

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / terveydenhoitaja AMK, sairaanhoitaja AMK

Alina Puro

Hanna Sydänmaanlakka

POTILAIEN KOKEMUKSIA KROONISEN KIVUN HALLINTARYHMÄSTÄ

”Mä voin oppii elää sen kanssa”

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

PURO, ALINA

SYDÄNMAANLAKKA, HANNA

Opinnäytetyö

Työn ohjaaja

Toimeksiantaja

Syyskuu 2011

Avainsanat

Potilaiden kokemuksia kroonisen kivun hallintaryhmästä

26 sivua + 2 liitesivua

THM Asta Niemi

THM Liisa Korpivaara

Kipuhoitaja Jaana Olsén

kipu, krooninen kipu, kivunhallinta, kognitiivinen
psykoterapia, kivunhoito

Opinnäytetyössä selvitettiin Kymenlaakson keskussairaalan kipupoliklinikalla vuonna 2009 kokoontuneen sairaanhoitajavetoisen kivunhallintaryhmän jäsenten kokemuksia kivunhallinnasta ja ryhmästä. Kivunhallintaryhmä kokoontui kipupoliklinikan tiloissa vuoden ajan joka toinen viikko. Ryhmä kokoontui suljettuna. Työssä selvitettiin millä tavalla kivunhallintaryhmä vaikutti kolmen siihen osallistuneen henkilön kivunhallintaan. Opinnäytetyö osallistuu myös kivunhallintaryhmän kehittämistyöhön.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluna. Haastattelut äänitettiin sanelukoneella ja jälkikäteen litteroitiin. Näin saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysimenetelmällä. Tutkimusongelmat laadittiin yhteistyössä kipupoliklinikan sairaanhoitajan kanssa. Opinnäytetyön tuloksia käytetään kipupotilaiden hoitotyön kehittämiseen.

Tutkimustulosten mukaan kivunhallintaryhmä oli antanut ryhmäläisille paljon tietoa kivusta ja sen hallinnasta. Tieto auttoi ryhmäläisiä hyväksymään kivun kroonisen luonteen ja edelleen hyväksymään kivun osaksi omaa elämäänsä. Toisten samassa tilanteessa olevien kohtaaminen koettiin tärkeäksi. Toisten ryhmäläisten edistyminen toi toivoa ja jaksamista myös omaan tilanteeseen.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

PURO, ALINA

SYDÄNMAANLAKKA, HANNA

Patient's Experiences of Chronic Pain Management
Group

Bachelor's Thesis

26 pages + 2 pages of appendices

Supervisors

Asta Niemi, MNSc

Liisa Korpivaara, MNSc

Commissioned by

Jaana Olsén, nurse, specialized in pain nursing

September 2011

Keywords

Pain, chronic pain, pain management, cognitive
psychotherapy

The purpose of this study was to find out how the patients of Kymenlaakso central hospital's outpatients pain clinic experienced a nurse-led pain management group. The group came together regularly through year 2009. The group was enclosed. In our study we wanted to find out how the pain management group affected the patients pain management skills. With this study we wanted to participate in the development of the pain management group.

Qualitative method was used to gather material from the selected group. The material was gathered in spring 2010 by interviewing members from the pain management group. The gathered material was analyzed by using qualitative content analysis. The study problems were selected in co-operation with the commissioner. The results of this study will be used to improve the nursing of patients suffering from chronic pain.

The results of the study showed that the pain management group had given lots of useful information of pain and pain management to the group members. The information helped them to accept their pain as part of their lives. Meeting other people experiencing the same kind of situation in their live was important. Seeing other people making progress and improving their pain management skills gave hope to the group members.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	KIPU HOITOTYÖSSÄ	7
	2.1 Kivun olemus	7
	2.2 Kivun luonne	8
	2.2.1 Akuutti kipu	9
	2.2.2 Krooninen kipu	10
3	KIVUNHALLINTAMENETELMIÄ	11
	3.1 Selviytyminen (Coping), elämönhallinta	11
	3.2 Porttikontrolliteoria	12
	3.3 Kognitiivinen psykoterapia	12
	3.4 Tietoinen läsnäolo - Mindfulness	14
4	TUTKIMUSONGELMAT	15
5	TUTKIMUSMENETELMÄ JA -AINEISTO	15
	5.1 Tutkimusmenetelmä	15
	5.2 Tutkimusaineiston kerääminen ja tutkimuksen eteneminen	15
	5.3 Analysointi	16
	5.4 Luotettavuus	16
	5.5 Tutkimusetiikka	17
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	18
	6.1 Haastateltujen suhde kipuun	18
	6.2 Kivunhallintaryhmän vaikutus haastateltujen kivunhallintakykyyn	19
	6.3 Ryhmän merkitys haastatelluille	20
	6.4 Kivunhallintaryhmän kehittämiskohtia	21
7	POHDINTA	22
	LÄHTEET	25

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Teemahaastattelun runko

1 JOHDANTO

Jokainen kokee joskus kipua. Kipu on yleismaailmallinen ilmiö, joka ei katso ikään, asemaan tai rotuun. Se on elimistön eräänlainen hätähuuto. Erään tutkimuksen mukaan kipu on pääasiallinen syy terveyskeskuslääkärikäyntiin kolmessa tapauksessa kymmenestä ja osasyynä neljässä tapauksessa kymmenestä. Samassa tutkimuksessa todettiin kroonisen, yli kuusi kuukautta kestäneen kivun olleen syynä viidesosaan kivun vuoksi tehdyistä terveyskeskuslääkärikäynneistä. Tutkimuksessa todettiin myös noin joka neljännen työikäisen kipupotilaan saavan sairauslomamääräyksen terveyskeskuslääkärin vastaanotolta. Näistä sairauslomista jopa kolmasosa oli yli viikon pituisia. (Mäntyselkä 1998, 136–138.) Edellä mainitun perusteella kipu kuormittaa sosiaali- ja terveysjärjestelmää sekä yksilön jaksamista monin tavoin. Terveyspalvelujen järjestelmä itsessään saattaa kuitenkin syventää kipupotilaiden ongelmaa, sillä sopivia ja tehokkaita hoitomuotoja ei ole jokaiselle tarjolla. (Salanterä – Hagelberg – Kauppila. – Närhi 2006, 26–27.) Hoitokokeilujen ja eri lääkkeiden välissä ajelehtiva kipupotilas ajautuu hyvin herkästi päivystykseen tai lääkärin vastaanotolle.

Asiantunteva, motivoitunut ja uusimmista kivunhoidon uutista kiinnostunut sairaanhoitaja on tärkeässä asemassa kivunhoidossa. Sairaanhoitaja on usein säännöllisesti kontaktissa potilaaseen, jolloin hänen asemansa kivun arvioinnissa ja hoidossa on aivanlaatuinen. Hän on mukana kivun tunnistamisessa, arvioimisessa, hoidossa ja hoidon tehokkuuden arvioinnissa. (Salanterä ym. 2006)

Kipupotilaalle ja hänen läheisilleen sairaanhoitaja on korvaamaton tietolähde kipua ja sen hoitoa koskien. Hän voi ohjata potilasta hakemaan itsenäisesti lisätietoa kivusta ja kivunhoidosta. Riittävä tieto takaa hoidon onnistumisen mahdollisimman hyvin, ja toisaalta tietämättömyys johtaa todennäköisesti kivunhoidon epäonnistumiseen. (Salanterä ym. 2006)

Tässä työssä tutkimme sairaanhoitajan mahdollisuutta vaikuttaa kroonisen kipupotilaan elämänlaatuun. Kivunhallintaryhmän ohjaajana sairaanhoitaja voi hyödyntää koulutuksensa aikana saamia tietoja kivun fyysisestä ja psyykkisestä olemuksesta. Vuoden ajan jatkuneet säännölliset kokoontumiset ryhmän kesken antoivat mahdollisuuden kiputietouden jakamiseen riittävän hitaassa tahdissa. Tutkimuksen alussa oletuksenamme oli haastateltavien kivunhallintakyvyn ja elämänlaadun koheneminen ki-

vunhallintaryhmän jälkeen. Oletimme myös terveyskeskus- ja päivystyskäyntien vähenävän kivunhallintakyvyn lisääntymisen myötä.

