

Opinnäytetyö (AMK)
Sairaanhoitaja koulutus
2020

Kujala Katri

NEUROPAATTISEN KIVUN LÄÄKKEETÖN HOITO

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitaja koulutus

kevät 2020 | 24 sivua

Tekijä Kujala Katri

NEUROPAATTISEN KIVUN LÄÄKKEETÖN HOITO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa neuropaattisen kivun lääkkeettömiä hoitokeinoja. Tavoitteena on antaa potilaille tietoa, miten he pystyvät helpottamaan omaa arkeaan neuropaattisen kivun kanssa elämisessä. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS kipuklinikka.

Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Lähdeaineisto on tutkittuun tietoon perustuvista hoito- ja lääketieteen tietokannoista, luotettavista potilas oppaista kirjoista ja luotettavista internetsivustoista kasattua tietoa.

Tuloksissa on nähtävissä lukuisat lääkkeettömät hoitokeinot, joilla Suomessa potilaat voivat käyttää. Pelkästään lääkehoito ei yksin auta neuropaattisesta kivusta kärsivien potilaiden kiputiloja, vaan yhdessä lääkehoito ja lääkkeetön hoito auttavat kipupotilaita selviytymään arjesta ja kipupotilaat pystyvät elämään normaalia arkielämää. Neuropaattisen kivun hoidossa on tärkeää se, että potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on toimiva ja luotettava hoitokontakti.

Neuropaattinen kipu on lisääntynyt ja tästä syystä on tärkeää jakaa tietoa, miten neuropaattista kipua kärsivät potilaat voivat saada helpotusta kiputiloihinsa ja näin ollen pystyvät tekemään työtä ja toimimaan arjessa samalla tavalla kuin ennen. Eikä kipu rajoita potilaiden päivittäistä elämistä ja tekemistä.

Tuloksissa on nähtävissä monta erilaista lääkkeetöntä keinoa hoitaa neuropaattista kipua. Riittäväällä unella, liikunnalla ja ravinnolla on suuri vaikutus kivun hoidossa. Nämä asiat, kun ovat kunnossa, neuropaattisen kivun kanssa pystyy elämään helpommin.

ASIASANAT:

Neuropaattinen kipu, lääkkeetön hoitotyö, krooninen kipu

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing

Spring 2020 | 24 of pages

Author Katri Kujala

NON MEDICINES TREATMENT OF NEUROPATHIC PAIN

The purpose of this thesis was to elucidate the non medicines methods of treatment for neuropathic pain. The goal was to give patients information about how they are able to facilitate their own everyday living with neuropathic pain. This thesis was commissioned by the Hospital District of Southwest Finland, TYKS Pain Clinic.

The thesis was carried out as a narrative literary review. The source material is from research-based medical databases, reliable patient op-baked books and reliable internet sites.

The results show a number of medicine-free therapies that patients in Finland can use. Drug therapy alone does not help the pain conditions of patients suffering from neuropathic pains, but together drug therapy and non-drug therapy help pain patients self-discharge from everyday life and pain patients are able to live normal daily life. In the treatment of neuropathic pain, it is important to have functional and reliable treatment contact between the patient and the medical staff.

Neuropathic pain has increased and for this reason it is important to share information on how patients suffering from neuropathic pain can get relief from their pain states and therefore be able to work and act in everyday life in the same way as before. And pain doesn't restrict patients' lives.

Many different drug-free ways to treat neuropathic pain are shown in the results. Adequate sleep, physical activity and nutrition have a great effect on the treatment of pain. These things, when they are okay, neuropathic with pain is able to live more easily.

KEYWORDS:

neuropathic pain, medicamentless nursing, chronic pain

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 KROONINEN KIPU JA LÄÄKEHOITO	6
2.1 Lääkehoito	6
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	9
4.1 Menetelmä	9
4.2 Aineiston keruu	10
4.3 Aineiston analyysi	10
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	12
5.1 Neuropaattinen kipu	12
5.2 Lääkkeetön hoito	14
5.2.1 Puudutukset	14
5.2.4 Psykologiset menetelmät	19
5.2.5 Ravitsemus	20
5.2.6 Uni	21
5.2.7 Liikunta	22
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	23
7 POHDINTA	25
LÄHTEET	26

1 JOHDANTO

Suomalaisista aikuisista on kärsinyt 35% vähintään 3 kuukautta kestävästä kivusta, päivittäin kroonisen kivun esiintyvyys on 14%. Neuropaattisen kivun esiintyvyys on oireiden perusteella noin 6-8%. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla kivun vuoksi käyneitä on noin 40% (Kipu: Käypä hoito- suositus,2015). Neuropaattisesta kivusta kärsii yhä useampi, mutta tarkkaa tilastoa on vaikea laatia, koska neuropaattisen kivun diagnosointi on vaikeaa, sekä vaatii runsaasti eri tutkimuksia. Neuropaattinen kipu on toiselta nimeltään hermovauriokipu ja se kuuluu kroonisen kivunluokkaan. Kroonista kipua voidaan pitää kansantautina ja sen aiheuttamat kustannukset terveydenhuollon menoina ovat miljardeja euroja vuodessa (Granström 2010).

Opinnäytetyö on tehty Turun yliopistollisen keskussairaalan kipuklinikan sairaanhoitajan pyynnöstä ja omasta mielenkiinnosta neuropaattisen kivun hoitoon. Asia on ajankohtainen, koska neuropaattisesta kivusta on alettu puhumaan enemmän. Opinnäytetyössä käydään läpi mitä vaihtoehtoisia hoitoja potilaille on neuropaattisen kivun hoidossa.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa neuropaattisen kivun lääkkeettömiä hoitoja sekä antaa potilaille tietoa erilaisista hoitomuodoista, joita he voivat hyödyntää arjessa pärjätäkseen kivun kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, millaisia hoitokeinoja on tarjolla potilaille, jotka kärsivät neuropaattisesta kivusta.

2 KROONINEN KIPU JA LÄÄKEHOITO

Krooninen kipu tarkoittaa kipua, joka on kestänyt yli kuusi kuukautta tai sitä, että kipua tuottava sairaus jatkuu. Kipu voi kroonistua nopeasti, jonka vuoksi aikarajaa sille, milloin kipu luokitellaan krooniseksi on vaikea asettaa. Krooninen kipu luokitellaan kudsvauriokipuun eli nosiseptiseen kipuun, hermovauriokipuun eli neuropaattiseen kipuun, mekanismeiltaan tuntemattomaan eli idiopaattiseen kipuun ja psyykkisiin mekanismein selittyvään eli psykogeeniseen kipuun. Pitkäaikainen kipu voi johtua kudsvauriosta tai vauriosta hermojärjestelmässä. Joskus kivun tyyppiä ei pystytä täysin tunnistamaan. Tuki- ja liikuntaelinsairaukset ovat suurin vaikuttava tekijä kroonisessa kivussa. Suomalaisista kolme neljästä yli 30-vuotiaasta on kärsinyt elämänsä aikana ainakin kerran selkäkipujaksosta. Iskiaskivusta on kärsinyt lähes 40 prosenttia suomalaisista aikuisista. (Haanpää M. 2019).

