

# **KROONINEN KIPU OSANA ELÄMÄÄ**

**Tampereen yliopisto**  
**Lääketieteellinen tiedekunta**  
**Hoitotieteen laitos**  
**Pro gradu- tutkielma**  
**Elokuu 2002**  
**Maj-Britt Eloranta**

# SISÄLLYS

<b>1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS</b>	<b>1</b>
<b>2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>3</b>
2.1 Kipu	3
2.1.1 Kivun määrittelyä	3
2.1.2 Kipuun, sen kokemiseen ja ilmaisemiseen vaikuttavat tekijät	5
2.1.3 Miten kivusta tulee krooninen?	9
2.2 Kroonisen kivun vaikutuksia elämänlaatuun	12
2.2.1 Psyykkiset vaikutukset hyvinvointiin	13
2.2.2 Fyysiset vaikutukset hyvinvointiin	16
2.2.3 Sosiaaliset vaikutukset hyvinvointiin	18
2.2.4 Henkiset vaikutukset hyvinvointiin	21
2.3 Kipupotilaiden selviytyminen kroonisen kivun kanssa	24
2.3.1 Selviytyminen käsitteenä	24
2.3.2 Kipupotilaiden selviytymiskeinot kroonisen kivun kanssa	26
2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	29
<b>3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b>	<b>30</b>
<b>4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>31</b>
4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat	31
4.2 Tutkimukseen osallistujat	31
4.3 Aineiston hankinta	32
4.4 Aineiston analyysi	34
<b>5. TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>38</b>
5.1 Kivun voimakkuus ja sen aiheuttama haitta	38
5.2 Kipu subjektiivisena kokemuksena	40
5.3 Kroonisen kivun vaikutukset arkielämään	44
5.4 Kroonisen kivun hallinta	49
5.5 Kipupotilas terveydenhuollon asiakkaana	59
5.6 Yhteenveto tutkimustuloksista	66

<b>6. POHDINTA</b>	69
6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua	69
6.2 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat	72
6.3 Tutkimustulosten tarkastelu	74
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	84
<b>7. LÄHTEET</b>	87
<b>LIITTEET</b>	96
Liite 1. Tutkimuksia kroonisen kivun vaikutuksista arkielämässä	
Liite 2. Tutkimuksia selviytymisestä kroonisen kivun kanssa	
Liite 3. Tiedote tutkimuksesta kroonista kipua sairastaville asiakkaille	
Liite 4. Yhteystietolomake	
Liite 5. Haastatteluteemat	
Liite 6. Tutkimukseen liittyvä kyselylomake	
Liite 7. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja abstrahoinnista	
Liite 8. Esimerkki aineiston abstrahoinnista	

## TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO  
Hoitotieteen laitos

### ELORANTA MAJ-BRITT: KROONINEN KIPU OSANA ELÄMÄÄ

Pro-gradu-tutkielma, 95 sivua, 12 liitesivua

Ohjaajat: lehtori, THT, KT Terttu Munnukka ja lehtori, TtT Meeri Koivula

Hoitotiede

Elokuu 2002

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kroonista kipua sairastavien potilaiden kipukokemuksia, kroonisen kivun vaikutuksia heidän arkielämässään ja kivun kanssa selviytymistä.

Tutkimukseen osallistui 7 kipupotilasta. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla ja aineiston analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällön analyysia. Tutkimusaineistoa laajennettiin kyselylomakkeella, jossa kartoitettiin haastateltavien arvioimaa kivun voimakkuutta ja kivun aiheuttamaa häiriötä arkielämässä.

Tutkimustulosten mukaan kipu ilmeni subjektiivisena kipukokemuksena. Kipupotilaat pyrkivät mieluummin salaamaan kuin näyttämään kivuliaisuuttaan. Kipu oli enimmäkseen muuttumatonta ja jatkuvaa. Jatkuva kipu tuotti kärsimystä kahliten omalla ahdingollaan. Kivun jatkuessa hoidoista huolimatta alkoi ilmetä muutoksia perheen sisäisissä suhteissa ja muussa sosiaalisessa elämässä. Toimintarajoitukset hankaloittivat arkielämässä selviytymistä. Vaikeimpana ongelmana koettiin unihäiriöt. Kroonisen kivun hallinta muodostui kivun hoidosta, kipupotilaan kokemista voimavaroista sekä hänen käsityksestään tulevaisuudesta. Kivun hoito koostui itsehoitokeinoista ja lääketieteellisistä hoidoista. Tässä tutkimuksessa korostui kipupotilaiden varautunut suhtautuminen lääkehoitoon, mutta ilman kipulääkkeitäkään ei tultu toimeen. Itsensä auttamisen ja muilta ihmisiltä saadun tuen avulla vahvistuivat kipupotilaan voimavarat, jotka osaltaan auttoivat vaativan sopeutumisprosessin jälkeen hyväksymään kroonisen kivun osaksi elämää. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakkaina kipupotilaat olivat kohdanneet monenlaista kohtelua. Kivun olemassaolon uskottavuuteen oli ollut vaikuttamassa se, miten terveydenhuoltohenkilöstö oli uskonut kipuun ja oliko kivulle onnistuttu löytämään lääketieteellinen syy. Kipuongelman jatkuessa korostui terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus ja potilas-lääkärisuhde. Tulevasta kipupoliklinikasta toivottiin monialaista ja moniammatillista.

Tutkimustulokset auttavat terveydenhuoltohenkilöstöä hahmottamaan kroonisen kipupotilaan elämää kivusta aiheutuvine seurauksineen ja heidän selviytymistään kipuongelman kanssa. Tämä tutkimus luo edellytyksiä kroonisen kipupotilaan hoitotyön kehittämiseksi.

---

Avainsanat: kipu, krooninen kipu, subjektiivinen kipukokemus, selviytyminen, kivunhallinta

## **ABSTRACT**

TAMPERE UNIVERSITY  
Department of Nursing Science

### **ELORANTA MAJ-BRITT: CHRONIC PAIN AS PART OF LIFE**

Master's thesis, 95 pages, 12 appendices  
Supervisors: PhD Terttu Munnukka and PhD Meeri Koivula  
Nursing Science  
August 2002

---

The purpose of the study was to describe the pain experiences of patients with chronic pain, the effects of chronic pain in their everyday life and their coping with pain.

The data of the study were collected by thematic interviews of seven pain patients and analysed by a qualitative content analysis. The data were elaborated with a questionnaire where the interviewees evaluated the intensity of the pain as well as the difficulties in their everyday life that are caused by pain.

According to the research results the pain is manifested in subjective pain experience. The pain patients tend to hide their pain instead of showing it. The pain was mostly stable and continuous. The constant pain caused suffering, fencing one in its own anguish. As the pain continued despite the treatments, changes in internal relationships of the family as well as in other social contexts started to occur. Limited abilities caused trouble in everyday life. Sleeping disorders were experienced as the most difficult problem. Coping with chronic pain consisted of treatments of pain, the resources the pain patients felt they had, and their visions of the future. The treatment of pain consisted of self-help methods and medical treatments. In this research, the reserved attitude of the pain patients towards medication was apparent, yet they could not manage without it. The resources of the patients were strengthened by self-help and the support of others. This in turn helped the patient in the demanding adjustment process of accepting the chronic pain as part of his or her life. As clients of health care system, the pain patients had had various kinds of reception. The credibility of the existence of pain was influenced by how the health care personnel had believed in the pain and how they had been able to find a medical reason for it. As the pain dilemma continued, the functioning of the health care system as well as the patient-doctor relationship were emphasized. The new pain clinic was wished to be multidisciplinary and multiprofessional.

The results of this research will help the health care personnel to perceive the life of a chronic pain patient with the consequences of their pain and their coping with it. The research will create possibilities to develop the nursing of pain patients.

---

Key words: pain, chronic pain, subjective pain experience, coping, pain management

## 1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Kipu ja sen kokeminen on läheisesti elämään liittyvä ilmiö. Kivun kokemus on jokaiselle tuttu, mutta ihmisen todellinen kipu on subjektiivinen ja jakamaton. Erilaiset kipuoireet ovat hyvin yleisiä. Kaksi kolmasosaa osa väestöstä kokee jonkinasteista kipua. Yli 40 %:lla väestöstämme on yli kuusi kuukautta kestänyttä elämää vaikeuttavaa kroonista kipua. Jatkovaa kipua on yli 20 %:lla väestöstä. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2000.)

Krooninen kipu alkaa akuutisti, mutta se jatkuu hoidoista huolimatta. Kivun pitkittyessä kivun seuraukset kasautuvat ja nämä seuraukset ulottuvat kipua kokevien ihmisten eri elämänalueille. Kipu vie voimia ja rajoittaa toimintakykyä, saa aikaan avuttomuutta ja masennusta sekä huonontaa elämänlaatua. Krooninen kipu aiheuttaa erilaisia muutoksia perhedynamiikassa ja parisuhteessa. Elämänpiiri kutistuu ja kipupotilaat tuntevat itsensä yksinäisiksi ja eristyneiksi. Viime kädessä potilas on aina yksin kipujensa kanssa. (Simola 1994; Snelling 1994; Seers & Friedli 1999; Smith & Friedemann 1999; Walle 1999.)

Krooninen kipu aiheuttaa huomattavia kustannuksia sekä terveydenhuoltojärjestelmälle että yhteiskunnalle. Pitkäaikainen kipu lisää terveydenhuollon kustannuksia, koska se aiheuttaa pitkittyneitä sairaslomia, ennen aikaista eläkkeelle suuntautumista, lääkekustannusten lisääntymistä sekä terveydenhuollon palvelujen kuormittuvuutta. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2000.) Mäntyselän (1998) mukaan vuonna 1996 kivun vuoksi tehdyistä terveyskeskuslääkärikäynneistä voidaan arvioida aiheutuneen 10 miljardin markan suuruiset kustannukset. Väestön ikääntymisen myötä kroonisen kivun aiheuttaman toimintakyvyn alenemisen voidaan arvioida tulevan yhä merkittävämmäksi kansanterveysongelmaksi ja itsenäiseksi sairaudeksi (Naukkarinen & Torkkola 2001).

Kansainvälisesti yleisin hoitotieteen kipututkimuksen kohteena on ollut akuutti kipu, erityisesti leikkauksen jälkeinen kipu ja sen hoitokeinot. Vasta viime aikoina kiinnostuksen kohteena on ollut muun muassa pitkään kestäneen kivun hoitotyön, vanhusten kivun hoitotyön ja kivun hoitotyön koulutuksen tutkimus. (Salanterä 2000, 13-14.) Suomessa kivun hoitotyön tutkimus on ollut vähäistä. Kiinnostuksen kohteena on ollut leikkauksen jälkeinen kipupotilaan hoito ja ohjaus (Pulkkinen 1996; Ryhänen 1999; Sormunen 1999; Koukkula 2001; Raappana 2001) ja lapsen kipukokemus ja kivun arviointi (Kortesluoma 1999; Salanterä 1999; Kokki 2000; Väisänen 2000). Hoitotieteessä ei ole juurikaan tutkimustietoa kroonisen kivun kokemuksesta ja mitä selviytymis- ja itsehoitokeinoja ihmiset käyttävät

kivun hoidossaan (Salanterä 2000, 14). Suomessa on julkaistu vain muutamia tutkimuksia kipupotilaan selviämisestä kroonisen kivun kanssa (Sallinen 1997; Walle 1999; Tommola 2000).

Hoitotieteessä hyvänlaatuista, ei syöpäkivusta aiheutuvaa kroonista kipua on tutkittu vähän. Aihetta on sivuttu tutkimuksissa, joissa kohderyhmänä on ollut pitkäaikaissairaat. 1990-luvun puolivälistä lähtien on tutkimus kohdentunut myös kipupotilaisiin. Tutkimusten kiinnostuksen kohteena on ollut kroonisen kivun kokemus, kivun vaikutus jokapäiväiseen elämään ja potilaan selviytyminen kroonisen kivun kanssa. Keskeistä tutkimustuloksissa on ollut, että krooninen kipu seurauksineen ilmeni yksilöiden eri elämänalueilla ja että kivun kanssa oli opittava tulemaan toimeen. (Snelling 1994; Seers & Friedli 1996; Lin & Ward 1996; Carson & Mitchell 1998; Walker & Sofaer 1998; Smith & Friedeman 1999; Walle 1999; Raninen 2000; Sarvimäki, Sandel & Simonsen-Rehn 2000.)

On eettisesti, lääketieteellisesti, hoitotieteellisesti, taloudellisesti ja lainsäädännöllisesti perusteltua järjestää paremmin kivun hoito kuin se on tänä päivänä järjestetty. Kivunhoidon järjestäminen on vielä sirpaleista ja kroonisista kivuista kärsivät potilaat ajelehtivat tutkimus- ja hoitopaikasta toiseen. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry 2000.) Kivun hoidon kehittymisestä huolimatta kipu on jäänyt osin mysteeriksi. Monet ihmiset kärsivät kroonisesta kivusta, jota ei kyetä lääketieteellisesti selittämään eikä aina edes lievittämään. (Naukkarinen & Torkkola 2001.) Usein turhien tutkimusten ja tehottomien hoitojen jatkamisen sijaan terveydenhuollon voimavarat on kohdistettava tukemaan kipupotilasta elämään mahdollisimman normaalia elämää ja autettava häntä sopeutumaan sairautensa aiheuttamiin rajoitteisiin (Aho & Käätä 2000).

Hoitotyön eräänä tehtävänä on kivun ennaltaehkäiseminen ja jos siinä ei onnistuta, kivun lievittäminen. Tällöin hoitotyön tehtävänä on auttaa kroonista kipua sairastavaa potilasta selviytymään jokapäiväisestä elämästä. On huomioitava, että kivun ja kärsimyksen lievittäminen on yhtä arvokasta kuin parantaminen. Hyvä kivun hoito ei ole ylellisyyttä vaan peruspalvelu, johon jokaisella on oikeus.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kipupotilaan kipukokemusta, kroonisen kivun vaikutuksia potilaan arkielämässä sekä kivun kanssa selviytymistä. Tutkimuksen tavoitteena on luoda edellytyksiä tämän asiakasryhmän hoitotyön kehittämiseen. Tutkimustulokset

auttavat hoitotyöntekijöitä ymmärtämään kroonisen kipupotilaan kokemusmaailmaa ja sen eri ulottuvuuksia ihmisen arkielämässä sekä kivun kanssa selviytymistä tässä yhteiskunnassa.

## **2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT**

### **2.1 Kipu**

#### **2.1.1 Kivun määrittelyä**

Nykykäsityksen mukaan kipu on monimuotoinen vamman, fysiologisen toiminnanhäiriön tai psyykkisen kokemuksen monimutkainen yhteistulos. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP:n (International Association for the Study of Pain) määritelmän mukaan kipu on epämiellyttävä aistimus ja tunnekokemus, joka liittyy todettuun tai mahdolliseen kudosaivaurioon tai jota kuvataan samalla tavoin (Kalso & Vainio 1993, 55; Nuutinen 2001, 8.) Määritelmän mukaan kipu on aina subjektiivinen kokemus, jonka merkityksen ihminen oppii kokemuksen kautta. Hoitotieteessä kipututkimuksen uranuurtaja McCaffery (1968) on määritellyt kivun miksi tahansa sellaiseksi kokemukseksi, jonka yksilö määrittelee kivuksi ja kipu on olemassa, kun potilas sanoo hänellä sitä olevan (McCaffery & Pasero 1999, 17.) Fordyce on liittänyt nykymääritelmään lisäksi kivun ilmaisemisen aspektin, jolloin kivun olemassaolo on havaittavissa kielellisenä tai ei-kielellisenä käyttäytymisenä (Estlander 1997, 63).

Kipukäsitteen ongelmallisuus ilmenee jo edellisistä määrittelyistä; kipu sisältää ärsykkeen, reaktion sekä persoonallisen kokemuksen. Montes-Sandovalin (1999, 935) mielestä kipua ei voida riittävästi arvioida, jos se on jatkuvasti epämääräisesti määritelty. Mahonin (1994) käsiteanalyysissä kuvataan kivun ominaisuuksia seuraavasti: kipu on henkilökohtainen ja epämiellyttävä kokemus; kipu on hallitseva voima ja siihen voi liittyä loputtomuuden tunne. Montes-Sandovalin (1999) käsiteanalyysissä kipua kuvailtiin muun muassa seuraavasti: kipu on ei-toivottu, ahdistava ja epämukava kokemus; muuttuva, subjektiivinen ja vaikeasti selitettävä tuntemus ja jota ei voi todellisuudessa jakaa tai täysin havainnollistaa toiselle; haitalliseen ärsykkeeseen reagoidaan neurofyysisesti, psykologisesti ja sosiokulttuurisesti; ilmenee non-verbaalisesti ja/tai verbaalisesti. (Montes-Sandoval 1999, 938-939.)

Kivun moniulotteisuutta kuvaa myös se, että kipua tarkastellaan eri tieteenaloilla eri näkökulmista. Lääketieteen biologinen ihmiskäsitys tarkastelee kipua yleensä pelkästään kliinisenä tai neurofysiologisena ilmiönä. Biolääketiede irrottaa ihmisyksilön, taudin kantajan tai kivun kokijan taustastaan, kun se hoitaa esiintyvää tautia (Sarlio 2000, 23). Nykyään tämä käsitys on korvaantunut ns. biopsykososiaalisella ajattelutavalla. Sen mukaan ihmisen elämänhistoria, tavoitteet, uskomukset, elämäntilanne ihmisuhteineen ja



työpaineinen, sosiaaliset ja taloudelliset seikat sekä oppiminen vaikuttavat siihen, minkälaiseksi kipu koetaan. (Estlander 2000, 51.) Lääketieteellinen antropologinen lähestymistapa tarkastelee taas tautia ja kipua prosessina, jota ei voi ymmärtää tuntematta ihmisen psykososiaalista tilannetta ja kulttuurista ympäristöä. (Sarlio 2000, 24.)

Psykologiassa tarkastellaan kipua yksilön ja perheen näkökulmasta. Psykoanalyttisen kipukäsityksen mukaan kipu on avunpyyntö ja vetoomus, joita ei muulla tavoin kyetä ilmaisemaan. Kipu oireena kertoo taustalla olevista psyykkisistä ongelmista. Kipu on luonnollinen tapa reagoida arkipäivän elämän ongelmiin. Perheen merkityksen näkökulmasta katsottuna kipuileva perheen jäsen voi tällä tavoin ilmaista perheen sisäisissä ihmissuhteissa ilmeneviä ongelmia. Kognitiivisen oppimisteorian mukaan ihmisen kognitiot eli hänen ajatuksensa, asenteensa, tulkintansa, uskomuksensa, oletuksensa ja mielikuvansa vaikuttavat hänen tunteisiinsa ja käyttäytymiseensä. Tällöin myös edellä mainitut asiat vaikuttavat siihen, miten hän kokee kipunsa ja mitä hän tekee sille. (Estlander 1989, 15-17; 1997, 62.)

Hoitotieteessä korostetaan kivun subjektiivisuutta ja ilmiön laaja-alaisuutta. Kivulla on viesti, joka tarvitsee ymmärrystä ja tulkintaa. Lähtökohtana hoitotyössä on aina, että potilaan kipukokemusta ei aseteta kyseenalaiseksi, vaan häntä uskotaan. (McCaffery & Pasero 1999, 16-17.) Nykyään kivusta on alettu käyttää kokonaiskipun käsitettä, sillä kipu koetaan ja se vaikuttaa moniulotteisesti ihmisen elämässä. Kokonaiskipu muodostuu mm. fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, kulttuurisesta, hengellisestä ja yhteisöllisestä kivusta. (Sailo 2000, 30.)

### **2.1.2 Kipuun, sen kokemiseen ja ilmaisemiseen vaikuttavat tekijät**

Kivun kokeminen on yksilöllistä ja siihen on vaikuttamassa monet eri tekijät. Kivun kokeminen on erittäin monimutkainen, dynaaminen ääreis- ja keskushermoston vuorovaikutussumma, johon vaikuttavat muun muassa aikaisempi kokemusmaailma, väsymystila, tunteet, persoonallisuus, sukupuoli, ikä ja kulttuuriset tekijät. (Walding 1991, 389-392; Tigerstedt 1999, 117.)

Kipupotilaan kokemuksia kivusta voidaan tarkastella monelta eri ulottuvuudelta. Fysiologinen ulottuvuus kertoo muun muassa kivun syyn, sijainnin ja keston. Aistimuksellinen (sensorinen) ulottuvuus ilmaisee kivun luonnetta ja laatua. Tunnepitoinen (affektiivinen) ulottuvuus korostaa kivusta aiheutuvaa kärsimystä ja mielialaa. Tiedollinen (kognitiivinen) ulottuvuus vuorostaan kertoo muun muassa kivun merkityksestä itselleen, kivunhallintakeinoista, asenteista ja uskomuksista. Behavioristinen ulottuvuus ilmenee varsinaisena kipukäyttäytymisenä, kuten fyysisenä aktiivisuutena, kipulääkkeiden käyttämisenä ja viestintänä. Sosiaali-kulttuurinen ulottuvuus selvittää sosiaalista elämää, johon kuuluu perhe, ystävät, työ ja vapaa-aika. (McGuire 1992, 314-317.)

Kipukäyttäytymisellään ihminen ilmaisee kipuaan. Kipukäyttäytyminen on kivusta kärsivällä luonteeltaan erilaista eri vuorokauden aikoina, eri konteksteissa ja eri vuorovaikutustilanteissa. (Rytkönen 1994, 39.) Havaittavaa kipukäyttäytymistä on mm. ärtyneisyys, itkuisuus, valittaminen, oireiden kuvaileminen, kivuliaan alueen pitely ja varominen, särkylääkkeiden ottaminen, varovainen ja jäykkä liikkuminen, pingottuneet kasvojen ilmeet, irvistäminen tai vetäytyminen omaan rauhaan (Estlander 1997, 63; Montes-Sandoval 1999, 940).

Seuraavassa pyritään jäsentämään ja erittelemään joitakin kipuun vaikuttavia seikkoja. Jäsentelyssä käytetään Estlanderin (1989) esittämää alla olevan kuvion 1 mukaista jäsentelyä, jossa kuvataan kivun syitä, kokemusta ja ilmaisemista eli kipukäyttäytymistä toisiinsa vaikuttavina tekijöinä.



5. TILANTEEN  
MERKITYS,  
HUOMIO

4. ELÄMÄNTILANNE  
YHTEISKUNTA  
KULTTUURI

KUVIO 1. Kipuun, sen kokemiseen ja kipukäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät (Estlander 1989, 43)

1. Kipumääritelmässä tulee jo ilmi, että elimellisen vamman tai sairauden olemassaolo ei yksinomaan ole edellytys kivun kokemiselle tai kipukäyttäytymiselle. Kipuun vaikuttavat sairauden tai vaurion laatu, sijainti, syntymekanismit, ennuste ja fysiologiset seikat. (Estlander 1989.)
2. Jo aivan vastasyntynyt kykenee ilmaisemaan kokemansa kivun (Haapio, Reen & Salonen 2000, 151). Lapsen kehityksen ja kasvatuksen aikana hän oppii kipuun liittyvät asenteet ja käyttäytymisen mallin. Lapsi oppii tarvittaessa käyttämään kipua välineenä tavoitellessaan itselleen tärkeitä asioita tai välttääkseen epämiellyttäviä asioita. Menetelmät ovat heijastuksia vanhemmilta opituista monimutkaisista kuvioista, jotka liittyvät kipuun. Lapsi oppii käyttämään kipua keinona kerätä myötätuntoa. Perheen merkityksestä on useita osoituksia ja tutkimuksia. Pääsärkyä valittelevan äidin tyttäret saavat pääsärkykohtauksia myös aikuisena tietyissä tilanteissa, riitaisten perheiden lapsilla on usein kipuoireita ja lapsia lyövien vanhempien perillisillä on enemmän kipua kuin inhimillisessä ympäristössä kasvaneilla lapsilla (Hyypä 1982, 83–88). Myös aikuisena elämäkokemukset muovaavat tapaamme ja tarvetta ilmaista kipua. Kipu toimii viestinä, joka vaatii ymmärrystä ja tulkintaa.

Estlanderin (1997) mukaan oppimisprosessit säätelevät kivun ilmaisemista. Ensinnäkin voidaan ehdollistua välttämään jotakin tiettyä toimintaa, koska se edellisellä kerralla aiheutti kipua, pelkoa ja lihasjännitystä. Toisena on kipukäyttäytymisen operantti oppiminen, jolla tarkoitetaan, että ympäristötapahtumat tai muiden reaktiot vahvistavat käyttäytymistä. Positiivisella vahvistamisella kivun ilmaiseminen lisääntyy, koska se on johtanut potilaan kannalta myönteisiin tuloksiin, kuten toisten osoittama välittäminen. Välttämiskäyttäytymisellä tietty käyttäytyminen vahvistuu, kun yksilö sen avulla välttää negatiivisia koettuja seurauksia, kuten että lepo lievittää kipua tai että on hyväksytympää vedota kipuun kuin haluttomuuteen tehdä jotakin negatiiviseksi koettua asiaa. Passiivisella vahvistamisella ympäristö kannustaa potilasta välttämään aktiivisuutta, esimerkiksi ylihuolehtiva puoliso estää potilaan tekemästä jotakin, mihin hän kyllä pystyisi. (Estlander 1997, 65-66.) Myös terveydenhuoltohenkilöstö saattaa tahtomattaan vahvistaa potilaan kipukäyttäytymistä. Estlander puhuu epäsuhtaisesta hoitokäyttäytymisestä, jolla tarkoitetaan esimerkiksi turhien lääketieteellisten tutkimusten tekoa tai potilaan passiivisuutta vahvistavien hoitojen suosittelua. (Estlander 1999, 802.)

3. Muiden ihmisten reaktiot voivat lisätä tai vähentää kipukäyttäytymistä. Kivun avulla voidaan saada läheisten myötätunto ja hoiva, joka saattaa tuntua mukavalta ja palkitsevalta ja etenkin, jos ihmisen hoivatuksi tulemisen tarpeet eivät muuten tyydyty hänen elämässään. Toisaalta taas läheisiltä ja ystäviltä saadun säälintunteen takia toiset eivät haluakaan rasittaa heitä oireillaan ja peittävät todelliset kipuoireensa. Toisinaan taas heitä kohtaan osoitetun välinpitämättömän ja vähättelevän asennoitumisen takia jotkut kivusta kärsivät ihmiset korostavat oireitaan, jotta muut uskoisivat heillä olevan kipua. (Estlander 1989, 44-45.) Ihminen, joka ilmaisee kipua valittamalla siitä jatkuvasti ääneen, voi tuntea itsensä turhautuneeksi, ja

tämä valittaminen on kosto hylkäämisestä. Lähimpiin ihmisiin kohdistuvana se on vahva ja manipuloiva aggression ilmaus, jolloin vihan aiheuttama syyllisyys neutraloituu kipeän ihmisen kokemassa kärsimyksessä. (Kalso & Vainio 1993, 60-61.)

4. Elämäntilanne kokonaisuudessaan vaikuttaa siihen, miltä kipu tuntuu ja mitä voi tehdä sen lievittämiseksi. Yhteiskunnan ja perheen tuomat paineet voivat vaikeuttaa kipuongelmaa. Joskus kipuongelma on ankkuroitunut työ- ja ihmissuhdeongelmiin. Myös eri sukupuoli, kulttuurit ja sosiaaliset ryhmät reagoivat eri tavoin kipuun. Encandelan (1993, 789) tutkimuksessa ilmeni, että naiset ilmaisevat ja kokevat kipua avoimesti sekä puhuvat omasta kivustaan useammin ystäville ja hoitohenkilöstölle kuin miehet. Kulttuurin kautta opitaan, miten kasvojen ilmeillä, käytöksen muutoksella, ääntelyllä ja sanoilla voi kuvata kivuliasta oloa ja miten sen helpottamiseksi pyydetään apua. (Sailo 2000, 23–28.) Zborowskin tutkimuksessa (Kalso & Vainio 1993, 14) juutalaiset ja italialaiset ilmaisevat kipua äänekkäästi ja estoitta, irlantilaiset ja angloamerikkalaiset olivat hiljaa, välttivät seuraa ja yrittivät salata kipunsa. Suomalaisessa kulttuurissa meitä on opetettu vaikenemaan kivusta: ”kestä kipua kuin mies” tai ”mitä enemmän kärsit, sitä kirkaamman kruunun saat”. Suomalaiseen terveystieteeseen kuuluu kipujen vähättely ja tietty asiallinen käyttäytyminen. Samoin Suomessa arvostetaan kivun lääketieteellisen syyn löytämistä ja selvittämistä. (Salanterä, Hovi & Routasalo 2000, 20.)
5. Se, minkä merkityksen ihminen antaa kipuoireilleen ja tuntemuksilleen sekä niiden syille ja seuraukselle, voi vaikuttaa kivun kokemiseen ja käyttäytymiseen. Jos tiedetään, että kipu kuuluu asiaan ja se ei kestä kovinkaan kauan (esim. leikkauksen jälkeinen kipu), niin tällöin sen kestää paremmin. Jotkut jopa yrittävät kestää sitä ilman lääkitystä viimeiseen saakka. Pitkittyneessä kivussa taas epävarmuus kasvaa ja herää kysymyksiä, kuten mistä tämä kipu johtuu, miksi se ei parane ja tuleeko kipu jatkumaan tällaisena vai paheneeko se entisestään. Tällöin ihminen keskittyy enemmän itseensä ja kipuun ja pyrkii myös välttämään kipua tuottavia tilanteita. Täten myös kipukäyttäytyminen lisääntyy. (Rantasila 2000.)
6. Eri ihmiset suhtautuvat kipuunsa eri tavoin. Jotkut asenteet, tietyt uskomukset ja mielikuvat saattavat lisätä pelkoa ja ahdistusta ja täten altistaa kivulle. Joskus ihminen saattaa kokea kivun olevan rangaistus tai seuraus vääränlaisesta käytöksestä tai toiminnasta. (Sarlio 2000, 25.) Lapsen kasvatuksessa kipua käytetään usein vieläkin rangaistuksena, kun lapsi on ollut tottelematon. Rangaistuksen avulla sovitetaan ja sen avulla voi päästä syyllisyydestä. Näin myös aikuinen voi hyväksyä mielestään ansaitun kivun, jos sillä on hänelle syyllisyyden poistava elementti ja se on osa paranemisprosessia. (Kalso & Vainio 1993, 61.)

Potilaan oma tulkinta kivustaan ja siitä selviämisestä vaikuttavat hänen tapaansa toimia. Jos henkilöllä on kielteinen käsitys omasta selviytymisestä, luopuu hän todennäköisesti herkästi vastoinkäymisten edessä. Täten hän alkaa välttää hänelle mielestään ylivoimaisia toimintoja, mikä johtaa siihen, että passiivisuus ja sosiaalinen eristäytyminen lisääntyvät. Jos ihmisellä on myönteinen käsitys itsestään, kestää hän paremmin kipua ja on aktiivisempi ja rohkeampi. Hänellä on usko tulevaisuuteen ja omiin kykyihin sekä luottamus siihen, että hän itse pystyy vaikuttamaan tilanteeseensa ja kipuunsa eli hän oppii tulemaan toimeen kipunsa kanssa. (Estlander 1997, 67-68.)

7. Elämäntavat saattavat vaikuttaa kipuun. Jatkuva kiire ja stressi lisäävät kivun kokemista. Stressi ja siihen liittyvät ahdistuneisuus ja psyykinen jännittyneisyys aiheuttavat usein lihasten jännittymistä ja täten myös kipua. Liikunnan puute heikentää lihaskuntoa ja lisää väsymystä. Ylipaino voi olla ylimääräinen kuorma kannettavaksi esim. selkäkipua sairastavalle. (Laitinen 1988, 57.)

Edellä käsitellyt asiat osoittavat, että kipu on hyvin monitahoinen ilmiö ja siksi on haastavaa kohdata ja hoitaa kipupotilasta. Kipupotilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa olisi aina laajasti kartoitettava hänen kipuhistoriansa ja nykyinen tilanteensa sekä mitkä tekijät vaikuttavat hänen kipukokemukseensa ja kivun ilmaistamiseen. Siksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä kipupotilaan hoitamisessa. Tulee myös muistaa, että potilas itse on aina kipunsa asiantuntija.

### 2.1.3 Miten kivusta tulee krooninen?

Akuutti eli lyhytaikainen kipu varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta. Tyypillistä sille on äkillisyys, ohimenevyys ja paikannettavuus. Syynä akuutille kivulle voi olla kudosaivuri tai sen uhka. Potilaassa akuutin kivun voi huomata fysiologisten reaktioiden (esimerkiksi hikisyyden, hengitys- ja sydämen lyöntitiheyden nousun, pahoinvoinnin, kalpeuden tai silmäterien laajentumisen) perusteella. Akuutin kivun syy tiedetään, ja sen oletetaan lievittyvän ajallaan asianmukaisella hoidolla. (Sundqvist 1994, 8.)

Kipu välittyy yksinkertaistettuna ilmaistuna ääreishermostosta keskushermostoon. Kipu aiheuttaa ääreiskudoksessa paikallisen kudosaivurion, joka käynnistää tulehdusreaktion. Tällöin tulehdusreaktion aikaan saaneet välittäjäaineet aktivoivat kipureseptorit eli nosiseptorit. Ne reagoivat mekaaniseen, kemialliseen ja lämpöärsytykseen. Ohuet, hitaat C-säikeet tuottavat kivun, joka aivoissa tulkitaan tylpäksi tai jomottavaksi. Nopeammat, paksut A-delta-säikeet tuottavat taas terävän tai pistävän kivun. (Vainio & Achte 1996; Malmberg 2000; Närhi 2000.)

Nosiseptoreista lähtevät A-delta- ja C-säikeet kuljettavat kipuimpulsseja kudoksista selkäytimen takasarveen. Täällä syntyy tärkeitä kivun muunteluun liittyviä nosiseptisten hermosolujen välittäjä- ja säätelijäaineita. Näitä kemiallisia yhdisteitä on yli kolmekymmentä ja niiden arvellaan toimivan välittäjäaineina kivun säätelyjärjestelmän eri osissa. Nykyinen kipututkimus tutkii, kuinka näitä yhdisteitä voisi hyödyntää kivun hoidossa. Selkäytimestä on myös yhteys sympaattiseen hermostoon ja liikehermosoluihin. Selkäytimessä sijaitsee kipuportti, joka säätelee kipuimpulsien etenemistä joko estävästi tai lisäävästi. Melzackin ja Wallin porttikontrolliteoriassa tätä portin toimintaa ohjaavat monimutkaiset hermostolliset ja kemialliset tapahtumat, jotka voidaan jakaa fyysisiin, emotionaalisiin ja kognitiivisiin tekijöihin. (Estlander 1989; Härkäpää 1993; Wall 2000.) (ks taulukko 1.) Lisäksi selkäydintasolla tapahtuu sentraalista herkistymistä. Tällöin vähäinkin kipu aiheuttaa suhteettoman voimakkaan kipuaistimuksen. (Kalso 2000; Malmberg 2000; Närhi 2000.)

TAULUKKO 1. Kipuportin avaavia ja sulkevia tekijöitä

TEKIJÄT	PORTIN AVAAVIA	PORTIN SULKEVIA
Fyysiset	Vaurion laajuus ja epäsoviva aktivaatiotaso	Lääkitys ja vastaärsytys (lämpö, hieronta, akupunktio)
Emotionaaliset	Ahdistuneisuus, jännittyneisyys, depressiivisyys	Positiiviset tunteet, rentoutuminen, lepo
Kognitiiviset	Keskittyminen kipuun, ikävystyneisyys,	Huomion kiinnittäminen toisaalle ja

Kipuärsyksen edetessä aivoihin kipurata jakautuu talamukseen ja aivokuoreen. Aivot lähettävät myös selkäyttimeen sääteleviä viestejä, jotka muotoilevat ääreiskudoksesta tulleita viestejä voimistaen tai heikentäen niitä. Koska talamuksessa on yhteys aivojen tunnetiloja sääteleviin keskuksiin (limbinen järjestelmä), kipu koetaan epämiellyttäväksi. Limbinen järjestelmä säätelää mielialoja, motivaatiota sekä oppimista ja muistia. Täten oletetaan, että nämä aivojen osat osallistuvat kipukäyttäytymismallien kehittymiseen. Aivokuoreessa tapahtuu muun muassa kivun laadun, intensiteetin, keston ja paikan analysointi. (Kalso 2000; Malmberg 2000; Närhi 2000.)

Krooninen eli pitkäaikainen kipu on kestänyt yli 3 - 6 kuukautta tai yli normaalin kudosten paranemisen ajan (Sailo 2000, 35). Krooninen kipu jaotellaan edelleen hyvän- ja pahanlaatuiseen (syöpä-) kipuun. Krooninen kipu ymmärretään tänä päivänä kipuhermoston patofysiologiseksi tilaksi, jossa kipusignaalit ovat vahvistuneet, keskushermoston kipua aistivat keskukset herkistyneet ja kipusignaalien prosessointi on poikkeavaa (Forssell & Heikkonen 2000, 8; Kalso 2000, 7-9). Kipua välittävät mekanismit ovat vaurioituneet ja muuttuneet ja kipujärjestelmä on ”jäänyt päälle”. Kipu saattaa jäädä, vaikka sen alkuperäinen aiheuttaja on poistunut. (Estlander 1997, 64.) Pitkittyessään kipu aiheuttaa hermoston toiminnan muutoksia, jotka johtavat pysyvään kipuoireeseen (Nuutinen 2001, 8-9).

Estlander (1997) kuvaa 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. Mikäli hänen selviytymiskeinonsa eivät ole sopivia, kipu ja kivun ilmaiseminen saattavat jäädä hänen elämäntapoihinsa, ihmissuhteisiinsa, rooleihinsa ja tulevaisuudensuunnitelmiinsa. (Estlander 1997, 69-70.) Toisinaan kipuongelman pitkittyminen saattaa liittyä potilaan tapoihin toimia vuorovaikutustilanteissa. Näissä on merkityksellistä 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. Kivun kroonistuessa myös psyykkiset tekijät (oireiden tarkkailu, ahdistus, masennus, pelko, avuttomuus, inaktiivisuus jne.) toimivat niin altistavina kuin ylläpitävinäkin tekijöinä. Nämä oireet ovat myös tyypillisiä kroonisen kivun seurauksia, joten voidaan puhua kroonisen kivun ja psyykkisten tekijöiden noidankehästä. (Kalso & Vainio 1993, 54.)

