvällisempää merkitystä. Tutkimusalueen laajentaminen koskemaan koko Suomea olisi mielenkiintoista.

Asiasanat: Mindfulness, kipu, krooninen kipu, kivunhallinta

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree programme in Health and Social Care, Option of Perioperative Nursing

Author(s): Eilola Päivi & Hakkarainen Satu

Title of thesis: Experiences and Management of Chronic Pain among Participants of a Mindfulness-based Pain Management Group

Supervisor(s): Niemelä Eija, Päätaalo Kati & Jylkkä Merja

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2017

Number of pages: 54 + 3

This study was made in collaboration with the pain outpatient department of the Joint Municipal Authority of Wellbeing in Raasepori District clients. The purpose of the study was to find out what kind of experiences the customers of the pain outpatient department who had participated in the mindfulness-based pain management group had from chronic pain and pain control. The objective of the study was to utilize the results that have been obtained from the study in developing of the operations of the pain management group.

The theoretical framework of this thesis was created on the basis of nursing, medicine and international research. The research material was collected by theme-interviews by interviewing seven patients of the pain outpatient department that participated in the mindfulness-based pain management group in the autumn 2016. This study was a qualitative study which was analyzed using material-based content analysis.

The results of the study showed that the life management of the interviewees had improved in the areas of general condition, sleeping, attitudes towards chronic pain and optimism. Peer support had an empowering impact on the interviewees and they felt more confident and they tried to do pleasant things. Breathing exercises and concentration were experienced to take away thoughts from pain, and awareness of the present moment was mentioned as one of the pain management tools.

This study was carried out immediately after ending the pain management group, so it would be useful to conduct a follow-up study for example, after a year. On the other hand, by using a control group the study would get a more profound meaning. Widening the study area to the whole of Finland would be interesting.

Keywords: Mindfulness, pain, chronic pain, pain management

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KIPU	7
2.1	Kivun vaikutukset	8
2.2	Toimintakyky ja kivunhallinta	9
2.3	Kivun luokittelu	11
2.4	Kivun fysiologiaa	12
2.5	Kivun arviointi	13
2.6	Kivun hoito	15
2.7	Kivun hoitomenetelmiä	16
3	MINDFULNESS	20
3.1	Mindfulness kivunhallinnassa	21
3.2	Breathworks-kivunhallintaohjelma	22
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ	24
5	TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO	25
5.1	Tutkimusympäristön kuvaus	25
5.2	Laadullinen tutkimusmenetelmä	26
5.3	Aineiston keruu	27
5.4	Tutkimustulosten analysointi	28
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	31
6.1	Kivun voimakkuus, sijainti ja laatu	31
6.2	Lääkkeellinen kivunhoito ja siinä tapahtuneet muutokset	32
6.3	Toimintakyvyssä ja pystyvyydessä tapahtuneet muutokset	33
6.4	Kivunhallintakeinojen löytäminen	35
6.5	Kehittämisideat ja palaute	37
7	TULOSTEN TARKASTELUA	40
8	POHDINTA	44
8.1	Tutkimuksen luotettavuus	44
8.2	Tutkimuksen eettisyys	46
8.3	Oppimisprosessin tarkastelua	47
	LÄHTEET	49
	LIITTEET	55

1 JOHDANTO

Kroonisesta kivusta kärsii Suomessa yli miljoona ihmistä ja Euroopassa yli sata miljoonaa. Krooninen kivun hoito maksaa yhteiskunnalle enemmän kuin syöpä, diabetes, sydän- ja verisuonitaudit yhteensä. Monipuolinen ja kokonaisvaltainen kivunhoito on hyvin ajankohtainen asia. Erityisesti lääkkeettömistä hoitokeinoista on saatu valtavasti tutkimustietoa maailmalla. (Miranda 2017, viitattu 28.8.2017.)

Kipu on kaikkialla läsnä, se vaikuttaa ihmisten elämänlaatuun. Kipu koetaan eri tavalla ja siihen vaikuttavat monet asiat. Lisäksi sairaanhoitajan työssä kivun hoitaminen on hyvin haastavaa, sillä toinen ihminen ei täysin pysty ymmärtämään toisen kipua. Kognitiivis-behavioraaliset hoitomenetelmät ovat vakiintuneet kivunhoidon ja kivuntutkimuksen alueella. Hyväksymiseen tähtäävät hoito-ohjelmat, joissa kivun hyväksymisellä pyritään mahdollisimman täysipainoiseen elämään ja henkilökohtaisiin tavoitteisiin kivusta ja siihen liittyvistä tunteista ja rajoituksista huolimatta, vaikuttavat lupaavilta. Erityisesti kroonisten kipupotilaiden hoidossa kivun hyväksymisellä on todettu olevan yhteys parempaan työ- ja toimintakykyyn sekä vähäisempään terveydenhuoltopalvelujen ja lääkkeiden käyttöön. (Elomaa & Estlander 2009, viitattu 2.8.2016.) Mindfulness-menetelmässä opetellaan tietoista läsnäoloa, jonka on tutkittu vähentävän koettua kipua ja lievittävän muita lääketieteellisiä ja psykologisia oireita.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän kipupoliklinikan kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Mindfulness-kivunhallintaryhmässä mukana olleiden kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia kivusta ja kivunhallinnasta. Opinnäytetyön tavoitteena on, että tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kipupoliklinikan järjestämien Mindfulness-kivunhallintaryhmien toiminnan kehittämisessä. Opinnäytetyö tehtiin laadullisena tutkimuksena käyttäen menetelmänä teemahaastattelua ja analysoitiin systemaattisella sisällönanalyysillä.

2 KIPU

Jokainen on joskus tuntenut kipua. Jokainen aistii, kokee, ymmärtää ja tulkitsee kipua omalla tavallaan. Tämän vuoksi myös ne tekijät, jotka aiheuttavat, pahentavat tai helpottavat kipua sekä vaikuttavat sen kanssa selviytymiseen, ovat yksilölliset. (Miranda 2016, 8–11.) Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) on johtava kivun asiantuntijataho, joka on määritellyt kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy myös mahdollinen tai selvä kudosvaurio. Sen mukaan kipu on aina subjektiivista. Kokemus on syvästi henkilökohtainen, ja monenlaiset elämän osatekijät vaikuttavat kivun kokemiseen. (Burch 2012, 39.)

Kivun voi laukaista erityyppiset kehoon kohdistuvat ärsykkeet, jotka aiheuttavat tai uhkaavat aiheuttaa kudosvaurioita. Kipu koetaan yleensä epämiellyttäväksi ja pelottavaksi. Lisäksi kivun aikaisemmat kokemukset vaikuttavat subjektiivisiin kiputuntemuksiin eli siihen, miten itse kukin kivun kokee. Kipua aistittaessa sympaattinen hermosto aktivoituu, jolloin sydämen syke nopeutuu ja verenpaine nousee. Näiden vaikutuksesta verenvirtaus ihoon vähenee. Kohta, jossa kipu tuntuu, vedetään automaattisesti kauemmaksi kipua aiheuttavasta ärsykkeestä, jolla estetään vakavampien vaurioiden syntyminen. Ellei kipuaistia olisi, saattaisi syntyä hengenvaarallisia vammoja. Kipu voi olla äkillistä ja liittyä todelliseen kudosvaurioon, esimerkiksi haavaan tai palovammaan, eli kipu toimii varoitusmerkkinä. Muunlainen kipu, joka voi kestää pitkään ja, joka voi olla jatkuvaa tai uusiutua säännöllisin väliajoin, on kroonista kipua. Samanlaiset kipuärsykkeet voivat aiheuttaa eri ihmisille erilaisia kipukokemuksia, joihin vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset sosiaalisesta ja kulttuuritaustoista riippuen. (Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1999, 151–152.)

2.1 Kivun vaikutukset

Kroonisesta kivusta kärsiviä ihmisiä on Suomessa yli miljoona, maailmassa heitä on miljardin verran (Miranda 2016, 4). Elimistössä voimakkaan kivun vaikutukset ovat pääosin negatiivisia. Kipu nostaa verenpainetta, verisuonet supistuvat, sydämen työmäärä lisääntyy ja hengitystoiminta saattaa huonontua. Kivun pitkittyessä uniongelmia lisääntyvät. Ne voivat liittyä sekä nukahtamiseen että heräilyyn kesken unen. Masennus ja ahdistus lisääntyvät, kun kivun aiheuttaja ei ole selvillä. Kasaantuessaan nämä tekijät vievät voimavaroja, vaikeuttavat ja estävät normaalia elämää sekä aiheuttavat uupumusta. (Huotari 2016, viitattu 8.8.2016.)

Muutkin kuin paikallinen kudosaaurio vaikuttavat koettuun kipuun. Ajatuksilla, asenteilla ja tunteilla on omat vaikutuksensa kivun kokemisessa. Hyvällä mielellä kipua ei välttämättä edes huomaa ja ilon ja onnen tunteet lievittävät akuutin kivun kokemista. Krooninen kipu saattaa häipyä hetkeksi mielestä silloin, kun viettää aikaa hyvien ystävien kanssa ja nauraa hauskoille asioille. Rakastuminen on myönteisistä tunteista ehkä tehokkain kipua lievittävä tunne. Tämä johtuu siitä, että rakastumisessa aivoista erittyy mielihyvä- ja läheisyshormoneja: dopamiinia, serotoniinia, oksitosiinia ja vasopressiinia, jolloin kivunsietokyky nousee. Kipu herättää monia tunteita; merkittävin näistä on pelko. Pelkääminen on inhimillistä - pelko on perua ajalta, jolloin ihmisen eloonjääminen vaati äärimmäistä taistelua, jolloin oli syytäkin pelätä. Monella nykyihmisellä keskushermoston ja aivojen varatutkaimet ovat koko ajan valmiustilassa ja toimivat yliaktiivisesti. Vaarallisiksi tulkittuja viestejä tulvii aivokuorelle; tällöin syntyy kaaos, jolloin hallitsemattomat pelot muuttavat kivun kärsimykseksi. Näiden tunnistamattomien pelkojen tunnistaminen ja niiden hallinta on modernin kivunhoidon keskeisimpiä asioita. Motivaatiolla on merkityksensä kivun kokemisessa ja tulkitsemisessa sekä siinä, miten kipuoire vaikuttaa toimintakykyymme. Voimakas tahto torjuu kivun eikä päästä sitä tietoisuuteen. Urheilijat ovat loistavia esimerkkejä motivaatiosta. Motivaatio toimii myös toiseen suuntaan. Moni ei tule ajatelleeksi työilmapiirin, epäoikeudenmukaisen johtamisen ja työn yksitoikkoisuuden vaikutusta kipuoireisiin ja siihen, miten kivun kanssa kokee pärjäävänsä. Silläkin on merkitystä, miten pitkittynyt kipu vaikuttaa taloudelliseen tilanteeseen. Työelämästä ulos ajautuminen kivun vuoksi ja tulotason romahtaminen saattavat voimistaa katkeruutta ja

väärinkohtelun kokemusta samoin kuin kipua. Lisäksi katkeruuden ja väärinkohtelun tunteisiin kiinni jääminen voi estää kivusta kuntoutumisen. Nykymenetelmillä pystytään osoittamaan se, miten ajatukset, tunteet ja asenteet muuttavat keskushermoston hermoverkkojen toimintaa ja saavat aikaan fysiologisia muutoksia kehossamme. Ihminen on kipuineen ja kärsimyksineen biopsykososiaalinen olento. (Miranda 2016, 10–24.)

Kipu koetaan usein kärsimyksenä, koska se vie tilaa muulta havainnoinnilta ja ajattelulta. Kipua sairastava voi tuskastua, kun hän joutuu kipeänä ajattelemaan, kuinka suorittaisi jonkin tehtävän, jonka tekemisestä hän ei selviä. Kipusairaahan toimintakyvyn heikkenemisen myötä hän saattaa kaventaa oman ja läheisten yhteyttä. Kipuun sairastunut tarvitsee apua, hoitoa sekä kokemusten ja taakan jakamista. Yksin jääminen näiden tarpeiden kanssa lisää monille kärsimystä. (Granström 2010, 88–90.)

2.2 Toimintakyky ja kivunhallinta

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakyky on siten keskeinen osa ihmisten hyvinvointia. Toimintakyvyn ulottuvuudet – fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen – kytkeytyvät monin tavoin niin toisiinsa kuin ympäristön tarjoamiin edellytyksiin ja vaatimuksiin kuten myös yksilön terveyteen ja muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Fyysinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä ja ilmenee esimerkiksi kykynä liikkua ja liikuttaa itseään. Fyysiseen toimintakykyyn luetaan kuuluvaksi myös aistitoiminnot kuten näkö ja kuulo. Psyykkisessä toimintakyvyssä on kyse ihmisen voimavaroista, joiden avulla hän kykenee selviytymään arjen haasteista ja kriisitilanteista. Se liittyy elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin ja se kattaa tuntemiseen ja ajatteluun liittyviä toimintoja. Kognitiivinen toimintakyky mahdollistaa ihmisen suoriutumisen arjessa ja sen vaatimuksissa. Kognitiiviset toiminnot ovat psyykkisiä toimintoja kuten muisti, oppiminen ja keskittyminen. Sosiaalinen toi-

mintakyky sisältää ihmisen vuorovaikutussuhteet, aktiivinen toimijuus ja osallistuja yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Ihmisen toimintakyky riippuu myös ympäristön myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista. Asuin- ja elinympäristö, muiden ihmisten tuki tai erilaiset palvelut ovat tekijöitä, joilla voidaan tukea ihmisen toimintakykyä ja selviytymistä arjessa. (THL 2017, viitattu 9.7.2016.)

Kivunhallinnassa on kyse siitä, miten kipupotilas selviää kipujensa kanssa. Kipupotilaan kivunhallintakeinot riippuvat siitä, kuinka voimakasta kipu on, mitä hän itse ajattelee kivusta ja mitä kipu hänelle merkitsee. Pystyvyyskäsitys muodostuu siitä, missä määrin hän uskoo itse pystyvänsä kipujen kanssa selviytymään. Tällä puolestaan on vaikutuksensa siihen, miten hän yrittää tulla kivun kanssa toimeen. Kivunhallintakeinoin vaikuttavat potilaan elämäntilanne ja tavoitteet. (Estlander 2003, 86—88.) Potilaan kivunhallinnan keinot ovat yksinkertaisia toimintoja, joita potilas toteuttaa arkitoimiensa lomassa selviytyäkseen kipuongelmansa kanssa. Aktiivisia selviytymiskeinoja ovat esimerkiksi musiikki, liikunta, rentoutusmenetelmien käyttö ja huomion suuntaaminen pois kivusta. Passiivisia selviytymiskeinoja ovat esimerkiksi lepääminen, toive tilanteen paranemisesta itsestään, kipulääkkeiden käyttö ja aktiivisuuden välttäminen. (Haanpää & Pohjolainen 2015, viitattu 31.10.2017.)

