

SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYS RY:N JÄSENLEHTI

Kipuviesti

Nro 2/2024

Yhdenvertaisuus kivunhoidossa

**Kohti tasa-arvoista kivunhoitoa –
näkökulmia tieteen ja terveyden-
huollon sukupuolivinoumaan**

**Kivulias perinne – tyttöjen ja
naisten sukuelinten silpominen**

**Voiko yhteiskunta vaikuttaa
vähemmistöjen kokemaan
kipuun?**



LIITY JÄSENEKSI!



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry on terveydenhuoltoalan ammattilaisten yhdistys, jonka toiminnan tarkoituksena on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta Suomessa. Yhdistyksessä on jäseniä noin 730 (v. 2024). Suurimpina ammattiryhminä ovat sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät.

HENKILÖJÄSENYYS

Yhdistyksen jäsenyyttä voi hakea henkilö, joka työskentelee ammatissaan kivun parissa tai jonka työ liittyy kivun hoitoon tai tutkimukseen. Jäsenyyttä voi hakea myös opiskelija, joka tulevassa työssään tulee toimimaan kivun tutkimuksen ja hoidon parissa. Henkilöjäsenmaksu on 40 €

Ilmoittautumislinkki ja lisätietoa löytyy: <https://www.skty.org/jasenyys/hae-henkilojaseneksi/>

JÄSENEDET

Jäsenet saavat jäsenpostina Kipuviesti- jäsenlehden kahdesti vuodessa sekä lisäksi jäsenkirjeitä. Yhdistys järjestää jäsenille edullisia koulutuksia. Kutsut paikallisiin koulutustilaisuuksiin lähetetään kunkin koulutustilaisuuden kohderyhmän mukaisesti. Jäsenet voivat tehdä aloitteita yhdistyksen toimintatavoista. Jäsenistö on etusijalla yhdistyksen julkaisujen jakelussa.

KANNATAJAJÄSENYYS

Yhdistyksen kannattajajäseniksi voivat liittyä oikeustoimikelpoiset yhteisöt, jotka haluavat tukea kivun tutkimuksen ja hoidon hyväksi tehtävää työtä. Yhdistyksen kokouksissa kannattajajäsenillä on puheoikeus muttei äänioikeutta. Kannattajajäsenmaksu on 800 €. Kannattajajäseneksi liittyttäessä on ilmoitettava yhteys henkilön nimi ja osoitetiedot jäsenpostin toimittamista varten.

Ilmoittautumislinkki ja lisätietoa löytyy: <https://www.skty.org/jasenyys/kannattajajaseneksi/>

Sisällys

5 Riitta Rosio Päätoimittajan palsta

Teema: Yhdenvertaisuus kivunhoidossa

6 Jemiina Kemppainen Kohti tasa-arvoista kivunhoitoa – näkökulmia tieteen ja terveydenhuollon sukupuolivinoumaan

11 Mimmi Koukkula Kivulias perinne – tyttöjen ja naisten sukuelinten silpominen

16 Elina Partanen Voiko yhteiskunta vaikuttaa vähemmistöjen kokemaan kipuun?

Keho ja kipu

20 Kaisa Selin Kehoyhteyden kautta kivuttomuuteen

22 Marja Kinnunen Liikunnan tulee olla kroonisen kivun tärkein hoitomuoto

27 Jani Mikkonen Laajassa kansainvälisessä käytössä olevan keskushermoston herkimismisen mittari suomeksi

Elli: Potilaan tarina

Ajankohtaista kivunhoidossa

35 Alexandra Ullsten Vanhemman hoiva vie kivun pois!

40 Marja Kinnunen Ohjausmateriaaleja ammattilaisten työn tueksi

43 Kliinikon kynästä: Marja Bergman Kun töissä on kivaa

Konferenssi- ja matkaraportit

46 Kristiina Kokkonen ISPRM Sydney 1.–6.6.2024

49 Reetta Keränen Kivunhoito esillä musiikkiterapiakonferenssissa

50 Peetu Rytkönen, Niklas Särkilahti Crossing bridges

53 Juhani Määttä ISSLS Annual Meeting

Anneli Vainio: Nipistykksiä

Tutkittua

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen sivut

61 Anita Saariaho Terveisiä päättäjille SKTY ry:n hallituksen sihteeriltä

62 Katja Levander, Anna-Leena Nousiainen, Anu Portti SKTY:n fysioterapia ja hoitotyön toimikuntien yhteistyön tulos – Moniammatillinen lääkkeetön kivunhoito- webinaar

64 Koulutusta



Kipuviesti

2/2024

27. vuosikerta

Julkaisija

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

www.skty.org

ISSN 1796-3141

Päätoimittaja

Riitta Rosio

kipuviesti@skty.org

Toimituskunta

Teresa Autio, terasa.autio@gmail.com

Hanna Hakomäki, hanna.hakomaki@

musiikkiterapia.fi

Tuula Korhonen, tuula.korhonen@pohde.fi

Riitta Rosio, riitta.rosio@utu.fi

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta, tiina-riitta.vuorjoki-

ranta@hel.fi

Kipuviesti-lehden tilaus: TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku tai reskontrat@tutke.fi

Tilauksen yhteydessä on ilmoitettava tilattava tuote ja

määrä sekä toimitus- ja laskutusosoitteet.

Vuosikerran hinta on 50 €.

Osoiterekisteri

TietoAkseli Group Oy

PL 1234, 20101 Turku

puh. 010 347 2800

reskontrat@tutke.fi

Kannen valokuva: AdobeStock

Graafinen suunnittelu

Eero Antturi

Kirjapaino GRANO, Vaasa

2024

Ilmoitushinnasto vuodelle 2024

Kipuviesti-lehti ilmestyy kahdesti vuodessa (huhtikuussa ja lokakuussa).

Ilmoitushankkija: Tuula Korhonen

tuula.korhonen@pohde.fi

Aineistopäivä: huhtikuun numeroon on 25. helmikuuta ja lokakuun numeroon 6. syyskuuta.

Lehden painos on 1500 kpl.

Ilmoitusaineisto: PDF-tiedosto tulee toimittaa lopullisessa muodossaan (lehden koko 210 x 275 mm, tekstipinnan koko 180 x 240 mm. Lehti on 4-värinen.

Ilmoitusaineisto toimitetaan osoitteella: Antturi Design Oy,

sähköposti: antturi@antturidesign.com

viestikenttään: Kipuviesti / ilmoitusaineisto

Kopio ilmoituksesta: Tuula Korhonen

(sähköposti: tuula.korhonen@pohde.fi)

Saatekirjeessä, joka liitetään ilmoituksen mukaan, on mainittava ensisijaisesti ja toissijaisesti haluttu ilmoituksen sijoittelu, halutaanko ilmoitus yhteen vai molempiin numeroihin ja ilmoittajan yhteystiedot. Vain ajoissa ja täydellisenä toimitettu aineisto voidaan julkaista.

Ilmoitushinnat

Ilmoituksen sijoittelu	Hinta yhteen lehteen (euroa)	Hinta kahteen lehteen (euroa) sama mainos
Takakansi	1 200 €	2 100 €
2. ja 3. kansi	1 050 €	1 800 €
Sisäsivut	950 €	1 600 €
Sisäsivu 1/2	500 €	800 €
Sisäsivu 1/4	300 €	500 €

Päätoimittajan palsta

Tavoitteena saavutettavat ja yhdenvertaiset kivunhoidon palvelut



Riitta Rosio

päätoimittaja

Yhdenvertaisuus terveydenhuollossa tarkoittaa kaikkien yksilöiden tasavertaista kohtelua ja mahdollisuutta saada tarvitsemansa hoito riippumatta heidän taustastaan, sosiaalisesta asemastaan, sukupuolestaan, iästään tai muista henkilökohtaisista ominaisuuksistaan. Tämä tarkoittaa, että kaikilla potilailla on oikeus laadukkaaseen ja saavutettavaan hoitoon, joka vastaa heidän yksilöllisiä tarpeitaan ja olosuhteitaan. Yhdenvertaisuuden periaate pyrkii poistamaan esteitä ja syrjintää, jotta jokainen voi saada tarvitsemansa avun ja tulee arvokkaasti kohdatuksi.

Yhdenvertaisuutta kivunhoidossa tulee tarkastella useista eri näkökulmista. Hoidon saavutettavuus ei saa olla riippuvainen potilaan asuinpaikasta, etäisyydestä kipupoliklinikkaan, paikallisesta lähetekäytännöstä tai potilaan taustasta – kaikilla tulee olla yhdenvertainen pääsy kivunhoidon palveluihin ja koulutettujen kivunhoidon asiantuntijoiden asiakkaaksi. Lisäksi taloudellinen tilanne ei saisi estää pääsyä tarvittaviin hoitoihin, kuten moniammatillisen tiimin tarjoamiin terapiapalveluihin.

Kivunhoidossa on huomioitava potilaiden yksilölliset ja kulttuuriset taustat, sillä kipua koetaan ja ilmaistaan eri tavoin. Potilaan kohtaaminen ja hoidon räätälöinti henkilökohtaisiin tarpeisiin tulee olla mahdollista. Myös sukupuoli ja ikä ovat yhteydessä kivun kokemukseen ja hoidon tarpeisiin; naisten ja ikäryhmien ääripäiden (vastasyntyneet ja ikääntyneet) kipua saatetaan aliarvioida, mikä tekee näiden ryhmien erityispiirteiden huomioimisesta kriittistä. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisille tulisi tarjota koulutusta kulttuurisesta ja sukupuolien monimuotoisuudesta ja niihin liittyvästä yhdenvertaisuudesta.

Tässä numerossa tarkastellaan kivunhoidon yhdenvertaisuutta ensimmäistä kertaa Kipuviestin teemana – toivon kuitenkin, ettei tämä jää viimeiseksi, sillä nyt katetut näkökulmat ovat vasta alkua. Teemaan liittyvien kirjoitusten lisäksi lukijalle tarjoutuu hieno mahdollisuus lukea ajankohtaisista aiheista kivunhoidon käytännöistä, suosituksista ja koulutukseen liittyen.

Tämän syksyn upean lehden myötä kiitän kaikkia lukijoita ja SKTY:n jäseniä kuluneista neljästä vuodesta, jonka aikana olen saanut luotsata Kipuviestiä päätoimittajan pestissä. Erityiskiitos taitavalle Kipuviestin toimituskunnalle, jossa kaikilla jäsenillä on innostunut ja utelias asenne kivunhoitoon ja yhteiseen tekemiseen. Jokainen lehti on syntynyt koko tiimin yhteispelinä. Koen työn hyvin merkitykselliseksi ja ilolla annan sen eteenpäin uudelle päätoimittajalle.

Aurinkoisia syyspäiviä!

Riitta Rosio

Kohti tasa-arvoista kivunhoitoa – näkökulmia tieteen ja terveydenhuollon sukupuolivinoumaan



Jemiina Kemppainen
Fysioterapeutti, auktorisoi-
tu seksuaalineuvoja, lääke-
tieteen opiskelija

Sukupuolivinouman vaikutukset kohdistuvat terveydenhuollossa erityisesti naisiin ja vähemmistöryhmien edustajiin, mutta sukupuolen moninaisuuden huomioiva tutkimustyö hyödyttää kaikkia ihmisryhmiä. Tasa-arvoiset terveydenhuollon käytännöt eivät ole ai-noastaan yhteinen eettinen velvoitteemme vaan myös keskeinen edellytys potilaiden korkea-laatuaiselle hoidolle.

Tieteellisen tutkimuksen sukupuolivinouma tai sukupuolittunut datavinouma tarkoittaa tilannetta, jossa tutkimusdataa on kerätty pe-rusteettoman sukupuolittuneesti tai tuloksia raportoitu sukupuolen osalta puutteellisesti. Koska terveydenhuollon koulutus-, diagnos-tiikka- ja hoitokäytännöt perustuvat tällaiseen osin vinoutuneeseen dataan (1–4), näyttäytyy sukupuolivinouma käytännön tasolla esimer-kiksi palveluiden saatavuudessa ja laadussa esiintyvänä eriarvoisuutena (5–10). Koska näyt-töön perustuva toiminta on terveydenhuollon kulmakiviä, on puuttuva sukupuolidata yksi tasa-arvoisemman terveydenhuollon toteutu-misen valitettavista sudenkuopista. Tämä artik-keli kutsuukin pohtimaan, kuinka voisimme yhdessä työskennellä luodaksemme tasa-arvoi-semman terveydenhuoltojärjestelmän. Aihetta lähestytään naisväestöä koskevien kiputilojen diagnostiikan ja hoidon haasteita koskevan tut-kimustiedon kautta.

Sukupuoli on yksi ihmisten luokittelun tapa, juridinen määre sekä ennen kaikkea jatkumo, joka koostuu monista geneettisistä, fysiologisista, psykologisista, kehityksellisistä, sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä. Sukupuoli-identi-teetti tarkoittaa yksilön omaa sisäistä ymmär-rystä sukupuolestaan tai sukupuolettomuudes-taan. Kipututkimuskirjallisuudessa sukupo-literminologiaa käytetään varsin vaihtelevasti

ja tämän artikkelin sukupuolitetut ilmaukset mukailevatkin lähdeartikkeleissa käytettyä su-kupuolisanastoa, viitaten tutkimusaineistoon merkittyyn yksilön itsensä ilmoittamaan tai terveydenhuollon rekistereistä tulkittuun ju-ridiseen sukupuoleen. Saatavilla olevan tutki-muskirjallisuuden rajoitteiden vuoksi tämä tar-koittaa pitkälti binääriseen eli kaksinapaiseen sukupuolinäkemykseen perustuvaa sanastoa.

Sukupuolivinouman juurilla

Tutkimusdata on harvoin täysin neutraalia tai objektiivista, sillä kaikki olemassa oleva data peilaa sekä menneen että vallitsevan yhteiskun-nan rakenteita, joihin vaikuttavat vääjäämättä myös epätasa-arvoiset asenteet. Rahoitus on merkittävä yksittäinen tutkimustiedon määrää ja käsiteltäviä aihepiirejä suuntaava resurssi (4). Varsinaista tiedonkeruuta ohjailee kuitenkin tutkimustyötä tekevä ihmisjoukko itse, min-kä lisäksi tutkimuksen kohteen sekä käytetyn otannan ja teknologian valinnat vaikuttavat suoraan siihen, millaista tietoa tutkimus tuot-taa ja millaisiin kysymyksiin se pystyy vastaa-maan luotettavasti (1–3).

Lääketieteellinen tutkimus on historian saa-tossa keskittynyt pitkälti mieskehon toiminnan tarkasteluun ja oletukseen siitä, että miehillä toteutettujen tutkimusten tulokset olisi mah-dollista yleistää suoraan myös muihin ihmis-

ryhmiin. Samalla naiset ja ei-binääriset hen-kilöt ovat olleet, sekä historiallisesti, että yhä tänä päivänä, lääketieteellisissä tutkimuksissa aliedustettuina, minkä myötä myös heille tyy-pillisistä sairauksista sekä niiden oirekuvista ja hoidosta on saatavilla vähemmän tutkimustie-toa. Puuttuva tai puutteellisesti raportoitu su-kupuolidata ja sen terveydenhuoltoon ulottu-vat epätasa-arvoa ylläpitävät seuraukset kohdis-tuvat raskaimmin matalassa sosioekonomisessa asemassa oleviin naisiin ja vähemmistöryhmi-en edustajiin (2–12).

Ei-kuolemaan johtavat toimintakyvyllyistä ja elämänlaadullista haittaa aiheuttavat ter-veyshaasteet, krooniset kipusairaudet mukaan lukien, vaikuttavat maailmanlaajuisesti ko-rostuneesti naisiin. Vuonna 2024 julkaistussa sukupuolesta riippumattomien sairauksien haittoja maailmanlaajuisella tasolla vertaillees-sa mallinnuksessa havaittiin, että esimerkiksi alaselkäkivun vuoksi menetettyjen toimintaky-kyisten elinvuosien (DALY, Disability Adjusted Life Years) määrä oli naisilla yli kolmanneksen suurempi kuin miehillä (10). Vaikka elinajano-dotteen mukaan naiset elävät miehiä pidem-pään, elävät he suuremman osan elämästään myös sairaampina (10,11). Vaikka korostuneen suuri osa kroonisesta kivusta kärsivistä ihmi-sistä kuuluu naisväestöön, on valtaosa kivun prosessointia ja patofysiologiaa koskevasta tutkimuksesta toteutettu urospuolisia eläimiä tutkimalla. Esimerkiksi Kansainvälisen kivun-tutkimusyhdistyksen (International Associati-on for the Study of Pain, IASP) PAIN-lehdessä vuosina 1996–2005 julkaistuista jyrksijöillä teh-dyistä prekliinisistä tutkimuksista 79 % tutki ainoastaan urospuolisia koe-eläimiä, ja vielä vuonna 2021 alle 50 % artikkeleista ilmoitti sekä urosten että naaraiden yhtäaikaisesta huo-mioimisesta aineistoissa (2,3).

Muihin lääketieteellisiin teemoihin verrat-

taessa naisten terveys- ja kipututkimukseen investoidaan vähemmän sekä kokonaisuudes-saan, että terveysongelmien esiintyvyyteen ja taakkaan suhteutettuna. Tämä käy ilmi esimer-kiksi Yhdysvaltain terveysviraston (National Institutes of Health, NIH) vuosien 2015–2019 tutkimushankkeiden rahoitustilastoista. Kun jompaa kumpaa binäärisesti jaotelluista suku-puolista koskevien tutkimushankkeiden rahoi-tus suhteutettiin tutkittavan sairauden vuoksi menetettävien toimintakykyisten elinvuosien (DALY) määrään, suosi rahoitusmalli jopa kol-me kertaa todennäköisemmin miehiä. Toisin sanottuna, korostuneesti naisväestöä koskevien sairauksien tutkimushankkeista jopa kolme neljästä on todennäköisesti alirahoitettuja suhteessa niiden aiheuttamien haittojen laajuuteen (4).

Resursointi on ollut kautta aikain heikkoa siitäkin huolimatta, että korostuneesti naisvä-estöön vaikuttavien sairauksien ja kiputilojen hoidon historialla ja nykyhaasteilla on yksilön toimintakyvyllysten ja elämänlaadullisten vai-kutusten lisäksi myös todellinen kansantalou-dellinen ulottuvuus. Nämä kansantaloudelliset vaikutukset syntyvät esimerkiksi diagnostisen viiveen sekä puuttuvan, vähemmän oikea-aikai-sen tai muutoin suboptimaalisen hoidon myö-tä esiintyvistä toiminnanvajauksista, sairaus-poissaoloista ja työkyvyttömyydestä (4,10,13).

Tunnista sukupuolistereotypiat

Moninaisten yksilöllisten tekijöiden lisäksi kä-sityksiimme itsestämme ja muista ihmisistä vai-kuttavat yleistyneet käsitykset sukupuoliin yh-distetyistä rooleista. Sukupuolistereotypiat-ter-millä viitataan arjen eri tilanteissa, sosiaalisissa suhteissa ja elämäntapahtumiin reagoimisessa eri sukupuolten edustajilta odotettuun erilai-seen käytökseen. Näiden kulttuurisidonnaisten käsitysten ja niihin yhdistyvien stereotyypioiden

vaikutukset yltävät lukuisille yhteiskuntasektoreille, terveydenhuolto mukaan lukien.

Jäykät sukupuolinormit rajoittavat ihmisten mahdollisuuksia ilmaista itseään ja voivat heikentää sitä kautta terveyttä ja hyvinvointia kaiken ikäisillä eri sukupuolten edustajilla (6–8,14,15). On mahdollista, että sosiaaliset säännöt vähentävät ja rajoittavat miesten tunneilmaisua myös kipukokemusten osalta, kun vastaavasti naisten keskimäärin avoimempaa tunneilmaisua pidetään tyypillisempänä (8,14,16). Avoin tunneilmaisuus saattaa kuitenkin yhdistyä vahingollisiin stereotyyppisiin oletuksiin kipukokemusten liioittelusta, mikä voi johtaa myös kivunhoidon heikompaan toteutumiseen. Tutkimukset ovat osoittaneet, että naisten kipua vähätellään, aliarvioidaan tai alihoidetaan erityisesti silloin, kun naissukupuoli yhdistetään emotionaalisuuteen, haavoittuvuuteen ja dramatisointiin, joiden ajatellaan johtavan huonompaan kivunsietokykyyn (8,14–19).

Koska naisia on pidetty stereotyyppisesti herkkinä ja emotionaalisina, on heidän kokemaansa kipua tulkittu historiallisesti ennemmin psykosomaattisista kuin fyysisistä syistä johtuvaksi. Tämä historiallinen taakka vaikuttaa vielä tänäkin päivänä negatiivisesti tapoihin käsitellä naisten kokemaa kipua, vaikeuttaen onnistunutta diagnostiikkaa ja viivästyttää asianmukaisen hoidon aloittamista. (6–8) Keskimäärin naisille määrätään kipulääkkeitä harvemmin ja masennuslääkkeitä todennäköisemmin kuin vastaavista kipuoireista kärsiville miehille (8,15,19,20), ja on mahdollista, että kyseinen ilmiö liittyy sukupuolistereotyyppien kautta tapahtuvaan kivun vähättelyyn tai korostuneeseen psykologisoimiseen. Ilmiö havaittiin myös vuonna 2024 julkaistussa yhteensä 21 851 päivystyksellisen kipupotilastapauksen tietoja kattaneessa tutkimuksessa. Aineiston analyyseissa havaittiin, että naisille määrättiin johdonmukaisesti vähemmän kipulääkkeitä

myös sen jälkeen, kun lukuisat potilas-, ammattilais- ja päivystyskohtaiset muuttujat oli pyritty huomioimaan (18).

Ammattilaisen kyvyillä tunnistaa omat mahdolliset ennakoasenteensa, kohdata potilas empaattisesti ja toteuttaa erotusdiagnoosiikkaa mahdollisimman objektiivisesti onkin huomattavan suuri merkitys sekä yksilön hoitokemuksen että varsinaisen hoitotuloksen kannalta. Sillä on väliä, ajatellaanko kipuoireiden liittyvän todennäköisemmin diagnosoitavissa olevaan sairauteen vai ”tyypilliseen emotionaalisuuteen”. Tällaiset stereotypiat ja leimat eivät ole kuitenkaan automaattisesti yleispäteviä, sillä niihin vaikuttavat vaimentavasti tai vahvistavasti myös lukuisat tilanne-, potilas- ja ammattilaiskohtaiset muuttujat (8,17,19,21).

Kroonisen kivun leima

Leimautuminen tarkoittaa sosiaalista ilmiötä, jossa ihmisryhmään tai yksilöön kohdistuu negatiivisia luokituksia ja stereotypioita sekä usein myös syrjintää, kielellistä erottelua ja vallan epäsymmetriaa (15,22). Kirjallisuudessa teemaa on käsitelty myös sisäisen, rakenteellisen ja julkisen leimautumisen erillisten käsitteiden kautta. Sisäinen leimautuminen voi näyttäytyä esimerkiksi negatiivisten stereotyyppien omaksumisena ja sosiaalisena vetäytymisenä, rakenteellinen leimautuminen yhdistyy kielteisiin asenteisiin ja uskomuksiin perustuvaan toimintakulttuuriin ja säännöstöön, kun taas julkinen leimautuminen viittaa yleistyneisiin negatiivisiin stereotyyppioihin ja asenteisiin (15). Naisilla on maailmanlaajuisessa mittakaavassa korostunut riski sairastua kroonisiin kiputiloihin, kuten migreenipäänsärkyyn, fibromyalgiaan, purentaelimistön toimintahäiriöihin, nivelkipuihin, monimuotoiseen paikalliseen kipuoireyhtymään, endometrioosiin ja vulvodyniaan (9–11,13). Samalla nämä samat sairaudet, joissa päällepäin näkymätön kipu on joissakin

tapauksissa jopa ainoa raportoitava oire, näyttäytyvät tutkimuskirjallisuudessa tyypillisinä esimerkkeinä kroonisen kivun leimautumisesta (8,15,17,23).

Vuonna 2024 julkaistussa systemaattisessa katsauksessa todettiin, että naiset saattavat kohdata kroonisiin kiputiloihin liittyvän leimautumisen vuoksi esteitä asianmukaisen hoidon saamisessa ja kokea todennäköisemmin leimautumista myös terveydenhuollon ammattilaisten taholta. Kokonaisuudessaan katsauksen tulokset viittasivat siihen, että leimautuminen on kroonisesta kivusta kärsivillä ihmisillä yhteydessä ennen kaikkea elämänlaatua heikentäviin mielenterveysvaikutuksiin, mutta myös kivun koettuun voimakkuuteen ja toimintakyvylisiin haittoihin (23). Tämän dynamiikan ymmärtäminen on tärkeää terveydenhuollon laadun parantamiseksi.

Kroonisesta kivusta kärsivät naiset voivat kokea terveydenhuollon ammattilaisten kyseenalaistavan heidän oireidensa todenperäisyyden ja voimakkuuden tai arvioivan kivun johtuvan pikemminkin psykologisista kuin somaattisista syistä. Julkinen muiden ihmisten suhtautumistavoissa näkyvä leimautuminen ja yksilön kokemusmaailman tasolla tapahtuva sisäistetty leimautuminen voivat estää hakemasta apua, mutta johtaa myös itsesensuuriin, jossa potilas vähättelee oireitaan eikä kommunikoi täysin avoimesti häntä hoitavan ammattilaisen kanssa. Tämä kommunikaation puute voi johtaa kipuoireiston vakavuusasteen sekä elämänlaadullisten ja toimintakyvyllisten vaikutusten aliarviointiin ja lopulta myös riittämättömiin hoitosuunnitelmiin (8,14,15,23). Sen sijaan tutkimusnäyttö tukee näkemystä siitä, että ammattilaisen empaattisella vuorovaikutuksella, vastaanottotilanteessa toteutuvalla kannustavalla viestimisellä ja kyvyllä tarkastella asioita potilaan näkökulmasta on positiivisia vaikutuksia paitsi kipupotilaan kokemukseen saa-

mastaan hoidosta, myös jossain määrin hänen kokemansa kivun vähentymiseen ja elämänlaadun kohentumiseen (8,14,24).

Ratkaisua etsimässä

Systemaattisella epätasa-arvoon puuttumisella, koulutuksella ja tietoisuuden lisäämisellä on mahdollista saada positiivisia muutoksia aikaan. Myös käytännön hoitoprosessien selkiyttäminen ja kehittäminen potilaslähtöisestä näkökulmasta tukee tasa-arvon toteutumista: millaisena nykyiset hoitokäytännöt potilaan näkökulmasta näyttäytyvät ja millaista kohtelua, apua, tukea tai informaatiota itse toivoisit potilaana saavasi?

Sukupuolidatan puutteita on pyrittävä paikkaamaan edistämällä sukupuolten moninaisuuden huomioon ottavaa ja nykyaikaisin käytännöin raportoitavaa tutkimusta, minkä lisäksi jo olemassa olevan datan uusien tulkin-
tatapojen kartoittaminen voi avata mahdollisuuksia sukupuolivinoumien vähentämiseen. Toisaalta politiikkaa ja resurssien kohdentamisen tarkeyttä ei tässä asiayhteydessä voida sivuuttaa ja maailmanlaajuisesti tarvitaankin sellaisia koulutus- ja kansanterveyspoliittisia päätöksiä, jotka tarjoavat parhaat mahdollisuudet tasa-arvoiseen tulevaisuuteen (4,6,12).

Sukupuolivinoumien, sukupuolistereotyyppien ja krooniseen kipuun liittyvän leimautumisen tiedostaminen ja tunnistaminen on välttämätöntä. Vain siten pystymme luomaan terveydenhuoltojärjestelmän, jossa tasa-arvo ei ole pelkkä tavoite, vaan todellisuus. ■

Kirjallisuutta:

1. Cirillo D, ym. Sex and gender differences and biases in artificial intelligence for biomedicine and healthcare. NPJ Digit Med 2020; 3: 81.

2. Mogil JS. Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. Nat Rev Neurosci 2020; 21(7): 353-365.

3. Plumb AN, ym. Standing on the shoulders of bias: lack of transparency and reporting of critical rigor characteristics in pain research. Pain 2023; 164(8): 1775-1782.

4. Mirin AA. Gender Disparity in the Funding of Diseases by the U.S. National Institutes of Health. J Womens Health (Larchmt) 2021; 30(7): 956-963.

5. Hamberg K. Gender bias in medicine. Womens Health (Lond) 2008; 4(3): 237-243.

6. Heise L, ym. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. Lancet 2019; 393(10189): 2440-2454.

7. Weber AM, ym. Gender norms and health: insights from global survey data. Lancet 2019; 393(10189): 2455-2468.

8. Samulowitz A, ym. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. Pain Res Manag 2018; 2018: 6358624.

9. Westergaard D, ym. Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. Nat Commun 2019; 10(1): 666.

10. Patwardhan V, ym. Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Public Health 2024; 9(5): e282-e294.

11. Todd A, ym. The European epidemic: Pain prevalence and socioeconomic inequalities in pain across 19 European countries. Eur J Pain 2019; 23(8): 1425-1436.

12. Gupta GR, ym. Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. Lancet 2019; 393(10190): 2550-2562.

13. Rossi HR, ym. Increased overall morbidity in women with endometriosis: a population-based follow-up study until age 50. Fertil Steril 2023; 119(1): 89-98.

14. Pedulla R, ym. Associations of Gender Role and Pain in Musculoskeletal Disorders: A Mixed-Methods Systematic Review. J Pain 2024; 29: 104644.

15. Perugino F, ym. Stigma and Chronic Pain. Pain Ther 2022; 11(4): 1085-1094.

16. Schneider P, ym. Sex differences in facial expressions of pain: results from a combined sample. Pain 2024; 165(8): 1784-1792.

17. Tait RC, ym. Provider Judgments of Patients in Pain: Seeking Symptom Certainty. Pain Med 2009; 10(1): 11-34.

18. Guzikovits M, ym. Sex bias in pain management decisions. Proc Natl Acad Sci U S A 2024; 121(33): e2401331121.

19. Hirsh AT, ym. The Influence of Patient Sex, Provider Sex, and Sexist Attitudes on Pain Treatment Decisions. J Pain 2014; 15(5): 551-9.

20. Chen EH, ym. Gender disparity in analgesic treatment of emergency department patients with acute abdominal pain. Acad Emerg Med 2008; 15(5): 414-418.

21. Bernardes SF, Lima ML. On the contextual nature of sex-related biases in pain judgments: The effects of pain duration, patient's distress and judge's sex. Eur J Pain 2011; 15(9): 950-957.

22. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol 2001; 27(1): 363-385.

23. Hickling LM, ym. A systematic review with meta-analyses of the association between stigma and chronic pain outcomes. Pain 2024; 165(8): 1689-1701.

24. Howick J, ym. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. J R Soc Med 2018; 111(7): 240-252.

Kivulias perinne – tyttöjen ja naisten sukuelinten silpominen

Mimmi Koukkula
erityisasiantuntija, TtM,
Kätilö, väitöskirjatutkija

Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpominen on vanha, kulttuurinen perinne, joka loukkaa ihmisoikeuksia, aiheuttaa terveyshaittoja ja on Suomessa laitonta. Silpomisen läpikäyneitä tyttöjä ja naisia elää myös Suomessa ja siksi on tärkeää, että ammattilaisilla on tietoa perinteestä sekä keinoja puuttua asiaan ja auttaa silpomisen läpikäyneitä.

Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpominen (female genital mutilation, FGM) tarkoittaa ilman lääketieteellistä syytä tehtäviä toimenpiteitä, joihin liittyy ulkoisten sukuelinten poistaminen tai vahingoittaminen. Silpominen on tuhansia vuosia vanha perinne, jota edelleen harjoitetaan eri puolilla maailmaa. Yleisintä silpominen on joissain Afrikan, Lähi-idän ja Aasian maissa, mutta muuttoliikkeen myötä perinne on levinnyt ympäri maailmaa. (Kuvio 1) Vuosittain noin neljällä miljoonalla työllä on riski joutua silvotuksi. Yleisin silpomisikä on 0–15 vuotta vaihdellen alueesta ja kulttuurista toiseen (1,2).

Silpomisperinnettä ylläpitävät monet erilaiset syyt

Yhteisöissä, joissa silpomista on aikojen saatossa harjoitettu, se on koettu arvokkaaksi ja tärkeäksi kulttuuriseksi perinteeksi. Syyt silpomiseen vaihtelevat alueittain, mutta yleensä käytännön tarkoituksena on suojella perheen kunniaa takaamalla tytön siveys ja varmistaamalla tytön avioliittokelpoisuus. Erilaiset puhtauteen liittyvät käsitykset sekä halu kontrolloida naisen seksuaalisuutta vaikuttavat perinteen jatkumiseen. Vaikka mikään uskonto ei edellytä tyttöjen sukuelinten silpomista, epäselvät uskonnon tulkinnat ylläpitävät uskonnollisia perusteita käytännölle. Silpomista on harjoitettu jo ennen kristinuskon ja islamin syntyä, ja sitä

harjoitetaan edelleen eri uskontokuntiin kuuluvien parissa. Tiedon puute ja erilaiset uskomukset hidastavat perinteestä luopumista (2,3).

Silpominen aiheuttaa eriasteista terveyshaittaa

Sukuelinten silpominen voidaan toteuttaa eri asteisena vaihdellen pienestä pistosta radikaaleimpaan muotoon (infibulaatio), jossa osia pienistä ja suurista häpyhuulista ja klitoriksesta poistetaan ja typistetyt häpyhuulet ommellaan yhteen. (Kuvio 2) Virtsan ja kuukautisveren poistumiseksi saatetaan jättää vain hyvin pieni aukko. Joissakin yhteisöissä silpomisesta käytetään myös termiä *sunna*, joka viittaa lievempiin muotoihin ja linkittyy uskonnollisiin käsityksiin (4, 5, 6).

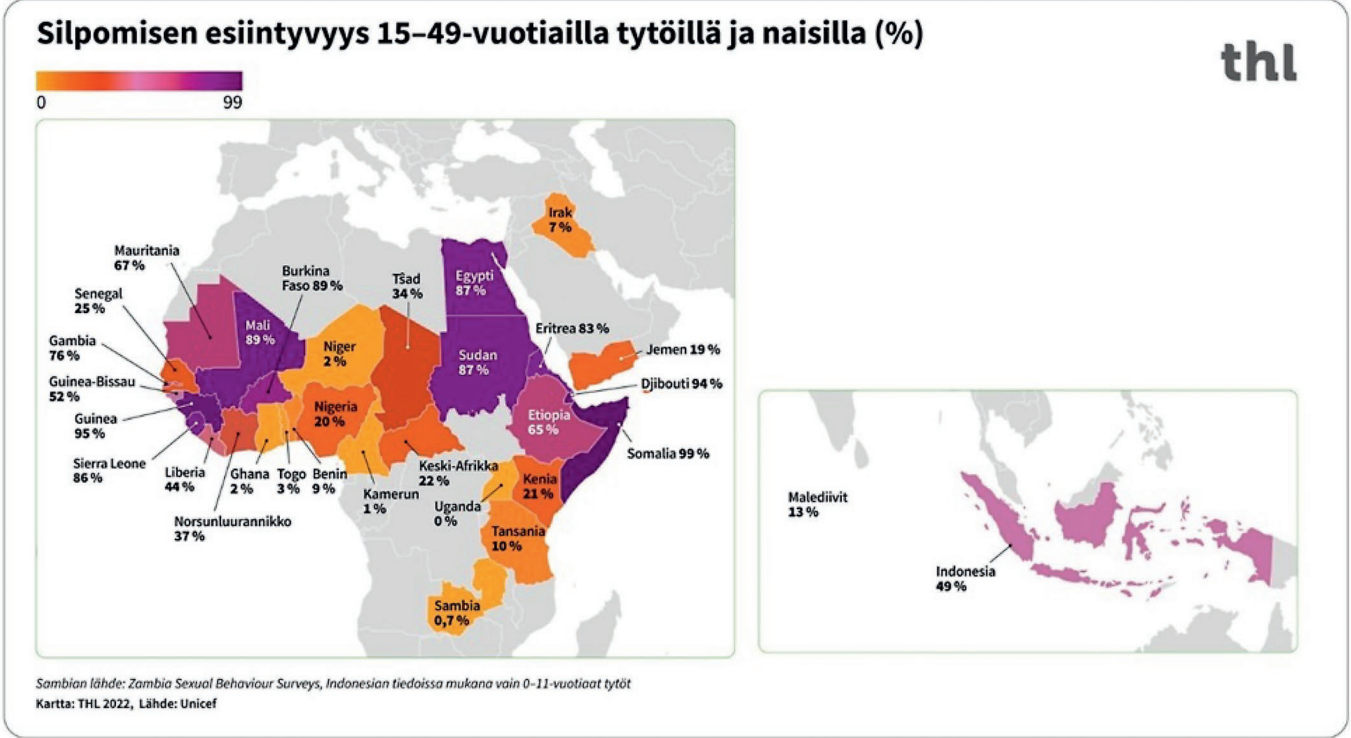
Silpomisen terveyshaitat vaihtelevat tekotavasta, toimenpiteen laajuudesta ja vallitsevista olosuhteista riippuen. Silpominen voi aiheuttaa hengenvaaraan johtavaa verenvuotoa ja tulehduksia. Silpomisesta aiheutuu tekoherkellä kipua, sillä yleisemmin silpomista tehdessä ei käytetä mitään kivunlievitystä. Silpomisen medicalisaation myötä, kun toimenpide on siirtynyt joillain perinnettä harjoittavilla alueilla terveydenhuollon ammattilaisten tekemäksi, saatetaan hyödyntää paikallispuudutuksia ja kipulääkkeitä. Pidemmällä aikavälillä silpomisesta voi aiheutua myös muita haittoja, kuten arpeutumisen aiheuttamia virtsaamis- ja kuukau-

10

Kipuviesti 2/2024

Kipuviesti 2/2024

11



Kuvio 1. Tyttöjen ja naisten
sukuelinten silpomisen
esiintyvyys.

tisvaivoja, yhdyntäongelmia, hedelmättömyyttä ja ongelmia synnytyksessä. Traumaattisen kokemuksen aiheuttamia psyykkisiä ongelmia ovat esimerkiksi ahdistus, posttraumaattinen stressireaktio ja masennus (4,7,8).

Lurien ym. vuonna 2020 tekemässä laajassa kirjallisuuskatsauksessa on tarkasteltu silpomisesta pidemmällä aikavälillä aiheutuvaa kipua. Katsauksen mukaan silpomisen läpikäyneillä yhdyntäkiput, virtsaamiskivut ja kuukautiskivut olivat silpomattomia naisia yleisempiä (9).

Perinne näkyy myös Suomessa

Suomessa ei ole kattavaa tietoa silpomisen läpikäyneiden tai sen vaarassa olevien määristä, mutta arvioiden mukaan Suomessa asuu tällä hetkellä noin 10 000 silpomisen läpikäynyttä tyttöä ja naista ja silpomisen riskissä voi Suomessa olla arviolta noin 650–3080 tyttöä (10). Arviot vaihtelevat sen mukaan, miten maahanmuuton ajatellaan vaikuttavan perinteestä luopumiseen. Yleisimpiä Suomessa asuvien silpomisen riskissä olevien tyttöjen lähtömaita ovat Somalia, Sudan, Egypti, Irak, Syyria ja Turkki (10).

Silpomisen yleisyyttä on selvitetty useassa vä-

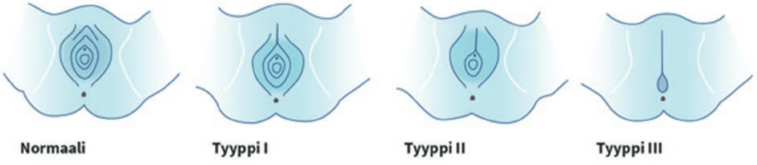
estökyselyssä ja sitä seurataan myös terveydenhuollon rekistereiden avulla. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu) Suomessa asuvista somalitaustaisista naisista noin 70 % ja kurditaustaisista noin 30 % kertoi läpikäyneensä silpomisen (11,12). Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (TERTTU) Suomesta vuonna 2018 turvapaikkaa hakeneista naisista noin 11 % kertoi läpikäyneensä silpomisen (13). Lisäksi Ulkomailla syntyneiden hyvinvointitutkimuksessa (FinMonik) 2 % kaikista vastanneista ulkomailla syntyneistä naisista kertoi läpikäyneensä silpomisen (14). Koko maan kattavassa Kouluterveyskyselyssä lukiossa ja ammatillisessa oppilaitoksessa vuonna 2019 opiskelevista tytöistä 80 (0,2 %) kertoi läpikäyneensä silpomisen (15).

Silpominen on Suomessa rikos

Silpominen on ihmisoikeusloukkaus ja Suomessa se voidaan rikoslain perusteella katsoa pahoinpitelyksi tai törkeäksi pahoinpitelyksi. Törkeästä pahoinpitelystä voidaan määrätä vankeutta 1–10 vuotta. Rikokseen voi syyllistyä myös esimerkiksi perheenjäsen, joka ei itse to-

**Sukuelinten
silpomistyyppit**

WHO:n luokittelun mukaan



Kuvio 2. Tyttöjen ja naisten
sukuelinten silpomistyyppit
WHO:n luokittelun mukaan.
Kuvan lähde THL.

teuta silpomista, mutta järjestää sen tai auttaa toimenpiteessä. Silpominen on Suomen rikoslain nojalla tuomittava rikos myös silloin, kun se toteutetaan Suomen rajojen ulkopuolella, ja sen kohteena on suomalainen tai Suomessa pysyvästi asuva henkilö. Myös aiemmin tapahtuneesta (alle 20 vuotta) silpomisesta voidaan saattaa tekijä vastuuseen (5).

Lasten kanssa työskentelevillä on velvollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus ja ilmoitus poliisille, jos lapsen epäillään kohdistuneen pahoinpitely. Lisäksi jokaisella on velvollisuus ilmoittaa tietämästään hankkeilla olevasta vakavasta rikoksesta poliisille tai suoraan sille, jota vaara uhkaa. (5) Suomessa ei ole annettu yhtään langettavaa tuomiota silpomisesta. Kirjoittamishetkellä Suomessa ollaan tarkastelemassa silpomisen kriminalisoinnin selkeyttämistä.

Työtä ohjaa silpomisen estämisen toimintaohjelma

Suomi on sitoutunut Istanbulin sopimukseen eli Euroopan neuvoston yleissopimukseen naiseen kohdistuvan väkivallan ja perheväkivallan ehkäisemisestä ja torjumisesta. Sopimuksen toteuttamiseksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja sosiaali- ja terveysministeriö ovat laatineet muiden yhteistyötahojen kanssa toimintaohjelman tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen estämiseksi (10). Toimintaohjelma sisältää suosituksia ja käytännön ohjeita eri alojen ammattilaisille, päättäjille ja perinnettä harjoittavilta alueilta lähtöisin olevien yhteisöjen edustajille. Toimintaohjelman tarkoituksena on estää sukuelinten silpominen Suomessa, estää Suomessa asuvien tyttöjen vieminen ulkomaille silvottavaksi sekä lisätä silpomisen läpikäynei-

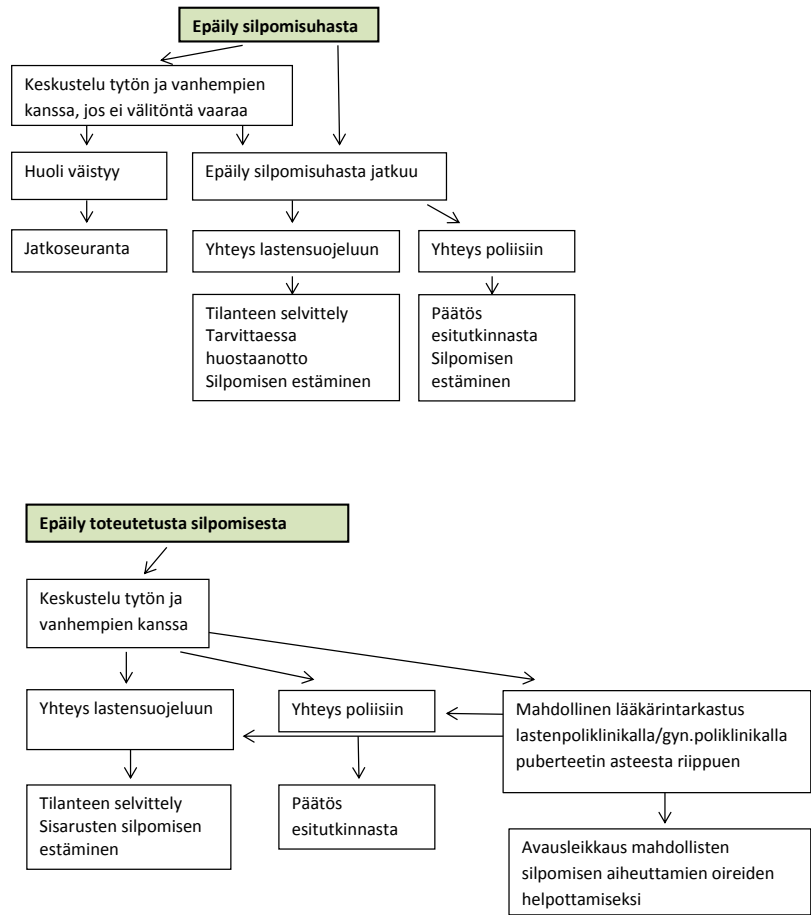
den tyttöjen ja naisten hyvinvointia ja elämänlaatua.

Silpomisen uhkaan on puututtava

Silpomisen uhka voi tulla asiakastyössä ilmi, kun tyttö esimerkiksi kertoo perheensä suunnittelevan pidempää matkaa vanhempien lähtömaahan, kertoo hänen kunniaksaan järjestettävistä juhlista tai pyytää suoraan apua tilanteeseen. Tällöin asiasta tulee keskustella tytön ja tämän vanhempien kanssa. Jos herää epäily, että tyttöä esimerkiksi rangaistaisiin asian kertomisesta tai tyttö vaikuttaa muuten olevan vaarassa, tulee olla suoraan yhteydessä lastensuojeluun ja poliisiin (Kuvio 3). Poliisi voi tarvittaessa estää maasta poistumisen ja lastensuojelu voi puuttua silpomiseen lapsen kiireellisellä sijoituksella. Ammattilainen voi myös konsultoida poliisia ja lastensuojelun ammattilaisia kertomatta asiakkaan henkilötietoja (5).

Jo tapahtunut silpominen voi näyttäytyä esimerkiksi siten, että pidemmän poissaolon jälkeen aiemmin reipas ja iloinen tyttö on muuttunut alakuloiseksi ja puhumattomaksi. Tyttö saattaa kertoa, että on tapahtunut jotain, josta hänellä ei ole lupa puhua. Tytön voi olla vaikea istua paikallaan ja toisaalta liikunta voi olla hankalaa. Wc-käynnit voivat kestää pitkään ja tytöllä voi olla epämääräisiä kipuja ja mielialanvaihtelua. Perhe saattaa jättää osallistumatta neuvolan tai kouluterveydenhuollon terveys-tarkastuksiin (5).

Jos herää epäily, että silpominen on tapahtunut Suomessa oleskelun aikana, tulee tehdä ilmoitus poliisille. (Kuvio 3). Ammattilaisilla ilmoitusvelvollisuus ylittää salassapitovelvollisuuden, joten epäilyn herätessä ilmoitus on tehtävä. Lisäksi tyttö tarvitsee terveyden- ja sosiaalihuollon apua, joten hänet tulee ohjata lääkärille ja lastensuojelun asiakkaaksi lastensuojeluilmoituksen avulla. Jos silpominen on tapahtunut ennen Suomeen muuttoa, eli



Kuvio 3.

tilanteessa, jossa ulkomaan kansalainen on syyllistynyt toisen ulkomaan kansalaisen pahoinpitelyyn ulkomailla, Suomen poliisilla ei ole valtuuksia tutkia asiaa eikä poliisille ilmoittaminen siksi ole tarpeen. Jos tytöllä on siskoja, on aiheellista konsultoida lastensuojelua heidän silpomattomuutensa varmistamiseksi (5).

Ammattilaisen velvollisuus ottaa myös silpominen puheeksi

Tehokkainta tyttöjen sukuelinten silpomisen ehkäisyä on asian puheeksi ottaminen. Vanhemmille tulee antaa tietoa perinteen haitoista, lapsen oikeudesta koskemattomuuteen ja Suomen lainsäädännöstä. Silpomista harjoittavissa yhteisöissä perinne on kunnioitettu, mikä tulee muistaa asiasta keskusteltaessa. Asiakkaan kanssa keskusteltaessa suositetaan yleensä termiä ympärileikkaus tai sitä termiä, mitä asiakas itse käyttää. Tulkin kanssa työskenneltäessä on hyvä

varmistaa, että kaikki osapuolet ymmärtävät varmasti, mitä käytetyllä termillä tarkoitetaan (5).

Apua silpomisen läpikäyneelle

Silpomisen läpikäyneen naisen kanssa on tärkeää keskustella rauhassa silpomisen mahdollisesti aiheuttamista terveyshaitoista. Kipulääkkeillä, puuduttavilla voiteilla ja liukasteilla voidaan helpottaa silpomiseen liittyviä vaivoja. Radikaalimman silpomisen läpikäyneille tulee tarjota mahdollisuutta avausleikkaukseen. Avausleikkauksessa yhteen ommeltuja häpyhuulia peittävä arpikudos avataan. Avausleikkaus voi helpottaa muun muassa virtsaamiseen, kuukautisvuotoon ja yhdyntöihin liittyviä vaivoja sekä vähentää silpomisen aiheuttamia kipuja. Lisäksi avauksesta on yleensä apua raskauden ja synnytyksen seurannan kannalta. Avausleikkaus on toimenpiteenä yksinkertainen ja nopea ja se voidaan tehdä polikliinisesti paikallispuudutuksessa. Avausleikkaus olisi hyvä tehdä ennen seksielämän aloittamista tai ennen raskautta, jos sitä ei ole sitä ennen tehty. Avausleikkaus voidaan tehdä myös raskausaikana tai synnytyksen yhteydessä (4,10,16).

Silpomisen läpikäyneelle naiselle voidaan tehdä myös korjausleikkaus, jossa pyritään palauttamaan sukuelinten mahdollisimman normaali anatomia ja toiminta (16,17). Suomessa korjausleikkauksia tehdään Helsingissä HUS:n plastiikkakirurgian yksikössä, jonne asiakas voidaan ohjata lähetteellä. Toimenpide on yleensä avausleikkausta laajempi ja se tehdään yleisanestiasa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa tiedot silpomisesta kirjataan potilastietojärjestelmään ja raskaana olevien kohdalla äitiyskorttiin. Avausleikkauksesta tulee käyttää ICD10-koodia LFA20 (16).

Ammattilaisen tulee tarjota asiakkaalle riittävästi tietoa toimenpiteistä ja aikaa päätöksen tekoon. On hyvä varata aikaa myös mahdolliselle

keskustelulle kumppanin, tai lasten kohdalla huoltajan kanssa. Kaikki silpomisen läpikäyneet eivät halua avausleikkausta kulttuurisista tai muista syistä ja potilaalla onkin oikeus kieltäytyä hoidosta. Jokaiselle silpomisen läpikäyneelle tulee kuitenkin kertoa toimenpiteiden mahdollisuudesta ja niistä todennäköisesti saatavasta hyödystä. Fyysisten vaivojen hoidon lisäksi silpomisen läpikäyneelle tulisi tarjota myös mahdollisuus psyykkiseen tukeen ja seksuaalineuvontaan tai -terapiaan. Lisäksi nuorten seksuaalikasvatukseen tulee panostaa ja tarjota tietoa seksuaalioikeuksista (4,10). ■

Kirjallisuutta:

1. UNICEF. Female genital mutilation (FGM) data. 2024. Viitattu 5.9.2024. Saatavilla: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#data>
2. WHO. Key facts. 2024. Viitattu 5.9.2024. Saatavilla: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
3. Berg RC, Denison E. A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). Summarized in a Systematic Review. Health Care for Women International 2013 34(10): 837-59.
4. WHO. Care of girls and women living with female genital mutilation: a clinical handbook. Geneve 2018. Saatavilla: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/>
5. THL. Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen estäminen -verkkosivusto. 2024. Viitattu 5.9.2024. Saatavilla: www.thl.fi/silpominen
6. Alakärppä T. Islamin yhteydet tyttöjen sukuelinten silpomiseen nuorten somalinaisten silmin. Teoksessa Pauha, T. & Konttori, J. (toim.), Suomalaiset muslimit. Gaudeamus, Tallinna 2022.
7. Berg RC, Underland V. The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. Obstetrics and Gynecology International 2013. Article ID 496564. Saatavilla: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/496564>

8. Reisel D, Creighton S. Long term health consequences

of Female Genital Mutilation (FGM). Maturitas 2014 80:48-51.

9. Lurie J.M., Weidman A, Huynh S, Delgado D, Easthausen I & Kaur G. Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2020 Mar; 17(3).
10. Koukkula M, Klemetti R. Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen (FGM) estämisen toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:1. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9715-8>
11. Koponen P, Mölsä M. Naisten ympärileikkaus. Teoksessa A. E. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä, S. Koskinen (toim.), Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Tampere: Juvenes Print 2012: 141-4.
12. Koukkula M, Keskimäki I, Koponen P, Mölsä M & Klemetti R. Female genital mutilation/ cutting among women of Somali and Kurdish origin in Finland. Birth, 2016;43:240-246.
13. Koukkula M, Klemetti R. Sukuelinten silpominen ja ympärileikkaukset. Teoksessa N Skogberg, K-L Mustonen, P Koponen, P Tiittala, E Lilja, A Ahmed Haji Omar, O Snellman, AE Castaneda (toim.) Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi. Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2019. Raportti 12/2019.
14. Koukkula M, Klemetti R. 2020. Naisten sukuelinten silpominen ja miesten ympärileikkaus. Teoksessa H Kuusio, A Seppänen, S Jokela, L Somersalo, E Lilja. (toim.) Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa. FinMonik-tutkimus 2018-2019. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2020. Raportti 1/2020.
15. Koukkula M, Gissler M, Ikonen R & Klemetti R. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus – Esiintyvyys Kouluterveyskyselyssä ja syntyneiden lasten rekisterissä. Tutkimuksesta tiivistä 11/2020. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
16. NEUKO-tietokanta. 2024. THL. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/nko/article/nla00053>
17. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. Lancet 2012 380:134-141.

Voiko yhteiskunta vaikuttaa vähemmistöjen kokemaan kipuun?



Elina Partanen
Väitöskirjatutkija, TtM, SH
(AMK)

Kipukokemus on paljon muutakin kuin vain fyysisiä oireita; yhteiskunnalliset tekijät voivat vaikuttaa siihen merkitsevästi. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen kohdalla syrjintä, koettu eriarvoisuus, sosioekonomiset erot ja vähemmistöstressi voivat voimistaa sekä kivun kokemusta että viivästä hoidon saamista. Näiden ymmärtäminen on olennaista terveydenhuollon ammattilaisille.

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen terveys on moniulotteinen kokonaisuus, jossa yksilölliset kokemukset kietoutuvat yhteen yhteiskunnallisten rakenteiden kanssa. Tässä artikkelissa viitataan seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin yleisesti käsitteellä vähemmistöt.

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöillä on suurempi riski kohdata erilaisia terveysongelmia, joiden syntyyn vaikuttavat sekä yksilölliset että yhteiskunnalliset tekijät. Esimerkiksi masennuksen ja ahdistuksen esiintyvyys on noin kaksinkertainen valtaväestöön verrattuna, ja lisäksi vähemmistöihin kuuluvilla on todettu suurempi riski somaattisille sairauksille, kuten sydän- ja verisuonisairauksille, diabetekselle, astmalle sekä muille stressihormonien kohoamiseen liittyville sairauksille (1–3).

Vaikka seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen terveydestä on laajasti tutkimusta, tutkimus kivusta ja kivunhoidosta edelleen vähäistä. Tutkimukset ovat keskittyneet lähinnä Yhdysvaltoihin ja seksuaalivähemmistöihin. Näissä tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että krooninen kipu on yleisempää näissä ryhmissä kuin valtaväestöllä. Taustalla vaikuttavat vähemmistökokemukseen liittyvä stressi sekä sosioekonomiset tekijät, jotka voivat lisätä psyykkistä kuormitusta. Lisäksi aiemmat negatiiviset kokemukset

terveyspalveluista tai syrjinnän pelkääminen ennalta voi johtaa viivästyneeseen hoidon hakemiseen tai heikompaan hoitoon sitoutumiseen. Vähemmistöön kuulumiseen liittyvät stressitekijät, kuten syrjintä ja ennakkoluulot, voivat aiheuttaa kroonista stressiä, joka puolestaan voi pahentaa kipua ja vaikeuttaa sen hoitoa. Lisäksi tämä stressi voi lisätä masennuksen, ahdistuksen ja muiden mielenterveysongelmien riskiä, jotka ovat usein yhteydessä kipuun. Hoitoon hakeutumisen viivyttely voi kroonistaa kipua (4). Kansainvälisessä tutkimuksessa on huomioitu seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen saavan eriarvoista kohtelua terveydenhuollossa. Lisäksi itsehoito eri keinoin, myös päihteillä, on yleisempää. Kansainvälisesti on painotettu terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen ja kulttuurisen kompetenssin lisäämisen merkitystä parempien hoitotulosten saavuttamiseksi vähemmistöön kuuluvilla asiakkaila (5,6).

Näitä uniikkeja stressitekijöitä on kuvattu vähemmistöstressiteorian avulla. Se on muodostettu selittämään mekanismeja terveyserojen taustalla. Ensimmäisen kerran vähemmistöstressiteoria on esitelty tieteessä vuonna 1977. Nykyinen teoreettinen malli pohjautuu Meyerin (1995, 2003) tutkimukseen. Alun perin malli tarkasteli yksinomaan seksuaalivähemmistöjä, mutta viimeisen vuosikymmenen aikana on

mallia kehitetty kattamaan myös sukupuolivähemmistöt. 7–10 Vähemmistöstressiteorian on alustavasti esitetty olevan mahdollisesti sovellettavissa tarkastelemaan muidenkin marginalisoidujen vähemmistöjen kokemaa uniikkia stressiä, mutta tutkimus tästä on vielä vähäistä. Lisäksi vähemmistöstressi on käsitteenä popularisoitu viime vuosien aikana yleiseen keskusteluun viitaten huomattavasti laajempiin ilmiöihin, kuin itse vähemmistöstressiteorian tieteellinen malli käsittää.

Keskeiset käsitteet vähemmistöstressiteoriassa ovat ulkoinen (distaalinen) ja sisäinen (proksimaalinen) stressi. Ulkoinen stressi käsittää näkyvät syrjintäkokemukset, kuten verbaalisen loukkaamisen, väkivallan ja ulkopuolelle jättämisen. Ulkoinen stressi liittyy vähemmistöstatukseen, eli ulkoisesti havaittavaan tai oletettuun vähemmistöön kuulumiseen. Sisäinen stressi puolestaan liittyy negatiivisiin käsityksiin omasta identiteetistä ja itsestä, jotka syntyvät henkilön omien psykologisten prosessien kautta esimerkiksi koetusta vähempiarvoisuudesta ja yhteiskunnan negatiivisista käsityksistä vähemmistöjä kohtaan. Tämä näyttäytyy sisäistettynä itsesyrjintänä, itseen kohdistettuna homo- tai transFOBiana, identiteetin salaamisena sekä syrjinnän pelkäämisena ennalta. Sisäinen stressi on sidoksissa henkilön vähemmistöidentiteettiin, eli käsitykseen omasta identiteetistä ja siihen liittyvistä ilmiöistä (7,8,10).

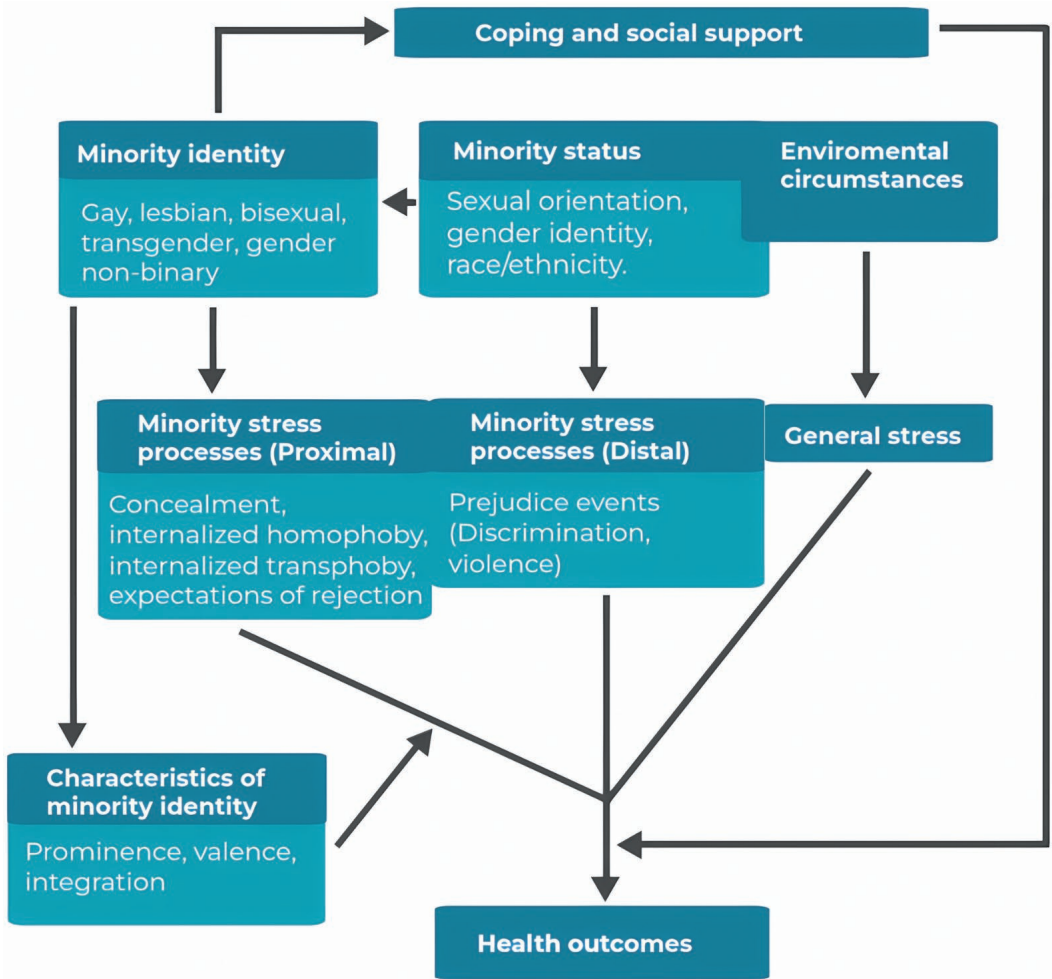
Yhteiskunnan kulttuuriset ja normatiiviset odotukset ovat olennaisin osa vähemmistöstressin muodostumisessa. Normit, jotka liittyvät esimerkiksi parisuhteiden muotoihin, sukupuolirooleihin ja ammatinvalintaan, voivat aiheuttaa vähemmistössä ristiriitaisia tunteita ja paineita mukautua normeihin, jotka eivät välttämättä vastaa omaa identiteettiä. Stressiä voivat lisätä epäsuorat syrjinnän kokemukset, kuten syrjinnän todistaminen, muiden kertomat kokemuk-

set tai vähemmistöihin kohdistuva negatiivinen puhe sosiaalisessa mediassa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa (11).

