

**RYHMÄOHJAUKSELLA LISÄÄ VOIMAVAROJA KROONISESTA KIVUSTA
KÄRSIVÄN POTILAAN ARKEEN - INTERVENTIOTUTKIMUS**

**Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Pro gradu - tutkielma
Sinikka Holma
Huhtikuu 2008**

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

HOLMA SINIKKA: Ryhmäohjauksella lisää voimavaroja kroonisesta kivusta kärsivän potilaan arkeen – Interventiotutkimus

Pro gradu-tutkielma, 68 sivua, 15 liitesivua

Ohjaajat: lehtori, TtT Meeri Koivula ja lehtori, TtT Katja Joronen

Hoitotiede

Maaliskuu 2008

Tutkimuksessa kuvataan kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kokemuksia lyhyestä ohjausinterventiosta. Intervention avulla, jonka kesto oli 3 x 2h, oli tarkoitus vahvistaa kipupotilaiden voimavaroja ja siten helpottaa selviytymistä kivun kanssa arkipäivän elämässä. Ohjaus oli avoin myös perheenjäsenille. Interventioon osallistui kahdeksan potilasta ja kaksi omaista.

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla kuudelta kipupotilaalta ja yhdeltä omaiselta. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällönanalyysia.

Tutkimustulosten mukaan ohjauksessa voimavarojen vahvistumista mahdollistavia tekijöitä ovat: tiedon lisääntyminen, vertaisryhmään osallistuminen, ohjaajan rooli, omaisten osallistuminen, turvallinen ilmapiiri ja kipukurssin kehittäminen. Erityisesti tieto krooniseen kipuun liittyvistä tunteista koettiin tärkeäksi. Keskustelut vertaisryhmässä olivat kipukurssin merkityksellisintä antia. Kokemus siitä, ettei ole yksin kipuongelmansa kanssa, että ryhmässä ymmärretään, ja että muillakin on ollut samanlaisia tunteita, auttoi ja kevensi oloa. Oma tilannettaan pystyi suhteuttamaan ja sai uskoa omiin mahdollisuuksiin. Ryhmään tarvittiin ohjaaja teoriatiedon tuojaksi, keskustelujen ohjaajaksi ja kuuntelijaksi. Omaisten osallistuminen ryhmään avarsi heidän näkemystään kroonisesta kivusta ja siihen liittyvistä seurannaisvaikutuksista. Turvallinen ilmapiiri ryhmässä mahdollisti avoimen keskustelun. Toivomuksena oli, että jatkossakin järjestettäisiin ohjausta ja kurssi saisi olla hiukan pidempi. Voimavarojen lisääntyminen koettiin tietoisuuden lisääntymisenä, aktiivisuuden lisääntymisenä ja muutoksina suhteissa muihin. Tunteiden ja ajatusten ymmärtäminen helpottui, oman asenteen merkitys ja omat mahdollisuudet hahmottuivat. Tietoisuus kivunhallintamenetelmistä lisäsi vaikutusmahdollisuuksia omaan kiputilanteeseen ja toi turvallisuuden tunnetta. Fyysinen aktiivisuus lisääntyi samoin kuin kiinnostus hankkia omaehtoisesti krooniseen kipuun liittyvää tietoa. Avoimuus ja keskustelut lisääntyivät perhepiirissä.

Lyhyellä kipukurssilla on mahdollista tukea kipupotilaiden voimavarojen lisääntymistä arkipäivän elämässä. Saatujen kokemusten pohjalta ohjausta on mahdollista kehittää potilaiden toivomaan suuntaan. Tutkimusta voidaan käyttää hoitohenkilökunnan koulutuksessa, suunniteltaessa kipupotilaan ohjaukseen liittyviä painopistealueita.

Avainsanat: krooninen kipu, voimavarakeskeisyys, ryhmäohjaus

ABSTRACT

TAMPERE UNIVERSITY
Department of Nursing Science

HOLMA SINIKKA: Intervention research - the use of group counselling to empower chronic pain patients in daily life

Masters thesis, 68 pages, 15 appendices
Supervisors: PhD Meeri Koivula and PhD Katja Joronen
Nursing Science
March 2008

The purpose of this study is to describe the experiences of chronic pain patients after exposure to the brief group counselling program. Three interventions occurred, which lasted 2 hours each. The aim of intervention was to foster empowerment so as to help chronic pain patients more effectively manage daily life. The course was also open for family members. There were eight pain patients and one family member participating in the intervention.

The data for the study was collected by thematic interviews of six pain patient and one family member using a qualitative content analysis.

According to the research results there were several factors in the paincourse which facilitated the empowerment process: getting knowledge, participation in the support group, role of the group leader, participation of the family members, safe atmosphere and developing the counselling. Knowledge of the emotions experienced in chronic pain was especially important. Group conversation was the most significant part of the course. To experience that one is not alone with the problems; that there are people who have had similar thoughts and feelings and therefore understand, helped and made it easier to carry the burden of chronic pain. It was possible to reflect on one's own situation with the others and gain faith in one's own potentials. Group leader was needed to bring theoretical knowledge, to guide the conversations and to listen. Participating in the course increases the understanding of the family members relating to the chronic pain and its side-effects. Feeling safe in the group facilitates open discussion of the issues that chronic pain has raised. This kind of course ought to be made available and should last a little longer. The empowerment of the participants was experienced in increased consciousness, in increased activity and in changes in relationships. The participants stated that the importance of their own attitudes was clearer and that it was easier to understand their own feelings and thoughts and to see their own potential. Awareness of pain management methods increased the possibility that participants would use them in their own pain situations and also increased feelings of safety. Activity among participants increased as they became more open among themselves and in conversations in family circles.

Positive changes are possible for pain patients' daily lives with a brief group counselling course. The results can be used to develop patient counselling programs. The research will also create possibilities to further education in the nursing of chronic pain patients.

Key words: chronic pain, empowerment, group counselling

SISÄLLYS

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	5
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Krooninen kipu	8
2.1.1 Kivun kroonistuminen	7
2.1.2 Krooninen kipu ja perhe	8
2.1.3 Selviytyminen kroonisen kivun kanssa	9
2.1.4 Kroonisen kivun hoito	10
2.2 Voimavarakeskeisyys	13
2.2.1 Voimavarakeskeinen lähestymistapa	13
2.2.2 Voimavarakeskeinen ohjaus	14
2.3 Ryhmäohjaus	15
2.3.1 Ryhmä	15
2.3.2 Kokemusperäinen oppiminen	16
2.3.3 Ohjaaja	17
2.4 Aikaisempia tutkimuksia	18
2.4.1 Kivun henkinen kuormittavuus	18
2.4.2 Kivun vaikutukset perheeseen	21
2.4.3 Kipu ja selviytymismenetelmät	22
2.4.4 Ohjauksen merkitys kivunhallinnassa	24
2.4.5 Yhteenveto	26
2.5 Ohjausintervention suunnittelu ja toteutus	27
3. TUTKIMUSTEHTÄVÄ	30
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	31
4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat	31
4.2 Tutkimukseen osallistujat	31
4.3 Aineiston hankinta	33
4.4 Aineiston analyysi	34

5. TUTKIMUSTULOKSET	36
5.1 Voimavarojen lisääntymistä mahdollistavat tekijät	36
5.2 Voimavarojen lisääntyminen	46
6. POHDINTA	52
6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	52
6.2 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat	55
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu	56
6.4 Johtopäätökset	61

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuksia kivun vaikutuksesta kipupotilaan elämään

Liite 2. Tutkimuksia ohjauksen vaikuttavuudesta

Liite 3. Ryhmäohjauksen lähtökohdat, sisältöalueet ja toteutunut ohjaus

Liite 4. Ryhmäohjauksen esittely ja osallistumislomake

Liite 5. Haastatteluteemat

Liite 6. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja abstrahoinnista

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Nykyaikainen kipututkimus on pystynyt selkeästi osoittamaan, että kipu aiheuttaa keskushermostossa muutoksia, kun se jatkuu pitkään. Muutokset ylläpitävät kipua, vaikka kivun alkuperäinen syy olisi jo hävinnyt. Kipu muuttuu oireesta itsenäiseksi sairaudeksi. (Vuorinen 2004, 8.) Kroonistuessaan kipu aiheuttaa monenlaisia psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Se vaikuttaa mm. käyttäytymiseen, motivaatioon, mielialaan ja ajatuksiin. Se aiheuttaa ahdistuneisuutta ja pelkoa, taloudellisia ongelmia sekä vähentää sosiaalista kanssakäymistä ja aiheuttaa muutoksia perhe-elämässä. (Walker & Sofer 1998, 320.)

Krooninen kipu tuhoaa ihmisen elämää hallitsemalla tietoisuutta ja tuhoamalla mielialaa, toimintakykyä, itseluottamusta ja ajatusmaailmaa. Tästä syystä kroonisen kivun hoidossa pyritään vaikuttamaan paitsi itse kipuun myös näihin kivun seuraustekijöihin. (Vainio 2004, 39.) On mahdollista, että erilaisista hoitoyrityksistä huolimatta potilaan kiputilanteeseen ei saada apua ja heidän on vain opittava elämään kivun kanssa (Seers & Friedli 1996, 2). Ohjauksen avulla potilaan ymmärrys sairaudestaan ja sen hoidosta lisääntyy ja sairauden hoitoon liittyvät päätöksenteko- ja itsehoitotaidot paranevat. (Liimatainen & Stenbäck 2005, 93.) Erityisesti kroonisista sairauksista kärsivien potilaiden ohjauksessa tarvitaan menetelmiä, jotka edesauttavat muutosta tunteiden, asenteiden ja käyttäytymisen tasolla (Cooper ym. 2001, 114). Usein kipupotilaat eivät tiedosta psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksien laajuutta kipuun ja kärsimykseen. Näitten aiheitten käsittely kipupotilaiden ohjauksessa voi vähentää stressiä, kyvyttömyyteen ja tunnekuohuihin liittyviä negatiivisia vaikutuksia. (Arnstein 2004, 40.)

Kotimaisessa tutkimuksessa, joka kartoitti hoitotyön edellytyksiä ja toteutumista kipuklinikassa, potilaat olivat pääosin tyytyväisiä yksiköiden toimintaan, mutta puutteita nähtiin erityisesti ohjauksessa, potilaiden aktivoinnissa, omaisten mukaan ottamisessa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa (Salanterä & Särkioja 2003, 16). Ohjauksen ja tuen tarve nousevat esiin myös opinnäytetyössä, jossa tutkittiin kroonista kipua sairastavien potilaiden kipukokemuksia ja kivun vaikutuksia heidän arkielämässään (Eloranta 2002, 72).

Erilaisilla kivunhallintaohjelmilla on saavutettu hyviä tuloksia liittyen kivun voimakkuuteen (Von Korff ym. 1998, Le Fort ym. 1998, Wells-Federman ym. 2002, Ersek, ym. 2003), pystyvyyksikäsitteisiin, toimintakyvyn lisääntymiseen (Von Korff ym. 1998, Wells-Federman ym. 2002,) ja kipujen aiheuttamien huolien vähenemiseen (Von Korff ym. 1998). Monet kivunhallintaohjelmat vaativat potilailta varsin pitkää sitoutumista ja ne eivät resurssien puutteessa tavoita kuin osan kipupotilaista.

Keski-Suomen keskussairaalassa kipu- ja psykiatrianpoliklinikan yhteistyönä järjestetään kivunhallintaryhmä noin kerran vuodessa. Ryhmään osallistuu 6-10 kipupotilasta ja tapaamiskertoja on kymmenestä viiteentoista (10-15). Ryhmää vetää psykologi ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Tämän opinnäytetyön puitteissa kehitettiin ja toteutettiin lyhytkestoinen, sairaanhoitajan vetämä ohjauskurssi. Kipukurssi toimi pilottijaksona ja sen pohjalta ohjausta on mahdollista kehittää toivottuun suuntaan. Lyhytkestoisuudella pyrittiin siihen, että malli olisi pienellä resursoinnilla ja organisoinnilla käytettävissä ja tavoittaisi mahdollisimman monia ohjauksesta kiinnostuneita potilaita.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kroonisille kipupotilaille ohjausmalli, toteuttaa ryhmäohjaus ja haastatteleamalla saada tietoa osallistujien kokemuksista ryhmäohjauksesta. Perusajatuksena oli lisätä potilaiden tietoisuutta omista mahdollisuuksista vaikuttaa kipuunsa ja tätä kautta auttaa voimavarojen lisääntymisessä. Tulosten perusteella ohjausinterventiota on mahdollista kehittää suuntaan, josta mahdollisimman moni kipupotilas saisi apua arkipäivän elämään. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää myös suunniteltaessa kivunhoitotyötä tekevien sairaanhoitajien täydennyskoulutusta.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Krooninen kipu

Kivun käsite on kompleksinen ilmiö, joka ulottuu paikallisesta fyysisestä särystä totaaliseen, koko ihmisen olemuksen käsittävään kärsimykseen. Se on samanaikaisesti universaalia ja yksityistä: kivun kokemus on jokaiselle ihmiselle tuttu, mutta toisen ihmisen aktuaalinen kipu on subjektiivinen ja jakamaton. (Kalso & Vainio 2002, 18.) Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys, IASP (International Association for Study of Pain) kuvaa kipua epämiellyttävänä sensorisena ja tunneperäisenä kokemuksena, joka liittyy todettuun tai mahdolliseen kudonsvaurioon tai jota kuvataan kudonsvaurion käsittein (Tigerstedt & Tammisto 1988, 381).

2.1.1 Kivun kroonistuminen

Kipu voi olla lyhytaikainen eli akuutti, tai pitkäaikainen eli krooninen. Akuutti kipu johtuu jostakin elimellisestä tekijästä. Tyypillistä sille on äkillisyys, ohimenevyys ja paikannettavuus. Sillä on siis selvä syy ja sitä voidaan hoitaa tehokkaasti. Kipua pidetään kroonisena, kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen. Rajana on pidetty 3-6 kuukautta. (Kalso & Vainio 2002, 87.)

Krooniset kiputilat jaotellaan lääketieteessä niiden patofysiologisen mekanismin mukaan nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu on fysiologinen, terveen kipuhermojärjestelmän reaktio kudonsvaurioon. Neuropattisen ja neurogeenisen kivun taustalla on epänormaali kipuhermon toiminta. Vaurio tai toimintahäiriö on tällöin itse hermossa, kipuradassa. Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan sellaista kipua, jolle elimellistä syytä, eli kudons- tai hermovauriota ei ole löydetty. Kivun pitkittymisen mekanismit painottuvat eri tavalla erilaisissa kiputiloissa. Kudonsvauriosta johtuvan pitkäaikaisen kivun taustalla on perustauti, jota ei saada hallintaan (esim. nivelreuma). Hermoston osan, esimerkiksi ääreishermon, selkäytimen tai aivojen vaurio tekee kipuviestiä siirtäviin ratoihin pysyviä muutoksia. Näiden seurauksena tavallinen kosketus voi muuttua kivuliaaksi tai potilaalle voi kehittyä jatkuva spontaani kipu. Kroonisessa kipuoireyhtymässä on osittain kyse potilaan psykososiaalisen kokonaisuuden vasteesta kudons- tai hermovaurioon liittyneisiin tapahtumiin. (Kalso & Vainio 2002, 87- 88.)

Krooninen kipu kehittyy monimutkaisista yhteyksistä mielen, kehon, psyyken ja ympäristön välillä (Lewandowski 2004, 97). Biopsykososiaalisessa mallissa kipu nähdään molemminpuolisena, dynaamisena prosessina biologisten, psyykkisten ja sosiokulttuuristen muuttujien välillä. Monimutkainen interaktio muuttujien välillä muodostaa henkilön kipukokemuksen. Nosiseptio toimii alkupisteenä tapahtumien sarjalle, joiden kautta henkilön kipuun liittyvät oletukset ja käyttäytyminen muodostuvat. (Lewandowski 2004, 98.)

Estlander (2003, 54) kuvaa kivun kroonistumista dynaamisena vuorovaikutusprosessina. Yksilön oireilleen antama merkitys, hänen käsityksensä oireistaan, niiden syistä ja seurauksista sekä hänen elämäkokemuksensa, odotuksensa ja selviytymiskeinonsa muovaavat toipumis- tai kroonistumisprosessia. Yksilön kokemukset ja ympäristöltä tuleva palaute ohjaavat hänen motivaatiotaan selvitä. Merkityksellistä on se, miten yksilö asettuu potilaan rooliin, millaiseksi hän kokee neuvot ja ohjeet, miten hän kokee tulevansa ymmärretyksi sekä miten hän suhtautuu omaan avuttomuuteensa ja autettavaksi tulemiseen. (Aho & Kääpä 2000, 16- 18; Estlander 2003, 54.)

Kipuongelmaa saattaa ylläpitää myös potilaan tietämättömyys. Hänellä saattaa olla käsitys, että kaikki kipu on vaarallista ja aktiivisuus pahentaa kipua. Tällöin hän pyrkii välttämään ja lievittämään kipua levolla ja passiivisuudella. Syntyy noidankehä; pelko, ahdistus ja virheelliset oletukset aiheuttavat passiivisuutta, fyysisen kunnon heikentymistä ja sairaan roolin vahvistumista. (Von Korff ym. 1998,9; Estlander 2003, 63- 65; Lame ym. 2005, 16.)

2.1.2 Krooninen kipu ja perhe

Perhe on kokonaisuus, jossa yksittäisen jäsenen sairaus vaikuttaa muihin perheenjäseniin ja koko perheeseen (Friedman ym. 2003, 9). Krooninen kipu ei vaikuta ainoastaan kivusta kärsivän yksilön elämään, vaan usein myös perheenjäsenten ja muiden läheisten elämään. Sosiaalinen hyvinvointi voi heiketä kipuun liittyvän eristäytymisen ja riippuvuuden myötä. (Seers & Friedli 1996, 12; Walle 1999, 51- 52; Eloranta 2002, 55.) Vähemmälle huomiolle on jäänyt kipupotilaan perhe ja sen jäsenten avun ja tuen tarve (Smith & Friedeman 1999, 550). Krooninen kipu herättää potilaissa itsessään ja heidän omaisissaan voimattomuutta ja avuttomuutta. (Seers & Friedli 1996, 12; Granström 2004, 207.)

Aluksi kivun aiheuttamat ongelmat näkyvät perheessä kipupotilaan toimintarajoituksina, mutta kivun pitkittyessä negatiivisia muutoksia alkaa tapahtua myös vuorovaikutussuhteissa. Konkreettinen avuntarve, kykenemättömyys hoitaa aikaisempia tehtäviään ja hankaluus osallistua perheen yhteisiin tekemisiin aiheuttaa kipupotilaalle avuttomuuden tunnetta, elämänhallinnan tunteen laskua ja etäännyttää muusta perheestä. (Smith & Friedeman 1999, 547; Smith 2003, 138- 139.) Kivun seurauksena perheroolit muuttuvat ja usein työssä käyvän puolison vastuu ja velvollisuudet lisääntyvät. Puolisoiden välinen fyysinen ja emotionaalinen läheisyys vähenee. (Smith 2003, 139.)

Perheen tuella on merkittävä osuus sairastuneen perheenjäsenen kuntoutumisessa ja selviytymisessä (Friedman ym. 2003). Ottamalla perhe mukaan hoitoon ja antamalla oikeaa tietoa voidaan vaikuttaa perheenjäsenten toimintatapoihin niin, että ne tukevat kivusta kärsivän läheisen kuntoutumista ja selviytymistä (Salanterä ym. 2006, 24).

2.1.3 Selviytyminen kroonisen kivun kanssa

Pitkäaikainen kipu ja siihen liittyvät toimintakykyrajoitukset aiheuttavat potilaalle yleensä jonkinasteisen kriisin. Useimmiten vasta, kun ihminen on tähän tilanteeseensa henkisesti sopeutunut, hän kykenee aktiivisesti toimimaan kuntoutumistaan edistävästi. Potilas tarvitsee aikaa luopua vanhasta, surra tähän liittyviä menetyksiä, jotta hän voisi alkaa suuntautua uudelleen elämässään. (Carson & Mitchell 1998, 1246; Heikkonen 2002, 17.)

Oman kivunhallinnan ja kontrollin kokemiseen liittyy aktiivinen ja haasteellinen kipukäyttäytyminen. (Raninen 2002, 30; Granström 2004, 207.) Yksilön omista selviytymiskeinoista riippuu aiheuttaako pitkittynyt kipu jonkinasteista arkielämän häiritsevyyttä vai totaalista toimintakyvyttömyyttä (Haythornthwaite ym. 1998, 33).

Kivun alalla coping tarkoittaa kipupotilaan toimintatapoja, hänen pyrkimyksiään tulla toimeen kivun kanssa sekä vähentää kipua ja sen mukanaan tuomia ongelmia. Kipupotilaan käyttämät kivunhallintakeinot sisältävät monenlaisia tapoja tulla toimeen kipuongelman kanssa. Se voi olla aktiivista kivun tai ahdistuksen lievittämiseen tähtäävää toimintaa, esimerkiksi fyysisen rasituksen välttämistä tai ystävän kanssa puhumista. Se voi olla myös mielikuvien käyttöä tai huomion kiinnittämistä muualle. Myös kivun "hyväksyminen", mahdollisimman rauhallinen suhtautuminen siihen, on kivunhallintakeino. (Estlander 2003, 86.)

Yksilön kivunhallintakeinojen käyttöön vaikuttaa kivun voimakkuus, mitä hän ajattelee kivusta ja kivun merkitys. Vaikeassa kivussa vaihtoehdot rajoittuvat ja lievässä kivussa niitä on enemmän. Pystyvyyskäsitykset eli se missä määrin henkilö uskoo pystyvänsä selviytymään kipujensa kanssa, vaikuttaa siihen, miten hän yrittää tulla toimeen kipunsa kanssa. (Estlander 2003, 89.)

Kipu voi myös opettaa ja kasvattaa. Kipu on osa ihmisen tietoisuutta, joka puolestaan on tärkeä väline elämässä selviytymiseen. Toivo sisältyy olennaisena osana elämän käsitteeseen ja kipupotilailla toivo paremmasta huomisesta auttaa jaksamaan. (Carson & Mitchell 1998, 1245; Granström 2004, 207.)

2.1.4 Kroonisen kivun hoito

Vaikean pitkäaikaisen kivun hoito on monialaista ryhmätyötä, ja ryhmän tärkein jäsen on kivusta kärsivä ihminen itse. Hänen aktiivinen osallistumisensa hoitoon on sen onnistumisen edellytys. Hoidon sisällön ja tavoitteiden tulee olla potilaan kannalta tärkeitä, mielekkäitä ja tavoiteltavia. (Heikkinen 2002 16; Estlander 2003, 180.) Hyvän hoidon lähtökohta on kipuoireen syiden ja mekanismien selvittäminen ja hoidon tavoitteena ovat: kivun lievittyminen, kipuvaiheiden harveneminen, yöunen paraneminen, mielialan paraneminen, rentoutumaan oppiminen, kivunhallintatekniikoiden oppiminen, parempi elämän laatu sekä hyödyttömien lääketieteellisten tutkimusten ja hoitoyritysten väheneminen. (Aho & Kääpä 2000, 17; Pohjolainen & Haanpää 2004, 191; Vainio 2004, 73.)

Suomen yliopistosairaaloissa ja monissa keskussairaaloissa toimii kipupoliklinikoita, jotka ovat erikoistuneet kroonisen kivun tutkimukseen ja hoitoon. Kipuklinikoiden työntekijät ovat lääkäreitä, sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä, joilla on kokemusta ja erityiskoulutusta kroonisen kivun hoidossa. (Vainio 2004, 89.) Kipupoliklinikoihin lähetetään potilaita, joiden kipujen diagnostiikka tai hoito on ollut lähettävälle lääkärille ongelmallista. Monialaisessa työryhmässä lääketieteen eri erikoisalojen ja eri ammattiryhmien osaamista voidaan hyödyntää saumattomasti ja kuntoutumisnäkökulma on keskeinen. Kipupoliklinikoiden resurssit ovat kuitenkin monilla paikkakunnilla kysyntään nähden niukat. Tämä merkitsee pitkiä jonotusaikoja, potilaiden karsintaa ja riittämätöntä seuranta. (Pohjolainen & Haanpää 2004.)

Lähtökohtana on aina, että potilaan kipukokemusta ei aseteta kyseenalaiseksi, vaan häntä uskotaan. Sen kokemuksen tärkeys, että on otettu vakavasti ja kipua ei ole kyseenalaistettu, tulee esiin useissa kroonista kipua käsittelevissä tutkimuksissa (Seers & Friedli 1996, 1165; Steen & Haugli 2001, 40; Eloranta 2002, 50; Särkioja & Salanterä 2003, 20). Auttajan tehtävänä on yrittää selvittää, mitä kivun ilmaistamisen takana on, mitä seurauksia kivulla on ja mitä asialle voitaisiin tehdä (Estlander 2003, 9).

Porttikontrolliteorian pohjalta on ymmärretty, että kipua voidaan hoitaa paitsi sensorisia ärsykeitä vähentämällä esimerkiksi lääkkeillä tai puudutuksilla myös vaikuttamalla kognitiivisiin, emotionaalisiin ja motivaatio seikkoihin eli ajatuksiin, tunteisiin ja toimintaan. (Estlander 2003, 59.) Porttikontrolliteorian mukaan selkäytimessä sijaitsee niin sanottu kipuportti, joka tietyissä olosuhteissa sallii kipustimulaation pääsevän läpi aivokuoren tasolle ja toisinaan estää sen. Tietyt psykologiset ja ympäristötekijät, hermoimpulssien ohella, voivat siis stimuloida aivoja lähettämään viestejä, jotka voivat joko sulkea tai avata kipuportin. Kivunhallinnan ohjausinterventioissa tämän kipuportti-mekanismiin ymmärtäminen voi hyödyntää potilaita. (Grant & Haverkamp 1995, 2.)

Valtaosa kipupotilaista tarvitsee lääkehoitoa. Yleensä käytetään eri mekanismeihin vaikuttavia lääkkeitä yhdessä, parhaan hyödyn saavuttamiseksi ja sivuvaikutusten vähentämiseksi. Ensisijaisia kroonisen kivun lääkkeitä ovat kivun säätelyjärjestelmään ja sen välittäjäaineisiin vaikuttavat lääkkeet, joita ovat esimerkiksi trisykliset masennuslääkkeet ja epilepsialääkkeet (Vainio 2004, 74). Lääkityksellä pyritään saamaan kipu hallittavaksi ja mahdollistamaan muiden hoitomenetelmien käyttö, esimerkiksi kuntoutus. Puudutuksia käytetään niin kiputilojen diagnostiikassa kuin hoidoissakin. Puudutuksilla pyritään katkaisemaan kipukierre ja mahdollistamaan tehokkaampi lihaskunnan harjoittelu. (Kalso 2002, 165.)

Psykologisen kivunhoidon tavoitteena on purkaa kipuun liittyvää toivottomuuden ja avuttomuuden kehää, lisätä tietoa kivun syntymekanismeista, olemuksesta ja hoitomahdollisuuksista sekä lisätä ihmisen omia kivunhallintakeinoja. Psykologisista interventioista vaikuttavimmiksi ovat kivun hoidossa osoittautuneet sellaiset yksilölliset ja ryhmämuotoiset hoito- ja kuntoutusjaksot, joissa keskeisinä menetelminä on käytetty kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tekniikoita ja strategioita. Ihmistä pyritään auttamaan tiedostamaan ja tunnistamaan hyvinvointia rajoittavia, epätarkoituksenmukaisia uskomuksia, ajatuksia ja mielikuvia ja siten edelleen muuttamaan ja korjaamaan haitalliseksi

toteamiajan ajattelu- ja toimintatapojaan. (Estlander 1997, 75- 76; Heikkonen 2002, 28; Vainio 2004, 88.)