Vartiovaara (1995) kuvaa kroonista kipua hitaana, muuttavana ja vaikeasti havaittavana prosessina. Kroonisessa kipuprosessissa on neljä eri vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa, joka kestää 0 - 2 kuukautta potilaalla ei esiinny selviä psyykkisiä ongelmia, koska hän otaksuu kipunsa paranevan. Toisessa vaiheessa, joka kestää 2 - 6 - (-12) kuukautta henkilö alkaa pelätä kivun jatkuvankin koko eliniän. Alkaa esiintyä pelkoa ja ahdistusta ja potilas tarkkailee huolestuneena omia ruumiintoimintojaan. Hän alkaa olla ärtynyt ja hänellä on univaikeuksia. Kolmas vaihe eli krooninen vaihe alkaa kivun kestänyt puolesta vuodesta vuoteen. Krooninen vaihe kestää 5 - 8 vuotta ja siihen liittyy syvää masennusta. Potilas tajuaa, että kipu on pysyvää ja ettei sairaanhoitojärjestelmä onnistu sen hoidossa. Kivun stressivaikutus on aiheuttanut hänessä masennusta, ahdistusta, unettomuutta ja lisääntynyttä ärtäisyyttä sekä seksuaalisten tarpeiden lamaantumista. Ongelmia esiintyy kotona ja töissä. Itsemurha-

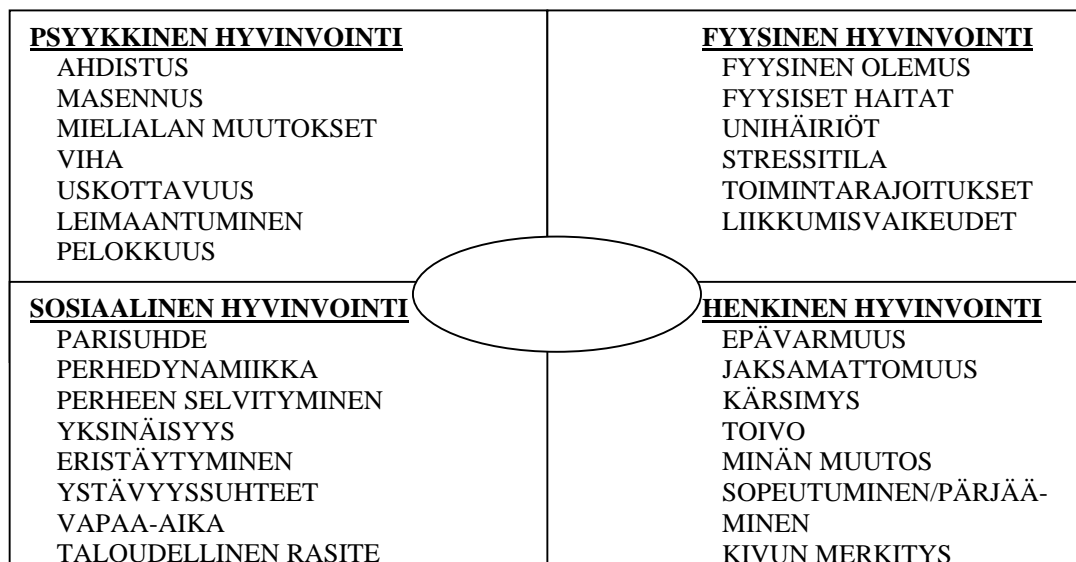
ajatuksetkaan eivät ole harvinaisia. Viimeisessä vaiheessa kipu on kestänyt 3-12 vuotta ja potilas alkaa vähitellen hyväksyä kroonisen kipunsa. (Vartiavaara 1995, 168-170.)

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. Toiset potilaat saattavat tulkita erilaisia fyysisiä tuntemuksia kipuna tai kipua enteilevinä. Syntyy noidankehä: pelko, ahdistus ja virheelliset oletukset aiheuttavat passiivisuutta, fyysisen kunnon heikentymistä ja sosiaalisen ”sairaana roolin” vahvistumista. Toisinaan myös lääkärin ohjeet ja neuvot vahvistavat kipuoireiden tarkkailua. Lääkärin ohjeet liikkua ”kivun sallimissa rajoissa” tai ottaa särkylääkettä ”tarvittaessa” saavat potilaan huomion kiinnittymään kivun esiintymiseen. (Estlander 1997, 70-72.)

Krooninen kipu on biopsykologinen ilmiö. Siltä puuttuu elimistön uhkaavasta vaarasta varoittavat elementit, fysiologiset reaktiot, koska kivun taustalla ei ole aina selvää patologista syytä. Krooninen kipu jättää jälkensä ihmiseen. Jatkuva kipu aiheuttaa monenlaista haittaa potilaalle ja hänen läheisilleen huonontaan heidän elämänlaatuaan (Sailo 2000, 35).

## 2.2 Kroonisen kivun vaikutuksia elämänlaatuun

Ennen kipu yhdistettiin fyysisiin ja psyykkisiin oireisiin, mutta sosiaalinen ja henkinen puoli on jäänyt vähemmälle huomiolle. 1980-luvun ”kovan teknologian” –aikakauden jälkeen alkoi esiintyä lisääntyvää kiinnostusta potilaan elämänlaatuun ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Ferrell kehitti mallin kivun vaikutuksista elämänlaatuun. Mallia on kehitelty ja paranneltu 1980- ja 90-luvun monien tutkimusten tuloksena, jotka ovat koskeneet potilaita, heidän perheitään ja hoitavaa henkilökuntaa. Malli sisältää psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin osa-alueet (ks. kuvio 2). Tässä työssä tarkastellaan tutkimuksia kroonisen kivun vaikutuksista tämän elämänlaatu-mallin mukaan. (Ferrell 1995, 610.)



KUVIO 2. Kroonisen kivun vaikutuksia elämänlaatuun Ferrelia mukailleen (1995, 611).

### 2.2.1 Psykkiset vaikutukset hyvinvointiin

Kipuun liittyvät psyykkiset tekijät voivat olla monenlaisten tekijöiden seurauksia tai ne voivat ylläpitää kroonista kipua. Psykkisillä tekijöillä ei voida osoittaa olevan selkeää syy-seurausajattelua kroonisessa kivussa, mutta kuitenkin ne ovat vahvasti vaikuttamassa pitkittyneessä kivussa (Estlander 1997, 64.)

Seers ja Friedlin (1996, 1165) tutkimuksen tuloksena oli, että kipu *murensi itseluottamusta* ja sai potilaat tuntemaan, että heillä ei ollut enää mitään arvoa ja elämänhalu ja –tarkoitus katosivat. Tämä lisäsi ahdistusta. *Ahdistus* oli eräs keskeinen asia, joka ilmeni melkein kaikissa tutkimuksissa. Smith ja Friedemann (1999, 547) kuvailevat tutkimuksessaan tunneperäistä ahdistusta, jossa esiintyi masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, syyllisyyttä tai vihaa. Walker ja Sofaer (1998, 323) tutkivat pitkäaikaisen kivun yhteyttä ahdistukseen. Heidän mukaansa ahdistusta selittäviä tekijöitä olivat seuraavat asiat: pelko tulevaisuudesta, ikääntyminen, toimeliaisuuden puute, konkreettinen avun tarve, ihmissuhdeongelmat tai menneisyyden kaipuu.

Ahdistus liittyy usein masennukseen. Achten (1984, 6) mukaan pitkäaikaisesta kivusta kärsivä kokee *masennusta*. He tuntevat "matalapaineen" tunnetta ja ovat onnettomia ja alakuloisia säryn ja kivun elämää rajoittavien vaikutusten takia. Masentuneena kipukin tuntui voimakkaammalta (Feldman, Downwy & Schaffer-Neitz 1999). Puolella kroonista kipupotilaista esiintyy masentuneisuutta (Ruoff 1996; Forssel & Heikkonen 2000). Wallen (1999, 35) tutkimuksessa kivun jatkuessa potilaat olivat tunteneet itsensä väsyneiksi, voimattomiksi, avuttomiksi ja toivottomiksi. Joillakin masennus oli ollut niin voimakasta, että he olivat toivoneet kuolemaa, ja joillakin oli ollut itsemurha-ajatuksia. Samansuuntaisia tuloksia oli Hicthcock, Ferrel ja McCafferyn (1994, 312) tutkimuksessa, jossa 204 kroonista kipua sairastavasta 50 % oli ilmaissut joskus ajatelleensa itsemurhaa. Vaikka useimmilla kipupotilailla esiintyy erilaisia masennuksen oireita, ei tutkimuksissa ole pystytty osoittamaan, että kipu aiheuttaa masennusta tai masennus kipua. Masennus voi liittyä terveyden menetyksestä ja elämänmuutoksesta johtuvaan kriisiprosessiin. Uusien tutkimusten mukaan masennus liittyy siihen, kuinka paljon potilas kokee kipujen rajoittavan hänen elämäänsä ja myös siihen, missä määrin hän kokee pystyvänsä hallitsemaan kipuaan ja tilannettaan. (Estlander 1997, 68-69.)

Jatkuva kipu aiheutti *mielialan muutoksia*. Simolan (1994, 30) tutkimuksessa häiritsevässä kiputilanteissa potilaat kuvasivat mielialaansa väsyneeksi, uupuneeksi, hermostuneeksi ja huolestuneeksi. Vähemmän häiritsevässä kiputiloissa mielialaa kuvattiin hyväntuuliseksi, tyytyväiseksi, rentoutuneeksi, levänneeksi, iloiseksi ja tasapainoiseksi. Paremmat päivät näkyivät mielenvireytenä ja aktiivisena toimintana (Sallinen 1997,38). Mieliala saattoi hyvinkin vaihdella vaikka päivittäin positiivisesta negatiiviseksi kivun voimakkuuden



ja laadun mukaan. Kivun voimakkuus oli merkittävästi yhteydessä mielialaan; aamulla kivun voimakkuus ja mieliala olivat pahimmallaan, mutta yleensä mieliala parani päivän aikana (Vendrig & Lousberg 1997).

Pitkäaikainen kipu voi lisätä *aggressiivisuutta*. Gamsa ja Vikis-Freibergsin (1991) mukaan mitä kivuliaammaksi kipuja potevat ihmiset kokevat itsensä, sitä enemmän heillä on vihan tunteita sekä taipumusta ilmaista nämä tunteensa käyttäytymisellään (Vaalamo 1999, 25). Okifuji ja Turkin (1999) tutkimuksessa 70 % ilmoitti vihan tunteistaan. *Viha* kohdistui itseen (74 %) ja terveydenhuollon henkilöstöön (62 %). Viha itseä kohtaan oli merkittävästi yhteydessä kipuun ja masennukseen sekä toimintakyvyttömyyteen. Se, miten ihminen käsittelee vihan tunteita, voi olla yhteydessä kipuihin. Tunteiden säätely onkin yhteydessä toistuviin kipuihin. Tunteiden säätelyn osatekijöitä ovat tunneilmaisun tukahduttaminen, liiallinen tunteiden ilmaisu sekä tunneilmaisuun liittyvä ristiriita. Yhteisenä piirteinä toistuvia kipuja potevien tunteiden säätelyssä näyttäisi olevan tunteiden heikko hallinta. (Vaalamo 1999, 37.)

Seers ja Friedlin (1996, 1163-65) tutkimuksen tuloksista suurin osa kohdistui terveydenhuollon tapaan kohdella kroonista kipua sairastavaa ihmistä. Potilaat kertoivat aiheesta erilaisia kokemuksia. Ensinnäkin kipupotilaan *kipuun ei uskottu*. Heidän piti koko ajan todistaa kivun olemassaolo. Jos selkeää kivun syytä ei löydetty, alettiin potilaalle puhua psyykkisistä, ”korvien välissä” olevista syistä. Toiseksi *kroonista kipua hoidettiin akuuttina*. Lääkärit etsivät potilaasta akuutin kivun oireita, joita ei kuitenkaan kroonisessa kivussa esiinny juuri lainkaan. Kolmanneksi potilaat tunsivat *lääkäreitä kohtaan epätoivoa*. Lääkärit eivät hoitaneet kipua ja eivät olleet edes kiinnostuneita. Ainoastaan kipuklinikoilla potilaat saivat kunnan kohtelua ja hoitoa. Neljänneksi potilaat kokivat lääkärin yrittävän syyllistää heitä. Erästä potilasta oli kutsuttu hyväksi näyttelijäksi, kun mitään kliinisiä löydöksiä ei ollut todettavissa. Fyysisten oireiden löytäminen oikeutti tuntemaan kipua. Potilaat kokivat myös *syllisyyttä*, jos toimenpiteet kivun lievittämiseksi eivät olleet auttaneet. Viimeiseksi potilaat kuvasivat heidän ja lääkäreiden välisiä *kommunikaatio-ongelmia*. Lääkärit eivät pitäneet potilasta oman kipunsa asiantuntijana. Potilaat kokivat ongelmallisena, että lääkärit keskustelivat heidän kanssaan lääketieteellisin termein eivätkä maallikon sanoin.

Kipupotilaat kokivat, että heidän kipuaan ei otettu todesta (Sallinen 1997,35 ; Walle 1999, 50). Heillä oli kokemuksia lääkärin vähättelevästä tai leimaavasta suhtautumisesta lääkärin edessä. *Leimaantumisen pelko* nousi keskeiseksi huolenaiheeksi myös Niemisen (1993) tutkimuksessa pitkittynyttä selkäkipua sairastavilla. Tätä vahvisti tautikeskeisesti asennoitunut terveydenhuolto, jolla oli vähäiset keinot auttaa pitkittyneessä selkäkivussa. Luulosairauden pelkoon näytti liittyvän voimakasta kipuoireilua, niukkoja tai olemattomia elimellisiä löydöksiä, pettymyksiä aikaisemmissa hoitosuhteissa, psyykkistä rasittuneisuutta sekä ristiriitoja työelämässä. (Nieminen 1993, 63 ; ks. Seers & Friedli 1996.) Taipuminen asiantuntija-auktoriteetin edessä murensi potilaan itsetuntoa ja kokemusta siitä, että sairaus on todellinen. Diagnoosin varmistuminen (esim. fibromyalgia) oli käännekohta kipupotilaan elämässä. Se koettiin helpotuksena ja kivun kokemukset vähentyivät diagnoosin myötä. Enää ei tarvinnut todistella kipujen todellisuutta, kun sairaus vihdoinkin legimitoitiin. Kipupotilaat itsekin välillä uskoivat, että ”vika on korvien välissä”. (Sallinen 1997, 35-36.)

Tulevaisuus mietitytti ja usein pelotti useita kipupotilaita. Walker ja Sofaerin (1998, 324) mukaan *pelko tulevaisuudesta* oli yhteydessä kivun voimakkuuteen, tiedon puutteeseen ja kivunhallintaan. Kroonisen kivun jatkuessa pelko kasvaa. Potilaiden kokemat pelot kohdistuivat omaan ja läheisten jaksamiseen sekä uhkakuviin kivun pahenemisesta sekä liikuntakyvyn menettämiseen. Myös omaisilla oli pelkoja tulevaisuuden suhteen. Kahdella kolmasosalla (n=54) oli erittäin tai melko paljon huolta tulevaisuudesta. Huolta omasta jaksamisesta esiintyi yli 50 %:lla. (Halonen 1998, 78-81). Toiset kipupotilaat pelkäsivät myös hoitojen komplikaatioita (Walle 1999, 35.) Potilaat kokivat toisaalta olevansa tuomittuja loputtomaan nykyisyyteen, jota potilaat kuvasivat pelkoina tilan olennaisesta ja ennakoimattomasta huononemisesta, kipujen kovenemisesta ja muusta kärsimyksestä aina pysyvän vammautumisen pelkoon (Sallinen 1997, 50).

## 2.2.2 Fyysiset vaikutukset hyvinvointiin

Pitkään jatkuessa kipu aiheutti potilaissa *muutoksia fyysiseen olemukseen*. Jotkut heistä olivat lihoneet, mitä he harmittelivat paitsi esteettisistä syistä myös siksi, että ylipaino lisäsi kipualueen räsytystä ja täten myös kipua. Toiset kokivat, että he olivat vanhentuneet ennen aikojaan. Ruumiinkuva oli kutistunut ja oma ruumis tuntui vastenmieliseltä. Eräät potilaat kokivat, että he olivat kivun jatkuessa altistuneet muiden sairauksien puhkeamiselle ja aikaisempien sairauksien pahenemiselle. (Walle 1999, 32.) Kipu oli läsnä myös jatkuvana fyysisenä tuskana, joka räsitti mieltä ja kehoa (Sarvimäki, Sandelin Benkö & Simonsen-Rehn 2001, 19).

Sallisen tutkimuksessa fibromyalgia aiheutti potilaille monenlaisia *fyysisiä haittoja*. Potilaat kuvasivat niveliin liittyviä kipuja ja jäykistymistä, lihaskireyttä ja suorituskyvyn heikentymistä. Nivelissä esiintyi turvotuksia ja kankeutta. Paino-ongelmia tuli monille liikkumisen vähennyttä kivun takia. (Sallinen 1997, 37.)

Wallen tutkimukseen osallistuneet asiakkaat kokivat, että *lääkkeiden sivuvaikutukset* hankaloittivat heidän fyysistä hyvinvointiaan. Ruuansulatuskanavan häiriöt olivat yleisimpiä kipulääkkeiden sivuvaikutuksia. Ne ilmenivät ruokahaluttomuutena, pahoinvointina, ripulina ja ummetuksena. Eräät lääkkeet aiheuttivat väsymystä, huimausta, tärinää ja yleistä toimintakyvyn heikkenemistä sekä suun kuivumista. Usein asiakkaat olivat kokeilleet eri lääkkeitä ja joutuneet luopumaan kivun kannalta hyvinä pitämistään lääkkeitä näiden sivuvaikutusten takia. (Walle 1999, 32.)

Kipupotilailla esiintyi *univaikeuksia*. Usein oli vaikea nukahtaa, vaikka he olivat valmiiksi *väsyneitä*. Yöllä he heräsivät asentoa vaihtaessa kipuun, joten uni oli katkonaista. Yöt olivat pitkiä ja he yrittivät olla herättämättä muita perheen jäseniä. Päivällä yritettiin mahdollisuuksien mukaan korjata univajetta päivänunilla. Joillakin potilailla esiintyi painajaisia ja he pelkäsivät nukahtamista. (Sallinen 1997, 41; Walle 1999, 31.) Lambergin (1999) tutkimuksessa tutkittiin unihäiriöiden osuutta kroonisessa kivussa. Kipupotilaat kertoivat, että unihäiriöitä esiintyy yli 10 yönä kuukaudessa. Kipu esiintyy keskimäärin 5 tuntia yössä ja 50 %:lla esiintyy tämän vuoksi seuraavana päivänä väsymystä ja vetämätöntä oloa. Unihäiriöt olivat selkeä elämänlaatua vähentävä tekijä. (Lamberg 1999, 691– 692.) Simolan (1994) tutkimuksessa kipu häiritsevästi, potilaat nukkuivat hyvin. Selkävivusta kärsivillä potilailla kipujakson alettua yöni häiriintyi, mikä aiheutti väsymystä, huonotuulisuutta ja ärtymystä. (Nieminen 1993, 48.)

Krooninen kipu itsessään voi olla *stressitekijä*. Se verottaa sitä potevan fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja ja mahdollisuuksia selvittää elämäntilanteen muista rasitustekijöistä (Härkäpää 1992, 11). Stressin aiheuttamat elimistön reaktiot saattavat ylläpitää kiputilaa. Fyysisellä tasolla krooninen kipu edistää elimistön jatkuvaa stressireaktiota, väsymystä, lihaskipuja sekä heikentynyttä fyysistä suoriutumista (Chapman & Gavrin 1999).

Krooninen kipu vaikeuttaa tai häiritsee monissa eri toiminnoissa. Simolan (1994, 27) tutkimuksessa lähes kaikki potilaat ilmaisivat kivun *häiritsevän arkielämän selviytymistä* lähes päivittäin. Kodin hoitoon liittyvissä tilanteissa kipu häiritsee 77 %:lla. Wallen (1999) tutkimus tukee edellistä, sillä asiakkaat kokivat kotitöiden tekemisen olevan vaikeaa. Rasitus lisäsi kipua ja tavarat eivät pysyneet käsissä. Ongelmat koettiin päivittäisiksi ja tästä syystä ne muuttivat perheen aikaisempia toimintatapoja kodin hoidon suhteen. (Walle 1999, 30.)

Useimmilla kipupotilailla esiintyi *toimintarajoituksia*. Smith ja Friedemannin (1999, 547) tutkimuksessa potilaat surivat toimintakyvyn alentumista ja jotkut kaipasivat menneisyyttä, jolloin he olivat pystyneet toimimaan normaalisti. Useimmilla potilaista oli kehittynyt *liikerajoituksia* ja kipualueen lihaskunto oli heikentynyt. Joutuessaan varomaan kipukohtaa potilaan oli vaikeaa löytää sopivaa asentoa. Toiset olivat joutuneet muuttamaan aikaisempia toimintatapoja, sillä rasitus lisäsi kipua ja kivulias vartalon osa ei toiminut kuten ennen. Kipupotilaan oli vaikea huolehtia itsestään ja hän joutui usein turvautumaan aviopuolison tai lasten apuun peseytymisessä, pukeutumisessa ja jotkut jopa syömisessä. (Sallinen 1997, 37; Walle 1999, 29.)

Krooninen kipu vähensi liikkumista. Jotkut olivat joutuneet *luopumaan liikunnallista harrastuksista*. Joillekin kävelykin oli hankalaa, sillä kävelyn tärinä lisäsi kipua. (Walle 1999,31; Sarvimäki ym. 2001,19 ) Toisaalta he, jotka eivät aikaisemmin olleet harrastaneet liikuntaa ja pystyivät siihen, tuntuivat löytävän liikunnan jonkun muun menetetyt harrastuksen tilalle (Nieminen 1993, 48-49).

### 2.2.3 Sosiaaliset vaikutukset hyvinvointiin

Krooninen kipu aiheuttaa *muutoksia parisuhteessa*. Kipupotilas tuli yhä enemmän riippuvaiseksi puolison emotionaalista ja fyysisestä tuesta (Snelling 1994, 547). Potilas tukeutui usein aviopuolison mielipiteisiin ja hyväksyi hänen päätöksensä asiassa kuin asiassa. *Riippuvuus toisista* aiheutti usein turhautumista ja vihan tunteita, kun itse ei pystynyt korvaamaan muilta saamaansa apua (Simola 1994, 5). Parisuhteessa ilmeni *seksuaalielämän vähentymistä* kivun, kipulääkkeiden, väsymyksen ja toimintarajoitusten myötä. Samaan tulokseen tulivat Monga, Tan, Osterman ja Grabois (1998), jotka tutkivat kroonista kipua sairastavien sukupuolielämää ja seksuaalisuutta. Tuloksena oli, että 66 % koki vielä kiinnostusta seksiin, 50 %:lla oli tyydyttävä suhde nykyiseen partneriin ja 20 % koki, että seksuaalielämä oli riittävä. Johtopäätöksenä oli, että seksuaalielämän ongelmat ovat yleisiä kroonista kipua sairastavilla. Kaiken kaikkiaan potilaat kokivat *menettäneensä itsenäisyytensä*. He kertoivat olevansa riippuvaisia muiden perheenjäsenten ja ystävien tuesta, lääkkeistä, terveydenhuoltohenkilöstön avusta ja vakuutus- ja eläkelaitosten päätöksistä. (Walle 1999, 30, 39.)

*Perhedynamiikassa* ilmeni erilaisia *muutoksia*. Pitkäaikainen kipu on vaikeaa ja koettelevaa sekä potilaalle itselleen että hänen perheelleen. Perheenjäsenet halusivat kohdistaa hoivaa ja myötätuntoa potilaaseen ja tehdä

hänen puolestaan kaikki. Potilasta kehoitettiin lepäämään. Näin potilas helposti pääsi vetäytymään vastuusta ja arkipäivän rutiineista. Täten perheenjäsenet edesauttoivat avuttomuuden syntyä ja kipupotilaan ”sairaana roolin” vahvistumista. Ylihuolehtiva omainen saattoi estää potilaan omatoimisuuden ja toipumisen, vaikka oli tarkoittanut hyvää. Ajan myötä perhekin väsyi tilanteeseen ja alkoi tuntea epätoivoa ja katkeruutta. (Snelling 1994, 547.) Kun muiden perheenjäsenten oli otettava huolehdittavakseen kipupotilaan velvollisuudet, *muovasi kipu perheen sisäisiä suhteita ja roolirakennetta uudestaan* (Kelley 1998). Mahdollisesta äidin roolista siirryttiin sairaan rooliin ja aviopuoliso joutui ottamaan kaiken vastuun perheestä itselleen. Ääripäässä lapset saattoivat joutua ottamaan vanhempien roolit ja vastuun itselleen. (Carson & Mitchell 1998, 1246.)

Seers ja Friedlin (1996, 1165) tutkimuksessa perheet yrittivät *selviytyä normaalista elämästä*. Kivulle ei annettu liikaa huomiota perheessä, vaan yritettiin elää normaalia perhe-elämää pitkäaikaista kipua sairastavasta huolimatta. Perheet käsittelivät kipua sekä myönteisesti että kielteisesti. Perheen keskinäinen yhteys oli voimistunut ja perheen yhdessäolo oli korostunut. Jokainen oli joutunut jonkun verran luopumaan henkilökohtaisesta itsenäisyydestään ja riippumattomuudestaan. Kipupotilaat tunsivat vastuuta perheen selviämisestä. Rajojen asettaminen lapsille oli vaikeaa. Yhteishengen löytyessä potilaat ylpeilivät perheenjäsenten olevan auttavaisempia, hienontunteisempia ja toisiaan kunnioittavampia kuin useimmissa muissa perheissä. Lapsista oli kasvanut vahvoja persoonia huolimatta potilaan sairastelusta. Perheestä oli tullut vahvempi, läheisempi, Jumalaan turvautuva, rauhallisempi ja keskustelelevampi. Yksilötasolla perheenjäsenet olivat oppineet ottamaan rauhallisemmin ja rentoutumaan. Myös negatiivisia vaikutuksia esiintyi, kuten konflikteja ja pahoinpitelyä. Vaikeassa perhetilanteessa elävät kipupotilaat ajattelivat itsemurhaa useammin kuin muut kipupotilaat. (Smith & Friedemann 1999, 547 - 548.)

Pitkäaikaista kipua sairastavat kokivat itsensä *yksinäiseksi ja etäännyneiksi perheestä*. He tunsivat kyvyttömyyttä jakaa tunteitaan muiden perheen jäsenten kanssa. Useimmat eivät halunneet ilmaista todellisia kipujaan ja tunteitaan muille. Toisinaan he kokivat jäävänsä vaille toisten ymmärrystä. He tunsivat jäävänsä syrjään perheen toiminnasta ja usein myös perheestä itsestään ja he syyttivät siitä kipua. (Smith & Friedemann 1999, 548.) Kipupotilailla esiintyi halua eristäytyä myös omasta perheestä pahimpana kipujaksoina (Sallinen 1997, 40).

Perhe alkoi pikkuhiljaa *eristäytyä* muusta yhteiskunnasta (Kelley 1998; Seers & Friedli 1999; Smith & Friedemann 1999; Sarvimäki ym. 2001). Sosiaaliset tilanteet koettiin hankaliksi, koska erälle oli jo lähteminen ja matkustaminen vaikeaa. Kivun takia ei kyetty istumaan pitkään ja useimmat olivat joutuneet luopumaan autolla ajamisesta. (Walle 1999, 36-37.) Sosiaaliset kontaktit vapaa-aikana vähentyivät, koska vielä työelämässä olleet eivät työpäivän jälkeen jaksaneet harrastaa (Sallinen 1997, 40). Simolan (1994, 39) tutkimuksessa ilmeni, että suurimmalla osalla potilaista olivat luonnolliset *sosiaalisen kanssakäymisen* muodot *vähentyneet*, koska useimmat olivat olleet työelämästä syrjässä jo jonkin aikaa ja perheen rakenne oli muuttunut. Elämäntilanteen kutistumista kuvasivat myös potilaiden kyvyttömyys ja voimattomuus seurustella muiden kanssa. Haluttiin mieluummin välttää vierailuja kuin herättää huomiota nousemalla vähän väliä jaloittelemaan tai asettumalla pitkäkseen kivun vuoksi. (Walle 1999, 37.) Kipupotilaiden tietoiseen valintaan, erakoitumiseen, liittyi pelkoja ja ennako-odotuksia muitten kielteisestä suhtautumisesta sairauteen ja sen oireisiin. Lisäksi pelättiin muiden osalta vähättelyä ja syyllistämistä. (Sallinen 1997, 40.)

Kroonisen kivun jatkuessa *ystävyyssuhteita koeteltiin*. Aluksi ystävät olivat olleet kiinnostuneita potilaan tilanteesta. Puheenaiheena oli usein kipu ja muut puheenaiheet jäivät vähemmälle huomiolle. Tästä syystä ystävien kiinnostus väheni vähitellen, he etääntyivät ja lopettivat yhteydenpidon. Useimmat eivät ymmärtäneet, että kipu jatkui ja siihen ei ollut mitään parannuskeinoja. (Seers & Friedli 1999, 1166.) Jotkut kipupotilaat kokivat, että terveet eivät voineet ymmärtää heidän tilannettaan. Joillakin ystävien negatiivisten kommenttien myötä ystävyysuhteet olivat vähentyneet. Ystävyysuhteissa ilmenneissä ristiriidoissa myös potilaan puolelta kohdistui ystäviin kärsimättömyyttä, sillä he eivät voineet sietää toisen valittavan turhista asioista. (Walle 1999, 37.) Niemisen (1993, 64) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat kärsivät työovereiden suhtautumisesta heidän sairauteensa. Potilaat kokivat olevansa taakka, jonka töiden tekemiseen muut väsyivät ja jonka toivottiin jäävän eläkkeelle. Samassa tutkimuksessa ilmeni myös, että ystävyysuhteissa koetut muutokset vaikuttivat potilaan hyvinvointia edistävasti ja selkäsairaus oli kivusta huolimatta helpompi kestää. Todelliset ystävät olivat pysyneet tukena niin hyvinä kuin pahoina päivinä.

*Vapaa-aikaan liittyvät toiminnot olivat vähentyneet*. Puutarhan ja pihan hoitoon liittyvät tilanteet olivat vaikeutuneet (Simola 1994, 38). Jotkut olivat joutuneet luopumaan kesämökistään, sillä niiden kunnossapitäminen oli tullut mahdottomaksi. Lisäksi käden toimintakyvyn vähenemisen takia jotkut olivat luopuneet mm. käsitöiden ja ristisanatehtävien tekemisestä. (Sallinen 1997, 37; Walle 1999, 31.) Toisilla kipu ei häirinnyt lukemista, television katselua tai käsitöiden tekemistä (Simola 1994, 38). Jotta potilaat eivät kokonaan jäisi perheen aktiivitoiminnoista pois, pakottivat he itsensä osallistumaan kivusta huolimatta (Smith & Friedemann 1999, 547). Vapaa-aikaa oli runsaasti, mutta oli vaikeaa löytää harrastuksia, joita kipu ei rajoittaisi. Työssäkäyvillä työ vei lähes kaikki voimat, joten harrastukset jäivät vähemmälle. (Walle 1999, 31.) Carson ja Mitchellin (1998, 1245) tutkimuksessa potilaat kokivat tärkeinä, että *löytyisi jokin korvaava toiminta*. Edes joistakin päivittäisistä toiminnoista selviytyminen tuotti iloa. Joku potilas oli löytänyt vapaaehtoistoimintaan osallistumisesta itselleen tärkeän henkireiän.

Useimmat pitkäaikaista kipua sairastavat kokivat *taloudellista epävarmuutta*. Seers ja Friedlin (1999, 1166) tutkimuksessa 56 %:lla oli taloudellisia menetyksiä kivun vuoksi. Sairaslomien ja työkyvyttömyyden jatkuessa pelättiin työn menettämistä. Tästä johtuen jotkut yrittivät olla sairaanakin töissä. Ylimääräisiä menoja Wallen (1999) mukaan aiheuttivat erikoislääkärien yksityisvastaanottojen ja lääkkeiden käyttö. Joillakin fysikaalisten hoitojen ja vaihtoehtoisten hoitomuotojen käyttö lisäsi menoja. Tämän takia he olivat luopuneet menoista, joita ennen pitivät itsestään selvinä. (Walle 1999, 34.)

Pitkään jatkuessa kipu oli *alentanut työkykyä*. Joillakin työoloja oli kevennetty, jotta potilas olisi kyennyt tekemään vielä töitä. (Nieminen 1993, 83; Sallinen 1997, 40.) Työssä selviytymistä pidettiin arvona sinänsä. Jatkuva pinnistäminen töissä oli kuitenkin uuvuttavaa. Toisille toimintarajoitukset aiheuttivat pitkiä sairauslomia ja joillekin oli mahdotonta palata entiseen työhön. Vastoinkäymiset töissä saattoivat pahentaa kipuja ja heikentää työtyytyväisyyttä. Toisaalta taas tyytyväisyys työhön helpotti kuntoutumista ja työhön paluuta. (Sallinen 1997, 40.) Kipu- ja hermovauriot vaikeuttivat mahdollisuuksia kouluttautua uuteen ammattiin, sillä soveltuvaa ammattia ei ollut löydettävissä. (Walle 1999, 30.) Joillekin kipupotilaille työtilanne oli ratkennut myönteiseen eläkepäätökseen (Nieminen 1993, 83).

## 2.2.4 Henkiset vaikutukset hyvinvointiin

Henkisen hyvinvoinnin osa-alue voisi sisältyä psyykkiseen osa-alueeseen, mutta Ferrell (1995, 612) on halunnut eritellä sen omana, tärkeänä, hyvinvoinnin osa-alueena, johon hän liittää kipupotilaan monet henkilökohtaiset alueet, kuten itsetuntoon ja ihmisenä kehittymiseen liittyvät asiat.

Pitkäaikaista kipua sairastava koki paljon pettymyksiä. He olivat pettäneet omaan itseensä ja toimintakykyynsä, vakuutus- ja eläkelaitoksiin, hoitoihin ja ystäviin. *Epävarmuutta* elämään aiheutti elämäntilanteen epävakaisuus, missä koko ajan piti huolehtia senhetkisen sairasloman päättymisestä, pyytää uusia lääkärinlausuntoja ja tehdä hakemuksia taas uudelleen vakuutus- ja eläkelaitoksiin. (Walle 1999, 33-35.) *Epävarmuutta* aiheutti myös ristiriita oman käsityksen ja asiantuntija -tiedon välillä (Sallinen 1997, 34). *Epävarmuutta* lisäsi myös, että kivun syytä ei ollut todettu lääketieteellisesti. Itsetunnolle olisi ollut parempi, että kivun olemassaolo olisi pystytty osoittamaan. Lisäksi heillä oli huoli paranemisesta. (Walle 1999, 33-35.)

Krooninen kipu aiheutti *jaksamattomuutta*, joka henkisellä puolella kulutti voimavaroja. Henkinen jaksamattomuus saattoi näkyä aloitekyvyttömyytenä, haluttomuutena tai kiinnostuksen puutteena. Kipupotilaat kuvasivat myös sosiaalisiin suhteisiin liittyvää väsymystä; sosiaalisen roolin säilyttäminen koettiin uuvuttavana. Vaikeina kipujaksoina esiintyi sekä sisäistä välinpitämättömyyttä että toivottomuutta. Elämänväsymykseen liittyi katastrofijattelua, itsetuhoisia pohdintoja ja kuoleman tai lopullisen helpotuksen toive. (Sallinen 1997, 41-42.)

Kipua ja kärsimystä pidetään useasti toistensa synonyymeinä. Näin ei kuitenkaan ole, vaan kärsimys on laajempi käsite, jossa kipu voi olla yksi seuraus. *Kärsimys* voi aiheuttaa kipua, mutta voi olla kipua ilman kärsimystä. Kärsimys käsitti kestävää, jotakin epämiellyttävää ja epäsopivaa, menetystä tai vauriota, tai kykenemättömyyden tunnetta. Kärsimys johti minäkuvan heikkenemiseen. Monet potilaat surivat itsearvostuksen menetystä ja he tarvitsivat aikaa määritelläkseen mikä on uusi minä. (Chapman & Gavrin 1999, 2233–2235.)

Carson & Mitchellin (1998, 1246) tutkimuksessa potilaat toivoivat selviävänsä jokapäiväisestä elämästä. He toivoivat, että kivun hoitoon löytyisi oikeat lääkkeet ja hoitokeinot. Potilaat toivoivat pääsevänsä eroon liian voimakkaista lääkkeistä ja kuntoutuvansa siten, että he selviäisivät itsenäisesti jokapäiväisestä elämästä. *Toivo* paranemisesta oli vahvasti mukana kipupotilaiden elämässä. Sallisen (1997,50) tutkimuksessa potilaat esittivät toiveita fyysisen kunnon parantumisesta, työolojen muuttumisesta suotuisimmiksi sekä odotuksesta, että opittaisiin elämään kivun kanssa.

Seers ja Friedlin (1996, 1165) tutkimuksen tuloksena oli, että kipu muutti persoonallisuutta. Pitkäaikainen kipu vei itseluottamuksen ja sai tuntemaan, ettei enää ole se ”entinen minä”. *Minän muutoksessa* esiintyi ristiriitaa oman vaatimus- ja suoritustason välillä. Naiset kokivat naiseuden ja itsearvon vähentyneen. Sairauden aikana joutui pohtimaan omia arvojaan ja asenteitaan, miettimään mikä on keskeistä naisena, vaimona, äitinä ja

ihmisenä olemisessa. Lisäksi kipupotilaat joutuivat luopumaan omista ihanteistaan ja mielikuvistaan sekä hyväksymään perheen työnjaon muuttumisen. (Sallinen 1997, 43.)

*Sopeutumista* kroonisen kivun kanssa elämiseen kuvaa, että joissakin tutkimuksissa kroonisella kivulla todettiin olevan myös myönteisiä vaikutuksia potilaan elämässä. Carson ja Mitchell (1998, 1245) kuvaavat, että potilaiden suvaitsevaisuus ja kärsivällisyys oli kasvanut. Jotkut olivat kehittyneet ihmisenä (Seers & Friedli 1996, 1165). Pitkäaikaista kipua sairastavat kokivat saavansa voimaa läheisiltä, he tunsivat olevansa *merkittäviä* ihmisiä heille. Hyväksytyksi tulemisen tunnetta kuvaa, että kipupotilaat kokivat tullessa ymmärretyiksi ja että muut ihmiset uskoivat kipuun. Potilaiden kokemat onnistumiset kotitöissä ja työelämässä lisäsivät pätevyyden tunnetta. He olivat löytäneet uusia mielihyvää tuottavia asioita elämäänsä. Kivun hallinnassa *mielihyvähakemuksilla* oli merkittävä yhteys kivun kokemuksiin. Kaikenlainen puuhailu auttoi suuntaamaan ajatuksia muualle. Puuhailu saattoi olla aktiivista liikkumista, puutarha- tai taloustöitä, lukemista tai musiikin kuuntelua. Mielihyvähakemuksista pyrittiin pitämään kiinni viimeiseen saakka, vaikka ne joillakin kipupotilailla saattoivat aiheuttaa fyysisten oireiden pahentumista. Mielihyvähakemukset edustivat potilaille hyvää ja toivottua elämisen laatua. Voimakkaita kiputilanteissa keskittymiskyky kärsi ja usein vain lääkkeiden ottaminen toi lievitystä. (Sallinen 1997, 49.) Kaiken kaikkiaan heidän itsetuntonsa oli vahvistunut. Lisäksi he olivat tottuneet jatkuvaan kipuun. Tärkeinä he kokivat yrittämisen ja omien rajojen tiedostamisen. He olivat oppineet hyväksymään tilanteensa ja *tulemaan toimeen kipunsa kanssa*. (Walle 1999, 41-43.)

Sallisen (1997, 53) tutkimuksessa *pärjäämisellä* fibromyalgiapotilaat tarkoittivat fibromyalgian oireiden itsenäistä hallitsemista, muuttuneen minän hyväksymistä, sairauden aiheuttamien rajoitusten tunnistamista, mutta ei alistumista. Sopeutumista krooniseen kipuun auttoi perheen ja muiden läheisten tuki ja ymmärrys. Mielekäs ja haastava työ vahvisti pärjäämistä. Murtumiselle oli taas ominaista kipujen hallitsemattomuuden lisäksi sosiaalisen tuen puute sekä kotona että työssä, luopuminen ja luovuttaminen sekä pelko tulevaisuudesta. Murtumista lisäsi myös muuttuneen minän hylkiminen. Kivun kanssa eläminen oli jatkuvaa tasapainoilua jaksamisen ja uupumisen, pärjäämisen ja murtumisen välillä. (Sallinen 1997, 52.)

