

KROONISEN KIVUN HOITAMINEN MANUAALISELLA LYMFATERAPIALLA

Kolme tapauskertomusta

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2009
Raisa Rautio

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan laitos

RAISA RAUTIO: Kroonisen kivun hoitaminen manuaalisella lymfaterapialla. Kolme tapauskertomusta.

Fysioterapian opinnäytetyö, 38 sivua, 3 liitesivua

Kevät 2009

TIIVISTELMÄ

Krooninen kipu on vaikea asia klassisen lääketieteen alueella. Moniammatillista hoitoa on alettu viime aikoina pitää ainoana todella vaikuttavana hoitomuotona. Tuohon moniammatillisuuteen kuuluu myös lymfaterapia, mutta kivun suhteen sen vaikutuksia on tutkittu vähän. Vähitellen lääkärit ovat heränneet huomaamaan lymfaterapian suotuisat vaikutukset myös muun kuin imusuonistosta itsestään johtuvissa sairauksissa. Ortopedisten leikkausten jälkeinen turvotus viivästyttää tehokasta liikehoitoa ja tuo mukanaan myös kipua. Turvotus puristaa kudosta estäen kudoksen tervehtymistä edellyttävän verenkierron. Kipu aiheuttaa erinäisten kemiallisten reaktioiden takia turvotusta myös hermokudokseen itseensä, joka ärsyyntyy ja tuottaa itsessään kipua. Tämä voi edesauttaa kivun kroonistumista.

Tässä opinnäytetyössä haluan hankkia suuntaa-antavaa tietoa manuaalisen lymfaterapian vaikutuksesta krooniseen kipuun. Haluan myös löytää uusia välineitä manuaalisen lymfaterapian vaikutusten arviointiin kokeilemalla tässä työssä käytetyn tutkimuslomakkeen toimivuutta kroonisen kivun tutkimisen suhteen.

Tämä opinnäytetyö on pikemminkin esitutkimus kuin varsinainen vaikuttavuustutkimus. Suuntaa-antavaa tietoa kuitenkin nousee tutkimusaineistosta esille tämänkaltaisen hoitomuodon eduista kroonisen kivun hoitamisessa. Tässä opinnäytetyössä yhtenä tapauksena ollut kroonisesta hammassärystä kärsivä nainen ei ole aiemmin saanut manuaalista lymfaterapiaa kipuunsa. Tulosten valossa hän näyttäisi kuitenkin hyötynneen eniten saamastaan hoidosta, samoin kuin kroonisesta selkäkivusta kärsivä mies.

Esitetyn kaltainen tutkimuslomake kivun mittaamiseen juuri lymfaterapian ollessa kyseessä näyttää tuovan esille oikeita kivun kuvaamiseen liittyviä asioita. Ennen kuin tämän kaltaista lomaketta voi ottaa käyttöön, se vaatii vielä paljon muokkaamista selkeämmäksi ja nopeammaksi tulkita, jos se halutaan kliiniseen käyttöön yksityisellä sektorilla.

Manuaalisen lymfaterapian vaikutuksia krooniseen kipuun tulisi tutkia suuremmalla tutkimusaineistolla sekä moniammatillisemmalta pohjalta.

Avainsanat: manuaalinen lymfaterapia, krooninen kipu

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of Social and Health Care
Degree Programme in Physiotherapy

RAISA RAUTIO: Treating chronic pain with manual lymphtherapy.
Three cases.

Bachelor's Thesis in Physiotherapy

38 pages, 3 appendixes

Spring 2009

ABSTRACT

Chronic pain is a difficult issue in the field of modern classical medical science. Multiprofessional rehabilitation has been considered lately as the only truly efficient treatment. One element of that multiprofessionalism is manual lymph drainage, the assessed effects of it on chronic pain are scarce. Little by little the physicians have been noticing the prosperous effects of manual lymph therapy on other disorders, not only those considering lymph vessels.

Post-operational swelling after orthopaedic treatments delays efficient exercise therapy and causes pain. The swelling constricts the tissue prohibiting the healing blood circulation. Due to the varifying chemical reactions the existing pain causes a slight oedema around the nerve tissue and irritates it generating more pain. This may lead to chronic pain.

The aims of thesis are

1. to illustrate possible positive effects of manual lymph drainage on chronic pain.
2. to find new methods to assess and evaluate the effects of the manual lymph drainage.

I have treated with manual drainage therapy three persons who suffer from chronic pain and I have described their experiments during the intervention. The first case is suffering from fibromyalgia, the second from chronic dental pain and the third from chronic low back pain. As equipments of study I have used half-structural questionnaire form with VAS-line (visual analogic scale), open questions and a pain diary.

This thesis is merely a pre-study on the subjects than a real causal study. The results show that manual lymph drainage may have positive effects on chronic dental pain and chronic low back pain. The half-structural questionnaire form proved to be somewhat usable, but it needs to be developed in to more precise form.

Much more research needs to be done among the effects of manual lymph drainage.

Key words: manual lymph drainage, chronic pain

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 1 |
| 2 | KÄSITTEET | 2 |
| 2.1 | Lymfaterapia | 2 |
| 2.2 | Kipu | 3 |
| 2.2.1 | Kivun kroonistuminen | 6 |
| 3 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS | 7 |
| 4 | TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO | 7 |
| 4.1 | Tapaus- eli casetutkimus | 7 |
| 4.2 | Tutkittaviin tapauksiin liittyvä tietoperusta | 9 |
| 4.2.1 | Fibromyalgia | 10 |
| 4.2.2 | Krooninen hammassärky | 12 |
| 4.2.3 | Krooninen selkäsärky | 12 |
| 4.3 | Aineiston hankinta | 13 |
| 4.3.1 | Tutkittavien valinta | 13 |
| 4.3.2 | Tutkimuslomake | 14 |
| 4.3.3 | Kipupäiväkirja | 14 |
| 4.4 | Aineiston analyysi | 15 |
| 5 | INTERVENTIO | 16 |
| 5.1 | Tutkittava A | 16 |
| 5.2 | Tutkittava B | 19 |
| 5.3 | Tutkittava C | 21 |
| 6 | TULOKSET | 23 |
| 6.1 | Intervention kertomaa | 23 |
| 6.1.1 | Tapaus A | 24 |
| 6.1.2 | Tapaus B | 26 |
| 6.1.3 | Tapaus C | 28 |
| 7 | POHDINTA | 29 |
| 7.1 | Luotettavuuden, pätevyyden ja eettisyyden tarkastelu | 29 |
| 7.2 | Tulosten tarkastelu | 31 |

| | | |
|-----|---|----|
| 7.3 | Oman oppimisen arviointi ja ammatillisuus | 32 |
| 8 | YHTEENVETO | 34 |
| | LÄHTEET | 35 |

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyön lähtökohtana on kuvailla lymfaterapian vaikutusta krooniseen kipuun. Tarkasteltavana on kolme erilaista ihmistä, joilla kaikilla on oma kokemuksensa kroonisesta kivusta. Fysioterapeutti kohtaa työssään usein ihmisiä, jotka kärsivät pitkittyneestä kivusta, joka ei hellitä, vaikka ongelman aiheuttajana oleva tuki- ja liikuntaelimestön häiriö saadaankin hoidetuksi.

Krooninen kipu on tuki- ja liikuntaelimestön sairauksissa yleinen vaiva. Sitä pyritään hoitamaan moniammatillisesti siellä, missä siihen resursseja on. Kaikki eivät kipupoliklinikoille pääse, vaan kärsivät kivuistaan kaikessa hiljaisuudessa. Särky- ja lääkkeiden pitkäaikainen käyttö johtaa usein vatsa- ja suolisto-ongelmiin, yliherkkyysreaktioihin, lisääntyvään verenvuototaipumukseen sekä munuaisten että munuaisten vajaatoimintaan. Myös fyysistä riippuvuutta ja vieroitusoireita esiintyy, etenkin opioidien käytössä. (Kalso & Vainio 2004, 127 – 139.)

Vaurioituneeseen kudokseen syntyy turvotusta lisääntyneen verenkierron takia ja tämä taas lisää erilaisten kipua aiheuttavien kemiallisten aineiden vapautumista kudokseen (Kouri & Airaksinen 2001, 17). Samalla voidaan todeta myös kuona-aineiden poistumisen imunestevirtauksen kautta hidastuvan ja osittain estyvän (Földi & Kubik 1993, 401).

Lymfaterapiaa on usein tutkittu yhteydessä turvotukseen, joka voi esiintyä missä kehon osassa tahansa. Suurin osa tutkimuksista liittyy rintasyövän kirurgisen hoidon jälkiseurauksiin tai muihin laajoihin kirurgisiin toimenpiteisiin. Näihin kaikkiin voi liittyä myös kroonista kipua, joka usein tutkimuksissa on vain lyhyelti mainittu. Suomessa manuaalisen lymfaterapian vaikutuksia kipuun ei ole juurikaan tutkittu.

Kaikkia tutkimukseeni osallistuneita ihmisiä olen hoitanut ensin lääkärin hoito määräyksen mukaisesti fysioterapeuttisin menetelmin, joihin kuuluu yksilöllinen

terapeuttinen liikehoito, nikama- ja nivelkäsittely, hermokudoksen liikkuvuuden parantaminen ja pehmytkuduskäsittely. Kaikille heille oli jo ennen hoitoon tuloa tuttua pitkittynyt kipu yhteydessä tuki- ja liikuntaelimestön häiriöön. Kroonistuneeseen kipuun ei ole keskitytty aiemmin kahden tutkittavan tapauksessa. Yksi tutkitavista tapauksista on ollut kipupoliklinikalla hoidettavana, mutta hoito on ollut lähinnä lääkehoitoon liittyvää. Kukaan tutkittavista ei ole aiemmin saanut lymfaterapeuttista hoitoa.

2 KÄSITTEET

2.1 Lymfaterapia

Lymfasuoniston ja sen toiminnan ”löysi” 1930-luvulla tanskalainen Emil Vodder. Hän kehitti manuaalisen lymfahieronnan, jota alkujaan mainostettiin uutena valkankumouksellisena ihonhoitona. Modernista lymfaterapiasta on tullut kuitenkin jotain ihan muuta. Koulutetut lymfaterapeutit, joilla on terveydenhuollon peruskoulutus (esim. fysioterapeutti, kuntahoitaja tai sairaanhoitaja), hoitavat pääasiallisesti turvotusta ja joskus myös kipua. Klassisia taudinkuvia, joita lymfahoidon kokonaisuudella (LYKO) hoidetaan, ovat 1. lymfaödeema, 2. lipödeema, 3. flebödeema ja 4. posttraumaattinen ja postoperatiivinen ödeema sekä eräät muut sairaudet/tilat, joissa esiintyy valkuaisainerikasta turvotusta. Manuaalinen lymfaterapia on indisoitu aina, kun kyseessä on steriili tulehdustila. (LYKO-kurssimateriaali 1998.)

Lymfahoidon kokonaisuuteen kuuluu kokonaisuudessaan neljä osa-aluetta, manuaalinen lymfahieronta, lymfavirtausta eli imunestevirtausta tukevat ja fasilitoivat sidokset, liikehoito ja ihon hoito. Lymfaterapeutti huolehtii lymfahieronnasta ja sidoksista sekä ohjaa asiakkaan aktiivisesti huolehtimaan liikehoidosta ja ihonhoidosta. Kaikki osa-alueet tähtäävät lymfavirtauksen kohenemiseen sekä mahdol-

listen heikentyneestä lymfavirtauksesta johtuvien komplikaatioiden ehkäisyyn (esim. erysipelas- tulehdus).

Manuaalisella lymfahieronnalla pyritään imusolmukkeita kohti tehtyjen pumppaavien liikkeiden avulla johtamaan soluvälitilassa oleva turvotusta aiheuttava neste (valkuaisaineköyhä tai valkuaisainepitoinen) imusuonia pitkin laskimoverenkiertoon. Laskimoverenkierrosta ylimääräinen neste poistuu pääasiallisesti virtsana, mutta myös hikoilun, suolistomassan, syljen ja kyynelten erityksen kautta kehosta pois. Erona muihin hierontamenetelmiin manuaalisessa lymfahieronnassa ihoa siirretään kevyesti, sitä ei pingoteta. Onnistuneen hoitotuloksen kannalta on erittäin tärkeää, että raajan hoito aloitetaan aina läheltä vartaloa (proksimaalisesti) ja edetään hitaasti yhä kauemmas vartalosta raajan ääriosiin (distaalisesti). (LYKO-kurssimateriaali 1998.)