Suomessa käytettiin kymmenen vuotta sitten noin kolme miljoonaa sairauspäivärahopäivää selkäkivun ja -sairauksien vuoksi. Selkäsairauksien vuoksi eläkkeellä vuoden 2011 lopussa oli 30 050 henkilöä. Eläkekustannuksia vuonna 2011 selkäsairauksien vuoksi 349 miljoonaa euroa. Hermovauriokivun esiintyvyydestä ei ole tarkkaa tietoa, ainoastaan arvioita, joiden mukaan väestöstä hermovauriokivusta kärsii arvion perusteella prosentista kahteen prosenttiin. Hermovaurio ei ole ainoastaan vanhojen ihmisten vaiva vaan puolet potilaista, jotka kärsivät hermovaurioista ovat alle 60-vuotiaita. Lapsilla se on harvinaista. Kirurgisten toimenpiteiden jälkeen hermovauriokipuja saattaa esiintyä. Henkilöille, joille on tehty nivustyräleikkaus, rintasyöpäleikkaus tai amputaatio akuutti toimenpide, kiputila pitkittyy noin 10-15 prosentilla potilaista (Haanpää M. 2019).

2.1 Lääkehoito

Lääkehoito on yksi neuropaattisen kivun hoidosta, mutta pelkästään lääkkeillä kivun lievitys on harvinaista. Lääkehoitoa käytetään muiden hoitokeinojen kanssa. Yksi tietty lääke ei sovi kaikille, vaan kun potilaiden vaste on kaikilla eri, joudutaan tekemään lääkekokeiluja. Jotta löydetään oikea lääke, auttamaan kivun hoidossa. Lääkkeillä pyritään vähentämään kipua (Terveyskylä, 2019.)

Lääkkeinä käytetään muun muassa näitä: Trisykliset masennuskipulääkkeet (esim. Amitriptyliini, Nortriptyliini), SNRI-ryhmän masennuskipulääkkeet (esim. Venlafaksiini,

duloksetiini), Gabapentinoidit eli gabapentiini ja pregabaliini, Opioidit (tramadoli ja vahvat opioidit), Kapsaisiini sekä kannabis eli Sativex (Nyman & Mäkinen 2019). Vanhuksille tai lääkeherkille kipulääkkeenä voidaan kokeilla lidokaiinia. Myöskin tramadolia voidaan käyttää kivunhoidossa. Jos yhdellä lääkkeellä ei saada tarpeeksi apua, voidaan yhdistellä erilääkkeitä (Kalso ym. 2018, 336-337).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa neuropaattisen kivun lääkkeettömiä hoitoja ja tavoitteena antaa keinoja, jonka avulla potilaat saavat tietoa, miten he voivat auttaa itseään pärjäämään arjessa jatkuvan kivun kanssa.

Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä on neuropaattinen kipu?
2. Millaisilla keinoilla voidaan helpottaa potilaiden kiputiloja ilman lääkkeitä?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Menetelmä

Tämä opinnäytetyön menetelmänä oli kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus kuuluu kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen metodien yhdistelmään. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää teoriaa, joka on olemassa sekä luoda uutta teoriaa. (Salminen 2011, 3-4). Kirjallisuuskatsauksesta on olemassa kolme eri tyyppiä, kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi (Salminen 2011,6; Ferrari 2015,230). Tässä opinnäytetyössä on käytetty narratiivista kirjallisuuskatsausta. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on tietyn aihepiirin aiemmin tehdyistä tutkimuksista tehty tiivistelmä. (Salminen 2011,9; Ferrari 2015,231). Opinnäytetyö toteutetaan narratiivisena kirjallisuuskatsauksena.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on kaksi eri muotoa, narratiivinen ja integroiva (Salminen 2011,6.) Kirjallisuuskatsauksen lisäksi on tarkoitus tehdä opas potilaille erilaisista hoitomuodoista. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pohjautuu tutkimuskysymyksiin ja toteuttaa valitun aineiston perusteella kuvailevan vastauksen. Tutkijalta vaaditaan kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa syvällistä perehtymistä menetelmään, jotta sillä saadaan aikaan luotettavaa tietoa. Perehtymisen vaiheita ovat tutkimuskysymyksiä muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen sekä tuotetun tuloksen tarkastaminen. (Kangasniemi ym. 2013, 291,298).

Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa on kolme toteutustapaa, jotka ovat yleiskatsaus, kommentoiva sekä tutkimuksellinen. Tässä opinnäytetyössä toteuttamistapana on yleiskatsaus. Toimintatavoista yleiskatsaus on laajin ja sen tarkoitus on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia (Salminen 2011,7.) Narratiivisen katsauksen kautta hankittu tutkimustieto ei ole käynyt läpi erityisen systemaattista seula (Salminen 2011,7; Nusrat, J ym.2016,2.) Vaikka kuvaileva kirjallisuuskatsaus on kokonaisuudessaan kirjallisuusperusteinen, on keskeistä tuotetun tuloksen pohdinta. Katsauksen tuottamat keskeiset tutkimuskysymykset kootaan ja tiivistetään sekä niitä tarkastellaan suhteessa laajempaan käsitteelliseen, yhteiskunnalliseen tai teoreettiseen kontekstiin. (Kangasniemi ym. 2013,297.)

Aihe rajattiin neuropaattisen kivun lääkkeettömään hoitoon. Työhön ei sisällytetä haastatteluja tai kyselyitä potilailta tai hoitohenkilökunnalta. Työ tehdään sairaanhoitajan

näkökulmasta. Työssä käytetään sanaa potilas, koska sana kuvaa henkilöä, joka on sairastunut pysyvästi tai tilapäisesti. (Ratnapalan 209,472; Mäkelä 2015,21).

4.2 Aineiston keruu

Aineistoa alettiin keräämään tekemällä täsmäisku kirjastoon sekä kirjallisuushakuja. Tietokannat, joita aineiston keruuseen on käytetty ovat: Cinabl, Medic, Medline ja Pubmed.

Lisäksi käytetään useita kirjalliahteita. Aineiston keruussa käytetään kieliä suomi ja englanti. Lähteet on rajattu pääsääntöisesti kymmenen vuoden sisälle, vuodesta 2008 vuoteen 2020. Hakusanoja ovat: neuropaattinen kipu (neuropathic pain), krooninen kipu (chronic pain), lääkkeetön hoitotyö (medicamentless nursing), kipu (pain) ja hoitotyö (nursing).

Aluksi kerättiin aineistoa myös hakusanoilla: ei-lääkkeellinen (non-pharmacological), lääkehoito (medication) ja potilas (patient). Näillä hakusanoilla löytyi tuhansia aineistoja, mutta ne eivät olleet riittävän uusia tai eivät soveltuneet tietojen pohjalta neuropaattisen kivun hoitoon. Lopullisilla hakusanoja käytettiin yksin sekä yhdistelemällä niitä keskenään. Näin saatiin kerättyä lähteet, joita hyödynnettiin tässä opinnäytetyössä.

Aineiston keruussa vaikeuksia tuotti eri tietokantojen hakutulosten määrä. Hakusanoilla haettaessa Cinahlista, Pubmedistä ja Medlinesta tuli tuhansia osumia. Hakusanoja muutettiin useaan kertaan tilanteen korjaamiseksi. Hakusanoja muuteltiin, käytettiin yksinään esimerkiksi kipu tai hoitotyö. Sitten lisättiin niihin etuliite neuropaattinen tai lääkkeetön.

