

Jari Mäkelä

Kivunhoidon ohjauksen kehittäminen reumaa sairastavien potilaiden osalta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja

Hoitotyön koulutusohjelma

15.5.2013

Tekijä(t) Otsikko	Jari Mäkelä Kivunhoidon ohjauksen kehittäminen reumaa sairastavien potilaiden osalta
Sivumäärä Aika	31 sivua + 3 liitettä 25.4.2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Lehtori Marjatta Kelo Lehtori Liisa Lukkari
<p>Opinnäytetyö kuuluu osana kliiniseen hoitotyön osaamisen vahvistamiseen hoitotyön oppimisessa - hankkeeseen, jonka tarkoituksena on mm. tuottaa tietoa ja osaamista työelämän toimintakäytänteiden kehittämiseen. Yhteistyökumppanina on Meilahden kolmiosairaala.</p> <p>Suomessa ilmaantuu noin 2000 uutta nivelreumatapausta vuodessa ja reumapotilaita Suomessa on noin 32 000. Reuma on pitkän aikaa kestävä nivelten tulehdustauti ja se luetaan ns. autoimmuunitulehduksiin. Psykellä tiedetään olevan selvää osuutta nivelreuman synnyssä ja kehityksessä. Parantavaa hoitoa reumaan ei ole. Reuman hoidon tavoitteena on tulehduksen parantaminen, kivun lievittäminen, nivelten toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen, potilaan sosiaalisen tilan parantaminen sekä psykologinen tukeminen pitkäaikaisen sairauden aiheuttamissa vaikeuksissa. Reumaa sairastavan osalta kivun lievitys on yksi tärkeimpiä asioita ja kivun hoidossa tärkein asia on tieto. Reuman hoidon yksi tärkeä periaate on potilaan ohjaus ja opetus. Pitkäaikaista sairautta sairastava oppii ajan myötä paljon omasta sairaudestaan, hoidosta ja hoitojen sivuvaikutuksista, ja tässä oppimisprosessissa tulee ammattihenkilöstön häntä auttaa. Potilaan oikeuksiin saada hyvää hoitoa kuuluu siis oikeus saada tarvittava ohjaus.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä on ajantasaista tietoa reumasta, kivusta ja ohjauksesta. Teoria-pohja koostuu kirja- ja tutkitusta tiedosta sekä Kolmiosairaalan osasto 6 B sairaanhoitajan asiantuntija haastattelusta. Työn tavoitteena oli reumaa sairastavan potilaan kivunhoidon ohjauksen kehittäminen ja sen tarkoituksena oli tuottaa hoitosuositus reumaa sairastavan kivunhoidon ohjaukseen.</p>	
Avainsanat:	reuma, kipu, kivunhoito, ohjaus

Author(s) Title Number of Pages Date	Jari Mäkelä Developing Pain Nursing Guidance of Patients who Suffer from Rheumatoid Arthritis 31 pages + 3 appendices 25 April 2013
Degree	Bachelor of Healthcare
Degree Programme	Nursing and Healthcare
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Marjatta Kelo, Lecturer Liisa Lukkari, Lecturer
<p>This final project is a part a project on strengthening clinical nursing knowledge, which aims among another things to produce knowledge and skills to develop working practices. Co-operation partner is the Meilahti triangle hospital.</p> <p>2000 new rheumatoid arthritis cases show up in Finland every year and there are 32 000 patient who suffer from rheumatoid arthritis in Finland. Rheumatoid arthritis is a long term inflammation at joints and it belongs to so called autoimmune diseases. It is known that psyche contributes to its birth and development. There is no cure rheumatoid arthritis. The target of rheumatoid nursing are healing the inflammation, pain relief, support the joint's ability to function and making it better, improve social status of the patient together with psychological support. Pain relief is one of the most important things at nursing rheumatoid arthritis patients and knowledge is the most important thing at pain relief. One of the principles of rheumatoid nursing is guidance and teaching. People who suffer from long-term disease learn much about their disease, nursing it and the side-effects of the treatments and professional staff should support the patient with the process. It belongs to the patient rights to receive good nursing.</p> <p>This final project contains real-time knowledge of rheumatoid arthritis, pain and guidance. The theory part consists of books, researched information and an expert interview of the triangle hospital Meilahti ward 6 B. The target of this final project is to develop rheumatoid arthritis pain nursing guidance and the purpose to produce nursing recommendation for the guidance of a rheumatoid patient.</p>	
Keywords:	rheumatoid arthritis, pain, pain nursing, guidance

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tavoite ja tarkoitus	2
3	Nivelreuma	2
3.1	Oireet ja toteaminen	3
3.2	Hoidon periaatteet	3
3.3	Reuman lääkehoidon periaatteet	4
3.4	Ravinto ja reuma	6
3.5	Psykologia reumaa sairastavan kivunhoidossa	7
3.6	Omaavalintaisiin hoitomuotoihin suhtautuminen	8
4	Kipu	9
4.1	Kipujärjestelmä ja kiputilojen jaottelu	9
4.2	Kivun mittaaminen, potilaan toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi	10
5	Ohjaus	13
5.1	Mahdollisuudet ohjauksessa	14
5.2	Vuorovaikutus ohjaussuhteessa	15
5.3	Ohjausmenetelmiä	16
5.4	Kipua kokevan potilaan ohjaus	17
6	Opinnäytetyön prosessin kuvaus	19
7	Hoitotyön näkökulma reumaa sairastavan kipupotilaan ohjaukseen	21
8	Hoitosuositus reumaa sairastavan kipupotilaan ohjaukseen	22
9	Pohdinta	25
	Lähteet	27
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakuja	
	Liite 2. Haastattelurunko	
	Liite 3. Hoitosuositus	

1 Johdanto

Reumalla tarkoitetaan kansanomaisesti yleensä nivelreumaa, mutta myös selkäranka- ja lasten reumaa (Karjalainen–Kauppi–Kukkurainen–Kyngäs–Martio 2007: 9). Työni käsittelee pääasiallisesti nivelreumaa. Reuma puhjetessaan aiheuttaa potilaalle runsaasti erilaisia kipuja, joita hän voi joutua kokemaan kuukausiakin ennen kuin diagnoosi saadaan ja lääkehoito voidaan aloittaa. Lääkehoidon teho tulee voimaan usein vasta kuukausien kuluessa. Sairastuttuaan reumaan potilas on äkisti joutunut muuttuneen elämäntilanteen eteen, jossa erilaisista kivuista on tullut osa arkipäivää. Reuma sairautena on pitkäkestoinen, ja siitä harvoin parannutaan kokonaan (Reuma - Aapinen II. 2002: 19). Onnistunut kivunhoito on hyvin tärkeä asia reumaa sairastavan potilaan hyvinvoinnin kannalta (Hämäläinen–Leirisalo–Repo–Moilanen 2002: 488). Kivunhoito on jatkuvasti kehittyvä osa-alue hoitotyössä, ja sen toteuttaminen kuuluu usein sairaanhoitajan päivittäiseen perustyöhön. Reumassa pohjan kivunhoitoon luo tehokas lääkehoito erilaisilla kombinaatioilla. Reuman aiheuttamaa kipua kokeva tarvitsee tehokkaan lääkehoidon tueksi myös oma- ja itsehoitomenetelmiä. (Hämäläinen ym. 2002: 164–165.) Ohjaaminen kuuluu sairaanhoitajan perustyöhön, ja toisaalta ohjauksen saaminen kuuluu sairaudesta kärsivän potilaan perusoikeuksiin. Ohjauksen antaminen reumaa sairastavalle on sairauden luonteen vuoksi erityisen haastavaa, ja toisaalta on osoitettu, että hyvin toteutetulla ohjauksella saadaan vaikutettua reumaa sairastavan elämänlaatuun myönteisesti.

Opinnäytetyöni kuuluu osana kliiniseen hoitotyön osaamisen vahvistamiseen hoitotyön oppimisessa - hankkeeseen, jonka tarkoituksena on mm. tuottaa tietoa ja osaamista työelämän toimintakäytänteiden kehittämiseen. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina on Meilahden kolmiosairaala vuodeosastot 6 A ja 6 B, poliklinikka ja päiväsairaala. Yhteistyösopimus on allekirjoitettu Meilahden kolmiosairaalan poliklinikka, 6 A ja 6 B, Metropolia ammattikorkeakoulun ja opinnäytetyön tekijän välillä. Opinnäytetyön tavoitteena on reumaa sairastavien potilaiden kivunhoidon ohjauksen kehittäminen, ja sen tarkoitus on kirjallisen hoitosuosituksen tuottaminen. Hoitosuosituksen avulla pyritään vaikuttamaan reumaa sairastavan potilaan kivunhallinnan tunteeseen suotuisasti. Valitsin opinnäytetyöni aiheen kiinnostuksesta kivunhoidon ohjauksen kehittämiseen, ja hankkeen tarjoamista vaihtoehdoista valitsin reumaan kivunhoidon ohjauksen kehittämisen. Työssäni tulen esittämään teoretietoa reumasta, kivusta ja ohjauksesta, jonka pohjalta kirjallinen

hoitosuositus rakentuu. Hoitosuosituksen teon tueksi on tarkoitus suorittaa yhteistyöyksikön hoitajien asiantuntijahaastattelu.

