

Tarja Moilanen

**FIBROMYALGIA –
RATSASTUSTERAPIA TEHOKKAIN KIVUNLIEVITTÄJÄ**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kevät 2011



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Moilanen Tarja	
Työn nimi Fibromyalgia – ratsastusterapia tehokkain kivunlievittäjä	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot Mielensterveystyö	Ohjaaja(t) Parviainen Sirpa Toimeksiantaja T:mi Fysio- ja ratsastusterapia Sanna Mattila
Aika Kevät 2011	Sivumäärä ja liitteet 71 + 8
<p>Opinnäytteeni tarkoitus oli kuvailla fibromyalgiapotilaan kokemuksia fibromyalgiasta ja ratsastusterapiasta. Opinnäytteeni tavoite oli lisätä sairaanhoitajien tietoa fibromyalgiasta ja ratsastusterapiasta fibromyalgiaoireiden lievityskeinona. Tavoitteenani oli myös lisätä sairaanhoitajien mahdollisuuksia auttaa fibromyalgiapotilaita lisäämään kivunhallintakeinojaan. Tavoitteeni oli tehdä näkyväksi erään fibromyalgiapotilaan tarina, jonka avulla lisään sairaanhoitajien ymmärrystä fibromyalgiapotilaiden hoitoon. Opinnäytteeni tutkimustehtävät olivat: Miten fibromyalgiapotilas kokee fibromyalgian? ja Miten fibromyalgiapotilas kokee ratsastusterapian? Opinnäytteeni oli ajankohtainen, koska fibromyalgian yleisyydestä huolimatta sairaanhoitajat eivät tiedä riittävästi oireyhtymästä. Tietämättömyydestä seurasi esimerkiksi fibromyalgiapotilaiden vähättelyä.</p> <p>Kvalitatiivisen aineiston keräsin kesällä 2010 yhden kysymyksen kerronnallisella haastattelulla sähköpostitse henkilöltä, joka oli saanut ratsastusterapiaa fibromyalgiaoireisiinsa. Analysoin aineiston sisällönanalyysin avulla. Sain lisäkertomuksia fibromyalgiasta Pohdinta -lukua varten myös toiselta fibromyalgiaa sairastavalta henkilöltä ja kymmeneltä nettipalstakirjoittajalta. Lisätäkseni omaa ymmärrystäni ratsastusterapiasta osallistuin yhdelle terapiatunnille kesällä 2010. Ratsastusterapiasta fibromyalgian hoidossa en onnistunut löytämään aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia.</p> <p>Opinnäytteessäni fibromyalgiapotilaan kokema fibromyalgia johtuu kivun poikkeavasta säätelyjärjestelmästä ja psyykkiset oireet aiheutuvat fibromyalgiasta. Pelon ja epävarmuuden tunteet, ratsastuksen taukoaminen ja ratsastusterapian päätyminen uhkaavat fyysisistä ja psyykkistä hyvinvointia. Uhkiin lukeutuvat myös lapsuuden traumaattiset kokemukset. Kipujen ja vatsaoireiden lievittyminen, tunteiden ilmaiseminen sekä kehon varmuuden lisääntyminen tukevat fyysisistä ja psyykkistä hyvinvointia. Hevonen osana terapiaa, ratsastuksen jatkaminen ja apu liikunnasta antavat mahdollisuuksia fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Mahdollisuuksia merkitsevät myös apu hevosesta/ratsastusterapiasta, lapsuuden voimaannuttavat kokemukset ja aikuisiän voimaannuttavat kokemukset. Opinnäytteessäni fibromyalgiapotilas kokee fibromyalgian fyysisenä sairautena ilman psyykkisiä oireita. Väsyminen, uupuminen ja masennus ovat seurauksia fibromyalgiasta. Fibromyalgiapotilas kokee ratsastusterapian selviytymisen työkaluna. Ratsastusterapia osoittautuu hänelle tehokkaimmaksi ei-lääkkeelliseksi kivunlievittäjäksi.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Fibromyalgia, fibromyalgiakipu, ratsastusterapia
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto



School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Moilanen Tarja	
Title Equine-Assisted Therapy for Alleviating Fibromyalgia Pain	
Optional Professional Studies Mental Health Care	Instructor(s) Parviainen Sirpa
	Commissioned by Fysio- ja ratsastusterapia Sanna Mattila (a company)
Date Spring 2011	Total Number of Pages and Appendices 71 + 8
<p>The purpose of the thesis was to describe how fibromyalgia and equine-assisted therapy were experienced by fibromyalgia patients. The objective of the thesis was to increase nurses' knowledge of fibromyalgia and equine-assisted therapy in relieving fibromyalgia symptoms. The other aim of the thesis was to improve nurses' possibilities to help fibromyalgia patients to find pain management methods. Additionally, the goal of the thesis was to enhance nurses' comprehension of the treatment of fibromyalgia through the story of a fibromyalgia patient. The research tasks of the thesis were: 1. How fibromyalgia was experienced by a fibromyalgia patient; and 2. How equine-assisted therapy was experienced by the fibromyalgia patient? The topicality of the thesis can be argued by the insufficient knowledge of fibromyalgia among nurses. Some fibromyalgia patients, for example, were still downplayed by the nursing staff.</p> <p>The qualitative material was collected through a one-question narrative interview conducted by email. The narration was supplied by a fibromyalgia patient having experience of equine-assisted therapy for easing her fibromyalgia symptoms. The material was analyzed by content analysis. The additional narrations of fibromyalgia were written by another fibromyalgia patient and ten online column writers. One practical lesson in equine-assisted therapy was necessary for the author to achieve some kind of understanding of it.</p> <p>The results showed that fibromyalgia was caused by the divergent regulation system of pain, and mental symptoms are caused by fibromyalgia. Emotions of fear and insecurity, interruptions in riding and ending of equine-assisted therapy were considered threats for physical and mental well-being. Childhood traumatic experiences were understood to have the same content. Physical and mental well-being was supported by alleviation of pains and stomach symptoms, expression of emotions and improvement of body control. Equine as a part of equine-assisted therapy, continuation of riding as well as the benefit of exercise were included in the possibilities for physical and mental well-being. The similar possibilities were given by the assistance of the equine and/or equine-assisted therapy, and the empowering experiences of childhood and adulthood. As per the conclusions, fibromyalgia is experienced by the interviewee as a physical condition without any mental symptoms. Equine-assisted therapy is experienced by the interviewee as a mean to manage with her fibromyalgia symptoms.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Fibromyalgia, fibromyalgia pain, equine-assisted therapy
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

KIITOKSET

Tahdon kiittää ohjaavaa opettajaani Sirpa Parviaista ja toimeksiantajaani Sanna Mattila-Rautiaista parhaasta mahdollisesta ohjaustyöstä. Tahdon kiittää myös 32-vuotiasta haastateltavaani, joka on antanut opinnäytteeseeni arvokasta kokemusperäistä tietoa fibromyalgiasta. Lisäksi tahdon kiittää 65-vuotiasta haastateltavaani ja nettipalstakirjoittajia. He ovat lisänneet opinnäytteeni luotettavuutta antamalla arvokasta kokemuksiin perustuvaa lisätietoa fibromyalgiasta Pohdinta -lukua varten. Tahdon kiittää myös vertaisiani Kirsi Jokelaista ja Marjatta Pyyköstä heidän tarjoamistaan tuesta ja neuvoista. Edelleen tahdon kiittää perhettäni kaikesta avusta, tuesta ja kärsivällisyydestä, jotka ovat olleet edellytyksiä opinnäytteeni valmistumiselle.

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

KIITOKSET

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 FIBROMYALGIA – RATSASTUSTERAPIA	3
2.1 Fibromyalgia ja fibromyalgiakipu	3
2.2 Kipu ja mieli	11
2.3 Ratsastusterapia	16
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	21
4 OPINNÄYTTEEN TOTEUTTAMINEN	22
4.1 Tutkimusote	22
4.2 Kerronnallinen haastattelu tiedonkeruumenetelmänä	22
4.3 Haastateltavan valinta ja aineiston käsittelytapa	24
4.4 Aineiston sisällönanalyysi	25
5 TULOKSET, JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	26
5.1 Haastateltavan taustatiedot	26
5.2 Fibromyalgia fibromyalgiapotilaalle fyysinen sairaus	26
5.2.1 Poikkeava kivun säätelyjärjestelmä – syy fibromyalgiaan	26
5.2.2 Psykkiset oireet – seuraus fibromyalgiasta	27
5.3 Ratsastusterapia fibromyalgiapotilaalle selviytymisen työkalu	28
5.3.1 Uhat fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille	28
5.3.2 Mahdollisuudet fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille	29
5.4 Tulosten ja johtopäätösten pohdintaa	32
5.4.1 Miten fibromyalgiapotilas kokee fibromyalgian?	32
5.4.2 Miten fibromyalgiapotilas kokee ratsastusterapian?	35
6 POHDINTA	39
6.1 Opinnäytteen luotettavuus	39
6.2 Opinnäytteen eettisyys	41
6.3 Muita kertomuksia fibromyalgiasta ja omia ajatuksiani	43

6.4 Oma kokemus ratsastusterapiasta	49
6.5 Opinnäytteen markkinointi ja hyödynnettävyys sekä jatkotutkimusaiheet.....	50

LÄHTEET.....	52
--------------	----

LIITTEET

Liite 1: Taulukko 1. Suomalaiset tutkimukset ratsastusterapiasta kivunhallinnassa

Liite 2: Taulukko 2. Tutkimuksia ja projekteja ratsastusterapiasta mielen hoidossa

Liite 3: Haastattelun taustakysymykset ja haastattelukysymys

Liite 4: Suostumuslomake

Liite 5: Taulukko 3. Aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen

1 JOHDANTO

Fibromyalgia (myöhemmin lyhenne FM) merkitsee minulle mielenkiintoista ja FM-potilaille kiduttavaa, monitahoista oireyhtymää. FM:ssa uupumus ja kipu tuottavat suurimman kärsimyksen. Opinnäytteeni avulla sairaanhoitaja saa tietoa FM:sta ja ratsastusterapiasta FM-oireiden lievityskeinona. FM:n esiintyvyys on lisääntymässä (esim. Martinez-Lavin 2007) nopeammin kuin tieto oireyhtymästä, päätellen monien FM-potilaiden saamasta kohtelutavasta (esim. Ablin, Neumann & Buskila 2007). FM-potilaiden kokema epäasiallinen kohtelu paljastaa sairaanhoitajien ja lääkäreiden tiedon puutteen. Tutkijat tietävät FM-kivun johtuvan poikkeavasta kivun säätelyjärjestelmästä (esim. Hannonen 2007c, 416 - 417). He eivät tiedä, mikä kehittää poikkeavuuden. Altistavat tekijät ovat myös tiedossa (esim. Ablin ym. 2007). Tuon esiin opinnäytteessäni muutamia 2000-luvulla FM:sta tehtyjä aivotutkimuksia (esim. Harris, Sundgren, Pang, Hsu, Petrou, Kim, McLean, Gracely & Clauw 2008; Liptan 2009). Koska konkreettista kipua aiheuttavaa syytä FM:an ei löydy, FM-potilaat saavat liian usein lääkäreiltä ”korvien väli” -diagnoosin (esim. Turunen, Piikivi & Mäkitalo 2004). FM:an liittyvät muutokset ovat kuitenkin havaittavissa aivokuvantamisella (esim. Hannonen 2007c, 417). Eräs keskeisimpiä tekijöitä FM:ssa on stressi (esim. Crofford 2010), sillä kipu ja mieli elävät tiiviisti yhdessä (esim. Vainio 2004a, 23, 30 - 31, 39, 110, 133). FM-potilaiden taustalta löytyy usein hoitamaton posttraumaattinen stressihäiriö (esim. Crofford 2010), mutta ei aina. Mainitsen opinnäytteessäni muutamia posttraumaattiseen stressihäiriöön tehoavia hoitokeinoja. FM-potilaiden stressiä pahentavat elämänlaadun, toimintakyvyn ja työkyvyn heikkeneminen (esim. Ahokas & Savola 2006). FM:sta on olemassa erilaisia alaryhmiä (esim. Giesecke, Williams, Harris, Cupps, Tian, Tian, Gracely & Clauw 2003). Lisäksi jokainen FM-potilas on yksilö (esim. Pohjolainen 2009; Stenbäck 2010).

Edellä mainituista syistä sairaanhoitajien tulee kuunnella FM-potilaiden kertomaa (esim. Haavisto 2010, 16) ja huomioida heidät yksilöllisesti (esim. Carville & Choy 2008) ja kokonaisvaltaisesti (esim. Elomaa & Estlander 2009b, 144 - 145). FM-potilaat saavuttavat parhaat hoitotulokset moniammatillisella sekä lääkkeellisellä ja ei-lääkkeellisellä hoitoyhdistelmällä (esim. Buskila 2009). Lääkehoito (esim. Granström 2009c, 254), liikunta (esim. Stenbäck 2010) ja kognitiivinen käyttäytymisterapia (esim. Crofford 2010) antavat

myönteisiä hoitotuloksia. Esittelen opinnäytteessäni muitakin tutkittuja FM:n hoitovaihtoehtoja. Eräs vähemmän jos ollenkaan tutkittu hoitomuoto FM:ssa on ratsastusterapia (myöhemmin lyhenne RT). Se tarjoaa mahdollisuuksia FM-potilaille fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kuntoutumiseen (esim. liite 1, taulukko 1; liite 2, taulukko 2). RT:ssa yksilön fyysinen ja psyykinen puoli ”ehkeytyvät” yhtäaikaaisesti, vaikka terapian tavoitteena olisikin fyysisten ongelmien parantaminen (Aro 2003). Opinnäytteeni aihevalinnan lähtökohta on RT:n kokonaisvaltaisuudessa. Myös oma aikaisempi ratsastusharrastus vaikuttaa taustalla aihevalintaani. Pääpaino opinnäytteessäni on FM:ssa johtuen sairaanhoitajien usein puutteellisesta FM-tiedosta ja FM:n moninaisuudesta. Keskityn opinnäytteessäni RT:n läpikäyneeseen FM-potilaaseen.

Kuvailen opinnäytteessäni FM-potilaan kokemuksia RT:sta. Kerään aineiston yhden kysymyksen kerronnallisella haastattelulla sähköpostitse. Analysoin aineistoni sisällönanalyysillä. Lisään sairaanhoitajien tietämystä FM:sta ja RT:sta FM-oireiden lievityskeinona. Lisään myös sairaanhoitajien mahdollisuuksia auttaa kipupotilaita lisäämään omia kivunhallintakeinojaan. Teen näkyväksi erään FM-potilaan tarinan, jonka avulla lisään sairaanhoitajien ymmärrystä FM-potilaiden hoitoon. FM-potilaille vaikuttavaa hoitoa ja kuntoutusta on olemassa vähänlaisesti (Carville & Choy 2008). Syvennän tietämystäni FM:sta ja RT:n vaikutuksista siihen. Edistän kliinistä osaamistani FM-potilaiden lääkehoidossa ja hoitotyön asiakkuusosaamistani kehittämällä kokonaisvaltaisen hoitotyön osaamista, asiakaslähtöisyyttä ja vuorovaikutusta. Opin asiakaslähtöisesti tunnistamaan ja arvioimaan kenelle RT sopii. RT:n poissulkevia seikkoja on useita (esim. Strauss 2008, 60 - 61). RT edistää kipupotilaiden terveyttä kokonaisvaltaisesti. Siten opinnäytteeni vahvistaa myös terveyden edistämisen osaamistani. (Auvinen, Heikkilä, Ilola, Kallioinen, Luopajarvi, Raji & Roslöf 2010.) Lisätäkseen omaa ymmärrystäni osallistun yhdelle RT -tunnille. Samalla se tarjoaa minulle tilaisuuden käsitellä syksyllä 2006 tapahtunutta ratsailta putoamistani. Tutkimustehtäväni ovat: Miten FM-potilas kokee FM:n? ja Miten FM-potilas kokee RT:n? Taulukossa 1 (liite 1) esittelen ainoat kaksi, RT:sta kivun hoidossa Suomessa tehtyä tutkimusta. RT:sta FM:n hoidossa tehtyjä tutkimuksia en onnistunut löytämään. Toimeksiantajani on Suomessa edelläkävijä RT:n hyödyntäjänä kivun hoidossa. Hänelle ohjautuu muun muassa Kainuun keskussairaalan kipupoliklinikan kautta kipupotilaita, jotka voivat kärsiä esimerkiksi FM:sta.

2 FIBROMYALGIA – RATSASTUSTERAPIA

2.1 Fibromyalgia ja fibromyalgiakipu

FM on krooninen ei-tulehduksellinen tuki- ja liikuntaelinten kiputila, joka ei vammauta fyysisesti (Stenbäck, 2010). Esiintyvyys on yleisempi naisilla ja se lisääntyy ikääntymisen myötä (Hannonen 2009e, 406). FM:a esiintyy kaikkialla maapallolla ja kaikissa kulttuureissa. (Hannonen 2007c, 418.) Sen esiintyvyys on Suomessa arviolta 2 - 4 % ja vaihtelee maailmalla 0,5 - 15 % välillä (Fibromyalgia 2007). Se on yksi yleisimmistä pitkäaikaissairauksista (Haavisto 2010).

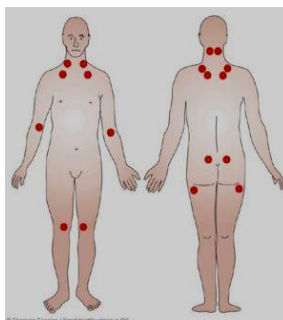
FM:n yleisyyteen ovat vaikuttaneet nyky-yhteiskunnan jatkuvat tehokkuusvaatimukset (ks. myös Martinez-Lavin 2007; Vainio 2007b, 98, 101 - 102). Oireyhtymä on lisääntynyt vuosi vuodelta kaikissa länsimaissa ja se on myös tunnistettavissa nykyään paremmin kuin aikaisemmin. Lisääntyneestä tietämyksestä huolimatta FM:a sairastavat voivat edelleen joutua kohtaamaan tunnistus- ja asenneongelman terveydenhuollossa (ks. myös Ablin ym. 2007; Annemans, Le Lay & Taieb 2009; Carville & Choy 2008; Gordon 2003; Haavisto 2010; Lavikainen 2006; Söderberg 2007, 161 - 162; Tapio 2009; Turunen ym. 2004; Vainio 2004a, 110; 2007b, 31). FM-potilaat voivat joutua sietämään vähättelyä (ks. myös Ablin ym. 2007; Huynh, Yanni & Morgan 2008; Lavikainen 2006; Suomalainen 2009; Söderberg 2007, 161), luulosairaaksi leimaamista (ks. myös Vainio 2004a, 110) tai elämäntapojensa syyllistämistä. (Suomalainen 2009, 44 - 45.) Epäluuloa sairaanhoitajissa, lääkäreissä ja kanssaihmisissä herättää FM:n moninainen ja enimmäkseen päällepäin näkymätön oirekirjo.

Tavalliset oireet ovat kipu, aamujäykkyys, unihäiriöt, uupumus, tuntoharhat ja kognitiiviset häiriöt kuten suorituskyvyn aleneminen (Bennett, Jones, Turk, Russell & Matallana 2007; Haavisto 2010, 13). Pahin oireista on uupumus, joka estää täysipainoisen elämän (Hannonen 2009e, 404). Oireina voivat olla erittämisiongelmat, kuten tihentynyt virtsaamistarve, ripuli, kuukautishäiriöt ja verenkierron häiriöt. Melkein kaikki FM-potilaat kärsivät myös ärtyneen suolen oireyhtymästä. Neurologiset oireet tuottavat FM-potilaille eniten pelkoa. Tällaisia

ovat puutumiset raajoissa, kasvoissa ja päässä sekä levottomat jalat. Limakalvojen kuivuutta esiintyy myös. (Hannonen 2009e, 404 - 405.)

Limakalvojen, suun ja silmien kuivuus ovat yleisempiä FM:a sairastavilla kuin terveillä (Hannonen 2009e, 404). FM-potilaat kokevat hengenahdistusta, pahoinvointia, lihaskrampeja, huimausta, koordinaatio- ja tasapainovaikeuksia. FM:an sisältyy näköhäiriöitä, valonarkuutta, ääniarkuutta, iho-oireita, turvotusta, hiustenlähtöä ja ärtyisyyttä. (Haavisto 2010, 13.) Tavallisiin oireisiin lukeutuvat myös mielialahäiriöt, kuten masennus ja/tai ahdistus (Cassisi, Sarzi-Puttini, Alciati, Casale, Bazzichi, Carignola, Gracely, Salaffi, Marinangeli, Torta, Giamberardino, Buskila, Spath, Cazzola, Di Franco, Biasi, Stisi, Altomonte, Arioli, Leardini, Gorla, Marsico, Ceccherelli & Atzeni 2008; Chou 2007; Crofford 2010; Fibromyalgia 2007; Fietta, Fietta & Manganelli 2007; Granström 2009a, 112 - 113; Granström 2009c, 253; Haavisto 2010, 13; Hannonen & Mikkelsen 2004; Hannonen 2005a; 2007c, 416; 2009d; 2009e, 405; Huynh ym. 2008; Liedberg 2004; National Fibromyalgia Association n.d.; Sayar, Gulec, Topbas & Kalyoncu 2004; Schur, Afari, Furberg, Olate, Goldberg, Sullivan & Buchwald 2007; Stenbäck 2010; Suomen Reumaliitto n.d.; Vainio 2004a, 38, 69 - 72; Verbunt, Pernot & Smeets 2008). Mukana olevien mielialahäiriöiden vuoksi lääkäri diagnosoi FM-potilaat usein virheellisesti masentuneiksi, ahdistuneiksi tai sopeutumisrajoitteisiksi (Ahokas & Savola 2006; Hannonen 2009e, 407; Kuusinen 2004, 17; Söderberg 2007, 162).

FM-diagnosi perustuu American College of Rheumatologyn vuonna 1990 määrittelemiin kriteereihin. Kriteerien täyttyminen edellyttää kolme kuukautta kestänyttä laaja-alaista kipua, joka paikantuu tiettyihin pisteisiin eri puolilla vartaloa. Vähintään 11:ssa kipupisteessä 18:sta (kuva 1) tulee olla arkuutta. (Hannonen, 2009d.)



Kuva 1. FM:n kipupisteiden sijainti (Hannonen n.d.f)

Kipupisteet heijastavat FM-potilaiden ahdinkoa ja henkistä rasittuneisuutta. Kipupisteet liittyvät muihinkin oireyhtymiin, kuten nivelreumaan, punahukkaan ja nivelrikkoon sekä heikentyneeseen toimintakykyyn. Siksi lääkäreiden tulee huomioida myös psykososiaaliset seikat, jotka ovat keskeinen osa FM:a. (Hannonen 2009e, 406.) FM-kipu on idiopaattista ja toisaalta myös neuropaattista.

FM:n idiopaattinen kipu tarkoittaa, että kipua selittävää kudosis- tai hermovauriota ei löydy. Neuropaattisen eli hermoperäisen kivun aiheuttaa vaurio tai toimintahäiriö kipua välittävässä hermojärjestelmässä (ks. myös Granström 2009b, 157). FM:n idiopaattinen kipu voisikin olla luonteeltaan neuropaattista. (Haanpää & Soinila 2008; Martinez-Lavin 2007.) FM-kivulle on myös ominaista, että se vaihtaa paikkaa (Hannonen 2009e, 404). Jatkuvalle kudoksista tulevalle kipuärsykkeiden tulvalle altistuminen saa aikaan suuria, mahdollisesti pysyviä muutoksia sen toiminnassa (Vainio 2004a, 33). FM-potilaiden poikkeava kipukokemus johtuu keskushermoston poikkeavasta toiminnasta ja häiriöiden synnystä. Kivun kokemusta estävät, laskevat jarruradat toimivat poikkeavasti, mistä syystä FM-potilaiden kipukynnys on matalampi kuin terveillä. (Hannonen 2009e, 406 - 407; Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 108.) Tästä poikkeavasta kipujärjestelmästä asiantuntijat ovat kohtuullisen yksimielisiä (Hannonen 2009e, 407). Oireyhtymän syistä tutkijat ovat esittäneet lukuisia arvioita, joista muutamia esittelen seuraavissa kappaleissa.

Yleisen arvion mukaan FM syntyy geeniperimän, yksilöllisen sairausalttiuden sekä ympäristöllisten, psykososiaalisten ja laukaisevien tekijöiden yhteisvaikutuksena (Ablin ym. 2007; Buskila 2009; Buskila & Sarzi-Puttini 2006; Carville & Choy 2008; Crofford 2010; Hannonen & Mikkelsen 2004; Hannonen 2005a; 2007c, 416 - 417; 2009e, 406; Huynh ym. 2008; Kalso ym. 2009, 106 - 107). Lukuisat ulkoiset tekijät, kuten matalapaine, säämuutokset, sauna, veto, melu ja saasteet, voimistavat kipuoireita (Bennett ym. 2007; Hannonen 2009e, 405). Glutamaatilla eli aivojen hermovälittäjäaineella on jo entuudestaan hyvin tunnettu osuus kipuprosessoinnissa (Harris ym. 2008; Vainio 2004a, 31 - 32).

Glutamaattitasojen muutokset aivosaaressa (insula) liittyvät lukuisten kipualueiden muutoksiin FM-potilailla (Harris ym. 2008; Vainio 2004a, 31 - 32). FM-potilailla on terveitä ihmisiä merkittävästi korkeampi glutamaatin pitoisuus, minkä tutkijat ehdottavat FM:n

syntyyn vaikuttavana osatekijänä (Harris, Sundgren, Craig, Kirshenbaum, Sen, Napadow & Clauw 2009). Suuret glutamaattipitoisuudet tappavat hermosoluja aivojen solunulkoisessa tilassa, kun solut kiihtyessään päästävät solujen sisälle ylisuuria kalsiumpitoisuuksia (Oja & Saransaari 2001). Winklerin (2010) artikkelin mukaan tutkijat ovat löytäneet hermokantasoluja, jotka tuottavat uusia, glutamaattia hermovälittäjäaineena käyttäviä hermosoluja aivokuoreen. Myös ravitsemusterapeutti Ruuti (2010) on vakuuttanut esitelmässään, että hermosolut voivat uusiutua oikealla ruokavaliolla, liikunnalla ja stressin välttämällä. Erityisesti glutamaattipitoisia valmisruokia (elintarvikkeissa E621) ihmisten kannattaa välttää. (Ruuti 2010.) Seuraavaksi esitän Liptanin (2009) oletuksen FM:n perussyystä.