Pystyvyyden tunne -käsite (Self-efficacy) perustuu Albert Banduran sosiaalisen oppimisen teoriaan (Social learning theory 1977). Teoriassa yksilö nähdään itseohjautuvana toimijana, jonka toimintaa säätelee ennakointi ja harkinta, ja joka pystyy suunnittelemaan elämänsä ja saavuttamaan tavoitteensa itsesäätelyn avulla. Teorian mukaan käyttäytyminen, persoonalliset tekijät ja ympäristö vaikuttavat toisiinsa. Pystyvyyden tunne merkitsee yksilön uskoa kykyynsä vaikuttaa elämänsä tärkeisiin tapahtumiin, ja se motivoi kaikkea oppimista. Pystyvyyden tunteen on voitu osoittaa perustuvan neljänlaiseen informaatioon: tietoon omista aikaisemmista suorituksista, sijaiskokemukseen, muiden ihmisten vakuutteluun ja omien tunnereaktioiden tulkitsemiseen. Pystyvyyden tunteen puuttuessa ihminen toimii tehottomasti, vaikka tietäisikin miten pitäisi toimia. Banduran mukaan myös sosiaalisilla malleilla on pystyvyyden tunnetta vahvistava vaikutus. Esimerkiksi, kun näkee toisen samassa tilanteessa olevan ihmisen kuin hän itse, selviy-

tyvän ja menestyvän, uskoo itselläänkin olevan samanlaisia kykyjä ja mahdollisuuksia selviytyä. Bandura esittää teoriansa soveltamista elämänkaaren mittaiseen kehitykseen, koulutukseen, terveyteen, mielenterveyteen, urheiluun, liike-elämään ja kansainväliseen politiikkaan. (Bandura 1994, viitattu 1.11.2017; Helsingin yliopisto 2017, viitattu 2.11.2017.)

2.3 Kivun luokittelu

Yleensä kipu luokitellaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Perinteinen kivun luokittelu tapahtuu anatomisen sijainnin mukaan esimerkiksi pää-, kaula-, olka- tai yläraajakipu. Elinsysteemin mukaan kipua jaotellaan esimerkiksi vaskulariseksi, somaattiseksi tai viskeraaliseksi kivuksi, ja myös aiheuttajan mukaan esimerkiksi synnytys-, syöpä- tai leikkauskivuksi. Kuitenkaan aina kivun aiheuttajaa ei saada selville. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 150.)

Akuutti kipu

Aistimalla kivun elimistö saa tiedon uhkaavasta kudოსvauriosta. Väistöheijasteen avulla, estetään kudოსvaurion synty tai sen eteneminen. Nopeat reaktiot ovat vaste kivun ensimmäiselle vaiheelle, jolle ominaista on selvä paikantuminen, terävä luonne ja lyhyt kesto. Toisen vaiheen kipu on syvää ja laajempaa, joten tämä vaihe on tärkeää kudოსvaurion paranemiselle. Vaurioitunut ruumiin osa tarvitsee lepoa, jotta vaurioitunut alue paranee. Voimakas akuutti kipu aiheuttaa neurohumoraalisia vasteita, joten elimistö pystyy kompensoimaan elintärkeitä toimintoja, esimerkiksi ylläpitämään verenpainetta ja hengitystä. Akuutilla kivulla on yleensä selvä syy ja sitä voidaan hoitaa tehokkaasti nykyisillä kivunhoitomenetelmillä. Hyvän kivunlievityksen ansiosta akuutit kivut ja kudოსvauriot paranevat päivien tai viikkojen kuluessa. (Kalso ym. 2009, 104–105.)

Krooninen kipu

Krooninen kipu määritellään kivuksi, joka kestää yli 3—6 kuukautta tai joka kestää pitempään mitä kudoksen odotettu paranemisaika on. Krooninen kipu alkaa myös rasittaa potilasta psykososiaalisesti. Kudოსvauriosta johtuvan kroonisen kivun taustalla on perustauti, jota ei saada hallintaan. Esimerkiksi nivelreuma on

pitkäaikainen tulehduksellinen sairaus, johon liittyy kipua. Hermovaurioista aiheuttavan kivun mekanismit ovat erilaisia, esimerkiksi ääreishermoston, selkäytimen tai aivojen vaurio tekee kipuviestä siirtäviin ratoihin muutoksia. Tästä johtuen tavallinen kosketuskin voi muuttua kivuksi. (Kalso ym. 2009, 106.) Kroonisessa kivussa kivun voimakkuus ja haitta-aste vaihtelevat suuresti. Krooniseen kipuun liittyy myös erilaisia ongelmia kuin akuuttiin kipuun. (Pöyhiä 2014, viitattu 10.8.2016.) Kivun vaikeusaste määrittää kroonisen kivun vaikutusta potilaan toimintakykyyn ja kroonisen kivun vaikeusaste voidaan määrittellä sen aiheuttamia toimintakyvyn muutoksia käyttäen. Arviossa otetaan huomioon sekä toiminnoissa suoriutuminen, että osallistuminen. (Kalso ym. 2009, viitattu 12.7.2016.)

Kipu voidaan jakaa neuropaattiseen ja nosiseptiseen kipuun. Nosiseptinen kipu jaetaan edelleen somattiseen ja viskeraaliseen kipuun eli sisäelinkipuun. Viskeraalista kipua on esimerkiksi kudoksen venymisestä tai voimakkaasta supistumisesta aiheutuva kipu. Somaattinen kipu on esimerkiksi ihohaavan aiheuttama tai luulihaksista, sidekudoksista tai nivelistä lähtevää kipua. Kipua aiheuttavat myös voimakkaat mekaaniset tai kemialliset ärsykkeet ja lämpötilat. (Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1999, 151–152.) On olemassa toki täysin kivuttomiakin ihmisiä, joilta puuttuu synnynnäisesti kyky tuntea kipua. Kyseessä on hyvin harvinainen synnynnäinen geenimutaatio. Yleensä se johtaa vammojen ja niiden aiheuttamien komplikaatioiden vuoksi kuolemaan. (Haanpää & Pohjalainen 2015, viitattu 22.6.2016.)

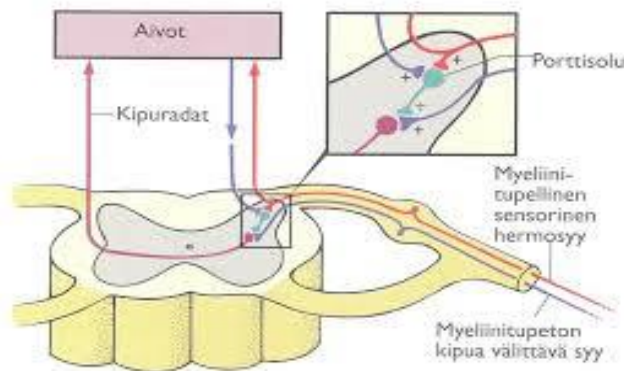
2.4 Kivun fysiologiaa

Kipuaistin tehtävä on varoittaa elimistöä uhkaavasta vauriosta samoin kuin sen paranemisesta. Paranemisen myötä kipu yleensä hellittää ja toiminnot palaavat normaaleiksi. Kipuaisti on myös välttämätön hengissä säilymisen kannalta. (Haanpää & Pohjalainen 2015, viitattu 12.7.2016.)

Kudosvaurion aiheuttaman ärsykkeen ja kivun tuntemisen välillä on monimutkaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia. Tapahtumat voidaan jakaa neljään vai-

heeseen: transduktioon, transmissioon, modulaatioon ja perseptioon. Transduktio on tapahtuma, jossa kudokseen kohdistunut ärsyke johtaa hermopäätteiden aktiopotentiaalien syntymiseen. Transmissiossa kipuviesti kulkeutuu hermosoluja pitkin keskushermostoon. Perifeeriset sensoriset hermot välittävät impulsseja selkäytimessä sijaitseviin päätteisiin. Selkäytimen välittäjäneuronien verkosto aktivoituu, sekä kuljettaa viestiä selkäytimestä aivorunkoon ja talamukseen sekä aivokuorelle. Modulaatio on kivun muuntelua hermostossa. Keskushermostossa on inhibitorisia ratoja, jotka estävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa selkäytimessä. Perseptio on kipua välittävien neuronien aktivoitumisen aiheuttamaa subjektiivista tunnetta. (Kalso ym. 2009, 78.)

Kipuradan ensimmäisessä synapsissa kipusignaali vaimenee. Selkäytimen takasarven erikoistuneet hermosolut, porttisolut estävät välittäjäaineiden vapautumisen. Ihosta tuleva sensoristen hermosyiden haarat aktivoivat porttisoluja, siksi ihoärsyke lievittää kipuaistimusta (katso kuvio 1).



KUVIO 1. Porttikontrolliteoria (Haug, E. ym. 1999, 152.)

2.5 Kivun arviointi

Kipu aiheuttaa haittaa ihmiselle mm. aiheuttamalla elämäntavan muutoksia. Kivun vaikutusta ihmisen elämään arvioidaan WHO:n ICF-luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health) pohjana käyttäen. ICF-luokitus on kehitetty määrittelemään monipuolisesti terveydentilaan liittyvän toiminta-

kyvyn aihealueita, joita voidaan käyttää viitekehyksenä toimintakyvyn arvioimisessa. Osa-alueita ovat ruumiin ja kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen, ympäristö- ja yksilötekijät. (Kalso ym. 2009, viitattu 12.7.2016.)

Lähtökohta kivun arviointiin on potilaan oma arvio kivustaan. Kivun kesto, tyyppi ja sijainti voidaan arvioida kipupiiroksen avulla ja kivun voimakkuus arvioidaan jollakin yleisesti käytetyllä mittarilla, esimerkiksi käyttämällä kipujanaa (Visual analogue Scale, VAS), numeerisella asteikolla 0—10 (Numerical Rating Scale, NRS), sanallisella arviolla (Verbal Rating Scale, VRS) tai kasvokuvilla. (Käypähoito 2015, viitattu 26.6.2016.)

Kroonisen kivun aiheuttaman haitan arviointiin on kehitetty 1980-luvulta lähtien kvantitatiivisia menetelmiä. Amerikkalainen Pain Disability Index (PDI) perustuu potilaan omaan ilmoitukseen kivun aiheuttamasta haitasta. Lyhyessä kyselylomakkeessa potilas arvioi, miten paljon kipu haittaa toimintaa seitsemällä eri elämänalueella kuten vastuu kodista ja perheestä, vapaa-ajan harrastukset, sosiaaliset suhteet, työelämä, seksuaalisuus, itsensä hoitaminen ja elämää ylläpitävät perustoiminnot. (Kalso ym. 2009, viitattu 2.8.2016.)

Kipututkimuksessa elämänlaatumittarit ovat potilaan täyttämiä validoituja kyselylomakkeita, joiden antamaa tulosta verrataan ikäkaltaistetun verrokkiväestön tuloksiin. Yleiset eli geneeriset mittarit ovat vertailukelpoisia eri sairauksissa ja tautispesifiset mittarit on kehitetty tietyn potilasryhmän arviointiin. Kipututkimuksissa elämänlaatua on eniten mitattu SF-36-mittarilla, jossa elämänlaatua arvioidaan kahdeksalla eri elämänalueella. Hoitomenetelmien vaikuttavuutta kivunhoidossa voidaan mitata Suomessa kehitetyllä 15D-mittarilla, joka muodostuu 15 fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja toimintakykyä mittaavasta ulottuvuudesta. (Kalso ym. 2009, viitattu 2.8.2016.)

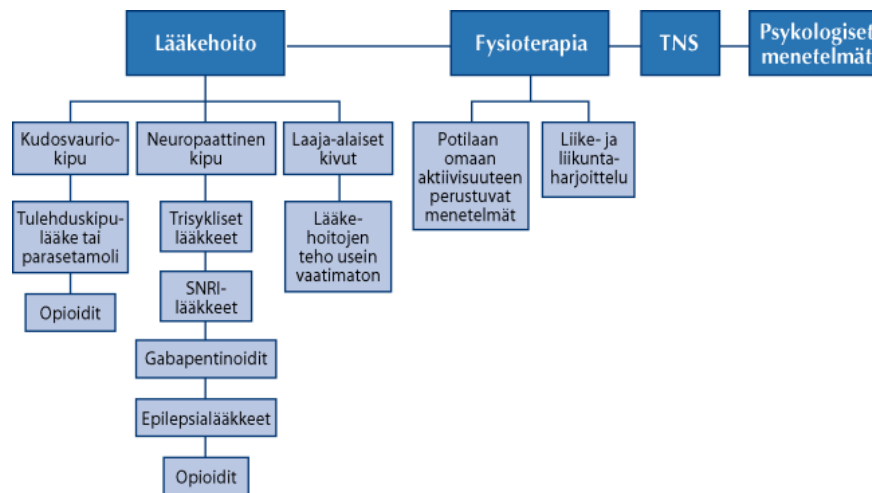
2.6 Kivun hoito

Toimiva hoitosuhde on kipupotilaan hyvän hoidon perusta. Tämä edellyttää, että potilaan tutkimiseen varataan tarpeeksi aikaa. Jokaisella kivun vuoksi tapahtuneella vastaanottokäynnillä potilaan kipua ja toimintakykyä tulee arvioida ja kirjata. Hyvä hoito edellyttää hoitosuunnitelman laatimista potilaan kanssa, jossa hoidon tavoitteina ovat kivun lievittyminen, toimintakyvyn kohentuminen ja elämänlaadun paraneminen. Kivun hoito toteutetaan viipymättä, kun kivun syy on tiedossa. Hoitosuosituksessa korostetaan moniammatillista lähestymistapaa pitkäkestoisen kivun hoidossa ja kuntoutuksessa. Hoidon perusta ovat lääkkeettömät hoidot, joissa keskeisiä ovat liikunta, terapeutin harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen terapia, kylmä- ja lämpöhoito ja TNS. Lääkkeellinen hoito liitetään hoitoon tarvittaessa. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Lääkehoito

Tulehduskipulääkkeet ovat oikein käytettynä tehokkaita kivun ja tulehduksen lievittäjiä, tärkeimpiä indikaatioita ovat, leikkauksen jälkeiset ja vammoihin liittyvät kivut, lihas- ja luustoperäiset kipu- ja tulehdustilat, erityisesti reuma- ja artroosikivut, syövästä aiheutuvat kivut, migreeni, kuukautiskivut sekä eräät koliikit. Tulehduskipulääkkeisiin liittyy myös haittavaikutuksia. Opioidit ovat tehokkaita akuuteissa kiputiloissa, jossa kipu johtuu kudosaivuriosta, tulehduksesta tai iskemisestä kivusta. Opioidia käytetään syöpäkivun hoidossa, mutta suurin osa kroonisista kivuista ei lieviy opioideilla. Trisyklisiä masennuslääkkeitä käytetään kroonisen hermovauriokivun hoidossa, vyöruusun jälkeisessä kivussa, neuropatiassa, aivoverenkiertohäiriön jälkeisessä kivussa, migreenissä, kroonisessa selkäkivussa ja syöpäkivuissa. Trisyklisillä masennuslääkkeillä on lukuisia haittavaikutuksia. Natriumkanavia salpaavat epilepsialääkkeet tehoavat hermovaurioista aiheutuvaan kipuun, johon liittyy viiltävä tai sähköiskumainen komponentti. Neuroleptejä on käytetty kroonisen kivun hoidossa unettomuuteen ja ahdistuneisuuteen. Kroonisen kivun hoidossa tulee harkita lääkkeiden yhdistelmäkäyttöä. Kun yhdistetään kivunsäätelyjärjestelmään eri kohdissa vaikuttavia aineita, silloin saadaan aikaan parempi kivunlievitys ja vähemmän haittavaikutuksia. Esimer-

kiksi tulehduskipulääkkeiden ja opioidien yhteiskäyttö lisäävät toistensa vaikutusta. Tästä on syöpäkivunhoidossa saatu hyviä kokemuksia. Ulkoisesti käytettäviä ovat tulehduskipulääkkeet, joita annostellaan paikallisesti, esimerkiksi nivelreumasairauksiin. Lidokainliuosta tai –geeliä käytetään akuuttien vaikeiden limakalvokipujen hoitoon (katso kuvio 2). (Kalso ym. 2009, 18–217.)