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvat henkilöt voivat kohdata syrjintää yhteiskunnan eri tasoilla, kuten työpaikoilla, terveydenhuollossa, asuntomarkkinoilla ja sosiaalisissa yhteisöissä. He voivat joutua suljetuiksi ulos perheestään, työ- tai uskonnollisista yhteisöistä tai vaikka harrastusmahdollisuuksista, mikä rajoittaa heidän sosiaalisia suhteitaan ja vähentää tärkeiden tukiverkoston määrää. Joissakin tapauksissa vähemmistöön kuuluva henkilö saattaa itse rajoittaa osallistumistaan sosiaalisiin ryhmiin syrjinnän pelon vuoksi. 12–15 Syrjintä ja negatiivinen näkyvyys tai näkymättömyys mediassa ovat myös merkittäviä vähemmistöstressin lähteitä. Realistisen representaation puute voi saada vähemmistöön kuuluvat ihmiset tuntemaan, että heidän identiteettinsä on väärin ymmärretty tai vähätelty. Tämä voi johtaa identiteetin sisäiseen hylkäämiseen ja psyykkisen hyvinvoinnin heikkenemiseen (11,16).

Yhteiskunnallinen ja kulttuurinen syrjintä voivat myös estää vähemmistöön kuuluvia henkilöitä hakemasta apua terveydenhuollosta tai muodostamasta luottamuksellisia suhteita hoitohenkilökuntaan (17). Näiden tekijöiden ymmärtäminen on olennaista kokonaisvaltaisessa potilastyössä, jotta hoitotilanteessa pystytään huomioimaan potilaan elämän moninaiset kontekstit ja tarjoamaan tukea, joka ei keskity pelkästään yksilön fyysisiin oireisiin vaan hänen koko elämänsä ja siihen vaikuttaviin yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin.

Asiakkaiden kohtaaminen työssä on osa kokonaisuutta. Kohtaaminen saatetaan kiteyttää oikeiden sanojen löytämiseen tai pohdintaan, kuinka käsitteistön voi oppia ulkoa, kun identiteettejä on niin paljon erilaisia. Vähemmistöön kuuluvien potilaiden kohtaaminen ei vaadi



Minority stress model. Based on Meyer 1997, 2003, Lefevor et al. 2019.

erikoistoimenpiteitä, vaan perustuu kunnioit-tavaan ja yksilölliseen kohtaamiseen. Oleellista on välttää stereotyyppioita ja käyttää inklusiivista kieltä antaen asiakkaalle tilaa määrittellä itsensä ja tarpeensa. Aktiivinen kuuntelu on avainase-massa potilaan tarpeiden ja mahdollisten huo-lien ymmärtämisessä. Seksuaalisen suuntautu-misen ja sukupuolen moninaisuuden käsitteitä ei myöskään tarvitse opetella ulkoa – kuunte-lemalla ja peilaamalla asiakkaan sanoja selviää useimmista tilanteista, ja tarvittaessa voi pyytää tarkennusta. Jos käsitteistön kanssa käy virhe selviää tilanteesta yleensä yksinkertaisimmalla keinolla – pyytämällä anteeksi. Ideaalitalantees-

sa tietojärjestelmät, lomakkeet ja toimintamallit huomioisivat moninaisuuden kaikilla tasoilla, mutta nämä eivät etenkään kiireessä ja rajallisin resurssein ole useasti realistisia. Pienet teot voi-vat olla ne merkityksellisimmät asiakkaalle; jo kuulluksi tulemisen kokemus itsessään voi olla riittävä. Asiaan pätee sama vanha viisaus kuin kaikkeen kliiniseen työhön – vaikka hoito ei tuottaisi toivottuja tuloksia on potilas todennä-köisemmin silti tyytyväinen hoitoon, jos hän on kokenut tulleeensa kohdatuksi oikein. Kipu on aina yksilöllinen kokemus, joka kie-toutuu yhteen fyysisten, psyykkisten, sosiaalis-ten ja kulttuuristen tekijöiden kanssa. Kipupoti-

laan kohtaaminen onkin paljon enemmän kuin diagnoosien ja hoito-ohjeiden antamista – se on ihmisen kohtaamista hänen ainutlaatuisuu-dessaan, hänen tarinansa kuulemista ja hänen kokemuksensa ymmärtämistä, yksilöllisesti ja yhdenvertaisesti. Seksuaali- ja sukupuolivähem-mistöjen kohdalla tämä ymmärrys edellyttää herkkyyttä yhteiskunnallisten tekijöiden huo-mioimisen. Vähemmistöstressiteoria tarjoaa vii-tekeyksen hahmottamaan näiden tekijöiden monitahoista yhteyttä yksilön terveyteen ja hy-vyvointiin. ■

Kirjallisuutta:

1. Lee JH, Gamarel KE, Bryant KJ, Zaller ND, Operario D. Discrimination, Mental Health, and Substance Use Disorders Among Sexual Minority Populations. *LGBT Health*. 2016;3(4 PG-258-265):258-265. doi:10.1089/lgbt.2015.0135
2. Flentje A, Heck NC, Brennan JM, Meyer IH. The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *J Behav Med*. 2020;43(5):673-694. doi:10.1007/s10865-019-00120-6
3. Carmel TC, Erickson-Schroth L. Mental Health and the Transgender Population. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2016;54(12 PG-44-48):44-48. doi:10.3928/02793695-20161208-09
4. Zajacova A, Grol-Prokopczyk H, Liu H, Reczek R, Nahin RL. Chronic pain among U.S. sexual minority adults who identify as gay, lesbian, bisexual, or "something else." *Pain*. 2023;164(9):1942-1953. doi:10.1097/j.pain.0000000000002891
5. Abd-Elseyed A, Heyer AM, Schatman ME. Disparities in the Treatment of the LGBTQ Population in Chronic Pain Management. *J Pain Res*. 2021;14:3623-3625. doi:10.2147/JPR.S348525
6. Margolies L, Brown CG. Increasing cultural competence with LGBTQ patients. *Nursing (Lond)*. 2019;49(6):34-40. doi:10.1097/01.NURSE.0000558088.77604.24
7. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):38-56.
8. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003;129(5):674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
9. Kachen A, Pharr JR, Lung-Chang Chien, Flatt JD. Creating a Minority Stress Index to Examine Mental Health

Impacts of Discrimination Among Transgender and Gender Nonbinary Adults. *LGBT Health*. 2022;9(1):63-71. doi:10.1089/lgbt.2021.0088

10. Lefevor GT, Boyd-Rogers CC, Sprague BM, Janis RA. Health disparities between genderqueer, transgender, and cisgender individuals: An extension of minority stress theory. *J Couns Psychol*. 2019;66(4):385-395. doi:10.1037/cou0000339
11. Barry C, Speed D, Best L. Negative Social Experiences Mediate the Relationship between Sexual Orientation and Mental Health. *J Homosex*. 2022;69(2):277-299. doi:10.1080/00918369.2020.1819710
12. Dyar C, Feinstein BA, Eaton NR, London B. The Mediating Roles of Rejection Sensitivity and Proximal Stress in the Association Between Discrimination and Internalizing Symptoms Among Sexual Minority Women. *Arch Sex Behav*. 2018;47(1):205-218. doi:10.1007/s10508-016-0869-1
13. Exline JJ, Przeworski A, Peterson EK, Turnamian MR, Stauner N, Uzdavines A. Religious and spiritual struggles among transgender and gender-nonconforming adults. *Psychol Relig Spiritual*. 2021;13(3):276-286. doi:10.1037/rel0000404
14. Senreich E, Straussner SLA, Cooper CE. Health, wellness, and workplace experiences of lesbian, gay, and bisexual social workers. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2020;32(2):209-239. doi:10.1080/10538720.2020.1722303
15. Glick JL, Lopez A, Pollock M, Theall KP. "Housing Insecurity Seems to Almost Go Hand in Hand with Being Trans": Housing Stress among Transgender and Gender Non-conforming Individuals in New Orleans. *J Urban Health*. 2019;96(5):751-759. doi:10.1007/s11524-019-00384-y
16. Verrelli S, White FA, Harvey LJ, Pulciani MR. Minority stress, social support, and the mental health of lesbian, gay, and bisexual Australians during the Australian Marriage Law Postal Survey. *Aust Psychol*. 2019;54(4):336-346. doi:10.1111/ap.12380
17. Koomt L, Gorey KM, Barrett BJ, McCabe SE. Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM - Popul Health*. 2020;11:100608. doi:10.1016/j.ssmph.2020.100608

Kehoyhteyden kautta kivuttomuuteen



Kaisa Selin
Tanssi-liiketerapeutti, sosio-
nomi (AMK), joogaopettaja
Tanssiterapia Piuma
Kaisa toteuttaa tanssi- liike-
terapiaa yksilöille ja ryhmille
sekä kouluttaa ja valmentaa
kehollisuuden teemoista.

Liikkeen ja musiikin vaikutuksista löytyy jo useita tutkimuksia kivun hallintaan. Tässä artikkelissa puhun kuitenkin kokemukseni kautta. Oikeastaan en oman kokemukseni, vaan asiakkaiden kokemusten kautta. Olen toteuttanut tanssi-liiketerapiaa syöpään sairastuneille melkein 10 vuoden ajan. Joka kerta, kun kehotietoisuuteen pysähtyvä asiakas kokee liikkeen lievittäneen tai jopa poistaneen kipua, on se aina yhtä hämmästyttävää ja koskettavaa.

Tanssi-liiketerapiassa lähtökohtana ei ole ohjatun liikkeen peilaaminen, vaan asiakkaan oman kehotietoisuuden vahvistaminen. Syöpään sairastuneiden tanssi-liiketerapiaryhmissä merkittävää on ollut, kun asiakas on alkanut kuunnella kehon tarpeita ja kehosta kumpuavia liikeimpulsseja, jonka jälkeen hän on kuvaillut kipujen vähentyneen tai jopa poistuneen. Asiakkaat ovat kuvaileet kivuttomuuden jatkuneen ja sen vaikuttaneen mm. uneen ja voimavarojen vahvistumiseen. Kun asiakas on toistanut tarpeita kuuntelevaa liikettä tanssi-liiketerapiassa, on hänen kehoa kuuleva liike jatkunut myös kotona arjessa. Näin kivuttomuus on voinut jatkua pidempään ja asiakas on löytänyt itsestään keinoja kivun hallintaan.

Olen kohdannut asiakkaita, jotka ovat elämässään kokeneet erilaisia henkisiä tai fyysisiä traumoja, kuten esimerkiksi parisuhde- tai perheväkivaltaa tai vaillejäämistä lapsuudessaan. Viisas keho muistaa eletyt kokemukset ja erilaisissa kehotietoisuutta vahvistavissa harjoitteissa asiakkaan tietoisuuteen on voinut nousta muistoja kokemuksista, joilta mieli on häntä traumaattisissa hetkissä suojannut. Kun traumaattiseen kokemukseen on päästy kehon tuntemusten kautta kiinni, on asiakas voinut uudelleen mallintaa kokemaansa hetkeä ja asettua löytämään

turvaa itsestään tässä hetkessä, niin että kokemuksesta on voinut päästää irti. Asiakas voi ymmärtää kannattelevansa kehossaan esimerkiksi kipua, joka onkin alkanut tiedostamattoman kokemuksen myötä ja aiheuttanut asiakkaalle somaattisia oireita. Ruumiillisiin, selittämättömiin somaattisiin oireisiin on voitu päästä kiinni ja kivut ovat vähentyneet tai jopa poistuneet.

”Tuntui hyvälle estävän liikkeen jälkeen antaa liikkeen virrata kehossa – vapauttaa, irti päästävää.”

Syöpään sairastuneen asiakkaan palaute, Yhteyttä itseän -tanssi-liiketerapiaryhmä, yhteistyössä Syöpäjärjestöt.

Asiakkaan turvan tunteen vahvistaminen ja hermoston rauhoittaminen ovat oleellisia asioita kivun hoidossa. Toteuttamani tanssi-liiketerapian lähtökohta kivun hoidossa on asiakkaan kehoyhteyden vahvistaminen, hermoston rauhoittaminen ja sitä kautta turvan tunteen lisääminen, jotka luovat tilan olla aidosti läsnä kehon tarpeille. Kehon rentouttaminen aktivoi parasympaattista hermostoa, jolla voidaan vaikuttaa kipukokemukseen. Hengityksen rytmi rauhoittuu ja lihakset rentoutuvat. Pitkäaikainen kipu on yliaktivoinut sympaattista her-



Kuvat: Milla photography

Tanssi-liiketerapiaa on toteutunut Satakunnan Syöpäyhdistyksellä vuodesta 2015. Tanssi-liiketerapiaa toteutuu Syöpäjärjestöissä eri paikkakunnilla. Oikealla Kaisa Selin.

*”Mielikuva siitä, että liikkeen aikana työn-
tää mieltä painavan asian oman kehon
rajojen ulkopuolelle, on iskostunut mieleen
juuri biisilistan avulla.”*

Syöpään sairastuneen asiakkaan palaute, Yhteyttä itseän -tanssi-liiketerapiaryhmä, yhteistyössä Syöpäjärjestöt.

mostoa, jolloin ihminen kokee olevansa hälytystilassa, jolloin on vaikea rentoutua. Kun hermosto rauhoittuu, voi jo se vaikuttaa kipuihin. Toisaalta keholliset harjoitteet voivat myös luoda tilan, jossa ihminen tulee tietoisemmaksi kivuistaan. Joskus asiakas voikin kuvailla, että huomasi esimerkiksi kuinka jäykkä tai kivulias keho on, ja tällöin syntyy ensin kokemus kivun yltymisestä. Mutta kun kehoon ja kivun tuntemukseen pysähtyy, tulee asiakas ylipäättään tietoisemmaksi kehostaan. Asiakas saa kiinni kehonsa viesteistä, ja alkaa toimimaan kehonsa tarpeiden mukaan – se vaikuttaa myös mieleen. Kehon kautta asiakas voi saada kiinni omasta pystyvyydestään, siitä että hän voi vaikuttaa ki-

puihinsa ja tulla tietoiseksi omasta toiminnastaan elämässään. Tanssi-liiketerapiassa teemme harjoitteita ja lisäämme terapiatapaamisille elementtejä, jotka auttavat saamaan kiinni kivuttomasta olostasasta myös arjessa. Jollekin se voi olla tietty musiikki, joka on tuntunut itselle voimalliselta tai rauhoittavalta, ja musiikin kanssa voikin liikkua myös kotona. Tanssi-liiketerapiassa toimijuus siirretään asiakkaalle kehotietoisuuden vahvistamisen kautta. On elämää mullistavaa, kun löytää itsestään keinoja vaikuttaa rajoittaviin kipuihin. Tanssi-liiketerapiassa merkittävää on läsnäoleva ja kohtaava yhteys terapeutin (tai ryhmässä myös muiden osallistujien) kanssa. Yhteydessä muihin saamme rakennettua aitoa yhteyttä myös itseemme. ■

Liikunnan tulee olla kroonisen kivun tärkein hoitomuoto



Marja Kinnunen
VTT
Tuki- ja liikuntaelinliitto
Tule ry
Pain Alliance Europe

Liikunnan hyödyistä kivun ja yleisen terveyden kannalta on selvä näyttö ja liikunta on turvallista. Julkaisimme European Pain Federationin (EFIO) "On the move"-työryhmänä yhteenvedon tutkimusnäytöstä liikunnan hyödyistä sekä viisi suositusta terveydenhuollon ammattilaisille.

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee "minkä tahansa energiankulutusta vaativan vapaaehtoisen liikkeen" (WHO, 2021) lupaavaksi hoitostrategiaksi kroonisen kivun hoidossa. Halusimmekin kannanotossamme varsinaisen kuntoutuksen sijaan korostaa nimenomaan mitä tahansa kaikille sovellettavissa olevaa liikuskelua tai liikuntaa, joka kuluttaa energiaa. Eli arkisia tapahtumia koiran ulkoilutuksesta kuntosalilla käyntiin ja puutarhan hoidosta lavatansseihin.

Hoidosuhteessa on tärkeää muistaa, että suurin osa ihmisistä kyllä haluaa elää aktiivista elämää. Motivaation puutetta paremmin liikkumattomuutta selittääkin usein koettujen mahdollisuuksien tai pystyvyyden tunteen puute.

Näyttö tukee sitä, että liikunnasta puhuminen vastaanotolla on paitsi kliinisesti merkittävää, myös kustannustehokasta. International Society for Physical Activity and Health (ISPAH) tunnistaakin terveydenhuollon panoksen tärkeimmäksi investoinniksi liikunnan lisäämiseksi (ISPAH, 2021). Tätä tukee myös NHS:n 'making every contact count' (MECC) – lähestymistapa liikunnan lisäämiseksi (NHS, 2016).

Suositukset luotiin yhteistyössä

Kannanoton on laatinut Euroopan kipuliiton EFIC:n On The Move -työryhmä yhteistyössä potilaiden edustajien, terveydenhuollon ammattilaisten ja tutkijoiden kanssa. Työryhmä laati suosituksia, jotka perustuivat kansainvälisiin parhaiden käytäntöjen suuntaviivoihin ja konsensuslausuntoihin, kuten WHO (Bull et al., 2020), Exercise is Medicine -aloite (Sallis, 2015), ISPAH (Milton et al., 2021), American College of Sports Medicine (ACSM) (ACSM, 2023) ja Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (NCCDPHP, 2020). Nämä jaettiin palautetta ja neuvoja varten kipufoorumin jäsenille ja Pain Alliance Europelle. Näiden tahojen palautetta käytettiin lopullisten suositusten luomiseen liikunnasta kroonista kipua sairastaville henkilöille.

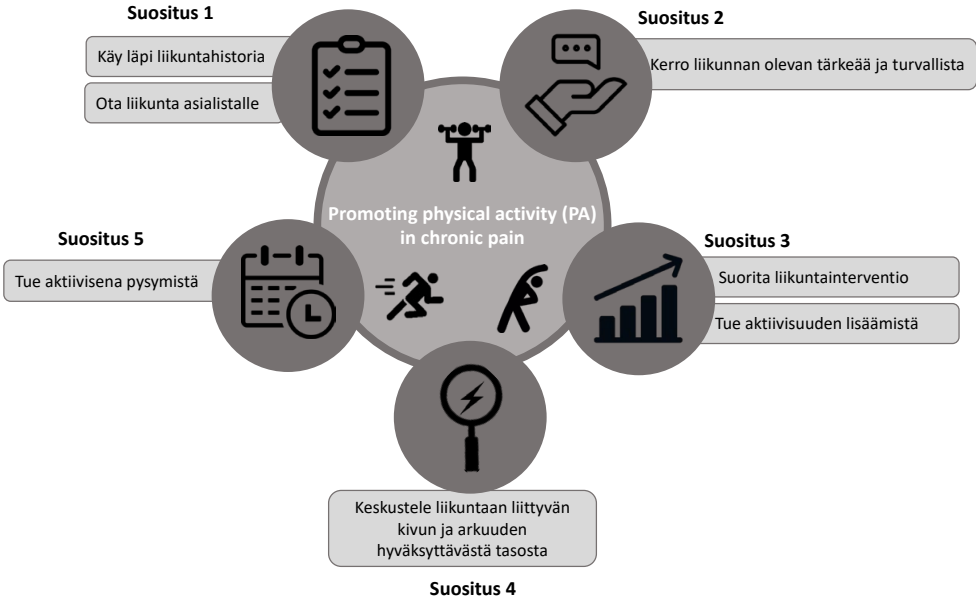
Suositukset

Miten edistää liikunnan omaksumista ja tukeksen ylläpitoa; viisi suositusta terveydenhuollon ammattilaisille kroonisen kivun kanssa elävien tilanteen arvioimiseksi, ohjaamiseksi ja tukemiseksi.

1. Käy läpi liikuntahistoriaa ja ota liikunta asialistalle

Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tulisi rutiininomaisesti käydä läpi kroonisen kivun kanssa elävien nykyisiä ja aiempia tapoja liikkua sekä liikuntaan liittyviä kokemuksia (Sallis, 2015). Apuna voi käyttää standardoituja työkaluja (esim. kyselylomakkeita tai aktiivisuusrannekkeita). Mikäli potilaan elämään ei kuulu liikkumista tai liikuntaa, on tärkeää kertoittaa hänen ajatuksiaan siitä miksi näin on. Kroonisen kivun kanssa elävillä on samanlaisia

Kuvio 1: Katsaus suosituksista ammattilaisille kroonista kipua kokevien liikunnan lisäämiseksi



esteitä ja syitä liikkumattomuudelle kuin muillakin. Samalla kroonisen kivun kanssa elävät voivat kokea heille tyypillisiä esteitä, kuten lisääntynyttä kipua ja väsymystä. Takana voi olla myös aiempia liikuntakertoja, jolloin liikunta on lisännyt kipua. Kyse voi olla myös pystyvyyden tunteen puutteesta, pelon välttämisestä tai uskomuksesta, että liikunta olisi jotenkin haitallista. Vastaanotolla tulee harkita, miten näitä esteitä kannattaa käsitellä, esimerkiksi tarvitaanko muiden ammattiryhmien apua esteiden voittamiseksi. Potilaan omat mieltymykset tulee siis huomioida.

2. Kerro liikunnan olevan tärkeää ja turvallista

On tärkeää varmistaa, että potilaalla on oikeaa perustietoa liittyen paitsi liikunnan yleisesti terveyttä edistäviin vaikutuksiin, myös vaikutuksista liitännäissairauksien riskien vähentämiseksi ja mielen hyvinvoinnin edistämiseksi. Tämän lisäksi tulee varmistaa, että potilas ymmärtää liikunnan hyödyt juuri omalle kiputilalleen. On tärkeää, ettei tässä käsitellä vain perinteistä selitystä kivun vaikutuksesta biomekaniikkaan ja vastaaviin muutoksiin tuki- ja

liikuntaelimistön kuormituksessa. Erityisesti on korostettava liikunnalla on osoitettu olevan positiivisia vaikutuksia esimerkiksi kipua moduloivan järjestelmän toimintaan ja tämä aikaansaa muutoksia aivojen toimintaan ja rakenteeseen (Ellingson et al., 2016) ja aivojen toiminnan ja rakenteen muuttamisesta (Ellingson et al., 2012; Flodin et al., 2015; McLoughlin et al., 2011). Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tulee vakuuttaa liikunnan olevan turvallista kroonisen kivun kanssa eläville henkilöille. Monet potilaat ovat aiemmin kokeneet ja/ tai pelänneet liikunnan lisäävän kipua. Koska ei ole olemassa oikeaa tai väärää liikuntaa, tulee noseboa, eli pelkoa aiheuttavaa kieltä, negatiivista tietoa liikkeestä ja/tai suosituksia liikkeen/aktiivisuuden rajoittamiseksi välttää. Monet potilaista pelkäävät liikunnan lisäävän kipua (Vaegter & Jones, 2020). Ammattilaisten tuleekin olla varovaisia sen suhteen, miten tietoa fyysisestä aktiivisuudesta ja kivusta kehystetään. Jos havaitaan negatiivisia ajatuksia liikunnasta ja kivusta, tulee ammattilaisten vahvistaa tieteellistä kipuedukaatiota uhkakuvan vähentämiseksi (Siddall et al., 2022). Ammattilaisten tulee kuitenkin tiedostaa, ettei kroonisesta ki-



istockphoto

vusta kärsivien henkilöiden uskomuksia ja pelkoja aina pystytäkumoamaan vain kertomalla heille, että tällaiset uskomukset eivät ole totta.

3. Suorita liikuntainterventio ja tue aktiivisuuden lisäämistä

Koska potilaan on selvittävä arjessa itsenäisesti, tulee kiinnittää erityistä huomiota autonomian tukeen esim. motivoivan haastattelun avulla (Resnicow & McMaster, 2012). Tavoitteiden asettelu tulee siis olla potilaslähtöistä. Kannattaa keskittyä käyttäytymistavoitteiden asettamiseen sekä toimintakeskeiseen ohjaukseen (mitä, missä, milloin, miten, entä jos, mikä muistuttaa minua toimimaan halutulla tavalla?). Potilaan omat mieltymykset, kyvyt ja mahdollisuudet tulee huomioida ennen kuin päätetään etenemisestä. Se mitä liikunta on, ei ole niin tärkeää, sillä se mistä itse pitää ja mikä on mahdollista toteuttaa jokapäiväisessä elämässä helpottavat sitoutumista. Selkeä ohjaus terveyshyödyistä suullisesti ja kirjallisesti tulee yhdistää tavoitteiden asettamiseen ja toiminnan suunnitteluun.

Liikuntasuositukset voivat vaikuttaa ylitsepääsemättömiltä joissain elämäntilanteissa.

Asiakaslähtöinen ja kannustava lähestymistapa auttaa edistämään tilannetta. Tutkimukset nimittäin osoittavat, että jopa matalan tai kohtalaisen intensiteetin liikunta voi parantaa kipua, toimintakykyä ja elämänlaatua kroonista kipua sairastavilla henkilöillä (Loew et al., 2012; Mansi et al., 2014; O’Connor et al., 2015). Jo noin 30 minuutin reipas kävely useimpina viikonpäivinä johtaa merkittäviin terveyshyötyihin (Stofan et al., 1998; Vanti ym., 2019). Siksi terveydenhuollon ammattilaisten tulisi keskittyä korostamaan pienten päivittäisten liikkumismäärien elämää muuttavia etuja, kuten: ”ei ole koskaan liian myöhäistä aloittaa aktiivisuutta”, ”jopa pienet määrät liikettä tuovat pitkäaikaisia etuja terveydellesi ja hyvinvoinnillesi”, ”Kävelet 200 metriä päivässä, eli 6 kilometriä kuukaudessa ja 73 kilometriä vuodessa.” Lisäksi interventiot, jotka tähtäävät istumisen vähentämiseen, antavat myös terveyshyötyjä ja voivat olla myös hyvä vaihtoehto kroonisen kivun kanssa elävälle henkilölle. Käyttäytymisenmuutostekniikat, kuten tavoitteiden asettaminen, käyttäytymisen omaseuranta, palautteen antaminen suorituskyvystä ja käyttäytymistavoitteiden tarkastelu, on yhdistetty lisääntyneisiin interventiovaikutuksiin (Michie et al., 2009). Mikäli potilas tarvitsee tarkempia neuvoja tai tukea liikunnan aloittamiseen, kannattaa hänet ohjata tilanteen mukaan joko fysioterapeutin tai liikunnanohjaajan vastaanotolle.

4. Keskustele liikuntaan liittyvän kivun ja arkuuden hyväksyttävästä tasosta

Sekä terveydenhuollon ammattilaisten että kroonisen kivun kanssa elävien henkilöiden tulee olla tietoisia siitä, että liikuntaan liittyy kipua. Liikunnan aikainen ja liikuntaan mahdollisesti liittyvä viivästynyt lihaskipu on voimakkaimmillaan yleensä toisena tai kolmantena päivänä suorituksen jälkeen. On siis tärkeää tietää, että näin todennäköisesti tapah-

tuu ja, että tämä on normaali biologinen vaste. Vastaanotolla on kuitenkin sovittava siitä, missä määrin lisääntynyt kipu on hyväksyttävää. Ammattilaisten tulisi siksi keskustella liikuntaan liittyvästä kivusta ja arkuudesta sekä niiden voimakkuudesta ja kestosta. Samalla tulee neuvoa hitaaseen aloittamiseen ja asteittaiseen liikunnan lisäämiseen (ks. esim. PACE-UP-kävelyohjelma taulukossa 1). Mikäli kipu on merkittävä este liikunnalle, ensimmäisenä askeleena voidaan harkita neuvoa kivuttomien kehon osien liikkumisesta sekä matalan intensiteetin liikuntaa, kuten kävelyä.

5. Tue aktiivisena pysymistä

Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tulee sisällyttää liikunnallisen elämäntavan tukeminen klinisiin kohtaamisiin. Tämä tarkoittaa myös liikuntasuunnitelman ja tavoitteiden mukauttamista tarpeen mukaan. Se tarkoittaa myös tukea mahdollisten uusien esteiden tunnistamiseksi ja voittamiseksi sekä seurantatapaamisia palautteen antamiseksi. Seurantatapaamisissa kannattaa käydä läpi käyttäytymistavoitteita (esim. Miten meni/Mitä opit/Mitä haluaisit muuttaa/Mitä uusia asioita voit soveltaa rutiiniisi?). Käyttäytymisen muuttaminen vie aikaa, ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen voi voimistaa kipua etenkin alkuvaiheessa. Ihmisiä kannattaa auttaa ymmärtämään, että pienet päivittäiset asiat ovat tärkeitä ja suuret voitot tulevat ajan myötä.