Tietokantojen artikkeleiden läpi käymisessä edettiin siten, että selattiin ensin läpi artikkelit otsikkotasolla läpi 200, jonka jälkeen 50 avattiin tarkempaa tarkastelua varten ja niistä valittiin opinnäytetyöhön parhaiten osuvimmat. Valintakriteerinä oli tuoreet luotettavat tutkimukset, joiden kirjoittajina toimi lääketieteen ammattihenkilöitä.

4.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on tieteellinen metodi, jonka avulla pyritään analysoimaan dokumentteja, kuten artikkeleita. Sisältöanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti ja teoriaohjaavasti. Ryhmittelyssä alkuperäisaineisto käydään läpi ja etsitään

samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Pelkistämisessä oleellinen tieto erotetaan, jonka perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö. Teoriaohjauksessa sisältöanalyysissä käsitteistö tulee jo valmiina. (Hiltunen 2019.) Tässä opinnäytetyössä sisältöanalyysi tehtiin aineistolähtöisesti. Siihen kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Tässä opinnäytetyössä oli käytetty lähteinä sellaisia lähteitä, jotka löytyivät kirjastosta, olivat ajanjaksoisesti tuoreita ja terveydenhuolto alan tekijöiden kirjoittamia. Opinnäytetyöhän valittiin vain ne kirjat, joissa oli neuropaattisesta kivusta kerrottu.

Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysiä käytettiin, siten että kerättiin kasaan ne lähdemateriaalit, joita tässä opinnäytetyössä käytettiin. COVID-19 vuoksi kirjastosta ei saanut kaikkea materiaalia, joita oli mietitty käytettäväksi. Joten opinnäytetyö perustuu ainoastaan niihin lähteisiin, jotka ennen COVID-19 poikkeustilaa saatiin käsiin.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Neuropaattinen kipu

Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu on kiputila, jonka syynä on vaurio tai tauti somatosensorisessa järjestelmässä. Neuropaattinen kipu luokitellaan sentraaliseen ja perifeeriseen kipuun. Sentraalinen kipu tarkoittaa keskushermostoperäistä- ja sentraalinen tarkoittaa ääreishermostoperäistä kipua. Neuropaattinen kipu luokitellaan yhdeksi kroonisen kivun muodoksi ja sille ei ole olemassa parannuskeinoa, koska hermosto ei paranna tai uusiudu. Kipuja hoidetaan palliatiivisesti eli oireenmukaisesti eri hoitomenetelmin ja lääkkein. Syytä neuropaattiseen kipuun ei ole löydetty. (Kalso ym.2018, 330-331.)

Neuropaattisen kivun diagnosointi osoittautuu usein hankalaksi, koska itse kipu ei välttämättä eroa perinteisestä kudosvauriokivusta. Neuropaattiselle kivulle yleistä on, että kipu saattaa esiintyä aivan eri paikassa kuin missä varsinainen hermovaurio sijaitsee. Diagnoosia tehdessä kiinnitetään myös huomiota tavallisesta poikkeavaan tuntoaistiin. Esimerkiksi ääreishermostoperäisessä kivussa voidaan verrata raajojen tuntoaistia toisiinsa. Neuropaattisen kivun synnylle on useita eri mahdollisuuksia. Erilaiset tapaturmat voivat aiheuttaa hermovaurioita, mutta myös monien yleistenkin sairauksien sivuoireilla voi olla sama vaikutus. Useilla leikkauspotilailla on myös pieni riski saada taakseen hermovaurio, jos operoitavalla alueella kulkee runsaasti hermoja, jotka voivat vahingoittua. (Haanpää 2018, Duodecim.)

Neuropaattinen kipu jaetaan kahteen luokkaan, sentraaliseen eli keskushermostoperäiseen sekä perifeeriseen eli ääreishermostoperäiseen kipuun. Neuropaattisen kiputilan diagnoosin edellytyksiin kuuluu se, että kivun sijainti on neuroanatomisesti looginen, tuntoaistissa on poikkeavaan toimintaan sopivat kliiniset löydökset sekä se, että etiologia on määritettävissä. Neuropaattisia kiputiloja ovat esimerkiksi aivoverenkierto häiriöiden jälkeiset, MS-tautiin (multippeliskleroosi) liittyvät neuropaattiset kiputilat (Neuropaattinen kipu: Käypä hoito- suositus 2020.) Neuropaattista kipua on vaikea tunnistaa, koska jokaisella potilaalla on oma kipukynnys. Eivätkä aina kaikki potilaat kerro, jos heillä on kipuja. Siksi onkin tärkeää, että kysellään potilailta joka päivä kivun asteikko eli VAS (visual analogue scale).

Potilaalla voi olla hermovaurion sijainnista tai laajuudesta riippuen myös muita neurologisia oireita kuten kömpelyyttä tai lihaskramppeja ("suonenvedot") ovat

tavallisia hermojuurivaurioiden jälkeen. Myös potilaalla voi olla paikallisia hermoston oireita kuten muutoksia verenkierrassa, ihon lämpötila vaihtelee ja potilas hikoilee. Silloin, kun paikalliset autonomiset oireet liittyvät perifeeriseen hermovaurioon, siitä puhutaan monimuotoisena paikallisena kipuoireyhtymänä tyyppiä II (complex regional pain syndrome type II, CRPS II). Pitkäkestoista vaikeaa kipua kärsivällä potilaalla on usein myös unihäiriöitä, väsymystä, mielialanlaskua sekä ahdistuneisuutta. Useille potilailla näitä oireita on tullut pitkittyvän kuormittavan kipuongelman myötä. Jonka vuoksi kivun hoidossa on syytä ottaa huomioon koko oirekuva. Kuitenkin huomioiden ne oireet, jotka lievittyvät kivun poistuessa. (Neuropaattinen kipu: Käypä hoito- suositus 2020.)

Kun potilas tulee lääkäriin, heidät tutkitaan perusteellisesti. Tutkimuksen tavoitteisiin kuuluu luoda luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja lääkärin välille, selvittää potilaan kipuoireet ja millaista kipu on, määrittää mahdollinen taustasairaus tai syy, joka on kiputilan aiheuttanut, laatia suunnitelma tarvittavista lisätutkimuksista, joiden keinoilla saadaan selvitettyä kivun etiologia, laatia hoitosuunnitelma ja saada siihen riittävät edellytykset, hoitosuunnitelmaan pitää laittaa kipuoiretta lievittävät hoidot, kuntoutus ja psykososiaaliset tukitoimet. Jos esitiedoissa saadaan selville, että oireet viittaisivat neuropaattiseen kiputilaan, selvitetään, onko kyseessä neuropaattinen kiputila ja millä hermoston alueella vaurio on. Tarkka syyn selvittäminen edellyttää tarkempia lisätutkimuksia. (Neuropaattinen kipu: Käypä hoito-suositus 2020; Kalso ym.2018,168-171.)

Hoitavat henkilöt kokevat tietynlaiset potilaat erityisen vaativiksi. Vihainen potilas ja syyttävä tai dominoiva omainen herättävät ärtymystä ja kiukkua. Potilas, johon on vaikea saada kontaktia, saa työntekijät tuntemaan avuttomuutta ja hylätyksi tulemista. Usein ammatillisuus joutuu näissä kohtaamisissa koetukselle. Vaikeaksi koettu tilanne voi olla myös hyvin henkilökohtainen. Omasta henkilöhistoriasta riippuu, kuinka hyvin sietää esimerkiksi arvostelua, kiukun kohteena olemista tai miten riippuvainen on toisten hyväksynnästä. Ongelmatilanteita tunnistettaessa on syytä ensin miettiä, onko kysymyksessä henkilökunnan, omaisen vai potilaan ongelma ja mihin toimenpiteisiin on syytä ryhtyä. Vaativissa tilanteissa korostuu rauhallisen tilannearvion, omien tunteiden hallinnan ja läsnäolon merkitys. (Kalso ym. 2018, 171.)