KUVIO 2. Kivunhoidon periaatteet (Heino ym. 2017, viitattu 19.10.2017.)

2.7 Kivun hoitomenetelmiä

Lämpöhoito sopii nivelrikon, nivelreuman, selkä- ja niskakipujen esihoitoon. Lämpöhoidon kesto on noin 10–20 minuuttia, riippuen potilaan subjektiivisesta tuntemuksesta. **Kylmähoitoa** käytetään pehmytkudosvammojen hoidossa ja se soveltuu myös nivelrikko- ja nivelreumapotilaiden hoitoon, sillä se lievittää nivelten turvotusta ja kipua. Kylmähoidossa verisuonet supistuvat ja aineenvaihdunta ja turvotuksen muodostus hidastuvat. Kylmähoitoa annetaan kylmäpakkauksilla noin 0–15 minuuttia kerrallaan. Kylmähoitoa voidaan antaa myös kylmägeelien ja -voiteiden avulla. **Akupunktio** on vanha kiinalainen hoitomenetelmä, jota käytetään kivunhoidossa intramuskulaarisena eli lihaksensisäisenä ärsytyshoitona. Neuloja asetetaan akupunktuurikarttojen mukaisiin pisteisiin ja hoitoa voidaan tehostaa neuloihin yhdistettävällä sähköhoidolla. **TNS**, transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio, on eniten käytetty sähkökipuhoitomenetelmä. Vaikutusmekanismi on selitetty porttikontrolliteorialla ja opioidimekanismien kautta. (Arokoski 2015, viitattu 9.7.2016.)

Fysioterapiamenetelminä käytetään hierontaa, nivelten mobilisointia ja manipulointia. Hieronnalla vähennetään kipua ja rentoutetaan kireää lihaskudosta. Hieronta vaikuttaa hermostoon kokonaisvaltaisesti, ja yhdistettynä terapeuttiseen harjoitteluun se vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä. Nivelten mobilisoinnilla tarkoitetaan rauhallista nivelten fysiologisella liikeradalla tehtävää liikettä, ja loppuvaiheessa nivelkapselin ja nivelsiteiden venytystä, jonka terapeutti suorittaa. Nivelten manipuloinnissa ylitetään nivelen fysiologinen liikelaajuus, tarkoituksena on palauttaa rajoittuneen nivelen liikelaajuus ja lievittää kipua. Apuvälineet ja ympäristön ergonomiset muutokset helpottavat potilaan toimintaa ja vähentävät kipuja pienentämällä niveliin kohdistuvaa kuormitusta. Toimintaterapeutit arvioivat potilaan apuvälineiden sekä asunnon ja ympäristön muutostarvetta. (Arokoski 2015, viitattu 9.7.2016.)

Psykologisia hoitomenetelmiä käytetään yksilö- ja ryhmähoitoina, hoidoilla pyritään vaikuttamaan potilaan kipukokemukseen, kipukäyttäytymiseen ja suhtautumiseen kipuunsa. Muutokset kipupotilaan ajattelutavoissa johtavat usein muutokseen käyttäytymisessä, tunnereaktiossa ja toimintatavoissa. Hoidon tavoitteena on potilaan oman hallinnan ja pystyvyyden kokemisen, selviytymisen ja valintamahdollisuuksien kehittäminen ja vahvistaminen. Tärkeää hoidon onnistumiselle on, että potilas sitoutuu hoitoon ja ottaa aktiivisesti vastuun kuntoutumisestaan sekä on riittävän motivoitunut. (Elomaa & Estlander 2009, viitattu 8.8.2016.)

Kognitiivisen psykoterapian teoriat perustuvat ihmisen mielensisäisestä tiedonkäsittelystä saatuun tietoon. Käsite kognitio tarkoittaa prosessiluonteisia toimintoja, kuten havaitsemista, tarkkaavaisuuden suuntaamista, muistamista, päätöksentekoa, toiminnan syiden selittämistä, tulkitsemista, ajattelua jne. Tunteet ovat tärkeää tietoa terapiatyössä. Kognitiivista psykoterapiaa sovellettiin aluksi masennuksen hoidossa, nykyään sitä käytetään myös mm. unettomuuden ja kivun hoidossa. Toteutusmuotoja ovat ryhmäterapia, pariterapia, lasten ja nuorten psykoterapia sekä ”nettiterapia”. Perinteisessä terapiamallissa työskennellään potilaan vääristyneiden tai haittaavien ajatusten kanssa, nykyään terapiaan on yhdistetty tietoisuustaitoja korostava näkökulma. Mieleen tulevien impulssien sisältöä ei pyritä muuttamaan vaan suuntaamaan tarkkaavaisuus juuri meneillään

olevaan hetkeen. Siten mieleen tulevat ajatukset ovat vain ajatuksia, ei sen kummempaa. Kun potilas ei reagoi haittaaviin ajattelu- ja toimintaimpulsseihinsa, ne sammuvat vähitellen. (Karila 2014, viitattu 10.8.2016.)

Kipukokemus on erilainen ilmiö kuin tunnekokemukset. Kipuaistimus johtaa ensisijaisesti kipuhavaintoon ja on siten lähempänä muita havaintoja kuin tunnekokemuksia. Psykologisten menetelmien vaikutus kivun hoidossa kohdistuu kipukokemuksen psykologiseen osa-alueeseen ja kivun tuottamiin seurauksiin ihmisen psykofyysiselle kokonaisuudelle, ei suoranaisesti kipuaistimukseen. Kroonisen kivun seurauksena on usein mielenterveyden häiriön oireita. Hän saattaa masentua tai ahdistua, jolloin tilanne voi kehittyä mielenterveyden häiriöksi. Toisaalta kipu on usein yhtenä osana ja joskus ainoana oireena elimellisoireisissa mielenterveyden häiriöissä. Tämän vuoksi psykiatriset menetelmät tulevat usein harkittavaksi kipupotilaan tutkimisessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Masennuksen hoito on tavallisin kipupotilaan hoito. Krooninen kipu ja masennus ovat molemmat pitkäaikaisia ja niitä joudutaan hoitamaan yhtä aikaa. Lisäksi ne huonontavat toistensa paranemisennustetta. Toivottavaa olisi, että jo tutkimusvaiheessa kroonista kipua potevalle järjestettäisiin psykiatrin konsultaatio harkinnan perusteella suhteellisen matalalla kynnyksellä. (Granström 2009, viitattu 10.8.2016.)

Kivunhallintaryhmä

Kasvava tietoisuus kivun monimutkaisuudesta on saanut lääkärit kehittämään monipuolisia kivunhallintaohjelmia, jotka auttavat perusteellisella tavalla hallitsemaan niitä tapoja, joilla kipu vaikuttaa henkilön elämään (Burch 2012, 44). Krooninen kipu aiheuttaa syrjäytymistä ja sosiaalista eristäytymistä. Ryhmissä saatava vertaistuki voimaannuttaa hälventäen kroonista kipua potevan ihmisen pelkoja rohkaisemalla, kannustamalla ja auttamalla nousemaan jaloilleen, jos ihminen kompuroi. Toinen saman kokenut myötäelää ja ymmärtää, eikä tuomitse tai syyllistä. Vertaistuen avulla kivun ja elämän haltuunotto onnistuu, kun kipua ei tarvitse ryhmässä selitellä eikä puolustella – kukaan ei käännä sen vuoksi selkäänsä. Parhaiten voimaantumisen tapahtuu kohtaamalla kasvotusten ja katsoamalla toista ihmistä silmiin. Silloin, kun tämä ei ole mahdollista, muitakin keinoja onneksi löytyy. Internetistä ja sosiaalisesta mediasta löytyy ryhmiä, joihin krooni-

sesta kivusta kärsivät voivat hakeutua. Tutkimukset sosiaalisen median vaikutuksista kroonista kipua kokevan elämään ovat osoittaneet, että tutkimukseen vastanneet ovat pääasiassa kokeneet saaneensa ryhmien avulla lisää henkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Vertaistuen myönteisen tuen avulla pystyvyyden- ja hallinnantunne on lisääntynyt. Vertaistukiryhmät netissä on koettu tarpeellisiksi sen vuoksi, että tunteistaan, myös kielteisistä, pystyy puhumaan. (Miranda 2016, 90–92.)

3 MINDFULNESS

Tietoisen läsnäolon juuret ovat buddhalaisessa meditaatiossa. Tietoista läsnäoloa on viime vuosikymmeninä sovellettu Jon Kabat-Zinnin johdolla avuksi nykyelämän vaatimuksissa. Tietoinen läsnäolo on tarkoituksellista, kokemuksellista ja painottuu tietoisuuteen nykyhetkestä. Se on myös hyväksyvää. (Burch 2008, 63–64). Mindfulness tarkoittaa hyväksyvää tietoista läsnäoloa. Se on mietiskelyn muoto, jossa opetellaan avointa, uteliasta ja hyväksyvää suhtautumista itseemme, elämän tapahtumiin ja kokemiimme tunteisiin. Tietoisuusharjoitusten aikana opitaan kohdentamaan huomio tässä hetkessä tapahtuviin asioihin ilman, että yritetään arvioida tai muuttaa tapahtuvaa. Kehon tuntemuksia voi opetella sallimaan ja hyväksymään eikä vaikeitakaan tuntemuksia tarvitse torjua tai tukahduttaa. Ajan myötä henkinen ja fyysinen vointi paranee. (Miranda 2016, 142–145.)

Tietoista läsnäoloa käytetään rentoutus- ja stressinhallintakeinona, mutta sillä on roolinsa myös kivunhoidossa. Sen mukaan kipua ei vain pidä sietää vaan läsnäolon avulla on mahdollista katkaista kieltämisen, torjumisen ja välttämisen noidankehä. Tilalle saadaan myötätuntoisempi ja hyväksyvämpi suhtautuminen kehollisiin tuntemuksiin sekä niiden aiheuttamiin tunteisiin ja ajatuksiin. Mindfulnessia on helppo toteuttaa, se on edullista ja sillä on varsin vähän, jos lainkaan, haittavaikutuksia. Se on yksi turvallisimpia ja yksinkertaisimpia tapoja lisätä kivunhallintaa, mutta se vaatii aluksi opettelua ja harjoittelua ja alun jälkeen jatkuvaa ylläpitämistä taidon säilyttämiseksi. (Miranda 2016, 142–145.)

Tietoiseen läsnäoloon perustuvassa menetelmässä kivun syy ei ole pääasia. Tärkeintä on kokemus kivusta. Usein syytä ei löydetä, mutta on mahdollista löytää uusia tapoja selviytyä. Olennaista on kiinnittää huomio kokemukseen kokonaisuutena, vaikka siihen sisältyisikin kipua. Tietoista läsnäoloa voidaan harjoittaa muiden hoitojen ohella. (Burch 2012, 36–37.)

Suomalaisen verkkosivuston mukaan Mindfulnessia ei voi oppia pelkästään lukemalla, vaan se avautuu oman kokemuksen kautta. Mindfulness-menetelmän harjoittelun myötä asioihin opitaan suhtautumaan toisin ja järjestämään asiat niin, että elämä ei päivästä toiseen ole suorittamista ja ponnistelua. Stressaavat ja ahdistavat tilanteet hallitaan paremmin, itsearvostus paranee ja tästä hetkestä ja elämästä opitaan nauttimaan. (Mälkiäinen 2017, viitattu 1.11.2017.)

3.1 Mindfulness kivunhallinnassa

Kivun ja sairauden kanssa eläville on erityisen tärkeää tietoisien läsnäolon tuominen kehoon. Yksi tehokkaimpia keinoja on tulla tietoiseksi hengityksestä. Hengityksen läsnäolo ja rytmi kehossa on jatkuvaa. Tiedostamalla hengityksensä on hetken aikaa luonnollisesti tietoinen kehostaan. Hengitys on kautta historian ja monissa kulttuureissa liitetty terveyteen, tietoisuuteen ja henkisyyteen. Täysipainoista, koko kehon hengitystä kutsutaan palleahengitykseksi. Kipujen ilmaantumisessa hengitys todennäköisesti hankaloituu, mutta ajan mittaan jo tietoisuus tästä auttaa hengittämään vapaammin. (Burch 2012, 109–114.)

Tietoiseen läsnäoloon perustuvan kivunhallintaohjelman menetelmän juuret ovat 1970-luvulla, jolloin lääketieteen professori Jon Kabat-Zinn perusti stressinhallintaklinikan ja –keskuksen Massachusettsin yliopistolliseen sairaalaan ja kehitti stressinhallintaohjelman (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR). Vidyamala Burch, englantilaisen Breathworks-järjestön perustajajäsen, kehitti Breathworks-nimisen kivunhallintaohjelman (Mindfulness-Based Pain Management, MBPM), joka on käytössä monissa Euroopan maissa sekä muissa maanosissa. Menetelmä perustuu meditaatio-ohjelmaan, jonka Vidyamala Burch kehitti etsiessään helpotusta vakavaan selkävamman. Tutkittaessa kroonisesta kivusta kärsiviä on osoittautunut, että tietoinen läsnäolo vähentää heidän kokemansa kivun määrää ja lievittää muita lääketieteellisiä ja psykologisia oireita. (Burch 2012, 35, 153–155.)

3.2 Breathworks-kivunhallintaohjelma

Tietoiseen läsnäoloon perustuvassa kivunhallintaohjelmassa käytetään länsimaissa melko tuntemattomina viime aikoihin asti olleita ikivanhoja meditaatioharjoituksia. Harjoituksissa keskitytään seuraamaan hengityksen virtaamista kehoon ja siitä ulos. Nämä harjoitukset lisäävät tunnetason vakautta, jolloin on tilaisuus kokea voimakkaita tunteita täydesti samalla kun voi ottaa niihin etäisyyttä (Burch 2012,155). Ohjelmassa kannustetaan myös muuttamaan joitain alitajuisia ajattelu- ja käyttäytymismalleja, jotka voivat sisältää yllättävän määrän kärsimystä. Ohjelma on suositeltavaa toteuttaa kahdeksan viikon aikana, sillä ohjelma etenee vaihe vaiheelta ja tietoinen läsnäolo saa voimansa toistoista. (Burch & Penman 2016, 20—52.)