Liptanin (2009) mukaan lihaskalvossa on toimintahäiriö tai tulehdus. Kalvon tulehdus on ääreisen, kudonvauriosta syntyvän kivun lähde johtaen sentraaliseen sensitisaatioon eli keskushermoston herkistymiseen. Hän ehdottaa lihaskalvon toimintahäiriön johtuvan riittämättömästä kasvuhormonin tuotannosta ja HPA (hypothalamic-pituitary-adrenal) eli hypotalamus-aivolisäke-lisämunuaisakselin toimintahäiriöstä (vrt. Fibromyalgia Solutions 2007; Forbes & Chalmers 2004). (Liptan 2009.) HPA -akselilla on tärkeä osa kehon vasteessa tulehdukseen, loukkaantumiseen, nestetasapainoon, tunneperäiseen äräytykseen, aineenvaihduntaan ja unen puutteeseen (Forbes & Chalmers 2004; Hannonen 2009e, 407).

Useimmilta FM-potilailta puuttuu syvä, virkistävä deltauni (vrt. Granström 2009a, 113; Hannonen 2009e, 404, 407), joten he ovat jo herätessään uupuneita. Heidän aivosähkökäyrissään näkyy non-REM -unen aikana alfa-delta -uni. Se todistetusti aiheuttaa terveillekin koehenkilöille tuki- ja liikuntaelimistön kipua ja arkuutta. Kasvuhormonin erityis lisäänty syvässä unessa. Kasvuhormonikorvaus lieventää FM-oireita. Muitakin havaittuja poikkeavuuksia FM-potilailla on. Ilman fyysistä tai psyykkistä rasitustakin FM-potilaiden seerumin ACTH- ja stressihormonitasot ovat korkeammat verrattuna terveisiin verrokkeihin. Aivolisäkkeen äräytys tuottaa runsaasti lisämunuaisen kuorikerrosta kiihdyttävää ACTH-hormonia. Silti FM-potilaiden vastaava stressihormonin eli kortisolin tuotanto jää vaimentuneeksi. Lisäksi sympaattisen ja parasympaattisen hermoston säätelyt poikkeavat normaalista. Myös serotoniinin, noradrenaliinin ja dopamiinin aineenvaihduntatuotteiden pitoisuudet aivo-selkäydinnesteessä ovat alentuneet. Sitä vastoin P-aineen, joka vie kivun

hermovälitteistä viestiä ääreiskudoksista keskushermostoon, pitoisuudet ovat kolminkertaiset verrokkeihin nähden. (Hannonen 2007c, 416 - 418; 2009e, 407.) FM:an liittyvät muutokset jättävät jälkiä aivoihin.

Muutokset aivoissa ovat havaittavissa aivokuvantamisella (Hannonen 2007c, 417; 2009e, 407; Lutz, Jäger, de Quervain, Krauseneck, Padberg, Wichnalek, Beyer, Stahl, Zirngibl, Morhard, Reiser & Schelling 2008; Vainio 2009d, 29). Aivokuvantaminen tarkoittaa aivojen perusaineenvaihdunnan eli sokerimetabolian tutkimista positroniemissiotomografitekniikalla (PET) ja aivojen rakenteen tutkimista magneettikuvaustekniikalla (MRI) (Pakkala, 2008). Vainion (2007b, 145) mukaan aivokuvantaminen todistaa, että ihmisen kokemukset, tunteet ja kipu jäävät ruumiin muistiin ja voivat aiheuttaa sairauksia. Aivokuvissa neuraaliset vaikutukset näkyvät paikallisina verenkierron ja metabolian eli solun aineenvaihdunnan muutoksina aivokeskuksissa (Vainio 2007b, 145; 2009d, 29). FM-potilaiden kipuongelma ei kuitenkaan ole ratkaistavissa aivokuvantamisella, jos FM-potilaat kokevat lääkärin epäilevän heidän oireitaan. Kyse ei siis ole puutteellisesta diagnostiikasta, vaan FM-potilaiden kokemuksen väheksymisestä. (Vrt. esim. Suomalainen 2009; Vainio 2007b, 145.) Aktiivisesta tutkimustoiminnasta huolimatta tutkijat eivät ole saaneet selville sairauden perusaiheuttajaa.

Edellä mainitusta syystä FM ei ole parannettavissa, mutta sen oireet ovat lievitettävissä. FM-potilaiden tulee ehdottomasti saada tietoa ja ohjausta sairaudesta (Crofford 2010; Pohjolainen 2009, 261). Ohjauksen tarkoitus on vähentää sairastamiseen liittyvää kuormittuneisuutta, rohkaista itsehoitoon ja vähentää fyysiseen harjoitteluun liittyvää pelkoa (Hannonen & Mikkelsen 2004). Ohjaukseen sairaanhoitajan ja/tai lääkärin tulee ottaa mukaan myös läheiset (Hannonen 2009e, 408; Stenbäck 2010). Sairaanhoitajan ja/tai lääkärin tulee kartoittaa FM-potilaiden elämäntilanne kokonaisvaltaisesti (ks. myös Elomaa & Estlander 2009b, 144 - 145; 2009c, 246). Sairaanhoitajan ja/tai lääkärin on keskeisen tärkeää selvittää FM-potilaiden mahdolliset sosiaaliset ongelmat (Hannonen 2009e, 408).

Tutustumalla FM-potilaisiin ja etsimällä hoitokeinoja yhdessä heidän kanssaan sairaanhoitaja ja/tai lääkäri voivat saavuttaa hoitotuloksia (Vainio 2007b, 131). Pitkäaikaisen hoidon tavoitteena on vahvistaa FM-potilaiden itsetuntemusta ja luoda uskoa heidän mahdollisuuksiinsa vaikuttaa sairautensa kulkuun. Heitä tulee rohkaista aktiiviseen elämään

sekä ohjata käyttämään tarpeen mukaan sairaanhoitajan ja/tai lääkärin apua. Hoidossa parhaat tulokset syntyvät moniammatillisella yhteistyöllä, jossa ovat mukana sairaanhoitaja, lääkäri ja fysioterapeutti. Fysiatriin, psykiatriin ja/tai toimintaterapeutin konsultointi voi olla tarpeen. (Buskila 2009; Carville & Choy 2008; Elomaa & Estlander 2009b, 144 - 145; 2009c, 246; Granström 2009c, 253; Hannonen 2007c, 422; 2009e, 407 - 408, 410; Huynh ym. 2008; Pohjolainen 2009, 259; Stenbäck 2010; Vainio 2004a, 73.) Sairaanhoitajat ja lääkärit eivät kiinnitä tarpeeksi huomiota kipupotilaiden henkiseen jaksamiseen arjessa (Tapio 2009). Seuraavissa kappaleissa esitän tutkijoiden erilaisia näkökantoja hoidosta.

Carville ja Choy (2008) ehdottavat, että FM-potilaiden hallitsevan oireen hoitaminen ensisijaisesti edesauttaa muidenkin oireiden hoitamista. Ollakseen hyödyllisiä hoitomuotojen täytyy sisältää sekä fyysistä että psyykkistä suorituskykyä parantavia elementtejä (Carville & Choy 2008; Crofford 2010; Hannonen 2009e, 410; Stenbäck 2010). FM:n hoito voi johtaa tuloksiin käyttämällä muutamaa todistettavasti tehokkaaksi todettua lääke- ja ei-lääkehoitomuotoa yhdistettynä (Buskila 2009; Carville & Choy 2008; Crofford 2010; Hannonen 2009e, 408; Stenbäck 2010).

Koska masennuslääkkeet myös lievittävät kipua, parantavat unta ja lisäävät ruokahalua, monet FM-potilaat hyötyvät niistä (Crofford 2010; Granström 2009c, 254; Hannonen 2007c, 421; 2009e, 409; Huttunen 2010a; Huynh ym. 2008; Saloheimo & Huttunen 2008; Stenbäck 2010; Vainio 2004a, 46). Cropley ja Theadom (2008) puolestaan esittävät, että FM:n uniongelmiiin ei ole olemassa pitkään vaikuttavaa, tehokasta hoitoa. Parhaiten FM:an tehoavat pieniannoksiset trisykliset masennuslääkkeet (amitriptyliini, doksepiini, klomipramiini, nortriptyliini, trimipramiini) (esim. Granström 2009c, 254, 256; Hannonen 2009e, 409). Parkinsonin taudin hoidossa käytettävä pramipeksoli auttaa FM:ssa levottomiin jalkoihin (Carville & Choy 2008). Epilepsia- ja neuropaattisen kivun lääkkeet pregabaliini ja gabapentiini ovat myös tehokkaita (esim. Crofford 2010; Hannonen 2007c, 424; 2009e, 409). Heikoista opioideista tramadolilla on tehoa FM-kipuun (esim. Crofford 2010). SNRI-lääkkeiden (duloksetiini, milnasipraani, venlafaksiini) ja mirtatsapiinin käytöstä voi olla hyötyä FM-potilaille (esim. Granström 2009c, 254, 256; Stenbäck 2010). Myönteisiä tuloksia voi antaa myös dopamiinin käyttö (Hannonen 2007c, 424; 2009e, 409). Liikunnan tulee olla osa kokonaishoitoa.

Liikunnan merkitys hoidossa korostuu (esim. Crofford 2010; Hannonen 2009e, 408; Sarzi-Puttini, Atzeni & Cazzola 2010; Stenbäck 2010; Suomalainen 2009, 44 - 45). Stone, Carson ja Sharpe (2005) sekä Valkeinen (2007) ovat saaneet rohkaisevia tutkimustuloksia fysioterapiasta ja voimaharjoittelusta FM:n hoidossa. Sitä vastoin Huynh ym. (2008) todistavat voimaharjoittelun tehon vähäistä näyttöä. Sen sijaan he suosittelevat aerobista harjoittelua (Carville & Choy 2008; Hannonen 2007c, 421; Huynh ym. 2008). Hannosen (2009e, 408) ja Suomalaisen (2009, 44 - 45) mukaan suositeltavia lajeja ovat kävely, sauvakävely, vesiliikunta, pyöräily, tanssi ja hiihto. Ruotsissa sairastuneiden kuntoutus on pidemmällä kuin Suomessa: 20 viikon ryhmäkuntoutusjakso sisältää muun muassa vesijumpppaa, rentoutusharjoituksia ja keskusteluja (Suomalainen 2009, 44 - 45). Liikunnalla on samankaltaisia terveyttä edistäviä vaikutuksia kuin kognitiivisella käyttäytymisterapiallakin.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia saa aikaan FM-potilaille suotuisia vaikutuksia. Se vähentää kipua ja väsymystä sekä parantaa mielialaa ja toimintakykyä – ilman sivuvaikutuksia. (Bergström 2007, 50 - 52; Carville & Choy 2008; Crofford 2010; Elomaa & Estlander 2009a, 110; 2009c, 246 - 247, 249; Granström 2009c, 257; Hannonen 2007c, 422; 2009e, 408; Huynh ym. 2008; Sarzi-Puttini ym. 2010; Schur ym. 2007; Stone ym. 2005.) Toisinaan myös psykodynaaminen psykoterapia, pariterapia tai traumaterapia voi hyödyttää FM-potilaita (Elomaa & Estlander 2009c, 249 - 250; Stone ym. 2005; Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2007, Saloheimon & Huttusen 2008 mukaan). Pitkäaikaisesta kivusta kärsivät voivat käyttää kahta psykososiaalista apukeinoa kivun ja sen negatiivisten seurausten vähentämiseen (Bergström 2007, 44 - 47; Elomaa & Estlander 2009a, 109 - 112; 2009b, 146; 2009c, 245, 249).

Apukeinot ovat itse-vaikuttaminen (self-efficacy) ja hyväksyminen (acceptans). Itse-vaikuttaminen on kipupotilaiden kokema kyky tuottaa itse toivomansa lopputuloksen mukaista käyttäytymistä käsitelläkseen kipuaan. Hyväksyminen tarkoittaa tietyn, tehdyistä hoidoista huolimatta jäljelle jäävän kivun hyväksymistä (vrt. Olsson & Olsson 2007, 10; Vainio 2007b, 96). Kivun hyväksyminen tutkitusti parantaa työ- ja toimintakykyä sekä vähentää terveydenhuoltopalvelujen ja lääkkeiden käyttöä (Elomaa & Estlander 2009c, 249). Vastaavasti kaksi psykososiaalista tekijää voivat lisätä kipua ja toimintarajoituksia. Ne ovat

epäonnistumisajatukset (katastroftankar) ja pelko-välttely (rädsla-undvikande). Epäonnistumisajatuksissa kipupotilaat ajattelevat tilanteesta pahinta keskittyessään voimakkaasti kipuun ja negatiivisiin odotuksiin siitä. Pelko-välttely -ajatusmallissa kivun pelko, vahingoittumisen pelko tai vahingon pahenemisen pelko johtavat toimintojen välttelyyn. Toimintojen välttely puolestaan johtaa moniin negatiivisiin fyysisiin ja psyykkisiin seurauksiin, kuten toimintarajoituksiin ja lisääntyneeseen kipuun (vrt. Pohjolainen 2009, 261). (Bergström 2007, 44 - 47; Elomaa & Estlander 2009a, 109 - 112; 2009b, 146; 2009c, 245, 249.) Seuraavissa kappaleissa tuon esiin muita ei-lääkkeellisiä FM:n hoitomuotoja.

Ruokavaliolla on merkitystä aivoille (Ruuti 2010). Esimerkiksi kukkakaali on hänen mukaansa hyvää aivoruokaa. Heikkoa näyttöä antoivat Huynh ym. (2008) mukaan kiropraktiikka, hieronta, sähköterapia, ultraääni-syvälämpö -hoito, akupunktio, kipupisteruiskeet ja venyttelyharjoittelu. Crofford (2010) on kuitenkin rohkaissut kokeilemaan terapeuttista hierontaa, joogaa, akupunktiota ja muita kehokeskeisiä (vrt. La Torre 2008) terapiota. Tutkimuksen mukaan kiinalainen terveysliikuntamuoto Tai Chi on lievittänyt merkittävästi FM:n oireita (Taggart, Arslanian, Bae & Singh 2003). FM:sa sairastavat ovat hyötäneet Pilates -kuntoilumenetelmästä merkittävästi (Martio 2010). Lämminvesialashoidot ovat osoittautuneet suositeltaviksi (Carville & Choy 2008). Todistettavasti villaisten petivaatteiden ja hartioista reisiin ulottuvien alusvaatteiden käyttö on vähentänyt oleellisesti FM-oireita (Kiyak 2009). Biopalautehoidossa FM-potilaat käyttävät apuna laitetta, joka antaa merkin heidän fysiologisen tilansa muutoksesta. Heidän on tarkoitus opetella säätelemään fysiologisia toimintojaan rentoutuksen ja mielikuvien avulla. (Elomaa & Estlander 2009c, 248.) Myös mielikeskeiset hoidot voivat olla tehokkaita.

Hypnoosi voi olla hyödyllistä (Elomaa & Estlander 2009c, 248; Huynh ym. 2008). Intensiivinen mietiskely eli meditaatio on tutkitusti vähentänyt vakavaa kipua ja stressiä (Goyal, Haythornthwaite, Levine, Becker, Vaidya, Hill-Briggs & Ford 2010). Ihmissuhteisiin liittyvästä ahdistuksesta kärsivät FM-potilaat ovat hyötäneet tunteiden paljastamisesta kirjoittamalla (Junghaenel, Schwartz & Broderick 2008). Vertaistuki on ollut FM-potilaille erittäin tärkeää (Belt, 2006; Elomaa & Estlander 2009c, 250; Pohjolainen 2009, 261; Söderberg 2007, 162). FM-potilaat voivat saada rukoilemisesta apua selviytymiseen ja

yksinäisyyden tunteeseen (Olsson & Olsson 2007, 12). Olipa hoitomuoto mikä tahansa, on tärkeää, että se parantaa FM-potilaiden elämänlaatua.

FM-potilaiden elämänlaatu sekä työ- ja toimintakyky heikkenevät pitkään jatkuneiden, laaja-alaisten kipujen ja uupumuksen seurauksena (Crofford 2010; Granström 2009c, 258; Hannonen 2009e, 406, 410; Pohjolainen 2009, 261; Stenbäck 2010). Keskittymiskyvyttömyys, uuden oppimisen ja ilmaisun ongelmat, muistin huononeminen ja vaikeudet vastata uusiin haasteisiin hankaloittavat ansiotyötä (Cassisi ym. 2008; Crofford 2010; Haavisto 2010; Hannonen 2009e, 404). FM-potilaat ovat usein kyvyttömiä tekemään työtehtäviä, joissa vaaditaan kestävyttä, voimaa, näppäryyttä tai uusien asioiden opiskelua (Hannonen 2009e, 410).

Yhteiskunta määrittelee työntekoa, työkyvyttömyyttä ja niistä maksettavia korvauksia. Niillä yhteiskunta voi joko lisätä tai vähentää FM-potilaiden kipua ja elämänlaatua. (Vainio 2004a, 39.) Suomessa FM ei riitä Kelalta saatavan työkyvyttömyyseläkkeen perusteeksi (Hannonen 2009e, 410). Kela voi myöntää alentuneen työkyvyn perusteella ammatillista tai harkinnanvaraista lääkinnällistä kuntoutusta (Hannonen 2007b, 427 - 428). Belt (2006) on tutkinut Kelan järjestämän moniammatillisen, tietopainotteisen kuntoutuskurssin vaikutusta. FM-potilaiden masentuneisuus, ahdistuneisuus ja fyysiset oireet ovat vähentyneet, mutta ovat lisääntyneet ennalleen seurantamittaukseen mennessä. Unihäiriöihin kuntoutuskurssilla ei ole ollut vaikutusta, vaikka energisyys on lisääntynyt pysyvästi ja väsymys vähentynyt tilapäisesti. FM-kuntoutujat ovat olleet motivoituneita ja arvioineet kurssin hyödylliseksi. Tärkeimpiä kurssin anteja ovat olleet vertaistuki, tiedon saanti ja liikuntaan motivoituminen. (Belt 2006.) Sairaanhoidajien on tärkeää ymmärtää kipu laajemmassa merkityksessä kuin vain fyysisenä oireena.

2.2 Kipu ja mieli

Kivulla on biologinen tehtävä. Se tiedottaa aivoille syntyneestä kudოსvauriosta tai toimintahäiriöstä. Sähköiset ja kemialliset tapahtumat syntyvät kudოსvaurion tai toimintahäiriön aiheuttaman ärsykkeen ja sen aiheuttaman kiputunteuksen välillä. Nämä

tapahtuvat hermoston kipuradassa. Kipurata kulkee kudoksissa olevista hermopäätteistä hermorunkoja pitkin selkäytimen kautta aivokeskuksiin ja päättyy talamuksen kautta aivokuorelle. (Vainio 2009c.) Kipu on yhtä aikaa sekä fyysistä että psyykkistä, sekä hermotoimintaa että tunnetta eli psykogeenistä (Granström 2009b, 157; Huttunen 2010a; Vainio 2009d, 29). Kipu vaikuttaa mielialaan, uneen, ihmissuhteisiin ja taloudelliseen tilanteeseen (Cropley & Theadom 2008; Granström 2009a, 112 - 113). Mielestäni käsitys kivusta on avartunut verrattuna menneisiin aikoihin.

Aiemmin kulttuuriamme hallinneen ihmiskäsityksen mukaan mieli ja keho olivat erillisiä ilman keskinäistä vuorovaikutusta. Siten myös biologiset ja psykoterapeuttiset hoitomuodot olivat jyrkästi erossa toisistaan. Nykyään ihminen on paremmin ymmärrettävissä kokonaisuutena, jota ylläpitävät mielen ja kehon vuorovaikutuksessa toimivat tuntemukset. Mikäli elävä vuorovaikutus estyy mielen riittämättömän käsittelykyvyn takia, keho alkaa reagoida. (Siltala 2006, 25, 27 - 29, 78 - 79.) Osa psyykkisten tekijöiden vaikutuksista välittyy sisäelinhermostoon liittyvien tapahtumaketjujen kautta. Myönteinen mieli pystyy tekemään myönteisiä muutoksia. (Huttunen 2010a.) Aivojen sähköinen ja kemiallinen toiminta muuttuu voimakkaan kivun kokemisessa. Miellyttävät ajatukset tutkitusti vähentävät koettua kipua ja epämiellyttävät lisäävät sitä. Kivun ja mielen välillä vallitsee symbioosi, sillä psyykkisten ja elimellisten tapahtumien välillä on jatkuvaa vuorovaikutusta. Syyt ja seuraukset eivät ole erotettavissa. (Huttunen 2010a; Vainio 2004a, 23, 30 - 31, 39, 110, 133.)

Ihminen on psykofyysinen kokonaisuus (Granström 2009c, 252) tai oikeammin biopsykososiaalinen kokonaisuus (Pohjolainen 2009, 259). Kipulääkärille sielu, henki tai mieli on läsnä jokaisessa solussa ja on osa kokonaisuutta (Vainio 2007b, 55). Kokeellinen kipututkimus on antanut lisäymmärrystä kipua aistivan hermojärjestelmän toiminnasta. Myös ihmisen reagoititapa akuuttiin ja jatkuvaan kipuun on nykyään paremmin ymmärrettävissä. Kivuliaan tapahtuman muistijäljet voivat jäädä jatkuviksi. Jatkuvalle kipuärsytykselle altistuminen aikaansaa hermoston muutoksia. Ne voivat voimistaa ja jatkaa kipua hermojärjestelmässä vielä alkuperäisen, kudonsvauriota aiheuttaneen ärsytyksen jo loputtua. (Vainio 2004a, 25, 33; 2009c.) Jatkuvia kivun muistijälkiä voivat olla menneisyyden käsittelemättömät traumaattiset kokemukset.

Traumaattisia kokemuksia löytyy usein FM:n toiminnallisten oireiden taustalta. Traumaperäistä stressihäiriötä aiheuttavat perheväkivalta, konkreettiset ja emotionaaliset menetykset, nöyryytykset tai muut traumaattiset kokemukset. (Ahokas & Savola 2006; Crofford 2010; Heckman & Westefeld 2006; Kupila 2008; Pohjolainen 2009, 261; Salokangas, Luutonen, Graf Von Reventlow, Patterson, Huttunen, Nieminen, Laine & Karlsson 2006; Vainio 2004a, 71 - 72, 94 - 97.)

Väkivaltakokemukset muuttavat aivojen toimintaa ja jopa sen rakennetta. Ne aikaansaavat stressitilan, joka vaikuttaa geeneihin, jotka puolestaan ohjaavat ja säätelevät aivojen kehittymistä. Kun aivot kehittyvät jatkuvan pelon ja uhan alla, ne alkavat ylireagoida stressikokemuksiin. Se häiritsee impulssikontrollia ja vääristää havaintoja. Lapsuuden väkivaltakokemukset vaikuttavat suoraan aivojen neurobiologisiin järjestelmiin ja neurofysiologiseen kehitykseen. Limbinen järjestelmä antaa kokemuksillemme niiden emotionaalisen merkityksen ja on keskeisessä roolissa kaikissa itsesäätelytoiminnoissamme. Limbinen järjestelmä on myös muistijärjestelmämme keskiö, sillä kaikki tietoiset muistot prosessoituvat siellä. (Juutilainen 2009.)

Kun ihmisen normaali tajunnan, muistojen, identiteetin ja havaintojen yhdistyminen on häiriintynyt, on kyse dissosiaatiosta. Dissosiaatio estää ihmistä muistamasta traumaattisia tapahtumia, mikä voi oireilla muun muassa halvauksina ja tuntuu puutoksina (vrt. Granström 2009b, 154; Munnukka-Dahlqvist 2001, 24 - 25). Keho muistaa kokemukset myös tunteuksina, toimintoina, oireina, kiihtymis-, jännitys- ja kouristustiloina. Muisto tapahtumista, ristiriidat ja ongelmat voivat purkautua ulos ruumiillisina oireina tai sairautena. (Heckman & Westefeld 2006; Huttunen 2010a; Munnukka-Dahlqvist 2001, 24 - 25; Siltala 2006, 27 - 29, 78 - 79.)

Edellä mainituissa tilanteissa trauma on lukkiutunut kehoon ja jähmettynyt energia ei ole päässyt purkautumaan taisteluksi tai paoksi (Munnukka-Dahlqvist 2001, 25 - 26). Naisen keho on haavoittuvainen ruumiillis-psykkisesti elämän ristiriitatilanteissa. Haavoittuvuus ilmenee muun muassa depressiivisinä tiloina konkreettisten ja emotionaalisten menetysten, pettymysten ja kuormittavien tilanteiden yhteydessä. Menetykseen liittyvän vihan jäädessä tunnistamatta ja työstämättä, se voi jäädä työstettäväksi solutasolla vaikkapa syöpäkasvaimien muodossa. Nykyajan naisten uupumuksella on tärkeä merkitys. Rajut markkinavoimat ja kiire ajavat naiset ääri rajoille (vrt. Martinez-Lavin 2007; Vainio 2007b, 98, 101 - 102) ja

traumatisoivat lisää. Tällöin heillä ei välttämättä riitä voimia työstää entisiä eikä uusia tuskallisia kokemuksia. (Siltala 2006, 78, 86, 89, 103.)

Tuskallisten kokemusten hermojärjestelmään jättämät jäljet ovat vaikeasti hävitettävissä (vrt. Kalso & Kontinen 2009, 93). Aivojen tietoinen osa ei pääse kertomaan tunneavoille, että vaaraa ei enää ole. (Vainio 2004a, 95 - 96.) Munnukka-Dahlqvist (2001) ja La Torre (2008) korostavat, että traumojen hoitoon ei aina riitä yksistään puhuminen. Tämä johtuu siitä, että tuskalliset kokemukset ovat tallentuneet muistin ei-kielelliselle puolelle. Hoidon tulee sisältää myös kehon kanssa työskentelyä, jolloin motoriset liikkeet voivat vapauttaa jähmettynyttä energiaa. (Munnukka-Dahlqvist 2001, 22 - 23, 26 - 27.)