Johtopäätökset

Näyttö tukee vahvasti liikunnan tärkeyttä kroonisen kivun hoitomuotona sekä fyysisen että psyykkisen terveyden edistämiseksi. Siispa poliitikkojen, median, yhteiskunnan ja terveydenhuoltojärjestelmän tulee asettaa krooniseen kivun kanssa elävien henkilöiden liikunnan edistäminen etusijalle. Näiden tahojen tulee myös suojella kroonisen kivun kanssa eläviä

hoitomuodoilta, jotka tarjoavat vähemmän etuja ja enemmän haittaa. Liikunnan edistäminen kroonisen kivun hoitomuotona on sisällytettävä terveydenhuollon ammattilaisten perustutkintojen ja jatko-opintojen opetussuunnitelmiin. Uskomme näiden suositusten jalkautumisen auttavan parantamaan kroonisen kivun kanssa elävien henkilöiden hoidon ja elämänlaatua sekä vähentämään heidän yleisiä terveysriskejään. EFIC on sitoutunut edistämään liikunnan merkitystä kroonisen kivun ehkäisyssä, hoidossa ja hallinnassa koulutusportfolionsa kautta. ■

Alkuperäinen julkaisu: Vaegter, H. B., Kinnunen, M., Verbrugghe, J., Cunningham, C., Meeus, M., Armijo-Olivo, S., Bandholm, T., Fullen, B. M., Wittink, H., Morlion, B., & Reneman, M. F. (2024). Physical activity should be the primary intervention for individuals living with chronic pain A position paper from the European Pain Federation (EFIC) 'On the Move' Task Force. European Journal of Pain, 28, 1249–1256. <https://doi.org/10.1002/ejp.2278>

Kirjallisuutta:

1. ACSM. (2023). Physical activity guidelines. <https://www.acsm.org/education-resources/trending-topics-resources/physical-activity-guidelines>
2. Bull, F. C., al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British Journal of Sports Medicine, 54(24), 1451–1462.
3. CDC. (2022). Benefits of Physical Activity. <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/index.htm>
4. Ellingson, L. D., Shields, M. R., Stegner, A. J., & Cook, D. B. (2012). Physical activity, sustained sedentary behavior, and pain modulation in women with fibromyalgia. The Journal of Pain, 13(2), 195–206.
5. Ellingson, L. D., Stegner, A. J., Schwabacher, I. J., Koltyn,

- K. F., & Cook, D. B. (2016). Exercise strengthens central nervous system modulation of pain in fibromyalgia. *Brain Sciences*, 6(1), 8.
6. Flodin, P., Martinsen, S., Mannerkorpi, K., Löfgren, M., Bileviciute, Ljungar, I., Kosek, E., & Fransson, P. (2015). Normalization of aberrant resting state functional connectivity in fibromyalgia patients following a three month physical exercise therapy. *NeuroImage: Clinical*, 9, 134–139.
 7. ISPAH. (2021). Infographic. ISPAH's eight investments that work for physical activity: Infographic, animation and call to action. *British Journal of Sports Medicine*, 55(13), 759–760.
 8. Loew, L., Brosseau, L., Wells, G. A., Tugwell, P., Kenny, G. P., Reid, R., Maetzel, A., Huijbregts, M., McCullough, C., de Angelis, G., Coyle, D., & Ottawa Panel. (2012). Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic walking programs in the management of osteoarthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(7), 1269–1285.
 9. Mansi, S., Milosavljevic, S., Baxter, G. D., Tumilty, S., & Hendrick, P. (2014). A systematic review of studies using pedometers as an intervention for musculoskeletal diseases. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15, 231.
 10. McLoughlin, M. J., Stegner, A. J., & Cook, D. B. (2011). The relationship between physical activity and brain responses to pain in fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 12(6), 640–651.
 11. Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J., & Gupta, S. (2009). Effective techniques in healthy eating and physical activity interventions: A meta-regression. *Health Psychology*, 28(6), 690–701.
 12. Milton, K., Cavill, N., Chalkley, A., Foster, C., Gomersall, S., Hagstromer, M., Kelly, P., Kolbe-Alexander, T., Mair, J., McLaughlin, M., Nobles, J., Reece, L., Shilton, T., Smith, B. J., & Schipperijn, J. (2021). Eight investments that work for physical activity. *Journal of Physical Activity & Health*, 18(6), 625–630.
 13. NCCDPHP. (2020). Physical activity prevents CHronic Disease. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/infographic/physical-activity.htm>
 14. O'Connor, S. R., Tully, M. A., Ryan, B., Bleakley, C. M., Baxter, G. D., Bradley, J. M., & McDonough, S. M. (2015). Walking exercise for chronic musculoskeletal pain: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(4), 724–734.e723.
 15. Resnicow, K., & McMaster, F. (2012). Motivational inter-
 - viewing: Moving from why to how with autonomy support. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 19.
 16. Sallis, R. (2015). Exercise is medicine: A call to action for physicians to assess and prescribe exercise. *The Physician and Sportsmedicine*, 43(1), 22–26.
 17. Siddall, B., Ram, A., Jones, M. D., Booth, J., Perriman, D., & Summers, S. J. (2022). Short-term impact of combining pain neuroscience education with exercise for chronic musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 163(1), e20–e30.
 18. Stofan, J. R., DiPietro, L., Davis, D., Kohl, H. W., 3rd, & Blair, S. N. (1998). Physical activity patterns associated with cardiorespiratory fitness and reduced mortality: The aerobics center longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 88(12), 1807–1813.
 19. Vaegter, H. B., & Jones, M. D. (2020). Exercise-induced hypoalgesia after acute and regular exercise: Experimental and clinical manifestations and possible mechanisms in individuals with and without pain. *Pain Reports*, 5(5), e823.
 20. Vanti, C., Andreatta, S., Borghi, S., Guccione, A. A., Pilastri, P., & Bertozzi, L. (2019). The effectiveness of walking versus exercise on pain and function in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Disability and Rehabilitation*, 41(6), 622–632.
 21. WHO. (2021). Physical activity fact sheet. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-HPR-RUN-2021.2>

Laajassa kansainvälisessä käytössä olevan keskushermoston herkistymisen mittari suomeksi



Jani Mikkonen
DC, BSc (Hons),
DACNB, PhD
Kiropraktikko, erikois-
tuminen neurologiseen
kuntoutukseen,
filosofian tohtori

Keskushermoston herkistymistä mittaava Central Sensitization Inventory (CSI) arvioi aistisäätelyjärjestelmän ylivirtymistä, joka voi muuttaa tavalliset aistiärsykkeet kivuliaiksi oireiksi. Herkistymiskipuun liittyy tyypillisesti voimakas, laaja-alainen ja pitkittynyt kipu, jota pahentavat usein kosketusherkkyys ja kivun tunteen aistimisen voimistuminen. CSI-mittari on validoitu suomeksi ja sen tässä kirjoituksessa käsitellään tarkemmin sen sisältöä ja psykometriikkaa.

Kysely keskushermoston herkistymisestä eli The Central Sensitization Inventory (CSI) mittaa keskushermoston aistisäätelyjärjestelmän ylivirtymistä, joka johtaa erilaisten normaali rajoissa olevien aistiärsykkeiden muuntumiseen haittaa aiheuttaviksi oireiksi (1). Kivusta kärsivien oirekuvassa herkistymistyyppinen kipu on tyypillisesti intensiteetiltään voimakas, nopeasti vaihteleva, laaja-alainen ja pitkittynyt (2). Tavallisin tutkimuslöydös on kosketus- ja ihotunnon herkistyminen niin, että kevyt tavallisesti ei-kivulias painaminen (allodynia) tuntuu voimakkaana ja häiritsevänä kipuna (hyperalgesia). Tavallisimpia liitännäisoireita ovat virkistämätön uni ja psyykinen oireilu. Herkistymisessä on mahdollista myös epätavallinen herkkyys muille aistiärsykkeille, kuten tuoksuille, valoille ja kemikaaleille (3). Pitkittyneessä kehollisessa kivussa voimakkaan herkistymisen oirekuvan yhtäläisyydet Fibromyalgian kanssa eivät ole sattumaa vaan se on tyyppiesimerkki vakavaan herkistymiseen liittyvästä toiminnallisesta oireyhtymästä (3). Nykytiedon mukaan aistisäätelyjärjestelmän herkistymiseen johtaviin tekijöihin kuuluu

elintapoihin liittyvien tekijöiden ja terveyshistorian lisäksi myös vähintään jonkinasteisena perinnöllinen alttius (4).

Kehitys ja rakenne

CSI kehitettiin Yhdysvalloissa vuonna 2012 ja kehittäjien alkuperäinen tarkoitus oli kehittää herkistymisseulontakysely pitkittyneestä kivusta kärsiville (5). Ajallisesti lyhyestä historiasta huolimatta se on käännetty ja validoitu tällä hetkellä 29:lle kielelle. Eri maiden käännökset, mukaan lukien Suomi (CSI-FI) (6), löytyvät PRIDEn (Productive Rehabilitation Institute of Dallas for ergonomics) sivuilta. <https://www.pridedallas.com/questionnaires/>

CSI:ssa on A- ja B-osat. A-osassa on 25 väitettämää, joissa pyydetään valitsemaan parhaiten sopiva vastaus jokaiseen väittämään asteikolla: Ei koskaan (0 pistettä) Harvoin (1 piste) Joskus (2 pistettä) Usein (3 pistettä) Aina (4 pistettä).

1. Tunnen herätessäni oloni väsyneeksi ja virkistymättömäksi
2. Lihakseni tuntuvat jäykiltä ja kipeiltä
3. Minulla on ahdistuneisuuskohtauksia
4. Narskuttelen hampaitani

- 5. Minulla on ripulia ja/tai ummetusta
- 6. Tarvitsen apua suoriutuakseni päivittäisistä toiminnoistani
- 7. Olen herkkä kirkkaille valoille
- 8. Väsyn hyvin helposti ollessani fyysisesti aktiivinen
- 9. Tunnen kipua kaikkialla kehossani
- 10. Minulla on päänsärkyä
- 11. Tunnen epämukavuutta ja/tai poltetta virtsatessani
- 12. En nuku hyvin
- 13. Minulla on keskittymisvaikeuksia
- 14. Minulla on iho-ongelmia kuten ihon kuivumista, kutinaa tai ihottumaa
- 15. Stressi pahentaa fyysisiä oireitani
- 16. Tunnen oloni surulliseksi tai masentuneeksi
- 17. Energiatasoni on matala
- 18. Minulla on niska-hartiaseudun lihasjännitystä
- 19. Minulla on leuan alueen kipua
- 20. Tietyt hajut, kuten hajuvedet, saavat minussa aikaan huimausta ja pahoinvointia
- 21. Minun täytyy käydä virtsaamassa useasti
- 22. Jalkani tuntuvat epämukavilta ja levottomilta kun yritän nukahtaa illalla
- 23. Minulla on vaikeuksia muistaa asioita
- 24. Olen kärsinyt lapsena trauman
- 25. Lantioni alueella on kipua

A-osasta lasketaan pistemäärä 0–100. Neljäkymmentä tai enemmän on rajapistemäärä, jossa voidaan pitää keskushermoston herkimistä todennäköisenä osatekijänä erilaissa pitkittyneissä kehollisissa kivuissa ja muissa epämiellyttävä aistikokemustiloissa (7). CSI:ssa on määritellyt vakavuusluokat, jotka ovat: 0–29 pistettä: ei herkimistä, 30–39 pistettä: lievä herkiminen, 40–49 pistettä: kohtalainen herkiminen, 50–59 pistettä: voimakas herkiminen, 60–100 pistettä: vakava herkiminen (8).

B-osassa kartoitetaan kymmenen aiempaa diagnoosia, jotka liittyvät kirjallisuuden mukaan läheisimmin keskushermoston herkimisen mahdollisuuteen: 1) levottomat jalat oireyhtymä, 2) krooninen väsymysoireyhtymä, 3) fibromyalgia, 4) purentaelimistön toimintahäiriö, 5) migreeni tai jännityspäänsärky, 6) ärtyvän suolen oireyhtymä, 7) useita kemikaaliyliherkkyyksiä, 8) niskavamma (mukaan lukien piiskaniskuvamma), 9) ahdistuneisuushäiriö tai paniikkikohtaukset ja 10) masennus. (1). Näissä diagnooseissa kysytään yksinkertaisesti ei/kyllä ja diagnosointivuosi. B-osaa ei pisteytetä ja se on arvioijalle lisäinformaatioksi. Useissa validoinneissa on todettu selkeä yhteys korkeamman pistemäärän ja B-osan diagnoosien lukumäärän välillä (1), mukaan lukien CSI-FI (6).

Luotettavuus

Erityisen hyvin CSI:n pistemäärät liittyvät hyvin tunnettuihin pitkittyneeseen kipuun liittyviin psykologisiin tekijöihin, kuten ahdistuneisuuteen, masentuneisuuteen, liikepelkoon, unen laatuun, elämänlaatuun ja lisääntyneeseen stressiin (1, 9). Tämä on helppo ymmärtää, koska CSI:n väittämässä on vähintään jonkun verran päällekkäisyyttä, hieman eri sanoituksilla, käytännössä kaikkiin käytetyimpiin pitkittyneen kivun psykologisia tekijöitä kartoittaviin kyselyihin. CSI:n sisäinen johdonmukaisuus Cronbachin alfalla mitattuna ja testi-uusintatestiluotettavuudet ovat olleet kaikissa julkaistuissa validoinneissa hyviä (1, 10). CSI myös erottelee varsin luotettavasti pitkittyneestä ja lyhytaikaisesti kivusta kärsivät ja myös kivusta kärsivät, joilla on kipu on laajalaisempaa ja enemmän yhteen kehon osaan paikallistuvaa (6). Kyselyn pistemäärät korreloivat varsin hyvin Kvantitatiivinen tuntokynnysmittaus (QST) -tuloksiin tuoreessa ja kattavassa meta-analyysissä (11). Yksittäisissä tutkimuksissa purentaelimistön kivussa ja toimintahäiriöissä korrelaatio on ollut vähäisempi QST:n tuloksiin (12, 13). Faktorianalyysin tuloksissa on ollut variaatiota jonkun verran, mutta tällä hetkellä suositellaan vakiintuneena käytäntönä kokonaispistemäärän käyttöä arvioimaan kyselyn tuloksia (14). Responsiivisuutta moniammatillisen kivunhoidon vaikuttavuuteen on myös tutkittu ja on todettu, että CSI on herkkä vaikuttavuuden arviointiin (15).

Yleistä
Näin jälkikäteen voi arvioida kehittämistyön olleen onnistunut, koska CSI on käytetyin kyselymittari mittaamaan keskushermoston herkimistä. Viimeisin systemaattinen katsaus CSI:n mittausominaisuuksista on vuodelta 2018 (10). Siinä on vain 14 validointia, eli alle puolet nykyisistä mukana, mikä kertoo nopeasti lisääntyneestä tutkimuksesta herkimisen ympärillä. Käytännön työssä CSI:ta käytetään myös lisääntyvässä määrin erottelemaan pääasiallinen kiputyyppi herkimistyyppisen, nosiseptisen ja neuropaattisen välillä (16).

Suomenkielisen validoinnin (6) lisäksi olemme julkaisseet toisen pienemmän tutkimuksen, jossa tutkittiin CSI:n ja sykevälivaihtelun sekä hengitystaajuuden yhteyttä. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että merkittävää eroa ei ole ryhmien välillä, joilla pistemäärien mukaan ei ollut herkimistä tai kohtalainen–voimakas herkiminen (17). Hyvin samansuuntaiset ei-merkitsevät löydökset kivuttomien ja pitkittyneestä kivusta kärsivien välillä olivat väitöstutkimuksessani, jossa selvitettiin yhtenä osatekijänä herkimisen ja seisomatasapainon huojunnan yhteyttä (18). Toisaalta, koetun huimausoireen viimeisen 12 kuukauden aikana ja CSI:n pistemäärän yhteys oli merkitsevä suomenkielisen version validoinnissa (6). Olemme tutkineet responsiivisuutta pilottitutkimuksessa, joka sisälsi liikekontrolliharjoituksia tietoisien hengityksen kanssa ja ilman.

Tässä CSI ei ollut responsiivinen mittaamaan vaikuttavuutta samaan tapaan kuin esimerkiksi kivun intensiteetti, toimintakyvyn haitta ja elämänlaatu (19).

Alkuperäisestä 25 väittämän CSI:stä on ilmestynyt 9 väittämän alustavasti validoitu versio (20), josta ollaan parhaillaan julkaisemassa laajaa kansainvälistä validointia useimpien aiempien julkaistujen datojen perusteella. Tämä on erityisesti tärkeä askel CSI:n kliinisen käytön kannalta, koska nykyinen 25-väittämän versio on varsin työläs käytännön työhön. ■

Kirjallisuutta:

- 1. Neblett R. The central sensitization inventory: A user's manual. J Appl Behav Res. 2018.
- 2. Nijs J, Apeldoorn A, Hallegraeff H, Olark J, Smeets R, Malfliet A, et al. Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. Pain Physician. 2015;18(3):E333-46.
- 3. Nijs J, George SZ, Clauw DJ, Fernández-de-las-Peñas C, Kosek E, Ickmans K, et al. Central sensitisation in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine. The Lancet Rheumatology. 2021;3(5):e383-e92.
- 4. Harte SE, Harris RE, Clauw DJ. The neurobiology of central sensitization. Journal of Applied Biobehavioral Research. 2018;23(2):e12137.
- 5. Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ, et al. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. Pain Pract. 2012;12(4):276-85.
- 6. Mikkonen J, Luomajoki H, Airaksinen O, Neblett R, Selander T, Leinonen V. Cross-cultural adaptation and validation of the Finnish version of the central sensitization inventory and its relationship with dizziness and postural control. BMC Neurol. 2021;21(1):141.
- 7. Neblett R, Cohen H, Choi Y, Hartzell MM, Williams M, Mayer TG, et al. The Central Sensitization Inventory (CSI): establishing clinically significant values for identifying central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample. J Pain. 2013;14(5):438-45.
- 8. Neblett R, Hartzell MM, Mayer TG, Cohen H, Gatchel

Ellin tarina

RJ. Establishing Clinically Relevant Severity Levels for the Central Sensitization Inventory. Pain Pract. 2017;17(2):166-75.

9. Adams GR, Gandhi W, Harrison R, van Reekum CM, Wood-Anderson D, Gilron I, et al. Do "Central Sensitization" Questionnaires Reflect Measures of Nociceptive Sensitisation or Psychological Constructs? a Systematic Review and Meta-Analyses. Pain. 2022.

10. Scerbo T, Colasurdo J, Dunn S, Unger J, Nijs J, Cook C. Measurement Properties of the Central Sensitization Inventory: A Systematic Review. Pain Pract. 2018;18(4):544-54.

11. Neblett R, Sanabria-Mazo JP, Luciano JV, Mirčić M, Čolović P, Bojanić M, et al. Is the Central Sensitization Inventory (CSI) associated with quantitative sensory testing (QST)? A systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2024;161:105612.

12. Salbego RS, Conti PCR, Soares FFC, Ferreira D, Herreira-Ferreira M, de Lima-Netto BA, et al. Central sensitization inventory is associated with psychological functioning but not with psychophysical assessment of pain amplification. Eur J Pain. 2024.

13. Proença JDS, Baad-Hansen L, Braido GVDV, Mercante FG, Campi LB, Gonçalves DAG. Lack of correlation between central sensitization inventory and psychophysical measures of central sensitization in individuals with painful temporomandibular disorder. Arch Oral Biol. 2021;124:105063.

14. Cuesta-Vargas AI, Neblett R, Chiarotto A, Kregel J, Nijs J, van Wilgen CP, et al. Dimensionality and Reliability of the Central Sensitization Inventory in a Pooled Multi-country Sample. J Pain. 2018;19(3):317-29.

15. Neblett R, Hartzell MM, Williams M, Bevers KR, Mayer TG, Gatchel RJ. Use of the Central Sensitization Inventory (CSI) as a treatment outcome measure for patients with chronic spinal pain disorder in a functional restoration program. Spine J. 2017;17(12):1819-29.

16. Nijs J, Lluch Gírbés E, Lundberg M, Malfliet A, Sterling M. Addressing sleep problems and cognitive dysfunctions in comprehensive rehabilitation for chronic musculoskeletal pain. Man Ther. 2015;20(1):e3-4.

17. Mikkonen J, Kupari S, Tarvainen M, Neblett R, Airaksinen O, Luomajoki H, et al. To what degree patient-reported symptoms of central sensitization, kinesiophobia, disability, sleep, and life quality associated with 24-h heart rate variability and actigraphy measurements? Pain Pract. 2024;24(4):609-19.

18. Mikkonen J. Postural stability and its relationships with chronic low back pain, central sensitization, and pain-related sleep quality. Kuopio, Finland: University of Eastern Finland; 2023.

19. Mikkonen J, Luomajoki H, Airaksinen O, Goubert L, Pratscher S, Leinonen V. Identical movement control exercises with and without synchronized breathing for chronic non-specific low back pain: A randomized pilot trial. J Back Musculoskelet Rehabil. 2024.

20. Nishigami T, Tanaka K, Mibu A, Manfuku M, Yono S, Tanabe A. Development and psychometric properties of short form of central sensitization inventory in participants with musculoskeletal pain: A cross-sectional study. PLoS One. 2018;13(7):e0200152.

Olen Elli, 24-vuotias opiskelija, koulutettu kokemustoimija ja harvinaissairas. Sairastan kolmea harvinaista sairautta, jotka aiheuttavat minulle esimerkiksi hemolyyttisen anemian, hypoglykemia alttiuden, pahoinvointia ja vatsakipuja. Olen elänyt



sairauksieni kanssa aina, mutta vointini heikkeni täysin yllättäen viisi vuotta sitten.

Ennen sairauksien vaikeutumista tanssin tavoitteellisesti balettia. Nykyään teen kovasti töitä vähentääkseni etenkin sairaiden nuorten kokemaa yksinäisyyttä. Työskentelen kokemustoimijana saadakseni muutosta niihin asioihin, joissa itse olen kokenut haasteita terveydenhuollossa. Työskentelen esimerkiksi sairaalan asiakasraadissa ja teen sosiaaliseen mediaan sisältöä elämästäni sairauksieni kanssa, jakaakseni kokemustietoa ja vertaistukea. Vaikka en pysty tanssimaan enää tavoitteellisesti, olen pyrkinyt säilyttämään tanssin osana elämääni ohjaamalla lapsille tanssia kerran viikossa ja tanssimalla omia ”tsemppitansseja”.

Sairaudet näkyvät arjessani oireiden ja muutuneiden haaveiden lisäksi viikoittaisina sairaalakäynteinä. Arkea rytmittävät nykyään veriko-keet, punasolutankkaukset, päivystysreissut ja osastojaksot. Vaikka olen vielä nuori, elämäni on mahtunut lukuisia tutkimuksia, toimenpiteitä ja hoitokokeiluja. Tällä hetkellä tulevaisuus on sairauksieni osalta auki ja olen opetellut elämään vaikean terveystilanteen kanssa. Mitään lupausta voinnin paranemisesta ei ole, joten on pitänyt opetella näkemään asiat, jotka ovat hyvin tällä hetkellä kaikesta huolimatta.

Koska sairastan useaa sairautta, olen käynyt elämäni aikana läpi monenlaisia toimenpiteitä: leikkauksia, tähytystutkimuksia, PICC-katetrin ja keskuslaskimoportin asennuksia, satoja verikokeita ja kanylointeja. Olen kokenut monenlaista toimenpiteisiin liittyvää kipua, tottunut kipuun ja lopulta myös herkistynyt sille. Pahimmat kipukokemukset eivät liity



isoimpaan leikkaukseen vaan verikokeisiin ja kanylointeihin. Nykyään minulla on keskuskaskimopoortti apuna, mutta ennen kun sain sen, oli tavallista, että verikokeiden saaminen ja kanyylin laitto vaati jopa yli 10–20 pistoa viikoittain tai osastolla ollessani päivittäin.

Jokainen ymmärtää, ettei yksittäinen verikoe tai kanylointi tuota todennäköisesti merkittävää kipua. Kuitenkin pienetkin toimenpiteet muuttuvat kivuliaiksi, jos on jatkuvien pistosten kohteena pitkiä aikoja, jopa tunnista kahteen ja suonias etsitään yhä kipeämmistä paikoista. Nykyään kohtaan kipua paljon vähemmän, sillä keskuskaskimopoortistani saadaan otettua kaikki tarvittavat verikokeet ja sitä kaut-

ta saadaan myös annettua kaikki tarvittava suonensisäisesti. Kivuliaita toimenpiteitä kohtaan silti edelleen, koska esimerkiksi tänä kesänä keskuskaskimopoorttini infektoitui ja se jouduttiin poistamaan. Väliajaksi minulle asennettiin PICC-katetri ja lopulta minulle laitettiin myös uusi portti.

Olen aika positiivinen luonne ja kivunhallintakeinoni perustuivat pitkään siihen, että yritin vain pysyä mahdollisimman positiivisena kivusta huolimatta. Koska tiesin, että tilanne oli useimmiten ns. ”kärsi tai itke ja kärsi”-tyyppinen, muodostui selviytymiskeinokseni hymillä, naureskella ja vitsailla henkilökunnan kanssa myös silloin kun kanyylia oli yritetty

saada kaksi tuntia paikalleen. Tykkään edelleen jutella henkilökunnan kanssa ja harhauttaa ajatuksia sillä tavalla. Yritän myös monesti keskittyä esimerkiksi pyörittelemään nilkkoja tai johonkin muuhun liikkeeseen, joka ei häiritse toimenpidettä, etten keskittyisi pelkästään epä-mukavaan tunteeseen. Olin pitkään melko peloton toimenpiteisiin liittyen mutta pikkuhiljaa minulle kuitenkin pääsi kehittymään sairaalasyntyinen PTSD jatkuvien toimenpiteiden, epäonnistuneiden toimenpiteiden ja monen huonon kohtaamisen myötä. Se ”ihailtavan reipas” potilas muuttuikin siksi, joka tarvitsee paniikissa ja jolta valuu kyynelöt silmistä niissäkin hetkissä, joissa se ennen vitsaili.

Olen jäänyt aina melko yksin kipukokemuksieni kanssa ja myöhemmin PTSD:n suhteen, eikä apua ole juuri tarjottu, ainakaan oikea-aikaisesti. Osittain kipukokemukseni on varmasti jäänyt hoitohenkilökunnalta huomioimatta reippauteni vuoksi. Koen, että vaikka olisin sanoittanut pelkoni ja sen miksi pelottaa, minua ei olla kuultu. Nykyään käyn kerran viikossa KELAn kuntoutuspsykoterapiassa PTSD:n vuoksi, ja ehkä sitä kautta saan apua toimenpidelkeeni.

Minut on kohdattu monin tavoin kivuliaisiin toimenpiteisiin liittyen. Usein kipua ja pelkoa on vähätelty tai syitä pelon takana ei ole haluttu nähdä. Erään keskuskaskimopoortin asennuksen yhteydessä itkin kivusta koko toimenpiteen ajan ja oksensin kivusta sen jälkeen, kun olimme lähteneet sairaalasta, koska riittävästä kipulääkityksestä ei oltu huolehdittu. Kun tietää, että tiettyihin toimenpiteisiin joutuu menemään uudestaan, kokemukset kasvattavat pelkoa aina seuraaviin kertoihin. Tämä taas puolestaan hermistää kivulle. Välillä kärjistettyä tuntuu siltä, että kipuun suhtaudutaan niin, että jos siitä voi kärsiä, niin siitä pitää kärsiä. Minulle on esimerkiksi yritetty laittaa kanyyleja, vaikka minulla on keskuskaskimopoortti juuri





siksi, ettei minun tarvitsisi kokea enää ylimääräistä kipua kanylointien muodossa. Minulta löytyy kuitenkin myös hyviä toimenpidekokemuksia. Muistan aina, miten minut huomioitiin tänä kesänä, kun keskuskaskimopottini piti poistaa ja tilalle laitettiin PICC-katetri. Minulle järjestettiin etukäteen aikaa keskustella toimenpiteessä mukana olevien kanssa, ja aiemmat haastavat kokemukseni

huomioitiin jo siinä kohtaa. Sain vaikuttaa, tehdäkö toimenpide yleisanestesiassa vai hereillä. Kukaan ei syyllistänyt minua, kun päädyin yleisanestesiaan. Riittävästä kivunhoidosta huolehdittiin, ja heräämössä painotettiin, etten saa kärsiä yksin vaan pitää kertoa heti, jos sattuu. Muita hyviä kokemuksia ovat olleet mm. sellaiset, kun pitkien kanylointien aikana minulle on juteltu koko ajan ja annettu muuta ajateltavaa. Kun menen potilaana kivuliaaseen toimenpiteeseen, haluaisin henkilökunnan muistavan, ettei tilanne koskaan ala täysin puhtaalta pöydältä. Pitkäaikaissairaana taustalla on aina aiempia kokemuksia, jotka vaikuttavat siihen, miltä asiat tuntuvat nykyhetkessä. On tärkeää, että potilas tulee aidosti kuulluksi ja kohdatuksi. Pelkkä potilaan kertoman kuuleminen ei riitä, vaan on ymmärrettävä myös syyt, miksi hän haluaa kertoa asian. Jos potilaan tilannetta vähätellään, kuten sanomalla, että häntä ”vähän jännittää”, vaikka taustalla on traumaattisia kokemuksia, potilas voi tuntea, ettei häntä ole kuultu tai otettu tosissaan. Turvallisuuden tuntee vahvistuu huomattavasti, jos sen sijaan, että sanottaisiin ”minua vähän jännittää”, todetaan suoraan, että minulla on aiempia hankalia kokemuksia. Luottamuksen rakentaminen hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä on olennaista. Siksi pienilläkin asioilla, kuten sillä, esittäytyvätkö toimenpiteessä mukana olevat henkilöt, on merkitystä. Vaikka ymmärrän sairaalan kiireen ja aikataulupaineet, tavalla miten potilas kohdataan, on suuri vaikutus sekä nykyhetkeen että tuleviin kokemuksiin. ■

Vanhemman hoiva vie kivun pois!

Vanhempien laulamat kehtolaulut edistävät osallisuutta ja läheisyyden tunnetta vastasyntyneiden kivunhoidossa toimenpiteiden aikana.



Alexandra Ullsten ^{1,2}
Alexandra Ullsten, PhD, tutkijatohtori, musiikki- ja taideterapeutti, Central Hospital Karlstad, Värmland, Ruotsi. Tutkija Örebron yliopistossa Ruotsissa, School of Health Sciences.

¹ Faculty of Medicine and Health, School of Health Sciences, Örebro University, Sweden
². Centre for Clinical Research and Education, Central Hospital Karlstad, Region Värmland, Sweden
Alkuperäisestä englanninkielisestä artikkelista kääntänyt musiikkiterapeutti, psykoterapeutti FT Hanna Hakomäki

Vanhemmat ovat arvokas voimavara vastasyntyneiden kivunhallinnassa, ja useat vanhempien ohjaamat menetelmät, kuten välitön ihokontakti (skin-to-skin contact, SSC), imetys ja kehtolaulujen laulaminen, on todettu tehokkaiksi keinoiksi vastasyntyneiden kivun lievittämisessä. Äskettäin julkaistut tulokset ruotsalaisesta huipputason monitieteisestä kliinisestä tutkimuksesta (Parents as pain management in Swedish neonatal care (SWEpap)) osoittavat, että vanhempien laulamat kehtolaulut yhdessä ihokontaktin ja imetyksen kanssa ovat sekä vanhemmille, että vauvoille helposti saavutettavissa oleva keino kivunhoidossa. Ne auttavat vauvaa ja vanhempia rauhoittumaan ennen kivuliasta toimenpidettä sekä luomaan rauhallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin toimenpiteen aikana. Tutkimuksen mukaan vanhempien ohjaamia toimenpiteitä pidettiin toteuttamiskelpoisina ja ne edistivät sekä vanhempien, että hoitajien itseluottamusta ja itsevarmuutta. Kun hoitajat ja vanhemmat yhdessä tuottavat tietoa vanhempien ohjaamasta kivunhallinnasta ja kullekin vanhempi-vauva-parille tarjotaan riittävästi yksilöllistä valmistelu-aikaa, toteutuu yhteistyö vauvan edun mukaisesti.

Vanhempien ohjaama toimenpiteiden aikainen kivunhallinta on osoittautunut tehokkaaksi kivunlievitykseksi sekä terveillä, että sairailta täysiaikaisilla ja ennenaikaisilla vauvoilla (1,2). Vanhemmat voivat toimia tehokkaina kivunlievityksen toteuttajina, kun heille annetaan riittävästi tietoa, ja kun heitä rohkaistaan ja valmistellaan hyvin tähän toimintaan (3,4). Tämän vuoksi vanhemmat ovat olennainen osa parasta, näyttöön perustuvaa perhekeskeistä vastasyntyneiden kivunhallintaa (2,3). Useimmat vanhemmat haluavat osallistua aktiivisesti auttaakseen vauvaansa hallitsemaan toimenpiteisiin liittyvää kipua ja se saa vanhemmat tuntemaan olonsa hyödyllisiksi, voimaantuneiksi sekä rauhoittuneiksi. Ihokontakti, imetys ja vanhempien musikaalinen ääntely ovat esimerkkejä kivunlievityksen keinoista, joiden avulla vanhemmat voivat vähentää vauvan kipua samalla, kun heidän oma ahdistuksensa vähenee ja vanhemmuustaidot kehittyvät (5,6).