Seuraavassa 8-viikon Breathworks-ohjelman vaiheet (Burch & Penman 2016, 53—55.):

Ensimmäisellä viikolla kehomeditaatioissa tietoisuus pyritään kohdistamaan kehon eri kohtiin ja keskittymään niissä havaittuihin tuntemuksiin. Tämä meditaatio tuo esiin sen, mikä on tuntemuksen ajattelemista ja mikä on suoraa kokemista. Se auttaa tunnistamaan ensisijaisen ja toissijaisen kärsimyksen välisen eron. Tällöin myös suhde kipuun ja sairauteen muuttuu syvällä tavalla.

Toisella viikolla hengitys ankkurina -meditaatio auttaa tulemaan yhä tietoisemmaksi ajatuksista ja tunteista ja myös luopumaan niistä, jotka aiheuttavat kärsimystä. Se opettaa luopumaan kärsimyksestä asteittain niin, että vähitellen voi alkaa elämään täyttä elämää. Keskittyminen hengitykseen lievittää hiljalleen ahdistusta, stressiä ja masennusta ja edistää fyysistä paranemista tehostamalla hermoston parasympaattista, tyynnyttävää osa-aluetta.

Kolmannella viikolla tutustutaan lempeisiin tietoisien liikkeen harjoituksiin, jotka on suunniteltu erityisesti Breathworks-ohjelmaa varten. Ne perustuvat löyhästi joogaan ja pilatekseen ja estävät passivoitumisen ja auttavat rakentamaan itse-

luottamusta ja rohkeutta. Kehoon kannustetaan suhtautumaan tietoisesti, lempeästi ja ymmärtäväisesti päivittäisiä askareita tehdessä ja opetellaan myös jaksottamaan arjen askareita.

Neljännellä viikolla myötätuntoisen hyväksymisen -meditaation kautta opitaan kohtaamaan lempeästi vaikeudet ja hyväksymään asiat, joita ei voi muuttaa ja lieventämään tai ylittämään ne, joita voi. Meillä on taipumus vältellä tai torjua ajatuksia, tunteita ja tuntemuksia, jotka ovat vaikeita tai hermostuttavia. Tämä hyväksymisen ja sallimisen hetki auttaa osoittamaan lempeyttä heikkouksille ja vaikeuksille.

Viidennellä viikolla voimistetaan edellisen viikon taitoa kohdata maailma uudella tavalla koko katkeransuloisessa kauneudessaan. Mielihyvän aarre – meditaatioissa keskitytään yksinkertaisiin nautintoihin kuten käsien lämpö tai lempiruuan maku. Kivun ja kärsimyksen vähentämisen ohella on yhtä tärkeää alkaa jälleen rakastaa elämää.

Kuudennella viikolla avoimen sydämen – meditaatio on kivunhallinnan kulmakivi. Meditaatio auttaa vaalimaan varmaa, ystävällistä ja laajaa tietoisuutta. Se auttaa vähentämään taistelua itseämme sekä kivun ja stressin todellisuutta vastaan, ja se opettaa olemaan myötätuntoisempi itseä kohtaan.

Seitsemäs viikko rakentuu edellisten tapaan edelliselle viikolle ja auttaa ulottamaan voimistuneen lempeyden ja myötätunnon itsestä toisiin ihmisiin. Yhteysmeditaatio hälventää erillisyyden tunnetta, joka usein liittyy kokemuksiin. Se auttaa elämään sovussa itsensä ja toisten kanssa riippumatta siitä miten fyysisesti eristynyt on tai tuntee olevansa.

Kahdeksannella viikolla valmistaudutaan loppuelämää varten. Se on yleiskatsaus koko ohjelmaan ja auttaa laatimaan tietoisien läsnäolon ohjelman, jota pystyy ylläpitämään pitkällä tähtäimellä. Se muistuttaa siitä, että vaikka emme pysty kontrolloimaan sitä, mitä elämässä tapahtuu, voimme aina valita, miten suhtaudumme siihen.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvata Mindfulness-kivunhallintaryhmään osallistuneiden kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia kivusta, sen lääkehoidosta, toimintakyvyssä ja pystyvyydessä tapahtuneista muutoksista sekä kivunhallinta-keinoista. Tutkimuksen tavoitteena on tutkimustulosten hyödyntäminen Mindfulness-kivunhallintaryhmän toiminnan kehittämisessä.

Tutkimustehtävä

Millaisia kokemuksia Mindfulness-kivunhallintaryhmään osallistuneilla on kroonisesta kivusta ja sen hallinnasta?

5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO

5.1 Tutkimusympäristön kuvaus

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän kipupoliklinikka on toiminut vuodesta 1994. Toiminnasta vastaa 3 kipulääkäriä ja 2 kipuhoitajaa yhdessä toimintaterapeutin kanssa. Poliklinikan työnkuva sisältää kipuvastaanoton, osastojen kipukonsultaatiot, syöpä- ja saattohoitopotilaiden kivunhoidon, sisäiset koulutukset ja kivunhallintaryhmät. Raahen sairaala ja terveystakeskus sijaitsevat samassa rakennuksessa, mikä mahdollistaa nopeat konsultaatiot, jatkohoidon järjestymisen ja syöpäpotilaiden kipukonsultaatiot, joihin kuuluvat kipupumput ja erityistekniikat sekä palliatiivinen hoito.

Kipupotilaat tulevat poliklinikalle lääkärin läheteellä lähialueilta ja OYS:n erityisvastuualueen eteläisistä kunnista. Käyntejä kertyy vuoden aikana n. 1 200. Potilaita lähetetään myös suoraan kivunhallintaryhmiin muista sairaaloista, terveystakesuksista ja kuntoutuslaitoksista. Kivunhallintaryhmät ovat Suomessa pääosin kipupoliklinikoiden järjestämiä. Myös fysiatria, psykiatria, kuntoutuslaitokset ja yksityiset yritykset järjestävät erilaisia kivunhallintaryhmiä. Esimerkkinä erilaisista kivunhallintamenetelmistä ovat kognitiivinen psykoterapia, hengitys-, rentoutus- ja fysioterapia, Mindfulness, Brattbergin kipumestari-ohjelma, keskusteluryhmät sekä potilaiden omat ryhmät.

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän kipupoliklinikka on järjestänyt Mindfulness-kivunhallintaryhmiä vuodesta 2012 puolivuositain. Kivunhallintaryhmää vetävät kipulääkäri ja toimintaterapeutti. Kipulääkäri on koulutukseltaan anestesian erikoislääkäri ja hänellä on kivunhoidon erityispätevyys. Lisäksi hän on tutustunut kognitiiviseen terapiaan, on Asahi-ohjaaja ja kouluttautunut Mindfulnessiin perustuvaan kivunhallintaan (Breathworks, Englanti). Toimintaterapeutilla on pitkä kokemus erilaisten ryhmien ohjaamisesta. Hän on opiskellut myös kognitiivista terapiaa. Kivunhallintaryhmissä on 8–12 kipupotilasta, jotka valikoituvat ryhmään suoraan läheteellä, vastaanotolta sekä lisäksi sen perusteella, mikä on heidän

oma kiinnostuksena ja halunsa toimia ryhmässä. Yleensä taustalla on jokin diagnoosi, kuten CPRS, selkä, reuma, migreeni, kolmoishermostärky, fibromyalgia, postoperatiivinen neuralgia tms. Kipu on saattanut jatkua vuosia ja potilaalla on käytössä runsaasti lääkityksiä. Mindfulness-kivunhallintaryhmässä toteutetaan 8-viikkoista Breathworks-kivunhallintaohjelmaa. Puolivuosittain aloittaa kaksi ryhmää. Kokoontumiset kestävät kolme tuntia kerrallaan. Ryhmäkokoontumiset sisältävät informaatiota, Mindfulness-harjoituksia ja keskustelua, lisäksi jäsenet saavat kotitehtäviä. Breathworks-kivunhallintaohjelman tavoitteena on löytää muutos suhtautumisessa vaikeuksiin, oppia kokemaan suoraan kehollisia ja fyysisiä tuntemuksia, löytää erilaisissa kokemuksissa virtaavuus ja muuttuminen ja helpottaa kivusta tai sairaudesta johtuvaa eristäytyneisyyttä. Ohjelman avulla voi löytää yhteisen ihmisyyden, jolloin mikä tahansa kokemus voi olla tilaisuus empatiaan ja yhteisöllisyyteen. (Korhonen, haastattelu 23.6.2016.)

5.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä keskittyy ihmiseen, hänen elämänpiiriinsä sekä niihin liittyviin merkityksiin. Tutkimuksen aineistona ovat kertomukset, tarinat ja merkitykset, jolloin ei ole mahdollista saada tilastollisesti yleistettävää tietoa. Tutkimuksen tekijän täytyy tietää asiasta, mitä tutkii, jotta voi kerätä aineistoa tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa, jota käytetään myös terveydenhuollon toiminnan kehittämiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 16–31.)

Käytimme opinnäytetyössä laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska sen avulla tuotetaan uutta tietoa terveyteen liittyvästä todellisuudesta, tässä tapauksessa kipupoliklinikan Mindfulness-kivunhallintaryhmään osallistuneiden omakohtaisista kokemuksista kroonisesta kivusta ja kivunhallinnasta. Tutkimuksen aihepiiri on hyvin henkilökohtainen kokemus. Kipu koetaan hyvin henkilökohtaisesti samoin kuin Mindfulness kivunhallintakeinona. Osallistujat ovat valikoituneet suljettuihin ryhmiin tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisuuden perusteella ja siten heillä on mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta asiasta, jolloin aiheisto on laadullista. (Kylmä & Juvakka 2007, 16–31.)

Tutkimuksessamme on fenomenologisia piirteitä. Fenomenologia tarkoittaa tieteenfilosofista suuntausta, joka korostaa ihmisen havaintoihin ja kokemuksiin perustuvaa tiedon tuottamista (Jyväskylän yliopisto 2017, viitattu 20.9.2017). Ihmisen kokemus muodostuu senhetkisestä elämyksellisestä tilasta, jonka taustalla on elämäntilanne ja vuorovaikutus, jonka hän kokee sisäisesti merkityksellisenä. Kokemukset ovat fenomenologisen tutkimuksen kohde ja tutkimuksen tavoitteena on tutkittavan ilmiön kuvaaminen tarkasti sellaisena, kuin se esiintyy tutkittavan kokemusmaailmassa, eikä sitä yritetä selittää tai analysoida. Ihmisen kokemuksellinen tieto on tärkeää, joten tällaista tietoa vaikeasti määriteltävistä asioista on parhaiten saavutettavissa fenomenologisen lähestymistavan avulla. (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2017, viitattu 25.9.2017.)

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu sen vuoksi, että haastattelu kohdennettiin tiettyihin teemoihin, joista keskusteltiin. Teemahaastattelulle on tyypillistä se, että haastattelun aihealueet ovat tiedossa, mutta niiden järjestyksellä tai muodolla ei ole väliä. Teemahaastattelussa pyritään saamaan vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään. Haastattelumenetelmän etuna on se, että siinä voidaan säädellä aineistonkeruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Lisäksi haastateltava voi tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti ja hän on tutkimuksessa luova ja aktiivinen osapuoli. (Hirsjärvi ym. 2009, 205—208.)

5.3 Aineiston keruu

Haastatteluissa käytimme teemahaastattelurungon kysymyksiä, jotka olivat aluksi väljiä ja meillä oli mahdollisuus tarkentaa niitä haastattelun kuluessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 157; Kylmä & Juvakka 2007, 57—67.) Kysymykset perustuivat toimeksiantajaa kiinnostaviin aiheisiin, joita ovat kipupotillaan kokemukset kivusta, lääkehoidosta, toimintakyvyssä ja pystyvyydessä tapahtuneista muutoksista ja kivunhallintakeinoista (liite 1). Raahessa aloitti syksyllä 2016 kaksi kivunhallintaryhmää, joissa osallistujamäärä oli toisessa ryhmässä 10 ja toisessa 11. Ryhmät kokoontuivat suljettuna syksyn aikana joka toinen viikko kerrallaan noin kolme

tuntia. Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa haluttiin edetä mahdollisimman avoimesti ja tutkimuksesta tiedotimme molemmille ryhmille. Valmistelimme tutkimuksestamme diaesityksen, jonka esittelimme ryhmäkokouksen yhteydessä. Teemahaastattelun kysymykset lähetimme etukäteen haastateltaville, jotta heillä oli mahdollisuus tutustua haastattelussa läpikäytäviin teemoihin.

Ryhmän kokoontuessa marraskuussa 2016 jaoimme osallistujille tutkimuksesta kertovan tiedotteen (liite 2). Kerroimme, että osallistujat voivat halutessaan osallistua haastateltavaksi tutkimusta varten. Haastatteluun halukkaat ilmoittautuivat sähköpostitse, jolloin tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys pysyi salassa toisilta ryhmään osallistujilta. Tämän jälkeen olimme yhteydessä henkilökohtaisesti haastateltaviin sopiaksemme haastatteluajankohdasta. Tutkimukseen osallistujat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksensa (liite 3), josta he saivat myös jäljennöksen. (Kylmä & Juvakka, 141.)

Suostumuksensa haastatteluun antoi kahdeksan kivunhallintaryhmän jäsentä. Näistä onnistui kokonaisuudessaan 7, yksi haastateltavista keskeytti haastattelun sen edetessä. Haastattelut toteutettiin Breathworks-kivunhallintamenetelmän 8-viikkoisen ohjelman päätyttyä viimeisen ryhmän jälkeen ja haastattelut kestivät puolesta tunnista puoleentoista tuntiin.

Tutkimuksen haastattelu toteutui haastateltavien ehdotuksesta puhelinhaastatteluna. Puheluiden nauhoittamista testasimme etukäteen nauhoittamalla keskinäisen puhelun, jotta pystyimme välttämään epäonnistumiset. Tutkijoina osallistuimme Mindfulness-kivunhallintaryhmään koko sen 8-viikkoisen ohjelman ajan muodostaaksemme tutkimusasiasta kokonaiskuvan. (Kylmä & Juvakka, 141.)

5.4 Tutkimustulosten analysointi

Sisällönanalyysi määritellään menettelytavaksi, jolla analysoidaan tutkittua tietoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin avulla voidaan muodostaa tutkittavan ilmiön kuvaavia kategorioita tai käsitteitä. Tutkija pelkistää aineiston ja

muodostaa siitä käsitteet, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysi voidaan tehdä induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa analyysissä edetään aineiston ehdoilla ja deduktiivisessa analyysissä aikaisemman tiedon perusteella tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään. (Kyngäs 2011, 139.) Sisällöllisesti aineiston analyysissä etsitään vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 109–113.)