Keho-mielikeskeistä menetelmää toteuttaa myös Pääkkö (2010). Hän käyttää ryhmätyönohjauksessaan ja psykoterapeuttisessa asiakastyössään filosofian tohtori David Bercelin kehittämää TRE -menetelmää (Trauma Releasing Exercises). Menetelmä perustuu kehon ja mielen yhteistyöhön tarinan avulla. Tarina vapauttaa neurologiseen järjestelmään, mieleen ja lihaksistoon tallentuneita jännitteitä. Menetelmä on käyttökelpoinen stressin ja traumojen hoidossa sekä itsehoidossa. (Pääkkö 2010.) Pitkäkestoisen posttraumaattisen stressihäiriön ensisijainen käypähoitosuositus on traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymispsykoterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia tai EMDR -psykoterapiamenetelmä. EMDR tulee sanoista Eye Movement Desensitization and Reprocessing. (Ponteva 2009.) Myös Vainio (2004a) viittaa psykologi ja tutkija Francine Shapiroon kehittämään yksinkertaiseen, mutta tehokkaaseen traumaperäisen stressihäiriön EMDR -hoitomenetelmään. EMDR -hoidossa tehtävät silmäliikkeet muistuttavat REM-unen aikana tapahtuvia silmäliikkeitä. Menetelmän nopeus ja tehokkuus selittynevät tosiasialla, että menetelmä mahdollistaa yhteyden saamisen kokemuksen moniin eri puoliin (Munnukka-Dahlqvist 2001, 30 - 31). Tutkijat esittävät, että aivot sisältävät parantavan ”informaationkäsittelyn sopeuttamismekanismiin”, joka häivyttää vaikeat tunnekokemukset. Hoidettava voi näin saada helpotusta stressiinsä. (Vainio 2004a, 96 - 97.)

Stressi näyttää olevan yksi FM:n kehittymiseen myötävaikuttava tekijä (Crofford 2010; Martinez-Lavin 2007). Stressi, masennus tai pelot myös voimistavat FM-oireita nostaessaan verenpainetta tai aiheuttaessaan lihaskouristuksia (Bennett ym. 2007; Crofford 2010; Granström 2009a, 114; Hannonen 2007c, 416; 2009e, 405; Huynh ym. 2008; Martinez-Lavin

2007; Saloheimo & Huttunen 2008; Vainio 2004a, 46, 110 - 111). Kroonisen, piilossa olevan psykologisen stressin ja stressivastejärjestelmän toiminnallisten muutosten välillä on yhteys. Tämä yhteys puolestaan myötävaikuttaa ahdistuksen, kivun ja väsymyksen oireiden syntymiseen. (Hannonen 2009e, 406; Okifuji & Turk 2002.) Usein FM-potilaat kokevat pätevänsä suorittamisella ja suorituskyvyn alennuttua seuraa stressiä ja stressistä kipua (Hannonen 2009e, 406 - 407). He ovat tunnollisia, ahkeria ja itseltään paljon vaativia. He asettavat muiden tarpeet omiensa edelle. (Stenbäck 2010; Vainio 2007b, 102.) Sairaanhoidajien tulee opettaa FM-potilaille stressinhallintakeinoja. FM-potilaat tarvitsevat sairaanhoidajilta tukea olemassa olevien voimavarojensa tunnistamisessa ja hyödyntämisessä sekä uusien löytämisessä.

Kankkunen, Nousiainen ja Kylmä (2009) ovat tutkineet 103 pitkäaikaisesta kivusta kärsivien sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja. He ovat tutkineet taustamuuttujien yhteyttä voimavaroihin. Ulkoisia voimavaroja ovat olleet yhteenkuuluvuus, emotionaalinen tuki, tiedollinen tuki ja välineellinen tuki. Sisäisiksi voimavaroiksi he ovat määritelleet hallinnan tunteen, elämäkokemuksen sekä suhtautumisen nykyisyyteen ja tulevaisuuteen. Myös itsetunto, tiedolliset voimavarat, selviytymisstrategiat ja fyysinen toiminta ovat lukeutuneet sisäisiin voimavaroihin. Huomion suuntaaminen muihin asioihin kivun lievityskeinona on lisännyt kipupotilaiden sisäisiä voimavaroja (ks. myös Vainio 2004a, 31). Myös ne, joilla on ollut kaksi tai useampia kivunlievityskeinoja käytössään, ovat kokeneet sisäisten voimavarojensa lisääntyneen. Tutkimuksen päätelmän mukaan muun muassa erityisesti kipupotilaiden yksilöllisiä keinoja hallita kipuaan tulee tunnistaa ja tukea. Jatkotutkimusehdotukseksi tutkijat ovat ehdottaneet selvittää, millä tavalla sairaanhoidajat voivat auttaa kipupotilaita lisäämään omia kivunhallintakeinojaan. (Kankkunen ym. 2009.) RT voi toimia kipupotilaille omana yksilöllisenä kivun lievitys- ja hallintakeinona. Taulukossa 1 (liite 1) esittämäni kaksi Suomessa toteutettua tutkimusta todistavat RT:n vaikuttavuutta kivun hoidossa (vrt. Håkanson 2008; Sandström 2000, 41 - 42; Strauss 2008, 59; Vernooij & Schneider 2008, 94).

2.3 Ratsastusterapia

RT on kuntoutusmuoto, jota toteuttavat koulutettu ratsastusterapeutti, terapia-avustaja ja hevonen yhdessä yksilöllisesti, suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti. RT:ssa on pyrkimys siirtää opitut taidot sekä tunteet ja niiden hallinta jokapäiväiseen elämään. (Selvinen 2004.) RT vaatii koulutetulta terapeutilta herkkyyttä ja ammattitaitoa havainnoida sekä ohjata ihmisen ja hevosen välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saavuttamaan asetetut tavoitteet. RT on osa asiakkaan kokonaisvaltaista kuntoutusta (vrt. Aro 2003; Strauss 2008, 17, 23, 25, 59, 131; Vernooij & Schneider 2008, 200). (Suomen ratsastusterapeutit 2010.)

Suomalainen RT lähtee ajatuksesta, että keho ja mieli ovat erottamattomat. Suomessa RT -koulutus on yhteinen kaikille ammattiryhmille. Hoidettavan ihmisen huomiointi on kokonaisvaltaista, sisältäen tietoa sekä motorisista, sensorisista että psykososiaalisista vaikutuksista. Ratsastusterapeutiksi opiskeleva fysioterapeutti saa psykologista tietoa ja pedagogisia taitoja. Vastaavasti opettaja ja psykologi saavat RT -koulutuksessa valmiuksia liikkumisen ohjaamiseen. Koulutuksen jälkeen jokainen toteuttaa RT:a oman ammatillisen erityisalueensa suuntautumisen mukaan. (Selvinen, 2004.) Saksalaiset lokeroivat RT -koulutuksen ja toteutuksen fysioterapeuttien hippoterapiaan, pedagogien ja psykologien heilpedagogiseen ratsastukseen ja psykoterapeuttien hippo-psykoterapiaan (Vernooij & Schneider 2007, 197 - 198, 203 - 208). RT eroaa sosiaalipedagogisesta hevostoiminnasta, joka tukee arjen hallintaa ja täydentää kokonaisvaltaista kuntoutumista yhteistoiminnallisesti. RT ei lukeudu myöskään vammaisratsastukseen, joka on erityisryhmille suunnattua harrastustoimintaa. (Terävä 2010.) RT:ssa ei ole tavoitteena oppia ratsastusta, vaan oman kehon, mielen ja/tai käyttäytymisen hallintaa hevosen avulla (Suomen ratsastusterapeutit 2010). Hevonen vaikuttaa liikkeellään ihmisen neuromotoriikkaan, kehollaan ihmisen sensomotoriikkaan sekä olemuksellaan ihmisen psikomotoriikkaan ja sosiomotoriikkaan (Strauss 2008, 17, 30 - 31).

Neuromotorisesti hevosen liike parantaa lihasjänteiden säätelyä, hengitystä, suomotoriikkaa, tasapainoa, vartalotasapainoa ja istuma-asentoa. Kävely, rytmi, symmetria, pystyyn nouseminen ja selkärangan ryhti sekä nivelten liikkuvuus paranevat myös. (Strauss 2008, 14,

24, 31 - 33, 59; Vernooij & Schneider 2008, 200.) RT sopii erityisen hyvin hermostoperäisistä liikehäiriöistä kärsivälle (ks. myös Vernooij & Schneider 2008, 94, 200). Se lievittää hermostoperäisiä kipuoireita spastisuuden eli jäykkyyden vähentämisen kautta (vrt. Håkanson 2008; liite 1, taulukko 1; Sandström 2000, 41 - 42; Vernooij & Schneider 2008, 94). RT hyödyttää posttraumaattisista hermostoperäisistä sairauksista ja -häiriöistä kärsivää (vrt. Heintz 2009, 70 - 83; Vernooij & Schneider 2008, 205). RT:ssa hevonen vaikuttaa ihmisen kaikkiin aisteihin (Strauss 2008, 33, 45; Vernooij & Schneider 2008, 200).

Sensomotorisesti hevosen keho tehostaa ihmisen kehon ja tilan hahmottamista (vrt. Sandström 2000, 4, 12 - 13) sekä syvyysherkkyttä. Jo yli 2400 vuoden ajan (Vernooij & Schneider 2008, 197) ratsastajan aistitoiminta on aktivoitunut monipuolisesti hevosen rytmikkäiden käyntiliikkeiden ansiosta (Sandström 2000, 16). Siten liike on hevoselle ja ratsastajalle yhteinen (Strauss 2008, 5). Käyntiliike tapahtuu vaakasuorassa, poikittaisessa ja pystysuorassa tasossa. Vaakasuorassa tasossa ratsastajan keho liikkuu eteenpäin ja taaksepäin sekä tekee rotaatioita eli kiertoliikkeitä. Poikittaisessa tasossa ratsastajan keho liikkuu vasemmalle ja oikealle. Pystysuorassa tasossa ratsastajan keho liikkuu ylöspäin ja alaspäin. Liikeharjoitukset toistettuina lisäävät ihmisen aivojen hermoliikehäntää, sillä aivoilla on kyky järjestäytyä rakenteellisesti ja toiminnallisesti uudelleen. (Sandström 2000, 9, 14 - 15; Strauss 2008, 25, 38 - 39.) Hevosen käyntiliike tuottaa minuutissa yli 100 liikeimpulssia (Strauss 2008, 31; Vernooij & Schneider 2008, 199), jotka välittyvät hevosesta ratsastajan vartaloon. Impulssit tarkoittavat tietyn voiman ja tietyssä ajassa tuottamia liikemäärän muutoksia. Ne vaikuttavat ratsastajan tukirankaan, pään tasapainotilaan ja motorisiin taitoihin. (Sandström 2000, 12 - 13, 24 - 25; Strauss 2008, 38 - 39, 80.)

RT tehostaa ihmisen kävelyn pohjana olevia lantion liikkeitä ja niiden aistitoimintoja, jotka syntyvät ratsastajalle hevosen selässä. Kävelemisen harjoittelu hevosen selässä on siten mahdollista ja mielekästä. Mielekäs toiminta tuottaa positiivisia muutoksia, kun tietoisuus tietyistä kehonosasta lisääntyy ja sen liikkeiden hallintakyky paranee. Ne toteutuvat, kun ratsastaja istuu oikeassa asennossa. RT vaikuttaa neuraaliseen ruumiinkuvaan, joka sijaitsee oikeanpuoleisen päälakilohkon assosiativisilla alueilla. (Sandström 2000, 4 - 6, 9, 12 - 16, 24 - 25, 43.)

Alueet ovat vastavuoroisessa yhteydessä otsalohkojen motorisiin alueisiin, talamukseen sekä tunteita ja motivaatioita tuottaviin limbisiin rakenteisiin (vrt. Juutilainen 2009; Strauss 2008, 25). Neuraalinen ruumiinkuva luo pohjan ruumiinkuvan psykologiselle puolelle eli minäkokemukselle tai minuudelle. RT voi tällä tavoin vaikuttaa minäkuvaan kuuluviin omanarvon- ja pystyvyydentunteisiin. (Sandström 2000, 4 - 6, 9, 12 - 16, 24 - 25, 43.) Hevonen kykenee pelkällä läsnäolollaan ja ominaisuuksillaan alentamaan ihmisen verenpainetta ja vähentämään stressiä (Vernooij & Schneider 2008, 158). Psykomotorisesti hevosen olemus lisää keholuottamusta, persoonallisuuden kehittymistä ja kykyä sosiaalisiin suhteisiin (vrt. Vernooij & Schneider 2008, 65, 109 - 117, 200). Sosiomotorisesti hevosen olemus vaikuttaa kaikilla yhteystasoilla, kaikkien hevosen kanssa tekemisten yhteydessä. Hevonen olemuksellaan kehittää ihmisen kommunikointikykyä ja vapauttaa ihmisessä psyykkisiä kykyjä. (Strauss 2008, 33 - 34, 45.)

RT sopii käytettäväksi myös psykiatriassa ja neuropsykologiassa. Lisäksi sisätaudit, toimintaterapia, ortopedia, ennaltaehkäisy ja kuntoutus ovat RT:n mahdollisia käyttöalueita. (Strauss 2008, 15 - 17.) Hevosten käyttö kuntoutuksessa voi nopeuttaa sairauden paranemisprosessia (Vernooij & Schneider 2008, 159). RT:n rajoituksia ovat monet kontraindikaatiot eli vasta-aiheet. Tällainen voi olla esimerkiksi liiallinen jäykkyys, joka estää haaraistuma-asentoon pääsemisen. Akuuttitilassa olevat tulehdusperäiset luunivelsairaudet ovat esteenä RT:n käytölle. Kehityksen aiheuttamat, vamman jälkeiset tai leikkauksen jälkeiset, rakenneviasta johtuvat selkärangan muutokset poissulkevat RT:n. Rennon istuma-asennon estävät lonkkanivelen muutokset poissulkevat RT:n, jos ne ovat tulehduksellisia, tapaturmaisia, rappeutuvia tai kehityksellisiä. RT:n käytön voivat estää myös kaksinkertaiset sairaudet. Sellaisia ovat esimerkiksi hevosesta tai hevosen ympäristöstä aiheutuvat allergiat. Lisäksi hallitsemattomat reaktiot, tarkkaavaisuuden puute, puuttuva yhteyskyky terapiatiimiin ja ylipääsemätön pelko voivat olla esteinä RT:n käytölle. (Strauss 2008, 60 - 61.) Seuraavissa kappaleissa viitataan taulukkoon 2 (liite 2) kokoamiini tutkimuksiin ja projekteihin.

RT:lla on ollut suotuisia vaikutuksia myös ihmisen mieleen. Luottamuksen ja turvallisuuden tunteen lisääntymistä ovat havainneet Burgon (2002), Kunz (2008) ja Pellikka (2006) tutkimuksissaan. RT on edistänyt sosiaalista piristymistä ja sosiaalisten suhteiden paranemista (Broström & Holtz 2006; Burgon 2002; Sundberg & Söderblom 2007; Wiger 2003). RT on

kasvattanut myös tutkimushenkilöiden itseluottamusta (Håkanson 2008; Kunz 2008; Sundberg & Söderblom 2007; Wiger 2003). Masentuneisuus on vähentynyt (Nikanne & Tauriainen 2000; Palola 2003; Pulkkinen 2000) ja keskittymiskyky parantunut (Pellikka 2006; Tuomainen 2010; Wiger 2003). Tunteiden peilaaminen ja osoittaminen on helpottunut hevosten avulla (Pellikka 2006; Pulkkinen 2000; Tuomainen 2010). RT:ssa minäkuva on parantunut (Broström & Holtz 2006; Burgon 2002; Pellikka 2006), hyväksytyksi tulemisen tunteet lisääntyneet (Burgon 2002; Kunz 2008), ahdistuneisuus (Håkanson 2008; Nikanne & Tauriainen 2000) ja stressi vähentyneet (Håkanson 2008). RT on vähentänyt pelkoa (Hänel 2001; Kunz 2008) ja agressiota (Halvarsson & Ekström 2000; Hänel 2001; Palola 2003) sekä tehnyt mahdolliseksi onnistumisen kokemisen (Palola 2003; Pellikka 2006), vaikuttaen siten myös itsetuntoon.

Itsetunnon ja omanarvontunteen kohoamista (Palola 2003; Pellikka 2006) sekä vuorovaikutustaitojen paranemista (Palola 2003; Pellikka 2006) on ollut myös mahdollista kokea. RT on lisännyt motivaatiota (Burgon 2002) ja voimaannuttanut ihmistä (Hänel 2001). Håkanson (2008) on raportoinut kivun vähenemisestä ja unen paranemisesta. Kunz (2008) on päätenyt tutkimustuloksissaan lisäksi mielialan kohoamiseen, hyvänolon tunteen kasvamiseen ja tunteiden muuttumiseen myönteisemmiksi. Hän on havainnut myös oman kehon mielihyvän tunteen ja rentoutumisen lisääntymistä sekä hyvän tekemishalun kasvamista.

Nikanteen ja Tauriaisen (2000) tutkimuksessa masennuspotilaat ovat arvioineet työkykynsä kohonneen. Palola (2003) on todennut lasten innostuksen kasvaneen, koulunkäyntihalukkuuden lisääntyneen, ylivilkkaan käytöksen rauhoittuneen ja keskustelukyvyn parantuneen. Elämäntarkoituksen tunne on lisääntynyt (Broström & Holtz 2006). Yhteisöllisyys on lisääntynyt ja luottamussuhde on syntynyt. Tulevaisuuden suunnittelu on innostanut, mielenkiinnon kohde on löytynyt ja murheet ovat unohtuneet. (Pellikka 2006.) Asiantuntijahaastattelun mukaan RT on auttanut surutyön tekemisessä, kehityskriiseissä, psyykkisten oireiden hoitamisessa, syömishäiriöissä ja inestikokemusten käsittelemisessä (Pulkkinen 2000). RT:lla on ollut positiivinen vaikutus psyykkiseen terveyteen ja hyvinvoinnin lisääntymiseen (Broström & Holtz 2006; Sundberg & Söderblom 2007). Psykoottisuus on vähentynyt ja sen myötä ovat hoito- ja kotipalveluiden kustannukset

alentuneet (Halvarsson & Ekström 2000). He ovat viitanneet myös itsetuntemuksen ja rohkeuden lisääntymiseen rajojen asettamisessa itselleen sekä uusien asioiden kokeilemisessä. Tuomainen (2010) on raportoinut tuloksissaan yhteyden luomisesta ja vuorovaikutuksen syntymisestä lapsen hevosen avulla. Lisäksi hän on havainnut, että tutkimushenkilöt ovat rentoutuneet ja olleet vastaanottavaisempia ja rauhallisempia kuin aiemmin. Seuraavassa luvussa esittelen opinnäytteeni tarkoituksen, tavoitteen, tutkimustehtävät.

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tarkoitukseni on kuvailla FM-potilaan kokemuksia FM:sta ja RT:sta. Tavoitteeni on lisätä sairaanhoitajien tietoa FM:sta ja RT:sta FM-oireiden lievityskeinona. Tavoitteeni on lisätä sairaanhoitajien mahdollisuuksia auttaa FM-potilaita lisäämään kivunhallintakeinojaan. Tavoitteeni on tehdä näkyväksi erään FM-potilaan tarina, jonka avulla lisään sairaanhoitajien ymmärrystä FM-potilaiden hoitoon. Tutkimustehtäväni ovat:

1. Miten FM-potilas kokee FM:n?
2. Miten FM-potilas kokee RT:n?

Opinnäytteestäni sairaanhoitajat saavat FM:sta tietoa, jota sairaanhoitajilta ja kanssaihmisiltä puuttuu edelleenkin (esim. Ablin ym. 2007). FM-potilaiden työssä jaksaminen on heikkoa valtavien kipujen ja niistä johtuvien unettomien öiden aiheuttaman väsymyksen vuoksi. (Stenbäck 2008.) FM:an liittyy lisääntynyt sairausloman tarve (Kivimäki, Leino-Arjas, Kaila-Kangas, Virtanen, Elovainio, Puttonen, Keltikangas-Järvinen, Pentti & Vahtera 2007). Oireyhtymään vaikuttavaa hoitoa ja kuntoutusta on olemassa niukasti (esim. Haavisto 2010; Suomen Reumaliitto n.d). Sairaanhoitajien tulee tehdä kivunhoitoa yhteistyössä ja moniammatillisesti (esim. Buskila 2009; Stenbäck 2010). Kankkunen ym. (2009) ehdottavat jatkotutkimusaiheeksi selvittää, miten sairaanhoitajat voivat auttaa kipupotilaita lisäämään kivunhallintakeinojaan. RT vähentää kivun määrää ja auttaa hallitsemaan kipua (esim. Håkanson 2008). FM:ssa voi esiintyä mielialahäiriöitä, esimerkiksi masennusta ja/tai ahdistusta (esim. Cassisi ym. 2008). RT hoitaa ihmisen mieltä (liite 2, taulukko 2). Mieli ja keho vaikuttavat toisiinsa (esim. Huttunen 2010a), erityisesti monitahoisessa FM:ssa.

Syvennän tietämystäni monitahoisesta FM:sta ja RT:n vaikutuksista siihen. Edistän kliinistä osaamistani FM-potilaiden lääkehoidossa ja hoitotyön asiakkuusosaamistani kehittämällä kokonaisvaltaisen hoitotyön osaamista, asiakaslähtöisyyttä ja vuorovaikutusta. Opin asiakaslähtöisesti tunnistamaan ja arvioimaan kenelle RT sopii. RT:n poissulkevia seikkoja on useita (esim. Strauss 2008, 60 - 61). RT edistää kipupotilaiden terveyttä fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Siten opinnäytteeni vahvistaa myös terveyden edistämisen osaamistani. (Auvinen ym. 2010.) Seuraavassa luvussa selvitän, miten toteutan opinnäytteeni.

4 OPINNÄYTTEEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusote

Opinnäytteen kvalitatiivisen tutkimusotteen lähtökohta on, että vain haastateltavallani on tieto ja kokemus aiheesta todellisessa elämässä. Haastateltavani valinta on siten tarkoituksenmukaista. Kokemusten tutkimiseen sopii narratiivisuus eli kerronnallisuus, joka on kvalitatiivisen tutkimuksen tunnusmerkkejä. Tapaustutkimus on yksi kvalitatiivisen tutkimuksen lajeista. Aineisto sisältää ei-numeerista, merkityksiä sisältävää tietoa, joka ei ole mitattavissa määrällisesti. (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 126 - 127, 133, 157 - 158, 160, 213 - 215.)

Valitsin induktiivisen eli aineistolähtöisen tutkimusotteen, koska saatavilla oleva tieto RT:sta kivun hoidossa oli vähäistä. Tutkimustietoa RT:n käytöstä FM-potilaan hoidossa en onnistunut löytämään lainkaan. Induktiivisen lähtökohdan käyttäminen oli siten perusteltua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

4.2 Kerronnallinen haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Kertomus on tietämisen muoto, joka on kenties ihmisen tärkein väline ajallisuuden ymmärtämisessä. Kertomukset jäsentävät eettistä paikkaamme maailmassa. Kertomus on myös vuorovaikutuksen väline, sillä kertomalla jaetaan ja tehdään ymmärrettäväksi kokemuksia, luodaan luottamusta ja ylläpidetään ryhmiä. Kertomus välittää sanatonta tietoa ja jaettuja oletuksia kulttuurista olettamalla asioita tunnetuiksi. Kertomus vastaa kysymykseen, kuka minä olen. (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 189.)

Narratiivisen eli kerronnallisen haastattelun tavoitteena on saada tutkimusaineistoksi kertomuksia. Perusideana on, että tutkija pyytäessään kertomuksia antaa myös tilaa kertomiselle. Hänen tulee esittää kysymyksiä, joihin hän oletettavimmin saa vastaukset kertomuksina. Vastaajilla on luontainen pyrkimys vastata kertomuksen muodossa. Kertomukset sisältyvät aina laadulliseen haastatteluun. Yksi laaja kysymys ja siihen saatu

kertomus voivat kattaa haastattelusta suurimman osan. (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 189 - 194.) Olen valinnut kysymykseksi: Kertoisitko minulle RT -kokemuksistasi, siitä miten RT on vaikuttanut kaikkiin FM-oireisiisi? (liite 3). Kysymys sallii haastateltavan päättävän, mistä hän aloittaa ja mitä, miten ja missä järjestyksessä kertoo. Tilanteissa, joissa puhetta ei ennakoon jäsenellä, kertomukset voivat kukoistaa. Tällä tavoin haastateltavaa voidaan innostaa ja rohkaista kertomaan kertomuksensa. (Holloway & Freshwater 2007, 76.) Haastattelijan vaikutus on minimoitu ja siten haastateltavan kertomus voi olla mahdollisimman aito ja luotettava. Haastattelu perustuu kuitenkin vuorovaikutukseen, sillä haastattelu tapahtumana on aina aktiivinen. Kertomus välittää aina kokemuksen. Onnistuneen haastattelun edellytyksenä on, että haastateltava kantaa vastuun kertomisesta. (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 198 - 199.) Esityönä tutkijalle on tarpeellista tietää tutkittavasta ilmiöstä, mikä auttaa ymmärtämään haastateltavan kertomusta helpommin ja nopeammin (Holloway & Freshwater 2007, 77). Haastattelumenetelmä on tieteellisesti hyväksyttävä ja tukee tutkimustehtävääni. Haastattelu on kolmivaiheinen.