Fysioterapia käyttää hoitona fysikaalisia keinoja kuten sähkövirtaa, lämpöä, kylmää, ääntä, valoa sekä liikuntaa, liikeharjoituksia ja hierontaa. Modernissa kuntoutuksessa käytetään apuna psykologisesti vaikuttavia menetelmiä. Keskeistä on toimintakyvyn harjoittaminen eri menetelmin. Ohjelmiin kuuluu usein rentoutumisen opiskelua. Erityisesti selkäkipupotilaiden kuntoutuksessa olennaista on lääkehoitoihin ja fysioterapiaan yhdistetty fyysinen harjoittelu. Harjoittelu vähentää potilaan pelkoja siitä, että liikkuminen vahingoittaa selkää ja lisää kipuja.(Estlander 1997, 70;Vainio 2004, 87.)

Kroonisesta sairaudesta kärsivän potilaan opetuksen tulisi painottua strategioihin, jotka edesauttavat haitallisten ajatustottumusten ja tunteiden muuttamista (Cooper ym. 2001, 109). Ohjaus tähtää kivun lievittymiseen ja potilaan itsenäisempään otteeseen kipunsa hoidossa. Ohjaus sisältää opetusta, tavoitteen asettamista, rentoutusmenetelmiä, oireiden seuranta, sosiaalista tukea, harjoitteita ja tavoitteellista selviytymiskeinojen opettelua. (Wells-Federman ym. 2002, 132.) Erityisesti taitojen oppimisen tukeminen lisää kipupotilaiden itseluottamusta ja pystyvyyskäsitteitä. Asteittain he pystyvät parempaan kivunhallintaan ja heidän selviytymis- ja toimintakyvyt lisääntyvät. Tämä edelleen vahvistaa pystyvyyskäsitteitä ja vähentää toimintakyvyttömyyden ja masentumisen riskiä. (Arnstein 2004, 40.) Neuropaattisista ja muista pitkäaikaisista kivuista kärsivien potilaiden ohjauksessa keskeistä on, että potilas osallistuu aktiivisesti, saa ohjausta keskeisten taitojen hallintaan (kipupäiväkirjan pitämiseen, rytmitys ja ajankäyttö, rentoutusmenetelmät, kuvittelun käyttö, hypnoosin käyttö, ajatustottumusten muuttaminen, vuorovaikutustaidot) ja hänellä on toimintasuunnitelma pahojen päivien varalle. Terveellisten elämäntapojen (ravinto, liikunta, sosiaaliset suhteet) yhteyksien ymmärtäminen liittyen pitkittyneeseen kipuun on merkittävää kipupotilaan tulevaisuuden toimintakyvyn kannalta. (Arnstein 2004, 34- 41.) Sairaanhoidajan rooli potilaan ohjauksessa on merkittävä (Wells-Federman ym. 2002, 132).

Kipupotilaat käyttävät erilaisia itsehoitomenetelmiä lievittääkseen kipua. He ovat oppineet kokeilemalla mitkä tekijät lieventävät tai pahentavat kipua. Ohjaus sisältää rohkaisua kokeilemaan itselle sopivia itsehoitokeinoja ja niiden opettamista. Kivun itsehoitoa voi toteuttaa valmiiksi laadittujen ohjelmien mukaan. Montrealin McGill yliopiston kipuklinikan itsehoito-ohjelma sisältää kipupäiväkirjan pitämistä, tavoitteiden asettamista,

kivunhallintataitoja (rentoutusmenetelmät, positiivinen sisäinen puhe), tietoa terveellisen ravinnon ja liikunnan merkityksestä sekä vuorovaikutustaitojen opettelua. (Vainio 2004, 102-140.)

Ruotsalainen Gunilla Brattberg on kehittänyt kroonisesta kivusta kärsiville potilaille ns. kipupaja-toiminannon. Kipupajan toimintaperiaatteena on: mahdollisuus tuntea itsensä tervetulleeksi omana itsenään, esikuvien kohtaaminen, elämänläheinen keskusteleminen sekä ryhmään kuulumisen tunne. Potilaat osallistuvat omassa tahdissaan omien tarpeidensa ja kykyjensä mukaan tavoitteena oppia tulemaan toimeen kipujen ja muuttuneen itsensä kanssa. Ohjelmaan kuuluu mm. ihmisyyteen, itsetuntemukseen ja terveyteen liittyviä opintopiirejä sekä kiputyökirjan läpikäymistä. (Brattberg 2001; Kukkonen ym. 2001,16.)

2.2 Voimavarakeskeisyys

2.2.1 Voimavarakeskeinen lähestymistapa

Voimavarat ovat yksilössä itsessään, ryhmässä tai yhteiskunnassa tarjolla olevia tekijöitä, jotka auttavat joko välttämään haitallisia kuormitustekijöitä tai selviämään niistä. Tällaisia voimavaroja ovat esimerkiksi aineelliset ja tiedolliset voimavarat, kuten ihmisen tietotaitotaso ja hankittu koulutus, sekä sosiaaliin suhteisiin perustuvat voimavarat, kuten sosiaaliset siteet ja sosiaalinen tuki. Voimavaroja ovat lisäksi kulttuuriset tekijät sekä yhteiskunnan ja ympäristön tarjoamat mahdollisuudet. (Riikonen 2000, 46; Pietilä ym. 2002, 156.)

Keskeisiä lähtökohtia ovat voimavarakeskeisyyden näkeminen prosessina, potilaan henkilökohtaisen hallinnan vahvistuminen, vallan jakaminen, aktiivinen osallistuminen sekä tasavertaisuus, autonomia ja reflektio (Kettunen 2001, 80). Voimavarakeskeinen lähestymistapa auttamiseen liittyvässä yhteistyössä tarkoittaa prosessia, joka mahdollistaa ihmisten aikaisempaa suuremman vaikuttamisen ja osallistumisen elämäänsä liittyvään päätöksentekoon ja toimintaan (Rodwell 1996, 309). Voimavarakeskeisessä hoitotyössä hoitaja ja asiakas toimivat tasavertaisessa suhteessa ja tämä mahdollistaa molempien kehittymisen ja muuttumisen (Falk-Rafael 2001, 14). Voimavaroihin suuntautuneissa keskusteluissa painotus on ennen kaikkea siinä mikä toimii, missä on tapahtunut myönteisestä kehitystä ja onnistumisia. Tuloksellisuutta arvioidaan asiakkaiden tavoitteiden saavuttamisen

näkökulmasta. (Riikonen 2000, 49.) Se on yhteistyötä, missä kunnioitetaan ja arvostetaan omia ja toisten arvoja. Päämääränä on lisätä autettavan luottamusta omaan itseensä ja tulevaisuuteen. Tärkeätä on tiedostaa, että mahdollisuus muutokseen löytyy luottamuksesta omaan itseensä. (Rodwell 1996, 309.)

2.2.2 Voimavarakeskeinen ohjaus

Ohjaaminen on prosessi, jonka avulla ohjattavassa tapahtuu muutos. Jotta prosessia voidaan kuvata, edellyttää se ohjaajan ja ohjattavan sekä ohjaustavoitteen ja sen saavuttamiseksi valittavien menetelmien tarkastelua. Neuvomista ja ohjaamista voidaan pitää eräänlaisen jatkumon ääripäinä, jotka kuvaavat avun antajan ja avun tarvitsijan suhteen luonnetta. Neuvominen on suoraa, kuten informaation antamista. Ohjaaminen on enemmänkin epäsuoraa oppijan päätöksentekoprosessin auttamista. Ohjaaja auttaa tekemään hyviä valintoja. Se on yksi tavoitteeseen tähtäävän toiminnan muoto. (Lehtinen 1996, 29- 30.)

Voimavarakeskeisellä ohjauksella on tiettyjä tunnuspiirteitä. Ohjauksessa on tasavertainen aktiivinen vuorovaikutussuhde. Ilmapiiri on hyväksyvä, turvallinen, luottamuksellinen, arvostava ja kunnioittava. Ohjaustilanteessa potilas päättää neuvonnan sisällöstä ja vastaa tehdyistä päätöksistä. Hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilas tekee päätöksensä oikeaan tietoon perustuen ja on tietoinen päätöksensä seurauksista. Reflektiotaito mahdollistaa potilaan omaa terveyttään koskevan itsearvioinnin ja tarkkailun. Reflektio on edellytys, jotta potilaan ongelmaratkaisutaidot kehittyvät, hän ymmärtää arvoasetelmia, havaitsee mahdollisia esteitä ja osaa asettaa tulevia päämääriä. Lisääntynyt pystyvyyskäsitelmä ja itsetunto mahdollistavat sen, että potilas voi sairaudestaan huolimatta kontrolloida tapahtumia, päättää itseään koskevista asioista, asettaa tulevaisuuden päämääriä ja vaikuttaa oman tulevaisuutensa suunnitteluun. (Kettunen 2001, 80- 81.)

Falk-Rafael (2001) on tutkimuksensa pohjalta muodostanut mallin voimavarakeskeiseen hoitotyöhön. Mallissa voimaantumisen (empoverment) on prosessi, jossa tietoisuus lisääntyy. Malli perustuu siihen mitkä menetelmät ovat käytännön sairaanhoitajien kokemusten ja käsitysten mukaan auttaneet asiakkaita löytämään omat voimavaransa. Falk-Rafaelin tutkimuksessa mukana olleet sairaanhoitajat määrittelivät voimaantumisen aktiiviseksi, sisäiseksi kasvuprosessiksi joka perustui yksilön omiin kulttuurisiin, uskonnollisiin ja henkilökohtaisiin uskomuksiin. Sairaanhoitaja voi olla potilaan tukena ja mahdollistajana

tässä prosessissa. Aktiivisen osallistumisen lisäksi tietoisuuden lisääntyminen on oleellista voimaantumisenessa. Tietoisuus on kolmijakoinen pitäen sisällään tietoisuuden omista vahvuuksista ja rajoituksista, omista oikeuksista päätöksentekoon omaan terveyteen liittyvissä asioissa ja mahdollisuudesta vaikuttaa yhteiskunnallisella tasolla terveydenhuollon ratkaisuihin. Lisääntyneeseen tietoisuuteen ja aktiivisuuteen kietoutuu myös lisääntyneet tiedot ja taidot, jotka mahdollistavat erilaisten vaihtoehtojen kokeilun ja myös niiden onnistuneen käytön. Voimaantuminen alkaa yksilön sisältä, mutta aikaa myöden sillä on positiivista ns. “värevaikutusta” perheenjäseniin ja muihin asiakkaan kanssa toimiviin henkilöihin. “Väreet” eivät liiku ainoastaan ulospäin, vaan positiiviset vaikutukset tuntuvat myös asiakkaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa.

Falk-Rafaelin (2001) tutkimuksessa voimavarojen lisääntymiseen vaikuttavia tekijöitä potilaan ja sairaanhoitajan välisessä yhteistyössä ovat seuraavat: luottamuksellinen suhde, asianajajuus, informaation tarjoaminen ja taitojen kehittyminen sekä kapasiteetin lisääminen. Luottamukselliseen suhteen rakentamiseen tarvitaan kunnioittamista, empatiaa, arvostelun välttämistä ja turvallista ympäristöä. Asioiden ajajana sairaanhoitaja hoitaa tiettyjä, välittömiä toimenpiteitä vaativia asioita potilaan puolesta ja toimii linkkinä terveydenhuoltoon. Oletuksena on, että potilas hoitaa nämä asiat itse, kun hänen voimavaransa lisääntyvät. Potilaan tietojen lisääntyminen sairaanhoitajan antaman informaation avulla, helpottaa valintojen tekemistä ja tehostaa terveystavoitteiden saavuttamista. Taitojen kehittämisessä merkityksellistä on saatu tuki ja positiivinen vahvistaminen. Tuki ja rohkaisu edesauttavat kykyjen kehittämisessä. Prosessi alkaa asiakkaan omien terveystavoitteiden ja resurssien tunnistamisesta. Hoitajan tehtävänä on toimia reflektiivisenä kuuntelijana ja nostaa esiin asiakkaan vahvuuksia sekä tukea häntä tavoitteisiin pääsyssä muistaen kuitenkin realiteetit.

2.3 Ryhmäohjaus

2.3.1 Ryhmä

Ryhmän yleisiä tunnusmerkkejä ovat tietty koko, tarkoitus, säännöt, vuorovaikutus, työnjako ja roolit sekä johtajuus (Niemistö 2004, 16). Ryhmäohjaus interventiona antaa mahdollisuuden samanaikaisesti käsitellä yksilöllisiä kehitystarpeita ja ennakoida toimintaympäristöjen muutoksia. Kansainvälisessä ohjausalan kirjallisuudessa ryhmäohjaus sijoitetaan usein jatkumolle, jonka toisessa päässä on ryhmäpsykoterapia ja toisessa päässä

neuvonta. Ryhmäneuvonta on luonteeltaan selvästi kognitiivista, ja se keskittyy osallistujille merkittävien ja päätöksentekoa helpottavien tietojen ja taitojen tuottamiseen. Ryhmäohjaus keskittyy osallistujien tunteisiin, ajatuksiin ja käyttäytymiseen ja ryhmäpsykoterapia persoonallisuuteen. Ohjausryhmät sisältävät usein myös neuvonnallisia ulottuvuuksia. (Ruponen ym. 2000, 163.) Ryhmäohjauksen tarkoituksena on vahvistaa keskustelun, toiminnan ja sosiaalisen tuen avulla yksilöiden terveitä puolia sekä toimintakykyä ja hyödyntää yhteisön voimavaroja ja vertaistukea (Pietilä ym. 2002, 158).

Ryhmän ulkoiset rakenteet ovat myös sen toimintaedellytyksiä. Ulkoisia rakenteita ovat fyysinen ympäristö (lämpötila, valaistus, tila ja melu), aika, kokoontumistiheys, ryhmän koko ja jäsenten ryhmään liittymisen tapa. (Niemistö 2004, 51.) Ryhmäohjauksella tarkoitetaan tavallisesti pitkäaikaista ohjausta, jolla on tietyt tavoitteet ja joka on suunnattu tietyille kohderyhmälle. Ryhmä on yleensä melko pieni, tavallisesti 7-12 jäsentä. (Ruponen ym. 2002, 164.)

2.3.2 Kokemusperäinen oppiminen

Kokemuksellinen oppiminen auttaa potilaiden voimavarojen vahvistumisessa. (Latter, 1998, 13; Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000, 5; Poskiparta ym. 2001, 77.) Ryhmäohjausprosessissa korostuu voimakkaasti kokemusperäinen oppiminen, jossa omakohtainen kokemus toimii oppimisen perustana. Kokemukseen perustuva tieto on oppimisen näkökulmasta tehokkaampaa kuin pelkkä läsnäolo ja passiivinen kuuntelu. Ohjaajan tehtävänä on helpottaa kokemuksellista oppimisprosessia suunnittelemalla erilaisia jäsentäviä oppimistehtäviä, joiden perustana ovat ryhmän jäsenten aikaisemmat tiedot ja taidot. (Ruponen ym. 2002, 164.) Ryhmäohjauksessa sovelletun kokemuksellisen oppimisen perusideana on virittää käyntiin yksilöllinen ja yhteisöllinen reflektioprosessi. Omien kokemusten jakaminen ja niiden näkeminen uudella tavalla tai eri näkökulmasta voivat auttaa löytämään vaihtoehtoisia ratkaisumalleja itsehoitoon. (Liimatainen 2002, 55- 57.)

Sovellettaessa kokemuksellista oppimista ryhmässä reflektioprosessin välineenä on moniulotteinen dialogi. Dialogissa on olennaista kahden persoonan välinen suhde, yhdessä koettu tapahtuma, johon vähintään toinen osallistuu aktiivisesti ja elää yhteisen tapahtuman samanaikaisesti. Dialoginen kanssakäyminen tapahtuu ohjaajan johdattelemana. Dialogi on erityinen keino tuoda ajattelu näkyville haasteiden vastaanottamisen kannalta turvallisessa

ympäristössä, yhdessä kasvamisessa. Tunteiden käsittely kaikessa ohjauksessa on yksi tärkeä puoli asiaa. (Ojanen 2000, 66- 69). Reflektoinnille on oleellista ihmettely ja kysyminen. Se saa yleensä aikaan, että asiat alkavat näkyä uudella tavalla. Reflektointi on kokemuksen uudelleen arvioimista. Reflektoinnin keskeisenä tavoitteena ohjauksessa on pyrkimys siihen, että ohjattava voisi alkaa enemmän luottaa omaan asiantuntemukseensa sekä kokemuksiinsa. (Ojanen 2000, 71- 85.) Tässä yhteydessä reflektiolla tarkoitetaan ryhmäläisten krooniseen kipuun liittyvien kokemusten tiedostamista ja läpikäymistä yhdessä vertaisten kanssa sekä olemassa olevien voimavarojen tunnistamista.

Kipupotilaille on järjestetty Suomessa ryhmäohjausta ruotsalaisen Gunilla Brattbergin kipupajatoiminnan toimintaperiaatteiden mukaisesti. Keskeinen toimintaa ohjaava periaate on erilaisista kivuista kärsivien ihmisten mahdollisuus jakaa kokemuksiaan. Toisten ihmisten kokemuksen kautta voi saada uutta näkökulmaa ja oivallusta omaankin tilanteeseen. Ryhmissä on mahdollisuus katkaista vetäytymisen ja yksinäisyyden kierre ja luoda uutta sosiaalista verkostoa. (Kukkonen ym. 2001,16.)

2.3.3 Ohjaaja

Ohjaajan keskeinen tehtävä ryhmäohjaustilanteissa on luoda edellytyksiä sille, että osallistujissa alkaa tapahtua jotakin. Ryhmän ohjaamisessa tarvitaan ainakin kolmea perusröoliä: ryhmän johtajaa, ymmärtävää kuuntelijaa sekä vaikuttajaa. Ryhmän johtaja huolehtii ryhmän ilmapiiristä ja normeista, synnyttää yhteenkuuluvuutta ja luottamusta. Ymmärtävä kuuntelija ottaa vastaan ryhmäilmiöt ja pyrkii ymmärtämään niitä. Hän antaa malleja spontaanille toiminnalle ja vapaalle ilmaisulle. Vaikuttaja toimii muutosagenttina ja ohjaa ryhmää koti tavoitetta. (Niemistö, 2004, 67- 82; Liimatainen & Stenbäck 2005, 95.)

Tässä tutkimuksessa ryhmäohjauksen tavoitteena oli tarjota kipukurssille osallistujille mahdollisuus tavata muita kipupotilaita, hyödyntää ryhmän kokemuksia ja luoda uutta sosiaalista verkostoa. Lisääntyneen tietoisuuden positiivisena oheisvaikutuksena tavoiteltiin lisääntynyttä itseluottamusta ja kykyä selviytyä sekä nähdä itsensä aktiivisena toimijana omien päämäärien saavuttamiseksi. Kurssin vetäjänä toimi kipupoliklinikalla työskennellyt sairaanhoitaja.

2. 4 Aikaisempia tutkimuksia

2.4.1 Kivun henkinen kuormittavuus

Kivun merkityssisältöjä kartoitettavissa tutkimuksissa tuli esiin kivun mukanaan tuoma henkisen rasittavuuden elementti. Kipu merkitsee fyysistä uhkaa, mutta se voi merkitä myös uhkaa oman minuuden eheydelle. (Aldrich & Eccleston 2000,1640; Raninen 2002, 29;) Kipu heikentää itsetuntoa, tuntuu epäonnistumiselta, tuhoaa elämää ja vähentää sen mielekkyyttä. Nujertavuuteen liittyvät kokemukset kivun tuomasta uhkasta ja menetyksestä. Kipu nujertajana kuvaa erityisesti itsetuntoon liittyvää uhkaa. Osalla tutkittavista kipuun liittyi kokemus itsetuntemuksen lisääntymisestä ja kivun hallittavuudesta. (Raninen 2002, 29.) Kipu aiheuttaa vihan, ahdistuneisuuden, syyllisyyden, avuttomuuden ja alakuloisuuden tunteita (Snelling 1994, 545; Walker & Sofer 1998, 320; Smith & Friedemann 1999, 546; Smith 2003, 139), joita myös perheenjäsenet voivat kokea (Snelling 1994, 545).

Itsetuntoon liittyvä uhka tuli esiin myös Seers ja Friedl:in tutkimuksessa (1996, 8). Kivun koettiin muuttavan persoonallisuutta ja vähentävän itseluottamusta. Vain muutamissa vastauksissa tuli esiin kivun positiivisia vaikutuksia. Kipu vaikutti laajasti potilaan elämään ja vaikutukset ulottuivat myös perheeseen ja ystäviin. Perheen, ystävien ja terveydenhuollon henkilöstön uskominen kivun olemassaoloon nousi merkittäväksi tekijäksi kipupotilaan elämässä. Kivun kyseenalaistaminen terveydenhuollon kontakteissa aiheuttivat asenteen siirtymisen myös perheenjäseniin ja kotona saatu tuki väheni.

Kivun ja ahdistuksen välisiä yhteyksiä selvittävässä tutkimuksessa yhdeksi ahdistusta selittäväksi tekijäksi löytyi tulevaisuuden pelko. Pelko liittyi kipuun, terveydentilaan ja taloudellisiin ongelmiin. Tulevaisuuden pelot on liitettävissä katastrofijattelu-käsitteeseen. (Walker ym. 1997, 323.) ”Katastrofijatuksilla eli katastrofoinnilla tarkoitetaan kielteisiä, ahdistuksen, epätoivon ja hädän, joskus jopa paniikin ja kauhun sävyttämiä kokemuksia ja ajatuksia siitä, ettei pysty vaikuttamaan tilanteeseen, ettei selviä ja että kipu on liian kova” (Estlander 2003, 82). Menneisyyden negatiiviset kokemukset eivät liittyneet kipuun, mutta ne olivat jättäneet tutkittaville tunteen elämän epäoikeudenmukaisuudesta ja aiheuttivat ahdistusta. Negatiivinen asenne saattaa estää kivunhoidon interventioiden onnistumisen. Muita ahdistusta selittäviä tekijöitä olivat: ikääntyminen, konkreettinen avun tarve, toimeliaisuuden puute ja ihmissuhdeongelmat. Konkreettinen avun tarve aiheutti

avuttomuuden tunnetta ja kokemuksen hallinnan tunteen menettämisestä. Ihmissuhdeongelmissa tuli esiin erityisesti emotionaalisen tuen puute. (Walker ym. 1997, 323.)

Kipu ja vaivat vaikuttavat merkittävästi siihen millaiseksi kroonisesta kivusta kärsivä potilas arvioi elämänlaatussa. (Skevington ym. 1998, 403; Lame ym. 2005, 15.) Hollannissa tehdyssä laajassa kipututkimuksessa (n.1208) selvitettiin kivun vaikutuksia elämänlaatuun. Tulokset osoittivat, että elämänlaatuun vaikuttaa enemmän kipujatukset kuin kivun määrä. Katastrofiajattelu osoittautui tärkeimmäksi yksittäiseksi vaikuttajaksi elämänlaatuun. (Lame ym. 2004, 19.) Erityisesti sosiaalisten suhteiden toimivuus, elinvoimaisuus ja henkinen terveys olivat merkittävästi yhteydessä kivun katastrofiajatteluun. Toiminnallisia rajoituksia ilmoittivat eniten selkäkipupotilaat ja potilaat, joilla kipuja oli useammassa paikassa. Naisilla oli enemmän kipuja, huolestuneita ajatuksia ja toimintakyvyttömyyttä. (Lame ym. 2004, 19.) Kivun pelko voi aiheuttaa kipua aiheuttavien toimintojen välttämistä. Näin voi käydä esimerkiksi liikunnan kohdalla ja fyysisen kunnon heikentyminen aiheuttaa ajan myötä toimintakyvyn laskua. (Turk & Okifuji 2002, 1784.)

Carson ja Mitchell:in tutkimuksessa (1998, 1244) tuli esiin kolme pääteemaa. Jatkuvan kivun sietäminen muokkaa jokapäiväistä elämää. Se eristää muusta elämästä, hidastaa ja uuvuttaa. Kipu pakottaa irtautumaan aikaisemmista harrastuksista ja toimintatavoista. Uuden mielekkään tekemisen löytäminen auttaa kestäämään kroonista kipua. Toivo, että kipuun löytyy jokin helpotuskeino, liittyi jokapäiväiseen elämiseen kroonisen kivun kanssa.

Kroonisella kipupotilaalla on usein pitkä ja laaja kokemus terveydenhuollon palveluista. Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään selkäkipupotilaiden kokemuksia heidän hakiessa apua kipuongelmaansa kipuklinikoilta. Haastateltavat kokivat elämänsä muuttuneen kivun myötä ja koko ajan taustalla oleva menetyksen tunne vaikutti kaikkeen heidän päivittäisessä toiminnassa. He tunsivat jääneensä erilaisten systeemien ansaan ja olivat tulleet väärinymmärretyksi ja leimatuiksi. Erityisesti silloin, kun kivun lääketieteellistä syytä ei ollut löydetty, väärinymmärretyksi tuleminen ja leimautumisen kokemus korostui. Edelliset kokemukset vaikeuttivat tilanteen hyväksymistä. Teemoista ylitse muiden korostui kokemus systeemissä olemisesta. (Walker ym. 1999, 622.) Terveydenhuollon systeemeissä mukana oleminen piti sisällään lääkitystä, muita hoitoja, pitkiä odotusaikoja, tutkimuksia ja tuloksia, kirurgikäyntejä ja kipuklinikkakäyntejä. Tunteet vaihtelivat turhautumisesta toivoon.

Haastateltavat halusivat tietää mistä heidän kipunsa johtui ja miksi hoidot eivät tehoa. Potilaiden odotukset eivät saaneet vastinetta hoitojen ja tutkimusten tuloksista. He menettivät uskonsa auttajiensa kykyihin ja mielenkiintoon hoitaa heitä. Useimmat menettivät työnsä ja joutuivat taistelemaan oikeuksistaan saada korvauksia ja tukipalveluita. Koko prosessin aikana haastateltavat olivat tunteneet turhautumista siitä, että heistä oli tehty passiivisia, voimattomia ja he olivat jääneet vaille tukea. (Walker ym. 1999, 622- 626.)

Menetysteema on keskeinen suomalaisessa Kuusisen (2004) tekemässä tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin kivun ja sen seurauksien suhdetta masennukseen tuki- ja liikuntaelinkivuista kärsivillä henkilöillä. Primaariseurauksena kipu aiheuttaa toiminnan haittoja. Haitat voivat lisätä uniongelmia, uupuneisuutta ja subjektiivisen työkyvyn laskua. Sekundaariseurauksina voidaan pitää muutoksia, joita haitat aiheuttavat elämäntilanteelle; henkilökohtaisen elämänhallinnan tunteen laskua ja koettuja negatiivisia muutoksia lähimmissä vuorovaikutussuhteissa. Depression mieliala- ja itsetunto-ongelmat ovat nähtävissä vasta tertiäärisinä seurauksina. Depressio puhkeaa, mikäli yksilö määrittää kivun seuraukset menetysteemaa kantaviksi. Yksilön kognitiivis-affektiivisiin depressio-oireisiin ovat yhteydessä yleistynyt pystyvyyden - pystymättömyyden tunne ja optimismi - pessimismi. Somaattis-behavioraalisiin depressio-oireisiin olivat voimakkaimmin yhteydessä kivun tuottamat toiminnanhaitat ja vähäisemmässä määrin yksilön pystyvyyteen tai tulevaisuus-odotuksiin liittyvät tekijät. (Kuusinen 2004, 18.)

