

S T A D I A

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Krooniseen kipuun sopeutuminen ja kivun hallinta

Opas Länsi-Talinnan keskussairaalan hoitohenkilökunnalle

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
31.10.2007

Ulla Ahonen
Johanna Heikkilä
Jonna Nurmi



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto	
Tekijä/Tekijät			
Ulla Ahonen, Johanna Heikkilä ja Jonna Nurmi			
Työn nimi			
Krooniseen kipuun sopeutuminen ja kivun hallinta - Opas Länsi-Talinnan keskussairaalan hoitajille			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Syky 2007	52 + 1 liite	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tämä opinnäytetyö kuuluu StaLT-hankeeseen, joka on Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian ja Länsi-Talinnan keskussairaalan yhteistyöhanke. Hankkeen tavoitteena on Länsi-Talinnan keskussairaalan hoidon laadun kehittäminen EU-maiden vaatimustason mukaiseksi. Hankkeen yksi tärkeä osa-alue on kivunhoito. Vuodesta 2004 lähtien StaLT-hankeeseen on tehty useita kipuun liittyviä opinnäytetöitä eri näkökulmista. Työmme kroonisesta kivusta täydentää hanketta. Tarkoituksenamme oli laatia Länsi-Talinnan keskussairaalan pyynnöstä opas hoitajille krooniseen kipuun sopeutumisesta ja kivun hallinnasta tueksi hoitotyöhön ja potilasohjaukseen. Työmme tavoitteena on kehittää Länsi-Talinnan Keskussairaalan hoitotyön laatua, koska yleisesti kroonisen kivun hoito hoitotyön näkökulmasta on vielä tällä hetkellä vähäistä.</p> <p>Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, joka sisältää teoriaperustan ja sen pohjalta kootun oppaan hoitajille kroonisen kivun hoidon tueksi. Olemme koonneet teoriaperustan alan tutkimuksista ja kirjallisuudesta poimimalla niistä olennaisimmat asiat ja jäsentäen näin aiempaa tietoa. Teoriaperusta sisältää yleistä tietoa kroonisesta kivusta, kipuun sopeutumisesta, kivunhallintakeinoista, kivun hoitotyöstä sekä hyvän oppaan kriteereistä. Teoriaperustan pohjalta olemme koonneet kattavan oppaan. Opas on tehty hyvän oppaan kriteereiden mukaisesti verkkosivustomuotoon. Ulkoasultaan se on selkeä ja helppolukuinen. Pääotsikoita klikkaamalla lukija löytää helposti tarvitsemansa tiedon. Oppaamme on enemmän tiedonlähteille johdattelleva kuin kädestä pitäen ohjaava. Opas julkaistaan tulevaisuudessa Länsi-Talinnan keskussairaalan intranetissä.</p> <p>Opas kehittää ja palvelee hoitajia kivunhoidon toteuttajina sekä lisää hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa ja tietoisuutta kroonisesta kivusta. Opas on tarpeellinen, koska samasta aiheesta tehtyjen oppaiden määrä on vähäinen. Aihe on ammatillisesti merkittävä, sillä hoitaja kohtaa jokapäiväisessä hoitotyössä useita kipupotilaita, joiden voimavaroja kipu heikentää.</p>			
Avainsanat			
kipu, krooninen kipu, sopeutuminen, hallinta, kivun hoitotyö; opas			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Ulla Ahonen, Johanna Heikkilä and Jonna Nurmi			
Title			
Chronic Pain Management and Pain Control - A Guide to the Nurses of The Western Tallinn Central Hospital			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Autumn 2007	52 + 1 appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>This Final Project discusses the topics of chronic pain, pain management and control. This work is part of the StaLT -project which is a co-operation project between Helsinki Polytechnic Stadia, Finland, and The Western Tallinn Central Hospital, Estonia. The aim of the project is to develop the quality of nursing in The Western Tallinn Central Hospital towards the EU standards. One main part in this StaLT -project is pain treatment. Our project enriches the quality of nursing and, especially, the pain treatment at the Western Tallinn Central Hospital. Generally, the pain treatment in the Western Tallinn Central Hospital is not so good as it should be from the nursing point of view.</p> <p>The purpose of our Final Project was to make a guide for nurses to help them in their daily work. In the beginning, we made a theoretical framework. It was based on the research work and results in the field of nursing science. Our theoretical framework includes information about chronic pain, pain management, pain control, pain treatment and criteria how to make a good guide. After that we wrote a guide which was based on our theoretical framework.</p> <p>Our guide is a web site where readers can easily find information they need. It is an extensive, practical and compact package. The web site is not an exhaustive information package but the readers will get general information on our subjects. The guide will be published on the intranet of The Western Tallinn Central Hospital.</p> <p>The guide will develop and serve the nurses in practising pain treatment. Moreover, it will increase the professionalism of the nurses and their knowledge of chronic pain. There are not many guides to chronic pain. That is why our guide is important and of use to all nurses. Our subject is professionally significant since, nowadays, the nurses run into many patients with pain.</p>			
Keywords			
pain, chronic pain, management, control, pain treatment; guide			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 JOHDATUS TEORIAPERUSTAAN	2
3 KROONINEN KIPU	3
3.1 Akuutti ja krooninen kipu	3
3.2 Kroonisen kivun jaottelu patofysiologian mukaan	5
3.2.1 Nosiseptinen eli kudonvauriokipu	5
3.2.2 Neuropaattinen eli hermovauriokipu	6
3.2.3 Idiopaattinen eli tuntemattomasta syystä johtuva kipu	6
3.3 Kroonisen kivun ehkäisy ja kivun kroonistuminen	7
3.4 Kroonisen kivun vaikutukset kipupotilaalle	8
3.4.1 Kivun fyysiset vaikutukset	9
3.4.2 Kivun sosiaaliset vaikutukset	10
3.4.3 Kivun psyykkiset vaikutukset	11
3.5 Kipukokemus ja kipukäyttäytyminen	13
4 KROONISEEN KIPUUN SOPEUTUMINEN JA KIVUNHALLINTA	15
4.1 Kivun hyväksyminen	15
4.2 Tiedonsaanti kivusta ja diagnoosin saaminen kivuille	16
4.3 Yleistä kivunhallintakeinoista	17
4.4 Tavoitteiden asettaminen kivunhallintakeinona	19
4.5 Kipupäiväkirja ja oma toiminta kivun välttämiseksi	19
4.6 Kipupotilaan sosiaaliset tukiverkostot ja kipuryhmät	21
4.7 Rentoutuminen ja hypnoosi	22
4.8 Huumori	24
4.9 Asentohoito	25
4.10 Fysikaaliset menetelmät	25
4.10.1 Lämpöhoito	25
4.10.2 Kylmähoito	26
4.10.3 Fyysinen harjoittelu	27
4.10.4 Hieronta ja kosketus	28
4.10.5 Lymfa- ja vyöhyketerapia	29
4.10.6 Transkutaaninen hermostimulaatio eli TNS-hoito	30
4.10.7 Akupunkturi	30
4.11 Kroonisen kivun lääkehoidon periaatteet	31
5 KROONISEN KIVUN HOITOTYÖ	33
5.1 Kivun hoitotyön tavoitteet	34
5.2 Hoitaja kivun hoitotyön toteuttajana	34
5.2.1 Kivun arviointi ja kirjaaminen	36
5.2.2 Potilasohjaus	37
5.3 Yhteiskunnan järjestämä tuki kipupotilaalle - kipuklinikat	40
5.4 Kivun hoitotyön ongelmia	41

6 HYVÄN OPPAAN KRITERIT	42
7 POHDINTA	45
7.1 Prosessin tarkastelu	45
7.2 Tuotoksen tarkastelu	47
7.3 Tulevaisuuden kehittämishaasteet	49
LÄHTEET	50
LIITE 1 CD-levy	

1 JOHDANTO

Krooninen kipu on tänä päivänä hyvin yleistä. Tulemme kohtaamaan nyt ja tulevaisuudessa useita potilaita, joiden voimavaroja kipu heikentää. Kipu siis luo haasteita jokapäiväisen hoitotyön toteuttamiselle. Krooninen kipu on keskeinen terveyttä ja toimintakykyä uhkaava tekijä. Se vie voimia, aiheuttaa erityisesti vanhuksille lisääntyvää avun tarvetta sekä työikäisille lyhyt- ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä. (Estlander 2003: 11; Vainio 2002: 31, 35.)

Opinnäytetyömme kuuluu StaLT-hankkeeseen, joka on Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian ja Länsi-Talinnan keskussairaalan yhteistyöhanke. Hankkeen tavoitteena on Länsi-Talinnan keskussairaalan hoidon laadun kehittäminen EU-maiden vaatimustason mukaiseksi. Hanke on alkanut vuonna 2004 ja jatkuu vuoteen 2008 saakka. Sen yksi tärkeä osa-alue on kivunhoito, johon oma työmmeekin liittyy. Aikaisemmin StaLT-hankkeeseen on tehty useita kipuun liittyviä opinnäytetöitä eri näkökulmista. Oma työmme kroonisesta eli pitkäaikaisesta kivusta täydentää hanketta.

Työmme on toiminnallinen opinnäytetyö. Tarkoituksenamme on ollut laatia Länsi-Talinnan keskussairaalan pyynnöstä opas hoitajille krooniseen kipuun sopeutumisesta ja kivun hallinnasta tueksi hoitotyöhön sekä potilasohjaukseen. Kroonisesta kivusta ja sen eri osa-alueista on paljon tutkimuksia ja kirjallisuutta, joiden pohjalta olemme laatineet oppaan ja sille kattavan teoriaperustan. Opas tulee kehittämään ja palvelemaan hoitajia kivunhoidon toteuttajina sekä lisäämään hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa ja tietoisuutta kroonisesta kivusta. Tavoitteenamme on oppaan avulla pyrkiä kehittämään Länsi-Talinnan Keskussairaalan hoitotyön laatua. Yleisesti kroonisen kivun hoito hoitotyön näkökulmasta on vielä tällä hetkellä vähäistä. Aikaisempien tutkimusten, esimerkiksi Elorannan (2002: 54), perusteella on todettu, että potilaat toivovat enemmän tietoa muun muassa kivunlievitysmenetelmistä. Tämä omalta osaltaan kertoo opinnäytetyömme tarpeellisuudesta. Valitsemamme aihe tuki ammatillista kasvuamme ja kehitystämme sekä suuntaavia opintojamme.

Työmme sisältää yleistä tietoa kivusta ja kroonisesta kivusta. Olemme keskittyneet krooniseen kipuun sopeutumiseen, kivun hallintaan ja hoitotyöhön. Lisäksi käsittelemme potilaan ohjausta ja hyvän oppaan laatukriteerejä. Rajasimme työmme koskemaan pelkästään ei-malignia kipua. Länsi-Talinnan keskussairaalan pyynnöstä

kerromme kroonisesta kivusta yleisellä tasolla, emmekä keskity erityisesti mihinkään tiettyyn kroonista kipua aiheuttavaan sairauteen. Oppaamme pohjautuu teoriaperustaan ja tiivistää olennaisimman tiedon. Opas tullaan julkaisemaan Länsi-Tallinnan keskussairaalan intranetissä viron kielellä. Olemme tallentaneet oppaan CD-levylle, joka löytyy liitteenä työmme takakannesta (LIITE 1).

2 JOHDATUS TEORIAPERUSTAAN

Teimme tiedonhakuja eri tietokannoista teoriaperustaa varten. Haimme tietoa terveystieteiden tietokannasta OVIDista, jossa hakusanoina käytimme ”pain ja chronic pain” sekä rajasimme tuloksiin vain koko tekstit. Hakua tarkentamaan käytimme seuraavia sanoja: ”prevention ja control, preventive health care, nursing ja coping”. Tämän lisäksi hyödynsimme MEDIC-, KURRE- ja HELKA-tietokantoja. Näissä tietokannoissa käytimme katkaisumerkkinä kysymysmerkkiä (?), jotta sanojen kaikki muodot tulisivat huomioitua. Perussanoina tarkennetussa haussa olivat sanat: ”kipu? kivu? pain”, joita tarkensimme sanoilla: ”krooni? pitkäaikain? chronic, analgesia, ehkä? ennaltaehkäi? prevention, hallin? control, adaptation, sopeutuminen, assessment ja management, hoitotyö, nursing, hoitaja, auttamiskein?”. Otsikoiden ja abstraktien perusteella valitsimme sopivat lähteet. Erityistä huomiota kiinnitimme hoitotieteen tuottamaan aineistoon. Tämän lisäksi huomioimme myös lähitieteiden aiheeseemme sopivat aineistot. Kaikkiaan lähteitä löytyi runsaasti.

Tietokantojen lisäksi löysimme hyviä uusia lähteitä lukemiemme tekstien lähdeluetteloista. Lisäksi katsoimme omaa aiheitamme lähellä olevat muut koulussamme tehdyt opinnäytetyöt, joista haimme vinkkejä lähdemateriaaliksi. Suomessa tehtyjä kipuun liittyviä hoitotieteen väitöskirjoja on vain muutamia, eivätkä ne sopineet aiheeseemme. Lähteitä kartoittaessamme kävimme läpi myös Pain-lehden artikkelit vuosilta 1999–2006 sekä Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen internetissä saatavissa olevat Kipuviesti-lehdet. Kun työtä tehdessämme huomasimme tarvitsevamme lisätietoa joistakin aiheista, teimme niistä lisähakuja.

Käsitlemme työssämme aluksi yleisesti kipua sekä kerromme kivun jaottelusta keston ja patofysiologian mukaan. Tämän jälkeen käymme läpi tärkeiksi katsomiamme osa-alueita kroonisesta kivusta. Työmme pääpaino on krooniseen kipuun sopeutumisessa ja

erilaisissa kivunhallintakeinoissa. Lisäksi olemme käsitelleet kivun hoitotyötä, johon olemme sisällyttäneet muun muassa potilasohjauksen pääpiirteittäin sekä muutamia kivun hoitotyössä esiintyviä ongelmia. Lopuksi olemme koonneet työhömmme hyvän oppaan kriteereitä, joiden pohjalta olemme laatineet oppaamme.

3 KROONINEN KIPU

Sanaa kipu käytetään monessa eri merkityksessä; se voi tarkoittaa kivun tunnetta, kokemusta, elämystä tai aistimusta (Estlander 2003: 11). Kipu on yksi tavallisimpia yleismaallisia oireita ja sillä on biologinen rooli kehon suojelemiseksi ympäristön vaaroilta (Sarlio 2000: 24). Kipu auttaa suojautumaan vahingoilta, opettaa varomaan ja varoittaa uhkaavasta vaarasta. Se myös estää jatkuvan paineen tai venytyksen kohdistumisen ruumiin osiin. Kipu ajatellaan negatiiviseksi tunnetilaksi, joka hallitsee kivusta kärsivän tietoisuutta. (Vainio 2004: 17; Kalso – Vainio – Estlander 2002: 85.)

3.1 Akuutti ja krooninen kipu

Kipu on Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP, International Association for the Study of Pain, 1994) mukaan epämiellyttävä sensorinen eli tuntoaistiin perustuva tai emotionaalinen eli tunneperäinen kokemus, johon liittyy selvä tai mahdollinen kudosaivaurio tai jota kuvataan samalla tavoin. Useat lähteet nojaavat tähän IASP:n määrittelyyn (Estlander 2003: 12; Kalso ym. 2002: 94; Pasero - Paice - McCaffery 1999: 16–17). Kipu on hyvin henkilökohtainen, yksilöllinen sekä monitahoinen ongelma, joka vaikuttaa psykososiaaliseen ja fyysiseen toimintakykyyn. Kipu on sitä, mitä henkilö sanoo sen olevan ja esiintyy silloin, kun henkilö siitä mainitsee. Henkilön kertomus kivusta on luotettavin kivun mittari. (Pasero ym. 1999: 16–17.)

Yleensä kipupotilaat hakeutuvat lääkärin vastaanotolle tuki- ja liikuntaelimestöön liittyvien kipujen takia. Eri ikäryhmillä kipua esiintyy eri paikoissa, nuorilla pään alueella ja vanhuksilla yleisesti alaraajoissa sekä rintakipuina. Mäntyselän (1998) tutkimuksen mukaan noin 40 % kaikista terveystieteiskäynneistä liittyi kipuun, pääsyyinä kipu oli 29 %:ssa. Käynneistä 20 % johtui yli kuusi kuukautta kestäneestä kivusta. Suurin osa uusintakäynneistä johtui vaivan pahentumisesta tai pitkittymisestä. (Mäntyselkä 1998: 63, 66, 136–137, 140.)

Kipu jaetaan yleisesti akuuttiin ja krooniseen keston mukaan. Lisäksi voidaan erottaa subakuutti kipu, joka on kestoaltaan yli kuusi viikkoa, mutta alle kroonisen kivun aikarajan. Nykyisen neurofysiologian mukaan kipu pitäisi erottaa mieluummin mekanismin kuin keston perusteella. Akuutti kipu syntyy vahingollisen ärsykkeen seurauksena tai siten, että kipua aistiva järjestelmä on herkistynyt esimerkiksi tulehduksen seurauksena, jonka parannuttua kipukin lakkaa. Luonnollisia reaktioita akuuttiin kipuun ovat lepo ja varominen, jotka nopeuttavat kudosten paranemisprosessia. (Estlander 2003: 16–17; Vainio - Kalso 1993: 8.)

Krooninen kipu ei toimi varoitusmerkinä. Sen katsotaan olevan toimintakykyä rajoittava ja masennusta lisäävä sairaus. Krooniseksi kipu määritellään, kun se on kestänyt yli 3-6 kuukautta tai yli normaalin kudosten paranemisaajan tai jatkuu alkuperäisen vamman/sairauden jo parannuttua eikä se ole helpottunut yleisillä saatavissa olevilla hoitokeinoilla. Normaalista kudosten paranemisaikaa on vaikea määritellä ja lisäksi jotkut sairaudet täyttävät vain osan kroonisen kivun kriteereistä (Estlander 2003: 18). Krooninen kipu voi olla joko jatkuvaa tai ajoittaista, jolloin potilaalla saattaa olla vaihtelevasti hyviä ja huonoja jaksoja (Walle 1999: 28). Jatkovaa ja ajoittaista kipua kokevia potilaita on lähes yhtä paljon (Breivik ym. 2006: 294). Krooniseen kipuun vaikuttavat monet eri tekijät yhdessä, yksilön biologiset ja psykologiset tekijät, ympäristö sekä yhteiskunta. Kipua kuvataan usein sanoin, joita käytetään vakavan vamman yhteydessä. (Vainio 2004: 18, 36; Kalso ym. 2002: 87–88; Sailo 2000b: 34; Dunajcik 1999: 468.)

Kroonisen kivun esiintyvyys vaihtelee suomalaisilla 35 % – 44 %:n välillä (Mäntyselkä 2004: 10–11; Estlander 2003: 11). Israelin ja 15 Euroopan maata käsittäneeseen tutkimukseen osallistui 46 394 henkilöä, joilla kroonisen kivun esiintyvyys vaihteli välillä 12 % - 30 %. Vaihtelu eri maiden välillä johtui muun muassa eroavaisuuksista kiputuntemuksessa/-aistimuksessa ja kivunhoidossa, väestön ikäjakaumassa ja elämäntyyliä. Tutkimuksen mukaan krooninen kipu on merkittävä terveydenhuolto-ongelma Euroopassa. (Breivik – Collett – Ventafridda – Cohen – Gallacher 2006: 288–289, 309.) Kipupotilaat kuormittavat terveydenhuoltojärjestelmää ja terveystalouden runsas käyttö kertoo kroonista kipua sairastavan henkilön tutkimus-, hoito- ja kuntoutuskokonaisuuden hallinnan vaikeudesta. Kipupotilaiden koulutustaso, odotukset ja toiveet sekä persoonallisuus, vaikuttavat myös terveystalouden käyttöön. (Estlander 2003: 11; Vainio 2002: 31, 35.)

Kivun pitkittymisen ja kroonistumisen mekanismit painottuvat eri tavalla erilaisissa kiputiloissa (Kalso ym. 2002: 88). Breivikin ym. tutkimuksen (2006) mukaan kroonista kipua sairastavista 60 % oli kärsinyt kivuista 2-15 vuotta, 20 % yli 20 vuotta. Kivusta kärsivistä 66 % kärsi kohtuullisesta kivusta ja 34 % ankarasta kivusta. Kroonisen kivun taustalla on yleensä jokin sairaus tai vamma, jotka voivat johtua useista eri syistä. Eri tutkimusten mukaan krooninen kipu on yleensä yhteydessä osteoartriittiin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin ja erilaisiin reumasairauksiin. Yleisimmät kivun ilmenemispaiikat ovat jalat, selkä, lantion alue, kädet ja nivelet. Mitä vanhempi ikäryhmä on kyseessä, sitä suurempi on kivun esiintyvyys, yli 90-vuotiailla 50 %. (Breivik ym. 2006: 292–294; Jakobsson 2003: 39–40; Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 32–38.)

3.2 Kroonisen kivun jaottelu patofysiologian mukaan

Krooninen kipu voidaan jaotella lääketieteessä patofysiologian mukaan kudonsvauriokipuun (nosiseptinen), hermovauriokipuun (neuropaattinen) tai tuntemattomasta syystä johtuvaan kipuun (idiopaattinen) (Kalso ym. 2002: 88).

3.2.1 Nosiseptinen eli kudonsvauriokipu

Nosiseptinen kipu aiheutuu kipureseptorien reagoidessa kudonsvauriota aiheuttavaan ärsykkeeseen. Kipua välittävä aistijärjestelmä on terve. (Vainio - Kalso 1993: 6.) Kudonsvauriokipu on yleensä helposti havaittavissa. Kipua voidaan hoitaa, koska sen aiheuttaja tiedetään. Usein pitkäaikaisen kudonsvauriokivun taustalla on perussairaus, jota ei saada hallintaan. (Kalso ym. 2002: 88; Sailo 2000b: 34.) Perussairauksia ovat esimerkiksi syöpä sekä reuma ja niveltulehdus, joissa jatkuva tulehdus aiheuttaa kipua. Myös tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, esimerkiksi nivelrikkoon, fibromyalgiaan tai erilaisiin selkävaivoihin, liittyvät kivut voivat kroonistua. Potilas kykenee yleensä paikantamaan nosiseptisen kivun kudonsvaurioalueelle ja voi kuvata kipua pistäväksi, teräväksi tai repiväksi. (Salanterä - Hagelberg - Kauppila - Närhi 2006: 79; Vainio 2004: 35.) Kudonsvauriokipu voidaan vielä yksityiskohtaisemmin jakaa somaattiseen eli ruumilliseen kipuun ja viskeraaliseen eli sisäelinkipuun (Pasero ym. 1999: 19).

3.2.2 Neuropaattinen eli hermovauriokipu

Krooninen neuropaattinen kipu poikkeaa selvästi nosiseptisestä kivusta. Kipu johtuu hermovauriosta, jonka mekanismit voivat olla hyvin erilaisia. (Kalso ym. 2002: 88, 97.) Hermovauriokivussa vika on kipuviestin kuljettavassa järjestelmässä tai aivojen kivun säätelyyn osallistuvissa keskuksissa, mutta itse kipualue on terve. Vaurio voi olla ääreishermostossa tai selkäytimen/aivojen alueella, jolloin puhutaan sentraalisesta kiputilasta. Sentraalisia kiputiloja voivat olla esimerkiksi aavesärky, aivohalvauksien jälkeiset ja alaraajahalvauksiin liittyvät kivut (Vainio 2003: 42). Ääreishermostokipu voidaan jaotella poly- ja mononeuropatiaan. Jos yksi hermo on vaurioitunut, puhutaan mononeuropatiasta, mikäli monta hermoa, on kyse polyneuropatiasta. (Kalso ym. 2002: 88, 97–98; Pasero ym. 1999: 19.) Ääreishermostokipua voivat aiheuttaa muun muassa vamman tai leikkauksen jälkitilat, kolmoishermostosärky, rannekanavaoireyhtymä tai kasvaimen kasvu hermon sisään. Lisäksi voidaan luokitella yhdistettyjä, sentraalisten ja perifeeristen hermojen kiputiloja, joita ovat esimerkiksi vyöruusun jälkeinen hermostosärky sekä hermojuurten vammat. (Vainio 2003: 41–42.) Neuropaattinen kipu on usein voimakasta ja epämiellyttävää. Potilas voi kuvata kipua sähköttävänä, kihelmöivänä, polttavana tai pistelevänä ja siihen voi liittyä sähköiskun kaltaisia tuntemuksia. Neuropaattiseen kipuun saattaa liittyä tuntomuutoksia tai -puutoksia. (Salanterä ym. 2006: 79- 80.)

3.2.3 Idiopaattinen eli tuntemattomasta syystä johtuva kipu

Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan vähintään kuusi kuukautta kestänyttä kiputilaa, jossa potilaalla ei ole kipua selittäviä kliinisiä löydöksiä tai löydösten ja potilaan kokemien kipuoireiden välillä on ristiriita (Salanterä ym. 2006: 81). Tuntemattomasta syystä johtuvassa kiputilassa kipualueella ei havaita merkkejä kudos- eikä hermovauriosta. Idiopaattinen kipu voidaan jakaa jatkuvaan kipuun ilman kudosvauriota, jatkuvaan kipuun kudosvaurion paranemisen jälkeen tai psykiatriseen kipuun (Vainio - Kalso 1993: 6-7). Kipu voi tuntua aivan samalta kuin sellainen kipu, joka liittyy näkyvään vaurioon. Usein potilaiden on vaikea ymmärtää oireita, joihin ei löydy selvää syytä. Vaivan jatkuessa potilaat saattavat ahdistua ja turhautua sekä jatkaa avun etsimistä tutkimuksesta ja hoitoyrityksestä toiseen. Hoitohenkilökunta voi luulla oireita keksityiksi, kuvitelluiksi tai teeskennellyiksi, jonka takia potilaat saattavat kuvitella kivun olevan epätodellista tai luulosairautta. (Vainio 2004: 22, 35.) Monet potilaat

olettavat, että jos heillä on kipua, jokin on vialla. Usein he myös olettavat, että jos jokin kivun aiheuttaja löytyy, voidaan se helposti myös hoitaa. (Joyner 2006: 11.) Rungas terveyspalveluiden käyttö, päivystyskäynnit sekä monet tuki- ja liikuntaelinperäiset ongelmat ovat tyypillisiä idiopaattisesta kivusta kärsiville. (Salanterä ym. 2006: 81.)

3.3 Kroonisen kivun ehkäisy ja kivun kroonistuminen

Tärkein asia kivunhoidossa on pyrkiä ehkäisemään kipua jo ennen sen syntymistä, esimerkiksi ehkäisemällä tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Jos kiputila on jo ilmaantunut, tulee keskittyä ehkäisemään kivun kroonistuminen ja mahdollisen kipukierteen syntyminen. (Varti 2000a: 47.) Ehkäisyyn pitäisi perustua moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa potilas on itse hoitonsa aktiivinen vaikuttaja. Kroonista kipua voidaan parhaiten ehkäistä hoitamalla akuutti kipu sekä sen psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset asianmukaisesti ja ajoissa. Hoitamaton akuutti kipu voi altistaa kivun kroonistumiselle herkistämällä kipuhermopäätteitä ärsytyksen ollessa voimakas. (Salanterä ym. 2006: 60; Estlander 2003: 17, 57; Sailo 2000b: 34.)

Kivun kroonistumisen ennaltaehkäisyssä on tärkeää myös tunnistaa altistavat lääketieteelliset ja psykososiaaliset tekijät. Altistavia lääketieteellisiä riskitekijöitä ovat muun muassa aikaisemmat pitkäaikaiset kiputilat, hermovauriot sekä sympaattisen hermoston yliaktiiviteettiin viittaavat oireet, joita ovat kivuliaan raajan punoitus, turvotus, hikoilun muutokset, pitkittynyt liikerajoitus vamman jälkeen sekä herkkyys kylmälle tai kuumalle. Kivun kroonistumisen riskiä lisäävät myös akuutin kudonvaurion laajuus, akuutin kivun voimakkuus, mahdolliset leikkauskomplikaatiot ja potilaan heikentyneet psyykkiset voimavarat ennen leikkausta. Psykologiset ja psykososiaaliset riskitekijät voivat olla kognitiivisia tai tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä, jotka on todettu keskeisiksi altistajiksi kivun kroonistumisessa. Kivun kroonistumiseen vaikuttavat lisäksi muun muassa katastrofitulkinnat, pelko-välttämiskomukset, masentuneisuus, ahdistuneisuus, psyykinen uupuneisuus ja passiivisten selviytymiskeinojen käyttäminen. Koska riskitekijöitä on paljon, tulee ne mahdollisimman aikaisessa vaiheessa kartoittaa ja preventoida. Myös geneettiset tekijät voivat vaikuttaa kivun kroonistumislähtötekijöiden. Hermostojärjestelmissäkin on luultavasti olemassa edellytykset kivun kroonistumiselle. Yksilöllä on erilaisia valmiuksia puolustautua vaurioita vastaan, jotka kohdistuvat kipua välittäviin järjestelmiin. (Salanterä ym. 2006: 148; Kalso ym. 2002: 88, 90.)

Potilaan kipuongelman kroonistumista voidaan ehkäistä antamalla potilaalle asiallista ja riittävää tietoa kivusta psykososiaalisena ilmiönä sekä huolehtimalla, että potilas kokee tulevansa arvostetuksi, kuulluksi ja ymmärretyksi (Heikkonen 2005: 92). Yleensä kroonisen kivun diagnosointiin menee kauan aikaa, jolloin potilas voi ajatella kivun olevan luonteeltaan akuuttia ja se saattaa ylläpitää kipuongelmaa. Tämän takia potilaan tulee tuntee akuutin ja kroonisen kivun mekanismien ja merkitysten ero. (Estlander 2003: 19.) Lääkäriissäkäynti voi olla myös kiputilaa ylläpitävä ja vahvistava tekijä kipupotilaalle. Lääkäriltä kipupotilas saa oikeutuksen sairaan rooliin, lääkitystä, toivoa paranemisesta sekä sosiaalista vuorovaikutusta. Tällöin potilas saa sitä huomiota ja emotionaalista hoivaa, mitä vaille hän on saattanut jäädä. Tutkimukset ja leikkaukset kroonistavat kipua. Kun mitään syytä kipuun ei löydy, jätetään yleensä viimeiseksi selitykseksi psykologiset tekijät. (Kalso ym. 2002: 102–104; Vainio - Kalso 1993: 9–10.)

Yleensä kivun kroonistuminen on seurausta monimutkaisesta prosessista, jossa fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät ovat vastavuoroisessa vaikutuksessa keskenään (Heikkonen 2005: 86). Kroonisessa kivussa on kysymys moninaisten, pitkän aikavälin muutosten osallistumisesta kivun ylläpitoon (Kalso ym. 2002: 90).