Manuaalisen lymfaterapian vaikutus perustuu ultrafiltraatio-ilmiöön kudoksessa. Ultrafiltraatio on verenkiertoon liittyvä prosessi, jolloin huolehditaan kudoksen ravinnonsaannista ja kuona-aineiden (kuten maitohappo, kuolleet solut) poistosta. Ultrafiltraatio lisääntyy kudoksessa esim. kudosisäilytyksen takia. Tällöin lisääntynyt valtimoverenkierto huolehtii vaurioituneen kudoksen lisääntyneestä hapentarpeesta ja sidekudossolujen kuljetuksesta vaurioituneelle paikalle. Soluaineenvaihdunta tapahtuu hiusverisuoniston alueella. Laskimoverenkierron kapasiteetti ei voi lisääntyä, lisääntynyt nestemäärä kudoksessa joudutaan huolehtimaan pois sekä laskimoverenkierron että alkuimusonien kautta. (Földi, Kubik 1993, 219 -225.)

2.2 Kipu

Kipu on kehon varoitus siitä, että kehossa on jotain vialla. Elimistö alkaa reagoida viestiin pyrkien estämään kudosisäilytyksen synnyn tai sen etenemisen. Kivun ensimmäiselle vaiheelle ovat vasteita nopeita reaktiot, suojaheijasteet, jotka välittyvät selkäytimen tasolla, esimerkkinä sormen vetäminen pois liekistä. Toisessa vaiheessa kipu on syvää ja laajemmalle leviävää. Elimistö lisää vaurioalueella veren-

kiertoa pyrkien kudoksen paremmiseen, usein vaurioitunut ruumiin osa asetetaan lepoon ja vältetään kuormitusta. (Kalso, Vainio 2004, 85.)

Kivun luokittelussa käytetään pääsääntöisesti kansainvälisen kipujärjestön IASP:n (the International Association for Study of Pain) luokittelujärjestelmää (Kelan sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. 1999, 113 – 119). Eräs tapa luokitella kiputiloja on kiputilojen mekanismiin perustuva luokitus, kuten kudosaivuriokipu ja hermovauriokipu (Kalso, Vainio.2004, 96). Kuvailen kuitenkin seuraavassa tarkemmin IASP:n jaottelua, jonka mukaan itse olen tottunut fysioterapeuttina luokittelemaan:

1. Nosiseptiivinen kipu

Kudosvaurion aiheuttama kipu, jossa nosiseptorit (kipua aistivat hermopäätteet) reagoivat ärsykkeelle, joka mahdollisesti aiheuttaa kudosaivurion. Itse kipua välittävä hermojärjestelmä on terve. Nosiseptio voi saada alkunsa mm. tulehduksesta, iskemiasta tai mekaanisesta ärsytyksestä. Nosiseptiivinen kipumekanismi on helppo tunnistaa, koska esim. tulehduksen merkit ovat tunnistettavissa (punoitus, kipu, lämpö, turvotus).

2. Kemiallinen kipu

Kemiallisessa kivussa nosiseptorit reagoivat kemiallisen ärsytyksen takia. Tyypillinen esimerkki on tuore discusprolapsi, jossa kipua aiheuttanee hermokudoksen kemiallinen ärsytys välilevyn kudoksen rikkoutumisen seurauksena. Myös nivel- ja jännetulehduksissa on usein kyseessä kemiallinen kipu. Tällöin keskeistä hoidossa on kemiallinen tulehduksen lievittäminen

3. Mekaaninen kipu

Mekaanisessa kivussa kipua aistivaa hermopäätettä on ärsytetty venytyksellä tai paineella. Tällöin kivun voi erottaa esim. kemiallisesta kivusta siten, että tietty liike on kivulias ja toinen taas ei. Kivun voi provosoida myös pitkäkestoinen huono asento, huono ryhti tai staattinen kuormitus.

4. Iskeeminen kipu

Iskeeminen kipu syntyy, kun kudoksen hapensaanti heikkenee. Kudokseen kertyy maitohappoa ja hiilidioksidia aiheuttaen kudoksen pH:n laskun, mikä taas aktivoi nosiseptoreita. Iskeemisessä kivussa paikallaan pysyvä asento lisää kipua ja liikuttaminen vähentää. Tällainen kipu lievittyy paremmin fysioterapia- ja fysioterapeuttisilla hoidoilla kuten kylmähoito, TNS, lihasten venytyksellä ja lihastaspainon palauttamisella kuin lääkehoidolla.

5. Neuropaattinen krooninen kipu

Neuropaattisella kivulla tarkoitetaan hermovauriokivun aiheuttamaan kipua, ongelma on perifeerisissä hermoissa (selkäytimen takajuuresta distaalisesti lähtevät hermot), sen kipua välittävissä, tiedostavassa tai aistivassa järjestelmässä. Tällöin kipu on asennosta ja liikkumisesta riippumaton, yleisiä ovat epänormaalit tuntemukset kuten pistely, polttava tunne tai puutuneisuus kipualueella. Hermon vamma on yhteydessä sen verenkiertoon, aksoplasma-aineenvaihduntaan ja niin kutsuttuihin ektooppisiin tahdistimiin

6. Idiopaattinen kipu

Idiopaattisessa kivussa ei voida osoittaa selkeää kudosta- tai hermovauriota kipualueella. Osa kivusta muodostuu niin sanotusta psykogeenisestä kivusta, osa kipujärjestelmän herkistymisestä eli sensitisaatiosta, jossa pitkään jatkunut stressi (esim. kivun aiheuttama päivittäisen toiminnan häiriintyminen) voi selittää kiputilan syntyä.

(Kouri ym. 2001, 17; Luomajoki 2001, 5.)

Kipu saa aikaan siis fyysisen stressin. Kivun psykologiset vaikutukset ovat yhtä lailla stressaavia, kivusta seuraa kenties huoli työssä selviytymisestä, omasta selviytymisestä ja sitä kautta ihminen ahdistuu ja sympaattinen hermosto alkaa toimia nostamalla verenpainetta, aiheuttaen unettomuutta, rauhattomuutta, sydämen syketiheyden nostoa, joskus jopa ruumiin lämmön kohoamista. Kipu saa aikaan neurogeenisen tulehduksen, joka saa aikaan kipualueelle turvotuksen. Kivulias ihminen välttää usein liikkumista, jolloin liikkumattomuuden seurauksena aineen-

vaihdunta hidastuu, joka taas vaikuttaa lymfavirtausta heikentävästi (Földi & Kubik 1993, 374; Sapolski 1998, 161 – 166.)

2.2.1 Kivun kroonistuminen

Akuutti ja krooninen kipu erotetaan yleensä kivun keston mukaan, kroonisen kivun katsotaan olevan kyseessä, kun kipu on kestänyt yli 3 – 6 kk tai kun kipu ei ole lievittänyt esimerkiksi kudoksen oletettu paranemisaika on ylitetty (Kalso ym. 2004. 87 – 88). Kivun pitkittyminen esimerkiksi selkäkipupotilaalla voi johtua jatkuvasta kudosaauriosta (diskusprolapsi painaa hermojuurta) tai kudosaaurion seurauksena kudokseen vapautuvista kemiallisista aineista (esim. histamiini, prostaglandiinit, substanssi P, bradykiniini), jotka ärsyttävät nosiseptoreita (Koistinen 1998, 84 – 85).

Kudosaaurioon liittyvään fysiologisten toimintojen, kuten turvotuksen, vasodilaation (verisuonten laajentuminen) ja tulehdusreaktion tarkoituksena on kudosaaurion korjaaminen. Näiden ”hälytysreaktioiden” ansiosta paikalle tulee verenkierron välityksellä kemiallisia aineita, jotka käynnistävät kudoksen paranemismekanismit. Esimerkiksi välilevyn luiskahduksen yhteydessä tulehdusta lisäävät valkosolut käynnistävät samalla luiskahtaneen välilevymateriaalin poiston ja puhdistamisen selkäydinkanavasta. (Koistinen 1998, 85.)

Aivoilla on erittäin keskeinen osa kivun aistimisessa ja sen säätelyssä. Kivun sielokykyyn vaikuttaa keskeisesti mieliala, masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Edellä mainitut tunnetilat ja kivun pelko heikentää aivojen kipua estävää mekanismia, toisaalta taas optimismi, hyväntuulisuus ja positiivinen ajattelu vahvistavat kivun inhibitiota. Mieliala voi vaikuttaa aivojen limbiseen järjestelmään ja sitä kautta opioiditasoon, myös serotoniinitasoon. Serotoniini on aivojen välittäjäaine, joka on yhdistetty psyykkiseen mielialaan. Kipuun liittyy useita kemiallisia aineita, jotka liittyvät kivun kontrollointiin, esim. enkefaliini, beetaendorfiini ja dynorfiini. Näitä kutsutaan myös endorfiineiksi. (Koistinen 1998, 91.)

Kivusta kärsiessään ihminen usein pyrkii itse sivelemään tai pyytää toista hieromaan kipeää kohtaa. Tutkimuksissa onkin todettu, että kosketuksen tuoma mielihyvä vaikuttaa kipua poistavasti, koska rauhoittavan kosketuksen aikana keho alkaa erittää endorfiinejä (Fields 2000, 85 – 86; Moberg 2007,121).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Koska lymfaterapian vaikutusta on tutkittu melkein pelkästään massiivisten turvotusten yhteydessä, on mielenkiintoista havainnoida sen mahdollisuuksia käytettäväksi myös kivun hoitoon. Taustalla on lääketieteellinen fakta siitä, että kipu aiheuttaa erinäisten kemiallisten reaktioiden (esim. histamiinin ja substanssi P erittymisen) takia turvotusta hermon epineuriumiin, joka ärsyyntyy (neurogeeninen inflamaatio) ja tuottaa itsessään kipua. Tämän takia turvotuksen poistamisella kivun hallitsemiseksi on merkitystä. (Koistinen 1998, 90-91; Földi & al, 387.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena

1. on hoitaa manuaalisella lymfahieronnalla kolmen eri ihmisen kroonista kipua. ja hankkia suuntaa-antavaa tietoa tämän kaltaisen kosketuksen vaikutuksesta kipuun.
2. kehittää tutkimuslomake manuaalisen lymfaterapian vaikutusten arviointiin.

4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO

4.1 Tapaus- eli casetutkimus

Olen ottanut tutkimusongelman lähestymistavaksi tapaus tutkimuksen, koska pyrin työssäni havainnoimaan, mitä tutkittaville tapahtuu intervention aikana. Ta-

paustutkimusta käytetään tutkimusmenetelmänä silloin, kun halutaan katsoa, mitä tapahtuu ja selvittää vähän tunnettuja ilmiöitä (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2005, 129.)

Tapaustutkimusta voidaan käyttää sekä laadullisessa että määrällisessä tutkimuksessa. Voidaan sanoa, että tapaustutkimuksen voi toteuttaa hyvin erilaisia menetelmiä ja aineistoja yhdistellen (Yin 1994, 41).

Olennaista tapaustutkimuksen määritelmässä on, että tapaustutkimus kohdistuu nykyhetkeen todellisessa tilanteessa, jota tutkija ei voi keinotekoisesti järjestää esimerkiksi kokeelliseksi asetelmaksi. Usein painotetaan, että tapaus on tietty rajallinen kokonaisuus. Kvalitatiivinen tapaustutkimus on myös kuvailevaa tutkimusta, eli millainen ilmiö ja miten se muuttuu tässä opinnäytetyössä hoidon aikana, toisaalta siinä pyritään löytämään ilmiölle selityksiä. Tutkija ja tutkittavat ovat vuorovaikutuksessa keskenään, mikä on olennainen tekijä tutkimusaineistoa kootaessa. Tutkija on mukana hankkeessa omine subjektiivisine kokemuksineen, hänellä on oma tapansa ymmärtää tutkimuskohdetta ja hänellä on omia siihen liittyviä olettamuksia. Tapaustutkimus on arvosidonnaista eli tutkija on mukana koko persoonallisuutensa voimalla, jolloin tutkijan arvomaailma on yhteydessä siihen näkemykseen, minkä hän muodostaa tutkittavassa ilmiössä. Tapaustutkimuksen keskeisiä ominaisuuksia ovat partikulaarisuus, deskriptiivisyys (kuvauksellisuus), heuristisuus ja induktiivisuus. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 10 - 15.)

Tässä opinnäytetyössä tapaustutkimuksen keskeisiin ominaisuuksiin kuuluva partikularistisuus tulee esille. Partikularistisuudella tarkoitetaan tapaustutkimuksen keskittymistä esimerkiksi tiettyyn ilmiöön tai tilanteeseen. Tässä opinnäytetyössä tuo ilmiö on asiakkaan kokema krooninen kipu, jota ei ole aikaisemmin hoidettu manuaalisella lymfaterapialla.

Tutkimusmenetelmäni ovat määrällisiä. Puolistruktoidulla kyselylomakkeella on määrällisesti analysoitavia kysymyksiä. Sekä kyselylomakkeella olevia vastauksia että kipupäiväkirjan sisältämiä kuvauksia kivusta analysoidaan määrällisesti verra-

ten saatua tietoa, esiinkirjattuja sanoja, Mc Gill' in kipusanastoon, jonka on suomentanut Hannu Ketovuori. Mc Gill'n kipusanastossa on jokaiselle kipua kuvaavalle sanalle annettu oma arvonsa millimetreissä (Ketovuori. 1980, 1179 – 1182).

Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkittaviani kivun näkökulmasta, en niinkään siitä, mitä itse manuaalinen lymfaterapia heistä tuntuu. Pyrin nimenomaan löytämään tutkimusaineistostani viitteitä lymfaterapian vaikutuksesta kipuun. Siksi olen käyttänyt puolistrukturoitua tutkimuslomaketta, jossa VAS-jana kertoo kivun kokemisesta määrällisesti mitattavissa olevassa muodossa (kivun intensiteetti: 0 vähäisin kipu ja 10 suurin kipu janan piteuden ollessa 10 cm). Avoimet kysymykset sekä kipupäiväkirja kertovat kivun laadusta ja hoitokertojen välisestä olostasannallisesti.

4.2 Tutkittaviin tapauksiin liittyvä tietoperusta

Olen toiminut fysioterapeuttina vuodesta 1988 lähtien. Lymfahoidon kokonaisuskoulutuksen kävin vuonna 1998. Siitä lähtien olen käyttänyt lymfaterapiaa osana hoitomenetelmiäni nimenomaan postoperatiivisten ja muiden sen kaltaisten turvotusten hoidossa.

Manuaalista lymfahierontaa ei ole juurikaan tutkittu kivun kannalta katsottuna, vaan useimmin on ollut mitattavana ilmiönä turvotus. Kuitenkin useat eri tahot mainitsevat lymfaterapian osana kivun hoitoa. Esimerkiksi Jukka-Pekka Kouri ja Olavi Airaksinen mainitsevat artikkelissaan (Fysioterapia 2001, Vol.48. 19) kivun käsitteistä fysioterapian sisältämien kivun hoitokeinojen mukana lymfaterapian. Lymfaterapia kuuluu myös Kuntoutus ORTONin kivun hallintakurssin sisältöön (Kivun merkitykset sekä psykologinen näkökulma kipuasiakkaan hoidossa, 12.10.2006.).

Hain tietoa Ovid- ja Cochrane-tietokannoista hakusanoilla ”lymph drainage therapy”, ”pain”, ”manual lymph therapy” tutkimuksia lymfaterapian vaikutuksesta kipuun. Tutkimusmateriaalia näytti ensin nousevan paljonkin esiin, mutta satoja

tutkimustiiivistelmiä läpi luettuani en löytänyt kuin kaksi tutkimusta. Ensimmäinen oli italialaisten fysioterapeuttien tekemä tutkimus, jossa arvioitiin manuaalisen lymfaterapian vaikutusta krooniseen jännityspäänsärkyyn. He totesivat, että kivun toistuvuus ja intensiteetti vähenivät. (Longo, Rizzo, Inzitari, Scumaci, Caroleo, Iocco 2006.) Toinen oli itävaltalaisien fysioterapeuttien tekemä tutkimus kroonisesta kipusyndroomasta alaraajan alueella. Tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään, joista toista hoidettiin liikehoidolla ja toista manuaalisella lymfaterapialla. Molemmat ryhmät hyötyivät hoidosta yhtä lailla, mutta sanallisen kivun arvioinnin perusteella lymfaterapiaan saaneessa ryhmässä kivun vähenemistä tapahtui, mutta muuta hyötyä lymfaterapia ei osoittanut hoidettaville. (Uher, Vacariu, Schneider, Fialka 2000.)

4.2.1 Fibromyalgia

Fibromyalgia on tuki- ja liikuntaelimestön sairaus, jossa kipu ikään kuin vaeltaa ympäri kehoa ollen yhtenä päivänä olkapäässä ja toisena polvessa. Kipu voi kestää tunnin, päivän tai viikkoja samassa kohteessa ennen kuin se vaihtaa paikkaa. Fibromyalgiaan on yhdistetty myös seuraavia oireita: uupuneisuus, ärtyisyys, paikalliset turvotukset, ärtynyt suolisto, puutuneisuus ja häiriintynyt uni (Caillet 1996,74). Luonteeltaan sairaus on krooninen. Se on etiologialtaan vielä epäselvä sairaus, mutta kuvauksen sairaudesta on esittänyt jo Hippokrates.

Kansainvälisesti fibromyalgia on luokiteltu primääriksi fibromyalgia syndroomaksi IASP:n (the International Association for the Study of Pain) mukaisesti. IASP on luokitellut nämä krooniset muskuloskeetaaliset kipuoireyhtymät seuraavin kriteerein:

- 1) fibrosiitti tai laaja-alainen myofaskiaalinen kipuoireyhtymä, ensisijaisesti laaja-alainen fibrosiittioireyhtymä,
- 2) myofaskiaalinen kipuoireyhtymä,
- 3) temporomandibulaariseen kipuun ja toimintahäiriöön liittyvä oireyhtymä (Caillet 1996, 72.)

Fibromyalgiaan voi sairastua missä iässä hyvänsä, mutta sairastuvuushuippu sijoittuu 20. ja 50. ikävuoden välille. Valtaosa potilaista on naisia (80 – 95 %) ja esiintyvyys lisääntyvyys iän myötä Fibromyalgiassa kipuun ei liity selvää nosiseptiota eikä selvää aistilajin järjestelmävauriota voida osoittaa, näin kyseessä on tyyppillinen idiopaattinen kiputila. (Airaksinen, Kouri 2009; Leirisalo-Repo, Hämäläinen, Moilanen 2002, 349.)

Fibromyalgiaa sairastavat ihmiset hyötyvät eniten moniammatillisesta kuntoutuksesta. Kuntoutusmalleina on käytetty esim. Mc Cainin suosituksia, joissa oireiston vaikeusaste jaetaan kolmeen tasoon: vähäinen toiminnanvajausta, kohtalainen toiminnanvajausta ja vaikea toiminnanvajausta. Kuntoutus- ja hoito-ohjelmaksi suositellaan 14 kohtaista ohjelmaa, joka käsittää opetuksen, itsehoidon ja kunto-ohjelman aivan kivun hallintaohjelmaan asti. (Kallanranta, Rissanen, Vilkkumaa 2001, 376.)

Moniammatillisessa hoidossa tarvitaan sairaanhoitajan, lääkärin, toimintaterapeutin, ravitsemusterapeutin, psykologin ja fysioterapeutin osaamista. Kontrolloidut tutkimukset osoittavat, että fibromyalgiaan liittyvä informaatio, kognitiivinen terapia, fyysiset harjoitteet, rentoutusharjoitteet sekä biopalaute helpottavat vaikeastikin invalidisoituneen potilaan elämää. (Gustafsson, Ekholm, Broman 2002; Leirisalo ym. 2002, 353.)

Myös vaihtoehtoisista terapioidista saatava hyöty on muistettava ottaa huomioon, kuten akupunktio, kiropraktiikka, kylpyhoidot ja kokonaisvaltaiset liikuntaterapiat, kuten jooga tai pilates (Hardy-Pickering, Adams, Sim, Roe, Wallymahmed 2007). Biopalauteella, sähköakupunktiolla ja hypnoosilla on saatu suotuisia vaikutuksia fibromyalgian oireisiin. Lymfaterapiasta moni on kokenut saavansa helpotusta (Kallanranta ym. 2001, 377).

Usein fysioterapiassa on ongelmana löytää hoitotoimenpiteisiin sopiva voimakkuus, koska hoitovaste on usein viivästynyt. Hoitotapahtumassa hyvältä tuntuva liikeharjoite voi aiheuttaa päivän tai kahden päästä voimakkaan, kivuliaan vasteen

harjoitettavassa kohteessa. Tärkeää on asiakkaan omien tuntemusten kuuntelu ja hoitotoimenpiteiden perustelu.

4.2.2 Krooninen hammassärky

Hammaskipu luokitellaan usein kasvokipuihin. Yleisin hammaskivun aiheuttaja on hampaan ydinhermon eli pulpan tulehdus, jonka aiheuttajana voi olla karies tai purentarasituksen aiheuttama ärsytys. Pitkittyneeseen kipuun voi olla syynä esimerkiksi viisauden hampaan poiston seurauksena tullut hermovaurio, jolloin kipu luokitellaan neuropaattiseksi kivuksi. Neuralgiatyypiseen kipuun kuuluvat tyypillisesti nopeat, äkillisesti alkavat voimakkaat kipukohtaukset, joiden kesto on muutamasta sekunnista muutamaan minuuttiin. Akuutti kivunhoito on yleensä hammaslääkärin antamaa yleisiä lääkehoidon periaatteita noudattaen. (Sailo, Vartti 2000, 167 – 172.)

Fysioterapeuttiset menetelmät ovat tulleet kyseeseen lähinnä lihasten hoidossa, tällöin kyseessä on hoito, joka kohdistuu purentalihaksiin, kaularangan alueen lihaksiin ja hermokudokseen. Muita keinoja kroonisen hammaskivun lievittämiseen on kylmähoito (jääpalojen pureskelu, jäätelön syönti) ja leukanivelten liikutaminen (esim. purukumin pureskelu). (Tapaus B:n kertomaa 2007.)

4.2.3 Krooninen selkäsärky

Selkäkipu määritellään krooniseksi, jos kipu on kestänyt yli 12 viikkoa. Kroonisen selkäkipun yhteydessä on kartoitettava myös mahdollisest psykososiaaliset stressitekijät sekä depressio. Kroonisesta selkäkipusta kärsivän potilaan motivointi kuntoutumiseen ja sopeutuminen sairauteensa on koettu kuntouttavan tahon kannalta tärkeäksi. (Karjalainen 2004, 5.)

Kroonisessa selkäkivussa potilaan kuntoa heikentävät olennaisesti kipuun liittyvä pelko, joka saa aikaan ylivarovaisuutta omaehtoisen liikunnan suhteen. Kognitiivis-behavioristisen (käyttäytymistieteellisen) näkökulman lisääminen tuki- ja liikuntaelimestön fysioterapiaan on tutkimuksissa todettu olevan tehokasta. Asiakas oppii edellä mainitun kaltaisella kuntoutuksella kiinnittämään huomiotaan muualle kuin kipuun sekä itseohjautuvuutta kivun hallinnan suhteen. (Zusman 2005, 89-92.)

4.3 Aineiston hankinta

Aineiston hankinta tutkimusta varten on tapahtunut siten, että olen valinnut kolme erilaista kroonisesta kivusta kärsivää ihmistä omasta asiakaskunnastani, koska tarkoitukseni on kehittää sen parissa tekemääni työtä. Kukaan heistä ei ole aiemmin saanut hoitona kipuunsa manuaalista lymfaterapiaa. Olen antanut heille 5 (viisi) kertaa 45 minuuttia kestävästä manuaalisesta lymfahoidon ongelma-alueelle kahdesta kolmeen viikkoon kestävästä ajanjakson kuluessa. Ennen jokaista hoitokertaa he ovat täyttäneet puolistrukturoidun kyselylomakkeen (Liite 1) ja kotiin he ovat saaneet tyhjän vihkon vapaamuotoista kipupäiväkirjaa varten. Jokaisesta tutkittavasta olen tehnyt tapauskertomuksen.

4.3.1 Tutkittavien valinta

Tutkittavilla on jokaisella erilainen tausta ja erilainen krooninen kipu. Jokainen heistä osallistui interventioon vapaaehtoisesti. Hoidot eivät maksaneet heille mitään, vaan fysioterapeutti toteutti ne omalla ajallaan. Olennaista tutkimukseen valituille tapauksille on myös se, että kivuliasta aluetta on vaikea, ellei suorastaan mahdotonta sitoa lymfaattisiin sidoksiin, esimerkiksi hermokudos alaraajassa ei kivuliaana siedä minkäänkaltaista puristusta. Myöskään kudosturvotus ole selkeästi silminhavaittavaa, vaan lymfaterapeutti tuntee hienoisen kudosturvotuksen sormenpäällään. Tätä on vaikea todentaa ulkopuolisille.

4.3.2 Tutkimuslomake

Tutkimuslomakkeen suunnittelin tutustumalla Tutki ja kirjoita- kirjan esimerkkeihin, sekä tutustumalla muihin kipua käsitteleviin lomakkeisiin, joita löytyi mm. Ann-Mari Estlanderin Kivun psykologia-kirjasta sivuilta 152 – 167. Lomakkeen muokkaamisessa tausta-ajatuksena oli, että kysymykset ovat helposti ymmärrettävissä ja lomake on nopeahko täyttää, koska yksityisellä sektorilla hoitoajat ovat tiukemmin aikataulutetut. Hyvä asiakaspalvelukäytäntö edellyttää, että seuraava asiakas pääsee hoitoon siihen aikaan, joka on sovittu.