Kipupotilaiden elämää kuvaavassa fenomenologisessa tutkimuksessa kolme pääteemaa hallitsivat aineistoa. Ne olivat ruumis, suhteet toisiin ihmisiin ja ajantaju. Kivun vuoksi tutkittavat olivat jatkuvasti tietoisia ruumiistaan ja he näkivät sen enemmänkin esteenä kuin toiminnan mahdollistajana. Tutkittavat tunsivat olevansa eristäytyneitä muista ihmisistä ja salasivat kipunsa välttyäkseen epämiellyttäviltä reaktioilta heidän taholta. He odottivat saavansa sympatian ja tuen sijaan vain epäilyä ja välinpitämättömyyttä. Osa ei halunnut kertoa tilanteestaan edes puolisoilleen. Kontaktit muihin ihmisiin rajoittuivat yleensä terveydenhuollon henkilöstöön, lääkärissä käynnin yhteydessä. Näihin käynteihin liittyi sekä toivoa että epäluottamusta. Kukaan tutkittavista ei maininnut saaneensa tukea sairaanhoitajilta tai osallistuneensa tukiryhmien toimintaan. Tuskaisina hetkinä aika tuntui pysähtyvän ja hetki tuntui loppumattomalta. Kipu teki myös haastateltavat tietoisemmiksi ikääntymisestään. (Thomas 2000, 689- 694.)

2.4.2 Kivun vaikutukset perheeseen

Smithin tutkimukseen (2003) osallistuneet naiset pyrkivät hankalina aikoina vetäytymään perheestä ja tilanteen parannuttua heillä oli jälleen tarve päästä läheisempään yhteyteen. Kivun aiheuttama läheisyyden ja etääntymisen kehä aiheutti epävarmuutta muissa perheenjäsenissä. Perheestä etääntymisen lisäksi koettiin etääntymistä ystävistä, sukulaisista ja muusta yhteiskunnasta. Toisaalta perheen suhteet koettiin hyvin läheisiksi. Perheen hyväksi jokainen perheenjäsen luopui osittain omasta itsenäisyydestään. Yhteenkuuluvuus ja tuki eivät toteutuneet kuitenkaan aina molemminpuolisesti. Kivusta kärsivät perheenjäsenet pyrkivät pitämään muun perheen kiinni itsessään, kun taas muut yrittivät säilyttää osan itsenäisyydestään. (Smith ym. 1999, 547; Smith 2003, 138- 139.)

Pitkittynyt kipu vaikutti parisuhteeseen vähentäen emotionaalista ja fyysistä läheisyyttä. Kipu vaikutti myös seksuaaliseen halukkuuteen ja mielihyvään. Naisten käsitys itsestään muuttui ja osa heistä kuvasi tuntevansa itsensä vanhaksi ja menettäneensä viehättävyytensä. (Smith 2003, 139.) Kipu rajoitti seksuaalista kanssakäymistä, mutta ongelmista puhuminen mahdollisti suhteen lujittumisen ja syventymisen (Söderberg 2003, 146).

Kivun seurauksena myös perheenjäsenten roolit muuttuvat. Kivusta kärsivä perheenjäsen ei pysty entiseen tapaan huolehtimaan omalta osaltaan kotitöistä ja ne kasaantuvat puolisolle. (Snelling 1994, 546; Söderberg ym. 2002, 145; Eloranta, 2002, 45.) Tämä tilanne aiheuttaa riitoja ja osittain muutkin aviolliset ongelmat kanavoituvat kivun aiheuttamiin ongelmiin (Snelling 1994, 546). Kroonisesta kivusta kärsivät naiset kokivat olevansa vastuussa muiden perheenjäsenten tunteista, käyttäytymisestä ja hyvinvoinnista. He tunsivat syyllisyyttä, koska kipu esti heitä huolehtimasta toisista ja he itse tarvitsivat apua. (Smith ym. 1999, 547; Smith 2003, 138- 139.) Suhde lapsiin voi kärsiä, koska kipu vie perheen huomion. Lapselle huomion puute voi aiheuttaa negatiivisia tunteita, pelokkuutta ja surullisuutta (Snelling 1994, 546). Lapset voivat yrittää olla huomaamattomia ja näin vähentää vanhempien taakkaa. Roolimuutokset ja puolison aktiivisempi osallistuminen lasten hoitoon voivat toisaalta syventää suhdetta lapsiin. Lisääntynyt työmäärä ja vastuu kotona rajoittavat puolison harrastuksiin käyttämää aikaa. Kipupotilas voi tarvita myös apua omien asioidensa hoitamisessa. Puoliso toimii tällöin hänen asioiden ajajana ja tukihenkilönä. (Söderberg ym. 2003, 145- 147).

Toisen aviopuolison työelämästä poissaolo kasvattaa työssäkäyvän taloudellista vastuuta (Snelling 1994, 546; Söderberg ym. 2003, 146), voi lisätä työstä poissaoloja ja vaikuttaa työssä etenemismahdollisuuksiin (Snelling 1994, 546). Työssäkäyvät kipupotilaat pelkäävät työpaikkansa menettämistä ja yrittävät kivusta huolimatta suoriutua tehtävistään. Erilaiset hoitokokeilut ovat kalliita, mutta niitä halutaan kokeilla parantumisen toivossa. Aikaa myöten erilaiset hoidot voivat käyda taloudellisesti raskaaksi. (Seers 1996, 1165.)

2.4.3 Kipu ja selviytymismenetelmät

Kipupotilaat ja heitä hoitava henkilökunta pitävät usein selviytymistä kivun kanssa ensisijaisesti prosessina, jossa kipu pyritään saamaan, paremmin hallintaan. Toisenlaisessa lähestymistavassa autetaan kipupotilasta jättämään osa hallitsemattomista alueista taka-alalle ja rohkaistaan keskittymään niihin, joihin hän pystyy vaikuttamaan. Tähän ajatukseen perustuva McCrackenin ym. (2005, 69) tutkimus osoitti, että yritykset välttää ja kontrolloida kroonista kipua eivät auta kipupotilasta yhtä paljon kuin keskittyminen toimintaan ja sopeutumiseen. Aktiivisuus kivusta huolimatta oli yhteydessä vähäisempään depression ja ahdistukseen ja parempaan arkielämän toimivuuteen

Elorannan (2002) opinnäytetyössä tutkittavat mainitsivat lääkehoidon ensisijaisena menetelmänä hoitaa kipua, mutta he käyttivät myös hyvin yksilöllisiä tapoja. Huomion kääntäminen pois kivusta mahdollistui jonkin mielenkiintoisen tekemisen avulla. Toiset olivat huomanneet, että kipupotilaan pitäisi itsekkin yrittää poisoppia itsensä tarkkailusta. Osa sai apua apuvälineiden käytöstä, joku työsti kipuaan päiväkirjan avulla. Kipua pahentavia tekijöitä pyrittiin välttämään ja vain kokeilemalla löysi omat kipua lievittävät ja pahentavat tekijät. Voimavaroja lisäviksi tekijöiksi koettiin muilta saatu tuki ja sellaisten menetelmien löytäminen, joilla itse pystyi vaikuttamaan kipuun ja sen kokemiseen. Tärkeänä koettiin, että kipua ei kyseenalaisteta ja että hoidossa on toimiva potilas-lääkäri suhde.

Särkioja ja Salanterän (2003) tutkimuksessa kartoitettiin kipupotilaiden mielipiteitä saamastaan hoidosta kipupoliklinikalla. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Puutteita nähtiin erityisesti ohjauksessa ja neuvonnassa. Potilaiden rohkaisuun ja hoidon jatkuvuuteen suuntautuneet toiminnot toteutuivat potilaiden mielestä heikommin kuin muut toiminnot. Lisäksi kaivattiin omaisten ottamista mukaan hoitoon. Yhtenä tutkimusalueena olivat potilaiden käyttämät selviytymisstrategiat pitkäaikaisen kivun kanssa. Potilaat kokivat

selviytymistään edistäviksi asioiksi erityisesti kunnioittavan kohtelun ja heidän tuntemustensa ja mielipiteidensä huomioonottamisen (90 % vastaajista). Avoin ja luottamuksellinen suhde hoitajiin koettiin tärkeäksi (80 %) ja noin 70 % piti kokemuksellista, 65 % kognitiivista ja 60 % toiminnallista selviytymisstrategiaa tärkeänä. Vähiten tärkeä potilaiden mielestä oli ekonominen selviytymisstrategia (29 %). (Särkioja & Salanterä 2003, 20- 21.)

Useat kipupotilaiden puolisoiden käyttämät selviytymismenetelmät ovat tehottomia ja hyödyttömiä ja niillä on taipumus voimistaa kipuongelmaa. Tilannetta pahentavia selviytymismenetelmiä ovat hoito-ohjeiden noudattamatta jättäminen, ylisuojeleva tai vetäytyvä käyttäytyminen, liiallinen toisen puolesta tekeminen ja perheenjäsenen kivun huomiotta jättäminen. (Snelling 1994, 545- 549.) Kipua voi ylläpitää Hallbergin ja Carlssonin (1998) mukaan kipupotilaan kivun kautta saama lisääntynyt huomio perheen, ystävien ja terveydenhuollon taholta. Samaan suuntaan vaikuttavat myös vähentynyt vastuu ja vaatimukset kipupotilasta kohtaan.

Kivun kyseenalaistaminen terveydenhuollon kontakteissa voi ylläpitää kipukäyttäytymistä samaten kuin kipudiagnoosin puuttuminen, hyödyttömien tutkimusten ja hoitojen jatkuminen sekä kipupotilaan kokonaistilanteen tarkastelun unohtaminen. (Seers ym. 1996, 1168; Hallberg & Carlsson 1998, 100.) Kivun kyseenalaistaminen voi aiheuttaa asenteen siirtymisen myös perheenjäseniin, ja kotona saatu tuki vähenee (Seers ym. 1996, 1168). Terveydenhuollon kontakteissa kaivattiin kipuun uskomisen ohella kunnioittavaa kohtelua, ohjausta, omaisten mukaan ottamista hoitoon (Särkioja & Salanterä 2003,16) ja tietoa sairaudesta (Söderberg ym. 2003, 147; Särkioja & Salanterä 2003, 16).

Krooninen kipu aiheuttaa useimmiten negatiivisia muutoksia elämässä, mutta muutamia mainintoja sen positiivisista vaikutuksista löytyy tutkimuksista. Osa tutkittavista mainitsi itsetuntemuksen kasvun (Thomas 2000, 694; Raninen 2002, 28) ja kiinnostuksen auttaa muita samassa tilanteessa olevia (Thomas 2000, 694). Oman asenteen muuttuminen, kivun herättämistä tunteista puhuminen ja ulkopuolisen avun hakeminen olivat vaikuttaneet positiivisesti perheen sisäisiin suhteisiin (Smith ym. 1999).

2.4.4 Ohjauksen merkitys kivunhallinnassa

Erilaisten kivunhallintakurssien vaikutuksia on tutkittu erityisesti yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa. Kurssien tavoitteena oli vaikuttaa mm. kivun voimakkuuteen, pystyvyyskäsitteisiin, selviytymismenetelmiin, kipuun liittyvään masennukseen ja toimintakykyyn. Kivun voimakkuus väheni kivunhallintakurssien jälkeen lyhyen aikavälin mittauksissa (LeFort 1998; Von Korff 1998; Wells-Federman 2002), mutta pitemmän seurannan jälkeen Von Korffin (1998) tutkimuksessa kipulukemissa ei ollut eroa interventoryhmän ja seurantaryhmän välillä. Kurssilaisten pystyvyyskäsitteiden parantuminen oli yhteydessä kivun vähentymiseen ja toimintakyvyn lisääntymiseen. (Von Korff 1998; Wells-Federmann 2002.) Lisääntynyt luottamus omiin kykyihin selvitä kivun kanssa oli myös yhteydessä masennuksen vähenemiseen (Wells-Federman, 2002). Selkäkipupotilaitten kipujen aiheuttamat huolet vähenivät kivunhallintakurssin jälkeen (Von Korff 1998).

Kokemukselliseen oppimiseen perustuvaa ryhmäohjausta toteutettiin ja sen tuloksellisuutta kartoitettiin norjalaisessa tutkimuksessa. Kurssin perusajatuksena oli kipupotilaiden tietoisuuden lisääminen oman kehon ja kivun välisistä yhteyksistä. Vuoden jälkeen ohjauksesta interventoryhmän tulokset osoittivat merkittävää laskua kipulukemissa ja parannusta selviytymismenetelmien käytössä. Ajatustottumusten ja tapojen pohtiminen ja niiden muuttaminen paransivat kivun kanssa selviytymistä. Lisääntynyt tietoisuus monimutkaisista yhteyksistä kehon, mielen ja tunteiden välillä mahdollisti kipuviestin paremman ymmärtämisen. Tietoisuus omista resursseista ja mahdollisuuksista lisääntyi samoin niiden käyttö mielekkäisiin harjoituksiin. Ryhmän ja keskustelujen osuutta pidettiin merkittävänä. (Haugli ym. 2001.)

Kroonisista tuki- ja liikuntaelin (TULE) kivuista kärsiville potilaille järjestettiin kokemukselliseen oppimiseen perustuva ryhmäohjaus. Ohjelma perustui fenomenologiseen ajatteluun, jossa yksilön kokemukset ovat ohjauksen lähtökohtana. Ohjausmenetelmässä kantavana ajatuksena oli yksilön mahdollisuus ja kapasiteetti muuttaa oireisiin ja tilanteisiin liittyviä merkityksiä. Kontrolliryhmään verrattuna interventoryhmän tulokset osoittivat merkittävää parannusta kivun hallinnassa, itsestä huolehtimisessa ja elämänlaadussa. Kivun intensiteetti ja terveystalveluiden käyttö oli vähentynyt ohjaukseen osallistuneella ryhmällä. (Steen & Haugli 2001.)

Kivunhallintakurssin vaikutuksista elämänlaatuun saatiin hyviä tuloksia brittiläisessä tutkimuksessa, johon osallistui 106 kipupotilasta. Kurssin jälkeen elämänlaatu parantui fyysistä, psyykkistä ja itsenäisyyttä kuvaavissa pääalueissa. Sosiaalisia suhteita kuvaavalla alueella ei havaittu merkittäviä muutoksia. Elämänlaatua parantavia tekijöitä olivat positiivinen asenne, muutos riippuvuudessa lääkitykseen ja arkipäivän askareista suoriutuminen. (Skevington ym. 2001.)

Fibromyalgiapotilaille järjestetyn lyhyen ohjauksen tulokset osoittavat, että myös lyhytaikaisella ohjauksella voi olla positiivisia vaikutuksia potilaan selviytymiseen. Erityisesti potilaiden tyytyväisyys hoitoa kohtaan lisääntyi ja lisäksi he kokivat henkisen ja fyysisen terveytensä kohentuneen. Myös työstä poissaolot vähenivät 12 kk:n seurannan aikana samaten kuin sairauden haitat työssä. (Luedtke ym. 2005.)

Lewandowski ym. (2005) kokeilivat mielikuvaharjoittelun vaikutuksia, siihen miten kipupotilaat kuvaavat kipuaan. Alkuvaiheessa kipukuvauksista muodostettiin kuusi kategoriaa: loppumaton kipu, kivun suhteellisuus, kipu on selitettävissä, kipu on kärsimystä, kipu on rajoittavaa ja kipu on muutettavissa. Testiryhmässä maininnat kivun loppumattomuudesta hävisivät neljän päivän harjoittelun aikana. Osa koki mielikuvaharjoittelun rentouttavaksi, osalla kipu muuttui harjoittelun myötä vähemmän vastenmieliseksi. Lopulta testiryhmässä kipu alettiin nähdä eri tavalla. Ajattelemalla kipua eri tavalla, se tuli siedettävämmäksi.

Ohjauksen riittävyttä, toteutusta, heikkouksia ja vahvuuksia kartoitettiin kotimaisessa kyselytutkimuksessa nivelreumaa sairastavilta potilailta. Puutteita esiintyi lääkkeiden sivuvaikutusten, ruokavalion, henkisen jaksamisen, seksuaalisuuden ja sosiaalietuuksien ohjauksessa. Vain noin kolmanneksella tutkimukseen osallistuneista oli mahdollisuus keskustella ohjauksen aikana tunteistaan. Yksilöohjausta pidettiin tärkeimpänä ohjausmenetelmänä. Ohjauksen heikkoudet olivat puutteellinen tiedonsaanti, ohjeiden epätäsmällisyys sekä epäyksilöllisyys. Ohjauksen hyvänä puolena vastaajat pitivät sitä, että se auttoi parempaan itsehoitoon kotona, yleiskunnon parantumiseen ja edelleen elämänlaadun kohentamiseen. (Kyngäs & Vanhanen 2004, 225- 234.)

Kotimaisessa opinnäytetyössä, jossa tutkittiin interstitiellikystiittiin sairastuneiden saamaa ohjausta, potilaan saama ohjaus todettiin puutteelliseksi. Puutteet johtuivat hoitokontaktien vähäisyydestä sekä siitä, että sairaudesta oli olemassa vain vähän tietoa. Usea potilas ei ymmärtänyt monenkaan sairastamisvuoden jälkeen, mistä sairaudesta oli kyse. Keskustelut lääkärin ja sairaanhoitajien kanssa hälvensivät sairauden epämääräisyyttä. Sairauden aiheuttamaan kipuun tutkittavat olivat saaneet jonkin verran apua annetusta ohjuksesta ja itsehoitomenetelmien avulla. Tutkittavat toivoivat saavansa ryhmäohjausta samalla tavoin kuin muillekin kroonista sairautta sairastaville annetaan. (Tommola 2000, 83.)

2.4.5 Yhteenveto

Kroonisen kipupotilaan ohjausta suunniteltaessa on tarpeellista tunnistaa niitä asioita, jotka tutkimusten perusteella, kivun ohella, vaikeuttavat selviytymistä arkipäivän elämässä.

Kipu aiheuttaa primaariseurauksena erilaisia toiminnan haittoja ja pakottaa irtautumaan aikaisemmista harrastuksista ja toimintatavoista. Oma keho voi olla kivun vuoksi enemmänkin este kuin toiminnan mahdollistaja. Pitkäaikainen kipu koetaan nujertavana joka johtaa itsetunnon vähenemiseen, avuttomuuteen ja hallinnantunteen menettämiseen. Kivun vaikutukset ulottuvat myös perheeseen ja ystäviin. Perheen roolit muuttuvat ja kipu etäännyttää omasta perheestä ja vähentää kontakteja muiden ihmisten kanssa. Hankalista tunteista ei haluta tai osata puhua ja itsensä väärinymmärretyiksi tunteminen on yleistä. Pitkäaikainen terveydenhuollon palvelujen käyttö saattaa aiheuttaa kipupotilaille kokemuksen jäämisestä “systeemin” ansaan ja oman voimattomuuden tunteen lisääntymisen. Perheen, ystävien ja terveydenhuollon henkilöstön uskominen kivun olemassaoloon on merkittävä tekijä kipupotilaan elämässä.

Erilaisilla kivunhallintakursseilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia kivun intensiteettiin, pystyvyyskäsitteisiin, toimintakykyyn ja kipujen aiheuttamiin huoliin. Kokemukselliseen oppimiseen perustuvissa ryhmäohjauksissa ajatustottumusten ja tapojen pohtiminen ja niiden muuttaminen paransivat kivun kanssa selviytymistä. Merkittäväksi ohjauksessa koettiin ryhmässä käydyt keskustelut. Tarkastelluissa kotimaisissa tutkimuksissa nousi ohjauksessa esiin puutteita potilaan rohkaisun, henkisen jaksamisen ja tunteista keskustelun alueilla. Myös tiedonsaanti itse sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta oli puutteellista.

Taulukossa 1 (liite 1) esitetään tutkimuksia kroonisen kivun vaikutuksista potilaan elämään. Taulukossa 2 (liite 2) on tutkimuksia kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden ohjauksesta ja ohjauksen vaikuttavuudesta.

2.5 Ohjausintervention suunnittelu ja toteutus

Interventiolla tarkoitetaan menetelmiä, joiden tarkoituksena on auttaa ihmistä edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien räsitusten kanssa. (Burns & Grov 2001, 331; Miettinen ym. 2005, 21.) Interventiotutkimuksella selvitetään hoitotyön vaikuttavuutta luonnollisissa olosuhteissa tai olosuhteiden tarkoituksellista muuttamista (Burns & Grov 2001, 33).

Ajatus ryhmäohjauksen järjestämiseen lähti vuonna 2004, kun kipupoliklinikan sairaanhoitajat (tämän opinnäytetyön tekijä yhtenä heistä) alkoivat suunnitella hoitajavastaanottoa ja siihen liittyvää ohjausta. Yhteinen kokemus oli, että sairaanhoitajan osuutta kipupotilaan ohjauksessa tulisi lisätä ja tarjota potilaille ja omaisille mahdollisuus keskustella kroonisen kivun herättämistä asioista. Myös tiedon lisääminen yleisistä krooniseen kipuun liittyvistä asioista nähtiin tarpeellisena. Yhteinen näkemys oli, että potilaiden olemassa olevia voimavaroja tulisi tukea ja auttaa heitä selviytymisessä arkipäivän ongelmissa.

Tässä opinnäytetyössä on muodostettu kuuden (6) tunnin kipukurssi (liite 3) kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden ohjaukseen. Ensimmäinen kipukurssi ajoittui huhtikuulle 2006 ja toinen toukokuulle 2006. Osallistujia kursseilla oli yhteensä kymmenen. Kipukurssit pidettiin maanantaisin Keski-Suomen keskussairaalan koulutustiloissa. Jokainen kurssikerta koostui lyhyestä teoriaosuudesta, keskustelusta ja kotitehtävän annosta. Toisella ja kolmannella kerralla kurssi alkoi edellisen kerran herättämien kysymysten tai ajatusten kertomisella ja niistä keskustelemalla.

Perusajatuksena oli lisätä kipupotilaiden tietoisuutta mahdollisuuksistaan vaikuttaa kiputilanteeseensa. Tietoisuuden lisääntymisen myötä voimattomuuden tunne voi vähentyä ja tilalle tulla usko omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin vaikuttaa. Monilla kipupotilailla on kokemuksia väärinymmärretyksi tulemisesta ja ryhmässä yhtenä lähtökohtana oli antaa kokemus hyväksytyksi tulemisesta ja siitä, että kipuun uskotaan. Kipurymässä oli

mahdollisuus keskustella vertaisten kanssa, vaihtaa kokemuksia, oppia muilta ja laajentaa mahdollisesti kaventunutta sosiaalista verkostoa. Ohjaajan vastuulla oli tasavertaisuudesta huolehtiminen, luottamuksellisen ilmapiirin luominen, vahvuuksien esille nostaminen ja teoreettisen tiedon jakaminen.

Ensimmäisellä kokoontumiskerralla käytiin läpi aikatauluja ja työskentelytapoja. Työskentelytavoissa korostettiin osallistujien oman asiantuntemuksen ja kokemusten esiintuomista keskusteluissa ja yhteistä mahdollisuutta oppia toinen toiselta. Osallistujia informoitiin vielä kurssin liittymisestä ohjaajan opinnäytetyöhön ja kurssin lopussa tapahtuvaan haastatteluun, joka olisi vapaaehtoinen ja luottamuksellinen. Alkuorientaation jälkeen kurssille osallistujat saivat kertoa omasta kipuhistoriastaan. Ensimmäisen kerran teema oli pitkittynyt kipu ja omat voimavarat ja mahdollisuudet vaikuttaa kipuun. Aluksi käsiteltiin lyhyesti akuutin ja kroonisen kivun eroja ja mahdollisia kivun kroonistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Porttikontrolliteoriasta käsiteltiin nk. kipuportin avaavia ja sulkevia tekijöitä pyrkimyksenä tuoda esiin myös lääkkeettömät ja omat mahdollisuudet vaikuttaa kipuun. Kroonisen kivun lääkitystä käytiin läpi lyhyesti kertomalla mihin niiden vaikutus kivunhoidossa perustuu. Ryhmäläisillä oli mahdollisuus keskustella ja esittää kysymyksiä ja kertoa omia kokemuksiaan. Tiedon avulla kipupotilaalla on mahdollisuus tarkastella uudelta kannalta kipuun liittyviä asioita ja tieto voi vähentää kroonisen kivun aiheuttamia aiheettomia pelkoja. Keskusteluteemaksi nostettiin kunkin omat mahdollisuudet ja voimavarat vaikuttaa omaan kiputilanteeseensa. Tavoitteena oli siirtää ajatuksia menetyksistä olemassa oleviin mahdollisuuksiin ja jakaa ryhmäläisten kanssa kokemuksia voimavaroja lisäävistä asioista heidän elämässään. Kotitehtäväksi annettiin miettiä omia voimavaroja ja tavoitteita, joihin pyrkimällä kivun vaikutusta elämään olisi mahdollista vähentää.

Toisen kerran aiheena oli kipu ja tunteet. Aluksi tarkasteltiin tunteiden merkitystä ihmisen kokonaisuudessa. Tony Dundefeltin (2004) kirjan *Irti tunnekoukuista* ajatusten kautta tuotiin esiin tunteiden kohtaamisen tärkeyttä ja tunteiden hyväksymistä. Ryhmässä keskusteltiin kivun vaikutuksista tunteisiin ja ajatuksiin sekä pohdittiin tunteiden ja ajatusten osuutta kivun kokemisessa. Tunteitten kirja negatiivisista positiivisiin käytiin läpi Gunilla Brattbergin kirjan *Kipumestarin työkalut* (2001) avulla. Kotitehtäväksi tuli pohtia omia hyviä ja hankalia tunteita.

Kolmannella kerralla aiheena olivat kivunhallintamenetelmät. Kivunhallintamenetelmien käyttö mahdollistaa kiputilanteissa paremman tilanteenhallinnan ja lisää itseluottamusta omiin kykyihin. Erilaisia itsehoitomenetelmiä ja rentoutusta käytiin läpi teoriatietoon perustuen ja keskustellen. Lisäksi aiheista jaettiin monisteita, liittyen kivun kylmähoitoon ja lyhyisiin rentoutusharjoituksiin. Mielikuvaharjoittelua käytiin läpi teoriatasolla ja tehtiin yksi harjoitus läpi. Harjoittelua hankaloitti viereisestä neuvotteluhuoneesta kuulunut äänekkäs keskustelu, joten sovimme että harjoitus käydään vain pintapuolisesti läpi. Lopuksi oli aikaa keskustella millaiseksi kurssi oli koettu ja mitä mieltä osallistujat olivat kurssin tarpeellisuudesta. Vielä ennen kurssin lopetusta tarkistettiin yhteystietojen paikkansapitävyys ja sovittiin haastattelupäivämäärät alustavasti.

3. TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kipupotilaiden kokemuksia kolmivaiheisesta kipukurssista. Tulosten perusteella kipukurssin sisältöä, menetelmiä ja toteutusta voidaan kehittää.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Miten kipupotilaat kokivat ohjauksen sisällön kipukurssilla?
2. Miten kipupotilaat kokivat ryhmäohjauksen kipukurssilla?
3. Mitä merkitystä kipukurssilla oli kipupotilaan arkipäivässä selviytymisessä?
4. Miten kipupotilaat haluaisivat kehittää ohjausta?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Tässä työssä on tarkoitus selvittää kipupotilaiden kokemuksia osallistumisesta lyhytkestoiseen ryhmäohjaukseen. Kipukurssin tarkoituksena on helpottaa kipupotilaiden selviytymistä arkipäivässä. Tutkimuksen avulla halutaan selvittää millaisiksi kurssin sisältö, työskentelytavat ja ryhmä koetaan ja koetaanko kurssista olevan apua arkipäivässä selviytymiseen. Laadullinen tutkimusote soveltuu tähän tutkimukseen, koska kiinnostuksen kohteena ovat kipupotilaiden subjektiiviset kokemukset kipukurssista. Laadullista tutkimusotetta voidaan käyttää tarkasteltaessa ilmiötä sisältäpäin, eli sellaisena kuin asianosaiset sen itse näkevät, kokevat ja kuvailevat (Field & Morse 1985, 23.) Laajasti muotoilluilla kysymyksillä voidaan kerätä kuvailevaa tietoa ihmisen kokemuksista ja todellisuudesta (Oiler Boyd 2000, 69).