Kipupotilaille kipu *merkitsee* hyvin erilaisia asioita. Kivun merkityssisältöjä kartoittavassa tutkimuksessa (2000) kivun merkitykset luokiteltiin neljään eri luokkaan. Kipu *nujertajana* johti usein passiiviseen alistumiseen ja hyväksymiseen. Iän myötä ja kivun kasvaessa kokemus kivun nujertavuudesta voimistui. Kivun kokeminen *henkisenä kasvuna* lisäsi itsetuntemusta ja oman minuuden rajoista. Kivun ollessa *omassa hallinnassa* potilaat kokivat voivansa itse vaikuttaa kipuun. Kivun oli *konkreettinen vaikuttaja* jokapäiväisessä elämisessä. (Raninen 2002, 27-30.) Kipu nähtiin myös *opettajana ja ohjaajana*, joka järjesti elämän arvot uudelleen ja muutti samalla asenteita elämään ja muihin ihmisiin. Kivun nähtiin opettavan ymmärtävää, maltillisuutta, kärsivällisyyttä. (Sarvimäki ym. 2001, 19.) Potilaat eivät halunneet antautua kivun ja epätoivon valtaan, mitä ehkäisi potilaiden sinnikkyys, optimistisuus ja toivo (Vartiainen 2000, 22). Elämä kroonisen kivun kanssa oli kuitenkin jatkuvaa kamppailua siitä kumpi hallitsee elämää, kipu vai ihminen. Onnistuessaan hallitsemaan kipua tuloksena oli ihmisenä kasvaminen ja kehittyminen, joka koski myös perheen kehittymistä. (Sarvimäki ym. 2001 20.)

### **2.3 Kipupotilaiden selviytyminen kroonisen kivun kanssa**

### 2.3.1 Selviytyminen käsitteenä

Selviytymisellä (coping) tarkoitetaan Lazaruksen ja Folkmanin (1984, 141) mukaan yksilön jatkuvasti muuttuvaa kognitiivisesta ja toiminnallista yritystä hallita, sietää ja vähentää ulkoisia ja/tai sisäisiä vaatimuksia sekä niiden välisiä ristiriitoja, jotka arvioidaan rasitteeksi tai ylivoimaiseksi suhteessa yksilön voimavaroihin. Se on dynaaminen ja muuttuva prosessi, jossa toimintaa arvioidaan jatkuvasti. Yksilön selviytymiseen vaikuttavat hänen voimavaransa. Niitä ovat persoonallisuus, positiivinen elämänasenne, terveyden tila, kognitiiviset ja fyysiset tekijät, sosiaaliset taidot, sosiaalinen verkosto ja taloudellinen tilanne. (Lazarus & Folkman 1984, 141; McHaffie 1992; 937-939, Uutela 1992, 177.)

Selviytymisellä tavoitellaan koherenssin tunnetta, jolla tarkoitetaan elämän ymmärtämistä, sen hallintaa ja mielekkyykokemuksia (McHaffie 1992, 937; Uutela 1994, 39; Webb 1996, 966). Selviytymiseen vaikuttaa yksilön hallintakäsitykset (locus of control), joilla tarkoitetaan yksilön käsitystä siitä, missä määrin hän uskoo itse voivansa vaikuttaa terveyteensä tai sairauteensa. Hallintakäsitysten on todettu liittyvän yksilön kivun kokemiseen, kivun vaikeusasteeseen ja odotuksiin kivun hoitonsa suhteen. (Härkäpää 1992, 5-9.)

Selviytymisprosessissaan yksilö käyttää erilaisia selviytymiskeinoja (coping styles). Selviytymiskeinot ovat psyykkisiä ja fyysisiä ongelmanratkaisun apuvälineitä, jotka sisältävät kognitiivisia, käyttäytymisen ja motivaation ominaisuuksia. Ne jaotellaan usein ongelma- (problem-focued) ja tunnesuuntautuneeseen (emotion-focued coping) selviytymiseen. Ongelmasuuntautuneessa toiminnassa yksilö arvioi haastavaa tilannetta ja pyrkii rakentamaan siihen tyydyttävää ratkaisua. Siihen sisältyvät ongelman määrittely, vaihtoehtoisten ratkaisujen kehittäminen ja niiden arviointi, valinnat ja niiden toteuttaminen. Ongelmasuuntautuneessa toiminnassa haetaan tietoa ja tukea esimerkiksi perheeltä, ystäviltä tai terveydenhuollon henkilöstöltä. Yksilö tavoittelee muutosta muuttamalla omia tavoitteitaan tai etsimällä uusia tyydytyksen lähteitä. Tunnesuuntautunut toiminta pyrkii saavuttamaan yksilössä tasapainotilan käsittelemällä vaikean tilanteen aiheuttamia tunteita. Siinä yksilö pyrkii ylläpitämään toivoa ja kontrolloimaan tunteitaan. Yksilö sallii itselleen erilaiset tunnepurkaukset, kuten itkemisen, huutamisen tai vihantunteet. Tunnesuuntautuneeseen toimintaan saattaa liittyä myös alistuvaa tilanteen hyväksymistä, jossa yksilö uskoo kohtaloon ja luopuu ratkaisuyrityksistä. (Lazarus & Folkman 1984, 139–140; Moss 1986, 14-19.) Moss (1986) liittyy vielä arviointisuuntautuneeseen (appraisal-focued coping) toiminnan yksilön tavallisimpiin selviytymiskeinoihin. Siihen sisältyy yksilön yritykset ymmärtää ja löytää merkitys kohtaamalleen kriisille. Tilanteen analyysissä ja henkisessä valmistelussa yksilö arvioi tilannetta jakamalla sen pienempiin osasiin, pohtii aikaisempia ratkaisuvaihtoehtoja samankaltaisissa tilanteissa ja niiden ratkaisujen seuraamuksia. Toisaalta yksilö hyväksyy asiat realistisesti ja ajattelee myönteisesti. Yksilö muistuttaa itselleen asioiden voivan olevan vieläkin huonommin, vertaa tilannettaan muihin ihmisiin tai ajattelee tällä kriisillä olevan joitakin myönteisiä seuraamuksia. Lisäksi arviointisuuntautuneeseen toimintaan sisältyy välttämisen- tai kieltämiskäyttäytymistä. (Moss 1986. 14-16.)

Nykyisin käytetään käsitettä *kivunhallinta* (pain management, pain control) kuvaamaan yksilön selviytymistä kroonisen kivun kanssa. Kivunhallinta on yksilön toteuttamaa onnistunutta kivun hoitoa, jossa yksilö käyttää eri



kivun lievitysmenetelmiä ja arvioi näiden menetelmien vaikutusta kokemaansa kipuun. Kivun säätely on kivun vaikutusten vähentämistä eri tilanteissa. Itseluottamus on yksilön käsitys siitä, kuinka hän voi vaikuttaa itse kipuun. (Davis 1992, 81.) Tässä tutkimuksessa kivunhallinta nähdään selviytymisen yläkäsitteenä, jossa kipupotilas tiedostaa omat voimavaransa ja käyttää erilaisia dynaamisia menetelmiä lievittääkseen kipua.

### 2.3.2 Kipupotilaiden selviytymiskeinot kroonisen kivun kanssa

Krooninen kipu on pysyvä stressitekijä, joka lisää elämän rasittavuutta ja kaventaa selviytymiseen tarvittavia voimavaroja. Yksilön omat selviytymiskeinot ovat eräs tärkeä tekijä, josta riippuu aiheuttaako kipu pientä arkielämän häiritsevyyttä vai totaalista kyvyttömyyttä. (Haythornthwaite, Menefee, Heinberg, & Clara 1998, 33.) Large ja Strongin (1997) tutkimuksessa kipupotilaiden mielikuva selviytyjästä sisälsi seuraavanlaisia piirteitä: luottamus tulevaisuuteen, kivun hallitseminen, aktiivinen, hyväntuulinen, rajojen asettaminen itselleen, kivun hyväksyminen, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja ulkonäöstä huolehtiminen. Kivun hyväksyminen on McCracken (1998, 22) mukaan sitä, että kipupotilas myöntää kivun olemassaolon, luopuu toivottomista yrityksistä poistaa kipu kokonaan, käyttäytyy tavalla että kipu ei välttämättä edellytä toimintakyvyttömyyttä ja on kykenevä yrittämään elää elämäänsä kivusta huolimatta.

Krooninen kipupotilas käyttää aktiivisia selviytymiskeinoja (esim. huomion suuntaaminen toisaalle, mielihyvää tuottavien asioiden tekeminen, kivun ottaminen haasteena, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen) silloin, kun hän yrittää hallita kipuansa tai toimii kivusta huolimatta. Passiivisia selviytymiskeinoja (esimerkiksi lepääminen, toivottomuus, rukoileminen, uskoon turvautuminen, usko lääkäreiden parantavan) käyttäessään yksilö luovuttaa kivunhallinnan toisille ja tekeytyy uhrin asemaan. Selkeätä rajaa näiden kahden välillä ei voi tehdä, sillä esimerkiksi kipulääkkeen ottaminen voi olla passiivista, mutta toisaalta aktiivista potilaan toteuttaessa kivun hoitoa. (Snow-Turek, Norris & Tan 1996, 455–460.) Toiminnallisia menetelmiä käyttäessään kipupotilas kertoo kivusta, käyttää lääkkeitä, lepoa sekä kylmä- ja lämpöhoitoja. Kognitiivisia menetelmiä käyttäessään he erittelevät kivun olemusta ja sen vaikuttavuutta sekä pyrkivät välttämään katastrofijatuksia. He sitoutuvat hoitoonsa ja heidän itsetuntemuksensa vahvistuu. (Crow, Olivet, Burry-Stock & VanderMeer 1996; Davis & Atwood 1996; Lin & Ward 1996; Robinson, Riley, Myers, Sadler, Kvaal, Geisser & Keefe 1997.) Geisser, Robinson, ja Hensonin (1994) tutkimuksen tuloksena oli, että rukoileminen, toivominen ja katastrofijattelu olivat yhteydessä huonompaan kivusta selviytymiseen. Kivun hallinnantunne ja vähentynyt kipu olivat yhteydessä parempaan kroonisesta kivusta selviytymiseen. Katastrofijattelulla (kivun negatiivisen seurauksien odottaminen tai sureminen) oli yhteyttä masentuneisuuteen, lisääntyneeseen kipuun, fyysiseen ja psykososiaaliseen kykenemättömyyteen, joka aiheutti paljon erilaisia elämän ongelmia (Geisser ym 1994; Turner, Jensen & Romano 2000).

Kroonista kipua sairastavan myönteisellä ajattelutavalla, hallinnantunteella ja uskomuksilla on selkeä yhteys kivusta selviytymiseen (Lynch, Agre, Powers & Sherman 1996, Haythornthwaite ym. 1998; Kugelmann 1999; Turner ym. 2000.) Kipupotilailla, jotka olivat optimistisempia tulevaisuuden suhteen, havaittiin vahvempaa kivunhallintaa ja pysyvämpiä selviytymiskeinoja. Pessimistisemmän elämänasenteen omaavilla kipupotilailla kipu oli huomontavasti yhteydessä työkykyyn, mielialaan, ihmissuhteisiin ja yleiseen elämän tyytyväisyyteen. (Lynch ym. 1996, Goldberg 1999.) Vahva kivunhallinnan tunne ennustaa vähäisempää kipua,

toimintakyvyttömyyttä ja vähäisempää kipukäyttäytymistä, suurempaa sinnikkyyttä fyysisissä haasteissa sekä parempaa psyykkistä hyvinvointia (Haythornthwaite ym. 1998, 34). Useat tutkimukset osoittavat, että uskomukset kivusta (esimerkiksi kykenee hallitsemaan kipuaan tai on toimintakyvyn kivun vuoksi) ja selviytymiskeinot ovat yhteydessä kivun voimakkuuteen, psykososiaaliseen ja fyysiseen toimintakykyyn (Keefe, Salley & Lefebvre 1992; Jensen & Karoly 1991, 1992; Jensen, Turner, Romano & Lawler 1994; Martin, Bradley, Alexander, Alarcon, Aaron & Alberts 1996; Robinson ym. 1997). Uskominen, että kaikenlainen kipu on haitallista, ennustaa fyysisen toimintakyvyn heikentymistä, työkyvyttömyyttä ja välttämiskäyttäytymistä elämän eri alueilla (McCracken 1998, 22).

Etenkin Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa monialaiset kipuklinikat ovat kehittäneet kuntoutusohjelmia, joiden keskeisenä tarkoituksena on vaikuttaa kipupotilaiden asenteisiin ja käsityksiin kivusta ja omasta itsestään (Vainio 1995, 2416). Niiden teoreettisena viitekehysenä on oppimisterapeuttinen ja kognitiivis-behavioraalinen viitekehys. Hoitoa toteuttaa moniammatillinen tiimi, jossa on mukana kivunhoitoon erikoistunut lääkäri, psykologi, psykiatri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kipuhoitaja, sosiaalityöntekijä sekä kuntoutusalan muita asiantuntijoita. Kipupotilas on mukana tiimissä. Useissa tapauksissa realistisia hoidon tavoitteita ovat kivun väheneminen, fyysisen kunnon, mielialan ja unen paraneminen, omien selviytymiskeinojen kartoittaminen ja joskus työhön paluu. (Vainio 1995, 2416; Ashburn & Staats 1999.)

Kroonisen kipupotilaan kuntoutusohjelmissa on erilaisia sisältöjä ja menetelmiä. Niissä opetellaan rentoutumistekniikoita, biofeedpalautetta, mielikuvaharjoittelua, fysioterapiaa, lihaharjoittelua, hypnoosia tai akupunktuuria. Yksilö- ja/tai ryhmäistunnoissa keskustellaan liikunnasta, ravitsemuksesta, kivusta, ongelmanratkaisukeinoista ja sitoutumisesta hoitoon. (Walker 1998; Ashburn & Staats 1999, Goldberg 1999.) Erilaisia tutkimustuloksia löytyy näiden kuntoutusohjelmien tuloksellisuudesta. Alaselän kroonisessa kivussa fysioterapia, lihaharjoittelu ja aerobinen liikunta vähensivät kipua ja välttämiskäyttäytymistä (Keller 2000). Erilaiset kroonisille kipupotilaille suunnatut hoito-ohjelmat vaikuttivat yleensä myönteisesti aktiivisuuteen ja elämänlaatuun sekä ne vähensivät masentuneisuutta, kipua ja uupumusta (Cole 1998; LeFort, Gray-Donald, Rowat & Jeans 1998; McCracken 1998; Walker 1998; Corrado & Gottlieb 1999). Kipupotilaan kyky käyttää joustavasti erilaisia selviytymiskeinoja oli yhteydessä vahvempaan kivunhallintaan (Haythornthwaite ym. 1998, 34–36). Tutkimustulokset ovat ristiriitaisia siinä, miten erilaiset interventiot auttavat kivusta kärsiviä. Lisätutkimuksia tarvitaan siitä, mitkä selviytymiskeinot auttavat parhaiten kivunhallinnassa. (Haythornthwaite ym. 1998, 34; McCracken 1998, 21.)

Ryhmän tuella on suuri merkitys kroonisesta kivusta kuntoutumiseen, koska ryhmäkuntoutuksessa on mahdollista ideoida uudenlaisia selviytymiskeinoja sekä vaihtoehtoisia ajattelu- ja suhtautumistapoja. Kipurymässä kokemusten jakaminen ja vertaistuen saaminen on tärkeää. (Heikkonen 1998; Herranen 2001.) Seurantatutkimuksissa on todettu, että kipukuntoutukseen osallistujien toimintakyky on parantunut, liikkumisen pelko on lieventynyt, masentuneisuus ja kivun määrä ovat vähentyneet (Herranen 2001, 13-14). Lisäksi terveydenhuollon palveluiden käyttö oli vähentynyt (Subramaniam, Stewart & Smith 1999).

Suomessakin on alettu soveltaa ruotsalaisen Gunilla Bratbergin kehittämää kipumestarikoulutusta. Kipuverstaalla kouluttajina toimivat kipupotilaat, jotka ovat pätevytyneet kipumestarikoulutuksen jälkeen

ohjaajiksi. Ryhmissä käydään läpi Kipumestarin työkalu -kirjaa, jossa erilaisten tehtävien avulla työstetään itsensä tuntemista, kipuaan ja tapaa suhtautua asioihin. Ryhmässä jaetaan kokemuksia ja työstetään erilaisia tuntemuksia. Erityisen tärkeää on kohdata kroonisesta kivusta aiheutuvaa luopumista ja näihin menetyksiin liittyvää surua. Surutyölle, muutokselle, itsensä kohtaamiselle ja ihmisenä kasvamiselle on annettava aikaa. Siksi tie kipumestariksi vie puolesta vuodesta vuoteen. Kipuverstas on tärkeä kokoontumispaikka kipupotilaille. He ovat kokeneet saavansa esikuvia selviytymiseen, toivoa, voimia, tietoa, tukea, ystäviä, turvallisuutta, apua itsensä auttamiseen, kokemusten jakamista sekä kasvaneet ihmisenä. (Brattberg 2001; Kukkonen, Leppänen & Vaenerberg 2001, 15-17.) Suomessa kipumestari-koulutusta on sovellettu siten, että koulutusta vetää kipupoliklinikan sairaanhoitaja yhdessä psykiatrin kanssa (Herranen 2001, 14).

Kroonisesta kivusta selviytyy paremmin, jos on toimiva hoitosuhde terveydenhuoltoon. Perusvastuu kivunhoidon toteuttamisesta on perusterveydenhuollolla ja omalääkäri konsultoi eri alojen asiantuntijoita. Tärkeää on tunnistaa krooninen kipupotilas, jotta voidaan ajoissa lähettää hänet asiantuntijan luokse. Koska Suomesta puuttuu selkeät mallit kivunhoidon järjestämiseksi, johtaa se kipupotilaiden ajalehtimiseen tutkimus- ja hoitopaikasta toiseen. Monesti myös hoitolinjat (esimerkiksi lepo, fysikaaliset hoidot) suosivat passiivisten kivunhallintakeinojen kehittymistä. Suomessa toimii yliopistollisten sairaaloiden ja keskussairaaloiden yhteydessä kipuklinikoita/-poliklinikoita. Kipuklinikoilla käyvät potilaat, jotka eivät ole hyötäneet tavanomaisista lääketieteellisestä kivunhoidosta, potilaat, joilla kipu vaikeuttaa huomattavasti elämää ja potilaat, joilla kipuun liittyy merkittävästi psykososiaalisia ongelmia. Koska maassamme toimivat kipupoliklinikat ovat ruuhkautuneita, tarvitaan jatkuvaa yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten kesken. Voimavarat on kohdistettava tukemaan kipupotilasta elämään mahdollisimman normaalia elämää. Hoidon tavoitteena ei voi olla kivuttomuus vaan kivun lievittäminen ja kivun kanssa selviytyminen.

(Forsell & Heikkonen 2000, 7-9; Aho & Kääpä 2000, 17-18; Nuutinen 2001, 9.)

#### **2.4 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista**

Kipu on aina yksilöllinen, persoonallinen kokemus, jota on vaikea selittää. Kipuaistimus itsessään on monimutkainen fysiologisen tapahtuman ja psyykkisen kokemuksen yhteistulos. Kivun kokemiseen ja ilmaisemiseen vaikuttavat monet eri tekijät, jotka muovaavat kipupotilaan henkilökohtaista kipuongelmaa. Krooninen eli pitkäaikainen kipu nähdään kipuhermoston patofysiologisena tilana, ja toisaalta hitaana, muuttavana ja vaikeasti havaittavana dynaamisena vuorovaikutusprosessina. Krooninen kipu on biopsykososiaalinen ilmiö ja sen moniulotteisuuden vuoksi sitä on tarkasteltava kokonaiskivun näkökulmasta. Kroonisen kivun aiheuttamat haitat ulottuvat eri hyvinvoinnin (psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja henkinen) osa-alueille, koskien kipupotilasta että koko yhteiskuntaa. Selviytyäkseen kroonisen kivun kanssa kipupotilaat käyttävät erilaisia kivunhallintamenetelmiä. He tarvitsevat terveydenhuoltohenkilöstön apua selviytyäkseen kipunsa kanssa. Moniammatillisessa yhteistyössä tuetaan kipupotilaan voimavaroja ja selviytymistä kivun kanssa, toimitaan yhteistyössä potilaan kanssa valittaessa erilaisia kivunhoitomenetelmiä sekä opetetaan kotona tehtäviä kivunlievitysmenetelmiä.

Liitteessä 1 esitetään tutkimuksia kroonisen kivun vaikutuksista arkielämässä ja liitteessä 2 tutkimuksia selviytymisestä kroonisen kivun kanssa.

### **3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kroonista kipua sairastavien potilaiden kipukokemuksia, kroonisen kivun vaikutuksia heidän arkielämässään ja kivun kanssa selviytymistä. Tutkimuksen tavoitteena on kokemuksellisen tiedon avulla luoda edellytyksiä tämän asiakasryhmän hoitotyön kehittämiseksi. Tutkimustehtävinä olivat seuraavat:

1. Millaisena potilaat kokevat kroonisen kivun?
2. Minkälaisia vaikutuksia kroonisella kivulla on potilaan arkielämässä?
3. Miten potilaat kokevat selviytyvänsä kroonisen kivun kanssa?
4. Millaisena potilaat ovat kokeneet terveydenhuoltohenkilöstön tuen heidän selviytymisessään pitkäaikaisen sairauden aikana?
5. Mitkä ovat potilaan toiveet ja odotukset tulevaa kipupoliklinikkaa kohtaan?

## **4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat**

Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu aiheisiin, josta vielä ei ole paljon tutkimustietoa. Kvalitatiivisella tutkimuksella pyritään selittämään, kuvailemaan tai ymmärtämään melko tutkimattomia ilmiöitä ja persoonallisia kokemuksia etenemällä induktiivisesti. Kvalitatiivista tutkimusta käytetään tarkastettaessa ilmiötä sisältäpäin eli sellaisina kuin asianosaiset sen itse näkevät, kokevat ja kuvailevat omasta näkökulmastaan. (Carter 1985, 27-32; Field & Morse 1988, 24.)

Hoitotieteessä on tutkittu vähän kroonisesta kivusta kärsiviä ihmisiä ja kuinka he selviytyvät kipunsa kanssa. Kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu tähän tutkimukseen, koska kiinnostuksen kohteena ovat kroonista kipua sairastavien ihmisten subjektiiviset kokemukset. Krooninen kipu on hyvin henkilökohtainen kokemus, jota on vaikea kuvailla muutoin kuin verbaalisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on päämääränä ymmärtää niitä merkityksiä, joita tutkittavat itse omalle toiminnalleen antavat ja joiden avulla he elämäänsä ja ympäristöönsä jäsentävät. Tässä tutkimuksessa päämääränä on ymmärtää kipupotilaan arkielämää ja selviytymistä kroonisen kivun kanssa. Laadullisella menetelmällä on mahdollisuus saada monipuolisempaa ja syvällisempää tietoa kipupotilaiden ainutlaatuisesta elämästä. (Hill Baley 1997, 19-20; Taft & Liehr 1998, 221 –226.)

#### **4.2 Tutkimukseen osallistujat**

Kohderyhmänä olivat Kanta-Hämeen keskussairaalan päiväkirurgian, neurologian ja fysiatrian poliklinikoiden kroonista kipua sairastavat asiakkaat. Tutkimukseen osallistuneiden valintakriteereinä olivat seuraavat: 1) kipu on kestänyt yli kuusi kuukautta, 2) potilas on työikäinen ja 3) potilas ei sairasta syöpää. Tutkimuslupa haettiin eettiseltä toimikunnalta tammikuussa 2001 ja se saatiin helmikuussa. Tutkimusaineisto kerättiin maaliskuusta kesäkuuhun.

Poliklinikan sairaanhoitaja/fysioterapeutti kertoi tutkimuksesta asiakkailleen (liite 3) ja kysyi lupaa välittää heidän yhteystietonsa tutkijalle. Yhteystiedot (liite 4) saatuaan kerrottiin puhelimesta tarkemmin tutkimuksesta, kysyttiin heidän kipuhistoriaansa ja kivun aiheuttamaa haittaa sekä heidän halukkuuttaan osallistua tähän tutkimukseen.

Yksi haastateltava hankittiin paikallislehden kirjoituksen avulla. Hän oli kirjoittanut kirjan omista kokemuksistaan kipupotilaana. Kirja ”Ihmeellisten oireiden nainen” on mukana tutkimuksen aineistossa kirjoittajan luvalla. Kirja kertoo erään perheen äidin selkäleikkauksen jälkeen jääneestä kroonisesta kivusta, joka tekee arjesta kamppailun särkyä ja tuskaa vastaan. Kirja kuvaa hyvin hänen tuntemuksiaan ja kokemuksiaan kipupotilaana terveydenhuoltojärjestelmässä ja kamppailusta kivun kanssa selviytymisestä. Kirjoittaja kuvaa henkilökohtaisesti arkojakin asioita ja näin se avarsi muuta tutkimusaineistoa.

Tutkimukseen osallistui 5 naista ja 2 miestä. Yksi mies perui tutkimukseen osallistumisen. Haastateltavat olivat iältään 30 – 63-vuotiaita. Kolme oli sairauslomalla, kaksi sairaseläkkeellä, yksi kuntoutustuella ja yksi töissä. Haastateltavien kipu oli kestänyt 10 kuukaudesta 11 vuoteen (keskimäärin neljä vuotta). Kolmella ensisijainen kipu oli selässä, kahdella alaraajoissa ja kahdella rinnan tai ylävatsan alueella. Muita kipupisteitä esiintyi haastateltavilla jaloissa, selässä, hartioissa ja pään alueella.

### 4.3 Aineiston hankinta

Aineiston keruu laadullisessa tutkimuksessa voidaan toteuttaa haastattelemalla, havainnoimalla, kirjallisella kyselyllä tai kirjallista materiaalia tutkimalla (Field & Morse 1988 ,79; Eskola & Suoranta 2000, 85). Tässä tutkimuksessa käytettiin haastattelua ja kyselylomaketta, jossa kysyttiin taustatietoja ja kroonisen kivun aiheuttamaa haittaa numeraalisesti arvioituna. Haastattelumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka sopii tutkittaessa ilmiötä, jota ei ole tutkittu paljon. Se on haastattelumenetelmä, jossa haastattelun aihepiirit, teemat, ovat etukäteen tiedossa ja toimivat haastattelijan muistilistana ja keskustelun ohjaavina tekijöinä. Kysymyksillä ei ole haastattelussa tarkkaa muotoa tai järjestystä, vaan haastateltavan annetaan vapaasti vastata. Tutkija voi tarvittaessa esittää selventäviä ja syventäviä lisäkysymyksiä. (Hirsijärvi & Hurme 1995, 44-52; Eskola & Suoranta 2000, 86-87.)

Teemahaastattelurungon rakentamista ohjasivat tieto tutkittavasta kohteesta sekä tutkijan oma kiinnostus ja kokemus kipupotilaista. Lisäksi aikaisempien tutkimuksien ja kirjallisuuden tuottama tieto vaikutti teemojen valintaan. Itse haastattelutilanteissa teemat jäsensivät keskustelua ja oli helppo varmistaa, että samat teema-alueet tuli käytyä läpi kaikkien haastateltavien kanssa. Tutkimushaastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa haastattelijalta vaaditaan herkkyyttä seurata keskustelun etenemistä syventävien lisäkysymysten esittämiseksi. Haastateltava itse määrittää haastattelun syvyyden; toisten ihmisten on helpompi puhua intiimeistä yksityisasioista ja silloin voi haastattelijat tehdä lisäkysymyksiä tältä alueelta. Tutkijan on kuitenkin aina varmistettava, että tutkimuksen kannalta saadaan riittävästi yksityiskohtaista tietoa tärkeimmistä kysymyksistä, jotta haastateltavia voisi verrata keskenään. (May 1991, 193-194.)

Haastattelurungoksi valittiin viisi väljää teemaa. Teema-alueet (liite 5) käsittelivät potilaan kipukokemusta, kroonisen kivun vaikutuksia potilaan arkielämään, potilaan selviytymistä kroonisen kivun kanssa, kipupotilaan kokemusta terveydenhuoltohenkilöstön tuesta sekä potilaiden toiveita ja odotuksia tulevaa kipupoliklinikkaan kohtaan. Lisäksi teemat muodostivat konkreettisen kehikon, jonka avulla analysoin aluksi aineistoani.

Haastattelut suoritettiin tutkittavien kotona tai haastateltavien itse valitsemassa paikassa. Joidenkin haastateltavien kohdalla piti ottaa huomioon kivun aiheuttama rajoite ja eräänkin haastateltavan paras asento oli makuulla jalat tukityynyjen päällä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella. Nauhurin käyttö ei tuntunut häiritsevän tunnelmaa ja tiedonantoa. Yhdessä haastattelussa nauhurista loppui patterit ja jouduimme ottamaan noin 20 minuuttia uusiksi. Haastattelut kestivät 45 minuutista 2,5 tuntiin.

Haastatteluaineistoa alkoi kerääntyä runsaasti ja se oli sisällöltään rikasta, joten seitsemää haastattelua pidettiin riittävänä tutkimusaineistoksi. Lisäksi analysoitiin haasteluaineistoon lisäinformaatiota antavana myös erään haastateltavan kirjoittama kipupotilaan elämästä kertova kirja. Kirjasta analysoitiin vain ne tutkimustehtäviin liittyvät asiat, mitkä eivät tulleet esille haastatteluissa. Pelkistetyt lauseet ryhmiteltiin viiden teeman mukaan ja lisättiin muun pelkistetyin aineiston joukkoon. Pelkistyksiä oli yhteensä 852 kappaletta.

Haastattelutilanteessa olisi haastattelijan saatava aikaan tunnelma, jossa tiedonantaja kokee olonsa niin turvalliseksi, että pystyy vapaasti kertomaan kokemuksistaan ja tunteistaan (Fontana & Frey 2000, 660-661). Haastattelujen aluksi tutkittava täytti kyselylomakkeen (liite 6). Käydessä sitä läpi yhdessä haastateltavan kanssa syntyi luonteva vuorovaikutus ja se johdatteli luontevasti teema-aiheisiin. Ilmapiiri oli useimmiten vapautunut ja avoin. Teemassa, joka käsitteli potilaiden toiveita ja odotuksia tulevaa kipupoliklinikkaa kohtaan, jouduttiin johdattelemaan joissakin haastatteluissa hieman vastausta. Eräillä haastateltavista ei ollut mitään tietoa kipupoliklinikasta. Tällöin joko kerrottiin jotakin siitä tai toisinaan esitettiin kysymys esimerkiksi, että ”eräs haastateltavista esitti tällaisia toiveita..., mitä mieltä sinä olet näistä?” Haastateltavat olivat enimmäkseen puheliaita ja välillä oli jopa vaikea asettaa kysymystä puhetulvan väliin. Tutkimusaihe koettiin tärkeäksi ja kotioloissa haastattelutilanne oli järjestetty mahdollisimman rauhalliseksi. Haastattelutilanteista muodostui luottamuksellisia ja näin saatiin monipuolista tietoa tutkittavien elämästä kroonisen kivun kanssa.

#### **4.4 Aineiston analyysi**

Tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen laadullista sisällön analyysiä. Sisällön analyysi on menettely, jolla voidaan analysoida dokumentteja järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Tavoitteena on saada tutkittava ilmiö tiivistettyyn muotoon. Sitä voidaan käyttää muun muassa päiväkirjojen, puheiden, raporttien, kirjojen, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja käsitteellistää tutkittavaa ilmiötä (Sandelowski 1995, 371-374). Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella tavalla induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa analyysissä lähdetään aineistosta, kun taas deduktiivisessa lähdetään aikaisemmasta käsitejärjestelmästä, jota hyväksi käyttäen aineisto luokitellaan. Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista menetelmää, koska näin pystyy paremmin kuvailemaan kipupotilaan autenttisia kokemuksia elämästä kroonisen kivun kanssa. (Dey 1993, 52; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5.)

Dokumenttien käyttötarkoitukset ja -tavat tutkimuksessa riippuvat niistä kysymyksistä ja ongelmista, joihin etsitään vastausta. Dokumenttien voidaan katsoa sisältävän kahdenlaista tietoa välitöntä tietoa itsestään ja välillistä tietoa muista ilmiöistä. Niitä voidaan käyttää tutkimuksessa kahdella tavalla: niitä, niiden sisältöä, voidaan kuvata tai selittää sellaisenaan tai niiden nojalla voidaan kerätä tietoa tai tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. (Pietilä 1973, 22-23, 52.) Ennen analyysiä tutkija päättää, analysoiko hän vain sen mikä on selvästi ilmaistu dokumentissa vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. Tässä tutkimuksessa analysoitiin vain selvästi ilmaistuja viestejä.

Ennen analyysiä tutkija kirjoitti itse kaikki haastattelut tekstiksi. Auki kirjoitettua tekstiä kertyi 110 sivua. Tutkija piti haastattelupäiväkirjaa, johon kirjattiin haastattelujen jälkeen tutkijan omia tuntemuksia ja huomioita. Selkeästi jo siinä vaiheessa alkoi hahmottua samankaltaisia kokemuksellisia ”kiputarinoita”.

Analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, tosin voi käyttää myös lausetta, lausumaa ja ajatuskokonaisuutta. Joskus analyysiyksikköinä voidaan kuitenkin käyttää virkettä laajempaa yksikköä, jopa useammasta virkkeestä koostuvaa kappaletta. Kaikkia tämän tyyppisiä analyysiyksikköjä voidaan kuitenkin nimittää lausumiksi. (Pietilä 1973 104-111; Dey 1993, 95-97; Kyngäs & Vanhanen 1999,5; Ryan & Bernard 2000, 780.) Tässä tutkimuksessa valittiin analyysiyksiköksi lauseita tai lauseen osia, jotka ilmaisivat haastateltavan kokemusta kroonisesta kivusta ja sen vaikutuksista arkielämään, kipupotilaan selviytymistä kroonisen kivun kanssa, kipupotilaan kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstön tuesta pitkäaikaisen sairauden aikana sekä kipupotilaan toiveita ja odotuksia tulevaa kipupoliklinikkaa kohtaan.

Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan moneen kertaan läpi. Lukeminen on interaktiivista kysymysten tekoa aineistolle: mitä ja miksi tässä tapahtuu, kuka tässä sanoo, missä ja milloin tämä asia tapahtuu sekä mitä sitten? (Dey 1993, 83-84). Aineistoon tutustumisen jälkeen analyysin etenemistä säätelee se, ohjaako analyysiä aineisto vai ennalta valitut kategoriat, käsitteet, teemat tai käsitejärjestelmä. Sisällön analyysissä voidaan käyttää valmista viitekehystä, jonka avulla aineisto analysoidaan. Teemahaastattelussa on valmiit aihealueet, joiden sisällä voidaan edetä induktiivisen analyysin mukaan. Tässä tutkimuksessa käytettiin tutkimuskysymyksiin liittyviä teema-alueita alustavana analyysirunkona. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.)

Induktiivisessa sisällön analyysissä analyysiprosessi kuvataan aineistoa pelkistäen, ryhmitellen tai abstrahoiden. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmauksia, jotka antavat vastauksen tutkimustehtävään. Ennen pelkistämistä haastattelut luettiin useita kertoja läpi kokonaisuuden hahmottamiseksi. Tutkija teki tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja alleviivasi eri värein eri teema-alueet. Sivumarginaaliin muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia. Kyngäs ja Vanhanen (1999, 11) katsovat, että



pelkistetyt ilmaisut ovat jo jonkin asteista tulkintaa alkuperäisilmaisuista. Pelkistyksissä pyrittiin säilyttämään alkuperäisen ajatuksen mahdollisimman tarkkaan. Esimerkkinä seuraava:

*”Se on kaikista pahinta, että en meinaa päästä sängystä ylös. Joudun olemaan sen kivun kanssa sängyssä kirjan kanssa tai telkkaria katsoen. Ne on niitä kaikkein ikävempiä tilanteita, kun sä olet niin lähellä kipua.”*

Pelkistus: Kipukohtauksessa olet liian lähellä kipua

Kirjoittaessa pelkistettyjä ilmauksia tietokoneelle koodattiin ne siten, että pystyttiin helposti löytämään kenestä haastateltavasta oli kyse ja miltä sivulta löytyi kyseinen alkuperäinen ilmaisu. Pelkistyyksiä oli 852 kpl lopullisessa muodossaan. Esimerkkeinä:

b3 (toinen haastateltava, sivu 3)

K32 (kirja ”Ihmeellisten oireitten nainen, sivu 32)

Tämän jälkeen ryhmiteltiin pelkistettyjä ilmauksia sen mukaan, mitkä ilmaisut olivat samankaltaisia eli esimerkiksi mistä samasta asiasta tai ilmiöstä ne kertoivat suhteutettuna tutkimuskysymyksiin ja mikä erotti ne vastaavasti toisista ryhmistä (Dey 1993, 55-62; Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7). Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan alakategoriaan ja kategorialle annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Ryhmittelyvaiheessa palattiin monta kertaa alkuperäisiin teksteihin ja lausumiin, ilmaisun asiayhteyden mieleen palauttamiseksi ja ottamaan kantaa tehtyihin tutkintoihin. Joitakin pelkistyyksiä jouduttiin vaihtamaan alakategoriasta toiseen sekä eri tutkimustehtävän mukaiseen ryhmään. Alakategorioiden nimeämisessä yritettiin mahdollisimman paljon tuoda ilmi tutkittavien kokemuksia kroonisen kivun kanssa elämisestä.

Analyysi jatkui yhdistelemällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Kategorioiden nimeämisessä voidaan käyttää apuna deduktiivista päättelyä eli niille annetaan jo aikaisemmin tuttu käsite tai sanapari. (Miles & Huberman 1994, 87-88,92; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-7; Ryan & Bernard 2000, 790.) Kategorioiden muodostaminen oli jatkuvaa vuoropuhelua aineiston kanssa ja sen varmistamista, että niistä löytyy yhteys alkuperäisiin ilmauksiin. Liitteessä 7 havainnollistetaan aineiston ryhmittelyä ja abstrahointia yläkategorioiksi.

Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta (Kyngäs & Vanhanen 1999,7). Analyysi jatkui edelleen muodostaessa yhdistäviä kategorioita. (liite 8)

Käsitteellistämistä jatketaan systemaattisesti niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja mahdollista ( Dey 1993, 70 –80). Tässä tutkimuksessa katsottiin aiheelliseksi muodostaa aineiston käsitteellistämiseksi vielä uusi luokka, pääkategoria. Tutkimuksen tuloksena muodostui 4 pääkategoriaa. Kuviossa 3 esitetään aineiston analyysin vaiheittainen eteneminen.

<b>1. Haastattelujen aukikirjoittaminen</b>
<b>2. Haastattelutekstien lukeminen moneen kertaan</b>
<b>3. Analyysiyksikön valinta ja alkuperäisilmaisujen alleviivaaminen tekstistä</b>
<b>4. Pelkistysten koodaaminen ja ajaminen tietokoneelle</b>
<b>5. Pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittely kategorioihin</b>
<b>6. Ala- ja yläkategorioiden sekä yhdistävien kategorioiden muodostaminen ja nimeäminen</b>
<b>7. Palaaminen edellisiin vaiheisiin, yhteyden tarkistus alkuperäiseen aineistoon</b>
<b>8. Pääkategorioiden muodostaminen</b>
<b>9. Tulosten tulkinta ja johtopäätösten teko</b>

KUVIO 3. Tutkimusaineiston analyysin eteneminen

Tuloksena sisällön analyysimenetelmällä tehdystä tutkimuksesta raportoidaan analyysin avulla muodostettu malli, käsitekartta, käsitejärjestelmä tai kategoriat. Lisäksi on tarpeellista kuvata kategoriat eli se, mitä kategoriat sisältävät. Suorien lainauksien tarkoitus on lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan tulee varmistua, ettei tutkittavia voida tunnistaa lainausten perusteella. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden aineistonsa ja tuloksen välisen yhteyden. (Kynge & Vanhanen 1999, 10; Hirsijärvi & Hurme 2000, 149-150; Ryan & Bernard 2000, 781.)