3.4 Kroonisen kivun vaikutukset kipupotilaalle

Kipu vaikuttaa usealla eri elämänalueella heikentäen fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä elämänlaatua. Suurimmat vaikutukset kivulla on nukkumiseen, suorituskykyyn, kotitöihin, sosiaalisiin aktiviteetteihin ja itsenäisen elämäntyylin ylläpitoon. Nämä saattavat johtaa pahenevaan kipukierteeseen, hoidon etsimiseen ja lyhytaikaisiin hoitosuhteisiin huonontaan samalla toimintakykyä. (Breivik ym. 2006: 295; Joyner 2006: 17; Vainio – Kalso 1993: 9.) Kivun vaikutukset voivat olla joko syy tai seuraus toisilleen (Meinhart - McCaffery 1983: 12).

Joillakin kipupotilailla on yhteisiä piirteitä. Kun tietyt kivun vaikutukset kasautuvat samalle kipupotilaalle, puhutaan kroonisesta kipuoireyhtymästä, jolloin seuraavat tekijät ovat voimakkaasti mukana potilaan toiminnoissa: masentuneisuus, unettomuus, väsymys, vähäinen sosiaalinen aktiivisuus, elämänhalun heikkeneminen monella alueella, omien oireiden tarkkailu ja korostaminen ja ehkä myös muiden elämänongelmien kieltäminen. Kroonisen kivun syyn, itse kivun sekä sen aiheuttaman

haitan väliset yhteydet ovat ristiriitaisia. Monilla potilailla saattaa olla huomattavia toimintarajoituksia, jotka eivät näytä olevan suhteessa todettuihin syihin. Toisilla potilailla tai terveillä henkilöillä saattaa olla samanlaisia fyysisiä ja anatomisia muutoksia, jotka eivät aiheuta kipua tai toiminnallista haittaa. Kivun voimakkuus ei myöskään aina selitä potilaan henkisen rasittuneisuuden astetta tai toimintakyvyn alentumista. Kroonisen kipuoireyhtymän säätelyssä psykososiaaliset seikat, kuten ihmisen käsitykset, kokemukset, odotukset, pettymykset, ihmissuhteet sekä koko terveydenhuoltojärjestelmä ja sosiaalis-taloudellinen järjestelmä ovat tärkeitä. Krooniseen kipuoireyhtymään kuuluu usein myös persoonallisuushäiriöitä. (Kalso ym. 2002: 101.)

3.4.1 Kivun fyysiset vaikutukset

Kivun aiheuttamia välillisiä tai välittömiä fyysisiä vaikutuksia ovat muun muassa kunnan ja lihaskunnan heikkeneminen, liikkumisvaikeudet, kankeus, jäykistyminen ja paino-ongelmat, jotka lisäävät kipualueen räsitystä ja kipua siten entisestään. Lisäksi kipu laukaisee monenlaisia fysiologisia reaktioita kehossa, esimerkiksi hengityksen kiihtymisen, pulssin nopeutumisen tai verenpaineen kohoamisen. (Joyner 2006: 18.) Fyysistä hyvinvointia uhkaavina tekijöinä pidetään kipuun liittyviä toimintarajoituksia, fyysisen olemuksen muutoksia ja lääkkeiden sivuvaikutuksia. Toimintarajoitukset ilmenivät itsehoitovajauksena sekä kyvyttömyytenä osallistua työhön, uudelleen koulutukseen, kotitöihin ja harrastuksiin. Kipupotilaat kokivat, että kivun jatkuminen altistaa myös muiden sairauksien puhkeamiselle tai aikaisempien sairauksien pahenemiselle. Osa Sallisen (1997) haastattelemissa potilaista oli joutunut kokonaan vaihtamaan työpaikkaansa tai mukauttamaan työtään. (Walle 1999: 29–30, 32–33; Sallinen 1997: 37, 43.)

Fyysinen kipu ja sen aiheuttama toimintakyvyn rajoittuminen johtavat herkästi psyykkiseen väsymiseen, mikä omalta osaltaan vaikuttaa sosiaaliseen kanssakäymiseen. Kroonisesta kivusta kärsivän toimintakykyä arvioitaessa tarvitaan siis moniammatillisen työryhmän kokonaisarvio potilaan toimintakyvystä. Lääketieteellinen arvio ei anna yksinään riittävää kokonaiskuvaa siitä, miten kroonisesta kivusta kärsivä potilas selviytyy työssään ja jokapäiväisessä elämässään. (Manner 2006: 25–26.)

3.4.2 Kivun sosiaaliset vaikutukset

Sosiaalisia haittoja koetaan kiputilan seurauksena. Mannerin (2006) mukaan sosiaaliset haitat vaikeuttavat potilaan sopeutumista kiputilaan ja kivun aiheuttamiin muutoksiin. Suurin haitta kroonisilla kipupotilailla on sosiaalisessa kanssakäymisessä tapahtuvat muutokset. (Manner 2006: 41, 85). Kipu vaikuttaa kipupotilaan parisuhteeseen, perheeseen ja muihin läheisiin sekä vaatii uusien selviytymiskeinojen löytämistä. Läheiset pyrkivät suojelemaan kivusta kärsivää tekemällä asioita potilaan puolesta, kehottamalla lepäämään ja välttämään rasitusta. Läheisten toiminta saattaa ylläpitää kipua. Kipupotilaiden huolia lisäsi ajatus siitä, miten perheenjäsenet jaksavat tukea heitä ja tehdä kaikki kotityöt heidän puolestaan (Walle 1999: 38). Läheisten on usein paha olla, koska heidän on vaikea katsella kipupotilaan kärsimystä pystymättä kuitenkaan auttamaan. Huolenpito koetaan usein jopa taakaksi, jolloin läheisten väsymys ja ärtymys saattavat saada kivusta kärsivän tuntemaan itsensä arvottomaksi. Wallen (1999) tutkimuksen mukaan osa kipupotilaista kertoi olevansa riippuvaisia perheenjäsenten ja ystävien tuesta, lääkkeistä, terveydenhuoltohenkilöstön avusta sekä vakuutus- ja eläkelaitosten päätöksistä. He kokivat myös, että heidän omat vaikutus- ja toimintamahdollisuutensa olivat vähentyneet kivun myötä. (Walle 1999: 38.) Kipupotilaat pelkäsivät muiden suhtautumista heihin, erityisesti vähätteleviä ja syyllistäviä asenteita. Erityisesti naiset joutuivat pohtimaan naisen rooliaan, arvojaan ja asenteitaan, koska he eivät enää pystyneet huolehtimaan perheensä hyvinvoinnista. Heidän piti hyväksyä perheen muuttunut työnjako. (Salanterä ym. 2006: 24; Vainio 2004: 36–37; Sailo 2000b: 35; Sallinen 1997: 37, 39–40, 43.)

Muutoksia sosiaalisessa kanssakäymisessä olivat lisäksi harrastusten poisjääminen kivun aiheuttaman väsymyksen ja toimintarajoitusten seurauksena sekä vähentynyt kanssakäyminen työtovereiden kanssa sairaslomien tai työelämästä poisjäämisen takia. Sairaslomat kuormittavat työtovereita ja työpaikan ilmapiiri huononee. Työstä poisjäänti oli osalle potilaista raskasta ja se vaikutti huomattavasti potilaan taloudelliseen tilanteeseen. Toimeentulon laskiessa potilaat joutuivat karsimaan menojaan ja opettelemaan uudenlaista rahankäyttöä. Osa kipupotilaista kuitenkin koki työelämästä poisjäämisen helpotuksena, jolloin taloudelliset muutokset eivät tuntuneet niin suurelta haitalta. Kipujaksoista kuntoutumista ja työhön paluuta helpottaa tyytyväisyys työhön sekä palkitseva ja kannustava työyhteisö. Kipu vaikeutti myös mahdollisuuksia kouluttautua uuteen ammattiin, sillä soveltuvaa ammattia ei aina ollut

löydettävissä. (Manner 2006: 45–47, 65; Eloranta 2002: 47; Walle 1999: 30; Sallinen 1997: 40.)

Sosiaalisen kanssakäymisen vähentyessä kipupotilaat saattavat eristäytyä, kokea yksinäisyyttä tai heidän elämänpiirinsä saattaa kaventua. Kivun pahenemisjaksoihin saattaa liittyä halu eristäytyä myös omasta perheestä ja halu olla täysin yksin kipujensa kanssa. (Manner 2006: 52; Vainio 2004: 36–37.) Potilailla saattaa esiintyä arkuutta ja haluttomuutta lähteä kodin ulkopuolelle, sillä he tuntevat pelkoa selviytymisestään kivun pahentuessa (Manner 2006: 56). Sosiaaliset tilanteet koettiin usein hankaliksi, koska ne edellyttivät lähtemistä jonnekin tai ainakin tilanteenmukaista olemista. Tietynlaisen sosiaalisen roolin säilyttämistä pidettiin rasittavana. Tilanteissa ongelmaksi koettiin voimattomuus seurustella muiden kanssa ja se, ettei voinut olla haluamassaan asennossa tai voinut vaihtaa asentoa tarvittaessa. Kivun helpottamiseksi kipupotilaat pyrkivät etsimään kivun kannalta parempaa asentoa (Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 86). Myös kipulääkitys sivuvaikutuksineen ja taloudellinen tilanne rajoittivat sosiaalista elämää. (Walle 1999: 29, 36–37; Sallinen 1997: 42.)

3.4.3 Kivun psyykkiset vaikutukset

Krooninen kipu hallitsee potilaan tietoisuutta, vaikuttaa mielialaan, itseluottamukseen sekä ajatusmaailmaan. Kivussa mieli ja ruumis eivät ole erotettavissa toisistaan, joten kipu aiheuttaa henkistä kärsimystä, turhautuneisuutta, vihan tunteita ja ärtyneisyyttä. Usein potilas kohdistaa vihan itseensä. Ennen kipuja potilaat kokivat psyykkisen vointinsa hyväksi. Kipujen alkaessa he olivat toiveikkaita ja uskoivat kipujen loppuvan ajan kuluessa. Kivun jatkuessa tulee usein tunne toivottomuudesta, epäoikeudenmukaisuudesta ja siitä, että on aivan yksin kipujensa kanssa. Potilaalle saattaa tulla tunne, ettei kestä kipuja enää hetkeäkään. Stressi saattaa myös kasvaa kivun myötä, se voi olla jatkuvaa ja voi saada aikaan samanlaisia vaikutuksia kuin itse kipu. Psyykkistä hyvinvointia uhkaavina tekijöinä pidetään kipuun liittyvää epävarmuutta, pettymyksiä ja pelkoja. Potilaiden pelkojen kohteina olivat oma ja läheisten jaksaminen, kivun vaikutus lapsiin, kivun mahdollinen paheneminen, liikunta- ja työkyvyn menettäminen sekä hoitojen mahdolliset komplikaatiot. Joillakin potilailla voi olla pelko, että kipu on merkki huononevasta terveydestä (Joyner 2006: 11). Epävarmuutta lisäsivät taloudelliset menetykset, lisäkustannukset sekä diagnoosien väliaikaisuus.

(Vainio 2004: 38–39, 87–88; Walle 1999: 34–36.) Mitä enemmän muutoksia koetaan, sitä enemmän koetaan myös ongelmia päivittäisissä toiminnoissa (Manner 2006: 62).

Masennus ja ahdistus oireineen ovat mielialamuutoksia, joita voi esiintyä kivun yhteydessä. Masennusta voidaan pitää kivun syynä tai seurauksena. Kivulla ja masennuksella on toisiaan vahvistava vaikutus. Krooninen kipu aiheuttaa väistämättä masennusta miltei jokaiselle kipupotilaalle. Kivun helpotuttua yleensä myös masennuksen oireet lievittyvät. (Sailo 2000b: 34; Sallinen 1997: 37–38.) Masennuksen oireiksi voidaan lukea muun muassa surullisuuden ja tyhjyyden tunteet, yleinen kiinnostuksen väheneminen, laihtuminen tai painon nousu, unettomuus tai liiallinen nukkuminen, levottomuus, väsymys, arvottomuuden ja toivottomuuden tunteet, keskittymisvaikeudet sekä kuolemaan liittyvät ajatukset. (Vainio 2004: 36, 69; Estlander 2003: 74.) Wallen (1999: 35) mukaan osa kipupotilaista oli jopa toivonut kuolemaa syvän masennuksen aikana. Breivikin ym. (2006: 297) mukaan 21 %:lla kipupotilaista oli diagnosoitu masennus kivun takia. Monilla kipupotilailla voi olla myös ahdistusoireita, kuten korostunutta huolestuneisuutta, tuskaisuutta, lihasjännitystä, sydämentykytystä, levottomuutta, unettomuutta, pakkoajatuksia tai uusiutuvia ja odottamattomia paniikkikohtauksia. (Vainio 2004: 71.)

Mielialamuutoksiin suhtautumiseen vaikuttaa henkisten voimavarojen riittävyys, pahimmillaan voimavarojen riittämättömyys voi johtaa uupumiseen (Sallinen 1997: 39). Krooninen kipu aiheuttaa potilaalle kokonaisvaltaista väsymystä. Tämä puolestaan vaikuttaa päivittäiseen elämään, heikentää elämänlaatua ja lisää ärtyneisyyttä. Unta parantaa hyvä kivunhoito ja -hallinta. (Manner 2006: 53; Vainio 2004: 36, 68.) Hyvin nukutun yön jälkeen kipua esiintyy yleensä vähemmän (Eloranta 2002: 40). Wallen (1999: 31) tutkimuksen mukaan osalla kipupotilaista oli vaikeuksia nukahtaa, vaikka he olivat väsyneitä.

Sallisen (1997: 44–45) mukaan krooninen kipu saa aikaan myös potilaan minän muutoksia, joita ovat esimerkiksi luopuminen elämäntavoista, luonteen muutos, vaatimustason muutos, itsepetos ja oman kehon tuntuminen vieraalta. Etenkin psyykkisiä oireita voi olla vaikea hyväksyä. Kipupotilaat eivät kokeneet sosiaalisen asemansa muuttuneen kivun takia, vaan kokivat oman suhtautumisensa sosiaalisiin tilanteisiin muuttuneen.

3.5 Kipukokemus ja kipukäyttäytyminen

Yksilön kokemukset ja kulttuuri vaikuttavat kipukokemukseen ja -käyttäytymiseen. Kokiessaan kipua ihminen antaa tuntemalleen kivulle jonkin tietyn merkityksen. (Salanterä ym. 2006: 7; Sarlio 2000: 26.) Toiselle ihmiselle on vaikea kertoa omasta kivustaan, eikä toinen voi tietää, miltä kipua kärsivästä tuntuu. (Kalso ym. 2002: 92–93.) Kivun kuvailemista voidaan pitää yhtä vaikeana kuin jonkin värin kuvailemista syntymästään saakka sokealle henkilölle (Estlander 2003: 12).

Monet yksilön ominaisuudet, kuten perimä, sukupuoli, ikä, persoonallisuus, tavat, tyytyväisyys ja motivaatio vaikuttavat kipukokemukseen, kipukynnykseen ja kivunsietokykyyn (Salanterä ym. 2006: 9). Potilaan psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat säätelevät yhdessä fyysisistä syistä aiheutuneen kivun kanssa kiputilaa. Kipukokemus ei ole aina samanlainen, vaan vaihtelee selvästi erilaisten tekijöiden, kuten rasituksen, tarkkaavaisuuden, tunnetilan, asenteiden, odotusten, vireystason ja mielialan mukaan. Esimerkiksi positiivinen mieliala ja huomion kohdentaminen muualle vähentävät kivun kokemista ja auttavat aistimaan kivun vähemmän voimakkaana. Negatiivisia tunteita aiheuttavilla tekijöillä on kivun kokemista voimistava vaikutus. Kipukokemuksen epämiellyttävyyttä lisää tunne siitä, että peruuttamaton vaurio on tapahtumassa tai saattanut jo tapahtua. (Manner 2006: 50; Vainio 2004: 31, 68.)

Kipukokemus on monivaiheinen prosessi, joka voidaan jakaa välittömään kipukokemukseen, joka liittyy kipuaistimuksen aiheuttamiin välittömiin tunteisiin ja kivun kokemisen pitkäaikaisiin vaikutuksiin. Prosessiin liittyy kipuaistimus, kivun aiheuttama havahtuminen, huomion kiinnittäminen kipualueeseen, autonominen ja motorinen aktivoituminen sekä kivun omakohtainen arvio. (Kalso ym. 2002: 92–93.)

Kipukäyttäytyminen on kipukokemuksen tavoin yksilöllistä. Siihen vaikuttavat sosiaaliset, kulttuuriset ja psykologiset tekijät. Eri yhteisöissä ja kulttuureissa on kaikilla erilainen tapa ilmaista kipua. (Estlander 2003: 12, 14.) Yleensä kivusta halutaan päästä eroon, vältetään kivun aiheuttajaa, pyritään vastustamaan kipua, selviämään kivusta tai kielletään kivun olemassaolo. Käyttäytymiseen liittyy erilaisia tunteita, kuten pelkoa, harmia ja tuskaa, jotka estävät toimimasta ja elämästä mielekästä elämää. Potilas voi reagoida kivun pahentumiseen neljällä eri tavalla. Hän voi tulkita kaikki kehon signaalit kivuksi, lakata liikkumasta kokonaan peläten kipujen pahenevan, pakottaa itsensä

liikkumaan kivuista huolimatta tai eristäytyä yksinäisyyteen. (Vainio 2004: 39, 67, 122; Kalso ym. 2002: 93.)

Kipu voidaan jakaa yksityiseen ja julkiseen kipuun sen ilmaisutavasta riippuen. Kipu on yksityistä, kun se pysyy muilta ihmisiltä salassa. Kipukäyttäytyminen muuttuu julkiseksi, kun kivun olemassaolo tuodaan esille erilaisin ilmein, elein, ääntein, sanoin ja käytöksen muutoksina. (Sarlio 2000: 24–26.) Kasvojen ilmeisiin voivat kuulua otsan rypistys, irvistely, pelokkuus, surullisuus, rypyt silmien ja suun ympärillä. Fyysisiä kivun merkkejä voivat olla levottomuus, harhailu tai liikkeiden puute. Kipu voi ilmentyä myös lisääntyneinä tai hidastuneina liikkeinä, kivuliaan ruumiinosan hieromisena tai suojaamisena, jäykkyytenä, yleistyneenä jännityksenä, nyrkkien puristamisena rystyset valkoisina. Kipuaäntelyä voi olla voihkinta, uikutus, valitus, itku tai äänekäs hengittäminen. Muuhun kielelliseen kipukäyttäytymiseen voi kuulua alituinen hoitajan kutsuminen tai muu huomion hakeminen, hoidosta kieltäytyminen, kiroilu, kohtuuton nauraminen tai normaalia hiljaisempi oleminen. On huomioitava, että potilas, joka kärsii ankarasta kivusta, saattaa silti hymyillä. (Joyner 2006: 11–12; Kalso ym. 2002: 102; Vainio - Kalso 1993: 9-10.) Toiset puhuvat mielellään oireistaan, toiset eivät. On hyväksyttävämpää syyttää jotain elimellistä oiretta, kuin vaikkapa haluttomuutta olla vuorovaikutuksessa. (Estlander 2003: 12.)

Kipukäyttäytymistä säätelee potilaan oma käsitys kyvyistään. Potilaan omat uskomukset ja käsitykset oireista, niiden syistä ja seurauksista tulevat keskeisiksi tunnereaktioissa ja toiminnoissa, jos potilaalla on pitkään jatkuneita oireita eikä diagnoosia ole voitu tehdä. Myönteisen käsityksen omista kyvyistään omaava henkilö kestää paremmin kipua, yrittää rohkeammin ja hänellä hoidon ennuste on parempi. Kielteisen käsityksen omista kyvyistään omaavilla henkilöillä on todettu olevan muuta väestöä enemmän niin sanottua pelko-välttämiskäyttäytymistä. Tällöin vältetään sellaisia toimintoja, jotka pahentavat kipua. Kipukäyttäytyminen voi vahvistua, mikäli se tuo helpotusta tai tyydyttää potilaan emotionaalisia tai materiaalisia tarpeita. Tällöin kipu voi olla tärkeä elämää säilyttävä elementti, jonka poistaminen johtaisi murtumiseen. Ilmaisemalla kipua potilas voi vedota muihin myötätunnon, hoivan ja avun saamiseksi. Hän saattaa purkaa turhautuneisuuttaan jatkuvalla kipuvalituksella. (Salanterä ym. 2006: 60; Kalso ym. 2002: 102–104; Vainio - Kalso 1993: 9-10.)

4 KROONISEEN KIPUUN SOPEUTUMINEN JA KIVUNHALLINTA

Sopeutumista voidaan pitää ongelmanratkaisukeinona, jolla pyritään lievittämään ahdistusta ja pitämään yllä psyykkistä tasapainoa. Läheisten suhtautumisella ja potilaan omalla asenteella on suuri merkitys kipuun sopeutumisessa. Sopeutumista krooniseen kipuun edistää optimistinen asennoituminen elämään, omiin kykyihin luottaminen, monipuoliset voimavarat sekä tieto oman toiminnan seurauksista. Sopeutumiseen vaaditaan runsaasti sekä potilaan omia että perheen voimavaroja. Läheisten ja terveydenhuoltohenkilökunnan tuki auttaa sopeutumisessa ja kivun hallinnassa. Sopeutuminen elämään kivun kanssa on potilaalle tosiasia, jota ei voi kieltää. (Manner 2006: 78; Rokkanen – Slätis – Alho – Ryöppy – Huittinen 1995: 106–107.)

Kivunhallinta sisältää monenlaisia keinoja tulla toimeen kivun kanssa ja tarkoittaa, että potilas jaksaa, selviytyy sekä oppii elämään yhdessä kivun kanssa. Potilaalle kivun kanssa pärjääminen tarkoittaa oireiden itsenäistä hallitsemista, sairauden aiheuttamien rajoitusten tunnistamista sekä omaan terveyteen ja elämään vaikuttamista erilaisin toimin ja suhtautumistavoin. Kivunhallintakeinojen synonyymeinä voidaan pitää selviytymis- ja kivunkäsittelykeinoja. Hallinnan vastakohtana voidaan pitää murtumista, joka tarkoittaa esimerkiksi uupumista tai jaksamattomuutta. Murtumiseen saattaa johtaa esimerkiksi kipujen hallitsemattomuus, sosiaalisen tuen puute, jatkuva väsymys tai stressi. (Estlander 2003: 84, 86-87, 102; Sallinen 1997: 52–53.) Hyvällä kivun hallintakeinojen opettelulla ja keinojen aktiivisella soveltamisella jokapäiväiseen elämään potilas saa paremmin otteen elämästään, pystyy lievittämään kipuhuippuja ja kipujen aiheuttamia vaikutuksia. Esimerkiksi suomalaisessa kulttuurissa sisukkuus on tärkeä keino. (Vainio 2004: 103–104.)

4.1 Kivun hyväksyminen

Potilaan täytyy asennoitua siten, ettei pidä itseään syyllisenä kipuunsa sekä yrittää poisoppia itsensä tarkkailusta, jotta kipuun sopeutuminen olisi mahdollista. Potilaan elämäntilanne ja mahdolliset muut sairaudet vaikuttavat kipuun sopeutumiseen. Mitä kauemmin kivun kanssa on elänyt, sen paremmin siihen voi sopeutua. (Manner 2006: 78; Tommola 2000: 56, 78.)

Sopeutuminen kuvaa tuntemuksia kivun hyväksymisestä. Hyväksyminen tarkoittaa aktiivista osallistumista erilaisiin toimiin kuntoutumisen edistämiseksi kivuista

huolimatta. Muuttuminen kivun uhrista itsensä kuntouttajaksi on hyvin keskeistä. (Heikkonen 2005: 78.) Potilaan kipukokemukset vaikuttavat kivun kanssa elämiseen ja siihen sopeutumiseen. Sopeutuakseen krooniseen kipuun potilaan tulee myöntää kivun olemassaolo ja hyväksyä muuttunut elämäntilanteensa. Hän joutuu myöntämään ne rajoitukset, joita kipu aiheuttaa sekä karsimaan mielestään epärealistiset tavoitteet. Kipuun sopeutuminen voi alkaa vasta sitten, kun pitkäaikaisesta kivusta kärsivä potilas hyväksyy kivun jatkumisen mahdollisuuden ja sen, ettei kivulle voida välttämättä löytää sellaista syytä, joka voitaisiin kokonaan poistaa hoidolla. (Vainio 2004: 102–104.) Kivun helpottaminenkaan ei ole aina mahdollista. Tällöin pitäisi kiinnittää huomio samanaikaisesti muihin ongelmiin, jotta elämänlaatua voitaisiin kohottaa muulla tavoin. (Jakobsson 2003: 51.) Potilasta tulee kannustaa etsimään ja käyttämään aktiivisia keinoja passiivisten sijaan selviytyäkseen kivun kanssa. Lisäksi potilaan luottamusta omiin kykyihinsä tulee vahvistaa. Potilaan täytyy löytää tasapaino itsensä kanssa, jotta hän pystyisi hyväksymään kivun osaksi elämäänsä. (Heikkonen 2005: 78.)

Kipujen pitkittyessä potilaat kertoivat tottuneensa jatkuvaan kipuun ja alkoivat vähitellen hyväksyä kivun aiheuttamia rajoituksia. Potilaiden itsetunto vahvistui uhkatekijöiden vähennyttyä. Ajoittain jotkut kuitenkin tunsivat halua antaa periksi. Yleisesti potilaat kokivat kivun kanssa elämisen vaativaksi. (Eloranta 2002: 45–46; Walle 1999: 43–46.) Mannerin (2006) mukaan lähes puolet hänen tutkimukseensa vastanneista potilaista koki kivun elämässään vaikeaksi ja kivun tekevän elämästä hankalaa. Tämä osoittaa, kuinka invalidisoivaa krooninen kipu voi pahimmillaan olla. (Manner 2006: 57.)

4.2 Tiedonsaanti kivusta ja diagnoosin saaminen kivuille

Kipuun sopeutumisessa tärkeä lähtökohta on tiedonsaanti sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista. Kaikki tieto, mitä potilas voi saada kroonisesta kivusta, helpottaa häntä ymmärtämään kroonista kiputilaa sekä auttaa siihen sopeutumisessa. Tieto omasta sairaudesta lisää potilaan elämänhallintaa sairauden aiheuttamissa muutoksissa. (Manner 2006: 31, 78.) Potilas tarvitsee monenlaista tietoa ymmärtääkseen diagnoosin paremmin ja hänen suhtautumisensa kivunhallintaan paranee. Potilailla saattaa olla vääriä uskomuksia tai pelkoja mahdollisesti löytymättömästä sairaudesta tai uudesta vauriosta, jotka saattavat olla esteenä kuntoutumisessa. (Salanterä ym. 2006: 16, 24; Dunajcik 1999: 488.) Pitkään jatkuneet selittämättömät kivut, tuloksettomat tutkimukset

ja muiden ihmisten epäilykset sairaudesta voivat saada potilaan itsensäkin uskomaan, että ”vika on korvien välissä”. Tällöin diagnoosin saaminen on helpotus. Sen avulla potilas saa kivuilleen syyn, joka vähentää tuskan ja häpeän tunteita sekä antaa varmistuksen siitä, ettei ole luulosairas. (Sallinen 1997: 35.) Potilaat kokivat usein diagnoosin liian epämääräiseksi ja kaipasivat selkeämpää vahvistusta kipujensa olemassaololle (Walle 1999: 33). Potilaiden on todettu olevan kiinnostuneita kivun anatomisista ja fysiologisista syistä sekä useimpien on mainittu haluavan välttää psykologisia syitä kivuilleen. Diagnoosin tai selityksen kivun syystä ei tarvitse olla monimutkainen. Hoitaja toimii tiedon välittäjänä ja hänen tulee myös havainnoida, kuinka paljon potilas pystyy ottamaan itse vastuuta selviytymisestään ja hoidoistaan. (Salanterä ym. 2006: 16, 24; Dunajcik 1999: 488.)

Potilaan tulee ottaa itse aktiivisesti vastuuta omasta hoidostaan ja elämästään jo ennen kipujen diagnosointia. Tällöin kipupotilaiden tulisi etsiä paljon tietoa kivun aiheuttajasta, hoitokeinoista, lääkkeistä, liikunnasta, ravinnosta ja luontaistuotteista (Sallinen 1997: 48) sekä luoda itselleen hyödyllisiä ajattelu- ja toimintatapoja eikä jäädä odottamaan muiden apua. Omatoimista tiedon etsimistä vaikeuttaa kiputilan aiheuttama väsymys eikä tietoa ole aina edes saatavilla. Avun odottelulla he sen sijaan vain pitkittävät ongelmaansa ja lisäävät omaa avuttomuuttaan. Useat kipupotilaat kuitenkin uskovat ja odottavat, että joku parantaa heidän kipunsa. (Vainio 2004: 102–104.) Potilaan voimavaroja vaaditaan eniten, kun kipu diagnosoidaan krooniseksi, koska toivoa kiputilan paranemisesta ei tällöin enää ole (Manner 2006: 87). Elorannan (2002: 54) haastattelemat potilaat toivoivat saavansa asiantuntijoilta kipukoulutusta, jossa opeteltaisiin erilaisia kivun lievitysmenetelmiä, kuten rentoutumistekniikoita. Kipupotilailla saattaa olla lisäksi vaikeuksia saada sairauteen liittyvää taloudellista turvaa, koska päätöksentekojärjestelmä sairauteen perustuvasta sosiaaliturvasta pohjautuu lääketieteelliseen näyttöön ja sitä ei kroonisella kivulla aina ole. Krooninen kipu ei välttämättä näy ulospäin eikä kivun intensiteetille ole vielä kehitetty luotettavaa mittausmenetelmää. (Manner 2006: 29–32, 55.)

4.3 Yleistä kivunhallintakeinoista

Potilaan kivunhallintakeinot ovat muun hoidon tukena. Kivunhallintaa ei voi määrätä potilaalle. Potilaan motivoiminen itsehallintakeinojen käyttöön on hoitajan tärkeä tehtävä. Kivun voimakkuus ja merkitys sekä potilaan oma suhtautuminen kipuun

vaikuttavat hallintakeinojen käyttöön ja hallinnan onnistumiseen. Kun kivun voimakkuusaste muuttuu, pitää myös hallintakeino vaihtaa. Mitä voimakkaammasta kivusta on kysymys, sitä vähemmän on mahdollisuuksia sen hallintaan. Wallen (1999: 45–46) haastattelemat kipupotilaat arvioivat, että he pystyivät hallitsemaan kokemaansa akuuttia kipua, mutta pitkäaikaista kipua vain silloin, kun se oli lievää. Potilaille oli käytössään erilaisia kivunhallintamenetelmiä, joissa ilmeni hyvin yksilöllisiä tapoja, muun muassa potilaan elämäntilanne ja tavoitteet vaikuttivat menetelmien valintaan. (Estlander 2003: 87, 89, 102.) Tehokkaana kivunhallintakeinona voidaan pitää potilaalle mielekästä ja kiinnostavaa keinoa, joka on yhtenäinen potilaan voimavarojen ja keskittymiskyvyn kanssa. Hyvä hallintakeino stimuloi useita aisteja samanaikaisesti. (McCaffery – Pasero 1999: 414.)