4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tähän tutkimukseen osallistujat olivat tai olivat olleet (yksi osallistuja) Keski-Suomen keskussairaalan kipupoliklinikan potilaita. Tutkimukseen osallistuneiden valintakriteerit olivat seuraavat: ikä 18- 65 vuotta, non-maligni kipu. Haastatteluun osallistuminen edellytti kahteen kurssiohjaukseen osallistumista. Tutkija, ohjauskurssin vetäjä sekä haastattelija ovat tässä tutkimuksessa sama henkilö, joka työskenteli K-S keskussairaalan kipupoliklinikalla keväällä 2006.

Tutkimussuunnitelma toimitettiin eettisen toimikunnan sihteerille ja johtava lääkäri arvioi, että tutkimus ei vaadi eettisen toimikunnan lausuntoa. Oman yksikön ylilääkärin lupa tutkimukselle myönnettiin helmikuussa 2006. Osallistujien kerääminen, ohjaus ja haastattelut suoritettiin maaliskuusta toukokuuhun.

Kipupoliklinikan sairaanhoitaja, joka yhtä viikkoa lukuun ottamatta oli tutkija itse, kertoi tutkimuksesta kipupoliklinikan potilaille ja jakoi kurssiohjelman (liite 4). Kevään aikana järjestettiin kaksi samansisältöistä kurssia, joista kipupotilailla oli mahdollisuus valita paremmin sopiva ajankohta. Potilaan läheisellä oli mahdollisuus osallistua ohjaukseen.

I-kurssille ilmoittautui 5 osallistujaa, joista yksi siirsi osallistumisensa myöhemmin järjestettävään kurssiin. Ensimmäiselle tunnille osallistui 4 kipupotilasta (naisia A, B, C, D) ja yksi omainen (avomies). Toisella (A, C,D) ja kolmannella (A, B, D) kerralla oli kolme kipupotilasta. Kaksi osallistui siis kaikkiin kolmeen kertaan ja kaksi osallistui kahteen ohjaukseen. Kaikki neljä kipupotilasta olivat halukkaita osallistumaan kurssin jälkeiseen haastatteluun. Yksi osallistujista oli entinen kipupoliklinikan asiakas ja tuli mukaan ystävänsä kautta.

II-kurssille ilmoittautui seitsemän kipupotilasta(naisia) ja yksi omainen (tytär). Kurssin alkamispäivänä osallistumisensa perui kaksi osallistujaa ja yksi ilmoittautunut ei tullut paikalle. Ensimmäiselle tunnille osallistui 4 kipupotilasta (A, B, C, D) ja yksi omainen, toiselle 3 kipupotilasta (A, B, C) ja omainen, kolmannelle 3 kipupotilasta (A, B, C) ja omainen. Kaikki kolmeen ohjaukseen osallistuneet suostuivat haastatteluun myös omainen.

Haastatteluihin lupautuneista seitsemästä haastateltavasta yhtä ei tavoitettu sovittuna ajankohtana eikä hän vastannut tekstiviestiin. Haastatteluihin osallistui kuusi kipupotilasta ja yksi omainen. Haastateltavat olivat kaikki naisia ja iältään 27- 66-vuotiaita. Kaksi kipupotilasta oli eläkkeellä, kaksi kuntoutustuella, yksi sairauslomalla ja yksi hoitovapaalla, omainen oli työelämässä. Kaikki haastateltavat kipupotilaat elivät avio- tai avoliitossa. Yhdellä haastateltavalla oli alaikäisiä lapsia. Kahdella ensisijainen kipu oli selässä, yhdellä niska-hartiaseudussa, yhdellä ylävatsan alueella, yhdellä polvessa ja yhdellä jalkaterässä.

4.3 Aineiston hankinta

Ensimmäinen kipukurssi järjestettiin huhtikuun aikana: 12.4., 19.4. ja 24.4.2006 eli yhteensä kolme 2 tunnin tapaamista. Samansisältöinen kipukurssi järjestettiin toukokuun aikana 3.5., 8.5. ja 10.5.2006. Ryhmäohjaus kesti noin kaksi tuntia (klo 16- 18). Haastattelut suoritettiin kahden viikon sisällä ohjauksen päättymisestä.

Tutkimusaineisto koottiin käyttäen ns. kohdennettua haastattelua, josta käytetään myös nimitystä teemahaastattelu. Teemahaastattelussa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, samoin kuin sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.) Tämä menetelmä varmistaa, että tutkija saa kaiken tarvittavan tiedon, mutta antaa tiedonantajan vastata vapaasti ja havainnollistaa käsitteitä. (Field & Morse 1985, 81.)

Haastatteluteemat oli muotoiltu tutkimustehtävän perusteella koskemaan ohjauksen sisältöä, ryhmän merkitystä ja ohjauksen merkitystä arkipäivän elämässä sekä mahdollisia parannusehdotuksia. Haastateltavien kanssa sovittiin haastatteluajankohta ja paikka. Kaikki haastattelut suoritettiin tutkittavien kotona. Yksi haastattelu suoritettiin kipupotilas-omainen parihaastatteluna. Kysymykset esitettiin vuorotellen haastateltaville. Kaikki haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella. Haastattelut kestivät 45- 90 minuuttia. Haastateltavat pohtivat ohjaukseen liittyneitä asioita monipuolisesti.

Haastattelutilanteet olivat ilmapiiriltään avoimia ja rentoja. Tutkija ja tutkittava tunsivat toisensa ohjauskurssin myötä. Aluksi keskusteltiin haastateltavan nykyisestä voinnista ja täytettiin taustatietoja käsittelevä lomake. Haastatteluteemat oli muotoiltu tutkimustehtävän perusteella koskemaan ohjauksen sisältöä, ryhmän merkitystä ja ohjauksen merkitystä arkipäivän elämässä sekä mahdollisia parannusehdotuksia. (liite 5). Ohjauksen sisältöön liittyvistä asioista kysyttäessä kerrattiin kurssilla käsitellyjä aihealueita, mikäli ne eivät tulleet haastateltavan kommenteissa spontaanisti esiin. Ryhmän merkitystä voimavarojen lisääntymiseen haastateltavat pohtivat monipuolisesti. Ohjaajan osuudesta tehtiin tarkentavia kysymyksiä. Teema-alueessa ohjauksen merkityksestä arkipäivän elämään, haastateltavat käsitelivät ohjauksen vaikutuksia kipuun ja kivun kokemiseen. Tietoa ohjauksen merkityksestä sosiaaliin suhteisiin saatiin tarkentavien lisäkysymysten avulla. Ohjauksen

parannusehdotuksia ja ideoita tuli haastattelun aikana eri aihealueita läpikäydessä, mutta lopuksi haastateltavat pohtivat vielä ohjauksen järjestelyihin liittyviä seikkoja ja saivat esittää parannusehdotuksia ja kommentoida vapaasti läpikäytyä kurssia.

4.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä laadullista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida dokumentteja, esimerkiksi kirjalliseen muotoon saatettuja haastatteluja (Kynge & Vanhanen 1999, 5). Se on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissa pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Kynge & Vanhanen 1999, 3.) Sisällönanalyysin avulla saadaan kerätty aineisto järjestettyä ja siitä tulee tutkijan tehdä mielekkäitä johtopäätöksiä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105). Sisällön analyysissä voidaan lähteä joko aineistosta induktiivisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysia ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko. Deduktiivista analyysia voi ohjata tema, käsittekartta tai malli. Tämän aikaisemman tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita kerätään aineistosta. (Kynge & Vanhanen 1999, 7.) Deduktiivista sisällön analyysia käytetään usein tutkimuksissa, joissa halutaan testata jo olemassa olevaa tietoa uudessa kontekstissa. Analyysirunko voi olla väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan aineistosta kategorioita noudattaen induktiivisen sisällön analyysin periaatteita. (Kynge & Vanhanen 1999, 7.)

Tässä tutkimuksessa kurssiohjelma muodosti struktuurin haastattelulle. Tutkimuskysymykset ohjasivat teemahaastattelun etenemistä ja toimivat analyysirunkona. Analyysia ohjasi siis aikaisempaan teoriatietoon perustuva luokittelurunko. Analyysirunko oli riittävän väljä, jotta aineistosta voitiin muodostaa kategorioita noudattaen induktiivisen sisällön analyysin periaatteita.

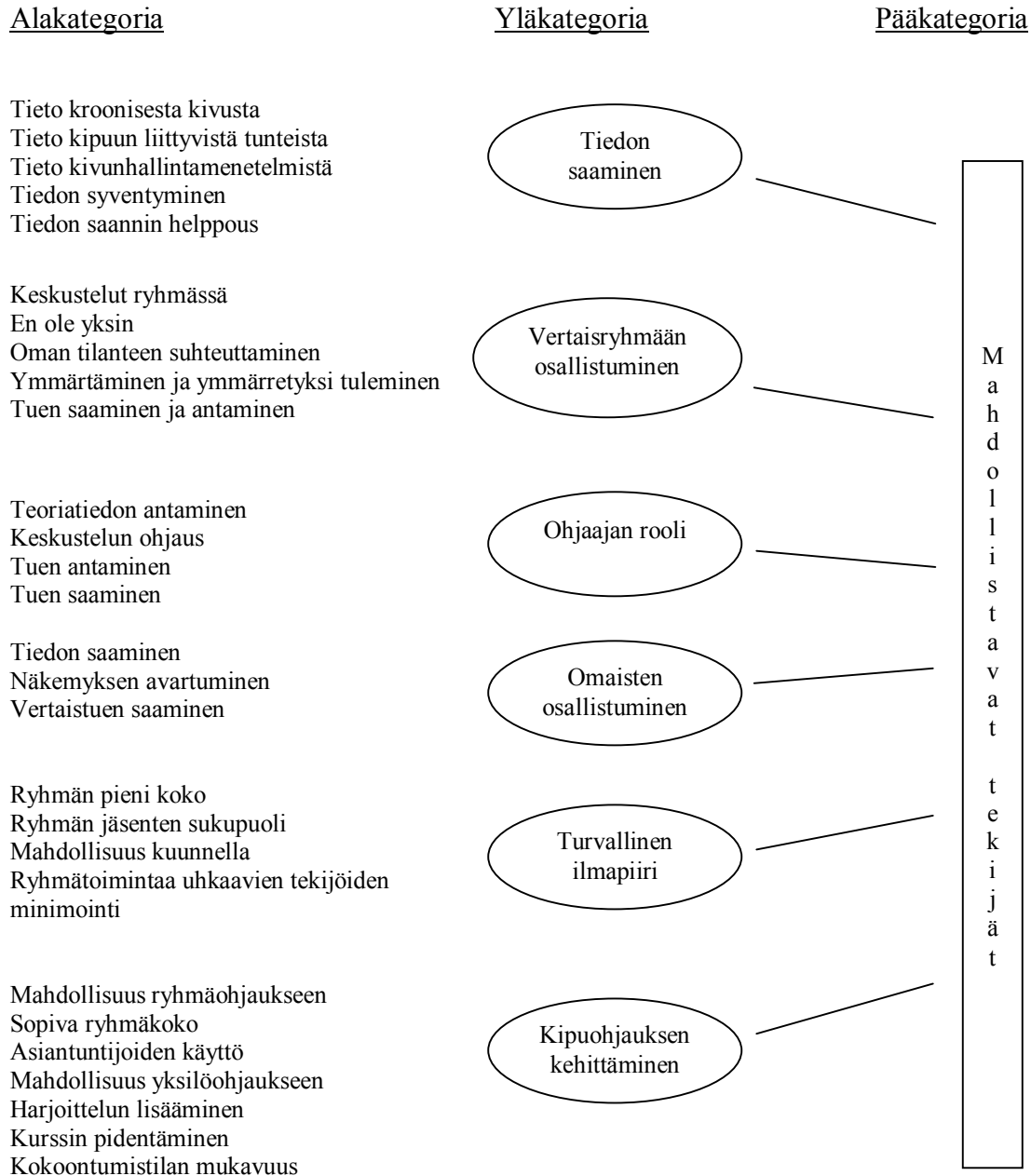
Aluksi tutkija kirjoitti haastattelut tekstiksi. Kirjoitettua tekstiä kertyi 45 sivua rivinvälillä 1.5 kirjoitettuna. Tutkijalla oli myös tutkimuspäiväkirja ohjauksetojen keskusteluista ja tunnelmista sekä haastattelujen sujumisesta. Seuraavaksi kirjoitetut haastattelut luettiin läpi useaan kertaan. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kynge & Vanhanen 1999, 5; Burns & Grov

2001, 596- 599.) Analyysiyksiköksi valittiin lause tai lauseenosa, jotka ilmaisivat haastateltavan kokemuksia ohjauksen sisällöstä, ryhmän merkityksestä, ohjauksen merkityksestä arkipäivän selviytymiseen sekä parannusehdotuksista.

Aineistosta etsittiin sisällöllisesti eri teema-alueisiin sopivia asioita ja eri teema-alueisiin sopivat ilmaukset alleviivattiin eri värein. Ilmaukset jaoteltiin neljän eri teema-alueen alle tietokoneen avulla. Tämän jälkeen ilmaukset pelkistettiin. Pelkistyksessä pyrittiin säilyttämään alkuperäinen ajatus mahdollisimman hyvin. Pelkistetyt ilmaukset koodattiin siten, että alkuperäinen lause oli helposti löydettävissä aukikirjoitetusta tekstistä ja koodauksessa näkyi mihin teema-alueeseen ilmaus kuului. Esimerkki: 12T2 (ensimmäinen haastateltava, sivu 2, teema 2). Pelkistetyt ilmaisut ovat jo jonkinasteista tulkintaa. Käytettäessä deduktiivista analyysia tutkijan valinta siitä, mitkä asiat liittyvät analyysirungossa mihinkin asiaan, edustavat tulkintaa. (Kygäs & Vanhanen 1999, 11.) Seuraavaksi pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin yhtäläisten ilmaisujen joukoksi (liite 6). Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan ja annettiin kategorialle sisältöä kuvaava nimi. Samansisältöiset alakategoriat yhdistettiin toisiinsa ja niistä muodostettiin yläkategorioita, joille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Yläkategoriat yhdistettiin kaikkia kuvaavaksi pääkategoriaksi. (Kygäs & Vanhanen 1999, 5- 9; Tuomi & Sarajärvi 2002, 102-103.) Ryhmän merkitystä ja kipukurssin kehittämistä käsiteltiin aluksi omina teema-alueina ja vastauksista muodostettiin aluksi omat kategoriat. Tutkimusraportin kirjoittamisvaiheessa ne on yhdistetty voimavaroja mahdollistavien tekijöiden kategoriaan.

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Voimavarojen lisääntymistä mahdollistavat tekijät



Kuvio 1 Voimavarojen lisääntymisen mahdollistavat tekijät

KUVIOON 1 on koottu kipupotilaiden ohjauksesta esiin nostamia asioita, jotka he kokivat merkityksellisiksi ja joita tulisi kehittää voimavarojen lisäämiseen tähtäävässä ohjauksessa

Tiedon saaminen

Ohjaukseen osallistuneiden mielestä teoreettinen tieto kroonisesta kivusta on tarpeellista. Tiedon lisääntyminen koettiin hyväksi ja virkistäväksi asiaksi. Tieto valaisi asioita eri näkökulmasta, herätti uusia ajatuksia ja auttoi ymmärtämään omaa tilannetta.

”Tieto siitä prosessista ja niistä asioista pikemminkin antaa voimavaroja, kun tajuaa, että ne on normaaleja ja pystyy jäsentämään sitä.”

Ohjaukseen valitut aihealueet koettiin merkittäviksi, joskin kipuun liittyvien tunteiden ja ajatusten käsittelyn merkitys korostui haastateltavien vastauksissa. Tieto auttaa ymmärtämään, että samanlaisia ajatuksia ja tunteita on muillakin. Tieto auttaa myös käsittelemään kipuun liittyviä asioita toisin. Omien tunteiden, kokemusten ja oman tilanteen ymmärtäminen helpottuu tiedon lisääntymisen myötä. Tieto voi helpottaa tilanteen hyväksymistä ja auttaa löytämään positiivisia asioita omasta elämästä.

”Enemmänkin vaikutti niihin tunteisiin ja siihen ymmärrykseen, että nämä tunneasiat kuuluvat jollaintapaa kipuun ja minä en ole ainut, joka tällaista kokee.”

Osa haastateltavista mainitsi tietojen kivunhallintamenetelmistä tuoneen uusia mahdollisuuksia hallita kipua. Monilla oli aikaisempaa tietoa ja kokemusta, mutta osalle tuli paljon uutta kurssin myötä. Useimmilla oli tietoa rentoutumisesta, mielikuvaharjoittelusta ja ajatusten kohdistamisesta mieluisaan tekemiseen. Toisaalta osa haastateltavista toi esiin menetelmien toteutuksen vaikeuden ja sen, että niitä ei tule käytettyä monipuolisesti.

”Se antaa sitä tavallaan turvallisuuden tunnetta ja siinä miten sitä pystyy itekin hallitsemaan, kun tietää näitä tapoja ja menetelmiä.”

”Kun se (rentoutuminen) ois merkittävimmillään sitten taas yksin kotona, kun on vaikea tilanne, sitten on taas monesti negatiivisten seikkojen ja tunteiden kehä ja valmiiksi todella käynnissä.”

Osa haastateltavista oli käynyt erilaisissa kipuryhmissä kipuprosessinsa aikana. Huolimatta siitä, että kiputietoa oli kertynyt osalle paljonkin, tuttujen asioiden käsittely kurssilla ei ollut turhauttavaa. Jotain uutta saa aina, koska ryhmät ovat erilaisia ja tieto kroonisesta kivusta lisääntyy. Tuttujen asioiden kertaamisesta koettiin saatavan varmuutta ja vahvistusta siihen, että oikealla tiellä ollaan menossa. Jaettuun kirjalliseen materiaaliin oli mahdollisuus palata myöhemminkin kotona.

”Ainahan se kertaus on jotenkin se antaa semmoista itellekin varmuutta ja...”

Kipupotilaat pohtivat ohjauskurssin tiedonsaannin etuja itsenäiseen tiedonhakuun. Osa haastateltavista kertoi, että ei halunnut tai jaksanut käyttää aikaa kiputiedon hakemiseen. Kurssilla tieto tulee helposti ja mikäli siellä esitellään, joku mielenkiintoinen lähde, niin siihen voi tutustua itsenäisesti. Kurssilaiset saivat tietoja myös muilta ryhmäläisiltä, miten toimia joissain tilanteissa. Ohjauskurssi nähtiin myös kanavana erilaisten toimintayhdistysten löytämiseen etenkin henkilöille, joilla kipuhistoria on lyhyempi. Esitelty kirjallinen materiaali oli kurssilaisten mielestä kiinnostavaa ja sitä oli sopiva määrä. Teoriatietoa kurssiin sisältyi riittävästi ja se oli ymmärrettävästi esitetty.

”Eikä toisaalta haluakaan kipuunsa niin uppoutua, että ihan etsimällä etsisi tietoa ja uhraisi aikaa. Sinänsä se on hyvä, kun se tulee sillä lailla helposti.”
”Sit tietenkin et saa ehkä käytännön vinkkejä joihinkin tilanteisiin tai saa tavallaan mutkan kautta tietoa.”

Vertaisryhmään osallistuminen

Kurssin pääpaino oli keskusteluissa ja haastateltavat kokivat keskustelut tärkeiksi ja antoisiksi. Kaikki toivat esiin tarpeen keskustella kipuun liittyvistä asioista. Liian usein asioita tulee mietittyä yksin ja se ei aina vie eteenpäin. Pienessä ryhmässä keskustelu voi olla antoisaa ja siinä on mahdollisuus sekä kertoa että kysellä. Haastateltavat kertoivat kokeneensa, että ryhmässä oli kiireetön ilmapiiri ja puheenvuorot toimivat tasapuolisesti. Osa oli pohtinut veikö keskustelu liikaa aikaa ohjaajan osuudelta.

”Kyllä mä tota niin kaipasin, että olisi jatkuvasti joku semmoinen ryhmä, jossa voisi puhua näistä asioista.”
”...tollai, että tota koskaan ei ollut semmoinen tunne, että mihinkään on kiire tai mittään. Ihan rauhassa saatiin tuuva omat mielipiteemme esille.

Haastateltavat kokivat tärkeäksi tavata muita samanlaisia kokemuksia omaavia ihmisiä. Oli helpottavaa huomata, että ei ollut yksin kiputilanteensa kanssa ja muutkin ryhmäläiset olivat käyneet läpi samanlaista prosessia. Samankaltaisten kokemusten jakaminen koettiin helpottavaksi, keventäväksi, lohdulliseksi ja se auttoi.

”Sitten se vuorovaikutuksellisuus, kyllä se on se toinen asia mitä mä pitäisin siinä hyvin merkityksellisenä. Se yksinkertainen kokemus siitä, että kuulee muilta ihmisiltä niitä samoja asioita, jotka on itselle niin tuttuja.”
”Siellä sitten kuuli, että se on toisillakin samanlaista, niin tota se oli jotenkin helpottavaa.”

Osa kipupotilaista pohti ryhmäkeskustelujen kautta omaa tilannettaan suhteessa muiden ryhmäläisten tilanteeseen. Muitten tarinoiden kuuleminen auttoi huomaamaan, että omat asiat eivät olekaan kovin huonosti. Keskustelujen myötä osalle selvisi oman sopeutumisprosessin keskeneräisyys, siihen kuuluvat ylä- ja alamäet ja se, että prosessi vaatii joskus pitkänkin ajan. Oman asenteen tärkeys kiputilanteen kanssa selviytymisessä kirkastui osalle haastateltavista. Ohjaukertojen välillä oleva mietintäaika auttoi pohtimaan käsiteltyjä asioita omalle kohdalleen ja aktiivisemmin osallistumaan ryhmän keskusteluihin.

”Siinä mieltii toisiakin ja ettei ole vain ittensä kanssa koko ajan, että itellä on kaikkee. Ei tämä nyt ihan maailmanloppu oo.”

”... siinä sai mieltää itekin ja hetkinen tehäs nyt näin ja varmaankin keskusteleekin siellä paremmin, kun tutustuu papereihin ja mieltii omaa kohtaansa, että mitä siinä pystyy tekemään.”

Kivun kokemus oli ryhmäläisiä yhdistävä tekijä. Kaikki haastateltavat toivat esiin samankaltaisten kokemusten helpottavan toisen ymmärtämistä ja ymmärretyksi tulemista. Ymmärtäminen helpotti puhumista tunteista. Ryhmässä keskustelu oli vastavuoroista ja varsin lyhyessä ajassa ryhmäläiset kertoivat syntyneen yhteenkuuluvuuden tunteen.

”Ne ihmiset oli jollain tavalla kuitenkin samassa tilanteessa ja jotenkin toisen ymmärtäminen on silloin helpompaa.”

”Tuli mulle sellainen hyvä olo siitä ryhmästä jotenkin, vaikka ei aikaisemmin tunnettu, kun oli tää yhdistävä tekijä ja kaikilla samanlaisia ajatuksia niistä niin kuin uskallettiin puhua.”

”Ku toisillakin on murhetta kipujensa kanssa niin niin me ollaan tavallaan niin kuin sitä sammaa porukkaa. Ja siinä tulee sellainen yhtenäisyyden tunne.”

Muutama haastateltava pohti huumorin osuutta ryhmän toiminnassa. Omasta tilanteesta kerrottua hirtehisuumoria ymmärretään vertaisryhmässä ja huumori auttaa näkemään asioista myös niiden huvittavia puolia.

”Tavallisten ihmisten keskuudessa joskus hirtehisuumori kivusta leimataan katkeruudeksi.”

Kipupotilaat kertoivat joskus olevan vaikeaa kertoa tuntemuksistaan niin, että ns. maallikkokin ymmärtäisi mitä he tarkoittavat. Jotkut asiat taas voivat olla unohduksissa tai niitä ei ole koskaan tullut pohdittua. Ryhmässä on henkilöitä, jotka pystyvät paremmin verbalisoimaan kiputilannetta ja osittain alitajuntaan jääneet asiat otetaan esiin.

”Välillä on vaikea selvittää niitä kaikkia asioita, eikä tule, vaikka ne alitajunnassa pyörii. Jos joku toinen ottaa ne puheeksi niin sillälaila itekin sitten huomaa.”

Haastateltavat pitivät vertaisryhmää merkittävänä tuen antajana. Vastavuoroisesti voidaan olla tuen antajia ja tuen saajia. Ryhmäläisiltä saatiin ohjeita, käytännön vinkkejä ja uskoa tulevaisuuteen. Osa ryhmäläisistä kertoi saaneensa voimia aloittaa taas entinen harrastus ja osalle ryhmäläisten esimerkki antoi rohkeutta uuden harrastuksen etsimiseen. Positiivisten asioiden pohtiminen vertaisryhmässä auttaa löytämään niitä myös omasta elämästä.

” Että, jos joku sanoo jottain semmoista positiivista niin siitä löytää niitä positiivisiakin asioita.”

Osa haastateltavista toi esiin sen tärkeyden, että ryhmässä oli kipuun sopeutumisessaan eri vaiheessa olevia henkilöitä. Ryhmäläisiltä kuulee minkä avulla he ovat selvinneet. Prosessissa pidemmällä olevat voivat olla esimerkkinä toisille ja vahvistaa toisten käsityksiä siitä, että selviytyminen on mahdollista. Kivun hyväksymisprosessi on pitkä, monivaiheinen ja tuskastuttava. Joillekin ryhmäläisille oli helpottavaa kuulla, että sitäkin on harjoiteltava ja se vie aikaa.

”...jotka on onnistuneesti kyennyt elämään sen kivun kanssa on toivoa antava tekijä ja malliesimerkki sitten ihmisille, jotka taas ovat enemmän alkuvaiheessa sen kipuprosessin kanssa.”

”Sit se oli musta helpottavaa kun mä oon ollut.. hosunut kaikki päivät, kun se yks rouva sanoi siinä, että se vie hirveen kauan aikaa se harjoittelu.”

Osa haastateltavista kertoi, että oman tilanteen hyväksyminen helpotti myös ryhmässä toisten tukemista. Lisäksi he toivat esiin, että mikäli kurssista saa positiivisia ajatuksia niitä alkaa helpommin säteillä ulospäin. On kuitenkin muistettava, että vaikka joku on sopeutumisprosessissaan päässyt pidemmälle, hän kaipaa yhtäläillä kuin muutkin ryhmän tukea.

”...joka tietoisesti on yrittänyt näitä asioita läpikäydä ja yrittänyt ns. ajatella positiivisesti, niin totta kai sitä kaipaa myös itse pönkitystä.”

Ohjaajan rooli

Suurin osa haastateltavista näki ohjaajan tarpeellisena kyseisenlaisessa ryhmätoiminnassa. Ohjaajan ensisijaisiksi tehtäviksi nähtiin teoreettisen tiedon antaminen ja sen pohjalta keskustelun avaaminen.

”On se teoretiedon tuoja siinä ja sit johdattelee niihin aiheisiin, että oot ammattilainen ja osaat niin kuin johdattaa. Sit et kuitenkaan liikaa tuo esille sitä”

Ohjaaja toimii keskustelun ohjaajana. Tarvittaessa ohjaaja jakaa puheenvuoroja tasapuolisesti ja toimii asiatiedon ja keskustelun yhteen vetäjänä. Ohjaaja esittää kysymyksiä, joilla saadaan keskustelu ohjattua haluttuun suuntaan ja osallistujia pohtimaan asiaa omalta kohdaltaan.

”Että siinä on siinä keskustelussa joku ohjaaja, joka just niin kuin pystyy näin tuntemuksia ja keskustelua vetämään yhteen sen asiatiedon kanssa ja toisaalta hänellä on siinä mielessä valta ohjata sitä.”

”...vaikka et oo ite käynyt läpi sitä, niin kyllä osasit oikeeta asiaa niin kuin kaivaa meistä esille sitten.”