## **5. TUTKIMUSTULOKSET**

### **5.1 Kivun voimakkuus ja sen aiheuttama haitta**

Kivun voimakkuutta kysyttiin asteikolla 1-10. Koska kyseessä on subjektiivinen kipukokemus, ei arvoja voida täysin verrata keskenään, koska sama numeraalinen arvo voi tarkoittaa eri voimakkuutta eri ihmisillä. Tulokset esitetään kuitenkin taulukossa 2 ja kuvaillaan niitä, jotta muodostuu kuva, miten haastateltavat arvioivat kivun voimakkuutta.

TAULUKKO 2. Kivun voimakkuus haastateltavien arvioimana asteikolla 1-10

	Pahimmillaan viimeisen viikon aikana	Vähimmillään viimeisen viikon aikana	Keskimäärin viime viikolla	Juuri tällä hetkellä	Siedettävä/tavoiteltava kivun voimak.	Kipuongelman kesto
1. nainen	9	7	8	7	5	3,5 v
2. nainen	9	7	8	8	7	2,5 v
3. nainen	9	6	8	6	4	10 kk
4. nainen	9	7	8	6	4	5,5 v
5. nainen	10	4	6	5	4	11 v
1.mies	7	4	6	5	2	4 v
2. mies	7	5	6	5	3	2 v
Keskimäärin	9	6	7	6	4	4 v

Haastateltavat arvioivat kipuaan pahimmillaan keskimäärin yhdeksäksi kyseisenä haastattelu ajankohdan viikkona. Haastatteluhetkellä kipua oli asteikolla 5-8. Haastateltavien mielestä tavoiteltava/siedettävä kivun voimakkuuden taso voisi olla keskimäärin neljän tasoa. Huomioitavaa on, että eräs haastateltava asetti tavoitetasokseen niinkin korkean kuin seitsemän. Haastateltavien oli ajatellut asettavan tavoitetasoksi asteikon alimman eli yhden. Kipuongelman kesto ei vaikuttanut kivun voimakkuustasoa nostavasti tai alentavasti. Tässä tutkimuksessa miehet arvioivat kipuaan joka kohdassa keskimääräistä pienemmäksi.

TAULUKKO 3. Kivun aiheuttama haitta haastateltavien arvioimana asteikolla 1-10

	Jokapäiv. toiminta	Mieliala	Liikkuminen	Selviytyminen työstä/kotityö.	Ihmissuhteet	Nukkuminen	Kyky nauttia elämästä	Haastateltavien yksilöllinen ka	Kipuongelman kesto
1. nainen	7	6	9	7	5	6	6	6,6	3,5 v
2. nainen	10	3	10	10	3	10	2	6,9	2,5 v
3. nainen	9	10	9	8	8	10	10	9,1	10 kk
4. nainen	9	10	10	8	9	10	10	9,4	5,5 v
5. nainen	4	4	5	5	2	5	10	5,0	11 v
1. mies	6	8	8	8	8	9	7	7,7	4 v
2. mies	6	7	7	6	8	8	7	7,0	2 v
Km.	7	7	8	7	6	8	7	7,3	4 v

Taulukossa 3 kuvataan haastateltavien itsensä arvioimaa kivun aiheuttamaa haittaa arkielämässä. Kipu vaikeutti jokapäiväistä toimintaa 4-10 välillä. Mielialaan kipu vaikutti vaihtelevasti, 3-10 välillä. Kaksi naista koki kivun sillä hetkellä todella masentavaksi ja eräs nainen sanoi, että hän yrittää tehdä kaikkensa, ettei kipu vaikuta liikaa mielialaan ja siksi antoi arvosanaksi kolmosen eikä kahdeksikon. Kipu rajoitti liikkumista paljon (km. 8). Selviytymiseen kotitöistä/töistä kivun aiheuttamaa haittaa arvioitiin vaihtelevasti 5-10 välillä. Vain yksi haastateltavista oli töissä haastatteluhetkellä. Ihmissuhteisiin kipu vaikutti vaihtelevasti. Nukkumista kipu haittasi eniten, kolmella haastateltavista maksimissaan eli kymmenen tasolla. Joillakin haastateltavista kipu vaikeutti suuresti kykyyn nauttia elämästä kipu haittasi keskimäärin seitsemän. Haastateltavat kokivat, että pitkäaikainen kipu haittasi paljon jokapäiväistä elämää. Tässä tutkimuksessa miehillä ja naisilla ei esiintynyt eroavaisuuksia kivun haittaavuudessa.

Haastateltavien henkilökohtaiset keskiarvot kivun aiheuttamasta haitasta vaihtelivat 5,0 – 9,4 välillä. Kipuongelman kestolla ei näyttäisi olevan vaikutusta kokemuksiin kivun haittaavuudesta. Vaikuttavina tekijöinä saattoivat olla kivun hyväksymisprosessin vaihe, kivun sijainti ja millaista kivun hoitoa haastateltava sai sillä hetkellä. Jotkut heistä olivat hyväksyneet kivun osaksi elämää ja kivun hoito lääkityksineen oli kohdallaan ja näin he arvioivat kivun aiheuttamaa haittaa keskimääräistä (7,3) pienemmäksi.

## **5.2 Kipu subjektiivisena kokemuksena**

Haastateltavat ilmaisivat subjektiivista kipukokemustaan joko kuvailemalla kipua tai kipuun liittyviä tunnekokemuksia.

### **Kivun ilmaiseminen**

Kipupotilaat pyrkivät salaamaan muilta kipuaan. Irvisteltiin sisäänpäin tai oltiin hiljaa ja näin haluttiin peitellä kivuliaisuutta. Läheiset näkivät kuitenkin kivuliaisuuden kasvojen ilmeistä tai kävelytyylistä. Haastateltavat saattoivat kotona näyttää olevansa kipeitä ja kertoivat muille kivuistaan, jotta perheen jäsenet ymmärsivät hänen väsymyksensä ja pahan tuulisuuden.

*”Mä olen oppinut kävelemään ja peittämään sen siten, ettei mun naamasta näe sitä. Ja töistä ei edes kaikki tiedä siitä mitään. Siitä tulee semmoinen toinen luonto elää sen kanssa, enemmänkin irvistele sitä sisäänpäin.”*

*”... mun ilmeistä tai niistä ärräpäistä näkee että nyt on oikea kipupiikki ja niitä tulee aika usein.”*

### **Kivun aiheuttaja**

Suurin osa haastateltavista tiesi syyn kivulleen. Kipu liitettiin sairauteen, jolloin ongelmana saattoi olla esim. hermovaurio tai kuluma. Kivun liittyessä traumaan haastateltavat kuvasivat kuinka työtapaturman, väärän kuormituksen tai leikkauksen jälkeen kipu oli tullut jäädäkseen.

*” ... sattui työtapaturma ja kolme kuukautta siitä tippui jalat alta, yksi väärä työliike ja tuli välilevyn pullistuma.”*

### **Kivun vaihtelu**

Tavallista kivulle oli sen muuttumattomuus. Haastateltavat kuvaisivat, että kipu oli jatkuvaa, tasaista, koko päivästä ja yöllistä. Jatkuvasti oli kipua jossakin kehon osassa ja eräällä esiintyi aina särkyä ja palelua. Joillakin heistä kipu lisääntyi rasituksessa iltaa kohden. Joku heräsi aamulla aina kipuun ja toisella esiintyi eri asteisia muuttuvia kipupisteitä.

*”Se ei liity mitenkään liikkumiseen tai hengittämiseen vaan se on tullut jäädäkseen sinne, se on istutettu sinne. Se on olemassa täällä 24 tuntia vuorokaudessa.”*

*”Vyötäröstä alaspäin oikealta pakarasta, lonkan kautta, polven kautta tonne varpaisiin. Sillä alueella on eri asteisia kipuja. Polvi ja lonkka särkee erilailla ja se hermokipu on kamalinta.”*

### **Kivun luonnehdintaa**

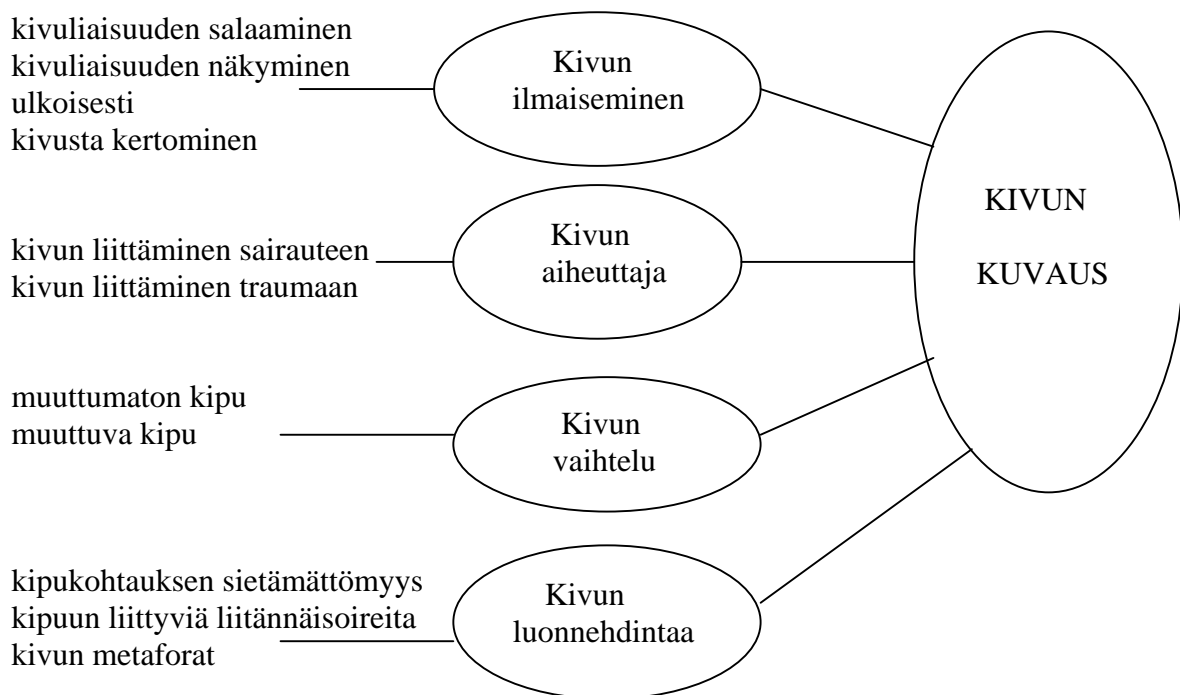
Joillakin haastateltavista esiintyi tavallisen kivun lisäksi myös sietämättömiä kipukohtauksia. Yhdellä haastateltavista kipukohtaus kesti pahimmillaan viisi vuorokautta, jolloin alkupäivinä kipu oli kivun sietorajoilla. Aluksi hän pyörtyikin kipuun. Nykyään kipukohtaukseen liittyi runsasta oksentamista ja hikoilemista kivun voimakkuuden takia. Toisella haastateltavista voimakas kipu saattoi viedä jalat alta ja pahinta hänen mielestään oli joutua olemaan kivun takia sängyssä.

*”Se kipu on niin äärimmäinen, että aluksi pyörriin siihen kipuun. Jotenkin ihmisen ruumis on sellainen, että mä tiedän, että jos mä vuorokauden kestän tätä kipua, niin seuraavana päivänä voi olla että jotakin menee läpi.”*

*”Sitten joulupäivänä heitin jalkani turhan reippaasti sängylle, niin tota puoleen tuntiin ei voinut silmämuniakaan liikuttaa. Niitä tulee aina välillä näitä kipukohtauksia.”*

Haastateltavat luonnehtivat metaforien avulla kipua. Kuvaukset; ”kuin puukkoa vääntäis selässä”, ”kuin grillivartaalla tökkäistäisiin kyljen läpi”, ”kuin seisoi keskellä nuotiotulta” tai ”kuin joku kaataisi jääkylmää vettä ja sähköä olisi seassa” ilmaisevat hyvin kivun aiheuttamaa tuskaa. Kipuun liittyi myös muita liitännäisoireita, kuten tuntohäiriöitä ja kylmyyttä alaraajoissa sekä yläkehon jumiutumista jännittämisen vuoksi. Eräs haastateltavista ei pystynyt olemaan paikoillaan, koska kehoa särki joka paikasta ja liikkumattomana vielä enemmän.

Kuviossa 4 esitetään kuinka tutkimuksessa kuvattiin kipua. Haastateltavat kuvailivat, kuinka he ilmaisevat kipuaan ja minkä he uskovat olevan kivun aiheuttaja. Lisäksi kipupotilaat kuvailivat kivun vaihtelevaisuutta sekä luonnehtivat kipuongelman moniulotteisuutta.



KUVIO 4. Kivun kuvaus

### **Kipukärsimys**

Haastateltavat kokivat kivun aiheuttavan kärsimystä. Kehon tuskaa he kuvailivat hyvin monisanaisesti. Kipu oli jäytävää, polttavaa, pistävää, tuikkivaa, aristavaa, ärsyttävää, leikkaavaa, jyskyttävää tai voimakasta. Heillä oli

tunne, että kipu kahlitsee. Toiset kokivat olevansa kivun uhri tai kivun vankilassa. Kipu nakersi, halvaannutti ja invalidisoi tai kipu oli vihollinen tai kiviriippa. Kipu rajoitti monella tapaa ja haastateltavat kokivat olevansa riippuvaisia muista ihmisistä.

*”Aavistuksen verran tunnen, että olen vanki omassa kodissani. En pysty tekemään kuten ennen. ... Vapaus on hävinnyt, joudun tavallaan olemaan kivun uhri. Mä en voi enää päättää omasta elimistöstäni.”*

### **Kipuahdinko**

Alkuvaiheessa haastateltavat kokivat hätäännystä, koska he eivät tieneet mikä oli vialla. He pelkäsivät taustalla olevan jokin paha sairaus. He miettivät myös, mitä pahaa he olivat tehneet ansaitakseen tämän kivun. Jotkut heistä kokivat epävarmuutta selviytymismahdollisuuksistaan. Toiset odottivat malttamattomina lääkkeiden tehoamista ja kivun loppumista. Kaikki kipupotilaat ilmaisivat kivun käyvän hermoille. Koettiin turhautumista kykenemättömyydestä. Haastateltavat kokivat kivun masentavan heitä. Mieliala oli aaltoilevaa ja välillä joitakin itketti toivottomuus. Kivun jatkuessa itsetunto mureni vähitellen. Jotkut heistä olivat väsyneet jatkuvaan kipuihin ja joillakin oli ollut itsetuhoajatuksia pahimpina kipuhetkinään. Haastateltavat kuvasivat myös kipuun liittyvän luopumista. Jotkut heistä olivat joutuneet luopumaan entisistä harrastuksistaan ja menoista.

*” ... on mulla joskus päiviäkin, kun pinna on kireällä ja mä en kestä oikein mitään”.*

*”Olen mä kieltämättä aina välillä aika masentunut. Syksyn synkimpinä aikana, jos olen oikein kipee.”*

*”Koko perhe-elämä alkaa mennä sekaisin ja tunnen itseni ihan mitättömäksi kaikessa. En voi viedä lapsia mihinkään, en jaksa olla kunnon vaimo puhumattakaan aviollisista velvoitteista. Menetän jopa kiinnostuksen ulkonäköni.”*

*”Vapaaehtoistyöstä luopuminen oli aika iso paikka, mä oon tehnyt sitä aina.”*

### **Kipu muuttaa minää**

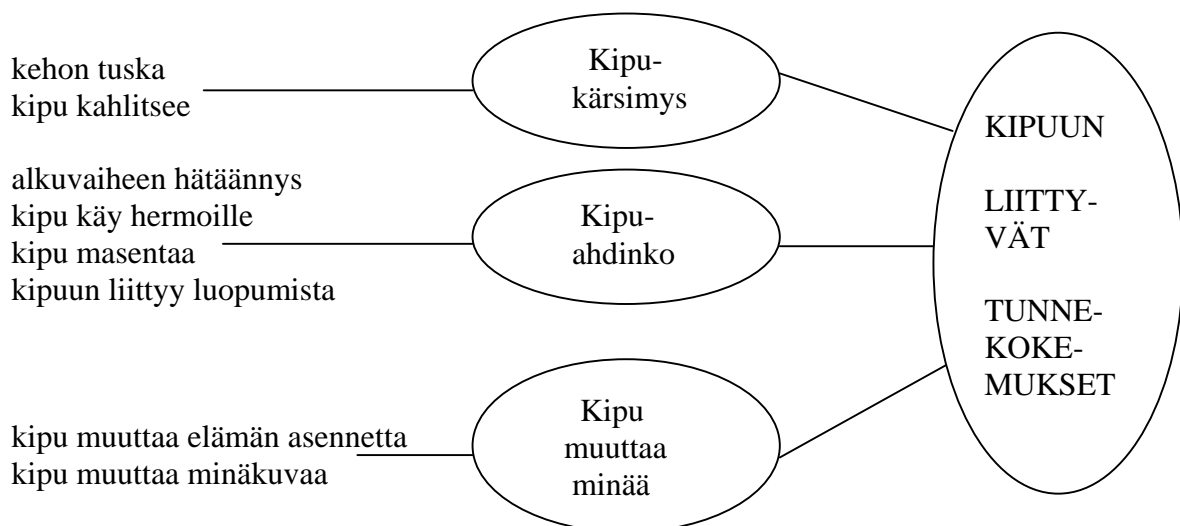
Haastateltavat kokivat, että kivun jatkuessa elämänasenne oli muuttunut. Elämässä olivat arvot ja asioiden tärkeysjärjestys saaneet uusia ulottuvuuksia. Jotkut heistä olivat oppineet, että ihmisarvo ei alenekaan toisten auttaessa heitä selviytymään kotitöistä. Naisena oli joutunut hyväksymään äidin ja vaimon roolin muuttumisen. Joku heistä oli tullut itsekeskeisemmäksi sairauden myötä. Joku haastateltavista kuvasi, että oli alkanut rakastamaan itseään ja tuntenut itsensä jälleen tarpeelliseksi.

*”Koskaan en enää tule olemaan se sama ihminen kuin kaksi vuotta sitten. Kuitenkin saan olla kiitollinen siitä, että kaiken tämän kamalan myllytyksen*

*jälkeen tunteeni elämää kohtaan vain vahvistuu huolimatta siitä, että tuskin koskaan päiväni tulevat olemaan kivuttomia. Minulla on takataskussa nyt paljon enemmän vahvuutta, voimaa ja kykyä käsitellä omia tuntemuksiani ...”*

*”Myös sisäinen lapsi minussa on kasvanut. Siitä on tullut voimakkaampi, sitä ei ole enää niin helppo nujertaa.”*

Kipuun liittyviä tunnekokemuksia esitetään kuviossa 5. Se muodostui kipukärsimyksestä ja –ahdingosta sekä minään liittyvästä muutoksesta.



KUVIO 5. Kipuun liittyvät tunnekokemukset

### 5.3 Kroonisen kivun vaikutukset arkielämään

Krooninen kipu vaikutti kipupotilaan elämään eri tavoin. Kipupotilaat kuvailivat sitä joko sosiaalisen verkostoon tai päivittäiseen toimintaan ilmenevien vaikutusten avulla.

#### Muutokset perhe-elämässä

Kotitöitten työjaossa oli tapahtunut muutoksia. Aviopuoliso joutui tekemään enemmän kotitöitä, sillä kipupotilas ei jaksanut eikä kyennyt enää tekemään raskaimpia kotitöitä. Imurointi, kantaminen ja nostaminen tuotti vaikeuksia. Monet naisista olivat huolissaan parisuhteesta. Naiset kokivat, että mies oli usein suotta ”urputtamisen” kohteena. Jotkut heistä kokivat myös, että aviopuolisolla oli raskas taakka perheen



taloudellisesta vastuusta. Jollakin pitkittynyt kipu oli ajanut aviopuolisot eri makuuhuoneisiin, jotta kipupotilaan nukkuminen ei häiriintyisi. Yhteiset kahdenkeskiset matkat olivat vähentyneet, koska autossa matkustaminen tuotti kipua.

*” Alan pelätä avioliittoni särkymistäkin. Tietysti tulee riitoja, kun molemmat olemme aivan puhki ja koetamme kuitenkin säästellä toisiamme. Kumpikin ei uskalla puhua rehellisesti omista ajatuksistaan, koska edessä olisi sanasota. Seksielämäkin kärsii vääjäämättä, kun mikään ei enää ole kuin ennen.”*

*”Hyvin harvoin mä voin lähteä hänen mukaansa mihinkään matkoille tai metsäveneretkille. Sillä se ei mallaa mun selälle. Sillä lailla se vaikuttaa meidän väleihin.”*

Äidit kuvailivat positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia lapsisuhteissaan. Positiivisina mainittiin lasten tuleminen omatoimisemmiksi ja itsenäisemmiksi. Lapsia ihmetytti äidin sairastuminen ja he kyselivät tilanteen pysyvyydestä. Lasten kanssa keskusteltiin avoimesti tilanteesta. Eräässä perheessä lapset oli onnellisia, kun äiti oli nykyään aina läsnä. Yhdellä äidillä oli murrosikäinen lapsi, joka halusi säästää äitiään eikä halunnut kertoa huolistaan. Tilanteen ratkaisuksi he olivat luoneet sähköpostisysteemin ja äidistä oli tullut nettitohtori tyttärelle.

*”Me keksittiin tällainen oma systeemi, että meillä on omat sähköpostiosoitteet. Sitten se kysyy jotakin sen kautta. Se tuntui aluksi jotenkin hoopolta, mutta mä ajattelen näin jälkepäin, että se on tosi hyvä juttu. Se saattaa kysyä, että kuinka usein sä oot kipee, kun se saattaa huomata ja mä sitten vastailen kuin nettitohtori.”*

Negatiivisina vaikutuksina äidit kokivat, että lapset murehtivat tilannetta ja he kokivat sen myös uhkana ja pelkona. Eräs tytär selvästi kaipasi entistä tervettä äitiään ja jollakin lapset olivat niin pieniä, että heillä ei ollut edes muistikuvaa terveestä äidistä. Eräs lapsista oli ihmetellytkin äitinsä erilaisuutta vasta koulun aloittamisen jälkeen. Äidit myös huomasivat, että lapset yrittivät olla liian usein huomaamattomia ja yrittivät myös säästää äitiä. Jossakin perheessä lapsi oli reagoinut psyykkisesti epämääräisin vatsakivuun äidin jatkuvaan sairaalassa oloon. Eräs äiti oli taas huolissaan siitä, että vanhempi lapsista joutui tai otti liian suuren taakan, kun äiti oli kivuliaampi.

*”... he kokevat sen aika suurena uhkana ja pelkona. ... Ensin he yrittivät mua säästellä. Esim. isompi tuli kenkiä laittaessani sanomaan, että mä laitan ne nauhat kiinni. ... sitten mä huomasin, että ne alkoi hirveesti mua hoitamaan ja mä ajattelin, että ei tää saa nyt tälläinkään olla. Nehän on tässä lapsia ja mä aikuinen.”*

*”Olin silloin niin väsynyt ja vihainen ja ei kiinnostanut mikään. Hän tuli kerran tuvan ovelle ja sanoi Äiti saako sinua puhutella? Kaikesta kaaminta mitä lapsi voi sanoa äidille, tuleeko äiti silmille vai ei.”*

Haastateltavat kokivat, että kipu vaikutti monin tavoin perhe-elämään. Toisaalta koettiin, että sairaus oli lähentänyt perhettä ja toisaalta taas, että perhe-elämä hankaloitui ja roolit menivät välillä sekaisin perheessä. Kipupotilas halusi säästää perhettä, mutta myös perhe yritti säästää kipupotilasta. Eräs haastateltavista koki, että häntä kohdeltiin jonakin erikoistapauksena perheessä. Eräälle oma koti oli muuttunut työpaikaksi ja elämä pyöri lasten ympärillä. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että oma sairaus ei saisi rajoittaa muiden perheen jäsenten elämää.

*”... meillä on hirveen avoimet välit perheessä. Näen heti lapsista, jos niillä on joku. Mä saatan joskus joutua heittämään tyttarelle, että hei mä olen tänään tosi terve, että anna nyt tulla viikon satsi. Sitten se tulee puli puli.”*

### **Muutokset sosiaalisessa elämässä**

Haastateltavat toivat ilmi, että pitkittyneen kivun seurauksena alkoi sosiaalinen elämä rajoittua. Ystävyysuhteissa tapahtui muutoksia. Kaikki ystävät eivät osanneet suhtautua tilanteeseen ymmärtäväisesti ja alkuvaiheen kiinnostuksen jälkeen alkoi ystävyysuhteita vähentyä. Joku oli kohdannut jopa ihmisten kateutta sairautta kohtaan, koska hän sai olla kotona. Toisaalta taas eräs haastateltavista sanoi tunteviikansa välillä kateutta terveitä kohtaan ja eikä häneltä välillä riittänyt ymmärrystä hyväosaisten turhaan valitteluun. Eräs heistä koki, että hänen oli päästävä neljän seinän sisältä ulos eikä antanut kivun rajoittaa liikaa seuralämää. Jotkut heistä toivoivat, että ihmiset voisivat kysyä joskus muutakin kuin heidän kivuliaisuuttaan. Eräs heistä nautti nykyään siitä, ettei kivusta aina kysyty ja näin saattoi itsekkin tuntea itsensä vähemmän kivuliaaksi.

*” Osa vain häipyi. Kaikki eivät jaksaneet kulkea rinnalla ... tulihan siinä jonkinlaista seulontaa myös minun puoleltani .... todelliset ystävät ovat pysyneet rinnalla koko ajan.”*

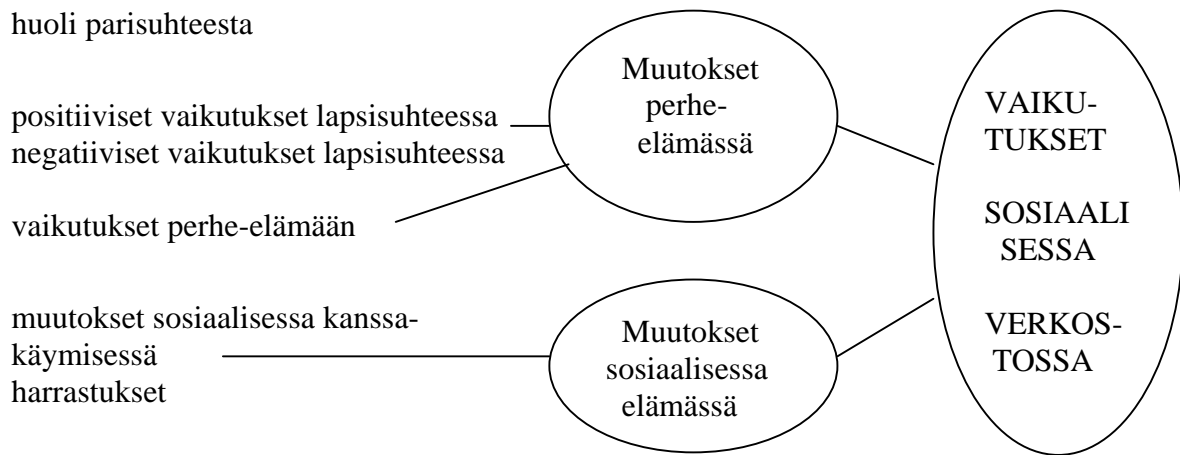
*” ... ei voi noin vain ajatella että lähdenpähän naisten kanssa pitsailtaa viettämään tai kattomaan jotakin kunnan elokuvaa. Jos ystävät asuu kaukana, ei ole muuta vaihtoehtoa kuin että ne tulee tänne.”*

*” Tunnen kateutta terveitä kohtaan, jotka jatkuvasti voivat tehdä lastensa kanssa mitä haluavat, matkoja sinne ja tänne. Haluaisin olla uraa rakentava, taitava sekä tuottaa ilo miehelleni, mutta en pysty edes solmimaan omien kenkieni nauhoja.”*

Haastateltavat kertoivat vapaa-aikansa lisääntyneen. Jotkut olivat joutuneet luopumaan monista heille tärkeistä harrastuksista. Ongelmana oli löytää harrastuksia, jota kipu ei rajoittaisi. Jotkut heistä olivat löytäneet uusia harrastuksia, kuten kutomisen ja akvaarion pitämisen ja toiset taas jatkaneet entisten, kevyempien harrastusten parissa.

Kuvioon 6 on koottu kipupotilaiden kuvaamia kroonisen kivun vaikutuksia sosiaaliseen verkostoon. Kivun jatkuessa muutoksia alkaa ilmetä perheen elämässä että muussa sosiaalisessa elämässä.

työnjaon muutokset



KUVIO 6. Kroonisen kivun vaikutukset sosiaalisessa verkostossa

### Toimintarajoitukset

Kipupotilaat kuvasivat, kuinka kipu aiheutti kykenemättömyyttä jokapäiväisissä toiminnoissa. Toisille tuotti vaikeuksia huolehtia enää koti- tai puutarhatöistä. Jotkut heistä eivät kyenneet nostamaan tai kantamaan mitään painavaa tai nousemaan tuolille. Istuminen oli monelle vaikeaa. Yksi äideistä ei kyennyt hoitamaan lapsiaan saatikka pitämään lapsia sylissä. Joku heistä oli joutunut luopumaan tanssimisesta ja toisen taas maalaamisesta kipujen aiheuttaman toimintakyvyttömyyden takia.

*” Tällä hetkellä en kykene tekemään kotitöitä, hoitamaan lapsia enkä pysty käymään töissä. ”*

*” ... mä haluaisin, että kaikki paikat olisi kunnossa. Aina jotakin jää enemmän ja enemmän, esim. sanomalehtikasoja kerääntyy tai lajiteltua tavaraa. Mä tiedän, että mun pitäisi viedä ne pois, mutta mulla ei riitä voimia. ”*

*”Istumaahan en pysty oikein kunnolla. Jos istun perseelleni, niin tuntuu kuin mulla olisi sata kiloa sen päällä. Ihan kuin happi puuttuisi jalasta. Mä en pääse kyykkyyhin ja se olisi ammatissani kaikkein tärkeintä. ”*

Monet kipupotilaat olivat joutuneet muuttamaan toimintatapojaan, sillä raskaus lisäsi kipua. Rajoittuneen toiminnan takia aktiivisuus oli vähentynyt huomattavasti ja pieniinkin toimintoihin kului paljon aikaa. Monet heistä kuvailivat kuinka käveleminen tuotti vaikeuksia. Kävely saattoi tuottaa kipua tai se oli ontumista tai jalan raahaamista perässä. Jollekin liikkeelle lähtö tuotti vaikeuksia ja toinen taas ei voinut kävellä pystyasennossa. Useimmat heistä eivät kyenneet kävelemään enää pitkiä matkoja, sillä kova kipua pakotti lopettamaan kävelyn.

*”Huomaan myös, etteivät lenkkien pituudet muutu oikein miksikään. Selkää alkaa jomottaa enemmän, oikeaa nilkkaa särkee ilkeästi ja se alkaa lepsuilla matkan pidetessä. Puutumisoireilua ... Lepäämään ruvetessa jalat kramppaa pohkeista ilkeästi. ”*

*”Jos olen kylillä tunnin, asfaltilla kävely, se on kova, niin jestas sitä särkyä. Kaikki tämmöiset kaupunkireissut on saanut jättää paljon vähemmälle, mä en pysty kävelemään siellä.”*

Useimmille haastateltavista oli yhteistä, että kipu rajoitti autossa matkustamista. Toiset heistä pystyivät tekemään lyhyitä automatkoja istumalla etupenkki takakenossa. Joku heistä pystyi ajamaan pakettiautoa, mutta pitkillä matkoilla jalat puutuivat ja hänen piti välillä kannatella itseään. Vain yksi haastateltavista pystyi normaalisti itse ajamaan autoa.

*”Mä en pysty henkilöautolla ollenkaan matkustamaan. Mulla on tollainen pakettiauto, jossa on parempi penkki. Siinäkin pitää kannatella itseään aina välillä. Jalka on ihan turtana ja on sellainen panta tuolla jaloissa.”*

### Univaikeudet

Kipupotilailla oli vaikeuksia nukahtaa, vaikka he olivat väsyneitä. Kivut häittäsivät välillä nukkumista. Uni oli useimmiten lyhytaikaista, sillä asentoa vaihtaessaan he heräsivät kipuun. Yöt olivat vaikeita ja usein heidän oli noustava kävelemään ja ottamaan kipulääkettä. Yöt tuntuivat yksin valvoessa pitkiltä ja he yrittivät olla herättämättä muita perheen jäseniä. Toiset heistä yrittivät korvata univajetta nukkumalla joskus päiväunia, mutta heille oli tärkeää yrittää pysytellä normaalissa päivärytmissä. Eräs haastateltavista kertoi, että ainoa keino uneen pääsemiseksi on ”nuijia” hänet narkoosiin kipulääkkeiden avulla. Jotkut taas käyttivät unilääkkeitä.

*”... ja muuttaa yöllä asentoa, herää siihen kipuun. Sitten on vaikea saada enää unta.”*

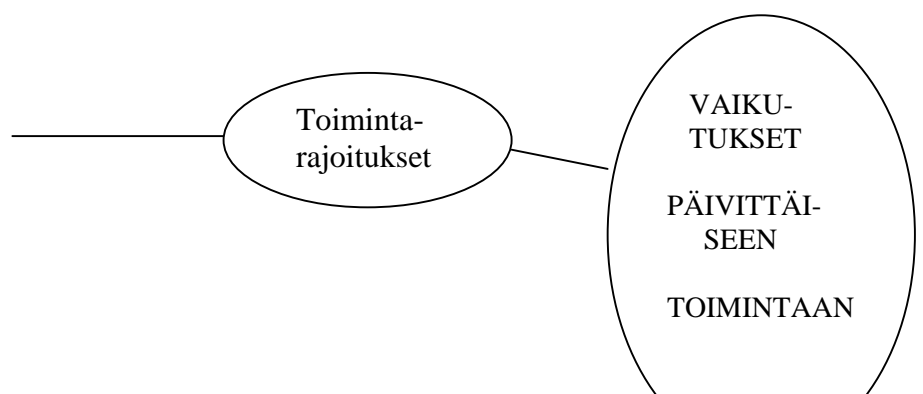
*”... varsinkin yöt ovat vaikeita ja nousen ylös usein silloin kävelemään.”*

*”Noi jalat on 32 asteiset. Yöksi on laitettava lämpötyyny, untuvatäkki ja flanelliyökkäri keskellä kesää.”*

*”Päiväunia otan aina välillä. Jos mä oon koko yön joutunut valvomaan, niin kyllä sitten on pakkokin nukkua myös päivällä. Mä yritän kyllä niitä välttää, koska yöt on vaikeimpia ja pitää yrittää nukkua silloin. Silloin tulee nukuttua sikeemmin.”*

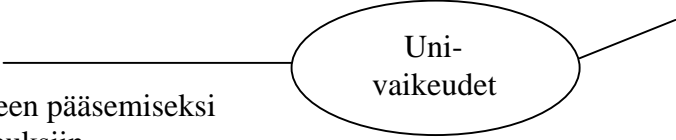
Kivun jatkuessa kipupotilaiden päivittäiset toiminnot hankaloituvat ja heidän toimintakykynsä aleni. Kuviossa 7 selvitetään kroonisen kivun vaikutuksia päivittäiseen toimintaan.

kykenemättömyys  
rajoittunut toiminta  
rajoittunut liikkuminen



rajoittunut autossa matkustelu

unettomuus  
herää kipuun  
yöllinen toiminta uneen pääsemiseksi  
apu nukahtamisvaikeuksiin



Uni-  
vaikkeudet

KUVIO 7. Kroonisen kivun vaikutukset päivittäiseen toimintaan

## 5.4 Kroonisen kivun hallinta

Kipuongelman jatkuessa vuosia korostuu kipupotilaan kokemus kivunhallinnasta. Tässä tutkimuksessa se muodostui kivun hoidosta, potilaan kokemista voimavaroista sekä hänen käsityksestään tulevaisuudesta.

### Itsehoitokeinot

Haastateltavat käyttivät erilaisia menetelmiä lievittääkseen kipua. He olivat oppineet kokeilemalla mitkä tekijät lievensivät tai pahensivat kipua. Lääkehoito oli ensisijainen menetelmä, mutta he käyttivät myös hyvin yksilöllisiä tapoja. Taulukossa 4 on koottuna haastateltavien kokemuksia kipua lievittävästä ja pahentavista tekijöistä.

TAULUKKO 4. Kipupotilaiden kokemus kipua lievittävästä ja pahentavista tekijöistä

KIPUA LIEVITTÄVÄT TEKIJÄT	KIPUA PAHENTAVAT TEKIJÄT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kipulääkkeet</li> <li>• asentohoito</li> <li>• kylmäpussi/-geeli</li> <li>• lämmin jyväpussi</li> <li>• huomioon suuntaaminen toisaalle</li> <li>• mielihyvää tuottava toiminta</li> <li>• lukeminen, musiikin kuuntelu</li> <li>• rentoutuminen</li> <li>• liikunta, venyttely</li> <li>• uiminen, allasjumppa</li> <li>• apuvälineet</li> <li>• välttää taivuttelua, nostamista, kantamista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lämpö, sauna</li> <li>• sään muutokset</li> <li>• kuormitus</li> <li>• raskaus</li> <li>• istuminen, seisominen</li> <li>• väärät asennot</li> <li>• arviointivirheet kuntonsa suhteen</li> <li>• jatkuva kivusta kyseleminen</li> <li>• itsensä tarkkailu ja kivusta puhuminen</li> </ul>

Haastateltavat kokivat, että huomion kääntäminen pois kivusta oli tärkeää. Jokin mielenkiintoinen tehtävä tai tekeminen vei huomion pois kivusta. Joku heistä työsti kipua kirjoittamalla päiväkirjaa. Kunnollisen yön levon jälkeen kipua esiintyi yleensä vähemmän. Jotkut heistä käyttivät tukivyötä ja muita apuvälineitä, jotta kuormitus olisi vähäisempää. Melkein kaikille haastateltavista sauna tai lämpö ei sopinut. Useimmille ei myöskään istuminen tai seisominen paikoillaan ollut hyväksi. Raskaus pahensi toisaalta luonnollisestikin kipua. Toiset

heistä olivat huomanneet, että on parempi kun ihmiset eivät aina kyselisi heidän kivustaan ja että kipupotilaan pitäisi itsekin yrittää poisoppia itsensä tarkkailusta. Toisinaan saattoi käydä niin, että hyvinä päivinä arvioi kuntonsa väärin ja seuraavana päivänä oli taas kivuliaampi. Haastateltavat korostivat, että vain kokeilemalla löysi omat kipua lievittävät tai pahentavat tekijät.

Kipupotilaille oli tavallista, että lääketieteellisen hoidon lisäksi haettiin apua vaihtoehtoisista hoitomuodoista. Oli kokeiltu muun muassa akupunktiota, vyöhyketerapiaa, hierontaa ja joku heistä käytti myös luontaislääkkeitä. Toisilta kipupotilailta saatiin tietoa erilaisista vaihtoehtohoidoista. Toiset näkivät tärkeinä, että liikuttiin kivun sallimissa rajoissa. Eräs kuvaili itseään täysipäiväiseksi kuntoilijaksi ja toinen kertoi kaiken energian menevän itsensä kuntouttamiseen.

*” Jumpan myötä on ergonomiaa tullut harjoitettua ja jalkalihaksia vahvistettua. Kyllä mä tiedän, miten mä nostan, jne, ne mä olen oppinut. Se on sellaista selän kuuntelemista.”*

*”Mun henkinen tila on ok, lääkitys ok ja toistaiseksi jaksan kuntouttaa itseäni.”*

Joidenkin haastateltavien mielestä he olivat ns. passiivisen hoidon saajia. Kotona ei tullut noudatettua jumppaohjeita. Joku myös kuvaili, että hän ei ole hakenut eikä saanut tietoa.