2 KIPU HOITOTYÖSSÄ

2.1 Kivun olemus

Kivusta käytetään usein Kansainvälisen kivun tutkimusjärjestö IASP:n määritelmää: kipu on epämiellyttävä tunto- ja aistikokemus, joka liittyy uhkaavaan tai jo syntyneeseen kudosaan. Kivun alkuperä on yleensä jossakin fyysisessä vauriossa, mutta itse kiputuntemus voi jatkua vaurion parannuttua. (IASP, Haanpää – Kalso – Vainio 2009). Maj-Britt Eloranta lisää pro gradu -työssään (2002) kivun määritelmään McCafferryn (1968) ajatuksen, jonka mukaan mikä tahansa kokemus, jonka yksilö määrittelee kivuksi, on kipua ja kipu on aina olemassa, mikäli yksilö niin sanoo.

Kipu vaikuttaa väijäämättä elämänlaatuun. Pekka Mäntyselkä ja kumppanit tutkivat vuonna 2003 suomalaista väestöä ja havaitsivat erityisesti kroonisen kivun heikentävän itse koettua terveyttä. Tutkimukseen osallistuneista 35,1 prosentilla oli kroonisia kipuja, ja näistä 14,3 prosentilla kivut olivat päivittäisiä. Joissakin tutkimuksissa on esitetty naisten kärsivän kivuista hieman miehiä enemmän, mutta tässä Mäntyselän ym. tutkimuksessa ei sukupuolien välistä eroa havaittu. Tutkimus antoi viitteitä siitä, että kroonisella kivulla on suurempi merkitys nuorempien kuin vanhempien ihmisten elämänlaatuun. Kroonisen kivun havaittiin olevan selkeästi yhteydessä vaatimattomaan tai tätä huonompaa itse koettuun terveyteen. Lisäksi kroonisen kivun nähtiin liittyvän tiiviisti muuhun sairastavuuteen (esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit). Tutkimuksessa esitetäänkin, että tulevaisuudessa olisi entistä tärkeämpää panostaa kroonisen kivun hoitoon ja ehkäisyyn yhteiskunnan tasolla ja ottaa samoja tavoitteita mukaan terveyden edistämisen ohjelmiin. (Mäntyselkä – Turunen – Ahonen – Kumpusalo 2003.)

Kivun voimakkuuden arviointi on hankalaa, koska kipu on subjektiivinen kokemus. Niin akuutin kuin kroonisenkin kivun hoitotyössä käytetään apuna paljon erilaisia kipumittareita. Yleisin mittari lienee VAS-kipujana (Visual Analogue Scale, suom. Visuaalinen analogiaskaala). Kipujanalla on esitettyinä numerot yhdestä kymmeneen, kivun voimakkuuden voimistuessa kohti kymmentä. Toinen käytetty mittari on Kipukii- la, johon on kuvattu kiila, jonka suurenemisen myötä myös koettu kipu suurenee. Poti-

las saa itse vapaasti siirtää osoitinta kipujanalla ja -kiilalla kokemansa kivun voimakkuuden mukaan. Kipujanaa tai -kiilaa apuna käyttäen kipua voidaan mitata esimerkiksi liikkeessä, levossa tai yskiessä. Potilaalle on kuitenkin tärkeää ohjata kipujan käyttö. Kipujanoihin ja -kiiloihin on usein liitetty mukaan numeerinen luokittelu. Lasten kanssa työskennellessä voidaan käyttää Kipukasvomittaria, johon on kuvattu seitsemän eri kasvoa, joiden ilmeet kuvastavat eri vaikeusasteisia kiputiloja. Näistä lapsi valitsee omaa sen hetkistä mielentilaa lähinnä olevan kasvon. Suomessa on käytössä usein viisi kasvokuvaa sisältävä muunnos Kipukasvomittarista. (Salanterä ym. 2006, 83–86).

Toinen yleisesti käytössä oleva mittari on Kipupiiirros. Piiirroksessa on kuvattuna ihmiskeho edestä ja takaa, ja potilas merkitsee ennalta sovitulla symboleilla kipualueet piirroksen. Erilaisten symbolien avulla voidaan erotella esimerkiksi lievä ja kova kipu, polte ja vaikkapa tuntopuutokset. (Sailo – Vartti 2000, 100–101).

Esimerkiksi kivun voimakkuudesta potilaalla ja hänen lääkäriällään voi olla hyvin eriävät näkemykset. Eräässä suomalaisessa tutkimuksessa (Mäntyselkä 1998) havaittiin, että yli kuusi kuukautta kestäneen kivun voimakkuuden lääkäri arvioi useissa tapauksissa vähäisemmäksi kuin potilas itse.

Kipumittareiden avulla voidaan arvioida akuutin kivun lisäksi myös esimerkiksi sellaisen kivun voimakkuutta, jonka kanssa potilas vielä pärjää. Tässä työssä tutkimuskohteena olleessa kivunhallintaryhmässä käytettiin Gunilla Brattbergin Kipumestarin työkalut -teoksessa mukana olleita kipumittareita, muun muassa sovellus Kipupiiirroksista. (Brattberg 2001).

2.2 Kivun luonne

Se, miten keho välittää aivoille tiedon kivusta, on monimutkainen tapahtuma. Kipuärsykettä viestittäviä hermopäätteitä sijaitsee eri kudoksissa (Haanpää ym. 2009, 76). Kiputuntemus välittyy selkäytimen kautta aivoihin. Kipu saa aikaan väistämismrefleksijä ja -reaktioita, jotka suojaavat elimistöä ulkoisilta vaurioilta (Salanterä ym. 2006, 33).

Estlander esittelee teoksessaan Kivun Psykologia Melzackin ja Wallin (1973) näkemyksen kipukokemuksesta: kipu on kokemus, jonka laatu ja voimakkuus ovat riippu-

vaisia yksilön aikaisemmista kokemuksista, siitä merkityksestä, jonka hän antaa kipua tuottavalle tapahtumalle, ja hänen senhetkisestä ”mielentilastaan”. (Estlander 2003, 13) Aikaisemmat kipukokemukset muokkaavat kivun tuntemusta. Jos kokemukset ovat olleet epämiellyttäviä, lisäävät ne ahdistusta ja pelkoa. (Sailo 2000, 37) Kulttuuritausta vaikuttaa kipukokemukseen ja myös kivun ilmaisemiseen. Kivun voidaan ajatella joissakin kulttuureissa olevan esimerkiksi Jumalan asettama rangaistus synneistä. Kulttuureissa, joissa kipua ei nähdä rangaistuksena, usein koetaan kivun voimakkuus pienempänä. Kulttuuritaustalla on vaikutusta myös kivun ilmaisemiseen. Joissakin kulttuureissa on sallittua ilmaista kipua julkisesti kovaan ääneen, kun taas joissakin kulttuureissa kivuista kärsivän tulee vetäytyä omiin oloihinsa. Kivun voimakkuuden kanssa kivun ilmaisulla ei välttämättä ole yhteyttä, ainoastaan kivun ilmaisun määrä vaihtelee. Hoitokeinot ja suhtautuminen kivunhoitoon vaihtelevat myös kulttuureittain. Toisissa kulttuureissa arvostetaan kivun lääkkeellistä hoitoa enemmän kuin toisissa. (Haanpaa ym. 2009, 27–37).

2.2.1 Akuutti kipu

Akuutti, eli nosiseptiivinen kipu on yhtäkkiä alkavaa ja lyhytaikaista, useimmiten kudonsvauriosta johtuvaa. Akuuttia kipua voi syntyä esimerkiksi traumasta, kirurgisesta toimenpiteestä tai akuutista sairaudesta johtuen. Kivun tuntemus kulkee yleensä käsi kädessä jonkin vamman kanssa. Kipu on kehon tapa varoittaa kudonsvauriosta. Kiputuntemus välittyy hermoston kautta. Kipuärsyke ärsyttää kipuhermojen päätteitä esimerkiksi iholla, ja tätä kautta hermoimpulssi siirtyy kipuratoja pitkin selkäyttimeen ja sieltä edelleen aivoihin tulkittavaksi. Tilanteesta riippuen aivojen kautta voi välittyä hermoston vaste kivulle, esimerkiksi raajan vetäminen pois kuumasta. Akuutti kipu välittyy hermoston kautta joko suoraan tai välillisesti. Kova isku tai viiltohaava voi ärsyttää kipuhermopäätteitä suoraan. Välillisesti hermopäätteitä ärsyttävät esimerkiksi tulehdusreaktion vapauttamat välittäjäaineet. (Haanpaa ym. 2009, Salanterä ym. 2006).