Haastattelun **ensimmäisessä vaiheessa** esitin varsinaisen haastattelukysymyksen (liite 3). Lähetin haastateltavalleni haastattelukysymyksen mukana suostumuslomakkeen (liite 4) ja taustakysymykset (liite 3). Samalla ilmoitin hänelle tekeväni haastattelun kertomuksen muodossa. Kerronnallinen haastattelu on tuottoisinta, kun haastattelija tukahduttaa halunsa puhua ja auttaa haastateltavaa tuottamaan omaehtoista puhetta (Holloway & Freshwater 2007, 76). Pyrin kannustamaan haastateltavaa kertomaan (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 195) ja luomaan kertomiselle miellyttävät puitteet (Holloway & Freshwater 2007, 76). Pyysin häntä kuvaamaan kaikenlaisia mielessä liikkuvia ajatuksia aiheesta. Pääasiaksi esitin, että hänen ajatuksensa ja kokemuksensa RT:sta olivat aitoja. Mainitsin, että kirjoituksessa hänen ei myöskään tarvinnut miettiä äidinkieltä. Pyysin häneltä lupaa saada lähettää hänelle jälkeenpäin tarkentavia kysymyksiä.

Haastattelun **toisessa vaiheessa** haastattelijalla on lupa esittää kysymyksiä, jotka liittyvät haastateltavan jo esille ottamiin asioihin. Nämä kysymykset voivat jatkaa kertomusta ja suunnata sitä haastattelijan kiinnostuksen kohteisiin. Kysymys voi alkaa: ”Voitko kertoa lisää...?”. (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 195 - 196.) Pyysin haastateltavaa kertomaan lisää esille ottamastaan psyykkisestä puolesta. Psyykinen puoli tuli esiin kirjoittaessani puhtaaksi kertomuksen ensimmäistä versiota. Vasta haastattelun **kolmannessa vaiheessa** haastattelija

voi kysyä haastateltavan välttelemistä asioista tai haastattelijaa erityisesti kiinnostavista asioista. Keskeinen lähtökohta on, että haastattelijalla ei saa olla vaikutusta haastateltavaan. (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 195 - 197.) Lähdetietojen perusteella olin ymmärtänyt oireyhtymään liittyvän aina myös mielialahäiriöitä. Tästä syystä esitin hänelle vielä tarkentavan kysymyksen sairauden psyykkisistä oireista. Seuraavasta luvusta käy ilmi, miten valitsin haastateltavani ja käsittelin aineistoni.

4.3 Haastateltavan valinta ja aineiston käsittelytapa

Alun perin suunnittelin tekeväni opinnäytteeni aivohalvauspotilaasta, joka oli omapotilaani keväällä 2009 sisätautien hoitotyön harjoittelussa. Hän ei rajallisten voimavarojensa vuoksi halunnut kokeilla RT:a. Toimeksiantajani ehdotuksesta valitsin opinnäytettäväni varten syksyllä 2009 FM-potilaan, joka oli jo kokeillut RT:a FM-oireisiinsa. Hänellä oli opinnäytteeseni tarvittava tieto ja kokemus. Sain yhteyden haastateltavaani toimeksiantajani välityksellä. Kaiken tiedottamisen ja yhteydenpidon hoidimme toimeksiantajani kautta, lukuun ottamatta haastatteluvaihetta.

Alkuperäinen tarkoitukseni oli käyttää aineistona haastateltavani RT -jakson aikaista päiväkirjaa. Koska päiväkirja ei ollut käytettävissä, sovimme toimeksiantajani ja haastateltavani kanssa henkilökohtaisesta haastattelusta. Sain ilmoituksen toimeksiantajaltani sopivasta haastattelun ajankohdasta, mutta se ei sopinutkaan minulle tenttikiireitteni vuoksi. Toukokuussa toimeksiantajani antaman ilmoituksen mukaan henkilökohtainen haastattelu ei sittenkään onnistunut. Toimeksiantajani sopi haastateltavan kanssa haastattelun toteutettavaksi sähköpostitse. Kolmivaiheinen kerronnallinen haastattelu sopi myös sähköpostiympäristöön (Tiittula, Rastas & Ruusuvuori 2005, 266, 268).

Sähköpostihaastattelun aikana voi ilmetä moniakin sille ominaisia Tiittulan ym. (2005, 264 - 265) mainitsemia ongelmatilanteita. Esimerkiksi haastattelu voi pitkittyä. Tosin jouduin jälkepäin esittämään haastateltavalleni tarkentavia kysymyksiä, joihin minulla oli ennakkoon hankittu lupa. Kysymykseni koskivat työelämää, lääkitystä ja psykoterapian luonnetta. Lisäksi haastattelun jälkeen syntyi useita lisäkeskusteluita haastateltavan, haastattelijan ja ohjaajien kesken oireyhtymän psyykkisistä oireista. Keskustelujen sisältöön ja

haastatteluaineistoon ohjaavalla opettajallani oli lupa tutustua. Käsittelin aineistoa luottamuksellisesti analysoiden niin, että haastateltavan henkilöllisyys ei ollut tunnistettavissa. Sisällytin opinnäytetyöhöni suoria haastatteluotteita, jotka lisäsivät haastatteluni tulosten tulkinnan luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2008, 227 - 228). Analysoin haastateltavani kertomuksen Aineiston sisällönanalyysi -menetelmällä.

4.4 Aineiston sisällönanalyysi

Induktiivisen aineiston sisällönanalyysi tapahtuu kolmessa vaiheessa: aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110). Taulukossa 3 (liite 5) olevan aineiston luin useaan kertaan läpi ja tein alleviivauksia. Aineistoni pelkistämistä ohjasivat tutkimustehtäväni. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 - 112.)

Ryhmittelin pelkistetyn aineiston (liite 5, taulukko 3) samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien mukaisesti ja nimesin ryhmät sisältöluokkia kuvaavasti. Tutkittavan ilmiön ominaisuus, erityispiirre tai käsitys voi olla luokitteluyksikkönä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112 - 113.) Valitsin analyysiyksiköiksi lauseita ja lauseiden osia tutkimustehtävieni ja aineiston laadun ohjaamina. Analysoidessani esitin tutkimustehtäväni kysymyksen aineistolle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Muutin tutkimustehtäviäni (ks. sivu 20) (Hirsjärvi ym. 2008, 122), koska aiempi tutkimustehtäväni ”Miten FM-potilas kokee RT:n tukihoidomuotona” ei kattanut kaikkia aineistotuloksiani. Tutkimustehtävien täsmentyminen tapahtui ryhmitellessäni pelkistettyä aineistoa samankaltaisuuksiksi ja eroavaisuuksiksi. Aineiston luokittelussa yksityiskohdat otetaan osaksi suurempia kokonaisuuksia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112 - 113). Tiivistetystä tiedosta jatkoin aineiston käsitteellistämiseen.

Aineiston käsitteellistämisessä muodostin tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Yhdistelin jo luokiteltua aineistoa edelleen, kunnes yhdistely ei ollut enää mahdollista. Analysoituani aineistoni sisällön, saavutin päättelyn avulla tutkittavasta ilmiöstä käsitteellisemmän näkemyksen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114 - 115.) Seuraavassa luvussa tuon esiin aineiston analysoinnista saamiani tuloksia ja johtopäätöksiä.

5 TULOKSET, JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

5.1 Haastateltavan taustatiedot

Haastateltavani on 32-vuotias naimisissa oleva nainen, ja hänellä on kaksi kouluikäistä lasta. Hän on koulutukseltaan kasvatustieteiden maisteri ja ammatiltaan luokanopettaja. Hän ei tiennyt tarkalleen, milloin sairastui FM:an.

Syynä on Crohnin tauti, jonka oireet osin sekoittuvat FM-oireyhtymään. Taustakysymykseen ”Mitä oireita fibromyalgiaasi liittyi?” haastateltavani vastasi vatsan epämääräisen oireilun liittyvän vahvasti molempiin sairauksiin. Hän on saanut lääkkeellistä ja ei-lääkkeellistä hoitoa yhdistettynä.

Lääkitys FM:an hänellä on ollut vuodesta 2005. RT:sta hän kuuli Kainuun keskussairaalan kipupoliklinikalla, jossa hän sai lääkäriltä maksusitoumuksen kymmenen tuntia sisältävään RT -hoitoon 26.4. - 8.6.2009. Seuraavissa luvuissa avaan tulokseni kirjallisesti yhdistävien luokkien, yläluokkien, alaluokkien ja alkuperäisilmausten avulla (ks. liite 5, taulukko 3).

5.2 Fibromyalgia fibromyalgiapotilaalle fyysinen sairaus

5.2.1 Poikkeava kivun säätelyjärjestelmä – syy fibromyalgiaan

FM:an haastateltavani ei kokenut liittyvän psyykkisiä oireita, vaan kyse oli fyysisestä sairaudesta. Liian monien olettamusten mukaan FM:a sairastavilla oli ilman muuta psyykkisiä ongelmia, mikä ei hänen mielestään pitänyt paikkaansa. Hänen mielestään FM johtui kipureseptoreiden poikkeavasta toiminnasta eikä liittynyt psyykkiseen puoleen millään tavalla.

*Ei varsinaisesti liity mitään psyykkisiä oireita,
ihan fyysisestä sairaudesta on kyse*

*On ollut pöbetta. Väitän vastaan fibromyalgiasta nyt:
 - yhä liian moni olettaa,
 että fibromyalgiaa sairastavilla on automaattisesti psyykkisiä ongelmia:
 se EI pidä paikkaansa!
 Fibromyalgia johtuu kipureseptoreiden vääränlaisesta toiminnasta,
 eikä liity psyykkiseen puoleen mitenkään.*

Paniikkihäiriön ja FM:n yhteys oli haastateltavan mielestä vanhaa tietoa.

*Paniikkihäiriöisiä ihmisiä tunnen myös,
 mutta yhdelläkään en fibromyalgiaa tiedä
 - tuo paniikkihäiriön ja fibromyalgian yhteys
 on TODELLA vanhaa tietoa!*

Haastateltavani ajatusten, käsitysten ja kokemusten mukaan FM aiheutui kivun poikkeavasta säätelyjärjestelmästä. Seuraavassa luvussa käsittelen FM:n psyykkisiä oireita.

5.2.2 Psyykkiset oireet – seuraus fibromyalgiasta

Jatkuva sairastaminen aiheutti masennusta, väsymistä ja todellista uupumista. Haastateltavani FM-kivut eivät lisääntyneet, vaikka häntä ahdisti. Kaikenlaisen fyysisen sairastamisen hän kuvasi voivan käydä niin rasittavaksi, että lopulta ihminen voikin masentua.

*- tarkoitin lähinnä sitä, että kun jatkuvasti sairastaa,
 alkaa masentua ja väsyä,
 uupumalla uupua itse SAIRASTAMISEEN
 Minullakaan eivät fibromyalgiakivut noudata sellaista,
 että jos ahdistaa,
 olen kipeämpi tms.
 Tosin kaikkeen fyysiseen sairastamiseen liittyy se,
 että lopulta ihminen masentuukin,*

koska fyysinen rasitus käy liian suureksi.

Haastateltavani ajatusten, käsitysten ja kokemusten mukaan FM aiheutti psyykkisiä oireita. Seuraavassa luvussa käsittelen RT:a.

5.3 Ratsastusterapia fibromyalgiapotilaalle selviytymisen työkalu

5.3.1 Uhat fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille

Haastateltavani pelkäsi ennen ensimmäistä RT -tuntiaan. Talutus oli jatkunut taljalla. Haastatteluhetkellä hän ei ollut ratsastanut aikoihin, mikä johtui Crohnin taudin pahenemisesta ja hänen omista peloistaan. Hän pelkäsi ratsastamaan menoa, koska ei kokenut pääsevänsä polkupyöränsä satulaan. Hän kertoi raskaasta lapsuudestaan, johon oli liittynyt hänen äitinsä kuolema ja isänsä väkivaltaisuus.

*Pelkäsin aluksi, etten pääse hevosen selkään tai alas
Alussa minua talutettiin,
– vaikka talutus jatkui taljalla "varalta" myöhemmin,
Tällä hetkellä en ole ratsastanut pitkään aikaan,
mutta se johtuu Crohnin taudin pahenemisesta
ja omista peloistani
- jalkea ei nouse esim. polkupyörän satulaan
niin pelkään ratsastamaan menoa.
Siis ei ollut enää terapiaratsastusta myöhemmin,
, lapsuuteni oli hyvin raskas
äidin kuoleman takia
ja isän väkivaltaisuuden vuoksi*

Pelon ja epävarmuuden tunteet, ratsastuksen taukoaminen ja RT:n päättyminen uhkasivat fyysisistä ja psyykkistä hyvinvointia. Uhkien lukeutuivat myös lapsuuden traumaattiset

kokemukset. Seuraavassa luvussa käsittelem aineiston mahdollisuudet fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille.

5.3.2 Mahdollisuudet fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille

RT:ssa haastateltavani oireet lievittyivät. Hän koki hevoset ihmistä hoitavina ja kipujensa lieventyneen, kun koki pystyneensä ilmaisemaan tunteitaan hevoselle.

*Oireet lievittyivät selvästi,
vatsan toiminta parani
ja lisäksi hevoset ovat itsessään terapeutteja,
tuntui, että kivut lievenivät jo sillä,
kun ison hepan kaulaan vasten itkee,
olo helpottuu!
Tai nauraa ;)*

Ensimmäisen RT -tunnin jälkeen hän tunsu kehonsa varmemmaksi. Hän pystyi ratsastamaan itse, koska hän koki kehonsa hallinnan lisääntyneen. Hän kertoi RT:n vaikuttaneen kipujensa ja ennen kaikkea vatsakipukohtaustensa lievenemiseen. Hän koki hevosen ymmärtäneen ja kuunnelleen häntä. Hän totesi, että ihminen ei kyennyt tuntemaan toisen oloa samalla tavalla kuin hevonen.

*mutta jo ensimmäisen kerran jälkeen tunsin kehoani "varmemmaksi"
lievensi kipuja
ja ennen kaikkea vaikutti jopa vatsakipukohtauksiin
- kesken kouristuksen hevonen tuntui ymmärtävän
ja "Kuunteli" minua:
- ei ihminen fysioterapiassa tunne toisen oloa niin!*

Tavallista ratsastusta hän kertoi harrastaneensa ratsastusterapiajakson jälkeen. Hän koki RT:n olleen selvästi tehokkain ei-lääkkeellinen kivunlieventäjä. Hän uskoi sen vaikuttaneen vahvasti myös psyykkiseen puoleensa.

*Koen yhä, että ratsastusterapia oli ylivoimaisesti tehokkain kivunlieventäjä
ja uskon, että yksi syy oli sen vaikuttaminen myös psyykkiseen puoleen niin tehokkaasti.*

Liikunnasta oli hänelle apua, mutta erityisesti hän painotti hevosen roolia. Hän kertoi hevosen vaistonneen hänen olonsa ja koki saaneensa voimaa hevosesta selittämättömällä tavalla. Hän kuvasi hevosia viisaiksi eläviksi olennoiksi. Jatkettuaan tavallista ratsastamista hän tunsi hevosen auttaneen häntä edelleenkin.

*- koin, että liikunta auttoi
ja ennen kaikkea hevoset kuin vaistosivat oloni.
Jotenkin sain voimaa hevosen "kaulassa" roikkuessani
Eläviä olentoja ja niin viisaita!
En osaa sanoa, että oliko itse terapia apuna
vaiko juuri ne hevoset
- joka tapauksessa tämä tuntu jatkui kun jatkoin ratsastamista.*

Ratsastamista hän kertoi harrastaneensa jo lapsuusaikana, jolloin hän oli kokenut hevoset murheenkuuntelijoiksi ja tärkeiksi elämässään. Lapsuutensa kokemuksiin hän kertoi käyneensä psykoterapian ja pystyneensä elämään elämänsä normaalisti työssäkäynnin ja perhe-elämän kera.

*Olen lapsena ratsastanut kyllä
ja kokenut jo silloin hevoset "murheenkuuntelijoiksi"
- silloin jo hepat olivat tärkeitä.
Itse olen käynyt aikanaan pitkän psykoterapian lapsuuteni kokemuksiin
ja koko ajan elänyt "normaalielämää" (mitä se normaali sitten onkaan...)
työssä käymisineen ja perhe- elämineen yms.*

Kipujen ja vatsaoireiden lievittyminen, tunteiden ilmaiseminen sekä kehon varmuuden lisääntyminen tukivat fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Hevonen osana terapiaa, ratsastuksen jatkaminen ja apu liikunnasta merkitsivät mahdollisuuksia fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Apu hevosesta / RT:sta, lapsuuden voimaannuttavat

kokemukset ja aikuisiän voimaannuttavat kokemukset antoivat mahdollisuuksia fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Seuraavaan kappaleeseen olen koonnut aineiston tulokset.

Tulosten kooste

Haastateltavani ajatusten, käsitysten ja kokemusten mukaan FM aiheutui kivun poikkeavasta säätelyjärjestelmästä. Haastateltavani ajatusten, käsitysten ja kokemusten mukaan FM aiheutti psyykkisiä oireita. Pelon ja epävarmuuden tunteet, ratsastuksen taukoaminen ja RT:n päättymisen uhkasivat fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Uhkiin lukeutuivat myös lapsuuden traumaattiset kokemukset. Kipujen ja vatsaoireiden lievittyminen, tunteiden ilmaiseminen sekä kehon varmuuden lisääntyminen tukivat fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Hevonen osana terapiaa, ratsastuksen jatkaminen ja apu liikunnasta merkitsivät mahdollisuuksia fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Apu hevosesta/RT:sta, lapsuuden voimaannuttavat kokemukset ja aikuisiän voimaannuttavat kokemukset antoivat mahdollisuuksia fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Näistä tuloksista päädyin seuraaviin johtopäätöksiin.

Johtopäätökset

1. Miten FM-potilas kokee FM:n?

Johtopäätöksenä esitän, että haastateltavani kokee FM:n fyysisenä sairautena ilman psyykkisiä oireita. FM:an ei liity psyykkisiä oireita, vaan väsyminen, uupuminen ja masennus ovat seurauksia FM:sta.

2. Miten FM-potilas kokee RT:n?

Johtopäätöksenä esitän, että haastateltavani kokee RT:n selviytymisen työkaluna. RT osoittautuu hänelle tehokkaimmaksi ei-lääkkeelliseksi kivunlievittäjäksi.

5.4 Tulosten ja johtopäätösten pohdintaa

5.4.1 Miten fibromyalgiapotilas kokee fibromyalgian?

Tarkoitukseni oli kuvailla FM-potilaan kokemuksia FM:sta. Haastateltavani FM:an ei liittynyt psyykkisiä oireita. Tämä selittynee FM:n alaryhmillä. Ne eroavat toisistaan fysiologisten oireiden, kognitiivisten ominaisuuksien ja psykososiaalisten piirteiden suhteen. Ensimmäiseen alaryhmään kuuluvilta puuttuvat äärimmäinen arkuus ja psykologiset/kognitiiviset tekijät. Toisen alaryhmän ominaisuuksiin kuuluvat vähäinen arkuus ja normaali mieliala. Kolmas ryhmä muodostuu FM-potilaista, joilla mieliala ja kognitiiviset tekijät voivat merkittävästi vaikuttaa oirekuvaan. (Giesecke ym. 2003.) Haaviston (2010) mainitsemassa jaossa ensimmäinen FM:n alatyyppeistä syntyy tuntemattomasta syystä. Toista alatyyppeistä hän kuvaa autoimmuunisairauksien kanssa yhdessä esiintyvänä. Kolmannen alaryhmän voi laukaista loukkaantuminen tai muu fyysinen trauma. (Haavisto 2010, 13.)

Kun FM-potilaiden alaryhmä on paremmin tunnistettavissa, he voivat saada sopivaa terapiaa kohdistetummin omiin tarpeisiinsa (Forbes & Chalmers 2004; Stratz, Schneider, Joos, Hsu & Müller 2007). Alaryhmien huomioimisen lisäksi FM-potilaiden yksilöllisyys korostuu (ks. myös Carville & Choy 2008; Pohjolainen 2009, 261; Sarzi-Puttini ym. 2010; Stenbäck 2010) ja sairaanhoitajien tulee kuunnella FM-potilaiden kertomaa (ks. myös Haavisto 2010, 16; Hannonen 2009e, 408; Stenbäck 2010; Suomalainen 2009, 44 - 45; Söderberg 2007, 164; Tapio 2009; Vainio 2007b, 131). Sairastumisen jälkeen normaalireaktiona syntynyt masennus tai ahdistus voinee kuitenkin iskeä mihin alaryhmään tahansa.

Haastateltavallani masentuminen, väsyminen ja uupuminen olivat seurauksia FM:sta eikä toisinpäin (ks. myös Ahokas & Savola 2006; Granström 2009a, 113 - 114; Haavisto 2010, 6 - 7; Hannonen & Mikkelsson 2004; Hannonen 2007c, 416; 2009e, 405, 407; Huttunen 2010a; Kukkurainen 2006; Kuusinen 2004, 18, 81; Liedberg 2004; Pesonen 2010, 9; Vainio 2004a, 36, 38 - 39; 69 - 72). Tosin haastateltavani kertomuksen mukaan Crohnin tauti on vaikuttanut hänen mieleensä paljon enemmän kuin FM. Uskon, kuten 32-vuotias

haastateltavanikin, minkä tahansa vakavan somaattisen sairauden ennen pitkää johtavan masennukseen tai ahdistukseen. FM-potilaat kärsivät keskimääräistä useammin masennuksesta ja ahdistuksesta, mutta se on harvoin vaikea-asteista (Hannonen 2007c, 416; 2009e, 405, 407). Verbuntin ym. (2008) tutkimuksen mukaan FM-potilailla on ollut enemmän psykologista ahdinkoa kuin muista kivuista kärsivällä. Tutkimuksessa käytetyllä FM:n oireilistalla (SCL-90) psykologinen ahdinko sisältää muiden muassa ahdistuksen ja masennuksen.

Masennusta seuraavat unihäiriöt (Granström 2009a, 113). Berger, Dukes, Martin, Edelsberg ja Oster (2007) esittävät, että masennusta ja ahdistusta on vain vähemmistöllä FM-potilaista. Thiemen, Turkin ja Florin (2004) esityksessä tällainen yhteissairastavuus on riippunut FM-potilaiden psykososiaalisista luonteenpiirteistä. Sayar ym. (2004) ovat todenneet FM:n liittyvän enemmän ahdistukseen kuin masennukseen. Choun (2007) tutkimustuloksissa kipu on johtanut masennukseen ja masennus kipuun. Samaa on havainnut psykiatrian apulaisyli lääkäri Erkki Äärelä. Hän on todennut lisäksi masennuksen voivan esiintyä pelkästään ruumiillisin oirein. (Äärelä 2004.) Samaa mieltä hänen kanssaan on professori, sisätautien erikoislääkäri ja Suomen Mielenterveysseuran puheenjohtaja Jussi Huttunen (2010a). Granström (2009a, 114) kumoaa väitteen, koska sille ei löydy lääketieteellisiä perusteita. Myös Granström (2009a, 112 - 115; 2009c, 254), Huttunen (2010a) ja Kuusinen (2004, 80) ovat vahvistaneet, että kipu ja masennus vaikuttavat toisiinsa. Yhteisvaikutus johtuu kivun ja mielen vuorovaikutteisesta yhteiselosta (vrt. esim. Crofford 2010; Granström 2009a, 112 - 113; 2009b, 157; 2009c, 252).

Mukana olevien mielialahäiriöiden vuoksi lääkäri diagnosoi FM-potilaat usein masentuneiksi, ahdistuneiksi tai sopeutumisrajoitteisiksi (Ahokas & Savola 2006; Hannonen & Mikkelsen 2004; Hannonen 2007c, 421; 2009e, 407; Kuusinen 2004, 17; Söderberg 2007, 162). Lääkäri ei pidä selittää kipua masennuksella tai muulla mielenterveyden häiriöllä, jos selitykselle ei ole löydettävissä selkeää perustetta. Kipu ei kuulu masennuksen tautiluokitukseen. (Granström 2009a, 114; 2009b, 151 - 152, 154.) Lääkäri saattaa yhä sijoittaa ongelman FM-potilaiden ”korvien väliin”, jos moninaisille oireille ei löydy selitystä (Turunen ym. 2004; Vainio 2004a, 110; 2007b, 31, 130). FM-oireissa ei kuitenkaan ole kyse ”korvien välissä” olevasta asiasta (ks. myös Haavisto 2010, 6 - 7; Vainio 2004a, 39; 2007b, 31). Kyse on elimistön

luonnollisista, fysiologisesti ymmärrettävistä reaktiotavoista erilaisissa stressitilanteissa. (Saloheimo & Huttunen 2008.)

Hannonen (2007c, 418; 2009e, 404) ja Stone ym. (2005) luokittelevat FM-oireet toiminnallisiksi. FM-potilaiden moninaisten oireiden vuoksi sairauden diagnoosi määräytyy usein tutkineen lääkärin erikoisalan mukaan (Hannonen 2007c, 421; 2009e, 405). Eräs Suomen FM:n asiantuntijoista Risto Isomeri mieltää oireyhtymän psykosomaattiseksi sairaudeksi (Ahokas & Savola 2006). Turunen ym. (2004) kritisoivat, että nykyisen psykosomaatiikan diagnoosien käytöstä voi seurata, että FM-potilaat kokevat tullessa leimatuiksi. Voisiko FM:an liittyvä psykosomaattisuus juontaa juurensa traumaista? Bennett ym. (2007) ovat toteuttaneet internetissä kyselytutkimuksen 2,596 miljoonasta FM:ä sairastavasta ihmisestä. Yli 73 % ihmisistä, jotka ovat tunnistanee jonkin menneisyydessään tapahtuneen tapahtuman, ovat pitäneet tapahtumaa syynä stressioireisiinsa. (Bennett ym. 2007.) Kipua aiheuttaneet tapahtumat voivat laukaista kipuoireyhtymän (Huttunen 2010a). Työstämättömät traumat ja niiden tunnetilat voivat jälkikäteen ilmentyä myös toiminnallisena levottomuutena ja ylenmääräisenä työntekona tai paniikkitiloina (vrt. Munnukka-Dahlqvist 2001, 25). (Siltala 2006, 28, 80.)