*”Mä en ole pyrkinyt enää minnekään vaan mä makaan kuten herrat haluaa.”*

Useimmiten kipupotilaat olivat aktiivisia tiedonhakijoita. Tiedonhalu oli kova ja vähitellen joistakin oli kehittynyt omasta mielestään asiantuntijoita omassa kivussaan. Jostakin kiputyypistä oli taas hyvin vähän tietoa saatavilla. Useimmat heistä kokivat, että potilaan pitää itse olla aktiivinen ja hakea tietoa tukimuodoista, kivusta ja hoitomuodoista. Eräs haastateltava myös korosti, että kipupotilaan on aktiivisesti seurattava kivun hoitomenetelmien kehitystä ja keskusteltava niiden mahdollisuuksista omassa kivun hoidossaan.

*”Mä tiedän tosi paljon omasta sairaudestani. Kipupotilaat ovat yleensä experttejä ne tietää enemmän kuin lääkäri.”*

*”Mielestäni riittävästi tiedän ja olen siellä pumpannut ammattilaisilta tietoa. Näitä miksi-kysymyksiä, mutta niihin on kauhean vaikeata vastata.”*

*”Tääkin on niin uutta alaa ja koko ajan mennään vauhdilla eteenpäin, niin potilaankin on kysyttävä lääkäriltä, että sopisiko se mulle. Että sun on mentävä sinne, että mä kuulin tämmöistä että mitenkä olisi. Sun on oltava aika aktiivinen.”*

## **Lääketieteellinen hoito**

Krooniseen kipuun löytyi yleensä vähän täsmähoitoja. Kipupotilaille oli kokeiltu eri hoitoja huonoin tuloksin. Jollekin heistä annettiin puudutehoitoja kuukauden välein ja toinen oli parhaillaan lonkan venytyshoidossa. Useimmat heistä kokivat, että kipuongelmaa hoidettiin liian pitkään vain sairausloman ja kipulääkkeiden avulla.

*”Mä kokeilen nyt näitä puudutehoitoja, antaako nää mitään apua.”*

Kipupotilaat kokivat ongelmana, että harvat hoidot olivat auttaneet. Puudutehoidot auttoivat vain hetken tai se ei ollut sopinut ollenkaan. Fysioterapiasta, TNS:stä ja venytyshoidosta ei ollut useimmille mitään apua. Selkäpotilailla oli takana epäonnistuneita leikkauksia. Jollekin heistä oli ilmaantunut kipua heti leikkauksen jälkeen ja toisille luudutusleikkaus oli auttanut vähän. Kahdella haastateltavista oli kokemusta kipukuntoutuksesta. He olivatkin sitä mieltä, että kipukuntoutus kuuluisi kaikille pitkäaikaista kipua sairastaville. Eräälle heistä ammatillinen kuntoutus oli jäänyt kesken kivun takia. Tulevaisuus hoitojen suhteen vaihteli kipupotilailla. Yhdelle haastateltavalle oli luvattu lonkkaproteesi vasta 70-vuotiaana, toiselle suunniteltiin kipustimulaattoria tai –laastaria. Yhdelle heistä oli suunnitteilla aloittaa radiofrekvenssihoito, josta hän ei osannut kertoa mitään. Jollekin oli ehdoteltu uudelleen koulutusta ja työpaikan vaihtoa.

*”Oli selkäluento, mekanismit ja tällaista. Sitten oli patjoista, niskatyynyistä ja tällaista, jolla voisi helpottaa. Sitten oli kipuluennot. Ne oli tosi hyviä. Psykologia oli kartoittamassa. Ensimmäisellä kertaa oltiin aina yksin ja sitten kimpassa.”*

*”Kuntoutuslääkäriin luona käymme läpi viimeisintä ENMG-tutkimusta. Tulee sellainen olo, että lääkäri on samaa mieltä kanssani siitä, etten ole ollenkaan kunnossa enkä edes kuntoutumassa. Olemme yksimielisiä siitä, ettei kuntoutuksesta voi jatkaa ...”*

*”... sitten kun katsoo että mä oon riittävän vanha eli ikää 70 vuotta. Siihen asti saa kärsiä. Pelätään, että se joudutaan muuten uusiin ja sitten siellä ei ole enää luuta.”*

### **Suhtautuminen lääkkehoitoon**

Kipulääkkeisiin ja niiden käyttöön suhtauduttiin eri tavoin. Kipupotilaat kokivat, että kipulääkkeiden sivuvaikutukset hankaloittivat heidän fyysistä hyvinvointiaan. Kipulääkkeet ärsyttivät ruuansulatuskanavaa, joka ilmeni ruokahaluttomuutena tai pahoinvointina. Samoin eräät lääkkeet aiheuttivat väsymystä ja huimausta. Joillekin heistä vahvat kipulääkkeet aiheuttivat silmiin lasittuneen katseen, humalaisen olon tai jopa harhoja. Haastateltavat olivat kokeilleet eri lääkkeitä ja usein he olivat joutuneet vaihtamaan lääkkeitä tehon menetyksen takia tai annosta jouduttiin nostamaan toleranssin vuoksi.

*”Huomaan, että suutani kuivaa, janottaa ja hiostaa. Lääkityksen sivuvaikutuksia ilmeisesti. Silmäni tulevat sameaksi, kieli kangertaa, olo on*

*pöhnäinen kuin humalaisella – ei tosiaankaan kivaa. Huomaan pian lääkkeiden vievän ruokahalunkin ...”*

*”... jos mä syön jotain särkylääkettä pitkään, niin se ei enää tehoakaan. Niitä joutuu vaihtelemaan.”*

Kipulääkkeisiin liittyi pelkoja ja väärää tietoa. Jotkut heistä ottivat lääkettä vain tarvittaessa, koska he eivät halunneet syödä niin paljon niitä. Jotkut pelkäsivät siirtyä vahvempiin kipulääkkeisiin ja tätä kautta lääketokkurassa olemiseen. Eräs heistä oli kyllästynyt jatkuvaan lääkkeiden syömiseen ja jätti itse kaikki kipulääkkeet pois kokonaan. Kivun hoidossa lääkehoito on kehittynyt ja nykyään käytetään erilaisia yhdistelmälääkehoitoja (mm. tulehduskipulääkkeet, opioidit, trisykliset masennuslääkkeet, epilepsialääkkeet) esimerkiksi kipukynnystä nostamaan. Eräälle haastateltavista lääkäri oli määrännyt masennuslääkettä (Triptyliä®) tähän tarkoitukseen. Hammaslääkäri oli todennut hänelle, että miksi hän käyttää masennuslääkkeitä ja koska hän ei ollut masentunut, jätti hän sen pois. Hänelle ei oltu kerrottu, että kyseistä lääkettä käytetään masennus- että kipulääkkeenä.

*”Kyllähän mä yritän olla ottamatta kun vaan on mahdollista.”*

*”Mutta mä olen niin monta vuotta vetänyt noita lääkkeitä, että mä koetan löytää sellaista minimiannosta.”*

*”Mulla oli ensin semmoinen Triptyl, oma lääkäri kirjoitti sen kipukynnystä nostattamaan. Sitten kävin hammaslääkärissä ja hän sanoi, ettei se ole sitä varten vaan että se on masennuslääke ... Mä ajattelin etten syö, sillä en ole masentunut sillain ... Mä hullupää lopetin sitten.”*

Kipupotilaat totesivat, että ilman kipulääkkeitä ei tule toimeen. Usein vain vahva kipulääke lievitti kipua. Toiset olivat oppineet säätämään kipulääkitystään ja heillä oli aina kipulääkkeet mukana. Joku heistä koki haluttomuutta syödä kipulääkkeitä lopun ikäänsä, mutta hän totesi sen olevan myös ainoa vaihtoehto pystyäkseen olemaan töissä.

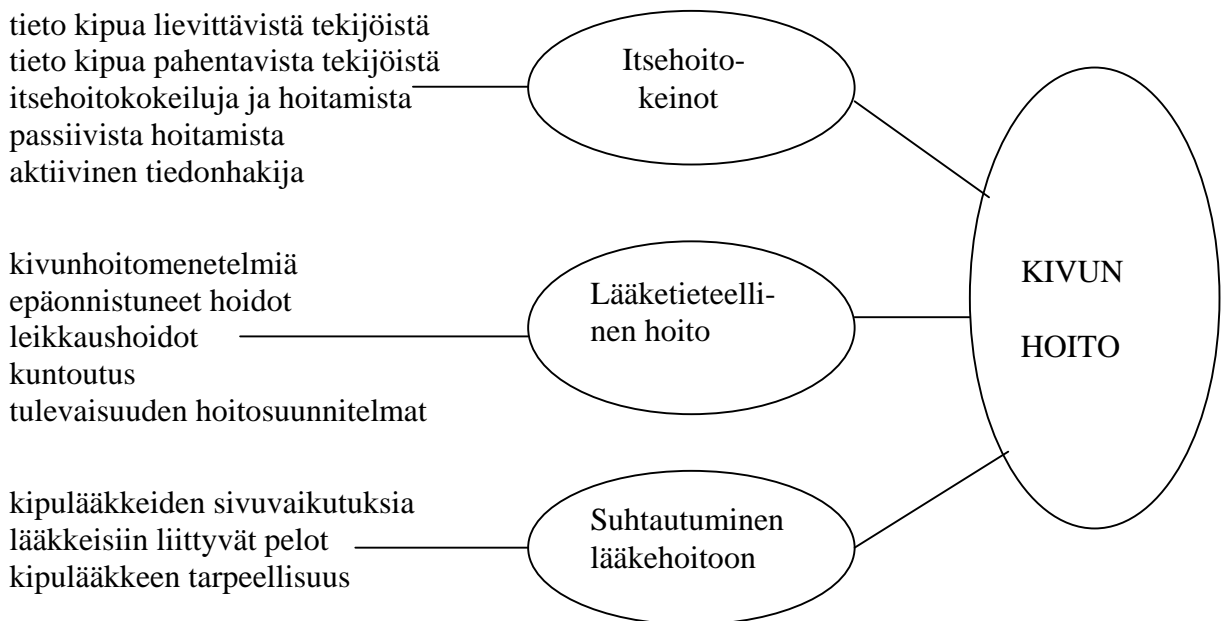
*”... sitten mulla on napit taskussa ja jos alkaa liikaa painaan, otan iloisesti lisää Tramalia ja sitten mennään taas pikkasen matkaa eteenpäin.”*

*”Kipulääkkeet alkavat näytellä suurta osaa elämässäni, olen kuin kävelevä apteekki.”*

*”Niitä on syöty niin paljon. Ei siitäkään mitään tule, että vetää niitä lopun ikänsä ... Tää on semmoinen, mikä pitäisi ratkaista. Vetääkö näitä nappeja naamaansa ja on pienessä turtassa ... toinen vaihtoehto on olla eräässä lääkepakkikierteessä koko ajan, että pystyy olemaan töissä.”*



Kivun hoitoon liittyviä asioita kuvataan kuviossa 8. Kipupotilaiden kivun hoito koostui keinoista hoitaa itseään sekä lääketieteellisestä hoidosta. Tässä tutkimuksessa korostui kuinka kipupotilaat suhtautuivat lääkehoitoon ja käyttivät sitä kivun hoidon tärkeänä osana.



KUVIO 8. Kivun hoito

#### Itsensä auttaminen

Haastateltavat pitivät tärkeänä, että itsensä takia oli löydettävä mielihyvää tuottavia toimintoja. Voimavaroina saattoi olla työ, kirjoittaminen tai uiminen. Jotakin heistä oli pyydetty luennoimaan sairaudestaan. Joku pohti, että mielihyvää tuottivat arjen pienet ilot ja asiat.

*”... mä oon pienestä pitäen kirjoittanut päivittäin. Se on ollut semmoinen oma terapiakeino ja aika hyvä.”*

*”Puran tuolla altaassa pahimmat tunteeni. Kilsan aikana pystyy miettimään syntyjä syviä ... se on mun terapia.”*

Elämänmyönteisyyttä kuvaisi se, että kivusta huolimatta haastateltavat eivät luovuttaneet. Jotkut kokivat, että huumorin avulla jaksoi eteenpäin. Kivustakin voitiin laskea leikkiä. Positiivisuus, realismi ja haaveileminen olivat ominaista useimmille kipupotilaille.

*”... huumorinkukka on se paras kukka. Niin kauan kun huumoria löytyy mennään eteenpäin .... Kaikkea ei pidä ottaa vakavasti ja olla niin jäykkä. Ihmiset huomaa, että mä heidän herjaa mun omasta sairaudestani, niin ne eivät*

*ota itsekkään niin vakavasti. Kyllä sairaudesta voi heittää herjaa. Tavallaan tulee parempi olo.”*

### **Tuen saaminen**

Läheisten tuki auttoi kestämään sairautta. Haastateltavat kokivat olevansa tärkeitä läheisilleen ja olevansa heistä myös vastuussa. Omaisilta sai apua tarvittaessa, mutta aviopuoliso oli tärkein tukija. Todelliset ystävät olivat pysyneet rinnalla. He pitivät yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse. Jollekin heistä ”kotihengettäret” tulivat kotiin ja tarjosivat siivous- tai kauppa-apua. Kipupotilaat korostivat, että ystäviä ei saanut kuitenkaan liikaa kuormittaa omalla kipuongelmallaan.

*”Mä huomasin, että mä puhun liikaakin ja mun elämä rakentuu siihen kipuun ja sen ympärillä pyörimiseen. Sitten huomasin, että tietyt ystävät heitti ihan tahalleen, että esim. tarvii varmaan kohta vaihtaa kukkamullat. Eli ne käänsi puheet .... kyllä mä olen pyrkinyt kuuntelemaan edelleen kavereitten murheita. Ei nekään välttämättä mun kipua jaksaisi kuunnella.”*

Toisten kipupotilaiden vertaistuki koettiin tärkeäksi. He olivat tutustuneet muihin vastaavassa tilanteessa oleviin ihmisiin muun muassa kuntoutusjaksolla. Muut kipupotilaat soittivat ja kyselivät neuvoja niiltä haastateltavilta, jotka olivat tulleet tunnetuiksi lehtikirjoittelujen avulla. Nämä haastateltavat olivatkin perustamassa kipupotilasyhdistystä.

*”Me halutaan tukea. Jos me saadaan yksikin ihminen autettua, me ollaan onnellisia. Ei haluta olla kipuyhdistys, vain jonkun tietyn kivun .... Ollaan yhtä kimppaa kaikki kipusairaat.”*

### **Tilanteen hyväksyminen**

Kipupotilaat kertoivat pikkuhiljaa tottuneensa jatkuvaan kipuun. Kivusta oli tullut vakituinen seurustelukumppani ja haastateltavat uskoivat, ettei kipu häviä kokonaan. Toiset heistä sanoivat, että sairauden aikana heidän kipukynnyksensä oli noussut ja pientä jomotusta ei enää niin huomioitu.

*”Jotenkin jollakin tapaa hyväksyy sen, että kipu on rinnalla.”*

*” Sen ottaa niin kuin osana elämää. Se kuuluu mulle ja sille ei voi mitään.”*

Suurin osa haastateltavista totesivat, että he olivat luopuneet taistelusta kipua vastaan. Kivun olemassaolo oli hyväksytty vähitellen osaksi elämää. Se oli vaatinut useimmilta asian henkistä käsittelyä ja paljon surutyötä. Toiset kuvailivat, että heissä oleva suomalainen sisu ei antanut periksi. Kivun kanssa oli opittava elämään. He elivät päivän kerrallaan ja toimivat sen mukaan miten he voivat sinä päivänä. Haastateltavat kuvasivat selviytymisstrategiaansa seuraavasti: koetettava vain selviytyä, periksi ei anneta, kestä ja kärsi tai elää vain vanhemmaksi.

*”Sitä on yritetty taistella sitä vastaan niin kauan ja siitä on henkisesti sitä mieltä että tämä on minä.”*

*”Mä olen oppinut laittamaan rajoja ja hyväksymään sen osaksi elämää... Tätä vuosi on oikeistaan mennyt siihen, että mä olen piehtaroinut sen kanssa pitkään aikaan ... mutta kun tommoinen kiviriippa jäi roikkumaan tonne. Välillä se on kiukuttanut ja harmittanut, mutta nyt mä olen saanut pääni järjestykseen, että se on se mikä se on.”*

*”Yrittää käsitellä sitä niin ettei jäisi roikkumaan siihen kipuun, ettei se kääntyisi sinua itseä vastaan ... se on pitkälle työtä oman itsensä kanssa. Mä koen itse, että mä oon joutunut koville olemaan selkä seinää vasten. Sisäinen asioiden käsittelytaito on aika arvokasta.”*

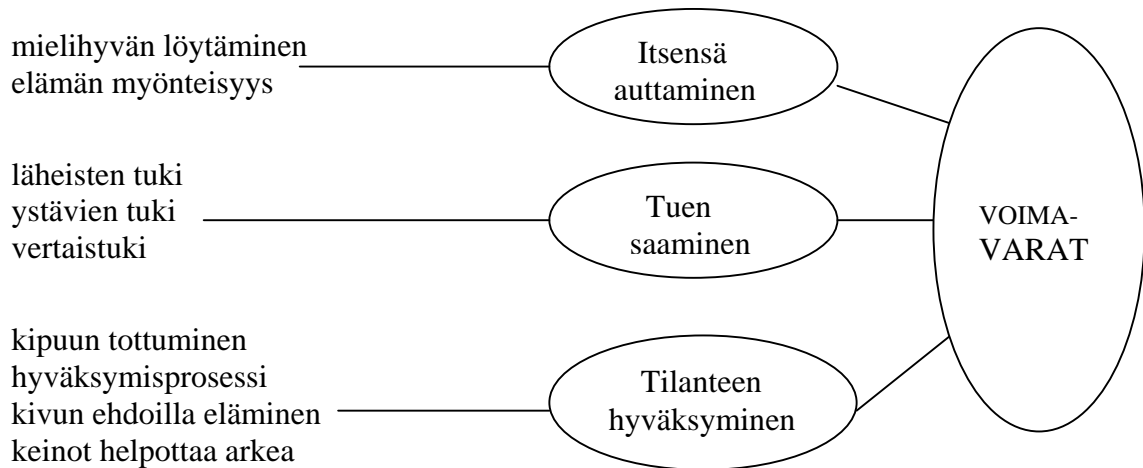
Kipupotilaat pitivät tärkeänä yrittämisen ja omien rajojen tiedostamisesta. Toiset heistä olivat tehneet elämänsä helpommaksi ja he yrittivät elää vähällä kivun tuottamisella. Vähitellen oltiin opittu tuntemaan omat rajansa ja kuntonsa. Enää ei tehty pitkälle meneviä suunnitelmia vaan nautittiin hyvistä, vähemmän kivuliaammista päivistä.

*” Se on erilaista, sen kyllä huomaa eron mikä on rasituskipua ja mikä sitä että lihakset valittaa ettei niillä ole tehty mitään. Se on ihan erilainen kipu. Sen kyllä pystyy erittelemään mikä on rasituskipua ja mikä särkykipua.”*

*”Olen yrittänyt oppia elämään niin että päivän olisi mahdollisimman helppo olla ja menoni kuntoni mukaan. En lupaa mitään vaan sanon, että jos mä olen siinä kunnossa. Kaikki turhat olen karistanut pois.”*

Jatkuva kipu pakotti kipupotilaat keksimään keinoja helpottaa arkea. Erilaiset apuvälineet ja tavaroiden sijoittelu alas auttoi selviytymään kotitöistä. Erään haastateltavan perheessä oli päädytty itse palkkaamaan kotiaavustaja, koska kunta ei sitä voinut antaa ja perheen äiti ei enää kyennyt hoitamaan kotia ja lapsia. Toinen perhe oli taas muuttanut omakotitalosta kerrostaloon, jotta arkielämä helpottuisi.

Kuviossa 9 esitetään kipupotilaiden voimavaroja selviytyä kroonisen kivun kanssa. Tärkeää on löytää tasapaino itsensä kanssa, saada tukea muilta ihmisiltä ja vaativan hyväksymisprosessin jälkeen hyväksyä krooninen kipu osana elämää.



KUVIO 9. Kipupotilaiden voimavarat

### Epävarmuus tulevaisuudesta

Jotkut haastateltavista ilmaisivat pelkäävänsä joitakin asioita. Heidän kokemansa pelot kohdistuivat uhkakuviin hallitsemattomista kivuista ja liikuntakyvyn menettämiseen. He kertoivat peloistaan:

*” Varmaankin pelkään sitä, että kivut tulisi hallitsemattomaksi, että niitä ei pysty sietämään. Että ei saisi mitään apua lääkkeistä ja että joutuis syömään niin voimakkaita lääkkeitä, että olisi ihan tokkurassa. Ja varmaankin myös liikuntakyvyn menettämistä, että se lähtis kokonaan pois. Se olisi aika kauheata.”*

*” ... silloin olen aika avuton ja mietin, että jos se tästä vielä huononee. Seuraava on pyörötuoli. Millä helkkarilla sitten istun, kun perse ei kestä.”*

Kipupotilaita huolestutti heidän tilanteensa. Toiset heistä olivat huolissaan siitä, ettei heille ollut annettu ennustetta ja se toi epävarmuutta elämään. Jotkut heistä olivat huolissaan siitä, etteivät kuntoutuisikaan enää työelämään vaan joutuisivat sairauseläkkeelle. Joku oli pessimistinen tulevaisuuden suhteen eikä uskonut minkään tieteen voivan häntä auttaa. Haastateltavat kokivat myös taloudellista epävarmuutta, sillä pitkien sairaslomien ja työkyvyttömyyden myötä tulotaso oli laskenut. Lääkkeet, lääketieteellinen hoito sekä vaihtoehtoiset hoidot aiheuttivat myös suuria ylimääräisiä menoja. Jotkut heistä olivat huolissaan tuloistaan 300 sairaspäivän tultua täyteen. Haastateltavat olivat luopuneet monista menoistaan ja joutuneet opettelemaan uudenlaista rahan käyttöä.

*”Mulla on sairaslomia tän kuun loppuun ja ens kuun lopussa tulee 300 päivää täyteen ja mitä sen jälkeen. Tuleeko määräaikainen kuntoutustuki vai mitä?”*

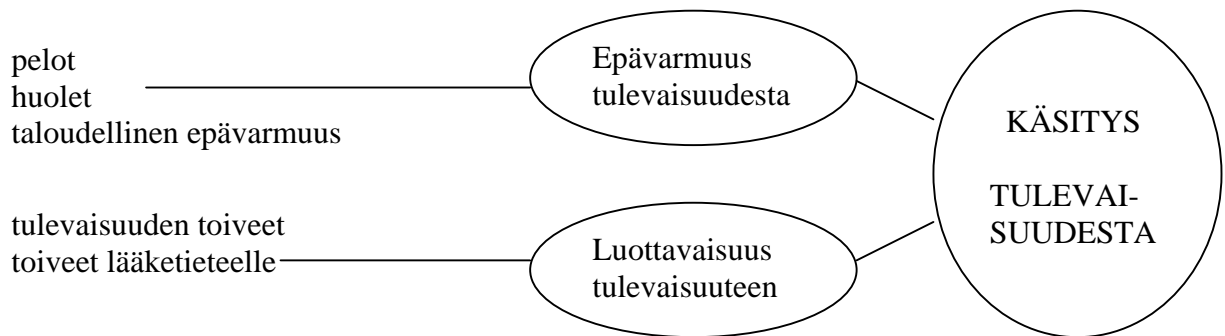
### Luottavaisuus tulevaisuuteen

Haastateltavat toivoivat tulevaisuudelta, että pitkäaikainen kipu loppuisi kokonaan tai hellittäisi ja työikäiset kykenisivät palaamaan työelämään. Joku heistä toivoi kykenevänsä joskus jatkamaan liikunnallisia harrastuksiaan. Kipupotilaat asettivat myös suuria toiveita lääketieteelle. He toivoivat kivunhoidon ja kipulääkkeiden kehittymistä. He olivat kuitenkin realistisia lääketieteen auttamismahdollisuuksista.

*”... löytyisi joku juttu, että sietäisi sitä kipua paremmin. Aina ajattelee, että saisi sen kivun semmoiseksi, että se ei olisi niin kovaa ja pystyisi kuitenkin tekemään töitä.”*

*” kun sellaisen lääkkeen saisi, joka tekisi mahdollisimman vähän sivuvaikutuksia. Mutta kolmea lääketettä pitäisin hyvänä. Olisi joku miedompi ja vahvempi, että voisi sitten itse säädellä kotona.”*

Kipupotilaan kivunhallintaan vaikuttaa myös millainen käsitys hänellä on tulevaisuudesta. Kuviossa 10 kuvataan haastateltavien epävarmuutta ja luottavaisuutta tulevaisuuteen.



KUVIO 10. Kipupotilaiden käsitys tulevaisuudesta

### 5.5 Kipupotilas terveydenhuollon asiakkaana

Kipuongelman pitkittyessä kipupotilas solmii useita hoitosuhteita eri terveydenhuollon yksikköihin. Tällöin korostuu terveydenhuollon tapa kohdata kipupotilas asiakkaana. Suomessa puuttuu kivun hoidon osalta toimiva terveydenhuoltojärjestelmä. Kivun hoitoon erikoistuneita kipupoliklinikoita perustetaan vähitellen myös keskussairaالاتasolle. Kipupotilaat asettivatkin erilaisia toiveita ja odotuksia Kanta-Hämeen keskussairaalan tulevaa kipupoliklinikkaa kohtaan.

#### Kipupotilaan kokema kohtelu

Enimmäkseen haastateltavilla oli kielteisiä kokemuksia saamastaan kohtelusta terveydenhuollossa. Toiset heistä olivat kokeneet loukkaavaakin kohtelua. Joidenkin heistä oli väitetty jopa näyttelevän kivuliaisuutta. Toiset

olivat kokeneet lääkäreiden suhtautuvan heihin negatiivisesti. Erästä haastateltavaa lääkäri oli sanonut ”narkkariksi”, koska hän käytti voimakkaita kipulääkkeitä.

*”Mulle väitettiin, että mua on opetettu kulkemaan jalka vinossa ja mä kuvittelen, että me ollaan lääkärisarja ihmeiden tekijöissä. Tai että mä kuljen paskat housuissa, kun mä kuljin kaksin kerroin eteenpäin, kun en pystynyt kävelemään suorassa. Niin vois sanoa, että pääpiirteissä tosi huonoa.”*

*”Siellä oli kaiken huippu ..., joka tuli sanomaan, että olet vähän epänormaali kun nauratkin tossa tilanteessa. Ihminen, joka on 3 vuotta tällaisessa tilanteessa ja kivuissa ei saisi enää nauraa. Että tullaan sanomaan, että se työ, jonka olet tehnyt pitääksesi itsesi jotenkin pinnalla, se jysähtäis mua vastaan. Mä en kuulemma kohtaa todellisia tunteita.”*

*”... osastolla etsittiin syytä tolle jalalle. Jouduin erityisseurantaan, että näyttelenkö mä, että pissallekaan ei päässyt yksin. Se oli todella nöyryyttävä kokemus, multa vietiin se vähäinenkin ihmisarvo ... Se tuntui ahdistavalta, että eikö ne usko etten pelleile. Mitä hyötyä mun on pelleillä, kun menetän niin paljon taloudellisesti ...”*

Jotkut haastateltavat kokivat saaneensa pääosin hyvää kohtelua. Hoitajia keuhuttiin mukaviksi ja toisilla oli positiivisia kokemuksia eri osastoilta. Jotkut heistä kokivat, että hoito ja kohtelu olivat parantuneet vasta julkisuuden kautta. Heidän mielestään julkisuus oli äärimmäinen tapa saada hyvää hoitoa.

*”Pelkästään positiivisia. Se on huippuhienoa poppoota sekä osastoilla, kirran osaston väki täällä että siellä on aivan extrahyvä, ja jumpparit myös.”*

Jotkut haastateltavat olivat päätyneet yksityisen kipupoliklinikan asiakkaiksi. He arvostivat kipupoliklinikan henkilöstön toimintaa. He pitivät tärkeänä, että eri hoitovaihtoehtoista keskusteltiin heidän kanssaan ja niitä tarvittaessa kokeiltiin. He kokivat saaneensa hyvää, yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Lääkäreiltä saatiin selkeätä tiedonantoa ja he myös tukivat henkisesti. Kipupotilaat kertoivat mielipiteitään lääkäreiden toiminnasta:

*”Kohtelu on jo etunimillä. Se että lääkäri koskee sua, ottaa olkapäästä kiinni ... Sitten sä olet potilas isolla P ja asiakas isolla A. Sulle yritetään tehdä kaikki. Sulle kerrotaan mitä on vaihtoehtoja. Tietysti mulla on se, että mä maksan kaikki itse.”*

*”Tavallaan se, ettei ensimmäisenä lääkäri ole valmiina katsomassa röntgenkuvia valotaululta, mikä täällä on tyyli. Vaan lääkäri kättelee kädestä päivää ja kysyy mitä kuuluu ja mikä sun elämässä on nyt vaikeata ja jaksatko sä*

*nyt ihan hyvin. Eli lääkäri otti mut kokonaisuutena huomioon. Kysyi todella mitä mulle kuuluu.”*

### **Kivun olemassaolon uskottavuus**

Haastateltavat pitivät tärkeänä, että lääkärit ja hoitajat uskovat heidän kipunsa olevan todellista. Toisilla heistä ei ole ollut uskottavuusongelmia, mutta toisten kipuongelmaa ei otettu alussa todesta. Toisille on vasta myöhemmin löydetty lääketieteellinen syy.

*”Uskottu, kyllä mä uskon. En mä ole havainnut niiden ajattelevan, että mä fuskaisin.”*

*”Eihän sitä aluksi uskottu. Kyllä nyt uskotaan, kun ne voidaan näillä ENMG:llä todentaa.”*

Joillakin haastateltavista oli kokemuksia, ettei kipuun uskottu. Joillekin oli lääkäri sanonut, ettei noin nuorella voi olla selkä kipeä. Toiset heistä kokivat epäilevää suhtautumista ja välillä heille tuli tunne, että heitä pidettiin tyhmänä. Lääkäreiden kohtelu sai aikaan joskus sen, että kipupotilaalla oli tunne ”vian olevan korvien välissä”. Heitä ahdisti, kun kipuun ei uskottu. Toisilla oli myös tunne, etteivät ystävätkään aina jaksaneet uskoa pitkittyneeseen kipuongelmaan. Jotkut kipupotilaat korostivat, että ulkoisen olemuksen takia ei saisi tehdä arviointia heidän kivustaan. Heillä oli välillä tunne, että pitäisi olla tietyn näköinen ja oloinen ollakseen uskottava kipupotilas.

*”Mähän menen lääkäriin tämän näköisenä ja sanon, että mua sattuu. Pitäisi olla tukka likaisena ja kajalia silmien alla, sit sä saat masennuslääkkeitä. Kipupotilasta ei osasta kohdata tai ei uskota. ... ja kun kipupotilasta sattuu tai on kipuja, niin sillä todella on kipuja ja sitä pitäisi uskoa.”*

*”Työterveydessä sellainen tunne, että vika on korvien välillä. Ei oteta vakavasti.”*

*”Joskus tuntuu, etteivät enää ystävätkään jaksaa uskoa sairauteeni, joka ei näy ulospäin. Luulen, että olisi paljon helpompaa sairastaa tautia, joka riuduttaisi ulkonäön eikä pelkästään koko ihmistä henkisesti.”*

Suurin osa haastateltavista koki ongelmana sen, että kivulle pitää löytää lääketieteellinen syy, ennen kuin siihen uskottaisiin. Joillakin kivun syytä ei ole löydetty, vaikka heitä on tutkittu paljon. Toiset heistä kokivat, että heidän muut sairautensa estivät perehtymisen tähän kipuongelmaan. Välillä joistakin haastateltavista tuntui, että lääkäri alkoi diagnosoida kipuongelmaa psyykkiseksi, kun mitään muuta kunnan syytä ei löydetty.

*”... kivut, joita on tutkittu nyt antaumuksella löytämättä mitään vikaa... Monet urputtaa ettei ole tutkittu, mutta kyllä minua on tutkittu.”*

Useimmat haastateltavat pitivät kroonista kipua parhaimpana sanana kuvaamaan heidän kipuaan. He pitivät sitä uskottavampana nimityksenä kuin pitkäaikaista kipua. Jollekin heistä jatkuva kipu olisi kuvaavin nimitys.

*”Krooninen tuntuu paremmalta termiltä ... Mutta krooninen kipukin on sananakin puolet parempi. Silloin meitä kuunnellaan enemmän.”*

*”Kroonista kipua käytetään tästä kivusta. En mä välttämättä sitä omalle kivulle, musta jatkuva kipu olisi paljon suomeksi sanottuna, ehkä selvempi sana.”*

#### **Kipupotilas hoidon saajana ja vaatijana**

Haastateltavilla oli erilaisia kokemuksia terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudesta. Jotkut heistä kokivat sen toimivan, mutta tutkimuksiin ja erikoislääkäreiden vastaanotolle oli liian pitkät odotusajat. Haastateltavat korostivat, että kipupotilas ei saisi joutua jonottamaan kohtuuttoman pitkiä aikoja. He esittivät kritiikkiä hoidon hajanaisuudesta ja jatkuvuudesta. Erikoissairaanhoidossa puuttui heidän mielestään yhteistyöverkosto.

*”Kyllä toimiva, mutta hidas. Tolkuttomat jonot aina kaikkeen.”*

*”Kauhean kankeahan se on. Ei pääse mihinkään ilman lähetettä. Ja kukaan ei hoida kuin sitä yhtä paikkaa, kukaan ei hoida kokonaisuutena.”*

Kipupotilaat pitivät tärkeänä toimivaa lääkärisuhdetta. Harva heistä oli tyytyväinen lääkäreiden toimintaan. He kokivat, että lääkäreiden kiire esti kokonaisvaltaisen hoidon. He moittivat myös lääkäreitä huonoiksi tiedonantajiksi. Toisilla lääkäreillä ei ollut ajankohtaista tietämystä kivun lääkehoidosta. Joillekin haastateltavista oli tullut tunne siitä, että lääkärillä oli pelko hoitovirheestä syyttämisestä ja siksi tämä käyttäytyi hyvin varautuneesti.

*”Kyllä mielestäni lääkärit saisivat enemmän kertoa. Sekin helpottaisi vaikka sanottaisiin ettei me tiedetä kauanko tämä kestää tai ettei sille voi antaa ennustetta.”*

*”Mä jouduin omalle lääkärille kirjoittamaan kirjeen, että hei mä en ole kahteen kuukauteen nukkunut yötä. Olen henkisesti ja fyysisesti aivan loppu, että tee jotain.”*



*” Alkuun suhtauduttiin vähän varovaisesti, joku varmaan ajatteli, että mä haen hoitovirhettä. Eikä se käynyt mun mielessäkään, kunnes joku sanoi, että se suhtautuminen on sen tapaista, että ne epäilee sun luulevan sen olevan hoitovirheen.”*

Useimmilla haastateltavista oli kokemuksia, että kipupotilaat koetaan vaikeina tapauksina. Jotkut kokivat, että selkäpotilaat luokitellaan huonomaineisiksi ja sairaseläkkeelle haluaviksi. Toiset heistä olivat huolissaan siitä, että ”paksun pinkan” potilaina heidän kipuhistoriaansa ei tunneta. He kokivat, että lääkärit saattoivat turhautua kipuongelman pitkittyessä. Tällöin heitä pomputeltiin lääkäriltä toiselle.

*” Paksun pinkan ihmisethän on helppo luokitella valitteleviksi, laiskoiksi ihmisiksi.”*

*” Kun meillähän on hirveet niput tota paperia tuolla kansioitten välissä. Tavallaan sellainen potilas, joka on sairastanut kauan, niin kukaan ei pysy kärryillä mitä hänelle kuuluu. Tai ainakin semmoinen olo tulee, ettei ne niitä lue.”*

Toisilla kipupotilaista oli epäily saamansa hoidon laadusta. Jotkut heistä kokivat, etteivät saa oikeanlaista hoitoa heidän kipuongelmaansa. Joku oli kokenut hyödyttömäksi tulla kipukohtauksessa sairaalaan, koska ei saanut siellä kunnon kipulääkkeitä. Toisinaan kipupotilas turhautui, jos osastoilla tarjottiin Panadolia® kipuun. Jotkut haastateltavat olivat oppineet pitkäaikaisen sairautensa aikana kyseenalaistamaan lääkäreiden toimintaa. He olivat tulleet tietoisiksi omista oikeuksistaan ja vaatineet esimerkiksi saada potilaspaperinsa luettavaksi. Joku heistä olikin huomannut virheellistä tietoa potilaspapereissaan ja vaatinut niiden korjaamista. Kahdella haastateltavista oli meneillään valitusprosessi potilasvahinkoyhdistykseen heidän selkäleikkaustensa vuoksi.

*” ... koska luottamuspuola alkaa olla melkoinen koko ... kohtaan. Tunnen itseni pelkiksi kieppuviksi kansiksi, joita kukaan ei halua hoitaa kunnolla. Aina vain sysätään toiselta toiselle eikä koko touhussa ole mitään järkeä.”*

*”Mutta sen ainakin olen jo oppinut ja päättänyt, että minua ja tuntemuksiani ei vastedes ole enää niin helppo vähätellä. Uskallan jatkossa varmasti kyseenalaistaa asioita, jos itse tunnen ettei kaikki täsmää. Kaipa olen pitänyt lääkäreitä aikaisemmin liian korkealla jalustalla ja nöyränä heidän mukaansa pomppinut monta pomppua. Moiseen en enää suostuisi.”*

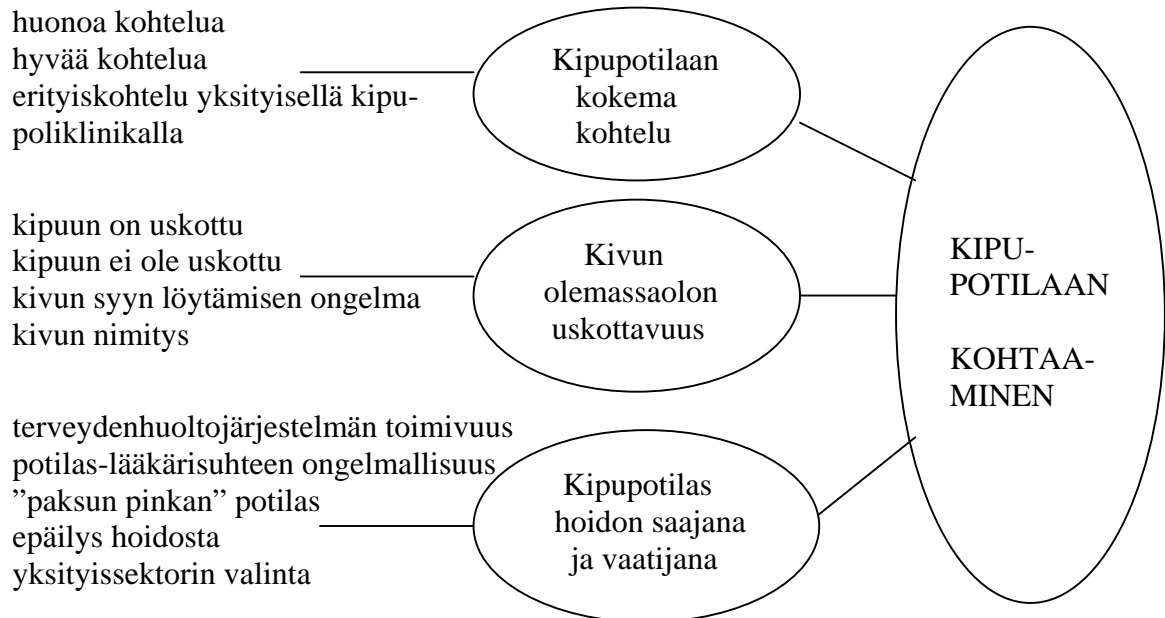
*”Haluan potilasvahinkoyhdistyksen tutkituttavan asian. Oliko se järkevää leikata toisen kerran ja tehdä enemmän hallaa.”*

Jotkut heistä olivat hakeutuneet itse yksityissektorin asiakkaiksi. Toisille heistä oli ostosopimuksella tehty leikkaukset yksityissairaalassa. He kokivat, että hoito oli ollut erinomaista, mutta jälkihoito puuttui. Itse maksavana asiakkaana hoitoon pääsi nopeasti, mutta kustannukset ovat olleet suuret.