Toistuva, kasautuva ja riittämättömästi hoidettu toimenpiteisiin liittyvä kipu ja vanhemmasta erossa oleminen voivat vahingoittaa sairasta vauvaa vakavasti sekä fyysisesti, että psyykkisesti. Nämä voivat lisätä muun muassa epänormaalisti lisääntyneen kivunherkkyyden riskiä (7). Tällöin uuden perheen kiintymyssuhdeprosessi ja tulevien sukupolvien mielen-terveys ovat myös vaarassa, minkä vuoksi vanhempien läsnäolo ja heidän osallistumisensa vauvan kivunhallintaan on perusteltua vastasyntyneiden teho-osastolla (NICU) (7). Vaikka on osoitettu, että vanhempien ohjaama kivunhallinta vähentää tehokkaasti vastasyntyneiden toimenpiteisiin liittyvää kipureaktiota, ei tiedetä minkä verran sitä käytetään päivittäisessä kliinisessä työssä.

Vanhempien osallistuminen vastasyntyneiden kivunhallintaan
Äskettäin julkaistun kansainvälisen verkossa

toteutetun kyselytutkimuksen tulokset, jotka jaettiin vastasyntyneiden teho-osastoille (NICU) ympäri maailmaa, osoittavat, että suurin osa kyselyyn vastanneista terveydenhuollon ammattilaisista suhtautuivat myönteisesti vanhempien osallistumiseen ja kivunhallinnan valtuuttamiseen heille (8). Tulokset kuitenkin osoittavat, että vanhempien tekemää kivun arviointia ei hyödynnetä riittävästi. Ammattien välistä koulutusta sekä vanhemmille suunnattua koulutusta vanhempien johtamiin interventioihin on liian vähän. Nämä ovat tärkeitä kehittämiskohteita vastasyntyneiden teho-osastohoitoon liittyen (8).

Vauvojen kivunhallintaan liittyy yhä asenteita ja henkilökunnan käyttäytymismalleja, jotka rajoittavat vanhempien ohjaamaa kivunlievitystä (9). On olemassa muutamia aiempia tutkimuksia, jotka käsittelevät hoitajien käsityksiä vanhempien osallistumisesta ja ohjaamisesta vauvojen kivunhallinnassa (10,11,12). Vertailevassa fokusryhmätutkimuksessa, joka tehtiin vastasyntyneiden tehohoidon hoitajien keskuudessa Ruotsissa, Suomessa ja Yhdysvalloissa (10), selvisi, että hoitajien käsitykset vanhempien osallistumisesta vaihtelivat väleillä vanhempien ulkopuolelle sulkeminen, osittainen kontrollin jakaminen ja täysimittainen yhteistyö vanhempien kanssa. Kun hoitajat kontrolloivat kivunhallintaa, vanhemmat olivat passiivisia tai poissa. Hoitajat uskoivat suojelevansa vanhempia tunneperäiseltä ahdistukselta, joka aiheutuu vauvan kivun näkemisestä. Vanhempien osallistuminen hoitotoimenpiteeseen voi aiheuttaa stressiä hoitajille, jos he kokevat epämurkavaksi suorittaa kivuliaita toimenpiteitä vanhempien tarkkaillessa ja jos he joutuvat ohjaamaan vanhempia vetäytymään tilanteesta (9,10). Vanhempien osallistuminen helpottui, kun hoitajat jakoivat tilanteen hallintaa osittain vanhempien kanssa, vaikka se aiheuttikin ahdistusta hoitajille tai vanhemmille. Kun hoitajat neuvottelivat vanhempien kanssa parhaasta kivunhallintatavasta, oli kivunhallintaa mahdollista räätälöidä vauvalle yksilöllisesti

hoitaja-vanhempi-yhteistyössä. Hoitajat uskoivat toimivansa vauvan parhaaksi, kun he vahvistivat vanhempien osallistumista (10).

Vanhempien osallistuminen kivuliaiden toimenpiteiden aikana tulisi perustua vanhempien yksilöllisiin tarpeisiin ja toiveisiin, ei hoitajien käsityksiin hyvästä hoidosta. Kun vanhempia neuvotaan käyttämään lääkkeettömiä menetelmiä, vastasyntyneiden hoitajien tulisi aktiivisesti olla vuorovaikutuksessa perheiden kanssa ja keskustella vanhempien yksilöllisistä tarpeista (11). Suomalaisten vastasyntyneiden teho-osastojen hoitajille tehty poikittaistutkimus kivun arviointi- ja kivunhoitokäytännöistä (12) vahvisti myös nämä tulokset. Tämä osoittaa, että vanhempien roolia vauvojen kivunhallinnassa on selkeästi vahvistettava. Tutkimus (12) osoitti, että hoitajat käyttivät enimmäkseen hoitajan aloittamia kivunlievitystoimenpiteitä, joihin vanhemmat voidaan liittää mukaan, mutta vanhempien läsnäolo ei ollut välttämätöntä. Tällaisia ovat suun kautta annettavat makeat liuokset, kapalointi, asentohoito tai vauvan asettaminen tukevaan asentoon. Sen sijaan vanhempien ohjaaminen jatkamaan imetystä tai käyttämään ihokontaktihoitoa tai musiikkia, kuten laulamista vauvalle, raportoitiin käytetyksi harvoin kivun lievityksen tarpeisiin (12). Jotta kivunhallintaa voidaan lisätä vanhempien toteuttamilla toimenpiteillä, tarvitaan hoitajille tähän koulutusta. Kun vastasyntyneiden teho-osastoilla on kirjalliset ohjeet lääkkeettömien menetelmien käytöstä, raportoi henkilökunta olevan enemmän niistä tietoinen verrattuna yksiköihin, joilla ei ole kirjallisia paikallisia kivunhallinnan ohjeita jokapäiväisessä työssä (13). Näitä ohjeita ovat mm. vanhempien toteuttamat kivunhallinnan toimenpiteet ja kivun arviointi rakenteellisen kirjaamismallin avulla (13).

SWEpap – vanhemmat osana kivunhallintaa Ruotsin vastasyntyneiden hoidossa

”Vanhemmat osana kivunhallintaa Ruotsin vastasyntyneiden hoidossa (SWEpap)” on uusi



Kuva 1. Tutkimusprojekti SWEpap - Parents as pain management in Swedish neonatal care, kerää tietoja Örebron yliopistollisessa sairaalassa. Tohtoriopiskelija Martina Carlsen Misic opastaa äitiä yhdistetyssä vanhempien johtamassa kivunhallinnassa, johon sisältyy ihokontakti, imetys ja kehtolaulun laulaminen.

huippuluokan monitieteinen monikeskustutkimus, jossa käytetään monimenetelmällistä lähestymistapaa kahdessa osassa hyödyntäen musiikkiterapian asiantuntemusta ja tutkimusta (6,14,15). Tutkimuksen määrällinen osa on käynnissä oleva satunnaistettu kontrolloitu monikeskustutkimus (RCT), jossa on kolme rinnakkaista ryhmää terveistä vastasyntyneistä ja heidän vanhemmistaan. SWEpap RCT tutkii yhdistetyn kivunhallinnan tehokkuutta (ihokontakti, imetys ja kehtolaulun laulaminen) verrattuna terveydenhuollon ammattilaisten aloitteesta annettavaan tavanomaiseen kivunhoitoon (glukoosi) vastasyntyneiden rutiininomaisessa aineenvaihdunnan seulonnassa (Kuva 1). RCT:n ensisijainen tutkimuksen kohde on vauvan kivun ilmaiseminen,

jota mitataan Premature Infant Pain Profile Revised (PIPPR) -asteikolla. RCT:n toissijaiset tutkimuksen kohteet ovat: a) muutokset ihon sähkönjohtavuudessa (GSR), mikä saadaan kolmella elektrodilla vauvan jalasta, b) vanhempien arvio vauvan kivusta, c) vanhempien arvio omasta stressistään toimenpiteen aikana ja d) vanhempien arvio siitä, kuinka hyödylliseltä heidän osallistumisensa kivunhallintaan tuntui heille ja heidän vauvalleen.

SWEpap-tutkimuksen laadullisesta osiosta, joka on monikeskus-, havainnointi- ja haastattelututkimus osallistavan toimintatutkimuksen menetelmällä, on äskettäin julkaistu tuloksia (6). Tähän mennessä harvat tutkimukset vastasyntyneiden kivunhallinnan yhteydessä ovat tutkineet vanhempien kokemuksia vanhempien ohjaaman kivunhallinnan tarjoamisesta vauvalle (5). Tämän vuoksi SWEpap-tutkimuksen laadullinen osio tutki vanhempien ja hoitajien käsityksiä ihokontaktin, kehtolaulun laulamisen ja imetyksen yhdistämistä suunnitellun verikokeen tai rokotuksen aikana (6).

- Tutkimuksessa vanhempia ohjeistettiin istumaan säädettävässä lepotuolissa tai makaamaan sairaalasängyssä toimenpiteen aikana. Aikaisempaan tutkimukseen perustuen valmisteluajaksi määriteltiin kymmenen minuuttia. Näin ollen ihokontaktihoito ja kehtolaulun laulaminen aloitettiin kymmenen minuuttia ennen verikoetta tai rokotusta.

- Ihokontaktihoito ja vanhemman laulaminen yhdistettiin mahdollisuuksien mukaan imetykseen. Imetys aloitettiin, kun vauva oli valmis imemään, mutta vähintään kaksi minuuttia ennen verikoetta.

- Kaikki tämän tutkimuksen vauvat saivat suun kautta glukoosia kaksi minuuttia ennen toimenpidettä, ja yhdessä yksikössä vauvat saivat myös paikallisuudutteen yksikön käytännön mukaisesti.

- Ennen toimenpidettä tutkijat näyttivät osallistuville vanhemmille opetusvideon, jossa havainnollistettiin, kuinka laulaa kehtolaulua hoito-ohjeiden mukaisesti (15). Vanhempia oh-

jeistettiin hyräilemään valitsemaansa kehtolaulua tai muuta tuttua ja merkityksellistä laulua (16) ilman sanoja yksinkertaisella, toistuvalla, pehmeällä ja unettavalla tyyllillä matalalla äänellä harmonisesti sekä hitaasti, samana pysyvällä ennustettavalla rytmillä (6).

SWEpap-tutkimuksen laadullisen osion päätulos on, että valmistelut johtavat onnistuneempiin ja vähemmän kivuliaisiin toimenpiteisiin (6).

Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että monet vanhemmat eivät tiedosta kykyään tarjota kipua lievittävää hoitoa vauvoilleen, mikä johtaa heikkoihin käytäntöihin (2). Henkinen, koulutuksellinen ja käytännöllinen valmistautuminen on keskeistä, kun otetaan käyttöön vanhempien toteuttamaa kivunhallintaa. Vauvan edun mukainen yhteistyö syntyy, kun hoitajat ja vanhemmat yhdessä luovat tietoa. Kirjallinen ja suullinen tieto sekä muodollinen (esim. terveydenhuollon ammattilaiset), että epämuodollinen (esim. vertaisryhmät) vanhemmille suunnattu koulutus ja verkkopohjaiset etähoivakeinot ovat avainasemassa hoitokäytäntöjen muutoksessa, mikä johtaa vanhempien onnistuneeseen osallistumiseen vauvojen kivunhallintaan sekä parempaan vauvojen kivunhoitoon (2). SWEpap-tutkimuksessa (6) hoitajat ilmaisivat, että vanhemmille annettu tieto mahdollisti vanhempien valinnan osallistumisesta vanhempien ohjaamaan kivunhallintaan. Tiedon lisäämiseksi kommunikaatio ja tiedon jakaminen olivat sekä vanhempien että hoitajien mielestä tärkeää. Kullekin vanhempivauva-parille on tarpeen yksilöllisesti arvioida ja räätälöidä riittävä aika valmistautumiselle kivuliaiden toimenpiteiden aikana vanhempien osallistumisen sekä vanhemman ja vauvan läheisyyden tunteen edistämiseksi.

Kehtolaulun laulaminen oli merkittävä osa vanhempien ohjaamaa kivunhallintaa ja edisti vanhempien osallistumista ja läheisyyttä toimenpiteiden aikana (6). Kun vanhemmat käyttivät ääntään yhdessä ihokontaktin kanssa, he kokivat laulamisen tuovan heidät lähemmäksi

vauvaansa ja se auttoi heitä reagoimaan paremmin vauvan viesteihin. Laulaminen loi myös tunteen turvallisuuden tarjoamisesta vauvalle ja lisäsi turvallisuuden tunnetta sekä vanhemmille, että vauvalle. Hoitajat tunnistivat vanhempien tutun äänen välittävän turvallisuutta ja rauhallisuutta vauvalle. Vanhemmat käyttivät tuttuja kehtolauluja, jotka he osasivat ja joita laulaessa he tunsivat olonsa varmaksi toimenpiteen aikana. Vanhemmat halusivat laulujen olevan helppoja toistaa ja laulaa pidemmän aikaa. Jotkut vanhemmat lauloivat samaa laulua koko toimenpiteen ajan, kun taas toiset yhdistivät useita lastenlauluja (6). Sekä vanhemmat, että hoitajat kuvasivat, kuinka vanhempien laulaminen muutti huoneen ilmapiiriin rauhoittaen kaikkia ja siirsi huomion kivuliaasta toimenpiteestä vauvan hyvinvointiin. Vanhemmat kokivat sopusointua ja yhteyttä sekä toisiinsa, että vauvaan. Perheen rauhallinen mielentila levisi myös hoitajiin, mikä vähensi huoneessa tarpeettomia keskusteluja. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat toimenpiteen suorittamisen helpommaksi, kun vauva oli rauhallinen ja lähellä vanhempia toimenpiteen aikana. Osallistujat pitivät ihokontaktin, imetyksen (mahdollisuuksien mukaan) ja vanhempien laulamisen yhdistelmää toteuttamiskelpoisena, mikä lisäsi sekä vanhempien, että hoitajien itsevarmuutta ja itseluottamusta (6).

Johtopäätös

Vanhempien ohjaama vastasyntyneiden kivunhallinta ei ole vain inhimillinen ja myötätuntoinen teko, vaan se on tieteellisesti todistettu yhdeksi tehokkaimmista tavoista vähentää varhaiseen elämänvaiheeseen liittyvien toistuvien kivuliaiden toimenpiteiden aiheuttamaa kipua. Vanhemmat itse raportoivat haluavansa osallistua tähän hoitoon.

Vaikka on tärkeää ottaa vanhemmat aktiivisesti mukaan vastasyntyneiden intensiiviseen tehohoitoon ja ammattien välinen yhteistyö edistää toimenpiteiden kivunhallintaa, vain harvat vastasyntyneiden intensiivisen tehohoi-

don osastot ovat täysin huomioineet vanhempien mukaan ottamisen merkityksen. Kun tällainen ohjeistus yhdistetään omistautuneiden ja asioista hyvin perillä olevien terveydenhuollon kipuammattilaisten ammattitaitoon, parantaa se kivulle altistuvan lapsen olosuhteita ja toivottaa vanhemmat tervetulleiksi kumppaneiksi auttamaan vastasyntyneitä kivun hallinnassa.

Vielä on selvittämättä, missä määrin ja kuinka johdonmukaisesti terveydenhuollon ammattilaiset edistävät, tukevat, helpottavat ja järjestelmällisesti toteuttavat vanhempien toteuttamaa kivunhallintaa maailmanlaajuisesti. Siitä huolimatta vanhempien saaminen keskeisiksi kumppaneiksi sekä vanhempien toteuttaman kivunlievityksen edistäminen ja vanhempien osallistuminen pikkulasten kivunarvointiin on linjassa parhaaseen näyttöön perustuvan pikkulasten kivunhoidon kanssa, ja sitä olisi edelleen kehitettävä. ■

Kirjallisuutta:

1. Eissler A. B., Zwakhlen S., Stoffel L., Hahn S. Systematic review of the effectiveness of involving parents during painful interventions for their preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2022; 51:1. 6-15.

2. Ullsten A., Campbell-Yeo M., Eriksson M. Parent-led neonatal pain management—a narrative review and update of research and practices. *Frontiers in Pain Research* 2024; 5:1-9. DOI 10.3389/fpain.2024.1375868

3. Ullsten A. Parents' live singing is a preventive and protective intervention for infants during painful procedures. *Acta Paediatrica* 2024; 113,7: 1479-1480.

4. McNair C., Chirinian N., Uleryk E., Stevens B., McAllister M., Franck L. S., Taddio A., Shah V. Effectiveness of parental education about pain in the neonatal period on knowledge, attitudes, and practices: A systematic review and meta-analysis. *Paediatrics & Child Health* 2022; 27,8: 454-463. doi.org/10.1093/pch/pxac050

5. Ullsten A., Andreasson M., Eriksson M., State of the Art in Parent-Delivered Pain-Relieving Interventions in Neonatal Care: A Scoping Review. *Front Pediatr* 2021; 9: p. 651846, doi.org/10.3389/fped.2021.651846

6. Carlsen Misic M., Olsson E., Thernström Blomqvist Y., Ullsten A. "Preparation Is Key": Parents' and Nurses' Perceptions of Combined Parent-Delivered Pain Ma-

nagement in Neonatal Care. *Children* 2024; 11,781:1-16. <https://doi.org/10.3390/children11070781>

7. Filippa M, Poisbeau P, Mairesse J, Monaci MG, Baud O, Hüppi P, Grandjean D, Kuhn P. Pain, parental involvement, and oxytocin in the neonatal intensive care unit. *Front Psychol* 2019; 10:715. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00715

8. Ullsten, A. et al., (in press). Parents in neonatal pain management - parent-delivered interventions and parental pain assessment. An international survey. *Children*.

9. Palomaa AK, Korhonen A, Pölkki T. Factors influencing parental participation in neonatal pain alleviation. *J Ped Nurs* 2016;31,5:519–527. doi.org/10.1016/j.pedn.2016.05.004

10. Axelin A, Anderzén-Carlsson A, Eriksson M, Pölkki T, Korhonen A, Franck LS. Neonatal intensive care nurses' perceptions of parental participation in infant pain management: A comparative focus group study. *J Peri & Neo Nurs* 2015;29,4: 363–374. doi.org/10.1097/JPN.0000000000000136

11. Pölkki T, Korhonen A, Laukkala H. Nurses' and parents' perceptions of parental guidance on using nonpharmacological pain relieving methods among neonates in the NICU. *Pain Manag Nurs* 2016;17,4:272–280. doi: 10.1016/j.pmn.2016.04.002

12. Pölkki T, Laukkala H, Korhonen A. Nurses' perceptions of pain assessment and management practices in neonates: A cross-sectional survey. *Scand J Caring Sci* 2018;32,2:725–733. doi: 10.1111/scs.12503.

13. Treiman-Kiveste, A.; Pölkki, T.; Kalda, R.; Kangasniemi, M. Nurses' perceptions of infants' procedural pain assessment and alleviation with non-pharmacological methods in Estonia. *J. Pediatr. Nurs* 2022; 62: E156–E163

14. Olsson E, Carlsen Misic M, Dovland Andersen R, Ericson J, Eriksson M, Thernström Blomqvist Y, et al. Study protocol: parents as pain management in Swedish neonatal care—SWEpap, a multi-center randomized controlled trial. *BMC Pediatr* 2020; 20,1:474. doi: 10.1186/s12887-020-02356-7

15. Ullsten A. Singing, sharing, soothing: Family-centred music therapy during painful procedures in neonatal care. 2019. <http://oru.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1360872&dsid=-189> (PhD thesis, Örebro University, Sweden).

16. Loewy J. NICU music therapy: Song of kin as critical lullaby in re-search and practice. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2015; 1337: 178–185. doi:10.1111/nyas.12648

Ohjausmateriaaleja ammattilaisten työn tueksi



Marja Kinnunen
VTT
toiminnanjohtaja

Lisää liikuntaa, painonhallintaa, lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä. Miten tukea asiakkaan arkea? Tuki- ja liikuntaelinliitto Tule ry:n ohjausmateriaalit auttavat ammattilaista ohjaustyössä.

Miten tukea asiakasta kohti terveellisempiä elintapoja ja hyvä kivunhallintaa? Jos pelkkä faktojen kertomien olisi avain onnistumiseen, näyttäisi terveystilastot täysin toisenlaisilta. Kansankielellä puhutaan usein motivaation puutteesta ja näinhän potilaat itsekin asiasta usein puhuvat. Motivaatiotutkijan näkökulmasta asia ei kuitenkaan ole niin yksinkertainen. Useimmat meistä pitävät terveyttä ja terveellisiä elintapoja tärkeinä ja haluamme elää mahdollisimman toimintakykyistä elämää. Silti toteutus voi olla vaikeaa. Usein kysymys onkin motivaation puutteen sijaan pystyvyyden tunteen puuttesta, keinottomuuden kokemuksesta tai olosuhteista.

Onnistuneessa ohjauksessa löydetään ja autetaan tunnistamaan ihmisessä olevaa hyvää – eli tietoja, taitoja ja kokemuksia, jotka tukevat asiakasta hänen muutosprosessissaan. Löydetyn hyvän päälle on helppo yhdessä rakentaa uutta hyvää. Hyvän tunnistaminen lisää ohjattavan pystyvyyden tunnetta ja valmiutta vahvistaa olemassa olevaa ja kokeilla uutta. Muutoshalu lisääntyy ja hyvä lähtee leviämään.

Tämä on tärkeää, sillä ammattilainen ei voi olla asiakkaan elämässä 24/7. Kun valitaan kokeiluja, jotka vanhan hyvän vahvistamisen lisäksi täyttävät ihmisen tarpeita tuntea yhteenkuuluvuutta, omaehtoisuutta ja pystyvyyttä, löytyy sisäinen motivaatio ja tie kestävään muutokseen aukeaa.

Näille periaatteille perustuvat Tuki- ja liikuntaelinliitto Tule ry omahoidon ohjauksen materiaalit. Materiaaleja voi käyttää oman ohjaustyön apuna tai asiakkaan voi ohjata materiaalien pariin. Materiaalit ovat printtavissa makсутta Tule ry:n nettisivuilta tai niitä voi käyttää muistilistana itselleen asiakastilanteissa.

Helpompi tapa -materiaalit

Helpompi Tapa -kortit ovat elintapamuutoksen työvälinesarja, joiden tarkoituksena on auttaa kohti pysyviä elintapamuutoksia. Kortit auttavat pohtimaan asioita juuri omaan arkeen sopiviksi ja tukevat löytämään itselle sopivat keinot, jolloin myös mahdollisuus omaksua terveellisiä elintapoja pysyvästi osaksi omaa arkea moninkertaistuu. Olemme kehittäneet materiaalit yhteistyössä PsT, professori Pilvikki Absetzin kanssa.

Elintapamuutokset voivat tuntua mahdottomilta ajatuksilta, jos muutos tuntuu liian isolta tai vaikealta toteuttaa käytännössä. Pysyvän muutoksen tekeminen ei kuitenkaan tarvitse olla niin hankalaa.

Pohditko aamulla herätessäsi lähteäkö töihin pyörällä, autolla vai bussilla? Käytitkö aikaa sen pohtimiseen söisikö aamupalaksi munakkaan vai puuroa? Olemme tapojemme orjia. Onneksi tapojaan voi kehittää. Helpompi Tapa on (ainakin puoliksi) automaattinen. Sitä ei tarvitse pohtia koko ajan, vaan arjen tilanteet ja asiat



Kuva 1: Helpompi tapa -materiaalit

muistuttavat siitä ja käynnistävät sen melkein kuin itsestään ja se on vaikuttava. Pienet teot eivät heti tunnu mitään ja siksi niitä ei välttämättä edes ajattele muutoksina – varsinkin, jos ne ovat sellaisia, joita on aiemminkin tehnyt satunnaisesti tai vähemmän.

Helpompi Tapa – materiaalit auttavat huomaamaan asioita, joita jo tekee, eli ”vanhaa hyvää” – ja käyttämään sitä muutoksen rakentamisessa. Yksinkertaisimmillaan ”lisää vanhaa hyvää” eli useammin tai enemmän kerrallaan. Ja kun kokeilee jotain uutta, voi hyödyntää siinä vanhaa – sitä mitä jo osaa, mistä tykkää ja mihin on tilaisuuksia. Esimerkiksi kymmenen nousua sohvalta ylös päivässä, tekee 300 nousua kuukaudessa. Kahdenkymmenen minuutin kävely lähiympäristö päivässä, lisää liikuntaa kymmenen tuntia kuukaudessa. Yksi annos lempimarjoja päivässä lisää, on 30 annosta kuukaudessa jne. Jujuna on alkaa harjoitella uuden asian tekemistä aina, kun on samassa tilanteessa. Marjojen kippaaminen aamujugurttiin, kävelyn lisääminen joka päivä iltapäiväkahvin jälkeen tai valmiiksi pakattu uimahallikassi joka keskiviikko helpottavat tapojen muodostumista.

Helpompi tapa -materiaalien käyttö

Korteissa on neljä tehtäväosiota:

Nykytilanne

Paras lähtökohta muutokselle on miettiä, miten asiat ovat nyt. Esimerkiksi mitkä ovat vakiintuneita liikkumistottumuksia? Entä mitä satunnaista liikkumista arkeen sisältyy? Samalla painotetaan erityisesti niitä asioita, joista itse tykkää, ja joita voisit ajatella tekeväsi enemmän.

Helpompi tapa

Mitä aiempia rutiineja vahvistetaan, missä ja miten? Mitä uusia tottumuksia halutaan luoda siitä mitä tehdään jo satunnaisesti. Missä ja miten ne on helpoin toteuttaa?

Toiset haluavat myös pohtia

Syiden ja seurausten pohtiminen voi vahvistaa tekemistä, mutta kaikille se ei sovi tai ole edes tarpeen. Siksi tämä osio ei ole kaikkia varten. Tässä osiossa pohditaan mm. miksi asia on itselle tärkeä ja miten asia näyttäytyy vaikkapa viiden vuoden päästä jos tekee tai on tekemättä muutoksia.

Miten meni omasta mielestä?

Arviointi tukee muutoksen ylläpitoa. Miten Helpompi tapa tuki prosessissa? Miten rutiineja vahvistettiin? Millaisia tottumuksia luotiin?



Kuva 2. Jäävuori-työkalu

Mitä vaikutuksia huomattiin? Entä mitä muuta opittiin?

Materiaalit löytyvät osoitteesta: <https://suomentule.fi/ammattilaisille/helpompi-tapa-elin-tapamuutoksen-tueksi>

Työvälineet sisältävät: *Helpompi tapa liikunnan lisäämiseen, Helpompi tapa terveelliseen syömiseen, Helpompi tapa savuttomuuteen* sekä *Helpompi tapa kohtuuteen alkoholin käytössä*.

Ota kipu haltuun materiaalit

Tuki- ja liikuntaelinliitto Tule ry sai viime vuonna materiaalilahjoituksen LT, dosentti Helena Mirandalta. FT, ft Riikka Holopainen päivitti Mirandan pyynnöstä materiaaleja Tule ry:lle ja nyt niitä on saatavilla Tule ry:n nettisivuilla. Materiaalit ovatkin olleet hurjan suosittuja! Ne ovat printtavissa maksutta Tule ry:n nettisivuilta tai niitä voi käyttää keskustelun ohjauksena omana muistilistanaan.

- Ideana on kannustaa kivun kanssa elävää pohtimaan ja kokeilemaan juuri hänelle sopivia keinoja. Apuna voi käyttää:
- Jäävuori-työkalupakki (Kuva 2), jonka avulla voi koota itselle sopivia erilaisia kivunhallintakeinoja hetkiin, jolloin kivun kanssa on vaikeaa sekä parempiin hetkiin, jolloin olosta kestäisi mahdollisimman pitkään.
 - Jäävuori tikapuiksi -tehtävän avulla voi pohtia kivunhallintakeinojen helppoutta tai vaikeutta sekä seurata omaa edistymistään näiden suhteen.
 - Hyvän kivunhallinnan päiväkirja viikon kaikille päiville auttaa tunnistamaan viikon onnistuneet hetket.
 - Muistilista lääkärin vastaanotolle auttaa valmistautumaan vastaanotolle. Lista voi myös kirjata vastaanotolla läpikäytyjä asioita ja omia ajatuksia.
 - Kipuhistoria tulostettava 3-sivuinen loma-ke, johon voi kirjata oman kipukuvauksen.
 - Tiilimuuriharjoitus auttaa kivun kanssa elävää tunnistamaan ne asiat, jotka tuovat iloa ja pohtimaan, voisiko jotkut kivun mukanaan vievät asiat palauttaa arkeen.
 - Aikavarkaat-harjoituksen avulla voi miettiä, onko elämässä asioita, jotka vievät aikaa nukkumiselta ja miten näihin asioihin voisi itse vaikuttaa.
 - Kivunhallintasuunnitelmassa pohditaan nykyisiä haasteita sekä mitä voisi tehdä toisin.
 - Oman näköinen elämä -harjoituksessa pohditaan oman näköisen, mielekkään elämän toteuttamista kivusta huolimatta. ■

Kun töissä on kivaa



Marja Bergman
sairaanhoitaja, ratkaisu-keskeinen psykoterapeutti, YTM
Asiantuntijahoitaja Lapin hyvinvointialue, kuntoutuksen ja kivunhoidon yksikkö

Enpä osannut aavistaa, että 15.2.1995 ensimmäisestä Lapin keskussairaalan kipupoliklinikkapäivästä alkaisi oma ammatillinen taipaleeni osaksi kivun moniammatillista ja monialaista yhteisöä, jossa uusin taitojen oppiminen edelleen ylläpitää työn imua ja jossa tiimi toimii kokemuksista ja onnistumisista jakavana yhteisönä. Rooli sairaanhoitajana moniammatillisessa viitekehyksessä on ollut haastavaa, sillä tehtäväkuvaahan ei oltu kivunhoidon vastuuhoidajaksi nimeämisen aikoihin määritelty. Mutta siitä avautui mahdollisuuksien matka kivunhoidon tutkimustiedon ja käytännön kokemusten soveltamiseen omassa toimintaympäristössä. Kun on mahdollisuus tehdä töitä tiimissä, jossa työtehtävät jaetaan tiedon, taidon ja erityisosaamisen mukaan, jokaisesta työpäivästä löytyy haasteita, jotka ylläpitävät työn imua ja saavat lyhyenkin poissaolon jälkeen kaipaamaan työyhteisöä.