Schur ym. (2007) ovat valinneet tutkimukseensa yhdeksän sairaustilaa. Niitä ovat paniikkikohtaukset, FM, posttraumaattinen stressihäiriö, TMJ oireyhtymä eli leukanivelkipuut ja vakava masennus. Loput niistä ovat krooninen väsymysoireyhtymä, alaselkäkipu, ärtyneen suolen oireyhtymä ja krooninen jännityspäänsärky. Tuloksissa FM näyttää liittyvän vahvasti vakavaan masennukseen ja hyvin vahvasti posttraumaattiseen stressihäiriöön (ks. myös Haavisto 2010, 15). Sen sijaan FM:n ja paniikkikohtausten välinen yhteys ei ole erityisen vahva. Haastateltavani toi esille kertomuksessaan näkemyksensä, että FM:n ja paniikkihäiriön yhteys on vanhaa tietoa. Hannonen (2007c, 416) kylläkin väittää paniikkioireilun (ks. myös Huttunen 2010a), masennuksen ja ahdistuksen ohessa, olevan tavallisia oireita FM-potilailla.

Voisivatko siten FM ja paniikkitilat ollakin traumaattisten kokemusten eri ilmenemismuotoja eri henkilöillä? Eli voisiko yhdelle traumaista kehittyä FM ja toiselle paniikkihäiriö? Ehkä oman perheen/suvun sairausesiintyvyyden ohjaamana ja jonkin ulkoisen tekijän laukaisemana? Paniikkihäiriö esiintyy usein perheittäin, mutta sairauden esiintyminen ei ole sama asia kuin geneettinen periytyminen. Sairausalttiuden periytymisessäkin sairaus voi

puhjeta vasta ulkoisten syiden laukaisemana. (Hetteema, Prescott, Myers, Neale & Kendler 2005; M. Saari, henkilökohtainen tiedonanto 20.12.2010.) Huttusen (2010b) mukaan traumaattisten tapahtumien ja paniikkihäiriön välillä on yhteys. Paniikkihäiriötä koskevan konsensuslausuman mukaan periytyvyys on arviolta 30 - 40 % (Paniikkihäiriö 2000). Schurin ym. (2007) tutkimuksesta ei käy selville paniikkikohtausten ja posttraumaattisen stressihäiriön yhteys. Yksilö voi masennuksen ja ahdistuksen ohessa kärsiä posttraumaattisesta stressihäiriöstä. Myös stressipotilaalta löytyy sairaustiloja, jotka yleensä esiintyvät yhdessä ja jotka voivat vaihdella samankaltaisista oireyhtymistä aineenvaihdunnallisiin. Seuraavassa luvussa pohdin FM-potilaan kokemaa RT:a.

5.4.2 Miten fibromyalgiapotilas kokee ratsastusterapian?

Tarkoitukseni oli kuvailla FM-potilaan kokemuksia RT:sta. Pelon ja epävarmuuden tunteet hevosen selkään tai alas pääsemisestä uhkasivat fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. RT:n päättymisen sekä ratsastuksen taukoaminen merkitsivät uhkia haastateltavani fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Strausfeld (2009, 193) kuvailee sitä, kuinka varsinkin naiset voivat tuntea pelkoa ensimmäistä kertaa RT -hevosen selässä ollessaan. Hän kertoo, kuinka he pystyvät rakentamaan luottamuksen hevoseen nopeasti ja kuinka heidän pelkonsa häviää nopeasti. Hevonen pääsee ihmisen piilotajuntaan (Vernooij & Schneider 2008, 65). Ihmisen sensorinen hermosto liittyy somaattiseen ja traumaattiseen muistiin (Munnukka-Dahlqvist 2001).

Lapsuuden traumaattiset kokemukset olivat uhkia haastateltavani fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Yhteys traumojen ja psyykkisten oireiden välillä on havaittavissa (vrt. Ahokas & Savola 2006; Bennett ym. 2007; Crofford 2010; Granström 2009c, 252; Haavisto 2010, 15; Heckman & Westefeld 2006; Huttunen 2010a; Kupila 2008; Munnukka-Dahlqvist 2001, 24 - 25; Pohjolainen 2009, 259, 261; Saloheimo & Huttunen 2008; Salokangas ym. 2006; Schur ym. 2007; Siltala 2006, 25, 27 - 29, 78 - 80; Vainio 2004a, 23, 25, 30 - 31, 33, 39, 71 - 72, 94 - 97, 110, 133; 2007b, 108; 2009c). Traumaattisia stressitekijöitä 32-vuotiaalla haastateltavallani on ollut elämässään runsaasti. Hän on hoidattanut ne pitkäaikaisessa keho-mieli -keskeisessä

EMDR -psykoterapiassa (ks. myös Munnukka-Dahlqvist 2001, 22 - 23, 26 - 27, 30 - 31; Ponteva 2009; Pääkkö 2010; Vainio 2004a, 96 - 97).

Aikuisiän voimaannuttavissa kokemuksissa psykoterapia merkitsi aineistotuloksissani mahdollisuutta haastateltavani fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Mutta miksi hän oirehtii vielä? Tehosiko psykoterapia? Olisiko hän tarvinnut lisäksi vielä jotakin muuta hoitoa ja mitä muuta? FM:n perussy ei ole selvillä. Hänen tapauksessaan kipuja ja suolisto-ongelmia aiheuttaa FM:n lisäksi myös Crohnin tauti. Edelleen yhteistä FM:lle ja Crohnin taudille on stressi. Lisääntyessään stressi pahentaa oireita myös Crohnin taudissa (Bitton, Dobkin, Edwardes, Sewitch, Meddings, Rawal, Cohen, Vermeire, Dufresne, Franchimont & Wild 2008). RT hoitomuotona tehoaa siten molempiin sairauksiin. Sillä on tehoa myös posttraumaattiseen stressihäiriöön (Heintz 2009, 82 - 83; Hänel 2001; Vernooij & Schneider 2008, 205), olipa FM-potilailla sitä tai ei. Mielestäni FM-potilaiden kannattaa kokeilla hyviksi todettuja hoitomenetelmiä, ja uusiakin, joista ei ole vielä kovin paljon näyttöä. Jos niistä on hyötyä, ne lisäävät FM-potilaiden hyvinvointia.

Fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia mahdollistavia tekijöitä olivat kehon varmuuden lisääntyminen (ks. myös Håkanson 2008; Hänel 2001; Sandström 2000, 4, 12 - 13, 24 - 25, 30 - 31, 35 - 36, 39 - 40; Strauss 2008, 14, 24, 31 - 33, 38 - 39, 45, 59; Vernooij & Schneider 2008, 200) ja kipujen lievittyminen (ks. myös Sandström 2000, 41 - 42; Strauss 2008, 59; Vernooij & Schneider 2008, 94) sekä apu liikunnasta. Kipujen lievittymiseen ovat yhtäpitävästi päätyneet myös Håkanson (2008), Korhonen, Mattila-Rautiainen, Nyman ja Tossavainen (1999) sekä Mäkelä (2009) tutkimuksissaan. Kipurata kulkee hermorunkoja pitkin selkäytimen kautta aivokeskuksiin ja päättyy talamuksen kautta aivokuorelle (Kalso & Kontinen 2009, 85; Vainio 2004a, 25 - 26; 2009c). Kipuprosessoinnissa glutamaatilla on osuutensa (Harris ym. 2008; Vainio 2004a, 31 - 32). Kun glutamaattitasot muuttuvat, muuttuvat myös FM-potilaiden kipualueet. FM-potilailla on korkeita glutamaatin pitoisuuksia (Harris ym. 2009), jolloin hermosoluja tuhoutuu (Oja & Saransaari 2001). Hermosolut kuitenkin uusiutuvat (Ruuti 2010; Winkler 2010) oikealla ruokavaliolla, stressin välttämällä ja liikunnalla (Ruuti 2010). Nämä ovat suositeltavia hoitokeinoja FM:ssa (ks. myös Crofford 2010; Hannonen 2009e, 406; Vainio 2004a, 91 - 92). Haastateltavanikin on

todennut kertomuksessaan liikunnan auttaneen. Voisiko RT edellä olevien perusteella uusia hermosoluja, stressin vähenemisen ja liikunnan kautta?

Haastateltavani fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia edisti vatsaoireiden helpottuminen RT:n ja/tai hevosen avulla (ks. myös Strauss 2008, 17). Hermosto ja ruoansulatus ovat vahvasti yhteyksissä toisiinsa. Tahdosta riippumaton hermosto reagoi voimakkaisiin tunnetiloihin. Tahdosta riippumaton hermosto jakautuu sympaattiseen ja parasympaattiseen hermostoon. Sympaattinen hermosto hallitsee, kun ihminen joutuu fyysisen tai psyykkisen stressin alaiseksi. Näin syntyy häiriö vatsan ja suoliston toiminnassa. Tahdosta riippumaton hermosto säätelee sisäeritysrauhasten ja tahdosta riippumattomien lihasten toimintaa. (Medimeal n.d.; vrt. Schur ym. 2007.)

Mahdollisuuksiin sisällytin lisäksi tunteiden ilmaisemisen. Haastateltavani pystyi ilmaisemaan surullisia ja iloisia tunteitaan hevosen avulla. Havainto on yhtäpitävä Kunzin (2008), Munnukka-Dahlqvistin (2001), Pellikan (2006), Pulkkinen (2000), Strausfeldin (2009, 193 - 195), Tuomaisen (2010) sekä Vernooijin ja Schneiderin (2008, 65, 202) esitysten kanssa. RT sai haastateltavani itkemään. Strausfeld (2009, 193 - 194) kuvaa, kuinka RT -hevosen selässä istuminen yleensä laukaisee erityisesti naisissa surumielisyyttä. Selässä istuminen muistuttaa heitä heidän menneisyydessään täyttymättä jääneistä turvallisuuden tarpeistaan ja toiveistaan. Hevosen keho tarjoaa heille mahdollisuuden kokea lämpöä ja turvallisuutta (ks. myös Vernooij & Schneider 2008, 202). He voivat käyttää hevosta korvaavana tai ylipääsemisen keinona täyttymättömissä kaipauksissaan ja tarpeissaan. Harjoitus, jossa he makaavat hevosen kaulalla, voi syventää tällaisia tunteita. Usein jo RT:n alussa erityisesti naiset tulevat surullisiksi ja itkevät hevosen kaulalla. Samat harjoitukset, jotka edesauttavat selkärangan pystyasentoon saamista, vaikuttavat myös psyyken ”pystyasentoon” saamiseen. Tunteiden salliminen on helpottavaa eikä siten tarvitse pelätä päätyvänsä loputtomaan masennukseen. (Strausfeld 2009, 193 - 195.)

Hyvinvointia tukivat myös apu hevosesta ja/tai RT:sta sekä hevonen osana terapiaa. Haastateltavani ei osannut sanoa, lievittyivätkö FM-oireet RT:n vai hevosen ansiosta (vrt. Heintz 2009, 82 - 83; Strauss 2008, 15 - 17, 25, 33 - 34, 45, 59, 131; Vernooij & Schneider 2008, 94, 158, 200). Haastateltavani kertoi hevosten kuin vaistonneen hänen olonsa (vrt.

Vernooij & Schneider 2008, 16 - 17, 23 - 24). Bergström ja Weikert (2007) ovat tutkineet Ruotsissa hevosen psykologista vaikutusta naisten psyykkiseen hyvinvointiin. Tulokset ovat osoittaneet, että hevonen on auttanut erityisesti kriiseissä ja vaikeissa elämäntilanteissa. Hevonen on vaikuttanut varsinkin naisten yhtenäisyyden tunteeseen myönteisesti. (Bergström & Weikert 2007.)

Voisiko FM-potilaiden HPA -akselin toimintahäiriö lieventyä RT:lla (vrt. Fibromyalgia Solutions 2007; Forbes & Chalmers 2004; Okifuji & Turk 2002), koska se vähentää stressiä (Heintz 2009, 82 - 83; Håkanson 2008; Strauss 2008, 25; Vernooij & Schneider 2008, 158), parantaa unta (Håkanson 2008) ja aineenvaihduntaa (Strauss 2008, 17)? HPA -akselilla on tärkeä osa kehon vasteessa tunneperäiseen ärsytykseen, unen puutteeseen ja aineenvaihduntaan (Forbes & Chalmers 2004; Hannonen 2009e, 407). Hevosella näyttää olevan vaikutusta HPA -akselin toimintaan.

Myös lapsuuden voimaannuttavissa kokemuksissa hevosten rooli oli tärkeä haastateltavani hyvinvointia edistävä tekijä. Haastateltavani koki jo lapsena hevoset murheenkuuntelijoina. Palola (2003) onkin todennut RT:n ja/tai hevosten lisännen väkivaltaa kokeneiden lasten innostusta ja vähentäneen masentuneisuutta. Tämä johtunee siitä, että RT ja/tai hevoset vaikuttavat ihmisen limbiseen järjestelmään (vrt. Juutilainen 2009; Sandström 2000, 4, 9; Strauss 2008, 25). RT ja/tai hevoset ovat mahdollistaneet luottamussuhteen syntymisen ja murheiden unohtamisen (Pellikka 2006). Ne ovat auttaneet surutyön tekemisessä (Pulkkinen 2000). Ne ovat vähentäneet ahdistuneisuutta (Håkanson 2008; Nikanne & Tauriainen 2000) ja stressiä (Håkanson 2008).

Totesin mahdollisuuksiksi fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille myös lapsuudessa ratsastamisen ja aikuisiällä ratsastamisen jatkamisen. Aikuisiän voimaannuttaviin kokemuksiin lukeutuva työ- ja perhe-elämä (vrt. Hannonen 2007c, 421; Kukkurainen 2006; Olsson & Olsson 2007, 13) antoivat mahdollisuuksia hyvinvoinnille. Kukkurainen (2006) vahvistaa väitöskirjassaan, että myös läheispiirin tuki ja ymmärrys ovat lievittäneet FM-oireita (ks. myös Hannonen 2007c, 421; Olsson & Olsson 2007, 13). Seuraavassa luvussa pohdin opinnäytteeni luotettavuutta.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytteen luotettavuus

Opinnäytteeni täyttää laadulliselle tutkimukselle asetetut laatukriteerit. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Olen osoittanut havaintojeni uskottavuutta kuvaamalla aineiston sisältöä luokituksilla kattavasti sekä sanallisesti että taulukon 3. avulla (liite 5). (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 129.) Taulukosta lukija voi nähdä koko kertomuksen. Lukija voi nähdä myös sisällönanalyysin etenemisen. Olen pyrkinyt kuvaamaan aineiston sisältöä huolellisesti ja elävästi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 162). Teoreettinen johdonmukaisuus toteutuu, koska yhdistävässä luokassa esittämiini käsittekokonaisuuksiin olen päätenyt johdonmukaisesti ja perustellusti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 162). Varmistan havaintojeni vastaavan haastateltavani käsityksiä tutkittavasta asiasta antamalla hänelle mahdollisuuden perehtyä sisällönanalyysiin ja kommentoida sitä ennen opinnäytteeni julkaisemista.

Vahvistettavuus tarkoittaa, että tutkimuksessa koko prosessin kulku on kuvattu niin, että lukija voi seurata sitä pääpiirteisesti. Olen pyrkinyt lisäämään opinnäytteeni vahvistettavuutta kuvaamalla tutkimusprosessini eri vaiheita. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Analyyttistä täsmällisyyttä olen pyrkinyt noudattamaan tehdessäni tulkintaprosessin selkeäksi. Opinnäytteeni prosessin aikana tekemiäni päätöksiä olen pyrkinyt selostamaan kaikissa opinnäytteeni teon vaiheissa luotettavuuden lisäämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 162.)

Refleksiivisyys tarkoittaa, että tutkimuksen tekijä arvioi omaa vaikutustaan aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Olen minimoinut vaikutukseni aineistooni haastattelumenetelmän valinnalla (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 197 - 198; Kylmä & Juvakka 2007, 129). Olen perehtynyt valitsemiini menetelmiin ja kuvannut opinnäytteenissäni niiden käyttöä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 162). Olen pohtinut myös aineiston keruun käytännöllistä ja teknistä toteutustapaa, tutkimusotetta sekä näiden valinnan perusteluita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160 - 161). Toteutin haastattelun sähköpostitse, koska henkilökohtainen haastattelu ei ollut mahdollista. Valitsemani

haastattelumenetelmä sopi myös sähköpostiympäristöön (Tiittula ym. 2005, 266, 268). Sähköpostihaastattelun menetelmään liittyy monia etuja, esimerkiksi se, että haastateltavani pystyi vastaamaan hänelle sopivana ajankohtana. Menetelmä sisältää myös epävarmuustekijöitä. Esimerkiksi ”Miten varmistaa, että joku virus ei levitä haastateltavien tunnistetiedoin varustettuja, luottamukselliseksi tarkoitettuja viestejä ympäri maailmaa”. Haastattelu voi myös pitkittyä. (Tiittula ym. 2005, 264 - 265.) Olen käsitellyt viestejä huolellisesti, samoin kuin olen analysoinut aineistonkin.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Olen varmistanut havaintojeni siirrettävyyttä antamalla taustatietoja haastateltavastani ja perustelemalla valintani. Olen valinnut hänet opinnäytteeseeni, koska hänellä on ollut tieto ja kokemus RT:n vaikuttavuudesta FM:an. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olen myös kuvannut opinnäytteeni lähtökohtaa ja aihevalinnan perusteluita. Olen selostanut haastatteluni toteuttamisen olosuhteita. Olen lisännyt opinnäytteeni luotettavuutta alkuperäisillä lainauksilla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160 - 161.) Olen korjannut haastateltavani kirjoitusvirheet sekä haastatteluotteisiin että taulukkoon 3. (liite 5).

Olen saavuttanut asettamani tavoitteet. Tietoni ja ymmärrykseni FM:sta ja RT:sta FM-oireiden lievityskeinona ovat lisääntyneet. Olen lisännyt mahdollisuuksiani auttaa kipupotilaita lisäämään omia kivunhallintakeinojaan. Ymmärrykseni FM-potilaiden hoidosta on lisääntynyt haastateltavani kertomuksen avulla. Sairaanhoidajat saavuttanevat tavoitteet tämän opinnäytteen myötä. Haastattelu- ja analysointimenetelmäni ovat olleet sopivat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 162). Tämän opinnäytteen aineistokertomus ei ollut pitkä, mutta sitäkin sisältörikkaampi, sillä sen sisältö ylitti alkuperäisen tutkimustehtäväni. Muutin tutkimustehtävääni (Hirsjärvi ym. 2008, 81, 122), joka oli aiemmin ”Miten FM-potilas kokee RT:n tukihoidomuotona”. Sen myötä muuttui myös opinnäytteeni tarkoitus (Hirsjärvi ym. 2008, 81, 134), joka aiemmin oli ”kuvailu, miten FM-potilas kokee RT:n tukihoidomuotona”. Muutosten myötä myös tavoitteeni ovat muuttuneet ja täsmentyneet. Muiden FM-kertomusten tarkastelua varten luvussa 6.3 olen tehnyt yhden lisähaastattelun, avannut nettipalstakeskustelun ja etsinyt lisäkirjallisuuslähteitä. Lisähaastattelu ja palstakirjoitukset lisäävät opinnäytteeni luotettavuutta.

Antaakseni luotettavan kuvan moninaisesta ja epämääräisestä FM:sta sairaanhoitajille, olen pyrkinyt käyttämään 2000-luvun lähteitä monipuolisesti ja runsaasti. Olen joutunut vähentämään lähteitä, mutta olen jättänyt niitä kiistanalaisiksi katsomiini kohtiin. Olen pyrkinyt noudattamaan lähdekritiikkiä lähteitä valitessani. Osa kirjoittajanimistä on toistunut. Kirjoittajien arvostettua, uskottavuutta ja arvovaltaa olen arvioinut myös kirjoittajien ammattien ja julkaisukanavien perusteella. Lähdeviittaukset olen pyrkinyt merkitsemään asianmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 109 - 110, 332 - 349.) Seuraavassa luvussa pohdin eettisiä kysymyksiä.

6.2 Opinnäytteen eettisyys

Opinnäyteaiheen valintaa perustelen FM:n työkykyä heikentävällä vaikutuksella (esim. Crofford 2010). Aihe on tärkeä myös siksi, että sairaanhoitajilta puuttuu edelleenkin riittävä tietämys ja osaaminen FM:sta (esim. Tapio 2009). Edelleen aiheen merkityksellisyys on perusteltavissa FM:a sairastaville vaikuttavan kuntoutuksen ja hoidon vähäisyydellä (Carville & Choy 2008; Kosek 2009; Stone ym. 2005; Söderberg 2007, 164; Vainio 2007b, 34).

Sairaanhoitajat tarvitsevat tietoa eri hoitovaihtoehdoista, koska ihmiset ovat yksilöitä ja reagoivat eri hoitoihin eri tavoin (esim. Crofford 2010; Kosek 2009; Sarzi-Puttini ym. 2010; Suomen Reumaliitto n.d.). Vasta haastatteluaineistoni paljasti ja määrittä opinnäytteeni laajuuden (vrt. Hirsjärvi ym. 2008, 81). Jos olisin jättänyt lisäkeskustelujen pohtimisen pois, olisi opinnäyteprosessini matkan kuvaaminen vääristynyt ja luotettavuus kärsinyt. Jos olisin rajoittanut opinnäytteeni käsittelemään pelkästään RT:a FM-potilaan kokemana, olisi välittämäni käsitys FM:sta jäänyt suppeaksi. Olen muuttanut painotustani FM:an myös, koska sairaanhoitajilta puuttuu FM-tietoa. Puutteellinen tietous osaltaan lisää FM-potilaiden kärsimystä. Käytän siksi myös FM:n oireita aihevalintani perusteluna. Valitsin opinnäytettäni varten FM-potilaan toimeksiantajani ehdotuksesta. Toimeksiantajani sai haastateltavaltani aluksi suullisen suostumuksen opinnäytteeseeni.

Tietoon perustuva suostumus kuuluu eettisiin periaatteisiin. Haastateltava on suostunut opinnäytteeseen sen perusteella, mitä haastattelija ja toimeksiantaja ovat kertoneet hänelle

opinnäytetyöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20.) Ennen haastatteluvaihetta kaikki tiedonvälitys haastattelijan ja haastateltavan välillä kulki toimeksiantajan välityksellä. Haastateltavani on antanut alustavan suostumuksensa suullisesti toimeksiantajalleni syyskuussa 2009. Siinä yhteydessä toimeksiantajani on informoinut haastateltavaa opinnäytteeni tarkoituksesta (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 17). Olen antanut tietoa opinnäytteestäni ja itsestäni suostumuslomakkeessa (liite 4) luottamuksen rakentamiseksi ja etäisyyden pienentämiseksi (Tiittula ym. 2005, 268 - 269). Lähdeluetteloni on runsas, koska haastateltavani käsitti minun pitävän FM:a ”korvien väli” -sairautena. Olen joutunut näyttämään toteen, että en ole itse kehitellyt väitettä FM:n psyykkisistä oireista. Kirjoitin haastateltavalleni heinäkuussa 2010, että hänellä on täysi oikeus jättäytyä pois opinnäytteestäni niin halutessaan (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 17). Hän halusi jatkaa. Allekirjoitetun suostumuslomakkeen olen saanut haastateltavaltani haastattelun yhteydessä. Seuraavassa kappaleessa pohdin luottamuksellisuutta ja yksityisyyden kunnioitusta, jotka myös ovat eettisiä periaatteita (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20).

Haastattelijan on käsiteltävä ja säilytettävä saamiaan tietoja luottamuksellisina ja varjeltava haastateltavien anonymiteettia opinnäytteen kaikissa vaiheissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179 - 180; Tiittula & Ruusuvuori 2005, 17). Virtuaalihaastattelussa korostuvat haastateltavan anonymiteetti, yksityisyys ja luottamuksellisuus, koska tekstien eteenpäin lähettäminen on helppoa (Tiittula ym. 2005, 270). Olen lähettänyt haastattelun sisällön ainoastaan ohjaavalle opettajalleni, jolla on ollut lupa tutustua siihen (liite 4). Olen kertonut suostumuslomakkeessani haastateltavalleni käsitteleväni aineistoa luottamuksellisesti analysoiden niin, että haastateltavan henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa. Olen sitoutunut lisäksi hävittämään haastattelumateriaalin lopullisen opinnäytteeni valmistuttua. Olen maininnut haastateltavalleni ratsastusterapeutin ja ohjaavan opettajani oikeudesta tutustua haastattelun sisältöön ja velvollisuudesta tietojen salassapitoon. Lomake sisältää sähköpostiosoitteeni, jotta haastateltavani voi tarvittaessa ottaa minuun yhteyttä. Haastateltava ei käyttänyt kertomuksessaan murreilmaisuja, jotka voisivat paljastaa jotakin esimerkiksi haastateltavan asuinalueesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Seuraavassa luvussa pohdin FM:a hankkimieni lisäkertomusten pohjalta.

6.3 Muita kertomuksia fibromyalgiasta ja omia ajatuksiani

Varsinaisen haastattelun jälkeen kävimme haastateltavan ja ohjaajien kanssa tahoillamme useita keskusteluja oireyhtymän psyykkisyydestä. Lähdekirjallisuus määrittelee FM:n psykosomaattiseksi sairaudeksi, mikä aiheutti hämmennystä jokaiselle osapuolelle. Kaikki lähteet eivät kuitenkaan tarkasti määritelleet sitä, missä vaiheessa sairautta psyykkiset oireet tulevat kuvaan mukaan. Tuleeko ensin mielialahäiriö ja sen myötä FM, vai ensin FM, joka johtaa mielialahäiriöön. Haastatteluaineistoni osoitti, että haastateltavallani ei ollut psyykkisiä oireita. Koska tekemäni kirjallisuuskatsauksen mukaan FM:an liittyy myös psyykkisiä oireita, hankin lisää kokemusperäistä tietoa muualta. En tuntenut ketään FM:a sairastavaa, joten kyselin ystäviltäni. Eräs heistä mainitsi erään yhteisen ystävämme, jolle soitin kesäkuussa 2010. Hän suostui sähköpostihaastatteluun. Hän on 65-vuotias naimisissa oleva perheellinen nainen, joka on koulutukseltaan merkonomi. Hänen oireensa ovat alkaneet noin 40-vuotiaana ja lopullisen diagnoosin hän oli saanut vasta 50-vuotiaana. (Sähköpostihaastattelu 24.7.2010.) Lisäksi avasin keskustelun Mielenterveysyhdistyksen keskustelupalstalla aiheista FM ja mieli sekä FM ja ratsastusterapia (Mielenterveysyhdistys Taimin Vertaistuki- ja keskustelupalsta n.d.).

