

Lassi Reunamäki ja Simo Tiitto

Kivunhallintaryhmästä keinoja kroonisen kivun kanssa elämiseen

Opinnäytetyö

Syksy 2019

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Fysioterapeutti (AMK)

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Fysioterapeutti (AMK)

Simo Tiitto & Lassi Reunamäki

Kivunhallintaryhmästä keinoja kroonisen kivun kanssa elämiseen

Lehtori Pia-Maria Haapala, yliopettaja Kaija Loppela

Vuosi: 2019

Sivumäärä: 59

Liitteiden lukumäärä: 2

Krooninen kipu on länsimaista terveydenhuoltoa yksi eniten kuormittava oireryhmä. Kroonisella kivulla tarkoitetaan yli kolme kuukautta tai yli normaalin kudonvaurion paranemisajan kestänyttä kipua. Kroonista kipua kokee Suomessa noin kolmas osa aikuisista, ja se on Suomessa merkittävin työkyvyttömyyttä aiheuttava tekijä.

Kroonisen kivun tunnistetaan koostuvan monesta toisistaan erottamattomasta tekijästä, ja sen hoitomuotoja kehitetään potilasta monipuolisemmin huomioiviksi. Biomedikaalisten hoitomuotojen toimimattomuus kroonisen kivun hoidossa on havaittu, ja hoitomuodoissa siirrytään hyödyntämään enemmän biopsykososiaalista viitekehystä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa ryhmämuotoisten kivunhallintakeinojen vaikutuksista kroonisen kivun yhteydessä alan ammattilaisille, opiskelijoille ja aiheesta kiinnostuneille. Työn tavoitteena oli selvittää miten kivunhallintaryhmä voi vaikuttaa kivun kokemiseen, toiminnallisuuteen sekä kipumyönteisyyteen kroonista kipua kokevilla kahdeksan viikon intervention aikana.

Työ toteutettiin järjestämällä kahdeksan viikkoa kestävä kivunhallintaryhmä Seinäjoen ammattikorkeakoululla. Tapaustutkimuksen interventioon osallistui kuusi kohdehenkilöä. Inklusiokriteerinä oli yli kolme kuukautta kestänyt tuki- ja liikuntaelimistön kipu. Kivunhallintaryhmän osallistujat saivat tietoa kipuun liittyvistä tekijöistä, he jakoivat omia kokemuksiaan ja tehtiin kivunhallintaan liittyviä harjoitteita.

Intervention vaikutusta osallistujien kipumyönteisyyteen ja toiminnallisuuteen mitattiin CPAQ-kyselylomakkeella. Koetun kivun voimakkuutta mitattiin VAS kipujanalla. Tuloksia tulkittiin sekä osallistuja- että ryhmäkohtaisesti. Kahdeksan viikon intervention jälkeen vaikutuksia näkyi lähes kaikkien osallistujien toiminnallisuuden kasvuna ja koetun kivun voimakkuuden alenemisena. Kipumyönteisyyteen interventiolla oli hajanaisia vaikutuksia.

Avainsanat: krooninen kipu, kivunhallinta, psykofyysinen fysioterapia, biopsykososiaalinen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health Care and Social Work

Degree programme in Physiotherapy

Simo Tiitto & Lassi Reunamäki

Coping Strategies for Chronic Pain Delivered in a Multimodal Treatment Group

Senior Lecturer Pia-Maria Haapala, Principal Lecturer Kaija Loppela

Year: 2019

Number of pages: 59

Number of appendices: 2

Chronic pain is one of the most serious health issues for the western healthcare. Chronic pain is defined as a pain that has lasted for over three months or past the normal healing time. One third of the adult population in Finland has chronic pain, which is the most common cause of disability for work in Finland.

Current understanding of chronic pain recognizes the complex nature of pain, and the treatment of pain is moving towards more holistic approaches that focus on the multifactorial background of the patient's pain experience. Treatments based on purely pathoanatomical reasoning have been widely deemed to be inefficient for chronic pain, and biopsychosocial framework has been claimed to be the solution.

The purpose of this thesis is to provide information on the use of coping strategies of a multimodal treatment group intervention setting. The aim of this study was to investigate the effects of the group intervention delivered coping strategies on pain intensity, activity engagement and pain optimism after eight weeks.

The group rehabilitation intervention based on factors from multiple domains of biopsychosocial framework was conducted in Seinäjoki University of Applied Sciences. The intervention lasted for eight weeks and had six participants with musculoskeletal pain that had lasted for at least three months. The participants received pain education, peer support and they practiced exercises to help coping with pain.

The effects on activity engagement and pain optimism were measured with Chronic Pain Assessment Questionnaire (CPAQ), translated into Finnish by a researcher. Pain intensity was measured with Visual Analogue Scale. The results were interpreted both individually and for the entire group. Almost all the participants showed positive changes in activity engagement and had lower pain intensity. Pain optimism received changes in only some of the participants.

Keywords: chronic pain, coping strategies, biopsychosocial framework, CPAQ

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	1
Thesis abstract.....	2
SISÄLTÖ.....	3
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo.....	5
1 JOHDANTO.....	6
2 KROONISEN KIVUN MONIULOTTEISUUS.....	7
2.1 Kroonisen kivun määrittely ja esiintyvyys.....	7
2.2 Biopsykososiaalinen malli.....	8
2.3 Pelkovälttämisen -käyttäytyminen.....	10
2.4 Suojareaktioiden muokkautuminen kivun kroonistuessa.....	12
2.5 Stressin merkitys kroonisessa kivussa.....	14
2.6 Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus.....	15
2.7 Uni ja liikunta kroonista kipua kokevan tukena.....	17
3 FYSIOTERAPIAN KEINOJA KROONISEN KIVUN HOIDOSSA....	19
3.1 Kroonisen kivun hoidon erityispiirteitä.....	19
3.2 Psykofyysinen fysioterapia kroonisen kivun hoidossa.....	20
3.3 Cognitive Functional Therapy.....	24
3.4 Kivunhallintaryhmät hoitokeinona.....	26
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	28
5 MENETELMÄT JA TYÖN TOTEUTUS.....	29
5.1 Menetelmät.....	29
5.2 Työn toteutus.....	30
6 TULOKSET.....	34
6.1 Muutos kipumyönteisyydessä ja toiminnallisuudessa.....	34
6.2 Tulokset väittämäkohtaisesti.....	35
6.3 Osallistujakohtaiset muutokset.....	37
7 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	44
8 POHDINTA.....	46

LÄHTEET	54
LIITTEET	60

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Biopsykososiaalinen malli	8
Kuvio 2. Pelkovälttämisen -käyttäytyminen (Ojala 2010)	11
Kuvio 3. Intervention rakenne	31
Kuvio 4. Osallistuja 1. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne..	38
Kuvio 5. Osallistuja 2. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne..	39
Kuvio 6. Osallistuja 3. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne..	40
Kuvio 7. Osallistuja 4. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne..	41
Kuvio 8. Osallistuja 5. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne..	42
Kuvio 9. Osallistuja 6 Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne...	43
Kuvio 10. CPAQ osallistujien toiminnallisuuden kokonaispisteiden muutos.....	44
Kuvio 11. CPAQ osallistujien kipumyönteisyyden kokonaispisteiden muutos.....	44
Kuvio 12. Osallistujien koetun kivun voimakkuuden muutos.....	45
Taulukko 1. Intervention sisältö.....	32
Taulukko 2. Kipumyönteisyyden ja toiminnallisuuden muutokset ryhmittäin	35
Taulukko 3. Kipumyönteisyyden muutokset väittämäkohtaisesti.....	36
Taulukko 4. Toiminnallisuuden muutokset väittämäkohtaisesti.....	37

1 JOHDANTO

Kivun tutkimus on isossa nosteessa oleva alue, ja kehitys on kiivasta. Puhtaasti biomedikaalisten hoitokeinojen toimimattomuus kroonisen kivun hoidossa on huomioitu maailmalla (O' Sullivan ym. 2018). Muun muassa aivojen kuvantamisen tuomien uusien tutkimusasetelmien myötä kivusta saadaan jatkuvasti lisää tietoa (Moseley & Vlaeyen 2015). Uuden kivuntutkimustiedon perusteella pyritään kehittämään kipupotilaan yksilöllisesti huomioivia terapiamuotoja, jotka keskittyvät kokonaisvaltaiseen hoitoon pelkän mahdollisen vamman tai vaurion sijaan (O' Sullivan ym. 2018).

Valitsimme aiheeksemme kroonisen kivun, sillä se on aiheena hyvin ajankohtaisen kehityksen keskellä. Krooniseen kipuun perehtymällä lisäämme tietouttamme kivusta ja sen mekanismeista, kuinka sitä hoidetaan Suomessa ja maailmalla, ja kuinka kroonisen kivun hoito tulee kehittymään tulevaisuudessa. Tutkimme kivunhallintaryhmän vaikutuksia kroonisen kivun kanssa elämiseen.

Tuotamme biopsykososiaalista viitekehystä ja psykofyysisiä harjoitteita hyödyntävän kivunhallintaryhmän kroonista kipua kokeville henkilöille. Rajaamme työmme koskemaan pitkittyneitä tuki- ja liikuntaelimestön vaivoja. Osallistujille tuotetaan ryhmämuotoista, yksilöllisiin tavoitteisiin perustuvaa terapiaa, jossa keskitytään kivunhallintakeinojen luomiseen kroonisen kivun hyväksymiseksi ja sen myötä sitä halliten.

Työmme tarkastelee kivunhallintaryhmän soveltuvuutta kroonisen kivun hoidossa. Ulla Härkönen työryhmineen (2016) tuotti Kelalle vuonna 2016 kirjallisuuskatsauksen psykofyysisen fysioterapian soveltuvuudesta hoitokeinoksi kroonisen kivun hoitoon Suomessa. Kirjallisuuskatsauksen mukaan psykofyysinen fysioterapia soveltuu hyvin Kelan standardien mukaiseksi hoitomuodoksi Suomessa. Näin ollen työllämme on mahdollisuus tuottaa tietoa työelämän tarpeisiin kasvavalla alalla.

2 KROONISEN KIVUN MONIULOTTEISUUS

Ymmärrys kroonisesta kivusta on kasvanut valtavasti viimeisen 20 vuoden aikana. Kivun tarkasteleminen ihmistä monipuolisesti vaikuttavana ilmiönä muuttaa fysioterapiaa. (Moseley & Vlaeyen 2015.) Kroonisen kivun monimutkaisen luonteen myötä myös fysioterapiassa kipua kokevaa täytyy tarkastella laajemmassa kontekstissa (Ojala 2014). Kokonaisvaltainen, biopsykososiaaliseen malliin pohjautuva hoito jalkautuu terveydenhoitoon hitaasti (Miranda 2018).

2.1 Kroonisen kivun määrittely ja esiintyvyys

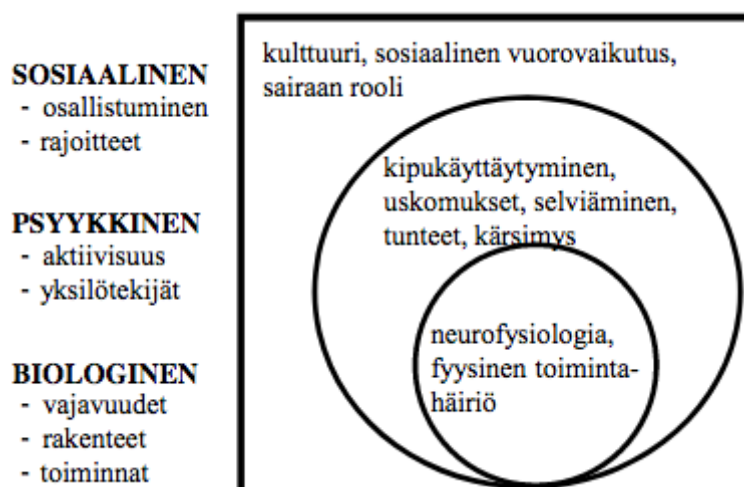
Käypä hoito –suosituksen määritelmän mukaan kipu on ”epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudonsvaurioon tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudonsvaurion käsittein” (Kipu: Käypä hoito –suositus 2017). Tämä määritelmä on muotoiltu niin, että se ei sido kipua pelkästään kudonsvauriosta johtuvaksi, sensoriseksi tuntemukseksi. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP on kivun määritelmässään tarkentanut kivun määritelmää linjaamalla, että kipu on kudonsvauriosta tai sen uhasta assosioitu kokemus (IASP 14.12.2017). Kivun tulkinta taas on monimutkainen prosessi, mihin vaikuttaa monia eri tekijöitä medikaaliselta ja muilta alueilta. Hermoperäisten kivunaiheuttajien puuttuessa, kroonisen kivun yhteydessä havaittaviin kivun pahenemisjaksoihin yksi selitys onkin, että kipu on vammasta tai sen uhasta johtuvan aistimuksen sijaan moniulotteisten tekijöiden lopputulos, niin kutsuttu kivun leimahdus. (O’ Sullivan ym. 2018.)

Krooninen kipu on länsimaista terveydenhuoltoa kuormittava oireryhmä. Suomessa tutkittu esiintyvyys krooniselle kivulle oli 35% aikuisista ja päivittäistä kipua oli kokenut 14%. Kipu liittyy Suomessa 40%:iin kaikista terveystieteidenkeskustävillä käynneistä. Elämänsä aikana ainakin yhden selkäkipujakson on sairastanut kolme neljästä ja viisi tai enemmän selkäkipujaksoa on sairastanut puolet yli 30-vuotiaista suomalaisista. Kivun aiheuttamien epäsuorien kustannusten arvo yhteiskunnalle on suuri päiväraha-kustannusten ja sairauspoissaolojen myötä. (Kipu: Käypä hoito –suositus 2017.) Moseley kertoo artikkelissaan kroonisen kivun olevan suurin länsimaiden terveydenhuoltoa kuormittava terveystieteidenongelma, jonka aiheuttamien

kustannusten määrä länsimaiselle yhteiskunnalle on verrattavissa diabeteksen ja syövän kustannuksiin yhteensä (Moseley & Vlaeyen 2015). Krooninen alaselkäkipu on O' Sullivanin tutkijaryhmän mukaan maailmanlaajuisesti suurin toimintakyvyttömyyttä aiheuttava tekijä. (O' Sullivan ym. 2018.)

2.2 Biopsykososiaalinen malli

Tapio Ojala on pro gradussaan todennut, että krooninen kipu voi olla resistentti perinteisen lääketieteen keinoja vastaan, ja yksittäisen menetelmän vaikutukset akuuttiin ja krooniseen kipuun voivat aiheuttaa vastakkaisia reaktioita. Näin ollen kroonisen kipupotilaan hoitoa suunnitellessa olisi tärkeää huomioida psykososiaalinen näkökulma valittaessa hoitomenetelmiä. Biopsykososiaalista mallia (kuvio 1) käytetään avuksi selitettäessä kroonisen kivun moniulotteisuutta. Mallissa huomioidaan biologisten tekijöiden lisäksi psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, ja se kuvaa, mitkä asiat vaikuttavat kroonisen kivun kokemiseen. (Ojala 2010.)



Kuvio 1. Biopsykososiaalinen malli

Biopsykososiaalinen malli on tuonut viimeisten vuosikymmenien aikana paljon hyötyä kivun tutkimukselle ja käytännön hoitotyölle näiden siirtyessä kohti humanimpaa suuntaa, käsittäen kivun monimutkaiseksi ilmiöksi ja siirtäen huomion pois mekaanisista ja patologisista taustatekijöistä kohti kipua kokevaa ihmistä. Malli luotiin kokonaisvaltaisemmaksi vaihtoehdoksi biomedikaaliselle mallille, jota pidetään liian yksinkertaistavana sekä epäinhimillistävänä. Biomedikaalisessa mallissa nousee herkästi hoidon keskiöön erilaiset

hoitotekniikat, objektiiviset mittarit ja "korjaavat" menetelmät. (Stilwell & Harman 2019.)

Kipua vaikuttavasti hoitaessa tulisi aina huomioida kipua poteva ihminen kokonaisuutena. Biopsykososiaalisen mallin näkökulmasta terveys ja sairaus ovat ihmisen monitasoisessa järjestelmässä toimintoja, joihin vaikuttaa kehon toimintojen, tunteiden, motivaation, ajatusten ja sosiaalisten suhteiden dynaaminen kokonaisuus. Tämän viitekehyksen kautta kipuoireista henkilöä hoidettaessa tulee hänen biologiset, psykologiset ja sosiaaliset taustatekijät kartoittaa, ja niihin pyritään myös vaikuttamaan. Kipuoireisten hoidossa korostuu erityisesti kipuun liittyvien huolien ja pelkojen hälventäminen, kivun kanssa esiintyvän unettomuuden ja masentuneisuuden seulominen ja tehokas hoitaminen. (Miranda 2018.)

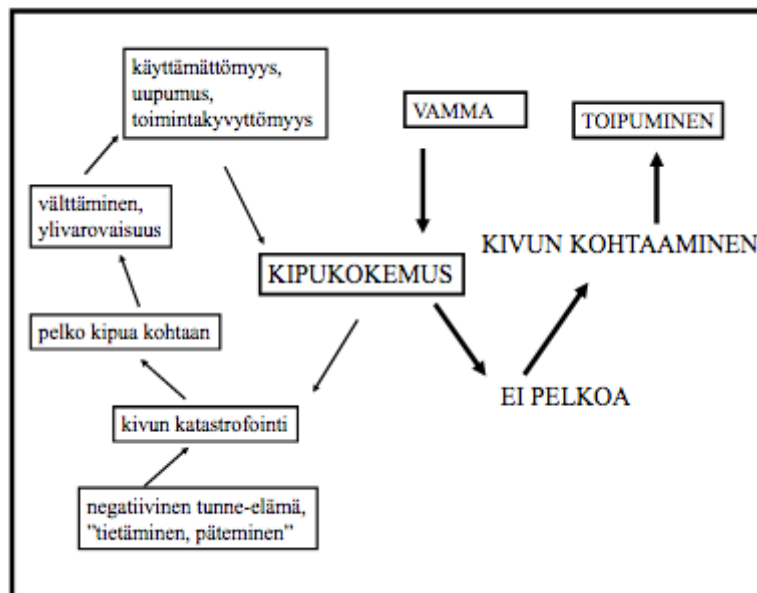
Biopsykososiaalinen malli ei kuitenkaan ole ongelmaton, ja sillä on myös ongelmakohtia. Selkein ongelma on, että bps-mallilla ei ole selkeää, yhtenäistä teoreettista pohjaa tai ohjeita, kuinka sitä tulisi tulkita tutkimus- tai hoitotyössä. Lisäksi bps-mallia yleisesti tulkitaan ja käytetään niin, että kolme osa-aluetta olisivat jotenkin erinäiset, mikä on vastoin sen alkuperäistä käyttötarkoitusta. Jaotteleva tulkintamalli ei vastaa kipua kokevan henkilön kokemuksellista minäkuvaa. Biologisen, psykologisen ja sosiaalisen osa-alueen tulkitseminen jaottelevalla tavalla voi johtaa lopulta johtaa tahattomasti yksinkertaistaviin uskomuksiin kivusta, jossa biologiset tai patologiset tekijät nähdään kivun aiheuttajana, ja psykologiset ja sosiaaliset osa-alueet tulkitaan kivulle altistavina tekijöinä. Moni biopsykososiaalisen mallin virhetulkinnoista, kuten "kaikki kipu on aivoissa" tai "kivunhallinta on aivojen treenaamista" luovat herkästi asiakkaalle leimaavan kuvan omasta kivustaan. Tämänlaisten käsitysten siirtyminen asiakkaalle on usein haitallista. Asiakasta tarkastellessa biopsykososiaalisesta mallista olisi tärkeää pyrkiä luopumaan kipua kokevan ihmisen kokemusten kategorisoimisesta, ja tarkastella osa-alueita kokonaisuutena, jossa kaikki tekijät ovat sidoksissa toisiinsa. (Stilwell & Harman 2019.)