5.2 Lääkkeetön hoito

Lääkkeettömällä kivunhoidolla tarkoitetaan kivun lievityksessä käytettyjä ei-lääkkeellisiä keinoja tai menetelmiä. (Kipu: Käypä hoito- suositus, 2017). Kipu vaikuttaa ihmisissä eri tavalla, se saattaa vaikuttaa unen laatuun, ruokahaluun ja liikkumiseen. Erilaiset univaikeudet ja päiväväsytys on yleistä kipupotilailla. Joten niitä ongelmien hoitaminen on tärkeää. (Terveyskylä 2019.) Kun nukkuu tarpeeksi pitkään ja uni on laadukasta, jaksaa seuraavana päivänä paremmin. Kun ihminen nukkuu hyvin, kipuakin pystytään hoitamaan paremmin, koska silloin ihmisellä on voimia jaksaa olla kivun kanssa. Hyvän unen ansiosta puolustusjärjestelmä kykenee tukahduttamaan elimistössä tapahtuvat tulehdusreaktiot, haavat ja muut kudonvauriot paranevat paremmin sekä aineenvaihdunta tehostuu. (Miranda 2016, 54-61.)

Erilaisia kipumittareilla pystytään selvittämään kivun voimakkuus ja miten se vaikuttaa ihmiseen. Jolloin pystytään helpommin antamaan oikeanlaista apua. Kipumittareita on esimerkiksi NRS (numeric rating scale), VAS (visual analogue scale) tai VRS (verbal rating scale). Voidaan myös täyttää päänsärkypäiväkirjaa. Samaa mittaria käytetään samalla potilaalla, jotta pystytään arvioimaan parhaiten kipua. (Terveyskylä 2019.) Erilaisia stimulaattorihoidoja käytetään kivun hoidossa. Neuropaattisen kivun hoidossa käytetään selkäydinstimulaattoria. Myös akupunktiota voidaan käyttää sekä transkutaanista hermostimulaattoria. (terve.fi 2008.)

5.2.1 Puudutukset

Puudutuksiin kuuluu varsin laaja kirjo toimenpiteitä triggerpuudutuksista pitkäaikaisiin sentraalisiin puudutuksiin, ja niitä käytetään niin akuutin kuin kroonisen kivun hoidossa. Erilaisia puudutuksia on käytetty kroonisen kivun hoidossa runsaasti, vaikka näyttö niiden pitkäaikaistehosta on huono. Puudutuksen välitön vaste kertoo toimenpiteen teknisestä onnistumisesta, mutta pitkäaikaisen kivun hoidossa toimenpiteiden vasteiden ja vaikuttavuuden arviointi tulee erityisesti kohdistaa potilaan kipuun ja toimintakykyyn pitkällä aikavälillä. (Kalso ym. 2018, 222.) Puudutuksia hyödynnetään diagnostisena apuvälineenä ja terapeuttisena keinona mahdollistamaan kroonisen kipupotilaan fysioterapia tai kivulias tutkimustoimenpide. (Neuropaattinen kipu: käypä hoito- suositus 2020).

Lihaskudoskalvon kiputiloissa esiintyy niin sanottuja triggerpisteitä, jotka syntyvät lihasrasituksen, lihassupistuksen, paikallisen verenkierron supistumisen ja kivulle hermistävien aineiden kertymisen seurauksena. Triggerpisteisiin liittyvä kipu on tasaista, syvää, särkevää. Sitä pahentavat muun muassa kyseisten lihasten rasittaminen, triggerpisteiden painaminen, stressi ja väsymys. (Kalso ym. 2018, 223.)

Perifeeristen hermojen johtopuudutuksia käytetään akuutin ja kroonisen kivun hoidossa sekä koepuudutuksina kivun lähtökohtaa selvitellessä. Kroonisen kivun hoidossa puudutuksia tehdään yleensä muutaman toimenpiteen sarjana ajatuksella, että toistettu puudutus voisi vaikuttaa syntyneisiin plastisiin muutoksiin. Kirjallisuudessa raportoiduissa potilastapauksissa on erilaisissa neuralgioissa saavutettu pitkäaikainen kivunlievitys, muutamista päivistä useisiin kuukausiin. (Kalso ym. 2018, 224-225.)

Kroonisen kivun hoidossa epiduraaliset steroidi-injektiot ovat mahdollisesti yleisimmin käytetty puudutustoimenpide. Puudutteen ja steroidin seosta ruiskutetaan epiduraalitalaan joko sakraali reittiä tai interlaminaarista tai transforaminaalista reittiä. Hyvää tehoa ennustavia tekijöitä ovat radikulaarinen oire, oireiden lyhyt kesto, potilaan normaali paino, tupakoimattomuus sekä toimenpiteen suorittajan kokemus. Potilaan tupakointi, keskeneräiset vakuutuskorvausasiat sekä lääkkeiden tai huumeiden väärinkäyttö näyttävät huonontavan hoidon tehoa. (Kalso ym. 2018, 226.) Spinaalisia tekniikoita eli epiduraalipuudutusta ja intratekaalista lääkeannostelua käytetään sekä kroonisen että akuutin kivun hoidossa. Spinaalinen hoito voidaan toteuttaa tunneloidun katetrin, implanoidun portin tai pumpun kautta. (Kalso ym. 2018, 228.)

5.2.2 Stimulaatiomenetelmät

TNS eli transkutaaninen hermostimulaatio on helposti toteutettava ja vaaraton hoito, josta hyötyy noin puolet kipupotilaista, TNS hoitoa annetaan kotona ihon lävitse. Tehokas TNS-laitteen käyttö edellyttää asiaan perehtyneen henkilön antamaa opastusta ja sitä, että potilaalla on laite kotonaan. Hoidon teoreettisena perustana on porttikontrolliteoria, jonka mukaan paksujen sensoristen säikeiden stimulaatio vähentää ohuiden kipua välittävien säikeiden kautta tulevaa aktivaatiota selkäytimen tasolla. Vaikka TNS:n tehosta neuropaattisissa kivussa on vain niukasti tutkimusnäyttöä, hoitokokeilu TNS:llä on perusteltu perifeerisissä neuropaattisissa kiputiloissa hoidon helppouden ja vaarattomuuden vuoksi. Sentraalisissa neuropaattisissa kivuissa TNS:stä on vain harvoin

hyötyä. Vasta-aiheena TNS-hoidolle on sydämen tahdistinhoito. (Neuropaattinen kipu: käypä hoito- suositus 2020.)