Sisäelinkipu voi myös olla akuuttia, ja se on yleensä vaikea paikantaa. Kipu saattaa säteillä eri puolille kehoa. Autonominen hermosto aktivoituu sisäelinkivun yhteydessä, jolloin tyypillisiä oireita voivat olla esimerkiksi hikoilu, sydämentykytys ja kalpeus (Sailo 2000, 33). Akuutti kipu voi pitkään jatkuneena muuttua krooniseksi. Mahdollis-

sesti altistavia tekijöitä kroonistumiseen voivat olla esimerkiksi päihteen käyttö, ahdistus, kivun voimakkuus, kivun pelko tai tupakointi (Estlander 2003, 52).

2.2.2 Krooninen kipu

Kivusta tulee krooninen, kun se on kestänyt yli kudosvaurion paranemiseen tarvittavan ajan. Rajana pidetään usein kolmea kuukautta tai puolta vuotta. Kroonistuessaan kivun elimistöä suojaava merkitys häviää; kipu masentaa ja rajoittaa toimintakykyä. (Estlander 2003)

Kivun kroonistumiseen vaikuttavat monet tekijät. Eräs tärkeimmistä on kuitenkin hoitamatta jäänyt akuutti kipu. Toisin kuin muut elimistön hermopäätteet, kipuhermojen päätteet eivät turru aistiärsykeille. Päinvastoin ne jopa herkistyvät välittämään kipuimpulsseja hyvin pienistäkin ärsykeistä, mikäli niitä on riittävän kauan ärsytetty. Esimerkiksi tulehdusperäinen välittäjäaineärsyke herkistää kipuhermoja riittävän kauan jatkuttuaan. Tällaisessa tilanteessa hyvin pienikin kipuärsyke riittää laukaisemaan kovan kivun. Lisäksi voi esiintyä allodyniaa, joka tarkoittaa aistiärsykkeiden poikkeavaa tulkintaa, esimerkiksi höyhenenkevyt kosketus voi aiheuttaa voimakkaan kivun. (Haanpää ym. 2009; Bjälle – Haug – Sand – V.Sjaastad – Toverud 1999)

Monet kroonisesta kivusta kärsivät oireilevat myös useilla elämän osa-alueilla. Oireita voivat olla esimerkiksi unettomuus, masentuneisuus, elämänhalun heikkeneminen ja vaikutukset sosiaalisiin suhteisiin. (Krooninen kipu, 2008)

Kivun myötä voimavarat hoitaa kotia ehtyvät ja työssäkäynti voi tulla jopa mahdottomaksi ja työkyvyttömyyseläke ajankohtaiseksi. Kivusta kärsivä saattaa alkaa vältellä tiettyjä tilanteita ja toimintoja, joissa kipu heitä häiritsee. Tämän myötä esimerkiksi fyysinen aktiivisuus vähenee, vaikka liikunnalla onkin suotuisia vaikutuksia kivunhoidollisesti. Vapaa-ajan sosiaaliset kontaktit voivat kaventua, sillä kroonisesta kivusta kärsivä ei välttämättä tunne samaistuvansa ”terveisiin” ihmisiin. Jatkuva kipu tuo tarpeen puhua kivusta, ja jatkuva kivusta puhuminen kuormittaa kivusta kärsivän läheisiä. Kivusta kärsivä voi kokea jopa syyllisyyttä perheensä kuormittamisesta. (Salanterä ym. 2006) Erilaiset negatiivissävytteiset ajatukset voivat johtaa katastrofointiin, jolla tarkoitetaan ahdistuksen, epätoivon ja jopa kauhun sävyttämiä ajatuksia sekä kokemuksia siitä, että kivun kanssa ei selviä enää eteenpäin. Edellä mainituista katastrofijatuksista voi muodostua loputon kehä. (Estlander 2003, 79–84)

Krooninen kipu on opinnäytetyössämme eräs tärkeimmistä pääkäsitteistä. Tutkimuskohteena olleessa kivunhallintaryhmässä jokainen jäsen kärsi eri syistä johtuvista kroonisista kivuista. Lähes jokaisen ryhmän jäsenen elämänlaatu oli huonontunut kroonisen kivun takia, esimerkiksi masentuneisuus ja unettomuus olivat tavallisia oireita.

3 KIVUNHALLINTAMENETELMIÄ

Krooninen kipu on enemmänkin elämäntilanne kuin tapahtuma elämässä. Siihen ei aina ole olemassa parantavaa hoitoa. Kipupotilaat kokevat tarvetta rakentaa erilaisia selviytymisstrategioita jaksakseen elämän eri osa-alueilla ja hyväksyäkseen kroonisen kivun osaksi elämää. (Clarke – Iphofen 2007)

3.1 Selviytyminen (Coping), elämäntilanne

Joissakin kirjallisissa lähteissä käytetään coping- eli selviytymiskeinoja synonyyminä elämäntilanteelle. Olavi Riihinen (1996) käyttää artikkelissaan Elämäntilanteen käsitteen erittelyä ja ongelmia Folkmanin ja Lazaruksen (1980) näkemystä copingista: ”Coping tarkoittaa kognitiivisia ja käyttäytymisenä ilmeneviä ponnistuksia, joiden avulla hallitaan, siedetään tai vähennetään ulkoisia ja sisäisiä vaatimuksia sekä niiden välisiä ristiriitoja”. Elämäntilanteeseen nähdään sisältyvän esimerkiksi elintason ja elämäntilanteen käsitteet. (Riihinen 1996)

Kivusta puhuttaessa coping- eli selviytymiskeinoja ovat esimerkiksi kivun käsittelyyn ja hallintaan liittyvät keinot. Näiden keinojen avulla potilas yrittää tulla toimeen kivun kanssa sekä vähentää kipua itseään ja sen mukana tulleita ongelmia. Esimerkkejä kivunhallintakeinoista ovat keskustelu, mielikuvien käyttö ja huomion kiinnittäminen pois kivusta. Myös kivun hyväksyminen osaksi elämää on eräs kivunhallintakeino. Kivunhallintakeinoja voidaan opettaa kipupotilaille erilaisten hoitomenetelmien kautta. Kognitiivinen ja kognitiivis-behavioraalinen terapia ja erilaiset rentoutusmenetelmät ovat esimerkkejä tällaisista kivunhoito- ja hallintamenetelmistä. (Estlander 2003, 85–88)

Pia Walle (1999) keräsi kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia kroonisesta kivusta pro gradu -työssään. Tutkimuksessa kipupotilaiden selviytymistä tukeviksi voimavariksi selvisivät merkittävyyden tunne, hyväksytyksi tuleminen tunne, pätevyyden

tunne, mielihyvän löytäminen ja kivun muuttaman elämäntilanteen hyväksyminen. Kipua lievittääkseen potilaat käyttivät erilaisia menetelmiä, jotka Walle luokitteli kolmeen luokkaan. Passiivisiin menetelmiin kuuluivat esimerkiksi toivominen, rukouminen, itkeminen, kipualueen suojeleminen ja käyttämättömyys, hoitomuotojen etsintä ja alkoholin käyttö. Toiminnallisiin menetelmiin kuuluivat lääkehoito, kipualueen aktiivinen fyysinen kuntouttaminen, erilaiset fysikaaliset hoidot, apuvälineiden käyttö, liikunta ja avun pyytäminen läheisiltä (sekä henkinen että konkreettinen tuki). Kognitiivisia menetelmiä olivat huomion poissiirtäminen kivusta esimerkiksi lukemalla, tekemällä jotakin ja suhtautumalla asioihin huumorilla. Kognitiivisiin menetelmiin kuuluivat myös rentoutuminen esimerkiksi mielikuvien, joogan tai fyysisen aktiivisuuden avulla. Kolmas kognitiivinen keino oli levon ja rasituksen sopiva suhde elämässä. (Walle 1999)