2.3 Pelko - välttämiskäyttäytyminen

Kroonisen kivun yhteydessä esiintyy pelko - välttämiskäyttäytymistä (kuvio 2). Välttämiskäyttäytymisessä kroonista kipua kokeva kokee kipua tuottavat tai hänen kipua tuottaviksi arvioimansa liikkeet uhkaaviksi. (Ojala 2010.) Yleinen esimerkki uhan kokemisesta on pelätä jonkin kipua tuottavan liikkeen johtuvan fysiologisesta vauriosta, ja liikkeen tekemisen olevan riski aiheuttamaan lisää vauriota (O' Sullivan ym. 2018). Uhkaavaksi koetun toiminnon tekeminen kiihdyttää sympaattisen hermoston toimintaa sekä aiheuttaa negatiivisia tunteita, joista tärkeimpinä pelokkuus ja ahdistuneisuus. Sympaattisen hermoston toiminnan kiihtyminen on puolustusreaktio, joka saattaa hetkellisesti nostaa kipukynnystä. (Ojala 2010.)

Pelko - välttämiskäyttäytyminen on kokemusperäistä oppimista. Uhkaavaksi koetusta toiminnosta oletetun kivun välttäminen toimii positiivisena palautteena, joten henkilö oppii välttämään näitä toimintoja jatkossakin. Saman aikaisesti oppimista tapahtuu myös siinä, että henkilöllä ei olisi pystyvyyden tunnetta selvitä kipua tuottavista tilanteista tai toiminnoista. Kipuun liittyvä pelko, negatiiviset ajatukset omasta pystyvyydestä sekä kipuvälttäminen muodostavat kehän, joka toistuessaan vahvistaa itseään, ja on itse kipua vahvempi toimintakykyä rajoittava tekijä. Pelko - välttämiskäyttäytymisen on todettu jatkuessaan olevan kivun kroonistumiselle altistava tekijä. Ojala ehdottaa tutkimuksessaan, että kipuun liittyviin pelkoihin ja kivun katastrofointi-ajatuksiin tulisi kiinnittää terapiajakson alussa huomiota pelokkuuden lieventämiseksi, jonka jälkeen terapiasta saataisiin enemmän hyötyä. (Ojala 2010.)

Kipuun liittyvien tunteiden tunnistetaan olevan pelko - välttämiskäyttäytymisen oppimisprosessissa avaintekijöinä. Kivun on havaittu vaikuttavan oppimisprosessiin vain välillisesti, ahdistuneisuuden tunteen (anxiety) kautta. Ahdistuneisuuden tunne ja matala itsepystyvyyden tunne ovat kivun intensiteettiä merkittävämpiä tekijöitä kipuvälttämiseen johtavien suojaraktioiden syntymiseen. Mallissa korostuu henkilön kognitiiviset ja emotionaaliset prosessit, joten pelko - välttämiskäyttäytymistä tutkiessa tulisi asiakasta arvioida laajemmassa kontekstissa, tunteiden ja uskomusten ollessa prioriteettina. Tavoitteiden luonnin osalta voi kroonisen kivun yhteydessä olla tärkeä keskittyä enemmän siihen, kuinka asiakas liikkuu, eikä kuinka paljon hän liikkuu. (Olugbade 2019.)



Kuvio 2. Pelko - välttämiskäyttäytyminen (Ojala 2010)

Kipu voidaan pelko - välttämiskäyttäytymisen myötä ymmärtää myös kommunikatiivisena keinona välittää kokemus omasta kivusta muille ihmisille. Kipu saattaa välittyä muille sanallisen ja/tai sanattoman viestinnän keinoin, esimerkiksi ilmeistä tai huomattavana selän jäykistämisenä. (Olugbade 2019.) Kivun kokeminen on näin myös sosiaalinen kokemus, ja se vaikuttaa kipua kokevan henkilön ihmissuhteisiin. Nykyinen suuntaus sosiaalipsykologian alalla on tarkastella kipua perimmäiseltä luonteeltaan hyvin sosiaalisena, omaa terveyttä uhkaavana kokemuksena. Pitkittynyt kipu tuottaa haasteita useille ihmisen perustarpeille, joista merkittävimpinä tarve autonomialle, tarve oikeudenmukaisuudelle, sekä tarve yhteenkuuluvuudelle. (Karos ym. 2018.)

Ihminen nähdään hyvin sosiaalisena toimijana, mutta samalla tunnistetaan ihmisen tarve turvata valta päättää omista toimistaan sekä omasta kohtalostaan. Pitkäaikaisen sairauden ja/tai kivun yhteydessä oma päätäntävalta saattaa usein olla uhattuna, ja siirtyä terveydenhuollon toimijoille tai muille ihmisille. Tämä uhkaa riippuvuussuhteen syntymistä hoitavaan henkilöstöön tai läheisiin ihmisiin. (Karos ym. 2018.) Yleisestä kroonista kipua kokevilla on, että halutaan säilyttää omatoimisuus, ja kyky selviytyä päivittäisistä askareista (Ojala 2010). Intervention kohdistaminen henkilön sosiaalisiin suhteisiin, niin läheisten ihmisten kuin hoitosuhteenkin osalta, saattaa tuottaa positiivisia vaikutuksia henkilön fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn (Sturgeon & Zautra 2016).

Eriyisesti pitkäaikaisessa kivussa tunteet avuttomuudesta ja kontrollin menettämisestä ovat yleisiä. Tästä johtuen monilla kroonista kipua kokevilla tunteisiin liittyy häpeää, kiusaantuneisuutta ja nöyryyttävyyden tunnetta. Kivun kokemiseen liittyviä tunteita pahentaa ristiriitaiset kokemukset siitä, kokevatko muut ihmiset hänet taakaksi, tai otetaanko henkilön kipuongelma vakavasti, erityisesti kivun pitkittyessä ilman lääketieteellistä diagnoosia. Edellä mainittujen ongelmien kivun kokemisen sosiaalisessa kontekstissa on todettu ennustavan kivun intensiteettiä. (Karos ym. 2018.)

Pitkäaikainen kipu uhkaa myös ihmisen yhteenkuuluvuuden tunnetta. Kipu muuttaa henkilön toimimista omissa sosiaalisissa piireissään, kuten töissä, harrastuksissa ja perhe-elämässä. Kivusta kärsivien on todettu kokevan sosiaalisissa suhteissaan pitkittyneen kipunsa myötä leimautumista sekä mitätöimistä, kuten piittaamattomuutta, välttelemistä sekä negatiivista suhtautumista henkilön kipuun liittyviin kokemuksiin. Tilastollisesti pitkittyntä kipua kokevat ovat sosiaalisesti eristäytyneempiä, kuin pitkittyntä kipua kokemattomat, varsinkin silloin, kun lääketieteellistä diagnoosia ei ole. Tärkeimpinä pelon kohteina kroonista kipua kokevilla on identiteetin sekä sosiaalisen minän menettäminen. (Karos ym. 2018.)

Sosiaalisten tekijöiden arviointi on tärkeää kivun hoitoa suunnitellessa ja haastattelua tehdessä, sillä monella kipua kärsivällä saattaa olla taustalla sosiaalisia tekijöitä, jotka voivat omalta osaltaan tiedostamattomasti ylläpitää kivun kokemista. Hoidossa tulisi tunnistaa nämä negatiivisesti vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Sosiaalisesta ympäristöstä tulisi muokata asiakkaalle sellainen, että se tuottaa hänelle voimavaroja ja tukee hänen kuntoutumistaan. (Karos 2017.)

2.4 Suojareaktioiden muokkautuminen kivun kroonistuessa

Kipu ymmärretään nykyään tiedostettuna kokemuksena, johon usein liittyy nosiseptio (kipua aiheuttava ärsyke), mutta johon aina vaikuttaa lukemattomia kivun kokemiseen vaikuttavia neurobiologisia, ympäristöllisiä ja tulkinnallisia tekijöitä. Lisäksi Moseley ja Vlaeyen viittaavat laajaan tutkimusnäyttöön, jonka mukaan nosiseptio ei itsessään ole riittävä, eikä aina edes välttämätön kivun kokemiseksi. (Moseley & Vlaeyen 2015.)

Kroonisen kivun kokemiseen liittyy assosioituja ja assosioimattomia muutoksia kipureaktioissa. Assosioimattomiin kuuluu muutokset, joita tapahtuu ärsykkeelle säännöllisen altistumisen myötä. Totuttautuminen ja herkistyminen ovat assosioimattomia muutoksia, joista ensimmäisessä reaktio ärsykkeelle laskee ja jälkimmäisessä reaktio ärsykkeeseen voimistuu. (Moseley & Vlaeyen 2015.)

Moseleyn ja Vlaeyenin esittelemä teoria käsittelee kivun assosioituja muutoksia, ja pohjaa klassiseen ehdollistumiseen. Teorian mukaan kipu nosiseption eli kipuun johtavan ärsykkeen aiheuttamana on ehdollistamaton reaktio, tulkinta ärsykkeestä. Kun tietty, merkityksellinen, moniaistillinen tilanne tai kokemus toistuu säännöllisesti kipua aiheuttavan ärsykkeen aiheuttaessa tai ennakoidessa kipua, kipureaktiosta tulee ehdollistettu myös uudelle tekijälle. Tällöin nosiseptio ei ole enää välttämätön kivun kokemiselle, vaan kivulle ehdollistaneet tekijät riittävät aiheuttamaan kipua myös alkuperäisen ärsykkeen poissa ollessa. (Moseley & Vlaeyen 2015.)

Nosiseption yhdistyttyä ehdollistettuihin kipua tuottaviin kokemuksiin, ehdollistettu kipureaktio omaksutaan aiheutuvaksi myös muista ehdollistettua moniaistillista kokemusta vastaavista kokemuksista. Ilmiön myötä yhden ärsykkeen erottaminen toisesta, tehtävältään erilaisesta ärsykkeestä, vaikeutuu, mikä hankaloittaa henkilön kykyä erotella ärsykeitä ja kokemuksia toisistaan. Ärsykkeiden yleistyessä ja sekoittuessa toisiinsa tulee todennäköisemmäksi, että henkilö kokee kipua useammasta, toisistaan riippumattomista ärsykkeistä. Teorian mukaan tarkkuus, jolla kipuun johtavan tapahtuman moniaistillinen informaatio (esimerkiksi proprioseptiikka, termaaliset ja visuaaliset ärsykkeet) erotellaan ja käsitellään aivoissa, ennustaa sitä, kuinka paljon kivun kokeminen leviää muihin vastaavan kaltaisiin kokemuksiin. Esimerkkinä selkäkivun kokeminen eteenpäin kumartuessa saattaa yleistyä heikentyneen kivun prosessoinnin myötä muihin liikkeisiin ja aktiviteetteihin, joissa selässä tapahtuu fleksiota. Tämä ilmiö on tiettyyn rajaan asti suojaava, kunnes se muuttuu haitalliseksi. (Moseley & Vlaeyen 2015.)

Näkemyks on yhdenmukainen pelko - välttämismallin kanssa, ja tukee näille malleille yhteistä ilmiötä, jossa alkujaan neutraali ärsyke yhdistettynä olettamukseen kivun aiheutumisesta aiheuttaa pelkoa. Kivun ennakointi ja sen pelko johtavat toimintojen välttämiseen, ja sitä kautta toimintakyvyn laskemiseen. Moseleyn ja Vlaeyenin mallin mukaisesti kroonistuessaan kivun kokeminen voi yleistyä laaja-alaisemmaksi

ja laajemmasta aktiviteettien kirjosta aiheutuvaksi. Tämän myötä myös kehon suojeleminen laaja-alaistuu. (Moseley & Vlaeyen 2015.)

2.5 Stressin merkitys kroonisessa kivussa

Stressitekijä voi olla mikä vain ärsyke tai tapahtuma, joka käynnistää fysiologisen stressireaktion: omat jaksamisen resurssit ylittävä fyysinen tai psykologinen uhka omalle terveydelle, statukselle tai turvallisuudentunteelle. Fysiologisen stressireaktion avaintekijänä on kortisoli, joka normaalitilanteessa toimii energiankulutusta avustavana sekä tulehdusta vastustavana aineena. Lyhytaikainen stressi saattaa toimia suorituskykyä ja motivaatiota kasvattavana tekijänä, mutta pitkäaikainen stressi saattaa johtaa stressijärjestelmän toimintahäiriöihin sekä ylläpitää kehon tulehdustilaa ja kipua. Stressitilan pitkittymisen on todettu aiheuttavan kortisolin toiminnan häiriöitä. Kortisolin on havaittu olevan yhteydessä pelon tuottamaan tunnemuistiin, jonka myötä ihminen oppii välttämään uhkaavia tai kivuliaita tilanteita. Haitallisten kipuun liittyvien uskomusten tai kivun ennakoimisen on todettu liiallisesti lisäävän kortisolin eritystä, jonka myötä ilmiön pitkittyessä kortisolin erityis häiriintyy ja herkistyy stressaavia tilanteita kohtaan. (Hannibal & Bishop 2014.)

Kipu toimii stressitekijänä, mutta myös kivun ulkopuolinen stressitekijä, kuten työn kuormitus, taloudelliset ongelmat tai sosiaalisen elämän murheet voivat ylläpitää stressiä. Kipuun liittymättömien stressitekijöiden tuottama kokemus oman jaksamisen riittämättömydestä aiheuttaa ja ylläpitää fysiologista stressireaktiota, sekä huolta ja murehtimista, jotka voivat johtaa stressiä tuottavien asioiden välttelemiseen. Stressin kokeminen esimerkiksi ympäristöllisestä stressitekijästä on yksilöllinen ominaisuus. Kroonista kipua kokevalta olisi tärkeää selvittää ja hoitaa mahdolliset taustalla piilevät stressiä ylläpitävät tekijät, jotta mahdollinen pelko – välttämismallin kierre saataisiin katkaistua. (Hannibal & Bishop 2014.)

Stressitekijöihin, kuten kipuun, kohdistuvat haitalliset uskomukset tai ymmärrykset usein voimistavat fysiologisia stressireaktioita, mikä voi ylläpitää ja pitkittää kipukokemusta. Haitallinen uskomus voi olla esimerkiksi kivun syntyperään liittyvä toivoton näkemys. Henkilön haitalliset uskomukset ja käsitykset omista

stressitekijöistä tai omasta kivustaan on tärkeää tunnistaa, ja niihin tulisi puuttua hoidon tehostamiseksi. (Hannibal & Bishop 2014.)

Stressin kokeminen on välttämätöntä, mutta ihmisillä on kyky muuttaa sitä, mitkä asiat he kokevat stressaaviksi ja kuinka niihin suhtautuu. Katastrofointiajatukset, epäonnistumisen tai nöyryytyksen pelko, tai kivun pelko voivat aktivoivat tahdosta riippumattomien toimintojen, motivaation ja mielialan säätelyyn osallistuvia aivojen alueita. Manteliumake reagoi pelkoon tai uhan tunteeseen sympaattisen hermoston aktivoinnilla, jota seuraa laajamittainen stressireaktio, joka kestää muutamien tuntien ajan. Elämänhallintataidot, omien uskomusten muuttaminen ja pelkojen kohtaaminen stressitekijöiden purkamiseksi voivat laskea kortisolin erittymistä ja ehkäistä kroonisen kivun pitkittymistä ja parantaa elämänlaatua. (Hannibal & Bishop 2014.)

Kivun katastrofoinnilla tarkoitetaan ylimitoitettua käsitystä kivun haitallisuudesta tai sen uhasta, mikä aiheuttaessaan stressireaktion saattaa johtaa kipua aiheuttavien toimintojen pelkäämiseen ja välttämiseen. Kortisoli tehostaa pelon aiheuttaman tunnemuistin syntymistä, ja voimistaa näin pelko – välttämismallin oppimista. (Hannibal & Bishop 2014.)

2.6 Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus

Toiminnallisuudella kivun yhteydessä tarkoitetaan henkilön valmiuksia toimia kivusta huolimatta, sisältäen arkisten asioiden ja työtehtävien hoitamisen, sekä osallistumisen ja toimimisen sosiaalisessa ympäristössään. Kipumyönteisyydellä tarkoitetaan henkilön valmiutta kohdata ja sopeutua kipuunsa sen sijaan, että pyrkisi muuttamaan tai poistamaan kipunsa. (Ojala 2010.)

Kipuun liittyvän myönteisen asenteen on todettu vaikuttavan siihen, miten kipua koetaan. Akuuttia kipua kokiessa myönteisempien henkilöiden on todettu mukautuvan joustavammin kipua tuottaviin tilanteisiin. Nämä henkilöt eivät yleisesti kiinnitä kipunsa liiaksi huomiota, eivätkä anna kivun häiritä elämäänsä. Vakavammissa, terveyttä uhkaavissa tilanteissa he ovat valmiimpia kohtaamaan

kipunsa ja tekemään muutoksia tilanteen korjaamiseksi. (Basten-Günther, Madelon & Lautenbacher 2018.)

Kroonisen kivun yhteydessä, kun kipuongelma ei välttämättä ole poistettavissa tai muutettavissa, kipumyönteisyys tarkoittaa aktiivista sopeutumista omaan kipuunsa. Tällöin henkilö ei kohdista voimavarojaan kivun poistamiseen, vaan sen sijaan keinoihin, joilla pystyisi ylläpitämään hyvinvointia ja itselleen merkityksellisiä aktiviteetteja. Kipumyönteisyys on yhdistetty korkeampaan valmiuteen muokata sopeutumiskeinojaan, kun tunnistaa ettei tilanne kivun takana ole muutettavissa. Henkilö hyväksyy, tai tarkemmin tunnustaa kipunsa, hakeutuu tuen piiriin ja on valmis uusille perspektiiveille elämässään. (Basten-Günther ym. 2018). Positiivisten tunnetilojen ja tärkeiden ihmissuhteiden vaaliminen ovat kipuun sopeutumisen kulmakiviä, jotka mahdollistavat henkilölle toimivampia tapoja sopeutua psyykkisesti kivun kokemiseen. (Sturgeon & Zautra 2016.)

Kivun hyväksymisellä tarkoitetaan luovuttamisen sijaan todellisuuden tunnustamista ja siihen aktiivista mukautumista. Kivun hyväksyminen saattaa terminä aiheuttaa passivoivan kuvan kroonista kipua kokevalla, ja sopivampana terminä olisi suositeltavaa käyttää kipumyönteisyyttä. (Ojala 2010.)

Murehtimisen, joka on yksi pelko - välttämismalliin liittyvistä tunteista, on todettu olevan yhteydessä toiminnallisuuden alenemiseen. Myönteinen asenne sen sijaan on yhdistetty korkeampaan sinnikkyteen tavoitteisiin pyrkimisessä ja matalampaan henkiseen kuormitukseen kroonista kipua kokevilla. Saavuttamattomissa olevien tavoitteiden, kuten kivun poistaminen, on todettu aiheuttavan jatkuvaa stressiä toistuvien epäonnistumisten pelosta, sekä ylläpitävän murehtimista. Kyky asettaa ja uudistaa omia tavoitteitaan on yhdistetty henkilön kokemaan terveydentilaan ja toimintakykyyn, joten kroonista kipua kokevilla haitallisista tavoitteista saattaa olla hankala luopua. (Ramirez-Mastre ym. 2019.)