Epiduraalitilaan voidaan asettaa myös selkäytimen stimulaatio, jonka avulla potilaan selkäydintä stimuloidaan. Laite muistuttaa sydämen tahdistinta, laite laitetaan ihon alle samalla tavalla. Vaikutusmekanismi on vielä epäselvä, mutta sen arvioidaan vaikuttavan välittäjäaineiden vapautumiseen keskushermostossa. Selkäytimen stimulaatioon päädyttäessä potilaalla on muista hoitoyrityksistä huolimatta vaikea neuropaattinen kipu, potilas on hyvässä yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa sekä potilaalla on hoitomotiivaatiota. Ennen kun potilas saa pysyvän stimulaattorin, hänelle asetetaan koestimulaattori. Se on ulkoinen laite. Sen avulla selvitetään, onko laitteesta apua potilaalle. Selkäytimen stimulaatiohoito on keskitetty keskussairaalan alaisuuteen. (Neuropaattinen kipu: käypä hoito- suositus 2020.)

TENS- hoitoa (transcutaneous electrical nerve stimulation) käytetään useimmiten tuki- ja liikuntaelinten kroonisten kiputilojen, hermojuuri- ja hermovaurioiden sekä neuropatioiden hoidossa. TENS-hoitoon käytetyt laitteet maksavat halvimmillaan noin 120 euroa. TENS-hoitoa toteutetaan paikallista kipua potevan henkilön kiputilaa rajaten ja kipualuetta kiertäen. Virran taajuusalue vaihtelee hoidossa 0-100 hertsiin. Tavallisesti hoito aloitetaan fysioterapeutin antamana hoitolaitoksessa noin 30-45 minuutin hoitopakkeilla. Hoitoa voidaan toteuttaa 5-10 hoitokerran jaksona, minkä jälkeen arvioidaan potilaan kanssa hoidon vaikutusta ja jatkohoitoa. TENS- laite on potilaan mukana kannettava pienilaite. Jota käytetään ihon lävitse, iholle laitetaan tarrat, jossa on piuhat, jotka ovat laitteessa kiinni. Piuhojen kautta laitteesta annetaan sähköiskuja. (Kalso ym. 2018, 231-232.)

Selkäytimen stimulaatio (Spinal cord stimulation, SCS) lievittää ääreishermoston vaurioon liittyvää neuropaattista kipua, osittaiseen selkäydinvammaan liittyvää neuropaattista kipua ja CRPS (Complex regional pain syndrome)-kipua. SCS:tä käytetään Suomessa vaikeaan neuropaattiseen kipuun ja CRPS-oireyhtymän hoitoon. Suurin yksittäinen potilasryhmä Suomessa ovat välilevytyrjän jälkeisestä hermojuurikivusta kärsivät potilaat. EFIC:n task force-komitea julkaisi vuonna 1998 suosituksen SCS:n käytön aiheista ja toteutuksesta. Stimulaattorihoitoa harkitaan potilaalle, jolla on muista kivunlievitysmenetelmistä huolimatta kova ja toimintakykyä rajoittava neuropaattinen tai iskeeminen kipu. Potilaan kiputilan diagnoosi, muiden hoitokeinojen kokeilu ja soveltuvuus

stimulaatiohoitoon toteutuu parhaiten monialaisessa kipuklinikassa. Stimulaatiohoidon tehoa testataan koestimulaatiossa, jolloin potilaalle asetetaan elektrodi kovan aivokalvon pinnalle epiduraalitalaan kivun määräämälle selkäydintasolle. Koestimulaatiossa käytetään ulkoista virtalähdettä, josta annettavaa stimulaatiota voidaan säätää. Koestimulaatio kestää muutamasta päivästä viikkoon, ja se toteutuu joko vuodeosastolla tai potilaan kotiympäristössä. Jos koestimulaatiosta saadaan hyvä (vähintään 50%:n) kivunlievitys, asetetaan pysyvä stimulaattori. Noin joka toiselle koestimulaatiossa olleelle päädytään asettamaan pysyvä stimulaattori. Pysyvä stimulaattori on sydämentahdistinta muistuttava laite, joka sijoitetaan ihon alle solis seutuun tai alavatsalle, ja stimulaattori ja elektrodi yhdistetään ihonalaisella johdolla. Stimulaattorin säätöjä voidaan tarvittaessa muuttaa myöhemmin ulkoisen ohjelmointilaitteen avulla. (Kalso ym. 2018, 234-236.)

Liikeaivokuoren stimulointi on mahdollista myös kajoamattomasti sarjamagneettistimulaatiolla (rTMS), joka ei turvarajoituksia noudattaessa aiheuta juuri lainkaan sivuvaikutuksia. Tällä hetkellä rTMS on tuoreen kansainvälisen asiantuntijatyöryhmän katsauksen mukaan varmasti tehokas neuropaattisen kivun ja vaikean masennuksen hoidossa. Kolmoishermon neuropaattinen kipu ja sentraalinen kipu reagoivat hoitoon parhaiten, kun taas kivulias polyneuropatia lievittyy harvemmin. Osa potilaista saavuttaa täydellisen kivun helpottumisen, kun taas osa ei hyödy aivotason neuromodulaatiosta lainkaan. Yhdellä rTMS- hoitokerralla saadaan keskimäärin viikon kestoinen hoitovaikutus; maksimivaste nähdään yleensä noin kolmannen päivän kohdalla hoidon jälkeen. Kliinisessä työssä käytetään nykyään yleensä 10-15 päivän hoitosarjoja, joilla analgeettinen teho paranee ja hoitovaikutuksen kesto pitenee. (Kalso ym. 2018, 237.)

Magneettistimulaation vaikutus perustuu siihen, että päälakeen kohdistettu magneettikenttä läpäisee väliaineen esteettä ja kivuttomasti indusoiden aivokuorelle vastakkaisen suuntaisen sähkökentän. Kipua lievittävä vaikutus välittyy erityisesti subkortikaalisten verkkojen kautta, sisäsyntyisen kivunhallintajärjestelmän eli dopamiiniopioidiakselin toiminnan tehostumisen seurauksena. (Kalso ym. 2018, 238; Hagerberg, N. 2017, 214a.)

5.2.3 Fysioterapeuttiset menetelmät

Fysioterapiaa voi toteuttaa fysioterapeutin, lääkintävoimistelijan tai erikoislääkintävoimistelijan tutkinnon suorittanut laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Fysioterapian tavoitteena on parantaa potilaan toimintakykyä ja edistää terveyttä ja työkykyä. Menetelmiä ovat terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen terapia ja fysiokaaliset terapiat.

Terapeuttinen harjoittelu on merkittävin, vaikuttavin ja yleensä eniten potilaan toimintakykyä parantava fysioterapien osa-alue, jota toteutetaan useissa sairauksissa. Toimintakykyä edistävää ohjausta ja neuvontaa annetaan muiden terapiamuotojen lisäksi muun muassa potilaan omien harjoitus- ja liikuntamuotojen toteuttamiseksi. Terapeuttinen harjoittelu on aktiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttöä, joiden avulla pyritään vaikuttamaan potilaan toimintakykyyn korjaamalla tai ehkäisemällä kehon toimintojen ja rakenteiden vajavuuksia. Terapeuttisessa harjoittelussa otetaan huomioon sairauden tai vamman aiheuttamat yksilölliset rajoitteet. Harjoittelussa voidaan harjoittaa esimerkiksi potilaan lihasvoimaa ja -kestävyyttä, motorisia taitoja, koordinaatiota, nivelten liikkuvuutta ja tasapainoa. (Kalso ym. 2018, 242-243.)