Suurin osa haastateltavista kertoi olleensa tyytyväinen ohjaukseen ja ohjaajalta saamaansa tukeen. Ryhmäläiset kokivat positiiviseksi sen, että ohjaaja toimi ammatillisesti, mutta sitä ei kuitenkaan korostettu liikaa. Ohjattavat kokivat, että kipua ei tarvinnut selitellä myöskään ohjaajalle. Tärkeäksi osa ohjattavista mainitsi sen, että ohjaaja kuunteli heitä aidosti.

”Se, että joku tosiaan kuuntelee, eikä vaan tota niin tästä sisään tästä ulos. Sillai mä koin sen tärkeäksi.”

Omaisten osallistuminen

Haastateltavat pohtivat mahdollista oman omaisensa mukanaoloa ryhmässä ja yksi ryhmään osallistunut omainen pohti asiaa omalta kannaltaan. Perheenjäsenellä ei välttämättä ole tietoa kuinka laajasti krooninen kipu vaikuttaa kipupotilaan elämään, joten tiedon saanti on tarpeellista. Kurssin kautta voi saada tietoa, joka ei ole kipupotilaan kautta tullutta ja siten persoonallisesti sävyttynyttä. Erityisesti omaisille kaivattiin tutkittuun tietoon perustuvaa informaatiota.

”...se olis niille läheisillekin aika hyvä, että tietäis sitten mikä se tilanne tosissaan on. Ja justiin, kun sen sanoo joku muu.”

Omaisten on hyvä kuulla oman omaisensa mielteitä sellaisista asioista, joita kotona ei käsitellä. Omaisille on avartavaa nähdä muitakin kipupotilaita ja kuulla heidän ajatuksia ja kokemuksia.

”Tavallaan peittää sitä omaa myllerrystä, mutta kuitenkin se on omaistenkin hyvä tietää, että sitä on.”

Omaisillakin on tarve puhua hankalasta tilanteesta ja heillä voi olla myös kiputilanteeseen liittyviä negatiivisia tunteita. Omaiset tarvitsisivat mahdollisesti myös oman vertaisryhmän, jotta voisivat puhua vapaasti tunteistaan.

”Jollainlailla tuntuu, että olis hyvä pelkästään omaisille järjestetty ryhmä, heilläkin voi olla hyvinkin kielteisiä ajatuksia siitä.”

Turvallinen ilmapiiri

Ryhmän pieni koko koettiin hyväksi ja turvalliseksi keskustelun kannalta. Pienessä ryhmässä on helpompi puhua ja hiljaisemmatkin uskaltavat tulla keskusteluun mukaan. Keskustelu on pienellä porukalla antoisaa, mutta ryhmässä ei välttämättä löydy samanlaisesta ongelmasta kärsivää kohtalontoveria. Kaikki haastateltavat pitivät yli kymmenen hengen ryhmiä keskustelun kannalta huonoina.

”... mäkin sain suuni auki, niin kuin sanoin, että isommassa porukassa olen hiljainen.”

”kun on semmoinen pieni ryhmä niin siinä uskalletaan tuoda ne tunteet sitten...”

”Ryhmätilanne ei ehkä pääse niin hedelmälliseksi kehittymään kuin se kehittyis, jos siinä olisi enemmän samankaltaisessa tilanteessa olevia.”

Kaikki haastateltavat olivat naisia. Osa pohti ryhmän jäsenten sukupuolen vaikutuksia ryhmän toimintaan. Naiset pystyivät puhumaan tunteista ja naisten kanssa oli helppo puhua tunteista. Osa haastateltavista arveli, että miesten läsnäolo olisi voinut vähentää tunteista puhumista.

”Kaikki kun oli naisia, se varmaan oli sitten vielä, että niistä tunteista voidaan puhua.”

”Jos siellä olis ollut miehiä seassa niin se ei ehkä olisi ollut niin avonaista, kenties.”

”Naiset pystyy paremminkin, mutta kun miehet on, että kipu on kipu ja siitä ei puhuta.”

Osa haastateltavista toi esiin että ryhmässä on mahdollista myös pelkästään kuunnella ja sekin on merkityksellistä. Ryhmätyöskentely voi olla armollisempi hiljaisille, koska itse ei tarvitse välttämättä kommentoida asioita.

”...toinen ei välttämättä halukaan puhua vaan kuulla ja saada sitä kautta sen tiedon. Niin se on ehkä armollisempi kaikille se ryhmätilanne

Osalla haastateltavista oli negatiivisia kokemuksia aikaisemmista ryhmäohjauksista ja osa pohti mahdollisia uhkia ryhmätoiminnassa. Haastateltavat arvioivat, että ryhmätoimintaa uhkaavien tekijöiden minimointi vaatii ohjaajalta kokemusta ja on sitä vaikeampaa mitä suurempi ryhmä on. Joillakin osallistujilla voi olla tarve olla liikaa esillä. Keskustelu muuttuu yksinpuheluksi ja hiljaisemmat jäävät kuuntelijoiksi. Kokemattomampaa voidaan myös pelotella tai toisen kipuja tai ongelmia vähätellä. Katkeroituneet henkilöt voivat helposti vetää mukanaan negatiiviseen ajatteluun. Ryhmässä, jossa kaikki ryhmäläiset ovat

kipuprosessissaan alkuvaiheessa positiiviset onnistumisen ja eteenpäin menemisen kokemukset puuttuvat. Haastateltavat pohtivat myös kuinka paljon omaisen osallistuminen vaikuttaisi keskustelujen avoimuuteen.

”...ja jos joku ottaa yliotteen siinä niin kaikkia ei enää jaksa kiinnostaa.”

”Tullut vähän sellainen niin kuin, että odota vaan kyllä Siperia opettaa.”

”Taas jos kaikki on kovin alkuvaiheessa olevia niin se menee kauhisteluksi ja siinä ei tule esimerkkiä onnistumisista.”

Kipuhoiduksen kehittäminen

Haastateltavat kommentoivat läpi haastattelun niitä asioita, joita he olisivat halunneet muuttaa tai lisätä kyseiseen kipukurssiin. Yleisesti haastateltavat toivat esiin sen, että kipupotilaille olisi tarjottava mahdollisuus ryhmäohjaukseen. Positiiviseksi osa haastateltavista koki sen, että juuri heitä varten oli järjestetty ohjausta. Ohjausta olisi saatava kipuasioissa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kuukausien sisällä. Siihen olisi oltava mahdollisuus kaikilla pitkittyneestä kivusta kärsivillä. Osalle kipupotilasryhmistä on tarjolla tukiryhmiä, kuten selkärühmät, mutta mikäli ei kuulu siihen, kipukurssitusta on vaikea saada. Kipukurssin mahdollisia luontevia järjestäjiä olisivat kipupoliklinikka, oma terveyskeskus tai mielenterveystoimisto. Kipupotilaiden vertaisryhmä olisi hyvä keskustelufoorumi. Siihen toivottiin kuitenkin ammatti-ihmistä vetäjäksi. Haastateltavat olivat käyneet kipuasioista keskustelua myös internetissä. Nettikeskustelua ei nähty kuitenkaan yksinomaan positiivisena kanavana, vaan se voi yksinäisenä lukukokemuksena lisätä pelkoja.

”Kurssi sinänsä, että mulle on järjestetty...Tämmösiä pitäisi olla ja se mahdollisuus, että pääsee tämmöseen ryhmään, että nyt on tarve puhua.”

”Jos kipupoli kokois semmoisia joskus tai joskus psykologi. Onhan tuolla mielenterveyskeskuksessa kaikenmaailman kursseja ilta-aikaan, esimerkiksi se nyt olisi yksi luonteva paikka.”

Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että yli kymmenen hengen ryhmät olisivat liian suuria. Parhaimmillaan ryhmän toiminta saattaisi olla noin 6-8 hengen ryhmässä. Lisäksi ryhmää voisi vielä jakaa pienryhmiin esimerkiksi kipuongelman mukaan. Ryhmän koostumuksessa nähtiin positiivisena niin sanottu sekaryhmä eli ryhmässä oli erilaisista kipuongelmista kärsiviä henkilöitä ja kipuun sopeutuminen oli eri vaiheessa. Toisaalta samanlaisesta kiputilanteesta kärsivien ryhmäläisten kokemusten ja neuvojen kuuleminen olisi ollut avartavaa. Ryhmät koostuivat naisista ja toivottavana pidettiin myös miesten osallistumista

ryhmiin. Omaisten ohjaus nähtiin tarpeellisena ja osallistuminen samoihin kipuryhmiin toivottavana. Toisaalta voisi omaisilla olla oma ryhmä tai ryhmän sisällä keskusteluissa oma pienryhmä.

”No varmaan joku 6-8, niin siinä olisi kuullut vielä enemmän mielipiteitä.”

”Sen takia semmonen sekaryhmä on minun mielestä kyllä ihan hyvä. Että sais tavallaan monenlaista keskustelua sitten aikaiseksi ja monenlaisia tuntemuksia ja neuvoja ja vastusta ja tämmöstä.”

”Tavallaan puhutaan kuitenkin kipupotilaan asioista, silleen, kyl mä uskon, että siinä uskaltaa omainenkin tuoda niitä ajatuksiaan, jos ei uskalla niin saa ainakin jotain mietittävää.”

Kipukurssilla voitaisiin käyttää myös eri alojen asiantuntijoita, mikäli toiminta olisi pitkäkestoisempaa. Ehdotuksia vieraileviksi asiantuntijoiksi olivat kipupoliklinikan lääkäri, psykologi, fysiatri, fysioterapeutti ja kirurgi. Osa haastateltavista piti sairaanhoitajan pitämää kipuryhmää riittävänä. Tärkeää olisi, että kipukurssia vetävä henkilö olisi mukana myös asiantuntijoiden pitämässä osuoksissa, jolloin keskustelu esiinnoisseista asioista olisi helpompaa myöhemmin.

”Siinä vois olla jollakin kertaa psykologi, mutta sen keskustelunohjaajan olis hyvä tietää mitä siinä on edellisellä kerralla keskusteltu. Siinä mielessä sama ihminen kyllä.”

Ryhmäohjausta pidettiin ensisijaisena, mutta sen lisänä osan haastateltavien mielestä voisi olla yksilöohjausta. Yksilöohjauksessa olisi mahdollista ottaa esiin arkaluontoisempiakin asioita tai pohtia yksilöllisiä ratkaisuja kipupotilaan ongelmiin.

”Et siellä olis sitten saanut keskustella, mitä tällä kurssilla on jäänyt mulle niin kuin mieleen ja mikä mua jäi kiinnostamaan ja sais vielä vähän lisätietoa. Loppukeskustelu tällä tavalla.”

Kipukurssilla käsitellyt asiakokonaisuudet ja keskustelupainotteisuus haluttiin säilyttää. Harjoitteluista rentoutumista ja mielikuvaharjoittelua toivottiin kokeiltavan sopivissa olosuhteissa. Harjoittelun todettiin vaativan rauhallisen ja häiriöttömän ympäristön sekä mukavat tuolit tai patjat.

”Kivasti mentiin näitä asioita ja jos yhden kerran sen rentoutuksen sais aikaiseksi niin muuta mulla ei ole toivomusta.”

Suurin osa haastateltavista olisi toivonut kurssin olevan pidempi. Muutama haastateltava ehdotti ensimmäisen kokoontumiskerran käyttämisestä tutustumiseen. Kolmen kipukurssi-tapaamisen jälkeen ehdotettiin taukoa ja tapaamista sovitun ajan kuluttua 1-2 kertaa. Osa

kipukurssille osallistuneista olisi toivonut mahdollisuutta jatkuvaan ryhmäohjaukseen ja osalle kolmen tapaamiskerran kipukurssi oli sopiva. Kipukurssi kokoontui noin viikon välein. Suurin osa piti tiivistä aikataulua hyvänä ja kertojen väliin jäi kuitenkin aikaa miettiä asioita omalta kannalta. Osalle kerran viikossa ollut tapaaminen aiheutti perheen aikataulujen yhteensovittamista ja toiveen hieman harvemmin tapahtuvista kokoontumisista. Kokoontumiset ajoittuivat klo 16-19 välille ja suurimmalle osalle ajoitus oli hyvä. Osa koki ajan olevan liian aikainen, koska tarvitsivat kyydityksen työssäkävältä aviopuolisolta. Osalle myös aikaisempi aikataulu olisi sopinut, silloin joukkoliikenne mahdollisuudet olivat paremmat. Sopivan kokoontumisen keston arveltiin olevan maksimissaan kaksi tuntia. Istuminen, vaikka välillä on mahdollisuus kävellä tai seistä, käy hankalaksi kiputilanteen vuoksi.

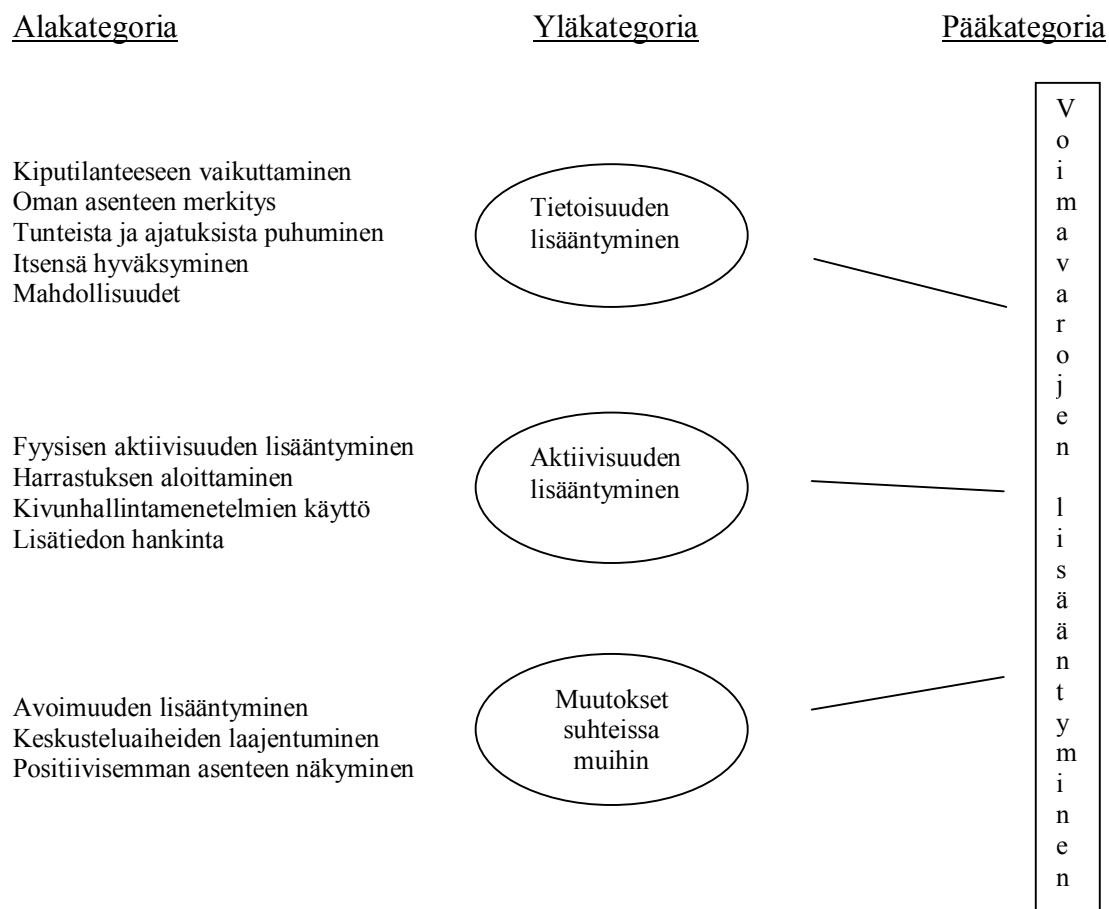
”Kuitenkin niin, että keskustelukerrat pysyisi mielessä, mutta kaikki elää sen kanssa ja kokemukset on mielessä jatkuvasti, semmonen säännöllisyys ja vähän useampi kerta.”

”Kyllä minusta se on ihan sopiva, ettei liian tiuhaan. Jokaisella on aina jotakin niin sitten siihen omaan aikatauluunsa pystyy soveltamaan. Musta kun on kerran viikossa siinä on sitä aikaa ajatella ja sisällyttää se asia itellensä.”

Kipukurssin kokoontumistila vaatii tiettyjä ominaisuuksia. Kokoontumistilan mukavuuteen tulisi kiinnittää huomiota. Tilassa tulisi olla muitakin mahdollisuuksia levätä kuin istuminen. Tarjolla tulisi olla patjoja tai säädettäviä tuoleja ja tilaa liikkumiseen. Rentoutusharjoitteita varten käytetyn tilan tulisi olla häiriötön.

”Tila tietysti, tuli mieleen, ois voinut olla sellainen missä olis voinut heittäytyä pitkälleen ja kokeilla miltä joku systeemi tuntuu.”

5.2 Voimavarojen lisääntyminen



Kuvio 2. Voimavarojen lisääntyminen

KUVIOSSA 2 on esitetty haastateltavien kipukurssin myötä kokemia muutoksia arkipäivän elämässä

Tietoisuuden lisääntyminen

Suurimmalle osalle kurssi ei tuonut suoranaisesti helpotusta kipuun. Osa haastateltavista kertoi, että kipu oli kurssin myötä jäänyt jonkin verran taka-alalle.

”Musta tuntuu, että mä menin askeleen eteenpäin. Kyllä mulle on nyt tullut semmoisia tilanteita, että se jää tuonne taka-alalle.”

”No, sinänsä siihen kipuun se ei ole vaikuttanut. Se kova kipu tulee kun on tullakseen...”

Tietoisuus kivunhallintakeinoista antoi mahdollisuuden vaikuttaa omaan kiputilanteeseensa. Osalle haastateltavista kivunhallintakeinojen käyttö toi turvallisuuden tunnetta.

”Se antaa sitä tavallaan turvallisuuden tunnetta ja siinä miten pystyy itekin hallitsemaan, kun tietää näitä tapoja.”

Toipumisen ylä- ja alamäet aiheuttivat epävarmuutta ja huonompi vaihe toivottomuutta. Osa uskoi vielä toipuvansa täydellisesti ja osa odotti tilanteen nykyisestä ainakin jonkin verran parantuvan. Siinäkin tapauksessa, että toipuminen ei olisi täydellistä, tulevaisuus ei kuitenkaan näyttänyt toivottomalta. Tieto ja ryhmäläisten kokemukset auttoivat maltillisemmin suhtautumaan toipumisen hitauteen. Oman asenteen merkitys selviytymisessä ja oman elämäntilanteen helpottamisessa nousi esiin usean haastateltavan pohdinnoissa.

”Niin kaikki mahdollinen keino käyttää siitä kivusta selviytymiseen ja niihin tunteisiin mitä siihen liittyy. Positiivisuus ja sitä kautta järjestää sitä elämäänsä. Sen ajatuksen kirkastuminen oli jotenkin ehkä siinä mielessä auttava.”

”Itse täytyy olla aktiivinen ajatella, että pärjää.”

Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että kroonisen kivun aiheuttamat tunteet ja ajatukset on hyvä tuoda esille ja puhua niistä. Ajatusten kanssa on paljon yksin ja ne aiheuttavat sisäistä myllerrystä, joka ei aina näy ulkopuolisille. Toisaalta tunteet ovat hyvinkin pinnassa ja niitä on vaikea hillitä. Itku on herkässä ja joskus se vaikeuttaa erilaisten asioiden hoitamista. Negatiivisia tunteita pitää usein piilossa. Haastatteluissa kipupotilaat mainitsivat tunteista kiukun, katkeruuden, vihan, pelon, toivottomuuden ja häpeän. Tunteet voivat olla unettomuudesta aiheutuvan väsymyksen kärjistämiä. Tunteiden tunnistaminen ja niistä puhuminen on ratkaisevinta selviytymisessä. Tieto kroonisen kivun vaikutuksista tunteisiin ja ajatuksiin sekä keskustelu niistä kurssilla auttoi käsittelemään asioita toisella tavalla ja helpotti tilanteita arjessa. Helpottavaa oli saada tietää, että negatiiviset tunteet eivät ole epänormaaleja. Muillakin samassa tilanteessa olevilla on samanlaisia kokemuksia ja negatiivisia tunteita.

”Kyllä sitten tuota niin kuin jotenkin tuli semmonen olo sitten, että tähän arkeen rupes suhtautumaan positiivisemmin kun tiesi, että nää on ihan normaalia oikeita, siis semmoisia jokaiselle tulevia oireita, masennusta, kiukkuisuutta ja kaikkea tämmöstä.”

Haastateltavat, jolla oli lyhyempi kipuhistoria, kertoivat häpeän tunteesta liittyen oman fyysisen olemuksen muutokseen ja parantumisen hitauteen. Liikkumisen vaikeus ja apuvälineiden käyttö aiheutti häpeän tunnetta ja arkuutta lähteä kodin ulkopuolelle. Kivun pitkittyminen ja parantumisen hitaus aiheutti osalle haastateltavista tunteen, että ympäristö kyseenalaisti heidän kipunsa. Pidempään kipuongelmista kärsineet kertoivat kokeneensa huonommuuden tunnetta siitä, että eivät kykene entiseen työhön ja edes kotityöt eivät suju entiseen malliin. Omien ajatusten kanssa toimeen tuleminen oli vaikeampaa kuin moni muu asia. Entisestä oli vaikea luopua ja vaatimukset itseä kohtaan olivat liian kovat. Rimaa oli vaikea laskea ja aikaansaamattomuus hermostutti. Luopuminen liittyi kotiaskareisiin, työhön, harrastuksiin ja ystäviin. Osa haastateltavista oli pohtinut ratkaisun löytyvän kivun aiheuttamien rajoitusten hyväksymisestä ja sen myöntämisestä, että elämä on muuttunut. Vertaisryhmässä saatu kokemus siitä, että ei ole yksin vaivojensa ja kokemustensa kanssa auttoi. Ryhmäläisiltä saadut positiiviset esimerkit selviytymisestä ja asenteen merkityksestä auttoivat ajatusten suuntaamisessa tulevaisuuteen ja pyrkimyksissä irrottautua katkeroituneista ajatuksista.

”Mä oon hävennyt tätä vaivaani, semmosta ihan turhanpäivästä. Kyllä se varmaan, kun aattelee sitä tulevaisuutta jää vähemmälle. Ei häpee niinkun liikkumistaan, minä oon tämmöinen kuin olen ja täytyy laulaa niin kuin Anssi Kela, että -mun täytyy kävellä näin-.”

”Tavallaan oman ittensä kanssa sitä enemmän taistelee, että mä oon aina ennenkin ehtiny ikkunat pestä keväällä ja nyt on jo toukokuu puolessa...”

”Ei mulle kukaan oo sanomassa mitä on tekemättä, sitä itelleen asettaa vaan semmosia...Se on nyt myönnettävä, että elämä on muuttunut.”

Kurssi vahvisti osalle, että he ovat oikealla tiellä ja osalle se oli sysäys ajatusten siirtämiseen tulevaan ja niihin mahdollisuuksiin joita on olemassa. Itsensä hyväksyminen sellaisena kuin nyt on, ja tämänhetkisen tilanteen pohjalta elämän eteenpäin rakentaminen, tuli esiin haastateltavien pohdinnoissa.

”Ottaa huomioon, että ei enää pysty kaikkea. Jospa löytyis semmonen työpaikka, jossa puoli päivää pystyis olemaan niin tuota sekin sitten tois sitä, että elämä jatkuu.”

”Nyt on tullut semmosiakin ajatuksia, että eihän mulla nyt ole kuin tämä jalka pelistä, että muut kuitenkin toimii.”

Aktiivisuuden lisääntymien

Osallistuminen ohjaukseen aktivoi ja oli taas helpompi tarttua esimerkiksi fyysisen kunnon hoitoon. Osa kertoi tarvitsevänsä pientä tönäisyä aika ajoin, että jaksavat kiinnittää huomiota kunnon hoitoon.

”...mäkin oon ruvennut käymään siellä vesijumpassa niin, niin kuin ottanut taas itteäni niskasta kiinni. Sitä välillä kaipaa pientä tönäistystä.

Kivun aiheuttamat fyysiset rajoitukset ja ajoittain haluttomuus lähteä ”ihmisten ilmoille” oli kaventanut ystäväpiiriä ja rajoittanut harrastuksia. Ryhmäläisten löytämät uudet harrastukset innostivat osaa tutkimukseen osallistuneista etsimään uusia harrastuksia. Osa aloitti aikaisemman harrastuksensa uudelleen.

”Se yksi rouvakin oli löytänyt semmoisia harrastuksia, mäkin mietin, että syksyllä, kun tulee niitä, niin ilman muuta johonkin ATK-kurssille ja mitä kaikkea on tarjolla. Kun mulla on tuohon liikunnalliselle puolelle liittynyt nuo harrastukset.”

Osalle haastateltavista tiedoilla kivunhallintamenetelmistä oli käytännön merkitystä kivun hallinnassa. Kovassa kivussa menetelmiä on vaikea toteuttaa ja ne eivät auta kipuun. Kivunhallintamenetelmät eivät ole helppoja vaan niitä täytyy harjoitella. Ne otetaan käyttöön, kun kiputilanne on hankalammassa vaiheessa. Haastateltavat olivat käyttäneet mm. positiivista ajattelua ja huomion kiinnittämistä mukavaan tekemiseen, rentoutumista, sovellettua mielikuvaharjoittelua, tekemisen jaksottamista ja suhteuttamista jaksamiseen ja rajoituksiin sekä liikuntaa. Ohjauksesta sai käytäntöön sovellettavia vinkkejä ja ohjeita.

”Kyllä sillä on ihan käytännön merkitystä tosiaan, että keskittää sitten sitä ajattelua ja tekemistä sinne muualle.”

”Mä oon huomannu, että vaikka mä oon oikeenkin onnellinen, ihan sydänjuuriani myöten välillä kun oon nähnyt pääskysel ja joutsenet. Sit vaan yht’äkkiä, kun tulee se kipukohtaus niin kyl se vetää taas jalat alta.”

Kurssilla esitelty materiaali ja tarve tietojen syventämiseen innostivat osaa ryhmäohjaukseen osallistuneita hakemaan lisätietoa kirjallisuuden avulla. Osa oli myös aktiivisesti tiedustellut mahdollisuutta osallistua kipupotilas yhdistystoimintaan.

”Ja mä etin niitä kirjoja kirjastosta. Kyllä mä kaiken tiedon haluan, et mä hirveesti oon hakenut tietoa.”

Muutokset suhteissa muihin

Haastateltavat kertoivat kivun vaikutuksista perheen arkipäivään ja kivun myötä tulleista ongelmista ja käsityksistään mikä voisi auttaa. Omaiset olivat olleet huolissaan perheenjäsenistä kiputilanteen pitkittyessä. Omaisen voi olla vaikea ymmärtää kipupotilaan tilannetta ja negatiivisia tunteita, toisaalta kiputilanne voi herättää omaisessakin negatiivisia tunteita. Osa haastateltavista oli salannut kipunsa läheisiltä, koska ei halunnut, että he huolestuisivat. Osa haastateltavista koki, että perheenjäsenillä ei ole keinoja auttaa ja pahimmassa kipuvaiheessa läheinen oli torjuttu. Osa haastateltavista kertoi, että pitkittyneeseen kipuun liittyvistä asioista oli keskusteltu kotona koko kipuprosessin ajan. Osa oli keskustellut esimerkiksi jaksamiseen ja tunteisiin liittyvistä asioista vasta kurssin myötä. Osa kertoi, että tunteista ei tule kotona keskusteltua. Kipupotilaat olivat osittain kipukurssin myötä tulleet siihen tulokseen, että avoimuus perhepiirissä on järkevää. Perheenjäsenten on hyvä tietää mitä kaikkea kiputilanteeseen liittyy. Osa oli kipukurssin myötä pyrkinyt avoimemmin ilmaisemaan omia tuntemuksiaan ja sitä ettei tällä hetkellä jaksaa tehdä kaikkea mitä ennen. Kivun salaaminen pitemmän päälle ei onnistu eikä siinä ole mitään järkeä.