2 Tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on reumaa sairastavien potilaiden kivunhoidon ohjauksen kehittäminen laatimalla kirjallinen hoitosuositus. Hoitosuosituksella pyritään yhtenäistämään kivun hoidon ohjausta ja lisäämään reumaa sairastavan potilaan kivunhallinnan tunnetta. Lisäämällä potilaan kivunhallinnan tunnetta lisätään hänen kokema tyytyväisyyttä ja psyykkistä hyvinvointia ja vähennetään kivun aiheuttamaa stressiä. (Mäkeläinen 2010).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa näyttöön perustuva kirjallinen hoitosuositus, jota osastolla ja poliklinikalla voidaan käyttää reumaa sairastavan potilaan kivunhoidon ohjaustilanteessa lisäapuna. Työssä esitetään ajantasaista kirjallista tietoa nivelreumasta, kivusta ja ohjauksesta. Lisäksi tietoa haetaan edellä mainittuihin alueisiin aiemmin tehtyjen tutkimusten pohjalta. Näin toimien pyritään selvittämään mitä ongelmia ja erityisiä haasteita juuri nivelreumaa sairastavan potilaan kivunhoito ja sen ohjaus asettaa. Opinnäytetyön tehtävät ovat kartoittaa ja kuvata reumaa sairastavan kipua ja kivunhoitoa, kivun hoidon ohjauksen käytäntöjä ja haasteita, sekä laatia ohjeistus reumaa sairastavan potilaan kivun hoidon ohjaukseen.

3 Nivelreuma

Suomessa ilmaantuu vuositasolla noin 2000 uutta nivelreumatapausta. Reumapotilaita Suomessa on noin 32 000. Nivelreuman keskimääräinen sairastumisikä on noin 60 vuotta. (Karjalainen ym. 2007: 323.) Nivelreuman syytä ei täysin tiedetä, mutta se luetaan ns. autoimmuunitulehduksiin, tällaisissa tiloissa elimistön immunologinen puolustus suuntautuu väärin omaa kudosta vastaan. Nivelreuma ei ole periytyvä tauti, mutta siihen sairastumisen alttius periytyy. Se on pitkän aikaa kestävä nivelten tulehdustauti. (Reuma - Aapinen II. 2002: 19.)

3.1 Oireet ja toteaminen

Nivelreuma voi alkaa salakavalasti vähäisin oirein. Ennako-oireina saattaa olla väsymystä, nivelten jäykkyyttä ja arkuutta erityisesti aamuisin käsissä ja päkiöissä, ruokahallittomuutta voi myös ilmetä ja painon laskua. Tavallista on, että niveloireet turvotukseen tulevat ja menevät aina oireettomuuteen asti ennen kuin kuukausien ja vuosien saatossa ne jäävät pysyviksi. Noin viidesosalla sairauden alku on äkillinen ja rajua. Päivien ja viikkojen kuluessa saattavat useat nivelet turvota ja potilaalla voi olla kuumetta, voimakasta väsymystä ja nivelen ulkoisia tulehduksia (esim. pleuriitti). Tulehdusta mittaavat arvot lasko ja CRP saattavat kohota lyhyessä ajassa korkeiksi. Alkavan nivelreuman tärkein oire on kuitenkin nivelissä tuntuva kipu ja jäykkyys. (Hämäläinen – Leirisalo – Repo – Moilanen 2002: 153–154.) Pitkään kestäneen reuman toteamisessa ei ole vaikeuksia. Merkittäviä seikkoja ovat nivelten turvotukset erityisesti sormissa ja ranteissa, laskon kohoaminen ja reumatekijän löytyminen verestä. Nivelreuman toteamisen helpottamiseksi käytetään erityisiä luokittelukriteereitä (ks. taulukko1). Niillä potilaiden niveltautia voidaan pitää nivelreumana, joilla on neljä seitsemästä nivelreuman luokittelukriteeristä. Nivelreuma diagnoosin voi saada, vaikkei verestä löydykään reumatekijää. (Reuma - Aapinen II. 2002: 20.)

Taulukko 1. Luokittelukriteerit nivelreumassa. (Reuma - Aapinen II. 2002: 21.)

1. Aamujäykkyys nivelissä vähintään tunnin ajan
2. Nivelen turvotus vähintään kolmella nivelalueella
3. Käden nivelen turvotus
4. Molemminpuolinen nivelen turvotus samoilla alueilla
5. Reumakyhmy
6. Reumatekijä veressä
7. Röntgenkuvassa näkyvät vauriot nivelissä

3.2 Hoidon periaatteet

Hoidon tavoitteena on tulehduksen parantaminen, kivun lievittäminen, nivelten toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen, potilaan sosiaalisen tilan parantaminen sekä psykologinen tukeminen pitkäaikaisen sairauden aiheuttamissa vaikeuksissa. Nivelreumapotilaan hoitokeinoina käytetään lääkkeitä, leikkauksia, fysio- ja toimintaterapiaa, niveliä tukevia lastoja, tukisidoksia, apuvälineitä sekä potilaan ohjausta ja opetusta. Parantavaa hoitoa

nivelreumaan ei ole, eikä sitä voi ennalta ehkäistä. Kombinoimalla eri tavoin vaikuttavia biologisia lääkkeitä, solunsalpaajia ja perinteisiä antireumaattisia lääkkeitä kyetään tulehdusreaktio mahdollisesti hallitsemaan huomattavasti paremmin. Lääkehoidon lisäksi hoito-ohjelmaan kuuluvat oikea-aikaiset leikkaukset, kuntoutus ja fysioterapia, eli nivelreuman hoidon ensimmäinen periaate onkin kokonaisvaltainen hoito. Nivelreuman hoidon toinen pääperiaate on varhaishoito, eli hoito aloitetaan ennen nivelten tuhoutumista. Kolmas periaate on riittävän tehokkaasti toteutettu hoito jonka tavoitteeksi asetetaan potilaan oireettomuus. Neljäs hoidon periaate on potilaan ohjaus ja opetus. Pitkäaikaista sairautta sairastava oppii ajan myötä paljon omasta sairaudestaan, hoidosta ja hoitojen sivuvaikutuksista, ja tässä oppimisprosessissa tulee ammattihenkilöstön häntä auttaa. (Hämäläinen ym. 2002: 164–165.)

Mäkeläinen (2009) kuvaa tutkimustuloksissaan seuraavasti: reumahoitajat suunnittelevat yhdessä potilaan kanssa ohjauksen sisällön ja käytettävät ohjausmenetelmät, jotta ne perustuisivat potilaan yksilöllisen tiedon ja tuen tarpeeseen. Lääkehoidon ohjauksen lisäksi potilaalle opetetaan itsehoitomenetelmiä, jotka helpottavat potilaan selviytymistä sairauden oireiden kanssa. Hoitajien tulee keskittyä erityisesti niiden nivelreumapotilaiden ohjaukseen, joiden hallinnan tunne on heikko. Vastasairastuneiden nivelreumapotilaiden ohjaukseen on varattava riittävästi aikaa, jotta potilaalla on mahdollisuus käsitellä tunteitaan, joita nivelreumaan sairastuminen hänessä on herättänyt.

3.3 Reuman lääkehoidon periaatteet

Kivun lievitys on yksi tärkeimpiä asioita reumaa sairastavan potilaan osalta (Hämäläinen ym. 2002: 488). Reumasairauksien peruslääkehoidossa pyritään lisäksi pysäyttämään sairauden eteneminen tai ainakin hidastamaan sitä. Lääkehoidon lyhyen aikavälin vaikutuksia ovat nivelturvotusten ja arkuuksien lievittyminen, työ- ja toimintakyvyn ylläpysyminen sekä nivelvaurioiden kehittymisen estyminen. Vastatodetun nivelreuman hoitotutkimuksissa on todettu, että aktiivinen ja varhain aloitettu lääkehoito peruslääkkeitä yhdistelemällä sekä biologisilla reumalääkkeillä hidastaa nivelvaurioiden kehittymistä ja reuman ja aiheuttama vammaisuus vähenee. Tulehduksellisissa nivelsairauksissa lääkehoidolla pyritään nykyisin oireettomuuteen eli remissioon. Tavoitteena on normaalin työ- ja toimintakyvyn sekä elämänlaadun ylläpitäminen. Näihin päämääriin pyritään varhain aloitetun ja aktiivisen peruslääkehoidon keinoin seuraten hoitovastetta ja lääketurvallisuutta säännöllisesti. Oireettomuuteen tai hyvään hoitotasapainoon pääsemiseksi potilaat tarvitsevat peruslääkkeiden yhdistelmähoitoja ja monesti biologisia lääkehoitoja.

(Karjalainen ym. 2007: 55.) Perinteisiä reumalääkkeitä ovat auranofiini eli suun kautta otettava kulta, aurotiomalaatti eli pistoskulta, hydroksiklorokiini ja sulfasalatsiini. Käytössä olevia solunsalpaajia ovat atsatiopriini, klorambusiili, leflunomidi, metotreksaatti, mykofenolaatti, podofyllotoksiinivalmiste Reumacon®, syklosporiini ja syklofosfamidi. Biologisia reumalääkkeitä ovat TNF α :n estäjät adalimumabi, etanersepti ja infliksimabi. Interleukiini 1:n estäjä anakira ja B-soluantagonisti rituksimabi. Tutkimuskäytössä on vielä abatasepti ja tosilitsumabi. (Karjalainen ym. 2007: 56.)

Reuman hoidossa käytössä olevista kipulääkkeistä parasetamoli on tunnettu, turvallinen, edullinen ja tehokas. Keskeisessä asemassa reuman lääkehoidossa ovat kipulääkeryhmän NSAID eli tulehduskipulääkkeet. Niillä saadaan hyvä kipua lievittävä vaste reumassa, mutta niiden tulehdusta lievittävä vaikutus jää heikoksi kroonisissa sairauksissa. Artroosin hoitoon on viime vuosina käytetty glukosamiinia, joka tutkimusten perusteella näyttäisi lievittävän kipua tulehduskipulääkkeiden tavoin, mutta toisaalta nivelrikkoa lievittävät muut ominaisuudet ovat vailla varmaa osoitusta. Ankarissa särkytiloissa voidaan käyttää kodeiinia ja vahvemmissa opioideista reuman hoidossa käytetään lähinnä tramadolia ja vaikeimmissa tilanteissa buprenorfiinia. (Hämäläinen ym. 2002: 488.)

