



MUSIIKKIRENTOUTUKSEN VAIKUTUKSET PÄIHDEPSYKIATRISTEN POTILAIEN KIPUUN

Opinnäytetyö

Saija Tirkkonen

Fysioterapian koulutusohjelma

Fysioterapeutti

Hyväksytty ____ . ____ . ____ _____

Sisällys

1 JOHDANTO	3
2 KIPU	7
2.1 KIPU KÄSITTEENÄ	7
2.2 KIPU PÄIHDEPSYKIATRISILLA POTILAALLA	8
2.3 KIVUN TUTKIMINEN	10
3 MUSIIKKI KIVUN LIEVITTÄJÄNÄ	12
4 FYSIOTERAPEUTTINEN AMMATILLISUUS	13
4.1 PSYKOFYYSSINEN FYSIOTERAPIA JA RENTOUTUSMENETELMÄT	13
4.2 FYSIOTERAPEUTTINEN AMMATILLISUUS PÄIHDEPSYKIATRISISSA HOIDOSSA	15
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	17
5.1 TUTKIMUKSEN TARKOITUS	17
5.2 TUTKIMUSONGELMAT	17
6 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTO	18
6.1 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA TUTKIMUSYMPÄRISTÖ	18
6.2 INTERVENTION JÄRJESTÄMINEN JA AINEISTON KERÄÄMISMENETELMÄT	18
6.3 AINEISTON ANALYYSI	22
6.4 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	24
6.4.1 Eettisten periaatteiden huomioiminen tutkimuksessa	24
6.4.2 Tutkimuksen luotettavuus	26
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
7.1 KIVUN KOKEMINEN ENNEN INTERVENTIOTA	27
7.2 KIVUN KOKEMINEN INTERVENTION JÄLKEEN	30
7.3 INTERVENTION VAIKUTUKSET KIPUUN	31
8 POHDINTA	33
8.1 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	33
8.2 TUTKIMUKSEN EETTISYYDEN POHDINTA	34
8.3 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTAA	35
8.4 TUTKIMUKSEN HAASTEET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET	35
9 OMAT OPPIMISKOKEMUKSET	39
LÄHTEET	41
LIITE 1 ALKUKYSELY	43
LIITE 2 LOPPUKYSELY	45
LIITE 3 TIEDOTE TUTKIMUKSESTA OSASTON ILMOITUSTAULULLE	46
LIITE 4 KIRJANPITOLOMAKE	48
LIITE 5 TAULUKKO VAS-JANAN MUUTOKSISTA ENNEN INTERVENTIOTA	49
LIITE 6 TUTKIMUSLUPA	50

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Fysioterapeutti AMK	
Suuntautumisvaihtoehto: –	
Työn tekijä: Saija Tirkkonen	
Työn nimi: Musiikin vaikutukset päihdepsykiatristen potilaiden kipuun	
Päiväys: 6.9.2010	Sivumäärä / liitteet: 36 sivua / 5 liitettä
Ohjaaja: lehtori Marita Huovinen	
Työyksikkö / projekti: Savonia-ammattikorkeakoulu, terveysala Kuopio & Julkulan sairaala KYS	
<p>Tämä Savonia-ammattikorkeakoulun Kuopion terveysalan yksikössä toteutettu opinnäytetyö käsittelee ja tutkii musiikin vaikutuksia päihdepsykiatristen potilaiden kipuun. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat myös kivun syyt ja sen saamat merkitykset.</p> <p>Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, saadaanko musiikin avulla muutoksia kivun kokemiselle sekä kirjaamaan mahdolliset muutokset muistiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli antaa suuntaa ja näkökulmaa musiikin käytöstä osana hoitoa. Tutkimus toteutettiin Kysin Julkulan sairaalassa päihdepsykiatrian osastolla. Tutkimukseen osallistuivat osastolla hoidossa olevat potilaat, jotka olivat kokeneet kipuja viimeisen 7 päivän aikana. Tutkimusvälineenä käytettiin kyselylomakkeita, joissa oli sekä strukturoituja että puolistrukturoituja kysymyksiä. Lisäksi kaavakkeissa käytettiin yleisiä kivun tutkimuksessa käytettyjä menetelmiä, jotka olivat VAS-jana ja kipupiiirros. Arvioitava interventio oli musiikkirentoutus, joka on psykodynaamisessa fysioterapiassa yleisesti käytetty oleva metodi. Rentoutus järjestettiin kerran viikossa viiden viikon ajan osaston potilaille. Tutkimukseen osallistuneet potilaat täyttivät kyselylomakkeet itsenäisesti jokaisella rentoutuskerralla ennen ja jälkeen rentoutuksen. Tutkimuksessa kerätyt tiedot koodattiin, osittain analysoitiin ja muutettiin taulukoiksi sekä kuvioiksi tulosten tarkastelua varten.</p> <p>Tutkimuksessa selvisi, että musiikilla ei ole merkittävää vaikutusta potilaiden kokeman kivun lievitykseen. Toisaalta musiikin vaikutusten eriyttäminen kipulääkityksen vaikutuksista oli mahdotonta. Tutkimustulokset antoivat kuitenkin myönteistä suuntaa musiikin käytöstä kivun hoidossa päihdepsykiatrisilla potilailla. Potilaat itse kokivat menetelmän pääasiassa positiivisena. Olemassa oleva tutkimustieto on vähäistä ja uutta tutkimustietoa aiheesta kaivataan.</p>	
Avainsanat: musiikki, kipu, päihdepsykiatria, psykodynaaminen fysioterapia, fysioterapia	
Julkinen <input checked="" type="checkbox"/>	Salainen <input type="checkbox"/>

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Professions Kuopio

THESIS

Abstract

Degree Programme: Physiotherapy	
Author: Saija Tirkkonen	
Title of Thesis: Influences of music to pain of drug addicted psychiatric patients.	
Date: 6.9.2010	Pages / appendices: 36 pages / 5 appendices
Supervisor: Senior lecturer Marita Huovinen	
<p>This thesis made at Savonia University of Applied Sciences converse on research of influences of music to pain of drug addicted psychiatric patients. Meanings and reasons of pain for patients were also under debate. The aim of research was to search if music can relieve pains of these patients and document these results. The results of this research were supposed to support and advance nursing of drug addicted psychiatric patients and particularly see, how music can be used in treatment of these patients.</p> <p>The research for this thesis was made In psychiatric hospital of Julkula in Kuopio. The research was made in November 2008 to January 2009. The examinees for the research were patients of drug addicted department in this hospital. The patients who took part in the research needed to have pains at last 7 days before intervention to be approved to this research. The equipment of the research was forms with different questions about experiencing pain. Besides different kinds of questions dealing with pains there were also well knew pain measurements as Visual analogue scale and drowning of pains in body. The forms were filled in before and after the intervention. The intervention that was under valuation was music relaxation which is used widely in psychodynamic physiotherapy. Music relaxations were carried out once a week five weeks straight. The patients filled in forms of pain questions independently before and after relaxation. Collected information were coded, partly analyzed with SPSS-program and modified to tables and figures.</p> <p>The Results of this research showed up that music does not make significant effect for pain relief of drug addicted psychiatric patients. Otherwise it was impossible to differentiate the effect of music from the effect on painkillers. The outcome of this research although spoke for using music to help patients to relief their pains in perspective of positive feedback of this method from patients. The</p>	
Keywords: (1-5) pain relief, music, drug addict, psychiatric, psychodynamic physiotherapy	
Public <input checked="" type="checkbox"/>	Secure <input type="checkbox"/>

1 Johdanto

Kipu on tuttu jokaiselle ihmiselle. Kipu koetaan epämiellyttävänä kokemuksena, johon voi liittyä kudosaaurio tai sen uhka ja sitä kuvataan kudosaaurion käsittein. (Soinila 2005, 20.) Se on sekä lääketieteellinen ongelma että yksi arkielämän peruskokemuksista. Kipu voi olla siis ruumiillista mutta se ei kuitenkaan rajoitu vain siihen; kipu voi olla myös puhtaasti henkistä laatua ja johtua jostain muusta ruumiillisesta tekijästä kuin kudosauriosta (Kalso & Vainio 2002, 15.) Psykiatrisen potilaan kivunkokeminen ei välttämättä ole yhteydessä fysiologiseen tekijään. Ruumiillisina oireina ilmenevät mielenterveyshäiriöt luetaan psykosomaattisiksi häiriöiksi. (Punkanen 2003, 140.)

Riippuvuusongelmista kärsivien potilaiden kroonisen kivun arviointi on usein haastavaa. Lääkkeellisen hoidon tarkoituksena olisi aiheuttaa selvä kivunlievitys ja parantaa toimintakykyä. Jos näin ei ole, potilaalle tulisi selventää turhasta lääkkeenottamisesta koituvat riskit. Opioidien tai muiden aineiden väärinkäyttäjät tulisivat aina lähettää ensin vieroitushoitoon. Sen jälkeen voidaan aloittaa kuntouttava ja lääkinnällinen kivun hoito luotettavasti. Tämä johtuu siitä, että aktiivisesti päihteitä käyttävällä potilaalla ei yleensä ole kipukuntoutuksessa tarvittavaa pettymysten ja turhautumien sietokykyä. Potilaiden leimaaminen väärinkäyttäjiksi voi kuitenkin myös kieltää heiltä mahdollisimman hyvän analgesian. (Kalso & Vainio 2002, 304 – 305.)

Musiikkia on käytetty jo pitkään kivun lievityksessä mm. synnytyksen ja kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä sekä anestesia- ja kivunlääkityksen vähentämistarkoituksessa (Ahonen 1993, 55). Musiikin vaikutusta akuutin, kroonisen ja syöpäkivun intensiteettiin on arvioitu Cochrainin kirjastoon tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa. Katsaukseen on sisällytetty millainen kipu tahansa niin lapsilla kuin aikuisillakin. Systemaattinen katsaus sisälsi kaikkiaan 51 tutkimusta, joihin sisältyi 3663 teemaa. Neljässä tutkimuksessa, joissa pidettiin merkittävänä yli 50 %:ista kivun lievitystä, osoitettiin, että potilaalla joka altistetaan musiikille, on 70 % suurempi todennäköisyys saada kipuunsa lievitystä, kuin niillä joita ei altisteta. Katsauksen tekijät tulivat siihen johtopäätökseen, että musiikki voi auttaa kipuun. Kuitenkin, näiden positiivisten vaikutusten merkitys on pieni ja musiikin vaikutukset kliinisessä hoidossa on vielä epäselviä (Cepeda, Carr, Lau & Alvarez 2006.)

Aloite opinnäytetyölle tuli Kysin Julkulan sairaalalta ja sen tuloksia halutaan hyödyntää Julkulan sairaalan päihdepsykiatrisella osastolla osana potilaiden hoitoa. Musiikkiryhmän havainnoimisella voidaan mahdollisesti nähdä kivun lievityksen lisäksi musiikin muita positiivisia vaikutuksia. Siksi tutkimuksen mahdollinen negatiivinen tulos ei ole este musiikin käytön jatkamiselle

päihdepsykiatrisessa hoidossa. Jos tutkimuksesta saadaan positiivisia tuloksia kivun lievittämisestä, voi se olla suunnannäyttäjänä ja vahvistajana musiikin käyttöön kivun lievityksessä päihdepsykiatristen potilaiden hoidossa sekä fysioterapiassa.

Musiikin käytöstä hoitomuotona päihdepsykiatrisilla potilailla on jonkin verran näyttöä, mutta sen vaikutuksista suoranaisesti kipuun ei ole juuri tutkittu. Tämä tutkimus antaa suuntaa tämän ongelman selvittämiseen. Tutkimuksessa halutaan kerätä kuvailevaa tietoa musiikin vaikutuksista kivun lievityksessä. Tällaisen tiedon kerääminen on tärkeää varsinkin silloin, kun tutkittavana olevasta aiheesta ei ole aikaisemmin tehty vastaavaa tutkimusta. Tutkimuksen tarkoituksena on antaa suuntaa ja näkökulmaa musiikin käytöstä osana hoitoa. Lopputulos antaa varmasti viitettä siitä, millaisiin jatkotutkimuksiin aiheesta olisi tilausta. Koska tutkimus on opinnäytetyö, on se myös oppimiskokemus opinnäytetyön sekä tutkimuksen tekemisestä Kys:ssä.

Tässä työssä tutitaan määrällisen tutkimuksen keinoin ei-lääkkeellisen hoidon, musiikin, vaikutusta päihdepsykiatristen potilaiden kivun kokemiseen ja siinä tapahtuviin muutoksiin. Asiaa selvitetään kivun kokemisen näkökulmasta. Työn tavoitteena on pyrkiä todentamaan, onko musiikilla kipua lieventävää vaikutusta ja antaa suuntaa päihdepsykiatristen potilaiden hoidon kehittämiseen Julkulan sairaalan päihdepsykiatrian osastolla. Psykiatristen ja etenkin päihdepsykiatristen potilaiden kipuun liittyvästä hoidosta musiikin keinoin ei juuri ole tutkittua tietoa. Tällaiselle tutkimukselle on siis selvästi tilausta. Tutkimuksessa pyritään myös käytännön tavoitteeseen: vahvistamaan hoitokäytäntöjä Julkulan sairaalassa. Koska päihdepsykiatristen potilaiden kivun kokemisesta ei juuri ole tutkimuksia, työ osaltaan herättelee kiinnostusta uusiin aihealueisiin.

2 Kipu

2.1 Kipu käsitteenä

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka voi vaikuttaa sitä kokevan elämään monella tapaa. Se on myös yksilöllinen subjektiivinen kokemus eikä sitä voi kyseenalaistaa. Ihmisen ilmaistessa kipua kyseessä on kipuongelma. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen mukaan kipu on määritelty epämiellyttäväksi aistimukseksi ja tunnepohjaiseksi elämykseksi, johon liittyy kudosaivurio tai sen uhka. Kipua voidaan kuvata kudosaivurion käsittein. Kivulla on ainakin kaksi tehtävää: se varoittaa elimistöä uhkaavasta kudostuhosta ja välittömässä ympäristössä olevista vaaroista. Toiseksi se pyrkii aikaansaamaan paranemiselle optimaaliset stabiilit olosuhteet. Näin etenkin silloin, kun kipu on pitkittynyt. Kipu, ja etenkin krooninen kipu, liittyy yleisesti psykiatriseen sairastavuuteen, ja se on myös usein oireena psyykkisissä häiriöissä. Kipu ja sen kokeminen ei ole myöskään yksiselitteistä ja siihen liittyvät aina somaattiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 439; Estlander 2003, 9.)

Kipukäyttäytymiseen kuten kaikkeen muuhunkin käyttäytymiseen vaikuttavat ihmisen odotukset, kärsimykset, uskomukset, suhtautumis- ja toimintatavat, tunnereaktiot ja pyrkimykset. Kokemuksiamme ja käyttäytymistämme ohjaavat oma elämähistoriamme ja elämäntilanteemme, työ, ihmissuhteet, terveydenhuoltojärjestelmä, sosiaalis-taloudelliset seikat, kulttuuri ja sen sisältämät arvot ja normit. Kipu on siis monen eri tekijän summa, ja juuri kaikki edellä mainitut seikat ja niiden kokeminen eri tavoin tekee kivusta niin yksilöllistä kuin se on. Voidaan ajatella, että kaikilla psyykkisillä tapahtumilla on fysiologiset vastineensa. Tämä tarkoittaa sitä, että mielen tapahtumat vaikuttavat elimistöön ja elimelliset tapahtumat vaikuttavat mieleen. Tämä vuorovaikutus säätelee kivun kokemista ja kivun ilmaisemista yhtä lailla, kuin se säätelee ihmisen koko elämän ajan terveenä pysymistä ja sairastumista, toipumista ja sairauden pitkittymistä. Psykologisilla tekijöillä on merkittäviä yhteyksiä kivun kroonistumiseen ja joskus psykologiset tekijät voivat olla kivun alkuperäiset aiheuttajatkin. Rinnalla tulee kuitenkin muistaa puhtaasti somaattisista syistä johtuvat kivut; psykologiset tekijät voivat yhdessä biolääketieteellisten tekijöiden kanssa olla kivun aiheuttajia. Kivun siis ei tarvitse olla välttämättä idiopaattista saadakseen syyn psykologisista tekijöistä, vaan psykologisten tekijöiden vuoksi voi ilmetä somaattisia ongelmia, jotka aiheuttavat kipua. (Estlander 2003, 9-11, Heikkonen 2005, 72.) Tässä tutkimuksessakin voidaan siis lähteä sellaisesta lähtökohdasta, että tutkittavien kipu ei välttämättä

ole fysiologista, vaan voi johtua jostain psyykkisestä tekijästä. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita kivun aiheuttajista ja siitä, kykeneekö musiikki vaikuttamaan fyysiseen oireeseen eli kipuun.