”Kyllä se toinenkin pitää ottaa huomioon, kertoo siitä miltä tuntuu. Eihän se voi tietää, että jos mäkin esitän hirveen reipasta, että mulla on hirveen paha olla, jos mä en sano miltä musta oikeesti tuntuu.”

”Ja mä oon esittänyt sitä hirveen kaikkivoipaa ja että kaikki hoituu. Mä oon ruvennut puhumaan, että mä en pysty esimerkiksi noita ikkunoita nostelemaan ja pesemään.”

Kurssin myötä kodeissa oli herännyt keskustelua puolison tai lapsien kanssa kivunhallinnan menetelmistä, lääkityksestä, jaksamisesta, fyysisestä läheisyydestä ja siitä mihin kaikkiin asioihin kipu oikein vaikuttaa. Kirjallinen materiaali koettiin hyväksi. Siihen on perheenjäsenenkin helppo tutustua.

”Ehkä keskusteluun tuli tämän kurssin kautta tätä tietopuolta ja esimerkiksi yksinkertaisesti se, että mitä ne mun lääkkeet on mitä mä syön.”

”Mä oon nyt puhunut siitä mitä mä kaipaen ja miten sitä lähtis ettimään...”

Positiiviset kokemukset kurssilla näkyivät läheisille parempina päivinä ja positiivisempänä asenteena.

”Mies kärsii hirveesti, mutta hänestäkin oli ihan hyvä huomata, että on enemmän näitä hyviä päiviä, ei tarvi olla aina hänenkään varpaillaan.”

Osalla haastateltavista oli samojen ongelmien kanssa painivia ystäviä, joiden kanssa kipuun liittyvistä asioista oli puhuttu. Osa kertoi ystävyysuhteiden kivun myötä vähentyneen ja osalla työyhteisön tuttavuusuhteiden sairastamisen aikana surkastuneen. Osa koki omassa arkipäivän viiteryhmässään ulkopuolisuutta. Useimmat kaipasivat krooniseen kipuun liittyvää vertaisryhmätoimintaa, jossa voisi keskustella avoimesti omaan kiputilanteeseensa liittyvistä asioista.

”Kyllä mä tota niin kaipaisin, että olisi jatkuvasti joku semmoinen ryhmä, jossa vois niin kuin puhua näistä asioista.”

6. POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Laadullisessa tutkimuksessa yleisin tapa on kohdistaa arviointi tutkimusaineistoon, aineistonanalysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Nieminen 1997, 216). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kohentaa tutkijan tarkalla selostuksella tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2005, 217). Luotettavuuden arvioinnissa tulisi käydä läpi ainakin: mitä on tutkimassa ja miksi, omat sitoumukset tutkijana tässä tutkimuksessa, aineistonkeruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija - tiedonantaja- suhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuksen raportointi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135- 136).

Tässä tutkimuksessa haettiin vastausta neljään tutkimustehtävään. Tarkoituksena oli selvittää miten kipupotilaat kokivat kipukurssin sisällön, ryhmäohjauksen, kurssin merkityksen arkipäivän elämään ja miten kipukurssia tulisi jatkossa heidän mielestään kehittää. Tutkimuskysymyksillä pyrittiin selvittämään kokevatko kipupotilaat ohjauksen merkitykselliseksi voimavarojen lisääntymisessä. Koin käytännön työssä kipupoliklinikalla, että kipupotilaiden omien voimavarojen tukeminen jäi liian vähälle. Halusin selvittää olisiko mahdollista lyhyen kipukurssin puitteissa vahvistaa kipupotilaiden omia mahdollisuuksia vaikuttaa kiputilanteeseensa. Tämä tutkimus ja kipukurssilla käydyt keskustelut ovat vahvistaneet käsitystäni siitä, että kipupotilaat tarvitsevat tukea ja tietoa kivun pitkittyessä. Lyhyelläkin kipukurssilla on mahdollista auttaa kipupotilasta selviytymään paremmin arkipäivän elämässä.

Haastatteluun osallistuminen edellytti sitä, että oli osallistunut kahteen ohjaukseen kolmesta. Kipukurssin viimeisellä kerralla kysyttiin osallistujien mahdollisuutta osallistua haastatteluun ja sovittiin haastatteluajat ja paikat. Kaikki kolmannella kerralla kipukurssilla paikalla olleet suostuivat osallistumaan haastatteluun. Yhdelle osallistujalle, joka ei ollut mukana viimeisellä kerralla, soitettiin ja sovittiin haastattelu-aika. Tutkija kävi viidessä eri kodissa haastattelemassa. Yksi haastattelu ei toteutunut, koska sovittuna ajankohtana henkilö ei ollut kotona eikä vastannut puhelimeen eikä myöhemminkään tekstiviestiin.

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kipukurssille osallistuneita kipupotilaita ja omaista. Kaikki haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella. Tutkimushaastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina haastateltavien kotona, paitsi yksi haastattelu, jossa oli mukana omainen ja kipupotilas. Parihaastattelu suoritettiin kipupotilaan kotona ja siinä edettiin siten, että kipupotilas ja omainen saivat vastata vuorotellen ja välillä he kommentoivat toistensa mielipiteitä. Haastattelut suoritti tutkija itse, eli sama henkilö, joka oli pitänyt myös kipukurssin. Haastattelija ja haastateltavat olivat siis entuudestaan tuttuja ja keskustelut olivat luontevia. Haastatteluteemat olivat muodostettu ohjauksen sisällöstä ja haastattelut toteutettiin lyhyen ajan sisällä ohjauksesta, joten käsiteltävät asiat olivat hyvin muistissa ja keskustelut pysyivät melko hyvin teemoihin liittyvissä asioissa.

Haastattelukysymysten tulisi olla selkeitä, ymmärrettäviä ja ne eivät saisi johdatella vastaamaan tietyn tyyppisesti (Hirsjärvi & Hurme 2000, 105). Haastattelujen aluksi kysyttiin haastateltavilta taustatietoja ja käytiin lyhyesti läpi kurssin ohjelma muistin virkistämiseksi. Kysymykset pyrittiin esittämään mahdollisimman lyhyesti ja ytimekkäästi. Osaan kysymyksiä haastateltavat vastasivat liian pyöreästi, esimerkiksi ”Kyllähän sillä on suuri merkitys”, tällöin pyydettiin kertomaan tarkemmin millaisia asioita haastateltava tarkoitti. Osaan kysymyksistä tuli vastauksia jo toisten tema-alueiden kohdalla, tällöin kysyttiin haluaisiko haastateltava vielä lisätä tai kommentoida tähän kysymykseen liittyviä asioita. Osa haastateltavista pohti laajasti asioita ilman täsmentäviä kysymyksiä, osa taas vastasi lyhyesti ja tarvittiin enemmän täsmentäviä kysymyksiä. Ensimmäisessä haastattelussa nauhuri ei ensimmäisten kymmenen minuutin aikana toiminut. Vika huomattiin kuitenkin nopeasti ja haastattelua jatkettiin siitä mihin oli jääty. Haastattelun jälkeen tutkija kirjoitti muistin varassa keskustelun ylös nauhoittamatta jääneiden kymmenen minuutin osalta.

Tässä tutkimuksessa kipukurssin kokoaja sen vetäjä, haastattelija ja tutkimustulosten raportoija on sama henkilö. Positiivista siinä on se seikka, että tutkija on ollut koko prosessissa mukana ja tuntee aihealueen. Kipukurssien vetäminen ja aiheitten käsittely muodostui samansuuntaiseksi saman ohjaajan ollessa molemmissa ryhmissä. Tunnelmien ja mielialojen kokeminen kipukurssiryhmissä auttoi tutkijaa myöhemmin haastattelujen kirjoitetun materiaalin jatkotyöstämisessä. Haastattelijan ollessa sama kuin kurssin vetäjä, haastateltavat voivat hienotunteisesti jättää kertomatta sellaisia asioita, jotka eivät ole heitä miellyttänyt. Haastateltavia kannustettiin esittämään kritiikkiä ja parannusehdotuksia, koska juuri sen avulla on mahdollista parantaa ja kohdistaa ohjausta siihen suuntaan johon he sitä haluaisivat suunnata.

Tutkimuslupa saatiin ja kipukurssin järjestelyt aloitettiin keväällä 2006. Ensimmäinen kipukurssi järjestettiin huhtikuun aikana ja toinen toukokuussa. Kurssit haluttiin saada pidetyksi ennen kesää, sillä oletus oli, että kesän aikana osallistuminen olisi voinut olla epävarmempaa. Ensimmäiselle kurssille osallistujien keräämisaika osoittautui hiukan liian kireäksi, joten ilmoittautuneita oli suunniteltua vähemmän. Kurssi päätettiin kuitenkin pitää suunnitellusti, koska jo ilmoittautuneet kipupotilaat eivät halunneet siirtää osallistumistaan myöhemmäksi, vaikka tarjottiin mahdollisuutta järjestää vielä kolmas kurssi toukokuun loppupuolelle. Yksi ensimmäiselle kurssille ilmoittautunut siirsi osallistumisensa myöhemmälle kurssille. Haastattelut suoritettiin noin kahden viikon sisällä kurssin loppumisesta. Haastattelut purettiin tekstiksi syksyn 2006 aikana ja analyysi aloitettiin keväällä 2007. Aineiston analyysia on tehty pitkällä aikavälillä, mutta tiiviinä rupeamina osalualue kerrallaan. Aineiston analyysissa on ollut apuna tutkimuspäiväkirja, johon matkan varrella on laitettu ylös ajatuksia ja mietteitä, joita aineistonkäsittelyn aikana on herännyt.

Teemahaastattelulla kerätyn aineiston analyysimenetelmäksi valitsin sisällönanalyysin. Analyysia ohjasi teorian pohjalta rakennettu analyysirunko. Analyysirunko oli riittävän väljä, jolloin sen sisälle oli mahdollista muodostaa aineistosta kategorioita noudattaen induktiivisen sisällön analyysin periaatteita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7). Luokittelu lähti siitä, että aineistosta poimittiin teema-alueisiin sopivia ilmauksia ja muodostettiin kategorioita. Kipukurssin kehittämistä käsittelevän teema-alueen vastauksista muodostettiin aluksi oma pääkategoria, joka tutkimusraporttia kirjoitettaessa yhdistettiin voimavarojen lisääntymistä mahdollistavien tekijöiden kategoriaan.

”Sisällön analyysin luotettavuutta arvioidaan usein face-validiteetilla ja yksimielisyyskertoimella” (Kyngäs & Vanhanen 1999). Face-validiteetilla tarkoitetaan tutkimusprosessin osaa, jossa tutkimuksen tiedonantajat arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. Siinä tulokset esitetään niille henkilöille, joita aineistot koskevat tai ovat muutoin tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa. Heitä pyydetään arvioimaan vastaavatko tulokset tutkittua asiaa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 139.) Tässä tutkimuksessa ei ole käytetty tiedonantaja-arviota. Analyysin luotettavuutta on pyritty parantamaan antamalla tutkimusaineisto luettavaksi kivunhoidon parissa työskentelevälle sairaanhoitajalle, jonka näkemyksen mukaan tulokset ovat yhdensuuntaisia aineistoon nähden. Yksimielisyyskerroin on mahdollisuus laskea, mikäli kaksi tutkijaa luokittelee saman aineiston. Luotettavuus voidaan katsoa

hyväksi, jos luotettavuuskerroin on 80- 85%. (Polit & Hungler, 1997, Tuomen & Sarajärven 2002, 139 mukaan.) Analyysin tekeminen on aikaa vievä prosessi, joten yksimielisyyskertoimen käyttöä tässä työssä ei harkittu. Analyysin tulkinta on aina tutkijan oma persoonallinen näkemys, jossa on mukana tunteet ja intuitiot, joten tulkintaa ei voida samanlaisena siirtää toiseen kontekstiin (Nieminen 1997, 215; Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Tulosten tulkinnan arvioinnissa lukijaa auttaa, jos tutkimuselosteita rikastutetaan suorilla haastatteluotteilla (Hirsjärvi ym. 2005,218). Luotettavuuden arvioimiseksi tutkimuksessa on kuvattu analyysin etenemistä alkuperäisilmauksien ja kuvioiden avulla. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan nostaa esiin kysymys miksi osa kurssilaisista keskeytti tai ei osallistunut sovittuun haastatteluun. Mahdollisesti kurssin aihealueet ja menetelmät eivät vastanneet heidän odotuksiaan tai haastatteluun osallistuminen tuntui vaikealta. Epävirallisesti, kurssille tulon peruuttaneet ja keskeyttäneet, selittivät syyksi kovat kivut tai kuljetusongelmat. Kaikki kurssille osallistuneet kipupotilaat olivat naisia, vaikka osallistujia kerätessä miesten osuus kipupoliklinikan kävijöistä oli lähes puolet. Tutkimuksen tulokset kertovat siis kokemuksia kipukurssista naisnäkökulmasta. Tutkimushaastattelut tehtiin melko nopeasti kipukurssin jälkeen. Voimavarojen lisääntyminen on prosessi, jonka alkusysäys kipukurssi osittain osallistujille oli. Mikäli haastattelut olisi tehty myöhemmin tai tehty seurantahaastattelu, tuloksissa olisi voinut näkyä enemmän positiivisia muutoksia voimavaroissa.

6.2 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat

Tutkimuseettisiä kysymyksiä tulee tarkastella tiedonhankintaa ja tutkittavien suoja koskevien normien näkökulmasta sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamista koskevasta näkökulmasta (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206). Tutkimusta varten haettiin lupaa tutkimuseettiseltä toimikunnalta. Tutkimussuunnitelma toimitettiin eettisen toimikunnan sihteeriille ja johtava lääkäri arvioi, että oman yksikön lupa riittää. Oman yksikön ylilääkärin lupa tutkimukselle myönnettiin helmikuussa 2006. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujien oli mahdollista keskeyttää osallistumisensa. Kipukurssille osallistuminen ei edellyttänyt osallistumista haastatteluun. Kipukurssin osallistujia kerätessä kerrottiin kaikille tutkimuksen liittyvän ohjaajan opinnäytetyöhön ja mahdollisuudesta osallistua haastatteluun kurssin jälkeen. Kipupoliklinikka käynnin yhteydessä annettiin

tarvittavaa lisäinformaatiota ja vielä ennen kurssin alkua vahvistettiin puhelimitse kokoontumisen aika ja paikka.

Kipukurssilla ohjaaja kertoi vielä keskustelujen luottamuksellisuudesta ohjaajan ja tutkijan osalta. Osallistujilla oli mahdollisuus kertoa itsestään sen verran, kuin he kokivat turvalliseksi ryhmässä kertoa. Haastatteluun osallistumiseen motivoitiin, mutta korostettiin, että se on vapaaehtoista.

Haastattelut nauhoitettiin ja siihen saatiin luvat kaikilta haastateltavilta. Haastattelut kirjoitettiin tekstiksi, joihin osallistujat koodattiin. Nauhat hävitettiin ja haastatteluaineisto pidettiin vain tutkijan saatavilla. Tutkimusjoukko oli verraten pieni, mikä lisää riskiä tunnistaa tutkittava suorista lainauksista. Suorissa lainauksissa pyrin käyttämään vain sellaisia lauseita, joista tutkittavaa ei tunnista esimerkiksi kipuongelman tai iän kautta.

Tutkittavat olivat tietoisia, mihin tuloksia on tarkoitus käyttää ja olivat motivoituneita osallistumaan ohjaukseen. Tutkijan vastuulla on tutkimustulosten julkittaminen, jotta kipupotilaiden ohjaukseen liittyviä asioita voitaisiin kehittää.

6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tähän tutkimukseen muodostettiin teoreettisen tiedon pohjalta lyhytkestoinen kipukurssi kroonisesta kivusta kärsiville potilaille. Tavoitteena oli lisätä kipupotilaiden tietoisuutta mahdollisuuksista vaikuttaa omaan kipuunsa ja sen kautta lisätä heidän voimavarojaan. Pilottikurssille osallistumismahdollisuutta tarjottiin Keski-Suomen keskussairaalan kipupoliklinikan asiakkaille keväällä 2006. Kurseille osallistuneet haastateltiin kesällä 2006 ja näiden haastattelujen tuloksissa on nostettu esiin niitä asioita, jotka haastateltavat kokivat merkityksellisiksi ohjauksessa ja sen vaikutuksissa arkipäivän elämään. Ohjauksessa voimavarojen lisääntymistä mahdollistaviksi tekijöiksi koettiin tiedon saaminen, vertaisryhmään osallistuminen, ohjattu toiminta, omaisten osallistuminen, turvallinen ilmapiiri ja kipuohjauksen kehittäminen toivottuun suuntaan. Arkipäivän elämässä koettiin tietoisuuden ja aktiivisuuden lisääntyneen ja suhteissa perheenjäseniin tapahtui positiivisia muutoksia.

Tiedon saaminen antoi mahdollisuuden tarkastella asioita uudesta näkökulmasta ja herätti ajatuksia. Samansuuntaisesti kuin Steenin ja Hauglin (2001) tutkimuksessa tiedon avulla omien tunteiden, kokemusten ja tilanteen ymmärtäminen helpottui. Kipupotilaiden kokemus oli, että tietoa tarvitaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, kun kiputilanne alkaa pitkittyä. Ymmärryksen lisääntymien omasta sairaudesta ja sen hoidosta parantavat potilaan omia päätöksenteko- ja itsehoitotaitoja. Tavoitteiden asettaminen realistisesti helpottuu ja mahdollistaa määrätietoisen toiminnan oman tilanteen helpottamiseksi.

Keskustelut vertaisryhmässä koettiin merkittäviksi. Keskustelut olivat kurssin suurin anti. Kipupotilailla oli tarve puhua ympäristössä, jossa heidän ei tarvinnut salata kipuaan ja miettiä kyllästykö toinen osapuoli kivusta puhumiseen. Perhettä ja ystäviä ei haluttu jatkuvasti kuormittaa kivusta puhumisella. Asioiden yksin miettiminen ei välttämättä vienyt tilanteessa eteenpäin. Vuorovaikutuksessa toisten, samankaltaisia kokemuksia omaavien henkilöiden, kanssa syntyy uudenlaista keksimistä ja luovuutta. Dysvikin (2004) kipupotilaiden ryhmäohjaustutkimuksessa tuli esiin nimenomaan keskustelujen voimavaroja lisäävä merkitys. Mielekästä olisi jatkossa varata kokonaan ensimmäinen ohjaukset keskusteluihin ja omien kiputarinoiden kertomiseen. Osallistujille on merkityksellistä kertoa oma tarinansa ja kuulla muiden tarinoita. Kokemuksella, että kuunnellaan ja kipua ei tarvitse selitellä, on suuri merkitys henkisen jaksamisen kannalta. Myös Luedtke (2005) ja Seers (1996) korostavat kuuntelun ja kipuun uskomisen olevan merkittävä osa kipupotilaan henkisessä tukemisessa.

Jatkuvan kivun sietäminen muokkaa jokapäiväistä elämää ja eristää muusta elämästä (Carson & Mitchell 1998). Esimerkiksi tämän tutkimuksen kaltaiseen kipuryhmään osallistuminen tarjoaa mahdollisuuden laajentaa näkemystä ja oman tilanteen pohdintaa. Vertaisryhmän avulla pystyi omaa tilannetta suhteuttamaan uudella tavalla. Tietoisuus, ettei ole yksin kokemustensa kanssa ja saa jakaa ne kohtalontovereiden kanssa, keventää painolastia. Samoin kuin Dysvikin (2004) tutkimuksessa myös tässä tutkimuksessa tyytyväisyyttä keskusteluihin lisäsi se, että ryhmän jäsenet kokivat samanlaisten ongelmien luovan yhtenäisyyden tunnetta ja toisen tilanteen ymmärtämistä. Ryhmäläisiltä saatiin myös käytännöllistä apua ja uskoa tulevaisuuteen. Ohjaukseen osallistuminen aktivoi ja mahdollisuuksien pohtiminen ja esiin nostaminen auttoi löytämään positiivisia asioita omasta elämästä.

Tämän tutkimuksen haastateltavat näkivät ohjaajan tarpeellisena kyseisenlaisessa ryhmätoiminnassa. Kipuun uskomisen, kipupotilaiden asiantuntemuksen arvostaminen ja molemminpuolisen oppimisen korostaminen auttoivat luottamuksellisen ilmapiirin syntyä ryhmässä. Ohjaajan tehtäviä ryhmässä olivat teoreettisen tiedon esittely ja sen pohjalta keskustelun avaaminen, keskustelujen yhteen vetäminen ja puheenvuorojen tasapuolisuudesta huolehtiminen. Ohjaajan rooli muodostui kuuntelusta ja osallistujien omien pohdintojen tukemisesta. Useissa tutkimuksissa korostetaan aidon kuuntelun merkitystä kipupotilasta auttavana tekijänä (Seers ym. 1996, Thomas 2000, Steen ym. 2001.) Myös oma kokemus kipupoliklinikalla ja kipupotilailta saadulla palautteella on samansuuntainen. Tulevaisuuden pohdinnoissa kipupotilaan kanssa tulee olla realistinen, mutta toivoa ei saa koskaan murskata. Keskusteluissa tulisikin auttaa asettamaan tavoitteet realistisiksi ja ohjata jakamaan ne osatavoitteisiin, joihin pääsy lisää kipupotilaan itsetuntoa.

Työskentely kipukurssin vetäjänä, haastattelijana ja tutkimuksen tekijänä lisäsivät kipupotilaan kokonaistilanteen ymmärtämistä. Alkuvaiheessa itseä vaivannut pelko kurssin liian vähäisestä teoriaosuudesta, osoittautui aiheettomaksi, sillä ryhmät olivat aktiivisia ja keskustelevia. Oma kokemattomuus kipukurssin vetäjänä ei aiheuttanut ongelmia, koska ryhmät olivat pieniä. Kokemattomuus saattoi antaa herkkyyttä kuunnella ja olla osa ryhmää. Kokemus osoitti, että teoriaa ei tarvitse olla enempää näin lyhyessä kurssissa. Toisaalta omaisten osuus ryhmässä oli pieni ja heille toivottiin enemmänkin tutkittua tietoa.

Tähän tutkimukseen osallistuneiden kipupotilaiden mukaan puolison ja perheen osuus kannustajana ja tuen antajana on keskeinen. Haastateltavat pohtivat omaisten osallistumisen ryhmään antavan mahdollisuuden kuulla kipupotilaan ajatuksia aiheista, joita muuten ei kotona tulisi käsiteltyä. Omaistenkin olisi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hyvä saada tietoa kivun vaikutuksista ja mahdollisuuksista tukea kipupotilasta selviytymään paremmin kivun kanssa. Haastateltavat toivoivat erityisesti omaisille tutkittuun tietoon perustuvaa informaatiota ja sitä, että tieto tulisi ulkopuoliselta. Tutkittavat näkivät kiputilanteen herättävän negatiivisia tunteita omaisissakin ja arvelivat heillä olevan tarpeen puhua niistä. Osa haastateltavista näki omaisten oman ryhmän mahdollistavan vapaamman keskustelun negatiivisista tuntemuksista. Toisaalta tarkoitus olisi oppia puhumaan perheen sisällä kipuun liittyvistä tuntemuksista, joka taas osan mielestä olisi yhteisen ryhmän puolesta puhuva seikka. Tulevissa kursseissa mahdollisuuksien pohtiminen yhdessä voisi auttaa löytämään arjesta positiivisia asioita tai yhdessä tehtäviä asioita, joista kaikki osapuolet saavat uusia

voimia. Tämän tutkimuksen haastateltavista vain yksi oli perheenjäsen ja ohjaustarpeiden pohdinnat perustuvat suurimmaksi osaksi kipupotilaiden mielipiteisiin. Kipukurssien järjestämisessä olisi tarpeellista kuulla enemmän omaisten ajatuksia ja mielipiteitä liittyen ohjaukseen ja sen toteutukseen.

Ohjausryhmän positiiviset vaikutukset ovat osittain riippuvaisia siitä miten ryhmä toimii ja millaisia siihen osallistuvat jäsenet ovat. Tässä tutkimuksessa pieni ryhmä koettiin hyväksi ja turvalliseksi keskustelun kannalta. Toisaalta hieman isommissa ryhmissä olisi kuullut laajemmin mielipiteitä ja mahdollisesti löytynyt samankaltaisia ongelmatilanteita ja ratkaisuvaihtoehtoja enemmän. Osa pohti naisista koostuneiden ryhmien vaikuttaneen positiivisesti tunteista puhumiseen. Ehkä kokemusten jakamista ryhmässä pidetään enemmän ”naisten juttuna” tai ohjauksen teemat tuntuivat läheisemmiltä naisten mielestä. Ohjausryhmiä kerätessä miehet kylläkin olivat kiinnostuneita kurssista, mutta eivät tähän pilottikurssiin osallistuneet. Jatkossa tulisi pohtia miten miehet saataisiin mukaan ohjauskursseille ja seurata miten eri sukupuolista muodostuvat ryhmät kipuohjauksessa toimivat.

Kokonaisuutena tähän kipukurssiin oltiin tyytyväisiä ja siinä jo olevat elementit haluttiin säilyttää. Kipupotilaiden ohjauksen kehittämisessä ensisijaista olisi, että ylipäätään kursseja järjestettäisiin. Ryhmäohjaus ja keskustelut nähtiin ensisijaisena ohjausmuotona, mutta siihen voisi lisätä yksilöohjausta loppukeskustelun muodossa. Kurssin toivottiin olevan hieman pidempi ja silloin kurssia olisi mahdollista rakentaa moniammatillisesti. Kurssiin voisi myös liittyä seurantatapaaminen tietyn ajan kuluttua. Hauglin ym. tutkimuksessa (2001) esimerkiksi kivunhallinnassa ei vielä kuukauden jälkeen ollut tapahtunut muutoksia, mutta vuoden kuluttua tehdyssä seurantahaastattelussa tulokset osoittivat merkittäviä muutoksia. Seurantatapaaminen näin lyhyen kurssin jälkeen voisi olla muutaman kuukauden kuluttua. Kivunhallintamenetelmien ohjauksessa tulisi olla mahdollisuus myös niiden harjoitteluun, sillä harjoittelun avulla on mahdollista erityisesti tukea potilaan itseluottamuksen lisääntymistä (Arnstein 2004). Tässä ohjauksessa harjoittelu ei mahdollistunut toivotulla tavalla ja siinä on yksi jatkossa kehittämistä vaativa seikka.

Kurssitiloihin tulee kurssipaikkaa varatessa kiinnittää erityistä huomiota, jotta käytännön harjoitukset on mahdollista toteuttaa mukavissa ja häiriöttömissä tiloissa.

Kipukurssista ei varsinaisesti ollut apua kipuun, mutta kipu jäi välillä taka-alalle ajatuksissa erilaisten kivunhallintamenetelmien käytön myötä. Mahdollisuus vaikuttaa omaan kiputilanteeseensa toi haastateltaville turvallisuuden tunnetta. Kipukurssin merkityksellisin arkipäivään vaikuttava asia oli kivun herättämien tunteiden tiedostaminen osaksi kroonista kipua ja osaksi muidenkin kipupotilaiden elämää. Hitaaseen paranemisprosessiin maltillisemmin suhtautuminen ja toivon viriäminen vertaisryhmäläisten kokemusten kannustamana olivat osalle askel parempaan suuntaan. Olemassa olevien mahdollisuuksien pohtiminen kipukurssilla oli auttanut osaa tutkimukseen osallistuneista irrottautumaan katkeruudesta ja suuntaamaan ajatuksia tulevaisuuteen ja mahdollisuuksiin. Haastatteluissa oli aistittavissa kipukurssilaisten usko omaan selviytymiseen ja parempaan huomiseen. Kohonen ym. (2007) toteavat toivoa vahvistaviksi hoitotyön menetelmiksi luottamuksellisen suhteen rakentamisen, potilaskeskeisyyden, keskustelun, toivon aktiivisen tukemisen, potilaan ja läheisen tiedon saannin turvaamisen, voimavarojen vahvistamisen sekä auttamisen tulevaisuuteen suuntaamisessa ja tavoitteiden asettamisessa. Näitä hoitotyön menetelmiä käytettiin kipukurssin ohjauksessa tavoitteena kipupotilaiden voimavarojen vahvistuminen, jossa yhtenä merkittävänä tekijänä on toivo.