Glukokortikoidit tehostavat tulehduksellisissa reumataudeissa merkittävästi muun hoidon antamaa kivunlievitystä. Aktiivin reumataudin kivunhoidon hallintaan pyritään lisäämällä hoitoon pieni glukokortikoidiannos sen sijaan, että pyrittäisiin tilanteen hallintaan maksimaalisella tulehduskipulääkityksellä. Artriiteissa pyritään käyttämään mahdollisuuksien mukaan nivelensisäistä glukokortikoidihoitoa kivun lievittämiseen ja vähentämään toiminnanvajausta. Reumavoiteita voidaan käyttää paikallisena läikehoitona jännetuppi yms. tulehduksissa, pinnallisissa kiputiloissa ja sorminivelten nivelrikoissa. Natriumhyaluronaatti, joka on tarkoitettu nivelrikon hoitoon, annetaan potilaalle 3 – 5 ruiskeen sarjoissa kivunlievitykseen. Se on suhteellisen kallis hoito ja se sopii potilaille, jotka saavat sivuvaikutuksia kipulääkityksestä tai eivät saavuta riittävää tehoa sillä. Glukokortikoidisuspensio on ensisijainen nivelensisäinen hoito nivelrikossa artriittien tapaan ja se saattaa hidastaa nivelrikon etenemistä. (Hämäläinen ym. 2002: 489.)

Sokka-Isler (2012) esittää Onko reumakipu häviämässä artikkelissa seuraavasti, vastasairastuneen reumapotillaan sopeutumattomuus säännölliseen lääkitykseen voi johtaa siihen, että lääkkeitä ei käytetä niin kuin pitäisi. On hyvin tärkeää, että potilas saa ohjausta ja ymmärtää minkälainen tauti nivelreuma on, miten sitä hoidetaan, mikä on lääkkeiden käytön tarkoitus ja hoitotavoite. Nykykäsityksen mukaan liikunta on merkittävä

osa reuman lääkkeetöntä hoitoa ja sen suunnittelu voidaan toteuttaa yhteistyössä fysioterapeutin kanssa. Nykyaikaisena reuman hoitona mainitaan kivun ja toimintakyvyn mittaaminen, jolla pyritään kartoittamaan muun muassa kipua, yleisvointia, stressiä ja unenlatua. Sairauden tulehdusaktiivisuutta laskettaessa otetaan huomioon potilaan oma arvio, tulehtuneiden nivelten määrä ja laboratoriotulokset. Artikkelissa esitetyn kyselytutkimuksen mukaan vuonna 2005 reumaa sairastavilla oli enemmän kipuja, kuin verrokkiväestöllä.

3.4 Ravinto ja reuma

Karjalainen ym. (2007: 209) esittävät ravinnosta ja sen vaikutuksesta muun muassa seuraavaa: erityisesti kivun syntyyn ja sen kokemiseen on ravinnolla todettu olevan vaikutusta. Tulehdusten aiheuttamissa kivuissa ravinnon vaikutus kipuun voidaan nähdä selvästi. Ravinnolla uskotaan olevan vaikutuksia reumaan sairastumisriskiin ja sen taudinkulkuun. Terveellinen ruokavalio muutoinkin on teoriassa hyödyllinen elimistön kamppaillessa reumaattista tulehdusta vastaan.

Ravitsemuksella voidaan periaatteessa vaikuttaa tulehdukseen ja kipuun tarvittavien välittäjäaineiden muodostukseen. Jotkut ravintotekijät toimivat lääkeaineiden tavoin. Osa niistä onkin kehitetty ravinnon kautta saaduista kokemuksista esimerkkinä pajunkuoriute, jota on käytetty nauttimalla ja voitelemalla jo vuosituhansien ajan. Nykyiset tulehduskipulääkkeet vaikuttavat samankaltaisella mekanismilla. On normaalia tutkimukseen perustuvaa lääketiedettä ottaa huomioon ravitsemustekijät. (Reuma - Aapinen II. 2002: 127.) Hoidon täydennyksenä voidaan ravitsemukseen perustuvia hoitomenetelmiä käyttää melkein kenen kohdalla tahansa. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan välinen ravitsemuskeskustelun tulee olla luottamuksellista ja arkailematonta. (Karjalainen ym. 2007: 212.)

Niveltulehduksen oireita, joita ovat kipu, turvotus ja aamujäykkyys voidaan lievittää paastolla. Rankalla pitkäkestoisella paastolla voidaan vaikuttaa jopa tulehduksen laboratoriomittareihin laskoon ja CRP:iin suotuisasti. Monet tulehduksen välittäjäaineista syntyvät rasvahapoista, joiden tuotanto vähenee paaston aikana. Se on yksi tulehdusta hillitsevä mekanismi. Tulehduksen lievittymisen taustalla voi olla myös allergisen tai muun mekanismin aiheuttama vasta-ainetuotannon väheneminen. Paastoa ei voi jatkaa pitkään, ja oireet palaavat pian paaston lopettamisen jälkeen. Aktiivisen reuma taudin aikana ei ole

edes suositeltavaa paastota lihaskadon lisääntymisen ja tärkeiden ravintoaineiden puutteen kehittymisen takia. Ruoan rasvahappokoostumuksella voi olla vaikutuksia kipu- ja tulehdusoireiden pahenemiseen. Oireet voivat ilmetä runsaan erityisesti punaisen lihan käytön yhteydessä. Alustavaan tutkimustietoon pohjautuen on näyttöä säännöllisen maitohappobakteerien nauttimisen vaikutuksista nivelreuman oireiden vähenemiseen tai taudin aktivoitumisen ehkäisemiseen. Antioksidanttien riittävän saannin varmistaminen on tärkeää elimistön puolustusjärjestelmän kannalta. Antioksidanttihoidon kipua tai reumataudin kulkua lievittävää tehoa ei ole kuitenkaan pystytty osoittamaan. (Karjalainen ym. 2007: 212–215.) Omega-3-ryhmän rasvahapot, jota muun muassa kalan rasva sisältää runsaasti, muuttavat tulehduksen välittäjäaineiden syntyminen johtavaa aineenvaihduntaa. Jo vähintään kahden kuukauden säännöllisen kalan tai kalaöljyvalmisteen käytön jälkeen voidaan havaita niveloireiden vähenemistä. Ravintoaineista kalaöljyn vaikutusta kipuoireiden lievittymiseen reumataudeissa pidetään nykyisin selvimpänä. Pitkäaikaisella kalaöljyn saannilla voidaan vaikuttaa nivelreuman kulkuunkin lievittävästi. (Reuma - Aapinen II. 2002: 130.)

3.5 Psykologia reumaa sairastavan kivunhoidossa

Reumaa sairastavalla kipu on yleensä jatkuvaa ja toistuvaa. Kipu on usein muuttuva ilmiö, ja potilas voi saada paljon aikaan tutkimalla omaa suhtautumista kipuun, ratkaisemalla laajasti oman elämään liittyviä muita pulmia ja huolehtimalla ihmissuhteista. Pitkään jatkuvassa kivunhoidossa on kiinnitettävä huomiota mahdollisimman laajasti niin psyykkiseen jaksamiseen ja kokemiseen kuin kipua aiheuttavaan sairauteen eli reumaan. Kivun jatkuessa tai toistuessa on sillä luonnollisesti vaikutuksia ajatuksiin, tunteisiin sekä fyysiseen olemiseen ja käyttäytymiseen. Se mitä potilas ajattelee ja tietää kivusta ja mitä tunteita se hänessä herättää ja mihin elämänalueisiin hän sen liittyy, vaikuttaa potilaan toimintakykyyn ja kivun kokemiseen. Kipukuntoutuksen lähtökohtana on kivun kulun ymmärtäminen eli kivun luonne, milloin kipu voimistuu tai jää taka-alalle, onko olemassa joku syy-yhteys kivulle ja miten potilas voisi päästä takaisin hänelle tärkeiden asioiden pariin. Sairauden puhkeamisvaiheen, jolloin huomio kiinnittyy oireisiin ja kipuun, jälkeen olisi tärkeää kiinnittää huomio mahdollisimman pian kivun arvioinnista selviytymisen arviointiin. (Karjalainen ym. 2007: 111.)

Kivun hoidossa tärkein asia on tieto, sillä epätietoisuus ja siihen liittyvä mahdollisesti vääräkin pelko lisäävät kivun kokemista, vähentävät elämänhallinnan tunnetta ja tekevät

elämästä näköalattoman. Potilas saa parhaiten tietoa hoitohenkilökunnalta ja muilta potilailta. Potilaan tiedon saamisen kannalta tukiverkoston merkitys on tärkeä, ja siitä on hyötyä kivun kokemusten käsittelyssä. Moni kokee samantyyppisessä elämäntilanteessa elävien läsnä olevan ymmärtämisen tärkeäksi. Erilaiset kuntoutus- ja sairaalajakso- sot kuin informaatiotilaisuudet tai reumayhdistykset tarjoavat siihen mahdollisuuden. Osa reumaa sairastavista kokee, että terveet ystävät tuovat elämään mukanaan sellaisia asioita, joista voi olla apua kivun unohtamisessa. Toisilla taas työ tai harrastukset saattavat auttaa kivunhallinnassa. Tilanteessa, jossa mitkään keinot eivät tunnu auttavan kivunhallinnassa, saattaa oman elämänpiirin ulkopuolinen terapeutti selkeyttää asiaa. Kivua on vaikea pukea sanoiksi. Siksi luovat menetelmät voivat auttaa kivun kanssa selviytymisessä. Kivun psyykkisessä hoidossa käytettyjä hoitomuotoja ovat muun muassa kuvataide- ja musiikkiterapia, neurolingvistiivinen prosessointi. Niitä käytetään erilaisten hoitojen ja terapioiden rinnalla. (Karjalainen ym. 2007: 111–112.)