Potilaat käyttävät toiminnallisia, kognitiivisia ja passiivisia kivunhallintamenetelmiä. Toiminnallisina menetelminä voidaan pitää lääkehoitoa, kipualueeseen kohdistuvia fysioterapeuttisia menetelmiä, rasitusta vähentävien apuvälineiden käyttöä, yleiskunnan ylläpitoa, lepoa sekä avun pyytämistä läheisiltä. (Walle 1999: 43.) Ensisijaisena menetelmänä pidettiin lääkehoitoa, mutta lääkkeiden sivuvaikutusten, riippuvuus- ja toleranssiongelmiensa takia kipupotilaat pitivät ei-lääkkeellisiä kivunhoitokeinoja merkityksellisempinä. (Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 96.) Kognitiivisiksi menetelmiksi luetaan muun muassa huomion siirtäminen pois kivusta, rentoutuminen sekä sopivan rasituksen ja levon määrän löytäminen. Passiivisina menetelminä voidaan pitää toivomista, rukoilemista, itkemistä, kipualueen suojelemista ja käyttämättömyyttä, alkoholin käyttöä sekä hoitomuotojen etsimistä koululääketieteen ulkopuolelta. Pitkäaikaisen kivun alkuvaiheessa käytettiin passiivisia menetelmiä ja lääkkeitä. (Walle 1999: 43, 45–47.) Myös kivun hyväksyminen, mahdollisimman rauhallinen suhtautuminen siihen ja sen kieltäminen ovat hallintakeinoja (Estlander 2003: 87).

Erilaisten hoitomuotojen kombinaatio on parempi kuin yhden hoitomuodon intensiivinen käyttö. Jakobssonin (2003) tutkimuksen mukaan käytetään keskimäärin kolmea eri kivunhallintakeinoja. 53 % tutkimukseen osallistuneista käytti 2-4 hallintakeinoja. Kivun helpotuskeinot mukailtiin yksilöllisesti ja valittiin yhteistyössä kipupotilaan kanssa. Hallitsevana yhdistelmänä esiintyivät farmakologiset menetelmät yhdistettynä kivun sietämiseen, lepäämiseen ja ajatukset muualle suuntaaviin keinoihin. Tehokkaimpina kivunlievityskeinoina pidettiin kylmää, liikuntaa, kuumaa suihkua/kylpyä ja alkoholia. Vähiten käytettiin avun pyytämistä ja sosiaalisen tuen

hakemista. Kivunlievityskeinojen yksipuolisen käytön syiksi epäiltiin hoitohenkilökunnan tietämättömyyttä erilaisista keinoista ja keinoista kertomatta jättämisestä. Kipupotilaat kokivat tärkeäksi seurata hoitomenetelmien kehitystä ja ottaa ne puheeksi hoitoonsa osallistuvien henkilöiden kanssa. (Jakobsson 2003: 57–58; Eloranta 2002: 40–41.)

4.4 Tavoitteiden asettaminen kivunhallintakeinona

Realististen ja saavutettavissa olevien tavoitteiden asettaminen ja keinojen löytäminen niiden saavuttamiseksi on yksi tapa hallita kipuja. Asettaessaan tavoitteita potilaan tulee ottaa huomioon elämäntilanteensa ja toimintaympäristönsä sekä käytössään olevat resurssit ja aika. Potilaan tulee hyväksyä tavoitteet ja olla motivoitunut niiden toteuttamiseen. Ensisijaisesti tavoitteiden tulee olla kuntouttavia ja potilaan omia kivunhallintakeinoja tukevia. (Salanterä ym. 2006: 100, 179; Dunajcik 1999: 490.) Tavoitteiden avulla potilas saa otteen elämästään ja ottaa uuden askeleen kohti hyvää kivunhallintaa. Ongelmia ja turhautuneisuutta saattaa esiintyä, jos tavoitteet eivät ole selkeitä ja mahdollisia. Potilaalla olisi hyvä olla lyhyen- ja pitkäntähtäimen tavoitteita, jolloin on mahdollista kokea myös pieniä onnistumisia. Pienet onnistumiset auttavat saavuttamaan pitkäntähtäimen tavoitteita. Lisäksi tärkeää on elämälle merkitystä antavien asioiden tekeminen, niistä luopuminen lisää kärsimystä. (Vainio 2004: 107–109.)

Potilaat toivoivat tulevaisuudelta työolojen muuttumista suotuisammiksi, oman fyysisen kunnan paranemista, kivun aiheuttajan ja sopivien lääkkeiden löytymistä sekä kivun kanssa elämään oppimista. Toisaalta potilaat kokivat olevansa tuomittuja kipuunsa, johon ei ollut tiedossa helpotusta. (Sallinen 1997: 50.)

4.5 Kipupäiväkirja ja oma toiminta kivun välttämiseksi

Kipupäiväkirja on keino kipua pahentavien ja helpottavien tekijöiden löytämiseen. Omien havaintojen avulla potilas huomaa kipujen voimakkuuden vaihtelun eri tilanteiden ja vuorokaudenaikojen välillä. Kipupäiväkirjaan voi kirjata esimerkiksi neljästi päivässä, säännöllisin väliajoin kivun voimakkuuden asteikolla 0-10. Voimakkuutta arvioitaessa on hyvä merkitä samaan kohtaan päivittäiset toiminnot, mieliala ja mitä on tehnyt kivun helpottamiseksi. Voimakkuuden lisäksi potilasta voi

ohjata arvioimaan kivun sijaintia, kestoja, laatua ja asioita, jotka lisäävät tai vähentävät kipua (Salanterä ym. 2006: 78; Kozier - Erb - Berman - Burke 2000: 1093.) Kipupäiväkirjan avulla potilas oppii välttämään kipua lisääviä asioita. (Vainio 2004: 105, 133.) Kipupäiväkirjan pitämisestä on Elorannan (2002) tutkimuksen mukaan koettu olevan hyötyä ja sen avulla on saatu huomio pois kivusta. Tutkimuksessa potilaat kokivat, että oli tärkeää kääntää huomio pois kivusta tekemällä jotakin mielenkiintoista, esimerkiksi puuhastelemalla toiminnallisesti (liikkuminen, puutarhatyöt) tai henkisesti (lukeminen, musiikin kuuntelu). Keskittyessä puuhailuun potilas pystyy unohtamaan kivut ja vaivat hetkellisesti. Voimakkaasta kivusta kärsivillä eivät mielihyvähämmökemukset enää lievennä kivun kokemista. Tällöin potilaan on vaikea keskittyä ja hän hakee apua muista hallintakeinoista, kuten lääkkeitä. (Vainio 2004: 123; Estlander 2003: 87; Eloranta 2002: 40, 44.)

Potilas voi paremmin, kun hänellä on elämässään räsitus, lepoa ja iloa tuottavia asioita sopivassa suhteessa. Erilaisten kipua tuottavien tai väsymystä lisäävien toimintojen välttämällä potilas pystyy rytmittämään toimintaansa paremmin omien voimiensa mukaisesti. Rytmittämisen avulla potilas oppii arvioimaan, kuinka pitkän toipumisen elimistö vaatii kipua tuottavasta toiminnasta palautumiseen. (Vainio 2004: 123, 125–126; Sallinen 1997: 46.) Vähitellen kipupotilaat oppivat tuntemaan omat rajansa ja kuntonsa, joiden mukaan ajankäyttö tulisi suunnitella. Joskus potilas saattaa arvioida kuntonsa väärin, joka kstautuu kivuliaammalla seuraavalla päivällä. (Eloranta 2002: 40, 45.) Jos jotain kipua tuottavaa toimintaa ei pystytä välttämään, voidaan siihen varautua ottamalla kipulääke etukäteen (Sallinen 1997: 46). Keskeytettäessä kipua tuottava toiminta vältetään kiputason nouseminen kohtuuttomaksi. Mikäli potilas jatkaa liikayrittämistä ja väsyttää itseään päivästä toiseen, johtaa se uupumiseen eikä elimistö saa mahdollisuutta toipua. (Vainio 2004: 123.) Kipupotilaiden toimintatavoissa tapahtui muutoksia osittain oman reflektoinnin myötä, osittain saamansa tuen ansiosta. Arkielämän helpottamiseksi potilaat käyttivät apuvälineitä ja sijoittivat tavaroita uudelleen kotonaan. He pyrkivät elämään päivän kerrallaan suunnittelematta elämäänsä eteenpäin, jotta eivät kokisi pettymyksiä. He toimivat kipujen sallimissa rajoissa. (Eloranta 2002: 45–46.)

Harrastuksissa rentoudutaan, tavataan ystäviä sekä sieltä saadaan voimavaroja päivittäiseen elämään ja työhön. Kipupotilaan työn tulisi olla mielekästä ja joustavaa, jotta se vahvistaisi pärjäämistä kivun kanssa. Krooninen kipu heikentää mahdollisuuksia

harrastaa, jolloin myös ihmissuhteet kärsivät. Harrastukset muuttuvat enemmän yksilöllisiksi, kuin ryhmissä tapahtuviksi. (Manner 2006: 76–77; Walle, 1999: 42; Sallinen 1997: 52–53.) Wallen (1999: 41–42) tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat kivun voimakkuudesta ja korkeasta haitta-asteesta huolimatta monia myönteisiä asioita elämäntilanteessaan.

Kipupotilaan on hyvä huomioida myös ruokavalionsa. Ruokavaliossa tärkeää on tasapaino, sopiva kalorimäärä sekä tuoreet vihannekset ja hedelmät. Tutkimusten mukaan minkään ruoka-aineen ei ole todettu vähentävän kipua. Potilaalla tulisi olla säännölliset ruokailuajat ja ruokahetkien tulisi olla rauhallisia. Ruokailujen jälkeen olisi hyvä pitää pieni lepoaika, jolloin ruoansulatus helpottuu. Kipu saattaa vaikuttaa kipupotilaan syömistapoihin. Hän voi joko menettää ruokahalunsa tai hänen ruokahalunsa kasvaa. (Vainio 2004: 131.)

4.6 Kipupotilaan sosiaaliset tukiverkostot ja kipuryhmät

Aktiivisen avun ja tuen merkitys potilaalle korostuu kiputilan kroonistuessa ja kivun ollessa pahimmillaan, sillä silloin potilaan voimavarat ovat kaikkein heikoimmillaan. Kaikki saatavissa oleva sosiaalinen tuki on kipupotilaan selviytymisprosessin kannalta tärkeää, minkä takia jokainen keino, jolla estetään potilaan eristäytyminen, on tarpeen. (Manner 2006: 56, 78.)

Kroonisen kipupotilaan tukiverkoston muodostavat perhe, suku ja ystävät. Tärkeimmäksi tukijaksi koetaan yleensä puoliso. (Eloranta 2002: 45.) Myös työyhteisö, vapaa-ajan harrastukset ja niiden mukanaan tuomat ihmissuhteet kuuluvat potilaan tukiverkostoon. Valitettavan usein tukiverkosto kuitenkin kutistuu pienemmäksi tai jopa unohtuu kokonaan. (Manner 2006: 74–75.) Tukiverkoston potilas saa tukea ja ymmärrystä, jotka auttavat häntä sopeutumaan krooniseen kipuun ja muihin oireisiin. (Eloranta 2002: 45.) Wallen (1999) tutkimuksen mukaan potilaat pitivät tärkeänä, että muut uskoivat heidän kipunsa olevan todellista. He arvostivat läheistensä antamaa konkreettista apua ja saamaansa lohdutusta. (Walle 1999: 41, 46.) Myös ystävyysuhteita arvostettiin kovasti, mutta niissä tuli erityisesti kiinnittää huomiota, ettei kuormittaisi ystäviä liikaa omilla ongelmillaan. Potilaat toivoivat, etteivät ystävät aina kyselisi heidän kivuistaan. (Eloranta 2002: 41, 45.)

Yhden perheenjäsenen krooninen kipu koskee aina koko perhettä, jolloin perheterapia on yksi mahdollisuus vaikuttaa perheen sisäisiin suhteisiin. Perheen tilannetta voi vaikeuttaa esimerkiksi sisäiseen vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat, joita perhekeskeisessä hoidossa voidaan tutkia yhdessä kaikkien perheenjäsenten ja terapeutin kanssa. Perheterapian tavoitteena on tuoda esiin uusia ajatuksia, näkökulmia ja erilaisten ongelmien ratkaisumahdollisuuksia. Perheterapiassa esiin tulleiden muutosehdotusten toteuttaminen on perheen omasta halusta kiinni. (Kalso – Vainio 2002: 198.)

Oppimiseen perustuvaa hoitomenetelmää, jota toteutetaan yleensä ryhmissä, kutsutaan kognitiivis-behavioraaliseksi menetelmäksi. Menetelmällä voidaan auttaa potilasta tunnistamaan ja muuttamaan hyödyttömiä kipua ja muita ongelmia pahentavia käsityksiään, asenteitaan ja käyttäytymistään. Nämä virheelliset uskomukset rajoittavat yleensä toimintaa ja lisäävät ahdistusta. Ryhmän tavoitteena on aktivoida kipupotilaan toimintakykyä, lisätä tulevaisuuteen suuntautuneisuutta ja ratkaista arkipäivän ongelmia. Ryhmässä pyritään auttamaan kipupotilaita realististen tavoitteiden asettamisessa ja suuntaamaan ajatukset sekä käsitykset kipuun, ei niinkään kivun syiden selvittämiseen. Kipurymille voidaan pitää esimerkiksi luentoja, keskusteluja, hengitys-, mielikuva- ja rentoutusharjoituksia tai erilaisten kipu- ja ongelmatilanteiden ennakoimisen harjoittelua. (Vainio 2004: 88; Kalso – Vainio 2002: 199.) Ryhmässä tapahtuvaa toimintaa suositellaan kipupotilaille, koska se vähentää yksinäisyyttä, tutustuttaa toisiin kipupotilaisiin, mahdollistaa kokemusten vaihdon ja uusien selviytymiskeinojen ideoinnin sekä tuen ja vaihtoehtoisten ajattelutapojen saamisen vertaisryhmältä. Elorannan (2002: 21) tutkimuksen mukaan kipuryhmään osallistuneet kokivat tärkeäksi jakaa kokemuksiaan ja saada vertaistukea. Vertaistuki antaa toivoa ja uskoa kivun kanssa selviytymiseen. Ryhmän tuella koetaan olevan myös suuri merkitys kuntoutua. (Salanterä ym. 2006: 25; Eloranta 2002: 21; Kalso – Vainio 2002: 199; Vainio – Kalso 1993: 39.)

4.7 Rentoutuminen ja hypnoosi

Rentoutumisella on monia hyviä vaikutuksia. Se vähentää ahdistuneisuutta, lihasjännitystä, stressiä ja kivun voimakkuutta sekä lisää itsehallintaa ja riippumattomuutta. Rentoutusta voidaan opettaa potilaalle yksilöhoidossa, mutta se soveltuu erinomaisesti myös ryhmähoidoksi. Sitä voidaan käyttää palauttavana

rasituksen jälkeen tai aktiivisena kivunhallinnan keinona. Rentoutusreaktion aikaansaamiseksi käytetään erilaisia harjoitusta vaativia tekniikoita, koska itse rentoutusreaktio ei ole automaattinen. Tekniikoita ovat esimerkiksi hengitys- ja mielikuvaharjoitukset. (Salanterä ym. 2006: 154; Estlander 2003: 196; Kalso – Vainio 2002: 202.)

Rentoutuessa kohdistetaan tietoisuus pois kivusta jonkin tietyn asian, esimerkiksi toistettavan lauseen, sanan, hengityksen, mielikuvan tai toiminnan avulla. Vaihtoehtoisesti voidaan pyrkiä tyhjentämään mieli ohikiitävistä ajatuksista. Yhtenä rentoutustapana voidaan käyttää jännitysrentoutustekniikkaa, jolloin jännitetään ja rentoutetaan yksi lihasryhmä kerrallaan. Tämän tekniikan apuna voidaan käyttää esimerkiksi kirjastoista saatavia kasetteja, joissa on ohjeet rentoutumiseen. (Vainio 2004: 111–112; Vainio – Kalso 1993: 39.)

Hengitysharjoituksin lisätään elimistön hapensaantia ja rentoudutaan. Vaikutuksia voidaan tehostaa syvään hengittämällä ja yhdistämällä harjoitukseen musiikki tai lihasrentoutukset. Kun potilas on oppinut oikean hengitystekniikan, hän voi tehdä harjoituksia itsenäisesti sopivina ajankohtina. (Salanterä ym. 2006: 154.) Syvähengityksen lisäksi voidaan rentoutua myös täydellisemmällä ja tehokkaammalla tavalla, palleahengityksellä. Tällöin keuhkot täytetään kokonaan sisäänhengityksen aikana ja pallea laskeutuu. Uloshengitysvaiheessa pallea ja rintakehä rentoutuvat, vatsa painuu sisään ja ilma virtaa ulos. (Vainio 2004: 112–113.)

Rentoutumista ja keskittymistä voi harjoittaa myös laulamalla, radion kuuntelulla tai lyömällä rytmiä esimerkiksi sormella. Ihmiset ovat mieltyneet eri asioihin, toiset pitävät musiikin, toiset urheiluselostusten ja jotkut äänikirjojen kuuntelusta. Vaikka olisi kuinka väsynyt, on helppo kuunnella. Jos keino ei tunnu tarpeeksi tehokkaalta, voi yrittää hieroa kipeää paikkaa musiikin tahdissa, vaihtaa musiikkia tai lyödä tahtia enemmän kuin yhdellä tavalla, esimerkiksi naputtaa jalkoja ja sormia samaan aikaan. (McCaffery – Pasero 1999: 415.) Osalle Wallen (1999) haastattelemissa kipupotilaista alkoholin käyttö oli yksi rentoutumismenetelmä. Joillakin alkoholi oli ainoa keino saada kipu pois, jotkut ottivat alkoholia rentoutuakseen tiedostaen sen vaarat. Osa potilaista koki seksuaalisen kanssakäymisen yhdeksi rentoutusmenetelmäksi. (Walle 1999: 46.)

Erilaisia mielikuvaharjoituksia on paljon ja mielikuvat voivat olla visuaalisia tai perustua muihin aisteihin. Kivusta kärsivää voidaan ohjata käyttämään mielikuvitustaan kivun lievittämiseen. Esimerkiksi, jos kipu on puristavaa, voidaan se ajatella vanteeksi, jota höllennetään. (Blomqvist 2000: 136.) Harjoituksilla potilas pyrkii syventämään rentoutustaan ja voittamaan kipuongelmansa käyttämällä kekseliäästi mielikuvitustaan luoden itselleen miellyttävämmän ympäristön, jossa kipu unohtuu tai rentoutuminen on helpompaa. Potilas voi esimerkiksi kuvitella kivun kehonsa ulkopuolelle. (Salanterä ym. 2006: 154; Estlander 2003: 198–199; Kalso – Vainio 2002: 202.)

Rentoutuksen ja hypnoosin välinen raja on häilyvä, koska niiden toteutus ei poikkea paljon toisistaan ja niillä on samoja vaikutuksia. Hypnoosia voidaan pitää menetelmänä ja olotilana, jossa keskittyneisyys ja rentoutuneisuus lisääntyvät. Tällöin potilas on vastaanottavainen muun muassa mielikuville, sekä hänen tietoisuutensa, kokemuksensa ja aistimuksensa voivat muuntua. Hypnoosin avulla voidaan aikaansaada tunnottomuutta, kivun voimakkuuden pienenemistä, kipukokemuksen muuntumista, kivun siirtymistä toiselle alueelle tai kipuun liittyvien tunteiden, esimerkiksi ahdistuksen lievittymistä. Dissosiaation eli kivuttomuuden tuottamisen avulla hypnoosin oletetaan lievittävän kipuja. Hypnoosissa voidaan käyttää rentoutumiseen tähtääviä menetelmiä, mutta itse hypnoosi ei vaadi rentoutumista. (Estlander 2003: 196, 200–201.) Hypnoosia käytetään kroonisen kivun hoidossa marginaaliselle potilasryhmälle. Hypnoosissa voi tulla esiin asioita, jotka ovat merkityksellisiä kivun kannalta, esimerkiksi kiputilaan liittyviä, unohtuneita muistijälkiä. (Vainio – Kalso 1993: 39.)

4.8 Huumori

Kivun tavoin myös huumori on kokonaisvaltaista. Krooninen kipu helposti vähentää huumorintajua, mutta monelle kipupotilaalle huumori on tärkeä hallintakeino ja sillä on vahva merkitys hyvinvoinnille. Krooniselle kipupotilaalle huumori voi tarjota uuden viitekehyksen, jolloin kivun sosiaalinen ja psyykinen taakka saattavat vähentyä. (Estlander 2003: 87; Vartti 2000b: 89–90, 93.) Elorannan (2002: 44) tutkimuksessa osa potilaista koki, että he jaksoivat huumorin avulla paremmin eteenpäin. Osalle kipupotilaista tyypillistä oli positiivisuus, realistisuus ja haaveilu.

4.9 Asentohoito

Tavallisin hoitotyön auttamismenetelmä kivun vähentämiseksi on potilaan auttaminen tai ohjaaminen parhaaseen mahdolliseen asentoon ja asennon vaihtaminen potilaan toiveiden mukaisesti. Kipupotilaan omat kyvyt ja mahdollisuudet liikkua tulee huomioida. Asentohoidolla voidaan pyrkiä estämään tai vähentämään kipuja, edistämään elintoimintoja, erityisesti hengitystä ja verenkiertoa sekä estämään nivelten virheasentoja ja ihovaurioiden syntymistä. Asentohoidon apuna voidaan käyttää erilaisia tyynejä tai tukia helpottamaan potilaan oloa. Asennoissa tulee ottaa huomioon potilaan sairauden tai vamman aiheuttamat rajoitukset. Erilaisia asentoja ovat esimerkiksi selinmakuu, päinmakuu tai kylkimakuu. (Iivanainen – Jauhiainen – Pikkarainen 2002: 178–180.)

4.10 Fysikaaliset menetelmät

Kroonisten kiputilojen hoidossa käytetään erilaisia fysikaalisia menetelmiä osana hoitokokonaisuutta. Menetelmillä pyritään ensisijaisesti kuntouttamaan vaikuttamalla kivun säätelyyn ja kivun pitkäaikaisvaikutuksiin sekä korostamaan potilaan aktiivisuutta. Potilasta kannustetaan ottamaan itse vastuuta kuntoutumisestaan ja toimintakykynsä ylläpitämisestä tai parantamisesta. Fysikaalisina hoitomuotoina voidaan käyttää lämpöä, kylmää, liikuntaa, liikeharjoituksia, hierontaa, sähkövirtaa, ääntä tai valoa. (Salanterä ym. 2006: 158; Vainio 2004: 87.) Kumpusalo-Vauhkonen (1999: 88, 90) ja Mäntyselän (1998: 93–94, 137, 141) tutkimusten mukaan lääkärit olivat määränneet yleisimmin ei-lääkkeellisiksi hoitomuodoiksi fysikaalisia hoitoja kunkin potilaan tarpeen mukaan. Lisäksi osa kipupotilaista käytti erilaisia tukia (lonkkaliivit, tukiliivit, polvituki, nilkkatuki, tukikaulus, ideaaliside) tai muita apuvälineitä helpottaakseen kuormitusta tai rauhoittaakseen kipeitä niveliä. (Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 86; Eloranta 2002: 40.)

4.10.1 Lämpöhoito

Lämpö aiheuttaa paikallisen, pinnallisen lämpötilan nousun, jonka seurauksena alueen verenkierto vilkastuu, aineenvaihdunta kiihtyy, lihakset rentoutuvat, pehmytosien ja nivelsiteiden venyvyys lisääntyy ja kipu vähenee. Verenkierron muuttumisen takia voi syvempiinkin kudoksiin kohdistua vaikutuksia. Lämpöhoiton vaikutus on riippuvainen

lämpötilasta, pinta-alasta sekä lämmön kestosta. (Kalso – Vainio 2002: 203.) Lämpöhoidon on koettu olevan hyväksi erityisesti niska-, hartia-, olkapää- ja selkäkipujen helpottamisessa. Lämmöllä voi myös pyrkiä tehostamaan kipuvoiteiden vaikutusta. (Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 85.)

Pintalämpöhoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi kuumavesipullolla, lämpötyynillä, lämpölampulla, lämpimään veteen kostutetulla pyyheliinalla tai upottamalla kipualue lämpimään veteen. Märkyys lisää lämmön voimakkuutta. Lämpöhoitojen yhteydessä tulee olla varovainen, ettei polta ihoa eikä käytä liian kuumaa pakkausta. Lämpöpakkaus on hyvä suojata esimerkiksi pyyheliinalla lämmön säilyttämiseksi ja ihon suojaamiseksi. Pakkausta voidaan pitää iholla 10–20 minuuttia tai kauemmin, kunhan iho ei ärsyynny. Lämpöhoidon kesto on riippuvainen potilaan subjektiivisista tuntemuksista. Pintalämpöhoitoa ei tule käyttää iholla, jossa on menthol-voidetta tai öljyä, alueilla, jotka vuotavat, ovat tulehtuneet tai äskettäin loukkaantuneet eikä alueille, joissa on metallisia proteeseja. (McCaffery - Pasero 1999: 407, 410.) Useimmiten sauna tai lämpö ei sovi kipupotilaille, mutta sitä voidaan kuitenkin pitää yhtenä lämpöhoidon muotona (Eloranta 2002: 40; Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 85). Syvälämpöhoitoja ovat lyhytaalto-, mikroaalto- ja ultraäänihoito (Kalso – Vainio 2002: 203).

4.10.2 Kylmähoito

Kylmä helpottaa usein nopeammin ja enemmän kipua kuin lämpöhoito ja kylmän vaikutus kestää kauemmin (McCaffery – Pasero 1999: 409). Hoidon tarkoituksena on, että pienet verisuonet supistuvat, turvotus vähenee, kudosten aineenvaihdunta hidastuu, hermojen johtumisnopeus alenee ja kipuimpulssit keskushermostoon vähenevät. Lisäksi se vähentää ja laukaisee spastista lihasjännitystä. (Kalso – Vainio 2002: 204.) Kylmähoito on yleisesti käytetty menetelmä reumasta johtuvan nivelturvotuksen hoidossa (Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 84).

Kylmähoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi jääpalalla hieromalla, jääpakkauksilla, kylmäkalleilla, raajan upottamisella kylmään veteen tai kylmällä pyyhkeellä. Osa potilaista toteuttaa kylmähoitoa harrastamalla avantouintia (Walle 1999: 46). Märkyys lisää kylmän voimakkuutta. Kylmää ei tulisi käyttää alueella, jossa on huono verenkierto tai jota hoidetaan sädehoidolla. Tulee muistaa, ettei palelluta ihoa. Sen vuoksi pakkaus ei saa olla jäinen vaan viileä ja se tulee suojata esimerkiksi

pyyheliinalla. Kylmähoitoa voidaan toteuttaa kivuliaalla alueella 10–20 minuuttia tai kauemmin, kunhan se ei ärsytä ihoa. Kylmähoidon kesto on riippuvainen potilaan subjektiivisista tuntemuksista. Pakkaus tulee poistaa tai siirtää toiselle alueelle, jos iho tuntuu turtuneelta. (Kalso – Vainio 2002: 204; McCaffery – Pasero 1999: 407, 410.)

Yhtenä kylmähoidon muotona voidaan pitää huippukylmähoitoa, jota käytetään muun muassa tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa. Hoidolla pyritään lievittämään kipuja, rauhoittamaan tulehduksia ja parantamaan nivelten liikelaajuuksia. Hoitoa toteutetaan altistamalla kipupotilas kylmälle 1-3 minuutin ajaksi 2-3 kertaa päivässä. Aluksi potilas on 15 sekuntia -10 asteisessa huoneessa, jonka jälkeen hän siirtyy -60 asteisen huoneen kautta huippukylmähuoneeseen, jossa lämpötila on -110 astetta. Hoidon on osoitettu lievittävän kipuja noin 3-5 tunnin ajaksi. Hoidon vasta-aiheita ovat muun muassa: vaikea sydän- ja verisuonisairaus, vaikea keuhkosairaus, kylmäallergia, vaikea valkosormisuus tai ihon laajat tuntohäiriöt. (Reumasäätiö 2007.)

Oletettavasti kylmän ja kuumen käyttämisellä vuorotellen on parempi kivun lievitysteho kuin kummallakaan yksinään. Potilas voi kehittää oman rytmensä, ajanjakso voi olla sekunneista useisiin minuutteihin. Potilas voi esimerkiksi laittaa raajansa kahteen astiaan, joista toisessa on kylmää ja toisessa lämmintä vettä, ja vuorotella raajoja astiasta toiseen. (McCaffery – Pasero 1999: 411.)

4.10.3 Fyysinen harjoittelu

Fyysisen harjoittelun keinoin pyritään lisäämään liikelaajuuksia, parantamaan lihasvoimaa, yleiskuntoa, ryhtiä ja liikkuvuutta. Lisäksi tavoitteena on vähentää kipua sekä selkänikamiin ja välilevyihin kohdistuvaa räsitusta, ehkäistä vaurioita ja stabiloida selkärankaa. Näiden avulla voidaan asteittain siirtyä virheellisistä toimintamalleista normaaliin toimintaan. Tavoitteisiin päästään intensiivisellä ja säännöllisellä harjoittelulla. (Salanterä ym. 2006: 162; Kalso – Vainio 2002: 205.) Potilaan fyysinen aktiivisuus on erilaista riippuen onko kipu akuuttia vai kroonista. Akuutissa kivunhoidossa suositetaan lepoa ja kivuliaan ruumiinosan käyttämättä jättämistä, mutta kroonisen kivun ollessa kyseessä tämä saattaa johtaa lihasten surkastumiseen ja nivelten jäykkyyteen. Kroonisesta kivusta kärsivillä fyysistä aktiivisuutta saattavat kuitenkin estää vahvat kipulääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet. (Vainio 2004: 128–129; Kalso - Vainio 2002: 200.)

Hyvä fyysinen kunto vaikuttaa positiivisesti potilaan mielialaan, antaa energiaa, estää ikävystymistä sekä paino-ongelmia. Lisäksi se auttaa hallitsemaan oireita ja pitää yllä sosiaalisia kontakteja. Fyysisen aktiivisuuden pelätään kuitenkin pahentavan kipuja. Elorannan (2002) mukaan kipu pahenee luonnollisesti rasituksessa. Useimmille kivusta kärsiville ei sovi istuminen tai seisominen paikallaan. Osa kipupotilaista kuitenkin kokee, että on tärkeää liikkua kivun sallimissa rajoissa ja olla itse aktiivinen. (Eloranta 2002: 40–41.) Säännöllisen liikunnan koetaan yleensä kaikesta huolimatta tuovan helpotusta kroonisesta kivusta kärsiville, joskus se saattaa jopa auttaa itse kivun aiheuttajaan. Esimerkiksi vesiliikunta, kävely, jooga, tanssi, voimistelu, venyttely, pyöräily ja hiihto ovat hyviä liikuntamuotoja. Liikunnan lisäksi paino-ongelmia ja terveyttä auttaa hallitsemaan hyvä ruokavalio. (Vainio 2004: 128–130; Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 87; Sallinen 1997: 47, 49–50.)