VAS-janan (visuaalinen analogiasteikko) käytön valitsin siksi, että se on yleisimmin käytetty kipumittari. VAS-kipujanana etuja ovat mittarin herkkyys, yksinkertaisuus, toistettavuus ja yleisyys. Se on yleisesti käytetty menetelmä ja helposti ymmärrettävissä etenkin aikuisväestön keskuudessa. (Estlander 2003, 131-132; Kalso & Vainio 2004, 41; To-Mi (versio 2.0) 2008.)

Pyrin tutkimuslomakkeella olevilla kysymyksillä kartoittamaan kivun voimakkuutta juuri hoitontulohetkellä, kivun häiritsevyyttä hoitontulohetkellä sekä haitta-astetta arkielämässä sekä työssä että kotona että vapaa-ajan so.harrastusten parissa. Lisäksi kysyin särkylääkkeiden käytöstä pyrkien siten saamaan lisätietoa lymfaterapian vaikutuksesta koettuun kipuun. Kysymykset pyrin pitämään yksinkertaisina ja helppoina vastata. Avoimella kysymyksellä ” Kuvaile kipuasi ja sen vaikutusta/vaikutuksia elämääsi omin sanoin” pyrin saamaan lisätietoa kivun kokemisesta ja vaikutuksesta juuri ennen hoitoon tuloa.

Tutkimuslomakkeen tutkittavat täyttivät ennen jokaista hoitokertaa, luin ne läpi vasta toteutuneen hoidon jälkeen.

4.3.3 Kipupäiväkirja

Yleisesti käytettyä ja kaikkiin tilanteisiin sopivaa kipupäiväkirjaa ei ole olemassa. Päiväkirjan sisältö ja ulkoasu laaditaan tilanteen ja tarkoituksen mukaisesti. Kipupäiväkirjaa on käytetty kivun tutkimisessa aiemminkin ja sen on todettu auttavan

ihmisiä jopa hallitsemaan kipuaan, kun he löytävät siihen väylän, johon voi kertoa vapaasti heti tuntemaansa. (Estlander, 128 – 129; Kalso et al, 219.)

Kipupäiväkirjaan asiakkaat ovat saaneet kirjata omin sanoin kotona tuntemuksiaan kivusta ja hoidosta jälkeensä ja kannustin heitä kirjoittamaan jokaisella hoitokerralla tuntemuksistaan avoimesti. Valitsin vapaamuotoisen kipupäiväkirjan, koska halusin saada mahdollisimman spontaania tietoa kivusta ilman pakkoa tai aikataulua.

4.4 Aineiston analyysi

Kipujanojen tuoman tiedon olen kirjannut ylös excel-taulukkoon (Liite 3) ja siinä vertaillut tapauksia toisiinsa, sekä pyrkinyt avaamaan muutoksia taulukon lukemissa vertaillen niitä kipupäiväkirjassa ilmeneviin sanoihin.

Vertailin tutkittavien lomakkeen avoimiin kysymyksiin ja kipupäiväkirjaan kirjoittamia kommentteja kivun laadusta ja voimakkuudesta Hannu Ketovuoren suomentamaan Mc Gillin kipusanastoon (liite 2) pyrkien löytämään yhteneviä sanoja. Kipusanastossa sanoille on annettu arvot millimetreinä. Tämä tekee siitä vertailukelpoisen mittarin VAS-janan kanssa, koska yksikkö on sama. Kipusanaston on todettu olevan käyttökelpoinen yksilötutkimuksissa kuvaamaan potilaan kipukokemusta ja sitä on käytetty myös hoidon tulosten mittarina (Estlander 2003,135). Kipusanaston on kehittänyt alun perin McGillin yliopistossa tutkijat Campbell ja Melzack. Kipusanasto jakautuu viiteen kokemisen eri näkökulmaan:

- 1) kokemisen ajallinen kulku,
- 2) kokemisen alueellinen jakautuminen,
- 3) kokemisen sekoittuminen tai liittyminen paineeseen,
- 4) kokemisen affektiivinen värittyminen, ja
- 5) kokemisen puhtaasti laadulliset määreet. (Ketovuori.1980, 1180).

Löytyneitä kipusanoja olen vertaillut kunkin hoitokerran VAS-janoihin. Vertailu on tapahtunut tapauskohtaisesti seuraavanlaisesti:

1. olen kirjannut ensin ylös kipua ja oloa kuvaavat sanat kyselylomakkeen avoimista kysymyksistä ja kipupäiväkirjoista,
2. seurannut sanastoa hoitokerroittain suhteessa kipujanaan,
3. sitten vertailut tapauksien alku- ja lähtötilannetta keskenään ja
4. sen jälkeen verrannut tapauksia yleisellä tasolla toisiinsa.

5 INTERVENTIO

Koko interventio on tapahtunut hoitolaitokseni tiloissa. Ennen manuaalista käsitte-lyä asiakas täyttää kyselylomakkeen. Manuaalinen lymfaterapia on tapahtunut normaalilla fysioterapiahoidon-pöydällä. Asiakas lepää hoitopöydällä hoidon aluksi selinmakuulla käsiteltävä alue paljastettuna ja froteepyyhkeellä peitettynä. Hoidon aikana pyritään välttämään kaikkea mahdollista häiriötä, hoitoajankohta on ajoitet- tu iltaan, jolloin asiakkaita harvemmin tulee hoitolaitoksen ovesta spontaanisti sisään. Terapeutilla ei saa olla käsissään sormuksia eikä kelloa, etteivät ne häirit- si hoidon sujuvuutta mahdollisilla terävillä kulmillaan.

5.1 Tutkittava A

Lähtötilanne:

Tapaus A on tutkimushetkellä 59-vuotias nainen, jolla on diagnosoitu fibromy- algia muutama vuosi sitten Heinolan reumasairaalassa. Hän työskentelee toimis- tossa, jossa on ajoittain ruuhkahuippuja. Kiireiset ajat töissä tuntuvat heti A:n nis- ka-hartiaseudussa. Särkylääke auttaa pääsääntöisesti kipuihin, jotka keskittyvät enemmän ylävartalon oikealle puolelle.

Fysioterapeuttisesti tutkittaessa hänen kaularankansa liikkuvuus eteenpäin- vutuksessa on vajaa (leuka jää 2 cm rintalastasta), kierto vasemmalle on rajoittunut (0 – 30 astetta), rangan liikkuvuus C 4-5 –alueella jäykkä, yläniskan kierto oikealle on

rajoittunut C2-nikaman huonon liikkuvuuden takia. Rintarangan yläosa on yliojentunut ja lannerangan lordoosi on oiennut. Fysioterapia nikama- ja pehmytosakäsittelyineen helpottaa oireita parin päivän ajan, mutta työperäinen rasitus tuo kivut pian takaisin. Lomalla ollessa olo aina helpottuu, koska silloin päätetyöskentelyä ja istumatyötä ei ole sekä A pääsee paremmin huolehtimaan kunnostaan kävelylenkein.

A ei osaa rentoutua hyvin fysioterapeuttisen nikama- ja pehmytosakäsittelyn aikana ja se onkin yksi syy hänen valintaansa tutkimuspotilaaksi. Voisiko lymfaterapian kaltainen pehmeä kosketus kudosturvotusta helpottavan vaikutuksen ohella olla ”perinteistä” fysioterapiaa parempi? Toinen syy on pitkään jatkunut fibromyalgia-taustainen kipu oikealla puolella kehoa.

Hoidon kuvaus

Niska ja kaula

Tapaus A:n lymfaterapeuttinen hoito alkaa A:n ollessa selinmakuulla, jolloin aloitan käsittelyn soliskuopassa ja kaulalla olevista imusolmukkeista (Lnn. cervicales inferiores ja superiores) paikallaan pysyvin pyöryksin. Työskentelen molemmilla käsillä yhtä aikaa ja toistan otteet joka kohdassa viisi kertaa. Otteet etenevät kaulaa ylöspäin korvan alla sijaitsevien imusolmukkeiden (Lnn. preauriculares) kohdalle, siitä niskan ja takaraivon alueelle (Lnn. occipitales). Tämän jälkeen palaan päinvastaisessa otejärjestyksessä soliskuopan alueelle.

Yläraajat

Niskan ja kaulan käsittelyn jälkeen siirrän otteeni A:n vasempaan kainaloon ja pumpaan syvällä lymfaotteella kainalon imusolmukkeita viisi kertaa. Sen jälkeen pyöritän vasenta olkaniveltä passiivisesti muutaman kerran oikean käteni ollessa olkapään alla ja vasemman käteni olkapään päällä. Samalla kun olkapää liikkuu, teen käsilläni pumppausliikettä kohti kainaloa. Tämä oteyhdistelmä aktivoi vasemman laskimokulmauksen (angulus venosus, joka muodostuu vena jugularis internan ja vena subclavian yhtymäkohdasta).

Etenen sen jälkeen vasemman yläraajan sisäpuolta pumpptaavalla lymfaotteella kohti kyynärniveltä, seuraavaksi palaan kainalon lähelle ja otan seuraavan käsittelylinjan lateraalisemmin (käden ulkosyrjää kohti siirtyen) ja etenen kohti kyynärniveltä. Palaan jälleen kainalon alueelle ja pumpptaan kainalon imusolmukkeet jälleen. Otan käsittelylinjan vielä lateraalisemmin ja tuon sieltä pumpptaavin liikkein imunestettä yläviistoon olkavarren päältä kohti kainaloa. Olkavarren takaosan käsittelen otteella, jossa käteni ohjaa imunesteen olkavarren sisäosaa kohti. Olkavarren käsittelyn jälkeen siirrän otteeni kyynärniveleen, jota pumpptaan paikallisesti viisi kertaa kainaloa kohti yhdistäen siihen kyynärniveleen tekemäni passiivisen koukistuksen. Sen jälkeen etenen pumpptaavin ottein kyynärvarren ranteeseen asti kolmessa eri linjassa; sisäsivu, peukalon puoleinen (radiaalinen)sivu ja pikkusormen puoleinen (ulnaarinen) sivu.

Seuraavaksi käsittelen kämmenen ja kämmenselän alueen, ranneniveleen passiivine koukistusliike edeltää käden käsittelyä. Käsittelen sormien tyvet.

Tämän jälkeen teen vielä pitkät sivelyt sormista olkapäähän asti.

Oikean yläraajan käsittelen kuten vasemman yläraajan.

Vartalon käsittely

Käsistä siirryn vartalon käsittelyyn. Käyn läpi kyljen, rinnan ympäryksen ja rintalastan imusuonet ja –solmukkeet, ensin oikealla puolella kehoa, sitten vasemmalla. Kyljen alueella käteni ovat rinnakkain ja lymfaotteen paineen suunta on kainaloon päin. Näin etenen vyötärölle saakka, jossa on ns. lymfaattinen vedenjakaja, otteet nousevat vedenjakajan yläpuolella vatsan päälle. Vatsan alueelta ”peruutan” otteillani takaisin kylkeen ja kainaloon saakka.

Etenen rinnan yläpuoliseen käsittelyyn, jonka suoritan yhdellä kädellä. Rintalastan alueella käyn läpi kylkiluiden väliset imusolmukkeet. Palaan takaisin kainalon alueelle ja siirryn vasemman kyljen käsittelyyn samalla tavalla.

Vasemman kyljen käsittelyn jälkeen A kääntyy hoitopöydällä vatsalleen. Käyn läpi selän alueen vyötäröllä sijaitsevan vedenjakajan yläpuolelta selkärangan ollessa toinen vedenjakaja. Aloitan käsittely yläselältä kainalosta lähtien, kumpikin

puoli käsitellään kolmessa eri linjassa (noin kämmenen levyisesti) kohti kainaloa pumpaten.

Hoidon päättyminen

Tämän jälkeen A kääntyy jälleen selinmakuulle ja käsittelen vielä kaulan ja solis-kuopan imusolmukkeet hoidon päättymisen merkiksi.

Hoidon kesto

Hoidon kesto on ollut 45 minuuttia, jonka olen arvioinut olevan riittävän pitkä, koska kyse ei ole massiivisesta ödeemasta kärsivä asiakas.

5.2 Tutkittava B

Lähtötilanne:

Tapaus B on tutkimushetkellä 47-vuotias toimistotyötä tekevä nainen, jolla on jatkuva lääkitys poistetun ylähampaan alueella olevaan krooniseen hermosärkyyn. Myös molemmat polvet on operoitu traumataustojen takia, niskassa on ollut väli-levyn pullistuma pari vuotta sitten. Pahin kipu on hampaan alueella, tuki-ja liikuntaelimistön oireet ovat satunnaisempia, ilmaantuen lähinnä fyysisen rasituksen yhteydessä. B on ollut Ortonin kipupoliklinikalla hampaan säryn takia, lähinnä sieltä saatava apu on ollut kipulääkityksen tarkistamista ja päivittäisen elämän hallintaan liittyviä asioita. Lymfaterapiaa hän ei kipualueelle ole koskaan saanut. Tämän tutkimuksen yhteydessä keskityn B:n kroonisen hammas-/iensäryn alueen lymfaterapiaan. Hän saa kasvojen alueen lymfahierontaa, johon kuuluu myös suun sisäinen käsittely.