3.6 Omavalintaisiin hoitomuotoihin suhtautuminen

Reumaan ei ole edelleenkään tarjolla montaa varmaa täsmähoitoa. Lääketieteellisesti tehokkaaksikin osoittautuneet hoitomuodot voivat olla lähes hyödyttömiä, jollei potilas itse usko niiden tarpeellisuuteen. Kipulääkkeiden tehostakin kolmannes arvioidaan tulevan lumevaikutuksesta. Omavalintaisissa hoidoissa tärkeää on potilaan usko ja vakuutuneisuus hoidon hyödystä. Psykellä tiedetään olevan selvää osuutta nivelreuman synnyssä ja kehityksessä. Tästä johtuen esimerkiksi kansanparantajan viisaus voi toimia tehokkaampana täsmälääkkeenä kuin sytokiniinin estäjä. On hoitohenkilökunnan ammattitaitoa olla suhtautumatta väheksyvästi tai halveksuvasti potilaan valitsemiin hoitoihin. Mahdollisuuksien mukaan kannattaa yrittää kuitenkin löytää lääketieteellinen selitys omavalintaisen hoidon tulokselle. Näin hoitohenkilöstö voi parantaa edelleen saavutettuja tuloksia. Hoitohenkilökunnalla on myös velvollisuus puhua potilaan kanssa, jos omavalintaiset hoidot selkeästi estävät järkevän hoidon toteutumista tai jos epäillään potilaan tulemistä huijatuksi. Esimerkkejä reuman omavalintaisista hoidoista ovat erilaiset yrtti- ja rohdoshoidot, kehon huuhtelu runsaalla nesteellä nauttimisella tai suolenhuuhtelun avulla, käsittelyterapiat, salvat, akupunktuuri, hieronta-, koskettelu- ja uskomushoidot. (Karjalainen ym. 2007: 281 - 290.)

4 Kipu

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi ja emotionaaliseksi (aisti- ja tunneperäiseksi) kokemukseksi, joka liitetään tapahtuneeseen kudonvaurioon, mahdollisesti tapahtuneeseen kudonvaurioon tai kudonvaurion käsittein kuvattuun kudonvaurioon. Psykologi C. Richard Chapmanin mukaan kipu voidaan määrittellä aistihavaintona ja tietoisuutta negatiivisesti hallitsevana tunnetilana. (Vainio 2004: 17.) Kivun määritelmän täydennyksessä todetaan, että potilaan kyvyttömyys ilmaista sanoin itseään ei pois sulje sitä, ettei hän mahdollisesti kokisi kipua tai olisi kivunlievityksen tarpeessa. (Hagelberg – Kauppila – Närhi – Salanterä: 2006: 7).

4.1 Kipujärjestelmä ja kiputilojen jaottelu

Kudoksissa olevat kudoshermopäätteet vastaavat kudonvauriota aiheuttaviin ärsykkeisiin. Transduktio eli kipuhermoreseptorin aktivoituminen kuvaa tapahtumaa, jossa kudonvauriota aiheuttavan ärsykkeen kemiallinen, mekaaninen tai termiallinen energia johtaa hermopäätteiden aktivoitumiseen sähkökemiallisesti. Transmissio taas kuvaa transduktiota seuraavaa tapahtumaa, jossa perifeerisen hermon impulssit koodaavat ja siirtävät kudonvauriota aiheuttavat ärsykkeet keskushermoston niihin osiin, joiden aktivoituminen johtaa kipuaistimukseen. ”Transmissiossa perifeeriset sensoriset hermot välittävät impulsseja transduktiokohdasta selkäytimessä sijaitseviin päätteisiinsä, jotka aktivoivat välittäjäneuronien (projektioneuronien) verkoston, joka nousee selkäytimestä aivokameroon ja talamukseen ja tästä edelleen aivokuorelle.” Modulaatio kuvaa kivun muuntelua hermostossa. Keskushermostossa sijaitsevat inhibitoriset radat estävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa selkäytimessä. Stressi ja morfiinin kaltaiset kipulääkkeet voivat aktivoida nämä radat. Perseptio on kivun välittymisen viimeinen vaihe ja sillä tarkoitetaan aivoissa tapahtuvaa kipua välittävien neuronien toiminnan aiheuttamaa yksilön omakohtaista vastetta. (Kalso–Vainio 2002: 50.)

Kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutin kivun aiheuttajina voivat olla esimerkiksi vammojen ja tulehdusten aiheuttama kipu sekä leikkauksiin ja synnytykseen liittyvä kipu. (Vainio 2003: 18.) Akuutin kivun ensisijainen merkitys on suojata elimistöä sitä uhkaavalta kudonvauriolta ja estää väistöheijasteen avulla lisävaurioiden syntymisen. Akuutille kivulle on tyypillisesti selkeä syy ja sitä voidaan hoitaa yleensä tehokkaasti. Akuutti kipu paranee kudonvaurioiden paranemisen ja hyvän kivunlievityksen ansiosta

päivien tai viikkojen kuluessa. Akuutti ja krooninen kipu voidaan erottaa toisistaan kivun keston mukaan eli kipu joka kestää yli 3–6 kuukautta on kroonista kipua. Krooniseksi kivuksi voidaan määritellä myös kipu joka kestää pitempään kuin mitä kudoksen oletettu paranemisaika on. (Kalso–Vainio 2002: 86 – 87.) Lääketieteessä krooninen kipu jaotellaan kivun syyn mukaan joita ovat kudoksen- ja hermovauriokipu ja tuntemattomasta syystä johtuva kipu (Vainio 2003: 18.) Jatkuvaan kudosvaurioon liittyy krooninen kudosvauriokipu. Esimerkiksi reumassa ja muissa niveltulehduksissa, joissa kivun aiheuttaa jatkuva tulehdus on tällaista. Myös syövässä aiheutuu kudosvauriokipua, koska syöpä aiheuttaa paikallista tulehdusta, kudosten verenkierron muuttumista, lähielimien painamista ja erilaisten tiehyiden tukkimista. (Vainio 2004: 18.)

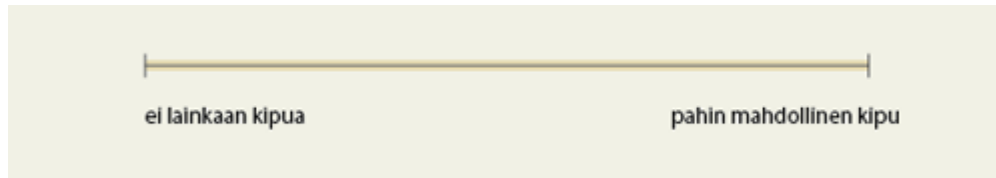
Hermovauriokivussa itse kipualue on terve ja vika onkin kipuviestiä kuljettavassa järjestelmässä. Vainio kuvaa (2004: 18) teoksessaan seuraavasti: ”Hermovaurio voi sijaita kipuhermopäätteissä tai niistä selkäyttimeen kulkevissa A-delta tai C-hermosäikeissä, selkäytimen takasarven releasemassa, selkäytimen nousevassa kipuradassa tai aivojen kipua aistivissa keskuksissa”. Myös aivojen kivun säätelyyn osallistuvissa keskuksissa tai kipua estävissä laskevissa radoissa voi olla vikaa. (Vainio 2004: 18–19.)

Kun kivulle ei näytä löytyvän syytä eli ei ole merkkejä kudoksen- tai hermovauriosta ja ihminen on ulospäin täysin terveen näköinen, eikä lääketieteellisillä tutkimuksillakaan (kuvaukset, laboratoriotutkimukset) löydy kipua selittävää syytä ja kipu jatkuu. Tällöin voidaan puhua tuntemattomasta syystä johtuvasta kivusta. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä ettei kipua olisi, tai että kipu olisi keksittyä, kuviteltua tai potilaan teeskentelemää. Tämän kaltainen kipu voidaan tuntea samoin kuin näkyvään vaurioon liittyvä kipukin. (Vainio 2004: 19.)

4.2 Kivun mittaaminen, potilaan toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi

Kroonisesta kivusta kokevan potilaan kipu saadaan vain harvoin kokonaan parannettua. Pitkäkestoisen kivun hoidon tärkeänä tavoitteena voidaan kivun lievityksen lisäksi pitää potilaan toimintakykyä yllä ja parantaa sitä. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on usein potilaan sopeutuminen krooniseen kipuun. Toimintakyky, jolla tarkoitetaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta yksilöön kohdistuviin odotuksiin, on hyvin yksilöllinen käsite. Potilas voi kompensoida kivun aiheuttamia fyysisiä toimintakyvyn rajoituksia psykososiaalisin taidoin ja säilyttää toimintakykynsä hyvänä. (Hagelberg – Kauppila – Närhi – Salanterä 2006: 90.)

Kivun voimakkuuden arvioinnin työkaluja: VAS (visual analogue scale) on yleisimmin käytetty kipumittari (Kuvio 1). Se on alkuperäismuodossaan 10 cm:ä pitkä vaakasuora jana johon potilas merkkää poikkileikkaavan pystyviivan, jonka arvioi kuvaavan hänen kipunsa voimakkuutta. Janan vasen pää kuvaa kivutonta tilannetta, jossa kipua ei ole lainkaan ja oikea pää kuvaa pahinta mahdollista kipua. Janasta on muunneltu erilaisia versioita helpottamaan sen käyttöä kliinisessä työssä.



Kuvio 1. VAS kipujana (Terveysportti).

Janan tilalla voidaan käyttää punaista kipukiilaa, jossa asteikon muuttuminen punaisemmaksi yksinkertaistaa ja havainnollistaa kipujan käyttöä (Kuvio 2).