Alkutaipaleella kaikki oli uutta ja kiinnostavaa. Polikliininen toiminta oli anestesiahoitajalle ihan outoa ja kivun käsite rajautui välittömään leikkauksen jälkeiseen kipuun, ylevänä tavoitteena kivuttomat potilaat. Krooninen kipu oli siis täysin tuntematon ilmiö. Koska kotimaisia koulutuksia ei ollut, kansainvälisistä kongresseista haettiin oppia, yliopistosairaaloiden kipupoliklinikoilta toimintamalleja, innostusta ja ohjeistusta. Omia tilojakaan ei ollut vaan naistentautien toimenpidehuone muuntui kerran viikossa kipupoliklinikaksi ja koko välineistö mahtui anestesiapöytänsä, jota säilytettiin väliajat varaston nurkassa. Ei ollut tietokoneita, tekstit saneltiin ja ajanvaraukset tehtiin kuulakärkikynällä kovakantiseen kalenteriin. Vastaanotto aloitettiin kohtalaisen reippaalla otteella. Ensimmäisenä päivänä naistentautien toimenpidehuoneen oveen ripustettiin

KIPUPOLIKLINIKKA-kyltti ja homma käyntiin. Kahdeksalle potilaalle oli lähetetty ajanvarauskirje ja arkistosta oli toimitettu 1,5 metrin korkuinen kasa potilaspapereita. Ei ehditty pitää ruoka- eikä kahvitaukoja, mutta intoa riitti vielä työpäivän jälkeenkin ihmetellä potilaiden kipuoireiden kirjoa, hoitomahdollisuuksia, kouluttautumista ja kouluttamisen organisointia.

Kohtalaisen pian postoperatiivinen kivunhoito liitettiin osaksi kipuhoidajan työtehtäviä. Ensin hoitovasteen seuranta vuodeosastolla tarkoitti epiduraalikatetrilla hoidettujen potilaiden useamman vuorokauden postoperatiivista seuranta sekä ensimmäisten PCA-pumppujen kanssa osastolla hoidettujen potilaiden päivittäistä seuranta. Näiden erikoismenetelmien myötä syöpäkipupotilaidenkin hoitovasteen seurannasta tuli osa kivunhoidon vastuuyksikön arkea. Postoperatiivisesta kivunhoidosta muodostuikin APS (*Acute Pain Service*), jonka konsepti löytyi ruotsalaisten kipuhoidattajien koulutuksesta. Ruotsalaisessa mallissa kipuhoidattajan työtehtävä rajoittui erikoismenetelmillä hoidettujen potilaiden postoperatiiviseen hoitovasteen seurantaan ja bedside- opetukseen, mutta meillä toimintamallia sovellettiin omaan organisaatioon, APS- toiminta laajennettiin osaksi perioperatiivista ja syöpäkivun hoitoa.

Kroonisten kipupotilaiden polikliininen hoitotyö kehittyi pikku hiljaa myös hoitajan vastaanotoksi, jonka ajanvaraukset olivat joko uusien, läheteellä tulleiden potilaiden ensikäyntejä tai hoitosuunnitelman toteutuksen seurantakäyntejä. Polikliinisesti toteutettiin puudutusarjoja, tehtiin i.v. – lääkeainetestejä, seurattiin lääkehoidon vasteita ja toteutettiin low-dose-ketamiini-infusioita. Pitkään jatku-

neen kivun merkitys potilaiden psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin lisäsi moniammatillisuuden vaatimusta ja psykososiaalisen tuen tarve koettiin olennaiseksi osaksi kokonaisvaltaista kivunhoitoa. Eipä aikaakaan kun sain työpariltani tehtäväksi perehtyä SASP:n kongressissa 1997 esitettyyn LT Gunilla Brattbergin kivunhallintamalliin. Siitä alkoi äärimmäisen mukaansa temmannut perehtyminen uudenlaiseen ajatusmalliin, jossa kipupotilaan subjektiivisen kipukokemuksen ja ajattelutavan muuttuminen esteiden ja kärsimyksen sijasta mahdollisuuksien ja voimavarojen hyödyntämiseksi tuki subjektiivista prosessia lääkehoidon ja fysioterapeuttisten menetelmien rinnalla.

Brattbergin materiaalin kääntäminen suomeksi kulki käsi kädessä ensimmäisen suljetun kivunhallintaryhmän kokoontumisien myötä. SKTY:n tuki, kannustus ja mahdollisuus kouluttautua kivunhallintamallin konseptiin oli ensiarvoisen tärkeää ja merkittävä askel kohti monialaisempaa ja kokonaisvaltaisempaa kivunhoitoa. Yhdistyksen myöntämän apurahan turvin kävin Gunilla Brattbergin Värkstadiissa opiskelemassa konseptin erilaisia toimintatapoja, jonka jälkeen sain luvan suomentaa Brattbergin kirjoja ja soveltaa kivunhallintamallin suomalaisiin raameihin. Kipupoliklinikan potilaista koostuneita ryhmiä alettiin hyvien kokemusten innoittamana pitää säännöllisesti ja koska ryhmään oli tunkua, useamman vuoden ajan pyöri kaksi ryhmää yhtä aikaa. Muutaman ensimmäiseen kivunhallintaryhmään osallistuneen ”kipumestarin” sinnikkäästä ehdotuksesta sitten aloitettiin kaupungilla kaikille avoin viikoittain kokoontuva vertaistukiryhmä, jonka toiminnan organisoimiseksi perustettiin Lapin Kipu ry. Yhteistyössä SKTY:n kanssa järjestettiin kolmena vuonna menetelmään pohjautuva koulutuskin ja sen myötä mallia sovellettiin ainakin Helsingissä ja Kotkassa. Ja lähtihän sekin vähän lapasesta. Yhdistykselle haettiin

ja myönnettiin silloisen RAY:n projektiraha, jonka turvin avoimia kivunhallintaryhmiä pyöritettiin Ranualla, Kemissä, Sodankylässä, Sallassa, Kolarissa ja tietenkin Rovaniemellä. Ajokilometrejä kertyi projektin aikana 70 000. Kerran laitoin epähuomiossa vinkkarin oikealle ja ajelin 150 km Sallaan, olisi pitänyt ajella sama matka Kemiin.

Mikä sitten on 30 vuodessa muuttunut?

Vaikeimpina aikoina on ollut sangen yksinäistä kun potilaiden oikeus kivunhoitoon on kuluttanut suhteettomasti voimavaroja ja vaatinut perusteluja toimivan yksikön ylläpitämiseksi. Ensimmäisen kerran toista kipuhoidajan virkaa esitettiin vuoden 2001 budjettiin ja syksyllä 2023 se sitten jo saatiinkin. Nyt kivunhoidon yksikön hoitajien osaamisalueeseen kuuluu pitkä kivunhallintaryhmä (kestää kaksi vuotta), unikoulu, soveltava rentoutus, akupunktiohoidot, Qutenza- ja botuliinihoidot, lähetepotilaiden ensikäyntejä ja hoitovasteen seuranta-käyntejä jokaisena vastaanottopäivänä. Lisäksi vastataan APS:n puheluihin, varataan aikoja jälkipoliklinikalle ja vastataan vuodeosastojen kipukonsultaatioihin. Vaikka varsinainen kivunhoitotyön tehtävä on ohjata ja kannustaa lääkkeettömään kivunhallintaan, kuuluu vahvaan osaamiseen lääkehoidon ohjaus ja seuranta. Uusien laitteistojen ja säätömahdollisuuksien myötä neurostimulaatiopotilaiden ohjaus, säädöt ja toimenpiteet (patterien vaihdot ja siirrot) ovat ylläpitäneet mielenkiintoa ja rohkaisseet rummuttamaan stimulaatioilla saavutettavia tuloksia ja hoidon vaikuttavuutta. Hoitomenetelmänä se on kuitenkin vain yksi menetelmä neuropaattisen kivun hoidossa ja edellyttää neuropaattisen kivunhoidon kokonaisuuden ja muiden käytössä olevien tukitoimien hallintaa ja hyväksikäyttöä. Kalliiseen hoitoon investoiminen valuu hukkaan, ellei ole mahdollisuutta seurata stimulaatiovastetta ja hakea säädöillä vastetta, joka ylläpitää ja mah-

dollisesti parantaa toimintakykyä.

Keväällä 2022 kerätiin seitsemännen kerran kipupoliklinikan tavarat muuttolaatikoihin. Nyt poliklinikalla on käytössä kolmipaikkainen hoituhuone, kaksi huonetta sekä kipulääkäreille että kipuhoidajille ja pikkuruinen varastotilakin. Paperittomuus ja tietotekniikka ovat parantaneet tiedonkulkua, mutta vievät suunnattomasti työaika. Ajanvarausohjelmalla on kätevä suunnitella työpäiville perusrakente resurssien mukaan. Harvoin se sellaisenaan kylläkään toteutuu, mutta mahdollisuus sopia tehtävistä on ihan parasta tiimityötä. Syömään ja kahvitauolle mennään joka päivä kaikki yhtä aikaa.

Mikä ei ole muuttunut?

Edelleenkin huolellinen kipuanalyysi on hoidon suunnittelun ja toteutuksen perusta sekä moniammatillisen yhteistyön kivijalka. Useimmiten riittämättömän kivunhoidon taustalta löytyy puutteellinen kiputyyppin määrittäminen, jolloin tavallisimmin neuropaattinen kipu jää tunnistamatta. Tällöin hoidon suunnittelu ja toteuttaminen ontuu, olipa sitten kyse pitkään jatkuneesta, akuutista tai syöpäkipupotilaan hoidosta. Yhteistä jokaisen näiden kolmen kiputyyppin hoitotyössä on aina ollut, ja tulee minulle aina olemaan, kohtaaminen potilaiden kanssa. Ajattelen, että kohtaaminen, jossa potilas saa kertoa oman kipukokemuksensa ja omat tunteensa, on tunteen, että on tullut kuul- luksi. Kun kohtaamisissa kiputunteille ja oireille pystyy tarjoamaan loogisen ja ymmärrettävän selityksen, moneen virheelliseen ja toimintakykyä rajoittaneeseen asiaan voi aikaan- saada muutoksen, joka rohkaisee omien jäljellä olevien voimavarojen käyttöönnoton ja mahdol- listaa lääkkeettömät kivunhallintakeinot vai- kuttavina ja hyvinä mahdollisuuksina ylläpitää tai jopa parantaa elämänlaatua, kivusta huoli- matta. Kivunhoidon vaikuttavuuden mittaami- nen kvantitatiivisesti ja tilastomerkkeinä antaa

kapeaa tietoa kipupotilaiden kuntoutumisen prosessista ja siihen vaikuttavista kuntoutuksen ja kivunhoidon menetelmistä. Kuten niin mo- nesti case-meetingeissä olemme todenneet, että potilaat kertovat eri asioita eri ammattilaisille ja on ehdoton vahvuus, että näkemyksille, joh- topäätöksille ja mielipiteille on tilaa kun mie- titään hoidon jatkuvuutta ja erilaisia vaihtoeh- toja tukea potilaan kuntoutumisen tavoitetta.

Työn imu

Olen äärettömän kiitollinen, että juuri minulla on ollut mahdollisuus tutustua legendaarisiin kivunhoidon ammattilaisiin, joiden kanssa kivun hoidon kokonaisuus, näkökulmien ja kliinisen kokemuksen yhteinen jakaminen on syventänyt omaa hoitotaitoa, ylläpitänyt synkimpinäkin aikoina ammatillista osaamis- ta ja hyvän kivun hoidon oikeutusta. Pienen sairaalan pienen yksikön parhaita puolia on ollut moniammatillisuuden ja -alaisuuden mahdollistaneet yhteisesti sovitut käytännöt, ammatillisia rajoja ylittäneet osaamisen hyväk- sikäytöt, jaetut kokemukset ja tuttuuden myötä kasvanut luottamus ammatillisuuteen. Matkan varrella ehkä kuluttavinta on ollut uudelleen ja uudelleen selittää omaa työnkuvaa, perustella sairaanhoitopiiriin (nykyisen hyvinvointialue- een) kivun hoitotyön kattavan pitkään jatku- neen kipupoliklinikkatyön lisäksi akuutin ki- vun ja syöpäkipun hoidon.

Resurssien ja voimavarojen jakaminen ki- vunhoidosta aidosti kiinnostuneiden ihmisten kanssa on ihan parasta! Olen onnekas, että mi- nulla on tämä tiimi ja meillä on kohtalaisen sisäistynyt huoneentaulu:

HYVÄ KIVUN HOITO ON:
• JOKAISEN POTILAAN OIKEUS
• AMMATILAISEN KUNNIA-ASIA
• SAIRAALAN LAATUVALTTI
(Professori Eija Kalso)

ISPRM Sydney 1.–6.6.2024

Kristiina Kokkonen
Fysiatrian erikoislääkäri,
kuntoutuksen ja kivunhoidon erityispätevyys

Fysiatrian alan 18. maailmankongressi järjestettiin Australian Sydneyssä 1.-6.6.2024. Teemat liikkuvat suurelta osin Neurologisen kuntoutuksen ja terveysteknologian aloilta. Mukaan mahtui päivittäin aiheita kipukuntoutuksesta, moniammatillisesta kuntoutukselta. Mikä parasta, jokaiseen kongressipäivään oli mahduttettu ainakin yksi hands-on opetuskokous.

Kongressi alkoi perinteisillä pre-kongressi kokonaisuuksilla, joista itse valitsin omaan kliniseen työhöni sopivimmat: Lymfateiden ongelmien diagnostiikkaa ja kuntoutusta koskevan kokonaisuuden sekä Botuliini-injektio opetuksen.

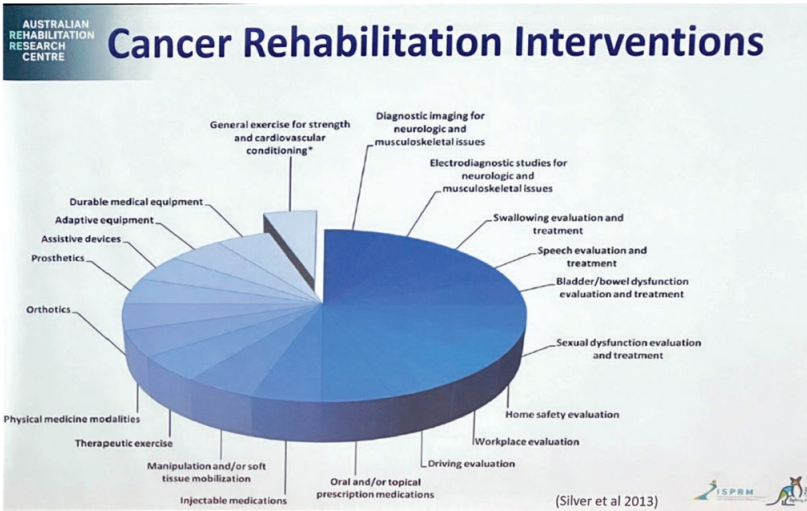


Lymfaturvotus kokonaisuus muodostui pohjustusluennoista, joissa käytiin läpi lymfaattisen järjestelmän anatomiaa ja kuvantamisen mahdollisuuksia. Tätä seurasi koonti kroonisen turvotuksen tuottamista haitoista, joista edelleen merkittävimmät ovat:

- 1) ihon ja ihonalaisen kudoksen erilaiset patologiat kuten säärihaavat, erysipelas ja selluliitit
- 2) kipu ja raajan käytön ongelmat
- 3) elämänlaadun haasteet sekä psykososiaaliset ongelmat.

Turvotuksen syyt jäävät edelleen heikosti diagnosoiduksi, eikä verisuoni- ja lymfasuonijärjestelmän työnjakoa nestekierron ylläpitämisessä osata arvioida, saati tunnistaa turvotuksen astetta. Sitä vastoin kroonisen turvotuksen myötä kehittyneet sairaudet vaativat pitkäjänteisiä hoitotoimia ja resursseja sekä aiheuttavat kustannuksia. Kertaus nestekierron anatomiasta ja toiminnasta muistuttivat erityisesti lymfaattisen suoniston ”pullonkaulapaikoista”, joiden toimintaongelmat johtavat ikäviin seurauksiin. Kertasimme turvotuksen tyyppejä ja syntymekanismeja, jotta oli helpompi hypätä kuulemaan Australian ’Best practice’ -suositusta turvotusongelmatiikan tunnistamisessa, luokittelussa ja hoidossa.

Botuliinipistokoulutus järjestettiin Sydneyn lähistöllä sijaitsevassa St. Georgen sairaalassa, jossa opetus toteutui Neurologian klinikan kuntoutusosastolla. Saimme teoriaopetuksen lisäksi hyvin käytännön läheisen opastuksen eri pistostekniikoista sekä botuliinimuodoista. Erityinen kiitos vapaehtoisille potilaille, joiden parissa pääsimme harjoitellaan pistostaitoja ja



saimme välitöntä palautetta. Päivä sujui nopeasti. Opetuksen ohessa ehdin hieman vilkuilla paikallista kuntoutusosaston toimintaa ja moniammatillisen tiimin koostumusta. Sairaalan ympäristössä näytti olevan runsaasti ammatinharjoittajia -mallista kuntoutuspalvelua tarjolla. Varsinaisen kongressin sisällöstä pyrin poimimaan luentokokonaisuudet, jossa käsiteltiin kivunhoitoa tai kuntoutusta. Low Back- pain osiossa kerrattiin Cochranen muodossa vaikuttavia kivunhoidon keinoja. Mieleen jäivät lääkkeettömistä kivunhallintakeinoista jooga, terapeutin täsmäliikunta sekä medullastimulaattorihoidon positiivinen vaikuttavuus. Lääkehoidon osalta kerrattiin tehoerot akuutin ja kroonisen selkäkipuoireiston välillä. Vaikuttavuus ilmeni akuutin, mutta ei kroonisen selkäkipuun hallinnassa. Lopuksi kuulumme kriittisen puheenvuoron uusi-seelantilaisen kipuklinikan ylilääkäriltä, joka pohdiskeli vaikuttavuusnäyttöä vs. kliinistä, kokemukseen perustuvaa näyttöä sekä edelleen potilaan kokemaa näyttöä. Puheenvuoro oli hauska ja ironinen, mutta viesti ihmisen kohtaamisesta yksilönä hoitosuosituksen silmälasien sijaan tuli selväksi. Seuraava kipuun liittyvä kokonaisuus käsitte-

li nosiseptiivisen, neuropaattisen sekä nosioplastisen kivun tyyppien eroavaisuuksia, diagnostiikan kulmakiviä ja päällekkäisyyttä. Viestinä oli etsiä muidenkin sairauksien (kipu oireena) taustalta samalla kivun tyyppiä, jotta hoito kohdistaminen on tehokkaampaa. Esimerkki sairauksina oli joukko neurologisia ja TULE-oirekuvia, joissa keskitytään liaksi diagnoosi keskeiseen oirehoitoon, jolloin kipuoireisto ja tunnistamatta, tyypittämättä sekä hoitamatta. Kahtena kongressi päivänä osallistuin toiminnallisiin ultraäänellä tutkimisen hands-on koulutuksiin, jossa käytiin läpi yhteensä 4 eri TULE kipuongelmaa. Aloitimme polvesta, seuraavana nilkka, sitten olkapää, kyynärpää ja ranne. Koolla oleva joukko jaettiin 3 osaan eri puolille salia. Paikalla oli alustus puheenvuoro tyyppisimmistä TULE sairauksista kyseisellä alueella, jonka jälkeen kävimme läpi status tutkimusta sekä ultraäänilaitteella todennettavissa olevia muutoksia nivel- lihas- ja jännealueilla ja mahdollisia hermopinnepaikkoja. Jokaisen ultraäänilaitteen opastajana toimi fysiatrian tai liikuntalääketieteen osaaja ja avustamassa olivat laite-edustajat, jotka samalla kertasivat kanssamme laitteen ominaisuuksia, kuten tapana on. Tämä oli todella tervetullut kertaus yhdessä kansainvälisen kollegaporukan kanssa, kun paljon tätä toiminnallista diagnostiikkaa harrastan vastaanotollani ja epävarmuusalueita riittää. Kiitokset rauhallisesta ja selkeästä puheesta alustuksissa sekä muutamista aiheista, joihin keskityttiin. Jokainen pääsi tutkimaan palpoiden ja UÄ-laitteella kuvantaen. Kommunikaatio näissä ryhmäopetuksissa oli vilkasta, eikä ryhmäkoko nostanut kynnystä kyselyihin. Torstaiaamupäivänä olivat aiheena amputaatiot sekä syöpäpotilaiden kuntoutus. Aamusta Key note -esityksen avasi Ukrainan sotavamma-sairaalan kuntoutuksen vastaava lääkäri – tietysti kerraten alkuun sodan tilaa ja rintamalinjaa. Tämän jälkeen käytiin läpi heillä käytössä ja ke-



hitteillä olevia apuvälineitä ja liikkumisen tukia sodassa vammautuneille sekä amputoiduille. Väkevä oli kuvaus videon muodossa, jossa sekä vammautuneet että kuntouttajat olivat ikäkaumaltaan hyvin nuoria. Kuntoutuspuolen ammattilaisten koulutustilanne Ukrainassa on tällä hetkellä ”learning by doing” mentaliteetillä henkilökunnan ollessa vähäistä. Eli opiskelu tapahtuu sodassa olevien ja olleiden parissa.

Toisena puhujana oli argentiinalaisen neurologisesta kuntoutuksesta vastaavan lääkärin näkemys aktiivisen liikunnallispainotteisen kuntoutuksen puolesta. Argentiinassa väkivalta- ja tapaturma vammat tuottavat eniten neurologisia oirekuvia. Tässäkin maassa ikäjakauma kuntoutuspotilaiden piirissä on alhainen. Selkäydin- ja aivovamma yksikössä kuntoutustoimet ovat hyvin aktiivisia, robotiikkaa on vähän, sillä rahaa ei ole runsaasti. Paras kuntoutuskeino oli jalkapallon asettaminen kahden kuntoutujan väliin, jolloin luontainen, argentiinalaisen reaktio on alkaa pelata – liikkui sitten tai ei. Arjen liikunta- ja toimintakyky olivat keskiössä, jotta elämä kotona onnistuisi.

Syöpäkuntoutuksen kokonaisuudessa kaivattiin kokonaisvaltaisempaa kuntoutuksen tarpeiden arviointia ja oireiden hoidon huomiointia elinajan odotteen lisääntymisen vuoksi. Syöpäpotilaiden kuntoutustoimet vaativat kehittä-

mistä, etenkin kun suuret populaatiot, rintasyövän ja prostata syövän sairastaneet jäävät vaille kuntoutustoimia ja huoli sekä pelko rajoittavat toimintakykyisyyttä. Monialakuntoutuksen tarjoaminen syöpäkuntoutujille mahdollistaa toimintakyvyn menetyksen korjaamista aikaisemmassa vaiheessa ja tukee elämänlaatua.

Oma esitykseni koskien rintasyövän sairastaneiden naisten liikuntakäyttäytymistä sopikin tähän kuin nenä päähän. Lisäksi aiheesta oli postereita saman päivänä.

Viimeisimmäksi keskityin toiminnallisiin ongelmiin kuntoutuksessa. Kävimme läpi hypermobiliiteettiin liittyviä diagnostiikan haasteita ja kroonisesta väsymysoireyhtymästä kärsivien nuorten kuntoutusta. CFS kuntoutuksessa toiminnan jaksottamisen liikennevalomalli oli siinä määrin konkreettisen oloinen, että otin sen osaksi omaa praktiikkaani, kun vaihtoehtona ei voi toiminnan säilyttämisen kannalta olla vetäytyminen kaikista, oireita lisäävistä puuhista.

Sydneyn keskustassa sattui olemaan samaan aikaan paikallinen valokarnevaali tapahtuma. Kesäkuu on vuoden pimeitä ja kylmintä aikaa. Aurinko laski klo 18 mennessä ja kylmyys ja sade maustoiivat viikkoa. Valotaideteokset Darling harbourin poukamassa olivat loistavat, eikä sade ja pimeys hillinnyt turistimassoja. Ehdin käydä päivän retken Bondi Beach rannalla, sillä julkisilla liikkuminen Sydneyssä on äärimäisen kätevää. Alla muutama kuva otos sieltä.

Lopulta teknologia- ja neurologispainotteisesta ohjelmarungosta pomppasi esiin siinä määrin kiinnostavia aiheita, että päivät venyivät helposti kongressikeskuksessa 10 tunnin mittaisiksi, eikä päivän valoa ehtinyt nähdä lainkaan.



Konferenssiraportti

11th Nordic Music Therapy Conference, 26.–29.6.2024, Aalborg, Tanska

Kivunhoito esillä musiikkiterapiakonferenssissa

Reetta Keränen

FM, musiikkiterapeutti,
HUS Lasten kipukeskus
väitöskirjatutkija, Helsingin
yliopisto, Musiikin, mielen,
kehon ja aivojen tutkimuk-
sen huippuyksikkö
SKTY:n Taideterapioiden
toimikunnan puheenjohtaja

Osoillistuin SKTY:n tuella pohjoismaiseen musiikkiterapiakonferenssiin, joka järjestettiin Aalborgissa, Tanskassa kesäkuun lopussa. Konferenssin pohjoismaisuudesta huolimatta osallistujia oli ympäri maailman yhteensä noin 300 ja esityksiä pidettiin kolmen päivän ajan Aalborgin musiikkitalossa yhdeksässä eri tilassa samanaikaisesti.

Omassa esityksessäni kävin läpi maisterintutkielmassa tekemäni toimintatutkimuksen, jonka toteutin HUSin Lasten kipukeskuksessa. Tutkielmassa selvitin musiikkiterapian mahdollisuuksia lasten ja nuorten akuutin ja pitkittyneen kivun hoidossa. Lopputuloksena muodostuivat ehdotukset musiikkiterapian tavoitteista ja musiikkiterapeutin työnkuvasta sekä ohjeistukset hoitohenkilökunnalle.

Kivunhoitoa käsiteltiin konferenssissa myös muutamassa muussa esityksessä. Ullsten on tutkimusryhmänsä kanssa tutkinut musiikin käyttöä vastasyntyneiden kivunhoidossa. RCT-tutkimuksessa vanhemmat opetettiin hyödyntämään laulamista yhdistettynä ihokontaktiin ja imettämiseen vauvalta otettavan verinäytteen aikana. Toimintatapa voi vahvistaa erityisesti vanhempien luottamusta siihen, että heillä itsellään on keinoja lievittää vauvansa kipua.

Dileon ja kollegoiden paneelikeskustelussa pohdittiin, minkälainen voisi olla musiikkiterapian konseptuaalinen malli kivunhoitoon. Keskustelussa pyrittiin huomioimaan erilaiset kiputyypit ja potilasryh-

mät sekä musiikkiterapian mahdolliset vaikuttavat mekanismit. Keskustelussa korostettiin kipupuun liittyvän erityisosaamisen tärkeyttä myös musiikkiterapeuttien kohdalla.

Mangersnes ja Blichfeldt-Ærø ovat tutkineet musiikkiterapian soveltuvuutta sädehoitoa saaville lapsille. Tutkimuksessa selvitettiin erityisesti lapsen ja vanhempien sekä muun hoitohenkilökunnan kokemuksia musiikkiterapian käytöstä. Tutkimuksessa käytettiin sekä aktiivisia että kuunteluun perustuvia musiikkiterapian menetelmiä. Tyytyväisyys musiikkiterapiaa kohtaan oli korkeaa ja musiikkiterapialla oli positiivisia vaikutuksia muun muassa lääkkeettömien selviytymiskeinojen löytämiseen, jotta hoitotoimenpide ja esimerkiksi siirtymät tilasta toiseen olisivat sujuvampia.

Näiden lisäksi useissa muissakin esityksissä käsiteltiin musiikkiterapian käyttöä esimerkiksi palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa, syöpähoidoissa sekä lastensairaaloissa. Tämä kuvastaa, että tietyissä maissa musiikkiterapiaa käytetään laajasti sairaaloissa, kun Suomessa kiinnostus on vasta heräämässä. ■

Viitattut esitykset:

Keränen. Implementing music therapy in the treatment of acute and persistent pain at Pediatric Pain Center, Finland.

Ullsten et al. "Having him close and sing felt so cozy!" Parents rate combined parent-delivered pain management as significantly meaningful during blood sampling. Dileo et al. Innovations in Music Therapy Pain Management: A Conceptual Model (Panel).

Mangersnes & Blichfeldt-Ærø: MustRa – Music Therapy in Radiation Treatment: results from a pediatric pilot study at Oslo University Hospital.



Konferenssissa kanssani mukana myös SKTY:n jäsen, FT, musiikkiterapeutti ja psykoterapeutti Hanna Hakomäki (vas.) joka ahkeroi jopa neljä esitystä ja puheenvuoroa.

Crossing bridges



Rein virtaa Baselin läpi.