2.2 Kipu päihdepsykiatrisella potilaalla

Päihtymis-, piristys- tai huumaustarkoituksessa käytetyt kemialliset aineet, yhdisteet tai luonnontuotteet luetaan päihteiksi. Elimistön, mielen, tunteiden, päättelykyvyn ja sosiaalisten suhteiden vauriot liittyvät riippuvuuskäyttöön. Päihderiippuvuutta tarkasteltaessa on alettu ottaa huomioon ilmiön tarkastelu kokonaisvaltaisesti, mikä tarkoittaa käytännössä henkisen, psykologisen, sosiaalisen ja fysiologisen ulottuvuuksien huomioon ottamista ja yhteyttä toisiinsa. Etenkin huumausaineiden käyttäjien hoidossa tulee ottaa huomioon ja korostaa psykologisen puolen merkitystä. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 34 – 35.) Julkulan sairaalaan tulevat päihdepsykiatriset potilaat ovat riippuvaisia käyttämistään aineista ja valtaosa heistä on opiaattiriippuvaisia ja päihteiden väärinkäyttäjiä. Musiikin avulla kipujen lievittäminen on eilääkkeellistä hoitua. Se on varsinkin näiden potilaiden hoidossa hyvin suotava hoitomenetelmä, jos sillä saadaan kipuihin lievitystä.

Opioidit ovat kipulääkkeitä, ja ne estävät kivun välittymistä aivoissa, selkäytimessä ja ääreishermostossa (Kalso & Vainio 2002, 137). Opioidien pitkäaikaisen käytön yhtäkkinen lopettaminen aiheuttaa aina erilaisia vieroitusoireita, joihin kuuluu mm. erilaisia kiputiloja. Opioideista riippuvaiset henkilöt käyttävät ainetta kuitenkin kivun lievityksen sijaan usein sen tuoman mielihyvän vuoksi, ja se motivoi jatkamaan opioidien väärinkäyttöä. Riippuvuuden kehittyminen on hyvin yksilöllistä. Opioidien lisäksi osastolla on hoidossa muistakin aineista riippuvaisia potilaita. Tällaisia aineita ovat mm. bentsodiatsepiini. Yhteistä käytetyille aineille on niiden tuoma hyvänolon tunne ja joissakin yhteisenä tekijänä on myös kivun lievittyminen. Myös useilla depressiolääkkeillä on keskeinen asema kroonisen kivun hoidossa. Sen vuoksi kivun tutkiminen juuri päihdepsykiatrisilla potilailla on perusteltua. (Kalso & Vainio 2002, 137 – 139, 151, 157.)

Päihdepsykiatristen potilaiden kanssa työskentely on hyvin vaativaa, sillä kipua ei tulisi koskaan kyseenalaistaa sen subjektiivisuuden vuoksi. Samalla kuitenkin tulee olla tarkka arvioidessa potilaan todellisia motiiveja kipulääkkeen saamiseksi. On myös otettava huomioon potilaiden kokemat todelliset vieroitusoireista johtuvat kivut. Kivun arviointi on hyvin hankalaa ja sen hoitaminen lääkitsemällä on arvioitava huolella. Vieroitusoireista johtuvat kivut voivat esiintyä

myös idiopaattisina, mikä tarkoittaa sitä, että niille ei välttämättä löydy mitään elimellistä syytä, eli kudosis- tai hermovauriota ei ole löydetty. Kyse on tuntemattomasta kivusta. Potilailla voi olla myös todellisia, nosiseptiivisiä, neuropaattisia tai neurogeenisia kipuja, jotka voivat johtua esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimestön ongelmista. Nosiseptiivisessä kivussa kivun aiheuttaa kudosisvaurio ja sen aiheuttamaan ärsykkeeseen reagoivat hermoreseptorit. Nosiseptiivisessä kivussa kipua välittävä ja kipua aistiva hermojärjestelmä on toimiva. Tällaisen kivun yleisimpiä aiheuttajia ovat mm. tulehdus, nivelrikko, iskias eli välilevytyräkipu, niskaoireyhtymä sekä tuore urheiluvamma. Tyypillisiä neuropaattisia kipuja aiheuttavia tekijöitä ovat pitkään jatkunut hermon pinne tai keskushermoston tasolla tapahtunut kudosisvaurio. Neuropaattisessa kivussa kipua välittävä hermojärjestelmä on vaurioitunut ja puhutaan hermovauriosta. Idiopaattisessa kiputilassa ei pystytä osoittamaan selkeää kudosisvauriota tai minkään aistijärjestelmän vauriota. Esimerkki tällaisesta kivusta on fibromyalgia eli ns. lihasreuma. Sekamuotoisessa kiputilassa potilaalla on viitteitä useasta eri kiputilasta. Kroonisen kivun ymmärtämiseksi päihdepsykiatristen potilaiden hoidossa tulee ottaa huomioon psykososiaaliset tekijät kivun ymmärtämisessä ja hoidon suunnittelussa, sillä nämä psykososiaaliset tekijät eivät ole luonteeltaan välttämättä patologisia. (Estlander 2003, 20, 29.)

Kipupotilaan psykologinen hoito on vaativa ja monimuotoinen tehtävä. Psykologisella hoidolla tarkoitetaan tässä yhteydessä hoitoa, joka perustuu enimmäkseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa ja jolla pyritään vaikuttamaan kivun kannalta keskeisiin psykologisiin tekijöihin ja seurauksiin. Potilasta hoitavan henkilön ominaisuudet empatian, sensitiivisyyden ja aidon välittämisen suhteen, ovat hoidon onnistumisen edellytyksiä. Hän tarvitsee myös työvälineitä, teknisiä taitoja ja erityisten hoitomenetelmien yksityiskohtien hallintaa. Näillä voidaan vaikuttaa esimerkiksi siihen, millä sanoilla ohjataan hyvä rentoutusharjoitus sekä potilaan motivoimiseen hoitoon. Se on haaste työntekijälle ja hänen terapeuttisille taidoilleen. Potilaan kannattelu (holding, containing) on osa psykoterapiatyötä. Se on myös osa yleistä hoitotyötä. Kannattelussa hoitaja ottaa vastaan ja sietää potilaan vaikeat kokemukset ja on potilaan kanssa tämän kärsimyksissä. Tällaisessa hoidossa potilaan kuormaa kannetaan yhdessä hoidon aikana ja se luo olosuhteet potilaan kehitykselle ja kasvulle. Tässä korostuu hoitajan empatia, aito kiinnostuminen, kuunteleminen ja pohtiminen, luottamuksellisuus ja potilaan kunnioittaminen. Lisäksi hoitokontaktin jatkuvuus ja rauhallinen fyysinen ympäristö, jossa asioita voidaan käsitellä ilman ulkoisia häiriötekijöitä, luovat puitteet potilaan hoitamiseen ja auttamiseen. (Estlander 2003, 168 – 169, 181.) Luottamuksellisuus ja potilaan kunnioittaminen esimerkiksi juuri musiikkirentoutus tilanteessa voidaan osoittaa antamalla potilaalle mahdollisuus poistua ryhmästä, antaa hänen tuoda

ilmi mielipiteensä vaikkapa juuri valitusta musiikista sekä antamalla potilaalle mahdollisuus todellakin rentoutua ryhmässä. Tutkimuksen tekemisessä potilaiden tutkimuslomakkeita käsiteltiin jatkuvasti luottamuksellisesti ja jokainen potilaiden antama mielipide tai vastaus käsiteltiin yhtä arvokkaana.

2.3 Kivun tutkiminen

Kipua mitattaessa täytyy olla olemassa jokin mitattava suure, koska ilman sitä tulosten tilastollinen käsittely on vaikeaa. Tutkittaessa kliinistä hoitovastetta, kivun mittaaminen on tärkeää. Mittaamisella on keskeinen asema niin akuutin kuin kroonisenkin kivun hoitotulosten arvioinnissa. Kroonisessa kivussa kivun intensiteetin mittaaminen on vain yksi monista mittareista ja kivun seurannaisvaikutusten, kuten esimerkiksi toimintakyvyn arvioiminen antaa tarkemman kuvan kivun kokonaisvaltaisemmista vaikutuksista. (Kalso & Vainio 2002, 41, 110, 213.)

Kliininen vaste, eli menetelmä jolla yritetään lievittää tutkittavien kipua on tässä opinnäytetyössä musiikki. Seurannaisvaikutukset on rajattu tutkimuksen ulkopuolelle ja tutkimuksessa tutkitaan yhden, tietyn kestoisen hoidon vaikutusta sen hetkiseen kipuun ja lyhyen ajan sisällä tapahtuviin muutoksiin kivussa. Kipujen selittämiseksi täytyy ottaa huomioon tutkimuksen aineisto. Tässä tutkimuksessa voidaan olettaa, että päihteiden käytöllä ja kivulla voi olla yhteys toisiinsa. Tämä oletus on selitettävissä vieroitusoireista johtuvina kipuina, jotka voivat olla todellisia somaattisia kipuja tai muista syistä johtuvia kipuja. Kivut voivat olla potilailla myös sellaisia, että niiden syytä ei löydetä.

Akuuttia kipua ja sen kehittymistä voidaan mitata aivan kuten esimerkiksi verenpainetta. Hoitohenkilökunnan näkemyksen sijasta kivun raportointi siirtyy kuitenkin eteenpäin potilaalle itselleen. Kivusta mitataan yleisemmin lähinnä sen voimakkuutta ja paikallisuutta esimerkiksi VAS-kipujan ja kipupiirroksen avulla. Lisäksi sen affektiivisuutta ja emotionaalista puolta pyritään selvittämään erilaisin kipusanastoin. Kroonisesta kivusta kärsivä potilas on usein turhautunut, kärsimätön ja epäluuloinen aikaisempien hoitokontaktien vuoksi ja ei voida olettaa, että potilas välttämättä kertoisi esimerkiksi päihteiden käyttöön liittyvistä asioista, jotka voivat hoidon suunnittelussa olla merkityksekkäitä. (Kalso & Vainio 2002, 41, 110, 213.)

Hyvin yleisesti käytetty kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS-jana. Alkuperäisessä muodossaan VAS-jana on 10 cm pitkä vaakasuora viiva, johon potilas merkitsee sen leikkaavalla pystyviivalla kokemansa kivun voimakkuuden. Janan vasen ääripää kuvaa tilannetta, jossa kipua ei

ole laisinkaan ja oikea ääripää pahinta mahdollista olemassa olevaa kipua. (Kalso & Vainio 2002, 41.) Tässä tutkimuksessa käytetään juuri tätä alkuperäistä VAS-janan mallia. (Liite 1 ja 2) Kivun intensiteetin muutoksien tarkastelua varten VAS-janasta on senteittäin annettu numeraaliset arvot piirretylle poikkiviivalle nolasta kymmeneen.

Potilaan tuntemuksia voidaan ymmärtää paremmin kipupiirroksen avulla. (Liite 1) Siinä potilas piirtää valmiiseen ihmisen kuvaan kivun paikallisuuden. Se antaa viitettä tarvittavasta hoitolinjasta ja helpottaa diagnostiikkaa. Sen avulla voidaan myös nähdä oireiden sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia muutoksia, joten sen käyttö myös tässä tutkimuksessa on perusteltua. Piirroksen yksityiskohdat kuten piirroksen pikkutarkkuus tai sotkuisuus tai kivun ulottuminen ruumiin ulkopuolelle voivat antaa tietoa potilaan ajatusmaailmasta ja mielikuvista. Se voi antaa kuvan paitsi kivun sijainnista myös sen merkityksestä potilaan elämässä. (Alaranta ym. 1992, 109, 118, 371.) Tässä tutkimuksessa kipupiirroksen käyttö tekee kivun kartoittamisesta helpompaa, kuin että tutkittavat selittäisivät sanallisesti kipunsa paikallisuutta.

Sanallisella kuvaamisella pystytään jossain määrin erottelemaan akuutti ja krooninen kipu. Akuuttia kipua kuvataan usein sensorisilla kipuluokilla kuten fyysinen ja terävä paine, kuumotus, ajallisesti rytmisen kipu ja puutumisen. Myös kroonisesta kivusta kärsivät käyttävät näitä sanoja mutta akuuttiin kipuun liittyessä tämä on tavallisempaa. Kroonisten kiputilojen kuvaamisessa korostuvat enemmänkin affektiiviset kipusanat kuten pelkoon, ahdistavuuteen ja ärsyttävyyteen liittyvät sanat. Yleisten ahdistuneisuutta ja tuskastuneisuutta kuvaavien kipusanojen käyttö lisääntyy samalla kun sensoriset kuvaukset vähenevät ja menettävät merkitystään. (Kalso & Vainio 2002, 41 – 43)

Avointen kysymysten käyttö tutkimuksessa on perusteltua kivun syiden ymmärtämiseksi. Kivulle ei välttämättä löydy mitään elimellistä syytä. Silloin täytyy ottaa huomioon se, että potilas voi kokea, ettei häntä oteta todesta tai häntä pidetään psyykkisesti häiriintyneenä. Avoimilla kysymyksillä annetaan vastaajalle mahdollisuus tuoda ilmi oma käsityksensä kivun syistä ja siihen helpottavista seikoista. (Alaranta ym. 1992, 118 – 119)

3 Musiikki kivun lievittäjänä

Musiikki stimuloi yhtä aikaa ihmisen psyykkisiä ja fyysisiä toimintoja ja sillä on sekä neurofysiologisia että psykologisia vaikutuksia samanaikaisesti. Musiikki vaikuttaa aivojen limbiseen keskukseen, joka säätelee ihmisen tunnetiloja. Tätä kautta musiikin avulla voidaan välttää negatiivisia emotionaalisia reaktioita kuten ahdistusta tai pelkoa. Näihin reaktioihin on syytä päästä vaikuttamaan, sillä tällaiset reaktiot voivat vaikeuttaa lääketieteellistä hoitoa. Musiikilla voidaan vaikuttaa myös suoraan kipuaistimukseen johtuen sen suorasta vaikutuksesta sensorisen aivojen kuorikerroksen kykyyn vastaanottaa kipusensatioita. On myös tutkittu, että ihmisen pulssi, verenpaine ja ihon lämpötila seuraa jossain määrin musiikin vaihteluita. Akustisen värähtelyn vaikutuksia kiputilojen hoitoon on jonkin verran selvitelty. (Ahonen 1993, 118 – 119.)