Kuvio 2. Kipukiila (Terveysportti).

Lapsipotilaita varten on kehitetty viidellä eri kasvonilmeillä kivun voimakkuutta kuvaava asteikko (kuvio 3).



Kuvio 3. Kasvonilme asteikko (Terveysportti).

Verbaalista (VRS, verbal rating scale) eli sanalista asteikkoa voidaan myös käyttää:

0 = Kipua ei lainkaan, 1 = Kipu on lievää, 2 = Kipu on kohtalaisen voimakasta, 3 = Kipu on voimakasta, 4 = Kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso ym. 2002: 41.)

Kroonista kipua kokevan potilaan toimintakyvyn arviointi perustuu esitiedoilla ja kliinisillä tutkimuksilla saatuihin tietoihin sekä itse toimintakyvyn arviointiin. Käytössä ei ole mitään mittaria jolla kipupotilaan toimintakykyä voitaisiin arvioida, vaan toimintakyvyn arviointi tapahtuu yleensä puolistrukturoiduilla kysymyksillä. Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen

kipukyselykaavakkeessa pyritään selvittämään muun muassa potilaan toimintakykyä (Taulukko 1).

Taulukko 2. Potilaan vaivan/kivun aiheuttamaa rajoittavuutta arvioivia kysymyksiä. (Suomen kivuntutkimusyhdistyksen kipukyselylomake)

Rajoittaa?	ei lainkaan	jonkin verran	kohtalaisesti	erittäin paljon
nukkumista	0	1	2	3
kävelemistä	0	1	2	3
pukeutumista	0	1	2	3
työkykyä	0	1	2	3
harrastuksia	0	1	2	3
liikkumista kodin ulkopuolella	0	1	2	3

Tällaista kysymysmallia voi siis käyttää yksittäisen potilaan arvioinnissa sekä hoidon vaikutuksen seurannassa, mutta se ei ole kovin käyttökelpoinen potilaiden välisessä vertailussa. Erikoissairaanhoidossa voidaan käyttää fysio- ja toimintaterapeuttien tekemiä standardoituja toimintakykytestejä ja hyödyntää sekä psykologin että neuropsykologin potilaan toimintakyky arviota. (Hagelberg ym. 2006: 90.)

Kroonista kipua kokevan potilaan hoidossa on tavoitteena potilaan elämänlaadun paraneminen. Hoidon myönteinen vaikutus elämänlaatuun on erityisen tärkeää kroonista kipua sairastavilla potilailla. Usein kuitenkin kliinisessä työssä jää potilaan arvioitavaksi, kuinka paljon ja miten hänen elämänlaatunsa on muuttunut hoitojen vaikutuksesta. Tutkimustyössä elämänlaatua voidaan arvioida muun muassa kipumittareilla SF- 36 ja 15D. Ne mittaavat kuitenkin lähinnä potilaan fyysistä toimintakykyä ja siihen liittyvää elämänlaatua ja niiden käyttökelpoisuutta kroonista kipua sairastavan potilaan elämän laadun arvioinnissa on kritisoitu. (Hagelberg ym. 2006: 91.) SF - 36 mittaa kahdeksaa eri osaluuetta: fyysistä- ja sosiaalista toimintakykyä, fyysistä ja tunneperäistä roolia, kipuja ja särkyjä, yleistä terveyden tilaa vireyttä ja mielenterveyttä. 15 D mittaa hoitomenetelmien vaikuttavuutta.. Se on helppokäyttöinen, standardoitu ja herkkä mittari. Se koostuu 15:stä eri ulottuvuudesta jotka mittaavat fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, ja toimintakykyä. Yhtenä ulottuvuutena ovat esimerkiksi vaivat ja oireet (esim. kipu). (http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip01605&p_haku=sf-36).

Hoitajien tullisi opettaa nivelkipuun ja sen kokemiseen vaikuttavat seikat ja miten kroonista kipua voidaan hallita. Kivunhallinnan keinoja opetettaessa on kiinnitettävä erityisesti huomiota yli 10 vuotta sairastaneiden miespotilaiden sekä niiden, jotka kokevat terveydentilansa huonoksi tai ovat muuten tyytymättömiä terveydentilaansa ohjaukseen. (Mäkeläinen – Pietilä – Vehviläinen – Julkunen 2010.)

5 Ohjaus

”Ohjauksen perusta on sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä, ammattietiikassa, erilaisissa toimintaa ohjaavissa laatu- ja hoitosuosituksissa sekä terveys- hyvinvointiohjelmissa” (Eloranta – Virkki: 2011: 11). Ohjausta ei ole suoraan mainittu laeissa, mutta potilaan ja asiakkaan asema on. Potilas ja asiakas on lain mukaan oikeutettu saamaan riittävästi tietoa sairaudestaan, ja se on annettava ymmärrettävällä tavalla. Ohjauksen tapahtuu lain hengen mukaan yhteisymmärryksessä ja potilaan suostumuksella, potilaan ja asiakkaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavasti. Samoin on kunnioitettava potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä. (Eloranta ym. 2011: 11.)

Etiikka on toinen ohjauksen peruskivistä. Terveydenhuollon ammattilaisia ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet. Näiden perusteella ohjaus ajatellaan sisältyvän olennaisena osana hoitotyöhön. Potilaan oikeus saada hyvää hoitoa sisältää siis oikeuden saada tarvittava ohjaus. Potilaan on saatava riittävästi tietoa valintojensa ja päätöstensä tueksi, jotta itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus voivat käytännössä toteutua. On hyvä kuitenkin muistaa, että ihmisarvon ja itsemääräämis oikeuden kunnioittaminen ei saa johtaa ohjausvastuusta vetäytymiseen, vaikka ohjaustilanteessa jouduttaisiin käsittelemään kiusallisiakin asioita. Potilaan itsemääräämis oikeuden kunnioittamisella ohjauksessa tarkoitetaan päätöksenteon itsenäisyyden ja selviytymisedellytysten vahvistamista, jonka jälkeen potilas voi riittävän tiedon varassa päättää toimintatavoistaan. (Eloranta ym. 2011: 11–12.)

Hoitaja on vastuussa eettisesti kestävästä toiminnasta, johon kuuluvat eettinen tietoisuus, toiminta ja vastuu. Ajantasainen ja luotettava tieto, jotka pohjautuvat näyttöön tai hyviin käytäntöihin luovat eettisesti kestävä toiminnan perustan. Hoitajan näkee eettinen vastuu ikään kuin sisäisenä oppaana ja hälytysjärjestelmänä, joka ohjaa hänen tietoisuutta ja toimintaa. Hoitaja pyrkii lisäksi jatkuvaan kehitykseen ohjauksessa. Eettisesti

vastuunsa tunteva hoitaja ei toimi ohjaustilanteessa pelkästään henkilökohtaisen etiikkansa mukaan, vaan ottaa huomioon ja noudattaa lailliset ja eettiset velvoitteet. Hoitoa ja ohjausta sen osana lakien ja ammattietiikan lisäksi ohjaavat erilaiset kansainväliset ja kansalliset terveyden ja hyvinvoinnin ohjelmat ja laatusuositukset. Niiden avulla pyritään yhtenäiseen ja laadukkaaseen toimintaan. (Eloranta ym. 2011: 12–13.)

5.1 Mahdollisuudet ohjauksessa

Ohjauksella kyetään vaikuttamaan myönteisesti ohjattavan kokemuksiin ja valmiuksiin. Ohjauksella voidaan ensinnäkin mahdollistaa ja rohkaista potilasta osallistumaan päätöksentekoon oman hoitonsa suhteen. Päätöksentekoon osallistumisen edellytyksenä on, että potilas on saanut riittävästi tietoa. Tiedon määrän riittävyyden arvioi potilas itse perustuen sen omaan elämäntilanteeseensa ja kokemukseensa. Toisin sanoen tiedon määrä ei sinällään merkitse sen riittävyyttä, vaan merkittävää on ohjattavan kyky ymmärtää ja hyödyntää saamansa tieto elämässään. Ohjauksella voidaan edistää potilaan itsehoitovalmiuksia ja lisätä itsenäistä selviytymistä kotona. Sairauteen ja sen aiheuttamiin muutostilanteisiin liittyvää ahdistusta ja pelkoa voidaan myös lievittää ohjauksella. Ohjauksen avulla voidaan siis lisätä potilaan hoitotyytyväisyyttä ja parantaa hänen hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan. (Eloranta ym. 2011: 15.)

Omahoito on noussut esille Suomen terveystieteellisissä linjauksissa. Omahoidolla tarkoitetaan potilaan ottamaa suurempaa vastuuta omasta terveydestä ja sairauden hoidosta. Tämän suuntaista kehitystä tukevat lyhentyneet hoitoajat, kehittynyt teknologia sekä lääkehoidon toteuttamismahdollisuus kotona. Omahoito on siis eri asia kuin itsehoito, missä potilas etsii apua, vaihtoehtoisista ei lääketieteellisistä hoidoista. Omahoito on siis ammattihenkilön ja potilaan yhdessä räätälöimää potilaan tilanteeseen ja tilaan parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Räätälöimisen edellytys on potilaan aktiivinen osallistuminen hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Omahoito voidaan ajatella myös näin: ammattihenkilö valmentaa ja potilas ottaa vastuun omista ratkaisuksistaan. Omahoitovalmennukseen kuuluvat kumppanuuden tasavertaisuus, omahoidon itsesäättely, autonomia sekä voimaantumisen, motivaation ja pystyvyydentunteen tukeminen. Näyttöä potilaan omahoidon hyödystä on muun muassa astman, diabeteksen ja sydämen vajaatoiminnan hoidossa. (Eloranta ym. 2011: 15.)