4.10.4 Hieronta ja kosketus

Hierominen aktivoi kosketus- ja painetuntoa, jolloin se kilpailee kipuärsyksen kanssa selkäytimessä ja näin lievittää kipua. Tällaista niin sanottua porttikontrolliteoriaa käytetään hyväksi erilaisissa stimulaatiomenetelmissä. Hieronnan uskotaan vaikuttavan ihoon, verenkiertoon, imunesteen kiertoon, hermoihin, lihaskudokseen ja heijastemekanismien kautta myös sisäelimiin. (Vainio 2004: 27–28; Kalso – Vainio 2002: 204.) Kosketuksen parantavaa vaikutusta selitetään lisäksi sen kyvyllä aktivoida immuunijärjestelmän kemikaaleja, jotka edistävät parantumista. On olemassa erilaisia keinoja toteuttaa kosketusterapioita, esimerkiksi terapeuttinen hieronta ja akupainanta. Kurssien avulla hoitajat voivat kouluttautua toteuttamaan tällaisia hoitomuotoja. (Kozier - Erb - Berman - Burke 2000: 238).

Hieronta tapahtuu käsin, koneella tai vesisuihkulla käsittelemällä pehmytkudoksia järjestelmällisesti. Hieronta voi kestää esimerkiksi 3-10 minuuttia, jolloin tulee käyttää iholla lämmintä liukastetta (rasva). Hieronnassa voidaan käyttää erityyppisiä otteita, kuten pehmeitä, pitkiä, hitaita vetoja ja sivelyjä sekä kokeilla eri painoasteita. (McCaffery – Pasero 1999: 421.) Hieronnan vasta-aiheita ovat ihotulehdukset, ihottumat, laskimotulehdukset, kasvaimet, verenvuototauti tai tuore vamma, jolloin hieronnasta olisi syytä pidättäytyä (Blomqvist 2000: 137). Tavallisen hieronnan lisäksi potilaat olivat kokeilleet lymfahierontaa, hermoratahierontaa ja vesihierontaa, jotka myös koettiin miellyttäväksi ja rentouttaviksi (Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 91–92).

Lisäksi fyysisellä kosketuksella on psykologinen merkitys. Hieronnan vaikutus perustuu pitkälti juuri toisen ihmisen läheisyyteen ja kosketukseen. Kosketusta voidaan pitää kahden ihmisen välisenä vuorovaikutustapahtumana, joka on yleensä sanatonta viestintää. Se voi kertoa enemmän kuin sanat ja sen avulla voidaan myös vahvistaa sanallista viestiä. Koskettaminen vaatii hyväksyntää, koska se voidaan kokea joko miellyttävänä tai epämiellyttävänä. Kosketus lisää endorfiinien eritystä, jolloin kipu vähenee ja hyvinolontunne lisääntyy samalla vähentäen ahdistusta ja auttaen hoitosuhteen muodostumista. Hoitotyössä kosketus yleensä liittyy hoitotoimenpiteisiin, mutta hoitohenkilökunnan olisi hyvä myös työssään kiinnittää huomiota tunteita ilmaisevaan kosketukseen. Kosketuksen kautta hoitaja voi välittää potilaalle empaattisuuttaan ja auttamishaluaan. Hoitaja voi esimerkiksi hieroa potilaan olkapäitä, selkää, jalkoja tai käsiä. (Arponen – Airaksinen 2001: 9-13; Blomqvist 2000: 137.)

4.10.5 Lymfa- ja vyöhyketerapia

Lymfaterapian päätehtävä on elvyttää imusuonten toimintaa kevyin ottein. Otteet ovat tasaisia, rytmisiä ja pumpaavia noudattaen imusuonten omaa supistustoimintaa. Imusuoniston kuljetuskyvyn kasvaessa kudoksissa ja solujen välitilassa oleva nestekuorma sekä valkuaisaineet pääsevät pois kudoksesta ja turvotukset laskevat. Tämä puolestaan helpottaa kipua sekä edistää paranemista. Hoitoon kuuluvat myös kompressiosidokset, liike- ja ihonhoito. Käyttöaiheita ovat turvotukset, vammat, säärähaavat, kroonisista sairauksista esimerkiksi reuma, fibromyalgia ja nivelkulumat. Lymfaterapia vaatii kohtalaisen pitkiä hoitoaikoja ja hoitajaksoja. Terapian kesto ja terapiatiheys riippuvat muun muassa sairaudesta/vammasta, hoitoalueen laajuudesta, potilaan iästä ja yleiskunnosta. Keskimääräinen hoitoaika on yksi tunti. Lymfaterapian vasta-aiheita ovat akuutti infektio, syvä laskimotukos, sydämen vajaatoiminta ja pahanlaatuiset kasvaimet, joiden hoito on kesken. (Arponen - Airaksinen 2001: 218–222.)

Vyöhyketerapian peruseriaatteena on, että koko keho heijastuu pienoiskoossa muun muassa jalkapohjiin. Vyöhyketerapia perustuu jalkapohjissa ja koko keholla oleviin heijasteisiin, toimintapisteisiin ja energiakanaviin. Tietyn vyöhykkeen ärsyttäminen jalkapohjassa saa aikaan fysiologisia muutoksia samassa vyöhykkeessä muualla kehossa. Kudosta painetaan voimakkaasti sormilla tai peukalolla pyörittävällä liikkeellä. Pisteiden painaminen voi tuottaa kipua, mutta lopputulos on silti rentouttava. Terapia

rentouttaa, lievittää stressiä, vähentää kipua ja auttaa suoliston häiriötiloissa. Hoito kestää noin tunnin. Kivunhoidossa vyöhyketerapian vaikutus perustuu elimistön endorfiinien tuotannon aktivoitumiseen. Hoitoa ei suositella syöpä-, elinsiirto- tai sydänpotilaille. (Lampinen – Haapio 2000: 230–233.)

4.10.6 Transkutaaninen hermostimulaatio eli TNS-hoito

TNS-hoitoa on käytetty jo muutamia vuosikymmeniä akuuttien ja kroonisten kipujen hoidossa, vaikka siitä on vain vähän tieteellistä näyttöä. TNS-hoito on yksinkertaista toteuttaa, halpaa sekä komplikaatiot ja sivuvaikutukset ovat vähäisiä. (Kalso – Vainio 2002: 176.) Hoidon uskotaan vaikuttavan kivunsaätelyyn porttikontrolliteorian kautta. Hoitoa toteutetaan antamalla sähköimpulsseja patterikäyttöisellä laitteella. Ihoelektrodit asetetaan yleensä kiputilan mukaan joko kipualueelle tai lähelle sitä. Impulssit ärsyttävät kosketushermopäätteitä ja estävät kipuärsykkeiden etenemisen selkäytimestä aivoihin. Potilaalle impulssit ovat kivuttomia. Ne voivat tuntua värinä tai pieninä lihasnykäyksinä. Laitteeseen sopivat säädöt etsitään yhdessä fysioterapeutin kanssa. Potilasta olisi hyvä motivoida erityisesti hoidon alkuvaiheessa pitämään kipupäiväkirjaa, jotta voidaan seurata hoidon vaikutusta. Hoitomuoto ei sovellu raskaana oleville eikä sydämen tahdistinta käyttäville. Muita vasta-aiheita ovat paikallinen ihorikko, ihon tunnottomuus ja vaikea epilepsia. Hoitomenetelmää voi hyvin käyttää myös itsenäisesti kotona. (Salanterä ym. 2006: 163–165; Vainio 2004: 84–85.)

4.10.7 Akupunktuuri

Akupunktuuri on stimulaatiohoito ja sen uskotaan vaikuttavan porttikontrolliteorian mukaisesti. Akupunktuuria voidaan käyttää akuutin ja kroonisen kivun sekä eri sairauksien hoidoissa. Eniten siitä on ollut hyötyä tuki- ja liikuntaelimistön kiputiloissa. Tyypillisimmin akupunktuurista haetaan apua myofaskiaalisiin kiputiloihin, kuten niska- ja päänsärkyihin sekä lanneselän kipuihin, artroosi- ja jänneisertiokipuihin sekä migreeniin. Akupunktuurista ei ole ollut lainkaan apua neuropaattiseen ja psykogeeniseen kipuun. Myöskään syöpätauteihin liittyvää vaikeaa kipua ei kannata yrittää helpottaa akupunktuurilla. (Salanterä ym. 2006: 162; Kalso – Vainio 2002: 183; Vainio – Kalso 1993: 36.)

Akupunktuuria toteutetaan ihon läpi akupunktuuripisteisiin pistettyjen neurolojen avulla, joiden vaikutusta voidaan tehostaa mekaanisella manipulaatiolla, lämmöllä tai sähkövirralla. Hoito kestää 15–30 minuuttia kerrallaan ja se tulisi toistaa 10–15 hoitokerran sarjoina 1-7 päivän välein kipujen mukaan. Hoidon antajalta edellytetään koulutus. Tutkittua tietoa akupunktuurista on vähän ja se on kiistanalaista. (Salanterä ym. 2006: 162; Kalso – Vainio 2002: 183; Vainio – Kalso 1993: 36.)

4.11 Kroonisen kivun lääkehoidon periaatteet

Kipulääkkeet ovat kivunhoidon tukipilari. Jokaiselle kipupotilaalle suunnitellaan erikseen yksilöllinen kroonisen kivun lääkehoito. Lääkehoidon tulisi kohdistua ensisijaisesti kivun aiheuttajaan. Aina se ei kuitenkaan ole mahdollista, sillä kivun syytä ei välttämättä ole saatu selville, eikä tuolloin kipupotilaalle voida antaa tarkkaa diagnoosia. Potilailta vaaditaan kärsivällisyyttä ja yhteistyökykyä, sillä oikeiden lääkkeiden löytämiseen saattaa kulua jopa useita kuukausia. (Salanterä ym. 2006: 94; Vainio 2004: 74.) Potilaan tulisi tietää todelliset perusteet lääkkeiden käytölle ja olla tietoinen niiden vaikutuksista, fyysisen riippuvuuden mahdollisuudesta ja vieroitusoireista äkillisessä lopettamisessa (Dunajcik 1999: 488). Useimpien kiputilojen paras hoito on kipulääkkeiden ja ei-lääkkeellisten menetelmien yhdistelmä. Hoitajan tulee selventää potilaalle ei-lääkkeellisten ja lääkkeellisten hoitojen suhde. (Joyner 2006: 17; McCaffery – Pasero 1999: 400, 404.) Kroonisesta kivusta kärsivistä potilaista kolmannes käytti kipunsa hoitoon vähintään kahta eri lääkettä. Päivittäin kipulääkkeitä käytti viidennes potilaista. (Mäntyselkä 1998: 93.) Tommolan (2000: 82) mukaan kipupotilaiden kipulääkkeiden käyttö oli sitä vähäisempää mitä enemmän he käyttivät omia selviytymismenetelmiään.

Maailmanterveysjärjestö WHO (2007) on kehittänyt kipulääketikkaat. Tikkaita on kolme, jotka perustuvat kivun voimakkuuden mukaan valittavaan kipulääkitykseen. Alin tikas kuvaa lievää kipua, johon käytetään tavallisia tulehduskipulääkkeitä (NSAID-lääkkeet) tai parasetamolia sekä mahdollisia muita lääkkeitä, kuten masennus-, kouristus-, ahdistus- tai unilääkkeitä sekä rauhoittavia lääkkeitä. Keskimäinen tikas kuvaa kipua lievästä keskivaikeaan. Tikkaan lääkitys rakentuu alimman tikkaan lääkitykselle lisäämällä opioidit käytettäviin lääkkeisiin tehon parantamiseksi. NSAID-lääkkeet ja parasetamoli yhdessä opioidien kanssa sallivat pienemmän opioidiannoksen käyttämisen ja vähentävät sivuvaikutuksia pitkällä aikavälillä (Dunajcik 1999: 488).

Yleinen virhe on, että lisättäessä opioidit jätetään tavalliset kipulääkkeet kivunhoidon ulkopuolelle. Ylin tikas kuvaa kipua keskivaikeasta ankaraan. Keskimmäisen ja ylimmän tikkaan välillä ero johtuu erilaisten opioidien käytöstä. Opioidien käytössä siirrytään asteittain miedoista teholtaan vahvempiin valmisteisiin. Yleensä lievästä keskivaikeaan kipuun käytetään heikkoja, suun kautta otettavia opioideja yhdistettynä tavallisiin kipulääkkeisiin. Voimakkaampaan kipuun käytetään vahvempia opioideja muiden lääkkeenantotapojen keinoin. (WHO 2007; Joyner 2006: 14; Salanterä ym. 2006: 95; McCaffery – Portenoy 1999: 115–117.)

Kroonista kipua hoidetaan eri tavoin kuin akuuttia kipua ja kroonisen kivun pahenemisvaiheita (Dunajcik 1999: 488). Lääkehoitoa toteutetaan kivun syyn mukaan. Neuropaattiseen kipuun voidaan käyttää tramadolia, masennus- ja epilepsialääkkeitä sekä eräitä ulkoisesti käytettäviä lääkevalmisteita. Kivunhoidon vaikutusta voidaan pyrkiä tehostamaan vahvoilla opioideilla. Idiopaattisen kivun hoitoon opioideja ei tule kuitenkaan käyttää. Krooniseen neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun eivät tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli yleensä tehoa. Masennuslääkkeitä voidaan käyttää kroonisen kivun hoidossa, vaikka masennusta ei olisikaan. (Salanterä ym. 2006: 96.) Riippuvuutta aiheuttavista lääkkeistä, opioideista, rauhoittavista, unilääkkeistä, ahdistuslääkkeistä tai lihasrelaksanteista, tulisi luopua asteittain. Potilaalle pitäisi aina antaa kirjallinen ohjeistus lääkkeiden vähentämisen aikataulusta. (Dunajcik 1999: 488.)

Elorannan (2002) haastattelemat kipupotilaat suhtautuivat eri tavoin kipulääkkeisiin ja niiden käyttämiseen. He kokivat kipulääkkeiden sivuvaikutuksien hankaloittavan heidän fyysistä hyvinvointiaan. Heillä oli myös vääristyneitä ajatuksia lääkkeiden vaikutuksista ja he kokivat saaneensa väärää tietoa kipulääkkeistä. (Eloranta 2002: 42–43.) Sallisen (1997: 45) tutkimuksen mukaan kipupotilailla oli paljon ennakkoluuloja ja leimautumisen pelkoja mielialalääkkeistä. Lääkkeitä käytettiin eri tavoin. Osa potilaista otti kipulääkettä heti kipujen ilmaantuessa. Osa sen sijaan otti lääkkeitä vasta äärimmäiseen tarpeeseen, koska he olivat tottuneet jatkuvaan pieneen kipuun kipukynnyksen noustua. Kipukynnystä oli tietoisesti pyritty nostamaan ottamalla lääkettä vasta, kun ei-lääkkeelliset hoitomuodot oli kokeiltu tuloksetta. (Kumpusalo-Vauhkonen 1999: 55–56.) Yleisesti resepti- ja itsehoitolääkkeitä käytettiin yhtäaikaaisesti. Potilaat käyttivät myös luontaistuotteita kipujensa hallintaan. (Mäntyselkä 1998: 93, 137.)

Lisäksi voidaan käyttää kivun lääkehoidossa erikoistekniikoita, joita ovat esimerkiksi puudutukset ja kipupumput. Puudutusaineet ehkäisevät sähköimpulssin kulkua, jolloin kipuaistimus estyy. Puudutteita voidaan annostella muun muassa lihaksiin, nivelensisäisesti, perifeeristen hermojen läheisyyteen, hermopunostukseen sekä epiduraalitalaan tai spinaalitalan läheisyyteen. Niitä käytetään itse kivun hoitoon sekä mahdollistamaan fysioterapian toteuttamisen. Tavallisin kivunhoidon erikoismenetelmä on kipupumppu, jolla voidaan annostella lääkettä suonensisäisesti, spinaalisesti tai ihon alle asennettuna. Kipupumpun avulla potilas voi annostella kipulääkettä myös itse lääkärin määräämien säätöjen mukaan. (Salanterä ym. 2006: 131–140.)

5 KROONISEN KIVUN HOITOTYÖ

Kroonisesta kivusta kärsiviä potilaita hoidetaan perus- ja työterveyshuollossa sekä kipuvastaanotoilla monien eri ammattiryhmien asiantuntijuutta hyödyntäen. Kipuvastaanotoille päätyy vain pieni osa potilaista. (Salanterä ym. 2006: 177.) Tärkeintä kroonista kipua sairastavan hoidossa on hoidon jatkuvuus ja keskittyminen yhteen toimipisteeseen, jolloin hoitosuhteesta tulisi mahdollisimman yhtenäinen ja hoito olisi kokonaisvaltaista. Monialainen hoito säilyttää potilaan työ- ja toimintakykyä paremmin kuin yksialainen hoito. (Sailo 2000b: 35.)

Kivunhoidon onnistuminen edellyttää potilaan aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa sekä sopeutumista krooniseen kipuun. Tämä vaatii potilaalta riittävää tietoa kivustaan, sen hoidosta ja hallinnasta. Hoidolla ei välttämättä saada aikaan täydellistä kivuttomuutta ja kivun parantaminen onkin sitä vaikeampaa mitä pitkäaikaisemmasta ja komplisoituneemmasta kiputilasta on kysymys. (Salanterä ym. 2006: 90; Vainio 2004: 73–74; Vainio - Kalso 1993: 48.) Lääketieteellisen tiedon lisäksi kivun hoidossa tarvitaan tietoa myös kokemusten, käyttäytymisen ja tunnereaktioiden säätelyyn vaikuttavista seikoista, koska on otettava huomioon kivun moniulotteisuus ja siihen liittyvät osatekijät (Estlander 2003: 11–13). Lisäksi kipupotilasta hoidettaessa on hyvä muistaa, onko kipu fyysistä kipua vai ilmaiseeko potilas psyykkistä, sosiaalista tai hengellistä kärsimystä fyysisenä kipuna (Blomqvist 2000: 134).

5.1 Kivun hoitotyön tavoitteet

Kivun hoidossa voi olla useita eri tavoitteita, joilla kaikilla pyritään auttamaan potilasta elämään kivun kanssa mahdollisimman mukavasti, edistämään kivunhallintaa ja selviytymään kivun kanssa. Tavoitteet määritellään potilaan omasta näkökulmasta ja niissä painottuvat potilaan oma aktiivisuus, itsehoito ja vastuullisuutta vahvistavat tekijät. (Joyner 2006: 13.) Tavoitteita voivat olla esimerkiksi kivun voimakkuuden ja sen häiritsevyyden vähentäminen, kipuvaiheiden harveneminen, potilaan toiminta- ja työkyvyn ylläpitäminen, parantaminen tai palauttaminen sekä elämänlaadun parantaminen. Toimintakyvyllä kuvataan potilaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta hänen odotuksiinsa nähden. Yksityiskohtaisempana tavoitteena fyysisen toimintakyvyn kohentamiseen voidaan pitää esimerkiksi potilaan yöunen parantamista. Psyykkisen toimintakyvyn tavoitteina voivat olla esimerkiksi mielialan tai omien kivunhallintamenetelmien parantaminen. Vastaavasti sosiaalisen toimintakyvyn tavoitteina voivat olla yhteydenpito ystäviin tai muun vuorovaikutuksen lisääminen. Lisäksi hoidolla voidaan pyrkiä haitallisten lääkkeiden käytön vähentämiseen, turhien tutkimusten ja hoitojen lopettamiseen sekä potilaan itsehoidon tukemiseen. (Salanterä ym. 2006: 90–91, 100; Vainio 2004: 73–74; Dunajcik 1999: 488.)

5.2 Hoitaja kivun hoitotyön toteuttajana

Hoitajan ensisijainen tehtävä on edistää kipupotilaan yksilöllistä hyvää oloa, auttaa potilasta selviytymään kivusta kuntouttavalla työotteella sekä mahdollisuuksien mukaan lievittää potilaan kipuja. Hoitajalla tulee olla kyky aistia ja ymmärtää potilaan kivut moniulotteisena kokonaisuutena, valita kuhunkin tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamismenetelmät ja arvioida niiden toteutumista, jotta hyvä kivunhoito olisi mahdollista. Ymmärtääkseen kivun eri vaikutukset hoitajan tulisi tuntea kokonaiskipuun liittyvät tekijät, joita ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen, hengellinen ja yhteisöllinen kipu sekä aiemmat kipukokemukset ja kulttuuri (Sailo 2000b: 30). Lisäksi hoitajalla tulee olla riittävät tiedot ja taidot kipusairauksista, eri kiputyypeistä, hoitomenetelmistä ja kipulääkkeistä. Hoitajan tulee työskennellä itsenäisesti, olla halukas toimimaan yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi, kannustaa ja rohkaista potilasta vahvistamaan omia voimavarojaan. Voimavarojen vahvistamiseksi hoitajan tulee tuntea potilas, hänen tietonsa, taitonsa, kykynsä ja resurssinsa toimia. Hoitajan tulee suhtautua potilaaseen hienotunteisesti. Moniammatillisessa hoito- ja kuntoutusryhmässä hoitaja on keskeinen

koordinoija hoitojen ja tiedonkulun välillä. (Salanterä ym. 2006: 9, 16, 178–180; Meinhart – McCaffery 1983: 11, 13.)

Hoitotilanteen vuorovaikutus, keskustelu ja hyväksyttävä ilmapiiri ovat hoitamisen tärkeitä tekijöitä (Kalso ym. 2002: 101; Sallinen 1997: 46). Hoitaja voi pyrkiä aktivoimaan potilasta esimerkiksi motivoivan haastattelun keinoin. Haastattelun ideana on käyttää avoimia kysymyksiä ja välttää kysymyksiä, joihin potilas voi vastata vain yhdellä sanalla. Avoimet kysymykset lisäävät potilaan omaa pohdintaa, mikä voi auttaa häntä ymmärtämään tunnereaktioitaan, kohtaamaan ongelmiaan ja avartamaan elämys- ja ilmaisukykyään. Keskusteluissa on tärkeää, että potilaat tuntevat tulevansa kuulluiksi ja ymmärretyiksi. Monesti kipupotilaille tunne-elämän ongelmista keskusteleminen voi olla vaikeaa. (Salanterä ym. 2006: 156; Kalso – Vainio 2002: 190; Vainio – Kalso 1993: 37, 39.)

Hyvän ja positiivisen hoitosuhteen syntymisen ja jatkumisen edellytys on, että hoitohenkilökunta kuuntelee, osoittaa myötätuntoa sekä suhtautuu potilaan valittamaan kipuun vakavasti. Potilaan kipua, kivun olemassaoloa ja sen aiheuttamaa kärsimystä ei tule kyseenalaistaa. Potilaan kuuntelemisen ja käyttäytymisen havainnoinnin avulla hoitaja luo pohjan luottamukselliselle yhteistyölle. Luottamuksellinen suhde edesauttaa potilasta ilmaisemaan ajatuksensa ja tunteensa sekä näin parantaa suunniteltujen hoitomuotojen toteutumista (Kozier - Erb - Berman - Burke 2000: 1088). Hoitajan tulee sallia erilaiset tunnereaktiot ja vastaanottaa vaikeitakin tunteita empaattisesti sekä havainnoida omia vastatunteitaan. Hoitosuhde voi joutua koetukselle pettymyksiensä ilmaantuessa, esimerkiksi silloin, kun lukuisat hoitoyritykset ovat tuloksettomia. (Estlander 2003: 97–98; Kalso – Vainio 2002: 193–194; Sallinen 1997: 46; Vainio - Kalso 1993: 48.) Tommolan (2000: 67–68) tutkimuksessa potilaat kokivat hoitosuhteen olleen hyvä, kun heihin suhtauduttiin asiallisesti ja ystävällisesti. Hoitosuhde tuntui myös hyvältä silloin, kun potilaalla oli koko sairauden ajan ollut sama lääkäri, jolle ei tarvinnut jokaisella vastaanottokäynnillä kertoa alusta asti sairautensa historiaa. Ongelmalliseksi hoitosuhde koettiin silloin, kun hoitohenkilökunta ei ymmärtänyt potilaita tai kun potilaat saivat riittämätöntä ohjausta lääkehoidosta.

5.2.1 Kivun arviointi ja kirjaaminen

Kivun arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän kivunhoidon lähtökohtia, joilla varmistetaan hoidon jatkuvuus (Eloranta 2002: 73; Torkkola – Heikkinen – Timonen 2002: 33). Arvioinnilla pyritään määrittelemään kivun voimakkuutta, joka on hyvin subjektiivista. Hoitaja ei saisi koskaan vertailla eri potilaiden kipukokemuksia toisiinsa. Kivun arvioinnin tulisi tapahtua yksilöllisesti potilaskohtaisilla mittareilla, joiden tulisi olla yhteisesti sovittuja ja aina samoja. Näin taataan potilaalle hänen tarpeitaan parhaiten vastaava kivunhoito. (Sailo 2000a: 98–99, 102.)

Potilaan aikaisempi kipuhistoria on tärkeä selvittää, jotta saadaan tietoa potilaan aikaisemmista kipukokemuksista. Näiden avulla pystytään arvioimaan paremmin hänen tämänhetkistä kipuaan. Kivun arviointi tulee tapahtua hoitajan aloitteesta. (Joyner 2006: 13; Kozier ym. 2000: 1081.) Potilaan kipua on arvioitava uudelleen niin kauan kuin potilaalla on kipua. Erityisen tärkeää se on silloin, kun kipu ei ole hallinnassa. Lisäksi potilaan kipuongelman uudelleenarviointi on tärkeää, koska potilas on saattanut muuttaa hoitonsa tavoitteita kertomatta siitä hoitohenkilökunnalle. Päätäväinen kivun uudelleen arvioinnin jatkaminen syyn selvittämiseksi voi vahvistaa potilaan uskoa terveydenhuoltohenkilöstöön. (Meinhart - McCaffery 1983: 14.)

Kivun arviointiin on käytettävissä erilaisia numeerisia ja verbaalisia mittareita (Joyner 2006: 13), kuten Visual Analogue Scale -kipumittari ja McGill-kipusanasto, joiden avulla voidaan arvioida kivun subjektiivista voimakkuutta. Kivun arvioinnissa tulee ottaa huomioon kuinka kokonaisvaltaisesti se vaikuttaa potilaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Myös mielialaa, fyysistä toimintakykyä ja kivun vaikutuksia tulee tarkkailla ja arvioida. (Dunajcik 1999: 488; Vainio – Kalso 1993: 48.) Kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista antaa hyvän kuvan potilaan oma kertomus kivustaan ja hänen tekemänsä kipupiirros, johon hän on piirtänyt kipeät kohtansa (Sailo 2000a: 100–101). Hoitajan tulee tarvittaessa konsultoida eri asiantuntijoita, kuten psykiatria, fysioterapeuttia, sosiaalityöntekijää tai toimintaterapeuttia (Dunajcik 1999: 488).

Tärkeä osa potilaan kivunhoitoa on kivun kirjaaminen säännöllisesti kivun arvioinnin perusteella potilasasiakirjoihin. Kivun tarkka kirjaaminen potilaan omilla sanoilla luo pohjan yksilölliselle ja laadukkaalle kivunhoidolle sekä antaa selkeän kokonaiskuvan

potilaan hoidollisista ongelmista, hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Potilaan omat ajatukset ja kertomukset kivusta tulee näkyä potilaspapereista, koska ne tekevät kivusta todellisemman ja ilmaisevat tilannetta paremmin kuin vain sarja kipua kuvaavia sanoja. (Sailo 2000a: 97–98, 100; Kozier ym. 2000: 1089.)

Hyvällä hoitosuunnitelmalla pystytään vaikuttamaan kivun hoitotyön toteuttamiseen. Hoitosuunnitelmaan olisi hyvä suunnitella etukäteen, miten hoito kokonaisuutena aiotaan toteuttaa, mitä arviointimenetelmiä käytetään, miten kivusta kirjataan ja raportoidaan. Suunnitelmaan pitäisi myös kuulua, miten kivunhoidon ja hoitotyön onnistumista arvioidaan. (Salanterä ym. 2006: 11.) Hoitosuunnitelmassa olisi hyvä olla erillinen kohta kivulle, johon kirjataan kaikki kipuun ja kivunhoitoon liittyvät asiat, kuten kipuun liittyvät ongelmat (ei kipua/kipua), kipuanamneesi (missä, milloin, miltä tuntuu, voimakkuus), kivun määrittely (tyyppi, aiheuttaja) ja toimenpiteet. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi on tärkeää, että esimerkiksi potilaan saamat kipulääkkeet ja niiden vaikutukset ovat asiallisesti kirjattu. (Sailo 2000a: 98, 106.)

Kroonisen kivunhoidon vaikutuksia voidaan arvioida hoidon tavoitteiden perusteella. Hoidon vaikutuksia ei tule arvioida heti sen päätyttyä, koska pitkään jatkuneen hoidon tulokset ovat havaittavissa vasta kuukausien ja vuosien päästä. Tulokset näkyvät esimerkiksi vähentyneenä lääkkeiden ja terveystapahtumien käyttönä, sosiaalisen aktiivisuuden lisääntymisenä tai toimintakyvyn parantumisena. (Vainio – Kalso 1993: 48.)

5.2.2 Potilasohjaus

Potilasohjauksella pyritään lisäämään potilaan mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin (Salanterä ym. 2006: 103; Torkkola ym. 2002: 31). Kääriäisen ja Kynkään (2005) tutkimuksen mukaan ohjaus on monitahoinen, aktiivinen ja tavoitehakuinen ilmiö, joka on sidoksissa toteuttamishetkeen. Sisältö ja tavoitteet määräytyvät potilaslähtöisesti ja rakentuvat lopulliseen muotoonsa vasta ohjaussuhteessa. Ohjauksen tulee olla yksilöllistä. (Kääriäinen - Kyngäs 2005: 257.) Se ei saa olla pelkästään neuvojen antamista eikä oppaan kaavamaista läpikäymistä, vaan ohjauksen tulee olla vastavuoroinen vuorovaikutustapahtuma. Monitahoisen ohjauksesta tekee potilaan tarpeiden, ohjauksen tavoitteiden, suunnitelmallisuuden, keinojen, toteutuksen ja arvioinnin huomioiminen. (Salanterä ym. 2006: 91, 93, 162; Torkkola

ym. 2002: 29–30.) Ohjausta voidaan toteuttaa antamalla suullisia ja kirjallisia ohjeita, joiden tulee olla yhdenmukaisia, ajankohtaisia ja perusteltuja. Eri asiantuntijoiden antamat ohjeet tulee olla yhteneviä ja toisiaan täydentäviä. Parhaiten potilaan ohjaukseen pystyvät vaikuttamaan hoitajat, sillä he ovat ajallisesti kaikista eniten potilaiden kanssa tekemisissä. Ohjauksen avulla hoitaja voi pyrkiä kehittymään vuorovaikutustaidoissaan. (Kääriäinen - Kyngäs 2005: 256; Torkkola 2002: 29.)