Musiikki vaikuttaa tai saa aikaan muutoksia tunteissa, kehossa, aisteissa, ajatuksissa, toiminnassa tai käyttäytymisessä. Musiikkia voidaan käyttää myös yksilöterapiassa. Musiikin käyttö ja myös varsinainen musiikkiterapia voi olla yksi hoidon keino muiden terapeuttisten hoitomuotojen lisäksi. Terapia-aika musiikkiterapiassa vaihtelee lyhytaikaisesta pitkään työskentelyyn kuten monessa muussakin terapiamuodossa psykiatrisilla potilailla. Musiikkiterapeuttina toimiminen vaatii erillisen koulutuksen. (Punkanen 2003, 86.) Julkulan sairaalassa psykiatrisessa hoidossa käytetään yhtenä hoitomuotona musiikin kuuntelua ja sen jälkeen ryhmässä keskustelua omista tuntemuksista, joita musiikki tai tilanne ylipäättään mahdollisesti herätti. Musiikki virittääkin potilasta tällaiseen hyvin juuri yllä mainittujen seikkojen vuoksi.

4 Fysioterapeuttinen ammatillisuus

Koska kyse on fysioterapian opinnäytetyöstä, musiikkiryhmän menetelmien vertailu psykofyysisiin fysioterapiamenetelmiin on välttämätöntä tässä työssä. Työn tulisi liittyä fysioterapiaan, jotta sillä kyetään osoittamaan ammatillista osaamista fysioterapiassa ja syventämään aikaisemmin opittua työn tekemisen yhteydessä. Joten vaikka musiikkiryhmää ei vedä tai suunnittele fysioterapeutti, tulisi tätä työtä jossain määrin tarkastella kuitenkin fysioterapian näkökulmasta. Siksi tässä luvussa on avattu psykofyysistä fysioterapian käsitettä ja perusteltu sen liittymistä työhön.

4.1 Psykofyysinen fysioterapia ja rentoutusmenetelmät

Psykofyysisen fysioterapian lähtökohtana pidetään ihmisen kehon, mielen ja ympäristön vuorovaikutusta ja yhteyttä toisiinsa. Tämä perustuu kokemukselliseen oppimiseen, jossa etsitään potilaan voimavaroja mm. rentouttamalla tämän jännitystiloja ja harjoittamalla kehon ja mielen reaktioita. Viimeisenä mainittuja voidaan harjoittaa myös rentoutumisen keinoin. Psykofyysiselle fysioterapialle on ominaista fysioterapeutin näkemys ihmisestä kokonaisuutena riippumatta tämän toimintakyvyn ongelmista ja niiden ilmenemismuodoista. Psykofyysisessä fysioterapiassa potilaan asioita tarkastellaan tämän omien kokemusten ja elämyksien kautta. Olennaiseksi tässä korostuu potilaan oma tapa ymmärtää itseään kokemuksen kautta. Tästä voidaan päätellä, että sen vuoksi juuri kipu voi päihdepsykiatrisella potilaalla olla viesti jostain muusta kuin elimellisestä ongelmasta ja sen ilmeneminen voi liittyä menneisiin kokemuksiin ja tapahtumiin. Tavoitteena psykofyysisessä fysioterapiassa on kehonhallinnan lisääntyminen ja kehonkuvan eheytyminen. Näihin voidaan pyrkiä esimerkiksi hengityksen ja rentoutumisen avulla. (Talvitie ym. 2006, 265 – 266, 283.)

Olennaista kuntoutuksen onnistumiselle psykofyysisessä fysioterapiassa on se, millainen merkitys kuntoutumisella ja sen onnistumisella on potilaalle (Talvitie ym. 2006, 266 – 267). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, miten kuntoutuksen tavoite sopii kuntoutujan elämän kokonaisuuteen. Musiikkiryhmän ja musiikkirentoutuksen tavoitteena voidaan pitää potilaan rentoutumista ja olon helpottumista. Tutkimuksen lähtökohtia ajatellen tavoitteena voidaan työssä käytetyissä musiikkiryhmissä pitää joko suoraan tai rentoutumisen kautta tapahtuvaa kivun lievitystä. On tärkeää muistaa, että oikeanlainen asennoituminen ja potilaan tietoisuus omista mahdollisuuksistaan on ratkaisevaa harjoituksen onnistumiselle. Potilaan kohonnut motiivi ryhmää ja sen vaikutuksia kohtaan on hyvin merkittävää.

Psykosomaattisen lääketieteen termi on pyritty viimeaikoina korvaamaan termillä kokonaisvaltainen lääketiede (Talvitie ym. 2006, 267; Lönnqvist ym. 2001 mukaan). Ajatus kokonaisvaltaisuudesta perustuu siihen, että ihmisen kehoa ei voi erottaa psyykestä eikä ihmistä hänen ympäristöstään tai vuorovaikutussuhteistaan. Tämän kautta kyetään näkemään ihmisen henkisen tasapainon osallisuus oireen, mahdollisesti fyysisen oireen, muodostuksessa. Musiikkirentoutuksessa huomioidaan myös vuorovaikutuksellisuus eli osallistujat voivat kertoa tuntemuksistaan tai mielikuvistaan terapiassa. Potilaan kuunteleminen on välttämätöntä jotta kohtaaminen potilaan kanssa on onnistunut myös psykofyysisessä fysioterapiassa. (Talvitie ym. 2006, 267 – 268.)

Musiikkirentoutuksessa voidaan nähdä piirteitä progressiivisesta, autogeenisestä ja sovelletusta rentoutuksesta, jotka ovat kaikki psykofyysisen fysioterapian menetelmiä. Progressiivisessa rentoutuksessa käytetään jännitys-rentoutustekniikkaa ja se on yksi käytetyimpiä rentoutustekniikoita. Lihaksen jännittyneisyyttä voidaan pitää kivun yhtenä syynä. Menetelmässä potilas jännittää ja rentouttaa eri lihasryhmiä vuorotellen ja käy ne läpi systemaattisesti. Tavoitteena on tunnistaa rentoutuneen ja jännittyneen lihaksen välinen ero. Tätä kautta potilas oppii tunnistamaan turhan jännittämisen ja pystyy vähitellen rentouttamaan itsensä ilman jännitystä. Autogeenisessä rentoutuksessa pyritään rentoutujan parempaan itsetuntemukseen ja vapauttamaan ei-toivottuja ärsykejä. Rentoutus perustuu kahteen asiaan; siihen, että jokaisella ajatuksella on taipumus vaikuttaa kehoon ja siihen, että yhteen kehonosaan keskittyminen auttaa keskittymään koko kehoon. Menetelmä edellyttää mm. potilaan motivoitumista rentoutukseen. Käytännössä kuntoutuja harjoittelee perussuggestioita äänettömästi itsekseen kuten esimerkiksi: ”Olen aivan rauhallinen, oikea käteni on hyvin painava”. Sovellettua rentoutusta voidaan käyttää mm. erilaisten kiputilojen hoitoon. Sen vaikutusmekanismit mukailevat rentoutuksen yleisiä vaikutuksia kuten kehon yleistä jännityksen laukeamista, lihasjännityksen vähenemistä, oman kehon tietoisuuden lisäämistä, itsehallinnan ja itseluottamuksen lisääntymistä. Potilaalle syntyy lisävaihtoehtoja ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi. Rentoutus toteutetaan puhtaasti tehtynä istuen ja se koostuu kuudesta eri vaiheesta jotka pohjautuvat aina edelliseen vaiheeseen alkaen progressiivisesta rentoutuksesta. (Talvitie ym. 2006, 278 – 280.)

Rentoutuksessa voidaan oletettavasti nähdä myös piirteitä norjalaisesta psykomotorisesta fysioterapiasta, jonka lähtökohtana ovat seuraavat kaksi periaatetta. Ensimmäisessä periaatteessa kehoa rakennetaan alhaalta ylöspäin ja jokainen hoito aloitetaan jaloista, jotka ovat ihmisen perusta. Omilla jaloilla seisominen kuvaa vakaan perustan päällä olemista ja on edellytys vapaalle

toiminnalle. Toisena periaatteena on koko kehon ottaminen huomioon hoidoissa. Yhdessä muusta kehosta riippumattomasta kehonosasta ei voida saada aikaan sopivaa lihasjännitystä tai tasapainoa. Mitään edellä mainituista menetelmistä ei tulla käyttämään puhtaasti musiikki ryhmässä vaan niiden vaikutuksia on nähtävissä jossain määrin. (Talvitie ym. 2002, 273 – 274.) Tällä tavoin musiikki ja rentoutus voidaan nähdä osana fysioterapiaa, vaikkei musiikkiryhmään osallistuminen sitä puhtaasti olekaan.

4.2 Fysioterapeuttinen ammatillisuus päihdepsykiatrisessa hoidossa

Fysioterapeuttisen näkökulman tukemiseksi on tärkeää ymmärtää sen merkitys päihdepsykiatrisessa hoitotyössä. Fysioterapeuttinen ongelma päihdeongelmaisella potilaalla on hänen kokonaisvaltaisesta elämäntilanteesta lähtevä. Ruumiillisella tasolla tämä ongelma saa erilaisia esiintymismuotoja kuten levottomuutta, tunnottomuutta, itsensä vahingoittamista, väkivaltaa, ruumiin ja itsensä vierautta, vaikeutta pitää huolta oman ruumiinsa rajoista ja koskemattomuudesta sekä kipua. Nimenomaan ruumiillisuuden kautta rakentuu fysioterapian mahdollisuudet tukea potilasta. Aivan akuutissa vaiheessa potilaan tulisi saada positiivisia kokemuksia omasta ruumiillisuudestaan ja kokemusten tulisi olla tarpeeksi voimakkaita herättääkseen todellisia elämyksellisiä ja subjektiivisia tunteita. (Karjalainen, ym. 1995, 14 – 15; Karjalainen 1995, 9-10.)

Fysioterapian hoitoprosessin eri vaiheissa ruumiillisen työskentelyn sisältö muuttuu. Aivan akuutissa vaiheessa eli vieroitusvaiheessa tärkeintä on auttaa potilasta sietämään omaa pahaa oloaan ja särkyä. Näitä voidaan lievittää esimerkiksi kosketuksen kautta. Sisällöllisesti fysioterapia voidaan jakaa kolmeen tasoon. Ensimmäisellä tasolla fysioterapia on liikuntaa ja ruumiillista kontaktia. Sen tarkoituksena on tarjota potilaalle positiivisia kokemuksia tavoista toimia ja mm. purkaa energiaa. Ensimmäisellä tasolla potilaan oma kokemus ruumiinsa ja sen oireiden jonkinlaisesta hallittavuudesta mahdollistuu. Tärkeää on oman ruumiin hyväksyminen. Toisella tasolla liike ja ruumiillisuus ovat vuorovaikutuksen välineitä hoidossa ja hoitosuhteessa. Tässä hoitosuhteessa potilaalla on mahdollisuus harjoitella tuen vastaanottamista. Se antaa myös kokemuksia erilaisista vuorovaikutus suhteista ja tilanteista. Kolmannella tasolla fysioterapian sisällöllisesti syventyy. Ruumiilliset harjoitukset tällä tasolla antavat mahdollisuuden työskennellä liikkeen ja ruumiillisuuden saamien subjektiivisten ja symbolisten merkitysisältöjen kanssa. Ruumiillisuus on tällöin yhteys omaan itseensä ja elettyyn elämään ja harjoituksissa pyritään työstämään näihin kokemuksiin liittyviä tunteita ja ruumiillisia muistoja. Fysioterapeutin tarkoituksena on auttaa

potilasta ymmärtämään näitä ruumiillisia merkityksiä. Hän myös toimii heräävien tunteiden sietäjänä ja säilyttäjänä, ns. kantajana. Vasta kolmannen tason myötä mahdollistuu pitkäkestoisten muutosten integroituminen osaksi potilaan päihteetöntä ruumiinkuvaa. (Karjalainen, Partanen & Sellergren 1995, 14 – 15.; Karjalainen 1995, 9-10.)

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

5.1 tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia musiikin vaikutuksia päihdepsykiatristen potilaiden kokemiin kipuihin. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena ovat myös kivun syyt ja sen saamat merkitykset. Potilaiden omista käsityksistä kivun syistä ollaan kiinnostuneita. Tutkimuksessa pyritään selvittämään, saadaanko musiikin avulla muutoksia kivun kokemiselle sekä kirjaamaan mahdolliset muutokset ylös. Tutkimuksen tarkoituksena on enemmän antaa suuntaa ja näkökulmaa musiikin käytöstä osana hoitoa.

5.2 tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksen myötä tutkimusongelmiksi muotoutuivat:

1. Millaisena päihdepsykiatriset potilaat kuvaavat kokemaansa kipua?
2. Väheneekö päihdepsykiatristen potilaiden kipu musiikkirentoutuksen seurauksena, kun kipua verrataan ennen ja jälkeen rentoutuksen?
3. Millä tavoin musiikki vaikuttaa potilaisiin kivun intensiteetin muutoksien lisäksi?

6 Tutkimusmenetelmät ja aineisto

6.1 Tutkimuksen aineisto ja tutkimusympäristö

Tutkimuksen aineisto kerättiin kymmeneltä tutkimukseen osallistuneelta päihdepsykiatriselta potilaalta. Tutkittavien sisäänottokriteereinä olivat seuraavat: tutkittava on päihdepsykiatrisessa hoidossa Julkulan Sairaalassa, hänellä on kipuja ja hän osallistuu musiikkiryhmään.

Tutkimusympäristönä tutkimuksessa oli Julkulan sairaalan päihdepsykiatrisen osasto ja sen musiikkiryhmiin osallistuneet potilaat. Osastolla hoidetaan täysi-ikäisiä päihderiippuvuudesta kärsiviä henkilöitä. Pääsääntöisesti potilaat ovat opiaattiriippuvaisia. Osastolla on kahdeksan vuodepaikkaa ja yksi lisäpaikka. Osastolle tullaan lääkärin läheteellä ja siellä hoidossa oleminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Koska osastolla ollaan vapaaehtoisesti, potilaat ovat osastolla hyvin eri pituisia aikoja. Keskimäärin potilaat ovat hoidossa osastolla viikosta kuukauteen. Potilaista noin 70 prosenttia on miehiä ja heidän keski-ikänsä on noin 30 vuotta. (Järvikuona 2.10.2008)

Kyselylomakkeissa (Liite 1 ja 2) ei tiedusteltu tutkittavien ikää tai sukupuolta, koska tutkittavien anonymisuus haluttiin varmistaa mahdollisimman hyvin. Potilaiden osallistuminen tutkimukseen ajateltiin olevan helpompaa, kun minkäänlaisia tunnistetietoja ei tarvinnut ilmoittaa. Päihdepsykiatrisella osastolla potilaana oleminen voi olla henkilökohtaisuuden lisäksi hyvin arkaluontoinen asia ja mahdollisimman tarkka anonymiuden varmistaminen takasi sen, että aineistoa tutkimukseen saatiin. Koska tutkimus liittyy pääasiassa kipuun ja sen intensiteetin muutoksiin musiikin avulla, on tutkimuksessa keskitytty vain kipua käsitteleviin kysymyksiin.

6.2 Intervention järjestäminen ja aineiston keräämismenetelmät

Tutkimuksen interventio eli musiikkiryhmä järjestettiin osastolla sairaanhoitaja Mika Järvikuonan ohjaamana tiistaisin viiden viikon ajan. Tutkija oli mukana ryhmissä valvomassa kyselylomakkeiden täyttämistä ja tekemässä havaintoja ryhmästä. Yksi musiikkiryhmä kesti kerrallaan 45 minuuttia ja tutkimuksen yhtenäistämiseksi ryhmässä toteutettiin niiden viiden kerran ajan musiikkirentoutusta. Musiikkirentoutuksessa potilaan makasivat patjoilla mahdollisimman miellyttävässä asennossa ja keskittyivät soitettuun musiikkiin. Ryhmän jälkeen oli kaavakkeen (Liite 2) täyttämisen lisäksi mahdollisuus ryhmässä suullisesti kertoa esiin tulleita ajatuksia ja/tai tunteita. Ihminen tarvitsee koko elämänsä ajan, ja etenkin ongelmallisissa tilanteissa, toista

ihmistä ikään kuin peiliksi omille ajatuksilleen ja tunteilleen. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002.) Vuorovaikutuksellisuus on siis hyvä ottaa huomioon myös tämän intervention yhteydessä.