Kivun hyväksyminen käsitteenä tulisi hoitotyössä kohdistaa niin, että asiakkaan huomio suunnataan positiivisuutta tuottaviin arkipäivän toimintoihin ja matalan kynnyksen tavoitteisiin, jotka palkitsevat asiakasta. Kroonista kipua kokevien asiakkaiden on usein hyödyllistä luopua kivun poistamiseen suuntaavista tavoitteista, jotka ovat usein saavuttamattomissa olevia ja toistuvasti

epäonnistuksessaan voivat olla haitallisia. Tavoitteiden asettamisen strategiassa on tärkeä huomioida sekä saavuttamattomissa olevista tavoitteista luopuminen, että uusien tavoitteiden luominen sekä seuraaminen. (Ramirez-Mastre ym. 2019.)

2.7 Uni ja liikunta kroonista kipua kokevan tukena

Nukkuminen on ihmiselle elinehto. Ihminen nukkuu noin kolmasosan elämästään, joten unella on todella suuri merkitys hyvinvointiin ja terveyteen (Hautala & Ketola 2017, 195). Unessa osa elintoiminnoista hidastuu, kuten hengitys ja pulssi hidastuvat, ruumiinlämpö laskee sekä lihakset rentoutuvat. Samaan aikaan elintärkeät aineenvaihduntatapahtumat kiihtyvät, jotka lisäävät erilaisten hormonien tuotantoa ja vahvistavat immuunijärjestelmää. Ihminen tarvitsee unta palautumiseen sekä erilaisten fyysisten ja psyykkisten toimintojen ylläpitämiseen. (Kahle 2014, 17-21.)

Unen aikana elimistö alkaa tuottamaan proteiinia ja korjaa erilaisia kudoksia. Uni on yhteydessä kognitiivisiin taitoihin kuten uuden oppimiseen, muistamiseen sekä luovuuteen. (Hautala & Ketola 2017, 195.) Unen vaikutusta kipuun on tutkittu paljon ja voidaan todeta, että uni on yhteydessä monenlaisiin kiputiloihin, kuten migreeniin reumakipuihin, fibromyalgiaan ja krooniseen kipuun. (Finan, Goodin & Sminth 2013.)

Ihmisen unen tarve on noin 7-9 tuntia vuorokaudessa. Lapset tarvitsevat unta hieman vielä tätäkin enemmän. Riittämätön uni aiheuttaa välittömästi häiriöitä kognitiivisissa toiminnoissa, jolloin muun muassa muisti heikkenee, reagointikyky hidastuu ja päättelykyky heikkenee. Myös immuunijärjestelmä heikkenee, jolloin ihminen on alttiimpi erilaisille sairauksille. Pitkäaikainen univaje voi aiheuttaa kroonista kipua, kun taas tarpeeksi pitkä, laadukas ja säännöllinen uni auttaa kroonisen kivun kanssa pärjäämiseen. (Ojala 2018, 111.)

Tutkimusten mukaan noin 40 prosenttia kipukroonikoista kärsivät heikosta unenlaadusta (Karaman ym. 2014). On kuitenkin tutkittu, että unen vaikutus kipuoireisiin voi olla suurempi kuin kivun vaikutus uniongelmiiin (Finan ym. 2013). Tutkimukset ovat osoittaneet, että unen häiritseminen aiheuttaa kovempaa kipua ja

kipualueen leviämistä laajemmalle alueelle kehossa (Vanini 2015). Tästä syystä kroonisen kivun hoidossa on syytä pyrkiä hyvälaatuiseen, säännölliseen ja riittävään unen saantiin.

Liikunta on yksi parhaista tavoista ylläpitää fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Sillä pystytään ennaltaehkäisemään ja hoitamaan paljon erilaisia vaivoja sekä sillä on positiivisia vaikutuksia suureen osaan elintoiminnoistamme. (Mustajoki 2011,155.)

Liikunnan avulla kivunsietokyky paranee. Se lujittaa tukirankaa, parantaa vartalon hallintaa sekä lisää lihasvoimaa. Kehon omat kivunlievitysjärjestelmät tehostuvat liikunnan aikana, jolloin elimistön tulehdusreaktiot lievittyvät. Liikunta parantaa myös mielialaa ja parantaa unen laatua. (Halonen 2018.) Elimistön omia kivunlievittäjiä ovat endorfiinit, joita erittyy liikuntasuorituksen aikana ja aiheuttavat liikunnan jälkeisen mielihyvän tunteen. Endorfiinit syntyvät aivolisäkkeessä sekä hypotalamuksessa tiettyjen aivojen toimintojen vaikutuksesta. (Vad 2012, 89.)

Liikunta on olennainen osa erilaisten pitkittyneiden kiputilojen hoidossa. Säännöllinen fyysinen aktiivisuus on suositeltu hoitomuoto krooniselle kivulle ja sen vaikuttavuus on todettu monissa tutkimuksissa. (Polaski ym. 2019.) Liikunnalla on positiivisia vaikutuksia monenlaisiin erilaisiin pitkäaikaisiin kiputiloihin kuten fibromyalgiaan (Brosseau ym. 2008), krooniseen alaselkäkipuun, niskakipuun sekä nivelrikkoon (Cuesta-Vargas, Sanchez & Casuso-Holgado 2013).

Basson ja Suzukin (2017) mukaan liikunnalla ei ole ainoastaan fysiologisia vaikutuksia vaan se vaikuttaa myös suuresti tunnetiloihin. Liikunta voi myös alentaa stressitasoja, parantaa mielialaa sekä kognitiota. Liikunnalla voi olla myös sosiaalisia ja emotionaalisia hyötyjä, jotka parantavat liikkujan elämänlaatua (Gill 2013).

3 FYSIOTERAPIAN KEINOJA KROONISEN KIVUN HOIDOSSA

Psykofyysinen fysioterapia on kehon ja mielen yhteyttä korostava lähestymistapa ja myös viitekehys, joka sisältää monia erilaisia menetelmiä ja kohderyhmiä. Psykofyysisessä fysioterapiassa korostuu terapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus, ja asiakkaan omien kokemusten ja hyödyntäminen uuden oppimisessa. Suomessa psykofyysinen fysioterapia on laajassa käytössä esimerkiksi vaikeasti vammaisten henkilöiden kuntoutuksessa, neurologisessa kuntoutuksessa, mielenterveyteen liittyvässä kuntoutuksessa sekä erilaisten kroonisten kipuoireiden hoidossa. Psykofyysistä fysioterapiaa käytetään lähestymistapana sekä perus-, että erikoissairaanhoidossa, ja sekä julkisella, että yksityisellä puolella. Kokonaisvaltaisuutta ja kokemuksellista oppimista hyödyntävää psykofyysistä viitekehystä voidaan hyödyntää kaikessa fysioterapiassa, kun terapeutilla on siihen valmiudet. Psykofyysisen fysioterapian käsitettä ei juuri käytetä Suomen ulkopuolella, mutta sillä on paljon yhteneväisyyksiä muualla hyödynnettävään biopsykososiaaliseen viitekehukseen. (Härkönen ym. 2016.)

3.1 Kroonisen kivun hoidon erityispiirteitä

Käypä hoito –suositusten mukaan kipupotilaan hoidossa on tärkeää kipupotilaan haastattelu sekä kivun arviointi. Kipupotilaan elämäntilanteen selvittäminen sekä muiden psykososiaalisten tekijöiden huomioiminen tulisi ottaa huomioon kipupotilasta hoidettaessa. (Kipu: Käypä hoito –suositus 2017.) On tärkeää saada selville mitä kipu merkitsee asiakkaalle ja kuinka se haittaa hänen arjessa selviytymistään (Ojala 2018, 85-86). Kivun hoidon tarkoituksena on elämänlaadun parantaminen kokonaisvaltaisesti sekä kivun lievittäminen. Hoidon ja kuntoutuksen tulisi olla moniammatillista, ja asiakkaan pitäisi itse päästä osallistumaan hoidon suunnitteluun. (Kipu: Käypä hoito –suositus 2017.) Kroonisen kivun hoidon lähtökohdانا on yksilöllinen ihmisen kokonaisvaltainen hoito, jossa huomioidaan kivun aiheuttajan lisäksi asiakkaan omat uskomukset ja ajatukset kivusta. (Ojala 2018, 85-86.)

Kroonista kipua kokevan tapaamisessa korostuu se, kuinka potilas kohdataan. Tärkeää on saavuttaa potilaan luottamus, kunnioittaa asiakkaan oireita ja empaattisella tavalla toimia yhteistyössä asiakkaan kanssa. Hoidossa pyritään mahdollisimman tarkkaan diagnoosiin, mutta tärkeää on muistaa, että tarpeettomat diagnostiset tutkimukset ja hoitoyritykset voivat lisätä pelkoja, väärinkäsityksiä ja komplikaatioriskiä. Mahdollinen parannettavissa tai hoidettavissa olevan kiputila on tärkeää hoitaa. Kroonista kipua kokevan kipu ei yleensä mukaile objektiivisesti todettavia kudonvaurioita tai ärsykejä, mutta se on silti aina myös fysiologinen ilmiö, ja koettu kipu on aina todellista. Tutkimustulokset ja hoitavan henkilön näkemys asiakkaan tilanteesta tulee kertoa selkokielellä, ja kroonista kipua kokevaa asiakasta ei saa koskaan jättää yksin (Haanpää ym. [Viitattu 11.9.2019].)

Potilaan haastatteluun ja anamneesin luomiseen tulisi varata riittävästi aikaa. Haastattelussa annetaan aikaa potilaalle kertoa kokemuksistaan, ja kuuntelemalla ja potilaan sanomisten toistamisella ja tiivistämisellä varmistetaan, että potilaan käsitykset on ymmärretty. Samalla on hyödyllistä tarttua potilaan mahdollisiin väärinkäsityksiin, ajatusten tai käyttäytymisen vääristymiin tai potilaalle kerrottuihin epämääräisiin tietoihin. Keskustelussa tulee välttää väärän tai haitallisen informaation antamista tai välttelyyn johtavaa vastakkainasettelua. (Haanpää ym. [Viitattu 11.9.2019].)

Haastatteluun voi lisätä niin kutsuttuja avainkysymyksiä, joilla voi selvittää, mitä asiakas toivoo saavansa hoidosta, mistä hän on huolissaan, mistä hän ajattelee vaivansa johtuvan ja miten hän toivoo itseään autettavan. Asiakkaan sosiaaliset elinolosuhteet on tärkeää selvittää, jotta asiakkaan tilanne ja terveydentilan taustatekijät tunnetaan paremmin. (Haanpää ym. [Viitattu 11.9.2019].)

3.2 Psykofyysinen fysioterapia kroonisen kivun hoidossa

Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, joka pyrkii vaikuttamaan asiakkaan toimintakykyyn kokonaisvaltaisesti. Sen perustana on kehon ja mielen vuorovaikutus toisiinsa. Tunteet vaikuttavat ihmisen liikkumiseen ja toimintaan, kun taas vastavuoroisesti kehon tuntemukset vaikuttavat ihmisen mieleen. (PSYFY [Viitattu 27.11.2018].) Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan käyttää muun muassa

kehotietoisuuden lisäämiseen, rentoutumiseen, stressin hallintaan ja kivun lievittymiseen (Kauranen 2017, 522).

Psykofyysisessä fysioterapiassa asiakasta ohjataan tunnistamaan omia kehon viestejään ja löytämään omia voimavarojaan arjesta selviytymiseen. Asiakasta ohjataan ymmärtämään kehoaan kokemusten ja elämyksien kautta. Pelkkä tietäminen ei siis ole terapian lähtökohtana, vaan asiakkaalle tarjotaan konkreettisia harjoitteita, jonka avulla asiakas oppii kokemusten kautta ymmärtämään omaa kehoaan. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265-266.)

Psykofyysistä fysioterapiaa voidaan hyödyntää monenlaisten asiakkaiden kanssa kuten neurologisten, mielenterveys ja vaikeasti vammaisten potilaiden kuntoutuksessa. Psykofyysistä fysioterapiaa käytetään myös paljon kivun hoidossa varsinkin pitkittyneiden kiputilojen hoidossa kuten CRPS- ja fibromyalgiapotilaiden kanssa. (Härkönen ym. 2016.) Psykofyysiseen fysioterapiaan on monia erilaisia lähestymistapoja ja terapiamenetelmiä (Kauranen 2017, 523). Terapiamenetelmiä ovat muun muassa mindfulness, erilaiset rentoutusmenetelmät ja hengitysharjoitteet.

Mindfulnessiin pohjautuvia menetelmiä käytetään yleisesti psykofyysisessä fysioterapiassa. Mindfulness tarkoittaa tietoista hyväksyvää läsnäoloa, jonka tarkoituksena on tutkia omia kokemuksia ja tunteita arvottamatta niitä. Mindfulness on meditaation muoto, jossa pyritään kiinnittämään huomiota hetkessä tapahtuviin asioihin koittamatta arvioida tai muuttaa mitään. Menetelmän periaatteena on, että erilaiset negatiiviset tunteet ja aistimukset opetellaan sallimaan ja hyväksymään. Tarkoituksena on pyrkiä tietoiseen läsnäoloon ja tunnistamaan erilaisia aistimuksia ja niiden aiheuttamia tunteita itsessämme. Läsnäolon parantuessa ihminen voi paremmin sekä fyysisesti että psyykkisesti. (Miranda 2016, 142-143.) Mindfulnessin vaikutuskeinoja kipuun tutkittaessa on havaittu, että mindfulness-harjoittelulla saattaa olla mahdollista vähentää kroonisen kivun voimakkuutta. Mindfulness voi myös vähentää masentuneisuutta ja parantaa elämänlaatua. (Hilton ym. 2017.) Hautalan ja Ketolan (2017, 177) mukaan tietoisella läsnäololla pystytään vaikuttamaan myös kortisolin erityksen vähenemiseen ja endorfiinin lisääntymiseen. Mindfulnessilla voidaan myös aktivoida parasympaattista hermostoa.

Yksi psykofyysisessä fysioterapiassa käytetyistä menetelmistä ovat erilaiset rentoutusmenetelmät (Kauranen 2017, 523). Rentoutusmenetelmien tarkoituksena on vaikuttaa kipuun liittyvien kielteisten tunteiden ja lihasjännitysten vähentämiseen sekä parasympaattisen hermoston aktivoitumiseen. Rentoutumiseen voidaan käyttää erilaisia tapoja kuten hengityksen tarkkailua, mielikuvia tai lihasten jännittämistä ja rentouttamista. (Kalso ym. 2018, 256.) Pitkäaikainen rentoutusharjoittelu saattaa tasapainottaa ihmisen autonomista hermostoa, vähentää ahdistuneisuutta ja parantaa stressinsietokykyä. Se voi myös parantaa hermostollisten ja hormonaalisten järjestelmien toimintaa. Rentoutusharjoittelu vaikuttaa sydämen lyöntitiheyden ja hengitysnopeuden hidastumiseen, aivojen sähkömagneettisen toiminnan hidastumiseen sekä endorfiinin vapautumiseen. Rentoutuminen voi parantaa myös oppimiskykyä, hallinnan tunnetta ja ongelmanratkaisukykyä. Rentoutusmenetelmiä on monenlaisia kuten kehon eri osien jännittäminen ja rentouttaminen, tietoisuuden kohdistaminen tiettyihin mielikuviin tai toimintoihin ja hengityksen kuuntelu. (Kauranen 2018, 523-525.)

Hengitys on ihmiselle elinehto (Martin 2016). Hengittämisen tarkoituksena on kuljettaa happea ihmisen verenkiertoon ja poistaa hiilidioksidia kehon kudoksista. Hengitys koostuu sisäänhengityksestä, jossa ilma kulkeutuu suu- ja nenäonteloiden kautta henkitorveen, josta se jatkaa matkaa kahden keuhkoputken kautta keuhkorakkuloihin. Keuhkorakkuloissa tapahtuu hapen imeytyminen verenkiertoon ja hiilidioksidi poistuu hapestä. Uloshengityksen aikana hiilidioksidi poistuu verenkierrosta. (Rieger ym. 2016, 49-50.)

Hengityksessä ihmisen mieli ja keho yhdistyy (Martin 2016, 15). Hengitystä säätelee ihmisen autonominen hermosto eli ihmisen ei tarvitse keskittyä hengittämiseen vaan se tapahtuu automaattisesti. Pystymme kuitenkin tietoisesti säätelemään hengitystämme. (Bjälle ym. 2009, 316.) Hengitykseen liittyy aina jonkinlainen tunne tai ajatus. Rentoutuneena ihminen hengittää rauhallisesti ja syvään eikä hengitys vaadi apuhengityslihaksia. Stressaantuneen ihmisen hengitys muuttuu helposti pinnallisemmaksi ja sisäänhengitysvoittoisemmaksi. Tämä johtuu siitä, että aivot ovat virittäytyneet pakene-taistele -tilaan ja vaativat happea enemmän kehoon, jotta ihminen pystyy pakenemaan. Hengitykseen osallistuvat apuhengityslihakset ja hengitys eivät enää kulje automaattisesti. Sisäänhengityksen voimistuessa

hengityksen tasapaino järkkyy, joka voi aiheuttaa hyperventilaatiota, ahdistavaa oloa ja muutoksia emäshappotasapainossa. (Martin 2016 45, 47, 72.) Tämä myös aktivoi sympaattista eli kiihdyttävää hermostoa. Sympaattisen hermoston aktivoituminen nostaa sydämen sykettä, nostaa verenpainetta ja luo kehoon jännitystiloja (Hautala & Ketola 2017, 167). Kroonisen kivun yhteyttä sympaattisen hermoston aktivoitumiseen on tutkittu ja on huomattu, että kroonisilla kipupotilailla sympaattinen ja parasympaattinen hermosto saattavat olla epätasapainossa (Hallman & Lyskov 2012).

Hengityksen tarkkailemisella ja erilaisten hengitystekniikoiden avulla pystytään rauhoittamaan kehoa ja saadaan parasympaattista hermostoa aktiiviseksi (Wu & Lo , 2008; Andre 2019). Parasympaattisen hermoston eli hidastavan hermoston tehtävänä on kehon palautuminen. Se täydentää energiavarastojamme, aktivoi ruuansulatusta ja vastaa solujen uusiutumisesta (Butler & Moseley 2013.) Koenigin mukaan (2015) vähentyneen parasympaattisen hermoston aktiivisuus voi olla yhteydessä kipuun. Tästä syystä kipukroonikon tulisi pyrkiä hengityksen avulla saada parasympaattista hermostoa aktiiviseksi.

Emotional freedom technique (EFT) on vuonna 1995 kehitetty itsehoitomenetelmä erilaisten tunnetilojen hallitsemiseksi. Se perustuu kehossa sijaitsevien akupunktiopisteiden naputteluun sekä vallitsevan tunnetilan tai tuntemusten tarkasteluun. Menetelmässä yhdistyy sekä kognitiiviset kuin somaattiset osatekijät. Tutkimukset ovat osoittaneet, että EFT harjoittelulla on niin psykologisia kuin fysiologisia vaikutuksia (Bach ym. 2019.)

EFT on kehittynyt Roger Callahanin vuonna 1985 kehittämästä Thought Field Therapystä (TFT). TFT sai alkunsa siitä, kun Callahan löysi tutkimalla kahtatoista akupunktiopistettä. Hän huomasi, että kun ihminen ajattelee tiettyä asiaa, voidaan havaita akupunktiopisteiden aktivoituminen tietyssä järjestyksessä. Tämän perusteella hän kehitti akupunktiopisteiden naputtelusarjan, joka piti tehdä tietyssä järjestyksessä. Yksi hänen oppilaistaan Roger Graig alkoi kuitenkin tutkia asiaa ja tuli siihen tulokseen, ettei naputtelun järjestyksellä ole niinkään merkitystä ja kehitti oman menetelmänsä EFT:n. (Flint, Lammerd & Mitnick 2006.)