Haastattelussa tullut aineisto litteroitiin, eli kirjoitimme itse haastattelut puhtaaksi sanasta sanaan. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 30 sivua rivivälillä 1,5 fonttikoolla 12 kirjoitettuna. Aluksi luimme litteroidun aineiston useaan kertaan läpi. Aineiston analysoimme sisällönanalyysimenetelmällä, mikä tarkoittaa sitä, että puhtaaksi kirjoitetusta aineistosta muodostetaan ensin pelkistetyt ilmaukset. Aineistosta etsittiin yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia, joiden löytämistä teemat ohjasivat. Alleviivasimme teemojen pohjalta tulevat asiat eri väreillä, jonka jälkeen samankaltaiset asiat yhdistettiin ja jaettiin ryhmiin. Tämän jälkeen ryhmitelimme samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut muodostamalla niistä alaluokkia, jotka nimesimme niiden sisältöä kuvaavalla nimellä. Tiivistimme vielä aineistoa yhdistämällä samaa asiaa kuvaavat alaluokat muodostamalla niistä yläluokat. (katso kuvio 3.) Taulukossa on kuvattu pelkistämisprosessia ja luokkien syntymistä.

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	ALA- LUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<i>No se että huomaan, että minä oon huomattavasti valosampi, et mä en nää maailmaa, ehkä ihan niin mustavalkoisena. Kun se oli tässä näin, se oli sysimustakin välillä.</i>	olen valosampi, maailma ei näytä ehkä niin mustavalkoiselta	mieli kohtunut	elämänmyönteisyys lisääntynyt	elämänhallinta parantunut

KUVIO 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Ryhmittelyssä palattiin monta kertaa alkuperäisiin teksteihin asiayhteyden mieleen palauttamiseksi. Tässä tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelun aiheita alustavana analyysirunkona. Analyysissä käytimme deduktiivista lähestymistä-

paa tarkastellessamme kipua ja sen lääkehoitoa ja induktiivista etsiessämme toimintakykyä ja pystyvyyttä sekä kivunhallintakeinoja kuvaavia asioita. Analyysissä yläluokiksi muodostui viisi pääluokkaa, jotka ovat kipu subjektiivisena kokemuksena, lääkkeellinen kivunhoito, parantunut elämäntapa, kivunhallintakeinojen löytäminen sekä kehittämisideat ja palaute. Tämä vaihe oli aikaa vievää, koska haastattelut luettiin useita kertoja läpi kokonaisuuden hahmottamiseksi.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Kivun voimakkuus, sijainti ja laatu

Haastateltavat kertoivat kivun voimakkuuden olevan kohtalaista, voimakasta ja jopa sietämätöntä. Kivun voimakkuutta osa arvioi VAS asteikolla luokkaan 6—7. Haastateltavat määrittivät hyvin tarkan fyysisen paikan, jossa he tunsivat kipua. Heillä oli erilaisia kiputunteja jaloissa, käsissä, niskassa, selässä ja niveliissä.

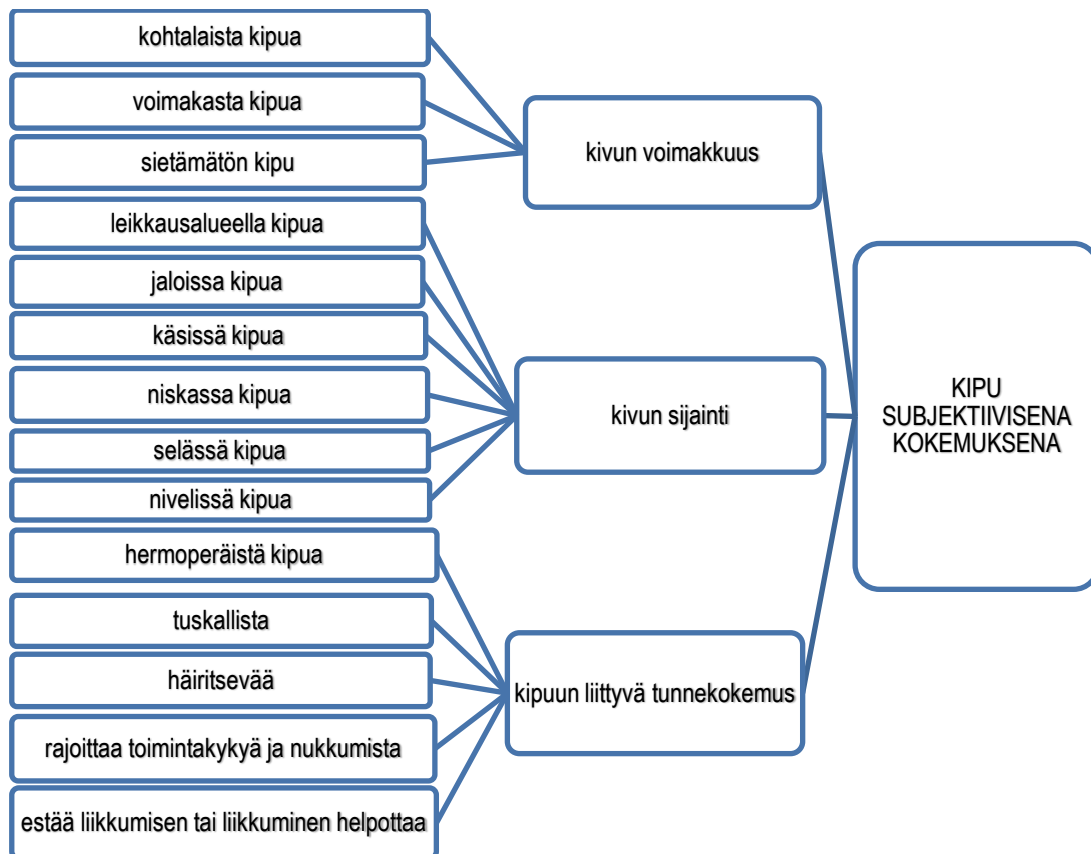
Haastateltavat luonnehtivat kipua myös ilmaisemalla sairauden tai diagnoosin nimen tai kuvailemalla varsinaista kivun oiretta. Kipuun liittyvää tunnekokemusta haastateltavat kuvasivat sanoilla hermoperäistä, tuskallista ja häiritsevää kipua. Kivun kerrottiin rajoittavan toimintakykyä ja häiritsevän nukkumista. Kuitenkin osa koki, että liikkuminen voi pahentaa kiputunteja tai vähentää niitä.

”Siis aivan sairaan kovat kivut...ihan tajuttomuuden rajamailla”

”...ihan joka paikasta syövä. Se haittaa koko elämää, koska se on kipu, joka vain huutaa sillä olemassaolollaan.”

”...se olo on semmoinen, että ne (jalat) on rauhattomat tai sitte ne on semmoset, ettei pysty kerta kaikkiaan nukkuun ja hermot menee.”

”Se on pahimmillaan niin, että mä en pysty liikkumaan ollenkaan”.



KUVIO 4. Kivun voimakkuus, sijainti ja laatu

6.2 Lääkkeellinen kivunhoito ja siinä tapahtuneet muutokset

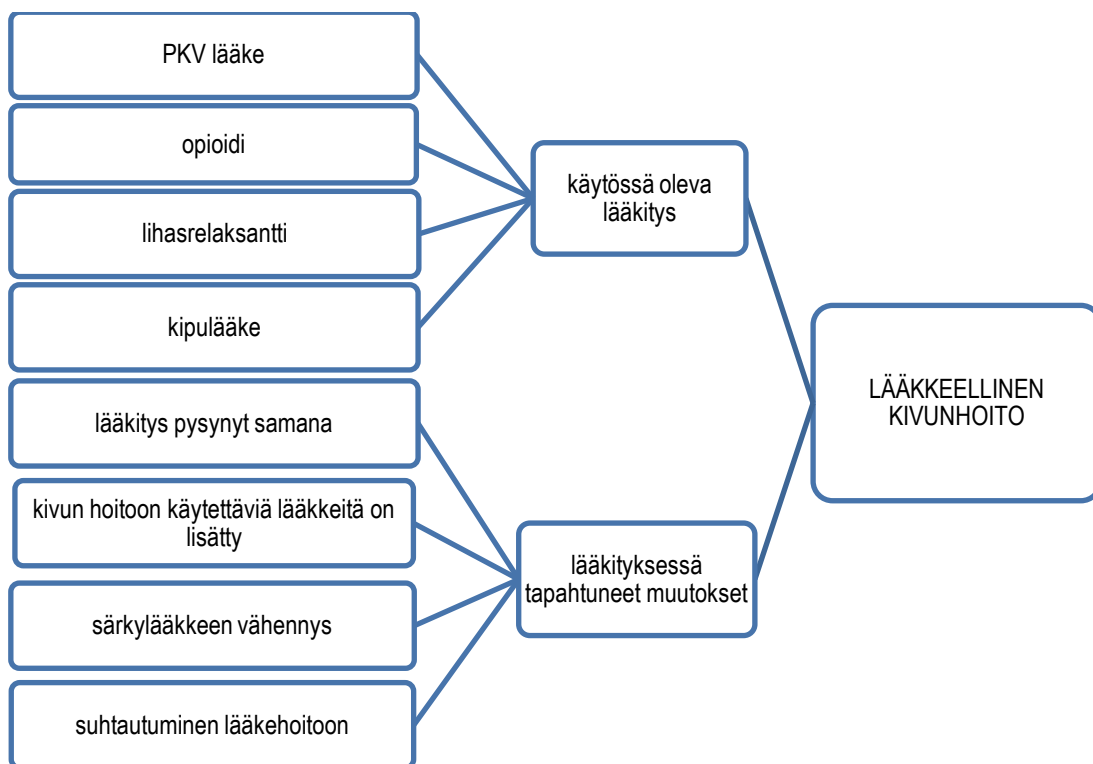
Haastateltavista jokainen käytti kivunhoitoon lääkitystä, joillakin oli useitakin kivunhoitoon käytettäviä lääkkeitä. Keskushermostoon (PKV) vaikuttavista lääkkeistä tutkimukssessamme tuli esille Lyrica, Triptyl ja Gabrion, Opioidina oli käytössä Norspan. Muina kipulääkkeinä käytettiin Arcoxia, Panadol, Panadol Forte ja Burana. Lisäksi mainittiin kivunhoidossa käytettävän lihasrelaksantteja.

Lääkityksessä tapahtuneista muutoksista haastatteluissa ilmeni, että lääkitys oli joko pysynyt samana tai kivun hoitoon käytettäviä lääkkeitä oli jouduttu lisäämään. Haastateltavista osa oli pystynyt vähentämään särkylääkkeen käyttöä. Lääkkeiden säännöllisestä käytöstä oli huomattu olevan enemmän hyötyä kuin lääkkeiden satunnaisesta käytöstä. Havaitsimme haastatteluissa, että osa haastateltavista suhtautui lääkehoitoon kielteisesti ja käytti reseptilääkkeitä vähän.

”...on mulla ollu ja on mulla vieläki tuola niitä (lääkkeitä), mutta en mä käytä nykyisin mitään, että...”

” mää oon huomattavasti vähemmän käyttänyt särkylääkkeitä, että mää olen siirtynyt semmoseen, että minä otan vaan tarvittaessa”

”... niin mä hoksasin, että tuota, että mullahan on masennusta ollu koko ajan...ollu päällä ... niin mä ajattelin, että nyt ois ehkä järkevä syyä tätä koko ajan...siitä lähtien, kun mä olin sielä kurssilla...”



KUVIO 5. Lääkkeellinen kivunhoito ja siinä tapahtuneet muutokset

6.3 Toimintakyvyssä ja pystyvyydessä tapahtuneet muutokset

Kaikki haastateltavat kuvasivat, että ryhmän aikana heidän elämänhallintansa oli parantunut. He kertoivat myös, että yleiskunto oli kohentunut ja he jaksoivat paremmin tehdä erilaisia asioita ja kotiaskareita. Nukkuminen oli parantunut, ja he kertoivat nukahtavansa helpommin ja unen laadun olevan parempaa. Haastateltavien asennoituminen kipuun oli muuttunut ryhmän aikana.

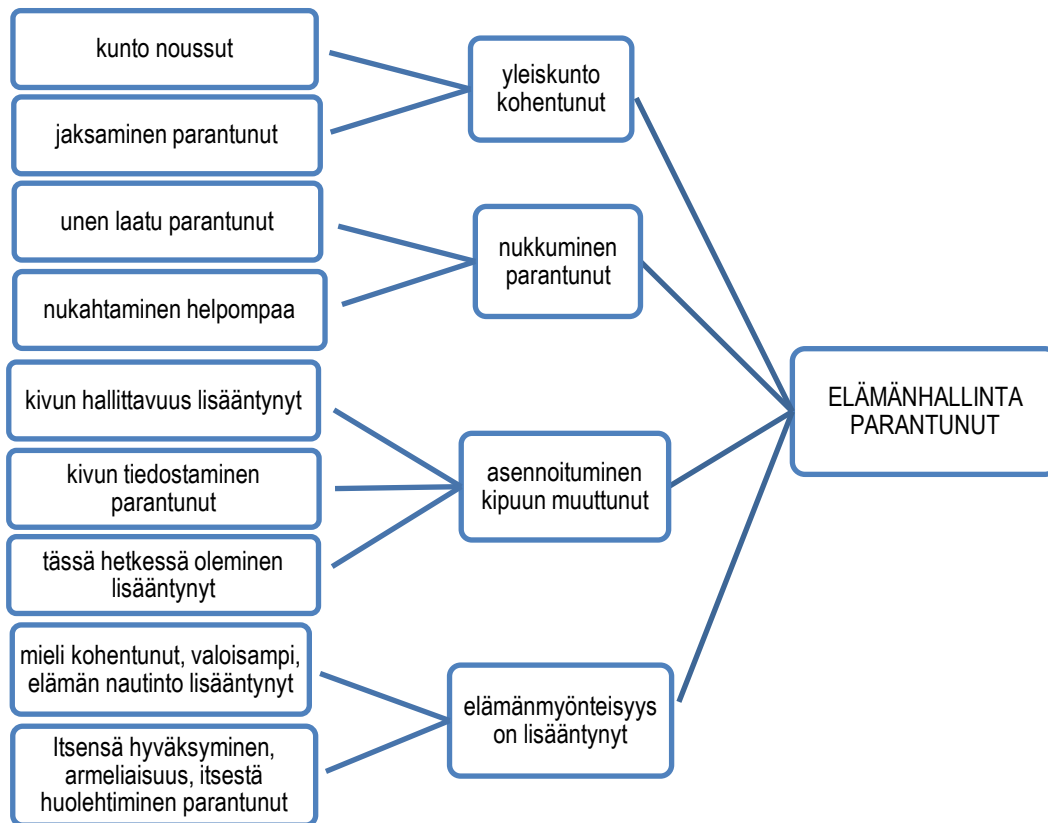
He kokivat olevansa tässä hetkessä enemmän, tiedostavansa ja hallitsevansa kipuaan paremmin kuin ennen ryhmää. Haastateltavien elämänmyönteisyys oli lisääntynyt. Haastateltavat kertoivat olevansa iloisempia, mieli oli kohentunut ja he näkivät asiat valoisammin kuin aikaisemmin ja kertoivat nauttivansa elämästä enemmän. Haastateltavat hyväksyivät itsensä sellaisena kuin olivat, olivat itseään kohtaan armeliaampia ja ylipäätään huolehtivat itsestään paremmin.