Musiikkiryhmä toteutettiin kerran viikossa noin tunnin verran viiden viikon ajan eli tapaamiskertoja tutkijalla ja tutkittavilla oli yhteensä viisi. Potilaista kolme osallistui ryhmään vain kerran ja yksi potilas oli mukana tutkimuksessa koko sen ajan eli viisi viikkoa. Potilaista kolme osallistui tutkimukseen kaksi kertaa, kolme potilasta oli mukana kolme kertaa ja yksi potilas osallistui tutkimukseen neljä kertaa. Kahden potilaan lomakkeita lukuunottamatta palautetut lomakkeet olivat käyttökelpoisia. Yhden kaavakkeen avoimien kysymysten vastauksista ei saanut selvää epäselvän käsialan vuoksi ja yksi potilas lähti yhdestä ryhmästä kesken pois ja jätti näin ollen loppukyselykaavakkeen täyttämättä. Näitä kaavakkeita ei ole huomioitu intervention vaikutuksia tutkittaessa.

Koska potilaat olivat olleet osastolla eri pituisia aikoja ja osallistuvat ryhmään 1 – 5 kertaa, kirjattiin muistiin, kuinka monetta kertaa potilas osallistuu ryhmään. Lomakkeet laadittiin jo olemassa olevan kipua käsittelevän tutkimustiedon pohjalta mm. kirjasta Kipu (Kalso & Vainio 2002). Lähteistä lomakkeisiin poimittiin yleisesti käytössä olevat ja reabilit mittarit kipukartta sekä VAS-jana. Muutoin kysymykset suunniteltiin tutkimuksen tavoitteiden pohjalta. Interventiota edeltävään tutkimukseen kuului siis kipujen kuvaileminen lomakkeelle, joissa kipua ja sen intesiteettiä pyydettiin kuvailemaan VAS-janalla, kipupiirroksella sekä sanallisella kuvaamisella. Kyselylomake pareja saatiin kymmeneltä tutkimukseen osallistuneelta potilaalta yhteensä 22 kappaletta.

Musiikin vaikutusta potilaiden kipuun tutkittiin strukturoiduin ja puolistrukturoiduin lomakkein ennen ja jälkeen ryhmän. Ennen ryhmää täytettävässä lomakkeessa arvioitiin kivun paikallisuutta kipukartan avulla, kivun voimakkuutta, laatua ja sen vaikutusta potilaan toimintaan. (Liite 1) Lomakkeessa kysyttiin myös mahdollista potilaan omaa käsitystä kivun syystä tai syistä. Lomakkeilla oli tarkoitus mitata potilaiden tiettyjä ominaisuuksia, heidän omaa motivaatioitaan ja käsitystä kivusta. Tämän vuoksi käytettiin kysymyksiä intervallikysymyksiä ja mittarityyppinä tällöin likert-asteikkoa, jossa koehenkilö arvioi itse omaa käsitystään väitteen tai kysymyksen sisällöstä (Metsämuuronen 2005, 61).

Kipupiirroksen tutkittavat merkkasivat kivun erilaisilla kuvioilla. (ks. kappale 2.2 Kivun tutkiminen) Särky/kipu merkattiin vinoviivoituksella, kun taas spesifi kipu raksilla. Tunnottomuudelle oli oma kuvionsa. (Liite 1) Näiden vaihtoehtojen lisäksi tutkittavat olivat

saattaneet merkata kivun johonkin kohtaa kipukarttaa merkinnäillä, jotka eivät olleet vaihtoehtoissa. Nämä piirroksot on ilmaistu taulukossa kohdassa ”jokin muu kipu”.

Tutkimusta tehtäessä on oleellista kysyä, millä menetelmällä tutkittavaa ilmiötä olisi järkevää mitata. Luonnontieteissä mittaaminen on sinänsä melko yksinkertaista, kun muuttujina on sellaisia yksiköitä kuin sekunti, metri tai vaikkapa kilogramma. Kun kysymys on esimerkiksi ihmisten mielipiteistä, mittayksikön valinta ei ole niin yksinkertaista. Kvantitatiiviset eli laadulliset tutkimusmenetelmät perustuvat myös mittaamiseen, mittari ja mittaussyksikkö vain luonnollisesti vaihtelevat. Ihmistieteissä, kuten monissa muissakin tieteissä, mittaaminen on hyvin usein epäsuoraa. Useat tutkittavat kohteet eivät ole suoraan mitattavissa, kuten esimerkiksi älykkyydosamäärä, vaan niiden selvittämiseksi mitataan muita asioita, joista voidaan epäsuorasti tehdä johtopäätöksiä halutusta muuttujasta. Tutkimuksessa kysyttiin tutkittavien omia käsityksiä kivustaan ja sen voimakkuudesta. Nämä kysymykset vastauksineen eivät siis ole luonteeltaan absoluuttisia. Kysymyksillä mitataan tutkittavien kipua ja sen ominaisuuksia, joten kyseessä on kvalitatiivinen mitta-asteikko. Luoduista asteikoista voidaan erotella laadullisesti eri ilmiöitä jotka voidaan kategorisoida, joten kyseessä on laatueroasteikkoja. (Erätuuli, Leino & Yli-luoma 1994, 35 – 43.)

Kipu on kokemuksena hyvin yksilöllinen ja subjektiivinen, joten sen tutkimiseen liittyy oleellisesti henkilön oma käsitys kivun syistä, laadusta ja intesiteetistä. Myös sen helpottuminen on yksilöllistä. Kivun subjektiivisuus selittää osaltaan avoimien kysymysten käyttöä tutkimuksen kyselylomakkeissa. Avoimissa kysymyksissä potilaat saivat itse vapaasti kuvailla omilla sanoilla kivun laatua, syitä ja siihen helpottavia seikkoja. Avoimet kysymykset eivät myöskään vaadi samalla tavalla keskittymistä kuin luokittelukysymykset, joissa vastaajan täytyy tutustua kärsivällisesti eri vastausvaihtoehtoihin. Lisäksi avoimella kysymyksellä tiedusteltiin, vaikuttiko musiikki tutkittavaan muullakin tavalla kuin kivun intesiteettiin. Avoimet kysymykset valittiin niin, että esimerkiksi erilaisista kivun laatuun liittyvistä kipua kuvailevista sanoista voidaan tehdä päätelmiä kivun kroonisuudesta tai akuuttiudesta. (ks. kappale 2.2)

Ryhmän jälkeen täytettävässä lomakkeessa keskityttiin selvittämään musiikin vaikutusta potilaan kipuihin, joita potilas oli eritellyt ennen ryhmää täytetyssä lomakkeessa. Lomakkeessa tiedusteltiin kivun laatua ja kovuutta sekä tarkempaa kuvausta tilanteen vaikutuksesta kipuun ja sen kokemiseen. (Liite 2) Lomakeparilla tarkoitetaan yhtä ennen ryhmää ja yhtä ryhmän jälkeen täytettyä lomaketta. Lomakkeet pyrittiin tekemään mahdollisimman yksinkertaisiksi ja haluttu informaatio kysymään

mahdollisimman vähin kysymyksiin ja selkeässä ulkomuodossa. Näin pyrittiin takaamaan vastaajien mielenkiinto vastata kysymyksiin. Tutkittavat täyttivät kaavakkeet ennen ja jälkeen ryhmän tutkijan läsnäollessa, jolloin heillä oli mahdollisuus kysyä apua, jos lomakkeissa oli jotakin epäselvää. Tutkijan läsnäololla pyrittiin myös motivoimaan tutkittavia täyttämään kyselylomakkeet huolellisesti ja ajatuksella, joskin samalla pidettiin huoli, ettei tutkija vaikuta tutkittaviin tai heidän vastauksiinsa.

Tietoa kerättiin myös havainnoimalla. Havainnoimalla voidaan pyrkiä selittämään vastauslomakkeista saatuja tietoja ja vastauksia. Kyselyn avulla voidaan saada selville, mitä tutkittavat ajattelivat tai tunsivat, mutta kyselyvastaukset eivät välttämättä kerro, mitä todella tapahtuu. Havainnoimalla voidaan tarkastella, toimivatko tutkittavat todella kuten sanovat toimivansa. Havainnointia on pidetty tieteiden yhteisenä ja välttämättömänä perusmenelmänä. Tutkimuksessa käytettiin osallistuvaa havainnointia. Osallistuvalla havainnoinnilla on tyypillistä, että tutkija osallistuu tutkittavien ehdoilla heidän toimintaansa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 199-203) Tässä tutkimuksessa havainnointia etuna oli sen avulla saatu välitön ja suora tieto tutkittavien käyttäytymisestä, josta esimerkkinä tutkittavan levottomuus rentoutuksen aikana sekä osallistujien kommentit kulloisenkin tuokion loppuvaiheessa.

Tutkija osallistui itse ryhmään sivustaseuraajana tehden havaintoja ryhmästä ja siihen osallistuvista potilaista. Tutkija ei varsinaisesti osallistunut rentoutukseen, koska havainnointi samanaikaisesti olisi ollut mahdotonta. Tutkija oli rentoutuksissa sivustaseuraaja ja tarkkaili tutkittavia ja heidän rentoutuksenaikaisia reaktioitaan. Voidaan siis sanoa, että havainnoinnissa hyödynnettiin osittain myös systemaattista havainnointia.

Musiikkiryhmän paikaksi yritettiin järjestää mahdollisuuksien mukaan rauhallinen tila, jossa ylimääräiset häiriötekijät olisivat pois suljettuina. Osastolla tutkimuksen aikana käynnissä olleen remontin vuoksi yksi musiikkiryhmä jouduttiin järjestämään osaston tv:n katseluhuoneeseen, joka on avointa tilaa ja jonne häiriöäänneet käytävästä kuuluvat erittäin hyvin. Muutoin tilana oli osaston toimintahuone, joka saatiin rauhoitettua musiikkiryhmän ajaksi kiitettävästi. Potilaiden tuli osallistua ryhmään mahdollisuuksiensa mukaan. Esimerkiksi kovista vieroitusoireista kärsivä potilas pystyi jättäytymään pois ryhmästä. Pääsääntöisesti kuitenkin koko osaston potilaat pyrittiin saamaan osallistumaan ryhmään.

Musiikkina tutkimuksessa käytettiin rauhallista mahdollisimman neutraalia musiikkia. Lähtökohtana musiikin valintaan oli sen tarkoitus rentouttaa potilaita ja tuoda heille positiivisia kokemuksia kehostaan ja olotilastaan. Musiikki oli melodista ja pääosin instrumentaalista. Viimeisellä rentoutuskerralla musiikkina oli edellisellä kerralla potilaan esittämää toive musiikkia. Tämä musiikki sopi tyyliltään hyvin musiikkirentoutukseen ja siksi potilaan toive toteutettiin. Tosin potilas itse ei ollut enää viimeisellä kerralla mukana ryhmässä kuuntelemassa toivettaan.

6.3 Aineiston analyysi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset ovat tutkimuksen ydinasioita (Hirsijärvi, ym. 2004, 207). Analyysivaiheessa selviää, millaisia vastauksia asetettuihin ongelmiin saadaan. Analyysimentelmät voidaan jakaa karkeasti kahteen eri ryhmään mitta-asteikkojen suhteen: parametrisiin analyysimenetelmiin ja ei-parametrisiin eli nonparametrisiin analyysimenetelmiin. Jos aineistoa on kerätty, kuten tässä tutkimuksessa siten, että mitta-asteikkona on käytetty lähinnä laatueroasteikkoa tai järjestysasteikkoa, analyysimentelmät ovat lähinnä nonparametrisia. Näin oli siis tässäkin tutkimuksessa. Nonparametrittömyys tarkoittaa sitä, että analyysitekniikoissa ei aseteta vaatimuksia aineiston jakauman suhteen; ei siis voida määrittellä keskiarvoa tai keskijakaumaa mutta ollaan kiinnostuneita vastauksien tyyppi-arvoista. (Erätuuli, ym. 1994, 35 – 43.)

Tutkittavan ilmiön yksityiskohtaisen tiedon ymmärtämiseksi teoreettisella tasolla, täytyy saatu tieto ryhmitellä. Ryhmittely on keskeinen osa tieteellistä toimintaa ja sen avulla voidaan rakenteellisesti hallita monimutkaisia kokonaisuuksia. (Erätuuli, ym. 1994, 45 – 47.) Tutkimuksessa on pääasiassa kuvattu tutkittavilta saatua aineistoa. Avointen kysymysten vastaukset on ryhmitelty ja sen jälkeen muutettu numeroiksi eli koodattu taulukoiksi. Taulukoihin ja kuvioihin on merkattu esiintymisfrekvenssit, jotka kuvaavat kuinka usein kukin laatusana on vastauslomakkeissa ilmennyt. Nämäkin vastaukset ovat siis kvalitatiivisesta luonteestaan huolimatta koodattu määrällisiksi.

Tietokoneanalyysin avulla on analysoitu kivun intensiteetin muutoksia eli VAS-janaan merkattujen vastausten muutoksia. Tutkimuksesta saadut tulokset tilastoitiin Excel-ohjelmaa apuna käyttäen. Excel-ohjelmaan syötetyt tiedot tarkistettiin tietojen syöttämisen jälkeen manuaalisesti sekä sen jälkeen vielä silmäillen ja pistotestauksella muutaman lomakkeen osalta. Tiedot analysoitiin osittain SPSS-ohjelmalla. Tarkoituksena oli analysoida kivun lievittymistä suhteessa alkutilanteeseen tarkastelemalla eri muuttujien suhteita toisiinsa. Aineiston pienuuden vuoksi analysoinnissa

käytettiin parametrittömiä testejä. Aineistosta kerättiin aineistoa peruskuvailevat tunnusluvut eli vastausten määrä sekä moodi.

Musiikin vaikutusta kipuun testattiin SPSS-ohjelman U-testillä. Mann-Whitneyn U-testillä voidaan tehdä kahden eri keskiarvon vertailu kaikkein luotettavimmin, kun otoskoko on hyvin pieni eli alle 30. Lisäksi U-testiä on varmintä käyttää silloin, kun mittaus on suoritettu välimatka-asteikkoa heikommalla mittarilla. Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita siitä, eroaako potilaan tuntema kivun intensiteetti ennen musiikkiryhmää ja sen jälkeen. VAS-janalla kysyttiin myös kivun intensiteettiä viimeisen vuorokauden aikana ja viimeisen 7 päivän aikana. Vertailtavana oli musiikkiryhmän jälkeen ilmoitettu kivun intensiteetti kolmeen muuhun muuttajaan. U-testin idea on se, että koko aineisto laitetaan suuruusjärjestykseen tutkittavan muuttujan suhteen. Tässä tutkimuksessa kivun intensiteetti musiikki-ryhmän jälkeen. U-testillä lasketaan eri havaintojen välisiä eroja. Tietokoneohjelmalla tehty U-testi antaa suoraan havaitun p-arvon ohjelmaan syötettyjen järjestettyjen havaintojen perusteella. P-arvo joka kertoo saatujen arvojen kaksisuuntaisen merkitsevyyden. P-arvon ollessa <0.02 on muuttujien ero tilastollisesti merkitsevä. (Metsämuuronen 2005, 361-365, 552).