Erään tutkimuksen mukaan ne potilaat, jotka olivat onnistuneet selviytymiskeinojen rakentamisessa ja kivun hyväksymisessä olivat elämäänsä suhteellisen tyytyväisiä. Ne potilaat, jotka vielä etsivät kivut poistavia hoitokeinoja olivat stressaantuneempia, kokivat syyllisyyden tunteita ja käyttivät runsaasti erilaisia selviytymiskeinoja terveydenhuollon palvelujen lisäksi. (Clarke ym. 2007) Myös muissa tutkimuksissa kivun hyväksyminen osaksi elämää on yhteydessä vähäisempään koettuun kivun voimakkuuteen, vähäisempään masennukseen, vähäisempiin fyysisiin ja psyykkisiin rajoitteisiin sekä parempaan selviytymiseen henkilökohtaisessa ja työelämässä (McCracken 1997)

3.2 Porttikontrolliteoria

Porttikontrolliteorian mukaan kiputuntemuksen välittymistä selkäyttimeen voidaan kontrolloida ärsyttämällä muita kuin kipuhermopäätteitä. Tällä tavoin esimerkiksi mielikuvaharjoittelu voi vaikuttaa kipukokemuksen voimakkuuteen, ja kiputuntemus voi muuttua sävyltään vähemmän uhkaavaksi. (Estlander 2003)

3.3 Kognitiivinen psykoterapia

Kognitio tarkoittaa ajattelua. Kognitiivisessa psykoterapiassa tarkoituksena on muuttaa ja ymmärtää ihmisen tietojen käsittelyä ja tietoprosessia, jonka pohjalta ihmisen tietoisuus itsestä ja maailmasta muodostuu. Ajatustapoja muuttamalla ihminen oppii ajattelemaan itseään ja elämäänsä uusilla tavoilla. Kognitiivista psykoterapiaa on alun

perin käytetty paljon masennuksen hoidossa, mutta sen käyttö on laajentunut ja nykyään sitä käytetään mm. kivun ja ahdistuneisuuden hoidossa. (Estlander 2003, 192) Kroonisen kivun yhtenä liitännäisoireena puhkeaa usein masennus. Terapiamuodossa on tärkeää saada asiakas ymmärtämään, miten hänen ajattelutapansa voi vaikuttaa kielteisesti hänen henkiseen terveyteen tai käyttäytymiseen. Asiakas oppii terapian avulla uusia ajattelutapoja ja selviytymiskeinoja. Kognitiivisen terapian keskeisiä työtapoja ovat esimerkiksi sosiaalisten taitojen harjoittelu, altistusharjoitukset ja mielikuvatyöskentely. (Kähkönen 2008, 66–68)

Altistusharjoituksissa kohdataan epämiellyttäviä ajatuksia, reaktioita ja tunteita. Tilanteet ja asiat voivat olla epämiellyttäviä. Ajatuksia pyritään hallitsemaan niin, että negatiivisten seuraukset vähenevät tai poistuvat kokonaan. Vaikeiden ja ongelmallisten tilanteiden kohtaaminen on mielikuvien kautta selkeää; ihminen kohtaa mielessänsä tilanteet, jotka aiheuttavat ahdistusta ja negatiivisia tunteita. Mielikuvatyöskentelyssä, varsinkin alussa on tärkeää olla se oma turvapaikka, johon voi aina tilanteen vaatiessa palata. (Kähkönen 2008, 67–68)

Kognitiivista terapiaa voi harjoittaa niin ryhmässä, kuin yksilöllisesti terapeutin kanssa. Ryhmäterapian kognitiivinen malli voi olla pitkäkestoinen tai lyhytkestoinen. Pitkäkestoinen kognitiivinen ryhmäterapia saattaa kestää kaksikin vuotta. Lyhytkestoinen ryhmäterapian yleisin kesto on 10–20 istuntoa. Istunnot ja niiden lukumäärän tarpeellisuus voidaan katsoa yhdessä ryhmän kanssa. (Kähkönen 2008, 421)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia, eli kognitiivis-behavioraalinen terapia on enemmänkin ”lähestymistapa” kuin mikään erityinen psykoterapiamenetelmä. Se on sovellettavissa oleva kokonaisuus kognitiivisista ja behavioraalisista työskentelymuodoista. Terapian päämääränä ovat selkeät tavoitteet, jotka laaditaan terapian alussa. Yksi yleinen kognitiivis-behavioraalinen menetelmä on esimerkiksi rentoutus. Meillä kaikilla on opittuja tapoja, ja osa niistä voi olla negatiivisia. Tällaisten negatiivisten ajattelu- ja käyttäytymismallien muuttaminen voi olla haasteellista ja vaatii usein tietoisuutta siitä, mitä tapahtuu, miten ja miksi se tapahtuu. Tällöin ajattelutapoja täytyy alkaa muuttamaan päinvastaisiksi, jotta negatiivinen ajattelukierre katkeaisi. (Farm 2009, 14)

3.4 Tietoinen läsnäolo - Mindfulness

Tietoinen läsnäolo on ikivanha buddhalainen meditaatioharjoitus. Länsimaisessa lääketieteessä tietoisuusharjoituksia ja – taitoja on käytetty parinkymmenen vuoden ajan. Se on yksinkertaista toteuttaa, mutta ei välttämättä helppoa. Päämääränä on havainnoida kaikkea, lisätä tietoisuutta ja hyväksyntää todellisuutta kohtaan. Tiedostamattomuus voi lisätä ongelmia ja omien tunteiden hallitseminen voi olla vaikeaa. Tietoinen läsnäolo opettaa meitä käsittelemään tunteita ja oivaltamaan elämän tosiasioita. Tietoisuus olemisesta voi auttaa meitä arvostamaan onnellisuutta ja niitä elämän pieniä iloja, joiden olemassaoloa ei ole välttämättä aina tullut ajatelleeksi. (Kabat-Zinn 2004, 21–25; Lehto – Tolmunen 2008)

Tietoisuus omasta olemisesta ei ole sama asia kuin ajattelu. Meditaation avulla opitaan tarkkailemaan omia ajatuksia. Olennaista on keskittyä omaan hengitykseen ja ajatusten annetaan tulla ja mennä. Tärkeää on hyväksyä omat kokemukset sellaisenaan ja olla tuomitsematta niitä. Tavoitteena on oppia ohjaamaan omia ajatuksia sen sijaan että ajatukset ohjaisivat yksilöä. (Kabat-Zinn 2004, 100–101, 110)

Tietoisuusharjoittelua ja sen vaikutuksia on tutkittu jonkin verran, mutta laadukkaat kliiniset tutkimukset ovat vähäisiä. Tietoisuuden säännöllisen harjoittelun on huomattu saavan aikaan muun muassa aivosähkökäyrän muutoksia ja murehtivien ajatusten on kerrottu vähenevän. Myös somaattisten sairauksien kohdalla on tietoisuusharjoituksilla huomattu olevan merkitystä. Esimerkiksi syöpää sairastavien elämänlaadun on koettu paranevan. (Lehto ym. 2008)

Amerikassa on vuonna 2009 tutkittu tietoisen läsnäolon ja kognitiivisen terapian vaikutuksista kroonisiin kipupotilaisiin. Tutkimuksessa tutkittavien keskimääräinen emotionaalinen ja fyysinen hyvinvointi parani huomattavasti. (Vowles – Loebach Wetherell – Sorrel 2008)

Tutkimuksemme kohteena olleessa kivunhallintaryhmässä käytettiin kognitiivisen terapian käytäntöjä. Ryhmässä käytettiin Gunilla Brattbergin (2001) teosta Kipumestarin työkalut. Teoksessa on esitelty erilaisia kognitiiviseen terapiaan perustuvia harjoituksia, ja kirjan myötä edetään portailla eteenpäin kohti kipumestaruutta.