EFT harjoittelu alkaa oman tunnetilan ja tuntemuksen havainnoilla ja arvioinnilla. Tämän jälkeen aloitetaan akupunktiopisteiden naputtelu, joka toistetaan noin kolme kertaa. Naputeltavat akupunktiopisteet sijaitsevat käsissä, pään ja rintakehän alueella. Yhtä pistettä naputellaan tai painetaan kevyesti sormenpäillä noin 20-30 sekunnin ajan, jonka jälkeen siirrytään seuraavaan pisteeseen. Tämän jälkeen arvioidaan uudelleen vallalla olevaa tunnetilaa tai tuntemusta. Jos tarvittavaa muutosta ei ole tapahtunut, sama toistetaan uudelleen. (Siira & Palomäki 2016, 111-115.)

Tutkimukset ovat osoittaneet EFT harjoittelun vaikuttavan fysiologisiin toimintoihin kuten alentavan leposykettä, pudottavan verenpainetta ja vähentävän kortisolin eritystä (Bach ym. 2019). Churchin (2013) mukaan EFT:llä voi olla positiivisia vaikutuksia erilaisiin psyykkisiin oireisiin kuten ahdistukseen, masennukseen sekä pelkotiloihin. EFT harjoittelulla on lisäksi saatu positiivisia vaikutuksia erilaisiin kiputiloihin kuten jännityspäänsärkyyn (Bougea ym. 2013) ja jäätyneeseen olkapäähän (Church & Nelms 2016).

3.3 Cognitive Functional Therapy

Cognitive functional therapy (CFT) on kroonisen selkävivun hoitoon suunniteltu, joustava ja kokonaisvaltaisesti asiakkaan tarpeet huomioiva terapiamuoto. CFT on kehittynyt neurotieteen ja kognitiivisen terapian sovellutuksista fysioterapiaan räätälöidyksi terapiaksi. Tutkijaryhmä on todennut terapian olevan soveltuva hoitomuoto myös muihin tuki- ja liikuntaelimestön kroonisiin kipuoirevaivoihin. Terapiamuoto pyrkii vastaamaan kipupotilaan laaja-alaisiin kuntoutustarpeisiin ilman erilaisia alaryhmäluokitteluja, joiden on kritisoitu johtavan liian yksiulotteisiin hoitomuotoihin. CFT:n tarkoituksena on tuottaa kipupotilaalle uusi ymmärrys omasta kivustaan, ja luoda hänelle yksilöllinen, tavoitteellinen kivunhoitosuunnitelma. (O' Sullivan ym. 2018.)

CFT muodostuu kolmesta eri komponentista. Ensimmäinen komponentti käsittelee kivun ymmärtämistä, vanhalta nimitykseltään kognitiivinen harjoittelu. Tämä komponentti korostaa asiakkaan kivun ymmärtämisen tärkeyttä, ja asiakkaalle pyritään luomaan uusia näkökulmia kipunsa ymmärtämiseksi. Toinen komponentti

on nimeltään suomeksi käännettynä altistusta ja hallintaa, eli tarkoituksena on altistaa asiakasta hiljalleen kipua tuottaville liikkeille, harjoittaen näiden liikkeiden/asentojen hallintaa psykofyysisen fysioterapian keinoin. Kolmas komponentti on elämänhallinnan muutos. (O' Sullivan ym. 2018.)

CFT:ssä asiakasta haastatteleamalla ja tutkimalla perehdytään asiakkaan sensitiivisyyteen kipua kohtaan. Kivun ilmenemistä tutkitaan palpoidessa, liikkeissä ja asennoissa, sekä kuormituksen alaisena. Tutkimiseen sisältyy kipuun liittyvien uskomusten ja tunteiden havainnointi tai kartoittaminen. Tutkimisen avulla tunnistetaan liikkeet ja toiminnot, joihin asiakkaan pelkovälttäminen kohdistuu. Kontrolloitu altistaminen kohdistetaan tutkimisessa ilmenneihin kipua tai sen uhkaa aiheuttaviin toimiin, ja sen avulla pyritään purkamaan kipu – välttämismallin mukaisia uskomuksia ja luomaan luottamusta oman kehon käyttämiseen. (O' Sullivan ym. 2018.)

CFT:ssä pelko - välttämismallin purkaminen on olennaisessa osassa terapian toimintamenetelmää. Ennen kivulle altistavia liikkeitä ja niiden aikana, puretaan pelkovälttämiskäyttäytyminen kehoa ja mieltä rauhoittavilla harjoitteilla. Harjoitteina voidaan hyödyntää esimerkiksi kehonskannausta tai hengityksen tarkkailua. Kehoa ja mieltä rauhoittavat harjoitteet luovat harjoittelutilanteeseen turvallisuuden tunteen, joka on harjoittelun perusta, ja vähentää pelko - välttämismallille olennaisten negatiivisten tunteiden kokemista. Ilman pelkotilan purkamista ennen kipua tuottavien liikkeiden ohjaamista, saatetaan aiheuttaa lisää pelkoa ja kipua, ja sitä kautta vahvistetaan pelkovälttämisen kehittymistä. Kontrolloituun kivulle altistaviin harjoitteisiin edetään vasta, kun asiakas on keholtaan rauhoittunut ja kykenee säätelemään tunteensa. (O' Sullivan ym. 2018.)

Kontrolloidun altistamisen avulla tuotetaan asiakkaalle kokemuksellinen oppimistilanne, jossa terapia kohdistetaan pelättyihin liikkeisiin ja niiden aiheuttamiin suojareaktioihin sekä sympaattisen hermoston suojareaktioihin. Turvallisessa tilanteessa ja pelko-välttämismallin minimoimisen jälkeen ennen pelättyjä liikkeitä harjoitellaan progressiivisesti. Turvallinen, pelättyjen liikkeiden harjoittelu luo ristiriidan aiemmille odotuksille pelättyjen liikkeiden vaikutuksista verrattuna liikkeiden varsinaisiin vaikutuksiin. Tämän myötä asiakas voi havaita, että kehoa on turvallista liikuttaa ja käyttää kivusta huolimatta.

Harjoitellessa huomio siirretään kehon kivuttomiin osiin. Liikkeiden aiheuttamista suojarakenteista ja sympaattisen hermoston reaktioista voidaan keskustella, ja antaa niille uusi konteksti. Esimerkiksi selkäkipuinen asiakas saattaa huomata, että rangan monipuolinen liikuttaminen onkin turvallista, ja kipu liikkeiden aikana on mahdollista pitää hallinnassa. Tällöin ennen kivulta oletetusti suojanneet reaktiot, kuten liiallinen rangan jäykistäminen, nähdään kehon sulavaa liikkumista estävinä tekijöinä. Asiakas saattaa huomata, kuinka hänen omat uskomukset kehonsa liikkeistä ja toiminnasta saattavat olla esteenä kivun kanssa toimimiselle. Tämän yhteydessä asiakkaat yleensä ilmoittavat kivun vähenemisestä. (O' Sullivan 2018.)

Harjoittelun aikana asiakas kiinnittää huomionsa kivuliaan kehonosan sijaan muuhun osaan kehoaan, ja apuna voidaan käyttää visuaalista palautetta esimerkiksi peilin tai videoinnin keinoin. Terapeutin kosketuksen välityksellä voidaan ohjata tuntopalautetta huomion kiinnittämiseksi kehon osaan, mutta CFT:ssä käsin ohjaamisen tulisi olla minimaalista. (O' Sullivan ym. 2018.)

3.4 Kivunhallintaryhmät hoitokeinona

Monitieteellisistä kivunhallintaryhmistä, jotka hyödyntävät biopsykososiaalisen viitekehyksen useita eri lähestymistapoja, on kehitetty paljon tutkimusta lähivuosikymmeninä. Kamperin (2014) kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen tutkimusten tuli sisältää vähintään kolme hoitokomponenttia biopsykososiaalisesta viitekehyksestä. Kirjallisuuskatsauksessa kivunhallintaryhmien vaikuttavuudesta kipuun ja toimintakykyyn on havaittu yhdenmukaisia etuja kivunhallintaryhmän hyödyntämisestä, verrattuna tavanomaiseen hoitoon ja fysioterapiaan. Katsauksen mukaan kivunhallintaryhmillä voi olla merkittäviä lyhyen, keskipitkän ja pitkän aikavälin hyötyjä varsinkin toimintakykyyn henkilöillä, joilla kipu on kestänyt pitkään ja tavanomaiset hoitokeinot eivät ole toimineet.

Kivunhallintaryhmien kustannustehokkuudesta on vähäisesti tietoa. Kivunhallintaryhmään ohjaaminen on suositeltua silloin, kun asiakkaalla on jollain biopsykososiaalisen viitekehyksen osa-alueella huomattava este kuntoutumiselle kivusta. Tärkeää on kirjoittajien mukaan tunnistaa, milloin asiakkaan oireet vaativat muiden ammattialojen, kuten psykologin apua. (Kamper, 2014.)

Suomessa tuotetusta laajamittaisesta kivunhallinta-/vertaistukiryhmästä saadut tutkimustulokset ovat kannustavia. Työterveyshuollon yhteydessä toteutetut kivunhallintaryhmät vaikuttivat merkittävästi positiivisen minäpystyvyyden tunteen syntymiseen, kroonisen kivun hyväksymiseen ja pelko - välttämisaisteluun. Ryhmiin osallistuneet kokivat myönteisen muutoksen työkykyensä ja työhön paluun ja työssä jatkamisen mahdollisuuksiin verrattuna kontrolliryhmään. Tutkimuksen toteuttamisen jälkeen kipuryhmätoiminta on vakiintunut osaksi Helsingin kaupungin työterveyshuollon toimintaa. Mirandan ja kumppaneiden (2018) mukaan vertaistukiryhmä voi olla potentiaalinen keino tukea kipuoireisten kivunhallintaa ja työkykyä, ja keino kohdistaa oikeanlaista tietoa sitä tarvitseville kipujen kanssa selviämiseksi. Mirandan tutkimuksen interventiossa painotettiin uusimman kipututkimustiedon mukaista tiedon lisäämiseen pyrkiviä keskusteluja. Lisäksi käytettiin kognitiivisen käyttäytymisterapian (cognitive behavioral therapy), hyväksymis- ja omistautumisterapian (acceptance and commitment therapy) sekä rentoutumisen ja tietoisien läsnäolon tekniikoita.

Kivun luonnetta ja sen nykyaikaista ymmärrystä opettavia keskusteluja (pain education) hyödyntämällä osallistujien on havaittu omaksuvan parempia itsehoitokeinoja ja ymmärtävän paremmin kipunsa. Tämän myötä heidän koetun kivun voimakkuutensa laskee ja heillä on suuremmat odotukset kivustaan parantumisesta (Mittinty ym. 2018.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa ryhmämuotoisten kivunhallintakeinojen soveltamisesta ja niiden vaikutuksista kroonista kipua kokeville. Työ on tarkoitettu alan ammattilaisille, opiskelijoille ja aiheesta kiinnostuneille.

Työn tavoitteena on selvittää miten kivunhallintaryhmä voi vaikuttaa kivun kokemiseen, toiminnallisuuteen ja kipumyönteisyyteen kroonista kipua kokevilla 8 viikon aikana.

Tutkimusongelmat

Miten kahdeksan viikkoa kestävä kivunhallintaryhmä vaikuttaa kipumyönteisyyteen kroonista kipua kokevilla?

Miten kahdeksan viikkoa kestävä kivunhallintaryhmä vaikuttaa toiminnallisuuteen kroonista kipua kokevilla?

Miten kahdeksan viikkoa kestävä kivunhallintaryhmä vaikuttaa koetun kivun voimakkuuteen kroonista kipua kokevilla?

5 MENETELMÄT JA TYÖN TOTEUTUS

5.1 Menetelmät

Mittarina käytimme CPAQ- kyselylomaketta, joka on kroonisen kivun hyväksymiseen tarkoitettu mittari. CPAQ-kyselylomakkeella arvioimme kipumyönteisyyttä sekä kivun vaikutusta toiminnallisuuteen. Valitsimme mittariksi juuri tämän, koska mittari on sopiva aiheeseemme sekä mittari on todettu luotettavaksi (Ojala 2010). Lisäksi mittari on suomenkielinen ja sisältää vain kaksikymmentä kohtaa, joten lomakkeen täyttäminen on vaivatonta ja helppoa.

CPAQ sisältää 20 väittämää, joista osallistuja valitsee hänen tilannettaan sopivimman. Jokaisessa väittämässä on seitsemän vaihtoehtoa välillä 0: ei koskaan totta ja 6: aina totta. Väittämät on jaettu kahteen eri teemaan, kipumyönteisyyden ja toiminnallisuuteen. Kipumyönteisyys Ojalan (2010) määrittelemänä tarkoittaa yksilön suhtautumista omaan kipuun ja sen subjektiivista merkitystä omaan elämään. Toiminnallisuudella tarkastellaan yksilön toiminnallisuutta kivusta huolimatta.

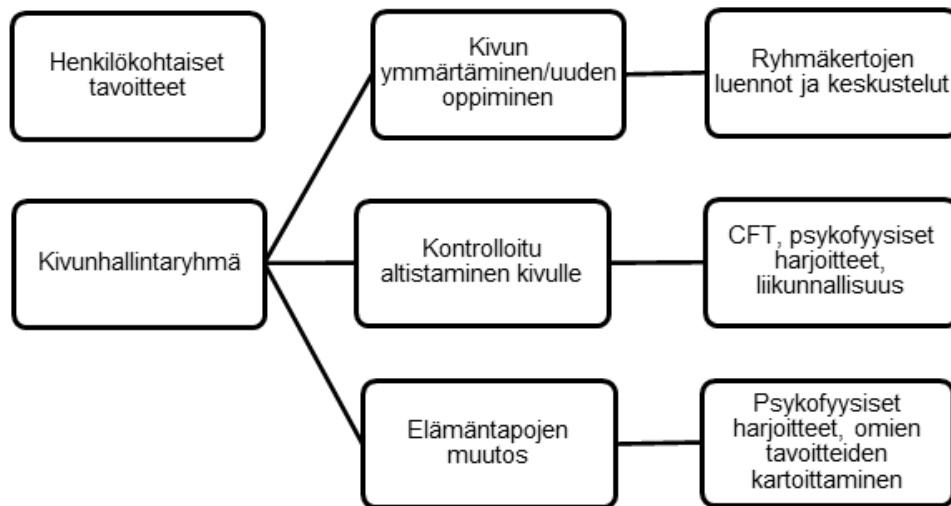
Kipumyönteisyyteen kuuluu yhdeksän väittämää, ja toiminnallisuuteen 11. Kyselylomakkeen väittämistä lasketaan pisteet, ja isommat pisteet tarkoittavat parempaa tulosta. Kipumyönteisyyden osalta pisteet lasketaan käänteisesti, eli osallistujan vastaus "6. aina totta" väittämään kipumyönteisyydestä, antaa osallistujalle väittämästä 0 pistettä, ja "5. usein totta" antaa yhden pisteen. Tuloksissa timanttikuvioita tulkitessa kipumyönteisyyden väittämässä isompi luku tarkoittaa sitä, että osallistuja kokee väittämän kuvaavan itseään vain harvemmin. Käytimme tutkimuksessamme VAS (Visual Analogue Scale) kipujanaa, jonka tarkoituksena on mitata koetun kivun voimakkuutta. VAS-jana on yleisesti käytettävä mittari koetun kivun voimakkuuden arvioimiseen. VAS-jana on kymmenen senttiä pitkä vaakasuora viiva, jolle vastaaja merkitsee pystyviivan siihen kohtaan, jonka tuntee kuvaavan sen hetkistä kipuaan. Janan vasen pää kuvaa tilannetta, jossa kipua ei tunnu lainkaan ja janan oikea pää kuvaa pahinta mahdollista kipua. (Kalso ym. 2018, 285.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä on tapaustutkimus. Tapaustutkimuksen tarkoituksena on tutkia syvällisesti tietoa valitusta tapauksesta. Tämän tutkimuksen tapauksena toimivat ryhmään osallistuvat koehenkilöt. Tapaustutkimuksessa pyritään tuottamaan yksilöllistä ja subjektiivista tietoa tutkittavasta tapauksesta eikä tarkoituksena ole yleistäminen. (Jyväskylän yliopisto 23.4 2015.)

5.2 Työn toteutus

Opinnäytetyönämme oli kroonisille kipupotilaille suunnattu interventio, joka toteutettiin maaliskoukokuun aikana Seinäjoen ammattikorkeakoulun Kampustalon tiloissa. Koehenkilöt interventioon saatiin jakamalla esitteitä kivunhallintaryhmästä Seinäjoen ammattikorkeakoululle ja Seinäjoen kansalaisopistolle. Ryhmästä kiinnostuneet ilmoittautuivat vapaaehtoisiksi interventioon ottamalla yhteyttä ryhmän ohjaajiin. Sisäänottokriteerinämme interventioon osallistumiseen oli krooninen yli kolme kuukautta kestänyt kipu.

Interventiojaksomme rakenne koostui kolmesta eri osiosta (kuvio 3). Ensimmäinen osio on tiedollinen osio, mikä sisältää uuden tiedon oppimista kivusta ja erilaisista kivunhallintakeinoista, sekä myös muista kivunhallintaan liittyvistä aiheista. Toinen osio, kontrolloitu altistaminen kivulle, sisältää kokemuksellista uudelleenoppimista liikkumiseen, kehon tuntemuksia kuunnellen. Kolmas osio on elämäntapojen muutos, mikä sisälsi erilaisten psykofyysisten harjoitteiden kokeilemistä, kivunhallintaan liittyvien aiheiden sovittamista omiin elämäntapoihin sekä omien tavoitteiden kartoittamista. Intervention rakenne mukailee Cognitive Functional Therapyn toimintaperiaatetta. Valitsimme CFT:n mukaisen toimintaperiaatteen interventiomme rakenteeksi sen vuoksi, että siinä otetaan kipua kokeva laaja-alaisesti huomioon, siinä pyritään purkamaan pelko – välttämiskäyttäytymistä psykofyysisillä harjoitteilla ja siinä on toiminnallinen, kehollista oppimista hyödyntävä osa-alueensa.



Kuvio 3. Intervention rakenne

Kohderyhmälle annettiin uutta tietoa kipuun liittyvistä tekijöistä. He keskustelivat ja jakoivat omia kokemuksiaan kivusta ja kipuun liittyvistä tekijöistä. Lisäksi interventiomme sisälsi erilaisia psykofyysisiä harjoitteita kivun lievitykseen. Interventiomme sisälsi alkutapaamisen ja kahdeksan harjoituskertaa. Alkumittaukset suoritettiin alkutapaamisella. Alkutapaamiseen osallistui yhteensä 7 henkilöä, joista yksi jätti tutkimuksen kesken alkutapaamisen jälkeen tuntemattomasta syystä. Ensimmäisellä kerralla osallistujat kirjoittivat ylös omat henkilökohtaiset tavoitteensa intervention ajaksi. Loppumittaukset suoritettiin intervention päätyttyä viimeisen harjoituskerran jälkeen. Loppumittausten yhteydessä osallistujilta kerättiin ryhmän toiminnasta palautetta, joita avaamme myöhemmin pohdinta osiossa. Loppumittauksessa käytetty CPAQ -kyselylomake ja palautelomake ovat nähtävissä liitteet-osiossa.