Tutkimuksessa kysyttiin kivun intensiteettiä VAS-janan lisäksi intervention jälkeen myös kahdella sanallisella kysymyksellä, jossa vastaajalle annettiin vaihtoehdot kuvata musiikin vaikutusta kivun intensiteettiin. Tällä pyrittiin huomioimaan sitä, vastasiko tutkittavat kysymyksiin ajatuksella ja niihin paneutuen. Jos vastaukset korreloivat keskenään, voidaan olettaa vastaajan paneutuneen kysymyksiin huolella. Vastausvaihtoehdot kysymyksiin ”helpottiko musiikki kipua ja jos helpotti niin kuinka paljon?” olivat ”en osaa sanoa”, ”ei”, ”ei juuri yhtään”, ”helpotti jonkin verran” ja ”helpotti paljon”. Koska vertailtavina kysymyksinä on kaksi eri mittaria, ei voida tietojen korrelointia keskenään testata esimerkiksi ristiintaulukoinnilla tai muulla valmiilla testausmenetelmällä. Tämä tulosten korrelointi on tehty siis silmämääräisesti havainnoiden. VAS-janasta laskettiin vastaaja kohtaisesti janalle annettu numeraalisen arvon erotus juuri ennen ryhmää ja sen jälkeen annetusta vastauksesta. Tästä katsottiin, onko erotus negatiivinen, eli kipu on lisääntynyt, positiivinen, eli kipu on laskenut vai onko luku molemmissa janoissa sama eli muutosta kivun intensiteettiin ei ole tapahtunut. Tätä tietoa vertailtiin siis edellä mainittuun luokittelukysymykseen myös vastaajakohtaisesti.

6.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

6.4.1 Eettisten periaatteiden huomioiminen tutkimuksessa

Tiedon hankintaan ja julkaisemiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä mutta sosiaalieettisten ongelmien käsittely on kiistanalaisempaa. Ydinkysymyksenä tässä ongelmien käsittelyssä on se, kuinka paljon tieteen ja tutkimustoiminnan tulisi ottaa vastuuta tiedon käytöstä ja seuraamuksista. Tutkimuksen tekemisessä tulisi pyrkimyksenä olla tietoisten ja eettisesti perusteltujen ratkaisujen tekeminen tutkimustoiminnan eri vaiheissa. Tähän tutkimukseen liittyviä vaiheita ovat tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu ja sen selvitys, sekä epärehellisyuden välttäminen kaikissa tutkimuksen osavaiheissa. Näiden eettisten periaatteiden noudattamista on kuvailtu tässä kappaleessa. (Hirsijärvi ym. 2004, 25-26, 219.)

Ihmistieteisiin luettavaa tutkimusta koskevat eettiset periaatteet jaetaan kolmeen osa-alueeseen: Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuojaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009) Yksityisyyttä ja tietosuojaa on otettu huomioon kyselykaavakkeita suunniteltaessa, jolloin niistä on jätetty pois kaikki tunnistetiedot. Lisäksi tutkija oli vaitiolovelvollinen ja huolehtii, että yksittäistä tutkimukseen osallistujaa ei voida tulosten tai analyysin perusteella tunnistaa. Tutkimuseettisen lautakunnan humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettisten periaatteiden mukaan tutkittavilta tulee pyytää kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta jos tutkimuksessa puututaan heidän fyysiseen koskemattomuuteen. Tässä tutkimuksessa näin ei tehty, joten siinäkin mielessä suullinen suostumus riittää.

Ennen tutkimuksen aloittamista sen luotettavuuden ja eettisyydenkin turvaamiseksi, haettiin sitä varten hoitotieteen ja muiden terveystieteiden tutkimuslupa Kuopion yliopistollisesta sairaalasta. Tutkimuslupaa varten tulosityksikköön toimitettiin hakemuksen lisäksi tutkimussuunnitelma. Tutkimuslupa saatiin joulukuussa 2008 tulosityksikönjohtaja Tuula Pesosen puollon ja tulosityksikön ylihoitajan Kaisa Haataisen päätöksen myötä.

Tutkittava voi antaa suostumuksensa suullisesti tai kirjallisesti, tai hänen käyttäytymisestään voi olla muutoin tulkittavissa hänen ilmaiseensa suostuneensa tutkimukseen. Esimerkiksi kohteliaaseen haastattelupyyntöön myöntyminen taikka kyselyyn tai kirjoituspyyntöön vastaaminen osoittavat tutkittavan suostuneen tutkittavaksi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009) Potilaat osallistuivat tutkimukseen täysin vapaaehtoisesti, joskaan tämän vaatimuksen noudattaminen ei tämän

tutkimuksen kohdalla ollut täysin yksiselitteistä. Osastolle tullessaan potilaat sitoutuivat osallistumaan järjestettyihin ryhmiin. Potilaat olivat siis velvoitettuja osallistumaan rentoutusryhmään, mutta tutkimuksen kyselykaavakkaiden täyttäminen oli heille vapaaehtoista. Tutkija pyrki olemaan suostuttelematta potilaita osallistumaan tutkimukseen heidän vapaaehtoisuutensa säilyttämiseksi.

Potilaille tiedotettiin tutkimuksesta sekä suullisen että kirjallisen infon muodossa. Suullinen info annettiin iltapäivähetkessä ennen ensimmäistä tutkimuskertaa ja kirjallinen ilmoitus toimitettiin osaston ilmoitustaululle. (Liite 3) Tutkimushenkilöille paljastettiin siis tärkeät näkökohdat siitä, mitä tutkimus tulee sisältämään. Suullisen infon yhteydessä pyrittiin varmistamaan, että potilaat ja henkilökunnan jäsen ymmärtävät jaetun informaation. Tutkimuksen eettisyyttä heikentää jonkin verran se, että vaikka tutkimukseen osallistujilla oli mahdollisuus lukea tutkimuksesta kirjallisesta ilmoituksesta (Liite 3), ei tietoon tullut, että heistä kukaan olisi tutustunut osastolle toimitettuun varsinaiseen tutkimussuunnitelmaan.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan (2009) tutkittavalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hänen siihen mennessä antamaansa panosta, tässä tapauksessa täytettyjä lomakkeita, ei voitaisi enää käyttää tutkimuksessa hyväksi. Tutkimukseen osallistuneilla oli mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ja kieltää omien tietojen käyttö. Tutkimukseen osallistujat pysyivät sekä tutkimuksen ajan että sen jälkeen anonymoina. Vastauslomakkeita ei julkaista sellaisenaan missään, vaan ne pysyvät salaisina, eikä niistä pysty tunnistamaan vastaajaa millään tavalla. Alku- ja loppukaavakkeen yhdistäminen onnistuu numeroinnin avulla. Kaavakepari on merkittiin samalla numerolla ja parit numeroitiin peräkkäisin numeroin juoksevasti.

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta voi olla yksilöity tai yleinen. Yleinen suostumus koskee yleisesti tutkimuskäyttöä. Tähän yleiseen suostumukseen voidaan liittää ehtoja siitä, missä muodossa aineisto tallennetaan ja arkistoidaan ja millä ehdoin sitä saadaan käyttää tulevissa tutkimuksissa. (Tutkimuseettien neuvottelukunta 2009. 4.) Tässä tutkimuksessa kyselylomakkiden lisäksi tutkittavista pidettiin kirjaa erillisen kaavakkeen avulla. Useaan ryhmään osallistuneen potilaan havainnointi ja vastausten tarkastelu onnistui kirjanpidon avulla. Kirjanpitoon merkittiin potilaan etunimi ja vastauskaavakkeen numero. (Liite 4) Jos potilas osallistui ryhmään useammin kuin kerran, merkittiin seuraavienkin vastauskaavakkeiden numero hänen kohdalleen. Näin voitiin erottaa yksittäiset osallistumiset tutkimukseen useammasta. Aineiston keräämisessä ja siihen

liittyneissä toimenpiteissä pyrittiin takaamaan tutkittavien anonymisuus sekä luottamuksellisuus. Tutkimuksessa kerätty tieto säilytettiin asianmukaisesti eettisyyden takaamiseksi. Tiedon keräämisen ja analysoinnin jälkeen potilaita koskevat lomakkeet tuhottiin asianmukaisesti.

6.4.2. Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka niissä pyritään aina välttämään virheiden syntymistä. Sen vuoksi tutkimuksen luotettavuuden arviointi on tarpeen jokaisen tutkimuksen kohdalla. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa tutkimuksessa käytettyjen mittausmenetelmien toistettavuutta ja tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius eli pätevyys puolestaan tarkoittaa käytettyjen tutkimusmenetelmien kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimuksessa on haluttu mitata (Hirsijärvi ym. 2004. 213).

Tutkimuksessa on tutkimusmenetelmänä käytetty kyselylomakkeita, jotka tutkittavat itse täyttävät. Kyselylomakkeiden käytön kompastuskivenä on se, että kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat voineet käsittää kysymykset eri tavalla kuin tutkija on ajatellut. (Hirsijärvi ym. 2004. 213-214) Hirsijärvi ym. mukaan validius edelleen heikkenee, jos tutkija käsittelee näitä lomakkeista saatuja tietoja oman alkuperäisen ajatusmallinsa mukaisesti. Tutkimuksen toteutus, aineiston analysointi ja tulokset on selitetty hyvin seikkaperäisesti tässä opinnäytetyössä. Tarkoituksena on, että lukija voisi toistaa tutkimuksen lukemansa perusteella aivan samoin kuin se tehtiin alunperinkin. Tälläkin tavalla taataan tutkimuksen reliaabelius.

Tutkimuksessa haluttiin keskittyä kivun intensiteetin muutoksiin ja juuri tätä suunnitelluilla kaavakkeilla pyrittiin mittaamaan. Kivun intensiteettiä, laatua ja syitä on kysely monelta kantilta. Kysymysten tavoitteena on saada vastaus kivun intensiteetin muutoksen lisäksi seikkoihin, jotka vaikuttavat tulokseen. Esimerkiksi kivun syitä tiedustelemalla halutaan mitata tutkittavan motiivia. Tutkimuksen validiuksesta tulee myös huolehtia tutkimustuloksia analysoitaessa ja pohdinnassa, jotta saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin.

7 Tutkimuksen tulokset

7.1 Kivun kokeminen ennen interventiota

Yleisimmät kipua kuvaavat sanat olivat kolottava ja jomottava. Hieman vähemmän oli kipua kuvattu sanoilla vihlova ja särkyä. Kohta ”jotain muuta” pitää sisällään yksittäisiä vastauksia. Näissä kipua oli kuvailtu aaltoilevaksi, polttavaksi, tykyttäväksi, vellonnaksi sekä sietämättömäksi. Lisäksi kipua oli kuvailtu ”diagnostiseksi”, ”migreeniksi”, ”päänsäryksi etc.” Lisäksi yksi vastaus kysymykseen ”Millaista kipusi on?” oli ”depressiivistä”.

Kipupiirroksista saadut tiedot on jaoteltu taulukoissa siten, että taulukoista voi nähdä, missä kohtaa kehoa kipua on ollut minkäkin verran sekä millaista kivun on kuvattu kyseisessä kohdassa olevan.

Taulukko 1: Kipua kuvaavien sanojen esiintymisfrekvenssit (N34)

kipua kuvaava sana	esiintymismäärä
kolottavaa	8
jomottavaa	7
vihlova	5
särkyä	5
jotain muuta	9

Vastauksista lähes puolessa kivun ilmaistiin olevan selässä. Toiseksi eniten kipua ilmoitettiin olevan alaraajoissa ja kolmanneksi eniten päässä. Vähiten kipua ilmaistiin olevan yläraajoissa tai vatsassa.

Taulukko 2: Kivun sijainti kehossa kipukartan mukaan (N55)

ruumiinosa	esiintymismäärä
pää	11
vatsa	4
selkä	20
yläraajat	6
alaraajat	14

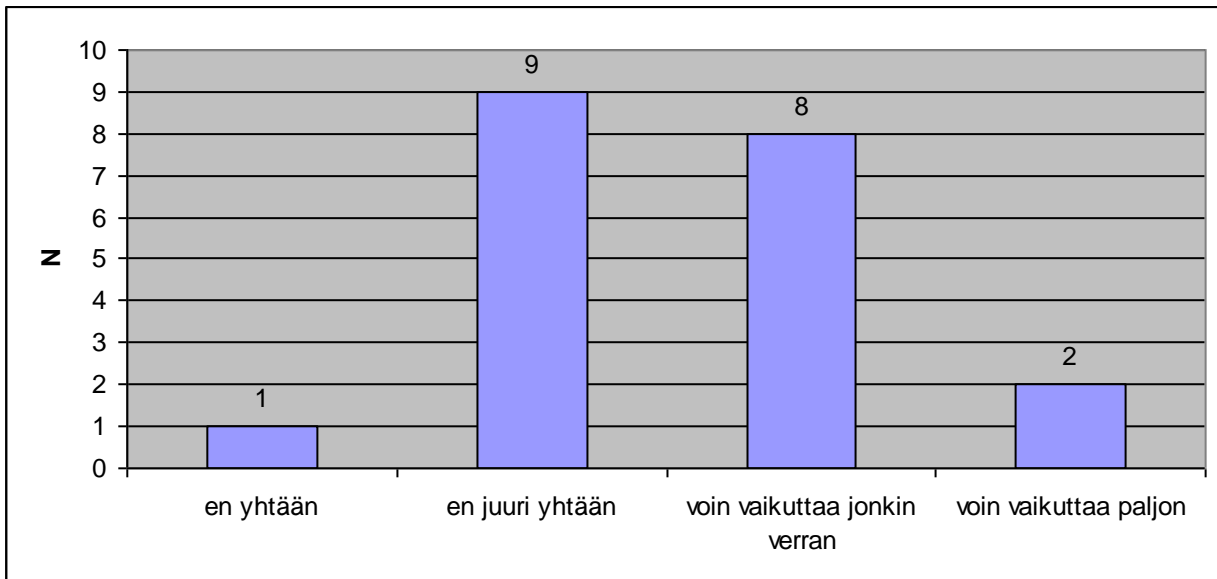
Kipupiiirroksessa kysyttiin kivun sijainnin lisäksi kivun laatua eri kehon osissa. Särkyksi/kivuksi kuvattua tuntemusta löytyi muista kehon osista lukuunottamatta yläraajoja. Paikallista rastilla kuvattua kipua löytyi vastauslomakkeissa kaikista kehonosista paitsi vatsasta. Tunnottomuutta oli kuvattu kipupiiirroksissa vain selässä ja yläraajoissa. Lisäksi selässä ja alaraajoissa kipua oli kuvattu jotenkin toisin ja määritelty ylläolevaan taulukkon joksikin muuksi kivuksi.

Taulukko 3: Kiputuntemusten esiintymisfrekvenssit eri kehonosissa (N56)

kivun laatu	pää	vatsa	selkä	yläraajat	alaraajat
särky/kipu	3	3	9		6
paikallinen kipu	7		8	3	6
tunnottomuus			1	3	
joku muu kipu			3		4

Kysyttäessä kipuun syitä kaikista vastauksista 14 koski vierotusoireita. Lisäksi erilaiset somaattiset syyt esiintyivät vastauksissa kymmenen kertaa. Näistä puolet oli nivelissä tai lihaksissa olevia tuki- ja liikuntaelimestön vaivoja. Saman verran ilmaistiin syyksi erilaisia onnettomuuksia tai tapaturmia kuten auto-onnettomuudet tai puukotukset. Muissa syissä oli neljässä lomakkeessa vastattu lääkkeiden annostus, joka ei ole vielä ”kohdallaan” tai annostuksen muuttuminen. Lisäksi yksittäisinä vastauksina kipujen syihin oli arveltu kuumetta ja yhden vastaajan kohdalla uuden lävistyksen aiheuttamaa kipua. Yksi tutkittava vastasi ”en tiedä”.