”Ja sitten kun mä yöllä heräsin, mä valvoin. Kyllä mä vieläkin valvon, mutta en niin paljon. Ja se, että mulla oli vaikea nukahtaa uudestaan... Nyt se on niin ku helpompaa.”

”Se että, on siinä muuttunut, mutta se että se on lähinnä tapahtunut tuolla korvien välissä, että mä uskallan paremmin tehdä asioita.”

”huomaan, että minä oon huomattavasti valosampi, et mä en nää maailmaa, ehkä ihan niin mustavalkoisena. Kun se oli tässä näin, se oli sysimustakin välillä”

”...elämänrytmi on niinku normalisoitunut...”



KUVIO 6. Elämänhallinta parantunut ryhmän aikana

6.4 Kivunhallintakeinojen löytäminen

Haastateltavat kertoivat vertaistuen tärkeydestä ja kuinka sen myötä kivun kanssa eläminen helpottuu, kokemuksia on helppo jakaa ja huomata, että toisilakin on samanlaisia kokemuksia. Hyvä ryhmähenki koettiin myös tärkeäksi. Haastateltavien mukaan ryhmässä kukaan ei kyseenalaistanut tai vähätellyt asioita, joita he kertoivat.

Voimavarat olivat vahvistuneet. Itseluottamus ja positiivisuus lisääntyivät ryhmän aikana ja haastateltavat kertoivat huomioivansa ympäristöstään hyvää, olevansa itsevarmempia ja pyrkivänsä tekemään mieleisiään asioita. Tekemisen jaksottamisella koettiin olevan merkitystä oman tekemisen tason löytymisessä ja kivun hyväksymisessä. Haastateltavat kokivat saaneensa lisää henkisiä voimavaroja.

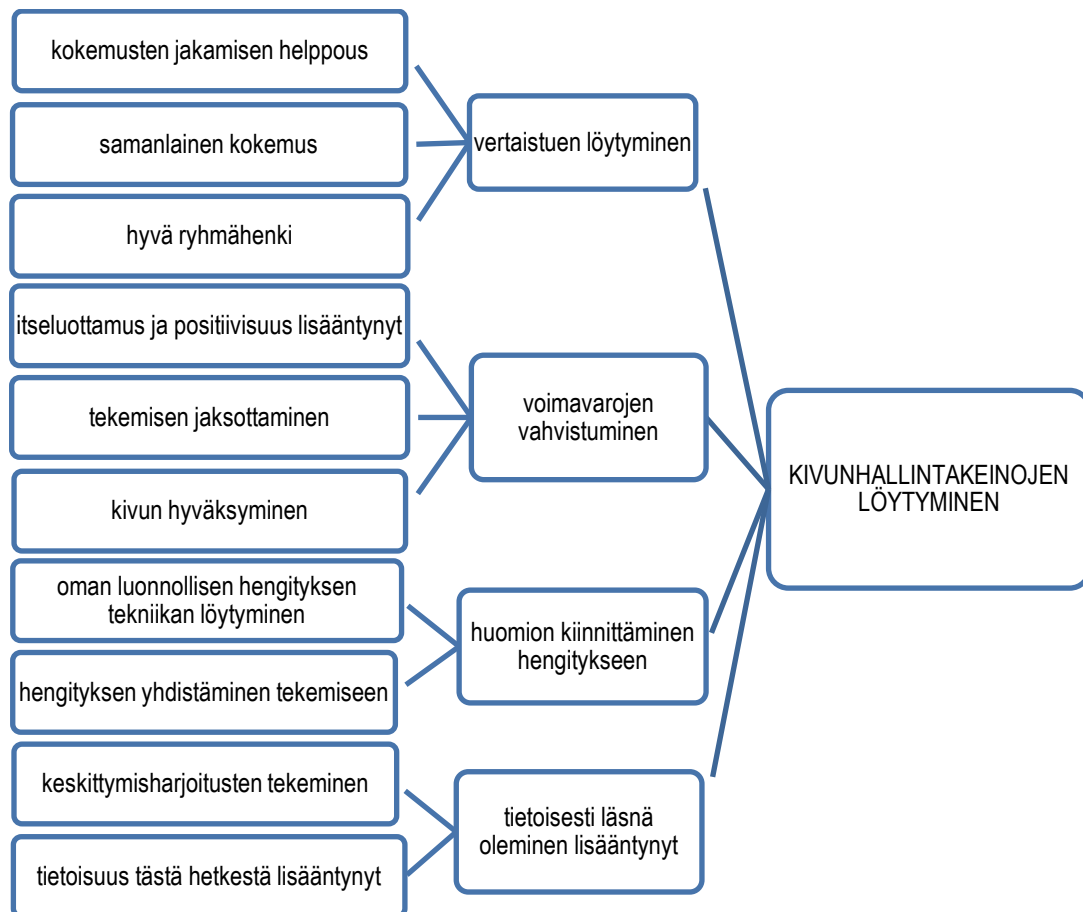
Huomion kiinnittäminen hengittämiseen oli lisääntynyt. Haastateltavat kertoivat löytäneensä oman luonnollisen hengityksensä, josta käyttivät nimitystä hengitystekniikka. Keskittymällä hengittämiseen he pystyivät vaikuttamaan kokemaansa kipuun. Erityisesti palleahengityksellä koettiin olevan rentouttava ja kipua helpottava vaikutus. Hengittämisen he kertoivat yhdistävänsä myös tekemiseen, jolloin kipu sai vähemmän huomiota. Keskittymisharjoitusten tekemisen oli myös koettu vievän ajatuksia pois kivusta ja sen ja tietoisien läsnäolon oppiminen olivat lisänneet haastateltavien tietoisuutta tästä hetkestä.

”se vertaistuki tavallaan kun näki, että on oikeasti muitakin kipeitä ihmisiä. Ja se, että tulevat sen kanssa toimeen”

”se työn rytmittäminen on tullu siinä että siinä vähä niinku annettiin lupa sille että ei tartte esimerkiksi siivota koko huushollia samana päivänä”

”mä oon pyrkiny nyt joka päivää varten vaikka se ois kivuliaampi päivä niin jonku jutun, josta mä tykkään”

”No sainhan mää paljon lisää keinoja ja sitten, tavallaan se tietoinen läsnäolo isoin juttu itelle ja sitten se että löyty se, tavallaan tästä kaikesta kivusta huolimatta tavallaan pysähtyy ja löytyy kivutonkin kohta tästä kitumisesta.”



KUVIO 7. Kivunhallintakeinot

6.5 Kehittämisideat ja palaute

Ryhmään kohdistuvana kehittämisideana haastateltavat kertoivat, että kivunhallintaryhmä olisi voinut jatkua samanlaisena. Esille nousi myös uusien ryhmien, esimerkiksi: asahi-, meditaatio- tai vertaisryhmän muodostaminen kroonisesta kivusta kärsiville.

Haastateltavat nostivat esille ideoita kipuryhmän toimintaan liittyen sen ajankäyttöön ja sisältöön. Aikaa he toivoivat enemmän käytettäväksi keskusteluihin ja harjoituksiin. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että ryhmä oli kiva, hyvä, antoisa, hyvä paketti. Vetäjiin kohdistuvana palautteena haastateltavat kehuivat hyviä vetäjiä; he olivat asialle omistautuneita, innostavia ja toivat hyvän fiiliksen.

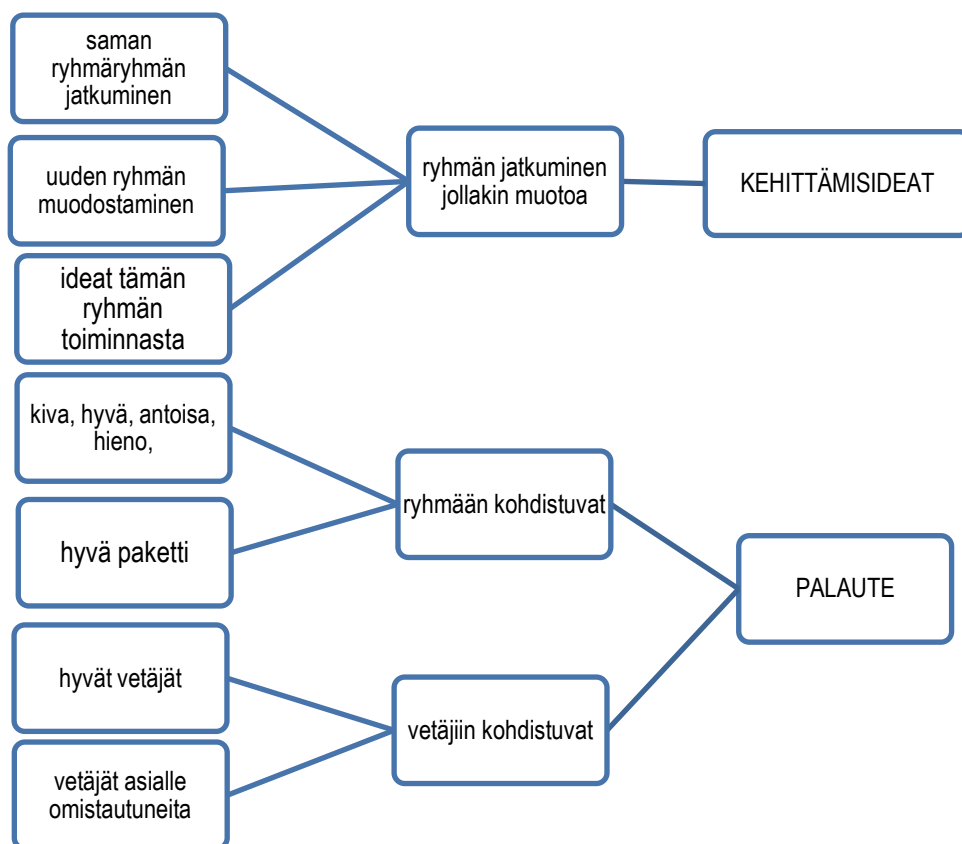
”Ehkä vielä pikkusen lisää aikaa. Monesti jäi vähän lyhyeksi aika niin sanottuun ”vapaan keskusteluun ja kuulumisien vaihteluun”

"pitäis olla kaikille kroonisesta kivusta kärsiville!

"Vois olla ihan tuollainen meditaatioryhmä, vaikka kerran kuussa"

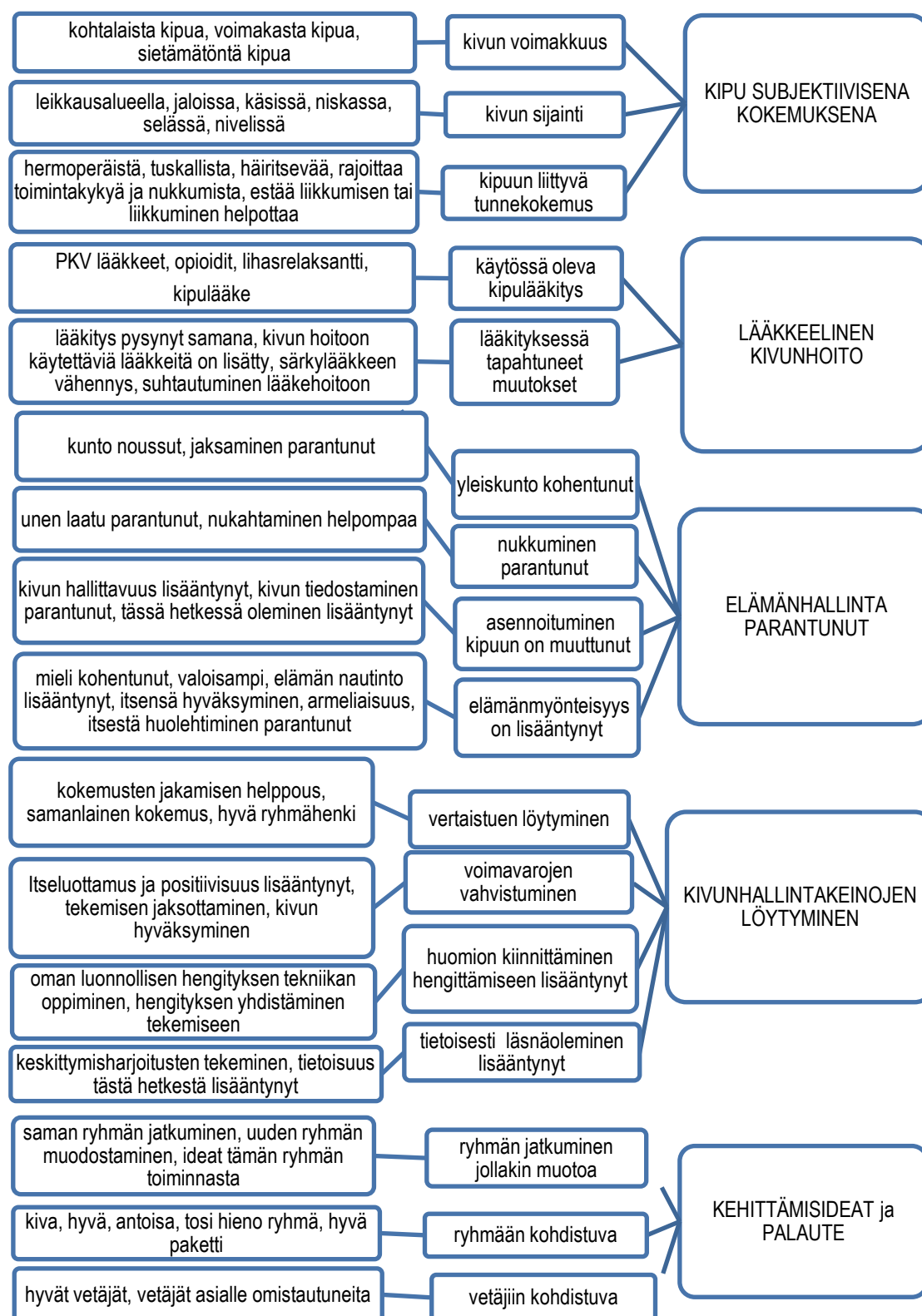
"ne vetäjät, toi niinkö oman itsensäkin siihen mukkaan, se lepponen tyyli, niin se toi niinkö semmosen hirviän hyvän fiiliksen"

"Ilman muuta jos nyt pitäis valita, niin tottakait lähtisin uuestaan ryhmään"



KUVIO 8. Kehittämisisideat ja palaute

Sisällönanalyysi taulukkona



KUVIO 9. Tutkimusanalyysi

7 TULOSTEN TARKASTELUA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia Mindfulness-kivunhallintaryhmään osallistuneilla kipupoliklinikan asiakkailla oli kroonisesta kivusta ja sen lääkeshoidosta, toimintakyvyn ja pystyvyyden muutoksista sekä kivunhallintakeinoista, joita he kokivat löytäneensä ryhmän aikana. Tutkimuksessa selvitettiin, miten haastateltavat kuvailivat kipuaan. Tarkensimme kysymystämme tarvittaessa kysymällä kivun voimakkuutta, sijaintia ja laatua. Opinnäytetyön tuloksissa nousi esille haastateltavien kivun voimakkuuden olevan kohtalaista, voimakasta ja jopa sietämätöntä. Kivun voimakkuuden arvioinnissa käytettiin myös VAS asteikkoa. Päädyimme tutkimuksessamme samanlaisiin tutkimustuloksiin kuin Eloranta (2002) pro gradu-tutkielmassaan. Subjektiiivista kipukokemusta ilmaistiin joko kuvailemalla tai ilmaisemalla kipuun liittyviä tunnekokemuksiaan. Kivun sijainti määriteltiin tarkasti fyysisen paikan mukaan: jaloissa, niskassa, nivelissä, käsissä selässä ja leikkausalueella. Tutkimustulokset noudattelevat Piipon (2011) opinnäytetyötä, jossa oli tutkittu kroonista kipua sairastavien kokemuksia. Kivun laatua kuvattiin sanoilla hermoperäistä, tuskallista ja häiritsevää kipua. Kipu rajoittaa toimintakykyä ja häiritsee nukkumista. Liikkumisen koettiin voivan parantaa tai pahentaa kiputuntemuksia. Eloranta (2002) pro gradu -tutkielman tulokset vahvistavat sitä, että kroonista kipua kärsivät kokevat kivun kahlitsevan heitä.