4 TUTKIMUSONGELMAT

Suomessa on tutkittu melko vähän kognitiiviseen lähestymistapaan perustuvia kivunhallintaryhmiä. Tutkimuksemme tarkoituksena on tuottaa Kymenlaakson sairaanhoitopiirin Kotkan Keskussairaalan kipuhoitajalle tietoa hänen vetämästään kivunhallintaryhmästä. Tutkimustehtävät suunniteltiin yhdessä kipuhoitajan kanssa. Tutkimustehtäviksi muodostuivat

1. Minkälainen on kivunhallintaryhmässä olleiden potilaiden kokemus kivunhallintakyvyn kehityksestä ryhmässä?
2. Millaisia muita merkityksiä kivunhallintaryhmällä oli potilaille?
3. Kehittämisaatuksia ja -ehdotuksia kivunhallintaryhmää koskien

5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA -AINEISTO

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus, koska tarkoituksena oli kartoittaa kivunhallintaryhmässä käyneiden henkilöiden omakohtaisia kokemuksia. Valittu tutkimusmenetelmä ei tähtää yhden ja ainoan totuuden löytämiseen, vaan sen avulla voidaankin selvittää ihmisten omakohtaisia ajatuksia ja kokemuksia. (Vilkkä 2005 100–104)

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemaohjattu ryhmähaastattelu, jota ohjattiin valmiiksi valituin teemoin. Ryhmähaastatteluun on mahdollista kerätä kokoon kaikki tiedonantajat, ja heidän välilleen syntyvä vuoropuhelu tutkimusongelmista antaa tutkijoille kerättävää tietoa. Teemat valittiin niin, että haastateltavat niistä puhuessaan antoivat keskeistä tietoa tutkimusongelmista. (Vilkkä 2005, 100–102)

5.2 Tutkimusaineiston kerääminen ja tutkimuksen eteneminen

Perusjoukolla tarkoitetaan sitä väestönosaa tai ihmisjoukkoa, josta tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita (Uusitalo 1997, 71). Tutkimuksemme perusjoukoksi valitsimme vuoden 2009 aikana kokoontuneen kivunhallintaryhmän. Ryhmä oli suljettu, ja koos-

tui sekä miehistä että naisista. Ryhmässä oli yhdeksän jäsentä. Tutkimusluvan anoimme keväällä 2010 Kymenlaakson sairaanhoitopiiriltä. Kaikille jäsenille esitimme toukokuussa 2010 kirjallisen kutsun saapua haastatteluun. Kirjeen mukana lähetimme myös haastattelun teemarungon (ks. liitteet 1 ja 2). Tarkoituksenamme oli kerätä koko tutkimusaineisto yhdellä kertaa tapahtuvassa teemaohjatussa ryhmähaastattelussa. Ensimmäiseen sovittuun haastattelutilanteeseen saapui kaksi haastateltavaa ja kolmannen haastateltavan kanssa sovittiin erillinen haastattelu-aika haastateltavan omasta pyynnöstä. Lopullinen otos muodostui siis satunnaisotokseksi. (Uusitalo 1997, 72). Otokseen ei saatu mukaan miehiä.

Tutkimusaineiston kerääminen tapahtui kevään ja syksyn 2010 aikana. Aineisto koostuu kolmesta henkilöstä, jotka osallistuivat kivunhallintaryhmään vuoden 2009 aikana. Haastattelutilanteissa olivat läsnä haastateltavat henkilöt sekä molemmat tutkijat. Yksi haastatteluista toteutui yksilöhaastatteluna, toinen parihaastatteluna. Keskustelu oli vapaata tutkimustilanteissa. Haastatteluissa käytettiin apuna teemarunkoa, joka ohjasi keskustelun tutkimuskysymysten ympärille (liite 2). Tutkijoiden tehtäväksi jäi ohjata keskustelu tarvittaessa takaisin tutkimuskysymysten ympärille sekä esittää lisäkysymyksiä. Haastattelutilanteet äänitettiin sanelukoneella.

5.3 Analysointi

Aineisto litteroitiin sanelukoneen nauhoilta. Saatu materiaali oli litteroituna noin neljäkymmentä A4-kokoista paperiarkkia. Molemmat haastattelut litteroitiin omiin asiakirjoihinsa. Saatu materiaali luettiin huolellisesti läpi ja teemoiteltiin tutkimusongelmien mukaan. Saaduista teemoista etsittiin yhtäläisyyksiä eli aineistoa tyypiteltiin vielä eteenpäin. (ks. Eskola – Suoranta 2000, 174–185) Molemmat tutkijat lukivat aineistot ensi itsekseen ja tekivät päätelmänsä ja sen jälkeen tulokset vedettiin yhteen. Näin saatiin mahdollisimman laaja tulkinta aineistosta. Tutkijoiden samansuuntaiset tulkinat lisäsivät luotettavuutta.

5.4 Luotettavuus

Haastateltava otos koostuu vain tietyistä ryhmästä, eikä tutkimukseen osallistuminen ollut pakollista haastatelluille. Tutkimuksesta saatava informaatio ei siis ole yleistettävissä kyseessä olevan ryhmän ulkopuolelle. Ryhmän aktiiviset kokoontumiset ovat päättyneet vuoden 2009 lopulla, joten kokemukset saattavat olla jonkin verran unoh-

tuneet. Ryhmähaastattelutilanne saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen, esimerkiksi siihen, miten todenmukaisesti uskalletaan toisten kuullen puhua. Ryhmähaastattelun luotettavuuteen vaikuttaa myös se, ovatko haastateltavat kaikki tasavertaisia vai onko heistä joku toisia dominoivampi (Eskola – Suoranta 1998, 97) Tilastolliseen edustavuuteen (Uusitalo 1997, 72) vaikuttaa mahdollisesti se, että lopullisen tutkimusotoksen tutkittavat edustivat kaikki samaa sukupuolta. Luotettavuuteen vaikuttaa myös otoksen koko, joka jäi ryhmän kokoon verrattuna pieneksi.

Luotettavuuden kannalta tärkeämpää on kerätyn aineiston laatu kuin määrä. Tutkijan täytyy varmistua siitä, että tulkitsee aineistossa ilmeneviä asioita samalla tavalla kuin haastateltavat ovat ne tarkoittaneet. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija itse on tärkeä tutkimusväline aineistoa tulkitessa. Tutkijan avoimuus aineistoa kohtaan koko tutkimusprosessin aikana on tärkeää. Laadullisen tutkimuksen vahvistuvuudella tarkoitetaan sitä, että saaduista tuloksista tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista samaa ilmiötä tutkivista tutkimuksista. (Eskola ym. 2000, 210–213)

Aineiston riittävää kokoa on laadullisessa tutkimuksessa lähes mahdotonta arvioida etukäteen. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi saturaatiota, jolloin riittäväksi aineistoksi katsotaan sellainen, jossa samansuuntaiset vastaukset alkavat toistua. (Eskola ym. 2000, 215) Tässä tutkimuksessa aineiston kokoon vaikutti alun perin pieni tutkimusjoukko josta vain vapaaehtoiset saapuivat haastateltaviksi. Tutkimusjoukko ei olisi kuitenkaan voinut olla isompi, sillä tässä tutkimuksessa haluttiin tutkia tiettyä suljettuna kokoontunutta kivunhallintaryhmää. Kerätyssä aineistossa oli havaittavissa saturaatiota, sillä tutkimuskysymyksiin saatiin erillisissä haastatteluissa samankaltaisia vastauksia.

Laadullisen tutkimuksen analyysin arvioitavuudella tarkoitetaan sitä, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä. Toistettavuudella tarkoitetaan analyysissä käytettyjen tulkinta- ja luokittelusääntöjen esittämistä yksiselitteisesti. Näin toinen tutkija voisi halutessaan samasta aineistosta tulkita samat asiat kuin alkuperäinen tutkija. (Eskola ym. 2000, 216)

5.5 Tutkimusetiikka

Tarvittavat tutkimusluvut hankimme ennen haastattelua. Tutkimusluvan anoimme Kymenlaakson sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä sairaanhoitopiirin menettelyjen

mukaisesti. Tutkimukseen osallistuminen oli tutkittaville vapaaehtoista. Ennen haastattelua lähetimme tutkittaville kipuhuoltajan välityksellä tervehdyksen, jossa esitimme itsemme, oppilaitoksemme, tutkimuksemme ja sen tarkoituksen. Annoimme yhteystietomme tutkittaville ja he saivat halutessaan ottaa suoraan tutkijoihin yhteyttä. Tutkittavien suostumus tutkimukseen varmistettiin suullisesti ennen haastattelun alkua. Halutessaan tutkittavat saivat myös poistua haastattelusta jos he kokivat tilanteen epämiellyttäväksi. Kaikki haastatteluista saatu materiaali tuhottiin analysoinnin jälkeen. Tutkimuksessa käytettyjä suoria lainauksia ei voida yhdistää tiettyyn henkilöön. Tutkittavien henkilöllisyyksiä ei kerätty missään vaiheessa, eikä myöskään heidän kipunsa lääketieteellisiin syihin liittyvää informaatiota.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Haastateltujen suhde kipuun

Keskustelu aloitettiin haastateltavien suhteesta kipuun. Ennen kivunhallintaryhmää ryhmäläiset kokivat kivun pelottavana ja lamauttavana. Kipu teki heistä ”erilaisia”, toiset ihmiset saattoivat kohdella heitä kuten vammaisia. Kipuun etsittiin lopullista ratkaisua, joka poistaisi kivun kokonaan. Itsemurha-ajatuksia ja kuolemantoivoa oli ollut lähes jokaisella ryhmän jäsenellä. Kuolema koettiin ainoana porttina pois kivusta.