*”Mä olen valinnut sen kalleimman .... Mä olen valinnut sen parhaimman tien, mutta maksan siitä ihan sikana. Tähän mennessä on mennyt n. 150 000 mk.”*

*”... uhraan aikaani siihen kuntoutukseen niin paljon ja etenkin se 2000 mk rahana viikossa on paljon. Mä en saa kuin 10% siitä takaisin.”*

Kipupotilaat olivat kokeneet pitkäaikaisen sairauden aikana erilaisia kohtaamisia terveydenhuollon asiakkaana. Kuviossa 11 esitellään kipupotilaiden kokema kohtelua ja kuinka he kokevat kivun olemassaolon uskottavuuden. Kipuongelman jatkuessa heistä on tullut hoidon saajia, mutta myös kivun hoidon vaatijoita.



KUVIO 11. Kipupotilaan kohtaaminen

### Monialainen kipupoliklinikka

Haastateltavat esittivät toiveita tulevaan Kanta-Hämeen keskussairaalan kipupoliklinikkaa kohtaan. He toivoivat henkilökunnan koostuvan lääkäristä, fysiatriasta, fysioterapeutista, psykologista ja sosiaalityöntekijästä. B-lausunnoissa he tarvitsivat sosiaalityöntekijän apua. Jotkut kipupotilaat toivoivat, että kipupoliklinikan yhteyteen perustettaisiin vertaistukiryhmä. He pitivät tärkeänä jakaa ajatuksia ja kokemuksia muiden kipupotilaiden kanssa. Heidän mielestään olisi perustettava myös omaisryhmiä tukemaan perheenjäsenten selviytymistä.

*”Ihmiset kokee hirveen tärkeänä, että ne saa jakaa ajatuksia esim. muiden kipupotilaiden kanssa .... Kohtalontoverin on helpompi ymmärtää. Jos ajatellaan tukihenkilöä ja se muodostuisi kipukroonikoista, se olisi varmaan paras vaihtoehto. Tavallaan sillä kipukroonikolla pitäisi olla jonkinlainen koulutus tai sitten yhteistyökumppani taas sairaalassa.”*

## Moniammatillinen osaaminen

Kipupotilailla oli erilaisia ehdotuksia kipupoliklinikan toimintaan. He toivoivat moniammatillista yhteistyötä heidän kivun hoidossa. Potilasta varten koottaisiin hoitotiimi, joka tekisi hoitosuunnitelman yhdessä kipupotilaan kanssa. Haastateltavat toivoivat saavansa kipukoulutusta, jossa annettaisiin asiantuntijakoulutusta ja opeteltaisiin erilaisia kivun lievitysmenetelmiä, kuten rentoutumistekniikoita. Joku heistä ehdotti, että kipupoliklinikan kautta olisi mahdollisuus saada halvemmallalla vaihtoehtoahoitoja. Kipuhoitaja voisi pitää säännöllistä puhelinneuvontaa. Kipupotilaiden mielestä olisi tärkeää, että heillä olisi jatkuva yhteys kipupoliklinikkaan. Lääkärille voisi soittaa aina tarvittaessa. Joku toivoi, että kovissa kipukohtauksissa voitaisiin tehdä kotikäyntejä. Lisäksi toivottiin riittävän pitkiä lääkärin vastaanottoaikoja ja helpottavia hoitoja.

Kipupotilaat asettivat erilaisia odotuksia hoitosuhteelta. He toivoivat pitkäjänteistä ja kuuntelevaa lääkärinä. Hoidossa pitäisi kasvattaa potilaan voimavaroja, kannustaa ja luoda turvallisuuden tunnetta. He odottavat, että heistä välitettäisiin ja paneuduttaisiin kunnolla kipupotilaan elämään. Eräs haastateltava totesi, että koska kipuja on monenlaisia tarvittaisiin monenlaista osaamistakin.

*”... psykologista silmää, tietyssä määrin empatiaa ja positiivista kannustavaa asennetta. Koska tällainen pitempi aikainen käy potilaan psyykkeelle.”*

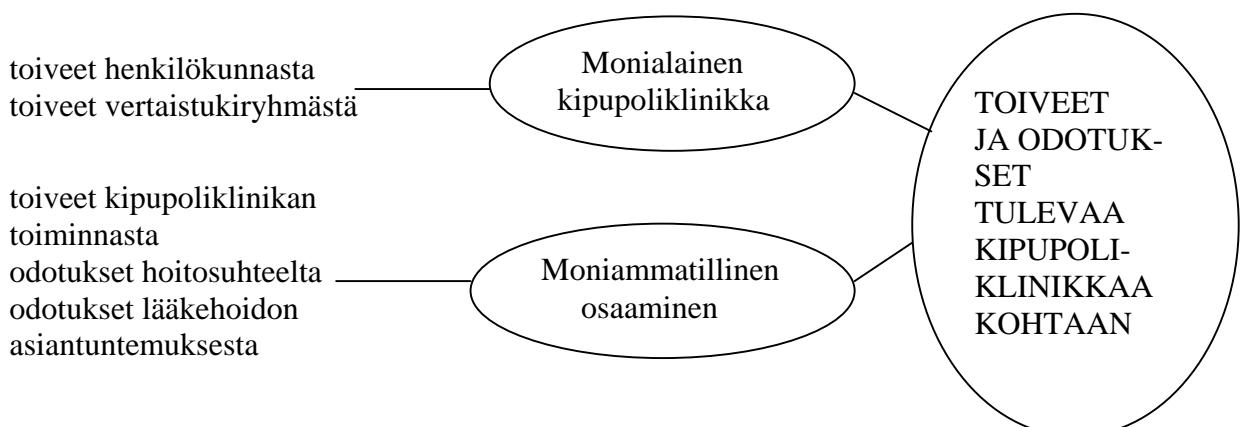
Kipupotilaat odottivat kipupoliklinikan tarjoavan myös lääkehoidon asiantuntemusta. Haastateltavat toivoivat pääsevänsä kipupoliklinikalle, jotta heille määrättäisiin riittävä kipulääkitys ja jotkut toivoivat kipukohtauslääkettä. Jotkut heistä toivoivat, että rikottaisiin rajoja lääkehoidossa ja kehitettäisiin uudenlaisia yhdistelmäkipulääkkeitä.

*”Mä haluaisin juuri, että joku tarkastaisi mun lääkityksen, että mä en käytä turhaan ja olisi sellainen lääkitys, että se auttaisi ... Pääsiskös sinne käymään, että saisi asiallisen ja jonkun viisaan ihmisen ohjelmoimaan lääkityksen. Ettei se olisi tämmöistä hakuammuntaa.”*

*”... melkein joka toinen kipupotilas sanoo, että kipulääkitys ei ole riittävä. Lääkäritkin vierastaa vahvojen kipulääkkeiden määräämistä.”*

*”Toivoisinkin saavan jonkinlaisen tilapäisen lääkkeen ... että mä vapautuisin siitä kivusta vähäksi aikaa.”*

Kuviossa 12 kuvataan kipupotilaiden toiveita ja odotuksia tulevaa Kanta-Hämeen keskussairaalan kipupoliklinikkaa kohtaan. He toivoivat monialaista ja moniammatillista kipupoliklinikkaa.



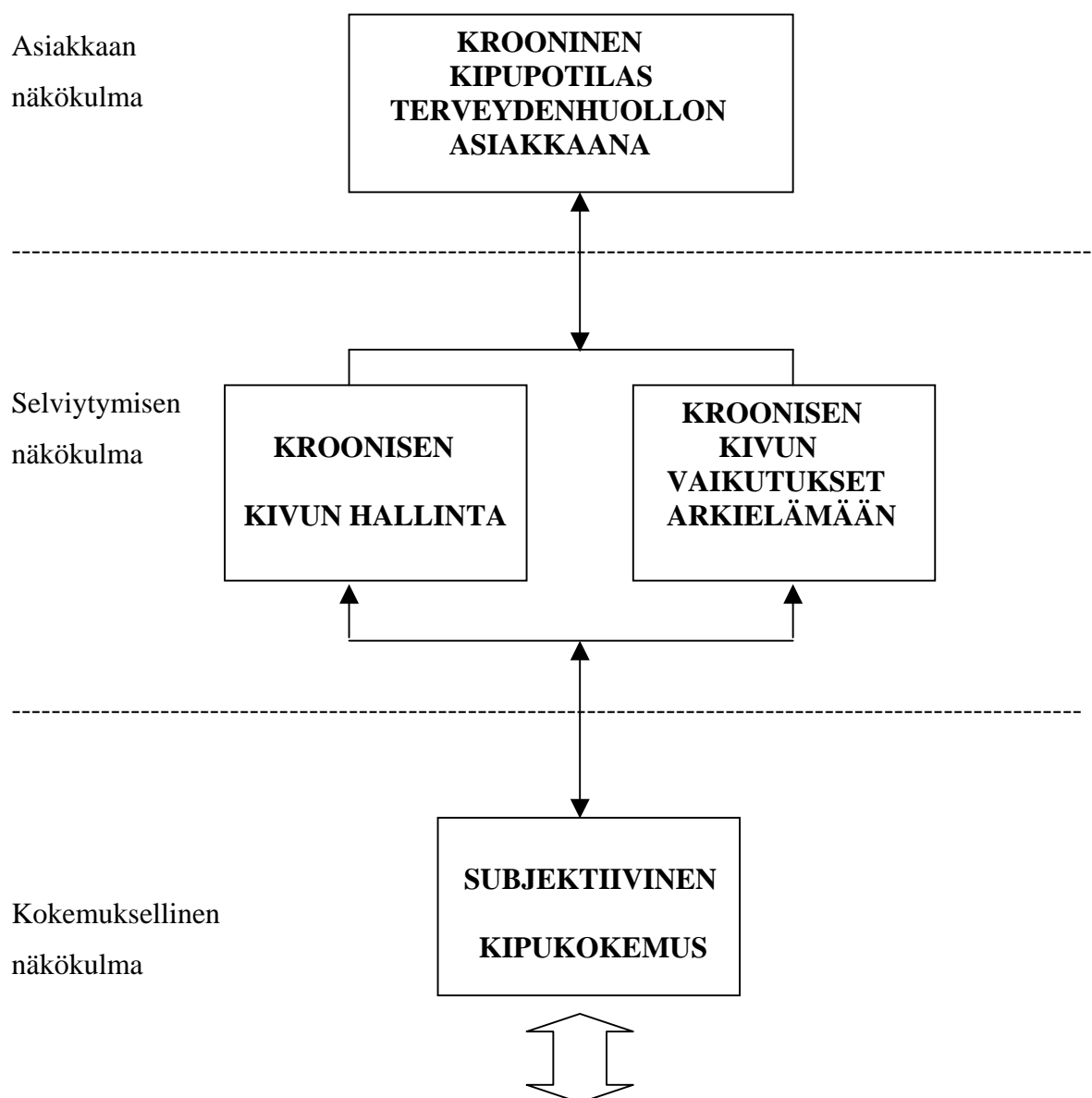
KUVIO 12. Kipupotilaiden toiveet ja odotukset tulevaa kipupoliklinikkaa kohtaan

## 5.6 Yhteenveto tutkimustuloksista

Tutkimustuloksia voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta (kuvio 13). Ensimmäinen kipu näyttäytyi subjektiivisena kipukokemuksena. Kipupotilaat pyrkivät mieluummin salaamaan kuin näyttämään kivuliaisuuttaan. Kipu oli enimmäkseen muuttumatonta, kokopäiväistä ja jatkuvaa. Kivun voimakkuusaste vaihteli pahimmillaan 7-10 välillä. Jatkuva kipu tuotti kärsimystä kahliten omalla ahdingollaan. Kipu vaikutti myös minään muuttaen kipupotilaiden elämänasennetta ja minäkuvaa.

Toisena näkökulmana tarkasteltiin kipupotilaiden selviytymistä kroonisen kivun kanssa. Krooninen kipu vaikutti kipupotilaan elämään eri tavoin. Kivun jatkuessa hoidoista huolimatta alkoi ilmetä muutoksia perheen sisäisissä suhteissa ja muussa sosiaalisessa elämässä. Toimintarajoitukset hankaloittivat arkielämässä selviytymistä. Univaikeudet koettiin vaikeimpina elämää hankaloittavana ongelmana. Kipuongelman jatkuessa korostui potilaiden krooninen kivun hallinta. Kivun hoito koostui itsehoitokeinoista ja lääketieteellisestä hoidosta. Kipupotilaat suhtautuivat varautuneesti lääkehoitoon, mutta ilman kipulääkkeitäkään ei tultu toimeen. Itsensä auttamisen ja muilta ihmisiltä saaman tuen avulla kipupotilaan voimavarat vahvistuivat, mikä osaltaan auttoi vaativan prosessin jälkeen hyväksymään krooninen kipu osaksi elämää. Kivunhallintaan oli vaikuttamassa myös käsitys tulevaisuudesta.

Kolmantena tutkimustulosten näkökulmana tarkasteltiin kipupotilasta terveydenhuollon asiakkaana. Pitkäaikaisen sairauden aikana monet kipupotilaat olivat kokeneet erilaista kohtelua. Kivun olemassaolon uskottavuuteen oli ollut vaikuttamassa se, oliko terveydenhuoltohenkilöstö uskonut kipuun ja oliko kivulle onnistuttu löytämään lääketieteellinen syy. Kipupotilaiden mielestä myös kroonisen kivun -nimitys lisäsi uskottavuutta. Kipuongelman jatkuessa korostui terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus sekä potilas-lääkärisuhde. Kipupotilaista oli tullut hoidon saajien lisäksi myös laadukkaan kivun hoidon vaatijoita. Tulevasta kipupoliklinikasta kipupotilaat toivoivat monialaista ja moniammatillista.





**KROONINEN  
KIPUPOTILAS**

KUVIO 13. Yhteenveto tutkimustuloksista

## **6. POHDINTA**

### **6.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua**

Laadullisen tutkimuksen arviointiin ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa (Miles & Huberman 1994, 277-280). Yleisin tapa on kohdistaa arviointi tutkimusaineistoon, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Nieminen 1997, 216). Toisaalta myös korostetaan, että tutkija itse on keskeinen tutkimusväline. Tällöin pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 2000, 210.)

Luotettavuuden arviointi alkaa tutkimustehtävän tarkastelusta ja siitä, antaako tutkimusaineisto vastauksen tutkimuskysymyksiin (Krause & Kiikkala 1996, 130). Tutkimustehtäviä minulla oli viisi ja mielestäni olen saanut niihin vastauksen neljän pääkategorian avulla. Tutkimuskohteen rajasin kolmen erilaisen poliklinikan pitkäaikaista kipua sairastaviin asiakkaisiin. Näin sain erilaista kroonista kipua sairastavia asiakkaista tutkimiskohteekseni. Hankin kaksi haastateltavaa sairaalan ulkopuolelta, koska yli kuukauteen ei kuulunut mitään potilastiedotteiden jättämisestä poliklinikoille ja halusin aloittaa tutkimushaastattelut ajoissa keväällä. Toisen näistä haastateltavista hankin lehtikirjoituksen avulla. Hän oli julkisuudessa kirjoittamansa omiin kokemuksiin perustuvan kirjan vuoksi. Sain häneltä luvan käyttää kirjaa tutkimuksessani. Tutkimukseen osallistumisen kysyminen kahdessa vaiheessa lisää luotettavuutta, sillä tällöin tutkimukseen haluttiin osallistua kiinnostuksen eikä velvollisuuden tunteesta. Tutkimukseen osallistui kaikkiaan seitsemän kipupotilasta. Näillä haastateltavilla kipuongelma oli kestänyt 10 kuukaudesta 11 vuoteen, joten he tunsivat tutkittavan ilmiön.

Haastattelutilanteissa vuorovaikutus oli avointa. Haastattelujen aluksi haastateltavat täyttivät kyselylomakkeen, jossa he arvioivat kivun voimakkuutta ja sen aiheuttamaa haittaa arkielämässä. Koin, että onnistuin luomaan luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin. On mahdollista, että heidän oli helpompi puhua myös negatiivisistakin kokemuksista terveydenhuollon asiakkaana, koska tiesivät minun toimivan opettajana ja enkä ollut osallisena heidän hoitoonsa. Toiset haastattelut kestivät parhaimmillaan 2,5 tuntia, joten aineistosta muodostui syvää. Aineistoa rikasti se, että haastateltavien elämäntilanteet ja kokemukset olivat erilaisia. Uskottavuus laadullisen arvioinnin kriteerinä koskee totuuden muodostumista tiedonantajien tapaamisten myötä (Leininger 1994, 95-115). Haastattelut olivat kertaluonteisia, mutta onnistuneita. Haastateltavat olivat tutkimusaiheen asiantuntijoita. Tutkimuskohteena oli kipupotilaiden kokemukset ja tutkijana yritin muodostaa oman tulkintani toisen ihmisen kokemuksesta ja sen ilmaisemisesta (Perttula 1995, 41).

Aineiston luotettavuutta lisää myös se, että nauhoitin kaikki haastattelut ja kirjoitin itse ne tekstiksi. Kirjoitettua tekstiä tuli 110 sivua ja lisäksi kirjan ilmaisut tuottivat tutkimusaineistoon yhteensä 852 pelkistettyä ilmaisua. Katsoin sen riittävän tutkimusaineistokseni, jotta pystyisin sitä vielä hallitsemaan sisällön analyysissä. Samankaltaisuutta alkoi esiintyä haastatteluissa, mutta en usko, että aineiston kylläntymispistettä voisi täysin saavuttaa, koska tarkastelun kohteena olivat kipupotilaiden subjektiiviset kipukokemukset ja kroonisen kivun kanssa selviytyminen arkielämässä. Toisaalta on muistettava, että kvalitatiiviseen tutkimukseen liittyy usein piirre, että kaikki tapaukset ovat ainutlaatuisia eikä kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritä yleistettävyyteen (Nieminen 1997, 216).

Toisilla haastateltavista kipuongelma oli kestänyt pitkään, joten myös aika on voinut vaikuttaa siihen, miten he kertovat aikaisemmista kokemuksistaan. Kipu oli kuitenkin aina läsnä ja toisaalta kipu on erilaista eri tilanteissa samallakin ihmisellä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on tutkittava ja tarkasteltava myös tutkijan asemaa ja toimintaa tiedon hankinnassa (Krause & Kiikkala 1996, 131). Kiinnostukseni aiheeseen syntyi aikaisemmasta aiheeseen liittyvästä pienimuotoisesta työstä. Työssäni sairaanhoitajana olen hoitanut kipupotilaita, mutta tämä asiakasryhmä ei ole ollut aikaisemmin erityisenä mielenkiinnon kohteenani. Olen omaisena joutunut seuraamaan

syöpäpotilaan kipumaailman arkea ja sen kautta olen halunnut laajentaa omaa asiantuntijuuttani kivun hoidossa. Tämän vuoksi tutkimuskohteenani olivat muut kuin syöpäkipua sairastavat krooniset kipupotilaat. Tutkimusaihetta koskeviin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen tutustuminen on monipuolistanut kuvaa kroonisen kipupotilaan elämästä. Lisäksi kävin 10 opintoviikon mittaisen kipukoulutuksen ammattikorkeakoulun täydennyskoulutuksena. Uskon, että tämä kaikki on syventänyt näkemystäni tutkimusaiheesta ja auttanut löytämään sopivat haastatteluteemat. Olen vasta aineiston analyysin jälkeen kirjoittanut teoreettisen osan, joten se ei ole ollut ohjaamassa liikaa tulkintojani. Laadulliselle tutkimuksellehan on tyypillistä, että tutkimuksen teoreettinen osa muodostuu usein rinnakkain tutkimuksen analyysin kanssa (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2000, 247).

Haastattelukysymysten tulisi olla selkeitä, ymmärrettäviä ja ne eivät saisi johdatella vastaamaan tietäntyyppisesti (Hirsijärvi & Hurme 2000, 105). Pysin tekemään haastattelutilanteissa lyhyitä kysymyksiä. Toisia kysymyksiä joidenkin haastateltavien oli vaikea ymmärtää, kuten ”Mitä kipu sinulle merkitsee?”. En kuitenkaan alkanut tarkkaan selittää kysymyksen tarkoitusta, sillä toiset heistä ymmärsivät kysymyksen ja tuottivat hyvää analyysiä kivun merkityksistä. Haastattelutaitojen kehittyessä myös kysymysten toistaminen jäi pois, koska huomasin kysymyksen tulleen käsitellyksi jo aikaisemmin.

Laadullisen aineiston analyysin valinta ja toteutus ovat merkityksellisiä tutkimuksen luotettavuuden kannalta (Krause & Kiikkala 1996, 131). Valitsin analyysimenetelmäksi sisällön analyysin, koska olin harjoitellut sitä jo aikaisemmassa opinnäytetyössäni. Sisällön analyysin haasteellisuutena pidetään sitä, että tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategoriat siten, että ne kuvaavat mahdollisimman luontevasti tutkittavaa ilmiötä. Analyysin luotettavuuden arvioimiseksi tutkijan tulee kirjata ja perustella luokitteluperusteensa. (Nieminen 1997, 219.) Tulosten yhteys alkuperäiseen aineistoon on osoitettava. 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). Luotettavuuden arvioimiseksi olen kuvannut tarkkaan analyysin etenemisen. Analyysin tueksi olen esittänyt alkuperäisilmaisuja, jotta lukija voi seurata analyysin kulkua ja sen luotettavuutta. Kategorioiden muodostamisessa yhä käsitteellisemmälle tasolle olen pyrkinyt jatkuvaan tarkastamiseen, kyseenalaistamiseen sekä rehelliseen ja tasapainoiseen teoreettiseen tulkintaan (Tynjälä 1991, 378-398).



Tutkimuksen sisällön luotettavuudessa tarkastellaan tutkimustuloksia (Krause & Kiikkala 1996, 132). Aineiston merkittävyyttä arvioitaessa tarkastellaan tutkimustulosten merkitystä hoitotyölle. Kroonista kipua sairastavia ja heidän selviytymistään kivun kanssa ei ole tutkittu paljon hoitotieteessä. Usein lääketieteen mahdollisuudet auttaa kroonista kipupotilasta ovat vähäiset ja kuitenkin kipupotilaan on tultava toimeen kipunsa kanssa. Tutkimustulokset auttavat terveydenhuoltohenkilöstöä hahmottamaan kroonisen kipupotilaan elämää kivusta aiheutuvine seurauksineen. Tutkimustuloksissa tuli myös ilmi, mistä tekijöistä kipupotilaan kivunhallinta muodostui ja millaista tukea kipupotilaat saivat terveydenhuollon asiakkaana. Lisäksi tutkimustuloksissa ilmenee toiveita ja odotuksia jo toimintansa aloittaneelle kipupoliklinikalle. Tutkimus auttaa kehittämään kroonisen kipupotilaan hoitotyötä.

Todeksi vahvistettavuus liittyy toistettuun ensisijaistietolähteitä koskevaan näyttöön (Leininger 1994, 95-115). Tutkimus suoritettiin kertahaastattelulla. Face-valideetin varmistamiseksi tutkimusraportti on annettu luettavaksi yhdelle kipupotilaalle, joka on omasta näkökulmasta vahvistanut tulosten vastaavan todellisuutta. Lisäksi kaksi kipuhoitajaa on arvioinut analyysin tulosta. (Kyngäs & Vanhanen 1997, 10.)

Raportin luotettavuuden arviointi perustu raportin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Arvioitavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä. (Nieminen 1997, 220; Eskola & Suoranta 2000, 215-216.) Olen kirjannut analyysin eri vaiheet ja perustellut luokitteluperusteluni. Olen pyrkinyt perustamaan tulkintani suoraan alkuperäisaineistosta sisällön analyysin mukaisesti. Toistettavuudella ei pyritä siihen, että toinen tutkija päätyisi samaan lopputulokseen samalla aineistolla. Tutkija pyrkii saamaan tutkimuksen lukijan vakuuttuneeksi tekemiensä ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen kategorioiden perusteluista sekä tutkimuksen kulun luotettavuudesta. (Nieminen 1997, 220; Eskola & Suoranta 2000, 215-218.) Olen pyrkinyt kuvaamaan kategorioita sanallisesti että kuvallisesti sekä tuomaan esille tulkintani. Tutkimuksen objektiivisuus sisältää perinteisesti oletuksen yhden ainoan totuuden olemassaolosta ja tämän totuuden saavuttamisen mahdollisuudesta. Nykyisin relativismin mukaan on olemassa useita totuuksia; eri yksilöillä on oma kokemuksensa ja oma totuutensa. Tutkija tuo myös oman viitekehyksensä tutkimukseen. (Tynjälä 1991, 387-388.) Tämä tutkimus pyrkii tuomaan esille vain kroonista kipua kokevien ihmisten kuvaaman totuuden ja näkökulman tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimusraportin lukijan arvioitavaksi jää tutkijan ja tulkintojen vaikutus aineiston analysointiin että johtopäätöksiin.

## **6.2 Tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat**

Tutkimustyön eettiset kysymykset korostuvat ihmistä tutkivissa tieteissä, kuten hoito- ja lääketieteessä. Tieteelliseltä tutkimukselta edellytetään hyvän tekemisen, ihmisen kunnioittamisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteiden toteutumista tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimukseen osallistujalla on oikeus pysyä tuntemattomana, oikeus luottamuksellisuuteen sekä oikeus odottaa tutkijalta vastuuntuntoa ja hienotunteisuutta. (Christians 2000, 138-140; Vehviläinen-Julkunen 2000, 27-32.)

Tutkimusta varten saatiin asianmukaiset luvat sairaalan tutkimuseettiseltä toimikunnalta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kipupotilaat saivat poliklinikkakäynnin yhteydessä informaatiota tutkimuksestani hoitajilta suullisesti ja kirjallisesti (liite 3). Suostumuksen jälkeen lähetettiin yhteystiedot minulle. Puhelinkeskusteluissa kerroin tutkimuksestani tarkemmin sekä eettisten periaatteiden toteutumisen käytännössä. Kysyin luvan haastattelujen nauhoittamiseksi ja tutkimukseen osallistuja sai valita itse haastatteluajan ja -paikan.

Tutkimukseen osallistuvilla on oikeus itse päättää osallistuuko tutkimukseen ja hän voi myös perua milloin tahansa (Vehviläinen-Julkunen 2000, 27). Eräs haastateltava perui osallistumisensa tutkimukseen.

Eettiset kysymykset on useimmiten liitetty tutkittavien anonymiteetin säilymiseen ja kohteluun. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien joukko on pieni, tässä tutkimuksessa seitsemän haastateltavaa, joten tunnistaminen on helpompaa suuriin otoksiin nähden. Purin haastattelunauhat tekstiksi, minkä jälkeen hävitin nauhat. Aineiston käsittelyssä käytin koodinumeroita, mutta lopullisessa tutkimusraportissa poistin ne suorista lainauksista. Pysin koko tutkimusraportin läpi rehelliseen kirjaamiseen ja nimettömyyden turvaamiseen. Suorien lainauksien valinnassa olen tarkoin miettinyt, että onko se tutkittavien ja tutkittavan ilmiön kannalta tärkeä tuoda julki. Tutkimustulosten käsittely on merkinnyt myös monien arkaluontoisten asioiden käsittelyä. Luottamuksellisessa ilmapiirissä annetuissa haastatteluissa tutkimukseen osallistujat saattoivat mainita joitakin hoitoyksiköiden ja henkilöiden nimiä, jotka jätin tutkimusraportin lausumista pois. Haastateltavat eivät kieltäneet haastatteluaineistojen käyttöä tutkimuksessa. Tutkijana minulla ei ole ollut mitään

syitä epäillä haastateltavien kertomusten luotettavuutta. Siksi olen pyrkinyt tuomaan esille kipupotilaiden kokemuksia ja tunteita elämästään kroonisen kivun kanssa. Tämä tutkimus käsittelee kipupotilaan näkökulmaa eikä terveydenhuollon.

### 6.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kroonista kipua sairastavien potilaiden kipukokemuksia, kroonisen kivun vaikutuksia heidän arkielämässään sekä kivun kanssa selviytymistä. Kipupotilaiden selviytymistä tukevana tekijänä kartoitettiin heidän toiveitaan ja odotuksiaan tulevaa Kanta-Hämeen keskussairaalan kipupoliklinikkaa kohtaan.

Kipu subjektiivisena kokemuksena muodostui kipupotilaiden kivun kuvauksista ja kipuun liittyvistä tunnekokemuksista. Kipupotilaat pyrkivät ensisijaisesti salaamaan muilta kipuaan. Läheiset oppivat näkemään milloin potilas oli kivuliaampi. Äidit pyrkivät salaamaan kivun etenkin lapsilta, jotta lapset eivät huolestuisi (vrt. Walle 1999, 38). Tämä tuo haasteita hoitotyölle. Krooninen kipu ei näy ulospäin eikä se anna fysiologisia reaktioita kuten akuutti kipu. Tällöin tiedonlähteenä toimii kipupotilas itse. Ainoastaan kysymällä ja käyttämällä erilaisia ja monipuolisia kivun arviointiin liittyviä kyselylomakkeita ja mittareita saadaan tietoa kipupotilaan kivun voimakkuudesta ja sen aiheuttamasta haitasta. Terveydenhuollon henkilöstön olisi aika jo uskoa potilaan kertomaan kipuun. Jos ihminen ilmaisee tuntevansa kipua, hänellä on välittynyt ääreishermostosta keskushermostoon kipuviesti (Närhi 2000, 17). On huomioitava myös, mistä kipukulttuurista on kipupotilas. Suomessa on tyypillistä vaiteliaan kärsimyksen kulttuuri (Salanterä ym. 2000, 20), kuten kuvastaa sanonta ”ken vaivojansa vaikertaa on vaivojensa vanki”. Kivun kulttuurisilla tulkinnoilla on myös käytännöllistä merkitystä, sillä siltä pohjalta ponnistavat myös kivun hoitokeinot. Modernissa länsimaisessa kulttuurissa kipua pidetään epätoivottuna ilmiönä, jonka ehkäisemiseen ja lievittämiseen käytetään paljon voimavaroja. (Naukkarinen & Torkkola 2001.)

Kipu esiintyi jatkuvana kokopäiväisenä kipuna. Kipupotilailla ei ollut kivutonta hetkeä ollenkaan (vrt. Walle 2000, 28). Jotkut heistä sanoivat, että ihmettelisivät, jos jonakin aamuna heräisivät kivuttomana. Vaikkakin jatkuva kipu oli hermoja raastavaa useimmat kipupotilaat kertoivat tottuneensa jatkuvaan jomotukseen. Vasta rasituksesta tai muusta

syystä lisääntynyt kipu vasta rekisteröitiin. Joillakin kipu ilmeni sietämättöminä kipukohtauksina. Tämä lisäsi kivun aiheuttamaa ahdistusta. Kipukohtaus saattoi olla niin kova, että se salpasi hengitystä tai joku heistä ensimmäisten kohtausten aikana pyörtyi kipuun. Tällöin he toivoivat, että heillä olisi voimakas kipukohtauslääke, joka lievittäisi kipua. He eivät välittäisi, vaikka lääke ”veisi jalat alta,” kunhan se vain lopettaisi kovan tuskan. Kivun lääkehoitoon olisikin suunniteltava kivuliaisuuden mukaan muunneltava kipulääkitys. Tämän tutkimuksen kipupotilaat halusivat tulla toimeen mahdollisimman vähällä kipulääkityksellä, kuten ilmeni myös Carson ja Mitchellin (1998) tutkimuksessa. En usko, että kroonisilla kipupotilailla yleensäkin on pelkoa lääkeriippuvuudesta. Enemmänkin pitäisi kannustaa kipupotilaista ottamaan säännöllisesti kipulääkkeensä eikä vain tarvittaessa.

Kipupotilaat kuvailivat kipukärsimystä joko kehon tuskana tai kivun kahlitsevuutena. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia Sarvimäki ym. (2000, 19) tutkimuksen kanssa, jossa kipu oli läsnä jatkuvana tuskana. Pahinta kipupotilaiden mielestä oli se, että kivusta ei päästy eroon. Melzack (1971) on kehittänyt kipusanaston, joka nykyään tunnetaan McGillin kipumittarina. Siinä kipu on jaettu aistikokemuksellisiin (sensoriset), tunnekokemuksellisiin (affektiiviset) ja arvioiviin ulottuvuuksiin. (Wall 1999, 38-41.) Ketovuori on suomentanut ja tutkinut suomalaisten käyttämiä kipusanoja (Ketovuori 1983). Tässä tutkimuksessa kipupotilaat kuvailivat omin sanoin enimmäkseen aistikokemuksiin liittyviä tuntemuksia. Tähän ryhmään kuuluivat seuraavat sanat: jäytävä (kuvaa puristavaa painetta), paleltava ja polttava (lämpö), pistävä (paikallinen paine), tuikkiva ja jyskyttävä (kesto), aristava (pitkävetisyys), ärsyttävä (sekoittuneet aistimukset) ja leikkaava (leikkaava paine). Tunnekokemuksiin liittyviä sanoja olivat kauhea ja hirveä (kuvaa pelkoa). Arvioivaa oli ainoastaan sana voimakas. Tässä tutkimuksessa kipupotilaat käyttivät vähän tunnekokemuksiin liittyviä sanoja. Erilaisissa tutkimuksissa on todettu, että krooniset kipupotilaat käyttävät enemmän affektiiviseen ryhmään kuuluvia sanoja kuin akuuttia kipua kokevat potilaat (Ketovuori 1983, 19). Tämä tutkimus tukee sitä, että omin sanoin kuvailemana kipupotilaan aktiivinen sanavarasto on niin pieni, ettei se riitä kivun elämyksen kunnolliseen ja riittävän monipuoliseen kuvailuun. Vakioitu kipusanasto kykenee paremmin tuomaan esiin paljon laajemman, passiivisen sanavaraston, jonka avulla kipua voi riittävästi kuvailla. (Ketovuori 1983, 2.)

Kivun voimakkuutta arvioitiin eri tavoin. Tutkimuksen kaksi miestä arvioivat kipuaan pienemmiksi kuin naiset, mutta kivun aiheuttamassa haitassa ei ollut eroja. Johtuuko tämä miesten korkeammasta kipukynnyksestä? Naiset asettivat tavoiteltavan kivunvoimakkuuden tason miehiä korkeammaksi. Tässä kohdin olisi luullut, että kaikilla tavoiteltava taso olisi ollut kyselylomakkeen alin taso. Tämä on arvokas tieto kivun hoidossa. Krooniset kipupotilaat ovat realistisia eivätkä odotakaan kivun lievittyvän kokonaan vaan edes vähän heidän keskimääräisestä kivun tasostaan. Hoitotyössä on tärkeä selvittää kunkin kipupotilaan henkilökohtainen tavoitetaso, kirjata se ja pyrkiä lievittämään kipua kohti tätä tavoitetasoa eri hoitotyön auttamismenetelmin.

Hätäännystä, stressiä, masentuneisuutta ja luopumista kuvasin kipuahdingolla. Samankaltaisia näkemyksistä Sarvimäki ym. (2000, 19) kuvasi kipua pahana olona ja avuttomuutena. Tässä tutkimuksessa alkuvaiheeseen liittyi syytöksiä itseä ja toisia kohtaan. Mietittiin mitä pahaa oli tehty, jotta ansaittiin tämä kipu. Itsesyytöksiä ei parantanut myöskään se, jos lääkäriltä tuli syytöksiä vian olevan korvien välissä. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa, niin myös tässä tutkimuksessa jatkuva kipu aiheutti stressiä (Chapman & Gavrin 1999). Jatkuva kipu aiheutti mielialan muutoksia (Vandrig & Lousberg 1997). Kipu lisäsi masentuneisuutta (Ruoff 1996; Feldman ym. 1999; Forssel & Heikkonen 2000). Kipuun väsyi ja toivottomina hetkinä esiintyi joillakin kuoleman toiveita ja itsetuhoajatuksia (Sallinen 1997, 41-42; Walle 1999, 35). Terveysthuollossa on kiinnitettävä erityinen huomio kipupotilaan jaksamiseen ja huomioitava myös itsemurhariski. Olisi hyvä ottaa mukaan kipupotilaan hoitotiimiin psykologi tai psykiatri. Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa (Simola 1994, 37-38; Sallinen 1997, 37; Walle 1999, 31) ilmeni niin pitkäaikaiseen kipuun liittyi paljon erilaista luopumista, kuten entisistä harrastuksista ja menoista. Kipuahdinko oli hallitseva ja on ihmeteltävä mistä löytyy kipupotilaiden voimavarat sopeutua jatkuviin menetyksiin.

Kipu muutti minää ja elämänsäntettä. Samankaltaisia näkemyksiä tuli esille Sarvimäki ym. (2000, 19) tutkimuksessa, jossa kipua kuvattiin myös opettajana ja ohjaajana. Jatkuva kipu järjesti arvot uudelleen ja muutti asenteita elämään ja muihin ihmisiin. Minäkuvan muuttuessa naiset olivat joutuneet hyväksymään äidin ja vaimon roolin muuttumisen, joka oli yhteneväinen Sallisen (1997, 43) tutkimustuloksen kanssa. Itsensä kanssa oli prosessoitava muutos ja löydettävä tasapaino uuden minän kanssa (vrt. Chapman & Gavrin 1999).

Itsetunnon kasvun myötä he kokivat olevansa jälleen tarpeellisia, jota Walle (1999, 41) kuvasi merkittävyyden tunteeksi.

Kroonisen kivun vaikutukset arkielämään ilmenivät eri alueilla. Eniten kipu muutti perhe-elämää. Suurin osa tutkimukseen osallistujista oli naisia, joten kotitöiden tekemiset siirtyivät osittain aviomiehelle. Pitkäaikainen kipu muovasi uudelleen parisuhdetta (vrt. Snelling 1999). Tässä tutkimuksessa tuli erityisesti ilmi, että naiset olivat huolissaan aviopuolison jaksamisesta. He näkivät tärkeäksi hoitaa parisuhdetta. On tärkeää, ettei kipupotilaasta tule hoivattava. Olisi löydettävä uusi aviollinen suhde kipupotilaan toimintarajoitusten vuoksi. Kipuperheissä olisi kiinnitettävä huomio lasten selviytymiseen. Tässä tutkimuksessa äidit kokivat myönteisiäkin seurauksia, mutta he olivat huolissaan lastensa hyvinvoinnin vuoksi. Lasten kanssa olisi pyrittävä elämään normaalia elämää, mutta pienten lasten äidit eivät kyenneet hoitamaan lapsia entiseen tapaan. Tässä tutkimuksessa korostui äitien kokema syyllisyys siitä, että he eivät voineet antaa terveen äidin mallia. Eräässä perheessä oli palkattu kotiavustaja, joka toimi pienten lasten kotitätinä. Äidit olivat huomanneet, että perhe ja etenkin lapset yrittivät säästää äitiä (vrt. Snelling 1994, Kelley 1998). Lasten pitäisi saada elää normaalia lapsuuttaan. Toisaalta lapsista kasvaa auttavaisempia ja toisiaan kunnioittavampia huolimatta perheen jäsenen sairastelusta (Smith & Friedemann 1999, 547-548).