Lääkkeellisessä kivunhoidossa ja siinä tapahtuneissa muutoksissa kivunhallintaryhmän aikana opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että kivunhoidon lääkityksenä käytettiin keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä, opioideja, kipulääkkeitä, lihasrelaksantteja. Käytössä oli myös yhtäaikaaisesti useampia kivunhoidon lääkkeitä. Myös Elorannan (2002) ja Piipon (2011) aikaisemmat tutkimukset vahvistavat tutkimustulostamme. Kuten Kalso (2009) on todennut, että kroonisen kivun hoidossa tulee harkita lääkkeiden yhdistelmäkäyttöä. Suhtautumisessa lääkehoidon tuli tutkimuksessamme esille myös lääkekielteisyyys ja reseptilääkkeiden vähäinen käyttö. Suurin osa tavallisista, työssäkäyvistä kipupotilaista suhtautuu

lääkkeisiin kielteisesti (Miranda 2016, 225). Elorannan (2002) tutkimuksessa todetaan, että kipulääkkeisiin liittyy paljon pelkoja ja väärää tietoa. Tutkimuksesamme päädyimme myös tähän tulokseen. Tutkimuksemme osoitti, ettei kipulääkkeitä haluta syödä ja sen vuoksi otetaan niitä vain tarvittaessa. Tutkimuksesamme ei selvitelty syitä lääkkeiden vähäiseen käyttöön tai niiden käytön välttämiseen kuten ei myöskään sitä, miten haastateltavat olivat kokeneet lääkkeiden vaikuttavan kipuun. Tutkimuksesamme ei tarkasteltu lainkaan lääkkeiden haitta- ja sivuvaikutuksia. Rajasimme nämä asiat tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimuksesamme selvitimme, oliko lääkityksessä tapahtunut muutoksia kivunhallintaryhmän aikana. Tutkimuksessa tuli ilmi se, että lääkitys on pysynyt joko samana tai sitä on jouduttu lisäämään, mutta joku oli voinut jopa vähentää särky-lääkkeen käyttöä. Näivän (2012) tutkimuksessa todetaan, että pelkkä lääkitys on riittämätön kivun lievityksessä ja lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät eivät kuitenkaan korvanneet täysin lääkehoitoa.

Tutkimuksemme tuloksena haastateltavien toimintakyvyssä ja pystyvyydessä tapahtuneista muutoksista totesimme, että kivunhallintaryhmään osallistuneet kokivat elämänhallintansa parantuneen. Tutkimustulostamme vahvistavat monet kansainväliset tutkimukset. Beckerin (2014) tutkimuksen mukaan hyväksymiseen tähtäävillä menetelmillä pystytään vaikuttamaan positiivisesti kivun voimakkuuteen, fyysiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun kroonisesta kipua sairastavilla potilailla. Kansainvälisten tutkimusten perusteella (Esmer, Blum, Rulf & Pier 2010; Beaulac & Bailly 2015) Mindfulnessin harjoittamisesta on apua kivun lievityksessä ja sillä on merkittäviä positiivisia vaikutuksia kroonisesta kivusta kärsivien psyykkisessä hyvinvoinnissa ja elämänhallinnassa.

Kivunhallinnalla (coping) tarkoitetaan kivun käsittely- ja selviytymiskeinoja. Eräs kivunhallintakeino on myös kivun hyväksyminen osaksi elämää. Kivut, sairaus ja stressi kulkevat käsi kädessä ja aiheuttavat kustannuksia yhteiskunnalle. Kivun aiheuttamista kokonaiskustannuksista suurimman osan muodostavat poissaolot työstä ja toimintakyvyn heikkeneminen. Kroonisen kivun kanssa voi selvitä, mutta sen olemassaolo täytyy hyväksyä osaksi elämää. Ojalan (2016) mukaan on selkeää näyttöä sille, että kivun hyväksyminen vähentää krooniseen kipuun liittyvää

ahdistusta, kärsimystä ja masentuneisuutta. Tutkimustuloksemme tukee myös osaltaan tätä tulosta, sillä kivun hyväksymisellä todettiin olevan vaikutus elämänhallinnan parantumiseen. Tietoisuustaitojen harjoittaminen oli vahvistanut itsetuottamusta ja lisännyt positiivista ajattelua. Itsetuottamuksen vahvistumisen voi ajatella olevan seurausta siitä havainnosta, että kipuun voi itse vaikuttaa, jolloin kipu ei ole enää hallitsevana. He kokivat ikään kuin itse hallitsevansa kipuaan. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan tietoinen läsnäolo voi olla yhtä tehokasta kuin lääkäreiden tavallisimmin määräämät särkylääkkeet, ja jopa yhtä tehokasta kuin morfiini. Kuvantamistutkimusten perusteella on osoitettu tapahtuvan laaja-alaisia aivotason muutoksia erityisesti niillä aivojen alueella, jotka osallistuvat tunteiden, mielialan, minäkuvan ja käyttäytymisen säätelyyn sekä kivun aistimukseen. (Miranda 2016, 146; Burch & Penman 2016, 16—17.)

Kivunhallintakeinoista erityisesti korostettiin oman luonnollisen hengityksen tekniikan oppimista ja hengitykseen keskittymistä. Oikeaa hengitystekniikkaa korostavat myös monet asiantuntijat ja lääkärit. Hyytinen ja Puolanne (2015) toteavat, että osa ihmisistä hengittää tietämättään väärin ja se kuormittaa elimistöä ja altistaa sairauksille. Psykologi ja psykoterapeutti Minna Martinin mukaan ei kuitenkaan ole yhtä oikeaa tapaa hengittää oikein. Hän sanoo, ettei oikeanlaista hengitystä ole olemassakaan. Hengitys on tärkeä elimistön säätelijä, sillä se muuntuu koko ajan tilanteesta toiseen riippuen siitä, paljonko kaasujenvaihtoa tarvitaan. Yritys hengittää ”oikein” saattaa vaikuttaa haitallisesti terveyteen. (Leppänen 2015, viitattu 18.10.2017). Useimmat pidättävät hengitystä, kun tuntevat kipua, stressiä tai epämukavuutta, joka ilmenee myös pinnallisena hengityksenä tai hyperventilointina. Tietoista läsnäoloa voidaan käyttää rauhoittamaan hengitystä, jolloin parasympaattisen hermoston toiminta tehostuu ja stressiä hälventäviä ja paranemista edistäviä hormoneja vapautuu kehoon. (Burch & Penman 2016, 77.)

Tutkimustuloksena voimme todeta, että vertaistuellalla on ollut voimaannuttava merkitys kivunhallintaryhmässä mukana olleille. Samanlainen kokemus, hyvä ryhmähenki ja kokemusten jakamisen helppous ovat olleet voimaannuttavia tekijöitä. Jääskeläinen (2015) toteaa opinnäytetyössään, että voimaantumisen kokemukset ovat erilaisia, henkilökohtaisia ja riippuvaisia omasta asenteesta, sitoutumisesta ja roolista vertaistukiryhmässä. Vertaistuki ja ryhmässä käsitelty aihe

ovat olleet jäsenilleen tärkeitä ja arvokkaita, jolloin sitoutuminen ryhmään ja sen antamaan tukeen on ollut myös vahvaa. Tutkimustuloksemme tukevat Toijan (2011) pro gradu-tutkielman tutkimustuloksia, jotka osoittivat, että vertaisilta sai kartutettua tärkeää tietotaitoa, tietoa sairaudesta ja käytännön keinoja sairauden hallitsemiseksi sekä vertaisten avulla saadut voimavarat, joita ei olisi voineet saada mistään muualta.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kivunhallintaryhmään osallistuneet ovat löytäneet keinoja hallita kipuaan ja siten tulla toimeen kroonisen kivun kanssa. Heidän elämänhallintansa oli parantunut kivunhallintaryhmän aikana. Saimme tutkimuksestamme sellaista tietoa, jolla kivunhallintaryhmän toimintaa voidaan kehittää.

8 POHDINTA

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän kipupoliklinikan kanssa. Tarkoituksena oli saada tietoa siitä, millaisia kokemuksia Mindfulness-kivunhallintaryhmään osallistuneilla kipupoliklinikan asiakkailla oli kivusta ja kivunhallinnasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tulosten hyödyntäminen kipupoliklinikan kivunhallintaryhmän toiminnassa. Toimeksiantajaamme kiinnostivat kipukokemus itsessään, lääkkeellinen kivunhoito ja sen muutokset ryhmän aikana sekä toimintakyvyssä ja pystyvyydessä tapahtuneet muutokset. Lisäksi toivottiin palautetta ja kehittämisideoita kivunhallintaryhmästä. Saimme tutkimukseemme mielestämme monipuolisen ja kattavan aineiston ottaen huomioon kivunhallintaryhmien koon. Saimme myös tutkimuksestamme tuloksia, joita toimeksiantajamme voi hyödyntää kivunhallintaryhmän toiminnan kehittämisessä. Kivunhallintaryhmässä mukana olleet olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen ja siten mahdollistivat tutkimuksen toteutumisen. Haastateltavat kokivat ryhmään osallistumisen vaikutukset kivun hallintaansa niin hyvänä, että suosittelevat sitä kaikille kroonisesta kivusta kärsiville.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleisillä luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan aina tutkimuksen lähtökohdista käsin. Niitä ovat ihminen ja hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkijoiden on varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaimista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Reflektiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkitta-

vasta ilmiöstä nimenomaan tutkimukseen osallistujan näkökulmasta ja sen ymmärtäminen vaatii oman aikansa. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin tilanteisiin. Siirrettävyyden vuoksi tutkimuksen osallistujat ja ympäristö on tutkimuksessamme kuvattu tarkasti, jotta siirrettävyyttä voitaisiin arvioida. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–134.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi tutkimuksessamme kohdistuu koko tutkimusprosessiin. Pääasiallisin luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Tässä työssä haastattelemamme henkilöt olivat tulleet meille tutuiksi osallistuessamme kivunhallintaryhmään. Tämä asia saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Toisaalta tutkijoiden osallistuminen kivunhallintaryhmien tapaamiseen vahvistaa luotettavuutta siltä osin, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata tarkasti haastateltavien näkökulmasta. Haastateltavat olivat valikoituneet suljettuihin ryhmiiin tietyillä kriteereillä, joten voitiin luotettavasti kuvata tutkittavaa ilmiötä. Laadullisen tutkimuksen tulkinta ei ole aina toistettavissa, vaan tutkijan persoonallinen näkemys tulee näkyviin. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksessamme ilmenee, millaisia teemoja tutkittaville on esitetty. Haastatteluissa käyttämämme kysymykset valikoituivat lähtökohtaisesti kipupolin aikaisemmin käyttämästä kyselylomakkeesta ja teemoja muotoilimme tutkimustehtävän perusteella. Tarkoituksena oli kuvata kivunhallintaryhmässä mukana olleiden kokemuksia kivusta ja kivunhallinnasta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että me tutkijat keskustelimme tiiviisti keskenämme ja teimme yhdessä päätelmät tutkimuksen analyysivaiheessa.

Tutkimuksemme luotettavuutta lisää tutkimuksemme teoreettinen viitekehys. Olemme etsineet tietoa useista luotettavista kotimaisista ja kansainvälisistä lähteistä ja määritelleet keskeiset käsitteet tutkimuksen kannalta oleellisista asioista. Olemme kuvanneet tutkimuksen olosuhteet ja tutkimusprosessin tarkasti, jotta lukija voi seurata miten olemme päätyneet tutkimustuloksiimme. Tutkimuksessamme olemme halunneet olla rehellisiä ja tuoneet vastaukset tutkimuksessa esille siten kuin ne on alun perin ilmaistu. Toisaalta vahvistettavuus ei tässä tutkimuksessa toteudu kaikilta osiltaan, koska toinen tutkija ei välttämättä päädy sa-

mankaan aineiston perusteella samaan tulkintaan. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkittavasta ilmiöstä nimenomaan tutkimukseen osallistujan näkökulmasta ja sen ymmärtäminen vaatii oman aikansa.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen on noudatettava lakia ja tekijänoikeuksia. Tutkimuseettisiä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Tutkimuksesta ei saa aiheutua haittaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 140 –143.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan kaikessa tutkimuksessa on noudatettava sen laatimia ohjeita. Sen mukaan ihmistieteitä koskevaa tutkimusta ohjaavat eettiset periaatteet ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen ja yksityisyys ja tietosuoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, viitattu 15.10.2017.)