Haastatellut olivat niin väsyneitä kipuun, ettei heillä ollut juuri ennakko-odotuksia ryhmän suhteen. Pienikin helpotus oli tervetullutta.

Keskustelun edetessä haastatellut kertoivat, että vuoden kivunhallintaryhmän jälkeen kipua ei enää koettu pelottavana asiana. Kivun koettiin väistyneen taka-alalle, eikä se enää hallinnut elämää, vaikka se edelleen olikin olemassa. Haastatellut onnistuivat rikkomaan ahdistavien ajatusten kehän ja hyväksymään kivun henkilökohtaisena ominaisuutenaan. Mielialan koettiin myös ryhmän myötä kokonaisuutena kohentuneen ja haastatellut lopettivat myös itsemurhan hautomisen. Haastatellut eivät enää itse kokee olevansa ”vammaisia”, vaikka ulkopuoliset henkilöt heidät näkisivätkin toimintakyvyltään heikompina.

”Muitten mukana sanotaan että, ... pääsee niinku takas siihen, ei samaan kohtaan mis on ollu mut niinku, et voi ajatella niin et se kipuihminen on kuitenkin loppujenlopuks se sama ihminen mikä ennen sairautta on ollu.”

Haastatellut kokivat, että ryhmästä saatiin myös itsevarmuutta oman kivun hallitsemiseen. Eräs haastateltu kertoi:

”Et sanotaan et sit enemmänki oli kiinni sinne sairaalaan ja niihin sairaanhoitajiin. Et nyt niinku pärjää silleen niinku tietää että ei nekään voi auttaa minuu tän enempää. Et sanotaan et siihen tuli se vahvuus, et kylhä sie itekseeki pärjää.”

6.2 Kivunhallintaryhmän vaikutus haastateltujen kivunhallintakykyyn

Jokainen haastateltu koki saaneensa paljon tietoa kivusta ryhmän kautta. Saatu tieto edesauttoi kivun hyväksymistä ja lisäsi turvallisuuden tunnetta. Vaikka kipua ei saada pois, sen kanssa voi elää. Kroonisesta kivusta saatu tieto myös rauhoitti ryhmäläisiä, he eivät enää etsineet ihmeperannusta kipuunsa. Haastatellut kuvasivat erittäin tärkeäksi sitä hetkeä, jolloin he ymmärsivät kroonisen kivun pysyvän luonteen. Vaikka ryhmässä oli hyvin eri taustaisia kipupotilaita, haastatellut kuvailivat kaikkien saaneen vastaukset kysymyksiinsä. Saadun tiedon hyväksymisestä tuli osa kivunhallintaa. Eräs haastateltu kertoi:

” Mut kipuryhmä anto mulle sen tiedon että miten sen kivun kaa eletään. Ei se kipu lähe mihkään vaan se kun päähän tulee tieto ja sen hyväksyy sen tiedon että istut sie nyt täs vuoden tai kaks ei se lähe mihkää vaa sie opit elämää sen kivun kaa. ... Ja se oli valtava apu ja tieto kun tajus että sie vaan opettelet elämää sen kivun kaa.”

Ryhmästä itsestään tuli haastatelluille keino hallita kipua. Se toimi kanavana, jota myöten negatiiviset ajatukset pystyttiin kanavoimaan turvallisesti ulos. Ryhmään haluttiin mennä sekä hyvinä että huonoina päivinä, ja se oli jotain mitä odottaa innolla.

Ryhmässä tehdyt kivunhallintaharjoitukset jakoivat mielipiteitä. Yksi haastatelluista ei pitänyt harjoituksista ja kertoi luistaneensa niiden tekemisestä. Kaksi muuta haastateltua kertoivat saaneensa harjoituksista apua kivunhallintaan. He kokivat pääsevänsä kivun yläpuolelle rentoutumisharjoitusten avulla. Kaikki haastatellut kuitenkin kokivat yhteisten harjoitusten ja kivunhallintakirjan olleen tärkeä ja selkiyttävä osa ryhmää.

Lääkkeettömän kivunhallintakyvyn paraneminen vähensi myös kipulääkkeiden käyttöä. Tämä koettiin hyväksi, sillä ainakin yksi haastateltu kärsi melko hankalista sivu-oireista kipulääkkeitä käyttäessään.

6.3 Ryhmän merkitys haastatelluille

Kivunhallinnan kehityttyä haastateltujen sairaalakäynnit vähenivät. Haastateltujen suhtautuminen sairaalahoitoon muuttui saadun tiedon myötä, he hyväksyivät sen, että sairaalassakaan ei kipua kokonaan saada pois.

Yksi haastatelluista oli työkyvyttömyyseläkkeellä ja kaksi edelleen työelämässä. Työelämässä olevat haastatellut kokivat ryhmän myötä jaksavansa työelämän paineita paljon paremmin. Työtä pidettiin asiana, jonka avulla pysyttiin vielä ulkopuolisessa maailmassa mukana. Ryhmän kautta saatiin arvokasta tietoa erilaisista kuntoutuksista ja mahdollisuuksista hakea rahallista tukea sairaslomien varalle ja niin edelleen. Haastatellut saivat epävirallista tukea esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen kanssa asioimiseen toisiltaan. He hyödynsivät tehokkaasti toisten kokemuksia ja tietämystä.

”Eli sanotaa että ton ryhmän kaa oli hyvä asia se että itellään on ollu pohjaa niist kommervenkeist nii siel sä voit auttaa muita ja sanoo että miten niinku voidaa päästä eteenpäin ja helpommalla.”

Ryhmästä saatu vertaistuki kuvailtiin korvaamattomaksi. Haastatellut kokivat, että ulkopuoliset eivät ymmärrä heidän kipujaan, tunteitaan ja ajatuksiaan. Yhteiskunnan koettiin luokittelevan kipupotilaat vammaisiksi, ja eräs haastateltu oli täysin uupunut taistelemaan toimeentulonsa puolesta. Haastateltuja helpotti nähdä muitakin ihmisiä samassa tilanteessa. Ryhmäläisten välit olivat lämpimiä, ja he pystyivät turvautumaan toisiinsa myös ryhmän ulkopuolella. Kokoontumisiin haastatellut halusivat mennä siitä huolimatta, olivatko he hyvällä vai huonolla tuulella. Ryhmä koettiin hyväksyväksi ja siellä uskallettiin olla omana itsenä. Kokoontumiset olivat myös syy poistua kotiympyröistä, joista haastatellut eivät ennen ryhmää juuri jaksaneet poistua:

”... mun mielestä ihan oleellist oli että löys sellasii ihmisii ketkä ymmärtää siitä kivusta jotai. Sun on vaikea puhua ihmisille jotka niinku ei edes tiedä mitään siitä särystä.”

Keskustelut toisten samassa tilanteessa olevien kanssa vähensivät tarvetta puhua kivusta ja siihen liittyvistä asioista kotona, ja tämän haastatellut kokivat yksityiselämää helpottavana asiana. Haastateltujen ei tarvinnut todistella ja selitellä kipujaan sellaiselle, joka ei niitä ymmärtänyt, vaan he pääsivät purkamaan tuntojaan kivunhallintaryhmän sisällä. Kipu oli ryhmäläisiä yhdistävä tekijä, vaikka sen syy olikin jokaisella erilainen:

”... sehä on ihan tylsä ihminen sellanen joka sanoo aina et ”Kauheet ku minuu koskee”. Ei kukaan jaksa sellasen kaa.”