Kohderyhmälle järjestettiin tapaamisia kahdeksan viikon ajan kerran viikossa. Tapaamisille osallistuivat 6 koehenkilön lisäksi kaksi ohjaajaa. Aihekokonaisuudet jaettiin teemoiksi jokaiselle tapaamiskerralle. Tapaamiset (taulukko 1) koostuivat luennoista, jossa käytiin läpi päivän teemaan liittyviä asioita sekä harjoiteosiosta, jossa tuodaan käytäntöön teemaan liittyviä kivunhallintakeinoja. Harjoitteet koostuivat erilaisista toiminnallisista harjoitteista, rentoutusharjoitteista sekä mielikuvaharjoitteista. Jokainen ryhmäläinen suoritti harjoitteet oman tasonsa ja tavoitteidensa mukaisesti.

Taulukko 1. Intervention sisältö

	Teema ja aiheet
1.	<u>Alkutapaaminen</u> -Jakson esittely, ohjaajien ja osallistujien tutustuminen -Alkumittaukset -Orientointi psykofyysisiin harjoitteisiin: kehonskannaus
2.	<u>Kivun uusi ymmärrys</u> -Luento ja keskustelua aiheesta -Keskustelua omista kivunhallinnan keinoista -Psykofyysiset harjoitteet
3.	<u>Stressin ja tunteiden merkitys kipuun</u> -Luento ja keskustelua aiheesta -Omien stressitekijöiden tunnistaminen -Hengitysharjoitteet
4.	<u>Liikuntakerta</u> -Kehonskannaus: pelko-välttämiskäyttäytymisen purkaminen -Oman kehon kuuntelu liikkeessä -Loppurentoutus: jännitys-rentoutus-menetelmä
5.	<u>Liikunnan vaikutus kehoon ja mieleen</u> -Luento ja keskustelua aiheesta -Omat liikuntatottumukset, motivoituminen ja muutosprosessi -Psykofyysiset harjoitteet: jännitys-rentoutus-menetelmä
6.	<u>Uni</u> -Luento ja keskustelua aiheesta -Hyvän unen tavoittelemisen, uhat ja mahdollisuudet -Psykofyysiset harjoitteet unen tukena
7.	<u>Liikuntakerta</u> -Kehonskannaus: pelko-välttämiskäyttäytymisen purkaminen -Oman kehon kuuntelu liikkeessä -Loppurentoutus: hengityksen kuuntelu, kivun läpi hengittäminen
8.	<u>Itsesäätelytaidot ja huomion suuntaaminen</u> -Teeman mukainen luento ja keskustelua aiheesta -Harjoitteita huomion suuntaamiseen -Keskustelua omista hyväksi koetuista kivunhallinnan keinoista -Kooste ryhmän toiminnasta
9.	Viimeinen kerta -Loppumittaukset -Palaute jaksosta -Keskustelua omasta edistymisestä ja sen ylläpitämisestä

Tutkimustyö tulee toteuttaa hyvän tieteellisen käytäntöjen mukaisesti ja tutkimuksessa tulee noudattaa tutkimukselle tyypillisiä toimintatapoja, johon kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. (Tutkimuseettinen eettinen neuvottelukunta 2012, 6) Tutkimukseen osallistujien kanssa tehtiin kirjallinen sopimus opinnäytetyöhön osallistumisesta, mikä sisälsi osallistujien tietojen luottamuksellisen käsittelyn ja sopimuksen vaitiolovelvollisuudesta. Keräsimme osallistujilta vain tutkimukseen tarvitsemamme tiedot ilman ylimääräisiä henkilötietoja. Tutkimuksen tuloksista osallistujien henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa. Tutkimusta varten kerätyt aineistot säilytettiin huolellisesti opinnäytetyön ajan, ja hävitettiin tutkimuksen valmistuttua.

6 TULOKSET

Interventioomme osallistui kuusi kroonisesta kivusta kärsivää naista (n=6). Koehenkilöiden keski-ikä oli 66 vuotta. Koehenkilöt osallistuivat kaikkiin tapaamisiin lukuun ottamatta yhtä koehenkilöä, joka joutui jättämään yhden tapaamisen väliin. Olemme jakaneet tulokset osioihin, joista ensimmäisessä tarkastellaan intervention aikana tapahtuneiden muutosten jakautumista kipumyönteisyyden ja toiminnallisuuden osioihin. Toisessa osiossa tarkastellaan muutosten jakautumista kipumyönteisyyden yksittäisiin väittämiin. Kolmannessa osiossa tarkastellaan intervention aikana tapahtuneita muutoksia osallistujakohtaisesti. Käänteisesti tulkittavan kipumyönteisyyden tulokset olemme valmiiksi kääntäneet tulosten tulkinnan helpottamiseksi. Näin ollen sekä kipumyönteisyydessä että toiminnallisuudessa pisteiden kasvu tulkitaan positiivisena muutoksena.

6.1 Muutos kipumyönteisyydessä ja toiminnallisuudessa

Jaoin CPAQ-lomakkeen väittämissä ilmenneet muutokset kolmeen ryhmään. Ryhmään 1 kuuluvat yhden pisteen positiiviset tai negatiiviset muutokset, tai ei muutosta lainkaan (-1, 0, +1). Ryhmään 2 kuuluvat kahden pisteen tai isommat positiiviset muutokset. Ryhmään 3 kuuluvat kahden pisteen tai isommat negatiiviset muutokset. Ryhmittelemällä havainnollistamme, minkä verran kipumyönteisyyden ja toiminnallisuuden osiot ovat keränneet merkittäviä muutoksia. Kokonaismuutos kertoo yksittäisen osallistujan kipumyönteisyyden ja toiminnallisuuden väittämien muutosten yhteenlasketun summan.

Taulukko 2. Kipumyönteisyyden ja toiminnallisuuden muutokset ryhmittäin

	-1, 0, +1		2 tai suurempi positiivinen		2 tai suurempi negatiivinen		Kokonais- muutos	
	K	T	K	T	K	T	K	T
Osallistuja 1	6	8	3	3	0	0	+5	+8
Osallistuja 2	9	7	0	3	0	1	+2	+8
Osallistuja 3	3	4	2	7	4	0	-3	+23
Osallistuja 4	5	8	2	1	2	2	-3	-8
Osallistuja 5	5	10	2	1	2	0	-2	+6
Osallistuja 6	9	8	0	3	0	0	-2	+6
Yhteensä	37	45	9	18	8	3	-3	+43

Koko ryhmässä eniten vastauksia kertyi ryhmään 1 (-1, 0, +1) sekä kipumyönteisyyden (K) että toiminnallisuuden (T) osalta (taulukko 2). Kipumyönteisyydessä +2 tai suuremman positiivisen muutoksen vastauksia kertyi yhdeksän kappaletta, ja -2 tai suuremman negatiivisen muutoksen vastauksia kertyi kahdeksan kappaletta. Toiminnallisuudessa +2 tai suuremman positiivisen muutoksen vastauksia kertyi 18 kappaletta, ja -2 tai suuremman negatiivisen muutoksen vastauksia kertyi kolme kappaletta. Ryhmän osallistujista kahdella kuudesta kokonaismuutos kipumyönteisyydessä oli positiivinen, ja toiminnallisuudessa viidellä kuudesta. Kaikkien osallistujien yhteenlaskettu muutosten summa kipumyönteisyyden osalta oli -3 ja toiminnallisuuden osalta +43.

6.2 Tulokset väittämäkohtaisesti

Tässä kappaleessa esittelemme tulosten muutoksia väittämäkohtaisesti. Jokaisesta väittämästä näkee kunkin osallistujan muutoksen, joko positiiviseen tai negatiiviseen suuntaan. Viimeisessä pystysarakkeessa on ilmoitettu koko ryhmän muutokset yhteensä, suluissa on ilmoitettu väittämien negatiivisten ja positiivisten muutosten kokonaiskertymä.

Kipumyönteisyyden väittämien alku- ja lopputilanteen välinen muutos on taulukoitu valmiiksi käännettyinä. Positiivinen tulos tarkoittaa kipumyönteisyyden (taulukko 3) osalta, että osallistuja kokee väittämän kuvaavan harvemmin hänen tilannettaan. Toiminnallisuudessa (taulukko 4) positiivinen tulos tarkoittaa, että osallistuja kokee väittämän kuvaavan useammin hänen tilannettaan.

Taulukko 3. Kipumyönteisyyden muutokset väittämäkohtaisesti

	1	2	3	4	5	6	Yhteensä
4. Luopuisin mielelläni tärkeistä asioista elämässäni, jotta voisin hallita kipuani paremmin.	-1	+1	+2	0	+2	0	+4 (6)
7. Minun tulee keskittyä pääsemään irti kivustani.	-1	0	-2	-3	+2	-1	-5 (9)
11. Ajatusteni ja tunteitteni kivusta täytyy muuttua ennen kuin voin ottaa tärkeitä askeleita elämässäni.	-1	0	0	-4	-1	+1	-5 (7)
13. Tärkeintä on pitää kipu hallinnassa tehdessäni jotain.	+1	-1	-2	0	-2	0	-5 (6)
14. Ennen kuin voin tehdä tärkeitä suunnitelmia minun täytyy saada kipuni jotenkin hallintaan.	+2	0	-2	+2	-3	-1	-2 (10)
16. Hallitsen elämäni paremmin, jos voin hallita kielteisiä ajatuksiani kivusta.	+3	0	-2	0	+1	0	+2 (6)
17. Vältän joutumasta tilanteisiin, joissa kipuni saattaisi kasvaa.	+2	0	+1	+2	0	0	+5 (5)
18. Huoleni ja pelkoni siitä, mitä kipu saa minussa aikaan, ovat totta.	0	+1	0	0	0	-1	0 (2)
20. Kun minulla on kipuja, asioiden tekeminen vaatii ponnisteluja.	0	+1	+2	0	-1	0	+2 (4)
							yht. (55)

Kipumyönteisyyden osalta väittämät 4 ja 17 keräsivät eniten positiivisia muutoksia (taulukko 3). Väittämät 7, 11 ja 13 keräsivät eniten negatiivisia muutoksia. Väittämä 14 jakoi osallistujien muutoksia negatiiviseen ja positiiviseen suuntaan. Muutosta kipumyönteisyyden 9 väittämässä tapahtui yhteensä 55 pisteen verran. Väittämien keräämistä summista 4 oli positiivisia ja 4 negatiivisia.

Taulukko 4. Toiminnallisuuden muutokset väittämäkohtaisesti.

	1	2	3	4	5	6	Yhteensä
1. Riippumatta kipuni voimakkuudesta jatkan elämäni normaaliin tapaan.	+1	+2	+2	0	+1	+1	+7 (7)
2. Elämäni sujuu hyvin, vaikka minulla on krooninen kipu.	-1	+1	+4	0	+1	+2	+7 (9)
3. Kivun kokeminen on aivan normaalia.	+1	+2	+1	0	+1	-1	+4 (6)
5. Minun ei ole tarpeellista hallita kipuani pärjätäkseni elämässäni hyvin.	+3	0	+1	-5	+4	-1	+2 (14)
6. Vaikka asiat ovat muuttuneet, elän normaalia elämää kroonisesta kivustani huolimatta.	0	0	+1	0	0	0	+1 (1)
8. On paljon toimintoja joita teen, kun tunnen kipua.	0	0	+2	+2	-1	0	+3 (5)
9. Elän täyttä elämää, vaikka minulla on krooninen kipu.	0	+2	0	0	0	0	+2 (2)
10. Kivun hallinta on vähemmän tärkeää kuin muut tavoitteet elämässäni.	+1	-2	+4	-5	+1	+1	0 (14)
12. Kivusta huolimatta elämälläni on nyt tietty suunta.	+2	+1	+3	0	+1	0	+7 (7)
15. Kun kipuni kasvaa, voin yhä huolehtia velvollisuuksistani.	+2	+1	+3	+1	+1	+2	+10 (10)
19. On helpottavaa oivaltaa, että minun ei tarvitse muuttaa kipuani jatkaakseni elämääni.	-1	+1	+2	0	-1	+2	+3 (7)
							yht (82)

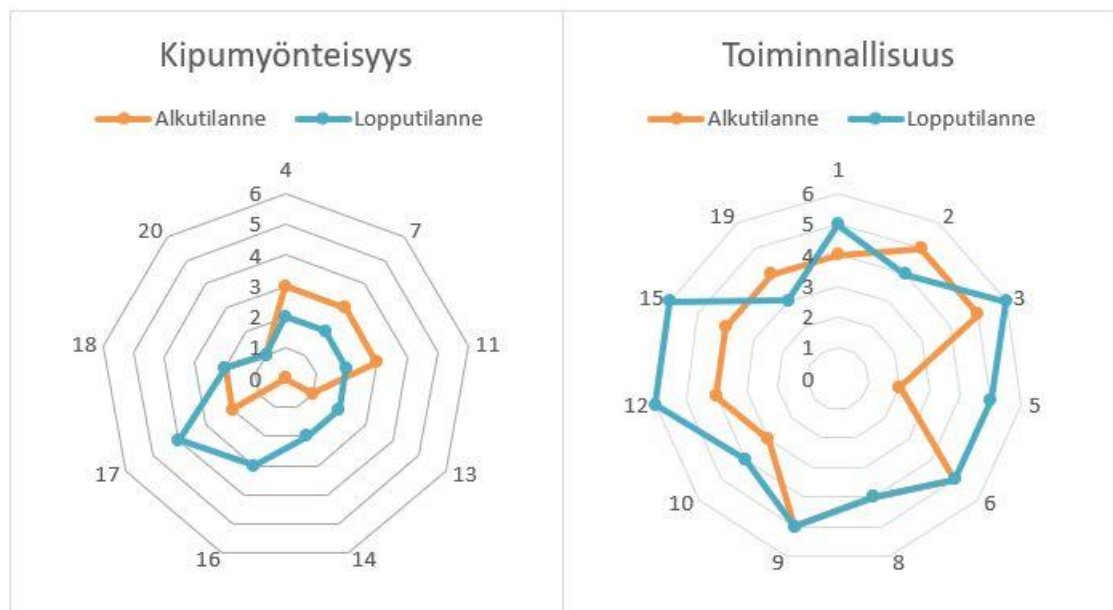
Toiminnallisuuden osalta (taulukko 4) väittämät 1, 2, 12 ja 15 keräsivät eniten positiivisia muutoksia. Väittämät 5 ja 10 jakoivat osallistujien muutoksia negatiiviseen ja positiiviseen suuntaan. Muutosta toiminnallisuuden 11 väittämässä tapahtui yhteensä 82 pisteen verran. Yhdenkään toiminnallisuuden väittämän keräämien muutosten summa ei ollut negatiivinen.

6.3 Osallistujakohtaiset muutokset

Kipumyönteisyyden ja toiminnallisuuden tulokset käsitellään erikseen osallistuja kerrallaan. Kipumyönteisyyden väittämien tulokset ovat valmiiksi käännettyinä, joten

sekä kipumyönteisyyden että toiminnallisuuden osalta kaaviossa suuremmat pisteet lopputilanteessa tulkitaan positiivisena muutoksena. Osioihin kuuluvien väittämien yhteenlasketut pisteet kertovat, onko intervention aikana tapahtunut negatiivista tai positiivista muutosta joko kipumyönteisyydessä tai toiminnallisuudessa.

Osallistuja 1.

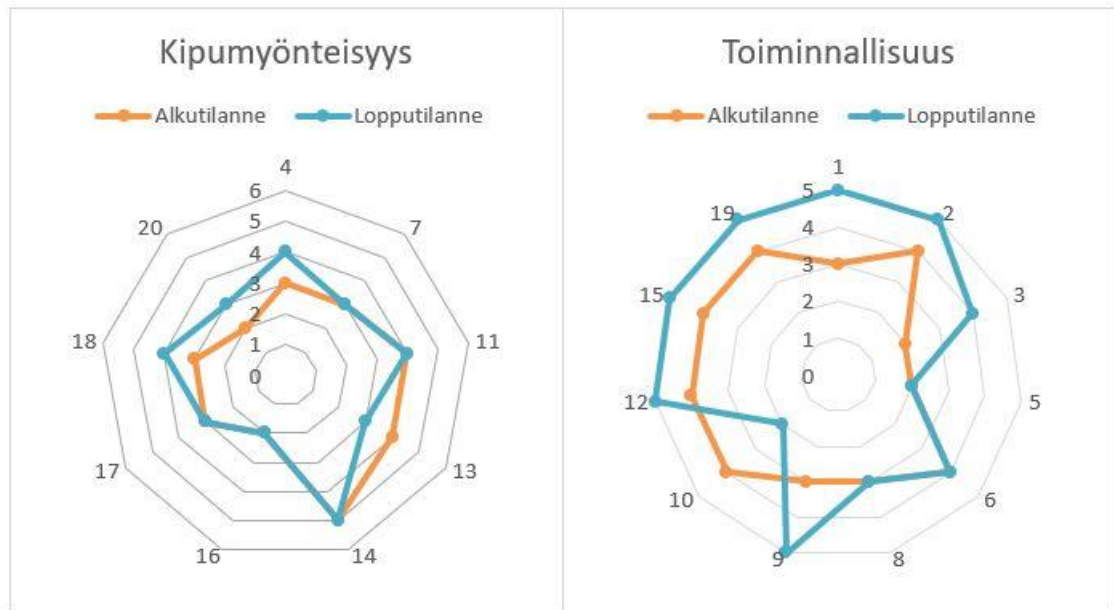


Kuvio 4. Osallistuja 1. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne

Kipumyönteisyyden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 16. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 22. Muutos kipumyönteisyydessä oli +6. Osallistujalla tapahtui kolmen pisteen positiivinen muutos väittämässä 16, ja kahden pisteen muutos väittämässä 14 ja 17.

Toiminnallisuuden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 45. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 53. Muutos toiminnallisuudessa oli +8. Osallistujalla tapahtui kolmen pisteen positiivinen muutos väittämässä 5, ja kahden pisteen positiivinen muutos väittämässä 12 ja 15. Osallistujan VAS alkutilanteessa oli 5,9. Lopputilanteessa VAS oli 7,4 ja muutos +1,4.

Osallistuja 2

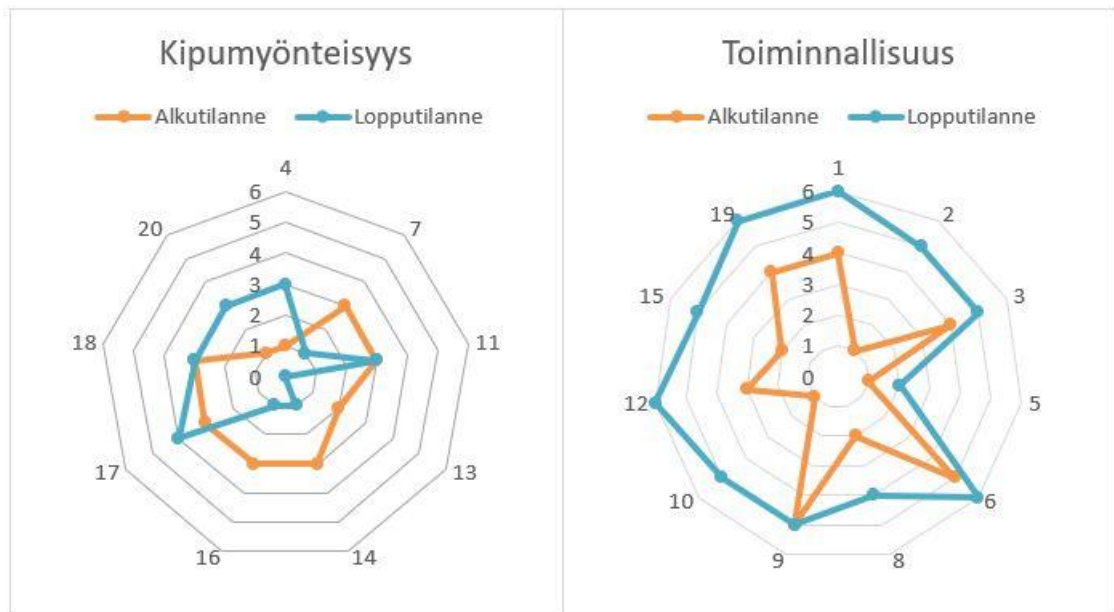


Kuvio 5. Osallistuja 2. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne

Kipumyönteisyyden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 29. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 31. Osallistujalla ei tapahtunut kipumyönteisyydessä yli yhden pisteen muutoksia.