Hoidon kuvaus

Kaulan alue

Kasvojen alueen lymfaterapia alkaa soliskuopassa ja kaulalla olevien imusolmukkeiden (Lnn.cervicales inferiores ja superiores) käsittelyllä. Kutakin kohtaa pumpataan viisi kertaa. Sen jälkeen käsittelyotteet siirtyvät m. sternocleidomastoideuksen taakse ja siitä korvien alla sijaitsevien sylkirauhasten kohdalle.

Kasvojen alue; leuka, posket, nenä ja otsa

Sitten otteet siirtyvät leukaluun alueelle seuraten luun reunaa kohti leuan kärkeä. Leuan kärjestä otteet etenevät alahuulen alle, suupieliin ja ylähuulen alueelle. Sen jälkeen otteet siirtyvät vuoroin leukaluiden poskipuolelle, poskipäihin ja nenäpieliin. Nenän alue käsitellään nenän tyvestä nenän kärkeen sormenpäillä työskennellen. Nenän jälkeen pikkusormien ulkosyrjillä käsitellään silmänaluset, peukalon ulkosyrjillä silmäluomet, sormenpäillä kulmakarvojen alue ja jälleen koko kämmenellä otsan alue ohimoilta silmien yläpuolelle. Otsalta edetään korvien alueelle kämmenen otteen auetessa siten, että korva jää keskisormen ja nimettömän sormen väliin. Korvien takana oleva alue käsitellään seuraavaksi kämmenellä kohti takaraivoa pumpaten. Kämmenet palaavat sen jälkeen takaisin ohimoille, joilta palataan otejärjestyksessä takaperin leuan alla oleviin imusolmukkeisiin.

Suun sisäinen käsittely

Seuraavaksi edetään suun sisäiseen lymfahierontaan, jolloin terapeutilla on käsittelevässä kädessä hanska ja apuvälineenä lasillinen vettä, jolla terapeutti kostuttaa suuta käsittelevän sormen. Suun sisällä käsitellään ylä- ja alahampaiden ikenet edestä ja takaa otteen paineen ollessa kohti nielua. Suun käsittelyn jälkeen palataan suupieliin, alahuuleen ja siitä leuankärjen kautta kaulan imusolmukkeisiin, joihin hoito päättyy.

Hoidon kesto

Hoidon kesto on 30 minuutista 45 minuuttiin.

Suun sisäistä lymfahierontaa tapaus B saa toisella hoitokerralla eikä enää toista kertaa, koska käsittely aiheutti jälkikäteen oireilun myös kolme vuotta kivuttomana pysyneen poistetun hampaan alueelle. B itse ei halunnut enää käsittelyä, vaikka

kerroin hänelle mahdollisen kivun syyn, eli verenkierto alueella paranee vähentyneen turvotuksen takia.

5.3 Tutkittava C

Lähtötilanne:

Tapaus C on tutkimushetkellä 53-vuotias yrittäjänä työskentelevä mies. Hänellä on usein toistuva alaselän kiputila, joka ilmenee yleensä kylmettymisen tai poikkeuksellisen rasituksen jälkeen. Mitään normaalia poikkeavaa röntgenologisissa tutkimuksissa ei ole havaittu. Tällä kertaa kipu on jatkunu elämää häiritsevänä jo seitsemän kuukautta. Kipu paikantuu oikean lonkkanivelen ja takareiden alueelle. Tutkittaessa selässä on lievä pakkoasento (sivutaivutus lannerangassa oikealle, joka oikeaa suoraksi rintarangan alaosa alueella). Eteentaivutus on rajoittunut, sormet jäävät n. 20 cm päähän lattiasta. Istuessa pakkoasento selässä helpottaa. C tulee fysioterapiaan hoitomääräyksellä, jossa on diagnoosina lanneselänkipu, johon liittyy ischias-oireilu vasemmalla.

Häntä on hoidettu 15 kertaa kolmen kuukauden sisällä syksyllä 2007 nikama-, hermo – ja pehmytosakäsittelyllä ja hänelle on ohjattu omahoitoharjoitteet selän liikkuvuuden, lihasvoiman ja hermokudoksen liikkuvuuden suhteen. Hoito on noudattanut pääpiirteittäin Euroopan uutta alaselän hoitosuosituksia (COCT 13), jossa fysikaalisia hoitoja pitkäaikaisessa selkävivussa suositella (Keskinen 2005. 18). Hoito on keskittynyt oma-aloitteisen aktiivisuuden löytymiseen itsehoidossa ja liikkumisessa. Hoito on tuonut liikkuvuuden suhteen tulosta, mutta jomottava särky on jäänyt jäljelle. Siksi valitsin hänet kolmanneksi tapaukseksi tähän lymfaterapiaa käsittelevään tutkimukseen.

Hoidon kuvaus

Aloitukset ja keskuskäsittelyn vatsan alueella

Manuaalinen lymfahieronta alkaa kaulan imusolmukkeista (Lnn. cervicales) ja vasemman olkapään passiivisesta pyörittelystä, jolla pyritään valmistamaan lymfasuoniston motoriikkaa toimimaan. Sen jälkeen seuraa vatsan syväkäsittely, jotta suurten verisuonten vierellä sijaitsevat imusolmukkeet aktivoituvat. Seuraavaksi käsittelen oikean nivusalueen imusolmukkeet (Lnn. inguinales) pumpaten kohti sydäntä 5 – 8 kertaa, tämän jälkeen hoito-otteet siirtyvät hieman alemmas reidelle viisi kertaa paikallaan pysyvästi pumpaten.

Lonkan ja alaraajan alue

Seuraavaksi käsittelen oikean lonkkanivelen alueen paikallaan pysyvien pumpaavien liikkeiden suunnan ollessa kohti nivustaivetta, vaihdan käsien paikkaan nivustaipeesta lähtien ylöspäin neljä kertaa, jotta koko lonkan alue tulee käsiteltyä. Lonkan käsittelyn jälkeen siirryn käsittelemään sisäreiden aluetta ylhäältä alaspäin kohti polvea edeten, sitten reiden etuosan ja ulkosyrjän. Reiden takaosan käsittelen siten, että asiakas koukistaa polveaan, jolloin pyöritän sieltä ”vedenjakajan” molemmin puolin kohti nivustaipteen imusolmukkeita. Sen jälkeen seuraa polvi- taipessa sijaitsevien imusolmukkeiden (Lnn. poplitei) käsittely. Ensimmäisellä kerralla lopetan käsittelyn tähän.

Hoidon kesto

Hoito on kestänyt n. 35 minuuttia. Seuraavilla kerroilla etenen käsittelyllä polven alapuolelle nilkkaan saakka, jolloin iskias-hermon alue tulee käsiteltyä koko oireilualueeltaan.

Alaselkäkipu on yksi yleisimmistä tuki- ja liikuntaelimestön häiriöistä. Se aiheuttaa vuosittain lukuisia sairaus poissaoloja ja on syynä myös sairauseläkkeisiin. Vuonna 2001 maksettiin selkäsairauksien vuoksi eläkkeitä noin 400 miljoonaa euroa ja Keläna korvaamia selkäsairauslomia noin 90 miljoonaa euroa. (Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa 2001, 356 – 357.)

6 TULOKSET

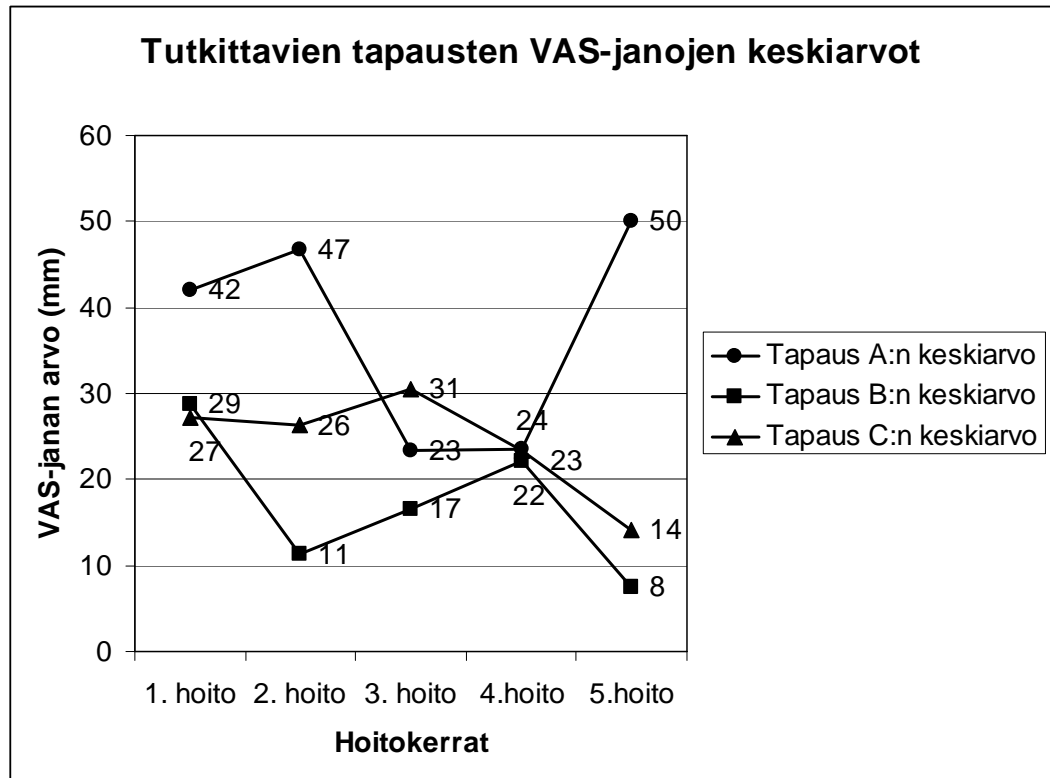
6.1 Intervention kertomaa

Tutkittavat kirjoittivat kipupäiväkirjaan ja kyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin enemmän kommentteja päivittäisestä selviytymisestä, päivien kulusta ja siitä miten kipu toiminnassa tuntui, kuin siitä, miltä kipu tuntui. Kuvailevia sanoja ei ollut paljon.

Ne kuvailevat sanat mitkä aineistosta löytyi, osuivat kuitenkin hyvin kipusanastoon ja vastasivat VAS-janalla annettua arvoa, paitsi tapauksessa B. Hänen kipupäiväkirjansa ja kyselylomakkeen välisten sanojen ja VAS-janojen arvot olivat ajoittain epäyhteneviä.

Kipujanojen kipua kuvaavien arvojen alentuminen alkutilanteeseen verrattuna tapauksessa B ja C puhuisi manuaalisen lymfaterapian puolesta käyttää sitä yhtenä mahdollisena hoitomuotona krooniseen kipuun. Kipujanojen arvojen vertailu kirjallisesti tuotettuihin kipusanoihin viittaisi siihen, että mittari onnistuisi tehtävässään. Samojen kipusanastoluokkien sisällä olevien sanojen arvot laskivat myös jossain määrin.

Keskimääräisesti tarkasteltuna VAS-kipujana osoittaa, että hoitoon tultaessa koetun kivun voimakkuus tapaus B:llä laskeunut 21 millimetriä ja C:llä on laskenut keskimäärin 14 millimetriä lähtötasosta. Tapaus A:lla kivun voimakkuus on kohonnut 8 millimetriä.



Kuvio 1. Tutkittavien tapausten VAS-janojen keskiarvot

Särkyläkkeiden käytössä ei kenelläkään tutkittavissa ole muutosta tutkimuslomakkeen mukaan. Kipupäiväkirjassa ilmenee, että tapaus B ei muutamina päivinä ensimmäisen hoitokerran jälkeen tarvitse kipulääkettä lainkaan.

Tutkimuslomakkeen toimivuus toteutui kivun kokemisen kuvaamisessa. Vertaillessa avoimesta kysymyksestä ja kipupäiväkirjasta löytyvien sanojen arvoja VAS-janan arvoihin löytyi selkeästi yhteneväisyyksiä. Jatkuvassa käytössä työympäristössä tällainen lomake on kuitenkin liian aikaa vievä, päivittäiseen kivun arviointiin soveltuisi pelkkä VAS-jana tarkkaan mietittyjen kysymysten kohdalla. Alku- ja lopputilannearvioihin myös kivun sanallinen kuvaus sopisi.