Oma aktiivisuus lisääntyi kurssin myötä. Eräs kipukurssilainen totesikin tarvitsevansa aika ajoin pientä tönäisyä, jotta omaan hyvinvointiin tulee kiinnitettyä huomiota. Perheen keskuudessa avoimuus kiputilanteeseen liittyen lisääntyi. Osa tiedosti oman kiputilanteen salaamisen umpikujaksi ja oli avoimemmin tuonut esiin omia tunteita ja ajatuksia. Positiiviset kokemukset kipukurssilla olivat joidenkin kohdalla helpottaneet omaa ja sen kautta läheisen oloa.

Tässä tutkimuksessa voimavarojen lisääntymisen mahdollistavat tekijät ovat samansuuntaisia Falk-Rafaelin (2001) tutkimukseen verrattuna. Mahdollistavia tekijöitä Falk-Rafaelin tutkimuksessa olivat luottamuksellisen suhteen luominen, asianajajuus, tietojen ja taitojen kehittyminen sekä vahvuuksien tukeminen. Tässä tutkimuksessa luottamuksellinen suhde muodostui nopeasti osittain siitä syystä, että kurssille osallistujat ja ohjaaja olivat suurimmalta osalta tuttuja jo kipupoliklinikakäyntien vuoksi. Pieni ryhmä, osallistujien aktiivisuus, vastavuoroisuuden toimiminen ja kipuprosessissa eri vaiheessa oleminen auttoivat luomaan ohjausryhmiin yhteenkuuluvuuden ja luottamuksellisen ilmapiirin. Asianajajuus tässä tutkimuksessa oli tiedon ja tiedonlähteiden tuomista helposti kipupotilaiden saataville. Voimien lisääntyessä osa kipukurssilaisista oli jo lähtenyt hakemaan tietoa itseä kiinnostavista

ja koskettavista asioista. Tietojen ja taitojen kehittyminen ja niiden aktiivinen kokeilu käytännössä lisäävät tietoisuutta omista mahdollisuuksista. Tässä ohjauksessa taitojen harjoittelu jäi kurssilla vähäiseksi. Toisaalta tietoisuus omista mahdollisuuksista lisääntyi tiedon ja vertaisryhmän kokemusten kautta. Kokemusten ja ajatusten tuominen yhteiseen keskusteluun auttoi osaa ryhmän jäseniä pohtimaan omaa tilannettaan uudelta kannalta ja mahdollisti positiivisemmän suhtautumisen tulevaisuuteen. Kurssin pääteemana oli vahvuuksien tukeminen ja niiden löytyminen omasta arkipäivästä. Ryhmät lähtivät kiitettävästi mukaan pohtimaan omia olemassa olevia mahdollisuuksiaan ja niiden pohjalle tulevaisuuden rakentamista. Välillä käsiteltiin menetyksiä, mutta niistä yritettiin päästä aina takaisin olemassa oleviin mahdollisuuksiin. On mahdollista, että näihin ryhmiin hakeutuivat henkilöt, jotka olivat jo paljon pohtineet omaa rooliaan ja mahdollisuuksiaan vaikuttaa pitkittyneeseen kipuunsa.

Falk-Rafaelin (2001) mukaan tietoisuuden lisääntyessä positiiviset vaikutukset alkavat näkyä parantuneena itseluottamuksena, toimivampina ihmissuhteina ja tavoitteellisena toimintana oman terveyden edistämiseksi. Vaikutukset eivät jää ainoastaan potilaaseen vaan positiiviset ”väreet” tuntuvat niin hoitohenkilökunnassa kuin läheisissä. Tämä kipukurssi oli varsin lyhyt, mutta tulosten perusteella ainakin osalle kurssilaisista, siitä oli ollut merkittävää hyötyä omassa kivunhallinnassa ja pystyvyyskäsitysten parantumisessa. Positiiviset kokemukset olivat joidenkin kohdalla parantaneet ilmapiiriä kotona. Oma aktiivisuus on merkittävä tekijä voimavarojen lisääntymisen kannalta (Falk-Rafael 2001). Osalle kipupotilaista kurssi oli vahvistus sille, että itse on toimittava aktiivisesti ja että he ovat oikealla tiellä. Sairaanhoidaja voi olla antamassa alkusysäyksen ja tukemassa ohjauksen avulla kipupotilaiden voimavarojen lisääntymistä.

6.4 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Tieto krooniseen kipuun liittyvistä asioista mahdollistaa kipupotilaan voimavarojen lisääntymisen. Tieto kroonisesta kivusta, kipuun liittyvistä tunteista ja kivunhallintamenetelmistä koettiin tärkeiksi ja osittain tuttujen asioiden kertaus auttoi syventämään tietoja. Erityisesti tieto kroonisen kivun vaikutuksista tunteisiin ja ajatuksiin on merkittävää.

2. Keskusteluille tulee varata riittävästi tilaa kipukurssilla. Keskustelut vertaisryhmässä ovat tarpeellisia ja ne osoittautuivat kipukurssin merkittävimmäksi anniksi. Kipupotilasta auttaa kokemus siitä, ettei hän ole yksin ongelmansa kanssa ja häntä ymmärretään vertaisryhmässä. Keskustelujen kautta omaa tilannetta voi pohtia ja suhteuttaa vertaisten tilanteeseen. Ryhmäläisten kokemukset antavat uskoa omiin mahdollisuuksiin.

Ryhmään tarvitaan ohjaaja, joka huolehtii teoreettisen tiedon tarjoamisesta, tukee osallistujien omia pohdintoja, kuuntelee ja toimii keskustelun ohjaajana. Kipupotilaiden omaisten osallistuminen ryhmään on toivottavaa. Kurssi avartaa heidän näkemystään kroonisesta kivusta ja mahdollistaa muiden samankaltaisessa tilanteessa olevien omaisten tapaamisen.

3. Lyhyen ohjausintervention avulla on mahdollista vahvistaa kipupotilaan voimavaroja arkipäivän elämässä. Merkittävimmät muutokset tapahtuivat ajatusten ja tunteiden alueella. Usko omaan selviytymiseen vahvistui tiedon lisääntymisen ja vertaisryhmän tuen avulla. Aktiivisuuden lisääntyminen näkyi tulevaisuuden suunnitelmina ja mahdollisuuksien hahmottamisena. Avoimuuden ja keskustelun merkitys kiputilanteesta perhepiirissä tiedostettiin ja kurssin myötä keskusteluihin tuli uusia aihealueita.

4. Kipukurssit ovat tarpeellisia. Kurssin tulisi olla pidempi kuin pilottikurssi oli. Ryhmäohjausta tulisi olla 4-5 kertaa ja lisäksi tulisi olla mahdollisuus yksilötapaamiseen kurssin jälkeen. Ideaali ryhmäkoko olisi 6-8 osallistujaa. Sairaanhoidajan pitämänä lyhytkurssi on sopiva. Lyhyeen kurssiin on helppo sitoutua. Mikäli kertoja olisi enemmän, voitaisiin käyttää eri alojen asiantuntijoita keskustelun alustajina. Kurssitilojen mukavuuteen ja häiriöttömyyteen tulee kiinnittää huomiota.

LÄHTEET

- Aho, H. & Käätä, E. 2000. Sosiaaliset tekijät kipupotilaan vajaakuntoistumisessa. *Kipuviesti* 1, 16-18.
- Aldrich, S. & Eccleston, C. 2000. Making sense of everyday pain. *Social Science & Medicine* 50, 1631-1641.
- Arnstein, P. 2004. Chronic neuropathic pain: Issues in patient education. *Pain management Nursing* 4, 34-41.
- Brattberg, G. 2001. Kipumestarin työkalut. Suomen Kivuntutkimusyhdystys ry. Helsinki.
- Burns, N. & Grove, S. 2001. The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Carson, M. & Mitchell, G. 1998. The experience of living with persistent pain. *Journal of Advanced Nursing* 28, 1242-1248.
- Cooper, H., Booth, K., Fear, S. & Gill, G. 2001. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient Education and Counseling* 44, 107-117.
- Dunderfelt, T. 2004. Irti tunnekoukuista. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Dysvik, E., Guttormsen Vinsens, A. & Eikeland, O. 2004. The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain. *International Journal of Nursing Practice* 10, 224-234.
- Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Ersek, M., Turner, J. A., McCurry, S. M., Gibbons, L. & Kraybill, B.M. 2003. Efficacy of a self-management group intervention for elderly persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain* 19, 156-167.
- Estlander, A-M. 1997. Kivun psykologiaa. Teoksessa Alaranta, H. Pohjolainen, T. Rissanen, P. & Vanharanta, H. (toim.) *Fysiatría*. Gummerus, Jyväskylä.
- Estlander, A-M. 2000. Kipuongelman kroonistumisen psykologiset mekanismit. *Kipuviesti* 1, 11-14.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. WSOY, Helsinki.
- Falk-Rafael, A. 2001. Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advanced Nursing Science* 24, 1-16.
- Field, P. & Morse, J. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Friedman, M. M., & Bowden, V. R. & Jones, E. G. 2003. Family nursing, research, theory and practice. Prentice Hall Health, Upper Saddle River, New Jersey.

- Granström, V. 2004. Kipu on aina myös korvien välissä. *Duodecim* 120, 207-211.
- Grant, L. & Haverkamp, B. 1995. A cognitive-behavioral approach to chronic pain management. *Journal of Counseling & Development* 74, 1-13.
- Hallberg, L. & Carlsson, S. 1998. Psychosocial vulnerability and maintaining forces related to fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Caring Science* 12, 95-103.
- Haugli, L., Steen, E., Laerum, E., Nygard, R. & Finset, A. 2001. Learning to have less pain - is it possible? A one-year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling* 45, 111-118.
- Haythornthwaite, J. A., Menefee, L., Heinberg, L. & Clark, M. 1998. Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain* 77, 33-39.
- Heikkonen, S. 2002. Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia kivun hoitomenetelmänä. *Sairaanhoitaja* 6-7, 28-31.
- Heikkonen, S. 2002. Porkkanalla vai kepillä. Kipupotilaan motivoituminen hoitoon ja kuntoutukseen. *Kipuviesti* 1, 16-21.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Kalso, E. 2000. Miksi kipu kroonistuu - neurobiologisia mietteitä kivun patofysiologiasta. *Kipuviesti* 1, 7-9.
- Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. *Duodecim*, Helsinki: Duodecim
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Jyväskylän yliopisto, Studies in sport, physical education and health*, 75.
- Kohonen, M., Kylmä, J., Juvakka, T. & Pietilä, A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät – metasynteesi. *Hoitotiede* 2, 63-75.
- Kukkonen, P., Leppänen, T. & Vaenerberg, H. 2001. Psykologit Tukholman kipuverstaalla. *Kipuviesti* 2, 15-17.
- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 3.
- Kuusinen, P. 2004. Pitkäaikainen kipu ja depressio: yhteyttä säätelevät tekijät. *Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 251.
- Kuusinen, P. 2004. Menetysteema ja krooninen kipu. *Kipuviesti* 2, 17-19.

Kyngäs, H., Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 5, 225-234.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1, 3-12.

Lame, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J., Kleef, M. & Patijn, J. 2005. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain* 9, 15-24.

Latter, S. 1998. Health promotion in the acute setting: the case for empowering nurses. Teoksessa Kendall, S. (toim.) *Health and empowerment*. London:Arnold, 11-37.

LeFort, S. M., Gray-Donald, K., Rowat, K. M. & Jeans, M. E. 1998. Randomized controlled trial of community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain* 74, 297-306.

Lehtinen, E. 1996. Tutor: itsenäistyvän oppijan ohjaaja. Jyväskylä:Atena

Lewandowski, W. 2004. Psychological factors in chronic pain: a worthwhile undertaking for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing* 3, 97-105.

Lewandowski, W. 2005. Changes in the meaning of pain with the use of guided imagery. *Pain Management Nursing* 2, 58-67.

Liimatainen, L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntisuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Jyväskylän yliopisto, *Studies in sport, physical education and health*, 90.

Liimatainen, L. & Stenbäck, S. 2005. Poppi-projektilla potilasohjauksen innovaatio. Esimerkkinä nivelreumapotilaiden ryhmäohjausmalli. Teoksessa *Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005*.

Luedtke, C. A., Thompson, J. M., Postier, J. A., Neubauer, B. L., Drach, S. & Newell L. 2005. A description of a brief multidisciplinary treatment program for fibromyalgia. *Pain Management Nursing* 6, 76-80.

McCracken, L., Eccleston, C. & Bell, L. 2005. Clinical assessment of behavioral coping responses: preliminary results from a brief inventory. *European Journal of Pain* 9, 69-78.

Miettinen, M., Hopia, H. & Koponen, L. 2005. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisiin hoitotyön interventiotutkimuksiin. Teoksessa *Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005*. Sipoo:Silverprint Oy.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 215-221.

Niemistö, R. 2004. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Helsinki:Palmenia-kustannus.

- Oiler Boy, C. 2000. Philosophical foundations of qualitative research. In : Nursing research. A Qualitative Perspective. Second edition. National League for Nursing, USA, 66-93.
- Ojanen, S. 2003. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Helsinki:Palmenia-kustannus.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva:WSOY
- Pietilä, A-M., Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Työmenetelmiä terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva:WSOY, 148-168.
- Pohjolainen, T. & Haanpää, M. 2004. Mitä hoitoa kipupotilas saa Suomessa- onko varaa parempaan? Duodecim. 120, 191-3.
- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. Patient Education and Counseling 45,69-79.
- Raninen, M. 2002. Mitä kipu on sinulle? Kivun merkityssisältöjä kartoittava kyselytutkimus. Kipuviesti 1, 27-30.
- Riikonen, E. 2000. Henkinen hyvinvointi, voimanlähteet, kuntoutuminen. Teoksessa Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Juva:PS-kustannus, 41-56.
- Rodwell, C. 1996. An analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced nursing. 23, 305-313.
- Ruponen, R., Nummenmaa, A. & Koivuluhta, M. 2000. Ryhmäohjaus muutoksen mahdollisuuden maisemana. Teoksessa Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Juva:PS-kustannus, 162-188.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Oppimateriaalit Oy, Porvoo:WSOY.
- Seers, K. & Friedli, K. 1996. The patients' experiences of their chronic non -malignant pain. Journal of Advanced Nursing 24, 1160-1168.
- Skevington, S. M., Carse, M. & Williams, A. 2001. Validation of the WHOQOL-100: Pain management improves quality of life for chronic pain patients. The Clinical Journal of Pain 17, 264-275.
- Smith, A. A. 2003. Intimacy and family relationships of women with chronic pain. Pain Management Nursing 4, 134-142.
- Smith, A. A. & Friedemann, M-L. 1999. Perceived family dynamics of persons with chronic

pain. *Journal of Advanced Nursing* 30, 543-551.

Snelling, J. 1994. The effect of chronic pain on the family unit. *Journal of Advanced Nursing* 19, 543-551.

Steen, E. & Haugli, L. 2000 The body has a history: an educational intervention programme for people with generalised chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling* 41,181-195.

Steen, E. & Haugli, L. 2001. From pain to self-awareness - a qualitative analysis of the significance of group participation for persons with chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling* 42, 35-46

Särkioja, T. & Salanterä, S. 2003. Hoitotyön edellytykset ja toteutuminen kipuklinikassa sairaanhoitajan ja potilaan näkökulmasta. *Tutkiva hoitotyö* 1, 16-23.

Söderberg, S., Strand, M., Haapala, M. & Lundman, B. 2003. Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of Advanced Nursing* 42, 143-150.

Tigerstedt, I. & Tammisto, T. 1988. Krooninen kipu ja sen hoidon periaatteet. Teoksessa Rosenberg, P. & Eerola, M. (toim.) *Anestesiologia. Vammalan kirjapaino*. 381-388.

Thomas, S. 2000. A phenomenologic study of chronic pain. *Western Journal of Nursing Research* 22, 683-705.

Tommola, S. 2000. Interstitiellii kystiittipotilaiden kokemuksia sairaudesta, kivusta ja itsehoidon ohjauksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Turk, D. C. & Okifuji, A. 1999. Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. *The Lancet* 353, 1784-1788.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Hippokrates Duodecim-sarja. Jyväskylä: Gummerus.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, 206-214.

Von Korff, M., Moore, J., Loring, K., Cherkin, D., Saunders, K., González, V., Laurent, D., Rutter, C. & Comite, F. 1998. A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine* 23, 2608-2615.

Vuorinen, E. 2004. Europain-tutkimus. Krooninen kipu on kansanterveysongelma Euroopassa. *Kipuviesti* 1, 8.

Walker, J., Holloway, I. & Sofaer, B. 1999. In the system: the lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain* 80, 621-628.

Walker, J. & Sofaer, B. 1997. Predictors of psychological distress in chronic pain patients. *Journal of Advanced Nursing* 27,320-326.

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

Wells-Federman, C., Arnstein, P. & Caudill, M. 2002. Nurse-led Pain Management Program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability and depressive symptoms in chronic pain patients. *Pain Management Nursing* 4, 131-140.

Taulukko 1. Tutkimuksia kivun vaikutuksesta kipupotilaan elämään

Tutkija vuosi ja maa	Aihe ja kohderyhmä	Aineiston hankinta ja analyysi	Keskeiset tulokset
Walker & Holloway & Sofaer, 1999, Britannia	Systeemissä: kroonista selkäkipua sairastavien kokemuksia. 12 kipuklinikalla käynnyttä potilasta. 12 miestä, 8 naista, ikä 28-80, kivun kesto 2-50v.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus, fenomenologinen lähestymistapa. Tutkittavien pyydettiin kertomaan oma kiputarinansa. haastattelut nauhoitettiin. Kesto 1.5-3h. Sisällönanalyysi.	Viisi pääteemaa. Kipu ottaa vallan, menetys, systeemissä, he eivät ymmärrä, hyväksyminen/alistuminen. Tilanteen hyväksyminen oli vaikeaa johtuen näistä kokemuksista. Ylitse muiden nousee kokemus systeemissä olemisesta.
Walker & Sofaer, 1998, Englanti	Kroonisten kipupotilaiden ahdistusta selittäviä tekijöitä. 124 kipukl:n asiakasta. Ikä 18- 90v. Kivun kesto 10kk- 48v.	Kvantitatiivinen. Kysely hoitosuhteen alussa. SPSS, regressioanalyysi	Ahdistusta selittävät tekijät: pelko tulevaisuudesta, aikaisemmat kokemukset, ikä, toimettomuus, lisääntynyt avun tarve ja ihmissuhdeongelmat. Tulevaisuuden pelot liittyivät kivun intensiteettiin ja frekvenssiin, muihin terveysongelmiin ja taloudellisiin ongelmiin. Aikaisemmat kokemukset eivät suoranaisesti liittyneet kipuun vaan tunteeseen elämän epäreiludesta. Mitä korkeampi kipu ja mitä useammin kovien kipujen jaksoja sitä suurempi oli avun tarve ja kivun hallinta heikompaa. Ongelmat sosiaalisissa suhteissa liittyivät kovaan kipuun ja taloudellisiin ongelmiin sekä emotionaalisen tuen puutteeseen. Johtopäätös: ahdistuneisuus, joka liittyy krooniseen kipuun on enemmän sekundääristä kuin kivun suoranaista vaikutusta.
Carson & Mitchell 1998, Kanada	Kokemus pitkäaikaisen kivun kanssa elämisestä. 17 yli 6 kk kivuista kärsinyttä sairaalan ja avohoidon potilasta. Ikä 54- 93v.	Kvalitatiivinen. Kuvaileva tutkimus, teemahaastattelu. Aineistolähtöinen analyysi	Eläminen pitkäaikaisen kivun kanssa on fyysistä kipua, mutta myös menetyksen ja rajoitusten aiheuttamaa psyykkistä kipua. Kolme teemaa nousi tutkimuksessa: jatkuvan kivun sietäminen muokkaa jokapäiväistä elämää, irtautuminen siitä mikä ei enää ole mahdollista ja uuden mielekkään tekemisen löytäminen, toivo paremmasta huomisesta
Seers & Friedli, 1996, Britannia	Potilaitten kokemuksia kroonisesta kivusta. 75 kipuklinikan asiakasta, naisia 76% . Ikä 21-86v , kivun kesto 6kk- 47 v.	Kvantitatiivinen- ja kvalitatiivinen osa. Kaikki osallistuiivat kvalitatiiviseen teemahaastatteluosioon. Sisällönanalyysi	Aineistosta muodostettiin yhdeksän teemaa: Kokemus hoidosta (kipuun uskominen, kroonisen kivun hoito akuutin kivun tavalla, lääkäreiden epätoivoisuus, syytökset, kommunikaatiovaikeudet), psyykinen tilanne, fyysinen tilanne, suhteet perheeseen ja ystäviin, työllisyys/talous, rentoutuminen, kipukommentit, henkilökohtaisen kontrollin puute. Muiden uskominen kipujen olemassaoloon nousi merkittäväksi tekijäksi kipupotilaan elämässä

Tommola Sari 2000, Suomi Progradu	Interstitiellii kystiittipotilaiden kokemuksia sairaudesta, kivusta ja itsehoidon ohjauksesta. 11 interstitiellii kystiittii sairastavaa potilasta. Ikä 18-63 v.	Kvalitatiivinen. Kuvailuva, teemahaastattelu. Aineistolähtöinen sisällön analyysi.	Tutkittavat kokivat sairastuttuaan epätietoisuutta koska olivat löytäneet/saaneet vain vähän tietoa sairaudestaan. Sairaus hankaloitti ja rajoitti jokapäiväistä elämää aiheuttaen fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia. Sairauden oireet ja kipu vaihtelivat ajanjaksoittain. Itsehoidosta saatu ohjaus oli vähäistä, koska potilaiden sairaalakäynnit olivat lyhyitä ja polikliinisia. Tutkittavat toivoivat saavansa ryhmäohjausta ja mahdollisuuden keskustella sairaanhoitajan tai lääkärin kanssa.
Thomas, 2000, USA	Fenomenologinen tutkimus kroonisesta kivusta. 13 henkilöä, 9 naista ja 4 miestä, ikä 27-79v. Kivunkesto 7kk-41v. Kipualueet; selkä, olkapää, käsivarsi, niska, lantio, jalka, leuat ja korva.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus, fenomenologinen ote. Haastateltavien pyydettiin kertomaan minkälaista on elää kroonisen kivun kanssa. Haastattelut nauhoitettiin, kesto 1-2h. Sisällönanalyysi.	Tutkimusaineistosta nousi kolme pääteemaa: oma keho, muut ihmiset ja aika. Oma keho oli enemmänkin toiminnan ehkäisijä kuin sen mahdollistaja. Tutkittavat tunsivat itsensä eristäytyneeksi muista ihmisistä kivun vuoksi ja yrittivät peittää sen muilta. Tärkein ajan yksikkö oli "tämä hetki", tuskaisina hetkinä aika tuntui pysähtyvän. Kipu teki heidät tietoisemmiksi ikääntymisestään. Muutama (3) tutkittava mainitsi positiivisia vaikutuksia; itsetuntemuksen kasvun ja lisääntyneen kanssakäymisen muiden ihmisten kanssa.
Lame & Peters & Vlaeyen & Kleef & Patijn 2005, Hollanti	Elämänlaatu kroonisessa kivussa on yhteydessä enemmän kipukuusiin kuin kivun määrään. 1208 kipupoliklinikan asiakasta. Keski-ikä 50v. Kipuongelma-alueet: selkä (28%), niska/olkapää (23%) muut (16%) kombinaatiot (30%). 62% tutkimuspotilaista naisia.	Kvantitatiivinen, läpileikkaus- tutkimus. Kyselylomake kaikille kipupoliklinikalle tuleville potilaille (ei syöpäpotilaille). Kyselylomake kaksi osainen: demografiset tiedot ja mittarit; Rand-36 (quality of life), PCCL(coping and cognition), PCS (catastrophising), MPQ (pain questionnaire). Tilastollinen analyysi, t-testi, ANOVA, regressioanalyysi, VIF.	Selkäkipupotilaat ja potilaat, joilla kipuja oli useammassa paikassa, ilmoittivat eniten toiminnallisia rajoituksia. Naisilla oli enemmän kipua, huolestuneita ajatuksia kivusta ja toimintakyvyttömyyttä. Naiset arvioivat yleisen terveytensä ja elinvoimaisuutensa matalammaksi kuin miehet. Katastrofiajattelu osoittautui tärkeimmäksi yksittäiseksi vaikuttajaksi elämänlaatuun. Erityisesti sosiaalisten suhteiden toimivuus, elinvoimaisuus, henkinen terveys ja yleinen terveys olivat merkittävästi yhteydessä kivun katastrofiajatteluun.
Raninen, 2002, Suomi	Mitä kipu on sinulle? Kivun merkityssisältöjä kartoittava tutkimus. 69 kipuongelmien vuoksi kuntoutuksessa ollutta potilasta eri puolilla Suomea	Kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kivulle annettuja merkityssisältöjä tutkittiin 41 osiota sisältävällä lomakkeella. Likert-asteikko. Korrelaatiot, summamuuttujat, faktorianalyysi.	Kivun merkityssisältöjä: kipu nujertajana, kipu henkisenä kasvuna, kipu omassa hallinnassa, kipu konkreettisena vaikuttajana. Iän myötä ja kivun kasvaessa kokemus kivun nujertavuudesta voimistuu. Kipu heikentää itsetuntoa, tuntuu epäonnistumiselta, tuhoaa elämää ja vähentää sen mielekkyyttä. Kipu voidaan kokea myös henkisenä kasvuna.