Tutkimuksen eettisyys tässä tutkimuksessa varmistettiin kysymällä lupa tutkimuksen suorittamiseen oppilaitokselta ja Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymästä sekä suostumus tutkimukseen osallistujilta. Informed consent eli tietoon perustuva suostumus on prosessi, jossa henkilö vapaasta tahdostaan vahvistaa halukkuutensa osallistua tiettyyn tutkimukseen, sen jälkeen kun hän on saanut riittävät tiedot kaikista osallistumispäätöksensä kannalta merkittävistä tutkimukseen liittyvistä asioista (Turku CRC 2017, viitattu 21.9.2017.) Tutkimuksesta kerrottiin kivunhallintaryhmään osallistujille kivunhallintaryhmässä, tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujilta pyydettiin suostumus tietojen antamiseen, lisäksi heillä oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu niin halutessaan. Heidän henkilöllisyytensä ei paljastettu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimusaineistoa säilytettiin huolella ja hävitettiin tutkimuksen valmistuttua.

Opinnäytetyön tulokset esitellään teemakysymysten mukaan omina alaotsikoinaan. Tekstin elävöittämiseksi ja tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi, olemme ottaneet tutkimusaineistosta suoria lainauksia tasapuolisesti kaikilta haastateltavilta. Aineistolähtöisessä analyysissä aikaisemmillä tiedoilla tai tutkimuksilla ei pitäisi olla merkitystä analyysin ja sen lopputuloksen kanssa, koska

analyysin pitäisi olla aineistolähtöistä ja johtopäätösten nousta aineiston perusteella (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97). Analyysiä tehdessä käytettiin pelkästään haastatteluissa saatua aineistoa. Lopputuloksia peilattiin aiempaan tutkimustietoon, mutta johtopäätökset muodostettiin vain tämän tutkimuksen aineistoon nojaten.

8.3 Oppimisprosessin tarkastelua

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastava, mutta antoisa ja opettavainen prosessi. Haasteelliseksi osoittautui aiheen rajaaminen, sillä alkuun tutkimus suunniteltiin paljon laajemmaksi. Ohjaavien opettajien neuvosta onnistuimme kuitenkin rajaamaan tutkimuskysymykset, jotta ne vastaisivat ammattikorkeakoulun opinnäytetyön vaatimuksia. Toimeksiantajamme kehotti meitä opinnäytetyön tekijöitä osallistumaan kivunhallintaryhmään, jotta saisimme asiasta kokonais kuvan ja ymmärtäisimme, mistä Mindfulnessissa on kysymys. Mindfulness oli vielä tuolloin meille kummallekin opinnäytetyöntekijälle uusi asia ja halusimme kokea sen myös omakohtaisesti.

Kirjaston henkilökunnalta saimme ohjausta tiedonhaussa, koska aluksi oli hankalaa löytää tutkimustietoa. Opinnäytetyön aikana kehityimme tiedonhaussa ja erilaiset tietokannat tulivat tutuiksi. Onnistuimme kokoamaan tietoperustan, sillä aiheesta löytyi hyvin tutkimukseen perustuvaa tietoa. Suunnitelmamme hyväksyttiin syksyllä 2016 ja osallistuimme kivunhallintaryhmän kokoontumisiin. Osallistuimme opinnäytetyöpajoihin ja saimme ohjaavalta opettajalta ohjeita, miten edetään työn eri vaiheissa. Teimme haastattelut kivunhallintaryhmän päätyttyä. Pysyimme hyvin suunnittelemassamme aikataulussa tutkimuksen valmistumisen suhteen, vaikka jouduimme tekemään aikataulumuutoksia tutkimusvaiheiden aikana. Analyysivaihe oli aikaa vievää ja tsemppasimme toisiamme. Olimme tiiviisti yhteydessä analysointia tehdessä, vaikka aikataulujen yhteensovittaminen oli ajoittain vaikeaa. Olemme saaneet hyvää ohjausta opinnäytetyön ohjaajilta, mikä on auttanut viemään tutkimusprosessia eteenpäin.

Tutkimusaiheesta löytyi aika vähän Suomessa tehtyjä tutkimuksia, joihin olimme tuloksiamme verranneet. Tutkimuksia etsiessämme jouduimme laajentamaan tietämystämme oman osaamisalueemme ulkopuolelle esimerkiksi psykologiaan, psykiatriaan, fysiatriaan ja fysio- ja toimintaterapiaan, joten voimme todeta myös asiantuntijuutemme lisääntyneen tämän prosessin aikana. Suomessa toimivia kivunhallintaryhmiä olisi hyvä tutkia, koska niistä löytyi hyvin vähän tutkimustietoa. Tutkimus toteutettiin heti kivunhallintaryhmän päättymisen jälkeen, joten olisi hyödyllistä tehdä seurantatutkimus esimerkiksi vuoden kuluttua. Toisaalta tutkimukseen voisi liittää verrokkiryhmän, jolloin tutkimus saisi syvällisempää merkitystä. Tutkimusalueen laajentaminen koskemaan koko Suomea olisi mielenkiintoista. Tutkimuksemme aihe on herättänyt kiinnostusta harjoittelupaikoissa eri hoitoalan yksiköissä ja meiltä on pyydetty sitä luettavaksi sen valmistuttua.

LÄHTEET

Arokoski, J. 2015. Kipu haltuun fysiatrian keinoin. Sic! 5 (4), Viitattu 9.7.2016, http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kipu-haltuun-fysiatrian-keinoin.

Bandura, A. 1994. Self-Efficacy. Stanford University. Viitattu 1.11.2017, <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>.

Beaulac, J. & Bailly, M. 2015. Mindfulness-Based Stress Reduction: pilot study of a treatment group for patients with chronic pain in a primary care setting.. Viitattu 15.10.2017, <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/mindfulnessbased-stress-reduction-pilot-study-of-a-treatment-group-for-patients-with-chronic-pain-in-a-primary-care-setting/181436E303B2F11CD315058DFC85E671>.

Becker, S. 2014. The effects of acceptance and mindfulness based interventions on chronic pain: A systematic review. University of Twente, Netherlands. Viitattu 12.10.2017, <http://essay.utwente.nl/64856/1/Becker%2C%20S.%20-%20s1006819%20%28verslag%29.pdf>.

Burch, V. 2012. Mielekkäästi irti kivusta ja sairaudesta. Tietoisien läsnäolon menetelmä kärsimyksestä vapautumiseen. Helsinki: Basam Books Oy.

Burch, V. & Penman, D. 2016. Mindfulness ja terveys. Englanninkielinen alkuteos Mindfulness for Health by Vidyamala Burch and Danny Penman 2013. Helsinki: Viisas Elämä Oy.

Elomaa, M. & Estlander A-M. 2009. Psykologiset hoitomenetelmät. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 8.8.2016, <http://oamk/kirjasto/fi/>, Oppiportti.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Uudet kehityssuunnat. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 2.8.2016, <http://oamk/kirjasto/fi/>, Oppiportti.

Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 10.10.2017, <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/89983/gradu00136.pdf?sequence=1>.

Esmer, G., Blum, J., Rulf, J. & Pier, J. 2010. Mindfulness-based stress reduction for failed back surgery syndrome: a randomized controlled trial. J Am Osteopath Assoc. 2010 Nov;110(11):646-52. Viitattu 15.10.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21135196>.

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

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Granström, V. 2009. Psykiatria kipupotilaan tutkimuksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 10.8.2016, <http://oamk/kirjasto/fi/>, Oppiportti.

Haanpää, M. & Pohjolainen, T. 2015. Kipu. Teoksessa J. Arokoski, M. Mikkelsen, T. Pohjolainen & E. Viikari-Juntura (toim.) Fysiatría. Helsinki: Duodecim. Viitattu 12.7.2016, <http://oamk/kirjasto/fi/>, Oppiportti.

Haug, E., Sand, O, Sjaastad, Q. & Toverud, K. 1999. Ihmisen Fysiologia. Porvoo: WSOY.

Heino, S. Larkovuo, M. Luokkakallio, J. Peltola, H & Schmandt, S. Lääkehoidon perusteet. Kivunhoito. Vitattu 19.10.2017, <https://sites.google.com/site/laeaekehoidonperusteet/asiakkaan-ohjaaminen/kivun-hoito>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Helsingin Yliopisto. 2017. Albert Bandura (1977): Social learning theory. Avoin yliopisto. Viitattu 2.11.2017, <https://www.avoin.helsinki.fi/oppimateriaalit/sosiaali-psykologia/bandura.htm>.

Huotari, A-M. 2016. Kipu. Terve Media Oy. Viitattu 8.8.2016, <http://www.terve.fi/kipu/kipu>.

Hyytinen, T. & Puolanne, M. 2015. Opettele oikea hengitystekniikka. Hyvä terveys 6.3.2015. Viitattu 18.10.2017, https://www.hyvaterveys.fi/artikkeli/terveys/opettele_oikea_hengitystekniikka.

Jyväskylän Yliopisto. 2017. Fenomenologia. Viitattu 20.9.2017, <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/tieteenfilosofiset-suuntaukset/fenomenologia>.

Jääskeläinen, S. 2015. Vertaistuen voimaannuttava merkitys – mielenterveyshäiriöisten nuorten vanhemmat kuvaajina. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.10.2017, https://theseus.fi/bitstream/handle/10024/89712/Jaaskelainen_Satu.pdf.pdf?sequence=1.

Kajaanin Ammattikorkeakoulu. 2017, Kokemus ja käsitys. Viitattu 25.9.2017, <https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Kokemus-ja-kasitys>.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. 3. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipupotilaan toimintakyvyn arviointi. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 12.7.2016, <http://oamk/kirjasto/fi/>, Oppiportti.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kivun aiheuttaman haitan mittausmenetelmiä. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 2.8.2016, <http://oamk/kirjasto/fi/>, Oppiportti.

Karila, I. 2014. Kognitiiviset psykoterapiat. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriks-son, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim. Viitattu 10.8.2016, <http://oamk/kirjasto/fi/>, Oppiportti.

Kipu. (online). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 12.7.2016). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi.

Korhonen, T. Anestesiaylilääkäri. Raahen sairaala. Haastattelu 23.6.2016.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011, 23 (2), 138–148.

Laine, P. 2015. Mielen voima kivun hallinnassa. Opinnäytetyö. Lapin ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.10.2017, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99880/Laine_Pauliina.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Leppänen, M. 2015. Hyvä hengitys luo tasapainoa. Turun Sanomat 17.4.2015. Viitattu 18.10.2017, <http://hyvinvointi.ts.fi/terveys/hyva-hengitys-tuo-tasapainoa/>.

Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Keuruu: Otava.

Miranda, H. 2017. Helena Miranda & Fysios -kipuseminaarit alkavat. You Tube -video. Viitattu 29.9.2017, <https://www.youtube.com/watch?v=ptj7g9lp1lk>.

Mälkiäinen, V-P. 2017. Mindfulness – Rennompaa ja stressittömämpää elämää. Ceesto. Viitattu 1.11.2017, http://mindfulness-sivut.fi/?gclid=CjwKCAiA0IX-QBRA2EiwAMODilzaTqwLw8uXsGav7faCFcSgdugnltfSg6iC6yjmAJGa-Paj6azyGIOxoCOh4QAvD_BwE.

Näivä, S. & Rantalainen, N. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät kroonisen kivun hoidossa. Saimaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 11.10.2017, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/72964/Naiva_Satu%20-%20Rantalainen_Niina.pdf?sequence.

Ojala, T. 2016. Kroonisen kivun hyväksyminen. Hyvä Selkä 1/2016. Viitattu 19.10.2017, http://selkakanava.fi/sites/default/files/hyvaselka1-16_10-11.pdf

Piippo, T. 2011. Krooninen Kipu. Opinnäytetyö. Viitattu 10.10.2017, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/30667/Piippo_Tuomas.pdf?sequence=2.

Pöyhiä, R. 2014. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Krooninen kipu. Teoksessa L. Niemi-Murola, J. Jalonen, E. Juntila, K. Metsävainio & R. Pöyhiä (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Viitattu 10.8.2016, <http://oamk/kirjasto/fi/>, Oppiportti.

THL. 2016. Mitä toimintakyky on? Viitattu 9.7.2016, <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>.

Toija, A. 2011. Vertaistuen voima. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 24.10.2017, <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36788/URN:NBN:fi:ju-2011101011525.pdf?sequen>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi, 97—115.

Turku CRC. 2017. Tietoon perustuva suostumus. Viitattu 21.9.2017, http://www.turkucrc.fi/tutkimuksen_toteuttaminen/tietoon_perustuva_suostumus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki 2009. Viitattu 15.10.2017, <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>.

TEEMAT

1. Kivun voimakkuus, sijainti ja laatu kivunhallintaryhmän jäsenten kuvaamana
Miten kuvaat kipuasi, missä koet kipua, millaista kipu on?
2. Lääkityksessä tapahtuneet muutokset
Millainen lääkitys kipuun on käytössä?
Miten lääkitys on muuttunut ryhmän aikana?
3. Toimintakyvyssä ja pystyvyydessä tapahtuneet muutokset
Miten toimintakyky on muuttunut kivunhallintaryhmän aikana?
4. Mitä keinoja ryhmän jäsenet kokivat löytäneensä
Miten ryhmään osallistuminen on vaikuttanut kivunhallintaasi?
5. Palaute ryhmän jälkeen, kehittämis ehdotukset



Hyvä Mindfulness-kivunhallintaryhmään osallistuja

Olemme kaksi AMK-sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulun Oulaisten kampukselta. Teemme sairaanhoitajatutkintoon liittyvää opinnäytetyötä Mindfulness-kivunhallintaryhmäläisten kokemuksista kroonisen kivun hoidosta ja kivunhallinnasta arjessa selviytymiseen. Tavoitteena on, että tutkimuksessa saatuja tuloksia hyödynnetään Raahen kipupoliklinikan kivunhallintaryhmien toiminnan kehittämisessä.

Opinnäytetyötä varten tehdään tutkimus, johon Sinulla on halutessasi mahdollisuus osallistua. Tutkimusta varten tulemme haastattelemaan henkilökohtaisesti.

Tutkimukseen osallistuvien tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä osallistujien henkilöllisyys tule missään vaiheessa esille. Olemme vaitiolovelvollisia kuulemistamme asioista. Tutkimuksen valmistuttua hävitämme ääninauhat ja muistiinpanot. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Kiitämme osallistumisesta opinnäytetyömme toteutukseen.

Yhteistyöterveisin,

Päivi Eilola
sähköposti

sairaanhoitajaopiskelija, Oulun Ammattikorkeakoulu
h3eipa00@students.oamk.fi

Satu Hakkarainen
sähköposti

sairaanhoitajaopiskelija, Oulun Ammattikorkeakoulu
h5hasa04@students.oamk.fi

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Liite 3

Suostun haastateltavaksi Oulun Ammattikorkeakoulun Oulaisten kampuksen sairaanhoitajaopiskelijoiden, Päivi Eilola ja Satu Hakkarainen, opinnäytetyön tutkimukseen Mindfulness-kivunhallintaryhmään osallistujan kokemuksista kroonisen kivun hoidosta ja kivunhallinnasta arjessa selviytymiseen.

Olen saanut etukäteen tietoa tutkimuksesta ja olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Henkilöllisyyttäni ei voi missään tutkimuksen vaiheessa tunnistaa ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Päiväys

Allekirjoitus