6.4 Kivunhallintaryhmän kehittämiskohtia

Haastatellut sanoivat, että kivunhallintaryhmä oli prosessi, jonka myötä he oppivat hyväksymään kipua. Tämän takia heidän mielestään oli hyvä, että ryhmä kesti tietyn määräraajan. Toisaalta he kertoivat jäävänsä kaipaamaan jatkuvuutta ja mahdollisuutta kokoontua jatkossakin esimerkiksi avoimessa ryhmässä. Toisista ryhmäläisistä ja heidän jaksamisestaan huolehdittiin ryhmän ulkopuolellakin. Tästä syystä haastatellut toivoivat tapaamisia harvakseltaan myös varsinaisen vuoden kestäneen ryhmän jälkeen:

*”Tuntu että jää ihan tyhjälleen yhtäkkiä et ”kauheeta et mitäs miä nyttten, mitäs jos mul tulee huono päivä, mitäs mie sitten, sit mul ei oo enää ketää kun koton ei voi...”
Pitää olla joku muu ku se (koti) aina.”*

Kivunhallintaryhmän kesto jakoi mielipiteitä. Yksi haastateltu koki vuoden pituisen ryhmän sopivana, kaksi muuta olisivat toivoneet puolitoista vuotta tai kaksikin vuotta kestävä ryhmän. Haastatellut olivat sitä mieltä, että tapaamiset olisivat voineet aluksi olla tiheämmin kuin joka toinen viikko, sillä tiedonjano oli aluksi suuri.

Käytetty kirjallinen materiaali koettiin hyvänä, joskin sen käyttöä toivottiin vähemmäksi. Työelämässä olleet haastateltavat eivät aina löytäneet aikaa tehdä ryhmässä saatuja kotitehtäviä töiden jälkeen, ja tästä muodostui lieviä paineita. Kirja oli kuitenkin heidän mielestään hyvä pohja etenemiselle. Haastatellut arvelivat, että ilman kirjaa ryhmä olisi jämähtänyt paikalleen.

7 POHDINTA

Haastatellut kokivat ryhmän positiivisena prosessina, joka antoi paljon keinoja kivunhallintaan sekä erittäin arvokkaaksi koettua vertaistukea. Ryhmä oli koettu ”henkireiäksi”, jonka avulla päästiin arjessa eteenpäin kivusta huolimatta. Kivunhallintaryhmä tuki haastateltujen itsetuntoa, ja ryhmän jälkeen he kokivat pärjäävänsä kivun kanssa riippumattomampina terveydenhuollon palveluista. Haastatellut kokivat ryhmän vaikutukset kivunhallintakykyynsä niin hyvinä, että he suosittelivat kivunhallintaryhmää jokaiselle kroonisesta kivusta kärsivälle potilaalle.

Pekka Mäntyselän ja kumppanien tutkimuksen (2002) mukaan krooninen kipu on yhteydessä huonommaksi koettuun omaan terveyteen ja masennuksen tyyppeihin oireisiin. Monien ryhmäläisten ajatukset ennen kivunhallintaryhmää olivat katastrofaalisia ja erittäin ahdistavia. (Estlander 2003, 79–84) Tutkimuksessamme havaitsimme kivunhallintaryhmän vahvistaneen haastateltujen voimavaroja, he eivät enää kokeneet olevansa niin sairaita, vaikka kipu voimakkuudeltaan olisikin ennallaan. Kivunhallintaryhmä vahvisti myös haastateltujen psyykkistä vointia antamalla itsevarmuutta oman kivun hallitsijana. Lisäksi ryhmästä saatu vertaistuki koettiin arvokkaaksi henkisen jaksamisen kannalta. Ryhmän voi nähdä vähentäneen kipupotilaiden yksinäisyyttä.

Mäntyselän toisen tutkimuksen mukaan (1998) krooninen kipu on merkittävä syy joko väliaikaiseen tai pitkäaikaiseen työkyvyttömyyteen. Tässä tutkimuksessa havaitsimme kivunhallintaryhmän olleen tärkeä tukipilari työelämässä olleille haastatelluille. He kokivat kivunhallintaryhmän olleen avain työssä jaksamiseen. Toisaalta ryhmästä sai myös tukea sairasloman ajalla ja työkyvyttömyyseläkettä koskeviin kysymyksiin.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian eräänä tavoitteena on rikkoa vanhat negatiiviset ajatusmallit ja antaa elämälle uusia merkityksiä. (Farm 2009, 14). Tutkituskohteena olleen kivunhallintaryhmän tarkoituksena oli opettaa kivun hallintaa ja hyväksymistä eikä lopullisesti poistaa kipua. Haastatellut kokivat ryhmän avulla ”selättäneensä” kivun. Kipu oli edelleen olemassa, mutta haastateltu ohjasi itse omaa elämäänsä kivun sijasta. Kiputuntemus itsessään lakkasi olemasta haastatelluille pelottava kokemus. Tutkimuksen tulosten perusteella haastatellut oppivat hyväksymään kipunsa ja tätä kautta heidän elämänlaatunsa parani. Samansuuntaista tietoa on saatu aiemmissa tutkimuksissa. McCracken lainaa tutkimuksessaan (1997) Arntzia ja Schmidtiä (1989), joiden mukaan saavutetulla kivunhallintakyvyllä on positiivisia vaikutuksia elämän-

laatuun, sekä Jacobia ja kumppaneita (1993), joiden mukaan kivun hyväksyminen on osa tyydyttävää elämänlaatua.

Erityisesti kivunhallintaryhmästä saatu tieto kivusta ja kivunhallinnasta koettiin tutkimuksessamme avaimeksi kohti oman kivun hallintaa. McCracken lainaa tutkimuksessaan (1997) Rothbaumin (1982) ajatusta jonka mukaan tarkat selitykset ja syyt kivulle voivat olla potilaille edellytys kivun hallinnalle ja hyväksymiselle. Mielestämme tiedon ymmärrettävyyteen vaikuttaa se, että tietoa antaa sairaanhoitaja. Potilaat kokevat hoitajan helposti lähestyttäväksi, ja lisäksi hoitajalla on usein mahdollisuus viettää potilaan kanssa enemmän aikaa kuin lääkäriellä. Hoitajalta uskalletaan kysyä lisäkysymyksiä, jos asiaa ei heti ymmärretä. Käytännön kokemuksemme on osoittanut sairaan tai terveydenhoitajan toimivan toisinaan ”tulkkina” lääkärin ja potilaan välillä. Nykyinen koulutusjärjestelmämme takaa myös sairaan- ja terveydenhoitajille hyvän ammattitaidon. Samansuuntaisia ajatuksia on esitetty myös Salanterän ym. teoksessa Kivun hoitotyö (2006).

Vuoden ajan säännöllisesti kokoontunut ryhmä koettiin hyväksi. Haastatellut tarvitsivat aikaa kiputiedon omaksumiseen ja niiden harjoitteiden löytämiseen, jotka he kokiivat omimmaksi. Myös McCracken esittää tutkimuksessaan (1997) kroonisen kivun hyväksymisen ja hallintakyvyn jatkuvana, pitkänä prosessina. Suljetun ryhmän päätymisen jälkeen haastatellut halusivat edelleen pitää kivunhallintaryhmän turvaverkkonaan. Olemme samaa mieltä haastateltujen kanssa siitä, että suljetun ryhmän jälkeen hoidon jatkuvuus tulisi turvata mahdollisuudella osallistua avoimeen ryhmään.

Tutkimuksen aiheesta löysimme melko vähän suomenkielistä materiaalia tai Suomessa tehtyjä tutkimuksia. Suomessa toimivia kivunhallintaryhmiä olisi kuitenkin hyvä tutkia enemmän, jotta saataisiin juuri Suomen oloihin sovellettavaa tietoa. Lisäksi jatkossa olisi tärkeää saada mukaan miespotilaiden näkökulmaa. Tähän tutkimukseen ei valitettavasti osallistunut miehiä. Avoimia ja suljettuja kivunhallintaryhmiä olisi hyvä vertailla sekä tutkia sitä, toimiiko avoin ryhmä hyvänä jatkeena suljetulle ryhmälle. Jatkossa voitaisiin myös vertailla lääkehoidon ja kognitiivisen terapian vaikutuksia kivunhallintaan.