6.1.1 Tapaus A

Tapauksessa A oli lomakkeella merkatun VAS-janan ja vapaamuotoisesti ilmaistujen kipua kuvaavien sanojen välillä yhtenäisyyttä ensimmäisellä hoitokerralla

vapaa-aikaan liittyvän haitta-asteen kohdalla, hän arvioi kivun harmillisena myös vapaa-ajalla kirjallisesti (kiusallinen-sanana synonyymi, arvo 27), VAS –janan arvo oli 29 mm. Kokonaisuudessaan hänen VAS-janojen arvot kohosivat, eli hoidon päätyttyä hänen kivun kokemisensa oli voimakkaampaa kuin alkutilanteessa (taulukko 2).

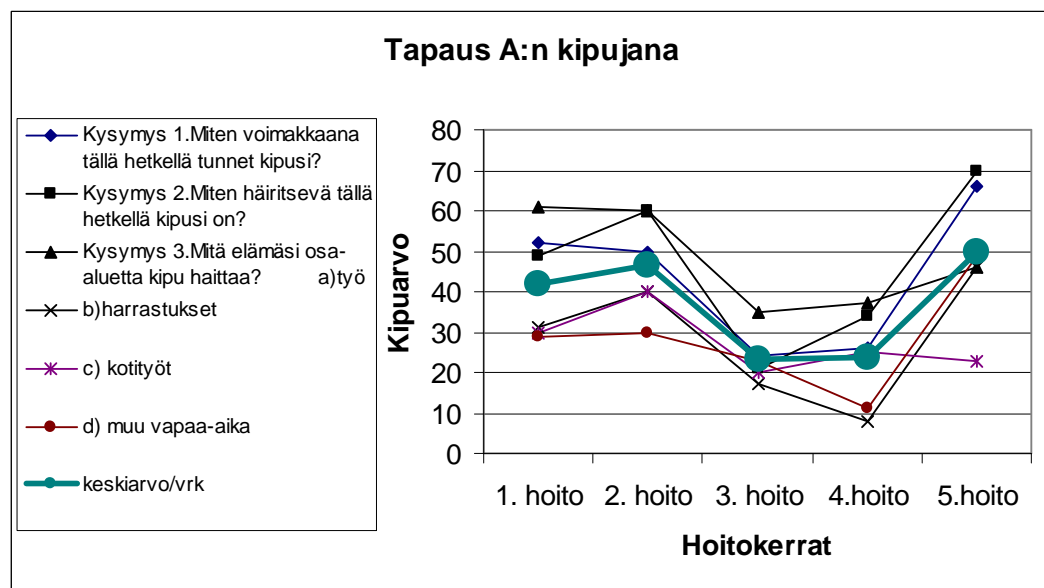
Myös toisen hoitokerran kohdalla löytyi yhteneväisyyksiä kipusanaston ja VAS-janan välillä. Kivun sijainti oli A:lla lähestulkoon aina toispuoleista, joka vastaa 45 millimetrin voimakkuusarvoa, samanaikaisesti hänen VAS-janansa keskiarvo oli 46 mm

Kolmannen hoitokerran yhteydessä hän mainitsee työssä esiintyvän aaltoilevaa särkyä, jonka voimakkuusarvo on 32 mm, VAS-janalla annettu arvo oli 35 mm. Neljännellä hoitokerralla tutkimuslomakkeella hän mainitsee ”*työssä hartia ja selkä kipeytyvät lähinnä istuessa ja päätteellä työskennellessä, kävely ja venyttely auttavat, vapaa-aikana...veto ja kylmä tuntuvat oikealla puolella kaulassa ja hartiaissa ja päässä*”. Kipusanastoon verrattaessa kivun sijainti mainitaan toispuoleiseksi, jonka voimakkuusarvo on 45, VAS – janalla A ilmoittaa kuitenkin arvoksi 11 mm. Tässä vaiheessa hänen VAS-janansa keskiarvo kuudessa eri kysymyksessä on 23,5, joka on 18,5 vähemmän kuin ensimmäisellä kerralla.

Tapauksella A kipujanaan tulee selkeä muutos ylöspäin neljännen ja viidennen hoitokerran välillä. Hän kirjoittaa päiväkirjaansa seuraavasti ” *On se kumma kun ei osaa tehdä töitä rennosti vaan pitää jännittää selkä ja hartiat kipeiksi.* ” Päiväkirjan mukaan viikonloppu menee oikein mukavasti, siihen osuu uuden vuoden vaihde ja siihen liittyvä vierailu. Hän palaa joululomalta töihin samana päivän, jolloin hänellä työpäivän jälkeen on viides hoitokerta. Hänen kivun voimakkuutensa nousee jopa 4 pistettä neljännen ja viidennen hoitokerran välillä. Alkutilanteeseen verrattuna nousua on 1,4 pistettä Vaikuttaako paluu työpaikalle tauon jälkeen koettuun kipuun vai edellisen päivän staattinen asento autossa istuessa. Lihasjäykkyys vaikuttaa aineenvaihduntaan sitä huonontavasti, tämä lisää myös turvotuksen tunnetta (Földi & al, 400). Hoidon jälkeen hän mainitsee erityisesti

kiitoksensa hoidosta. ”Onneksi pääsin tänään Raisan käsittelyyn. Tuntui tosi hyvältä käsissä ja niskassa! Kiitos siitä!”

VAS-janan keskiarvo nousee 5:een, kivun voimakkuus hoitoon tullessa on jopa 66 mm. Kyselylomakkeessa A tuo ilmi toispuoleisen kivun (arvo 45 mm). Työssä kivun haittaavuuden VAS-janan arvo on 46 mm. A mainitsee aistivansa myös tunnottomuutta ja puutumista, niille ei löydy käytetystä kipusanastosta vastaavia sanoja.



Kuvio 2. Tapaus A:n VAS-jana eli kipujana

6.1.2 Tapaus B

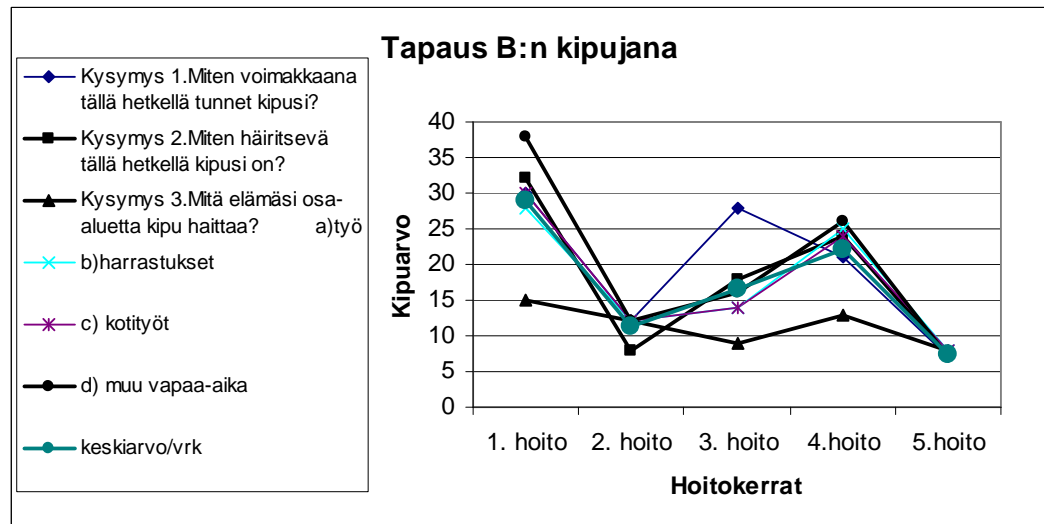
Tapaus B:lla tulee selkeästi esille VAS-janan arvoissa kivun helpottuminen hoidon edetessä (taulukko 3.). Alkutilanteessa korkeimman arvon (38 mm) hän ilmoittaa vapaa-ajan häiritsevyydessä. Ennen viidettä hoitokertaa täytetyn kyselylomakkeen arvo samaisessa kohdassa on 7 mm, laskua on tapahtunut 31mm, mikä on kipumittarin Arvio-luokassa alle lievä (9 mm). Kokonaisuudessaan keskiarvo- ja hoitokertojen välillä verraten alkutilanteessa keskiarvo oli 29 mm (kipumittarin Arvio-luokassa lähinnä sitä on sana Kiusallinen 27 mm).

Huomattavaa kuitenkin on, että kipupäiväkirjassa ja kyselylomakkeen avoimissa kysymyksissä tapaus B käyttää sanoja, joiden arvo kipumittarissa on selkeästi korkeampi kuin VAS-janalla ilmoitettu kivun voimakkuus tai häiritsevyys millään osa-alueella. Kipupäiväkirjassa tulee myös esille akuutin kivun piirteitä, esimerkiksi sensorisia kipuluokkia kuten kuumotus ja ajallisesti kohtauksittain ilmenevä kipu mainitaan muutaman kerran. Näitä ilmaisuja on todettu käytettävän enemmän akuutissa kivussa kuin kroonisessa (Kalso & al., 43). Kivun sijainti on mainittu useasti sekä kipua arvioivia sanoja on käytetty usein. Voiko tässä olla kyseessä kipupotilaan vaikeus asettua hoidettavan rooliin eikä hän halua näyttää kipuaan, kun taas yksin päiväkirjaan kirjoittaessa kipu tulee ”aitona” esille (Estlander 2003, 125).

Esimerkkinä edellä mainitusta havainnosta kertoo seuraava tulkinta kipupäiväkirjasta, avoimista kysymyksistä ja VAS-janan arvoista. Kolmannella hoitokerralla, perjantaina 14.12, VAS-janalla kivun voimakkuuden arvo oli 28 mm, joka vastaa arvioidusti lähinnä kiusallista (27 mm) kipua. Avoimessa kysymyksessä käy ilmi, että kipu oli ollut toispuolista hoitoa edeltävänä (torstai 13.12.) päivänä (Sijaintiluokka: 45 mm). Hoidon jälkeen kipupäiväkirja kertoo, että B:lla oli hoitopäivän illalla kova päänsärky (Arvio-luokka: 57 mm), joka jatkui lauantaina ja sunnuntaina. Sunnuntaina 16.12. kipu oli jo niin kova, ettei särkylääkkeillä ollut vaikutusta. –*Aamupalaksi Dolan, kova kipu oik yläien, särkylääkkeillä ei vaikutusta, karsee olo,prkle* - Karsee vastaa mielestäni sanaa Kauhea, joka kipumittarissa on arvoltaan 93. Neljännellä hoitokerralla hän kuvaa edeltävää viikonloppua avoimessa kysymyksessä –*su oike yläleuka kipuviiva 10, särkylääkkeellä ei vaik., su-ma välinen yö valvottu kovan kivun takia, Ma iltapäivä helpotti, Ti ok.* – B kertoi tämän kaiken myös suullisesti häntä hoitaessa. Sama kertomus kerrottiin siis kolmeen kertaan, kipu todella hallitsee siitä kärsivän ihmisen elämää. B kertoi, että hänen olonsa välillä on aika hurja. Hoitoon tuloa hän ei kuitenkaan halunnut peruuttaa ja tuntui rentoutuvan hyvin hoidon aikana.

Neljännän hoitokerran jälkeen kipu helpottaa selkeästi niin VAS-janalla kerrottuna kuin sanallisesti kuvattuna. Viidennellä hoitokerralla 20.12. hän kertoo, että on –*yllättävän ok olo* -.

Tapaus B piti hoitopäiväkirjaa viikon verran viidennen hoitokerran jälkeen, särky-lääkkeitä hän söi edelleen, mutta muuten kuvasi olonsa hyväksi. Kaksi kertaa viikon aikana hän mainitsi oikeanpuoleisen yläkenen oireilevan ja kerran niskassa tuntuu jäykkyyttä. Kun tapasin hänet noin puoli vuotta hoidon jälkeen, hän kertoi olonsa kroonisen hammassärkynsä suhteen rauhoittuneen vähitellen.



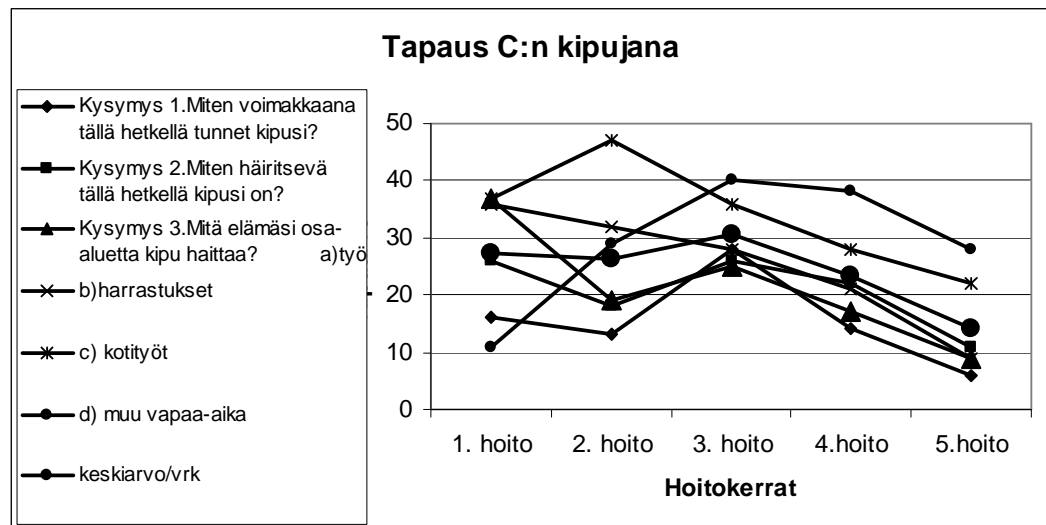
Kuvio 3. Tapaus B:n VAS-jana eli kipujana.