Päästäkseen hyvään kivunhoitoon potilas tarvitsee riittävästi ohjausta. Parhaimmillaan ohjaus voi lyhentää hoitoaikoja, vähentää potilaan sairaalakäyntejä ja tarvetta hakeutua uudelleen hoitoon. Ohjauksen tarkoitus on pyrkiä syventämään potilaan ymmärrystä käsiteltävästä asiasta ja saada hänet sisäistämään saamansa tieto. (Torkkola ym. 2002: 24, 28.) Potilaan pitäisi ohjauksen avulla saada riittävästi tietoa kivusta, siihen vaikuttavista tekijöistä, hoidoista ja käytettävissä olevista hoitomenetelmistä. On tärkeää kertoa erilaisista itsehoitokeinoista, vertaistukiryhmistä, potilaan mahdollisuuksista vaikuttaa hoitoonsa sekä mistä ja miten saada lisätietoa haluamistaan asioista. (Salanterä ym. 2006: 91–92.) Ohjauksessa toivotaan lisäksi keskusteltavan enemmän sairauteen liittyvästä epävarmuudesta, tunteista, jatkohoidoista sekä kotiutumisen. Ohjaus koetaan tiedon ja ohjeiden vastaanottamistilanteena, jossa opetellaan myös sosiaalisia taitoja sekä itsehoitokeinoja. (Mattila 1998: 147, 149.) Hoitajan tulee myös keskustella potilaan mahdollisuuksista hyödyntää ohjauksesta saamia tietoja (Salanterä ym. 2006: 93).

Hoitajalla on kokonaisvastuu potilaan ohjauksesta, sen koordinoinnista ja toteuttamisesta siitäkin huolimatta, että eri asiantuntijat kertovat potilaalle sairaudesta. Ilman hyvää ohjattavan asiasisällön tuntemusta hoitaja ei pysty toteuttamaan potilaan ohjausta. Hoitajan tulee suunnitella ja valmistella ohjaustilanne etukäteen sen onnistumiseksi. Kaikki potilaalle tärkeät asiat tulee ehtiä käydä läpi ohjauksen varatessa ajassa. Ohjauksen toteuttamisen ajankohta sekä ympäristö vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen, joten ajankohtaa valittaessa tulee ottaa huomioon potilaan kyky vastaanottaa uutta tietoa. Osaston ja sairaalan rutiinit eivät saa estää ohjauksen toteuttamista. Hoitajan tulee esittää ohjattavat asiat niin, että ohjaustilanteesta muodostuu potilaalle sopiva ja mielekäs kokonaisuus. Tämän vuoksi hoitajalla pitäisi olla teoreettista ja kokemuksellista tietoa siitä, miten erityyppiset potilaat oppivat uusia asioita. Tuttujen asioiden toistaminen saattaa aiheuttaa potilaassa turhautuneisuutta ja hukuttaa ohjauksen pääasian. Hoitaja voi myös omalla käyttäytymisellään ja

nonverbaalisilla viesteillään vaikuttaa ohjaustilanteen onnistumiseen sekä siihen, miten potilas suhtautuu ohjeisiin. Potilasta tulisi rohkaista kysymään epäselväksi jääneitä asioita. (Torkkola ym. 2002: 26–31) Varsinkin kipupotilaan kohdalla hoitajan tulee varmistaa, että tieto on mennyt perille ja olla valmis toistamaan ohjausta riittävän usein. Kipujen vuoksi kyky vastaanottaa tietoa saattaa olla rajallinen, lisäksi potilaan oppimiskyky ja motivaatio vaikuttavat paljon ohjauksen onnistumiseen. (Salanterä ym. 2006: 16, 91.) Havainnollistamalla voidaan tehostaa ohjausta. Ohjauksen onnistumista arvioidaan potilaan saamien tietojen, lisääntyneiden taitojen sekä tavoitteiden toteutumisen perusteella. Palautteen antaminen potilaalle hänen kehittymisestään ja oppimisestaan on tärkeää. (Torkkola ym. 2002: 28–29.)

Pelkästään suullisten ohjeiden antamisessa ongelmaksi voi muodostua, että potilas unohtaa tärkeät asiat. Erityisesti potilaan kotiutuessa osastolta, tulee hänelle olla annettu ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti, muun muassa miten selviytyä kotona, seurata kipuja, lääkitystä itseään sekä milloin ja mihin ottaa yhteyttä, jos kivut pahenevat. Kirjalliset ohjeet helpottavat kysymysten esittämistä ohjauksen aikana ja ohjeista potilas voi palauttaa mieleensä ohjauksessa esiin tulleita asioita. Jos potilaan sairaus tai muu vastaava tilanne estää hänen mahdollisuutensa ymmärtää annettuja ohjeita, ohjeet tulee antaa myös hänen omaisilleen tai muulle jatkohoidosta huolehtivalle henkilölle. Ohjaus ei siis ole aina pelkästään potilaalle, tulee huomioida myös potilaan omaiset ja läheiset. Hoitaja voi myös kohdata tilanteita, joissa potilas kieltäytyy ohjauksesta, koska hänen on vaikea hyväksyä sairauttaan. Tällöin hoitajan tulee erityisesti kunnioittaa potilaan yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. (Salanterä ym. 2006: 13, 91–92 ; Torkkola ym. 2002: 29, 31–33.)

Mattilan (1998) tutkimuksessa ohjaajan toivottiin olevan tuttu, luotettava, asiantunteva ja kiireetön. Potilaiden valmiutta hoitaa itseään edisti ohjauksen inhimillisyys ja yksilöllisyyden kunnioittaminen, joiden avulla potilaiden mieliala ja voimavarat paranivat. Sallisen (1997: 46) tutkimuksen mukaan potilas noudatti paremmin saamaansa ohjausta ollessaan tyytyväinen ja hyvillä mielin. Jotkut tutkimuksen potilaista kuitenkin asennoituivat jo etukäteen hoitoonsa passiivisesti, eivätkä halunneet osallistua omaan hoitoonsa, koska he kokivat olevansa riippuvaisia hoitajista. Nämä potilaat eivät kokeneet ohjauksen kehittävän heidän itsehoitotaitojaan lainkaan. (Mattila 1998: 150.) Tommolan (2000) ja Mannerin (2006) tutkimuksissa ohjausta korostettiin pidettävänä merkityksellisenä ja hyvänä silloin, kun potilaat tunsivat

tulleensa kuulluiksi ja heidän omaa arviotaan terveydentilastaan oli uskottu. Huonona ohjausta vastaavasti pidettiin, kun potilasta ei uskottu, eikä hänelle osoitettu ymmärrystä. (Manner 2006: 83; Tommola 2000: 81.)

5.3 Yhteiskunnan järjestämä tuki kipupotilaalle - kipuklinikat

Kipuklinikat toimivat yleensä sairaaloiden yhteydessä. Ne ovat kroonisen kivun hoitoon erikoistuneita yksiköitä, jotka toimivat polikliinisesti tai vuodeosastomaisesti. Kipupotilaan hoidon vastuu kuuluu moniammatilliselle kipuklinikalle, joka vastaa vaikeiden kiputilojen diagnostiikasta, hoidosta, psykososiaalisten tekijöiden arvioinnista, hoitomuotojen järjestelmällisestä kokeilusta sekä fyysisestä ja psyykkisestä kuntoutuksesta. Suomessa kipupoliklinikoille ohjataan vain läheteellä. Ennen ensimmäistä vastaanottoa potilaalta pyydetään lupa hankkia entiset potilasasiakirjat, ja hänen tulee täyttää yksityiskohtainen kipukyselykaavake. Ensimmäisellä käynnillä tehdään huolellinen kipuanamneesi, jossa keskitytään erityisesti kivun syyn diagnostiikkaan. Lisäksi potilaalle suunnitellaan mahdolliset jatkohoidot ja -tutkimukset. Ongelmallisimmat kiputapaukset käsitellään kiputyöryhmän kokouksessa yhdessä potilaan kanssa. Useimmilla kipupoliklinikan potilailla on havaittu olevan yhteisiä piirteitä. Tällaisia ovat esimerkiksi masentuneisuus, unettomuus, ruumiintoimintojen tarkkailu, liioiteltu huomion kiinnittäminen somaattisiin oireisiin, väsymys, vähäinen sosiaalinen aktiivisuus ja libidon heikkous sekä muiden elämänongelmien kieltäminen. (Vainio – Kalso 1993: 9, 49.)

Krooniseen kipuun liittyy aina myös psykologinen näkökulma, jonka takia kipuun pystytään vaikuttamaan havainto- ja tunnekokemusten kautta. Kivun hoidossa on yhtä tärkeää kivun ja tunnetilojen hoito, jonka takia psykologista hoitoa toteutetaan muun muassa kipuklinikoilla. (Salanterä ym. 2006: 152). Psykologinen hoito perustuu enimmäkseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa ja sillä pyritään vaikuttamaan kipuongelman kannalta keskeisiin psykologisiin tekijöihin ja seurauksiin. Hoidon monimuotoisuuden takia sen toteuttamiseen tarvitaan laajaa teoreettista tietämystä sekä psykologiasta että kivusta. Hoidon onnistumisen edellytyksinä pidetään myös auttajan ominaisuuksia, kuten empatiaa ja aitoa välittämistä. (Estlander 2003: 168.) Psykologisen kivunhoidon tavoitteina voidaan pitää toivottomuuden ja avuttomuuden tunteiden vähentämistä, huomion suuntaamista pois kivusta sekä tiedon lisäämistä kivun syntymekanismeista, olemuksesta, hoitomahdollisuuksista ja potilaan omista

kivunhallintakeinoista. Kuntoutukseen liittyy yhtenä osana itsetuntoa vahvistavat harjoitukset, jolloin huomio pyritään suuntaamaan potilaan kykyihin ja taitoihin, ei itse vaivaan. (Vainio 2004: 88; Kalso – Vainio 2002: 190.)

Wallen (1999: 48–51) haastattelemat kipupoliklinikan potilaat arvostivat klinikan toimintaa ja olivat tyytyväisiä, että heidät oli lähetetty sinne. He kokivat saaneensa kipuklinikalla moniammatillisen työryhmän jäsenenä yksilöllisempää ja kokonaisvaltaisempaa hoitoa kuin perusterveydenhuollossa. Hoitotyön keskeisimpinä auttamismenetelminä olivat lääkehoidon toteuttaminen, fyysisissä toiminnoissa auttaminen, emotionaalinen tuki ja potilaan puolesta puhuminen. Potilaat pitivät tärkeimpinä sopivien lääkehoitojen löytymistä, psyykkisen tuen saamista ja mahdollisuutta ottaa yhteys omiin lääkäreihin, mikäli odottamattomia ongelmia olisi ilmennyt. Tutkimukseen osallistuneilla oli sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia henkilökunnasta. Osa potilaista oli kokenut, että hoitotyöntekijät pitivät heidän puoliaan päätöksenteossa, osa taas, ettei heidän kipuaan otettu todesta, eikä heille annettu tarpeeksi tietoa. Henkilökunnalta toivottiin, että he uskoisivat kivun olevan todellista, kohtelisivat potilaita yksilöinä ja huomioisivat kivun kokonaisvaltaisen merkityksen heidän elämäntilanteeseensa. Potilaat toivoivat enemmän kuuntelemista, mukavia sanoja, hymyjä ja huumoria.

5.4 Kivun hoitotyön ongelmia

Ongelmia kivun hoitotyössä aiheuttaa esimerkiksi hoitotyöntekijöiden kiire, jolloin he eivät ehdi kuunnella potilaidensa kiputunteuksia. Kiireen lisäksi väärinkäsityksiä aiheutuu, jos potilaat ovat haluttomia kertomaan kivuistaan eri syistä. Tällöin hoitotyöntekijä saattaa virheellisesti kirjata, että ”ei kipua”. Elorannan (2002: 31) haastattelemat potilaat pyrkivät salaamaan kipunsa kokonaan. Potilaat saattavat ajatella, että kivusta puhuminen johtaa uusiin testeihin tai lisäkuluihin. He ajattelevat, että kivusta tai muista oireista ei voi puhua, sillä pitää yrittää olla mahdollisimman vahva eikä saa valittaa pienestä. Jos taas potilaat puhuvat paljon kivuistaan, heidät mielletään helposti valittajiksi tai huomionhakuiksi. (Joyner 2006: 11.) Potilaat saattavat odottaa, että kipu voimistuu todella kovaksi ennen kuin pyytävät lääkettä. Toiset jättävät kertomatta kivusta kipulääkeriippuvuuden pelossa tai eivät halua olla taakaksi hoitajille tai perheilleen. (Joyner 2006: 11–12.) Hoitohenkilökunnan arvio potilaan kroonisen

kivun voimakkuudesta erosi huomattavasti potilaan omasta arviosta Mäntyselän (1998: 140) tutkimuksessa.

Kipupotilaiden kokemukset terveydenhuollossa saamastaan kohtelusta ovat pääasiassa kielteisiä ja toiset ovat kokeneet loukkaavaakin kohtelua. Hoitotyöntekijöiden välinpitämätön, vähättelevä ja leimaava asenne on syy kivunhoidon epäonnistumiselle (Salanterä ym. 2006: 11; Sallinen 1997: 34). Elorannan (2002) tutkimuksen mukaan erästä potilasta lääkäri oli kutsunut ”narkkariksi” tämän käyttämien voimakkaiden kipulääkkeiden takia. Joillekin potilaille oli sanottu heidän esittävän kivuliasta. Potilaille on tärkeää, että sekä lääkärit että hoitajat pitävät heidän kipuaan todellisena, sillä uskottavuuden puute hoitohenkilökunnan edessä lisää potilaiden epävarmuutta. (Eloranta 2002: 48–50.) Moniammatillisen työryhmän jäsenten välinen yhteistyön puute tai tavoitteiden vastainen toiminta estävät myös hyvän kivun hoitotyön onnistumista (Salanterä ym. 2006: 179).

Kroonisesta kivusta kärsivien hoitoa saattaa heikentää myös hoitohenkilökunnan harhakäsitykset. Esimerkiksi hoitohenkilökunta voi ajatella, että krooninen kipu ei ole yhtä ankaraa kuin akuutti kipu, koska patologisia merkkejä ei ole havaittavissa. Eettinen ongelma voi muodostua lääkehoidon toteuttamisessa, jos hoitaja antaa lumelääkettä kipulääkkeen sijaan analysoidakseen onko potilaan kipu oikeaa. (Dunajcik 1999: 471, 488.) Joynerin (2006) mukaan puutteelliset tiedot kivun arvioinnista ja hoitomuodoista heikentävät kokonaishoitoa. Hoitajat saattavat tuntea ahdistusta ja yhä enemmän kuormittua hoitaessaan jatkuvasta kivusta kärsiviä potilaita. Suojaavana mekanismina he saattavat etäännyttää itsensä potilaasta tai epäillä potilaan kertomusta kivustaan. (Joyner 2006: 11, 18.) Lisäksi hoitajien ahdistusta saattaa lisätä, etteivät he pysty näkemään työnsä tuloksia kroonisen kivun hoidossa, kuten esimerkiksi korkean verenpaineen hoidon tuloksena on nähtävissä verenpaineen lasku (Dunajcik 1999: 471).

6 HYVÄN OPPAAN KRITEERIT

Oppaamme voidaan luokitella hoitohenkilökunnalle kuuluvaksi terveysaineistoksi. Terveysaineistolle on ominaista konkreettinen tavoite, selkeästi määritelty kohderyhmä, sisällön selkeys, helppolukuisuus, luotettavuus ja sopiva tietomäärä. (Parkkunen – Vertio – Koskinen-Ollonqvist 2001: 9.)

Oppaan tavoite ohjaa sisällön muodostumista. Tavoitteena voi olla tiedon välittäminen lukijalle, vaikuttaminen tai ohjaaminen. Lukija odottaa oppaalta selkeästi kirjoitettua, asiallista ja tarpeellista tietoa itselleen. Hyvästä aineistosta lukijan tulisi hahmottaa helposti, mihin aineistolla pyritään. Verkkosivustolla olisi hyvä olla kunnollinen etusivu, josta selviää koko oppaan pääotsikko. Tavoite ja pääsisältö tulee olla lukijan nähtävissä jo aineiston alussa esimerkiksi alkusanoissa, jotta lukijalle selviää onko aineisto tarkoitettu hänelle ja onko siitä hyötyä. Laajan aineiston ollessa kyseessä, kannattaa sisällysluettelo sijoittaa oppaan alkuun tietomäärän jäsentämiseksi. (Alasilta 2002: 168; Torkkola ym. 2002: 18, 36, 61; Parkkunen ym. 2001: 11; Iisa – Kankaanpää – Piehl 1998: 38, 41, 52, 418.) Työstämämme oppaan tavoitteena on hoitajien tiedon lisääminen kroonisesta kivusta. Pyrimme oppaamme avulla vaikuttamaan hoitajien mahdollisiin väriin käsityksiin kroonisesta kivusta ja ohjaamaan heitä erilaisten hoitokeinojen käyttöön. Näiden tavoitteiden avulla pyrimme kipupotilaiden hoidon laadun parantamiseen. Oppaamme on asiakaskeinen aineisto, joka on suunnattu kaikille hoitohenkilökuntaan kuuluville. Tällöin itse asiaa korostetaan, eikä puhutteluista tai muista kohteliaisuusseikoista tarvitse huolehtia (Iisa ym. 1998: 59).

Kohderyhmämme on selkeästi rajattu, mikä helpottaa oppaan sisällön valintaa ja vaikuttaa asioiden esitystapaan. Se muodostuu Länsi-Talinnan keskussairaalan hoitohenkilökunnasta. Kohderyhmä määrittelee oppaan näkökulman ja meidän aineistossamme näkökulma on hoitotyön auttamismenetelmissä. Hoitohenkilökunta on usein kiireinen, jonka takia opasta luetaan eri tavoin kuin esimerkiksi kotisohvalla. Tärkeiden asioiden korostaminen ja turhien karsiminen helpottaa kiireistä lukijaa. Muutenkin tekstin pitää olla lyhyempää kuin varsinainen paperiteksti, koska ihmiset lukevat hitaammin näytöltä kuin paperilta, eivätkä yleensä halua vierittää sivuja alaspäin, joten on monia syitä suosia lyhyitä sivuja. Asiat pitää esittää kohderyhmää loukkaamatta, liikaa yleistämistä tulee välttää ja aineiston käyttäjän ajatuksille tulee jättää tilaa. (Alasilta 2002: 174; Torkkola ym. 2002: 18; Parkkunen ym. 2001: 19.)

Oppaan ensisijainen tehtävä on vastata kohderyhmän kysymyksiin ymmärrettävästi. Laadittaessa ymmärrettävää opasta tulisi kirjoittaa havainnollista yleiskieltä, joka sopii kaikille lukijoille, koska se noudattaa kirjakielen normeja. (Torkkola ym. 2002: 15, 42.) Aineiston kielen tulee olla sellaista, että lukija sen ymmärtää. Koska lukijat kuuluvat samaan ammattikuntaan kuin kirjoittajat, voimme käyttää oppaassamme ammattikielen

termejä niitä selittämättä. On kuitenkin turvallisempaa kirjoittaa liian selkeästi kuin monimutkaisesti. (Iisa ym. 1998: 53–54, 57.)

Oma oppaamme etenee aihepiireittäin, koska aineistoamme voidaan loogisesti esittää osissa. Aihepiirimme etenevät oppaassamme yleisestä yksityiseen lukija huomioiden. Tekstin jaottelun ja sisällysluettelon avulla lukija voi valita otsikoiden perusteella itseään kiinnostavat aiheet vaihtelevassa järjestyksessä. Sisällysluettelon vahvuutena voidaan pitää selkeyttä ja yksinkertaisuutta. (Alasilta 2002: 171, 173; Iisa ym. 1998: 94, 97, 100–101.)

Luettavuuden kannalta tehokkainta on yleensä tuttu, pelkistetty ja yksinkertainen ulkoasu. Luettavuutta parantaa hyvä otsikointi, selkeät ja loogiset kappalejaot sekä riittävät rivivälit. Otsikoiden tulee olla kappaleiden sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaavia ja näin kertoa pääasian jäljempänä tulevasta tekstistä. Huono otsikointi jättää liikaa arvailujen varaan ja pakottaa lukijaa käyttämään kallista aikaansa turhaan sivujen kahlailuun. Väliotsikot jakavat tekstiä sopiviin jaksoihin ja auttavat lukijaa käymään tekstiä lävitse. Hyvä väliotsikointi on sellainen, että lukijalle selviää tekstin punainen lanka vain otsikointia silmäilemällä. Väliotsikoita tulee olla riittävän tiheästi niin, että niiden välinen teksti mahtuu kerralla näytölle. Verkkosivun pituuden ihanteena voidaan pitää sitä, että se mahtuu vierittämättä näytölle. Yhdellä sivulla tulisi käyttää enintään kolmiportaista otsikointia. Molempien reunojen tasaus ei ole oppaissa suositeltavaa, koska tällöin sanavälit ovat eripituisia ja vaikeuttavat näin lukemista. Tekstityypin valinnalla ja tekstin koolla, tekstin asettelulla, kontrastilla ja värien käytöllä voidaan selkiyttää sisältöä. Korostuskeinoina voidaan käyttää lihavoitua. Tulee huomioida, että pienillä kirjaimilla kirjoitettua tekstiä on helpompi lukea kuin isoilla kirjaimilla. Myös marginaalit vaikuttavat luettavuuteen. Leveät marginaalit tekevät oppaasta ilmavan ja ovat osa oppaan rakennetta. Taustan on hyvä olla yksivärinen. (Alasilta 2002: 149, 166–168, 210; Torkkola ym. 2002: 39–40, 43, 58; Parkkunen ym. 2001: 14–16.) Olemme omassa oppaassamme huomioineet kyseiset seikat.

Oppaan tiedon tulee olla luotettavaa. Lukijan on voitava luottaa siihen, että aineistosta saatava tieto on virheetöntä (Parkkunen ym. 2001: 12; Iisa ym. 1998: 280). Oppaan luotettava ja ymmärrettävä tieto ei kuitenkaan tee oppaasta automaattisesti toimivaa. Tulee huomioida eri merkitykset ja ulottuvuudet, niin että keskeiset sisällöt erottuvat tekstistä. Olennaisia asioita tulee korostaa, jotta jo tekstiä silmäilemällä lukija saa

käsityksen sisällöstä. Opasta tehdessä tulee ajatella asioita pintaa syvemmälle ja pohtia, millaisia merkityksiä opas mukanaan kantaa. (Torkkola ym. 2002: 14; Parkkunen ym. 2001: 17.)

Tietoa on oltava tarpeeksi, mutta ei liikaa. On parempi saada lukija omaksumaan olennaiset tiedot, kuin tukahduttaa hänet aukottomuuteen pyrkivällä tekstillä. Tekstistä tulee pyrkiä poistamaan turhat asiat ja tyhjät sanat. Kirjoittamisessa ja oppaan tekemisessä on hyvä muistaa, että yhdessä virkkeessä olisi yksi asia. Pitkiä virkkeitä on hankala ymmärtää, sillä niissä on usein liikaa asiaa. Tällöin keskeiset asiat voivat hukkaa muuhun tietoon ja syy-seuraussuhteita on vaikea ymmärtää. Lyhyet virkkeet sen sijaan tekevät tekstistä helposti töksähtelevän ja asioiden väliset suhteet saattavat jäädä lukijalle epäselviksi. Oppaassa teksti tulee rajata niin, että lukija löytää itselleen hyödyllisen tiedon. Tärkeää on huomioida myös mitä sanotaan ja miten sanotaan. Tekstit sisältävät monia merkityksiä ja nämä rakentuvat lukijan ja tekstin kohdatessa. Kirjoittajan tulisi lopuksi varmistaa ulkopuoliselta lukijalta, että teksti sisältää sopivasti tietoa, koska itse saattaa sokaistua omalle tekstilleen. (Alasilta 2002: 49; Torkkola ym. 2002: 16–17, 48–50; Iisa ym. 1998: 52, 65–67.)

7 POHDINTA

Pyrimme työllämme täyttämään StaLT-hankkeen ja opinnäytetyömme tavoitteen Länsi-Talinnan Keskussairaalan hoidon laadun kehittämistä EU-maiden vaatimustason mukaiseksi. Haluamme lisätä työmme avulla hoitajien tietoa kivusta ja kivunhoidon mahdollisuuksista. Teimme oppaastamme mahdollisimman hyvin hoitajia palvelevan, se toimii hoitajien apuna ja tukena hoitotyössä. Täten aiheemme on ammatillisesti merkittävä. Hoitajien suhtautumisella ja asenteilla on suuri merkitys hoitotyön toteuttamisessa. Jotta pystyy hoitamaan hyvin kipupotilasta, tulee ymmärtää mitä kipu on ja tietää kivun tausta, näin kipua voidaan hallita mahdollisimman tehokkaasti. Tarkastelemme seuraavaksi työtämme prosessin ja tuotoksen näkökulmista.

7.1 Prosessin tarkastelu

Työstimme työtämme prosessivaiheittain. Lähdeaineistoa löytyi paljon, ja sen läpikäyminen oli aikaavievä prosessi. Laajan lähdeaineiston läpikäyntiä helpotti

materiaalin jakaminen keskenämme. Jälkeenpäin ajateltuna meidän olisi ollut hyvä säilyttää hakutuloksien osumien lukumäärä lähdeaineiston luotettavuuden lisäämiseksi.

Prosessin aloituksessa ongelmia esiintyi työn rajauksen suhteen, joka lopulta hahmottui kerätyn aineiston pohjalta. Aineiston keräämisen yhteydessä laadimme työllemme alustavan sisällysluettelon, joka kulki koko prosessin ajan runkona työssämme. Teimme teoriaosuudesta raakaversion, johon lisäsimme tietoa, tarkensimme ja muokkasimme jo kirjoitettua tekstiä sekä tiivistimme työtämme kohti ytimekästä kokonaisuutta useiden lukukertojen avulla. Näin olemme saaneet työstämme yhä luettavamman ja rakenteesta selkeämmän. Vaikka aiheemme on laaja, onnistuimme mielestämme kokoamaan teoriaperustasta kattavan, ytimekkään ja luotettavan kokonaisuuden. Teoriaperustasta meidän oli helppo työstää opas. Motivaatiomme ja hyvä yhteishenkemme on edesauttanut työmme valmistumista suunnitellussa aikataulussa. Teimme työtä intensiivisesti alusta alkaen. Näin pääsimme parempaan lopputulokseen, koska muistimme paremmin, mitä olimme aikaisemmin tehneet.

Toistemme tuella ja voimiemme yhdistämisellä olemme saaneet työstämme monipuolisen. Koemme, että kolmihenkinen ryhmämme ja eri näkökulmamme ovat tehneet työstämme rikkaamman kuin esimerkiksi yksin työtä tekevä. Prosessin aikana olemme pitäneet päiväkirjaa työn edistymisestä sekä sen herättämistä ajatuksista ja tunteista. Päiväkirjan pitäminen on ollut työmme tukena ja jäsentänyt työmme tekoa. Kokonaisuudessaan työn tekeminen on ollut pitkä prosessi, joka on vaatinut monia pitkiä päiviä työn parissa. Työn tekeminen on ollut antoisaa, työlästä ja kiinnostavaa.

Tietomme kroonisesta kivusta karttuivat erittäin paljon ja meille syttyi kipinä erikoistua mahdollisesti kipuhoitajiksi. Olemme nyt valmiimpia kohtamaan kipupotilaita ja kykenevämpiä hoitamaan heitä niin, että he saavat parasta mahdollista hoitoa. Ryhmätyötaitomme kehittyivät ja projektiluonteinen työskentelytapa tuli tutuksi. Pitkän prosessin aikana myös organisoitaitomme kehittyivät. Opimme käyttämään entistä paremmin tietokantoja ja lukemaan lähteitä kriittisemmin. Teoriaosuutta kirjoittaessamme kehityimme soveltamaan tutkimustietoa paremmin käytäntöön. Kaiken kaikkiaan StaLT-hanke tarjosi kokemuksia kansainvälisestä yhteistyöstä ja antoi meille mahdollisuuden kehittää hoitotyötä. Kehittäminen osoittautui varsin haastavaksi.

7.2 Tuotoksen tarkastelu

Teoriaperustaan keräsimme yleistä tietoa kroonisesta kivusta, kipuun sopeutumisesta, kivunhallintakeinoista, kivun hoitotyöstä sekä hyvän oppaan kriteereistä. Teoriaperustan kokosimme lukuisista löytämistämme lähteistä, jotka ovat pääosin tunnettujen kipuasiantuntijoiden kirjallisuutta tai heidän tekemiään tutkimuksia. Lähteiden käytössä olemme ottaneet huomioon tekijänoikeudet emmekä ole sortuneet plagiointiin. Olemme merkinneet lähdeviitteet ehdottoman tarkasti ja tunnollisesti. Kaikki lähteemme ovat ensikäden lähteitä, joten tieto ei ole muuttunut matkalla. Pyrimme käyttämään mahdollisimman uusia lähteitä. Yhden vanhan lähteen käyttöä perustelemme tekijällä, joka on maailmankuulu hoitotieteen kipuekspertti. Kirjatieto ja tutkimustulokset kivusta ovat olleet toisiaan tukevia ja täydentäviä. Olemme pitäneet muutamia kirjoja ja tutkimuksia työmme pohjana ja käyttäneet niitä runsaasti läpi työn. Niiden lisänä käytimme muita lähteitä, joista saimme lisätietoa ja varmistuksen tiedon luotettavuudesta. Lisäksi työmme luotettavuutta lisää se, että kävimme tarkasti läpi tiedonhakujen tuottaman lähdeaineiston ja valitsimme yhteisten ohjeiden mukaisesti, mikä aineisto käy työhömmme. Lähdeaineiston valinnassa kiinnitimme huomiota erityisesti tietolähteen auktoriteettiin, tunnettavuuteen, ikään, laatuun sekä uskottavuuteen. Emme mielestämme löytäneet runsaasta lähdemateriaalistamme huolimatta tarpeeksi hoitotyön näkökulmaa kaikkiin kivunhallintakeinoihin.

Aluksi olimme ottaneet useita lähteitä työhömmme, mutta kartoitettuumme kaikkien lähteiden käytön, poistimme osan vain kertaalleen käytetyistä lähteistä. Kaikkia kerran käytettyjä lähteitä emme kuitenkaan pystyneet poistamaan työstämme, koska niiden tieto oli mielestämme oleellista eikä vastaavanlaista tietoa ollut saatavilla muista lähteistä. Lisäksi olemme käyttäneet vähemmän luotettavampia internet-lähteitä ilman kirjoittajia, joita perustelemme kivunhallinnan monimuotoisuudella ja erilaisten kivunhallintakeinojen runsaalla käytöllä. Näillä perusteilla jokainen lähde on tarkoin valittu ja palvelee teoriaperustamme.