Mielestämme hyvä kivunhoito on jokaisen yksilön oikeus. Kipu on pahimmillaan koko elämää hallitseva tunne ja mielentila. Mielestämme hyvä kivunhoito ja -hallinta parantavat kipupotilaan elämänlaatua. Riittävän kivunhoidon ja avun saatuaan kipupo-

tilaiden voidaan myös olettaa kuormittavan vähemmän terveydenhuollon järjestelmää. Kroonisesta kivusta kärsivät potilaat voivat hoidon turvin jatkaa työelämässä. Arvelemme, että nyky-yhteiskunnassa jokainen työvuosi on arvokas ja sairaseläkkeelle jääminen on yhteiskunnalle kallista. Työelämä antaa ryhtiä päivittäiseen elämään ja parantaa itsetuntoa. Työelämässä on mahdollista kehittää myös sosiaalista verkostoa. Mielestämme kivunhallintaryhmä olisi tärkeä palvelu jokaisessa erikoissairaanhoidon tarjoavassa sairaalassa.

Kuten Salanterä ym. toteavat teoksessaan Kivun hoitotyö (2006), on sairaan- tai terveydenhoitaja usein kipupotilasta lähin terveydenhuollon ammattilainen. Kipupotilaat tukeutuvat sairaan- tai terveydenhoitajaan ja hakevat häneltä tietoa. Kognitiivisen terapian ajatuksiin perustuva kivunhallintaryhmä on sellaista työtä, jota sairaan- tai terveydenhoitaja voi tehdä melko itsenäisesti. Tutkimuksemme tulosten perusteella tällainen ryhmä on erittäin tärkeä kipupotilaille sekä tämän tutkimuksen valossa sillä on myös merkitystä kivunhallintakyvyn kasvamisessa.

LÄHTEET

- Abu-Saad, H. - Coyle, N. - Fothergill-Bourbonnais, F. – Davis, G. – Idvall, E. – Johnston, C. – Lai, Y-H. – Onibokun, A. – Paice, J. - Quinn, R. – Seers, K. – Thomm, M. - Walker, J. – Watt-Watson, J. 2006. Outline Curriculum on Pain for Schools of Nursing (2nd Edition). International Association for the study of Pain. Saatavissa: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Nursing>. [viitattu 21.9.2010].
- Bjålie, J. – Haug, E. – Sand, O. – V.Sjaastad O. – Toverud, K. 1999. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.
- Brattberg, G. 2001. Kipumestarin työkalut. Rovaniemi: Lapin kipupotilasyhdistys Ry.
- Clarke, K. – Iphofen, R. 2007. Accepting Pain Management or Seeking Pain Cure: An Exploration of Patient's Attitudes to Chronic Pain. Pain Management Nursing, Vol. 8, No 2 (June), 2007, 102-110. Saatavissa: <http://www.kyamk.fi/Palvelut/Kirjasto-%20ja%20tietopalvelut/Elektroninen%20kirjasto>. ScienceDirect. [viitattu 3.4.2011].
- Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Eskola, J. – Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WS Bookwell Oy.
- Farm, M. 2009. Apua kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. Basam Books.
- Haanpää, M. – Kalso, E. – Vainio, A. (toim.). 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Kähkönen, S. - Karila, I. - Holmberg, N. 2008. Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim.
- Lehto, S. – Tolmunen, T. 2008. Onko tietoisuustaitojen harjoittelulla terveysvaikutuksia? Lääkärilehti 2008/63(1-2), 41–45.

McCracken L.M. 1997. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 74/1998, 21 - 27. Saatavissa:

<http://www.kyamk.fi/Palvelut/Kirjasto->

[%20ja%20tietopalvelut/Elektroninen%20kirjasto](http://www.kyamk.fi/Palvelut/Kirjasto-%20ja%20tietopalvelut/Elektroninen%20kirjasto). ScienceDirect. [viitattu 14.5.2011].

Merskey, H. – Bogduk, N. toim. 1994. *Classification of Chronic Pain, Second Edition. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage*, sivut 209-214. Seattle: IASP Press.

Mäntyselkä, P. 1998. *Kipupotilas terveystieteissä. Väitöskirja*. Kuopion yliopisto.

Mäntyselkä, P. – Turunen, J. – Ahonen, R. – Kumpusalo, E. 2003. Chronic Pain and Poor Self-Related Health. Artikkelilehti *Journal of the American Medical Association* 12/2003, Vol 290, No 18. Saatavissa: <http://jama.ama-assn.org/content/290/18/2435.full.pdf+html>. [viitattu 7.1.2011].

Riihinen, O. 1996. Elämäntilanteen erittelyä ja ongelmia. Teoksessa *Elämäntilanteen erittelyä ja ongelmia*, toim. Raitasalo, R. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Helsinki.

Sailo, E. – Varti, A-M. 2000. *Kivunhoito*. Tampere: Tammerpaino Oy.

Salanterä, S – Hagelberg, N – Kauppila, M. – Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. WSOY oppimateriaalit Oy.

Krooninen kipu. Toimintakyvyn arviointi. 2008. Työeläkevakuuttajat TELA ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa:

www.tela.fi/data/userpdf/KrooninenKipu.pdf. [viitattu 30.4.2011].

Uusitalo, H. 1997. *Tiede, tutkimus ja tutkielma – johdatus tutkielman maailmaan*. Juva: WSOY.

Vowles, K. – Loebach Wetherell, J. – Sorrel, J. 2008. Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cognitive and Behavioral Practice* 16/2009, 49 - 58. Saatavissa: <http://www.kyamk.fi/Palvelut/Kirjasto->

[%20ja%20tietopalvelut/Elektroninen%20kirjasto](http://www.kyamk.fi/Palvelut/Kirjasto-%20ja%20tietopalvelut/Elektroninen%20kirjasto). ScienceDirect. [viitattu 7.1.2011].

Walle, P. 1999. Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Olemme kaksi terveydenhoitaja/sairaanhoitajaopiskelijaa Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teemme sairaanhoitajatutkintoon liittyvää opinnäytetyötä kivunhallintaryhmän merkityksestä ryhmäläisten kivunhallinassa ja elämässä.

Opinnäytetyötä varten tehdään tutkimus, johon Sinulla on halutessasi mahdollisuus osallistua. Tutkimusta varten tulemme etukäteen sovittuna ajankohtana haastattelemaan niin montaa Teistä ryhmän jäsenistä kuin mahdollista. Haastattelu on tarkoitus toteuttaa ryhmähaastatteluna, jolloin itse tilanteessa ovat läsnä kaikki tutkimukseen osallistuvat kivunhallintaryhmän jäsenet, tutkijat eli me kaksi ja mahdollisesti myös kipuhoitaja. Ryhmähaastattelussa on tarkoitus keskustella ja vaihtaa mielipiteitä ennakkoon valituista aiheista, jotka ovat ohessa liitteenä. Haastattelutilanteessa käytämme apuvälineenä nauhuria, jolla syntynyt keskustelu tallennetaan. Kipunne syyhyn liittyviä sairausluokituksia ja diagnooseja emme kerää.

Haastattelun aikana nauhoittamamme nauhat tulemme myöhemmin kuuntelemaan ja analysoimaan. Analysoinnin jälkeen kaikki haastatteluista jäänyt materiaali tuhoaan. Kerättyä haastattelumateriaalia ei meidän kahden lisäksi käsittele kukaan muu.

Olemme vaitiolovelvollisia kuulemistamme asioista. Toivomme myös, että haastattelemaan osallistuvat toimivat samalla periaatteella.

Kokemuksesi on tärkeä!

Ystävällisin terveisin

Alina Puro, puh.

Hanna Sydänmaanlakka, puh.

opiskelijat HT08K-ryhmä

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

1. Millainen oli potilaiden kokemus oman kivunhallinnan muutoksesta ryhmässä?
 - a. Millä tavalla suhteenne kipuun on muuttunut? Koetteko kivun nyt erilaisena – jos, niin millaisena?
 - b. Millä tavalla kivunhallintakykynne lisääntyi? Jos käytitte kivunhallintaryhmässä tehtyjä harjoitteita itsenäisesti kivunhallintaan, missä ja millaisissa tilanteissa tämä tapahtui?
2. Millaisia muita merkityksiä ryhmällä oli?
 - a. Kuvailkaa lyhyesti millaisia odotuksia teillä oli? Millä tavalla ne toteutuivat?
 - b. Millainen merkitys toisten samassa tilanteessa olevien tapaamisella oli?
3. Kehittämisaikatuksia ja -ehdotuksia kivunhallintaryhmää koskien
 - a. Oliko ryhmänä kokoontuminen mielestänne hyvä idea?
 - b. Mitä olisitte toivoneet ryhmään enemmän, mitä vähemmän?
 - c. Oliko tapaamisia sopiva määrä?