Perheen keskinäinen yhteys oli voimistunut (Seers & Friedli 1996), mutta toisaalta perhe-elämä oli hankaloitunut. Krooninen kipu vaikutti perheen sisäiseen tasapainoon. Kivun hoidossa olisi huomioitava myös perhe ja heidän reaktionsa kipuun. Usein suojellakseen kipuilevaa muut perheen jäsenet salaavat todelliset tunteensa. He saattavat väsyä siihen, että kipu on kaiken keskipiste perhe-elämässä. Hoidossa olisi esimerkiksi perheterapiassa käsiteltävä kaikkien perheenjäsenten todelliset tunteet ja ajatukset. Perheen osallistuessa kivun hoitoon olisi myös keskusteltava siitä, että perheenjäsenten olisi annettava kipupotilaan tehdä mitä hän haluaa ja kykenee kotona, eivätkä he tekisi liikaa hänen puolestaan. Pienet onnistumisen kokemukset kotitöissä auttaisivat säilyttämään kipupotilaan itsearvostusta.

Kipupotilas ja perhe alkoivat pikkuhiljaa eristäytyä muusta sosiaalisesta elämästä (vrt. Kelley 1998; Seers & Friedli 1999; Smith & Friedemann 1999; Walle 1999; Sarvimäki ym. 2001). Ystävyysuhteissa tapahtui muutoksia. Ystävien asennoituminen kipupotilaaseen vaihteli. Aluksi oltiin kiinnostuneita, mutta vähitellen ystävät vähenivät (vrt. Seer & Friedli 1999). Tämä saattoi johtua siitä, että kipupotilaan elämänpiirin kutistuessa hän keskittyi vain kipuunsa ja ystävät väsyivät siihen. Tuntui, ettei muita keskustelun aiheita ollut kuin kipu.

Kipupotilas ei taas jaksaa keskittyä ja kuunnella toisten asioita, kun itseä jomottaa, vihloo ja särkee joka paikasta. Kuten Wallenkin (1999) tutkimuksessa, niin kipupotilaat kohtaisivat erilaisia ristiriitoja ystävyys-suhteissa. Joku oli kohdannut jopa kateutta sairautta kohtaan, koska hän sai olla aina kotona. Kipupotilaan puoleltakin kohdistui ystäviin välillä kärsimättömyyttä kuunnella heidän valittavan turhista asioista. Tässä tutkimuksessa tuli myös esiin kipupotilaiden toive, ettei heidän kipuaan aina tiedusteltaisi. Näin he itsekkin voisivat välillä unohtaa kipuongelmansa. Ystävyys-suhteita siis koeteltiin ja todelliset ystävät jaksoivat elää ahdistuksesta huolimatta kipupotilaan hyviä ja huonoja aikoja. Muiden ihmisten asennoitumisen merkitys korostui myös siinä, että ne ovat vaikuttamassa kroonisen kipupotilaan toipumis- tai kroonistumisprosessissa.

Krooninen kipu aiheutti erilaisia toimintarajoituksia ja kipupotilaiden oli vaikea selviytyä jokapäiväisestä elämästä. Sallisen (1997) ja Wallen (1999) tutkimuksissa ilmeni myös, että krooninen kipu aiheutti riippuvuutta toisista ihmisistä. Istuminen tuotti monille kipupotilaille vaikeuksia ja melkein kaikilla oli jonkinlaisia ongelmia kävelyn suhteen (vrt. Walle 1999, 31; Sarvimäki ym. 2001, 19). Kipu rajoitti autossa matkustamista, kuten ilmeni myös Wallen tutkimuksessa. Tällöin muiden ihmisten oli vieraittava kipupotilaiden luona ja tämä saattoi johtaa myös ystävyys-suhteiden vähenemiseen.

Kipupotilailla esiintyi univaikeuksia (vrt. Sallinen 1997; Lamberg 1999; Walle 1999). Heidän arvioidessaan kivun aiheuttamaa haittaa suurimmat pistemäärät tulivat nukkumiseen. Kivun hoidossa on kiinnitettävä huomio potilaan mahdollisiin unihäiriöihin. Valvotut yöt lisäävät kipua, väsymystä ja ahdistusta. Nykypäivänä kipulääkkeiden kirjo on laaja. On myös nukuttavia lääkkeitä tai sitten olisi tarjottava kipupotilaalle unilääkkeitä. Kroonisen kivun hoidossa edes univaikeuksia voidaan hoitaa hyvin, joten niiden hoitoon on panostettava.

Kroonisen kivun hallinta korostuu pitkäaikaisen kipuongelman aikana. Hallitakseen kipujaan potilaat olivat kokeilleet erilaisia itsehoitomenetelmiä. Lääkehoito oli ensisijainen kivunlievitysmenetelmä, mutta kipupotilaat käyttivät myös muita aktiivisia, passiivisia, toiminnallisia tai kognitiivisia menetelmiä. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on aikaisemmissa tutkimuksissa (vrt. Davis & Atwood 1996; Lin & Ward 1996; Snow-Turek ym. 1996). Tunnesuuntautuneessa toiminnossa passiivisia selviytymiskeinoja olivat tässä tutkimuksessa toivominen, rukoileminen, itkeminen, vaihtoehtoishoitomuotojen etsiminen, usko lääkäreiden parannuskykyyn ja kivun välttäminen. Aktiivisia tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja olivat huomion suuntaaminen toisaalle esim. mielihyvää tuottavan toiminnan avulla, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen, kipulääkkeiden käyttäminen ja kivun ottaminen haasteena. Ongelmasuuntautuneessa toiminnassa toiminnallisia menetelmiä olivat lääkehoito, lepo, asentohoidot, kylmä- ja lämpöhoidot, voimistelu, hierominen, apuvälineiden käyttäminen, yleiskunnon ylläpitäminen ja avun pyytäminen läheisiltä tai terveydenhuoltohenkilöstöltä. Kognitiivisissa, ongelmasuuntautuneessa, menetelmissä

kipupotilas asennoitui positiivisesti, sitoutui hoitoon, haki tietoa, siirsi huomion pois kivusta ja oli ollut kipukuntoutuksessa. Arviointisuuntautuneessa toiminnassa kipupotilas oli realistinen ja myönteinen tulevaisuuden suhteen, vertasi tilannettaan muihin kipupotilaisiin, pohti kivun merkitystä ja toisinaan salli itselleen välttää kipu tuottavia tilanteita.

Kivunlievitysmenetelmät olivat myös yksilöllisiä, kuten päiväkirjan kirjoittaminen ja jooga. Kokeilemalla eri menetelmiä ja arvioimalla niiden vaikuttavuutta kipupotilaat löysivät itselleen sopivia menetelmiä (vrt. Davis 1992). Toisaalta esimerkiksi vaihtoehtoishoidojen kokeiluista voi tulla kierre, koska toiset kipupotilaat suosittelevat aina jotakin uutta. Yleensä kipu lievittyy vai hetkeksi ja joskus vaihtoehtoishoidot voivat olla pahaksikin. Vaihtoehtoishoidoista olisi hyvä keskustella hoitavan lääkärin kanssa. Kivun hoidossa on aina tiedusteltava potilaan käyttämiä itsehoitokeinoja ja ne olisi hyvä kirjata hoitosuunnitelmaan. Toisinaan potilaalla voi olla käsitys, että kaikki kipu on pahasta ja hän passivoituu. Kipukuntoutuksessa opetetaan kivun syntymekanismeja, sitä ylläpitäviä tekijöitä ja kivun hoidon erilaisia menetelmiä. Opetuksessa olisi huomioitava mitä kipupotilas saa tehdä ja myös mitä ei saa. Aktiivisuuden lisääminen ja mielihyvää tuottavien asioiden löytäminen keskittää huomion pois liiallisesta kipuoireiden itsetarkkailusta.

Krooninen kipu on harvoin parannettavissa millään yksittäisillä keinoilla. Monialainen lähestymistapa on ainoa oikea tapa ratkoa jatkuvan kivun ongelmia. Hoidon keskittäminen yhteen hoitoyksikköön estäisi kipupotilaiden pallottelun paikasta toiseen sekä turhien ja kalliiden tutkimusten ja hoitojen läpikäymisen ja näin säästettäisiin terveydenhuollon voimavaroja. Lääketieteen ollessa voimaton auttamaan kroonista kipua sairastavaa korostuu terveydenhuoltohenkilöstön antama tuki. Kivun hoito on aina koko ihmisen hoitoa ja hänen voimavarojensa aktivointia. Osallistuminen kipukuntoutukseen olisi mahdollistettava kaikille kroonista kipua sairastaville. Ryhmän tuki ja vastaavassa tilanteessa olevien vertaishenkilöiden tapaaminen koettiin tärkeäksi (vrt. Heikkonen 1998; Herranen 2001). Olisi myös huomioitava, että kipua alettaisiin hoitaa tehokkaasti heti eikä annettaisi sen kroonistua tuoden kipupotilaille monia elämänongelmia.

Suhtautuminen lääkehoitoon korostui tässä tutkimuksessa. Kipupotilaille oli ennakkoluuloja ja vääriä tietoja kipulääkityksistä. Mistä tulee kipulääkkeiden käyttämisen pelko, sillä onhan muitakin kansansairauksia, joissa potilaat syövät paljon lääkkeitä. Ovatko myytit lääkeriippuvuudesta niin hallitsevia, että ne estävät kipupotilaiden toteuttamasta lääkäreiden



määräämää lääkehoitoa? Kipupotilaiden hoidossa olisi otettava aina esille, kuinka he toteuttavat lääkehoitoa. Ottavatko he säännöllisesti lääkkeitä vai vain tarvittaessa? Tietävätkö he kipulääkkeiden sivuvaikutuksista ja miten toimia niiden ilmaantuessa? Tietävätkö he miksi käytetään yhdistelmälääkehoitoa juuri heidän kivun hoidossaan? Sairaanhoidaja kohtaa kroonisia kipupotilaita eri hoitoyksiköissä ja hänen on oltava neuvonantaja ja kannustaja potilaan lääkehoidossa. Toisinaan kuulee lääkäreiden sanovan, että siitä kivun hoidosta on jo kymmeniä vuosia puhuttu. Kuitenkin kivun hoidon asiantuntemus, erityisesti kipulääkkeiden, on harvojen lääkäreiden hallinnassa. Nyt on korkea aika panostaa kivun hoidon koulutukseen kaikille terveydenhuollon piirissä työskenteleville. Kipukoulutus pitäisi olla riittävän laaja jo peruskoulutuksessa. Myös potilaille tulisi jakaa riittävästi tietoa kivun hoidon mahdollisuuksista, jotta epäluulot ja vanhakantaiset asenteet eivät olisi esteenä järkiperaiselle lääkehoidolle ja muille mahdollisuuksille kivun hoidossa. (Tigerstedt 1997.)

Lääkehoidossa olisi hyvä selittää potilaalle lääkkeiden vaikutusmekanismit. Tällöin potilaalle ei tule tunne psyykkisestä häiriöstä, jos hän syö esimerkiksi psykelääkkeitä. Sama lääke kuitenkin vaikuttaa kivun välittäjäaineita estävästi. Reseptiin olisi kirjoitettava, että kyseinen masennuslääke on määrätty kipulääkkeeksi ja kipukynnystä nostamaan. Joillekin kipupotilaille oli kynnys hakea apteekista tähän ryhmään kuuluvia lääkkeitä. Jatkossa on syytä aina tarkastaa ja informoida, mihin tarkoitukseen kipupotilas syö lääkkeitä. Siirryttäessä vahvempiin kipulääkkeisiin kipupotilas tarvitsee tukea ja asiallista asennoitumista terveydenhuollon henkilöstöltä. On turha tarjota Panadolia kovaan kipuun, jos potilas käyttää jo opioideja. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että kipupotilaat pelkäävät vahvoja kipulääkkeitä ja eivät haluaisi olla ”lääketokkurassa”. Vahvoja kipulääkkeitä syövän kipupotilaan suorituskykyyn tulisi kiinnittää huomiota. On hyvin yksilöllistä miten kipulääkkeet vaikuttavat ja autolla ajamisesta ainakin on syytä keskustella hoitavan lääkärin kanssa.

Kipupotilas tarvitsee voimavaroja selviytyä kroonisen kivun kanssa. Kipupotilaat näkivät tärkeänä löytää uusia mielihyvää tuottavia asioita elämäänsä. Tulos on yhteneväinen Sallisen (1997) tutkimuksen kanssa, jossa mielihyväkokemuksista pyrittiin pitämään kiinni viimeiseen saakka. Joillakin huumori oli tärkeä voimavara ja he toivoivat, etteivät muutkaan ihmiset suhtautuisi heihin niin varovaisesti. Perheen ja läheisten tuki oli tärkeää. Kaikesta huolimatta yritettiin normalisoida elämää (vrt. Seers & Friedli 1999). Ystävyysuhteissa painotettiin vastavuoroisuutta. Toisten kipupotilaiden vertaistuki koettiin tärkeäksi (Vrt.

Walle 1999). Jotkut heistä halusivat auttaa muitakin kipupotilaita. Ehkä kipupoliklinikoiden yhteyteen voitaisiin perustaa Kipuverstaan kaltaisia itseapuryhmiä. Kaksi tutkimukseen osallistujaa ovat mukana Kipupotilasyhdistyksessä. Se toimii kipupotilaan edunvalvojana, tukee kivun tutkimus- ja kuntoutustoimintaa, tiedottaa kipuun liittyviä asioita ja kehittää tiedonvälitystä kipuun ja kivunhoitoon liittyvissä asioissa. (Kipupotilasyhdistys ry 2002.)

Useimmat kroonista kipua sairastavat tottuivat kipuun ajan mittaan ja hyväksyivät kipunsa osaksi elämää. (Mc Cracken 1999; Walle 1999). Olisi tärkeä tutkia edelleen, mitä heille on tapahtunut tässä hyväksymisprosessissa. Eräs tärkeä asia oli, että toiset uskoivat hänen kipunsa ja he olivat myös tavanneet muita samassa tilanteessa olevia potilaita. He olivat löytäneet uuden roolinsa perheessä. Lisäksi he olivat oppineet iloitsemaan pienistäkin asioista ja löytäneet joitakin korvaavia toimintoja menetettyjen tilalle. He olivat oppineet asettamaan omat rajansa jaksamiselleen. He elivät päivän kerrallaan. Hoitavan henkilöstön olisikin hyvä kartoittaa potilaan voimavarat ja niitä ylläpitävät ja vahvistavat seikat hänen elämäntilanteessaan sekä hänen käsityksensä ja tavoitteensa tulevaisuudesta. Kipupotilas tarvitsee pitkäaikaista hoitosuhdetta samaan lääkäriin ja miksei myös kipuhoitajaan. Selviytymistä edesauttaa myös terveydenhuoltohenkilöstön ymmärtävä, kannustava ja asiantunteva tuki.

Kipupotilaita huolestutti heidän tulevaisuutensa. Kuten myös Walker ja Safaerin (1998) tutkimuksessa ilmeni niin kipupotilaiden pelot kohdistuivat uhkakuviin kivun pahenemisesta ja liikuntakyvyn menettämisestä. Kroonisen kivun seurauksena työkyvyn heikkeneminen tai menettäminen ja hoidon kustannukset rapauttivat monin potilaan talouden (vrt. Seer & Friedli 1999). Tässä tutkimuksessa joillakin kipupotilailla oli vaikea taitekohta, koska oikeus sairaspäivärahaan päättyi. He eivät tieneet onko heillä oikeutta kuntoutustukeen, työttömyyspäivärahaan vaiko hakeutuvatko he eläkkeelle. Siksi oli tärkeä ohjata heidät ajoissa sosiaalihoitajan luo. Saattaa olla, että potilaat eivät taloudellisista syistä käytä kaikkia heille määrättyjä lääkkeitä. Sopivien lääkkeiden kokeilut lisäävät lääkekustannuksia. Wallenkin (1999) tutkimuksessa ilmeni, että, että ylimääräisiä menoja aiheuttivat lääketieteellinen hoito ja vaihtoehtoiset hoidot. Uudet kipupotilaat olisi hyvä aina ohjata sosiaalihoitajan luo. Terveydenhuollon ammattilaisten pitäisi myös ainakin pääpiirteittäin tuntea vallitsevat sosiaaliturvaetuksien myöntökriteerit, jotta ei tuettaisi kipupotilaan epärealistisia odotuksia hoitojen ja kuntoutuksen suhteen (Aho & Kääpä 2000, 18).

Kipupotilas terveydenhuollon asiakkaana edellyttää hoitavalta henkilöltä sekä joustavuutta että monipuolista ammattitaitoa. Tässä tutkimuksessa ilmeni kuinka tärkeää oli potilaalle toimiva lääkärisuhde. Usein potilaat olivat kohdanneet jopa loukkaavia kommentteja, kun heidän kipunsa olemassaoloon ei uskottu (vrt. Sallinen 1997; Seers & Friedli 1999). Lääkäreitä ohjaa liiaksi kivun syyn löytämisen paradoksi ja potilaallekin muodostuu tärkeäksi, että kivulle löytyy lääketieteellinen syy ja diagnoosi (Sallinen 1997). Kipuelämänsä aikana potilas on käynyt useilla lääkäreillä ja hän etsii ”pelastajaa” heistä. Matkan varrella he pettyvät, turhautuvat ja tulevat vihamieliseksi ja ennakkoluuloisiksi lääkäreitä kohtaan. Toisinaan lääkäreillä ei ole asiantuntemusta kroonisen kivun hoidossa. Onkin melko tavallista, että lääkäri, ehkä itsekkin ahdistuneena ja turhautuneena, ymmärtää kivun syntyvän psyykkiseltä pohjalta ja suosittelee joko vihjaillen tai suoraan psykiatrista hoitoa. Potilas joko hyväksyy tämän arvion tai jatkaa sitkeästi avun etsimistä muualta. Tässä

tutkimuksessa kipupoliklinikoilla hän sai ihmisarvoisen kohtelun, tukea antavan ja osaavan henkilökunnan, joka perehtyi todella hänen ongelmaansa. Ehkä ”tavallisten” lääkäreiden pitäisikin jo tunnustaa voimattomuutensa ja ohjata krooniset kipupotilaat erikoislääkärin puoleen, mieluummin heti kipupoliklinikoille. Ainakin lääkäreiden pitäisi määrätä potilaalle riittävän tehokas kivun hoito; tarjoamalla tehokkaita yhdistelmäkipulääkkeitä, keskustelemalla kiireettömästi ja olemalla aidosti kiinnostunut potilaansa elämästä kroonisen kivun kanssa (Vartiovaara 1995, 101).

Kipupotilaiden kokema kohtelu oli riippuvainen siitä, oliko kivulle löydetty lääketieteellinen syy. Tässäkin tutkimuksessa (vrt. Seers & Friedli 1999) ilmeni, että jotakin kipupotilasta oli väitetty näyttelevän kivuliaisuutta. Joku heistä oli joutunut jopa tarkkailuun osastolle, kun yritettiin selvittää kivun syytä. Miksi on niin vaikea uskoa potilaan kertomaan kipuun? Kuitenkin tiedetään, että krooninen kipu ei näy ulospäin eikä se anna fysiologisia reaktioita kuten akuutti kipu. On tärkeää, että kipupotilaat tulevat kuulluksi ja hoitajat kohtaavat heidät aidosti, empaattisesti ja tukea antavasti. On tärkeää, että kipupotilaat saisivat purkaa pettymyksiään ja hoitajien olisi autettava heitä suuntaamaan energiaa voimavaroihin.

Tässä tutkimuksessa korostui potilas-lääkärisuhde. Entä hoitaja-potilassuhde? Hoitotyöllä on monia auttamismenetelmiä kivun hoidossa, joita voisi toteuttaa eri hoitoyksiköissä ja opastaa potilasta erilaisiin itsehoitokeinoihin. Keskeisiä kivun hoitotyön auttamismenetelmiä ovat lääkehoidon toteuttaminen ja ohjaaminen, fyysisten toimintojen auttaminen, emotionaalinen ja tiedollinen tuki sekä puolesta puhuminen. Sairaanhoitajan omat tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat miten hän kohtaa kivun ja kipupotilaan hoitosuhteessa. Yhteistyössä kroonisen kipupotilaan kanssa sairaanhoitajan on kohdattava myös oma ahdistus, avuttomuus ja voimattomuus, koska hoitotyönkin mahdollisuudet auttaa pitkäaikaista kipua kokevia ovat rajalliset. Kokonaisvaltainen lähestyminen, kuunteleminen, jatkuvuuden ja turvallisuuden luominen sekä toivon virittäminen ovat sairaanhoitajan keinoja auttaa ja antaa mahdollisuus kipupotilaalle puhua kipuongelmastaan sekä auttaa potilasta kestäämään ja suuntautumaan elämässä eteenpäin. Aidossa kohtaamisessa sairaanhoitaja toimii havainnoitsijana, ymmärtäjänä, peilinä ja palautteen antajana. Kipupotilaille on välitettävä tunne, että hänet otetaan todesta. Ajan antaminen, ystävällisyys, empatia, suvaitsevaisuus ja välittäminen ovat tärkeitä sairaanhoitajan työvälineitä. Olisi hyvä, että kipupotilaalla olisi pitkäkestoinen hoitosuhde kipuhoidajaan, joka toimisi tärkeänä tukihenkilönä ja neuvonantajana terveydenhuollon palvelu- ja sosiaalijärjestelmän kirjavassa viidakossa. (Aho & Käpä 2000, 18; Hovi & Salanterä 2000, 10-12; Vartiainen 2000, 22).

Keskusteluissa kipupotilaan kanssa sairaanhoitaja antaa jatkuvaa tiedollista tukea. Potilaan kanssa keskustellaan kivun synnystä ja kivun vaikutuksista arkielämässä selviytymiseen, kipulääkityksestä, erilaisista hoitovaihtoehdoista, kipua pahentavista ja lievittävästä itsehoitokeinoista ja mahdollisesta ennusteesta. Keskusteluissa on tärkeää ottaa esille, että mitä myönteisiä vaikutuksia kipupotilas on kokenut ja tuettava niitä. Kivun hoidossa on paneuduttava kipupotilaan aktiivisiin selviytymiskeinoihin, autettava löytämään niitä ja tuettava niiden käytössä. Sairaanhoitajan olisi hyvä tunnistaa potilaan haitalliset ajattelu- ja toimintatavat (esimerkiksi inaktiivisuus ja pessimistisyys) ja motivoitava häntä ottamaan vastuuta omasta selviytymisestäään kroonisen kivun kanssa. Sairaanhoitajan on muistettava, että kipupotilas tekee jatkuvaa surutyötä ja tarvitsee tukea selviytyäkseen kipuongelmansa kansaa. Omaisten tukeminen ja ottaminen osaksi kipupotilaan hoitotiimiä on osa kokonaisvaltaista ja moniammatillista kivun hoitoa.

Koetaanko edelleenkin, että kipupotilas on hankala ja ikävä ongelmapotilas, terveydenhuollon suurkuluttaja ja valittaja? Eikö ennemmin pitäisi kohdistaa huomio kivun hoidon terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen? Suomessa krooniset kipupotilaat ovat jo liian pitkään olleet väliinputoajia ja jääneet ilman hoitomahdollisuuksia, joita nykyaikainen lääketiede ja hoitotyö pystyisivät heille tarjoamaan. Kokonaisvaltaisessa, moniammatillisessa osaamisessa tarvitaan eri alojen yhteistyötä, yksi lääkäri tai erikoisala ei pysty hallitsemaan kaikkia keinoja taistelussa kroonista kipua vastaan. Terveyskeskusten lääkäreitä on koulutettu kivunhoidon osaajiksi. Omalääkärijärjestelmä luo hyvät edellytykset hyvään potilas-lääkärisuhteeseen. Omalääkärit voisivat Ruotsin mallin mukaisesti lähettää kipupotilaan erikoislääkärille, mikäli kiputila ei lievity kolmessa kuukaudessa. Kipupoliklinikoita tulee edelleenkin perustaa lisää. Suomessa toimii vähän yli kymmenkunta kipupoliklinikkaa tai kipuvastaanottoa, kaikki puutteellisin voimavaroin ja ylipitkin potilasjonoin. Ruotsissa toimii lähes 100 kipuklinikkaa. (Tigerstedt 1997.) Kipupotilaiden tutkimus ja hoito on vaativaa tiimityötä. Kipupoliklinikan lääkäri ja kipuhoitaja ovat ydintyöpari, jotka voivat konsultoida muita erikoisalvoja. Verkoston tulisi olla joustava ja vastata nopeasti jopa päivystystarpeisiin. Toivottavasti Hämeenlinnaankin saadaan riittävästi henkilökuntaa kipupoliklinikalle, jotta siitä tulisi toimiva osa kipupotilaiden hoitamisessa.

Krooninen kipu on monitieteellinen ja monitahoinen ilmiö. Yhteistyötä eri tieteen alojen edustajien kanssa on lisättävä ja kipunäkemyistä laajennettava. Terveydenhuoltohenkilöstön valmiuksia hoitaa kroonisia kipupotilaita on lisättävä ja koulutukseen panostettava. Krooninen kipu kaventaa elämää, aiheuttaa kärsimystä ja potilaan on välillä vaikea saada itselleen ymmärrystä. Krooninen kipupotilas pitäisi kohdata haasteena, ihmisenä, joka tarvitsee hoitoa. Hänen kipuunsa pitäisi uskoa ja auttaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ettei tilanne mutkistuisi ja kroonistuisi. Kipupotilas on haaste hoitokulttuurin muuttumiselle inhimillisempään suuntaan. Kipu on aina todellista potilaalle. Erään kipupotilaan sanoin ”kipu on uskollinen ystävä, vierellä kulkija, josta ei saa hetkeksikään hengähdystaukoa”.

## **6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet**

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Krooninen kivun kokeminen on subjektiivista. Kipupotilaat haluavat salata kipuaan muilta ihmisiltä, etenkin läheisiltä. Kivutonta hetkeä ei ole ollenkaan. Pitkäaikainen kipu on ensisijaisesti fyysinen kokemus, mutta kipupotilaat kokevat sen myös kahlitsevana ja ahdinkoa tuottavana. Jatkuessaan kipu muuttaa kipupotilasta ihmisenä.

2. Krooninen kipu vaikuttaa eri tavoin kipupotilaan arkielämään. Perheenjäsenen pitkäaikainen sairaus muovaa perheen yhteiselämää uudelleen ja rajoittaa muuta sosiaalista elämää. Kipupotilas kokee itsensä yhä yksinäisemmäksi kipuongelmansa kanssa. Kipupotilas on riippuvainen muiden ihmisten avusta. Kipupotilailla esiintyy unihäiriöitä ja ne vaikeuttavat pitkäaikaista kipuongelmaa.
3. Kipupotilaat käyttävät erilaisia menetelmiä hallitakseen kroonista kipua. He käyttävät yksilöllisiä itsehoitokeinoja ja heille on kokeiltu monia erilaisia lääketieteellisiä hoitomuotoja. Kipupotilaat suhtautuvat varautuneesti kipulääkkeisiin ja niiden jatkuvaan käyttöön peläten niiden sivuvaikutuksia. Kipupotilaiden voimavarat ja käsitys tulevaisuudesta ovat erilaisia ja ne ovat osaltaan vaikuttamassa potilaan sopeutumisprosessiin hyväksyä krooninen kipu osaksi elämää.
4. Kipupotilailla on useita hoitosuhteita eri terveydenhuollon hoitoyksikköihin sairautensa aikana. Kipupotilaiden kokema kohtelu on ollut erilaista, jos kivulle on löydetty lääketieteellinen syy. Kroonisen kipupotilaan hoitojärjestelmä ei ole toimiva. Pitkäaikaisen kipuongelman aikana korostuu toimiva potilas-lääkärisuhde. Kipupotilaat alkavat olla tietoisia omista oikeuksistaan potilaana.
5. Kipupotilaat toivovat tulevalla kipupoliklinikalla moniammatillisen tiimin osallistuvan heidän hoitoonsa ja hoitosuhteen olevan pitkäjänteistä, kokonaisvaltaista ja kipupotilaan voimavaroja tukevaa. Useimmat kipupotilaat kokevat hyötывänsä myös vertaistukiryhmästä. Kipupotilaat odottavat saavansa kipulääkkeiden asiantuntemusta kipupoliklinikan asiakkaina.

Tämä tutkimus kuvaa kroonisen kivun ulottuvuuksia kipupotilaan arkielämässä ja sen vaikutuksia elämänlaatuun. Tutkimus auttaa hahmottamaan kroonisen kipupotilaan kokemusmaailmaa ja selviytymistä pitkäaikaisen kivun kanssa. Vaikka tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, tulokset antavat viitteitä kroonisen kipupotilaan hoitotyön kehittämiseen. Lisätutkimusta tarvittaisiin siitä, miten hoitohenkilökunta voisi auttaa kipupotilasta ja heidän läheisiään selviytymään arkielämässä kivun kanssa. Mielenkiintoista olisi myös selvittää mitkä selviytymiskeinot auttavat parhaiten potilaan kivunhallinnassa.

Koska krooninen kipu on lisääntyvä kansanterveysongelma tarvitaan valmiuksia tukea tätä asiakasryhmää muillakin hoitotyön toimialueilla kuin kipupoliklinikoilla. Hoitotyöntekijät osallistuvat erilaisiin kipukoulutuksiin, mutta hoitajilta puuttuu vielä rohkeus pontevammin ajaa kipupotilaiden asioita. Hyvän kivun hoitotyön lähtökohtana on kivun arviointi ja kirjaaminen. Nykyään on paljon erilaisia kirjallisia kivun arviointimenetelmiä ja niitä olisi hyvä soveltaa oman osaston kipupotilaiden tarpeisiin. Tämän tutkimuksen pohjalta on mahdollista laatia kroonisen kipupotilaan elämänlaatua kartoittava lomake. Eri hoitoyksiköissä ja sairaaloissa olisi tarpeellista selvittää millaisia valmiuksia hoitotyöntekijöillä on kroonisen kipupotilaan hoitamiseen. Koulutusinterventiot voisi kohdentaa kroonisen kipupotilaan arkielämän uhkatekijöiden ja yksilön voimavarojen tunnistamiseen, lääkehoidon toteuttamiseen ja ohjaamiseen sekä muihin hoitotyön auttamismenetelmien hyödyntämiseen kroonisen kivun hoidossa.

Hyödyllistä olisi myös tutkia kipupotilaiden vertaistukea ja sen merkitystä. Tukiryhmien perustaminen kipupoliklinikoiden yhteyteen nähtiin tarpeelliseksi. Tiedotusta Kipuyhdistyksen toiminnasta tulisi lisätä ja kipupoliklinikka voisi tehdä yhteistyötä yhdistyksen kanssa.

Tiede kehittyy ja toivotaan, että se voi tarjota tulevaisuudessa enemmän auttamiskeinoja krooniselle kipupotilaalle selviytyä kipunsa kanssa.

## 7. LÄHTEET

- Achte, K. (1984) Kipu psykiatrisena ongelmana. Psykiatria Fennican julkaisusarja. Raportti no 53/1984. Psykiatrian tutkimussäätiö, Helsinki.
- Affleck, G., Tennen, H., Keefe, F.J., Lefebvre, J.C., Kashikar-Zuck, S., Wright, K., Starr, K. & Caldwell, D.S. (1999) Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects on disease and gender on daily pain, mood and coping. *Pain* 83: 601–609.
- Aho, H. & Kääpä, E. (2000) Sosiaaliset tekijät kipupotilaan vajaakuntoutumisessa. *Kipuviesti* 1: 16–18.
- Aldrich, S. & Eccleston, C. (2000) Making sense of everyday pain. *Social Science & Medicine* 50: 1631–1641.
- Andersson, H.I., Ejlertsson, G., Leden, I. & Schersten, B. (1999) Impact of chronic pain on health care seeking, self care and medication. *Journal of Epidemiology & Community Health* 53: 503 – 509.
- Ashburn, M. & Staats, P. (1999) Management of chronic pain. *The Lancet* 353: 1865 – 1869.
- Brattberg, G. (2001) Kipumestarin työkalut. Suomen Kivuntutkimusyhditys ry.
- Carson, M.G. & Mitchell, G.J. (1998) The experience of living with persistent pain. *Journal of Advanced Nursing* 28: 1242-1248.
- Carter, M. (1985) The philosophical dimensions of qualitative nursing science research. Teoksessa Leininger, M. (toim.) *Qualitative research method in nursing*. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 27-32.
- Chapman, C. & Gavrin, J. (1999) Suffering: the contributions of persistent pain. *The Lancet* 353: 2233–2237.
- Christians, C. (2000) Ethics and politics in qualitative research. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y (toim.) *Handbook of Qualitative Research*. Second edition. Sage Publications, California. 133-155.
- Cole, J.D. (1998) Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology* 3: 217–226.
- Corrado, P. & Gottlieb, H. (1999) Alternative medicine. The effect of biofeedback and relaxation training on depression in chronic pain patients. *American Journal of Pain Management* 9: 18–21.
- Crow, C.S., Olivet, L.W., Burry-Stock, J. & VanderMeer, J.L. (1996) Assessment of pain coping styles: development of an inventory. *Journal of Advanced Nursing* 24: 890-898.
- Davis, G. (1992) The meaning of pain management. A concept analysis. *Advances in Nursing Science* 15: 77-86.
- Davis, G. & Atwood, J. (1996) The development of the Pain Management Inventory for patients with arthritis. *Journal of Advanced Nursing* 24: 236-243.
- Dey, I. (1993) *Qualitative Data Analysis: A User-Friendly Guide for Social Scientists*. Fifth edition. Mosby, Inc, St.Louis.
- Encandela, J. (1993) Social science and the study of pain since Zborovski: a need for a new agenda. *Social Science and Medicine* 36: 783-791.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.

- Estlander, A-M. (1989) Tule toimeen kivun kanssa. Sahlgren, Otalampi.
- Estlander, A-M. (1997) Kivun psykologiaa. Teoksessa Alaranta, H., Pohjolainen, T., Rissanen, P. & Vanharanta, H. Fysiatría. Duodecim, Helsinki. 62-77.
- Estlander, A-M. (1999) Kipupotilaan psykologinen tutkiminen ja hoito. Teoksessa Rosenberg, P. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim, Helsinki. 799-813.
- Estlander, A-M. (2000) Tule toimeen kivun kanssa. Hyvä Terveys 1: 50-53.
- Feldman, SI., Downwy, G. & Schaffer-Neitz, R. (1999) Pain, negative mood and perceived support in chronic pain patients: a daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 67: 776-785.
- Ferrell, B. (1995) The impact of pain on quality of life. Teoksessa Wilkie, D. (toim.) *The Nursing Clinics of North America. Relieving cancer pain.* December 1995. Volume 30, number 4. W.B. Saunders Company, London. 609-624.
- Field, P. & Morse, J. (1988) Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Flor, H., Turk, DC. & Scholz, OB. (1987) Impact of chronic pain on spouse: marital, emotional and physical consequences. *Journal of Psychosomatic Research* 31: 63-71.
- Fontana, A. & Freys, J. (2000) The Interview: From Structured Questions to Negotiated Text. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y (toim.) *Handbook of Qualitative Research.* Second edition. Sage Publications, California. 645-672.
- Forsell, H. & Heikkonen, S. (2000) Kipu ja kipupotilas. Kartoitus kivusta biopsykososiaalisena ilmiönä. *Kuntoutus* 4: 7-15.
- Geisser, ME., Robinson, ME. & Henson CD. (1994) The Coping Strategies Questionnaire and chronic pain adjustment: a conceptual and empirical reanalysis. *Clinical Journal of Pain* 10: 98-106.
- Goldberg, RT. & Lox, DM. (1999) The role of psyche in low back pain: the mind-body connection. *Physical Medicine & Rehabilitation* 13: 411-425.
- Haapio, M., Reen, E. & Salonen, A. (2000) Vastasyntyneen kivun hoito. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. *Kivunhoito.* Tammi, Tampere. 149-163.
- Halonen, E. (1998) Oysin kipupoliklinikan potilaiden omaisten sosiaalisen tuen tarve. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden, Käyttätymistieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Handy, JL. (1998) Acupuncture for chronic pain. *Acupuncture in Medicine* 16: 103-104.
- Haythornthwaite, JK., Menefee, LA., Heinberg, LJ. & Clara, MR. (1998) Pain coping strategies predict perceived control over pain. *Pain* 77: 33-39.
- Heikkonen, S. (1998) Kivunhallintaryhmät. *Lääketiede* 98, luentotiivistelmät.
- Herranen, P. (2001) Tehoa kivun hoitoon. *Hyvä Terveys* 9: 10-15.
- Hitchcock, LS., Ferrel, BR. & McCaffery, M. (1994) The experience of nonmalignant pain. *Journal of Pain & Symptom Management* 9: 312-318.
- Hill Bailey, P. (1997) Finding your way around qualitative methods in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 25; 18-22.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1995) Teemahaastattelu. Yliopistopaino, 7.painos. Helsinki.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.



- Hirsijärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. (2000) Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Hovi, S-L. & Salanterä, S. (2000) Sairaanhoidaja kivusta kärsivän potilaan hoitotyön toteuttajana. Sairaanhoidaja 1; 10-12.
- Hyypä, M.T. (1982) Kivun kasvot. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Härkäpää, K. (1992) Kognitiiviset hallintakäsitykset, selkävaivan kulku ja hoitovaikutukset. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 36/1992, Helsinki.
- Härkäpää, K. (1993) Kipu, kognitiot ja kivun hallinta. Teoksessa Kuusinen, K-L. (toim.) Terveyspsykologia. WSOY, Juva. 82-87.
- Hitchcock, L., Ferrel, B. & McCaffery, M. (1994) The experience of chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain & Symptom Management* 9: 312–318.
- Howell, S. (1991) Validating women's experiences of living with chronic nonmalignant pain. *University of Colorado Health Sciences Center* : 264.
- Jensen, MP. & Karoly, P. (1991) Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain. *Journal Consulting & Clinical Psychology* 59: 431–438.
- Jensen, MP. & Karoly, P. (1992) Pain-specific beliefs, perceived symptom severity and adjustment to chronic pain. *Clinical Journal of Pain* 8: 123-130.
- Jensen, MP., Turner, JA., Romano, JM. & Lawler, BK. (1994) Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain* 57: 301–309.
- Kalso, E. (2000) Miksi kipu kroonistuu – neurobiologisia mietteitä kivun patofysiologiasta. *Kipuviesti* 1: 7-9.
- Kalso, E. & Vainio, A. (1993) Kipu. Duodecim, Helsinki.
- Keefe, FJ., Lefebvre, JC., Affleck, G., Sullivan, MJ. & Caldwell, DS. (2000) The relationship of gender to pain, pain behaviour, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain* 87: 325–334.
- Keefe, FJ., Salley, A. & Lefebvre, J. (1992) Coping with pain: conceptual concerns and future directions. *Pain* 51: 131–134.
- Keller, RB. (2000) Physiotherapy, muscle conditioning, and aerobics were effective for chronic low back pain. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 82: 875.
- Kelley, P. (1998) Loss experienced in chronic pain and illness. Teoksessa Harvey, J. (toim.) Perspectives on loss. Death, dying, and bereavement. Brunner/Mazel, Inc. Philadelphia. 201–211.
- Ketovuori, H. (1983) Kivun sanallinen kuvailu kivun arviointimenetelmänä. Tampereen yliopisto, psykologian lisensiaattitutkimus.
- Kipupotilasyhdistys ry. Yhdistyksen toiminnan tavoitteet. Saatavilla [www-muodossa < URL: http://kipupotilasyhdistys.com >](http://kipupotilasyhdistys.com) päivitetty 8.6.2002.
- Kokki, A. (2000) Leikki-ikäisten lasten leikkauksen jälkeisen kivun arviointi kotona kanadalaisen PPPM-mittarin luotettavuus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kortesuoma, R-L. (1999) Kipukokemuksista kipukieleen – lapsi kipunsa tulkkina. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Lisensiaatin tutkimus.
- Koukkula, R. (2001) Hoitajien ja potilaiden käsityksiä postoperatiivisen kivun hoidosta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Krause, K. & Kiikkala, I. (1996) Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Kugelmann, R. (1999) Complaining about chronic pain. *Social Science & Medicine* 49: 1663–1676.