Toiminnallisuuteen yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 37. Lopputilanteessa yhteenlaskettu summa oli 45. Muutos toiminnallisuudessa oli +8. Osallistujalla tapahtui positiivinen muutos seitsemässä väittämässä. Kahden pisteen positiivinen muutos tapahtui väittämässä 1, 3 ja 9. Negatiivinen kahden pisteen muutos tapahtui väittämässä 10. Osallistujan VAS oli alkutilanteessa 7. Lopputilanteessa VAS oli 2,2 ja muutos $-4,8$.

Osallistuja 3

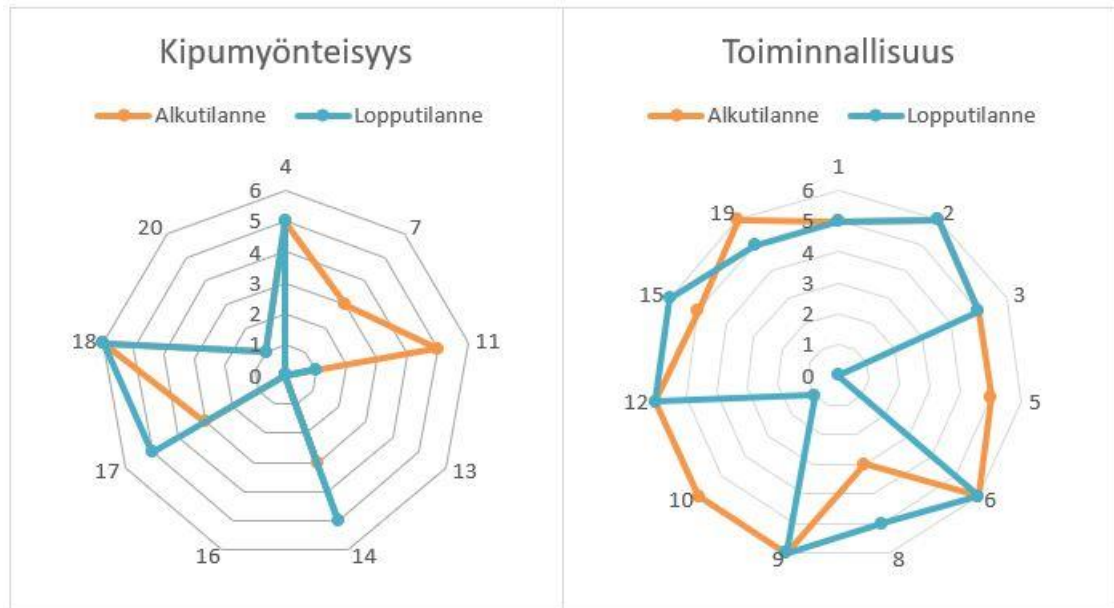


Kuvio 6. Osallistuja 3. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne

Kipumyönteisyyden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 22. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 19. Muutos kipumyönteisyydessä oli -3. Osallistujalla tapahtui kahden pisteen positiivinen muutos väittämässä 4 ja 20. Kahden pisteen negatiivinen muutos tapahtui väittämässä 7, 13, 14 ja 16.

Toiminnallisuuden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 32. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 55. Muutos toiminnallisuudessa oli +23. Osallistujalla tapahtui neljän pisteen positiivinen muutos väittämässä 2 ja 10, kolmen pisteen positiivinen muutos väittämässä 12 ja 15, ja kahden pisteen positiivinen muutos väittämässä 1, 8 ja 19. Osallistuja ei ilmoittanut alkutilanteessa VAS:a. Lopputilanteessa VAS oli 6,4.

Osallistuja 4

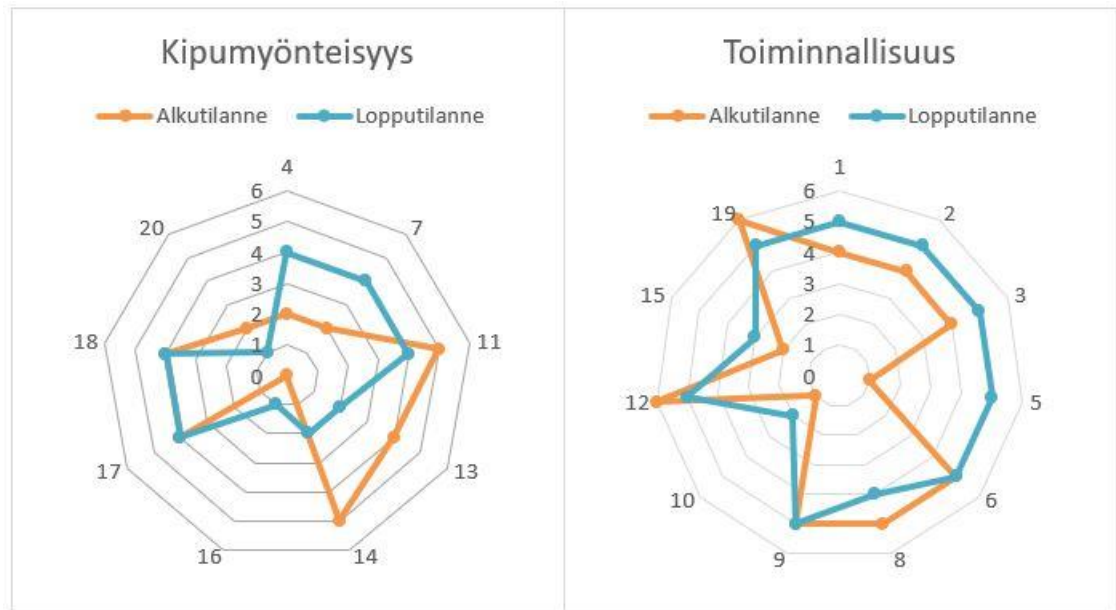


Kuvio 7. Osallistuja 4. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne

Kipumyönteisyyden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 26. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 23. Muutos kipumyönteisyydessä oli -3. Osallistujalla tapahtui kipumyönteisyydessä kahden pisteen positiivinen muutos väittämässä 14 ja 17. Neljän pisteen negatiivinen muutos tapahtui väittämässä 11, ja kolmen pisteen negatiivinen muutos väittämässä 7.

Toiminnallisuuden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 59. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 51. Muutos toiminnallisuudessa oli -8. Osallistujalla tapahtui toiminnallisuudessa kahden pisteen positiivinen muutos väittämässä 8. Viiden pisteen negatiivinen muutos tapahtui väittämässä 5 ja 10. Osallistujan VAS oli alkutilanteessa 3,5. Lopputilanteessa VAS oli 0,3 ja muutos -3,2.

Osallistuja 5

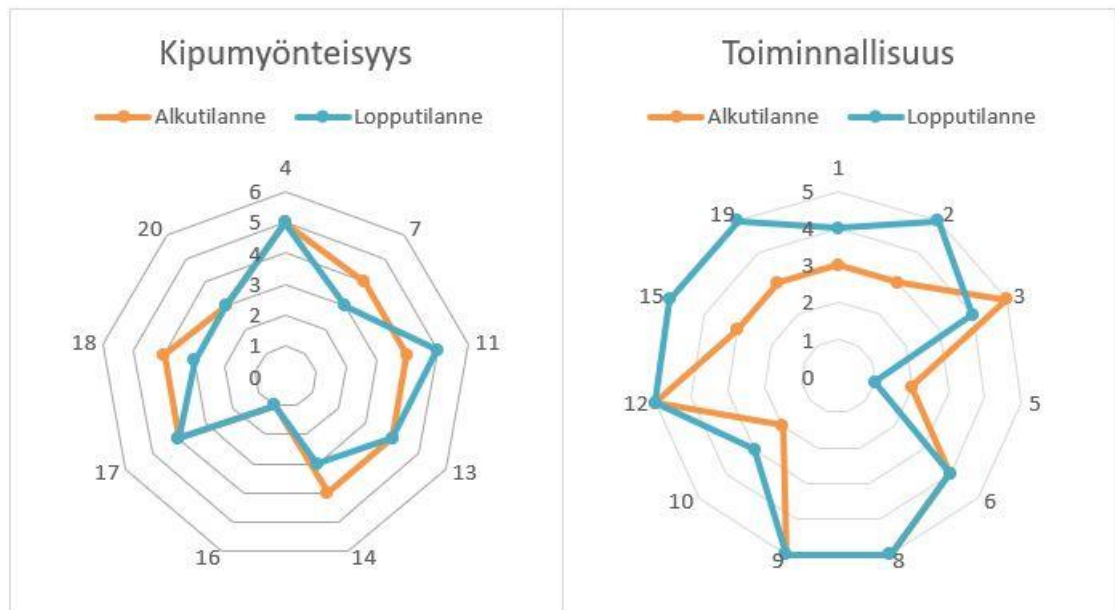


Kuvio 8. Osallistuja 5. Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne

Kipumyönteisyyden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 28. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 26. Muutos kipumyönteisyydessä oli -2. Osallistujalla tapahtui toiminnallisuudessa kahden pisteen positiivinen muutos väittämässä 4 ja 7. Kolmen pisteen negatiivinen muutos tapahtui väittämässä 14, ja kahden pisteen negatiivinen muutos väittämässä 13.

Toiminnallisuuden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 43. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 49. Muutos toiminnallisuudessa oli +6. Positiivinen muutos tapahtui kuudessa väittämässä ja negatiivinen muutos kolmessa väittämässä. Osallistujalla tapahtui neljän pisteen positiivinen muutos väittämässä 5. Osallistujan VAS oli alkutilanteessa 5. Lopputilanteessa VAS oli 4 ja muutos -1.

Osallistuja 6



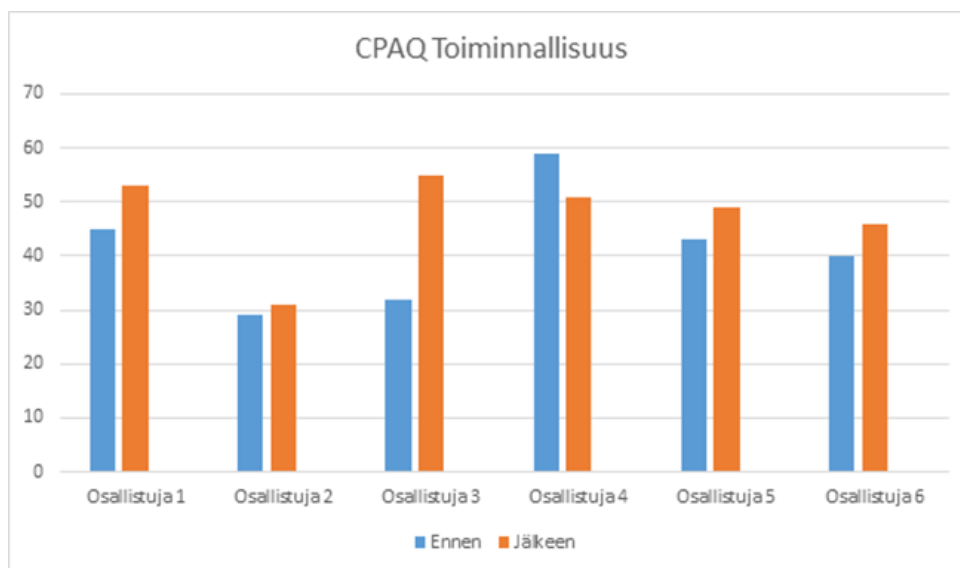
Kuvio 9. Osallistuja 6 Kipumyönteisyys ja toiminnallisuus, alku- ja lopputilanne

Kipumyönteisyyden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 33. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 31. Muutos kipumyönteisyydessä oli -2. Osallistujalla ei tapahtunut kipumyönteisyyden väittämässä yli yhden pisteen muutoksia.

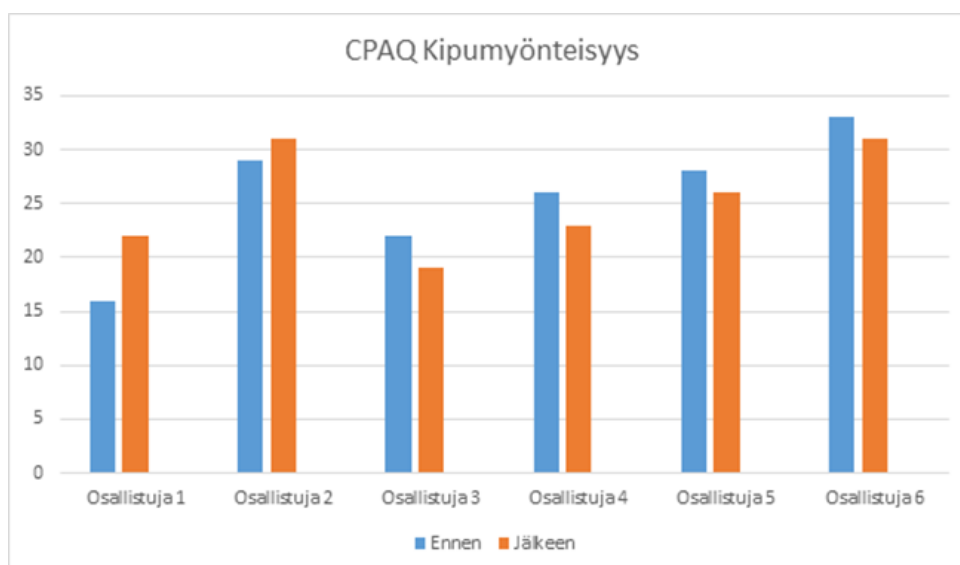
Toiminnallisuuden yhteenlasketut pisteet alkutilanteessa olivat 40. Lopputilanteen yhteenlaskettu summa oli 46. Muutos toiminnallisuudessa oli +6. Osallistujalla tapahtui kahden pisteen positiivinen muutos väittämässä 2, 15 ja 19. Osallistujan VAS oli alkutilanteessa 6,2. Lopputilanteessa VAS oli 3 ja muutos $-3,2$.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

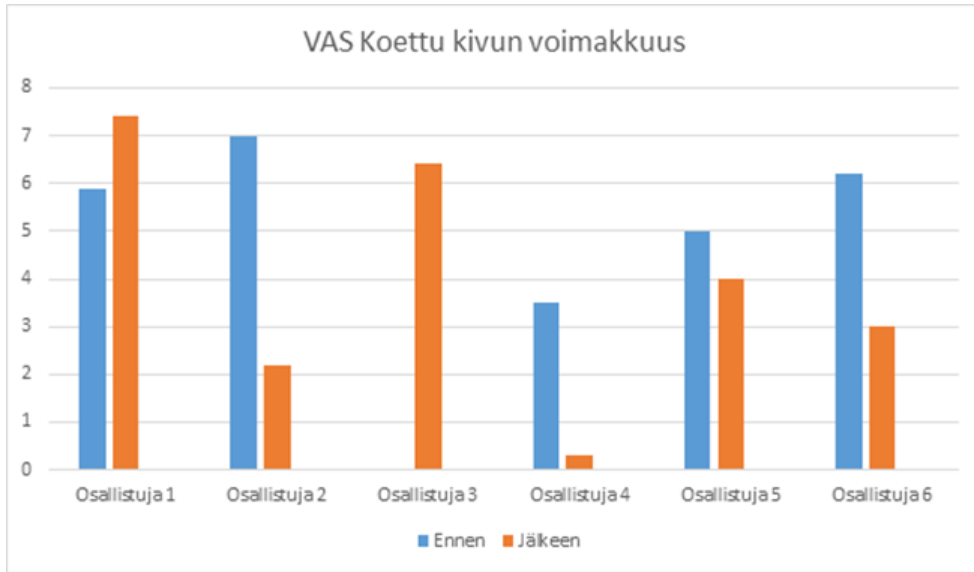
Kahdeksan viikon ryhmämuotoisella kivunhallintainterventiolla pystyttiin vaikuttamaan positiivisesti toiminnallisuuteen viidellä kuudesta (kuvio 10) ja koettuun kivun voimakkuuteen neljällä kuudesta osallistujasta (kuvio 12). Kahdeksan viikon interventio vaikutti positiivisesti kipumyönteisyyteen kahdella kuudesta osallistujasta (kuvio 11), ja kipumyönteisyydessä tapahtui pisteiden hajaantumista väittämäkohtaisesti kokonaispisteiden muutoksen pysyessä vähäisenä.



Kuvio 10. CPAQ osallistujien toiminnallisuuden kokonaispisteiden muutos



Kuvio 11. CPAQ osallistujien kipumyönteisyyden kokonaispisteiden muutos



Kuvio 12. Osallistujien koetun kivun voimakkuuden muutos

8 POHDINTA

Tulosten pohdinta

Osallistuja 1 pisteissä ei tapahtunut merkittäviä negatiivisia muutoksia kipumyönteisyyden tai toiminnallisuuden osalta, ja positiivinen muutos oli tasaisesti jakautunut kahden osion välille. Yksilöpalautteessa tärkeimmäksi uudeksi oppimukseen asiaksi kivunhallintaryhmästä osallistuja ilmoitti asennemuutoksen kivun hallinnassa, mikä on yhteneväinen kipumyönteisyyden ja toiminnallisuuden väittämässä tapahtuneisiin positiivisiin muutoksiin. VAS hieman nousi osallistujalla, mutta toiminnallisuuden ja kipumyönteisyyden muutokset viittaisivat siihen, että osallistuja pystyy paremmin pärjäämään kivustaan huolimatta. Palautteessaan hän kertoi tunnistavansa aistimuksensa paremmin, mikä voi vaikuttaa suurempaan VAS:iin loppumittauksessa.

Osallistuja 2 osalta interventiolla ei ollut vaikutusta kipumyönteisyyteen, mutta pisteiden summa pysyi kohtalaisella tasolla. Osallistujan muutokset kohdistuivat toiminnallisuuteen, jossa muutosta tapahtui useassa väittämässä ja kokonaispisteet nousivat kohtalaisesti. Toiminnallisuudessa tapahtuneet muutokset viittaavat muutokseen kohti toiminnallisempaa asennetta kivusta huolimatta, ja kohonnutta arvostusta ja tarvetta kivunhallintakeinoja kohtaan. Yksilöpalautteessa osallistuja kertoo intervention tärkeimmiksi kokemukseen kivunhallintakeinoiksi rentoutus- ja hengitysharjoitteet, monimuotoisen liikunnan sekä huomionsuuntaamisen.

Osallistuja 3 kipumyönteisyyden alkutilanteessa olleet matalat pisteet pysyivät matalalla tasolla, laskien kolmella pisteellä. Vaikka kokonaispisteiden muutos oli pieni, kipumyönteisyyden väittämässä tapahtui useita sekä positiivisia, että negatiivisia muutoksia. Väittämät, joissa oli tapahtunut negatiivista muutosta, olivat kivun hallitsemiseen liittyviä, mikä viittaa siihen, että osallistuja koki intervention jälkeen suurempaa tarvetta hallita kipuaan. Positiivista muutosta sisältäneet väittämät liittyivät asioiden tekemiseen kivusta huolimatta.