Terapeuttisten harjoittelun suunnitteluun ja ohjaamiseen kuuluvat harjoittelun syiden ja tavoitteiden määrittely sekä harjoittelun vaikuttavuuden mittaaminen ja arviointi. Harjoittelu tapahtuu terapeutin ja potilaan yhteistyönä joko yksilö- tai ryhmäterapioina tai oma-toimisena harjoitteluna potilaan omissa tiloissa ja ympäristössä. (Kalso ym. 2018, 242-243.)

Manuaalinen terapia painottuu potilaan fyysisen suorituskyvyn ja hermo-, lihas- ja niveltoiminnan tutkimiseen sekä toimintarajoitteiden poistamiseen. Terapiamenetelminä käytetään hierontaa (pehmytosakäsittely) ja nivelten mobilisaatiota ja manipulaatiota. Hieronta on vanhin ja tunnetuin fysioterapiamenetelmä ja pehmytosakäsittelytekniikka. Hieronnan vaikutus mekaniismia on selitetty porttikontrolli- ja endorfiiniteoriolla ja selkäydintasolla tapahtuvalla reflektorisella reaktiolla. Paikallisten vaikutusten lisäksi hieronta vaikuttaa rentouttavasti ja rauhoittavasti. Hieronnan tarkoitus on vaikuttaa hermo- lihasjärjestelmiin ja saada aikaan paikallinen tai yleinen vaikutus veren- ja imunestekierto. Hierontaa käytetään esihoitona muiden fysikaalisten ja terapeuttisen harjoitteluyhteydessä. Erilaisia hierontatekniikoita ja -menetelmiä on runsaasti. Niitä ovat pusertelu-, siively-, hankaus-, poikittaishieronta-, taputus-, täritys- ja ravistelutekniikat. Klassisen hieronnan lisäksi käytetään erityistekniikoita, kuten venytyshierontaa ja nivelten liikkuvuutta parantavaa mobilisoivaa hierontaa. Urheiluhieronnessa käytetään muun muassa lihas- ja jännekudosten poikittais- ja kitkahierontaa. Lisäksi on eri koulukuntia, kuten sidekudos- ja vyöhykehierontaa sekä akupainanta- tai aku-hierontatekniikkaa. (Kalso ym. 2018, 245-246.)

Fysikaalisessa terapiassa käytetään mekaanisen energian, lämmön, valon, sähköä ja muiden vastaavien fysikaalisten menetelmien vaikutuksia kivun, inflammaation ja turvotusten lieventämiseksi, aineenvaihdunnan parantamiseksi sekä pehmytkudoksen

venyvyyden ja rentouden lisäämiseksi. Tärkeimmät terapian muodot ovat termiset hoidot (pinta- ja syvälämpöhoidot ja kylmähoidot), sähköhoidot (sähkökipu- ja sähköärsytyshoidot) ja akupunktio. Niitä käytetään niin itsenäisenä hoitoina kuin terapeutin harjoittelun ha manuaalisen terapian esi- ja tukihoidoina. (Kalso ym. 2018, 247-251.)

5.2.4 Psykologiset menetelmät

Pitkittynyt kipu on monitahoinen biologisten, sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden vuorovaikutusilmiö. Psykologiset ja potilaan toimintaan liittyvät tekijät, kuten varominen ja passiivisuus, voivat ylläpitää ja vahvistaa kipua. Psykologisia hoitomenetelmiä voidaan käyttää yksilö- tai ryhmähoitoina sellaisenaan tai yhdistettynä moniammatilliseen hoitoon. Psykologisella hoidolla pyritään vaikuttamaan muun muassa potilaan kipukokemukseen, kipukäyttäytymiseen ja suhtautumiseen kipuunsa ja sen mahdollisesti mukanaan tuomiin fyysisiin rajoitteisiin. Fysiologisia muutoksia voidaan saada aikaan esimerkiksi rentoutuksen ja mindfulness-tyyppisen harjoittelun avulla. Hoito perustuu aina psykologiseen tutkimukseen, jossa kartoitetaan potilaan psykososiaalista tilannetta, motivaatiota ja edellytyksiä hoitoon sekä kuntoutumisen mahdollisia esteitä ja luodaan pohjaa yhteistyösuhteelle. (Kalso ym. 2018, 253-254.)

Hoidon yksilölliset tavoitteet laaditaan yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaan hoitoon osallistuvien osapuolten ja potilaan tavoitteiden tulisi olla yhteisiä. Hoidon onnistumiselle ovat tärkeitä potilaan sitoutuminen hoitoon, aktiivinen vastuun ottaminen omasta kuntoutumisesta sekä riittävä motivaatio. Terapeuttinen, tukeva ja potilaan motivaatiota ylläpitävä vuorovaikutussuhde potilaan ja auttajan välillä on tärkeää pitkittyneestä kivusta kärsivän potilaan hoidossa. Auttajalla tulee luonnollisesti olla riittävä koulutus käyttämiinsä menetelmiin ja perehtyneisyys kipuun biopsykososiaalisena ilmiönä. Psykologista hoitoa ei voi määrätä potilaalle, koska riittävä motivaatio on hoidon onnistumisen edellytys. (Kalso ym. 2018, 253-254.)

Psykologisia menetelmiä ovat rentoutus ja hypnoosi. Niitä käytetään usein muun hoidon ohella. Niillä voidaan vaikuttaa fysiologisiin stressivasteisiin, kuten autonomisen hermoston aktiivisuuteen. Näillä menetelmillä voidaan tähdätä kipuun liittyvän lihasjännityksen ja negatiivisten tunteiden vähentämiseen, nukahtamisen helpottamiseen sekä kivunhallinnan tunteen parantamiseen. Rentoutuminen voidaan saavuttaa erilaisilla hengitys- ja keskittymisharjoituksilla, ja lihasrentoutustekniikoilla. Tavoitteena on kyky

rentoutua nopeasti erilaisissa arkielämän tilanteissa siten, että rentoutuminen ehdollistuu johonkin tilanteeseen, tuntemukseen tai esineeseen. (Kalso ym. 2018, 253-254.)

Hypnoosilla tarkoitetaan muuntunutta tietoisuuden tilaa ja toisaalta myös menettelytapaa, jossa kivun kokemista ja muita tuntemuksia, ajatuksia ja käyttäytymistä pyritään muuttamaan suggestioiden ja mielikuvien avulla. (Kalso ym. 2018, 253-254.)

Huomion suuntaamisharjoituksia, meditaatiota ja niihin toisinaan liittyviä mielikuvaharjoituksia käytetään kipukokemuksen muuntamiseksi siten, että kipu koetaan lievempänä, vähemmän kielteisiä tunteita herättävänä tai huomiota sitovana. Periaatteena on, ettei niillä pyritä kivusta eroon tai kontrolloimaan kipua. Menetelmien käyttö edellyttää potilailta motivaatiota tutkia kehon ja mielen yhteyttä kivun kokemisessa ja siten löytää yksilökohtaisen tilanteeseen sovellettavia keinoja tulla paremmin toimeen kipukokemuksen kanssa. Huomio voidaan suunnata hengitykseen ja vähitellen luoda kokemus hengityksen laajenemisesta koko kehoon, myös kipuun. Mielikuvien avulla potilas voi oppia muuttamaan kipukokemustaan, esimerkiksi polttavan kivun viileäksi. (Kalso ym. 2018, 256.)