5.2 Vuorovaikutus ohjaussuhteessa

Ohjaustilanteessa niin asiakas kuin hoitajakin viestivät sanallisesti ja sanattomasti. Viestinnän tavoitteena on puhua samaa kieltä ja yhteisymmärryksen saavuttaminen, se edellyttää, että asiakas ja hoitaja ymmärtävät keskustelun sisällön samankaltaisesti. Tätä tavoitetta ei aina saavuteta. (Hirvonen – Johansson – Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Renfors 2007: 38.)

Ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta vain pieni osa on sanallista viestintää, jonka takia on kiinnitettävä huomiota sen selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Jopa puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia nykykäsityksen mukaan. Sanattomia viestintämuotoja ovat: eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli ja niillä pyritään tukemaan, painottamaan, täydentämään, kumoamaan ja korvaamaan sanallista viestintää. Sanattoman viestinnän kontrollointi on vaikeaa, koska viestejä lähetetään paljon tiedostamattomasti. (Hirvonen ym. 2007: 38–39.)

Asiakkaan taustatekijöiden huomioiduksi tulemiseksi tarvitaan kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen tyypillisiä peruspiirteitä ovat hoitajan vastuu vuorovaikutuksesta, tavoitteista neuvotellaan asiakkaan kanssa yhdessä, rakenteellinen vuorovaikutus, jossa on joustava eteneminen ja tavoitteellinen ei kaavamainen ohjaus. Ohjaussuhdetta rakennetaan asiakkaan ja hoitajan vuorovaikutuksen avulla. Lähtökohdana ohjaussuhteen rakentamisessa ovat asiakkaan ja hoitajan taustatekijöiden tunnistaminen. Toimivassa ohjaussuhteessa, jossa asiakas ja hoitaja yhdessä voivat suunnitella ohjauksen sisällön, tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi, edellytyksenä on molemminpuolinen asiantuntijuuden kunnioittaminen. Asiakas on asiantuntija omassa elämässään ja hoitaja on asiantuntija ammatissaan. Hoitajalla on vastuu ohjauksen kulusta ja etenemisestä ja vastuu myös siitä, että asiakas tunnistaa itsensä asiantuntijana ja voi näin ollen ottaa vastuuta valinnoistaan ja toiminnastaan. Kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen edellytyksenä on asiakkaan ja hoitajan aktiivisuus ohjaussuhteessa. Se tarkoittaa asiakkaan tukemista kertomaan omista taustatekijöistään ja tarpeistaan sekä odotuksistaan ja pyrkimyksistään. Sanattoman viestinnän huomioiminen on tärkeää huomioida. Ottamalla huomioon asiakkaan tarpeet ja tukemalla hänen aktiivisuuttaan ja tavoitteellisuuttaan vaikutetaan ohjauksen vaikutuksiin merkittävästi. (Hirvonen ym. 2007: 39–40.)

5.3 Ohjausmenetelmiä

Ohjausmenetelmien valintaan vaikuttaa se, miten asiakas omaksuu asioita ja mihin ohjauksella pyritään. Asiakkaiden vahvuusalueet vaihtelevat. Arvioiden mukaan asiakas muistaa 75 prosenttia näkemästään ja 10 prosenttia kuulemastaan. Merkittävää on se, että asiakkaat muistavat 90 prosenttia kuulo- ja näköaistin avulla läpikäydystä sisällöstä. Täältä pohjalta voidaan päätellä, että ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi on käytettävä useita eri ohjausmenetelmiä. Tämä ei saisi kuitenkaan johtaa esimerkiksi kirjallisen materiaalin automaattisen jakamiseen vain siksi, että sitä on tarjolla, vaan materiaali pitäisi sisällöltään tukea ohjauskeskustelun sisältöä. Hoitajan tehtävä on avustaa asiakasta hahmottamaan, mikä on hänelle luontaisin tapa omaksua asioita. Joidenkin asiakkaiden on helppoa muistaa ja ilmaista kielellisesti, asioita jolloin tuki ja palaute voidaan antaa sanallisesti. Toiset tarkastelevat asioita suurista kokonaisuuksista yksityiskohtiin ja toiset hahmottavat yksityiskohdista kokonaisuuksiin. Jotkut hahmottavat parhaiten asioita visuaalisesti, jolloin kuvamateriaalin käyttö ohjauksen tukena on järkevää. Sanattomasti ilmaisevaa asiakasta hoitaja voi motivoida liittämään oppimiseen sopivilla sanattomilla harjoituksilla. Rytmiin ja ääniin reagoivia asiakkaita hoitaja voi tukea rytmittämällä asioita kokonaisuuksiksi, esimerkiksi ohjaamalla painamaan asioita mieleen kolmen sarjoissa. Mitä tahansa omaksumistapaa asiakas käyttääkin, on keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen lopuksi tärkeää. (Hirvonen ym. 2007: 73.)

Vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä ja siksi ohjausta annetaan useimmiten suullisesti. Kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa asiakkaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä ja mahdollisuus saada tukea hoitajalta. Suullista ohjausta voidaan toteuttaa niin yksilö- kuin ryhmäohjauksessa. Yksilöohjaus mahdollistaa asiakkaan tarpeisiin perustavan ohjauksen, tukee asiakkaan aktiivisuutta ja motivaatiota, siinä on jatkuva palautteen antamisen mahdollisuus ja se voidaan käydä vapaa-muotoisessa ilmapiirissä. Asiakkaat arvostavat yksilöohjausta ja se on hyvin tehokas keino oppimisen kannalta, toisaalta se vaatii hoitajalta aikaa. (Hirvonen ym. 2007: 74.)

Terveydenhuollossa yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä on ryhmäohjaus. Se voidaan toteuttaa erikokoisissa ryhmissä, jotka on koottu eri tarkoitusta varten. Ryhmien tavoitteet voivat vaihdella ryhmien ja ryhmään kuuluvien omien tavoitteiden mukaan. Ryhmä asettaa yhteisen tavoitteen ja ryhmäläisten on mahdollisuus saada tukea toisistaan. Ryhmässä olemisen voidaan kokea voimaannuttavana ja siitä voidaan saada apua

jaksamiseen ja tukea tavoitteiden saavuttamiseen. Ryhmäohjaus voi olla jopa tehokkaampi kuin yksilöohjaus, terveyden edistämisessä tai kuntoutuksen käynnistämisessä ja sillä voidaan saavuttaa parempia tuloksia toisinaan kuin yksilöohjauksessa. Ryhmäohjauksessa voidaan jakaa terveyteen ja sairauteen liittyvää tietoa suuremmalle ryhmälle, jolloin se on taloudellisesti edullisempaa. (Hirvonen ym. 2007: 104.) Audiovisuaalisessa ohjauksessa tietoa ja tukea jaetaan teknisten laitteiden, kuten videon, kasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen avulla. Audiovisuaalinen ohjausmenetelmän avulla voidaan oikaista väärinkäsityksiä ja se on hyvä muistinvirkistäjä. Se helpottaa tiedon välittämistä omaisille. Sitä pidetään vaikuttavuudeltaan muita ohjausmenetelmiä vähäisempänä, mutta sitä toivotaan suullisten luentojen ja ryhmäkeskustelujen tueksi asiakkaiden ja omaisten toimesta. (Hirvonen ym. 2007: 116–117.)

Perheiden kokemuksia ja toiveita nivelreuman hoidon ohjauksesta tutkimuksessa Koi-vula – Vihijärvi – Åstedt-Kurki, 2008 esittävät muun muassa perheiden kokeneen ohjauksen ja tuen olleen heidän tarpeidensa mukaista ja ohjausta oli saatu riittävästi. Tutkimuksen mukaan perheet toivovat pääsevänsä mukaan ohjaukseen ja kokivat yhdessä ohjaukseen osallistumisen parantavan itsehoidon toteutumista. Tutkimuksen perusteella puutteelliseksi koettu ohjaus ja tuki ilmenivät turvattomuuden tunteena, ohjausta vaille jäämisenä sekä liian suurena kerralla jaettuna tietomääränä. Turvattomuuden tunteeseen liittyi omahoitajan puuttuminen tai kiire. Tuloksiin pohjautuen tulisikin jokaiselle nivelreumapotilaalle nimetä omahoitaja. Potilaslähtöisen ohjauksen voi toteuttaa aina paremmin, mikäli siihen on varattu aika. Suunnitellessaan ohjausta on omahoitajan hyvä arvioida milloin ohjaus voidaan aloittaa, paljonko tietoa jaetaan kerralla ja millaiset ohjausmenetelmät sopivat perheelle. Ryhmäohjauksesta todetaan seuraavasti, kaikki perheet eivät pidä sitä mielekkäänä, sen toivottaisiin olevan vapaaehtoista ja varsinkin vastasairastuneet nivelreumapotilaat saattavat jopa ahdistua ja masentua ryhmäohjauksesta.

5.4 Kipua kokevan potilaan ohjaus

Potilasohjauksen tavoite on jakaa potilaalle riittävä määrä tietoa kivusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Potilas saa tietoa lisäksi kipuun käytettävistä hoitomenetelmistä ja hoidoista. Tiedon jakamisen tavoite on siis tehdä potilaasta kykeneväinen tekemään päätöksiä oman kivunhoitonsa suhteen ja auttaa häntä saavuttamaan mahdollisimman hyvä elämänhallinnan tunne mahdollisesta kivusta huolimatta. Niin potilas kuin hänen läheisensäkin tarvitsevat tietoa kivusta ja sen hoidosta. Kivunhoidon epäonnistuminen voi

johtua tiedon puutteesta. Väärät uskomukset: kuten pelko vahvoista kipulääkkeistä riippuvaiseksi tulemisesta, niiden turvallisuuden epäileminen häiritseväksi ja hoitajien ja lääkäreiden työnkuvan käsittäminen saattavat aiheuttaa epäonnistumista kivunhoidossa. Kipua kokevalla potilaalle tarjotaan ohjaustilanteessa asianmukaista, ajantasaista ja ristiriidatonta tietoa. Lisäksi varmistetaan, että tieto on mennyt perille. Näin toimien edesautetaan potilaan hyvää kivunhoitoa. (Hagelberg ym. 2006: 91.)