Kuusinen, 2004, Suomi	Menetysteema ja krooninen kipu. 786 kuntoutuksessa tai kurssilla ollutta TULEs kivuista kärsivää henkilöä. Ikä 30-60v, (M 51,5v). Naisia 70% ja miehiä 30%.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kaksi mittauskertaa, 2. mittaus(6-18 kk:n kuluttua 1. mittauksesta) n 446. SIMPI-kipukysely, Beckin depressiokysely, kompetenssi- ja pystymättömyys, optimismi-pessimismi, kipuongelmaan asennoitumista mittaavia asteikkoja. Tilastollinen käsittely, konfirmatoriset ja exploratiiviset analyysimenetelmät.	Primaariseurauksena kipu aiheuttaa toiminnanhaittoja, sekundaariseurauksena elämäntilanteelle aiheutuvat haitat, tertiäriseuraukset mieliala- ja itsetunto-ongelmat. Depressio puhkeaa, mikäli yksilö määrittää kivun seuraukset menetysteemaa kantaviksi. menetystekijä voi kipuongelmassa kanavoitua joko lähi-ihmissuhteiden tai henkilökohtaisen hallinnan tunteen negatiivisen muutoksen kautta.
Smith, 2003, USA	Läheisyys kroonisesta kivusta kärsivien naisten perhesuhteissa. 25 naista, 13 perheenjäsentä (7, aviomiestä, 1 isä, 1 anoppi ja 4 perheissä asuvaa lasta) Naisten ikä 37-72 v. Keski-ikä 53 v. Kivun kesto: 1,5 kk-46 v., ka 9 v.	Kvalitatiivinen, narratiivinen etnografinen tutkimus. Aineiston analyysi: jatkuva vertaileva analyysi Straussin mukaan , QRS NUD*IST 4 tietokoneohjelma.	Aineistosta nousi kolme perheen tilanteeseen vaikuttavaa käyttäytymistä: läheisyyden korostumisen ja eristäytymisen kehä, keskittyminen toisten perheenjäsenten huolehtimiseen (kivusta kärsivät naiset), seksuaalisen läheisyyden vähentyminen.
Smith & Friedemann 1999, USA	Kroonisesta kivusta kärsivien henkilöiden kokemuksia perhedynamiikasta a. 30 kivusta kärsivää henkilöä, joista 73% naisia, 83 % naimisissa. Ikä 31 - 82 v., keski-ikä 49 v. Kivun kesto 12kk - 43 v., ka 8 v.	Kvalitatiivinen, teemahaastattelu. Aineiston analyysi: jatkuva vertaileva analyysi Straussin mukaan.	Tutkittavat kertoivat havaintoja kokemuksistaan, perheen välisistä suhteista ja perheen rakenteiden pysyvyydestä ja perheen henkisestä kasvusta. Vallitsevimman teemat olivat: henkinen stressi, etäytyminen muista perheenjäsenistä, kyvyttömyys jakaa hankalia tunteita, vahva keskinäinen kanssakäyminen, perheen eristäytyminen muusta yhteisöstä sekä pyrkimys parannuskeinojen etsimiseen.
Snelling 1994, USA	Kroonisen kivun vaikutus perheysikköön. Osallistujia 37 (18 kipupotilasta, heidän puolisonsa, yksi aikuinen lapsi)	Kvalitatiivinen, grounded teoria. Puolistrukturoidut haastattelut. Aineiston analyysi: jatkuva vertaileva sisällön analyysi.	Aineiston perusteella muodostettiin kaksi pääteemaa: sosiaaliset suhteet ja selviytymismenetelmät. Krooninen kipu aiheutti eristäytymistä, rooliristiriitoja, riitoja aviopuolisoiden välillä, vähentynyttä seksuaalista aktiivisuutta sekä vihan, ahdistuksen ja alakuloisuuden tunteita. Osa selviytymismenetelmistä vaikutti negatiivisesti perheeseen.

Söderberg & Strand & Haapala & Lundman 2002, Ruotsi	Elämää fibromyalgiaa sairastavan vaimon kanssa. 5 avioliitosta. Ikä 50 – 60 v. keski-ikä 55. Avioliitossa 25 – 40 v. ka 33 v.	Kvalitatiivinen, narratiivinen haastattelu. Aineiston analyysi: jatkuva vertaileva sisällön analyysi.	Aineiston analyysi tuotti seitsemän teemaa: lisääntynyt vastuu ja työ määrä kotona, vaimon asioiden ajajana ja tukena oleminen, vaimon muuttuneiden tarpeiden oppiminen, aviopuolisoiden välisen keskinäisen suhteen sekä suhteiden ystäviin ja sukulaisiin muuttuminen, syventynyt suhde lapsiin ja tiedon puute fibromyalgiasta.
Hallberg & Carlsson 1998, Ruotsi	Psykososiaalinen haavoittuvuus ja fibromyalgiaan liittyvät ylläpitävät tekijät. 22 FM sairastavaa naispotilasta. Ikä 22 – 60 v. Keski-ikä 43 v. 19 avioliitossa tai asui kumppanin kanssa.	Kvalitatiivinen, grounded-teoria. Avoin haastattelu (1- 1.5h). Analyysi: jatkuva vertaileva sisällön analyysi.	Tulokset fibromyalgiaan liittyvistä, sitä ylläpitävistä tekijöistä. Ammatillinen hoito: kivun kyseenalaistaminen ja siitä johtuva kivun lievitelmän tarve, erilaiset hoitokeinot, kokonaisnäkömyksen puute, diagnoosin puuttuminen. Kipu-uskomukset: vähentynyt vastuu, lisääntynyt huomio potilasta kohtaan ja tasapaino resurssien ja vaatimusten välillä. Perheen tuki: käytännön apu, emotionaalinen tuki ja roolimutokset perheen sisällä.
McCracken & Eccleston & Bell 2005, Iso-Britannia	Selviytymismenetelmät kroonisessa kivussa. 120 kipupotilasta. Kivun kesto 1 - 48 v	Kvantitatiivinen. Taustatietolomake. Mittarit: BPCI (Brief Pain Coping Inventory), SIP (Sickness Impact Profile), BDI (Beck Depression Inventory), PASS (Pain Anxiety Symptoms Scale) ja CPAQ (Chronic Pain Acceptance Questionnaire). Tilastollinen aineiston käsittely. Korrelaatio ja regressioanalyysi	Mitä vähemmän tutkittava yritti kamppailla hallitakseen kipua ja käyttää välttäviä selviytymismenetelmiä ja mitä aktiivisempi hän oli kivusta huolimatta sitä vähemmän esiintyi masennusta, ahdistusta ja sitä paremmin hän selviytyi päivittäisessä elämässä.
Walle 1999 Suomi Pro-gradu	Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta. 12 kipupoliklinikan asiakasta 29 - 55 vuotta	Kvalitatiivinen. Interventtiivinen haastattelu- menetelmä. Aineiston tarkennus kipusanamittarin (SKM) ja kivun haitta-asteikon (PDI) avulla. Laadullinen sisällön analyysi.	Fyysistä hyvinvointia uhkasivat: toimintarajoitukset, uniongelmat, muutokset fyysisessä olemuksessa, lääkkeiden sivuvaikutukset. Psykkistä hyvinvointia heikensi tunne voimattomuudesta, toivottomuudesta ja avuttomuudesta. Sosiaalinen hyvinvointi heikkeni kipuun liittyvien eristäytymisen ja riippuvuuden myötä. Kipu muutti perheiden sisäistä vuorovaikutusta ja parisuhdetta. Voimavarana oli itsetunnon vahvistuminen, tottuminen ja tilanteen hyväksyminen. Selviytyminen oli prosessi. Alussa se oli tunnesuuntautunutta ja käytössä olivat passiiviset menetelmät ja lääkkeet. Voimavarojen lisääntyessä ongelmasuuntautunut menetelmä, toiminnalliset ja kognitiiviset kivun lievitysmenetelmät. Hoitotyöntekijöiden tuki oli ollut vähäistä muualla kuin kipupoliklinikalla ja psykiatrisessa hoitotyössä.

Eloranta Maj-Britt 2002, Suomi Pro- gradu	Krooninen kipu osana elämää. 7 kipupotilasta. Ikä 30 - 63 v. Kivun kesto yli 6 kk	Kvalitatiivinen. Kuvaileva, teemahaastattelu. Aineiston sisällöllinen analyysi	Kroonisen kivun hallinta muodostui kivun hoidosta, koetuista voimavaroista sekä tulevaisuuden käsityksistä. Hoito koostui itsehoitokeinoista ja lääketieteellisistä hoidoista. Voimavarat vahvistuivat kyvyllä auttaa itseään ja muilta saadun tuen avulla, jotka helpottivat sopeutumisprosessin jälkeen kivun hyväksymisessä osaksi elämää. Tärkeänä koettiin, että kipua ei kyseenalaisteta ja että hoidossa on toimiva lääkäri-potilas suhde
---	---	--	---

Taulukko 2. Tutkimuksia ohjauksen vaikuttavuudesta

Tutkija vuosi ja maa	Aihe ja kohderyhmä	Aineiston hankinta ja analyysi	Keskeiset tulokset
Särkioja & Salanterä 2003, Suomi	Hoitotyön edellytykset ja toteutuminen kipuklinikassa sairaanhoitajan ja potilaan näkökulmasta. 105 potilasta ja 4 sairaanhoitajaa	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen osa. Potilaat: kyselylomake, Hyvä hoito-mittari. Tilastollinen analyysi, SPSS-ohjelma. Sairaanhoitajat: Focus Group-ryhmähaastattelu, strukturoitu. Aineiston sisällönanalyysi	Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä. Puutteita nähtiin ohjauksessa, potilaan aktivoinnissa, omaisten mukaan ottamisessa ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Selviytymistään edistäviksi asioiksi potilaat mainitsivat kunnioittavan kohtelun sekä avoimen ja luottamuksellisen suhteen hoitajiin. Tärkeäksi koettiin myös tiedolliset ja taidolliset asiat selviytymistä edistävinä tekijöinä
Wells-Federman & Arnstein & Caudill 2002, USA	Sairaanhoitajan pitämä kivunhallintakurssi: Vaikutukset pystyvyyskäsitteisiin, kivun voimakkuuteen, kipuun liittyvään kyvyttömyyteen ja masennusoireisiin kroonisesta kivusta kärsivillä potilailla. 154 kipupotilasta, keski-ikä 46 v., kivun kesto ka 50 kk. Kipuongelmina: alaselkävivot, päänsärky, fibromyalgia ja CRPS (Complex Regional Pain Syndrome)	Kvantitatiivinen. Ohjelma perustui kognitiivis-behavioristiseen kivunhallintaohjelmaan (CBT). Tapaamiskertoja 10, 1x/viikko. Alku- ja loppumittaukset: VAS, SES, PDI (Pain Disability Index), CES-D (Center for Epidemiological Study-Depression Scale). Loppumittaus 10-viikon ohjelman lopussa. Tilastollinen käsittely, korrelaatioanalyysi.	Kivun voimakkuus ja masennus vähenivät. Toimintakyky ja itseluottamus lisääntyivät. Parantuneella itseluottamuksella oli yhteyttä kivun määrään, toimintakykyyn ja masennukseen. Tilastollisesti tulokset olivat merkittäviä.
Haugli & Steen & Laerum & Nygard & Finset 2001, Norja	Vähemmän kipua - onko sitä mahdollista oppia? Seurantatutkimus ryhmäohjauksen vaikutuksista muutokseen tuki- ja liikuntaelinten kivuista kärsivillä potilailla. 121 kipupotilasta, kivun kesto ka 9.5v. Kipuongelmina: fibromyalgia, krooninen selkäkipu, olkapää- ja niskakivut, muut.	Kvantitatiivinen, randomisoitu kontrolloitu asetelma. Interventoryhmällä tavallinen hoito + ohjaukset 12, 4h/kerta. Kontrolliryhmä tavallinen hoito. Kyselyt suoritettiin 1kk:n ja 1 v:n kuluttua ohjauksesta. Lisäksi interventoryhmän jäsenille ryhmähaastattelut ja puolistrukturoidut kyselykaavakkeet 2-4 vk kurssin jälkeen. Mittarit: VAS, GHQ (General Health Questionnaire). Tilastollinen analyysi, kovarianssi, kiihi-neliö-testi. Laadullisen aineiston sisällön analyysi.	Vuoden jälkeen ohjauksesta interventoryhmän tulokset osoittivat merkittävää laskua kipulukemissa ja parannusta selviytymismenetelmien käytössä. Terveyspalvelujen käyttö oli vähentynyt. Ajatustottumusten ja tapojen pohtiminen ja rekonstruointi paransivat kivun kanssa ja elämässä selviytymistä. Lisääntynyt tietoisuus monimutkaisista yhteyksistä kehon, mielen ja tunteiden välillä mahdollisti kipuviestien paremman ymmärtämisen. Tietoisuus omista resursseista ja potentiaalista ja niiden käyttö mielekkäisiin harjoituksiin lisääntyivät.

<p>Ersek & Turner & McCurry & Gibbons & Kraybill 2003, USA</p>	<p>Kivunhallinta-kurssin tehokkuus iäkkäillä, kroonisesta kivusta kärsivillä henkilöillä. 45 vanhuuseläkkeellä olevaa henkilöä, keski-ikä 82v (65-94). Yleisimmät kipualueet selkä (76%) jalat (64%), niska (42%).</p>	<p>Kvantitatiivinen, randomisoitu kontrolloitu asetelma. Interventoryhmälle 90min ryhmäohjausta x7, 7 viikon aikana. Kontrolliryhmälle kirjallinen ohjekirja. Mittaukset: alkumittaus, kurssin päätyttyä n. 9 viikkoa edellisestä, seurantamittaus 3kk:n kuluttua kurssin päättymisestä. Mittarit: SF-36, GDS (Geriatric Depression Scale), SOPA (Survey of Pain Attitudes), UOPMS (Use of Pain Management Strategies) kehitettiin tätä tutkimusta varten. Tilastollinen käsittely, Wilcoxon summa testi, kovarianssi, regressioanalyysi.</p>	<p>Interventoryhmän tulokset osoittivat merkittävää parannusta fyysisiin roolitoimintoihin (kotityöt ja päivittäiset aktiviteetit) liittyvillä alueilla, verrattaessa alku- ja loppumittauksen tuloksia. Kontrolliryhmään verrattuna tulokset olivat merkittävästi parempia. Kivun määrä väheni merkittävästi interventoryhmässä. Vähentynyt kipu ja muutokset fyysisissä roolitoiminnoissa eivät vaikuttaneet depressiolukuihin, olettamuksiin ja kipuun liittyviin ajatuksiin.</p>
<p>LeFort & Grey-Donald & Rowat & Jeans, 1998, Kanada</p>	<p>Opetusohjelman vaikutus idiopaattisen kivun hallintaan. 110 kipupoliklinikan asiakasta. Keski-ikä 40 v., kivun kesto ka 6v.</p>	<p>Kvantitatiivinen, randomisoitu kontrolloitu asetelma. 12-h CPSMP(Chronic Pain Self-Management Program) ryhmä ja kontrolliryhmä. Alkumittaus ennen randomisointia: SF-MPQ (Short-Form-McGill Pain Questionnaire), SF-BDI (Beck Depression Inventory), SOPA-D (Survey of Pain Attitudes), VAS (Visual Analogue Scale), MUIS-C (Mishel's Uncertainty in Illness Scale), SES (Self-efficacy Scale), SCS (Self Control Schedule), IARB (Inventory of Adult Role Behaviors), SLDS (Satisfaction with Life Domains Scale), SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36). CPSMP:n jälkeen loppumittaus n. 3kk alkumittauksesta. Tilastollinen analyysi, kiihneliötesti, t-testi, ANCOVA (Analysis of Covariance).</p>	<p>12 tuntia kestänyt pienryhmäopetus (+ kirjallinen materiaali) vähensi kivun voimakkuutta, lisäsi riippumattomuutta, elinvoimaisuutta, rooliodotusten mukaista toimintaa, hyvinvointia sekä vaikutusmahdollisuuksia kipuun ja voimavaroihin.</p>
<p>Luedtke & Thompson & Neubauer & Drach & Newell, 2001, USA</p>	<p>Moniammatillinen hoito-ohjelma fibromyalgia potilaille. 1939 fibromyalgia diagnoosin täyttävää potilasta</p>	<p>Kvantitatiivinen. Hoitajan pitämä 1.5 h luento + 2h kivunhallinta ryhmä. Kirjallista materiaalia +ohjeet + rentoutuskasetti. Aineiston keruu kurssin lopussa, postitse 6:n ja 12kk:n kuluttua. Mittari:</p>	<p>Lyhytaikaisella ohjauksella oli positiivisia vaikutuksia potilaiden selviytymiseen. Tyytyväisyys hoitoa kohtaan lisääntyi, henkinen ja fyysinen terveys koettiin paremmaksi, sairaus poissaolot vähentyivät samoin kuin sairauden haitat työssä.</p>

		Health Status Questionnaire (HSQ), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)	
Lewandowski & Good & Burke Drauker, 2005, USA	Muutokset kivun merkityksessä käyttämällä mielikuvaharjoittelua. 44 kipupotilasta, naisia 83 %. Ikä 34-90v.(ka 61v). Kipuongelmat: Arthroosi 69%, selkäongelmat 45%, fibromyalgia 17%.Kivun kesto keskimäärin 86 kk.	Kvalitatiivinen. Testiryhmälle opetettiin mielikuvaharjoittelua ja ohjattiin käyttämään sitä 7min, vähintään 3x/pv 4pv:n aikana. Aineiston analyysi: sisällönanalyysi. Sanalliset kuvaukset kivusta.	Aineistosta muodostettiin kuusi kategoriaa: loppumaton kipu, kipu on suhteellista, kipu on selitettävissä, kipu on kärsimystä, rajoittavaa ja kipu on muutettavissa. Testiryhmässä maininnat kivun loppumattomuudesta hävisivät neljän päivän harjoittelun aikana.
Kyngäs & Mäkeläinen 2004, Suomi	Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. 30 vuodeosaston ja poliklinikan potilasta	Metodologinen triangulaatio. Kyselylomakkeet n=30 strukturoituja ja avoimia kysymyksiä, haastattelu n=9. Määrällinen aineisto; SPSS. Laadullinen aineisto; induktiivinen sisällön analyysi.	Vastaajista 70% sai riittävästi ohjausta. Puutteita oli lääkkeiden sivuvaikutusten, ruokavalion, henkisen jaksamisen, seksuaalisuuden ja sosiaalietuksien ohjauksessa. Yksilöohjausta pidettiin tärkeimpänä ohjausmenetelmänä. Ohjauksen heikkouksia; puutteellinen tiedonsaanti, ohjeiden epätäsmällisyys ja epäohdonmukaisuus sekä ohjeiden epäyksilöllisyys. Hyviä puolia; ohjaus auttoi itsehoidon toteutuksessa kotona ja sitä kautta yleiskunnon paranemiseen ja elämänlaadun kohentumiseen

Ryhmäohjauksen lähtökohdat, sisältöalueet ja toteutettu ohjausLähtökohdat

Voimattomuus
 Väärinymmärretyksi tuleminen
 Pelot
 Sosiaalinen eristäytyminen

Tasavertaisuus ohjaajan ja ohjattavan välillä
 Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde
 Vahvuuksien esiin nostaminen
 Kokemuksellisuus
 Vertaistuki

Sisältöalueet

Tietoisuuden lisääntyminen
 - mahdollisuus vaikuttaa itse kiputilanteeseen
 - ajatusten ja tunteiden yhteydet kipuun
 - omat valinnat
 - omat vahvuudet

Tiedot
 - krooninen kipu
 - kipua lisäävät ja vähentävät tekijät

Taidot
 - rentoutuminen
 - mielikuvaharjoittelu

Osallistuminen
 - keskustelu
 - kokemuksellisuus
 - reflektointi
 - sosiaalinen tuki

Toteutunut ohjaus**I ohjauskerta**

AIHE	SISÄLTÖ	TAVOITE
Johdanto	Kurssin tarkoitus Työskentelytavat Aikataulu Ryhmän esittäytyminen	Orientointi Suhteen luominen
Pitkäaikainen kipu	Akuutin ja kroonisen kivun erot Kivun kroonistuminen Porttikontrolliteoria	Teoriatietoa Sitominen käytäntöön

Voimavarat	Mitkä asiat edelleen toimivat? voin tehdä? Mihin pystyn vaikuttamaan? Mitä voimavaroja minulla on?	Vahvuuksien tukeminen Mahdollisuuksien tiedostaminen	Mitä
		Reflektio	
Tavoitteet	Tavoitteiden asettaminen. Millaisia niiden tulisi olla?	Realismi tavoitteissa – osatavoitteet Reflektio	
Kotitehtävä	Omien tavoitteiden ja vahvuuksien pohdinta		

II ohjauskerta

Kertaus	Edellisen kerran aiheista nousseita kysymyksiä ja ajatuksia. Kotitehtävän herättämiä ajatuksia	Reflektio	
Kipu, tunteet ja ajatukset	Kokonaiskuva ihmisestä Tunteiden kohtaaminen Tunteiden hyväksyminen Kivun vaikutus tunteisiin ja päinvastoin. Kivun herättämät tunteet Oikea asenne	Teoriatietoa Hyväksyntä Kokemukset Vahvuuksien tukeminen	
Kotitehtävä	Hankalat ja hyvät tunteeni	Tunteiden tunnistaminen	

III ohjauskerta

Kertaus	Edellisen kerran herättämät ajatukset Kotitehtävästä keskustelu	Reflektio	
Kivunhallinta	Itsehoitokeinot: Rentoutus Mielikuvaharjoittelu	Tutkimustietoa Kokemuksia Teoriatietoa Kokemuksia Teoriatietoa Kokemuksia	

Kurssin anti ,
tarpeellisuus
Haastatteluista sopiminen

Esitelty materiaali:

Kivunhallinta (2004 Anneli Vainio)

Kivun anatomia (1999 Patrick Wall)

Kipumestarin työkalut (2001 Gunilla Brattberg)

Krooninen kipu osana elämää (Pro gradu-tutkielma 2002 Maj-Britt Eloranta)

Jaettu materiaali:

Kipupotilasyhdistys ry:n yhteystiedot ja suosittelat kipukirjat (<http://www.kipupotilasyhdistys.com>)

Jyskel – Jyväskylän seudun työkyvyttömyyseläkeläiset ry (esittelyvihkonen)

Keski-Suomen Selkäyhdistys ry (esittelymoniste)

Sinä ja fibromyalgia (OYKS:n julkaisu, kipupkl:n materiaalia)

Opas potilaalle hermovauriokivusta (Maija Haanpää, kipupkl:n materiaalia)

Terminen yhdistelmähoito kroonisessa kivussa (artikkelista Terapeuttiset menetelmät vanhusten kivun hoidossa, Kipuviesti)

Aivokuvaus auttaa ajattelemaan kivun pois (artikkeli Tekniikka ja talous 2006)

Mielikuvaharjoittelu (<http://www.lailanet.fi/laitilan>.jyske, Mikko Rinne 2005)

ARVOISA KIPUPOLIKLINIKAN ASIAKAS

Kipupoliklinikalla järjestetään kevään 2006 aikana, kipupoliklinikan asiakkaille tarkoitettu, sairaanhoitajan vetämä ryhmäohjaus. Ryhmäohjauksen tarkoituksena tukea ja vahvistaa kipupotilaan omia voimavaroja ja selviytymistä pitkittyneen kivun kanssa. Ryhmään voi osallistua kanssanne myös puoliso tai muu perheenjäsen. Ryhmäohjaukseen liittyy haastattelu, joka suoritetaan myöhemmin kurssin jälkeen.

Ohjausaikataulu ja aiheet:

Vaihtoehto I

12.04.06 klo 16-18 Pitkittynyt kipu; omat voimavarani ja mahdollisuuteni vaikuttaa kipuun.

19.04.06 klo 16-18 Kipu ja tunteet.

24.04.06 klo 16-18 Kivunhallinta.

Vaihtoehto II

03.05.06 klo 16-18 Pitkittynyt kipu; omat voimavarani ja mahdollisuuteni vaikuttaa kipuun.

08.05.06 klo 16-18 Kipu ja tunteet.

10.05.06 klo 16-18 Kivunhallinta.

Mikäli haluatte osallistua ryhmäohjaukseen, valitkaa paremmin sopiva vaihtoehto ja täyttäkää alla olevaan osaan yhteystietonne. Tiedot voitte jättää kipupoliklinikan sairaanhoitajalle.

(Ryhmien kokoontumispaikat varmistuvat myöhemmin ja otan Teihin yhteyttä hyvissä ajoin ennen kokoontumista.)

Ohjaus ja haastattelu liittyvät osana Tampereen yliopistossa suorittamaani terveystieteiden maisteritutkintoon (TtM). Toivon, että Te olette mukana kehittämässä kipupotilaiden voimavaroja tukevaa ohjaustoimintaa.

Tutkija Sinikka Holma, sairaanhoitaja, TtM-opiskelija
puh. 000-0000000

Haluan osallistua vaihtoehdossa _____ mainittuihin ohjauspäiviin.

Nimi ja puh.numero

HAASTATTELULOMAKE

I TAUSTATIEDOT

Ikä _____ sukupuoli _____ perheenjäsenet _____
Tällä hetkellä

1. työelämässä
2. sairauslomalla
3. eläkkeellä
4. opiskelemassa

Kauanko kipua on ollut? _____.

Kivun sijainti (ensisijainen) _____.

II TEEMAHAASTATTELU

Teemat / Alateemat

Teema 1. **Ohjauksen merkitys** kipupotilaan voimavaroja tukevana toimintana

- ohjauksen sisällön merkitys

Miten ohjaus on vaikuttanut käsityksiinne omista vaikuttamismahdollisuuksista kiputilanteeseen?

Mikä merkitys Teille on ollut tiedollisella osuudella?

Mikä merkitys Teille on ollut kivunhallinnan menetelmiin tutustumisella?

Teema 2. **Ryhmän merkitys** kipupotilaan voimavaroja tukevana ohjausmuotona

- vertaisryhmän merkitys
- ohjaajan merkitys

Mikä merkitys Teille on ollut ryhmällä ja siinä työskentelyllä?

Teema 3. Ohjauksen merkitys kipupotilaan **arkipäivässä** selviytymiseen

- pystyvyyskäsitteet
- tunteet
- sosiaaliset suhteet

Mikä merkitys ohjauksella on ollut arkipäivässä selviytymiseen?

Teema 4. Ohjauksen **kehittämistarpeita**

Miten haluaisitte kehittää kipu-potilaan ohjausta?

Esimerkki aineiston luokittelusta

Sisällön merkitys - teema 1

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
<p>valaisi asioita uusia ajatuksia avaa uusia näköaloja kirjatietokin on hyvää tuli tietoa ja käsiteltiin asioita tieto on hyväksi kurssi oli monipuolinen ohjausta tarvitaan tieto virkistää ohjauksesta on apua sairaanhoidaja kertoo asioista tieto auttaa käsittelemään asiaa toisin tieto auttaa ymmärtämään omaa tilannetta tieto prosessista antaa voimavaroja</p>	<p>Tieto kroonisesta kivusta</p>	<p>Tiedon saaminen</p>	<p>Voimavarojen lisääntymistä mahdollistavat tekijät</p>
<p>tietoa miten kipua pystyy hallitsemaan tutkimuksia kivunlievitysmenetelmistä uutta tietoa lääkityksestä jää kysymättä lääk.vastaanotolla lääkkeiden vaikutusmekanismit tieto menetelmistä auttanut keinoilla voi helpottaa elämäntilannetta irrottautuminen kipuajatuksista auttaa pärjäämään mitä enemmän tietää asiat on helpompia ja tutumpia keinoilla voi helpottaa elämää menetelmissä ei tullut uutta varsinaisesti ei uutta tietoa uutta tietoa menetelmistä ei tullut oppi teoriassa, mutta jää toteuttamatta menetelmien toteutus vaikeaa</p>	<p>Tieto kivunhallinta menetelmistä</p>		
<p>tunteet kuuluvat kipuun hyvä tietää vaikutuksista psyykkeen mistä ne kaikki tunteet tulee kivun tunteeseen vaikuttavat tekijät kun tietää, että se kuuluu tähän, se helpottaa tieto auttaa ymmärtämään tunteita tieto auttaa ymmärtämään kokemuksia</p>	<p>Tieto kipuun liittyvistä tunteista</p>		

tieto vähentää pelottavia tunteita
vaikuttanut tunneasioihin ja
ymmärrykseen
tieto tunteista auttaa jäsentämään
niitä
samanlaisia ajatuksia ja tunteita
muillakin
pettymysten hyväksyminen
helpottuu

tieto helpottaa hyväksymistä
tieto auttaa, ei ole yksin niiden
kanssa

positiivisten asioiden löytäminen
ohjauksesta löytyy sellaista johon
voi tukeutua
asenteen muutoksella voi helpottaa
elämäntilannetta

paljon hankkinut tietoa
kirjallisen materiaalin avulla voi
kerrata
vahvasti aikaisempia tietoja
paljon aikaisempaa ohjausta
aikaisempaa kokemusta
kivunhallintamenetelmistä
tuttujen asioiden kertaus antaa
varmuutta
oikealla tiellä mennään

Tiedon syventymien

kanava päästä eteenpäin
kanava löytämiseen
tieto tulee helposti
tiedon hakemiseen ei halua uhrata
aikaa
jaettua materiaalia sopivasti
mahdollisuus perehtyä
kirjallisuuteen
tietoa muilta ryhmäläisiltä

Tiedon saannin helppous