5.2.5 Ravitsemus

Nykyisten elintapasairauksien kuten lihavuuden, diabeteksen, sepelvaltimotaudin, aivovaltimotaudin, etenevien muistisairauksien ja eräiden syöpien taustalla on fyysinen aktiivisuuden ohella ravinto. Myös kivun kannalta ravinnolla on merkitys, ei pelkästään aiheuttamiensa sairauksien kautta vaan ravinto vaikuttaa terveyteen. Määrän ja laadun puolesta. (Aurema, T. ym. 2013, 36.)

Kun ihminen syö liikaa ja saa näin ollen liikaa energiaa suhteessa kulutukseensa, paino alkaa nousta väistämättä. Siksi vääränlainen ravinto on lihavuuden tärkein syy. Nykyään ruokaa saa helposti ja runsaasti, toisaalta ihmiset liikkuvat vähemmän, painonnousu on väistämätön. Lihavuus altistaa diabeteksen synnylle. Toisaalta taas vähäinen ravinnon saanti voi olla merkittävä ongelma. Viime vuosina sairaalaan joutuneilla ja pitkäaikais- hoidossa olevilla vanhuksilla on todettu ali- tai vajaaravitsemus. Sairauksista toipuvilla potilailla on kiinnitettävä erityistä huomiota, jottei heidän painonsa lasku kiihdy hallitsemattomasti. Krooninen kipu saattaa olla vajaaravitsemuksen edistävä tekijä. Potilailla on kiinnitettävä riittävän proteiinin, energian, kuidun, ravinto-aineiden ja nesteen saantiin (Aurema, T. ym. 2013, 36.)

Ravinnossa on nykyään runsaasti suolaa, joten suolan saanti on moninkertaista siihen, mitä ihminen tarvitsee elääkseen. Suurin osa suolan määrästä tulee valmisruoista. Liiallinen suola kohottaa verenpainetta. Pelkästään kasvisruokavalio ei ole myöskään hyvän terveyden edellytys, nykyisten suositusten mukaan rasvan määräksi suositellaan alle 30% (Aurema,T. Ym. 2013, 37.)

Kun potilas kärsii hankalasta perussairaudesta, voi se johtaa helposti siihen, ettei potilasta kiinnosta lisäsairauksien ehkäisyä. Kipuoiretta saattaa lisätä liiallinen lihavuus, joka rasittaa niveliä. Omega-3 rasvahapoilla on tutkittu olevan tulehdusta vähentävä vaikutus sekä se vaikuttaa hermoston toimintaan. Niillä saattaa olla myös kipua vähentävä vaikutus. Vihannekset, marjat ja hedelmät voivat lievittää kipua. Soija saattaa vaikuttaa neuropaattiseen kipuun positiivisesti. Joskus lääkehoito saattaa aiheuttaa ravitsemusongelmia, jotka johtavat painonnousuun tai puutostiloihin. Myöskin psykologiset tekijät voivat aiheuttaa heikentävästi ravinnon saantiin. Kun potilas syö terveellisesti se vaikuttaa positiivisesti mieleen ja kipukin voi vähentyä (Aurema,T. ym. 2013, 38-39.)

5.2.6 Uni

Kun ihminen nukkuu, aivotoiminnan tietoinen yhteys olemassaoloon on poikki. Silloin elimistö elpyy ja lepää. Ihmisen sydämen syke hidastuu ja verenpaine laskee. Uni koostuu kahdesta vaiheesta REM-unesta ja syvästä unesta. Syvä uni (deltauni) on ihmisen levon kannalta tärkeä. Silloin elimistö täyttää solujen elimistövarastoja ja korjaa rasituksen aikaisia vaurioita. REM-unen (vilkeuni) aikana elimistö aktivoittaa aivojen toiminnan, hengityksen ja sydämen syke vaihtelee. REM-unen aikana ihmisen päivän kokemukset, tunnetilat järjestyvät ja mahdollisesti kertaantuvat. Rem-unen aikana ihminen oppii, painaa mieleensä asioita. Myös tällöin ihminen näkee suurimmanosan unistansa. Nämä kaksi vaihetta vaihtelevat vuorotellen. Jokainen ihminen tarvitsee tietyn määrän unta. Keskimäärin 7-8 tuntia unta vuorokaudessa, toisille riittää 4-5 tuntia. Jotkut taas tarvitsevat yli 9-tunnin unia. Kun ihminen nukkuu päivällä, se vähentää unen määrää yöllä. Vanhemmiten unen määrä saattaa vähetä. Vuorokausirytmii säätelee unta, siihen kuuluu valo, työelämä, päivän säännölliset rutiinit. Unettomuuden aiheuttajista tavallisia ovat uni-valverytmin häiriöt. Niiden syy olisi aina hyvä selvittää ja koittaa hoitaa. Joskus perussairauden hoito saattaa parantaa unta. Nykyään unihäiriöitä pystytään hoitamaan tehokkaasti. Kun ihminen saa riittävästi unta, takaa se hyvän ja laadukkaan päivän. Yleisiä unettomuuden syitä ovat nivel- ja selkävivot sekä raajojen huono verenkierto, joka

aiheuttaa levottomat jalat. Myös monet fyysiset sairaudet voivat olla huonon unen taustalla kuten sydämen ja keuhkojen ongelmat, vaihdevuodet, virtsa- ja vatsavaivat (Aurema,T. ym. 2013, 25-28.)

5.2.7 Liikunta

Ihmisen pitäisi liikkua päivittäin, koska se vaikuttaa positiivisesti ihmisen hyvinvointiin. Se saattaa vähentää kipua. Liikunnan myötä ihmisen lihakset kasvavat, nivelet voivat paremmin, verenkierto- ja hengityselimistö toimii paremmin, aikuisiän diabeteksen riski vähenee sekä kolesteroliarvot laskevat. Kuitenkin pitää muistaa, ettei revi liikaa tai kuormita kehoa liikaa, koska se saattaa aiheuttaa kipua ja saattaa olla syy, miksei ihminen enää liiku. Kipupotilaan kannattaa suunnitella tarkka liikuntaohjelma hoitavan lääkärin sekä fysioterapeutin kanssa. Kipupotilaan kannattaa harrastaa liikuntaa vain pehmeitä lajeja kuten kevyt jumppaa, uintia, kävelyä, pyöräilyä, joogaa, salsaa tai muu vastaava tanssia, myös ohjatut kuntosaliharjoittelut ovat kipupotilaalle hyväksi. Hyötyliikuntaa kannattaa harrastaa, koska siitä saa hyvän olon (Aurema,T ym. 2013, 40.)

6 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Suomessa on sidottu turvaamaan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen mukaan. Tutkimusetiikka voidaan jakaa kahteen tyyppiin: tieteen sisäiseen ja ulkoiseen. Tieteen sisällä etiikalla viitataan kyseessä olevan tutkimuksen luotettavuuteen ja totuudellisuuteen. Tällöin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Ulkopuolinen etiikka taas käsittelee sitä, miten alan ulkopuoliset asiat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja siihen, miten sitä tutkitaan. Yleisin esimerkki on rahoittajien kiinnostus tukea tietäntyyppistä tutkimusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211, 212). Tutkimusaineen valinta on eettinen ratkaisu. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 24). Tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, jotta se olisi eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä tulokset ovat uskottavia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 202-203). Opinnäytetyö toteutettiin hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Tämä tulee esiin noudattamalla rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta työssä sekä tulosten arvioinnissa, tallentamisessa ja esittämisessä. Lisäksi käytetään eettisiä ja luotettavia tiedonhankintamenetelmiä sekä kunnioitetaan muiden tutkijoiden töitä merkitsemällä lähteet oikein.

Tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä on uskottavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että tutkimus on kuvattu niin että lukijan on helppo ymmärtää sen sisältö. Eli lukija ymmärtää miten ja miksi tutkimus on tehty. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset on mahdollista siirtää seuraavaan tutkimukseen. Riippuvuus tarkoittaa tutkimuksen toistoa ja sillä tarkastellaan, saadaanko tutkimusta toistettaessa sama tulos. Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimustulosten on perustuttava tutkittuun aineistoon ja kokemusmaailmaan eli empiriaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,197-199). Opinnäytetyöhön otetut tutkimukset ovat korkeintaan 10 vuotta vanhoja, jolloin tieto on ajankohtaista sekä luotettavaa.

Opinnäytetyön aiheena oli etsiä tutkittua tietoa neuropaattisen kivun lääkkeettömistä hoidoista. Tietoa löytyi todella paljon, joten työhön valittiin parhaiten osuvat artikkelit, joissa oli tutkittua tietoa. Pois jätettiin itselle haastavat artikkelit ja ne, joissa ei ollut selkeästi tutkittua tietoa. Haastavia artikkeleita olivat englannin kieliset, koska taito tulkita niitä oli heikko. Negatiivisesti tähän työhön vaikutti se, että keväällä 2020 maailmaa valloitti COVID-19 virus, joka sotki kaiken normaalin elämisen. Alun perin tämä työ aloitettiin kolmen

hengen ryhmänä, mutta ajan kuluessa ja henkilökohtaisten ongelmien johdosta työn tekijäksi jäi ainoastaan yksi henkilö. Tämä vaikutti paljon siihen, millaista lähdettä pystyttiin käyttämään. Sekä myös siihen, miten ajallisesti tämä työ saatiin valmiiksi.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa neuropaattisen kivun lääkkeettömiä hoitoja. Tavoitteena oli antaa potilaille luotettavaa ja tutkittua tietoa erilaisista lääkkeettömistä hoitokeinoista neuropaattisen kivun hoidossa.

Tutkimusten perusteella on olemassa lukuisia erilaisia lääkkeettömiä hoitokeinoja neuropaattisen kivun hoidossa. Opinnäytetyön tekijälle tämä tuli yllätyksenä, miten paljon erilaisia hoitokeinoja on lääkehoidon lisäksi.

Suomessa aikuisista on kärsinyt 35% vähintään 3 kuukautta kestävästä kivusta, päivittäin kroonisen kivun esiintyvyys on 14% (Kipu: käypä hoito- suositus 2015). Kroonista kipua voidaan pitää kansantautina ja sen aiheuttamat kustannukset terveydenhuollon menoina ovat miljardeja euroja vuodessa (Granström 2010.) Tekijälle tämä oli yllätys, että krooninen kipu aiheuttaa noin mittavat menot terveydenhuollolle vuosittain, koska kroonisesta kivusta ei juuri missään julkisesti puhuta.

Neuropaattisen kivun lääkkeettömistä hoidoista olevaa tutkittua tietoa olisi hyvä välittää eteenpäin. Tekijän mielestä olisikin hienoa, kun tästä aiheesta koottaisiin jatkossa opas potilaille selkokielellä. Oppaassa olisi kaikki hoitokeinot selitetty lyhyesti, mutta tarkasti. Jolloin potilaat hyötyisivät oppaasta parhaiten. Työn tekemiseen meni yllättävän paljon aikaa. Se, että aloitti ensin ryhmässä, joka pienei niin, että tein työn vain yksin. Vaikutti paljon koko työn ulkonäköön ja siihen, millainen työn piti olla sekä millainen siitä tuli.

LÄHTEET

Aurema, T.; Borén, H.; Fri, P.; Kauppinen, P.; Kinnunen, A.; Koistinen, P.; Luukkainen, M.; Numminen, A.; Päivike, H.; Rautakorpi, P.; Strandberg, T.; Turtiainen, S.; Vuento-Lammi, M.; Vuola, T.; Asujamaa, E.; Faaler, R.; Gröhn, A.; Hietalahti, M.; Hirvanen, K.; Jutila, T.; Mikkonen, L.; Perttunen, M.; Rinne, R.; Rolland, M-R.; Ruskovaara, A.; Silván, J.; Silvennoinen, T & Varis, P. 2013. Kroonisen kivun ensitieto-opas. Painotalo Redfina Oy. Espoo.

Ferrari, R. 2015. Writing narrative style literature reviews. Medical Writing. Vol. 24, No 4, 230 –231.

Granström 2010. Kipu ja mieli. WS Bookwell OY. Porvoo.

Haanpää, Neuroopaattisen kivun näyttöön perustuva hoito 2004, Duodecim.

Hagerberg, N.; Harno, H.; Saijonkari, M.; Isojärvi, J.; Mäkelä, M.; Sihvo, S. & Jääskeläinen, S. 2017. Suomen lääkäri-lehti 4/2017. Transkraniaalinen magneettistimulaatio neuroopaattisen kivun hoidossa. Viitattu 1.4.2020 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/237138/SLL42017_214.pdf?sequence=1 .

Hiltunen, L. 2019. Graduaineiston analysointi. Viitattu: 14.4.2020. http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/aineiston_analysointi2.pdf .

Kangasniemi, M.; Utriainen, K.; Ahonen S-A.; Pietilä, A-M.; Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede-lehti. Vol. 25, No 4, 291 – 301.

Kalso, E.; Haanpää, M.; Hamunen, K.; Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. 4., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2011. Tutkimushoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kipu. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 25.5.2019. Saatavilla Internetistä <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103> .

Haanpää, M.; Hagerberg, N.; Hannonen, P.; Liira, H. & Pohjolainen, T. 2019. Kroonisen kivun hoito-opas. Pfizer Oy. Viitattu 15.4.2020. https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/be61c6989b11476092f5ccc807a59aa9/1588970749/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf .

Nusrat, J.; Sadiq, N.; Muhammad, Z. & Muhammad T. 2016. How to Conduct a Systematic Review: A Narrative Literature Review. Cureus Journal of Medical Science. Vol. 8, No 11, 1 – 8.

Miranda, H. 2016 Ota kipu haltuun. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Otava.

Mäkelä, M. 2015. Hoitoon ja kohteluun kohdistuva tyytymättömyys. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen oppiaine. Oulu: Oulun yliopisto. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526208275.pdf> .

Neuropaattisen kivun hoito-opas. Käypähoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 2.5.2020. Saatavilla Internetistä <https://www.kaypahoito.fi/nix00086> .

Nyman, M; Mäkinen M-L. TYKS kipuklinikka potilaan opas. 2019

Ratnapalan, S. 2009. Shades of grey: patient versus client. Canadian Medical Association Journal. Vol. 180, No 4, 472.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Viitattu: 12.3.2020. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf .

Terveyskirjasto. Krooninen (pitkäaikainen) kipu- lääkehoito 2017. Viitattu 14.4.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939 .

Terveyskylä. Tietoa pitkäaikaisen kivun lääkehoidosta. Viitattu 14.4.2019 <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitk%C3%A4aikainen-kipu/pitk%C3%A4aikaisen-kivun-l%C3%A4%C3%A4kehoito/tietoa-pitk%C3%A4aikaisen-kivun-l%C3%A4%C3%A4kehoidosta> .