Kirjoittamamme tekstin luotettavuutta lisää työssämme se, että kaikki tekijät ovat yhdessä tarkistaneet tuotetun tekstin. Teoriaperustamme on elänyt koko ajan. Olemme teoriaperustaa muokatessamme luettaneet sitä ajoittain opettajillamme ja tuttavillamme, joilta olemme saaneet hyviä kehittämis ehdotuksia ja muokanneet uusien ajatusten pohjalta tekstiä yhä luottavammaksi. Olemme käyneet runsaasti eri lähteitä lävitse ja

poimineet niistä olennaisimmat asiat jäsentäen aiempaa tietämystä. Useiden raakaversioiden avulla olemme saaneet tekstistämme muokattua loogisen ja selkeälinjaisen kokonaisuuden, joka etenee määrittelyistä yksityiskohtaisempaan tietoon lisäten omalta osaltaan tekstin luettavuutta. Työn alkuvaiheessa jouduimme useasti miettimään lähteekö teoriaperusta rönsyilemään liikaa, mutta tarkkojen asiarajausten avulla saimme pidettyä työn langat käsissämme. Myös kappaleiden otsikoita olemme joutuneet muokkaamaan monesti saadaksemme otsikot ja kappaleiden sisällöt yhteensopiviksi. Jotta saimme tekstistä mahdollisimman eheän ja vakuuttavan, on kieliopillisia asioita, kappalejakoja ja sanavalintoja pitänyt ottaa huomioon koko prosessin ajan.

Saatuamme teoriaperustan hyvään vaiheeseen aloitimme oppaan työstämisen. Laadimme oppaan sisällön teoriaperustaa mukaillen eikä oppaasta löydy mitään mikä ei löytyisi myös teoriaperustasta. Teoriaperustan pohjalta pyrimme soveltamaan tietoja käytäntöön mahdollisimman paljon. Halusimme tehdä oppaasta teoriaperustan tiivistetyn version, josta löytyy yleistä kivusta ja kivun hoitotyöstä sekä lyhyesti erilaisista hallintakeinoista ja sopeutumisesta. Opas on tarkoitettu hoitajille tueksi hoitotyöhön. Hoitajat voivat palauttaa oppaasta mieleensä kroonisen kivun hoitotyöhön liittyviä asioita ja lisätä omaa tietoisuuttaan. Oppaamme on enemmän tiedonlähteille johdatteleva kuin kädestä pitäen ohjaava.

Oppaan työstäminen oli haastavaa teoriaperustamme laajuuden vuoksi. Alun perin tarkoituksenamme oli tehdä opas PowerPoint-diasarjaksi, mutta aineistomme laajuuden vuoksi jouduimme uudelleen harkitsemaan oppaan julkaisumuotoa. Lopulta päädyimme muokkaamaan asiasisältöjä hyvän oppaan kriteereiden mukaisesti FrontPage-ohjelmalla verkkosivustoksi. Ohjelma oli aluksi meille täysin tuntematon, mutta onnistuimme ohjauksen avulla tekemään oppaastamme selkeän ja käytännöllisen kokonaisuuden. Pyrimme mahdollisuuksien mukaan tiivistämään tekstiä niin, että yksi asiakokonaisuus mahtuisi vierittämättä yhdelle sivulle. Mielestämme opas jäi kaikesta huolimatta hieman pitkäksi. Oppaamme täyttää muut hyvän oppaan kriteerit.

Olemme ottaneet huomioon hoitotyön hektisyyden helpottamalla kiireistä lukijaa selkeyttämällä tekstiä ja korostaen tärkeitä asioita erilaisilla luetteloilla sekä kuvioilla, jotta opas ei olisi vain tavallista leipätekstiä. Leipäteksti on tunnetusti raskaslukuisempaa. Itse opasta lukiessamme havaitsimme, että luetteloista ja kuvioista asiat pomppaavat

helpommin esiin kuin tavallisesta tekstistä. Helppolukuisuutta helpottamaan teimme koko ajan vasemmassa reunassa kulkevan sisällyksen, josta klikkaamalla pääsee juuri sellaisen tiedon lähteille kuin itse haluaa kahlaamatta kaikkea tietoa läpi. Mikäli oppaan lukemisen jälkeen kaipaa tietoa enemmän, voi palata teoriaperustan pariin hakemaan lisätietoa ja mikäli tämäkään ei riitä, on teoriaperustassa laaja lähdeluettelo, jota kautta pääsee varmasti runsaamman tiedon alkulähteille. Ulkoasun negatiivisena puolena on se, että oppaassa ei ole kuvia. Toisaalta kuvat voisivat myös vaikeuttaa lukemista. Oppaamme yhtenä vahvuutena on mielestämme yksinkertaisuus ja pelkistetty ulkoasu.

Vertailu aikaisemmin tehtyihin oppaisiin olisi lisännyt oppaan luotettavuutta, mutta valitettavasti emme löytäneet kipuun liittyviä oppaita mihin verrata omaa opastamme. Tämä omalta osaltaan kuvaa oppaamme tarpeellisuutta. Lisäksi olisi ollut hyvä, jos olisimme voineet antaa oppaamme hoitohenkilökunnan luettavaksi ennen sen lopullista palauttamista, jotta olisimme saaneet arvokasta palautetta sen luettavuudesta, asiasisällöstä ja tarpeellisuudesta. Toivomme, että oppaastamme olisi todellista hyötyä hoitajille.

7.3 Tulevaisuuden kehittämishaasteet

Työn eri vaiheissa kohtasimme tilanteita, joissa olisimme halunneet enemmän tietoa tietyistä asioista. Ennen kaikkea meille heräsi tarve saada enemmän tutkimustietoa hoitotyöntekijöiden tiedoista, suhtautumisesta kipuun ja asenteista kipupotilaisiin. Olisi erinomainen tutkimushaaste kartoittaa, millaista kipupotilaan hoitaminen on hoitajien mielestä. Olisimme toivoneet löytävämme enemmän tietoa esimerkiksi kivunhallintakeinoista hoitotyön näkökulmasta. Jäimme kovasti myös kaipaamaan tutkimustietoa siitä, mitä erilaisia hoitotyön auttamiskeinoja hoitajat käyttävät kivun hoidossa. Hoitajien lisäksi kipupotilaan hoitotyöhön osallistuu monia muita ammattilaisia, joten kivun kokonaisvaltaisuus huomioiden olisi hyvä kartoittaa myös heidän näkemyksiään kivunhoidosta.

Mielestämme kivun hallintaa voitaisiin parhaiten kehittää lisäämällä hoitajien koulutusta aiheesta, koska kivunhoito on yleisesti puutteellista. Olisi myös hyvä olla enemmän kipuoppaita, joilla kivunhoidon eri mahdollisuudet saataisiin kaikkien tietoisuuteen.

LÄHTEET

- Alasilta, Anja 2002: Verkkokirjoittajan käsikirja. Helsinki: Inforviestintä Oy.
- Arponen, Ritva – Airaksinen, Olavi 2001: Hoitava hieronta. Porvoo: WSOY.
- Blomqvist, Cenita 2000: Aikuisen tehohoitopotilaan kivun hoito. Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.) Kivunhoito. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 127–148.
- Breivik, Harald – Collett, Beverly – Ventafridda, Vittorio – Cohen, Rob – Gallacher, Derek 2006: Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 10. 287–333.
- Dunajcik, Linda 1999: Chronic nonmalignant pain, chapter 11. Teoksessa McCaffery, Margo – Pasero, Chris: Pain. Clinical manual. Second edition. Mosby, Inc. 467–521.
- Eloranta, Maj-Britt 2002: Krooninen kipu osana elämää. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Estlander, Ann-Mari 2003: Kivun psykologia. Helsinki: WSOY.
- Heikkonen, Seija 2005: Psykologin näkökulma: krooninen kipu. Teoksessa Lindgren, Karl-August (toim.): TULES, tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 72–94.
- Iisa, Katariina – Kankaanpää, Salli – Piehl, Aino 1998: Tekstin tekijän käsikirja. 2. painos. Helsinki: Yrityskirjat Oy.
- Iivanainen, Ansa – Jauhiainen, Mari – Pikkarainen, Pirjo 2002: Hoitamisen taito. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- International Association for the Study of Pain (IASP) 1994. Verkkodokumentti. <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=General_Resource_Links&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3058#Pain>. Luettu 16.1.2007.
- Jakobsson, Ulf 2003: Chronic pain and quality of life among older people. Akateeminen väitöskirja. Lundin yliopisto, Ruotsi. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Joyner, Nancy 2006: A Nursing Approach to Easing Pain – CE 005. Continuing education. Connecticut Nursing News – March, April, May 2006. 11–18.
- Kalso, Eija – Vainio, Anneli 2002: Kivun hoitomuodot. Teoksessa: Kalso, Eija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 127–208.
- Kalso, Eija – Vainio, Anneli – Estlander, Ann-Mari 2002: Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa: Kalso, Eija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 85–107.

- Kozier, Barbara - Erb, Glenora - Berman, Audrey Jean - Burke, Karen 2000: Fundamentals of Nursing. Concepts, Process, and Practice. Sixth edition. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Kumpusalo-Vauhkonen, Anne 1999: Kokemuksia kroonisesta kivusta ja kivun hoitokeinoista. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Farmaseuttinen tiedekunta. Sosiaalfarmasian laitos.
- Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi 2005: Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. 17 (5). 250–258.
- Lampinen, Anu – Haapio, Marja 2000: Vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.). Kivunhoito. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 228–243.
- Manner, Hilikka 2006: Kivulias elämä, kroonisen kivun aiheuttama sosiaalinen haitta. Pro gradu -tutkielma. Rovaniemi. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaalityön koulutusohjelma.
- Mattila, Eija Anneli 1998: Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana - potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. Hoitotiede 10 (3). 144-152.
- McCaffery, Margo – Pasero, Chris 1999: Practical nondrug approaches to pain, chapter 9. Teoksessa McCaffery, Margo – Pasero, Chris: Pain. Clinical manual. Second edition. Mosby, Inc. 399-427.
- McCaffery, Margo – Portenoy, Russel K. 1999: Overview of three groups of analgesics, chapter 4. Teoksessa McCaffery, Margo – Pasero, Chris: Pain. Clinical manual. Second edition. Mosby, Inc. 103–128.
- Meinhart, Noreen T. – McCaffery Margo 1983: Pain. A Nursing Approach to Assessment and Analysis. Appleton-Century-Crofts. A Publishing Division of Prentice-Hall.
- Mäntyselkä, Pekka 1998: Kipupotilas terveyskeskuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos.
- Mäntyselkä, Pekka 2004: Krooninen kipu ja koettu terveys suomalaisilla. Kipuviesti 1, Suomen kivuntutkimusyhdityksen jäsenlehti. Maaliskuu 2004. 10–11.
- Parkkunen, Niina – Vertio, Harri – Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2001: Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Pasero, Chris – Paice, Judith A. – McCaffery, Margo 1999: Basic mechanisms underlying the causes and effects of pain, chapter 2. Teoksessa McCaffery, Margo – Pasero, Chris: Pain. Clinical manual. Second edition. Mosby, Inc. 15–34.
- Reumasäätiö 2007. Verkkodokumentti.
<<http://www.reuma.fi/kuntoutus/huippukylmahoito.html>>. Luettu 16.8.2007

- Rokkanen, Pentti – Slätis, Pär – Alho, Antti – Ryöppy, Soini – Huittinen, Veli Matti (toim.) 1995: Traumatologia. Vammojen patofysiologian ja hoidon perusteet. 6.painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.
- Sailo, Eriikka 2000a: Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.) Kivunhoito. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 97–110.
- Sailo, Eriikka 2000b: Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 30–37.
- Salanterä, Sanna – Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo – Närhi, Matti 2006: Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sallinen, Merja 1997: Ei päivää, ettei jotain särkis... Fibromyalgiapotilaiden käsityksiä ja kokemuksia kroonisesta kivusta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteen laitos.
- Sarlio, Johanna 2000: Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 23–29.
- Tommola, Sari 2000: Interstitiellii kystiittipotilaiden kokemuksia sairaudesta, kivusta ja itsehoidon ohjauksesta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vainio, Anneli 2003: Kipu. Apteekki-sarja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Suomen Apteekkariliitto.
- Vainio, Anneli 2002: Kipu kansanterveysongelmana. Teoksessa: Kalso, Eija - Vainio, Anneli (toim.): Kipu. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 31–38.
- Vainio, Anneli 2004: Kivunhallinta. Hippokrates. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Vainio, Anneli - Kalso, Eija 1993: Kroonisen kivun hoito. Kapseli 22. Helsinki: STAKES ja Kansaneläkelaitos.
- Vartti, Anne-Marie 2000a: Kipu kansanterveyden näkökulmasta. Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 47–48.
- Vartti, Anne-Marie 2000b: Kipu ja huumori – tragediasta komediaksi. Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne-Marie (toim.): Kivunhoito. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 86–94.
- Walle, Pia 1999: Kipupoliklinikan asiakkaiden kokemuksia pitkäaikaisesta kivusta. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- WHO, World Health Organization, 2007. WHO's pain ladder. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>> Luettu 18.1.2007.



Krooniseen kipuun sopeutuminen ja kivun hallinta

Tämä opas on tarkoitettu kaikille hoitohenkilökuntaan kuuluville tueksi kivun hoitotyöhön. Opas sisältää tietoa kroonisesta kivusta, kipuun sopeutumisesta ja kivun hallinnasta, eikä keskity erityisesti mihinkään tiettyyn kroonista kipua aiheuttavaan sairauteen. Lisäksi oppaassa käsitellään kivun hoitotyötä. Tavoitteena on hoitajien tiedon lisääminen kroonisesta kivusta sekä heidän ohjaaminen erilaisten hoitokeinojen käyttöön. Näiden tavoitteiden avulla pyrimme kipupotilaiden hoidon laadun parantamiseen.

Opas on valmistunut syksyllä 2007 ja on osa opinnäytetyötämme, joka kuuluu Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadian ja Länsi-Talinnan keskussairaalan yhteistyöhankkeeseen.

Ulla Ahonen

Johanna Heikkilä

Jonna Nurmi

SISÄLLYS

[Etusivu](#)

[Kivun määrittely](#)

[Kroonisen kivun ehkäisy ja kivun kroonistuminen](#)

[Kroonisen kivun vaikutukset](#)

[Kipukokemus ja kipukäyttäytyminen](#)

[Krooniseen kipuun sopeutuminen](#)

[Kroonisen kivun hallintakeinoja](#)

[Kroonisen kivun hoitotyö](#)



- ▶ [Kivun määrittely](#)
 - ◆ [Kroonisen kivun määrittely](#)
 - ◆ [Kroonisen kivun jaottelu patofysiologian mukaan](#)

Kivun määrittely

Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy selvä tai mahdollinen kudsvaurio tai jota kuvataan samalla tavoin. Kipu on sitä, mitä henkilö sanoo sen olevan ja esiintyy silloin, kun henkilö siitä mainitsee. Henkilön kertomus kivusta on luotettavin kivun mittari. Eri ikäryhmillä kipua esiintyy eri paikoissa.

Kipu jaetaan yleisesti akuuttiin ja krooniseen kipuun keston mukaan. Akuutti kipu syntyy vahingollisen ärsykkeen seurauksena tai siten, että kipua aistiva järjestelmä on herkistynyt esimerkiksi tulehduksen seurauksena. Tulehduksen parannuttua kipu yleensä lakkaa. Luonnollisia reaktioita akuuttiin kipuun ovat lepo ja varominen, jotka nopeuttavat kudosten paranemisprosessia. Kipu auttaa suojautumaan vahingoilta, opettaa varomaan ja varoittaa uhkaavasta vaarasta.

[Paluu alkuun](#)

Kroonisen kivun määrittely

Krooniseksi kipu määritellään, kun se on jatkunut:

- yli 3-6 kuukautta tai
- yli normaalin kudosten paranemisajan tai
- jatkuu alkuperäisen vamman/sairauden jo parannuttua eikä
- ole helpottunut yleisillä saatavissa olevilla hoitokeinoilla

Krooninen kipu ei toimi varoitusmerkinä. Sen katsotaan olevan toimintakykyä rajoittava ja masennusta lisäävä sairaus. Krooninen kipu voi olla joko jatkuvaa tai ajoittaista, jolloin potilaalla saattaa olla vaihtelevasti hyviä ja huonoja jaksoja. Kipua kuvataan usein sanoin, joita käytetään vakavan vamman yhteydessä.

Yleensä kroonisen kivun taustalla on jokin sairaus tai vamma, joka voi johtua useista eri syistä. Yleensä krooninen kipu on yhteydessä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä erilaisiin reumasairauksiin. Yleisimmät kivun ilmenemispaikat ovat jalat, selkä, lantion alue, kädet ja nivelet. Mitä vanhempi ikäryhmä on kyseessä, sitä suurempi on kivun esiintyvyys.

Krooniseen kipuun vaikuttavat monet eri tekijät yhdessä; yksilön biologiset ja psykologiset tekijät, ympäristö ja yhteiskunta. Kroonisella kivulla on laajat vaikutukset kivusta kärsivän elämänlaatuun. Krooninen kipu on merkittävä terveydenhuolto-ongelma kansainvälisesti.

[Paluu alkuun](#)

Kroonisen kivun jaottelu patofysiologian mukaan

Krooninen kipu voidaan jaotella lääketieteessä patofysiologian mukaan:

- kudonvauriokipuun ([nosiseptinen](#)) tai
- hermovauriokipuun ([neuropaattinen](#)) tai
- tuntemattomasta syystä johtuvaan kipuun ([idiopaattinen](#))

Nosiseptinen eli kudonvauriokipu

Nosiseptinen kipu aiheutuu kipureseptorien reagoidessa kudonvauriota aiheuttavaan ärsykkeeseen. Kipua välittävä aistijärjestelmä on terve. Kudonvauriokipu on yleensä helposti havaittavissa. Kipua voidaan hoitaa, koska sen aiheuttaja tiedetään.

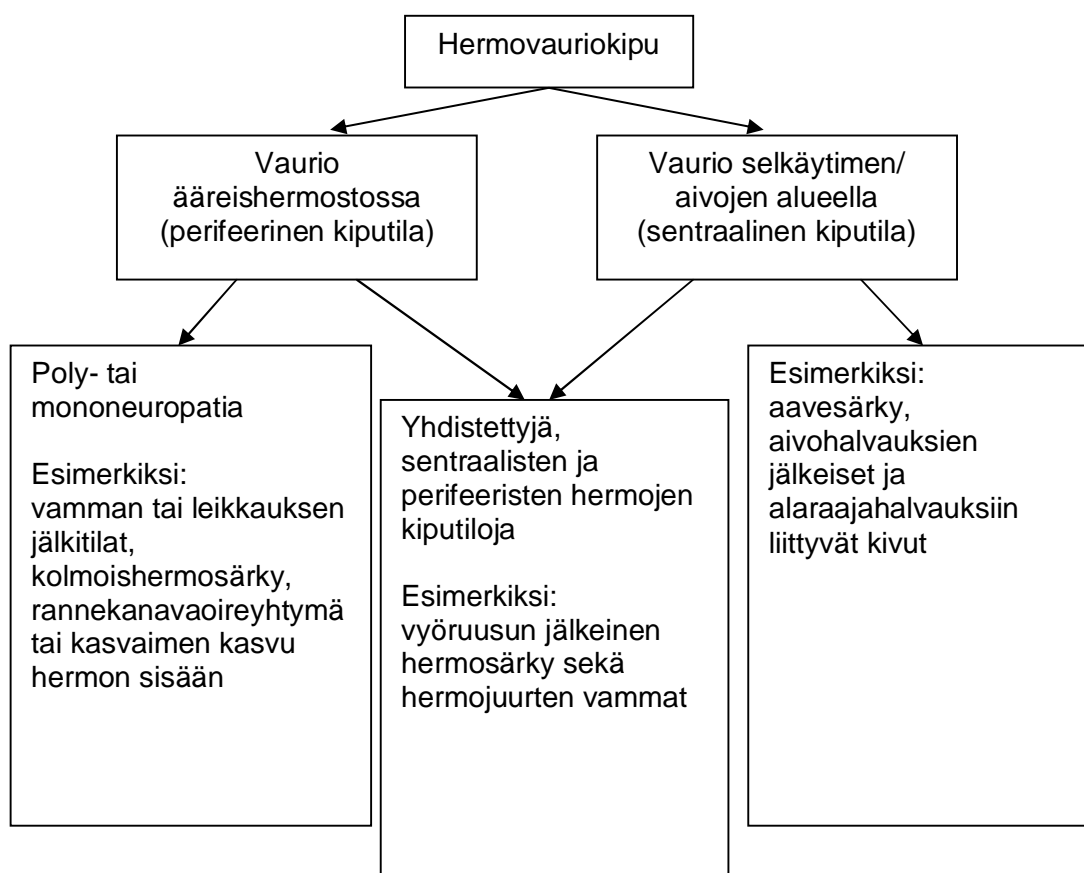
Usein pitkäaikaisen kudosisvauriokivun taustalla on perussairaus, jota ei saada hallintaan. Kudosisvauriokipua aiheuttavat esimerkiksi syöpä sekä reuma ja niveltulehdus, joissa jatkuva tulehdus aiheuttaa kipua. Potilas kykenee yleensä paikantamaan kivun kudosisvaurioalueelle ja voi kuvata kipua pistäväksi, teräväksi tai repiväksi.

Kudosisvauriokipu voidaan vielä yksityiskohtaisemmin jakaa somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun.

[Paluu alkuun](#)

Neuropaattinen eli hermovauriokipu

Kipu johtuu hermovauriosta, jonka mekanismit voivat olla hyvin erilaisia. Hermovauriokivussa vika on kipuviestiä kuljettavassa järjestelmässä tai aivojen kivun säätelyyn osallistuvissa keskuksissa. Itse kipualue on terve.



Neuroopaattinen kipu on usein voimakasta ja epämiellyttävää. Potilas voi kuvata kipua sähköttävänä, kihelmöivänä, polttavana tai pistelevänä ja siihen voi liittyä sähköiskun kaltaisia tuntemuksia. Neuroopaattiseen kipuun saattaa liittyä tunte muutoksia tai -puutoksia.

[Paluu alkuun](#)

Idiopaattinen eli tuntemattomasta syystä johtuva kipu

Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan vähintään kuusi kuukautta kestänyttä kiputilaa, jossa potilaalla ei ole kipua selittäviä kliinisiä löydöksiä tai löydösten ja potilaan kokemien kipuoireiden välillä on ristiriita. Tuntemattomasta syystä johtuvassa kiputilassa kipualueella ei havaita merkkejä kudos- eikä hermovauriosta.

Kipu voi tuntua aivan samalta kuin sellainen kipu, joka liittyy näkyvään vaurioon. Idiopaattinen kipu voidaan jakaa jatkuvaan kipuun ilman kudsvauriota, jatkuvaan kipuun kudsvaurion paranemisen jälkeen tai psykiatriseen kipuun.

Usein potilaiden on vaikea ymmärtää oireita, joihin ei löydy selvää syytä. Vaivan jatkuessa potilaat saattavat ahdistua, turhautua tai jatkaa avun etsimistä tutkimuksesta ja hoitoyrityksestä toiseen. Hoitohenkilökunnan ei pidä luulla oireita keksityiksi, kuvitelluiksi tai teeskennellyiksi, koska potilaat saattavat kuvitella kivun olevan epätodellista tai luulosairautta.

Tyypillistä idiopaattisesta kivusta kärsiville on runsas terveystieteiden käyttö, päivystyskäynnit sekä monet tuki- ja liikuntaelinperäiset ongelmat.

[Paluu alkuun](#)



► [Kroonisen kivun ehkäisy ja kivun kroonistuminen](#)

Kroonista kipua voidaan ehkäistä:

- Ehkäisemällä kipua jo ennen sen syntymistä
 - Esimerkiksi ehkäisemällä sairauksia, joihin liittyy kipua

- Riittävän varhain aloitetulla tehokkaalla kivun hoidolla

- Hoitamalla akuutti kipu sekä sen psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset asianmukaisesti ja ajoissa
 - Hoitamaton akuutti kipu voi altistaa kivun kroonistumiselle herkistäen kipuhermopäätteitä ärsytyksen ollessa voimakas

- Tunnistamalla altistavat lääketieteelliset tekijät
 - Aikaisemmat pitkäaikaiset kiputilat, hermovauriot sekä sympaattisen hermoston yliaktiiviteettiin viittaavat oireet, joita ovat kivuliaan raajan punoitus, turvotus, hikoilun muutokset, pitkittynyt liikerajoitus vamman jälkeen sekä herkkyys kylmälle tai kuumalle
 - Akuutin kudsvaurion laajuus, akuutin kivun voimakkuus, leikkauskomplikaatiot ja potilaan heikentyneet psyykkiset voimavarat ennen leikkausta

- Tunnistamalla altistavat psykososiaaliset tekijät
 - Riskitekijät voivat olla kognitiivisia tai tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä
 - § Katastrofitulkinnat, pelko-välttämiskomukset, masentuneisuus, ahdistuneisuus, psyykkinen uupuneisuus ja passiivisten selviytymiskeinojen käyttäminen

- Antamalla potilaalle asiallista ja riittävää tietoa kivusta
 - Potilaan tulee tuntee akuutin ja kroonisen kivun mekanismien ja merkitysten ero, jotta hän ei ajattelisi kivun olevan akuuttia ja näin pitkittäisi kiputilaa
- Huolehtimalla, että potilas kokee tulevansa arvostetuksi, kuulluksi ja ymmärretyksi
- Välttämällä turhia tutkimuksia ja leikkauksia

Jos kiputila on jo ilmaantunut, tulee keskittyä ehkäisemään kivun kroonistuminen ja mahdollisen kipukierteen syntyminen. Kun mitään syytä kipuun ei löydy, jätetään yleensä viimeiseksi selitykseksi psykologiset tekijät.

Kroonisessa kivussa on kysymys moninaisten, pitkän aikavälin muutosten osallistumisesta kivun ylläpitoon. Yleensä kivun kroonistuminen on seurausta monimutkaisesta prosessista, jossa fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset sekä yhteiskunnalliset tekijät ovat vastavuoroisessa vaikutuksessa keskenään.

Koska riskitekijöitä on paljon, tulee ne mahdollisimman aikaisessa vaiheessa kartoittaa ja preventoida.

[Paluu alkuun](#)



► [Kroonisen kivun vaikutukset kipupotilaalle](#)

- ◆ [Kivun fyysiset vaikutukset](#)
- ◆ [Kivun sosiaaliset vaikutukset](#)
- ◆ [Kivun psyykkiset vaikutukset](#)

Kroonisen kivun vaikutukset kipupotilaalle

Kipu vaikuttaa usealla eri elämänalueella heikentäen fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä elämänlaatua. Vaikutukset saattavat johtaa pahenevaan kipukierteeseen, hoidon etsimiseen ja lyhytaikaisiin hoitosuhteisiin huonontaan samalla toimintakykyä. Kivun vaikutukset voivat olla joko syy tai seuraus toisilleen.

Joillakin kipupotilailla on yhteisiä piirteitä. Kun tietyt kivun vaikutukset kasautuvat samalle kipupotilaalle, puhutaan kroonisesta kipuoireyhtymästä, jolloin seuraavat tekijät saattavat esiintyä potilaan toiminnoissa:

- Masentuneisuus
- Unettomuus ja väsymys
- Vähäinen sosiaalinen aktiivisuus
- Elämänhalun heikkeneminen monella alueella
- Omien oireiden tarkkailu ja korostaminen ja ehkä myös muiden elämänongelmien kieltäminen

Kroonisen kivun syyn, itse kivun sekä sen aiheuttaman haitan väliset yhteydet voivat ovat ristiriitaisia.

Kivun fyysiset vaikutukset

Kivun aiheuttamia fyysisiä vaikutuksia ovat muun muassa

- Kunnan ja lihaskunnan heikkeneminen
 - liikkumisvaikeudet
 - kankeus ja jäykistyminen
- Paino-ongelmat
 - lisäävät kipualueen rasitusta ja kipua entisestään
- Kehon fysiologiset reaktiot
 - hengityksen kiihtyminen, pulssin nopeutuminen, verenpaineen kohoaminen
- Mahdollinen muiden sairauksien puhkeaminen tai aikaisempien sairauksien paheneminen

Fyysisen hyvinvoinnin uhkina pidetään kipuun liittyviä toimintarajoituksia, fyysisen olemuksen muutoksia ja lääkkeiden sivuvaikutuksia. Fyysinen kipu ja sen aiheuttama toimintakyvyn rajoittuminen johtavat herkästi psyykkiseen väsymiseen.

Kroonisesta kivusta kärsivän toimintakykyä arvioitaessa tarvitaan moniammatillisen työryhmän kokonaisarvio potilaan toimintakyvystä.

[Paluu alkuun](#)

Kivun sosiaaliset vaikutukset

Suurin haitta kroonisilla kipupotilailla on sosiaalisessa kanssakäymisessä tapahtuvat muutokset. Sosiaaliset haitat vaikeuttavat potilaan sopeutumista kiputilaan ja kivun aiheuttamiin muutoksiin. Muutokset vaativat uusien selviytymiskeinojen löytämistä.

Muutoksia sosiaalisessa kanssakäymisessä

- Parisuhteessa ja perheessä
- Muiden läheisten kanssa
- Harrastusten poisjäämisen myötä
- Työtovereiden kanssa sairaslomien tai työelämästä poisjäämisen takia

Usein läheiset saattavat suojella kivusta kärsivää kehottamalla lepäämään, välttämään rasitusta sekä tekemällä asioita potilaan puolesta. Näin läheiset saattavat ylläpitää potilaan kiputilaa. Osa läheisistä saattaa tuntea pahaa oloa, koska heidän on vaikea katsella kipupotilaan kärsimystä pystymättä kuitenkaan auttamaan. Kipupotilaat voivat pelätä muiden suhtautumista heihin, erityisesti vähätteleviä ja syyllistäviä asenteita. Sosiaalisen kanssakäymisen vähentyessä kipupotilaat saattavat eristäytyä, kokea yksinäisyyttä tai heidän elämänpiirinsä saattaa kaventua.

Sosiaaliset tilanteet ovat usein hankalia kipupotilaalle. Tilanteissa ongelmaksi koetaan voimattomuus seurustella muiden kanssa ja se, ettei voi olla haluamassaan asennossa tai vaihtaa asentoa tarvittaessa. Myös kipulääkitys sivuvaikutuksineen ja taloudellinen tilanne rajoittavat sosiaalista elämää.

[Paluu alkuun](#)

Kivun psyykkiset vaikutukset

Krooninen kipu hallitsee potilaan tietoisuutta ja vaikuttaa mielialaan, itseluottamukseen sekä ajatusmaailmaan.