Mäkeläinen kuvaa tutkimustuloksissaan seuraavasti: kroonisesta nivelkivusta kärsivien potilaiden ohjauksessa olisi tärkeää selvittää millaiseksi potilas kokee kivunhallinnan tunteensa ja pyrkiä vahvistamaan sitä, sillä nivelkipu aiheuttaa eniten stressiä potilaalle. Hallinnan tunnetta voi vahvistaa parhaiten potilaan oma onnistunut kokemus kivunhoidosta sekä muilta potilailta saatu vertaistuki. Kannustamalla ja tukemalla potilasta kivunhoidossa sekä etsimällä yksilöllisiä kivunlievitysmenetelmiä, pyritään saamaan potilaalle tunne että hän pystyy vaikuttamaan kipuunsa itse ja usealla tavalla, jolla on taas suotuisa vaikutus potilaan mielialaan. (Mäkeläinen 2010).

Kipua kokevaa potilasta hoidettaessa myös hänen läheisensä otetaan huomioon, sillä myös he tarvitsevat tietoa niin suullisesti kuin kirjallisestikin. Ohjauksen perustana tulisi olla potilaan tarpeet tiedonsaannin suhteen ja hänen kykynsä ymmärtää ja oppia tulisi huomioida. Tietoa ei pitäisi tarjota liikaa kerralla, ja myös ohjauksen ajankohta tulisi olla potilaalle sopiva. Kirjallisen materiaalin ja puhutun sisältö eivät saa muodostaa ristiriitaa keskenään. Henkilökunta jakaa yhdenmukaista ja toisiaan tukevaa tietoa. Potilas siis saa tietoa omista kivunlievitys mahdollisuuksista ja keinoista ja omaan hoitoon vaikuttamisen mahdollisuuksista. Potilaalle annetaan tietoa siitä, mistä hän saa lisätietoa tarvittaessa. Tieto vertaistukiryhmien olemassaolosta on tärkeää jakaa potilaalle ja joidenkin potilaiden kipua voi lievittää jo se, että saa puhua samoista ongelmista kärsivien kanssa. (Hagelberg ym. 2006: 92.)

Kipupotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta käsittelevässä tutkimuksesta on esitetty seuraavaa: kroonista kipua kärsivät naiset hyötyvät ryhmäohjauksesta. Lyhytkestoisen asiantuntevan sairaanhoitajan antamalla ryhmäohjauksella voidaan tukea kipupotilaiden voimavaroja. (Holma – Joronen – Koivula 2010).

Kirjallista materiaalin on sisällöltään oltava lukijaystävällisesti suunniteltu. Esitetyt asiat on oltava loogisesti ja kokonaisuutena esitettyjä ja mielellään potilaan äidinkielellä. Kir-

jallisessa ohjausmateriaalissa tulee välttää pitkiä lauseita, monimutkaisia lauserakenteita ja vieraskielisiä sanoja, sillä ne vaikeuttavat tiedon ymmärtämistä. Visuaalinen ohjausmateriaali on suunniteltava hyvin, sillä hyvin toteutettu teksti sitä tukevilla kuvilla on potilaalle ymmärrettävämpää verrattuna vaikealukaiseen kuvattomaan tekstiin. (Hagelberg ym. 2006: 92.)

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa ilmoitetaan selkeästi ja ymmärrettävästi kenelle ohje on ja mikä on sen tarkoitus. Ymmärrettävässä kirjallisessa ohjeessa on kiinnitettävä huomiota luettavuuteen. Käytetään selkeää kirjasintyyppiä ja kokoa (vähintään kirjasinkoko 12). Tekstin jaottelu ja asettelu tehdään selkeästi ja sanoman ymmärrettävyyttä voidaan tehostaa lisäämällä kuvia, kuvioita, kaavioita ja taulukoita. Niiden on oltava tarkkoja, objektiivisia, mielenkiinnon herättäviä ja ymmärrettäviä. Alleviivauksia ja muita korostuskeinoja voidaan käyttää tärkeiden asioiden korostamiseen. Tekstikappaleissa esitetään vain yksi asia kappaleessa ja pääasian tulee sijaita ensimmäisessä virkkeessä. Kielen on oltava selkeää, ja sanojen ja termien yksiselitteisiä. Sanojen ja virkkeiden on oltava lyhyitä. Tekstistä pitää yhdellä silmäyksellä saada selville mitä se sisältää. (Hirvonen ym. 2007: 126–127.)

6 Opinnäytetyön prosessin kuvaus

Tiedonhakuja tehtiin tietokannoista medic, cinahl, pubmed ja linda, joista on kuvaus liitteissä hakusanoineen ja tuloksineen. Tietoa haettiin lisäksi googlen avulla ja google scholarista. Näistä ei löytynyt työhön sopivia tutkimuksia. Sopivia tutkimuksia haettiin myös tutkimalla manuaalisesti kaupungin kirjaston tarjolla olevat lehdet Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö, tällä menetelmällä löytyi työhön yksi sopiva tutkimus ja yksi sopiva tutkimus löytyi samasta Hoitotiedelehdestä toisen kanssa. Työhön valikoitui siis kehittämistä tukevat tutkimukset. Englannin kielisten tutkimusten käytöstä luovuttiin saatavuuden ja käytössä olevien resurssien takia. Tutkimustuloksia on sijoitettu teorian tiedon joukkoon ja niiden sisältöä on hyödynnetty hoitosuosituksista laadittaessa.

Työelämäkonsultaatio suoritettiin Meilahden Kolmiosairaan osastolla 6 B, jossa on 3 - 5 paikkaa reumapotilaille ja pääsääntöisesti potilaat ovat osastolla diagnoosin varmenuksen takia ja vain lyhyitä jaksoja. Asiantuntija haastattelu suoritettiin osaston 6 B tiloissa ja haastateltavana oli sairaanhoitaja Maija-Liisa Siitonen. Haastatteluun ei tarvittu varsinaista lupaa vaan osastonhoitajan ja haastateltavan suostumus riitti. Haastattelussa

käytettiin 11 kappaletta avointa kysymystä, jotka olivat hyväksytyt ohjaajalla. Haastateltava sai ennen haastattelua lukea läpi kysymykset ja työn sisällysluettelon. Haastattelu vastauksineen tallennettiin sanelukoneella. Äänitallennetut vastaukset litteroitiin. Haastattelussa esiin tulleet asiat esitetään kappaleessa Hoitotyön näkökulma reumaa sairastavan kivunhoidon ohjaukseen.

Työn teoriapohjan kerääminen ja kirjoittaminen tapahtui myös reumaa, kipua ja ohjausta käsittelevään ajantasaiseen kirjallisuuteen tutustumalla. Kirjallisuuden valinnassa huomioitiin sisällön soveltuvuus hoitosuosituksen tekemiseen. Asiantuntija haastattelulla ja reumapotilaan kivunhallinnan kokemuksia koskevilla tutkimuksilla pyrittiin selvittämään mitä, potilaalle suunnatun kirjallisen hoitosuosituksen tulisi sisältää. Opinnäytetyön tekemistä ohjasi tieteellinen ajattelumalli. Siinä pyrittiin huomioimaan lääke- ja hoitotieteellinen ajantasainen tieto. Kerätyn tiedon pohjalta voitiin luotettavasti luoda kirjallinen hoitosuositus. Opinnäytetyön eri vaiheissa oltiin kriittisiä ja otettiin huomioon vastakkaisia ja vaihtoehtoisiaakin näkökulmia. Työtä arvioitiin eri vaiheissa ja oltiin valmiina korjaaman menetelmiä ja johtopäätöksiä. Opinnäytetyön teossa toimittiin suunnitelmallisesti, järjestelmällisesti ja se nojaa perusteluihin. (Hirsijärvi – Remes – Saarijärvi 2008:21 - 23). Keräämällä riittävä teoriapohja reumasta, kivusta ja ohjauksesta pyrittiin selvittämään mitä hoitosuosituksen tulisi sisältää. Hoitosuosituksesta pyrittiin luomaan selkeä, helposti luettava ja ymmärrettävä apuväline hoitajille ohjaustilanteeseen. Materiaalin ydinsisältö, ohjaustilanne ja kivunhallintaan liittyvät asiat, tiivistettiin niin, että asiat pystyttiin esittämään yhdellä sivulla ja sisältö oli loogisesti esitetty. Lukemisen helpottamiseksi käytettiin vähintään fonttikokoa 12 ja asiat jaoteltiin neljään eri osioon, jotka ohjaustilannetta ajatellen etenivät loogisesti. Asiat esitetään lyhyesti ja ymmärrettävästi, mutta hoitosuosituksen idea on selkeys ja helppolukuisuus.

Eettisesti opinnäytetyön eri tekovaiheissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Toimintatavat olivat tunnustettuja, toiminta rehellistä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudatettiin työn eri vaiheissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät olivat eettisesti kestäviä ja työn tutkimustuloksia julkaistaessa noudatettiin avoimuutta. Opinnäytetyössä huomioitiin muiden tutkimustyö ja niille annettiin asianmukainen arvo ja merkitys työntekovaiheessa ja tuloksia julkaistaessa. Opinnäytetyö suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin tarkasti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Hirsijärvi – Remes – Saarijärvi 2008:23 - 25). Eettisiä ongelmia työn eri vaiheissa ei ollut. On kuitenkin mainittava, että työssä esitetty materiaali on suhteellisen pieni ja liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä ei pidä tehdä.