6.1.3 Tapaus C

Tapaus C:n kohdalla näyttää VAS-janaa tulkittaessa siltä, että kivun määrä on kaikilla elämän osa-alueilla vähentynyt (taulukko 4). Kipupäiväkirjassa hän kuvaili enemmän arjen toiminnoista selviytymistä kuin itse kipua. Hän kirjoittaa eniten kivun ilmenemisestä eri tilanteissa ja kertoo kivun paikasta, joka on useimmiten vasen lonkaseutu. Kivun luonne on jomottavaa, jolle ei löydy vastaavaa sanaa kipusanastosta. Ensimmäisellä hoitokerralla hän kuvaa ihmisten neuvoja ärsyttäväksi, ärsyttävä-sana löytyy kategoriasta Jännitys ja sen arvo on 39. Tutkimuslomakkeen VAS-janan arvoista löytyy vastaavuutta kysymyksen 3 eli kotitöistä suoriutumisen kohdalla. Kysymyksessä kysytään kivun haitta-astetta eri elämänalueilla, keskiarvo on 30,3 (lukujen ollessa a) työ 37, b) harrastukset 36, c) kotityöt 37, d) muu vapaa-aika 11. Kroonisessa kiputilassa ihminen käyttää enenevässä määrin affektiivisia (pelkoon, ahdistavuuteen ja ärsyttävyyteen liittyviä) kipusanoja, sa-

malla kivun kokemista määrittelevät sensoriset kuvaukset vähenevät (Kalso ym. 2004, 43).

Tapaus C:n tapasin noin puolen vuoden kuluttua interventiosta ja hän kertoi, että kipu pikkuhiljaa helpotti, kun hän sai hyvän rytmin työn ja vapaa-ajan välille. Kii-re oli leimannut tuota ”tutkimusaikaa” ja tuonut mukanaan stressin sekä pitkittyneen kivun.



Kuvio 4. Tapaus C:n VAS-jana eli kipujana

7 POHDINTA

7.1 Luotettavuuden, pätevyiden ja eettisyyden tarkastelu

Tutkimuksissa pyritään yleensä virheiden välttämiseen, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Reliaabelius (luotettavuus) tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja validius (pätevyys) sitä, että mittari tai mittausten menetelmä mittaa juuri sitä mitä, on tarkoituskin mitata. Laadullisen tutkimuksen parissa pyritään joskus edellä mainittuja termejä jopa välttämään. Laadullisen tutkimuksen tekijä kohentaa työnsä luotettavuutta tarkalla tutkimusmenetelmiensä kirjaamisella. Sekä määrällisessä että laadullisessa tutkimuksessa voidaan pätevyyttä lisätä

käyttämällä tutkimuksessa erilaisia menetelmiä, kuten tässä opinnäytetyössä on tehty. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2005. 216 – 217.)

Myös laadullista aineistoa analysoitaessa voidaan argumentoida määrällisillä suhteilla, kuten prosenttiosuuksilla. Varsinainen kvantitatiivinen analyysi on kuitenkin usein vaikeaa aineistoin suppeuden takia. Tässä aineistossa sen suppeuden takia prosenttiosuuksia ei ole laskettu. (Alasuutari 1993. 161 -162.)

Haluan tutkimuksellani kuvata lymfaterapian vaikutusta krooniseen kipuun, siksi olen lähestynyt tutkittavia tapauksia määrällisen aineiston näkökulmasta. Tiedon hankkimiseen olen käyttänyt 1. kipupäiväkirjaa, 2. tutkimuslomakkeen avoimet kysymyksiä että 3. VAS-janaa. Tässä toteutuu tutkimuksellinen triangulaatio., samaa ilmiötä tarkastellaan usealla eri tavalla (Metsämuuronen 2005, 245). Olen kuvannut hoitomenetelmäni tarkoin, kuvannut sen etenemisen ja ympäristön, missä interventio on tapahtunut. Puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla olen määritellyt ennen jokaista hoitotapahtumaa asiakkaan kokeman olotilan, ennen koko intervention päättymistä en lomakkeita katsonut. VAS-jana kuvaa asiakkaan kokemaa kipua. Kyselylomakkeen avoimien kysymysten ja kipupäiväkirjan kipua kuvaavien sanojen vertailu McGillin kipusanastoon on vahvistanut VAS-janan pääosissa tapauksia.

Arviointimenetelmien toistettavuus on mahdollista ja samat mittarit ovat käytettävissä kenen tahansa sellaisen fysioterapeutin toimesta, joka hallitsee myös lymfaterapian, vaikka tapauskertomukselle toistettavuus ei olekaan välttämätön ominaisuus. On otettava huomioon, että itse interventio toteutuu ainutkertaisena.

Tutkimuksen eettisyys toteutuu, koska kaikki asiakkaani esitellään tapauksina siten, etteivät he ole tunnistettavissa oireidensa perusteella. Tämä on yksi tavanomaisimmista tutkimuksen etiikkaan kytkeytyistä eettisistä vaatimuksista (Räsänen, Anttila, Melin. 2005. 20). He ovat antaneet suullisen suostumuksensa tutkimukseen ja tietävät tutkimuksen tarkoituksen. Kaikki heistä kerätyt tiedot ovat nimettömiä ja niitä käsitellään ehdottaman luottamuksellisesti. Ennen opinnäytetyön julkaisemista olen kertonut heille, että kipupäiväkirjan tai lomakkeen avoi-

men kysymyksen vastauksia nostan esille vain esimerkkeinä, enkä liitä niitä tämän opinnäytetyön yhteyteen sellaisinaan.

7.2 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen luonteesta johtuen tulokset eivät ole yleistettävissä, vaan tätä opinnäytetyötä on katsottava enemmänkin esitutkimuksen näkökulmasta. Kriittisesti tarkasteltuna tutkimusaineisto on liian suppea tuodakseen julki oikeasti tietoa manuaalisen lymfaterapian vaikutuksesta kipuun. Tutkimuslomakkeen kysymyksiä olisi voinut muotoilla enemmän kertoviksi, helpommin aiempiin tutkimustuloksiin verrattaviksi. Tutkimuslomakkeeseen vastaaminen välittömästi hoidon jälkeen olisi antanut paremmin tietoa lymfaterapian vaikutuksista koettuun kipuun. Olisin voinut lisätä mukaan esimerkiksi yhden tapauksen teemahaastattelun, joka olisi tuonut syvempää tietoa tutkittavasta aiheesta. Tutkimus kuitenkin puolustaa paikkaansa tutkimuslomakkeen kehittämisen välineenä sekä tutkimusmenetelmien käyttöön harjaantumisessa

Karkeasti arvioituna eniten manuaalisesta lymfaterapiasta hyötyi kipunsa suhteen tapaus B, kroonisesta hammassärystä kärsivä nainen, kysymysten keskiarvoa tarkasteltaessa kivun määrä aleni 21 mm. Suun sisäinen lymfaterapia tuntui asiakkaasta rajulta, mutta olisiko sillä saatu sittenkin vielä paremmat tulokset. Suun sisällä hänen ongelmansa sijaitsee. Kipualueen koskettaminen on kuitenkin hyvin usein haasteellista, olisi mielenkiintoista tehdä tämänkaltainen interventio kipuun perehtyneen lääkärin kanssa. Olisiko asiakkaalla silloin turvallisempi olo antautua tällaiselle uudelle hoitokokeilulle?

Seuraava hyötyjä oli kroonisesta selkäkivusta kärsivä mies, kivun määrän keskiarvo aleni 14 mm.. Hänen toimintakykynsä koheni koko hoidon ajan, mutta oliko se lymfaterapian vaikutusta vai sen takia, että kannustin häntä kuitenkin koko ajan liikkumaan lisää, olihan hän saanut juuri krooniseen selkäkipuun suositellun hoitosarjan.

Fibromyalgian takia kroonisista kivuista kärsivä nainen näytti neljänteen hoitokertaan mennessä myös hyötyvän hoidosta, mutta neljännen ja viidennen hoitokerran välillä tapahtui jotain, joka nosti kipuarvot vielä suuremmiksi kuin alkutilanteessa, tosin vain 8 mm, mutta tämä kertoo jotain. Fibromyalgian suhteen on kuvattu vaikeudeksi juuri kivun ennakoitavuus, oireiden voimakkuus aaltoilee (Leirisalo & al, 349), jota tämän tutkimuksen havainto tukee.

Tämän kaltaisia tutkimuksia olisi mielenkiintoista tehdä suuremman tutkimusjoukon ollessa kohteena, jolloin esiin tuodut asiat voisivat todella kertoa manuaalisen lymfaterapian kaikista vaikutuksista kipuun. Olisi mielenkiintoista tarkastella samanaikaisesti myös laboratoriotuloksia tutkittavien verinäytteistä lymfaterapian jälkeen. Katoaisiko histamiini jne. kudoksesta hetkellisesti, mitä kertoisivatkaan aivokuvaukset? Mikä on kosketuksen vaikutus? Ovatko kaikki vaikutukset mitattavissa?

7.3 Oman oppimisen arviointi ja ammatillisuus

Tämän opinnäytetyön tekeminen on kestänyt pitkään. Aikuisopiskelijan elämään mahtuu neljän vuoden aikana paljon tapahtumia, jotka vaikuttavat opiskeluun keskittymiseen. Nuo tapahtumat ovat olleet sellaisia, että ne vääjäämättä ovat haitanneet opinnäytetyöni prosessityöskentelyä ajan käytön hallinnan sekä keskittymisen takia. Ohjausta opinnäytetyöhöni olen saanut riittävästi ja muistiinpanot tapaamisista ovat vieneet tätä työtä eteenpäin muun aineiston ohella. Varsinaista opponenttia en ole työlleni saanut, mutta kollegat ovat antaneet arvokkaita kommentteja työstäni matkan varrella. Työn ohella opinnäytetyön kasaaminen ei ole ollut niitä helpoimpia tehtäviä. Pitkät päivät työssä ammatinharjoittajana omassa toimipisteessä tuovat jo fyysiset rajoitteet opiskelulle. Voisin kirjoittaa kokonaisen kirjan ristiriitaisista tuntemuksistani työntekoa, opiskelua ja yleensä ihmiseloa kohtaan.

Tämän ammattikorkeakoulupäivityksen aikana olen fysioterapeuttina kasvanut lukemaan alan kirjallisuutta uudella innolla ja tarkkuudella, suhtaudun alan tutki-

mukseen ehdottomasti kriittisemmin kuin aiemmin. Oman ammatti- ja opiskelutaitojeni reflektointikyky on kehittynyt. Haluaisin myös väittää, että ymmärrän tieteen harjoittamisesta ja tutkimisesta aiempaa enemmän. Tutkimuksen tekemisen prosessointi on avautunut alustavasti.

8 YHTEENVETO

Kroonisen kivun hoitaminen manuaalisella lymfaterapialla on varteenotettava hoitomuoto tätä ongelmaista ryhmää lähestyttäessä. Myös tämän kaltaisen hellän koskettamisen vaikutuksella on oma merkityksensä. Kivun hoitaminen on aina haasteellista. Esimerkiksi kipukouluihin pääseminen vaatii asiakkaalta tietoa ja motivaatiota, jota ei kroonisesta kivusta kärsivällä useinkaan ole. Jos kuntoutus jää tuloksettomaksi, jää asiakas yksin. Suomessa on kipuklinikoita, joilta saa apua, mutta osaavatko kaikki niitä käyttää. Eikö olisi tärkeää, että hoitajat ja fysioterapeutit osaisivat itse estää kivun kroonistumisen hoitaessaan asiakasta? Me fysioterapeutit olemme tiedonhaluisia ammattilaisia, jotka pyrkivät auttamaan ihmisiä kokonaisvaltaisesti. Tarvitsemme työvälineittemme kriittistä tarkkailua ja oikeita tuloksia hoitomenetelmien vaikuttavuudesta.

Jo näin pienestä otoksesta käy ilmi, että ihmiset pitävät kroonistuneen kipunsa helposti ”omanaan” eivätkä siitä mielellään puhu.