Alla olevasta kuviosta (Kuvio 1) voidaan nähdä potilaiden useimmiten arvioineen, että he eivät voi vaikuttaa juuri yhtään kipuihinsa tai voivat vaikuttaa jonkin verran. Harvemmin potilaat ovat ilmoittaneet voivansa vaikuttaa kipuihin paljon tai ei laisinkaan.



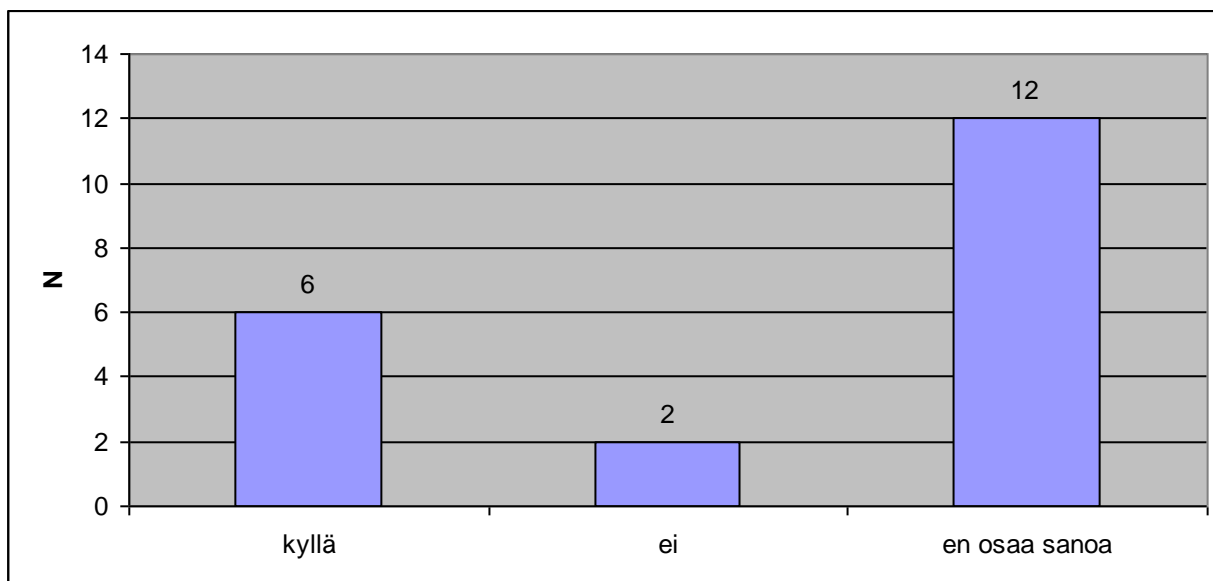
Kuvio 1: Potilaan arvio omista mahdollisuuksista vaikuttaa kipuihin (N20)

Kipujen helpottamiseen oli useinmiten vastattu auttavan lääkkeet. Kolmessa lomakkeessa oli vastattu lämmön auttavan kipuihin ja kolmessa lomakkeessa vastauksena oli, että mikään ei helpota kipuun. (Taulukko 5) Yksittäisissä vastauksissa kipujen helpottamiseen oli vastattu lepo, venyttely, kylmä, aika ja liikunta.

Taulukko 4: Kipuja helpottavien ilmiöiden esiintymisfrekvenssit vastauksissa (N28)

kipua helpottava tekijä	esiintymismäärä
lääkkeet	17
ei mikään	3
lämpö	3
joku muu	5

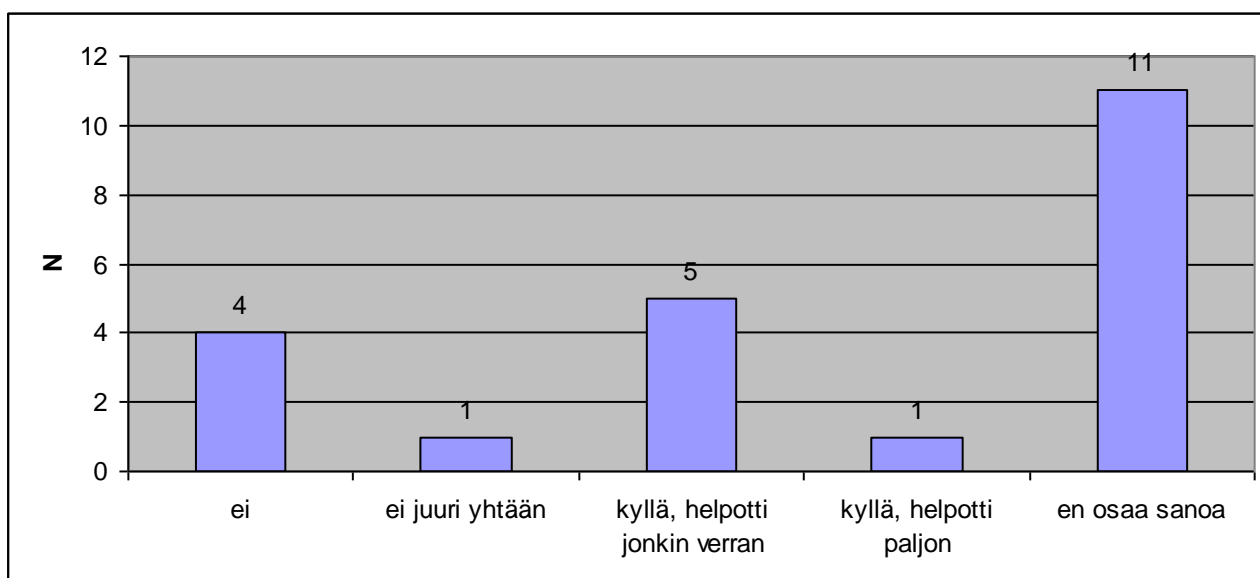
Yli puolissa vastauksissa tutkittava ei ole osannut arvioida musiikin mahdollisuuksia lievittää kipua. Lopuista kahdeksasta vastauksesta kuusi uskoi musiikin voivan lieventää kipuja ja kaksi ei.



Kuvio 2: Potilaan arvio siitä, voiko musiikki lieventää kipuja (N20)

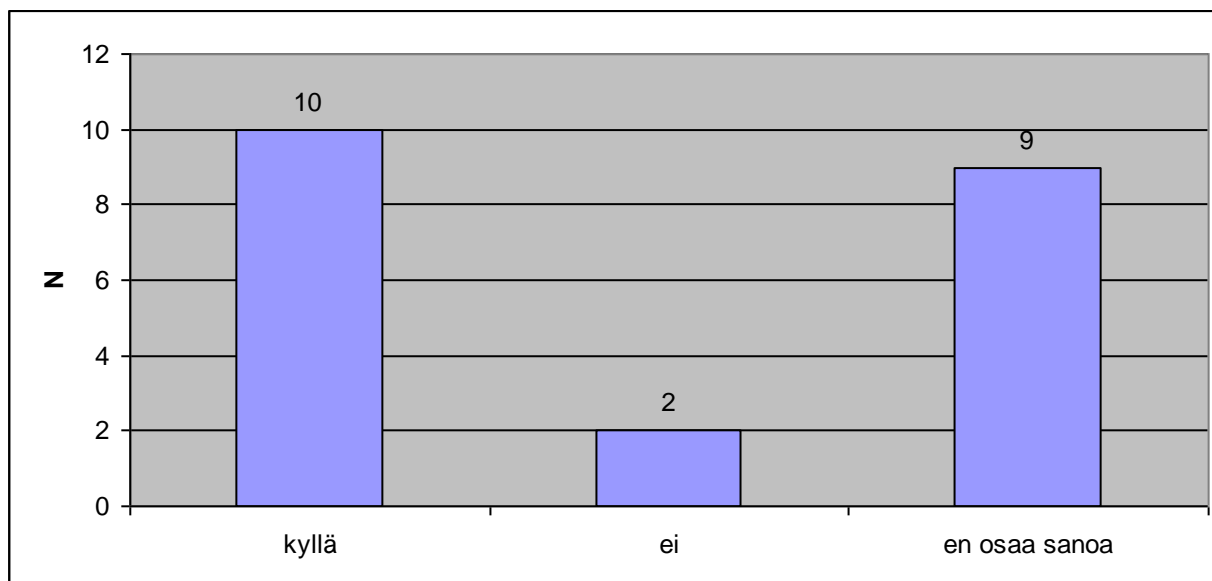
7.2 Kivun kokeminen intervention jälkeen

Intervention jälkeen potilailta kysyttiin VAS-janan lisäksi sanallisella monivalintakysymyksellä, helpottiko musiikkirentoutus heidän kipujaan. Yksitoista tutkittavista vastasi, ettei osaa sanoa, neljällä kipu ei helpottanut ja viidellä kipu helpottui jonkin verran. (Kuvio 3)



Kuvio 3: Potilaiden oma arvio intervention jälkeen siitä, helpottiko musiikki kipuja (N22)

Musiikkiryhmän jälkeen täytettävässä lomakkeessa kysyttiin lopuksi myös tutkittavien arviota siitä, olisiko musiikki keino helpottaa kipuja jatkossa. (Kuvio 4)



Kuvio 4: Potilaiden arvio siitä, voiko musiikki olla keino jatkossa helpottamaan kivun intensiteettiä (N21)

Tutkittavat saivat kuvata myös musiikin muita vaikutuksia omin sanoin. 18 vastausta 22:sta lomakkeesta piti sisällään sanan ”rentoutti” jossain muodossa. Neljässä vastauksessa musiikki ei auttanut tai pahensi kipuja. Yhdessä vastauksessa musiikki oli saanut vastaajan miettimään asioita niitä sen enempää erittelemättä.

7.3 Intervention vaikutukset kipuun

Vertailtaessa intervention jälkeen tehtyihin VAS-janan vastauksiin sekä kivun intensiteettiä luokittelukysymyksellä arvioituihin vastauksiin (Kuvio 3), saatiin näiden vastausten keskinäisesti korreloinnista seuraavia tuloksia. Kahdeksassa lomakkeessa vastaukset korreloivat keskenään, eli vastaaja oli merkannut VAS-janalle kivun intensiteetin muutoksen samansuuntaisesti kuin luokitteluasteikollisissa kysymyksissä. Kolmessa lomakkeessa vastaukset eivät tukeneet toisiaan. Yhdessätoista lomakkeessa luokitteluasteikolliseen kysymykseen tutkittavat olivat vastanneet ”en osaa sanoa”, jolloin vertailua ei voitu suorittaa. Näistä kahden tutkittavan VAS-janan vastauksessa ei ollut muutosta kivun intensiteetissä, kolmella kivut olivat sen mukaan lisääntyneet ja kuudella kivut vähentyneet. Yhteensä vastauksia kysymyksiin tuli 22 lomakkeessa.

Taulukko 5: U-testin tulokset kivun intensiteettiä kuvaavista vertailuarvoista

	vertailu kivun intensiteetistä VAS-janalla juuri ennen interventiota ja sen jälkeen	vertailu kivun intensiteetistä VAS-janalla 24h ennen interventiota ja sen jälkeen	vertailu kivun intensiteetistä VAS-janalla 7 vrk ennen interventiota ja sen jälkeen
u-arvo	221	179	118
kaksisuuntainen merkitsevyys	0,466	0,092	0,002

Taulukosta voidaan havaita, että tilastollinen merkitsevyys on saavutettu, kun musiikkiryhmän jälkeistä kipua on verrattu potilaan arvioimaan keskimääräiseen seitsemän vuorokauden aikaiseen kipuun ennen musiikkiryhmää.

8 Pohdinta

8.1 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen luotettavuus

Hoitohenkilökunnalta potilaille siirtyneellä vastuulla kivun kuvailemisessa ja määrittelyssä on tutkimuksen kannalta suuri merkitys. Kuten on jo mainittu, jos tutkittava tulkitsee kysymykset väärin ja vastaa niihin oman ymmärryksensä mukaan, mutta tutkija analysoi vastaukset omien alkuperäisten tarkoitustensa mukaisesti, voi se vääristää vastauksia paljon. Resurssien ja ajan puolesta kysymyskaavakkeiden käyttö oli tämän kaltaisessa tutkimuksessa ainut vaihtoehto. Yksittäisille haastatteluille tai yksittäiselle fysioterapialle ei näinkään laajassa tutkimusaineistossa olisi ollut mahdollisuuksia. Eri tulkinnoista johtuvien virheiden mahdollisuus on kuitenkin hyvä ottaa huomioon tutkimustulosten analysoinnissa ja pohdinnassa.

VAS-janalla saatiin mitattua merkittäviä tuloksia kivun intensiteetin helpottamisessa, kun vertailtiin tutkittavien kipua seitsemän päivää ennen interventiota ja heti sen jälkeen. Tutkittavat ymmärsivät VAS-janan hyvin ja vastasivat sillä kivun intensiteettiin melko johdonmukaisesti. VAS-jana on yleisesti käytössä oleva kipumittari, joten sen käyttö tutkimuksessa oli perusteltua. Koko ajan on hyvä pitää mielessä, että kipu on hyvin subjektiivista ja kahden eri potilaan VAS-janojen vertailuun tulee suhtautua varauksella.

Ihminen tekee jatkuvaa arviota mm. kivuista ja hyvän olon tuntemuksistaan muodostaen omaa kehonkuvaansa. Samalla mielikuvat kehosta ja itseensä kohdistuvat asenteet ovat vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa. Kivut myös muovaavat jo olemassa olevia käsityksiä kehonkuvasta. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 30 – 31) Kaikki tutkimukseen osallistuneet pystyivät sijoittamaan tuntemansa kivut johonkin puolelle kehoaan ja useinmiten kuvaamaan niitä pyydetyllä tavalla. Kivut siis ilmeentyivät tässä tutkimuksessa ruumiillisina ja fyysisinä kokemuksina. Psykologisen puolen osuutta kipuihin ei tulosten perusteella sinänsä voitu havaita eikä niitä selittäviä tekijöitä tutkittavilta kysyty.

Oman kehon havaintokokemukset voidaan jakaa useisiin luokkiin sen mukaan, millä aistilla havaintoa omasta kehosta tehdään. Silloin, kun ihminen kuuntelee kehoaan sisäkautta ja kokee sen sisäisiä tuntemuksia, on kyse proprioseptisestä kokemuksesta (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 36). Interventiossa potilaat keskittyivät musiikkiin rentouttamalla kehoaan silmät kiinni lattialla

patjan päällä maaten. Heidän oli siis tarkoitus saada juuri proprioseptisiä kokemuksia omasta kehostaan ja kuunnella niiden muutoksia intervention myötä.

Tutkimuksessa tiedusteltiin potilaiden kipujen laatua ja niiden sijaintia keholla. Pohdittavaksi jää, kuinka paljon näillä kysymyksillä saatiin tietoa potilaiden kivuista. Vastaukset olivat helposti muutettavissa dataksi ja niitä pystyttiin tarkastelemaan eri refvenkssien valossa. Se, mitä nuo tulokset meille kertovat, jäävät pelkäksi arvailuksi. Haastattelemalla potilaita yksitellen, kivuista, niiden sijainnista ja merkityksistä olisi saatu enemmän tietoa. Nyt tutkimuksessa saaduista tiedoista ei voi päätellä juuri mitään. Tutkimuskaavake voisi jatkossa olla hyvä lähtökohta tutkimuksen aloittamiselle, joka tavallaan orientoisi tutkittavan tutkimukseen ja sen aiheeseen. Tutkimuskaavakkeen tueksi tarvittaisiin ehdottomasti haastattelua sekä fysioterapiaa, jonka edetessä voitaisiin tehdä havaintoja kipujen muutoksista. Psykofyysisen fysioterapian kannalta olisi ehdottoman tärkeää selvittää kipujen ja musiikin merkityksiä potilaalle. Tällä tavalla tutkittuna tiedot jäivät hyvin ohueksi.