Peetu Rytönen
Fysioterapeutti OMT,
väitöskirjatutkija (Oulun
yliopisto), työfysioterapeutti

Niklas Särkilahti
Fysioterapeutti OMT,
väitöskirjatutkija (Turun
yliopisto), työfysioterapeutti

FOMPT:n (*International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists*) 50-vuotisjuhlakongressi keräsi heinäkuun alussa reilut 1700 tuki- ja liikuntaelimestön (TULE) fysioterapiasta kiinnostunutta osallistujaa ympäri maailmaa Rein-joen varrelle Baseliin. Muutoksen tuulet taisivat puhaltaa Sveitsin vuoristosta niin lämpimästi, että sulanut lumi ei saanut pelkästään joen virtaamaan rivakasti, vaan myös IFOMPT:n ilmoittamaan merkittävästä, jo pitkään odotetusta muutoksesta, nimittäin nimenmuutoksesta. Vaikka sanotaan, että ei nimi miestä pahenna, ellei mies nimeä, uusi nimi, *International Federation of Manual and Musculoskeletal Physical Therapists*, kuvaa aikaisempaa paremmin TULE-fysioterapian keskittynyttä yhdistystä. Vaikka Manual-sanan jättämisen tarpeellisuudesta voidaan olla

monta mieltä, syy liittyynee enemmän tiettyjen jäsenmaiden byrokraatiaan kuin muutoshalukkuuteen. Toivottavasti myös IFOMPT:n jäsenmaat seuraavat kattojärjestön perässä omilla nimimuutoksillaan. Vaikka kolmen päivän kongressin aiheet pyörivät pääasiassa niska- ja alaselkäkivussa, kongressin teema, *Crossing bridges*, näkyi erinomaisesti aiheessa kuin aiheessa tieteen ja käytännön sekä erillaisten näkemysten mutkattomana sulautumisena. Suurin osa ns. suurien lavojen sekä pre- ja post-kurssien luennoitsijoista eivät olleet pelkästään tutkijoita, opettajia tai klinikkoja, vaan kaikkia niitä. Aikaisempiin fysioterapiakongressikokemuksiimme verrattuna, IFOMPT-kongressin ohjelma antoi suuren edustuksen myös suullisille abstrakti-esityksille sekä nuorille tutkijoille suunnatuille tapahtu-

mille. Suomalaisia osallistujia kongressiin oli saapunut kuusi, joista neljällä oli suullinen ja/tai posteriesitys. Näiden lisäksi jo pitkään Sveitsissä työskennellyt professori Hannu Luomajoki ylläpiti suomalaisedustusta kongressin tieteellisessä toimikunnassa sekä parilla suullisella esityksellään. Fysioterapian sisällä on viime vuosina keskusteltu paljon TULE-oireiden tutkimisen ja kohdistettujen interventoiden spesifisyydestä ja siitä, onko sitä ylipäättään. Australialainen, erityisesti niskatutkimuksista meritoitunut, emeritusprofessori Gwendolen Jull kiteytti asian lyömällä luennollaan nyrkin pöytään ja toteamalla, että klinikkojen tulee ehdottomasti pyrkiä spesifisyyteen ja yksilöllisyyteen, mitä se kunkin asiakkaan kohdalla sitten tarkoittaakaan. Alaryhmäluokittelut esimerkiksi kivun kroonistumisen riskin arvioimiseksi tai hoidon valinnalle näyttävät helpottavan yksilöllisyyteen pääsemistä, mutta ne eivät ratkaise asiakkaan ongelmaa. Kongressin muillakin luennoilla korostui fysioterapeuttisen biopsykososiaalisen lähestymistavan merkitys, asiakkaan tarinan kuunteleminen ja ymmärtäminen, asiakkaan ongelmaan/oireisiin liittyvien kliinisten löydösten tärkeys, liian suorien johtopäätösten tekemisen välttäminen, fysioterapian indikaation arviointi, sekä ns. ykköskorin hoito eli yksilöity harjoittelu yhdistettynä manuaaliseen terapiaan tai muihin hoitoihin. Tarkka anamneesi ja kliininen tutkiminen, kudoserotelu, kliininen päättely sekä kohdistetut interventiot ovat siis edelleen IN. Tämä herättääkin kysymyksen korona-ajan ilmiöstä: Onko asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen, tutkiminen ja arviointi mahdollista videoyhteyden tai chatin avulla? Teknologia tulee tämänkin osalta kehittymään, mutta toistaiseksi ihmisten välistä kohtaamista on haastava jäljitellä. Tällä hetkellä vauhdilla kehittyvän tekoälyn saapumista kuntoutuksen tueksi pidettiin kongres-

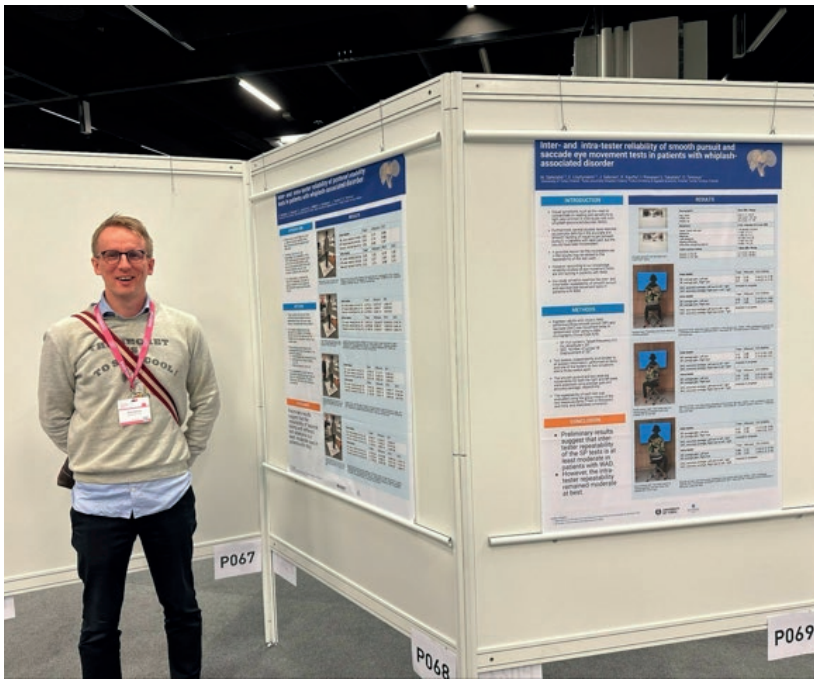


Peetu Rytönen

sisä väistämättömänä. Vaikka kongressin sisältö eri oirekuvista oli yksi parhaista (ellei paras) TULE-fysioterapian osa-alueelta, ajatuksia ja pohdintoja herättävin teema liittyi kuitenkin alan sisäiseen kritiikkiin ja reflektioon. Keskustelujen pohjana olivat niin klinikkojen omien ajatusten harhat, fysioterapian ns. sokeat pisteet sekä TULE-kuntoutuksen vaatimattomat tulokset käytettyyn rahamäärään nähden. TULE-kuntoutuksen nettohyöty näyttäisi poikkeavan merkittävästi esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimestön tai syövän hoidosta. Vaikka fysioterapiassa ei taistella välittömästi ihmishengestä, vaan kyse on usein elämänlaadun edistämisestä ja oireista johtuvan koetun haitan vähentämisestä, tutkimuksien mukaan fysioterapian (myös muiden terveydenhuollon ammattikuntien) sisäinen muutos näyttää viimeisten vuosikymmenten ajan olleen hyvin vähäinen muihin aloihin verrattuna uudesta informaatiosta ja maailman

ISSLS Annual Meeting

27.–31.5.2024, Milano, Italia



Niklas Särkilahti

muuttumisesta huolimatta.

Vaikka edellä manittuihin asioihin ei saatu suoria vastauksia, kongressissa nousi esiin suuri fysioterapian muutoksen tarve. Onko erikoistuminen, akateemisuus ja asiantuntijuus fysioterapiassa riittävällä tasolla? Onko tämä johtanut siihen (sekä Suomessa että muualla), että markkinoille on syntynyt hyvin erilaisia niin sanottuja asiantuntijoita, joiden pätevyyttä ei enää määritetä laadulla, vaan klikkausten tai peukutusten määrällä? Tulevaisuus kertoo, jäädäänkö fysioterapiassa odottelemaan, mitä tapahtuu tai tehdäänkö asialle jotain. Yhden kongressin pääpuhujan, professori Dave Nicholls:n, antamaan provosoivaan esimerkkiin viitaten... Vuonna 2000 lähes 10 miljardin arvoisella videovuokraamoyrityksellä, Blockbusterilla, oli mahdollisuus ostaa Netflix 50 miljoonalla (luitte oikein), mutta Blockbuster kieltäytyi. Nyt Netflixin arvo on lähes 300 miljardia ja

toisesta kukaan ei ole kuullut enää mitään.

Olisiko TULE-fysioterapialla viimein aika tehdä arvonnousu myös Suomessa? Vaikka uskallamme väittää, että fysioterapia on hyvällä tasolla muuhun maailmaan verrattuna, Suomen TULE-fysioterapian vähäinen tutkimus johtaa väkisinkin hyvin yksipuoliseen keskusteluun. Fysioterapian sisäisen yksipuolisen keskustelukulttuurin voisi vaimentaa tutkimusryhmien monipuolisuus ja aktiivisuus, mikä toteutuu hyvin esimerkiksi Australiassa. Suomessa alan kehittämiseksi ja asiantuntijuuden lisäämiseksi tarvitsemme lisää koulutus- ja tutkimustyöhön osallistuvia klinikoita (ja toisin päin), jotka työskentelevät hyvin erilaisissa työympäristöissä. Tavoitteeksi voisi ottaa vaikkapa heinäkuussa Yhdysvaltoihin myydyn suomalaisen tekoälyfirman, Silo AI:n, jonka 300:sta työntekijästä lähes puolella on tohtoritutkinto. Uuden ja vanhan kehittämisen kulttuuri sekä asiantuntijuuden eteenpäin vieminen taitavat olla tässä ympäristössä jo arkea. Onko Silo AI:n menestyksen taustalla crossing bridges? ■

Lopuksi isot kiitokset Suomen Kivuntutkimusyhdistykselle ja Turun yliopistolle kongressiin osallistumisen tukemisesta. Lisäksi kiitokset Jani Takatalolle matkakertomuksen oikolukemisesta.

Juhani Määttä

Dosentti, fysiatrian erikoislääkäri
Oulun yliopisto
Oulun yliopistollinen sairaala, fysiatrian poliklinikka

Kiitän Suomen Kivuntutkimusyhdistystä matka-apurahasta kansainvälisen selkärangan (ISSLS) konferenssiin, joka järjestettiin Milanossa, Italiassa 27.–31.5.2024.

Konferenssin ensimmäinen päivä keskittyi Focus Group -kokouksiin, joita oli yhteensä neljä. Niissä, joihin itse osallistuin, keskityttiin kivun yhteyteen lannerangan kuvantamislöydöksiin, kuvantamislöydösten automaattisen koneluennan kehittämiseen sekä kivun luokitteluun ja kipuun liittyviin tekijöihin. Kokouksissa käsiteltiin myös selkäkipuun liittyviä fenotyyppejä. Ensimmäisen päivän kokousten anti oli käytännönläheinen.

ISSLS täytti tänä vuonna 50 vuotta, jonka vuoksi konferenssissa pidettiin juhla- ja seuran historiasta huomioiden myös eri maanosat. Emeritusprofessori Gunnar Andersson kävi läpi ISSLS:n syntyä. Toisena päivänä käytiin läpi kivun sensitisatiota ja kroonista kipua huomioiden myös tulevan ICD-11 luokituksen, kvantitatiivista tuntotestausta (quantitative sensory testing) sekä alaselkävivun psykososiaalisia tekijöitä, joista luennoi professori Jaro Karppinen.

Muina päivinä esitykset kattoivat laajasti tutkimusesityksiä liittyen alaselkäkipuun, kuvantamiseen, biomekaniikkaan, histologiaan, kuormitukseen ja harjoitteluun sekä murtumiin tai tulehduksellisiin tekijöihin.

Konferenssi antoi päivitystä tämänhetkisen ruohonjuuritason tutkimuksesta alaselkäkipuun liittyen, mutta osin myös käytännön luentoja ja vinkkejä alaselkäkipupotilaiden tutkimiseen ja hoitoon. Sain myös tilaisuuden kokoustaa tutkijoiden ja yhteistyötahojen kans-



Eero Anttila

sa eri puolilta maailmaa kasvotusten, ja saimme olemassa olevia ja tulevia yhteistyötutkimusprojekteja eteenpäin.

Kiitän vielä lämpimästi matka-apurahasta! ■



Anneli Vainio

Taiteen mahdollisuudet kuvata kipua

”Oli yhdentekevää, oliko aamu vai ilta, perjantai vai sunnuntai, kaikki oli yhtä ja samaa: viblova, tuskallista kipua, joka ei hellittänyt hetkeksikään; tietoisuutta vääjäämättä loppuvasta mutta ei vielä loppuneesta elämästä; lähestyvää, kammottavaa ja vihattavaa kuolemaa, tuota ainutta totuutta, ja samaa vanhaa valhetta.” (Leo Tolstoi: *Ivan Iljitshin kuolema*)

”Kipu hiipii kaikkialle, näkööni, tuntemuksiini, ajatuksiini; se on tunkeutumista. Ontoksi kover-tuneessa, anemian tyhjentämässä luurangossani kipu kaikuu niin kuin ääni tyhjässä asunnossa, jossa ei ole huonekaluja eikä verhoja. Päiviä, pitkiä päiviä jolloin minussa ei ole enää muuta elävää kuin kärsimys.” (Alfonse Daudet)

”Värken vill ha sällskap. Smärtan vill inte vara ensam.” (Gunnar Ekelöf)

Kirjassaan *The Body in Pain* sosiologi Elaine Scarry sanoo, että äärimmäinen kipu tuhoaa ihmiseltä koko maailman, sillä se valtaa koko hänen tajuntansa ja ruumiinsa tunkeutuen intiimeimmille alueille. Se tuhoaa kielen – ainoan välineen, jolla voi ulottua toisiin ihmisiin asti. Kivun kieli on Scarryn mukaan hiljaisuus.

Missä määrin ihmisellä on edellytyksiä ymmärtää toisen tuntemaa kipua? Kysymys on keskeinen lääkärin ja potilaan kohtaamisessa. Kielifilosofi Ludvig Wittgensteinin mukaan kivusta ei voi olla valmiina mitään mielikuvaa, vaan kivun tajuminen edellyttää sen omakoh-

taista kokemista. Siitäkin syystä ihminen on aina kipunsa kanssa yksin.

Jos kielen avulla ei voida viitata kipuun, mikä olisi kuvataiteen mahdollisuus? Monet taiteilijat ovat ilmaisseet kuvillaan sen, mikä jää sanojen tuolle puolen. Millä perustella voidaan tulkita jokin teos esimerkiksi kipua kuvaavaksi? Meksikolainen kuvataiteilija Frida Kahlo leikattiin 30 kertaa, koska nuorena raitiovaunun kaide lävisti hänen lantionsa. Hänen raskautensa päättyivät keskenmenoihin. Nähtyäni ensi kertaa hänen maalauksiaan kirjoitin päiväkirjaani: ”Frida Kahlon omakuvissa uljas ryhti, ylpeä päättäväinen katse, hiven uhmaa, halveksuntaa ruumiillisen tuskan edessä ja pieni, tuskin havaittava katkeruuden juonne suun seudussa kertovat kärsimyksestä ja taistelusta. Näiden teosten katsomiseen tarvitaan rohkeutta. Täytyy uskaltaa katsoa kärsimystä suoraan silmiin.”

Maalauksessa *Äitiyden rikkinäinen unelma* taiteilija makaa alastomana rautaisella sairaalavuoteella saatuaan keskenmenon. Lakana on veren tahrima, siinä on hyytymiä. Frida pitää kättään vatsan päällä. Kädestä lähtee punaisia nauhoja kuin verisuonia. Nauhojen päihin on solmittu torso, jossa on suurentunut kohtu, ja kookas sikiö jonka kasvot, sormet ja varpaat ovat jo kehittyneet. Kuvassa on myös kotilo, josta etana on puoliksi ulkona, rautainen haarniska, violetti katkaistu kukka sekä luinen lantio. Esineet leiju vat ilmassa taiteilijan ympärillä. Fridan kasvot ovat väsyneet ja sairaan näköiset,

18-vuotias Frida Kahlo.



Wikimedia Commons

silmäanaluset tummat. Hänen poskelleen valuu suuri kyynel. Frida Kahlon teokset pursuavat yksityiskohtia, jotka kertovat tuskasta. Ne huu-tavat.

Keramiikkataiteilija Kristina Riskan teokset puhuvat hiljaa, niiden pääasiallinen ominaisuus on pidättyvyys. Savesta muotoillut kookkaat veistokset, ruukut ja maljat ovat pelkistettyjä. Ne eivät houkuta tai kutsu, ne vain ovat ylväästi omissa oloissaan. Katse seuraa pehmeästi kaartuvaa, hieman epäsäännöllistä mutta silti hyvin täsmällistä muotoa, imeytyy luunvalkeaan, harmaaseen, sitruunankeltaiseen tai intensiivisen siniseen väriin. Käsi koskettaa pienin kuvioin koristeltua pintaa. Kun niiden luota lähtee pois, ne jäävät paikoilleen viileinä ja arvoituksellisina.

Kun Kristina Riska oli alle kymmenvuotias,

hän jäi moottoriveneen alle, ja potkuri silpoi hänen molemmat jalkansa sääristä alaspäin. Seurasi lukuisia leikkauksia, tulehduksia, kuolioita, ihon, luun ja lihasten siirtoja; jalkoja rakennettiin uudelleen. Kristina Riskalla on vammoistaan ja hermovaurioista johtuen ollut koko ajan kovia kipuja. Niitä on kestänyt yli viisikymmentä vuotta. Kristina Riskan muovailutekniikka on aikaa vievää ja vaatii paljon kärsivällisyyttä. ”Sitähän minä olen joutunut kehittämään!” sanoo hän itse. Yhden teoksen toteuttamiseen menee useita viikkoja – yhdessä päivässä muovautuu noin viiden senttimetrin kerrostuma maljakon kylkeä. Maljakot ovat myös ohuita ja hauraita, helposti rikkoutuvia. Ne myös ”lysähtävät”, ja hän kertoo joutuvansa monesti aloittamaan uudestaan alusta. Jos lopullinen tulos ei vastaa mielikuvaa, hän rikkoo sen. Viime aikoina Kristina Riska on tehnyt myös ohuita pylväitä, joissa on solmuja. Hän muovailee niitä yhtä aikaa muutamia riviin, jotta ne pysyvät pystyssä ala- ja yläosistaan toisiinsa tuettuina. ”Niissä on jalkoja”, sanoo taiteilija. ”Olen aina ihaillut ja katsellut mielelläni kauniita jalkoja.” Kristina Riskan pyöreämuotoiset maljakot ja pylväät solmuineen ovat valtavia, häntä itseään suurempia. Hän kertoo haluavansa tehdä kookkaita töitä, koska niiden suuri koko auttaa häntä luomaan jotain suurempaa kuin kipu.

Kaikki taidekokemus auttaa ymmärtämään monipuolisemmin omaa ja ympäröivän maailman todellisuutta kuin ilmiöiden objektiivinen tarkastelu tai ajattelu. Kirjallisuus ja kuvataide antavat pelkkää tietoa laajemman kuvan ihmisyydestä ja maailmasta. Potilaan ja hoitavan ihmisen terapeuttisessa kohtaamisessa annetaan ihmisten tuntemille ruumiillisille tai psyykkisille oireille ja pahalle ololle kieli vuorovaikutuksen avulla. Psykoterapiassa vai-etut, kielletyt ja mykistetyt muistot, tunteet ja traumat saatetaan symbolisaation piiriin, niitä

voidaan ymmärtää, sanallistaa ja niistä voidaan vapautua myötäelävässä hoitosuhteessa. Taide-terapiassa otetaan avuksi myös ei-sanalliset keinot: maalaaminen, värit, muovailu, musiikki ja tanssi, ruumiin kieli.

Esseisti Antti Nylén kirjoittaa, että taiteella ei ole selvää tavoitetta. Taide ei ole tarkkaa sillä tavoin kuin bussin kuljettaminen tai valaisimen kytkeminen tai edes filosofia. Taiteilija tutkii tietämättä tarkkaan mikä on ongelma... ”Runottaret, Jumala tai tavalliset ihmiset ovat kyl-väneet maailman täyteen taidetta, jota ei löydetä etsimällä vaan sillä menetelmällä, joka on puoliksi etsimistä, puoliksi hajamielisyyttä”.

Kipu, trauma ja kärsimys ovat taiteiden perusmateriaalia. Taiteen avulla voidaan käsitellä yksilön, yhteisöjen ja kokonaisten kansakuntien traumaattisia kokemuksia ja menneisyyden ja nykyisyyden kipupisteitä. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna taide on yhteisöllistä muistia, yhteiskunnan omatunto ja kulttuurisen itsetunteuksen väline. Sen yksi tehtävä yhteiskunnassa on käsitellä yhteisöllisesti ja julkisesti kokemuksia, joiden edessä tavanomainen arkiajat-telu ja kieli kilpistyvät voimattomuuttaan. Sodat, kidutukset ja kansanmurhat ovat tällaista äärimmäisen trauman aluetta, joka vaatii yhteisön psyykkistä työtä. Historian murroskohdissa ja hankalina aikoina taiteen merkitys korostuu entisestään, ja sitä tulisi silloin erityisesti vaalia.

Kuvataiteilija Bracha Ettinger on työstänyt ja teoretisoinut taidetta trauman käsittelyn välineenä. Musiikin tutkija Susanna Välimäki on tutkimut musiikin merkitystä yhteisöllisenä hoitona eli yhteiskunnallisena käytäntönä traumojen työstämisessä. Pirkko Siltala on tarkastellut monissa teksteissään taiteen, erityisesti kirjallisuuden merkitystä yhteisöllisten traumojen ja taakkasiirtymien käsittelijänä.

Taakkasiirtymä tarkoittaa trauman siirtoa sukupolvesta toiseen. Se tarkoittaa sitä, kuinka ulkoinen todellisuus, elämän tuomat vaikeat

kokemukset, haavoittumiset, menetykset, muutokset, petokset, sodat, sorrot, hirmuteot, luonnonmullistukset, taloudelliset ahdingot, poliittiset kamppailut, rotu-, kieli- ja uskontoriidat vaikuttavat, eivät vain ihmisten ulkoiseen vaan myös sisäiseen todellisuuteen. Isovanhemmat siirtävät omaa sisäistä todellisuuttaan kasvatuksessaan, keskinäisessä vuorovaikutuksessaan, kielloissaan, tunteiden ilmaisussa tai ilmaisemattomuudessa vanhemmille, vanhemmat vuorostaan lapsille, jotka eivät tiedä mistä heidän kärsimyksensä, paha olonsa tai oireensa on peräisin. Ihminen joutuu vanhempiensa lapsena kokemaan, että tuo traumaattinen historia on jotenkin hukassa hänen vanhemmiltaan. Lapsen on muistettava se, mitä hän ei ole koskaan tiennyt, ja löydettävä sisältään jälkiä tapahtumista, joita ei ole koskaan kokenut.

Francoise Davoinen mukaan yksilö ja hänen perheyhteisönsä ovat sukupolvien saatossa sulattaneet torjutuista ja salatuiksi jääneistä traumoista erilaisten oireitten ja sairauksien työvälineitä. Häpeän, pelon ja lojaliteetin takia menneisyyden traumat ja katastrofit ovat joutuneet puhekieltoon. Nämä sulattamattomat traumat kulkevat tiedostamattomia reittejä pitkin, siirtymien kautta sukupolvelta toiselle. Suomessa näitä traumaattisia, vaiettuja tapahtumia ovat olleet itsenäisyytemme alun kansalaissota sekä talvi- ja jatkosota, sotalasten ja evakoiden koh- talot, joista vaikenemisen muuria ovat vasta viime aikoina raottaneet entiset evakot ja sotalapset sekä sotien aikaisten tekijöiden ja koki- joiden lapset ja lastenlapset.

Me suomalaiset työstämme tätä sotien tun- neperintöä edelleen, erityisesti masennuksen mutta myös moninaisten kiputilojen muodos- sa. ■

Kroonisen kivun kehitty-
misen ja kipualueen laa-
jenemisen riskitekijät

Syy kivun kroonistumiselle löytyy yhdistelmästä biolo- gisia, psykologisia ja sosiaa- lisia tekijöitä. Aiemmin on näytetty, että esim. somati- saatio, yksilön kipuhistoria, katastrofointi sekä riittämät-ömät kivunhallintamenetel- mät ovat riski pitkäaikaiselle selkäkipulle ja sen vaikeutu- miselle.

Laajassa Oulun yliopiston ja kanadalaisen McGillin yli- opiston pitkittäistutkimuk- sessa tutkijoilla oli käytös- sään UK Biobankin aineisto. UK Biopankin aineistosta valittiin analyysiin yli kolme kuukautta kipua kokeneita henkilöitä (40–70-vuotiaita, joista 51–55 %:a naisia, pää- asiassa valkoihoisia). Pitkit- täisanalyysissa seurattiin yli 48 000 tutkittavaa yhdeksän vuoden ajan. Tutkimukseen valittiin henkilöitä, jotka ilmoittivat kokeneensa yli kolmen kuukauden ajan yhtä tai useampaa seuraavis- ta kivuista: päänsärky, kas- vokipu, niska-hartiasrudun kipu, vatsakipu, selkäkipu, lonkkakipu, polvikipu. Suo- mesta tutkimukseen valikoi- tui 4710 henkilöä Pohjois- Suomen syntymäkohortista NFBC 1966. Tutkimuksessa Suomen osuudesta vastasivat professori Jaro Karppinen ja tutkijatohtori Eveliina Heik- kala Oulun yliopistosta.

Tutkijat havaitsivat, että kipu leviää proksimaalisesta distaalisesti ja kehittivät biopsykososiaalisen mallin, jonka avulla voitiin ennustaa samanaikaisten kipukohtien lukumäärän. Aineistoon pohjautuen tutkijat kehitti- vät kuusi kysymystä, joiden avulla voitiin arvioida riskiä pitkäaikaisen kivun kehitty- miselle. Kysymykset olivat:

- Onko sinulla vaikeuksia nukahtaa – melko paljon tai hyvin paljon?
- Onko sinulla tunne, että elämäsi on yhtä ponniste- lemista – melko paljon tai hyvin paljon?
- Tunnetko olosi voimat- tomaksi – melko paljon tai hyvin paljon?
- Onko sinulla ollut lääkä- rin hoitoa vaativa mielen- terveysongelma?
- Oletko kokenut jonkun seuraavista: avioero, puoli- son kuolema, työllistymisvai- keuksia?
- BMI yli 30

Näiden perusteella voitiin tunnistaa kuusi merkittä- vintä pitkäaikaiselle kivulle altistavaa tekijää: uniongel- mat, turhautuneisuuden tai voimattomuuden tunne, lääkärikäynti mielen-terveys- ongelman takia, stressaava elämäntapahtuma ja liha- vuus.

Tutkimuksen tulosten avulla voidaan entistä pa- remmin arvioida kivun kroonistumiselle altistavia biospykososiaalisia tekijöitä ja kohdistaa hoitoresurssit erityisesti korkean riskin potilaille.

Tanguay-Sabourin, C., Fillingim, M., Guglietti, G.V. et al. A prognostic risk score for development and spread of chronic pain. Nat Med 29, 1821–1831 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02430-4>. Open access

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta

Elintapojen merkitys
neuroopaattisen kivun ja
fibromyalgian esiintyvyy-
teen

Japanilaisessa vuonna 2023 julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin elintapojen yh- teyttä neuroopaattisen kivun (NP) ja fibromyalgian (FM) esiintyvyyteen. Vertailuna käytettiin Alzheimerin tau- tia, Lewyn kappaledementi- aa sekä parkinsonismia.

Tutkimuksessa analysoitiin Japanin valtakunnallisen tie- topankin (Japanese nation- wide datasets) tietoja niistä 40–74-vuotiaista henkilöistä, jotka olivat hakenneet korva- usta saamaansa pregabaliini, donetsepiili ja levodopa -lää- kitykseen. Pregabaliini on Japanissa hyväksytty korvat- tavaksi neuroopaattisen kivun sekä fibromyalgian hoidossa, donetsepiili on korvatta- va Alzheimerin taudin ja Lewyn kappale -taudin hoidossa sekä levodopa par- kinsonismin hoidossa. Kor- vaushakemuksia kuhunkin lääkitykseen käytettiin kun- kin sairauden prevalenssin arviointiin. Tietopankkiin on kerätty myös terveystie- toja sekä elintapakyselyiden tulokset.

Analyyseissa todettiin

neuropaattisen kivun (NP) ja fibromyalgian (FM) ole- van merkittävästi yhteydessä yksilön elintapa- ja terveys- tietoihin. Erityisesti päivittäi- nen liikunta alensi kiputilo- jen esiintyvyyttä. Sen sijaan päivittäinen alkoholinkäyttö, tupakointi ja korkea S-ALAT -arvo lisäsivät kiputilojen prevalenssia.

Samansuuntaiset tulokset saatiin fyysisen aktiivi- suuden ja terveystietojen sekä dementia sairauksien (Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti) väliseen yh- teyteen. Parkinsonin taudin esiintyvyydellä sen sijaan todettiin olevan heikko yhte- ys elintapoihin.

Tutkijat kehottavat suhtau- tumaan tuloksiin varauksella – on muistettava, että muut- tujen välinen korrelaatio ei kerro syy-seuraussuhteesta.

Johtopäätöksenä tutkijat esittävät neuropaattisten kipujen ja fibromyalgian esiintyvyyden assosioivan tiiviisti elintapoihin ja terve- ystietoihin. Nagakura, Yukinori, Hayashi, Maya and Kajioaka, Shunichi. "Analysis of Japanese nationwide health data- sets: association between lifestyle habits and prevalence of neuropathic pain and fibromyalgia with reference to dementia-related diseases and Parkinson's disease" Scandinavian Journal of Pain, vol. 23, no. 4, 2023, pp. 662-669. <https://doi.org/10.1516/ sjpain-2023-0010>

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta

Glymfaattisella järjestelmällä mahdollinen yhteys kivun kroonistumiseen

Vuonna 2012 kuvattu aivojen glymfaattinen (glialymfaattinen) järjestelmä, aivo-selkäydinnesteen kierto, on muuttanut käsitystä keskushermoston jätehuollosta. Järjestelmä toimii syvän unen ja anestesian aikana, mutta vastaavaa ei tapahdu valveen aikana, esitti tanskalainen neurotieteilijä Maiken Nedergaard, jonka tutkimusryhmässä apulaisprofessori, ylilääkäri Tuomas Lilius työskenteli.

Aihe kiinnostaa kipututkijoita, sillä yli puolet kipupotilaista kärsii myös unihäiriöistä.

Hypoteesin mukaan huonon unen aikana aivot eivät puhdistu kunnolla; niihin kertyy tulehdusvälittäjäaineita, jotka saisivat aikaan kivun kroonistumisen.

Glymfaattisen järjestelmän toiminta herättää ajatuksia sen hyödyntämisestä: voitaisiinko kehittää kipulääkkeitä, jotka tehostavat glymfaattisen järjestelmän toimintaa?

Koe-eläimillä glymfaattista järjestelmää aktivoimalla saatiin lisättyä aivo-selkäydinnesteeseen annetun morfiinin kuljetusta keskushermostoon ja näin tehostettua kipulääkkeen vaikutusta.

Apulaisprofessori Tuomas Liliuksen esitys Amsterdamissa World Congress of Pain -kongressissa elokuussa 2024.

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta

Usein käytettyjen kipulääkkeiden vaikutus unen rakenteeseen

Tiedetään, että unella on tärkeä merkitys yksilön terveyteen. Kipu häiritsee unta ja huono unenlaatu lisää edistää kipualueiden laajenemista. Asia on tärkeä meille klinikoille, sillä kipuklinikoiden potilaista jopa 2/3:lla on uniongelmia.

Uni koostuu NREM- (N1, N2, ja N3) ja REM-unesta. Se, mihin aikaan nukutaan säädellään sirkadianisen ja unen pituus taas homeostaattisen prosessoinnin kautta. Aivojen suprakiasmaattinen tumakkeen keskuskello säätelee elimistön sisäsyntyistä vuorokausirytmää. Homeostaattiseen unen kontrolliin vaikuttaa yksilön päiväaikaisen toiminnan eli valveen aikana muodostuva unipaine. Unipaineen synnyn arvellaan olevan monitekijäinen; yksi niistä on glymfaattinen järjestelmä, jonka avulla aivoihin päiväaikaisen toiminnan aikana kertyneet kuona-aineet kuljetetaan unen aikana pois.

Tutkimus eri unen vaiheiden merkityksestä kipukokemukseen on haastavaa, mutta syvän unen N3 määrä näyttää olevan merkityksellinen. Neuropaattisen kivun potilailla on todettu vähemmän N3-unta terveisiin verrattuna. Fibromyalgiapotilailla on taas vähemmän N2-vaiheen unta.

Mielenkiintoista olisi selvittää, voiko kipupotilaiden syvän unen vähenemisestä ja glymfaattisen järjestelmän toiminnan heikentymisestä olla merkitystä kivun kroonistumiseen. Tutkijat toteavat, että kipuherkkyys näyttää olevan yhteydessä unen määrään kaiken kaikkiaan pikemminkin kuin jonkin tietyn univaiheen pituuteen.

Eri lääkeaineryhmien vaikutus uneen

Ibuprofeiinilla ja parasetamolilla ei havaittu olevan merkitystä unen rakenteeseen lyhytaikaisella käytöllä.

Opioidit vähensivät N3-unen määrää ja lisäsivät N2-unta terveillä koehenkilöillä. Trisykliset antidepressantit (TSA) amitriptyliini ja nortriptyliini sekä SNRI-lääkkeet duloksetiini ja venlafaksiini vähensivät REM-unen määrää mutta lisäsivät kompensatorisesti N2-unta. Trisykliset antidepressantit ylläpitivät N3-unta. SNRI-lääkkeet näyttivät sen sijaan haittaavan unta erityisesti jos lääkitys otetaan illalla ennen nukkuman menoa.

Gabapentinoidit pregabaliini ja gabapentiini lisäsivät N3-unta sekä unen kokonaisaikaa terveillä verrokeilla ja fibromyalgiapotilailla. Lisäksi pregabaliini lisäsi NREM-unen määrää pitkäaikaista diabeettista neuropatiakipua sairastavilla.