Kipua ei näe, vai näkeekö? Meillä fysioterapeuteilla on kehon kieltä tunnistavat silmät. Siihen meidät on koulutettu havainnoimaan kehon toimintaa ja samalla luemme ihmisten kertomaa hiljaista tietoa, ilmeet, eleet, sanat, kuinka paljon me tiedostamatta saammekaan tietoa itsellemme. Meillä on usein hallussamme paljon hiljaista tietoa, ja anatomian ja fysiologian asiantuntijoina saatamme saada tietoomme paljon enemmän asioita kuin lääkärit. Mutta tarvitsemme lisää tutkimusta työstämme, nimenomaan manuaalisesta hoidosta ja sen vaikuttavuudesta konkreettisella tasolla.

LÄHTEET

- Alasuutari, P., 1993. Laadullinen tutkimus. Gummerus Kirjapaino. Jyväskylä.
- Cailliet, R. Edition 3. 1996. Soft tissue pain and disability. F.A. Company. Philadelphia. United States of America.
- Churchland, P. S. 2004. Neurofilosofia. Hakapaino. Helsinki.
- Gustafsson, M, Ekholm, J., Broman, L.2002. Effects of a multiprofessional rehabilitation program for patients with fibromyalgia syndrome. Journal of Rehabilitation Medicine 2002;34, s. 119 – 127. Tulostettu 3.6.2006.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. 1.painos. WS Bookwell Oy. Juva.
- Fibromyalgia ja kuntoutumisprosessi: Enigma 1999. Toimittanut Seija Talo. Kela:n sosiaali – ja terveysturvan katsauksia. Turku.
- Fields, T. 2000. Touch Therapy. 1.painos. Churchill Livingstone. New York.
- Földi, M., Kubik, S. 1993. Lehrbuch der Lymphologie. 3. Auflage. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart.
- Hardy-Piskering, R., Adams, N., Sim, J., Roe, B., Wallymahmed, A.2007. The use of complimentary and alternative therapies for fibromyalgia. Physical Therapy Reviews. 2007.Vol. 12 Issue 3, s.249 -260. Tulostettu 25.9.2007.
- Henriksson, T-g, Wallenius, I.1994. Studentlitteratur. Lund.
- Kallanranta, T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. 2001. Kuntoutus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

- Kalso, E., Vuori, A. 2004. Kipu. 2. painoksen (2002) muuttamaton jatkopainos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Karjalainen, K. 2004. Selkäkivun moniammatillinen kuntoutus. Vaikuttavuuden arviointi. Fysioterapia vol.51, 3/04.
- Kataja, J. 2003. Rentoutuminen ja voimavarat. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Keskinen, M. 2005. Euroopan uusi selkäsuositus fysioterapeutin näkökulmasta. Fysioterapia vol.52, 4/05.
- Ketovuori, H. 1980. Kipusanastomme ja kivun mittaaminen sanallisesti. Suomen Lääkärilehti 1980: 35, 1179 – 1182.
- Kivun merkitykset sekä psykologinen näkökulma kipuasiakkaan hoidossa.
12.10.2006. OMT Petteri Koho, psykologi Leena Kuusela, ft Tuula Judén.
Uudenmaan Fysioterapeutit ry.:n järjestämä koulutus . Luentomuistio. Kuntoutus ORTON, Helsinki.
- Koistinen, J.toim. 1998. Selän rakenne, toiminta ja kuntoutus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kouri J-P, Airaksinen, O. 2001. Kivun käsitteet selviksi. Fysioterapia vol. 48 7/01.
- Leirisalo-Repo M., Hämäläinen M., Moilanen E. 3. uudistettu painos. 2002. Reumataudit. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Longo C., Rizzo R., Inzitari MT, Scumaci G, Caroleo S, Iocco M. 2006. Chronic tension-type headache (CTTH) non conventional therapy with manual lymphatic drainage. Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitazione, Università degli Studi Mraecia di Catanzaro. Tulostettu 13.12.2007. Ovid-tietokanta.
- Luomajoki, H. 2001. Kipumekanismit – kliininen tunnistus ja hoitolinjat. Manuaali. Suomen Ortopedisen Manuaalisen Terapian Yhdistys ry:n ja Suomen Manuaalisen Lääketieteen Yhdistys ry:n jäsenlehti. 4/01.

- LYKO-kurssimateriaali. 1998. Alois Knauer, Tom Väisänen. Inn-Akatemian järjestämä Lymfaterapian kokonaisuus-kurssi. Helsinki.
- Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3.laitos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Moberg, K. 2007. Rauhoittava kosketus. 1.painos. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Räsänen P, Anttila A-H, Melin H (toim.). 2005. Tutkimusmenetelmien pyörteissä. WS Bookwell Oy. Juva.
- Sailo E., Vartti A-M. (toim.). 2000. Kivunhoito. Tammerpaino Oy. Tampere
- Sapolsky, R. 1998. Why Zebras Don't Get Ulcers. An Updated Dated Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping. 3.painos. W.H. Freeman and Company. New York.
- Syrjälä L, Ahonen S, Syrjäläinen E, Saari S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä Oy. Rauma.
- To-Mi (versio 2.0) Toimintakyvyn mittari. VSSHP/TYKS/2008. Tulostettu 25.3.2009
- Vuori, I., Taimela, S. toim. 1999. Liikuntalääketiede. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala.
- Uher EM, Variu G, Schneider B, Fialka V. 2000. Comparison of manual lymph drainage with physical therapy in complex regional pain syndrome, type I.A comparative randomized controlled therapy study. Wiener Klinische Wochenschrift. 112 (3): 133-7. Tulostettu 13.12.2007 Ovid-tietokanta.
- Zusman M. 2005. Cognitive-behavioural components of musculoskeletal physiotherapy: The Role of Control. Physical Therapy Reviews 2005;10:89 – 98. Tulostettu 3.6.2006. Ebsco-tietokanta.

Yin,R.K. 1994. Case Study Research Design and Methods. Second edition. Sage Publications. London.

LIITTEET

Liite 1

TUTKIMUSLOMAKE

PVM __/__/__

Sivu 1/2

1. Miten voimakkaana tällä hetkellä tunnet kipusi?

Piirrä rasti viivalle arvojen 0 – 10 väliin, jana 10 cm manuaalisesti piirrettynä

0 = ei lainkaan kipua 10 = voimakkain mahdollinen kipu

2. Miten häiritsevää tällä hetkellä kipusi on?

Piirrä rasti viivalle arvojen 0 – 10 väliin, jana 10 cm manuaalisesti piirrettynä

0 = ei lainkaan häiritsevää 10 = voimakkaimmin häiritsevää

3. Mitä elämäsi osa-aluetta kokemasi kipu haittaa ja kuinka paljon? jana 10 cm manuaalisesti piirrettynä

a) työ

Piirrä rasti viivalle arvojen 0 – 10 väliin , arvot kts. kysymys 2.

b) harrastukset

Piirrä rasti viivalle arvojen 0 – 10 väliin , arvot kts. kysymys 2.

c) kotityöt (siivous, ruuanlaitto, tiskaus tms.)

Piirrä rasti viivalle arvojen 0 – 10 väliin , arvot kts. kysymys 2.

d) muu vapaa-aika

Piirrä rasti viivalle arvojen 0 – 10 väliin , arvot kts. kysymys 2.

Liite 2

THE MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE (Melzackin ja Campbellin 1975 mukaan)
suomentanut Hannu Ketovuori yht.maist. Kuopion korkeakoulu,
akupunktuurin tutkimusprojekti

| Luokka kipusana | Mm | Luokka kipusana | Mm | Luokka kipusana | Mm |
|--------------------|----|--|----|--------------------|----|
| SENSORINEN | | | | | |
| <u>Ajallisuus:</u> | | <u>Termaalinen:</u> | | <u>Arviointi</u> | |
| Aaltoileva | 32 | A | | | |
| Kohtauksittain | 50 | Kuumottava | 23 | lievä | 9 |
| Jatkuva | 73 | Paahtava | 44 | kiusallinen | 27 |
| | | Polttava | 63 | kova | 57 |
| Tykyttävä | 40 | Tulinen | 72 | sietämätön | 80 |
| Jumputtava | 59 | | | tappava | 93 |
| Jyskyttävä | 76 | B | | | |
| | | Viileä | 19 | | |
| <u>Sijainti:</u> | | Kylmä | 41 | | |
| Pinnallinen | 19 | Hyytävä | 68 | | |
| Toispuoleinen | 45 | | | | |
| Säteilevä | 55 | <u>Terävyys (iholla?) [brightness]</u> | | | |
| Syvä | 73 | Kutiseva | 22 | | |
| <u>Paine:</u> | | syyhyävä | 37 | | |
| pisto: | | kirvelevä | 63 | | |
| Pistävä | 45 | <u>Aisteja sumentavuus ?[Dullness]</u> | | | |
| Lävistävä | 63 | hiipivä | 18 | | |
| Läpitunkeva | 72 | painava | 33 | | |
| | | turruttava | 56 | | |
| <u>viilto:</u> | | jäytävä | 65 | | |
| terävä | 43 | AFFEKTIIVINEN | | | |
| Vihlova | 55 | Jännitys | | | |
| Viiltävä | 63 | ärsyttävä | 39 | | |
| Repivä | 79 | ahdistava | 58 | | |
| | | tuskallinen | 73 | | |
| <u>kuristus:</u> | | <u>Autonominen</u> | | | |
| Vyömäinen | 27 | närästävä | 24 | | |
| Puristava | 46 | kuvottava | 48 | | |
| kouristava | 63 | tainnuttava | 76 | | |
| Tukahduttava | 73 | | | | |
| Musertava | 82 | <u>Pelko</u> | | | |
| <u>veto:</u> | | pelottava | 29 | | |
| nykivä | 30 | kauhea | 50 | | |
| tempova | 52 | karmiva | 71 | | |
| riuhtova | 73 | | | | |

Liite 3

VAS-ianan arvot

| | 12.12. | 17.12. | 19.12. | 27.12. | 3.1.-08 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| Tapaus A: | | | | | |
| | 1. hoi- to | 2. hoi- to | 3. hoi- to | 4.hoito | 5.hoito |
| Kysymys 1.Miten voimakkaana tällä hetkellä tunnet kipusi? | 52 | 50 | 24 | 26 | 66 |
| Kysymys 2.Miten häiritsevä tällä hetkellä kipusi on? | 49 | 60 | 21 | 34 | 70 |
| Kysymys 3.Mitä elämäsi osa-aluetta kipu haittaa? | | | | | |
| a)työ | 61 | 60 | 35 | 37 | 46 |
| b)harrastukset | 31 | 40 | 17 | 8 | 46 |
| c) kotityöt | 30 | 40 | 20 | 25 | 23 |
| d) muu vapaa-aika | 29 | 30 | 23 | 11 | 49 |
| keskiarvo/vrk | 42,0 | 46,7 | 23,3 | 23,5 | 50,0 |

| | 11.12. | 13.12. | 14.12. | 18.12. | 20.12. |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| Tapaus B: | | | | | |
| | 1. hoi- to | 2. hoi- to | 3. hoi- to | 4.hoito | 5.hoito |
| Kysymys 1.Miten voimakkaana tällä hetkellä tunnet kipusi? | 30 | 12 | 28 | 21 | 7 |
| Kysymys 2.Miten häiritsevä tällä hetkellä kipusi on? | 32 | 8 | 18 | 24 | 7 |
| Kysymys 3.Mitä elämäsi osa-aluetta kipu haittaa? | | | | | |
| a)työ | 15 | 12 | 9 | 13 | 8 |
| b)harrastukset | 28 | 12 | 14 | 25 | 8 |
| c) kotityöt | 30 | 12 | 14 | 24 | 8 |
| d) muu vapaa-aika | 38 | 12 | 16 | 26 | 7 |
| keskiarvo/vrk | 28,8 | 11,333 | 16,5 | 22,2 | 7,5 |

| | 14.12. | 17.12. | 19.12. | 21.12. | 27.12. |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| Tapaus C: | | | | | |
| | 1. hoi- to | 2. hoi- to | 3. hoi- to | 4.hoito | 5.hoito |
| Kysymys 1.Miten voimakkaana tällä hetkellä tunnet kipusi? | 16 | 13 | 28 | 14 | 6 |
| Kysymys 2.Miten häiritsevä tällä hetkellä kipusi on? | 26 | 18 | 26 | 22 | 11 |
| Kysymys 3.Mitä elämäsi osa-aluetta kipu haittaa? | | | | | |
| a)työ | 37 | 19 | 25 | 17 | 9 |
| b)harrastukset | 36 | 32 | 28 | 21 | 9 |
| c) kotityöt | 37 | 47 | 36 | 28 | 22 |
| d) muu vapaa-aika | 11 | 29 | 40 | 38 | 28 |
| keskiarvo/vrk | 27,2 | 26,3 | 30,5 | 23,3 | 14,2 |