Esitin keskustelupalstalla kysymyksiä: Pitääkö omien kokemustenne mukaan paikkaansa, että FM:an liittyy myös mielialahäiriöitä? Onko jollekulle diagnosoitu jokin mielialahäiriö FM:n ohella? Onko jollekulle määrätty myös psyykkistä hoitoa FM:sta johtuen? Minkälaisia kokemuksia teillä on RT:sta FM:n fyysisten ja erityisesti psyykkisten oireiden hoitomuotona? Kerroin tekeväni opinnäytettä FM:sta ja RT:sta. Mainitsin käyttäväni heidän omakohtaisia kokemuksiaan opinnäytteessäni, jonka avulla tuon esiin koettua tietoa FM:sta. RT:an liittyvään kysymykseen ei tullut yhtään kommenttia, mutta muihin sain vastaukset kymmeneltä palstakirjoittajalta.

Eräs palstakirjoittajista nosti aiheeksi ympäristön (ks. myös Pesonen 2010, 20 - 21, 34, 63) ja lääkäreiden suhtautumisen FM-potilaaseen kuin hulluun tai narkomaaniin. Yhteistä monille palstakirjoituksille oli joko lääkäreiden osaamattomuus sairauden hoidossa tai lääkäreiden kielteinen suhtautuminen FM-potilaaseen. Myös Lavikainen (2006) ja Tapio (2009) ovat todenneet tutkimustuloksissaan, että lääkärit ja hoitajat eivät ole tienneet tarpeeksi FM:sta.

FM-potilaat ovat toivoneet sairaanhoitajilta ja lääkäreiltä ymmärrystä ja tukea (ks. myös Pesonen 2010, 31, 45, 63) sekä ajoissa tutkimuksiin lähettämistä. (Tapio 2009.) Kirjoitusten mukaan lääkärit hyvin mielellään näkisivät ongelman psyykkisenä, koska fyysistä syytä oireisiin ei löydy. Turunen ym. (2004) ja Vainio (2004a, 110; 2007b, 31, 130) toteavatkin lääkäreiden helposti turvautuvan sellaisessa tilanteessa ”korvien väli” -teoriaan. Söderberg (2007, 163) on tutkinut FM:a sairastavia ruotsalaisia miehiä ja todennut heidän kokeneen tullessa kohdelluiksi asiallisesti! Vainio (2004a, 36 - 37) kirjoittaa, että krooninen kipuoireyhtymä eristää ihmistä, ja eristäytyminen puolestaan lisää kipua. Sosiaalinen tuki on kuitenkin yksi tehokkaimmista kivunlievityskeinoista (Hannonen 2007c, 421; Olsson & Olsson 2007, 13). Pesonen (2010, 39, 70) on kokenut vertaistuen tärkeäksi (ks. myös Belt, 2006; Elomaa & Estlander 2009c, 250; Pohjolainen 2009, 261; Söderberg 2007, 162). Myös 32-vuotias haastateltavani on oletettavasti saanut vertaistukea monista FM-yhdistyksistä, joiden jäsen hän on. Mielestäni sosiaalinen tuki on tärkeää, koska eristäytyminen voi altistaa mielialahäiriöille.

Haastateltavillani, useimmilla palstavastajilla ja Pesosella (2010, 9, 11, 20, 22, 67) mielialahäiriöt olivat seurausta FM:sta eikä päinvastoin. Polo (Haavisto 2010, 6 - 7) toteaaakin, että uuvuttava, ei parannettavissa oleva sairaus voi johtaa terveeseen reaktioon, masennukseen. Masennus kehittyy sairauteen liittyvän uupumuksen, inihäiriöiden ja/tai kivun seurauksena (Ahokas & Savola 2006; Granström 2009a, 113 - 114; Hannonen & Mikkelsen 2004; Hannonen 2007c, 416; 2009e, 405, 407; Kukkurainen 2006; Liedberg 2004; Pesonen 2010, 9; Vainio 2004a, 36, 69 - 72.) Pitkäaikainen kipu voi aiheuttaa masennuksen, jos kipupotilas kokee hallinnantunteen ja palkitsevien tilanteiden menetystä (Granström 2009a, 114; Kuusinen 2004, 18, 81). Vain yhdessä palstavastauksessa masennus oli jo ennen FM:a. Oireiden hoitoon eivät riitä pelkästään lääkkeet, jotka palstakirjoitusten mukaan tuntuvat olevan monien lääkäreiden ensisijainen ehdotus.

Alkuaikoina 65-vuotias haastateltavani on saanut lääkäriltään hoidoksi särky-, uni- ja masennuslääkkeitä. Monilla palstavastajilla mielialälääkkeiden vaikutus on ollut päinvastainen kuin on ollut tarkoitus. Useimmat vastaajista ovat suhtautuneet kielteisesti masennuslääkkeisiin. Haavisto (2010) toteaaakin kirjassaan, että monet FM:a sairastavat sietävät hyvin huonosti lääkkeitä. 32-vuotiaan haastateltavani vatsa ei ole Crohnin taudin vuoksi kestänyt amitriptyliiniä eikä etorikoksibia. Niiden sijaan lääkäri on määrännyt hänelle

fentanyyliä sisältävän Durogesic -kipulaastarin. Yhdelle palstakirjoittajalle on lääkäri määrännyt käytäväksi läpi kaikki psyykkiset hoitomenetelmät. Asiantuntemusta FM:sta ja sen eri hoitovaihtoehtoista pitää lisätä sairaanhoitajille ja lääkäreille. Siten sairastavien kärsimys voisi ainakin vähentyä. Kankkunen ym. (2009) ovat todenneetkin, että erityisesti potilaiden yksilöllisiä keinoja hallita kipuaan tulee tunnistaa ja tukea. Jatkotutkimusehdotukseksi on syntynyt tutkijoiden mielestä selvittää, millä tavalla sairaanhoitajat voivat auttaa kipupotilaita lisäämään omia kivunhallintakeinojaan. Tästä syystä olen tuonut kappaleessa 2.1 esiin muitakin erilaisia tutkittuja keinoja, joita FM-potilaat voivat kokeilla. Myös Huynh ym. (2008) hyväksyvät muiden, ei välttämättä näyttöön perustuvien hoitomuotojen käytön. Kunhan niillä ei ole haitallista yhteisvaikutusta lääkärin määräämien hoitojen kanssa. (Huynh ym. 2008.) Mitä hyötyä loppujen lopuksi on yksittäisistä hoitokeinoista, jos työelämä ei ole muokattavissa vähemmän stressaavaan suuntaan?

Oman arvionsa mukaan 65-vuotias haastateltavani on sairastunut FM:an työpaineidensa ja työkiireensä vuoksi (vrt. Pesonen 2010, 23 - 24, 28, 30, 40, 45 - 46, 48, 56, 66 - 67). Hän on kertonut olleensa liian tunnollinen ja pikkutarkka työntekijä. Hän ei ole koskaan osannut tai halunnut sanoa ”ei” silloin, kun olisi pitänyt (vrt. Pesonen 2010, 16). Hän on halunnut näyttää ulospäin kaiken olleen hyvin, vaikka sisäinen olotila on ollut kaikkea muuta (vrt. Olsson & Olsson 2007, 11). Työelämävaikeuksia on sisältänyt myös Lavikaisen (2006) tutkimus. Koska FM-potilaat usein pitävät tärkeänä suorittamista, siitä on FM:ssa luonnollisena seurauksena stressiä. Stressi puolestaan on kuin myrkkyä FM:ssa. (vrt. Hannonen 2007c, 416; 2009e, 406 - 407.) Stressi on lisännyt kipuja (Pesonen 2010, 15, 42, 44, 69). Juuri tunnollisuus, itsekriittisyys, ahkeruus ja muiden ihmisten tarpeiden etusijalle asettaminen koituvat FM-potilaille turmioksi (ks. myös Pesonen 2010, 16, 23 - 24, 46, 67; Stenbäck 2010; Vainio 2007b, 102). Itseään syyttämistä ja itsestään virheitä etsimistä kertovat tehneensä 65-vuotias haastateltavani ja Pesonen (2010, 9, 11, 15, 19, 21, 46, 50, 55, 60). Pesonen (2010, 69) on lopulta kyennyt luopumaan itsensä syyttämisestä. Useimmat FM-potilaat haluaisivat pysyä työelämässä, koska he ovat aktiivisia (vrt. Pesonen 2010, 17 - 18, 68, 70) ja varmasti hyviä työntekijöitä. Monet heistä ovat pakotettuja jaksamaan työelämässä ääri rajoilleen asti tai jättämään työelämän ennaikaisesti.

Irtisanoutuminen työstä tai sen harkinta on tullut esiin monissa palstaviesteissä. Työnantaja on valittanut kertyneistä sairaspäivistä, joiden syytä työnantaja ei ole ymmärtänyt. Työnantaja

ei ole ymmärtänyt myöskään työntekijän jaksamattomuutta (Pesonen 2010, 28). Sairaslomalle on joutunut 32-vuotias haastateltavanikin FM:n vuoksi. Tosin hänelle Crohnin tauti on aiheuttanut enemmän tarvetta sairauslomaan kuin FM. FM:a sairastavat ovat kyenneet jatkamaan työtään, jos työtilannetta on muutettu yksilöllisiä kykyjä vastaavaksi (Henriksson, Liedberg & Gerdle 2005). Esimerkiksi työtehtävien tai työpisteen vaihtamisella tai työtuntien vähentämisellä on voitu tukea heidän työkykyään. Potilaiden työkykyä arvioidessa heidän elämäntilanteensa huomiointi kokonaisvaltaisesti on korostunut. Mikäli työtilanne ei ole säädettävissä, FM-potilaiden poissaolot, sairauslomat ja työkyvyttömyyseläkkeen hakemukset lisääntyvät. (Henriksson ym. 2005.) Tapion (2009) tutkimuksessa potilaat ovat kokeneet, että hoitava taho ei ole huomionnut sairausloman tarvetta riittävästi (vrt. Pesonen 2010, 23). FM-potilaat joutuvat kamppailemaan paitsi kipunsa, työnsä, työnantajiansa, lähimmäistensä, hoitavan tahonsa ja sairauslomiensa, myös Kelan kanssa.

Monissa palstaviesteissä vastaajat ovat kertoneet Kelan kielteisestä suhtautumisesta FM:an. Sen vuoksi lääkärit ovat joutuneet määräämään tai ovat halunneet määrätä diagnoosiksi mieluummin esimerkiksi masennuksen (vrt. Haavisto 2010, 6; Hannonen & Mikkelsen 2004). Voisiko tämä olla osasyynä viime vuosien masennusdiagnoosien lisääntymiseen, mikä sitten voisi vääristää Kelan tilastoja? Masennuksella he ovat voineet säilyttää toimeentulonsa, päästä määräraikaiselle eläkkeelle ja saada ammatillista koulutusta tai uudelleen koulutusta. Eräs palstavastaaja on kirjoittanut lääkäreiden heiteltävänä ja Kelan lappujen armoilla olemisen seurauksesta. Hänen mukaansa sellainen voi hyvinkin muuttaa ihmisen tekomasennuksen ennen pitkää oikeaksi. Kela ei siis ainakaan tunnu helpottavan FM-potilaiden stressintäyteistä elämää.

Eräs palstakirjoittajista on maininnut posttraumaattisen stressihäiriön yhteyden FM:an. Hänen mukaansa kirjallisuus on osoittanut 58 %:lla FM:a sairastavista olevan posttraumaattinen stressihäiriö, kun normaaliväestössä sen osuus on kahdeksan prosenttia. Erään Pesosta (2010, 30) hoitaneen lääkärin mukaan vaikea elämänhistoria voi sysätä FM:n liikkeelle. Palstakirjoittaja on kertonut stressihäiriöön liittyvän myös immuunijärjestelmän häiriöt ja univaikeudet, joita on myös FM:ssa. Hän on kirjoittanut, että elimistö itse ei erota kehoa ja mieltä. Traumaattinen tapahtumasarja voi olla esimerkiksi seuraavanlainen koko elämää sävyttävä henkinen umpikuja:

Oman itsearvostuksensa kanssa kamppailee ikänsä ruumiillista työtä tehnyt nainen. Hän on lapsesta lähtien kantanut vastuuta nuorimmista sisaruksistaan niukoissa materiaalisissa ja henkisesti ankeissa oloissa. Hän on mennyt nuorena naimisiin alkoholistin kanssa, kärsinyt, kestänyt ja kasvattanut lapsensa raskasta työtä tehden. Kun sitten lapset ovat lähteneet kotoa ja koittaisivat ansaitut eläkepäivät, tulee ankara kipu. Kipu estää häntä nauttimasta eläkepäivistä, koska hän on pienestä pitäen oppinut, ettei ansaitse hyvää osaa. (Vainio 2007b, 108.)

Lapsuuden traumaattiset, erityisesti pitkään jatkuneet kokemukset voivat johtaa hermoston poikkeavaan kehitykseen (ks. myös Vainio 2004a, 32 - 33). Seurauksena syntyy haavoittunut keskushermosto, joka on erityisen herkkä ulkoisille stressitekijöille (Salokangas ym. 2006). Asiantuntijoiden ja tutkijoiden (esim. Crofford 2010; Pohjolainen 2009, 261) mukaan yhteys traumaattisten kokemusten ja myöhemmin ilmenevien psykosomaattisten oireiden välillä on olemassa (vrt. Pesonen 2010, 16, 28, 52). Rantala (2010) on puhunut ihmisen omasta kyvystään vaikuttaa elämäänsä (vrt. Bergström 2007, 44 - 47; Elomaa & Estlander 2009a, 109 - 112; 2009b, 146; 2009c, 245, 249). Hänen mukaansa ihminen voi tietoisesti karistaa kehomuististaan pois vanhoja tarpeettomia uskomuksia, ajatusmalleja ja asioita. Pesonenkin (2010, 45, 48 - 49, 64, 67 - 68) on työstänyt menneisyyttään itsehoidolla ja terapeutin avulla opettelemalla irti vahvuudesta, läheisriippuvuudesta, epäitsekkyudesta ja työnarkomaniasta. Toimeentulojärjestelmämme sallii rajoitetusti jos lainkaan mahdollisuuksia toteuttaa stressin välttämistä, mikä ei ainakaan lievitä FM-kipua.

FM-kipu ja kaikki FM-potilaiden kokemat oireet ovat todellisia. FM-potilaiden omalla kokemuksella on suuri merkitys. FM:ssa ei ole kyse potilaiden ”korvien välissä” olevasta asiasta. Oikean tiedon puuttumisesta johtuen oireyhtymästä on olemassa paljon vääriä käsityksiä, jotka vain lisäävät sairastavien kärsimystä. Sairaanhoidajien pitää suhtautua FM-potilaisiin asiallisesti ja kunnioittavasti. Sairaanhoidajilla on tärkeä tehtävä tukea kipupotilaita ja auttaa potilaita löytämään keinoja kivunhallintaan (Kankkunen ym. 2009; Olsson & Olsson 2007). Hannonen (2007c, 419) toteaa, että lääkäreiden tulee pyrkiä FM-diagnoosiin mahdollisimman nopeasti pitkittämättä prosessia turhaan. Osa FM-potilaista on terveydenhuollon palvelujen suurkuluttajia (Hannonen 2009e, 406). Ennen FM-diagnoosin saamista syntyvät hoitokulut voivat olla jopa korkeammat kuin diagnoosin jälkeen syntyvät hoitokulut (Annemans ym. 2009). Ehkä parhaimmat hoitotulokset ovat saavutettavissa, kun

oireilevat potilaat saavat moniammatillista tukea ja hoitoa oireyhtymän **varhaisessa** vaiheessa.

Pesonen (2010, 41, 48, 50, 60, 66 - 70) tuo esiin kirjassaan FM-kivun hyväksymisen (ks. myös Elomaa & Estlander 2009c, 249; Olsson & Olsson 2007, 10; Vainio 2007b, 96), joka tapahtuu vähitellen. Myös 65-vuotiaan haastateltavani on lopulta pitänyt oppia ajattelemaan, että sairauden kanssa on vain elettävä. Pesonen (2010, 7 - 70) ei kuitenkaan ole luopunut toivosta, ja eräs hänen selviytymiskeinoistaan on mitä ilmeisimmin ollut kirjoittaminen (ks. myös Junghaenel ym. 2008) ja huumori. Eri FM-potilailla on erilaisia selviytymiskeinoja, ja niitä pitääkin olla. Ainakin niin kauan kuin FM:n perusaiheuttaja(t) ja parannuskeino ovat tuntemattomia.

Yhdyn käsitykseen, että poikkeava kipujärjestelmä, geeniperimä (ks. myös Pesonen 2010, 51 - 52), yksilöllinen alttius, ympäristölliset, psykososiaaliset ja laukaisevat tekijät aiheuttavat FM:n (esim. Ablin ym. 2007). Siten hermotoiminta ja stressi näyttävät olevan keskeisimpiä tekijöitä FM:ssa. Sisällyttäisin tähän myös aineenvaihdunnan, koska tahdosta riippumattoman hermoston ja ruoansulatuksen välillä vallitsee voimakas yhteys (Huttunen 2010a; Medimeal n.d.; vrt. Schur ym. 2007). Hannonen (2009e, 404) sanookin, että FM-potilailla on lähes poikkeuksetta ärtyneen suolen oireyhtymä. Tämä tukisi myös Liptanin (2009) ehdottamaa HPA -akselin toimintahäiriötä FM:n synnyssä, sillä HPA -akselilla on tärkeä osuus kehon aineenvaihduntaan (Forbes & Chalmers 2004; Hannonen 2009e, 407). Ruutin (2010) esittämät aivojen auttamiskeinot oikea ruokavalio (vrt. Harris ym. 2009; Oja & Saransaari 2001; Vainio 2004a, 91 - 92; Winkler 2010), liikunta (esim. Crofford 2010) ja stressin välttäminen (esim. Hannonen 2009e, 406) sisältänevät totuuden jyväsiä. RT on keho- ja mielikeskeistä, yleensä ulkoilmassa tapahtuvaa liikuntaa. Haastatteluaineistoni mukaan se tehoi FM-potilaan kiputilaan eli hermostoon ja psyykeen – samanaikaisesti (ks. myös Aro 2003; Strauss 2008, 17, 25, 30 - 31, 59, 131; Vernooij & Schneider 2008). Ihminen on biopsykososiaalinen kokonaisuus (Pohjolainen 2009, 259). Oman kokemukseni RT:sta olen saanut osallistumalla yhdelle tunnille ennen haastatteluaineistooni paneutumista.

6.4 Oma kokemus ratsastusterapiasta

Syksyllä 2006 putosin maastoratsastuksessa hevosen selästä. Sairaalassa ei löytynyt merkkejä epäillystä lonkkamurtumasta. Selvisin kivuilla ja suurella mustelmalla. Pääsin jo samana päivänä kotiin viikon sairauslomalle. Tiesin lukemattomia kertoja aiemminkin ratsailta pudonneena, että minun piti heti nousta uudelleen satulaan. Kivun vuoksi en voinut tehdä sitä heti. Sovin tallin ratsastusopettajan kanssa, että käyn jonakin päivänä nollaamassa tapahtuneen. Se jäi kuitenkin tekemättä. Siihen tarjoutui oiva tilaisuus RT -tunnin muodossa melkein neljä vuotta tapahtuman jälkeen.

Osallistuin toimeksiantajani ohjaamalle RT -tunnille kesällä 2010 voidakseni paremmin eläytyä haastateltavani tuntemuksiin ja käsitelläkseni oman traumani. Minua jännitti kovasti jo ennakkoon johtuen onnettomuudesta, minkä kerroinkin ohjaajalleni. Hän ei ollut tiennyt onnettomuudestani ja oli valinnut minulle saman hevosen, jonka selästä olin pudonnut. Se osoittautui hyväksi asiaksi, koska se vahvisti nollaamisen vaikutusta. Satulan sijasta käytössä oli huopa paremman tuntuman saamiseksi hevosen liikkeisiin ja hevosen rentouttavaan lämpöön. Ohjaajani tytär talutti hevosta ja ohjaajani käveli vierellä koko RT:n ajan. Siitä huolimatta minua pelotti vielä liikkeelle lähdettyämme, minkä hevonenkin vaistosi liikehtimällä hermostuneesti. Pelon, kuten muutkin ihmisen välittämät ei-sanalliset merkit tai viestit, hevonen kykenee havainnoimaan äärimmäisen herkästi. Hevoset reagoivat ihmisen ääniin, ihmisen sisäiseen olemukseen ja ihmisellä parhaillaan läsnä oleviin tunteisiin. Hevoset vastaavat viesteihin omalla käyttäytymisellään. (Vernooij & Schneider 2008, 16 - 17, 23 - 24.) Vasta kun ohjaajani kehotuksesta pyrin tietoisesti rentoutumaan, pystyi hevonenkin rentoutumaan. Suunnistimme maastoon.

Kuljimme koko RT:n ajan kävelyvauhtia maastossa tasaista, alamäkiä ja ylämäkiä. Minun tehtävänäni oli pelkästään keskittyä kuvittelemaan hevosen maha tasaisessa rytmisissä puolelta toiselle heiluvaksi tynnyriksi. Ohjaajani lisäsi jalkojeni ja selkäni lihasten rentoutumista kevyen mutta tehokkaan käsikosketuksensa avulla hevosen kulkiessa eteenpäin. Hän kehotti minua keskittämään ajatukseni kuhunkin hetkeen ja siihen, miltä kehossani tuntui eri vaiheissa. Ajatukseni harhailivat tutuissa maastomaisemissa ja todennäköisesti kohta kuuluvissa äkillisissä äänissä, joita hevonen taas säikähtäisi ja putoaisi. Ohjaajani huomasi

keskittymiseni herpaantumisen asentoni muuttumisesta ja ajoittain hallitsemattomista yläkehoni sivusuuntaisista liikkeistä. Opin kiinnittämään huomiota myös ”pituutta kasvattavaan asentoon”. Siinä korvien takaosan kohottaminen vetämällä leukaa alas ja lähemmäs rintaa antaa kehon asentoon sisäisen tuen. Tunsin muutoksen ja ulkoisen kiinnipitämisen tarve väheni sisäisen tuen lisääntyessä. Pituutta kasvattavaa asentoa voi ohjaajani mukaan hyödyntää kaikessa liikkumisessa. Hän sanoi asennolla olevan vaikutusta myös kasvoniilmeisiin ja purentaan. Yritin keskittyä ohjeisiin lopputunnin ajan.

Selvisin ”ehjin nahoin” tallille asti. Hevonen sai kiitokseni taputuksina. Vaikka minulla ei ollut kipuja, kuten haastateltavallani, pystyin mielestäni saamaan jonkinlaisen omakohtaisen käsityksen RT:sta. Tunsin RT:n jälkeen oloni sekä fyysisesti että psyykkisesti rennommaksi. Erityisesti lantion ja alaselän seudulla tuntui lämpöä ja vapautumisen tunnetta. Myös jalat tuntuivat rennommilta. Ajatukset myllersivät mielessäni. Minua kadutti, että olin moittinut hevosia säikyiksi eläimiksi. Ohjaajani mukaan olin vain reagoinut silloin senhetkisten ajatusten ja tunteiden mukaan. Itkin kotimatalla. Koko loppupäivän tunsin oloni todella väsyneeksi. Tunsin, että ikään kuin olisin viimein päässyt ja päästänyt irti jostakin taakasta. Tajusin, että en ollut lainkaan aiemmin käsitellyt onnettomuutta. Luultavasti olin enemmän tai vähemmän tietoisesti vältellyt uudelleen satulaan nousemista. Vanha sanonta ”kun asia pitkittyy, se myös mutkistuu” tuntui pitävän paikkaansa. Opin, että on tärkeää käsitellä traumaattinen asia. Opin, että on tärkeää kohdata pelkonsa. Olen kiitollinen RT:n oppikokemuksestani. Oman käsitykseni perusteella suosittelen RT:a FM-potilaille keinona saada kehon ja mielen rentoutumista. Koin, että hevosen lämmöllä ja läsnäololla oli minulle fyysisesti ja psyykkisesti hyvää oloa tuova vaikutus.

6.5 Opinnäytteen markkinointi ja hyödynnettävyys sekä jatkotutkimusaiheet

Markkinoin opinnäytetyötäni helmikuussa 2011 Ypäjän Hevosopistolla järjestetyn, Suomen ratsastusterapeuteille suunnatun esitykseni avulla. Lisäksi tein lehtijutun Kainuun Sanomiin maaliskuussa 2011. Opinnäytetyötäni tullaan hyödyntämään fysioterapiaopinnoissa Oulussa. Ehdotan seuraavia jatkotutkimusaiheita:

1. Selvittää sairaanhoitajien tietämystä FM:sta
2. Selvittää psyykkisten tekijöiden läsnäoloa somaattisissa sairauksissa
3. Selvittää lisää RT:n vaikuttavuutta FM:n hoidossa
4. Selvittää lisää RT:n mahdollisuuksia muissa kiputiloissa.