Tutkimus palveli mielestäni loppujen lopuksi melko vähän psykofyysisen fysioterapian kehittämistä. Esimerkiksi kivut potilailla olivat hyvin konkreettisia ja niitä tuotiin esille vain juuri niissä mitoissa kuin kaavakkeissa oli kysytty. Siksipä juuri kaavake ei ole ehkä paras tutkimusväline tällaista aihetta tutkittaessa. Psykofyysinen fysioterapia vaatii pitkää vuorovaikutuksellista suhdetta potilaan ja fysioterapeutin välillä. On selvää, ettei tällaiseen suhteeseen tutkittavien kanssa päästy. Potilaiden ja heidän tunteiden tarkastelu ei ollut niin kokonaisvaltaista kuin voisi toivoa.

8.2 Tutkimuksen eettisyyden pohdinta

Tutkimuksen eettisyyden huolehtimisen haasteena oli varmistaa potilaiden vapaaehtoinen osallistuminen tutkimukseen. Osastolle toimitettuun tutkimussuunnitelmaan ei tutkijan tietojen mukaan kukaan potilaista tutustunut eivätkä potilaat juurikaan kyselleet tutkimuksen syitä. Useat kyllä toivat ilmi, että on hyvä, että heidänkin kipujaan tutkitaan ja otetaan huomioon. Tutkimus toteutettiin tutkittavien osalta täysin anonymisti ja sillä tavoin eettisyys ja salassapito toteutuivat hyvin.

Eettisen toimikunnan tutkimusluvalla tutkimuskaavakkeisiin olisi voitu lisätä muutama peruskuvaileva kysymys aineistosta. Näitä olisivat olleet ikä ja sukupuoli. Sinänsä kysymykset eivät ole merkityksellisiä tutkimustulosten kannalta, mutta niiden perusteella olisi voinut luoda tietyn

mielikuvan tutkimukseen osallistuneista potilaista. Nyt ei voida tietää, onko tutkimukseen osallistunut pelkästään miehiä vai naisia. Ikä olisi voinut olla merkityksellinen siinä mielessä, että ovatko potilaan kivut esimerkiksi ns. normaaleja ikään liittyviä tules-ongelma peräisiä kipuja.

8.3 Tutkimustulosten pohdintaa

Ohion Clevelandissa tehdyn tutkimuksen, Effect of music on power, pain, depression and disability, mukaan musiikilla voidaan vaikuttaa sekä kipuun että masentuneisuuteen positiivisesti. Tässä satunnaistetussa kontrolloidussa kliinisessä tutkimuksessa musiikin vaikutuksia tutkittiin ihmisillä, joiden kipu ei ollut pahalaatuista, mutta kroonista. Vertailuryhmään nähden heidän kipunsa ja masentuneisuus helpottuivat. Joskin tulos ei ollut tilastollisesti merkittävä, joten tämänkin tutkimuksen perusteella ei voida varmaksi todeta musiikin hyvälaatuisia vaikutuksia kipuun ja masentuneisuuteen. (Siedliecki & Good, 2006) Tutkimusaiheelle on siis selkeästi tarvetta uusien ja laajempien positiivisten tulosten saamiseksi ja psykofyysisen fysioterapian kehittämiseksi.

Iso osa vastaajista vastasi tutkimuksessa kivun johtuvan vieroitusoireista. Vieroitusoireet ja niistä johtuva kipu on melko tavallista päihderiippuvaisilla potilailla. Voi siis olla opittua käyttäymistä, että päihderiippuvainen potilas kokee kipuja vieroituksen yhteydessä. Musiikkirentoutus voi olla omanlaistansa oppimisterapiaa, jossa kivusta yritetään saada edes jonkintasoinen helpotus ja oppia pois ns. kipukoreografiasta (Nieminen 1992, 111). Tällä tavoin ajatellen musiikkiterapiasta voisi hyvinkin olla hyötyä tämänkaltaisen potilaiden hoidossa.

Osa kivuista voidaan selittää psykologisilla tekijöillä. Päihdepsykiatristen potilaiden kivut ovat kuitenkin usein selitettävissä vieroitusoireisiin liittyvinä fyysisinä reaktioina ja niitä hoidetaan pääasiassa lääkkeillä. Useat potilaat tässä tutkimuksessa selittivätkin kipujensa johtuvan jostain konkreettisesta syystä kuten juuri vieroitusoireista. Ihmisen psyyke on kuitenkin hyvin ratkaiseva tekijä kivun kokemisessa ja sen voittamisessa (Nieminen 2002, 110). Kipupotilaalle kivun hoitaminen psykoterapialla voi tuntua vieraalle, mutta toisaalta kivun takana on usein myös ihmisen tapa kokea maailmaa ja sen paineita. Psykoterapian avulla voidaan auttaa ihmistä kohtaamaan ja sietämään kipuja. (Nieminen 2002, 110.) Kipupotilaiden ja erityisesti kroonisten kipupotilaiden hoidossa on tavoitteena, että potilas saa edes hetken helpotusta kipuun, esimerkiksi viemällä ajatukset muualle kivuista. Tässä tutkimuksessa yksi potilas toi puolistrukturoiduissa kysymyksessä esille ajatusten siirtymistä pois kivusta ja sitä kautta kivun helpottumista. (ks. Kuvio 4)

8.4 Tutkimuksen haasteet ja jatkotutkimusaiheet

Yhtenä tutkimuksen haasteena oli se, että tutkimukseen ei ollut mahdollista saada pysyvää tutkimusryhmää. Julkulan päihdepsykiatrian potilaat ovat osastolla hyvin eri pituisia jaksoja ja osa tutkimukseen osallistuneista saattoi osallistua tutkimukseen vain yhden musiikkiryhmän verran. Toisaalta tietoa saatiin myös potilailta, jotka olivat osastolla kolmen tai useamman musiikkiryhmän ajan. Tutkimukseen osallistuva ryhmä ei siten ollut kovinkaan yhtenäinen, minkä vuoksi tutkimuksen pääpaino onkin yhden hoitokerran vaikutuksissa kipuun.

Toinen hyvin merkittävä haaste tutkimukselle ja etenkin sen luotettavuudelle oli tutkimuksessa käytetyn menetelmän vaikuttavuuden eriyttäminen. Tutkimuksessa haluttiin selvittää musiikin vaikutuksia tutkittavien kokemaan kipuun. Poikkeuksetta kaikki tutkittavat saivat kuitenkin tutkimuksen aikana kipua lievittäviä lääkkeitä sekä lääkkeellistä korvaushoitoa vierotusoireisiin. Tutkittavat toivat myös esille vastauksissaan lääkkeen olevan paras tai jopa ainoa kipua lievittävä tekijä. Musiikin vaikutukset eivät siis olleet kovinkaan eriytettävissä lääkkeiden aiheuttamasta kivunlievityksestä. Tämän vuoksi oli tärkeää, että tutkimuksessa kysyttiin potilaiden ennakkoluuloja ja motiiveja musiikin vaikutuksiin. Vieroitushoitoon tulevan potilaan hoidon perustana on tarkoituksenmukainen lääkehoito, joka pohjautuu tarkkaan potilaan tilanteen ja vierotusoireiden huolelliseen arviointiin. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 151.) Käytännössä on siis luultavasti miltei mahdotonta tutkia päihdepsykiatristen potilaiden kivunlievitystä ei-lääkkeellisin keinoin.

Kuten kipu, myös musiikin kokeminen on hyvin henkilökohtaista. On tutkittu, että parhaat tulokset musiikin vaikutuksista terveyteen saadaan, kun musiikki on potilaalle mieleistä (McCraty, Atkinson, Rein & Watkins, 1996). Tässä tutkimuksessa musiikkirentoutuksen musiikkina käytettiin musiikkiryhmän vetäjän valitsemaa rauhallista ja melodista musiikkia. Viimeisessä interventiossa käytettiin yhden tutkittavan toivemusiikkia, joka myös oli laadultaan rauhallista. Voidaankin pohtia, olisiko tutkimuksen tulokset olleet erilaiset, jos kukin tutkittava olisi kuunnellut itselleen mieluista ja itse valitsemaansa musiikkia. Voi olla, että musiikin tuomat muut merkityksen ihmiselle itselleen olisivat tällöin päässeet paremmin esille ja vaikuttamaan kipuun. Käytännössä tutkimuksen toteuttaminen tällä tavoin olisi ollut mahdotonta resurssien puolesta. Voisi kuitenkin olla mielenkiintoista tulevaisuudessa saada tutkimustietoa tällä tavoin valitun musiikin vaikutuksista kipupotilaan tuntemuksiin.

Havainnoimalla pystyttiin yhdistämään kahden potilaan kohdalla levottomuus ja musiikin tehottomuus kipujen lievittämiseen. Toisella interventiokerralla ryhmä pidettiin avoimessa tilassa,

jolloin käytävien häly ja ihmisten äänet häiritsivät tilannetta. Yksi potilas kertoi lomakkeessa, että ei voinut keskittyä tilanteeseen ja hänen tuloksistaan oli myös nähtävissä, ettei musiikilla ja rentoutuksella ollut häneen sillä kerralla kipua lievittävää vaikutusta. Havainnoimisella pystyttiinkin interventiossa havaitsemaan helpoiten negatiiviset tunteet. Viimeisellä kerralla yksi potilas, joka ei osallistunut tutkimukseen mutta joka osallistui kuitenkin ryhmään, hermostui valittuun musiikkiin ja poistui ryhmästä heti alussa aiheuttaen aggressiivisuutta muussa ryhmässä. Varsinaisesti tämä ei näkynyt tutkimuslomakkeiden vastauksissa, mutta ryhmän jälkeen keskusteltiin potilaiden välisistä eripuraisuuksista. Tämä herätti kysymyksen, oliko musiikki tarpeeksi neutraalia. Stress Medicine-lehdessä 1996 julkaistussa tutkimuksessa tutkittavat olivat käyttäneet sekä omaa lempimusiikkiaan että tutkijoiden valitsemaa neutraalia musiikkia (McCarty, Atkinson, Rein & Watkins, 1996). Jos olisi voitu käyttää musiikkia yksittäisemmin esimerkiksi omassa henkilökohtaisissa rentoutustilanteissa, olisi tällaisilta negatiivisilta purkauksilta kenties välttytty. Aggressiivisuus ja häly vaikuttivat epäilemättä myös potilaiden asenteisiin ja motiiveihin. Rentoutuksen tarkoitus saattoi helposti unohtua, jos potilas ei saanut rauhassa keskittyä.

Se, miten päihdepsykiatrisen potilaan lempimusiikki vaikuttaa häneen, olisi mielenkiintoinen tutkimuksen aihe. Mielenkiintoista olisi siis saada tietoa muutoinkin, kuin kivun lievityksen näkökulmasta. Musiikin vaikutuksia haluttiin tutkia nyt tästä näkökulmasta, mutta selvittämättä jäi musiikin herättämät muut tunteet ja ajatukset. Potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa on kuitenkin tärkeää huomioida nämäkin seikat. Psykofyysisen fysioterapian kehittämistä näitä asioita selvittävä tutkimus palvelisi paremmin.

Päihdeongelmaisen potilaan akuutin vaiheen fysioterapiassa tulisi potilaan saada positiivisia kokemuksia ruumiillisuudestaan (Karjalainen, Partanen & Sellergren 1995, 14 – 15). Rentoutuksella pyrittiin vaikuttamaan tutkittaviin rentouttavasti niin, että kivut joko lievittyisivät tai niistä saisi ainakin hetkellisen tauon. Tulokset antoivat merkkejä siihen suuntaan, että pyrkimyksiä kohti päästiin hieman. Pohdittavaksi jää, oliko tuo kokemus tarpeeksi voimakas herättääkseen potilailla todellisia elämyksiä saati subjektiivisia kokemuksia. Näitä tukevia tuloksia tutkimus ei antanut. Tutkimuksessa ja potilailta tietoa kerätessä keskityttiin selkeästi kipuun. Potilaat eivät tavallaan siis rentoutusryhmän aikana päässeet unohtamaan, että tutkitaan kipua ja sen muutoksia. Onkin hyvä pohtia, että jos potilaalta kysellään tuntemuksia kipulähtöisesti, onko potilaalla pienemmät mahdollisuudet saada positiivisia kokemuksia omasta kehostaan tai muita hyvän olon tunteita. Kuten Soynila mainitsee teoksessa Kivun biologiset mekanismit, kipu koetaan epämiellyttävänä kokemuksena. Tällaisen epämiellyttävän kokemuksen ympärillä pyöriminen voi

siis olla este, kun kipu yritetään unohtaa edes hetkeksi. Jatkossa olisi siis hyvä miettiä sitä näkökulmaa ja lähtökohtaa, mistä tällaista aihetta olisi hyvä lähteä tutkimaan.

Sovellettu rentoutus on todettu hyväksi juuri kivun lievityksessä sen yleisimpiin vaikutusmekanismeihin nojaten. Näitä ovat mm. lihasjännityksen laukeaminen ja väheneminen sekä oman kehon tietoisuuden lisääminen. Lisäksi rentoutus vaikuttaa itsehallintaan ja itseluottamuksen lisääntymiseen. (Talvitie ym. 2006, 278 – 280.) Tutkimustulokset antoivat vain suuntaa siitä, että rentoutus olisi toiminut kivua lievittävästi lihasrentoutumisen kautta. Itsehallinnan ja itseluottamuksen lisääntymisen arvioimiseksi olisi tarvittu yksilöidympää fysioterapiaa, haastattelua ja tutkimuksen olisi tullut tapahtua intensiivisemmin ja pidemmällä aika välillä.

Päihdepsykiatristen potilaiden ei-lääkkeellisestä hoidosta ei ole olemassa paljon tutkittua tietoa. Suomessa päihdetyötä on myöskin tutkittu varsin vähän (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 233). Kyseessä on siis vielä kartoittamaton potilasryhmä ja tämänkin opinnäytteen kaltaisille kuvaileville tutkimuksille ja etenkin päihdehoitotyön tietoperustaan liittyville väitöskirjatasoiselle tutkimukselle olisi tarvetta hoitotyön kehittämisen kannalta. Myös päihdepotilaiden hoitotyön koulutuksen kehittämiseen tarvitaan tietoa. Vaikka terveydenhuolto koulutus tarjoaa todella hyvät perusvalmiudet ihmisen kohtaamiseen, vuorovaikutukseen sekä hoitamiseen, ei tällaisten taitojen soveltaminen päihdepotilaiden hoitotyöhön ole yksiselitteistä (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 232). Fysioterapian koulutusohjelmaan opintosuunnitelmassa on yksi kurssi koskien psykofyysistä fysioterapiaa. Psykiatrisia potilaita voidaan kohdata samoin ja heidän fysioterapiakin voi hyvin pitkälle olla samaa kuin muillakin oman ikäluokkansa potilailla. Aiheeseen perehtyminen vaatii kuitenkin oma-aloitteisuutta, muutoin psykiatrisen tai päihdepsykiatrisen potilaan kohtaamistaidot jäävät hyvin vähäisiksi.

9 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyö antaa tekijälleen kokemuksen pitkäkestoisesta projektityöskentelystä. Sen olen minäkin tämän opinnäytetyön tekemisen ohessa huomannut. Työskentelin yksin, mikä omalla tavallaan antaa vapauden työskennellä omilla aikatauluilla. Toisaalta myöskään kukaan ei ole kannustamassa eteenpäin ja vaatimassa aikataulujen kiinni pitämisestä. Olen kuitenkin hyvin tyytyväinen, että valitsin tehdä työn itse. Kiitos kuuluu myös opinnäytetyön aiheen hyväksyjälle tästä luottamuksesta. Nyt ymmärrän, miksi tämä ei aivan tavallista ole.