Vaikuttaisi siltä, että se, mihin aikaan vuorokaudesta lääkkeen ottaa, on merkitys-

tä lääkityksen tehokkuuteen ja turvallisuuteen. Tämä koskee erityisesti NSAID-lääkkeitä, opioideja, antidepressantteja ja gabapentinoideja.

Katsausartikkelin konklusiona todetaan opioidien olevan haitallisimpia unelle N3-unen vähenemisen myötä. TSA:t ja gabapentinoidit näyttävät omaavan hyviä vaikutuksia sekä kipuun että uneen.

Lopuksi tutkijat toteavat glymfaattisen järjestelmän merkityksen kivun kroonistumiseen olevan mielenkiintoisen tutkimuksen aihe tulevaisuudessa.

Antila, Hanna; Lilius, Tuomas O; Palada, Vinkob; Lohela, Terhi; Bell, Rae; Porkka-Heiskanen, Tarja; Kalso, Eija. Effects of commonly used analgesics on sleep architecture: a topical review. PAIN 165(8):p 1664-1673, August 2024. | DOI: 10.1097/j.pain.0000000000003201

Tiina-Riitta Vuorjoki-Ranta

Kroonisen TMD:n kliiniset laaja-alaiset piirteet

Krooniselle primääriselle kivulle on kansainvälisen tautiluokituksen (ICD-11) mukaan ominaista erityiset kliiniset piirteet, kuten esimerkiksi yleistynyt sensorinen yliherkkyys ja laajalle levinnyt kipu, johon voi liittyä toiminnan vajauksia. Brasilialaisessa tutkimuksessa tutkittiin kroonisen primäärisen kivun piirteitä TMD:ssä, johon liittyi lisäksi muita sairauksia kuten fibromyalgia, migreeni ja/tai jännittystyyppinen päänsärky.

Poikkileikkaustutkimukseen osallistui 129 henkilöä. Osallistujat jaettiin kolmeen ryhmään: kontrolliryhmään (n=25), TMD-oireileviin (n=35) ja henkilöihin, joilla oli TMD:n lisäksi muita sairauksia (n=69). Tutkimuksessa käytettiin useita tutkimusmittaristoja. TMD, fibromyalgia ja primaariset päänsäryt arvioitiin vakiintuneiden kansainvälisten kriteerien perusteella ja yleistynyt sensorinen yliherkkyys psykofysikaalisilla testeillä. Ahdistuneisuuden ja masennuksen oireita arvioitiin käyttämällä Generalized Anxiety Disorder-7 ja Patient Health Questionnaire-9 -kyselyjä sekä käyttämällä sentraalista sensitisitaatiota, The Central Sensitization Inventory -kyselyä. Laajalle levinneen kivun esiintymistä arvioitiin kipupiirroksen avulla ja unen laatua Pitts-burgin laatuindeksillä. Tilas-

tollinen analyysi suoritettiin käyttämällä yksisuuntaista ANOVAA, khin-neliötestiä ja ANCOVAA, ottaen huomioon sukupuolen kovariaatti ($\alpha = 0,05$).

Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että osallistujille, joilla oli TMD ja muita samanaikaisia sairauksia, oli alhaisempi paineen kipukynnys kaikilla arvioiduilla alueilla ($p \leq .012$) ja korkeampi pistemäärä keskiherkkyysinventaariossa ($p \leq 0,006$) kuin muissa ryhmissä. Lisäksi heillä ilmeni määrällisesti enemmän kivuliaita alueita kehossa ($p = 0,001$) ja verrokkeja enemmän sekä ahdistuksen ($p = 0,040$) että masennuksen ($p = 0,018$) oireita.

dos Santos Proença J. ym. Clinical features of chronic primary pain in individuals presenting painful temporomandibular disorder and comorbidities. J Oral Rehabil. 2024 51: 255–265. doi: 10.1111/joor.13598

Hanna Pohjola

Unenaikainen PB-aNB-S1 ylläpitää kroonista kipua

Heikkolaatuisen unen on todettu liittyvän kroonisen kivun kehittymiseen. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tutkittiin unen mahdollista vaikutusta kivun kroonistumiseen.

Hiiritutkimuksessa todettiin, että ääreishermovaurion jälkeen kolinergiset neuronit tyviaivoissa (anterior nucleus basalis, aNB) olivat edelleen aktiivisia NREM-unen

aikana. Hermosolut aktivoivat vasoaktiivisia suoliston polypeptidejä ilmentäviä interneuroneja primaarisessa somatosensorisessa aivokuoressa (S1). Tutkimuksessa tämän havaittiin aiheuttavan pyramidaalisten hermosolujen toiminnan estymistä ja allodyniaa.

Tyviaivojen aNB-neuronien hyperaktiivisuuden todettiin johtuvan vaurioituneiden perifeeristen afferenttien hermojen aiheuttamasta lisääntyneestä ns. syötöstä parabrakiaalisessa tumakkeessa (PB). Tämän neuraalisen reitin estyminen NREM-unen aikana korjaa hermosolujen hyperaktiivatiota ja lievittää kipua. Tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan, että PB-aNB-S1-reitti unen aikana voi olla merkittävä kroonisen kivun synnylle sekä sen ylläpidossa. Tämän vuoksi ko. reitin estäminen univaiheen aikana voi olla tärkeää neuropaattisen kivun hoidossa.

Zhou H ym. A sleep-active basaloocortical pathway crucial for generation and maintenance of chronic pain. Nat Neurosci. 2023 26(3):458–469. doi: 10.1038/s41593-022-01250-y

Hanna Pohjola

tDCS lievitti polven nivelrikkoon liittyvää kipua

Transkraniaalinen tasavirtastimulaatio (tDCS) on neuromodulaatiomenetelmä, jossa johdetaan heikkoa sähkövirtaa aivokudosten läpi elektrodilta toiselle.

Australialaisessa systemaattisessa katsaustutkimuksessa kartoitettiin primaarisen motorisen aivokuoren anodisen transkraniaalisen tasavirtastimulaation (M1-a-tDCS) vaikutusta polven nivelrikkoon liittyvän kivun lievittämiseen.

Systemaattinen kirjallisuushaku suoritettiin neljää tietokantaa käyttäen (MEDLINE, CINAHL, Embase ja CENTRAL) PRISMA-julkilausuman mukaisesti. Katsaukseen valikoitui yhteensä 14 tutkimusta, joihin osallistui 740 polven nivelrikkoa sairastavaa henkilöä.

Katsaukseen valikoituneissa interventiotutkimuksissa aktiivista anodista tDCS-hoitoa verrattiin lumestimulaatioon ja sitä tutkittiin joko primaarisena hoitomuotona tai muita hoitoja täydentävänä menetelmänä. Molemissa tutkimusasetelmissa a-tDCS:n todettiin lievittävän kipua. Interventiotutkimusten tulokset olivat näyttöään kuitenkin matalia. Tästä huolimatta katsauksen johtopäätöksenä ehdotetaan, että a-tDCS:ää voidaan pitää sekä itsenäisenä että täydentävänä hoidollisena menetelmänä polven nivelrikkoon liittyvässä kivussa.

Dissanayaka T. et al. The effects of anodal tDCS on pain reduction in people with knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. Clinical neurophysiology 2023 53(6): 102921. doi:10.1016/j.neucli.2023.102921

Hanna Pohjola



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

Föreningen för Smärtforskning i Finland rf
Finnish Association for the Study of Pain
www.skty.org

Suomen Kivuntutkimusyhdistys perustettiin vuonna 1996. Yhdistys edistää kivun tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta Suomessa. Yhdistys on moniammatillinen, jäseninä on mm. lääkäreitä, hammaslääkäreitä, psykologeja, sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja. Jäsenmäärä on noin 1 000 (2022).

Yhdistys toteuttaa tarkoitustaan

- tukemalla alan tutkimustyötä ja julkaisutoimintaa
- vaikuttamalla alan perus- ja täydennyskoulutukseen
- järjestämällä koulutustilaisuuksia
- osallistumalla kansainväliseen yhteistyöhön
- vaikuttamalla kivun hoitoon ja kuntoutukseen liittyviin yhteiskunnallisiin kysymyksiin

SKTY:n hallituksen jäsenten yhteystiedot

Puheenjohtaja **Maiju Marttinen**
pj@skty.org

Sihteeri **Anita Saariaho**
siht@skty.org

Rahastonhoitaja **Marika Karppinen**
talous@skty.org

Suomen Kivuntutkimusyhdistyksestä tuli Kansainvälisen Kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) jaos v. 2010. Yhdistys on myös Eurooppalaisen Kivuntutkimusyhdistyksen (EFIC) jäsen ja toimii aktiivisesti yhteistyössä Skandinaavisen Kivuntutkimusyhdistyksen (SASP) kanssa.



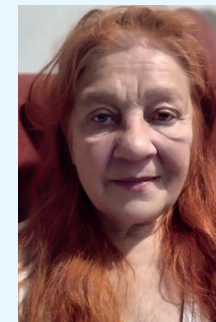
www.efic.org



www.sasp.org



Terveisiä päättäjille SKTY ry:n hallituksen sihteeriltä



Anita Saariaho
LT, anestesiaerikoislääkäri, psykoterapeutti
YET, D.T.M.&H.

Kivun hoidossa ytimenä on potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen kohtaaminen. Luottamuksellinen ja välittävä ilmapiiri tässä kohtaamisessa luo vankan perustan onnistuneelle kivun hoidolle ja hallinnalle. Potilaan kertomus omasta tilanteestaan antaa tarvittavat esitiedot diagnostiikalle, mutta myös hahmottaa potilaan yksilöllistä suhdetta kipuunsa ja motivaatiosta sen hoitoon. Pitkittynyttä kipua ei ole helppo hoitaa. Siihen tarvitaan aikaa, ammattitaitoa ja innovatiivista mieltä soveltaa oppimaansa juuri tämän potilaan kohdalla.

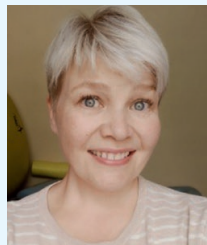
Huolellinen potilaan tilanteen (alku)selvittely yhteistyössä hänen kanssaan säästää tulevaisuudessa aikaa ja kustannuksia. Aikapula potilaiden kohtaamisessa kostahtuu monikertaisena työnä ja kuluina terveydenhuollossa. Kiireessä ja potilasta tuntematta on suuri riski, että potilasta kohtaakin sopimaton lääkitys, vääränlainen kuntoutus, turhat konsultaatiot, toimenpiteet ja tutkimukset, jotka pitkittävät potilaan kärsimystä ja kasvattavat terveydenhuollon kustannuksia.

Päättäjillä tuntuu olevan hyvin yksinkertainen resepti terveydenhuollolle: potilas kohtaa ammattilaisen, diagnoosi ja hoito määritellään, mieluummin 15 minuutissa etänä, ja valmista tulee. Tai potilas jää kokonaan kohtaamatta, kun hoidon tarpeen määrittely on heittänyt potilaan ulos. Usein mikään ei ainakaan kipupotilaan kohdalla selviä – kipulääkeresepti kourassa, vaikka potilas on sanonut, ettei tuosta valmisteesta ole apua. ”Ota yhteyttä uudelleen” -fraasin kuultuaan potilas jää hämmentyneenä/vihaisena ilman asiallista hoitoa. Omaolokyselyt, digivastaanotot ja chatit eivät auta kipupotilasta (eikä usein muitakaan), sillä potilas tarvitsee kuulevan, ymmärtävän ja osaavan läsnä olevan ammattilaisen ilman kiirettä päästä hänestä eroon.

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat valtava voimavara ja pääoma, jonka käyttö soteuudistuksissa on jäänyt mitättömäksi. Kukaan ei kysy kentältä mitään, kun hallintohimmelit pyörivät omassa päättämättömyydessään ja asiantuntemattomuudessaan. Työhyvinvointiin kuuluu työrauha ja mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja kehittää sitä ja omaa ammattitaitoaan. Päättäjät eivät pidä huolta kalleimmasta pääomastaan – työntekijöistä. Koulutusmäärärahat supistetaan minimiin, vaikka kaikki tietävät, että ammattitaitoinen hoito on kustannustehokasta. Sen sijaan ylhäältä paimennetaan ammattilaisia puuttumalla jopa yksityiskohtaisesti heidän työnkuvaansa ja työn välineisiin.

Viikon aikana Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n hallitus on ottanut vastaan toimikuntiansa seuraavan vuoden suunnitelmia ja iloinnut ammattilaisten paneutumisesta ja innostuksesta tehdä vapaaehtoista työtä kivunhoidon ja koulutuksen hyväksi. SKTY ry:n jäsenet järjestävät vapaaehtoisesti ja omalla ajallaan palkatta laadukkaita koulutuksia kipupotilaiden hoidon parantamiseksi. Ainoa asia, jonka sotejärjestelmä joutuisi tekemään, on maksaa koulutukseen haluavien ammattilaisten osallistumismaksu, mikä ei ole kokonaisuudessaan suuri menoerä. Rahaa on käytetty miljoonia seiniin ja designkalustuksiin ja takkuavien potilastietojärjestelmien ”kehittämiseen”. Mutta koulutuksiin pääseminen on aina vain vaikeampaa, koska juuri siihen ei ole varaa. Rakennukset eivät hoida ihmisiä vaan vastuuntuntoiset terveydenhuollon ammattilaiset, ne arjen ja työnteon sankarit, jotka kohtaavat, oikeasti, potilaat ja heidän ongelmansa ja osaavat auttaa. SKTY ry:n jäsenet kantavat vastuutaan ammattitaidostaan ja haluavat jakaa tietoaan ja kokemustaan koko terveydenhuoltojärjestelmän hyväksi – ja erinomaisen kustannustehokkaasti! ■

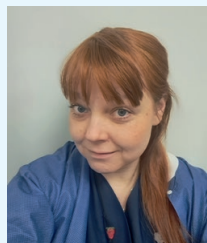
SKTY:n fysioterapia ja hoitotyön toimikuntien yhteistyön tulos – Moniammatillinen lääkkeetön kivunhoito-webinaari



Katja Levander
Fysioterapeutti (AMK,
YAMK), Vankiterveyden-
huolto



Anna-Leena Nousiainen
 Hoitotyön lehtori, sh(AMK),
 TtM, YAMK, Lapin AMK



Anu Portti
Kliinisesti erikoistunut sh,
kipuhoitaja, Kuntoutuksen ja
kivunhoidon yksikkö, LKS

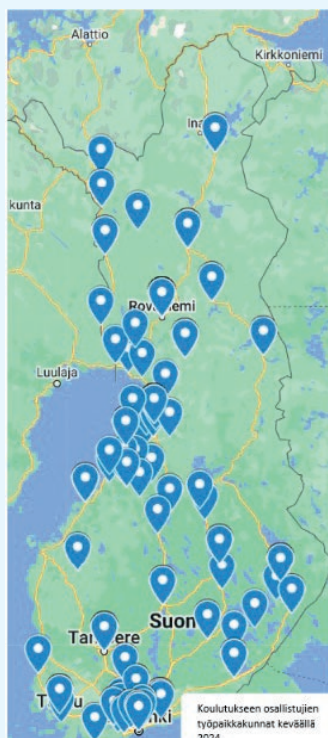
Fysioterapia- ja hoitotyön toimikunnilla on ollut yhteinen halu edistää moniammatillista kivun hoitoa ja jakaa näyttöön perustuvaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisille suunnatuissa koulutuksissa, jotka saavuttaisivat laajan kuulijakunnan. Siispä moniammatillista yhteistoimintaa peilaava koulutus oli myös järkevä järjestää moniammatillisesti. Koulutus suunnattiin fysioterapeuteille ja sairaanhoitajille, eikä alan opiskelijoita jätetty ulkopuolelle. Moniammatillinen lääketeon kivun hoito kiinnosti muitakin terveydenhuollon ammattilaisia esimerkiksi terveyden edistämisen puolelta mm. liikunnanohjaajia. Koulutuksesta ei rajattu ketään pois, onhan kivun hoito meidän kaikkien asia. Koulutuksen suunnittelu oli sujuvaa ja antoisaa dialogia toimikuntien välillä. Yhteinen suunnittelu aloitettiin jo alkutalvesta lähinnä Teamsin välityksellä. Suunnittelukokouksia pidettiin talven mittaan useita kertoja.

Moniammatillinen koulutus päätettiin pitää webinaarina, joka olisi kaikille ilmainen. Luennoissa pyrittiin huomioimaan, että tietoa tulisi kaikille ammattilaisille. Lisäksi pyrittiin yhteisen ymmärryksen lisäämiseen niin sairaanhoitajien kuin fysioterapeuttien työstä, kenttätöön rajapintojen hahmottamiseksi. Webinaarin toteuttamisen mahdollisti Lapin AMK:n eOppimispa-

velut ja toukokuinen webinaari toteutettiin Zoom-alustalla. Toimikuntien punainen lanka oli ajatus vuosittaisesta ilmaisesta webinaarina toteutettavasta koulutuksesta, teemana moniammatillisuus kivun hoidossa. Tämän vuoden teemaksi valikoitu lääkkeetön kivun hoito, joka oli luentokokonaisuuksien pohjana. Koulutuspäivän luentojen tavoitteena oli kuljettaa osallistujia johdonmukaisesti kivun patofysiologiasta kehollisiin reaktioihin, unohtamatta vuoropuhelua kipupotilaan kanssa biopsykososiaalisen ja traumainformoidun työtavan tulokulmien mukaisesti.

Päivän puheenjohtajana toimi hoitotyöntoimikunnan puheenjohtaja ja koko koulutuksen ideoija Anna-Leena Nousiainen. Etäkoulutuspäivän tapahtuman sihteerinä toimi ansiokkaasti Katja Levander fysioterapia toimikunnasta. Luennoitsijoina toimivat fysiatrian erikoislääkäri, fysioterapeutti ja Ortonin kipuklinikan ylilääkäri Kristiina Kokkonen, anestesia- ja kipuhoitaja (TAYS) Suvi Viljakainen, OMT- ja työfysioterapeutti Niklas Seppälä sekä psykofyysinen fysioterapeutti, työnohjaaja ja tietokirjailija Karita Palomäki. Webinaarin tavoitteena oli lisäksi tuoda näkyvyyttä Suomen Kivuntutkimusyhdistykselle ja yhdistyksen tavoitteille sekä mahdollisten uusien jäsenten rekrytoinnille.

Koulutusta mainostettiin toimikuntien toimesta jakamalla



Koulutukseen osallistujien työpaikkakunnat keväällä 2024

sähköisesti webinaariesitetä. Koulutus herätti paljon kiinnostusta. Mahtoiko webinaarin ilmaisuus madaltaa kynnystä ilmoittautumiseen, sillä ilmoittautumisia tuli valtavasti, yli 400. Osallistujia webinaarissa oli lopulta 332 ympäri Suomea, ja joidenkin yhteyksien takana oli webinaaria seuraamassa useampi osallistuja. Koulutuksen ilmoittautuminen suljettiin viikkoa aikaisemmin, joka aiheutti hieman piikkiä kyselyihin. Tästä viisastuneena, ensin vuoden etäkoulutukseen ilmoittamista suunnitellaan sujuvammaksi.

Vaikka päivä toteutettiin täysin etäyhteyksillä, koulutuksessa pyrittiin edistämään myös verkostoitumista. Osallistujat jaettiin kahden luontokokonaisuuden jälkeen pienryhmiin keskustelemaan ja pohtimaan luennoitsijoiden antamaa tehtävää. Pienryhmien tuotokset käytiin yhdessä läpi Menti-meter-sanapilven avulla. Ensivuoden etäkoulutukseen suunnitellaan toisenlaista aktivointitapaa, jotta saamme kokemuksia erilaisista etäkoulutuspäivän osallistamiskeinoista.

Kaikki luennoitsijat saivat paljon positiivista palautetta luennoistaan koulutuksen chatissa sekä palautekyselyssä. Paljon tuli myös kyselyjä luentomateriaaleista, joita webinaarissa ei jaettu. Webinaarista sai todistuksen palautekyselyä vastaan, ja vastaus prosentti olikin 51 % eli palautekyselyyn vastasi 236 osallistujaa. Palautekyselyssä kysimme mm, mistä tieto webinaarista saatu, ajankohdasta ja kestosta, toteutuksesta ja luentojen hyödynnettävyydestä omassa työssä sekä millaisia koulutuksia osallistujat toivoisivat Suomen Kivuntutkimusyhdytykseltä. Näin



saimme etäkoulutuspäivän järjestelytyöryhmälle arvokasta tietoa ja ideoita tulevia webinaareja varten.

Ensi kevään moniammatillisen etä-koulutuksen teemaksi on jo alustavasti suunniteltu kivun lääkkeellistä hoitoa ja siihen liittyviä näkökulmia. Tätä alamme taas innolla yhdessä hahmottelemaan fysioterapiatoimikunnan ja hoitotyön toimikunnan yhteisissä palaverissa, kun syysillat pimenevät. ■

Koulutukseen osallistuneiden tuottama Menti-meter-sanapilvi aiheesta Mitkä ovat mielestäsi kolme olennaisinta asiaa kipupotilaan kohtaamisessa ja tukemisessa?

Save the date

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry:n kevätkokous
ja koulutuspäivät

Teemana **Pään alueen kivut**

Toteutus Turussa to 10.4. – pe 11.4.2025

Osallistumismahdollisuus myös etänä

SKTY:n kevätkokous järjestetään torstaina iltapäivällä

Akuutin ja syöpäkivun hoito moniammatillisena yhteistyönä

Tampere-talo, 7.–8.11. 2024

Yliopistonkatu 55, 33100 Tampere

Järjestäjät:

1. päivä: Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistys ry
2. päivä: Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry

SYÖPÄKIVUN HOITO TORSTAI 7.11 2024

- 08.30 – 09.00 Ilmoittautuminen, aamukahvi ja tutustuminen näyttelyyn
08.00– 09.10 Koulutuspäivän avaus, Maiju Marttinen, SKTY, pj

AAMUPÄIVÄSESSIO, pj Maiju Marttinen

- 09.10 – 09.40 Syöpäkipu 2024: Onko mikään muuttunut mekanismeissa ja esiintyvyydessä?
Aiki Kadri Kauppinen, ane el, TYKS
09.45 – 10.15 WHO:n syöpäkivun lääkehoitomalli: vieläkö on ajankohtainen? Tarja Heiskanen, dos, HUS
10.15 – 10.45 tauko, näyttelyyn tutustuminen
10.45 – 11.15 Invasiiviset syöpäkivun hoitokeinot: onko näyttöä? Reino Pöyhiä, prof.
11.20 – 11.50 Virtuaalitodellisuus hoitotyön apuna, Heidi Alanen, sh, tutkimushoitaja ja Hanna
Väärälä, sh, tutkimushoitaja, Lasten Lääketutkimuskeskus PeeTU/Tays
11.50 – 13.00 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

ILTAPÄIVÄSESSIO 1, Syöpään sairastuneen lapsen moniammatillinen hoito + verkostoituminen
pj Heini Pohjankoski

- 13.00 – 13.40 Lasten kipu syöpätautien näkökulmasta, Susanna Vuorenoja, LT, lasten hematologi
ja onkologi, palliatiivisen lääketieteen erit. pätevyys, TAYS, Lasten ja nuorten
sairaala, lasten veri- ja syöpätautien yksikkö, palliatiivinen poliklinikka.
13.40 – 14.10 Perheen tuki kun lapsi sairastuu vakavasti, Sari Siltanen, psykologi,
psykoterapeutti, Premius kuntoutus Oy.
14.10 – 14.30 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
14.30 – 14.45 Sairaanhoidajan rooli lasten palliatiivisessa hoidossa, Anette Lemström, sh, kipuhoitaja, HUS, ULS,
lasten kipukeskus.
14.45 – 16.00 Verkostoituminen ja ennakotehtävä + keskustelua

ILTAPÄIVÄSESSIO 2, Psykososiaalinen tuki ja kivun hoito pitkäaikaisten syöpähoitojen aikana, pj Anni Karppila

- 13.00 – 13.30 Kivun lääkehoito pitkäaikaisten syöpähoitojen aikana, Annamaria Lamminmäki, syöpätautien erikoislääkäri,
LT, kliininen opettaja, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. KYS Syöpäkeskus Palliatiivinen Poliklinikka ja
Itä-Suomen Yliopisto.
13.30 – 14.00 Terveysosiaalityö pitkäaikaissairaana tukena, Sanna Riihelä-Palmu. Johtava sosiaalityöntekijä YTM,
HUS Terveysosiaalityön yksikkö Hyvinkään sairaala
14.00 – 14.30 Kokonaisvaltainen pitkäaikaisen kivun hoito, Matti Henttinen, fysioterapeutti, mentaalivalmentaja
MindBodyPartners.

- 16.00 – 17.30 SKTY syyskokous
17.30 – 19.00 Happy Hour, pientä purtavaa ja seurustelua

AKUUTIN KIVUN HOITO PERJANTAI 8.11.2024

- 08.15– 08.50 Ilmoittautuminen, aamukahvi ja tutustuminen näyttelyyn
08.50 – 09.00 Koulutuspäivän avaus, akuutin kivun toimikunnan pj Suvi Viljakainen ja
lasten ja nuorten kiputoimikunnan pj Anette Lemström

AAMUPÄIVÄSESSIO; Traumapotilaan akuutti kipu, pj Anette Lemström

- 09.00 – 09.40 Ensihoito ja päivystyspotilaan kivunhoito, Aleksi Ryhänen, ane erikoistuva, HUS
09.40 – 10.20 (Lapsi)Traumapotilaan kivunhoito, Kariantti Kallio, ane el, HUS
10.20 – 11.00 Pientraumapotilaan akuutin kivunhoidon sudenkuopat, Anna Meuronen,
akuuttilääketieteen, anestesiologian ja tehohoidon el, LT, oyl, Akuutti 24, PHKS
11.00 – 12.00 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen

ILTAPÄIVÄSESSIO 1, Lapsitrauma potilaan kuntoutus ja perheen tuki, pj Riitta Huhta-Hirvonen

- 12.00 – 12.40 Lasten teholta takaisin arkeen- fysioterapia kuntoutumisen ja kivunhoidon tukena,
Heidi Mäenpää, TtM, ft, HUS ja Heidi Haromo, ft, Premius Kuntoutus Tampere
12.40 – 13.20 Lapsitraumapotilaan perheen ja sisarusten tuki, Krista Koivula, PsT, Perhe- ja
traumapsykoterapeutti, Lasten ja nuorten keskus Kuopio, KYS.
13.20 – 13.50 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
13.50 – 15.00 Verkostoituminen, näytelmän pohjalta moniammatillinen case työskentely

ILTAPÄIVÄSESSIO 2, Päihdepotilaan akuutti kipu– suunnittelu, toteutus ja jatkohoito, pj Elina Tiippana

- 12.00 – 12.40 Anestesiologin näkökulma, Teija Nieminen, LL, Hus
12.40 – 13.10 Akuutisti kipeä päihdepotilas osastolla, Kati Korpela, sh, TAYS
13.10 – 13.40 Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
13.40 – 14.20 Päihdepotilaan jatkohoitomahdollisuudet, Margareeta Häkkinen, LT, THL, A-klinikka
14.20 – 14.50 Keskustelu ja päivän päätös

Koulutus on hybridikoulutus, osallistumismaksu on osallistumistavasta riippumatta sama. Etänä osallistuville lähetetään sähkö-
postiin osallistumislinkki n viikko ennen tapahtumaa.

Koulutukselle anotaan pisteet erikoislääkärikoulutukseen sekä kivun hoidon erityispätevyyteen.

Koulutustilaisuudessa ei jaeta luentomonisteita. Luentolyhennelmät julkaistaan luennoitsijan luvalla koulutuspäivien jälkeen

SKTY:n kotisivujen jäsenosiossa.

Ilmoittautuminen: linkki ilmoittautumista varten SKTY:n kotisivuilla; www.skty.org

Ilmoittautumisaika päättyy: 20.10.2024

Osallistumismaksut: SKTY:n, SAY:n ja SPLY:n jäseniltä 175 €/1pv ja 250 €/2pv. Ei-jäsenet 225 €/1pv ja 300 €/2pv

Majoitus: Majoittuja varaa itse huoneen, jota varten on tehty kiintiövaraus: Original Sokos Hotel Villa, Sumeliuksenkatu 14,
33100 Tampere, p.020 1234 633, villa.tampere@sokoshotels.fi Hinta 1hh 138€/vrk ja 2hh 158€/vrk. Kiintiötunnus ”BSKTY”
voimassa 30.10 2024 asti. Kiintiössä on rajattu määrä huoneita.

Koulutuksen yhteydessä järjestetään tuote-esittely: Yhteyshenkilöt helena.olkinuora@hus.fi ja ann-sofi.mail@anvianet.fi

Tiedustelut: Järjestelytoimikunnan sihteeri, ann-sofi.mail@anvianet.fi tai puh. 050-532 1414.



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

Föreningen för Smärtforskning i Finland rf
Finnish Association for the Study of Pain
www.skty.org



SAVE THE DATE

ZOOM- WEBINAARI

9.5.2025

KLO 8.30-15.30

MAKSUTON TAPAHTUMA

SUUNNATTU
TERVEYDENHUOLLON
AMMATTILAISILLE JA
OPISKELIJOILLE

Pidätämme oikeudet
muutoksiin

MONIAMMATILLINEN
KIVUN HOITO

AMMATTILAISTEN PUHEENVUOROJA
KIVUN HOIDOSTA

LÄÄKKEELLINEN KIVUN HOITO

KIVUN FYSIOLOGIA

KEVÄÄLLÄ 2025
ILMOITTAUTUMINEN

OTA SUOMEN KIVUNTUTKIMUSYHDISTYKSEN SIVUT SEURANTAAN -
NÄHDÄÄN TOUKOKUUSSA!

www.skty.org

66

Kipuviesti 2/2024

Oletko tutustunut jäsensivuihin?

www.skty.org

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

Föreningen för Smärtforskning i Finland rf
Finnish Association for the Study of Pain
www.skty.org

[Etusivu](#) [Yhdistys](#) [Toimikunnat](#) [Jäsenyys](#) [Koulutus](#)
[Materiaalit](#) [In English](#) [På Svenska](#) [Yhteystiedot](#)
[Kipuviesti](#) [Jäsensivut](#) [Hallituksen sivut](#) [Tapahtumat](#)

Hae

Tavoitteenamme on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta.

Lue lisää

Jäsenyys

Koulutukset

Kipuviesti

Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

on terveydenhuoltoalan ammattilaisten yhdistys, jonka toiminnan tarkoituksena on edistää kivun monialaista hoitoa, kuntoutusta ja tutkimusta Suomessa. Yhdistyksessä on jäseniä 980 (v. 2022). Suurimpina ammattiryhminä ovat sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät.

Tapahtumat ja koulutukset

Akuutin- ja syöpäkivun hoito moniammatillisena yhteistyönä

to-pe 7.-8.11.2024

Tampere-talo

Ajankohtaista

Jäsenille: jäsenrekisteri on siivottu ja maksamattomien jäsenmaksujen vuoksi jäseniä poistettu rekisteristä.

29.9.2024

Kipuviesti 2/2024

67

**Pyydä
kollegaasi
jäseneksi!**



Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

Föreningen för Smärtforskning i Finland rf
Finnish Association for the Study of Pain
www.skty.org