LÄHTEET

- Ablin, J., Neumann, L. & Buskila, D. 2007. Pathogenesis of fibromyalgia – A review. *Joint Bone Spine* 75, 273 - 279. Viitattu 11.9.2010 http://img2.tapuz.co.il/forums/1_125417833.pdf
- Ahokas, T. & Savola, K-M. 2006. Fibromyalgia pitää ottaa vakavasti. *Hyvä Terveys*, elokuva, 62 - 65.
- Annemans, L., Le Lay, K. & Taieb, C. 2009. Societal and Patient Burden of Fibromyalgia Syndrome. *Pharmaco Economics* 27 (7), 547 - 559. Viitattu 20.9.2010 http://adisonline.com/pharmacoeconomics/Abstract/2009/27070/Societal_and_Patient_Burden_of_Fibromyalgia.3.aspx
- Aro, J. 2003. Hevonen – terapeutti ja työtoveri. Ratsastusterapeutin kokemuksia ratsastusterapiasta. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikka. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 20.3.2010 <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/7806/G0000387.pdf?sequence=1>
- Auvinen, P., Heikkilä, J., Ilola, H., Kallioinen, O., Luopajarvi, T., Raij, K. & Roslöf, J. 2010. Suositus tutkintojen kansallisen viitekehysten (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta ammattikorkeakouluissa. Arene Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. Luettu 21.3.2011 http://www.arene.fi/data/dokumentit/cac30529-1b20-4f51-9355-d8ff9c4246a9_NQF%20Suomi.pdf
- Belt, N. 2006. Kuntoutuskurssin vaikutus fibromyalgiapotilaiden oireisiin – onko kuntoutuksesta hyötyä? Turun Yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J. & Matallana, L. 2007. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. 2005. *BioMed Central Musculoskeletal Disorders* 8, 27. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=36301090&site=ehost-live>. Luettu Ebsco-tietokannassa 9.9.2010
- Berger, A., Dukes, E., Martin, S., Edelsberg, J. & Oster, G. 2007. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *International Journal of Clinical Practice* 61 (9), 1498 - 1508. Viitattu 12.9.2010 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-1241.2007.01480.x/pdf>
- Bergström, G. 2007. Psykososiala perspektiv på långvarig smärta. Teoksessa Jakobsson, U. (toim.) *Långvarig smärta*. Puola: Pozkal. 41 - 56.

- Bergström, M. & Weikert, C. 2007. En kvalitativ studie av hur ett antal kvinnor upplever hästens psykologiska betydelse för det psykiska välbefinnandet. Lunds Universitet. Institutionen för Psykologi. Psykologexamensuppsats. Viitattu 27.9.2010 http://www.ridterapi-novalis.se/Hastens_psykologiska_betydelse.pdf
- Bitton, A., Dobkin, P. L., Edwardes, M. D., Sewitch, M. J., Meddings, J. B., Rawal, S., Cohen, A., Vermeire, S., Dufresne, L., Franchimont, D. & Wild, G. E. 2008. Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsychosocial model. *Gut An International Journal of Gastroenterology and Hepatology* 57 (10), 1386 - 1392. Viitattu 30.9.2010 <http://gut.bmj.com/content/57/10/1386.abstract>
- Broström, E. & Holtz, T. 2006. Ridterapi. Hästunderstödd behandling inom psykiatrin. Stockholms Universitet. Institutionen för social arbete. C-uppsats. Viitattu 25.9.2010 http://www.ridterapi-novalis.se/urn_nbn_se_su_diva-1366-1__fulltext.pdf
- Burgon, H. 2002. Case Study of a Group of Adult Users of a Mental Health Team Receiving Riding Therapy. Federation of Riding for the Disabled International. *Kokoelmajulkaisussa Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding* 8, 55 - 66.
- Buskila, D. 2009. Developments in the scientific and clinical understanding of fibromyalgia. *Arthritis Research & Therapy* 11 (5), 242. Viitattu 11.9.2010 <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/ar2720.pdf>
- Buskila, D. & Sarzi-Puttini, P. 2006. Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Research & Therapy* 8, 218. Viitattu 16.9.2010 <http://arthritis-research.com/content/8/5/218>
- Carville, S. F. & Choy, E. H. S. 2008. Getting on with fibromyalgia. *Future Rheumatology* 3 (2), 109 - 112. Viitattu 14.9.2010 <http://www.futuremedicine.com/doi/pdf/10.2217/17460816.3.2.109>
- Cassisi, G., Sarzi-Puttini, P., Alciati, A., Casale, R., Bazzichi, L., Carignola, R., Gracely, R. H., Salaffi, F., Marinangeli, F., Torta, R., Giamberardino, M. A., Buskila, D., Spath, M., Cazzola, M., Di Franco, M., Biasi, G., Stisi, S., Altomonte, L., Arioli, G., Leardini, G., Gorla, R., Marsico, A., Ceccherelli, F. & Atzeni, F. 2008. Symptoms and signs in fibromyalgia syndrome. *Reumatismo* 60.Supplemento 1, 15 - 24. Viitattu 15.9.2010 <http://www.reumatismo.org/admin/filesSupplementi/60-1%20Suppl%2015-24.pdf>
- Chou, K-L. 2007. Reciprocal relationship between pain and depression in older adults: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Affective Disorders* 102 (1), 115

- 123. Viitattu 14.9.2010 <http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327%2806%2900565-9/abstract>
- Crofford, L. J. 2010. Fibromyalgia. American College of Rheumatology. Specialists in Arthritis Care & Research. Viitattu 10.9.2010
http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/diseases_and_conditions/fibromyalgia.pdf
- Cropley, M. & Theadom, A. 2008. Sleep disturbance in fibromyalgia syndrome. *Future Rheumatology* 3 (6), 533 - 535. Viitattu 14.9.2010
<http://www.futuremedicine.com/doi/pdf/10.2217/17460816.3.6.533>
- Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009a. Miten kivusta tulee krooninen? Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu. 3. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 109 - 112.
- Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009b. Kipupotilaan psykologinen arviointi. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu. 3. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 144 - 147.
- Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009c. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu. 3. uudistettu painos*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 245 - 251.
- Fibromyalgia. 2007. Lääkärikirja. Viitattu 17.4.2010
<http://www.poliklinikka.fi/kipukanava/artikkelit/7302816>
- Fibromyalgia Solutions from the Field of Manual Therapy and Complementary & Alternative Medicine (CAM). 2007. *Musculoskeletal Solutions 07*. Viitattu 18.9.2010
http://visualizehealth.net/uploads/TSM_MS_07_Soft_Tissue_Joint_Comfort_Range_Solutions_TBR_Fibromyalgia_Chronic_Pain.pdf
- Fietta, P., Fietta, P. & Manganelli, P. 2007. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomedica* 78, 88 - 95. Viitattu 16.9.2010
http://www.actabiomedica.it/data/2007/2_2007/fietta.pdf
- Forbes, D. & Chalmers, A. 2004. Fibromyalgia: revisiting the literature. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association* 48 (2), 119 - 131. Viitattu 13.9.2010
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1840047/>
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X., Gracely, R. H. & Clauw, D. J. 2003. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain

- thresholds and psychological factors. *Arthritis & Rheumatism* 48 (10), 2916 - 2922. Viitattu 15.9.2010 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.11272/abstract>
- Gordon, D. A. 2003. Fibromyalgia – Real or Imagined? *The Journal of Rheumatology* 30 (8), 1665. Viitattu 16.9.2010 <http://www.jrheum.com/subscribers/03/08/1665.html>
- Goyal, M., Haythornthwaite, J., Levine, D., Becker, D., Vaidya, D., Hill-Briggs, F. & Ford, D. 2010. Intensive Meditation for Refractory Pain and Symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 16 (6), 627 - 631. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=36301090&site=ehost-live>. Luettu Ebsco-tietokannassa 14.9.2010
- Granström, V. 2009a. Kipu, unettomuus ja masennus. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 112 - 115.
- Granström, V. 2009b. Krooninen kipu -tautiluokitus ICD-10:n luvussa Mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 151 - 157.
- Granström, V. 2009c. Psykiatria kipupotilaan tutkimuksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 252 - 258.
- Haanpää, M. & Soinila, S. 2008. Neuroopaattisen kivun diagnostiikka tarkentuu. *Suomen Lääkärilehti* 63(36), 2900 - 2903. <http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 9.9.2010
- Haavisto, M. 2010. CFS:n ja fibromyalgian hoito. Kattava esittely kroonisen väsymysoireyhtymän ja fibromyalgian lääkehoidoista. Helsinki: Hakapaino.
- Halvarsson, S. & Ekström, A-M. 2000. Ridterapi. Östersunds sjukhus. Område psykiatri. Centrum för studier i hälsa och livskvalitet. Viitattu 25.9.2010 http://www.ridterapi-novalis.se/urn_nbn_se_su_diva-1366-1__fulltext.pdf
- Hannonen, P. & Mikkelsen, M. 2004. M79.0 – mistä fibromyalgiassa on kyse, mitä hoidoksi? *Duodecim* 120 (2), 237 - 246. <http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 9.9.2010
- Hannonen, P. 2005a. Mikä hoidoksi fibromyalgiaan? *Lääkärilehti* 60 (37), 3625 - 3629. <http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 15.6.2010

- Hannonen, P. 2007b. Fibromyalgia ja sosiaalietuudet. Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L. & Kyngäs, H. (toim.) Reuma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 426 - 428.
- Hannonen, P. 2007c. Fibromyalgia. Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L. & Kyngäs, H. (toim.) Reuma. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 415 - 426.
- Hannonen, P. 2009d. Fibromyalgia. Lääkäriin käsikirja.
<http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 15.6.2010
- Hannonen, P. 2009e. Fibromyalgia. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 404 - 410.
- Hannonen, P. n.d.f. Fibromyalgia. Therapia Fennica. Viitattu 27.12.2010
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Fibromyalgia>
- Harris, R. E., Sundgren, P. C., Craig, A. D., Kirshenbaum, E., Sen, A., Napadow, V. & Clauw, D. J. 2009. Elevated insular glutamate in fibromyalgia is associated with experimental pain. *Arthritis & Rheumatism* 60 (10), 3146 - 3152. Viitattu 12.9.2010
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.24849/abstract>
- Harris, R. E., Sundgren, P. C., Pang, Y., Hsu, M., Petrou, M., Kim, S.-H., McLean, S. A., Gracely, R. H. & Clauw, D. J. 2008. Dynamic levels of glutamate within the insula are associated with improvements in multiple pain domains in fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism* 58 (3), 903 - 907. Viitattu 12.9.2010 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.23223/abstract>
- Heckman, C. J. & Westefeld, J. S. 2006. The Relationship Between Traumatization and Pain: What is the Role of Emotion? *Journal of Family Violence* 21(1), 63 - 73.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=36301090&site=ehost-live>. Luettu Ebsco-tietokannassa 18.9.2010
- Heintz, B. 2009. Lucia – Therapy Given to an Adolescent with Post-Traumatic Stress Disorder. Teoksessa Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie (FAPP) and Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V. (DKThR) (toim.) Equine Facilitated Psychotherapy. Case Studies and International Reports. Käänt. FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH, Warendorf. Warendorf: FAPP. 70 - 83.
- Henriksson, C. M., Liedberg, G. M. & Gerdle, B. 2005. Women with fibromyalgia: Work and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 27 (12), 685 - 694.

- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=36301090&site=ehost-live>. Luettu Ebsco-tietokannassa 21.9.2010
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C. & Kendler, K. S. 2005. The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *Archives of General Psychiatry* 62 (2), 182 - 189. Viitattu 20.12.2010 <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/62/2/182>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13. - 14. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holloway, I. & Freshwater, D. 2007. *Narrative Research in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Huttunen, J. 2010a. Mielen ja kehon sairaudet kietoutuvat toisiinsa. *Mielenterveys* 49 (2), 12 - 16.
- Huttunen, M. 2010b. Tietoa potilaalle: Paniikkihäiriö. *Lääkärikirja Duodecim*.
<http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 20.12.2010
- Huttunen, M. O. 2008. *Lääkkeet mielen hoidossa*. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Huynh, C. N., Yanni, L. M. & Morgan, L. A. 2008. Fibromyalgia: Diagnosis and Management for the Primary Healthcare Provider. *Journal of Women's Health* 17 (8), 1379 - 1387.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=36301090&site=ehost-live>. Luettu Ebsco-tietokannassa 11.9.2010
- Hyvärinen, M. & Löyttyniemi, V. 2005. Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) *Haastattelu – Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 189 - 199.
- Häkanson, M. 2008. *Equine Assisted Therapy in Physiotherapy*. University of Gothenburg. Institute of Medicine at Sahlgrenska Academy. Thesis.
- Hänel, K. 2001. *Therapeutisches Reiten in der Traumaarbeit*. Lääkäri ja seksuaaliterapeutti Hänel. Leihgestern -projekti (1998 - 2001). Viitattu 15.1.2010
http://www.kristinahaenel.de/docs/therapeutisches_reiten_-_2001.pdf
- Junghaenel, D. U., Schwartz, J. E. & Broderick, J. E. 2008. Differential efficacy of written emotional disclosure for subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Health Psychology* 13 (1), 57 - 60. Viitattu 18.9.2010
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18230233>

- Juutilainen, M. 2009. Väkivallan vaikutus ihmismielen rakentumiseen ja toimintaan. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen ja auttamisen keinot. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin koulutustilaisuus. Viitattu 3.11.2010
C:\Users\Tarja\AppData\Local\Temp\MJ_Luento_14_5_ksshp-1.pdf
- Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 104 - 108.
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 76 - 102.
- Kankkunen, P., Nousiainen, H. & Kylmä, J. 2009. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. Tutkiva Hoitotyö 7 (2), 13 - 20.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Kaila-Kangas, L., Virtanen, M., Elovainio, M., Puttonen, S., Keltikangas-Järvinen, L., Pentti, J. & Vahtera, J. 2007. Increased absence due to sickness among employees with fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases* 66 (1), 65 - 69. Viitattu 17.9.2010 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16793839>
- Kiyak, E. K. 2009. A New Nonpharmacological Method in Fibromyalgia: The Use of Wool. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 15 (4), 399 - 405. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=36301090&site=ehost-live>. Luettu Ebsco-tietokannassa 19.9.2010
- Korhonen, T., Mattila-Rautiainen, S., Nyman, M. & Tossavainen, S. 1999. Alaselkikipuisten työkyvyttömiä ratsastusterapiakokeilu; 8 viikon intensiivikuntoutus. Kainuun keskussairaala.
- Kosek, E. 2009. Advances in fibromyalgia treatment: understanding endogenous pain modulation. *International Journal of Clinical Rheumatology* 4 (5), 493 - 497. Viitattu 14.9.2010 <http://www.futuremedicine.com/doi/pdf/10.2217/ijr.09.29>
- Kukkurainen, M. L. 2006. Fibromyalgiaa sairastavien koherenssintunne, sosiaalinen tuki ja elämänlaatu. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Viitattu 20.9.2010 <http://herkules oulu.fi/isbn9514282663/isbn9514282663.pdf>
- Kunz, G. 2008. Therapeutic riding for woman with anorexia nervosa, special consideration being given to depth-psychotherapy approaches. An empiric investigation into the spectrum of the

- effect of the horse on anorexia patients. Federation of Riding for the Disabled International. Kokoelmajulkaisussa Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding, 21 - 26.
- Kupila, P. 2008. Pitkäaikainen kipu fibromyalgiaa sairastavilla. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kuusinen, P. 2004. Pitkäaikainen kipu ja depressio. Yhteyttä säätelevät tekijät. Jyväskylän Yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja. Viitattu 8.9.2010
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13336/9513919927.pdf?sequence=1>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.
- La Torre, M. A. 2008. The Role of Body Movement in Psychotherapy. Perspectives in Psychiatric Care 44 (2), 127 - 130.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=36301090&site=ehost-live>. Luettu Ebsco-tietokannassa 4.10.2010
- Lavikainen, H. A. 2006. "Se ei ole kovin hovikelpoinen sairaus" – Fibromyalgiaa sairastavien kertomuksia ja kokemuksia arjesta moniselitteisen ja näkymättömän sairauden kanssa. Helsingin Yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- Liedberg, G. 2004. Women with fibromyalgia. Employment and daily life. Linköping University. Faculty of Health Sciences. Dissertation. Viitattu 20.9.2010
 C:\Users\Tarja\AppData\Local\Temp\FULLTEXT01-6.pdf
- Liptan, G. L. 2009. Fascia: A missing link in our understanding of the pathology of fibromyalgia. Journal of Bodywork and Movement Therapies 2010: 14 (1), 3 - 12. Viitattu 17.9.2010
<http://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592%2809%2900094-1/abstract>
- Lutz, J., Jäger, L., de Quervain, D., Krauseneck, T., Padberg, F., Wichnalek, M., Beyer, A., Stahl, R., Zirngibl, B., Morhard, D., Reiser M., & Schelling G. 2008. White and gray matter abnormalities in the brain of patients with fibromyalgia: a diffusion-tensor and volumetric imaging study. Arthritis & Rheumatism 58 (12), 3960 - 3969. Viitattu 19.9.2010
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19035484>
- Martinez-Lavin, M. 2007. Biology and therapy of fibromyalgia. Stress, the stress response system, and fibromyalgia. Arthritis Research & Therapy 9: 216. Viitattu 15.9.2010
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/ar2146.pdf>

- Martio, J. 2010. Reumataudit. *Duodecim* 126 (8), 857. Viitattu 14.9.2010
<http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 15.9.2010
- Medimeal. N.d.. Hermosto ohjaa suolen toimintaa. Viitattu 5.10.2010
http://www.medimeal.fi/clysmatic/clysmat_06.html
- Mielenterveysyhdistys Taimin Vertaistuki- ja keskustelupalsta. N.d.. Palstakeskustelut 4. - 25.6.2010. Viitattu 13.9.2010 <http://www.mielenterveys-taimi.fi/verkko/keskustelu/index.php>
- Munnukka-Dahlqvist, M. 2001. Traumojen vaikutus kehoon ja kehon hoito osana terapiaa. *Perheterapia* 17 (4), 22 - 37.
- Mäkelä, R. 2009. ”Sulo Seijan selän kuntouttajan” – ratsastusterapia osana selkäleikatun kivun hoitoa. Ypäjän Hevosopisto. Ratsastusterapiakoulutuksen päättötyö.
- National Fibromyalgia Association. N.d.. Fibromyalgia Fact Sheet. Viitattu 31.8.2010
http://www.fmaware.org/site/PageServer?pagename=fibromyalgia_fmFactSheet
- Nikanne, J. & Tauriainen, L. 2000. ”Yli vuorien harpataan, poikki merien kahlataan” - ratsastusterapiastako apua masennukseen? Suomen kuntoutusliitto. Paloniemen sairaala. Projektin loppuraportti.
- Oja, S. & Saransaari, P. 2001. Aivoiskemia ja hermovälittäjäaineet. *Suomen Lääkärilehti* 56 (27 - 29), 2898 - 2901. <http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 9.9.2010
- Okifuji, A. & Turk, D. C. 2002. Stress and Psychophysiological Dysregulation in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* 27 (2), 129 - 141. Viitattu 19.9.2010 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12206047>
- Olsson, C. & Olsson, T. 2007. Det gör ont! – en litteraturstudie om att leva med långvarig smärta. Sahlgrenska akademien vid Göteborgs Universitet. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Omvårdnad – Eget arbete. Viitattu 29.9.2010
http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4398/1/olsson_olsson.pdf
- Pakkala, E. 2008. Somatisaatio löytyy aivokuvantamisella. *MediUutiset*. Viitattu 22.12.2010
<http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article152452.ece>
- Palola, L. 2003. Laukki -projekti – Ratsastusterapia lastensuojelutyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaalijulkaisussa Linnossuo, O. Sosiaalinen ja toiminnallisterapeuttinen työ nuorten kanssa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 78 - 102.

- Paniikkihäiriö. 2000. Konsensuslausuma. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim – Suomen Akatemia. 116, 2534 - 2541. Viitattu 20.12.2010
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91894.pdf>
- Pellikka, A-L. 2006. Sosiaalityö ja terapeuttinen tukeminen – ratsastusterapeuttinen toiminta lastensuojelussa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- Pesonen, E. 2010. Minä ja herra Fibro. Matkakumppanina fibromyalgia. Mediapinta.
- Pohjolainen, T. 2009. Moniammatillinen yhteistyö kipupotilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 259 - 263.
- Ponteva, M. 2009. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt. Käypä hoito. Duodecim. ja Suomen Psykiatriyhdistys ry. Viitattu 4.10.2010
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50080>
- Pulkkinen, M. 2000. Psykoterapeuttinen ratsastusterapia mielenterveyskuntoutuksessa. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.
- Pääkkö, A. 2010. Stressi, jännittäminen tai trauma henkiseksi kasvuksi – kokemuksia TRE-menetelmästä. Ratkes 16 (3), 24 - 27.
- Rantala, H. 2010. Oma sisäinen johtajuus ja tietoinen luominen [esitelmä]. Uudet Inspis -messut 16. - 17.10.2010. Oulu.
- Ruuti, M. 2010. Auta aivojasi [esitelmä]. Uudet Inspis -messut 16. - 17.10.2010. Oulu.
- Saloheimo, P. & Huttunen, M. O. 2008. ”Selittämättömistä” somaattisista oireista kärsivä potilas vastaanotolla. Duodecim 124 (6), 703 - 710. <http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 13.9.2010
- Salokangas, R. K. R., Luutonen, S., Graf Von Reventlow, H., Patterson, P., Huttunen, J., Nieminen, M., Laine, T. & Karlsson, H. 2006. Lapsuuden traumaattiset kokemukset ennakoivat aikuisiän vakavaa psyykkistä oireilua. Lääkärilehti 61 (17), 1835 - 1842.
<http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 19.9.2010
- Sandström, M. 2000. Ratsastusterapian vaikutukset neurofysiologian ja tutkimustulosten näkökulmasta. Helsinki: Suomen Kuntoutusliitto ry.
- Sarzi-Puttini, P., Atzeni, F. & Cazzola, M. 2010. Neuroendocrine therapy of fibromyalgia syndrome: an update. Annals of the New York Academy of Sciences 1193, 91 - 97. Viitattu 18.9.2010 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2009.05345.x/abstract>

- Sayar, K., Gulec, H., Topbas, M. & Kalyoncu, A. 2004. Affective distress and fibromyalgia. *Swiss Medical Weekly* 134 (17 - 18), 248 - 253. Viitattu 12.9.2010
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15243852>
- Schur, E. A., Afari, N., Furberg, H., Olarte, M., Goldberg, J., Sullivan, P. F. & Buchwald, D. 2007. Feeling Bad in More Ways than One: Comorbidity Patterns of Medically Unexplained and Psychiatric Conditions. *Society of General Internal Medicine* 22 (6), 818 - 821.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=36301090&site=ehost-live>. Luettu Ebsco-tietokannassa 15.9.2010
- Selvinen, S. 2004. Ratsastusterapialla kehon ja mielen tasapainoa. *Fysioterapia* 4. Viitattu 15.12.2009
http://nuuksiontaika.fi/lisatiedot/Ratsastusterapialla_kehon_ja_mielen_tasapainoa.pdf
- Siltala, P. 2006. Nainen ja masennus. Helsinki: Kirjapaja.
- Stenbäck, S. 2010. Fibromyalgiapotilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja.
<http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 10.9.2010
- Stone, J., Carson, A. & Sharpe, M. 2005. Functional Symptoms in Neurology: Diagnosis and Management. Review Article. *Advances in Clinical Neuroscience & Rehabilitation* 4 (6), 8 - 11. Viitattu 15.9.2010
http://www.sirricenter.com/pdfarticles/22_functional_neuro_UK.pdf
- Stratz, T., Schneider, M., Joos, T. O., Hsu, H.-Y. & Müller, W. 2007. Pathophysiology and Treatment of Fibromyalgia Syndrome. *Current Rheumatology Reviews* 3 (2), 167 - 170. Viitattu 18.9.2010
<http://www.ingentaconnect.com/content/ben/crr/2007/00000003/00000002/art00011>
- Strausfeld, P. 2009. Selbsterfahrung auf dem Pferd. Teoksessa Gäng, M. (toim.) *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren*. 4. painos. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag. 188 - 198.
- Strauss, I. 2008. Hippotherapie. *Physiotherapie mit und auf dem Pferd*. 4. painos. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Sundberg, I-M. & Söderblom, A. 2007. Ridterapi – Patientens upplevda effekter av ridterapi. Östersund Mittuniversitet. Institutionen för Socialt arbete. Viitattu 10.1.2010
http://www.ridterapi-novalis.se/Ridterapi_Patientens_upplevda_effekter_av.pdf
- Suomalainen, T. 2009. Tunnetko fibron. *Tehy* 11 ? , 44 - 45.