Sain kokemusta myös tutkimuksen tekemisestä Kuopion yliopistolliselle sairaalalle. Prosessiin kuului tutkimussuunnitelman tekeminen ja luvan hakeminen tulosyksikön johtajalta. Tutkimussuunnitelmaa tehdessä tuli miettiä tarkkaan, millaista tutkimusta on tekemässä ja mitä tutkimukselta vaaditaan, jotta sen tarvitsee saada tutkimuseettisen lautakunnan tutkimuslupa. Tutkimuseettisen lautakunnan luvan hakemukselta kuitenkin vältyttiin, kun tutkimuskaavakkeet suunniteltiin niin, että tutkittavien henkilöllisyys ja kaikki tunnistetiedot poistetaan vastauslomakkeista. Näitä olivat ikä ja sukupuoli. Yleensä ottaen nämä ovat tutkimuksissa hyvin perusaineistoa, joka otetaan ylös, jotta aineistoa saadaan kuvailtua paremmin. Nämä tiedot eivät kuitenkaan olleet relevantteja tutkimuksen tulosten kannalta, joten oli perusteltua jättää ne pois.

Yhteistyö sujui KYS:n kanssa erinomaisesti ja sain tulosalueen johtajalta Kaisa Haataiselta hyviä neuvoja ja vinkkejä tutkimuksen tekoon sekä tekstin kirjoittamiseen. Yhteistyöhenkilöni sairaanhoitaja Mika Järviukuona oli avulias ja antoi hyviä ideoita tutkimuksen aloittamiseen sekä tuki tekemiäni päätöksiä. Hän oli myös hyvin joustava ryhmän vetämisessä, vaikka olikin jo vaihtanut työpaikkaa ennen kuin musiikki rentoutusryhmän pitäminen alkoi. Yhteistyömme sujui hyvin ja rennosti. Julkulan sairaalan päihdepsykiatrisen osaston henkilökunta toimi yhteistyössä ryhmien järjestämisessä. Oman opinnäytetyöni ohjaaja on ollut tukeva ja antanut toisenlaista perspektiiviä kirjoittamiseen, kun omalle tekstilleen tulee sokeaksi. Lisäksi arvokasta apua sain tutkimusmenelmien kuvailemiseen ja valitsemiseen tutkimusmenetelmien opettajiltani. Vaikka teinkin työn yksin, opin samalla, kuinka usean henkilön apua, neuvoja ja näkökulmia tällaisen työn tekeminen vaatii, ainakin kun kyse on oppimisprosessista ja opinnäytetyön tekemisestä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on syventää jo opittua ja tuoda sitä esille työssä. Olen mielestäni syventänyt hyvin psykofyysisen fysioterapian osaamistani näinkin vähän tutkitun aiheen pohjalta. Helppoa se ei ole ollut, fysioterapia on täytynyt välillä kaivamalla kaivaa työhön, jotta punainen

lanka ei katoaisi. Oman haasteensa opinnäytetyön tekemiseen teki vähäinen jo olemassa oleva tieto aiheesta. Prosessin myötä sai paljon hyvää harjoitusta tiedonhakemisesta ja tutkimusten arvioimisesta. Varsinaisesti juuri tästä aiheesta en löytänyt ainuttakaan tutkimusta, mutta mm. yhdistelmillä musiikki ja kivun lievitys sekä psykiatriset potilaat ja rentoutus löytyi jonkin verran tutkimustietoa. Aihe on myös sinänsä tuntematon ja tutkimuskohteena jokseenkin epäspesifi, joten tutkimusten luotettavuutta oli syytä tarkastella huolellisesti.

Lähteet

Ahonen, H.1993. Musiikki – sanaton kieli. Musiikkiterapian perusteet. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab

Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-luoma, P. 1994. Kvantitatiivisen analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy

Estlander, A-M. Kivun psykologiaa. Teoksessa Alaranta, H., Pohjolainen, T., Rissanen, P. & Vanharanta, H. 2003. Fysiatría. Helsinki: Duodecim, 69 – 80

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 20-21

Heikkonen, S. 2005. Psykologin näkökulma: krooninen kipu. Teoksessa Lindgren, K-A. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Duodecim, 79 – 82

Järviuona, M. 2008. Sairaanhoidaja. Julkulan sairaala, Kuopio. Haastattelu 2.10.2008

Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. 2. painos. Helsinki: Duodecim

Karjalainen, E., Partanen, A. & Sellergren, H. 1995. Moniammatillinen yhteistyö huumevieroitusyksikössä. Tuki Muutokselle. Sairaanhoidaja 68 (5) 14 – 15

Karjalainen, E. 1995. Kohti päihteetöntä ruumiinkuvaa. Fysioterapia 3, 9-10

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Cepeda, MS., Carr, DB., Lau, J., Alvarez, H. 2006. Music for pain relief. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008 (1)

Pertovaara, A. 1993. Kivun patofysiologia. Teoksessa Alaranta H., Pohjolainen T., Rissanen P. & Vanharanta H. 1993. Fysiatria. Helsinki: Duodecim, 11 – 18

Punkanen, T. 2003. Mielenterveystyö. 2. painos. Helsinki: Tammi

McCraty, R., Atkinson, M., Rein G. & ,Watkins, A. D. 1996. Music enhances the effect of positive effect of positive emotional states on salivarylgA. *Stress Medicine* 12 (3) 67 - 175

Siedliecki, S. L. & Good, M. 2006. Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of Advanced Nursing* 54 (5) 553 - 562

Soinila, S. 2005. Kivun biologiset mekanismit. Teoksessa Lindgren K-A. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Duodecim, 20 – 24

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Toimintatavat ja menetelmät. Teoksessa Talvitie U., Karppi S-L. & Mansikkamäki, T. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007, Mielenterveys- ja päihdetyö. Yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oy

Yli-Luoma, P. 2001. Ohjeita opinnäytetyön tekemiseen. Sipoo: IMDL Oy Ltd

Liite 1 alkukysely

1. Merkitse janalle kipusi kovuus poikkisuoralla viivalla. Janan vasen ääripää kuvaa tilannetta jossa kipua ei ole laisinkaan ja oikea ääripää pahinta mahdollista olemassa olevaa kipua.

Kipu viimeisen 7 päivän aikana:

ei
laisinkaan I-----I mahdollinen
kipua kipu

Kipusi viimeisen 24 tunnin aikana:

ei
laisinkaan I-----I mahdollinen
kipua kipu

Kipusi tällä hetkellä:

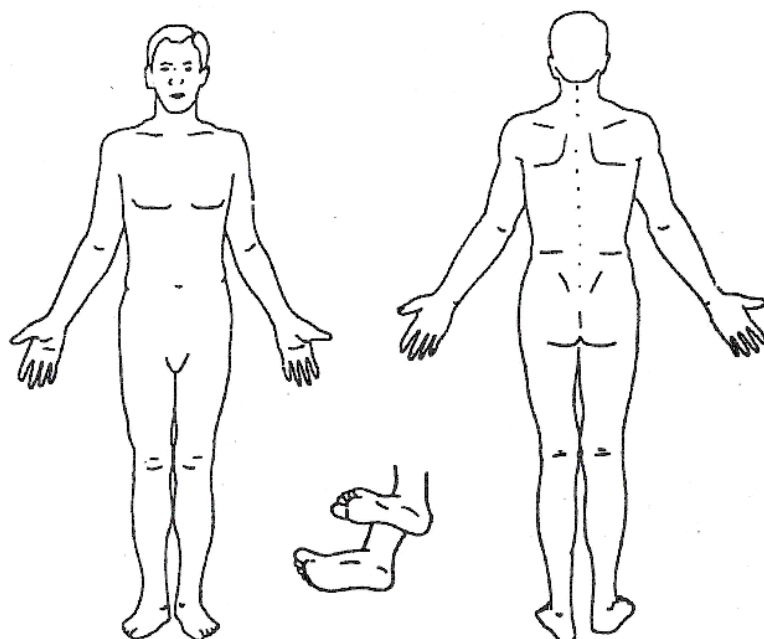
ei
laisinkaan I-----I mahdollinen
kipua kipu

2. Piirrä alla olevaan kuvaan mahdollisimman kuvaavasti kipusi sijainti.

/////////
///////// Särky/kipu (piirrä poikkiviivoituksella)
/////////

XXX Paikallinen kipu (piirrä rastilla/rasteilla)

----- Tunnottomuus (piirrä poikkiviivoilla)



3. Millaista kipusi on? (Kuvaile sanallisesti esim. polttavaa, jomottavaa, vihlova..)

4. Mistä arvelet kipusi / kipujenne johtuvan?

5. Mikä helpottaa kipujasi?

6. Minkä verran arvelet itse voivanne vaikuttaa kipuihinne?

- en yhtään
 en juuri yhtään
 voin vaikuttaa jonkin verran
 voin vaikuttaa paljon
 en osaa sanoa

7. Luuletko musiikkiryhmän voivan vaikuttaa kipuihisi?

- kyllä
 en
 en osaa sanoa

8. Lopuksi voit lisätä asioita kipuusi tai musiikkiryhmään liittyen, jotka eivät tulleet esille edellä olleissa kysymyksissä

Liite 2 loppukysely

1. Merkitse janalle kipusi kovuus poikkisuoralla viivalla. Janan vasen ääripää kuvaa tilannetta jossa kipua ei ole laisinkaan ja oikea ääripää pahinta mahdollista olemassa olevaa kipua.

Kipusi tällä hetkellä:

ei laisinkaan I-----	-----I mahdollinen kipu
kipua	

2. Helpottiko musiikki kipujasi?

- kyllä
 ei
 en osaa sanoa

3. Jos helpotti, kuinka paljon?

- ei juuri yhtään
 helpotti jonkin verran
 helpotti paljon

4. Vaikuttiko musiikki jotenkin toisin sinuun? Miten? (esim. rentoutti, helpotti oloa, tms.)

5. Luuletko musiikin olevan keino helpottaa kipujasi jatkossa?

- kyllä
 ei
 en osaa sanoa

6. Lopuksi voit lisätä asioita kipuusi tai musiikkiryhmään liittyen, jotka eivät tulleet esille edellä olleissa kysymyksissä

Liite 3 tiedote tutkimuksesta osaston ilmoitustaululle

TIEDOTE MUSIIKKIRYHMÄN YHTEYDESSÄ TEHTÄVÄSTÄ TUTKIMUKSESTA

5.12.2008

Kivun lievitys musiikin avulla päihdepsykiatrisilla potilailla

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kivun kokemista ja sen mahdollista lievittymistä musiikkiryhmän aikana. Tutkimuksella halutaan selvittää musiikin mahdollisuuksia toimia kivun lievittäjänä päihdepsykiatrisessa hoidossa. Tutkimukseen pyydetään osallistumaan kaikkia osastolla musiikkiryhmän aikaan olevia potilaita.

Tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa kerätään tietoa tutkittavilta kysymyskaavakkeilla jotka tämä itse täyttää. Kaavakkeita on kaksi kappaletta joista toinen täytetään ennen musiikkiryhmää ja toinen sen jälkeen. Ennen musiikkiryhmää täytettävässä lomakkeessa tiedustellaan kipua, sen ilmenemismuotoa, sijaintia, kovuutta ja vastaajan omaa käsitystä kivun syystä. Jälkimmäisessä kyselylomakkeessa tiedustellaan sitä, oliko musiikista apua mahdolliseen kipuun. Tietoa kerätään yhteensä viiden musiikkiryhmän kerran ja ryhmä järjestetään kerran viikossa. Kerrallaan musiikkiryhmä kestää 45 minuutista noin tuntiin. Tähän aikaan pyritään mahdollistamaan myös lomakkeiden täyttäminen. Musiikkiryhmässä toteutetaan näiden viiden kerran ajan musiikkirentoutusta.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Kyselylomakkeista ei ole tunnistettavissa vastaajaa millään tavoin ja hän pysyy tutkimuksen ajan ja sen jälkeen täysin anonymina. Tulokset analysoidaan ryhmätasolla koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttää tutkijana toimiva fysioterapeuttipiskelija Saija Tirkkonen eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Tutkimuksessa kerättävistä tiedoista ja tutkimustuloksista ei tehdä merkintöjä sairauskertomukseen. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustiedostoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyjä kyselylomakkeet säilyvät tutkijan hallussa ja ne säilytetään korkeintaan noin vuoden jonka aikana tulosten analysointi tehdään. Tämän jälkeen ne hävitetään tuhoamalla asianmukaisesti.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoonne. Mikäli keskeytätte tutkimuksen, teistä kerätyt tiedot ja tutkimusnäytteet hävitetään, jos niin haluatte. Opinnäytetyön onnistumiseksi toivon runsasta osallistumista kyselylomakkeisiin vastaamiseen.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimustulokset ovat luettavissa opinnäytetyöstä, josta menee kopio Savonian ammattikorkeakoulun terveydenhoito-oppilaitoksen kirjastoon vuoden 2010 alussa. Työ toimitetaan myös Julkulan sairaalan päihdepsykiatrian osastolle 2706. Opinnäytetyö kantaa samaa nimeä kuin tutkimuskin.

Lisätiedot

Pyydämme teitä esittämään mahdollisia kysymyksiä tutkimuksesta joko suullisesti musiikkiryhmän yhteydessä fysioterapeuttiopiskelija Saija Tirkkoselta tai kirjallisesti sähköpostitse osoitteesta Saija.Tirkkonen@student.savonia.fi.

Tutkijoiden yhteystiedot

Fysioterapeuttiopiskelija Saija Tirkkonen, Savonia AMK
e-mail: Saija.Tirkkonen@student.savonia.fi

Liite 4 Kirjanpitolomake

lomakenro kerta) (1.	(etu-)nimi	2. kerta, lomakenro	3.kerta, lomakenro	4. kerta, lomakenro	5.kerta, lomakenro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					

Liite 5 Taulukko VAS-janan muutoksista ennen interventiota

Taulukossa on tutkittavien VAS-janalle annetut numero arvot alkaen kivun intensiteetistä viimeisen 7 vuorokauden aikana. Lisäksi taulukon alareunassa on ilmaistu moodi eli yleisemmin ilmoitetut vastaukset (Mo). Näiden arvojen perusteella on laskettu lukujen vertailuarvot; eli miten kivun intensiteetti muuttui musiikkiryhmän jälkeen verraten kipuun ennen sitä.

VAS-janalle annetut numeraaliset arvot, jotka kuvaavat kivun intensiteettiä lomakkeittain. (N 22)

Lomake	Kivun intensiteetti VAS-janalle kuvattuna viimeisen 7päivän aikana	Kivun intensiteetti VAS-janalle kuvattuna viimeisen 24 tunnin aikana	Kivun intensiteetti VAS-janalle kuvattuna ennen musiikkiryhmää
1	5	7	6,5
2	6	4	3
3	9,5	5,5	2,5
4	3	0	0
5	7	2	3
6	5	5	3
7	6,5	4,5	5
8	7	3	3
9	8	9	7,5
10	6,5	9,5	5,5
11	3,5	2,5	1,5
12	9,5	8	7,5
13	4,5	5	4
14	6,5	7	6,5
15	8	9	8,5
16	5	2,5	1,5
17	7	4	4,5
18	4,5	4,5	3,5
19	3	1,5	0,5
20	9,5	8,5	8,5
21	3	1,5	1,5
22	2	2	2
	Mo 3;5;6,5;7;9,5	Mo 1,5;2;2,5;4;4,5;5;7;8;9	Mo 3

Liite 6 Tutkimuslupa