Kivun jatkuessa potilas voi kokea seuraavia psyykkisiä vaikutuksia

- Toivottomuus
- Epäoikeudenmukaisuus
- Tunne, että on aivan yksin kipujensa kanssa eikä kestä kipuja enää hetkeäkään
- Pelot
 - Kohteina ovat usein oma ja läheisten jaksaminen, kivun vaikutus lapsiin, kivun mahdollinen paheneminen, liikunta- ja työkyvyn menettäminen sekä hoitojen mahdolliset komplikaatiot
- Epävarmuus
 - Epävarmuutta lisäävät taloudelliset menetykset, lisäkustannukset sekä diagnoosien väliaikaisuus
- Minän muutokset
 - Luopuminen tutuista elämäntavoista, vaatimustason muutos, itsepetos ja oman kehon tuntuminen vieraalta
- Stressi
 - Saattaa kasvaa kivun myötä
 - Voi olla jatkuvaa ja voi saada aikaan samanlaisia vaikutuksia kuin itse kipu
- Masennus
 - Voidaan pitää kivun syynä tai seurauksena
 - Kivulla ja masennuksella on toisiaan vahvistava vaikutus
 - Krooninen kipu aiheuttaa väistämättä masennusta miltei jokaiselle kipupotilaalle
 - Oireet lievittyvät yleensä kivun helpotuttua
 - Syvässä masennuksessa potilailla saattaa esiintyä kuolemantoiveita
 - On usein kipupotilailla alidiagnosoitua

- Ahdistus
 - Korostunut huolestuneisuus tai tuskaisuus
 - Lihasjännitys
 - Sydämentykytys
 - Levottomuus ja unettomuus
 - Pakkoajatuksia tai uusiutuvia ja odottamattomia paniikkikohtauksia
- Kokonaisvaltainen väsymys
 - Unta parantaa hyvä kivunhoito ja kivunhallinta
 - Hyvin nukutun yön jälkeen kipua esiintyy yleensä vähemmän
 - Saattaa edistää masennuksen kehittymistä

Mielialamuutoksiin suhtautumiseen vaikuttaa henkisten voimavarojen riittävyys. Pahimmillaan voimavarojen riittämättömyys voi johtaa uupumiseen.

[Paluu alkuun](#)



► [Kipukokemus](#) ja [kipukäyttäytyminen](#)

Kipukokemus

Kipu on hyvin yksilöllinen kokemus. Toiselle ihmiselle on vaikea kertoa omasta kivustaan, eikä toinen voi tietää, miltä kipua kärsivästä tuntuu. Kivun kuvailemista voidaan pitää yhtä vaikeana kuin jonkin värin kuvailemista syntymästään saakka sokealle henkilölle. Kipukokemus ei ole aina samanlainen.

Kipukokemukseen vaikuttavat

- Fyysisen kivun voimakkuus
- Psykkiset ja sosiaaliset voimavarat
- Rasitus
- Tarkkaavaisuus
- Mieliala ja tunnetila
 - Negatiiviset tunteet voimistavat kipua
 - Positiivinen mieliala ja huomion kohdentaminen muualle vähentävät kivun kokemista ja auttavat aistimaan kivun vähemmän voimakkaana
- Asenteet ja odotukset
- Vireystaso

Kipukokemus on monivaiheinen prosessi, joka voidaan jakaa:

1. Välittömään kipukokemukseen, joka liittyy kipuaistimuksen aiheuttamiin välittömiin tunteisiin
2. Kivun kokemisen pitkäaikaisiin vaikutuksiin

Prosessiin liittyy kipuaistimus, kivun aiheuttama havahtuminen, huomion kiinnittäminen kipualueeseen, autonominen ja motorinen aktivoituminen

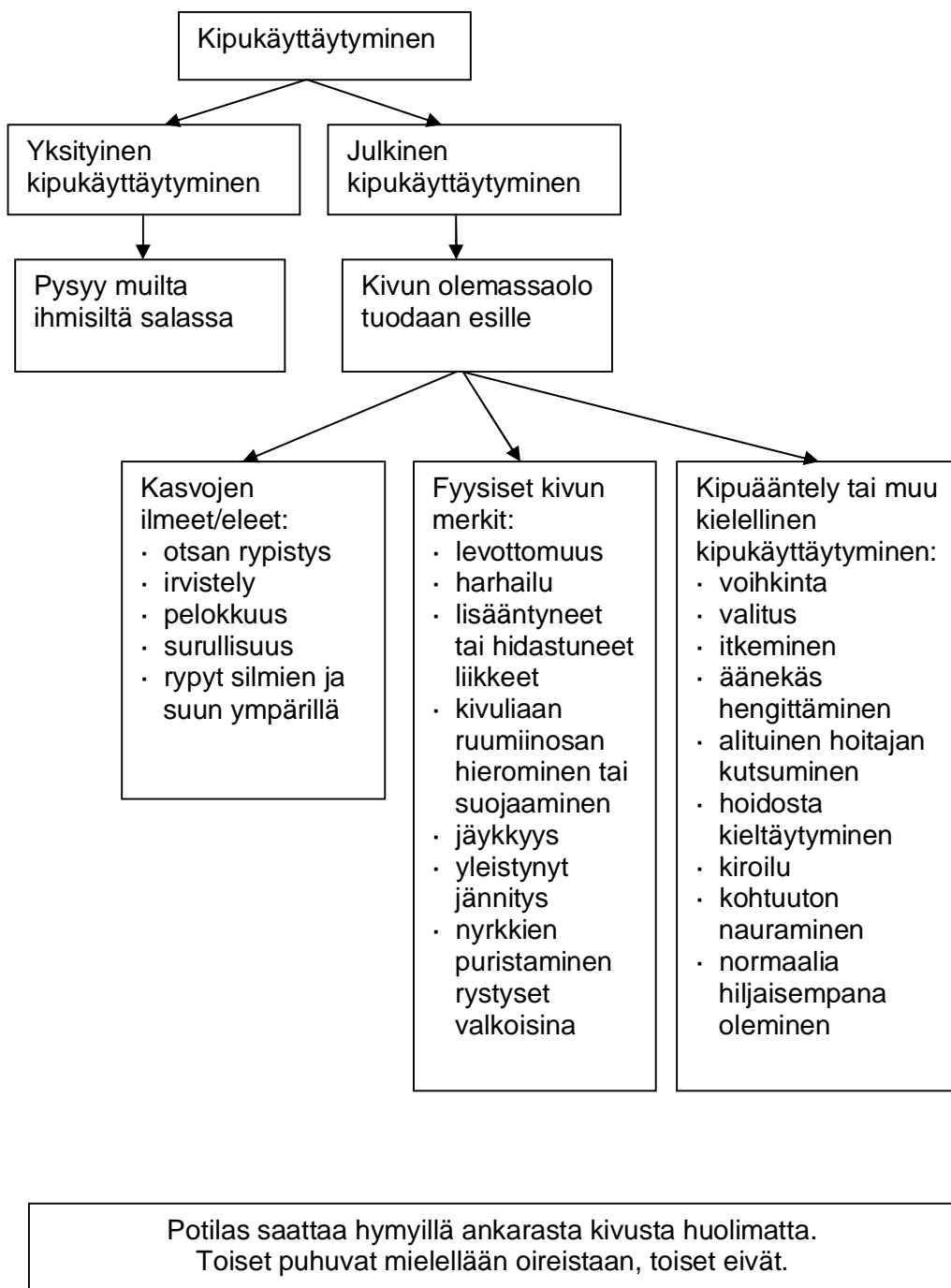
sekä kivun omakohtainen arvio.

[Paluu alkuun](#)

Kipukäyttäytyminen

Kipukäyttäytyminen on yksilöllistä. Siihen vaikuttavat sosiaaliset, kulttuuriset ja psykologiset tekijät. Kivun pahentumiseen voidaan reagoida neljällä tavalla:

1. Tulkitsemalla kaikki kehon signaalit kivuksi
2. Lopettamalla liikkuminen kokonaan peläten kipujen pahenevan
3. Pakottamalla itsensä liikkumaan kivuista huolimatta tai
4. Eristäytymällä yksinäisyyteen



Kipukäyttäytymistä säätelee potilaan oma käsitys kyvyistään.

Kipukäyttäytyminen voi vahvistua, mikäli se tuo helpotusta tai tyydyttää potilaan emotionaalisia tarpeita. Ilmaisemalla kipua potilas voi vedota muihin ihmisiin myötätunnon, hoivan ja avun saamiseksi. Hän saattaa purkaa turhautuneisuuttaan jatkuvalla kipuvalituksella.

[Paluu alkuun](#)



- ▶ [Krooniseen kipuun sopeutuminen](#)
 - ◆ [Kivun hyväksyminen](#)
 - ◆ [Tiedonsaanti kivusta](#)
 - ◆ [Diagnoosin saaminen kivuille](#)

Krooniseen kipuun sopeutuminen

Sopeutumista voidaan pitää ongelmanratkaisukeinona, jolla pyritään lievittämään ahdistusta ja pitämään yllä psyykkistä tasapainoa.

Sopeutuminen elämään kivun kanssa on potilaalle tosiasia, jota ei voi kieltää. Sopeutuminen vaatii runsaasti sekä potilaan omia että perheen voimavaroja kuin myös palvelujärjestelmältä saatavaa tukea. Mitä kauemmin kivun kanssa on elänyt, sen paremmin siihen voi sopeutua.

Läheisten suhtautumisella ja potilaan omalla asenteella on suuri merkitys kipuun sopeutumisessa. Potilaan tulisi asennoitua siten, ettei pidä itseään syyllisenä kipuunsa sekä yrittää poisoppia itsensä tarkkailusta, jotta sopeutuminen kipuun olisi mahdollista.

Kivun hyväksyminen

Sopeutuminen kuvaa tuntemuksia kivun hyväksymisestä. Hyväksyminen tarkoittaa aktiivista osallistumista erilaisiin toimiin kuntoutumisen edistämiseksi kivuista huolimatta. Muuttuminen kivun uhrista itsensä kuntouttajaksi on hyvin keskeistä.

Sopeutuakseen krooniseen kipuun potilaan tulee

- Myöntää kivun olemassaolo
- Hyväksyä muuttunut elämäntilanteensa

- Myöntää rajoitukset, joita kipu aiheuttaa
- Karsia epärealistiset tavoitteensa

Kipuun sopeutuminen voi alkaa vasta sitten, kun pitkäaikaisesta kivusta kärsivä potilas hyväksyy kivun jatkumisen mahdollisuuden ja sen, ettei kivulle voida välttämättä löytää sellaista syytä, joka voitaisiin kokonaan poistaa hoidolla.

Potilasta tulee kannustaa etsimään ja käyttämään aktiivisia keinoja passiivisten sijaan selviytyäkseen kivun kanssa sekä vahvistaa potilaan luottamusta omiin kykyihinsä.

[Paluu alkuun](#)

Tiedonsaanti kivusta

Kivun sopeutumisprosessissa tärkeä lähtökohta on tiedonsaanti sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista. Kaikki tieto, mitä potilas voi saada kroonisesta kivusta, helpottaa häntä ymmärtämään kroonista kiputilaa ja auttaa siihen sopeutumisessa. Potilas tarvitsee monenlaista tietoa ymmärtääkseen diagnoosin paremmin ja suhtautuakseen kivunhallintaan paremmin. Tieto omasta sairaudesta lisää potilaan elämänhallintaa sairauden aiheuttamissa muutoksissa.

Potilailla saattaa olla vääriä uskomuksia tai pelkoja mahdollisesti löytymättömästä sairaudesta tai uudesta vauriosta, jotka saattavat olla esteenä kuntoutumisessa. Monesti potilaat haluavat tietoa kivun anatomisista ja fysiologisista syistä sekä useimpien on mainittu haluavan välttää psykologisia syitä kivuilleen. Selityksen kivun syystä ei tarvitse olla monimutkainen.

Hoitajan tulee toimia tiedon välittäjänä ja hänen tulee havainnoida, kuinka paljon potilas pystyy ottamaan itse vastuuta selviytymisestään ja hoidoistaan. Potilaat toivovat saavansa kipukoulutusta, jossa opeteltaisiin

erilaisia kivun lievitysmenetelmiä, kuten rentoutumistekniikoita.

[Paluu alkuun](#)

Diagnoosin saaminen kivuille

Sopeutumista edesauttaa diagnoosin saaminen oireille ja kivuille. Pitkään jatkuneet selittämättömät kivut, tuloksettomat tutkimukset ja muiden ihmisten epäilykset sairaudesta voivat saada potilaan itsensäkin uskomaan, että ”vika on korvien välissä”. Tällöin diagnoosin saaminen on helpotus. Diagnoosin avulla potilas saa kivuilleen syyn, joka vähentää tuskan ja häpeän tunteita sekä antaa varmistuksen siitä, ettei ole luulosairas. Useat kipupotilaat uskovat ja odottavat, että joku parantaa heidän kipunsa.

Potilaan voimavaroja vaaditaan eniten, kun kipu diagnosoidaan krooniseksi, koska toivoa kiputilan paranemisesta ei tällöin enää ole.

[Paluu alkuun](#)



► Kroonisen kivun hallintakeinoja

- ◆ [Yleistä kivunhallintakeinoista](#)
- ◆ [Tavoitteiden asettaminen kivunhallintakeinona](#)
- ◆ [Kipupäiväkirja ja oma toiminta kivun välttämiseksi](#)
- ◆ [Kipupotilaan sosiaaliset tukiverkostot ja kipuryhmät](#)
- ◆ [Psykologinen hoito](#)
- ◆ [Rentoutuminen ja mielikuvaharjoitukset](#)
- ◆ [Hypnoosi](#)
- ◆ [Huumori](#)
- ◆ [Asentohoito](#)
- ◆ [Fysikaaliset menetelmät](#)
- ◆ [Lämpöhoito](#)
- ◆ [Kylmähoito](#)
- ◆ [Fyysinen harjoittelu](#)
- ◆ [Hieronta ja kosketus](#)
- ◆ [Lymfaterapia](#)
- ◆ [Vyöhyketerapia](#)
- ◆ [Transkutaaninen hermostimulaatio \(TNS\)](#)
- ◆ [Akupunktuuri](#)
- ◆ [Kroonisen kivun lääkehoidon periaatteet](#)

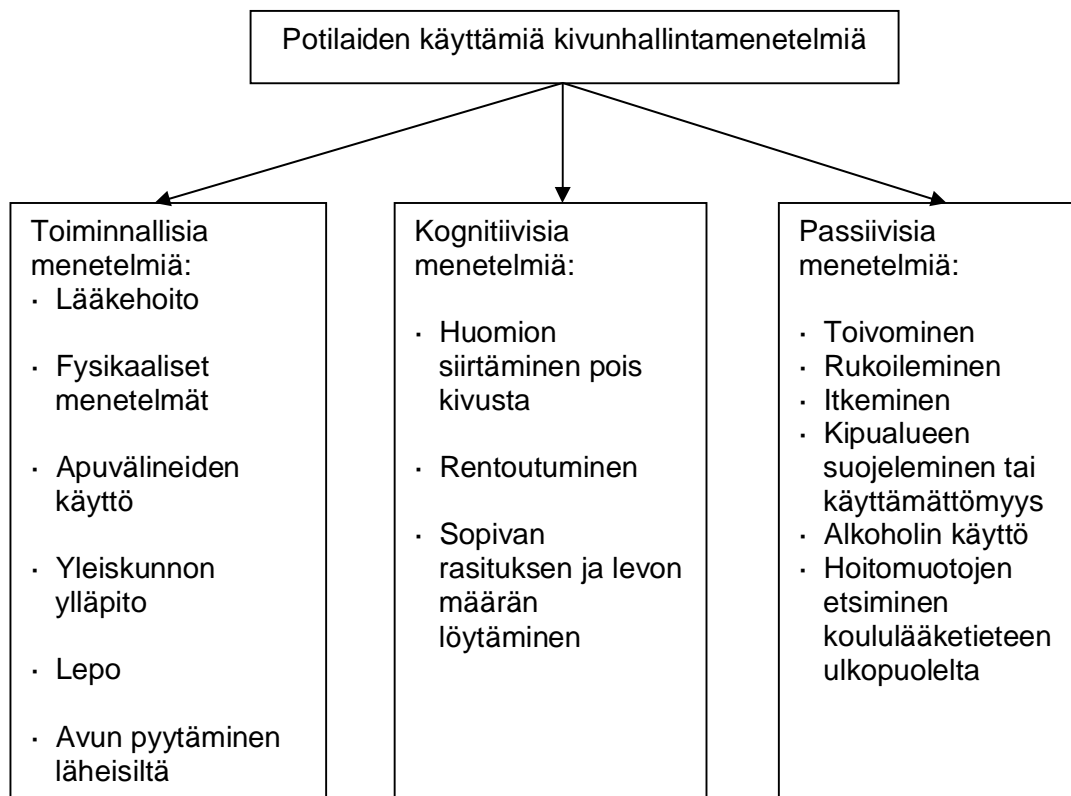
Yleistä kivunhallintakeinoista

Kivunhallintakeinojen synonyymeinä voidaan pitää selviytymis- ja kivunkäsittelykeinoja. Kivunhallinta sisältää monenlaisia keinoja tulla toimeen kivun kanssa ja tarkoittaa, että potilas jaksaa, selviytyy sekä oppii elämään yhdessä kivun kanssa.

Potilaalle kivun kanssa pärjääminen tarkoittaa oireiden itsenäistä hallitsemista, sairauden aiheuttamien rajoitusten tunnistamista sekä omaan terveyteen ja elämään vaikuttamista erilaisin toimin ja suhtautumistavoin. Näiden taitojen avulla potilas voi lievittää kipuhuippuja ja vähentää kipujen aiheuttamia vaikutuksia.

Potilaan hallintakeinot ovat muun hoidon tukena. Hallintaa ei voi määrätä potilaalle. Hoitajan tärkeä tehtävä on motivoida potilasta itsehallintakeinojen käyttöön. Tehokkaana kivunhallintakeinona voidaan pitää potilaalle mielekästä ja kiinnostavaa keinoa, joka on yhtenäinen potilaan voimavarojen ja keskittymiskyvyn kanssa. Hyvä hallintakeino stimuloi useita aisteja samanaikaisesti.

Kun kivun voimakkuusaste muuttuu, pitää hallintakeino vaihtaa. Mitä voimakkaammasta kivusta on kysymys, sitä vähemmän on mahdollisuuksia kivun hallintaan. Kipupotilaat pystyvät yleensä hallitsemaan kokemaansa akuuttia kipua, mutta pitkäaikaista kipua vain silloin, kun se on lievää.



Erilaisten hoitomuotojen kombinaatio on parempi kuin yhden hoitomuodon intensiivinen käyttö. Keskimäärin käytetään kolmea eri kivunhallintakeinoa. Ensisijaisena menetelmänä pidetään lääkehoitoa. Potilaat saattavat kuitenkin pelätä lääkkeiden sivuvaikutuksia, riippuvuus- ja toleranssiongelmia. Hallitsevana yhdistelmänä esiintyy yleensä farmakologiset menetelmät yhdistettynä lepäämiseen ja ajatukset muualle suuntaaviin keinoihin. Myös kivun hyväksyminen, mahdollisimman rauhallinen suhtautuminen kipuun ja kivun kieltäminen ovat hallintakeinoja.

Kokeilemalla erilaisia keinoja potilaat oppivat, mitkä keinot lieventävät ja mitkä pahentavat kipua. Kivunlievityskeinojen yksipuolisen käytön syinä saattaa olla hoitohenkilökunnan tietämättömyys erilaisista keinoista ja keinoista kertomatta jättäminen.

[Paluu alkuun](#)

Tavoitteiden asettaminen kivunhallintakeinona

Realististen ja saavutettavissa olevien tavoitteiden asettaminen ja keinojen löytäminen niiden saavuttamiseksi on yksi tapa hallita elämää ja kipuja. Asettamalla tavoitteita potilas saa otteen elämästään ja ottaa uuden askeleen kohti hyvää kivunhallintaa. Ensisijaisesti tavoitteiden tulee olla kuntouttavia ja potilaan kivunhallintakeinoja tukevia. Tavoitteiden avulla pyritään auttamaan potilasta elämään kivun kanssa mahdollisimman mukavasti, edistämään kivunhallintaa ja selviytymään kivun kanssa.

Tavoitteita voivat olla:

- Elämänlaadun parantaminen
- Potilaan itsehoidon tukeminen
- Kivun voimakkuuden ja sen häiritsevyyden vähentäminen
- Kipuvaiheiden harveneminen
- Toiminta- ja työkyvyn ylläpitäminen, parantaminen tai palauttaminen
 - Toimintakyvyllä kuvataan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta potilaan odotuksiin nähden
 - Esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn tavoitteena yöunen tai kunnan parantaminen,
psyykkisen toimintakyvyn tavoitteena mielialan parantaminen,
sosiaalisen toimintakyvyn tavoitteena vuorovaikutuksen lisääminen
- Haitallisten lääkkeiden käytön vähentäminen, turhien tutkimusten ja hoitojen lopettaminen

Potilaan tulee olla motivoitunut asettamiensa tavoitteiden toteuttamiseen. Ongelmia ja turhautuneisuutta saattaa esiintyä, jos tavoitteet eivät ole selkeitä ja mahdollisia. Potilaalla olisi hyvä olla lyhyen- ja pitkántähtäimen tavoitteita, jolloin on mahdollista kokea myös pieniä onnistumisia. Pienet onnistumiset auttavat saavuttamaan pitkántähtäimen tavoitteita.

[Paluu alkuun](#)

Kipupäiväkirja ja oma toiminta kivun välttämiseksi

Kipupäiväkirjan pitäminen on hyvä keino kipua pahentavien ja helpottavien tekijöiden löytämiseen. Omien havaintojen avulla potilas huomaa kipujen voimakkuuden vaihtelun eri tilanteiden ja vuorokaudenaikojen välillä. Potilas voi paremmin, kun hänellä on elämässään räsytystä, lepoa ja iloa tuottavia asioita sopivassa suhteessa.

Kipupäiväkirjaan merkitään säännöllisin väliajoin, esimerkiksi neljästi päivässä

- Kivun voimakkuus asteikolla 0-10 (0 = ei kipua, 10 = pahin mahdollinen kipu)
- Päivittäiset toiminnot
- Mieliala
- Mitä on tehnyt kivun helpottamiseksi
- Kivun sijainti, kesto ja laatu
- Asiat, jotka lisäävät tai vähentävät kipua

Erilaisten kipuja tuottavien tai väsymystä lisäävien toimintojen välttämiseksi potilas pystyy rytmittämään toimintaansa paremmin omien voimiensa mukaisesti. Vähitellen kipupotilaat oppivat tuntemaan omat rajansa ja kuntonsa, joiden mukaan ajankäyttö tulisi suunnitella. Potilas voi varautua kipua tuottavaan toimintaan ottamalla kipulääkkeen etukäteen. Keskeytettäessä kipua tuottava toiminta vältetään kiputason nouseminen kohtuuttomaksi. Mikäli potilas jatkaa liikkayrittämistä ja väsyttää itseään päivästä toiseen, johtaa se uupumiseen eikä elimistö saa mahdollisuutta toipua.

Keskittyessä puuhailuun potilas pystyy unohtamaan kivut ja vaivat hetkellisesti. Voimakkaasta kivusta kärsivillä eivät mielihyvähämmökemukset enää lievennä kivun kokemista.

[Paluu alkuun](#)

Kipupotilaan sosiaaliset tukiverkostot ja kipuryhmät

Kroonisen kipupotilaan tukiverkoston muodostavat perhe, suku ja ystävät.

Tärkeimmäksi tukijaksi koetaan yleensä puoliso. Valitettavan usein tukiverkosto kutistuu pienemmäksi tai jopa unohtuu kokonaan.

Tukiverkostolta potilas saa tukea ja ymmärrystä. Potilaat pitävät tärkeänä, että muut uskovat heidän kipunsa olevan todellista. Aktiivisen avun ja tuen merkitys potilaalle korostuu kiputilan kroonistuessa ja kivun ollessa pahimmillaan.

Perheterapia

Yhden perheenjäsenen krooninen kipu koskee aina koko perhettä, jolloin perheterapia on yksi mahdollisuus vaikuttaa perheen sisäisiin suhteisiin.

Perheterapian tavoitteena on tuoda esiin uusia ajatuksia, näkökulmia ja erilaisia ongelmien ratkaisumahdollisuuksia. Perheterapiassa esiin tulleiden muutosehdotusten toteuttaminen on perheen omasta halusta kiinni.

Kipuryhmät

Krooniseen kipuun liittyy eristäytyminen ja siitä johtuva yksinäisyys.

Kipupotilaille tulisi suositella ryhmässä tapahtuvaa toimintaa, koska ryhmän tuella koetaan olevan suuri merkitys kuntoutua.

Ryhmässä tapahtuva toiminta:

- Vähentää yksinäisyyttä
- Tutustuttaa toisiin kipupotilaisiin
- Mahdollistaa kokemusten vaihdon, uusien selviytymiskeinojen ideoinnin sekä tuen ja vaihtoehtoisten ajattelutapojen saamisen
- Antaa toivoa ja uskoa kivun kanssa selviytymiseen
- Aktivoi kipupotilaan toimintakykyä
- Lisää tulevaisuuteen suuntautuneisuutta
- Auttaa realististen tavoitteiden asettamisessa

[Paluu alkuun](#)

Psykologinen hoito

Kivun hoidossa on yhtä tärkeää kivun kuin tunnetilojenkin hoito.

Psykologinen hoito perustuu enimmäkseen vuorovaikutukseen potilaan kanssa ja sillä pyritään vaikuttamaan kipuongelman kannalta keskeisiin psykologisiin tekijöihin ja seurauksiin.

Psykologisen kivunhoidon tavoitteina voidaan pitää toivottomuuden ja avuttomuuden tunteiden vähentämistä, huomion suuntaamista pois kivusta sekä tiedon lisäämistä kivun syntymekanismeista, olemuksesta, hoitomahdollisuuksista ja potilaan omista kivunhallintakeinoista.

[Paluu alkuun](#)

Rentoutuminen ja mielikuvaharjoitukset

Rentoutuminen

- Vähentää ahdistuneisuutta, lihasjännitystä, stressiä ja kivun voimakkuutta
- Lisää itsehallintaa ja riippumattomuutta
- Kohdistaa tietoisuuden pois kivusta jonkin tietyn asian, esimerkiksi toistettavan lauseen, sanan, hengityksen, mielikuvan tai toiminnan avulla
- Voidaan opettaa potilaalle yksilöhoidossa, mutta se soveltuu erinomaisesti myös ryhmähoidoksi

Rentoutusreaktion aikaansaamiseksi käytetään erilaisia tekniikoita.

Jännitysrentoutustekniikka

- Jännitetään ja rentoutetaan yksi lihasryhmä kerrallaan
- Tekniikan apuna voidaan käyttää esimerkiksi kirjastoista saatavia kasetteja, joissa on ohjeet rentoutumiseen

Hengitysharjoitukset

- Lisätään elimistön hapensaantia ja rentoudutaan
- Vaikutuksia voidaan tehostaa syvään hengittämällä ja yhdistämällä harjoituksiin musiikki tai lihasrentoutukset
- Syvähengitystä täydellisempi ja tehokkaampi tapa on palleahengitys
 - Tällöin keuhkot täytetään kokonaan sisäänhengityksen aikana ja pallea laskeutuu
 - Uloshengitysvaiheessa pallea ja rintakehä rentoutuvat, vatsa painuu sisään ja ilma virtaa ulos

Mielikuvaharjoitukset

- Voivat olla visuaalisia tai perustua muihin aisteihin
- Harjoituksilla potilas pyrkii syventämään rentoutustaan ja voittamaan kipuongelman käyttämällä luovasti mielikuvitustaan rentoutuen miellyttävässä ympäristössä, esimerkiksi kuvittelemalla kivun kehonsa ulkopuolelle
- Mielikuvia käytettäessä voidaan mielikuvia valita myös kivun vähentämiseksi, esimerkiksi, jos kipu on puristavaa, voidaan se ajatella vanteeksi, jota höllennetään

Rentoutumista ja keskittymistä voi harjoittaa muun muassa

- Laulamalla
- Radion tai musiikin kuuntelulla
 - Vaikka olisi kuinka väsynyt, on helppo kuunnella
 - Jos keino ei tunnu tarpeeksi tehokkaalta, voi yrittää hieroa kipeää paikkaa musiikin tahdissa tai vaihtaa musiikkia
- Lyömällä rytmiä esimerkiksi sormella

[Paluu alkuun](#)

Hypnoosi

Hypnoosia voidaan pitää menetelmänä ja olotilana, jossa keskittyneisyys ja rentoutuneisuus lisääntyvät. Dissosiaation eli kivuttomuuden tuottamisen avulla hypnoosin oletetaan lievittävän kipuja. Hypnoosin avulla voidaan aikaansaada tunnottomuutta, kivun voimakkuuden pienenemistä, kipukokemuksen muuntumista, kivun siirtymistä toiselle alueelle tai kipuun liittyvien tunteiden, esimerkiksi ahdistuksen lievittymistä.

Hypnoosissa voidaan käyttää rentoutumiseen tähtääviä menetelmiä, mutta itse hypnoosi ei vaadi rentoutumista. Hypnoosissa voi tulla esiin asioita, jotka ovat merkityksellisiä kivun kannalta, esimerkiksi kiputilaan liittyviä, unohtuneita muistijälkiä.

[Paluu alkuun](#)

Huumori

Krooninen kipu helposti vähentää huumorintajua, mutta monelle kipupotilaalle huumori on tärkeä hallintakeino ja sillä on vahva merkitys hyvinvoinnille. Krooniselle kipupotilaalle huumori voi tarjota uuden viitekehyksen, jolloin kivun sosiaalinen ja psyykinen taakka saattavat vähentyä. Osa potilaista kokee jaksavansa paremmin huumorin avulla.

[Paluu alkuun](#)

Asentohoito

Tavallisin hoitotyön auttamismenetelmä kivun vähentämiseksi on potilaan auttaminen tai ohjaaminen parhaaseen mahdolliseen asentoon ja asennon vaihtaminen potilaan toiveiden mukaisesti. Kipupotilaan omat kyvyt ja mahdollisuudet liikkua tulee huomioida.

Asentohoidolla voidaan pyrkiä:

- Estämään tai vähentämään kipuja
- Edistämään elintoimintoja
 - Erityisesti hengitystä ja verenkiertoa
- Estämään nivelten virheasentoja
- Estämään ihovaurioiden syntymistä

Asentohoidon apuna voidaan käyttää erilaisia tyynejä tai tukia helpottamaan potilaan oloa. Asennoissa tulee ottaa huomioon potilaan sairauden tai vamman aiheuttamat rajoitukset. Erilaisia asentoja ovat esimerkiksi selinmakuu, päinmakuu tai kylkimakuu.