- Suomen ratsastusterapeutit. 2010. Ratsastusterapia. Viitattu 17.4.2010
<http://www.suomenratsastusterapeutit.net/6>
- Suomen Reumaliitto. N.d. Fibromyalgia. Viitattu 30.6.2010 <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/fibromyalgia/>
- Sähköpostihaastattelu 24.7.2010. Pohdinta -luku.
- Söderberg, S. 2007. Att leva med fibromyalgi – Kvinnors berättelse om när livet inte längre kan tas för givet. Teoksessa Jakobsson, U. (toim.) Långvarig smärta. Puola: Pozkal. 157 - 165.
- Taggart, H. M., Arslanian, C. L., Bae, S. & Singh, K. 2003. Effects of T'ai Chi Exercise on Fibromyalgia Symptoms and Health-Related Quality of Life. *Orthopaedic Nursing* 22 (5), 353 - 360. Viitattu 15.9.2010
http://journals.lww.com/orthopaedicnursing/Abstract/2003/09000/Effects_of_T_ai_Chi_Exercise_on_Fibromyalgia.13.aspx
- Tapio, K. 2009. Fibromyalgiapotilaan kohtaaminen terveydenhuollossa. Potilaiden itsensä kokemana. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. Opinnäytetyö. Viitattu 20.9.2010
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/2895/Tapio_Kirsti.pdf?sequence=1
- Terävä, A. 2010. Hevostoiminta Anne Terävä. Viitattu 2.6.2010
<http://www.hevostoiminta.fi/index.php?pinc=4>
- Thieme, K., Turk, D. C. & Flor, H. 2004. Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine* 66 (6), 837 - 844. Viitattu 13.9.2010 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15564347>
- Tiittula, L., Rastas, A. & Ruusuvuori, J. 2005. Kasvokkaisesta vuorovaikutuksesta tietokonevälitteiseen viestintään – Virtuaalihaastattelun näkymiä. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu – Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 268 - 269.
- Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. 2005. Tutkimuseettiset kysymykset. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu – Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 17.
- Tuomainen, M. 2010. Beskrivning av hästrelaterade aktiviteter användning som medel i terapi. Arcada. Examensarbete. Viitattu 18.2.2010

- https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6886/thesis_manda_final.pdf?sequence=1
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Turunen, J., Piikivi, L. & Mäkitalo, J. 2004. Sosiosomatiikka – uusi näkökulma laaja-alaisten oirekuvien hallintaan. *Duodecim* 120 (17), 2063 - 2071.
<http://www.kajak.fi/suomeksi/Kirjasto/E-aineistot>. Luettu 11.9.2010
- Vainio, A. 2004a. Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vainio, A. 2007b. Nimeä vailla. Kohtaamisia kivun kanssa. Helsinki: Kotimaa-Yhtiöt / Kirjapaja.
- Vainio, A. 2009c. Kipuviesti ja kipurata. Hippokrates/Duodecim: Kivunhallinta. Viitattu 17.4.2010
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=kha00014&p_teos=kha&p_selaus=5944
- Vainio, A. 2009d. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 27 - 29.
- Valkeinen, H. 2007. Physical, Fitness, Pain and Fatigue in Postmenopausal Women with Fibromyalgia. Effects of Strength Training. University of Jyväskylä. Department of Health Sciences. Dissertation. Viitattu 14.9.2010
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13486/9789513930318.pdf?sequence=1>
- Verbunt, J. A., Pernot, D. H. F. M. & Smeets, R. J. E. M. 2008. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes* 6: 8. Viitattu 12.9.2010
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-6-8.pdf>
- Vernooij, M. A. & Schneider, S. 2008. Handbuch der Tiergestützten Intervention. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Wiger, N. 2003. Can a short course in adapted vaulting have a positive effect on physically and mentally challenged children? Federation of Riding for the Disabled International. Kokoelmajulkaisussa *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding* 9, 1 - 7.
- Winkler, S. 2010. New Source Discovered for the Generation of Nerve Cells in the Brain. German Research Center for Environmental Health. Viitattu 2.10.2010
<http://www.helmholtz-muenchen.de/en/press-and-media/press-releases/press-releases-2009/press-releases-2010-detail/article/12525/9/index.html>

Äärelä, E. 2004. Masennus – kasvava kansantautimme. Viitattu 2.11.2010
http://yle.fi/akuutti/arkisto2004/230304_b.htm

LIITTEET

Liite 1: Taulukko 1. Suomalaiset tutkimukset ratsastusterapiasta kivunhallinnassa

TUTKIMUS	Alaselkäkipuisten työkyvyttömiä ratsastusterapiakokeilu	”Sulo Seijan selän kuntouttajan” - ratsastusterapia osana selkäleikatun kivun hoitoa
TEKIJÄ(T)	Korhonen Tuula Anestesia- ja lääketieteiden maisteri, fysioterapeutti Matti-Rautiainen Sanna Terveystieteiden maisteri, fysioterapeutti Nyman Markku Kuntoutuslääkäri Tossavainen Seija Psykiatrian erikoissairaanhoitaja	Mäkelä Riikka Ratsastusterapeutti
VUOSI	1999	2009
AINEISTON KOKO	Ryhmätutkimus Kainuun keskussairaalan kipupoliklinikan 4 asiakkaan, kroonisesta selkävasta kärsivien 2 miespotilaan ja 2 naispotilaan, 8 viikon = 48 tunnin ratsastusterapiakokeilusta. -Haastattelukaavakkeet ennen terapiaa ja terapian jälkeen sekä viiden kuukauden kuluttua terapian päättymisestä -SIMPI-kyselykaavake -Kipupäiväkirja	Tapaustutkimus selkäleikatun naisen 10 kerran ratsastusterapiahoitojaksolta. -Testimittaukset -Kipupäiväkirja
KESKEISET TULOKSET	-Ryhmän jäsenten itseluottamuksen lisääntyminen itsenäisen hevosten kanssa toimimisen myötä SIMPI-KYSELYKAAVAKE: - Kivun määrän väheneminen terapian aikana ja edelleen väheneminen viiden kuukauden jälkeen terapian loppumisesta -Kivun aiheuttamien toiminnallisten haittojen väheneminen terapian aikana ja lisääntyminen terapian jälkeen -Elämän hallinnan lisääntyminen terapian aikana ja edelleen lisääntyminen terapian jälkeen -Psyykkisen rasittuneisuuden ja sosiaalisen tuen tarpeen väheneminen terapian aikana ja lisääntyminen terapian jälkeen -Potilaan lähipiirin ihmisten ymmärryksen lisääntyminen terapian aikana ja sen päättymisen jälkeen -Läheisten huolehtivaisuuden väheneminen viiden kuukauden jälkeen terapian päättymisestä -Läheisten tuen lisääntyminen terapian jälkeen ja väheneminen viiden kuukauden jälkeen -Potilaan oman aktiivisuuden lisääntyminen hieman terapian aikana ja laskeminen lähtötasoa alemmaksi viiden kuukauden jälkeen BECKIN DEPRESSIOKYSELY: Keskiarvo ennen terapiaa oli 21.5, ter. jälkeen 14.8 ja 5 kk kuluttua 17. KIPUPÄIVÄKIRJA: Ryhmän keskiarvo ennen terapiaa oli 2.7 ja terapian aikana 2.4. Suurin keskiarvo kivulle ennen terapiaa oli 6.6 ja terapian jälkeen 6.3. Potilaista 3:lla kivun aste oli vähentynyt ja yhdellä kipu oli lisääntynyt. -Kipulääkkeiden käytön ennallaan pysyminen, -Elämän laadun, mielialan ja nukahtamisen paraneminen terapian aikana VAS-asteikolla arvioiden, -Unen määrän ennallaan pysyminen, -Unen laadun paraneminen ja unen saamisen helpottuminen, -Autonomisen hermoston rentoutuminen (päivittäiset nokkauset), -Depressiivisen mielialan laskeminen, -Vatsan sekä alaraajojen lihasvoiman ja kestävyuden lisääntyminen -Rangan liikkuvuuden lisääntyminen sivutaivutusten ja kiertojen aikana, -Lihastasapainon paraneminen lannerangan alueella	-Ristiselän kipujen väheneminen -Tasapainoisempi olo -Särkylääkkeiden tarpeen väheneminen -Selän jäykkyyden ja rangan puristavan tunteen väheneminen / häviäminen -Kehon liikkeiden molemminpuolisuus kävellessä parantunut

Liite 2: Taulukko 2. Tutkimuksia ja projekteja ratsastusterapiasta mielen hoidossa

TUTKIMUS	TEKIJÄ(T)	VUOSI	AINEISTONKERUU	KESKEISET TULOKSET
Hevonen – terapeutti ja työtoveri. Ratsastusterapeutin kokemuksia ratsastusterapiasta. Pro gradu.	Aro Jenni	2003	Ratsastusterapeutin teemahaastattelu	Yksilön fyysisen ja psyykkisen puolen eheytyminen yhtäaikaaisesti
Ridterapi. Hästunderstödd behandling inom psykiatri. Stockholms Universitet, Institutionen för social arbete.	Broström Elisabeth & Holtz Therese	2006	25 potilaan kiertohaastattelu ja 4 ratsastusterapeutin ryhmähaastattelu	Lisääntynyt tunne elämäntarkoituksesta, minäkuvan parantuminen, käsitys psyykkisestä terveydestä kohentunut, käsitys sosiaalisesta tilanteesta parantunut
Study of a Group of Adult Users of a Mental Health Team Receiving Riding Therapy	Burgon Hannah	2002	Mielenterveyspalveluja käyttävien 8 aikuisen henkilön ryhmätutkimus. Havainnointi, yksilöhaastattelu, ryhmähaastattelu, kyselykaavake.	Turvallisuuden tunteen ja luottamuksen lisääntyminen, minäkuvan paraneminen, sosiaalinen piristymisen, motivaation lisääntyminen, hyväksytyksi tuntemisen lisääntyminen
Ridterapi. Östersunds sjukhus, Område psykiatri, Centrum för studier i hälsa och livskvalitet	Halvarsson Sara & Ekström Ann-Marie	2000	Osallistuminen 16 potilaan kanssa ratsastusta käsittelevään tutkielmaan ja perehtyminen kehontuntemuksen projektiin.	Aggressiivisuuden ja psykoottisuuden väheneminen, hoito- ja kotipalveluiden kustannusten aleneminen
Equine Assisted Therapy in Physiotherapy	Häkanson Margareta	2008	11 syömishäiriöpotilaan haastattelu, ratsastuksen ohjaajan ja fysioterapeutin haastattelut	Kehotietoisuuden lisääntyminen; ahdistuneisuuden, kivun, lääkehoidon tarpeen, toiminnallisten rajoitusten ja stressin väheneminen; ryhdin, itseluottamuksen, kehohallinnan ja unen paraneminen
Therapeutisches Reiten in der Traumaarbeit. Leihgestern -projekti.	Hänel Kristina	2001	Työskentely traumatisoituneiden lasten ja nuorten naisten kanssa. Käytännön työ, keskustelu, havainnointi.	Pelon väheneminen, luottamuksen lisääntyminen, voimaantuminen, kehon huomioonottamisen ja kehontunteen paraneminen, aggression väheneminen
Therapeutic riding for woman with anorexia nervosa, special consideration being given to depth-psychotherapy approaches. An empiric investigation into the spectrum of the effect of the horse on anorexia patients.	Kunz Gondi	2008	30 anoreksiaa sairastavan naisen haastattelu	Itseluottamuksen kasvaminen, hevosesta huolehtimisen l. hyvän tekemisen halun kasvaminen, omassa kehossa mielihyvän tunteen ja rentoutumisen lisääntyminen, mielialan kohoaminen, hyvinolontunteen kasvaminen, tunteiden muuttuminen myönteisemmiksi, turvallisuuden ja luottamuksen tunteiden lisääntyminen, hyväksytyksi tuleminen tunteiden kasvaminen, pelon väheneminen

”Yli vuorien harpataan, poikki merien kahlataan” -ratsastusterapiastako apua masennukseen? Projektin loppuraportti.	Nikanne Jyrki & Tauriainen Lila	2000	34 depressiopotilasta, joista 23 naisia ja 11 miehiä, sisältävä tutkimus. Depressio-, ahdistuneisuus- ja työkykymittaukset, avoimet kysymykset.	Potilaiden arvio työkykyisyydestään kohosi, masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden väheneminen.
Laukki -projekti – Ratsastusterapia lastensuojelutyössä	Palola Leni	2003	Projektissa 2001 – 2003 väkivaltaa ja hyväksikäyttöä kokeneita lapsia, pienryhmätoiminta, leirit, päivätoiminta. Asiakkaiden oma arviointi, vanhempien tai hoitavien tahojen palaute, työntekijän oman työn vaikuttavuuden arviointi.	Lasten innostuksen kasvaminen, onnistumisen kokeminen, itsetunnon kohoaminen, koulunkäynnin halukkuuden lisääntyminen, masentuneisuuden väheneminen, ylivilkkaan käytöksen rauhoittuminen, aggressioiden vähentyminen, keskustelukyvyn paraneminen, vuorovaikutustaitojen paraneminen
Psyko-terapeuttinen ratsastusterapia mielenterveyskuntoutuksessa. Opinnäytetyö.	Pulkkinen Maarit	2000	Psykologi, psyko-terapeutti ja ratsastusterapeutti Yrjölän haastattelu	Surutyön tekemisen helpottuminen, tunteiden ilmaisemisen helpottuminen, masennuksesta ylipääseminen tai sen lievittäminen, kehityskriiseissä auttaminen, psyykkisten oireiden hoitaminen, syömishäiriön hoitoon, inestikokemusten käsitteleminen, psykosomaattikan ratkominen
Ridterapi – Patientens upplevda effekter av ridterapi. Östersund Mittuniversitet, Sosiaalityö.	Sundberg Ing-Marie & Söderblom Anna	2007	15 potilaan haastattelu ja 1 ratsastusterapeutin haastattelu	Positiivinen vaikutus psyykkiseen terveyteen, hyvinvoinnin lisääntyminen, itsetuntemuksen ja itseluottamuksen paraneminen, rohkeuden lisääntyminen muun muassa rajojen asettamisessa itselleen, uusien asioiden kokeilemisessä sekä sosiaalisuuden lisääntyminen
Beskrivning av hästrelaterade aktiviteters användning som medel i terapi. Arcada, Toimintaterapia, lopputyö.	Tuomainen Manda	2010	Kolmen lapsen tapaustutkimus, videointi	Lapseen saatiin luotua yhteys hevosen avulla, vuorovaikutus lapsen kanssa mahdollistui, rentoutumisen lisääntyminen, vastaanottavaisuuden lisääntyminen, tunteiden peilaaminen hevosen kautta mahdollistui, rauhallisuuden ja keskittymisen paraneminen
Can a short course in adapted vaulting have a positive effect on physically and mentally challenged children?	Wiger Nina	2003	4 lapsen ryhmätutkimus, videointi 12,5 h, kyselykaavake	Itseluottamuksen lisääntyminen, keskittymiskyvyn paraneminen, sosiaalisten suhteiden paraneminen

Liite 3: HAASTATTELUN TAUSTAKYSYMYKSET

1. Ikä
2. Siviilisääty
3. Perhe
4. Koulutus
5. Milloin sairastuit fibromyalgiaan?
6. Mitä oireita fibromyalgiaasi liittyi?
7. Mitä hoitoa sait aluksi fibromyalgiaan?
8. Missä vaiheessa sairautta ja miten sait tietää ratsastusterapiasta?

HAASTATTELUKYSYMYS

Kertoisitko minulle ratsastusterapiakokemuksistasi, siitä miten ratsastusterapia on vaikuttanut kaikkiin fibromyalgiaoireisiisi?

Liite 4:

Tarja Moilanen
 Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
 Kajaanin ammattikorkeakoulu
SHM8KTarjaM@kajak.fi

SUOSTUMUSLOMAKE

20.5.2010

HAASTATTELU RATSASTUSTERAPIAKOKEMUKSISTA OPINNÄYTETYÖTÄ
 VARTEN

Olen sairaanhoitajaopiskelija Kajaanin ammattikorkeakoulussa ja olen parhaillaan tekemässä opinnäytetyötä ratsastusterapiasta fibromyalgiapotilaan kokemana hoitomahdollisuutena. Tavoitteina on lisätä ratsastusterapian tarjoamien kivunhoidollisten mahdollisuuksien tunnettavuutta sairaanhoitajille sekä tuoda tapaustutkimuksen avulla esiin hoitomuoto, jolla voidaan tukea potilaan sekä somaattista että psyykkistä hoitoa.

Opinnäytetyön aineisto koostuu suostumuksen antajan haastattelusta. Lopullisen työn on määrä olla valmis helmikuun 2011 loppuun mennessä. Käsittelen aineistoa luottamuksellisesti ja analysoin niin, että haastateltavan henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa. Sitoudun lisäksi hävittämään haastattelumateriaalin lopullisen työn valmistuttua. Toimitan valmiin opinnäytetyöni haastateltavalle.

Tällä suostumuslomakkeella annan luvan käyttää haastatteluni tietoja luottamuksellisesti yllämainitussa tutkimuksessa. Suostun myös siihen, että ratsastusterapeutilla Sanna Mattila-Rautiaisella ja ohjaavalla opettajalla Sirpa Parviaisella on oikeus tutustua haastattelun sisältöön ja velvollisuus saamiensa tietojen salassapitoon.

Tätä asiakirjaa on tehty kaksi kappaletta. Yksi kummallekin osapuolelle.

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Liite 5: Taulukko 3. Aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja käsitteellistäminen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
<p>”Oireet lievittyivät selvästi,” ”vatsan toiminta parani” ”ja lisäksi hevoset ovat itsessään terapeutteja,” ”tuntui, että kivut lievenevät jo sillä,” ”kun ison hepan kaulaan vasten itkee,” ”olo helpottuu!” ”Tai nauraa :)” ”Pelkäsin aluksi, etten pääse hevosen selkään tai alas” ”- ne pelot osoittautuivat turhaksi.” ”Alussa minua talutettiin,” ”mutta jo ensimmäisen kerran jälkeen tunsin kehoani ”varmemmaksi” ” - vaikka talutus jatkui taljalla "varalta" myöhemmin,” ”pystyin periaatteessa ratsastamaan ihan itse.” ”Se lisäsi kehon hallintaa,” ”lievensi kipuja” ”ja ennen kaikkea vaikutti jopa vatsakipukohtauksiin” ”- kesken kouristuksen hevonen tuntui ymmärtävän”</p> <p>”ja "Kuunteli" minua:” ”uskomaton kokemus” ”- ei ihminen fysioterapiassa tunne toisen oloa niin!” ”Tällä hetkellä en ole ratsastanut pitkään aikaan,” ”mutta se johtuu Crohnin pahenemisesta” ”ja omista peloistani” ”- jalka ei nouse esim. polkupyörän satulaan” ”niin pelkään ratsastamaan menoa.” ”Siis ei ollut enää terapiaratsastusta myöhemmin,” ”vaan vuoden kävin muuten tunneilla terapian jälkeen.”</p>	<p>1 Oireet lievittyivät selvästi 2 Vatsan toiminta parani 3 Hevoset itsessään terapeutteja 4 Kivut lievenevät jo sillä 5 Kun hepan kaulaan itkee 6 Olo helpottuu 7 Tai nauraa 8 Pelkäsin aluksi, etten pääse selkään tai alas 9 Pelot osoittautuivat turhaksi 10 Alussa talutettiin 11 Jo ensimmäisen kerran jälkeen tunsin kehoani varmemmaksi 12 Vaikka talutus varalta myöhemmin 13 Pystyin periaatteessa ratsastamaan itse 14 Lisäsi kehon hallintaa 15 Lievensi kipuja 16 Vaikutti jopa vatsakipukohtauksiin 17 Kesken kouristuksen hevonen tuntui ymmärtävän 18 Kuunteli minua 19 Uskomaton kokemus 20 Ei ihminen tunne toisen oloa niin 21 En ole ratsastanut pitkään aikaan 22 Johtuu Crohnin pahenemisesta 23 Ja omista peloistani 24 Jalka ei nouse polkupyörän satulaan 25 Pelkään ratsastamaan menoa 26 Ei terapiaratsastusta myöhemmin 27 Muuten tunneilla terapian jälkeen</p>	<p>Fibromyalgiaan liittyvät ajatukset, käsitykset ja kokemukset 50, 51, 52, 53, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 75, 76, 77</p> <p>Fibromyalgian fyysisyyteen liittyvät ajatukset, käsitykset ja kokemukset 31, 32, 54, 55, 56, 57, 58</p> <p>Fibromyalgian psyykkisyyteen liittyvät ajatukset, käsitykset ja kokemukset 33, 34, 35, 59, 60, 61, 69, 70, 71</p>	<p>Poikkeava kivun säätelyjärjestelmä – syy fibromyalgiaan 31, 32, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 75, 76, 77</p> <p>Psyykkiset oireet – seuraus fibromyalgiasta 33, 34, 35, 59, 60, 61, 69, 70, 71</p> <p>Uhat fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille 8, 9, 10, 12, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 46, 47, 48</p>	<p>Fibromyalgia fibromyalgiap otilaalle fyysinen sairaus</p> <p>Ratsastusteria pia fibromyalgiap otilaalle selviytymisen työkalu</p>

<p>”Koen yhä, että ratsastusterapia oli ylivoimaisesti tehokkain kivunlieventäjä” ”(siis ei- lääkkeellinen, esim. fysio tai eri liikuntamuodot)” ”ja uskon, että yksi syy oli sen vaikuttaminen myös psyykkiseen puoleen niin tehokkaasti.” ”Ei varsinaisesti liity mitään psyykkisiä oireita,” ”ihan fyysisestä sairaudesta on kyse” ”- tarkoitin lähinnä sitä, että kun jatkuvasti sairastaa,” ”alkaa masentua ja väsyä,” ”uupumalla uupua itse SAIRASTAMISEEN” ”- koin, että liikunta auttoi” ”ja ennen kaikkea hevoset kuin vaistosivat oloni.” ”Jotenkin sain voimaa hevosen "kaulassa" roikkuessani”</p> <p>” - en oikein osaa selittää!” ”Eläviä olentoja ja niin viisaita!” ”En osaa sanoa, että oliko itse terapia apuna” ”vaiko juuri ne hevoset” ”- joka tapauksessa tämä tuntu jatkui kun jatkoin ratsastamista.” ”Olen lapsena ratsastanut kyllä” ”ja kokenut jo silloin hevoset "murheenkuuntelijoiksi””</p> <p>”, lapsuuteni oli hyvin raskas” ”äidin kuoleman takia” ”ja isän väkivaltaisuuden vuoksi” ”- silloin jo hepat olivat tärkeitä.” ”On ollut puhetta. Väitän vastaan fibromyalgiasta nyt:” ”kuulun moniin fibroyhdistyksiin” ”ja tietoa tästä sairaudesta todella pitäisi lisätä,” ”olemme samaa puhuneet reumalääkäri xx:n kanssa” ”- yhä liian moni olettaa,” ”että fibroa sairastavilla on automaattisesti psyykkisiä</p>	<p>28 Ratsastusterapia yhä tehokkain kivunlieventäjä 29 Ei-lääkkeellinen</p> <p>30 Vaikuttaminen myös psyykkiseen puoleen tehokkaasti 31 Ei liity psyykkisiä oireita 32 Fyysisestä sairaudesta kyse 33 Kun jatkuvasti sairastaa 34 Alkaa masentua ja väsyä 35 Uupumalla uupua sairastamiseen 36 Liikunta auttoi 37 Hevoset kuin vaistosivat oloni 38 Sain voimaa hevosen kaulassa roikkuessani 39 En osaa selittää 40 Eläviä olentoja ja viisaita 41 En osaa sanoa, oliko terapia apuna 42 Vaiko juuri ne hevoset 43 Tuntu jatkui kun jatkoin ratsastamista</p> <p>44 Olen lapsena ratsastanut 45 Kokenut jo silloin hevoset murheenkuuntelijoiksi 46 Lapsuuteni oli hyvin raskas 47 Äidin kuoleman takia 48 Isän väkivaltaisuuden vuoksi 49 Silloin jo hepat olivat tärkeitä 50 Väitän vastaan fibromyalgiasta 51 Kuulun fibromyalgiayhdistyksiin 52 Tietoa sairaudesta pitäisi lisätä 53 Samaa puhuneet reumalääkäri xx:n kanssa 54 Yhä liian moni olettaa 55 Fibromyalgiaa sairastavilla automaattisesti</p>	<p>Pelon ja epävarmuuden tunteet 8, 9, 10, 12, 23, 25 Ratsastuksen taukoaminen 21, 22, 24</p> <p>Ratsastusterapian päätyminen 26</p> <p>Lapsuuden traumaattiset kokemukset 46, 47, 48</p> <p>Kipujen ja vatsaoireiden lievittyminen 1, 2, 4, 6, 15, 16, 28, 29</p> <p>Tunteiden ilmaiseminen 5, 7</p> <p>Kehon varmuuden lisääntyminen 11,</p>	<p>Mahdollisuudet fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 27, 28, 29, 30, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49, 51, 72, 73, 74</p>	
---	--	--	---	--

<p>ongelmia.” ”se EI pidä paikkaansa!” ”Fibromyalgia johtuu kipureseptoreiden vääränlaisesta toiminnasta,” ”eikä liity psyykkiseen puoleen mitenkään.” ”Minullakaan eivät fibrokivut noudata sellaista,” ”että jos ahdistaa,” ”olen kipeämpi tms.” ”- Crohnin tauti vaikuttaa mieleen paljon enemmän”, ”vaikka onkin suolistosairaus.” ”Paniikkihäiriöisiä ihmisiä tunnen myös,” ”mutta yhdelläkään en fibroa tiedä” ”- tuo paniikkihäiriön ja fibron yhteys” ”on TODELLA vanhaa tietoa!” ”Kannattaa kysellä noilla fibromyalgiapalstoilla ihmisten sairaskertomuksia!” ”Tosin kaikkeen fyysiseen sairastamiseen liittyy se,” ”että lopulta ihminen masentuukin,” ”koska fyysinen rasitus käy liian suureksi.” ”Itse olen käynyt aikanaan pitkän psykoterapian lapsuuteni kokemuksiin” ”ja koko ajan elänyt "normaalielämää" (mitä se normaali sitten onkaan...)" ”työssä käymisineen ja perhe- elämineen yms.” ”Esim. Facebookissa on suljettu "fibromyalgiayhteisö”” ”- suosittelen hakemaan sinne jäseneksi ja kyselemään,” ”jotta tästä sairaudesta saataisiin AITOA tietoa!”</p>	<p>psyykkisiä ongelmia 56 Ei pidä paikkaansa 57 Fibromyalgia johtuu kipureseptoreiden vääränlaisesta toiminnasta 58 Eikä liity psyykkiseen mitenkään 59 Minullakaan eivät fibromyalgiakivut noudata sellaista 60 Että jos ahdistaa 61 Olen kipeämpi 62 Crohnin tauti vaikuttaa mieleen enemmän 63 Vaikka onkin suolistosairaus 64 Paniikkihäiriöisiä ihmisiä tunnen myös 65 Yhdelläkään en fibromyalgiaa tiedä 66 Paniikkihäiriön ja fibromyalgian yhteys 67 Todella vanhaa tietoa 68 Kannattaa kysellä fibromyalgiapalstoilla ihmisten sairaskertomuksia 69 Kaikkeen fyysiseen sairastamiseen liittyy 70 Lopulta ihminen masentuukin 71 Fyysinen rasitus käy liian suureksi 72 Olen käynyt psykoterapian lapsuuteni kokemuksiin 73 Koko ajan elänyt normaalielämää 74 Työssäkäymisineen ja perhe-elämineen 75 Facebookissa suljettu fibromyalgiayhteisö 76 Suosittelen jäseneksi kyselemään 77 Jotta sairaudesta saadaan aitoa tietoa</p>	<p>13, 14 Hevonen osana terapiaa 3, 17, 18, 19, 20, 30, 37, 38, 39, 40 Ratsastuksen jatkaminen 27 Apu liikunnasta 36 Apu hevosesta / ratsastusterapiasta 41, 42, 43 Lapsuuden voimaannuttavat kokemukset 44, 45, 49 Aikuisiän voimaannuttavat kokemukset 72, 73, 74</p>		
---	--	---	--	--