Osallistujan merkittävimmät muutokset tapahtuivat toiminnallisuudessa, jonka kokonaispisteet kasvoivat merkittävästi. Tärkeimmiksi kivunhallintakeinoikseen osallistuja kertoi rentoutumisen, EFT -tunteiden vapautustekniikan ja

jumpaamisen. Osallistujan korkeat toiminnallisuuden pisteet viittaavat kivunhallinta- ja pärjäämiskyvyn kasvamiseen. Osallistujalle seuraava askel kivun hoidossa voisi kipumyönteisyyden pisteiden perusteella olla omien käsitysten muuttaminen omasta kivustaan, mikä ymmärrettävästi voi olla pidempi prosessi, kuin mitä kahdeksan viikon intervention aikana saattaa saada aikaan.

Osallistuja 4 kipumyönteisyys ja toiminnallisuus olivat intervention aikana hieman laskeneet. Osallistujalla oli tapahtunut merkittävä positiivinen muutos vain kahdessa väittämässä, joista toinen oli kipumyönteisyydestä (väittämä 7) ja toinen toiminnallisuudesta (väittämä 5). Positiivisesti muuttuneet väittämät liittyivät toimintojen tekemiseen kivusta huolimatta. Osallistujalla tapahtui merkittäviä negatiivisia muutoksia kolmessa väittämässä, joista jokainen liittyi kivun hallitsemiseen. Eniten osallistujalla oli muuttunut käsitys siitä, että hänen ajatustensa ja tunteidensa kivusta täytyy muuttua ennen kuin hän voi ottaa suuria askeleita elämässä. Hän myös koki, että hänen tarvitsee keskittyä pääsemään irti kivusta. Negatiiviset muutokset viittaavat siihen, että intervention jälkeen osallistujalle on muodostunut vahva tarve tai arvostus kivun hallitsemiseen. Kivunhallintakeinoista tärkeimmiksi hän oli kokenut rentoutus- ja hengitysharjoitteet, sekä EFT:n. Osallistujan VAS laskenut melkein nolnaan, joten mahdollinen tarve hallita kipuaan voi myös liittyä siihen, kuinka hyvin osallistuja kokee hyötyvänsä kivun hallitsemiskeinoistaan. Osallistujalle tärkeä jatkomuutos voisi olla kipumyönteisyyden edistäminen, ettei osallistujan hyvinvointi jäisi riippuvaiseksi kivun hallitsemisesta. Huomion ja tavoitteiden siirtäminen pois kivusta tai sen hallitsemisesta muihin merkityksellisiin asioihin elämässä voi ehkäistä pettymyksiltä mahdollisen uuden kipujakson ilmaantuessa tai jos kivunhallintakeinojen vaikutus lakkaa.

Osallistuja 5 kipumyönteisyyden kokonaismuutos oli pieni, mutta osallistujalla oli tapahtunut väittämässä sekä positiivisia että negatiivisia muutoksia. Negatiiviset muutokset kipumyönteisyydessä kohdistuivat siihen, että osallistujalla oli intervention jälkeen korkeampi tarve hallita kipuaan. Kummankin osion positiivisten muutosten perusteella hän ei kuitenkaan kokenut välttämättömäksi hallita kipuaan tai luopua tärkeistä asioista voidakseen elämässään hyvin.

Osallistuja 6 interventio ei vaikuttanut kipumyönteisyyteen, osion kokonaispisteet pysyivät kohtalaisella tasolla. Toiminnallisuuden osalta merkittävimmät positiiviset muutokset väittämässä 2, 15 ja 19 viittaavat siihen, että osallistuja kokee elämänsä sujuvan hyvin kivusta huolimatta.

Ryhmäkohtainen pohdinta

Tuloksista ilmeni, että interventio oli vaikuttanut huomattavasti enemmän osallistujien toiminnallisuuteen (+43) kuin kipumyönteisyyteen (-3). Tuloksia tarkastellessa on huomionarvoista, että kipumyönteisyys sisältää vähemmän väittämiä, mikä vaikuttaa osion kokonaispisteisiin verrattuna toiminnallisuuteen. Kokonaispisteet olivat silti suuremmat toiminnallisuudessa kuin kipumyönteisyydessä sekä alku- ja lopputilanteen että muutosten osalta.

Toiminnallisuudesta väittämät 5 ja 10 olivat jakaneet muutoksia eniten, kummassakin väittämässä muutosta oli yhteensä 14 pisteen verran. Näissä kahdessa väittämässä ilmeni sekä suuria positiivisia että negatiivisia muutoksia. Väittämät koskivat kivunhallinnan tärkeyttä suhteessa muihin tärkeisiin asioihin elämässä ja elämässä hyvin pärjäämiseen. Näiden kahden asian arvostus jakoi ryhmäläisiä, ja jonkin verran tässä esiintyi myös hajontaa myös yksittäisen osallistujien vastauksista.

Interventio sisälsi tiedon lisäämistä kivusta ja keinoista vaikuttaa kipuun, liikunta- ja rentoutuskeinojen harjoittelua sekä vinkkejä elämäntapojen muokkaamiseen. Interventiossa painottui kivunhallintakeinojen harjoittelu ja aktiivisen elämän tavoittelu kivusta huolimatta, mikä näyttäisi vaikuttaneen osallistujien toiminnallisuuteen kivusta huolimatta. Kipumyönteisyyden painottaminen ryhmässä saattoi joko jäädä liian vähäiseksi tai omien ajatusten muutosten alkamiseen vaadittaisiin pidempi aika.

Suurin positiivinen muutos oli tapahtunut väittämässä 15, joka käsitteli pystyvyyttä huolehtia omista velvollisuuksistaan kivusta huolimatta. Tähän väittämään ryhmän jokainen osallistuja oli saanut korkeammat pistemäärät kuin intervention alussa. Kivusta huolimatta normaalin elämisen jatkamista koskevat väittämät 1, 2 ja 12, olivat kukin keränneet positiivista muutosta lähes jokaiselta osallistujalta. Ryhmässä opitut kivunhallintakeinot vaikuttaisivat antaneen osallistujille keinoja pystyä

toimimaan kipunsa kanssa. Toiminnallisuuteen liittyvistä väittämistä yhdenkään väittämän yhteenlaskettujen pisteiden muutos ei ollut negatiivinen. Ryhmän osallistujat ylsivät toiminnallisuudessa yhtenäiseen positiiviseen muutoksiin huolimatta siitä, kuinka korkeat alkumittauksen pisteet olivat. Tulokset viittaisivat siihen, että osallistujat olivat avoimia ryhmämuotoiseen terapiaan ja sen kivunhallintakeinoille sekä muutokselle kohti aktiivisempaa elämää kivustaan huolimatta.

Osallistujat saattoivat kokea uuden kivusta saamansa tiedon ristiriitaiseksi omien käsitystensä kanssa, jonka takia heidän pistemääränsä väittämässä 11 oli laskenut. Kivun potilaalle selittämisen riskit on tunnistettu, ja on yleistä, että ilman tarkkaa huomiota asiakkaan käsityksiin, uudet tarjotut kivun selitysmallit saattavat aiheuttaa väärinymmärryksiä kuntoutujan ja terapeutin välillä (Stilwell 2019).

Muutamalla osallistujalla toiminnallisuuden pisteiden kasvu oli yhteydessä VAS:n huomattavaan laskuun. Muutamalla osallistujalla VAS laski vain vähän, ja yhdellä osallistujalla jopa kasvoi, mutta toiminnallisuus kasvoi siitä huolimatta. Yhdellä osallistujista toiminnallisuus laski, mutta myös VAS laski lähes nolnaan. Osallistujien muutokset VAS-mittarilla saattavat kuvata kivun voimakkuuden sijaan kivun kasautuneita vaikutuksia kivun laaja-alaisuudesta, mielialasta, uniongelmista, kipuun liittyvistä peloista ja koetusta kärsimyksestä. Osallistuja 4 muutos VAS-asteikolla lähes nolnaan voi viitata kipuun liittyvien pelkojen ja negatiivisten tunteiden hälventymisestä, ja VAS-lukeman kasvu osallistuja 1 voi viitata siihen, että kipu koetaan tärkeänä asiana saada hallintaan.

Kipumyönteisyyden osalta eniten muutoksia jakoi väittämät 7 ja 14, jotka tarkastelivat kivun hallintaan saamisen tärkeyttä merkityksellisten asioiden toteuttamiseksi. Väittämiin kohdistui huomattavia positiivisia ja negatiivisia muutoksia. Osa saattoi olla ymmärtänyt, ettei kivun hallitseminen aina ole pakollista elämän jatkamiseksi, vaan omien kipujen hyväksymisestä osaksi omaa elämäänsä voi olla hyötyä kivun kanssa pärjäämisessä. Osa saattoi kokea kivunhallintakeinot ensisijaiseksi keinoksi pärjätä kipunsa kanssa. Erot osallistujien hyviksi kokemissa keinoissa hallita kipuaan viittaa siihen, että kipua kokevien hoitoa suunniteltaessa olisi tärkeä tarkistaa säännöllisin väliajoin, mihin suuntaan asiakkaan ymmärrys omasta pärjäämisestä on kehittymässä, ja mitkä asiat hänelle ovat tärkeitä.

Ryhmäinterventiossa painopisteen siirtämisellä kivunhallintakeinoista kipumyönteisyyteen tai toisinpäin, ja osallistujien mielenkiinnon kohteita seuraamalla kivunhallintaryhmällä saattaa olla mahdollista vaikuttaa osallistujien ajatusten muokkautumiseen. Kipumyönteisyyden painottaminen osana kivunhallintaryhmän toimintaa voi olla tärkeää positiivisen vaikutuksen suuntaamiseksi myös osallistujien ajatuksiin ja käsityksiin.

Muutokset kipumyönteisyydessä ja toiminnallisuudessa viittaisivat siihen, että kivunhallintaryhmällä oli vaikutusta osallistujien aktiivisuuteen kivusta huolimatta. Osallistujat olivat intervention aikana rohkaistuneet siitä, ettei kipua tarvitse pelätä eikä välttää tilanteita, joka sitä saattaisi aiheuttaa. Ryhmässä tehdyt kontrolloidun altistamisen mukaisesti toteutetut liikuntakerrat saattoivat tuoda tunnetta siitä, että omat kivut on mahdollista pitää kontrollissa erilaisten tilanteiden ja liikkeiden aikana. Yhteneväinen huomio kivunhallintaryhmään osallistuneista on, että osallistujat kokivat kivunhallintakeinot tärkeiksi keinoiksi, mikä heijastui negatiivisina muutoksina kipumyönteisyyden pisteisiin. Kivunhallintaryhmän oheen voisi olla tärkeä lisätä kipumyönteisyyttä korostavia osioita, tai mahdollisesti luoda yhdistää kivunhallintaryhmä jatkuvampaan toimintaan, jossa toiminnallisuuden lisäämisen jälkeen voitaisiin siirtää huomiota kipumyönteisyyteen liittyviin asioihin.

Kipumyönteisyydessä eniten negatiivisia muutoksia keräsivät väittämät, jotka liittyivät kivun pitämiseen hallinnassa merkityksellisten asioiden tavoittelemiseksi. Väittämien negatiivinen muutos voi johtua ryhmän kivunhallinnan keskeisyydestä ja siitä kuinka paljon ryhmässä ylipäänsä käsiteltiin nimenomaan kipua ja sen hallintaa. Kivunhallintaan liittyvien asioiden ja mittauksien painottuminen saattaa ohjata osallistujien arvostusta kohti kivunhallintakeinoja, sekä mittauksilanteessa ohjata osallistujien vastauksia kivunhallintaa korostavaksi. Osallistujien omiin vahvuuksiin ja positiivisiin osa-alueisiin keskittyminen tasapainoista elämänhallintaa tavoitellessa saattaa olla tärkeä osa kivunhallintaryhmää suunnitellessa, sillä se mahdollistaa hyväksyvemmän suhtautumisen osallistujan omaan tilanteeseen, ja luo joustavampia keinoja suhtautua mahdollisiin tuleviin kipujaksoihin.

Mirandan tutkimuksessa työikäisillä teetetyt kivunhallintaryhmät vaikuttivat positiivisesti minäpystyvyyden tunteeseen, kroonisen kivun hyväksymiseen, ja pelko-välttämisajatteluun. Ryhmiin osallistuneet kokivat myönteisen muutoksen

työkykyensä ja työhönpaluun ja työssäjatkamisen mahdollisuuksiin verrattuna kontrolliryhmään. (Miranda, 2018). Meidän toteuttamamme interventio vaikutti erityisesti osallistujien toiminnallisuuteen, kipumyönteisyyden muutos kohdistui vain osaan osallistujista, ja tiettyihin väittämiin. Kipumyönteisyys laskee tilastollisesti iäkkäämmillä, ja siihen voi olla vaikeampi vaikuttaa vanhemmalla väestöllä (Ojala, 2010). Pitkään kipua kokeneilla pienetkin muutokset voivat olla merkittäviä (Kamper, 2014), joten kivunhallintaryhmässä saavutetut muutokset voivat olla merkittävä askel osallistujien muutosprosessissa. Mirandan vertaistukiryhmässä esitellyt keinot, kuten seuraaville kerroille annetut lukutehtävät, voivat olla hyviä keinoja lisäämään osallistujien kipumyönteisyyttä ja muuttamaan ajatuksia kivusta.

Intervention pohdinta

Interventiomme alkoi helmikuussa 2019 alkutapaamisella, jolloin suoritettiin alkumittaukset. Tämän jälkeen tapaamisia järjestettiin kerran viikossa Seinäjoen ammattikorkeakoulun tiloissa. Tapaamiset koostuivat luennoista, keskusteluista ja harjoituksista. Tapaamiset pyrittiin pitämään mahdollisimman interaktiivisina ja osallistujia rohkaistiin jakamaan omia mielipiteitään ja kommentoimaan läpi käytyjä teemoja. Viimeisellä tapaamisella osallistujille tehtiin loppumittaukset ja heiltä pyydettiin antamaan palautetta kivunhallintaryhmästä.

Osallistujat pitivät erittäin tärkeässä roolissa vertaistukea ja sitä, että ryhmässä jokaisen oli helppo jakaa omia kokemuksiaan. Palautteessa kävi ilmi, että ryhmän koko (n=6) oli osallistujien mielestä sopivan tiivis ja lisäsi syvällisen vertaistuen kehittymistä. Osallistujat pitivät ryhmässä tehtyjä harjoitteita tärkeinä, ja jokainen osallistujista kertoi palautteessaan valinneen jonkun harjoitteista kivunhallintakeinokseen. Suurin osa osallistujista piti tärkeimpänä teemana unta käsittelevää kertaa, jossa käytiin läpi unen fysiologisia ja psykologisia vaikutuksia sekä unihygieniaa. Kerralla tehtiin myös harjoitteita unen saannin parantamiseksi. Yksi osallistujista piti tärkeimpänä teemana kivun ymmärtämistä. Toiseksi tärkeimmäksi teemaksi osallistujat nostivat liikunnan, jossa käytiin läpi liikunnan hyötyjä, vinkkejä liikunnan lisäämiseksi ja omien liikuntatottumusten pohdiskeluun. Liikuntakerroilla harjoiteltiin liikunnallisten harjoitteiden tekemistä niin, että mahdolliset pelko-välttämisreaktiot pyrittiin purkamaan rentoutumisen keinoilla

ennen liikuntasuoritusta. Kolmanneksi tärkeimmäksi teemaksi osallistujat nostivat sosiaaliset suhteet sekä stressinhallinnan.

Ryhmässä kävimme erilaisia kivunhallintakeinoja läpi ja osallistujat pääsivät jakamaan omia käytössään olevia kivunhallintakeinoja muille. Ennen interventiota tärkeimpinä kivunhallintakeinoina osallistujat kertoivat liikunnan, sosiaalisten suhteiden ja särkylääkkeiden käytön. Intervention jälkeen uusia kivunhallintakeinoja, joita osallistujat olivat ottaneet käyttöönsä ovat rentoutus- ja hengitysharjoitteet, EFT, musiikin kuuntelu, rutiinit ja mindfulness.

Mielestämme intervention toteutus oli onnistunut ja hyvin suunniteltu. Ongelmallista oli se, että olimme suunnitelleet tapaamiset etukäteen emmekä olleet varautuneet muuttamaan niitä kovinkaan paljoa osallistujien mieltymysten mukaan. Alkumittausten tuloksista olisimme voineet jo todeta, että ryhmän kipumyönteisyys on heikommalla tasolla kuin toiminnallisuus. Tällöin olisimme voineet muuttaa ryhmän sisältöä siten, että kipumyönteisyyttä painotetaan enemmän kuin toiminnallisuutta intervention edetessä. Tällöin olisimme voineet saada kipumyönteisyyden pisteisiin suurempaa muutosta aikaiseksi. On myös huomioitava se, että kipumyönteisyyteen vaikuttaminen saattaa vaatia pidemmän prosessin kuin toiminnallisuuteen vaikuttaminen. Tästä syystä kahdeksan viikkoa saattoi olla hieman liian lyhyt aika intervention toteutukselle.

Prosessin pohdinta

Opinnäytetyö prosessin alussa olimme varmoja, että haluamme aiheeksemme jotain kipuun liittyvää, sillä olimme kiinnostuneita kivusta ja juuri tällä hetkellä lääkkeetön kivun, ja varsinkin kroonisen kivun hoito, on jatkuvasti esillä. Opinnäytetyömme aihe eli pitkään ja sai lopullisen muotonsa vasta joulukuussa 2018 ennen opinnäytetyösuunnitelman valmistuttua. Olimme varmoja, että halusimme tehdä jonkin intervention, jotta pääsemme tekemään jotain konkreettista ja samalla harjoittamaan omia ammatillisia taitojamme.

Opinnäytetyö prosessi alkoi kesällä 2018 kun aloimme hahmotella opinnäytetyön aiheita. Prosessi eteni opinnäytetyösuunnitteluun syksyllä 2018, jossa aloimme kirjoittaa teoreettista viitekehitystä. Aloimme hakea osallistujia

kivunhallintaryhmäämme jakamalla esitteitä koulullamme ja saimme mukaan kuusi kroonisesta kivusta kärsivää asiakasta. Aloitimme interventioiden suunnittelun talvella 2018 ja interventio käynnistyi maaliskuussa 2019. Kahdeksan viikon intervention jälkeen aloimme analysoimaan saatuja tuloksia kesällä 2019. Hioimme työmme teoreettista viitekehystä ja pohdintaa syksyllä 2019 ja prosessi päättyi syyskuussa 2019.

Opinnäytetyömme toteuttaminen kehitti meitä asiakkaan kohtaamisessa ja kuuntelussa. Saimme luotua ryhmäämme turvallisen ympäristön, jossa jokainen jäsen pystyi kertomaan omia ajatuksiaan ja jakamaan kokemuksiaan. Saimme kehitettyä myös esiintymistaitojamme, sillä interventiomme sisälsi luentoja, joissa annoimme uutta tietoa osallistujille kipuun liittyvistä tekijöistä. Pääsimme myös kehittämään omia ohjaustaitojamme, sillä interventio sisälsi liikuntaosioita ja mielen harjoitteita. Työ on parantanut tiedonhankintataitojamme ja olemme pyrkineet tuomaan työhön mahdollisimman uusia luotettavia tutkimuksia ja muita lähteitä. Työhön on liittynyt paljon organisointia sekä aikataulutusta, joka on myös kehittänyt meitä ammatillisesti.