[Paluu alkuun](#)

Fysikaaliset menetelmät

Kroonisten kiputilojen hoidossa käytetään erilaisia fysikaalisia menetelmiä osana hoitokokonaisuutta. Menetelmillä pyritään ensisijaisesti kuntouttamaan vaikuttamalla kivun säätelyyn ja kivun pitkäaikaisvaikutuksiin sekä korostamaan potilaan omaa aktiivisuutta. Potilasta tulisi kannustaa ottamaan itse vastuuta kuntoutumisestaan ja toimintakykynsä ylläpitämisestä tai parantamisesta.

Kipupotilailla tulisi olla myös mahdollisuus käyttää **erilaisia tukia** (lonkkaliivit, tukiliivit, polvituki, nilkkatuki, tukikaulus, ideaalaside) tai muita **apuvälineitä** helpottaakseen kuormitusta tai rauhoittaakseen kipeitä niveliä.

[Paluu alkuun](#)

Lämpöhoito

Lämpöhoidon vaikutukset

- Paikallinen/pinnallinen lämpötilan nousu
- Alueen verenkierron vilkastuminen
- Aineenvaihdunnan kiihtyminen
- Lihaksien rentoutuminen
- Pehmytosien ja nivelsiteiden venyvyyden lisääntyminen
- Kivun väheneminen
- Kipuvoiteen vaikutuksen tehostaminen

Lämpöhoitoa voidaan toteuttaa

- Kuumavesipullolla
- Lämpötyynyllä
- Lämpölampulla
- Lämpimään veteen kostutetulla pyyheliinalla tai upottamalla kipualue lämpimään veteen
 - Märkyys lisää lämmön voimakkuutta
- Useimmiten sauna tai lämpö ei sovi kipupotilaille, mutta sitä voidaan pitää kuitenkin yhtenä lämpöhoidon muotona

Vasta-aiheita

- Pintalämpöhoitoa ei tule käyttää iholla, jossa on menthol-voidetta tai öljyä
- Ei alueilla, jotka vuotavat, ovat tulehtuneet tai äskettäin loukkaantuneet
- Eikä alueille, joissa on metallisia proteeseja

Lämpöhoidon vaikutus on riippuvainen lämpötilasta, pinta-alasta sekä lämmön kestosta. Lämpöhoitoa voidaan pitää iholla 10–20 minuuttia tai kauemmin, kunhan iho ei ärsyynny. Lämpöhoidon kesto on riippuvainen potilaan subjektiivisista tuntemuksista. Lämpöhoitojen yhteydessä tulee olla varovainen, ettei polta ihoa, eikä käytä liian kuumaa pakkausta.

[Paluu alkuun](#)

Kylmähoito

Kylmähoidon vaikutukset

- Lievittää kipua
- Pienet verisuonet supistuvat
- Turvotus vähenee
- Kudosten aineenvaihdunta hidastuu
- Hermojen johtumisnopeus alenee
- Kipuimpulssit keskushermostoon vähenevät
- Vähentää ja laukaisee spastista lihasjännitystä

Kylmähoitoa voidaan toteuttaa

- Jääpalalla hieromalla
- Jääpakkauksilla
- Kylmäkalleilla
- Raajan upottamisella kylmävesialtaaseen tai kylmällä pyyhkeellä
 - Märkyys lisää kylmän voimakkuutta

Vasta-aiheita ovat ihoalueet, joissa on huono verenkierto tai joita hoidetaan sädehoidolla.

Kylmähoitoa voidaan toteuttaa kivuliaalla alueella 10–20 minuuttia tai kauemmin, kunhan se ei ärsytä ihoa. Kylmähoidon kesto on riippuvainen potilaan subjektiivisista tuntemuksista. Pakkaus tulee poistaa tai siirtää toiselle alueelle, jos iho tuntuu turtuneelta. Tulee muistaa, ettei palelluta ihoa. Sen vuoksi pakkaus ei saa olla jäinen vaan viileä ja se tulee suojata esimerkiksi pyyheliinalla. Kylmähoito helpottaa usein nopeammin ja enemmän kipua kuin kuuma ja vaikutus kestää kauemmin.

Huippukylmähoito

Yhtenä kylmähoidon muotona voidaan pitää huippukylmähoitoa, jota käytetään muun muassa tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa. Hoitoa toteutetaan altistamalla kipupotilas kylmälle 1-3 minuutin ajaksi 2-3 kertaa päivässä. Aluksi potilas on 15 sekuntia -10

asteisessa huoneessa. Tämän jälkeen hän siirtyy -60 asteisen huoneen kautta huippukylmähuoneeseen, jossa lämpötila on -110 astetta. Hoidon on osoitettu lievittävän kipuja noin 3-5 tunnin ajaksi.

Hoidon vasta-aiheita ovat muun muassa: vaikea sydän- ja verisuonisairaus, vaikea keuhkosairaus, kylmäallergia, vaikea valkosormisuus tai ihon laajat tuntohäiriöt.

Kylmä- ja lämpöhoidon vuorottelu

Oletettavasti kylmän ja kuumen käyttämisellä vuorotellen on parempi kivun lievitysteho kuin kummallakaan yksinään. Potilas voi kehittää oman rytminsä, ajanjakso voi olla sekunneista useisiin minuutteihin. Potilas voi esimerkiksi laittaa raajansa kahteen astiaan, joista toisessa on kylmää ja toisessa lämmintä vettä, ja vuorotella raajoja astiasta toiseen.

[Paluu alkuun](#)

Fyysinen harjoittelu

Hyvä fyysinen kunto auttaa hallitsemaan kipuoireita ja pitää yllä sosiaalisia kontakteja. On tärkeää liikkua kivun sallimissa rajoissa ja olla itse aktiivinen.

Fyysisen harjoittelun vaikutukset:

- Lisää liikelaajuuksia
- Parantaa lihasvoimaa, yleiskuntoa, ryhtiä ja liikkuvuutta
- Vähentää kipua sekä selkänikamiin ja välilevyihin kohdistuvaa räsitystä
- Ehkäisee vaurioita
- Stabiloi selkärankaa

Tavoitteisiin päästään intensiivisellä ja säännöllisellä harjoittelulla.

Säännöllinen liikunta tuo helpotusta kroonisesta kivusta kärsiville, joskus se saattaa jopa auttaa itse kivun aiheuttajaan. Esimerkiksi vesiliikunta, kävely,

jooga, tanssi, voimistelu, venyttely, pyöräily ja hiihto ovat hyviä liikuntamuotoja.

Potilaan fyysinen aktiivisuus riippuu kivun kestosta

- Krooninen kipu
 - fyysinen aktiivisuus tärkeää, koska liikkumattomuus saattaa johtaa lihasten surkastumiseen ja nivelten jäykkyyteen
- Akuutti kipu
 - suositetaan lepoa ja kivuliaan ruumiinosan käyttämättä jättämistä

Kroonisesta kivusta kärsivillä fyysistä aktiivisuutta saattavat estää vahvat kipulääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet. Fyysisen aktiivisuuden pelätään pahentavan kipuja.

[Paluu alkuun](#)

Hieronta ja kosketus

Hieronnan vaikutuksia

- Aktivoi kosketus- ja painetuntoa, jolloin se kilpailee kipuärsykkeen kanssa selkäytimessä ja näin lievittää kipua
- Vaikuttaa ihoon, hermoihin, lihaskudokseen ja heijastemekanismien kautta myös sisäelimiin
- Verenkierron ja imunesteen kierron paraneminen
- Lisäksi fyysisellä kosketuksella on suuri merkitys

Hieronta tapahtuu käsin, koneella tai vesisuihkulla käsittelemällä pehmytkudoksia järjestelmällisesti. Hieronta voi kestää esimerkiksi muutaman minuutin, jolloin tulee käyttää iholla lämmintä liukastetta (rasva). Hieronnassa voidaan käyttää erityyppisiä otteita, kuten pehmeitä, pitkiä, hitaita vetoja ja sivelyjä sekä kokeilla eri painoasteita.

Kosketus

Hieronnan vaikutus perustuu pitkälti toisen ihmisen läheisyyteen ja kosketukseen.

Kosketus

- On kahden ihmisen välinen vuorovaikutustapahtuma
- Yleensä sanatonta viestintää
- Voi kertoa enemmän kuin sanat
- Sen avulla voidaan vahvistaa sanallista viestiä
- Vaatii hyväksyntää
 - voidaan kokea joko miellyttävänä tai epämiellyttävänä
- Lisää endorfiinien eritystä
 - kipu vähenee ja hyvinvointitunne lisääntyy samalla vähentäen ahdistusta
- Auttaa hoitosuhteen muodostumisessa

Hoitotyössä kosketus yleensä liittyy hoitotoimenpiteisiin, mutta lisäksi hoitohenkilökunnan olisi hyvä myös työssään kiinnittää huomiota tunteita ilmaisevaan kosketukseen. Kosketuksen kautta hoitaja voi välittää potilaalle empaattisuuttaan ja auttamishaluaan. Hoitaja voi esimerkiksi hieroa potilaan olkapäitä, selkää, jalkoja tai käsiä.

[Paluu alkuun](#)

Lymfaterapia

Lymfaterapian päätehtävä on elvyttää imusuonten toimintaa kevyin ottein. Otteet ovat tasaisia, rytmisiä ja pumppaavia noudattaen imusuonten omaa supistustoimintaa.

Imusuoniston kuljetuskyvyn kasvaessa kudoksissa ja solujen välitilassa oleva nestekuorma sekä valkuaisaineet pääsevät pois kudoksesta ja turvotukset laskevat ja tämä puolestaan helpottaa kipua sekä edistää paranemista. Hoitoon kuuluvat myös kompressiosidokset, liike- ja

ihonhoito.

Lymfaterapia vaatii kohtalaisen pitkiä hoitoaikoja ja hoitajaksoja. Terapian kesto ja terapiatiheys riippuvat muun muassa sairaudesta/vammasta, potilaan iästä, potilaan yleiskunnosta sekä hoitoalueen laajuudesta. Keskimääräinen hoitoaika on yksi tunti.

Käyttöaiheita

- Turvotukset
- Vammat
- Säärihaavat
- Kroonisista sairauksista reuma, fibromyalgia ja nivelkulumat

Vasta-aiheita

- Akuutti infektio
- Syvä laskimotukos
- Sydämen vajaatoiminta
- Pahanlaatuiset kasvaimet, joiden hoito on kesken

[Paluu alkuun](#)

Vyöhyketerapia

Vyöhyketerapian perusperiaatteena on, että koko keho heijastuu pienoiskoossa muun muassa jalkapohjiin. Vyöhyketerapia perustuu jalkapohjissa ja koko keholla oleviin heijasteisiin sekä toimintapisteisiin ja energiakanaviin. Tietyn vyöhykkeen ärsyttäminen jalkapohjassa saa aikaan fysiologisia muutoksia samassa vyöhykkeessä muualla kehossa. Kivunhoidossa vyöhyketerapian vaikutus perustuu elimistön endorfiinien tuotannon aktivoitumiseen.

Kudosta painetaan voimakkaasti sormilla tai peukalolla pyörittävällä liikkeellä. Pisteiden painaminen voi tuottaa kipua, mutta lopputulos on silti rentouttava. Terapia rentouttaa, lievittää stressiä, vähentää kipua ja auttaa

suoliston häiriötiloissa Hoito kestää noin tunnin.

Hoitoa ei suositella syöpä-, elinsiirto- tai sydänpotilaille.

[Paluu alkuun](#)

Transkutaaninen hermostimulaatio eli TNS-hoito

TNS-hoito on halpaa ja yksinkertaista toteuttaa. Lisäksi komplikaatiot ja sivuvaikutukset ovat vähäisiä.

Hoitoa toteutetaan antamalla sähköimpulsseja patterikäyttöisellä laitteella. Ihoelektrodit asetetaan yleensä kiputilan mukaan joko kipualueelle tai lähelle sitä. Impulssit ärsyttävät kosketushermopäätteitä ja estävät kipuärsykkeiden etenemisen selkäytimestä aivoihin. Potilaalle impulssit ovat kivuttomia. Ne voivat tuntua värinästä tai pieninä lihasnykäyksinä.

Laitteeseen sopivat säädöt etsitään yhdessä fysioterapeutin kanssa. Potilasta olisi hyvä motivoida varsinkin hoidon alkuvaiheessa pitämään kipupäiväkirjaa, jotta voidaan seurata hoidon vaikutusta. Hoitomenetelmää voi hyvin käyttää myös itsenäisesti kotona.

Vasta-aiheita

- Raskaus
- Sydämentahdistin
- Paikallinen ihorikko
- Ihon tunnottomuus
- Vaikea epilepsia

[Paluu alkuun](#)

Akupunktuuri

Akupunktuuri on stimulaatiohoito. Sen uskotaan vaikuttavan porttikontrolliteorian mukaisesti.

Eniten akupunktuurista on hyötyä tuki- ja liikuntaelimestön kiputiloissa. Tyypillisimmin hoidosta haetaan apua myofaskiaalisiin kiputiloihin, kuten niska- ja päänsärkyihin sekä lanneselän kipuihin, artroosi- ja jänneisertiokipuihin sekä migreeniin. Akupunktuurista ei ole todettu olevan apua neuropaattiseen ja psykogeeniseen kipuun. Myöskään syöpätauteihin liittyvää vaikeaa kipua ei kannata yrittää helpottaa akupunktuurilla. Hoitoa toteutetaan ihon läpi akupunktuuripisteisiin pistettyjen neulojen avulla. Neulojen vaikutusta voidaan tehostaa mekaanisella manipulaatiolla, lämmöllä tai sähkövirralla. Hoito kestää 15–30 minuuttia kerrallaan ja se tulisi toistaa 10–15 hoitokerran sarjoina 1-7 päivän välein kipujen mukaan. Hoidon antajalta edellytetään koulutus.

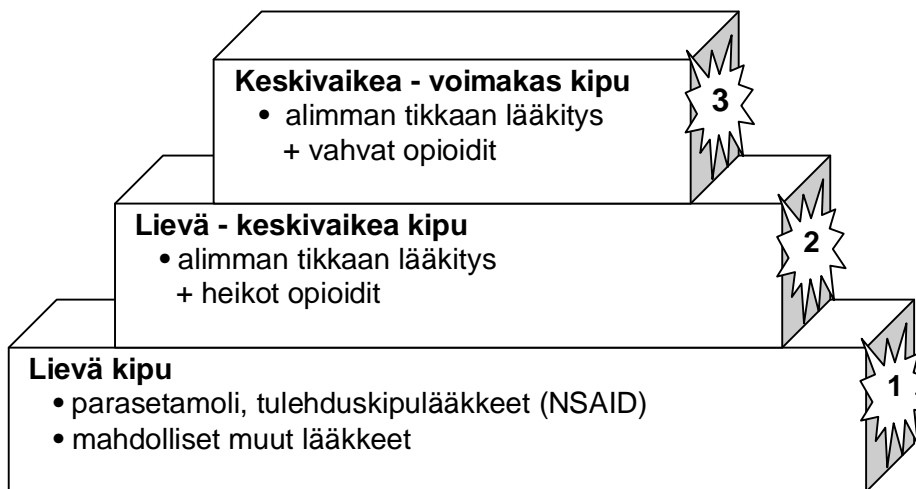
[Paluu alkuun](#)

Kroonisen kivun lääkehoidon periaatteet

Kipulääkkeet ovat kivunhoidon tukipilari. Jokaiselle kipupotilaalle suunnitellaan erikseen yksilöllinen kroonisen kivun lääkehoito. Lääkehoidon tulee kohdistua ensisijaisesti kivun aiheuttajaan. Aina se ei kuitenkaan ole mahdollista, sillä kivun syytä ei välttämättä ole saatu selville.

Potilaan tulisi tietää todelliset perusteet lääkkeiden käytölle ja olla tietoinen niiden vaikutuksista, fyysisen riippuvuuden mahdollisuudesta ja vieroitusoireista äkillisessä lopettamisessa. Useimpien kiputilojen paras hoito on kipulääkkeiden ja ei-lääkkeellisten menetelmien yhdistelmä. Hoitajan tulee selventää potilaalle ei-lääkkeellisten ja lääkkeellisten hoitojen suhde.

Maailmanterveysjärjestö WHO on kehittänyt kipulääketikkaat. Tikkaat perustuvat kivun voimakkuuden mukaan valittavaan kipulääkitykseen.



NSAID-lääkkeet ja parasetamoli yhdessä opioidien kanssa sallivat pienemmän opioidiannoksen käyttämisen ja pienemmät annokset vähentävät sivuvaikutuksia pitkällä aikavälillä. Yleinen virhe on, että lisättäessä opioidit jätetään tavalliset kipulääkkeet kivunhoidon ulkopuolelle.

Keskimmäisen ja ylimmän tikkaan välillä ero johtuu erilaisten opioidien käytöstä. Opioidien käytössä siirrytään asteittain miedoista teholtaan vahvempiin valmisteisiin. Yleensä lievästä keskivaikeaan kipuun käytetään heikkoja, suun kautta otettavia opioideja yhdistettynä tavallisiin kipulääkkeisiin. Voimakkaampaan kipuun käytetään vahvempia opioideja muiden lääkkeenantotapojen keinoin.

Lisäksi kivun lääkehoidossa voidaan käyttää esimerkiksi **puudutuksia** ja **kipupumppuja**. Puudutusaineet ehkäisevät sähköimpulssin kulkua, jolloin kipuaistimus estyy. Puudutteita voidaan annostella muun muassa lihaksiin, niveliin, perifeeristen hermojen läheisyyteen, hermopunostukseen sekä epiduraalitalaan tai spinaalitalan läheisyyteen. Niitä käytetään itse kivun hoitoon sekä mahdollistamaan fysioterapian toteuttamisen.

Kipupumpuilla voidaan annostella lääkettä suonensisäisesti, spinaalisesti tai ihon alle asennettuna. Kipupumpun avulla potilas voi annostella kipulääkettä myös itse lääkärin määräämien säätöjen mukaan.

Kroonista kipua hoidetaan eri tavoin kuin akuuttia kipua ja kroonisen kivun pahenemisvaiheita.

[Paluu alkuun](#)



- ▶ [Kroonisen kivun hoitotyö](#)
 - ◆ [Hoitaja kivunhoidon toteuttajana](#)
 - ◆ [Kivun arviointi](#)
 - ◆ [Kivun kirjaaminen](#)
 - ◆ [Potilasohjaus](#)
 - ◆ [Yhteiskunnan järjestämä tuki kipupotilaalle -
kipuklinikat](#)
 - ◆ [Kivun hoitotyön ongelmia](#)

Kroonisen kivun hoitotyö

On moniammatillista ryhmätyötä, jossa potilas on tärkein jäsen kipunsa parhaana asiantuntijana. Kivunhoidon onnistuminen edellyttää potilaan aktiivista osallistumista omaan hoitoonsa sekä sopeutumista krooniseen kipuun. Tämä vaatii potilaalta riittävää tietoa kivustaan, sen hoidosta ja hallinnasta.

Tärkeintä on hoidon jatkuvuus ja keskittyminen yhteen toimipisteeseen, jolloin hoitosuhteesta tulisi mahdollisimman yhtenäinen ja hoito olisi kokonaisvaltaista.

Hoidolla ei välttämättä saada aikaan täydellistä kivuttomuutta. Kivun parantaminen on sitä vaikeampaa mitä pitkäaikaisemmasta ja komplisoituneemmasta kiputilasta on kysymys. Tällöin pitää keskittyä potilaan elämänlaadun parantamiseen tai ylläpitämiseen.

[Paluu alkuun](#)

Hoitaja kivunhoidon toteuttajana

Hoitaja

- Edistää kipupotilaan yksilöllistä hyvää oloa
- Auttaa potilasta selviytymään kivusta kuntouttavalla työotteella
- Helpottaa tai ainakin lievittää potilaan kipua

Hoitajan tulee

- Aistia ja ymmärtää potilaan kivut moniulotteisena kokonaisuutena
- Tuntea kokonaiskipuun liittyvät tekijät ymmärtääkseen kivun eri vaikutukset
 - fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen, hengellinen ja yhteisöllinen kipu sekä aiemmat kipukokemukset ja kulttuuri
- Valita kuhunkin tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamismenetelmät
 - arvioida niiden toteutumista
- Hallita riittävät tiedot ja taidot kipusairauksista, eri kiputyypeistä, kivun hoitomenetelmistä ja kipulääkkeistä
- Työskennellä itsenäisesti
- Olla halukas toimimaan yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi
- Kannustaa ja rohkaista potilasta vahvistamaan omia voimavarojaan
 - Voimavarojen vahvistamiseksi hoitajan tulee tuntea potilas, hänen tietonsa, taitonsa, kykynsä ja resurssinsa toimia
- Kuunnella, osoittaa myötätuntoa ja suhtautua vakavasti potilaan kipuun
- Olla keskeinen koordinoija hoitojen ja tiedonkulun välillä
- Luoda hyväksyttävä ja luottamuksellinen ilmapiiri

Hoitaja voi pyrkiä aktivoimaan potilasta **motivoivan haastattelun** keinoin. Haastattelun ideana on käyttää avoimia kysymyksiä ja välttää kysymyksiä, joihin potilas voi vastata vain yhdellä sanalla. Avoimet kysymykset lisäävät potilaan omaa pohdintaa, mikä voi auttaa häntä ymmärtämään tunnereaktioitaan, kohtaamaan ongelmiaan ja avartamaan elämys- ja ilmaisukykyään.

Monesti kipupotilaille tunne-elämän ongelmista keskusteleminen voi olla vaikeaa. Hoitosuhde voi joutua koetukselle pettymyksien ilmaantuessa, esimerkiksi silloin, kun lukuisat hoitoyritykset ovat tuloksettomia.

[Paluu alkuun](#)

Kivun arviointi

Kivun arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän kivunhoidon lähtökohtia, joilla varmistetaan hoidon jatkuvuus. Kivun mittaamisella pyritään määrittelemään kivun voimakkuutta, joka on hyvin subjektiivista. Kivun mittaaminen tulisi tapahtua yksilöllisesti potilaskohtaisilla mittareilla, joiden tulisi olla yhteisesti sovittuja ja aina samoja. Näin taataan potilaalle hänen tarpeitaan parhaiten vastaava kivunhoito.

Kivun arvioinnissa huomioitavaa

- Potilaan aikaisemman kipuhistorian selvittäminen
 - aikaisemmat kipukokemukset, joiden avulla pystytään arvioimaan paremmin tämänhetkistä kipua
- Kivun arvioinnin tulee tapahtua hoitajan aloitteesta
- Potilaan kipua on arvioitava uudelleen niin kauan kuin hänellä on kipua
 - Erityisen tärkeää silloin, kun kipu ei ole hallinnassa
 - Potilas on saattanut muuttaa hoitonsa tavoitteita kertomatta siitä hoitohenkilökunnalle
- Erilaiset kivun arvioinnin mittarit kivun subjektiivisen voimakkuuden arviointiin
 - Myös potilaan mielialaa, fyysistä toimintakykyä ja kivun vaikutuksia tulee tarkkailla ja arvioida
- Potilaan oma kertomus kivustaan ja hänen tekemänsä kipupiirros
- Hoitaja ei koskaan saa vertailla eri potilaiden kipukokemuksia toisiinsa
- Kivun kokonaisvaltainen vaikutus potilaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun

- Tarvittaessa eri asiantuntijoiden konsultointi

Kroonisen kivunhoidon vaikutuksia voidaan arvioida hoidon tavoitteiden perusteella. Potilaan ei tule arvioida hoidon vaikutuksia heti sen päätyttyä, koska pitkään jatkuneen hoidon tulokset ovat havaittavissa vasta kuukausien tai vuosien päästä.

[Paluu alkuun](#)

Kivun kirjaaminen

Kivun kirjaaminen on kivun arvioinnin lisäksi yksi hyvän kivunhoidon lähtökohta.

Kirjaamisessa huomioitavaa

- Säännöllisyys kivun arvioinnin perusteella
- Yksilöllisyys ja laadukkuus
 - Potilaan omien ajatusten kirjaaminen, koska ne ilmaisevat tilannetta paremmin kuin vain sarja kipua kuvaavia sanoja
- Hoidolliset ongelmat
- Hoitotyön tavoitteet ja saavutetut tulokset

Hyvällä **hoitosuunnitelmalla** pystytään vaikuttamaan kivun hoitotyön toteuttamiseen.

Hoitosuunnitelmaan olisi hyvä kirjata

- Miten hoito kokonaisuutena aiotaan toteuttaa
- Mitä arviointimenetelmiä käytetään
- Miten kivusta kirjataan ja raportoidaan
- Miten kivunhoidon ja hoitotyön onnistumista arvioidaan
- Erillinen kohta kivulle, johon kirjataan kaikki kipuun ja kivunhoitoon liittyvät asiat
 - Kipuun liittyvät ongelmat (ei kipua/kipua)
 - Kipuanamneesi (missä, milloin, miltä tuntuu, voimakkuus)

- Kivun määrittely (tyyppi, aiheuttaja)
- Toimenpiteet
- Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi on tärkeää, että esimerkiksi potilaan saamat kipulääkkeet, niiden vaikutukset ja tarvittaessa määrätty kivunhoito on asiallisesti kirjattu

Paluu alkuun

Potilasohjaus

Potilasohjauksella pyritään lisäämään potilaan mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa ja hoidon vaikuttavuuden arviointiin.

Ohjauksen tulee olla

- Yksilöllistä
 - sisältö ja tavoitteet määräytyvät potilaslähtöisesti ja rakentuvat lopulliseen muotoonsa vasta ohjaussuhteessa.
- Vastavuoroinen vuorovaikutustapahtuma
 - ei saa olla pelkästään neuvojen antamista eikä kaavamaista oppaan läpikäymistä
- Suullista ja kirjallista
 - ohjeiden tulee olla yhdenmukaisia

Hoitajan tulee suunnitella ja valmistella ohjaustilanne etukäteen sen onnistumiseksi. Ohjauksen ajankohtaa valittaessa tulee ottaa huomioon potilaan kyky vastaanottaa uutta tietoa. Osaston ja sairaalan rutiinit eivät saa estää ohjauksen toteuttamista. Taustatietojen selvittelyn avulla hoitaja voi ohjauksessa välttää potilaalle tuttujen asioiden toistamisen. Hoitaja voi myös omalla käyttäytymisellään ja nonverbaalisilla viesteillään vaikuttaa ohjaustilanteen onnistumiseen.

Päästäkseen hyvään kivunhoitoon potilas tarvitsee riittävästi ohjausta. Ohjauksen tarkoitus on pyrkiä syventämään potilaan ymmärrystä käsiteltävästä asiasta ja saada hänet sisäistämään saamansa tieto.

Ohjauksen tulisi sisältää tietoa

- Kivusta
- Kipuun vaikuttavista tekijöistä
- Hoidoista ja käytettävissä olevista hoitomenetelmistä
- Erilaisista itsehoitokeinoista ja vertaistukiryhmistä
- Potilaan mahdollisuuksista vaikuttaa hoitoonsa
- Miten saada lisätietoa haluamistaan asioista

Kipujen vuoksi kyky vastaanottaa tietoa saattaa olla rajallinen. Lisäksi potilaan oppimiskyky ja motivaatio vaikuttavat paljon ohjauksen onnistumiseen. Potilasta tulisi rohkaista kysymään epäselväksi jääneitä asioita. Jos potilaan sairaus tai muu vastaava tilanne estää hänen mahdollisuutensa ymmärtää annettuja ohjeita, ohjeet tulee antaa myös hänen omaisilleen tai muulle jatkohoidosta huolehtivalle henkilölle. Tässä tilanteessa kirjalliset potilasohjeet ovat erityisen hyviä.

Hoitaja voi myös kohdata tilanteita, joissa potilaan on hyvin vaikea hyväksyä sairauttaan, jonka vuoksi hän voi kieltäytyä ohjauksesta. Tällöin hoitajan tulee erityisesti kunnioittaa potilaan yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta.

Ohjauksen onnistumista arvioidaan potilaan saamien tietojen ja lisääntyneiden taitojen sekä tavoitteiden toteutumisen perusteella. Palautteen antaminen potilaalle hänen kehitymisestään ja oppimisestaan on tärkeää.

[Paluu alkuun](#)

Kipuklinikat

Kipuklinikat ovat kroonisen kivunhoitoon erikoistuneita yksiköitä, jotka toimivat polikliinisesti tai vuodeosastomaisesti. Kipupotilaan kokonaishoidon vastuu kuuluu moniammatilliselle kipuklinikalle, joka vastaa vaikeiden kiputilojen diagnostiikasta, hoidosta, psykososiaalisten tekijöiden arvioinnista, hoitomuotojen järjestelmällisestä kokeilusta sekä fyysisestä ja psyykkisestä kuntoutuksesta.

Useimmilla kipupoliklinikan potilailla on havaittu yhteisiä piirteitä. Tällaisia ovat esimerkiksi masentuneisuus, unettomuus, ruumiintoimintojen tarkkailu, liioiteltu huomion kiinnittäminen somaattisiin oireisiin, väsymys, vähäinen sosiaalinen aktiivisuus ja libidon heikkous sekä muiden elämänongelmien kieltäminen.

[Paluu alkuun](#)

Kivun hoitotyön ongelmia

- Hoitotyöntekijöiden kiire
 - Eivät välttämättä ehdi kuunnella potilaidensa kiputunteuksia
- Potilaat ovat haluttomia kertomaan kivuistaan tai salaavat kipunsa kokonaan
 - Hoitotyöntekijä saattaa virheellisesti kirjata, että ”ei kipua”
- Potilaat saattavat odottaa, että kipu voimistuu todella kovaksi ennen kuin pyytävät lääkettä
- Potilaat puhuvat paljon kivuistaan
 - Heidät mielletään helposti valittajiksi tai huomionhakuiksi
- Hoitotyöntekijöiden välinpitämätön ja vähättelevä asennoituminen
 - Esimerkiksi ei pidetä potilaan kipua todellisena
- Moniammatillisen työryhmän jäsenten välinen yhteistyön puute
- Hoitohenkilökunnan kivunhoidon tavoitteiden vastainen toiminta

- Hoitohenkilökunnan harhakäsitykset
 - Esimerkiksi voidaan ajatella, että krooninen kipu ei ole yhtä ankaraa kuin akuutti kipu
- Puutteelliset tiedot kivun arvioinnista ja hoitomuodoista
- Lääkehoidon toteuttaminen
 - Esimerkiksi, jos hoitaja antaa lumelääkettä kipulääkkeen sijaan analysoidakseen onko potilaan kipu oikeaa
- Hoitohenkilökunnan työssäjaksaminen
 - Hoitajat saattavat tuntea ahdistusta ja kuormittua hoitaessaan jatkuvasta kivusta kärsiviä potilaita
 - Hoitajien ahdistusta saattaa lisätä, etteivät he pysty näkemään työnsä tuloksia kroonisen kivun hoidossa, kuten esimerkiksi korkean verenpaineen hoidon tuloksena on nähtävissä verenpaineen lasku
 - Hoitajat saattavat etäännyttää itsensä potilaasta tai epäillä potilaan kertomusta kivustaan