- Kukkonen, P., Leppänen, T. & Vaeneberg, H. (2001) Psykologit Tukholman kipuverstaalla. *Kipuviesti* 2: 15–17.
- Kumpusalo-Vauhkonen, A. (1999) Kokemuksia kivusta ja kivun hoitokeinoista. Kuopion yliopisto. Farmaseuttinen tiedekunta, proviisorin koulutusohjelma. Opinnäytetutkielma.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999) Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1: 3-12.
- Laitinen, J. (1988) Kivun hallintaan. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.
- Lamberg, L. (1999) Chronic pain linked with poor sleep; exploration of causes and treatment. *JAMA* 281: 691–692.
- Large, R. & Strong, J. (1997) The personal constructs of coping with chronic low back pain: is coping a necessary evil? *Pain* 73: 245–252.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress Appraisal and Coping*. New York, Springer.
- 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.
- Leininger, M. (1994) Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Teoksessa Morse, JM. (toim.) *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, Sage Publication, Inc. 95-115.
- Lin, C. & Ward, SE. (1996) Perceived self-efficacy and outcome expectancies in coping with chronic low back pain. *Research in Nursing & Health* 19: 299-310.
- Loeser, JD. & Melzack, R. (1999) Pain: an overview. *The Lancet* 353: 1607–1609.
- Lynch, RT., Agre, J. Powers, JM. & Sherman, J. (1996) Long-term follow-up of outpatient interdisciplinary pain management with a no-treatment comparison group. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 75: 213-224.
- Malmberg, L. (2000) Miten hoitaa kipu lääkkeillä. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. *Kivunhoito*. Tammi, Tampere. 185–198.
- Martin, M., Bradley, L. Alexander, R. , Alarcon G., Aaron, L. & Alberts, K. (1996) Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain* 68: 45–53.
- May, K. (1991) *Interview Techniques in Qualitative Research: Concerns and Challenges*. Teoksessa Morse, M. (toim.) *Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue*. Sage Publications. California.
- McCaffery, M. & Pasero, C. (1999) *PAIN. Clinical Manual*. Second edition. Mosby.
- McCracken, LM. (1998) Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 74: 21–27.
- McCracken, LM. & Gross, RT. (1998) The role of pain-related anxiety reduction in the outcome of multidisciplinary treatment for chronic low back pain: preliminary results. *Journal of Occupational Rehabilitation* 8: 179-189.
- McGuire, DB: (1992) Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *Journal of Pain & Symptom Management* 7: 312-319.
- McHaffie, H. (1992) Coping: an essential element of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17: 933 – 940.
- Miles, M.& Huberman, A. (1994) *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. Second edition. Sage Publications, California.
- Monga, TN., Tan, G., Osterman, HJ., Monga, U. & Grabois, M. (1998) Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disability & Rehabilitation* 20: 317–329.

- Montes-Sandoval, L. (1999) An analysis of the concept of pain. *Journal of Advanced Nursing* 29: 935– 941.
- Moss, R. (toim.) (1986) *Coping with Life Crises. An Integrated Approach*. Plenum Press. New York and London.
- Mäntyselkä, P. (1998) *Kipupotilas terveystieteessä*. Kuopion yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Väitöskirja.
- Naukkarinen, J. & Torkkola, S. (2001) Mielekäs kipu. Saatavilla www-muodossa: < URL: <http://www.uta.fi/~tisisito/sttkipu.html>>. 3.6.2002
- Nieminen, H. (1997) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen & Vehviläinen-Julkunen (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 215-221.
- Nieminen, M. (1993) Selkäkipu elämänhallinnan uhkana. Sosiaalityön näkökulma pitkittyneistä selkäkipusta kärsivien sosiaaliseen kuntoutumiseen. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Nuutinen, L. (2001) Miksi panostaa kivun hoitoon? *Kipuviesti* 1: 8–9.
- Närhi, M. (2000) Kivun fysiologiaa. *Sairaanhoitaja* 1: 16–19.
- Okifuji, A. & Turk, DC (1999) Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity. *Journal of Psychosomatic Research* 47: 1–12.
- Perttula, J. (1995) Kokemuksen tutkimuksen luotettavuudesta. *Kasvatus* 1: 39-37.
- Pietilä, V. (1973) *Sisällön erittely*. Gaudeamus, Helsinki.
- Raninen, M. (2002) Mitä kipu on sinulle? Kivun merkityssisältöjä kartoittava kyselytutkimus. *Kipuviesti* 1: 27-30.
- Pulkkinen, L. (1996) Leikattujen potilaiden kokemuksia epiduraalisesta kivunhoidosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Raappana, M. (2001) Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Rantasila, E. (2000) Kivun psykososiaaliset vaikutukset. Seminaarijulkaisumateriaali. Kipuseminaari VII. Hämeenlinna 14–15.9.2000.
- Robinson, ME., Riley, JL., Myers, CD., Sadler, JJ., Kvaal, SA., Geisser, ME. & Keefe, FJ. (1997) The Coping Strategies Questionnaire: a large sample item level factor analysis. *The Clinical Journal of Pain* 13: 43–49.
- Romano, JM., Turner, JA., Jensen, MP., Fredman, LS., Bulcroft, RA. Hops, H. & Wright, SF. (1995) Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain* 63: 353 – 360.
- Ruoff, GE. (1996) Depression in the patients with chronic pain. *Journal of Family Practice* 43: 25–33.
- Ryan, G. & Bernard, H. (2000) *Data Management and Analysis Methods*. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y (toim.) *Handbook of Qualitative Research*. Second edition. Sage Publications, California. 769-802.
- Ryhänen, L. (1999) Heräämön sairaanhoitaja leikkauspotilaan postoperatiivisen kivun arvioijana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Rytkönen, M. (1994) Krooninen kipu, kipupotilas ja perhetilanne. *Perheterapia* 3: 37– 41.
- Sailo, E. (2000) Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. *Kivunhoito*. Tammi, Tampere. 30–38.
- Salanterä, S. (1999) *Caring for children in pain nursing knowledge, activities and outcomes*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

- Salanterä, S. (2000) Näyttöön perustuva kivun hoitotyö – mitä se on, miten sitä etsitään ja löytyykö se? *Kipuviesti* 2 : 11–14.
- Salanterä, S., Hovi, S-L. & Routasalo, P. (2000) Kivun arviointi. *Sairaanhoitaja* 1: 20-22.
- Sallinen, M. (1997) Ei päivää, ettei jostain särkis ... Fibromyalgiapotilaiden käsityksiä ja kokemuksia kroonisesta kivusta. Jyväskylän yliopisto, terveystieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Sandelowski, M. (1995) Focus on qualitative methods. *Qualitative analysis: What it is and how to begin. Research in Nursing and Health* 18; 371-375.
- Sarlio, J. (2000) Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. *Kivunhoito*. Tammi, Tampere. 23–29.
- Sarvimäki, A., Sandelin Benkö S. & Simonsen-Rehn N. (2001) Krooninen kipu potilaiden ja omaisten jaettuna kokemuksena. *Sairaanhoitaja* 6: 18-20.
- Seers, K. & Friedli, K. (1996) The patients' experiences of their chronic non-malignant pain. *Journal of Advanced Nursing* 24:1160-1168.
- Simola, A-M. (1994) Krooniset kipupotilaat ja kivun häiritsevyys arkielämän tilanteissa. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Smith, AA. & Friedemann, ML. (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* 22: 543-551.
- Snow-Turek, AL., Norris MP. & Tan, G. (1996) Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 64: 455 – 462.
- Sormunen, M. (1999) Hoitotyön menetelmien käyttö aikuispotilaan postoperatiivisen kivun hoidossa kirurgisilla vuodeosastoilla. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Subramaniam, V., Stewart, MW. & Smith, JF. (1999) The development and impact of a chronic pain support group: a qualitative and quantitative study. *Journal of Pain & Symptom Management* 17: 376–383.
- Sundqvist, S. (1994) Hoitotyön näkökulma kivunhoitoon. *Sairaanhoitaja* 1: 8-11.
- Suomen kivuntutkimusyhdystys ry. (2000) Esitys kroonisen kivun hoidon järjestäminen Suomessa.
- Taft Marcus, M. & Liehr, P. (1998) *Qualitative Approaches to Research*. Teoksessa Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (toim.) *Nursing Research. Methods, Critical Appraisal, and utilization*. 4 th editoin. St.Louis, Mosby : 215-245.
- Tigerstedt, I. (1997) Emmekö tarvitse kivunhoitoa? Saatavilla [www-muodossa <URL: http://www.helsinginsanomat.fi/uutisarkisto/19971115/vapa/971115.va01.html >](http://www.helsinginsanomat.fi/uutisarkisto/19971115/vapa/971115.va01.html) 5.6.2002
- Tigerstedt, I. (1999) Mitä uutta pitkäaikaisen kivun hoidosta. *Käytännön lääkäri* 2; 114 -117.
- Tommola, S. (2000) Interstitiellii kystiittipotilaiden kokemuksia sairaudesta, kivusta ja itsehoidon ohjauksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- van Tulder, MW., Ostelo, R., Vlaeyen, JW., Linton, SJ., Morley, SJ. & Assendelft WJ. (2000) Behavioural treatment for chronic low back pain: a systematic review within of the Conchrane Back Review Groups. *Spine* 26: 270-281.
- Turk, DC. & Okifuji, A. (1999) Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. *The Lancet* 353: 1784–1788.
- Turner, JA., Jensen, MP. & Romano, JM. (2000) Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain. *Pain* 85: 115–125.

- Tynjälä, P. (1991) Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja Kasvatus 22; 387-398.
- Uutela, A. (1994) Stressi, siitä selviytyminen ja terveysseuraukset. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 31: 36-44.
- Vaalamo, I. (1999) Toistuvien kipujen yhteys tunteiden säätelyyn. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 340.
- Vainio, A. (1995) Kipupotilas, lääkäri ja hoitosuhde. Suomen Lääkärilehti 50: 2415-2422.
- Vainio, A. & Achte, K. (1996) Kivun monet kasvot. Teoksessa Achte, K. & Tamminen, L. (toim.) Somatopsykiatria. Recallmed Oy. 112-127.
- Vartiainen, A. (2000) Ken tahtoo kärsivää auttaa? Kipu ja kärsimys hoitotyössä eri näkökulmista tarkasteluna. Sairaanhoidaja 4 : 22.
- Vartiovaara, I. (1995) Delfiinin laulu - uutta tietoa lääketieteestä. Otava, Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen, K. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen & Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 26-34.
- Vendrig, AA. & Lousberg, R. (1997) Within-person relationships among pain intensity, mood and physical activity in chronic pain: a naturalistic approach. Pain 73: 71-76.
- Väisänen, M (2000) Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivun hoito kouluikäisten lasten haastattelututkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Walding, MF. (1991) Pain, anxiety and powerlessness. Journal of Advanced Nursing 16: 388 - 397.
- Wall, P. (2000) Kivun anatomiaa. Suomentanut Onttonen, T. Art House, Helsinki.
- Walker, JM. (1998) A 6 week psychoeducational programme reduced pain and improved quality of life in adults with chronic idiopathic pain. Evidence-Based Nursing 1: 119.
- Walker, JM. & Sofaer, B. (1998) Predictors of psychological distress in chronic pain patients. Journal of Advanced Nursing 22: 1092-1100.
- Walle, P. (1999) Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Webb, C. (1996) Caring, curing, coping: towards an integrated model. Journal of Advanced Nursing 23: 960-968.
- Weir, R., Browne, G., Tunks, E., Gafni, A. & Roberts, J. (1996) Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used. Clinical Journal of Pain 12: 277-290.

TAULUKKO 1. Tutkimuksia kroonisen kivun vaikutuksista arkielämässä

<i>Tutkija, vuosi ja maa</i>	<i>Tutkimuksen aihe ja kohderyhmä</i>	<i>Aineiston hankinta ja analyysi</i>	<i>Keskeiset tulokset</i>
Simola 1994 TAY, psykologia, pro gradu	Krooniset kipupotilaat ja kivun häiritsevyys arkielämän tilanteissa. 22 kipupotilasta - keski-ikä 57,2 v - kivun kesto km. 14,4 v	<i>Kvalitatiivinen</i> Päiväkirjamenetelmä. Tulosten analyysiä varten kehitettiin luokittelumalli Skevingtonin mukaan: sosiaaliset, nukkumiseen, peruutetut, itsehoitoon, matkustamiseen, passiiviset, vapaa-aikaan, ruokailemiseen, kodinhoitoon, kipuun ja työhön liittyvät toiminnot.	Lähes kaikki kirjasiivat kivun häiritsevän arkielämässä selviytymistä lähes päivittäin joko kodinhoitoon tai nukkumiseen liittyvissä tilanteissa sekä vapaa-ajan tilanteissa. Näissä potilaat kuvasivat mielialaansa väsyneeksi, hermostuneeksi ja masentuneeksi. Tavallista vähemmän häiritsivät kiputilanteet liittyivät vapaaehtoiisiin, harrastuksenomaisiin, vapaa-ajan tilanteisiin tai passiivisiin toimintoihin. Potilaat kuvasivat mielialaansa levänneeksi ja rentoutuneeksi. Kivun häiritsevyys näyttäisi olevan yhteydessä mielialan muutoksiin ja kivun voimakkuuden arviointiin.
Snelling 1994, Englanti	Pitkäaikaisen kivun merkitys perheeseen. 2 kipupkl:n asiakkaat (n=18), puoliso tai aikuinen lapsi - 18 – 65 v - kivun kesto yli 6 kk - yli 50 % selkäkipupotilaita	<i>Kvalitatiivinen</i> Grounded theory. Perheen jäsenten erilliset haastattelut. Sisällön erittely.	Vaikutus perhedynamiikkaan sekä parisuhteeseen toisen tullessa riippuvaiseksi puolison emotionaalista ja fyysisestä tuesta. Pitkäaikainen kipu aiheutti perheessä: vihaa ja ahdistusta, rooliristiriitoja, parisuhdeongelmia, seksuaalielämän vähenemistä ja sosiaalisten suhteiden vähenemistä. Edellisten merkittävyys oli yhteydessä perheen kykyyn yleensäkin sopeutua muutoksiin.
Seers & Friedli, 1996, Englanti	Pitkäaikaisen kivun kokemus 75 kipupkl asiakasta: interventio-, odotus- ja vertaisryhmät - 21 – 86 v. - kivun kesto 0,5–47 v. - yli 50 % selkäkipupotilaita	<i>Toimintatutkimus, triangulaatio</i> Alkuhaastattelu, valmiiksi testatut mittarit: kipu, elämänlaatu, selviytymiskeinot, ahdistus ja masennus. Mittaus ennen ja jälkeen interventio sekä 1 kk ja 4 kk kuluttua.	Pitkäaikainen kipu ilmeni usealla eri elämänalueella. Kova kipu oli yhteydessä kyvyttömyyteen, ahdistukseen ja masennukseen. Koettuina epäkohtina: kivun olemassaolon todistaminen, pitkäaikaista kipua hoidettiin akuuttina, turhautuminen, syllisyys, vaikutusmahdollisuuksien vähyys, psyykkisen ja fyysisen tilan muutokset, perhe- ja ystävyys-suhteiden muutokset, eristäytyminen ja taloudelliset ongelmat.
Carson & Mitchell 1998, Kanada	Kokemuksia pitkäaikaisen kivun kanssa elämisestä. 17 sairaalan kipuasiakasta - 54 – 93 v.	<i>Kvalitatiivinen</i> Kuvaileva tutkimus, teemahaastattelu. Aineistolähtöinen analyysi.	Potilaiden kertomukset pitkäaikaisesta kivusta sisälsivät kuvauksen fyysisestä kivusta että kivusta menetyksenä ja elämää rajoittavana asiana. 3 pääteema nousi tutkimuksesta: 1) jatkuva kipu kehittää suvaitsevuu- vuutta 2) mielekkään toimintaan löytäminen ehkäisee eristäytymistä, tärkeää löytää korvaa toiminta itsetunnon säilymiseksi 3) toivea selvitä jokapäiväisestä elämästä

			kivun kanssa
Walker & Sofaer 1998, Englanti	Pitkääikäisen kivun yhteys ahdistukseen. 134 kipupkl asiakasta - 18 – 90 v. - kivun kesto 10 kk – 48 v.	<i>Kvantitatiivinen</i> Kysely hoitosuhteen alussa. SPSS, regressioanalyysi	Ikä yhteydessä kivun hoitoon, ei sen voimakkuuteen. Suru yhteydessä emotionaalisen tuen puuttumiseen, ei kipuun. Pelokkuus tulevaisuudesta oli yhteydessä kivun voimakkuuteen, tiedon puutteeseen ja kivun hallintaan. Avun tarve korkeampi niillä, jotka eivät hallinneet kipua ja joilla kipu oli voimakkaampi ja esiintyi useammin. Sosiaalisissa suhteissa ongelmia niillä, joilla kipu oli kova ja joilla oli taloudellisia ongelmia sekä emotionaalisen tuen puuttumista. Ahdistusta selittävinä tekijöinä: pelko tulevaisuudesta, ikääntyminen, toimeliaisuuden puute, konkreettinen avun tarve, ihmissuhdeongelmat ja menneisyyden kaipuu.
Smith & Friedeman 1999, USA	Kroonista kipu sairastavan perhedynamiikka. 30 kipupkl asiakasta - 31- 82 v. - kivun kesto 1-43 v.	<i>Kvalitatiivinen</i> Teemahaastattelu. Straussin analyysi (grounded theory)	Asiakkaat kokivat tunneperäistä ahdistusta, jota he kuvailivat masentuneisuudeksi, ahdistuneisuudeksi, syllisyydeksi tai uhan tunteeksi. He tunsivat etäisyyttä perheeseen. Potilaat kokivat kyvyttömyyttä jakaa tunteitaan muiden kanssa ja väärin ymmärretyksi tulemista. Potilaat kuitenkin kokivat, että perheeseen oli syntynyt voimakas side. Perhedynamiikka parantui. Perheestä oli tullut vahvempia, läheisimpiä, keskustelevaisempia, rehellisempiä ja huumorintajuisempia. Kukin perheen jäsen oli oppinut ottamaan asiat rauhallisemmin ja tavan rentoutua.
Walle 1999 KY, terveystiede, pro gradu	Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta. 12 kipupoliklinikan asiakasta - 29-55 v. - kivun kesto 2-7 v	<i>Kvalitatiivinen</i> Interventiivinen haastattelumenetelmä. Aineiston tarkennus kipusanamittarin (SKM) ja kivun haitta-asteikon (PDI) avulla. Laadullinen sisällön analyysi	Kipu oli ensisijaisesti fyysinen kokemus, mutta jatkuessaan kipu uhkasi myös psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Asiakkaiden voimavaroina olivat itsetunnon vahvistuminen ja tilanteen hyväksyminen. Selviytyminen oli kehittyvä prosessi. Toiminta kehittyi tunnesuuntautuneisuudesta ongelmasuuntautuneeksi. Muilla hoitoyön toiminta-alueilla kuin kipupkl:lla ja psyk. hoitotyössä hoitotyöntekijöiden tuki oli ollut vähäistä ja heidän kipuaan ei uskottu todelliseksi. Asiakkaat toivoivat, että heidän yksilöllisyytensä ja kivun merkitys heidän elämäntilanteessaan huomioitaisiin.
Forssell & Heikkonen 2000	TYKS:N kipuklinikan potilaiden kokema kipu ja siihen liittyvät psykososiaaliset ongelmat. 102 kipuklinikan asiakasta.	<i>Kvantitatiivinen</i> Laaja-alainen kipukyselylomake. Tilastollinen aineiston käsittely.	2/3 kipu oli jatkuvaa. Kipu koettiin voimakkaana ja huomattavasti elämää haittaavana. Kipupotilaat kokivat runsaasti myös muita somaattisia oireita ja olivat käyttäneet paljon terveydenhoitopalveluja. Yli puolet kärsi vakasta masennuk-

	- keski-ikä 52v - kivun kesto km. 42 kk		sesta. Sairaslomapäiviä töistä oli km. 58 viimeisen 6 kuukauden aikana. 62% käytti kipulääkkeitä päivittäin.
Raninen 2000	Terveyspalvelujen piiriin kivun vuoksi hakeutuneiden työkäisten henkilöiden kokemuksia kivusta - 69 kuntoutukseen osallistuneita kipupotilaita, jotka ovat eri puolelta Suomea	<i>Kvantitatiivinen</i> Kyselylomake. Tilastollinen aineistoin käsittely, korrelaatio- ja pääkomponenttianalyysi	Kipu koettiin nujertajana. Iän ja kivun kasvaessa kokemus nujertavuudesta kasvaa. Kipuun liittyy henkistä kasvua. Kipua voi hallita ja kipu vaikuttaa konkreettisesti jokapäiväiseen elämään.
Sarvimäki, Sandel & Simonsen- Rehn 2000	Kipupoliklinikan potilaiden ja omaisten kokemuksia kroonisesta kivusta ja sen yhteydestä jokapäiväiseen elämään. - 9 potilasta ja 4 omaista	<i>Kvalitatiivinen</i> Teemahaastattelu, laadullinen sisällön analyysi.	Kipu on läsnä jatkuvan tuskana. Kipu heijastuu pahana olona ja avuttomuutena. Kipu aiheuttaa masennusta, ahdistusta, stressiä, itsesyytöksiä, jännittyneisyyttä, surua ja kauhua. Kipu rajoittaa elämää fyysisesti ja sosiaalisesti. Kipu opettaa ja kasvattaa. Elämän arvot ja elämän asenne muuttuivat. Kipu opetti ymmärtävääisyyttä, maltillisuutta, kärsivällisyyttä ja nöyryyttä sekä kiinteitä ihmissuhteita. Kivun kanssa kamppailaan elämänhallinnasta.



<i>Tutkija, vuosi ja maa</i>	<i>Tutkimuksen aihe ja kohderyhmä</i>	<i>Aineiston hankinta ja analyysi</i>	<i>Keskeiset tulokset</i>
Davis 1992 USA	Pitkäaikaisen ei-malignin kivun hallinta. - 6 aikuista - kivun kesto 1-10v	<i>Käsiteanalyysi</i> Walkerin & Avantin mukaan. Aikaisemmin hankittu aineisto, joista 6 esseeä valittu analyysiä varten.	Kivun hallinta on yksilön toteuttamaa onnistunutta kivun hoitoa, jossa yksilö käyttää eri kivun lievitysmenetelmiä ja arvioi näiden menetelmien vaikutusta kokemaansa kipuun. Kivun säätely on kivun vaikutuksen vähentämistä eri tilanteissa. Itseluottamus on yksilön käsitys siitä, miten hän voi vaikuttaa kokemaansa kipuun.
Geisser, Robinson & Henson 1994 USA	Coping Strategies Questionnaire (CSQ) – mittarin testaus määrittäessä kr. kivun selviytymistä -152 kipupotilasta	<i>Kvantitatiivinen</i> Aikaisemmin testattujen mittareiden käyttö (MPI= Multidimensional Pain Inventory, CSQ) Tilastollinen aineiston käsittely, regressio-analyysi.	Rukoileminen/toivominen ja katastrofi-ajattelu olivat yhteydessä heikompaan selviytymiseen kr. kivun kanssa. Kivunhallinta ja vähentynyt kipu olivat yhteydessä parempaan selviytymiseen.
Crow, Olivet, Burry-Stock, VanderMeer 1996 USA	Pain Coping Style Inventory (PSCI)-mittarin testaus määrittäessä yksilön kivunhallintakeinoja. - 145 yliopiston oppilasta ja henkilökuntaa	<i>Kvantitatiivinen</i> Aikaisemmin testattujen mittareiden kehittäminen PSSI:ksi. Tilastollinen aineiston käsittely, korrelaatio- ja faktorianalyysi.	Kivunhallinnassa on eroteltavissa seuraavanlaisia tyyppisiä: osallistuja, reagoiva, taistelija, uhri, urakoitsija, huomion poiskääntäjä, henkinen selviytyjä ja aineiden käyttäjä.
Davis & Atwood 1996 USA	Pain Mangement Inventory (PMI)-mittarin testaus. - 82 reumapkl:n reuma- ja arthroosipotilasta. - keski-ikä 58 v. - Kivun kesto 0,9-52v	<i>Kvantitatiivinen</i> Mittaus poliklinikka käynnin yhteydessä ja 2 viikkoa myöhemmin. Aikaisemmin testattujen mittareiden käyttö (PMI & PPIRI =Present Pain Intensity Rating index) Vastausprosentti 81 %. Tilastollinen aineiston käsittely, korrelaatioana-lyysi.	Kivun lievitysmenetelminä olivat lääkkeiden käyttö ja niiden ylikäyttö, mielikuvat, TNS, rentoutumismenetelmät, lämpöhoidot sekä stressin hallintamenetelmät.
Lin & Ward 1996 USA	Selkäkipupotilaiden selviytyminen. - 85 ortopedian klinikan asiakasta. - 19-79 v.	<i>Kvantitatiivinen</i> Aikaisemmin testattujen mittareiden käyttö (Coping Behaviors Instrument= CBI ja Mental Health Inventory = MHI-5). Vastausprosentti 90%. Tilastollinen aineiston käsittely, regressio-analyysi.	Kipua 73%:lla, piinaavaa kipua 66%:lla, väsymystä 65%:lla ja toivottomuutta 61%:lla. Itseluottamus riippuvainen kivun voimakkuudesta ja voimavaroista: ennustaa hoidon onnistumista. Yleisimpinä menetelminä kipulääkitys, tilanteen kartoittaminen, kivusta kertominen, toiminnan tason muuttaminen. Eri menetelmät eivät poista kipua kokonaan. Kuntoutuksessa opetettava kognitiivis-behavioraalisia kivunhallintamenetelmiä.
Snow-Turek, Norris & Tan 1996	Aktiivisen ja passiivisen selviytymisen arviointia kr. kipupotilailta. - 76 kipupotilasta	<i>Kvantitatiivinen</i> Aikaisemmin testattujen mittareiden käyttö (CSQ VPMI=Vanderbilt Pain	Passiiviset selviytymiskeinot olivat voimakkaasti yhteydessä yleiseen psyykkiseen uupumukseen ja masennukseen. Aktiiviset selviytymiskeinot liitettiin

USA	- 29-74 v	management Inventory) Tilastollinen aineiston tonkäsittely, regressio- analyysi.	toimintakykyisyyteen. CSQ-mittari soveltui parhaaksi menetelmäksi arvioida aktiivisia ja passiivisia selviytymiskeinoja.
Haythornthwaite, Menefee, Heinberg & Clara 1998 USA	Kivun selviytymiskeinot ennustavat kivunhallin- nan. - 195 kipupotilasta - keski-ikä 46 v	<i>Kvantitatiivinen</i> Aikaisemmin testattujen mittareiden käyttö (MPI, CSQ, SOPA= Survey of Pain Attitudes) Tilastollinen aineiston käsittely regressioanalyysi	Selviytymiskeinot eivät ole yhteydessä kivun esiintyvyyteen. Selviytymiskeino- jen joustava käyttö oli moninaista ja ne ennustivat kivunhallinnan tunnetta ja ne eivät olleet yhteydessä kivun voimak- kuuteen. Tietyt kognitiiviset selviyty- miskeinot voivat lisätä kivunhallintaa. Täten nämä ovat tärkeä osa kognitiivis- behavioraalisessa kr. kivunhoidon kuntoutusohjelmassa.
Lefort, Gray- Donald, Rowat & Jeans 1998 Kanada	Opetusohjelman vaikutus idiopaattisen kivun- hallintaan. - 102 kipupkl:n asiakasta. - keski-ikä 40 v - kivun kesto km 6 v.	<i>Toimintatutkimus, kvantita- tiivinen.</i> Aikaisemmin testattujen mittareiden käyttö. Kysely ennen, jälkeen ja 3kk kuluttua interventiosta. Kontrolloitu tutkimusasetelma. Vastausprosentti 93%. Tilastollinen aineiston käsittely.	12 tuntia kestänyt pienryhmäopetus vähensi kivun voimakkuutta, lisäsi riippumattomuutta, elinvoimaisuutta, rooliodotusten mukaista toimintaa, hyvinvointia sekä kokemusta siitä, miten yksilö kokee voivansa vaikuttaa kokemaansa kipuun ja millaiseksi hän kokee voimavaransa.
McCracken 1998 USA	Kivun hyväksyminen - 160 kipupkl:n asiakasta -18-82v (ka. 50 v) - kivun kesto km. 3 v	<i>Kvantitatiivinen</i> Aikaisemmin testattujen mittareiden käyttö (CPAQ= Chronic Pain Acceptance Questionnaire, BDI=Beck Depression Inventory, PASS=Pain Anxiety Symtoms Scale, SIP=Sickenss Impact Profile. Tilastollinen aineiston käsittely, korrelaatio- ja regressioanalyysi.	Suurempi kivun hyväksymisen aste oli yhteydessä matalampaan kivun voimak- kuuteen, vähempään pelkoon ja välttä- miskäyttäytymiseen, masennukseen, fyysiseen ja psykososiaaliseen toiminta- kykyyn, parempaan päivittäiseen virkeyteen ja työkykyyn.
Turner, Jensen & Romano 2000 USA	Uskomusten, katastrofi- ajattelun ja selviytymis- keinojen yhteys kipupoti- laan selviytymiseen. 169 kipuklinikan asiakas- ta, jotka aloittivat moni- ammattillisen kivunhoito- ohjelman- - 21-78v (ka. 43v)	<i>Kvantitatiivinen</i> Aikaisemmin testattujen mittareiden käyttö (CSQ, SPA, PBPI= Pain Belief and Perceptions Inventory) Tilastollinen aineiston käsittely, regressioanaly- ysi.	Uskomukset ovat merkittävästi yhteydessä fyysiseen toimintarajoittu- neisuuteen ja masentuneisuuteen. Passiivisten selviytymiskeinojen ja katastrofiajattelun on todettu vaikutta- van kivun kokemista voimistavasti ja kroonistumista ylläpitävästi. Näillä on yhteys myös yleiseen psyykkiseen kuormittuneisuuteen, masentuneisuu- teen, aktiviteettitason alhaisuuteen ja fyysiseen toimintarajoittuneisuuteen.

## ARVOISA PITKÄAIKAISTA KIPUA SAIRASTAVA ASIAKAS

Pitkäaikaisen kivun kanssa eläviä on noin 40 %:a väestöstämme. Pitkäaikainen kipu hankaloittaa joka päivästä elämää monin tavoin, mutta siitä on hyvin vähän tutkittua tietoa Suomessa. Siksi olisikin tärkeä saada tietoa Teidän kokemuksistanne ja ajatuksistanne siitä, miten selviätte arkielämässä pitkäaikaisen kivun kanssa.

Olen sairaanhoitaja ja teen terveystieteiden maisterin tutkintoon liittyvää pro gradu-tutkielmaa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella.

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata, millaista on elämä pitkäaikaisen kivun kanssa ja kivun kanssa selviytyminen. Osallistumisenne on tärkeää, sillä tavoitteena on luoda edellytyksiä pitkäaikaista eli kroonista kipua sairastavien potilaiden hoitotyön kehittämiseksi. Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä kieltäytyminen vaikuta millään lailla Teidän hoitoon.

Kaikkien tutkimukseen osallistuvien antamat tiedot tulevat olemaan luottamuksellisia. Niitä käsitellään siten, ettei missään tutkimuksen vaiheessa kenenkään henkilöllisyys paljastu, eikä ketään voida tunnistaa annettujen tietojen perusteella.

Mikäli haluatte osallistua tähän tutkimukseen, poliklinikan sairaanhoitaja välittää yhteystietonne minulle. Otan Teihin yhteyttä puhelimitse lähiaikoina ja tällöin voimme keskustella tutkimukseen osallistumisestanne tarkemmin.

Kiittäen

Hämeenlinnassa 23.2.2001

Maj-Britt Eloranta  
Jyrätie 5 L  
13500 HML  
Puh: 03- 6183288

Ohje: Tämä sivu jää asiakkaalle.

## LUPA VÄLITTÄÄ YHTEYSTIEDOT

Annan poliklinikan sairaanhoitajalle luvan välittää nimeni ja yhteystietoni sairaanhoitaja, terveystieteiden maisteri-opiskelijalle Maj-Britt Elorannalle kroonista kipua ja arkielämää käsittelevää opinnäytetyötä varten.

---

Allekirjoitus ja yhteystiedot

### LISÄTIETOJA:

1. Minkä tyypistä kipua sairastatte? \_\_\_\_\_
2. Kauanko kipua on ollut? \_\_\_\_\_
3. Haittako kipu jokapäiväistä elämäänne paljon/ jonkin verran / vähän?
4. Ikä? \_\_\_\_\_

Ohje: Tämä sivu lähetetään tutkijalle.

### TEEMAHAASTATTELU

Liite 5

### TEEMA-ALUEET

1. Kroonisen kivun kokemus
  - kipuhistoria ja tämänhetkinen kipu

- potilaan käsitykset kivusta ja suhtautuminen siihen
  - kivun ilmaiseminen
  - lähiomaisten/ ystävien/ työtovereiden reaktiot kipuun
2. Kroonisen kivun vaikutukset arkielämässä
3. Selviytyminen
- kivunhallinta (kipua lievittävät ja pahentavat seikat, kivunhallintakeinot, itsehoitokeinot)
  - potilaan voimavarat
  - käsitys tulevaisuudesta
4. Kokemus terveydenhuoltohenkilöstön tuesta
- kokemukset ”potilaan roolista” ja terveydenhuoltojärjestelmästä
5. Potilaan toiveet ja odotukset tulevaa kipupoliklinikkaa kohtaan

## 1. TAUSTATIEDOT

Liite

6/1

Sukupuolenne

Ikä \_\_\_\_\_

1. nainen  
2. mies

Ammattikoulutuksenne

Tilanne nyt

1. ei ammattikoulutusta  
2. koulutason ammatillinen tutkinto  
3. opistotason ammatillinen tutkinto  
4. korkeakoulututkinto  
5. muu \_\_\_\_\_

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

Jos olette työelämässä, niin työn laatu \_\_\_\_\_

Kipujenne alkamisajankohta \_\_\_\_\_

Kivun sijainti, ensisijainen

1. pää, niska
2. hartia, olkapää
3. rinta, ylävatsa
4. yläraaja
5. selkä, kylki
6. alavatsa, lantio
7. alaraajat

Muu kipu

1. pää, niska
2. hartia, olkapää
3. rinta, ylävatsa
4. yläraaja
5. selkä, kylki
6. alavatsa, lantio
7. alaraajat

## 2. KIVUN VOIMAKKUUS

Arvioikaa kipunne voimakkuus, silloin kun se oli **pahimmillaan** viimeisen viikon aikana (ympyröi numero).

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ei  
kipua

pahin kipu minkä  
voi kuvitella

Arvioikaa kipunne voimakkuutta silloin, kun se oli **vähimmillään** viimeisen viikon aikana.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ei  
kipua

pahin kipu minkä  
voi kuvitella

Arvioikaa kipunne voimakkuutta **keskimäärin** viime aikoina.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ei  
kipua

pahin kipu minkä  
voi kuvitella

Liite 6/2

Arvioikaa kipunne voimakkuutta **juuri tällä hetkellä**.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ei  
kipua

pahin kipu minkä  
voi kuvitella

Arvioikaa, mikä olisi hoidon jälkeen **siedettävä tai tavoiteltava kivun voimakkuuden taso**.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ei  
kipua

pahin kipu minkä  
voi kuvitella

## 3. KIVUN AIHEUTTAMA HAITTA

Arvioikaa kipunne vaikutusta **jokapäiväiseen toimintaan**.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ei  
vaikutusta

erittäin suuri  
vaikutus

**Mielialaan**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei  
vaikutusta

erittäin suuri  
vaikutus

**Liikkumiseen**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei  
vaikutusta

erittäin suuri  
vaikutus

**Selviytymiseen työstä /kotitöistä**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei  
vaikutusta

erittäin suuri  
vaikutus

**Ihmissuhteisiin**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei  
vaikutusta

erittäin suuri  
vaikutus

**Nukkumiseen**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei  
vaikutusta

erittäin suuri  
vaikutus

**Kykyyn nauttia elämästä**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei  
vaikutusta

erittäin suuri  
vaikutus

**ESIMERKKI AINEISTON RYHMITTELYSTÄ JA ABSTRAHOINNISTA**

Liite 7

**PELKISTETYT ILMAUKSET**

**ALAKATEGORIA**

**YLÄKATEGORIA**

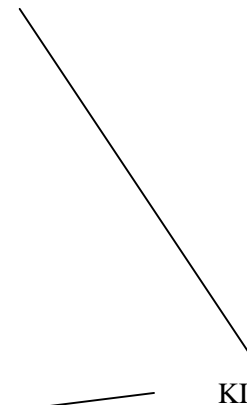
- kipuun on uskottu
- ei uskottavuusongelmia
- kipuun uskottu useimmiten
- aluksi ei uskottu kipuun, nyt ENMG todentaa kivun
- kuntohoitajat ja ortopedi uskoneet kipuun
- uskoo hoitajien uskovan hänen kipuunsa
- nykyään lääkärit uskoo kipuun

KIPUUN ON  
USKOTTU

- ei uskottu kipuun
- nuorella ei voi olla selkä kipeä
- uskottavuusongelma ulkoisen olemuksen takia
- pitäisi olla tietyn näköinen ja oloinen ollakseen kipupotilas
- lääkärit eivät usko iloista kipupotilasta
- ei oteta vakavasti

KIPUUN

KIVUN



<ul style="list-style-type: none"> <li>- leimataan idiootiksi pidetään tyhmänä</li> <li>- epäilevää suhtautumista</li> <li>- ystäväkään ei jaksa uskoa aina sairauteen</li> <li>- uskottava, kun kipupotilas sanoo olevansa kipeä</li> <li>- jatkuva kiputilan todistamista</li> <li>- katkera lääkäri kipun olemassaolon ei uskomisesta</li> <li>- ahdistaa, kun ei uskota kipuun</li> <li>- väitetty vian olevan korvien välissä</li> <li>- kohtelu saa aikaan tunteen viasta korvien välissä</li> <li>- potilas kuvittelee olevansa luulosairas</li> <li>- kipujen aliarviointi lääkäreiltä</li> </ul>	<p>EI OLE USKOTTU</p>	<p>OLEMASSAOLON USKOTTAVUUS</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kivun syytä ei ole löydetty</li> <li>- tutkittu paljon</li> <li>- ENMG ei todennut vauriota</li> <li>- lääkäri luottaa ENMG:n 100%:sti, vaikka 60%:sti näyttää oikean diagnoosin</li> <li>- syöpä pysähdytti kivuntutkimukset</li> <li>- muu sairaus estänyt tämän kipuongelmaan perehtymisen</li> <li>- muut perussairaudet esteeksi kipulääkityksen saannille</li> <li>- psyykkiseksi diagnosointia ellei löydy kunnon syytä</li> <li>- psykolosointia lääkäriltä</li> <li>- välillä lääkärit diagnosoi miten sattuu ja kipupotilas joutuu kantamaan sen seuraukset</li> </ul>	<p>KIVUN SYYN LÖYTÄMISEN ONGELMA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- krooninen kipu uskottavampi sana</li> <li>- krooninen on jämhättämistä paikoilleen</li> <li>- kroonisena kipuna puhutaan</li> <li>- pitää itse kroonisena kipuna</li> <li>- jatkuva kipu parempi sana</li> <li>- pitkäaikaisesta kivusta puhutaan</li> <li>- termiksi ajattelee pitkäaikaista kipua</li> </ul>	<p>KIVUN NIMITYS</p>	

## ESIMERKKI AINEISTON ABSTRAHOINNISTA

Liite 8

### YLÄKATEGORIA

### YHDISTÄVÄ KATEGORIA

### PÄÄ KATEGORIA

KIVUN  
ILMAISEMINEN

KIVUN  
AIHEUTTAJA

KIVUN  
KUVAAUS