Työtä olisi voinut vielä kehittää ryhmän aikana saadun palautteen perusteella ja muokata kipumyönteisyyttä tukevammaksi. CPAQ-kysely on oivallinen apukeino kivunhallintaryhmää perustaessa, sillä sen avulla ryhmän sisällön painotuksia voi muokata paremmin asiakkaan tarpeita tukevammaksi. Jatkokehitysideana ryhmässämme käytettyjä menetelmiä voisi koittaa eriytettynä osallistujiin. Nyt työmme sisälsi monia eri kivunhallinta keinoja ja on mahdotonta sanoa mikä keinoista vaikutti eniten osallistujiin. Olisi siis mielenkiintoista nähdä millä menetelmällä on minkälaisia vaikutuksia yksittäin.

Työ on antanut paljon tietoa ja taitoa tulevaisuuden ammattimme ja pääsemme käyttämään työssä opittuja asioitamme ja asiantuntijuuttamme kyseisestä aiheesta. Olemme saaneet paljon vinkkejä ja apuja myös ohjaajiltamme, opiskelutovereiltamme sekä muilta aiheesta kiinnostuneilta työn toteutukseen, josta suuri kiitos heille. Erityiskiitos myös ryhmän osallistujille, joilta opimme varmasti eniten koko työn aikana.

LÄHTEET

- Andre, C. 2019. Proper Breathing Brings Better Health. [Verkkolehtiartikkeli]. Scientific American. [Viitattu 4.9.2019]. Saatavana: <https://www.scientificamerican.com/article/proper-breathing-brings-better-health/>
- Bach, D., Groesbeck, G., Stapleton, P., Sims, R., Blickheuer, K. & Church, D. 2019. Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques) Improves Multiple Physiological Markers of Health. [Verkkolehtijulkaisu]. Journal of Evidence-Based Integrative Medicine 24, 1-12. [Viitattu 24.8.2019]. Saatavana: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2515690X18823691>
- Basso, J. & Suzuki, J. 2017. The Effects of Acute Exercise on Mood, Cognition, Neurophysiology, and Neurochemical Pathways: A Review. [Verkkolehtiartikkeli]. Brain Placidity 2 (2), 127-152. [Viitattu 9.9.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5928534/>
- Basten-Günther, J., Madelon, P. & Lautenbacher, S. 2018. Optimism and the Experience of Pain: A Systematic Review. [Verkkolehtijulkaisu]. Behavioral Medicine 20 (1). [Viitattu 5.9.2019]. Saatavana: <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1517242> Vaatii käyttöoikeuden.
- Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Å. & Toverud, K. 2009. Ihminen: Fysiologia ja anatomia. Hengitys, 316.1.-6. Painos. Suomentaja Kari Mannila, Leena Oikarinen. Helsinki: WSOY
- Bougea, A., Spandideas, N., Alexopoulos, E., Thomaides, T., Chrousos, G. & Darviri, C. 2013. Effect of the Emotional Freedom Technique on Perceived Stress, Quality of Life, and Cortisol Salivary Levels in Tension-Type Headache Sufferers: A Randomized Controlled Trial. [Verkkolehtiartikkeli]. Explore 9 (2), 91-99. [Viitattu 24.8.2019]. Saatavana: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550830712002601?via%3Dihub> Vaatii käyttöoikeuden
- Brosseau, L. ym. 2008. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: part 1. [Verkkolehtijulkaisu]. Physical therapy 88 (7), 857-871. [Viitattu 24.8.2019]. Saatavana: <https://academic.oup.com/ptj/article/88/7/857/2742421>
- Butler, D. & Moseley, L. 2013. Explain pain: Second edition. [Verkkokirja]. Australia: Noigroup Publications. [Viitattu 17.9.2019]. Saatavana Google-kirjat sovelluksesta

- Church, D. 2013. Clinical EFT as an Evidence-Based Practice for the Treatment of Psychological and Physiological Conditions. [Verkkolehtiartikkeli]. Psychology 4 (8), 645-654. [Viitattu 26.8.2019]. Saatavana: <http://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=35751>
- Church, D., & Nelms, J. 2016. Pain, range of motion, and psychological symptoms in a population with frozen shoulder: A randomized controlled dismantling study of clinical EFT (emotional freedom techniques).[Verkkolehtiartikkeli] Archives of Scientific Psychology 4 (1), 38-48.[Viitattu 25.8.2019]. Saatavana: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2016-39089-001.html>
- Cuesta-Vargas, A., Sanchez, M. & Casuso-Holgado, M. 2013. Effect on health-related quality of life of a multimodal physiotherapy program in patients with chronic musculoskeletal disorders. [Verkkolehtiartikkeli]. Health and Quality of Life Outcomes 11 (19). [Viitattu 3.9.2019]. Saatavana: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-19>
- Finan, P., Goodin, B. & Sminth, M. 2013. The association of sleep and pain: An update and a path forward. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Pain 14 (12), 1539-1552. [Viitattu 25.7.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046588/>
- Flint, G., Lammers, W. & Mitnick, D. 2006. Emotional Freedom Techniques: A Safe Treatment Intervention for Many Trauma Based Issues. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Aggression Maltreatment & Trauma 12 (1-2), 125-150. [Viitattu 24.8.2019]. Saatavana: https://www.researchgate.net/publication/233481270_Emotional_Freedom_Techniques Vaatii käyttöoikeuden
- Gill, D. ym. 2013. Physical Activity and Quality of Life. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Preventive Medicine & Public Health 46, 28-34. [Viitattu 7.9.2019]. Saatavana: <https://www.jpmp.org/journal/view.php?doi=10.3961/jpmp.2013.46.S.S28>
- Haanpää, M. Hagelberg, N. Hannonen, P. Liira, H. & Pohjolainen, T. Ei päiväystä. Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. [Viitattu 10.9.2019]. Saatavana: <https://www.skty.org/materiaalit/>
- Hallman, D. & Lyskov, E. Autonomic Regulation in Musculoskeletal Pain. 2012. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 10.9.2019]. Saatavana: <https://www.intechopen.com/books/pain-in-perspective/autonomic-regulation-in-musculoskeletal-pain>
- Halonen, M. 2018. Menetelmiä lääkkeettömään kivunhoitoon. Liikunta. Suomen Kipu Ry [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 13.8.2019]. Saatavana: <http://www.suomenkipu.fi/wordpress-3.8/wp-content/uploads/2017/10/Menetelmi%C3%A4-%C3%A4kkeett%C3%B6m%C3%A4n-kivunhoitoon.pdf>

- Hannibal, K. & Bishop, M. 2014. Chronic Stress, Cortisol Dysfunction, and Pain: A Psychoneuroendocrine Rationale for Stress Management in Pain Rehabilitation. [Verkkolehtijulkaisu]. Journal of the American Physical Therapy Association 94 (12), 1816-1825. [Viitattu 4.9.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25035267>
- Hautala, J. & Ketola, J. 2017. Selkäkipu ja mielenvoima. Helsinki: Otava.
- Hilton, L. ym. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. [Verkkolehtiartikkeli]. Annals of behavioral medicine 51 (2), 199-213. [Viitattu 5.7.2019]. Saatavana: <https://academic.oup.com/abm/article/51/2/199/4564147>
- Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K. & Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona [Verkkolehtijulkaisu]. Kela, Työpapereita 97. [Viitattu 1.12.2018]. Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/164282/Tyopapereita97.pdf?sequence=1>
- IASP Terminology. 2017. [Verkkolehtijulkaisu]. International Association for the Study of Pain. [Viitattu 4.12.2018]. Saatavana: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Jyväskylän yliopisto. 23.4.2015. [Verkkosivu]. Tapaustutkimus. [Viitattu 28.8.2019]. Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/tapaustutkimus>
- Kahle, C. & Kretschmer, M. 2014. Terveen unen salaisuus. Miksi nukumme?, 17-21. Suomentaja Tuulikki Valta. Helsinki: CIL Suomi Oy
- Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. 4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Karos, K., Williams, A., Meulders, A. & Vlaeyen, J. 2018. Pain as a threat to the social self: a motivational account. [Verkkolehtijulkaisu]. The Journal of the International Association for the Study of Pain 159 (9), 1690–1695. [Viitattu 28.08.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29708943> Vaatii käyttöoikeuden.
- Karos, K. 2017. Hell is other people: On the importance of social context in pain research. [Verkkolehtiartikkeli]. The European Health Psychologist 19 (1), [Viitattu 28.08.2019]. Saatavana: <https://www.ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/2445> Vaatii käyttöoikeuden.

- Kamper, S., J. Apeldoorn, A., Chiarotto, A., Smeets, R., Ostelo, R., Guzman, J. & Van Tulder, M. 2014. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. [Verkkolehtijulkaisu]. Cochrane Library [Viitattu 8.9.2019]. Saatavana: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full>
- Karaman, S., Karaman, T., Dogru, S., Onder, Y., Citil, R., Bulut, YE., Tapar, H., Sahin, A., Arici, S., Kaya, Z. & Suren, M. 2014. Prevalence of sleep disturbance in chronic pain. [Verkkolehtijulkaisu]. European review for medical and pharmacological sciences 18 (17), 2475-2481. [Viitattu 31.7.2019]. Saatavana: https://www.researchgate.net/publication/266324896_Prevalence_of_sleep_disturbance_in_chronic_pain
- Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Psykofyysinen fysioterapia, 522-525. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Keilani, M., Crevenna, R. & Dorner, T. 2017. Sleep quality in subjects suffering chronic pain. [Verkkolehtiartikkeli]. Wiener Klinische Wochenschrift 130 (1), 31-36. [Viitattu 31.7.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5772133/#CR9>
- Kipu. Käypä hoito –suositus 2017. [Verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 [Viitattu 04.12.2018]. Saatavana internetissä: www.kaypahoito.fi
- Koenig, J., Jarczok, M., Ellis, R., Warth, M., Hillecke, T. & Thayer, J. 2015. Lowered parasympathetic activity in apparently healthy subjects with self-reported symptoms of pain: preliminary results from a pilot study. [Verkkolehtiartikkeli]. Pain Practice 15 (4), 314-318. [Viitattu 7.9.2019]. Saatavana: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/papr.12177> Vaatii käyttöoikeuden
- Lima, L., Abner, T. & Sluka, K. 2017. Does exercise increase or decrease pain? Central mechanisms underlying these two phenomena.[Verkkolehtiartikkeli]. The Journal of physiology 595 (13), 4141-4150. [Viitattu 4.9.2019]. Saatavana: <https://physoc.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1113/JP273355>
- Martin, M. 2016. Hengitys virtaa: Kohti kehon ja mielen tasapainoa. Helsinki: Kirjapaja.
- Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Ole tietoisesti läsnä, 142-143. 2. painos Keuruu: Otava.

- Miranda, H., Reilimo, M. & Kaila-Kangas, L. 2018. Kivunhallintaryhmät työterveyshuollossa - Satunnaistetun kontrolloidun interventiotutkimuksen pilotti. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 22.11.2019]. Saatavana: <https://www.hel.fi/static/liitteet/tyke/KivunhallintaryhmatOppuraportti2018.pdf>
- Mittinty, M., M. Vanlint, S., Stocks, N., Mittinty, M., Moseley, G. 2018. Exploring effect of pain education on chronic pain patients' expectation of recovery and pain intensity. [Verkkolehtijulkaisu]. Scandinavian Journal of Pain 18 (2), 211-219. [Viitattu 10.9.2019]. Saatavana: <https://www.degruyter.com/view/j/sjpain.2018.18.issue-2/sjpain-2018-0023/sjpain-2018-0023.xml> Vaatii käyttöoikeuden.
- Moseley, L. & Vlaeyen, J. 2015. Beyond nociception: the imprecision hypothesis of chronic pain. [Verkkolehtijulkaisu]. International Association for the Study of Pain 156 (1), 35-38. [Viitattu 5.12.2019]. Saatavana: https://www.bodyinmind.org/wp-content/uploads/Moseley-Vlaeyen-Beyond_nociception-PAIN-2015-2.pdf
- Mustajoki, P. 2011. Terveudeksi! Hyvinvoinnin ABC. Terveysliikunta – Kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. 155. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Ojala, T. 2010. Kroonisen kivun hyväksyminen – suomenkielisen CPAQ -mittarin reliabiliteetti ja validiteetti. [Verkkojulkaisu]. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteidentiedekunta, Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma. [Viitattu 20.11.2018]. Saatavana: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/24320/URN_NBN_fi_jyu-201006082018.pdf?sequence=4
- Ojala, T. 2018. Kivun kanssa. Tampere: Vastapaino Oy
- Olugbade, T., Bianchi-Berthouze, N. & Williams, A. 2019. The relationship between guarding, pain, and emotion. [Verkkolehtijulkaisu]. International Association for the Study of Pain 4 (4). [Viitattu 28.08.2019]. Saatavana: https://journals.lww.com/painrpts/Fulltext/2019/08000/The_relationship_between_guarding_pain_and.3.aspx
- O'Sullivan, P., Caneiro, J., O'Keeffe, M., Smith, A., Dankkaerts, W., Fersum, K. & O'Sullivan, K. 2018. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. [Verkkojulkaisu]. Journal of the American Physical Therapy Association 98 (5), 408-432. [Viitattu 10.12.2018]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037069/>
- Polaski, A., Phelps, A., Kostek, M., Szucs, K. & Kolber, B. 2019. Exercise-induced hypoalgesia: A meta-analysis of exercise dosing for treatment of chronic pain. [Verkkojulkaisu]. PLoS ONE 14(1). [Viitattu 8.9.2019]. Saatavana: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210418>

- Ramirez-Mastre, C., Esteve, R., Lopez-Martinez, A., Serrano-Ibanez, E., Ruiz-Párraga, G. & Madelon, P. 2018. Goal Adjustment and Well-Being: The Role of Optimism in Patients with Chronic Pain. [Verkkolehtiartikkeli]. *Annals of Behavioral Medicine* 53 (7), 597–607. [Viitattu 6.9.2019]. Saatavana: <https://academic.oup.com/abm/article/53/7/597/5090131>
- Rieger, T., Naclerio, F., Jimenez, A. & Moody, J. 2016. Liikuntafysiologian perusteet. Sydän, keuhkot ja verenkierto. 49-50.
- Siira, J. & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit. EFT Tapping -menetelmä tunteiden itsesäätelyyn ja vapauttamiseen, 111-115. Helsinki: Kirjapaja.
- Stilwell, P. & Harman, K. 2019. An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. [Verkkolehtiartikkeli]. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 18 (4), 637–665. [Viitattu 10.9.2019]. Saatavana: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11097-019-09624-7> Vaatii käyttöoikeuden.
- Sturgeon, J. & Zautra, A. 2016. Social pain and physical pain: shared paths to resilience. [Verkkolehtiartikkeli]. *Pain Management* 6 (1). [Viitattu 8.9.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869967/>
- Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistys (PSYFY). Ei päiväystä. Mitä on psykofyysinen fysioterapia. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 27.11.2018]. Saatavana: <http://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/esittely/>
- Talvitie, U., Karppi, S. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Psykofyysiset fysioterapiamenetelmät, 265-266. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy
- Vad, V. 2012. Eroon kivusta. Liikunta ja endorfiinit, 89. Suomentaja Anna Sinkkonen. Jyväskylä: Sanoma Pro Oy
- Vanini, G. 2016. Sleep deprivation and recovery sleep prior to a noxious inflammatory insult influence characteristics and duration of pain. [Verkkolehtiartikkeli]. *Sleep* 39 (1), 133–142. [Viitattu 31.7.2019]. Saatavana: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4678347/>
- Wu, S. & Lo, P. 2008. Inward-attention meditation increases parasympathetic activity: a study based on heart rate variability. [Verkkolehtiartikkeli]. *Biomedical Research* 29 (5), 245-250. [Viitattu 22.8.2018]. Saatavana: https://www.ijstage.ist.go.jp/article/biomedres/29/5/29_5_245/pdf/-char/en

LIITTEET

Liite 1. CPAQ -kyselylomake

Liite 2. Palautelomake

Liite 1. CPAQ -kyselylomake

Kysely kroonisen kivun hyväksymisestä (CPAQ)

Tällä lomakkeella on joukko väittämiä. Arvioi jokaisen väittämän todenmukaisuus omalla kohdallasi ympäröimällä jokin numeroista. Käytä alla olevaa arviointiasteikkoa valitessasi vaihtoehtoa. Esimerkiksi jos uskot, että jokin väittäjä on "Aina totta", ympyröi numero 6

0 Ei koskaan totta	1 Hyvin harvoin totta	2 Harvoin totta	3 Joskus totta	4 Usein totta	5 Melkein aina totta	6 Aina totta
------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---------------------------

1. Riippumatta kipuni voimakkuudesta jatkan elämäni normaaliin tapaan	0	1	2	3	4	5	6
2. Elämäni sujuu hyvin, vaikka minulla on krooninen kipu	0	1	2	3	4	5	6
3. Kivun kokeminen on aivan normaalia	0	1	2	3	4	5	6
4. Luopuisin mielelläni tärkeistä asioista elämässäni, jotta voisin hallita kipuani paremmin	0	1	2	3	4	5	6
5. Minun ei ole tarpeellista hallita kipuani pärjätäkseni elämässäni hyvin	0	1	2	3	4	5	6
6. Vaikka asiat ovat muuttuneet, elän normaalia elämää kroonisesta kivustani huolimatta	0	1	2	3	4	5	6
7. Minun tulee keskittyä pääsemään irti kivustani	0	1	2	3	4	5	6
8. On paljon toimintoja joita teen, kun tunnen kipua	0	1	2	3	4	5	6
9. Elän täyttä elämää, vaikka minulla on krooninen kipu	0	1	2	3	4	5	6
10. Kivun hallinta on vähemmän tärkeää kuin muut tavoitteet elämässäni	0	1	2	3	4	5	6

0 Ei koskaan totta	1 Hyvin harvoin totta	2 Harvoin totta	3 Joskus totta	4 Usein totta	5 Melkein aina totta	6 Aina totta
------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---------------------------

11. Ajatusteni ja tunteitteni kivusta täytyy muuttua ennen kuin voin ottaa tärkeitä askeleita elämässäni	0	1	2	3	4	5	6
12. Kivusta huolimatta elämälläni on nyt tietty suunta	0	1	2	3	4	5	6
13. Tärkeintä on pitää kipu hallinnassa tehdessäni jotain	0	1	2	3	4	5	6
14. Ennen kuin voin tehdä tärkeitä suunnitelmia minun täytyy saada kipuni jotenkin hallintaan	0	1	2	3	4	5	6
15. Kun kipuni kasvaa, voin yhä huolehtia velvollisuuksistani	0	1	2	3	4	5	6
16. Hallitsen elämäni paremmin, jos voin hallita kielteisiä ajatuksiani kivusta	0	1	2	3	4	5	6
17. Vältän joutumasta tilanteisiin, joissa kipuni saattaisi kasvaa	0	1	2	3	4	5	6
18. Huoleni ja pelkoni siitä, mitä kipu saa minussa aikaan, ovat totta	0	1	2	3	4	5	6
19. On helpottavaa oivaltaa, että minun ei tarvitse muuttaa kipuani jatkaakseni elämääni	0	1	2	3	4	5	6
20. Kun minulla on kipuja, asioiden tekeminen vaatii ponnisteluja	0	1	2	3	4	5	6

Alkuperäinen kysely: McCracken, Volwes, Eccleston 2004
Suomalainen versio: Ojala, Sipilä 2009

Liite 2. Palautelomake

Luettele mitä kivunhallintakeinoja sinulla on tällä hetkellä käytössä, alleviivaa uudet ryhmän aikana käyttöön otetut keinot.

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Kerro vapaasti oma mielipiteesi ryhmästä: (mitä olisi voinut olla enemmän, mitä vähemmän, olisiko jotain voinut tehdä toisin, terveiset ohjaajille)