7 Hoitotyön näkökulma reumaa sairastavan kipupotilaan ohjaukseen

Hoitotyön kehittämisessä on tärkeää selvittää käytössä olevat käytännöt ja menetelmät. Tässä tapauksessa selvitettiin kivunhoidon ohjaukseen käytäntöjä reumaa sairastavan potilaan osalta ja niissä mahdollisesti esiintyviä kehittämishaasteita. Tämä kappale käsittelee opinnäytetyöhön haastatellun asiantuntijasairaanhoitajan näkemyksiä ja kokemuksia reumaa sairastavan potilaan kivunhoidon ohjauksesta käytännön hoitotyössä.

Haastattelun sisällön pohjautuen ohjauksen nykykäytännöistä ja menetelmistä selvisi seuraavaa. Hoitajat ohjaavat kivun lääkehoitoa ja lääkärin määräämiä tutkimuksia ja muita hoitoja. He selvittävät ammattitaidollaan haastatteleamalla, missä potilaalla on kipuja, miten potilas kokee sen, ja he selvittävät lisäksi, olisiko muita kevyempiä paikallisia hoitoja, mitä potilas itse voisi toteuttaa. Ohjaukseen valmistaudutaan varaamalla siihen aika ja varaamalla aikaa itse ohjaustilanteeseen. Muita samanaikaisia töitä vältetään. Ohjaustilanne vaatii aikaa, haastattelua ja yhdessä potilaan kanssa miettimistä. Potilasta pyritään motivoimaan ja ottamaan mukaan hoitonsa toteuttamiseen, jotta hän pystyisi pärjäämään kotona. Lääkehoitoa varmennetaan ja selvitetään lääkkeiden vaikutukset, jotta potilaalle pystytään kertomaan, mitä vaikutuksia eri lääkkeillä on ja mitä pitäisi seurata. Kipulääkemuutoksen yhteydessä kerrotaan myös vaikutukset ja seuranta. Ohjausta osastolla annetaan päivittäin potilaskohtaisesti pienissä pätkissä ja päivän mittaan yhteensä arviolta noin tunnin verran. Hoitajan arvion mukaan vielä enemmän pitäisi ohjata. Kivusta potilaille kerrotaan lähinnä hoitoa ja muita kivunlievittämismenetelmiä kuin lääkkeet. Kivunhallinnan muina menetelminä suoritetaan arviota siitä onko tarvetta kuntoutusohjaajalle, annetaan ravitsemuksesta tietoa ja mietitään auttaisiko sosiaalityöntekijän toimet tilanteessa. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on siis potilaan elämäntilanteen helpottaminen ja kivunlievitys. Kivunhoidon onnistumisen kontrollointi tapahtuu haastatteleamalla ja kysymällä, osastolla ei ole käytössä kipumittareita reumapotilaiden kohdalla. Potilaiden erilainen tiedontarve huomioidaan osastolla siten, että vastasairastuneille pyritään jakamaan enemmän tietoa ja heidän ohjaamiseen keskitytään enemmän. Pidempään reumasairauden kanssa eläneet nähdään oman sairautensa ja tilansa asiantuntijoina ja he tietävät sairaudestaan ja osaavat ilmaista sairauteen liittyvistä asioista erilailla verrattuna vastasairastuneisiin. Potilaiden omaiset huomioidaan ohjauksessa tarpeen mukaan, esimerkiksi iäkkäiden ja muistamattomien potilaiden omaiset

otetaan herkästi ohjauksen mukaan. Samoin menetellään, jos potilaan omaiset ovat paikalla. Heille kerrotaan missä mennään sairauden suhteen, mitä tehdään, mitä muutoksia on tehty ja mitä tapahtuu jatkossa. Potilaille annetaan kirjallista materiaalia, joko internetistä tai osastolta löytyviä esitteitä. Potilas saa itse lukea materiaalin läpi, mikäli siihen pystyy ja sen jälkeen käydään keskustelussa yhdessä läpi potilaalle mahdollisesti heränneitä kysymyksiä. Vaihtoehtoisesti materiaali käydään läpi vain suullisesti. Kehittämisehdotuksina nähdään kipumittareiden käyttöönotto, poliklinikan yhteydessä toimiva kipupotilaiden ryhmä, reumapotilaille suunnattu kokopäivän kestävä moniammatillinen informaatiopaketti ja reumapotilaille suunnattu ryhmä jossa eri asiantuntijoiden toteuttamana luentoja, uusista asioista informoiminen, vertaisten tapaaminen yhdessä tekemisen ja keskustelun merkeissä. Haastattelemisen ja keskustelun nähdään toimivina keinoina edelleen, koska niissä korostuu hoitajan ammattitaito ja intuitio. Aikaa ohjaukseen pitäisi olla enemmän ja hyvä paikka ohjauksen toteuttamiseen. Haastateltava näki lisäksi kivunhoidon ohjauksen kannalta tärkeänä ravitsemushoidon ohjaamisen ja moniammatillisen yhteistyön.

8 Hoitosuositus reumaa sairastavan kipupotilaan ohjaukseen

Tässä kappaleessa kuvataan teoriakirjallisuuden, tutkimustiedon ja asiantuntijakonsultaation pohjalta laadittua hoitosuositusta. Hoitosuosituksella tarkoitetaan tässä yhteydessä reumaa sairastavan kivunhoidon ohjauksen kulmakiviä, jotka tulisi potilaan ohjauksessa huomioida.

Ohjaukseen valmistautuminen, vastasairastuneiden potilaiden ohjauksen ja siihen käytettävän ajan tarve on suurempi. Tämän esitetyn väittämän tarkoituksena on herättää mielenkiinto aiheeseen, se on tullut esille sekä asiantuntija haastattelussa että Mäkeläinen (2009) tutkimuksessa. Seuraavat tässä osiossa esitetyt asiat ovat lähtöisin haastattelun sisällöstä ja ovat siis voimassaolevia käytäntöjä tai kehittämismielessä esille tuottuja asioita.

- Varaa aika ja paikka ohjaukselle
- Varaa aikaa ohjaukseen, ohjauksen aikana ei samanaikaisia töitä
- Tutustu potilaan lääkykseen(vaikutukset, muutokset), ja mahdollisiin muihin määrättyihin hoitoihin ja tutkimuksiin
- Huomio potillaan kokonaistilanne

Ohjauksella voidaan edistää potilaan itsehoitovalmiuksia, lisätä itsenäistä selviytymistä kotona, lievittää pelkoa ja ahdistusta (Eloranta – Virkki 2011: 15). Nämä ohjauksen vaikutusta yleisesti kuvaavat asiat alustavat seuraavan osion.

- Suunnittele yhdessä potilaan kanssa ohjauksen sisältö ja käytettävät ohjausmenetelmät, jotta ne perustuisivat potilaan yksilöllisen tiedon ja tuen tarpeeseen

- Ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi on käytettävä useita eri ohjausmenetelmiä, älä jaa kuitenkaan kirjallista materiaalia automaattisesti, ellei se tue ohjauskeskustelun sisältöä. Hirvonen – Johansson – Kyngäs – Kääriäinen – Poskiparta – Renfors 2007, ja Hagelberg – Kauppila – Närhi – Salanterä 2006, esittävät näitä ohjaukseen liittyviä perusasioita, jotka ovat hyvä muistaa myös reumaa sairastavaa kipupotilasta ohjattaessa.

- Sanallisen viestinnän on oltava selkeää ja yksiselitteistä, huomioi myös sanattomat viestintämuodot: eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli. Sanatonta viestintää on vaikea kontrolloida ja niitä lähetetään tahattomasti. Sanattomalla viestinnällä pyritään tukemaan, painottamaan, täydentämään, kumoamaan ja korvaamaan sanallista viestintää. (Hirvonen ym. 2007: 38–39). Sanatonta viestintää tulkitsemalla voi hoitaja saada lisätietoa potilaasta ja ohjauksen onnistumisesta. Hoitajan ammattitaidosta ja intuitiosta puhui myös asiantuntija sairaanhoitaja.

- Kirjallista materiaalia käytettäessä anna potilaan itse lukea materiaali läpi ja käy sen jälkeen keskustelussa läpi, esiin nousseet asiat. Tämä omatoimisuutta ja dialogisuutta tukeva käytäntö on jo soveltuvissa määrin käytössä osastolla.

Ohjauksessa olisi tärkeää selvittää millaiseksi potilas kokee kivunhallinnan tunteensa, ja pyrkiä vahvistamaan sitä. Tämä Mäkeläisen 2010, esittämä väittämä on tutkittua tietoa kroonisesta nivelkivusta kärsivien potilaiden ohjauksesta.

- Kivun hoidossa tärkein asia on tieto, epätietoisuus ja siihen liittyvä mahdollisesti vääräkin pelko lisäävät kivun kokemista ja vähentävät elämänhallinnan tunnetta (Karjalainen–Kauppi–Kukkurainen–Kyngäs–Martio 2007: 111–112). Tässä kohtaa on huomioitu kivun psykologiaa.

- Kannusta ja tue potilasta kivunhoidossa sekä etsi yksilöllisiä kivunlievitysmenetelmiä potilaalle, jotta hän pystyisi vaikuttamaan kipuunsa itse ja usealla tavalla. Tässä huomioidaan potilaan yksilöllinen hoidontarve, ja tieto on peräisin Mäkeläinen 2010 tutkimuksesta.

- Älä väheksy potilaan mahdollisia omavalintaisia hoitoja, puutu jos ne vaarantavat järjkevän hoidon toteutumisen tai, jos epäilet potilasta huijattavan (Karjalainen ym. 2007: 281 - 290). Tämä on tärkeä asia huomioida reumaa sairastavan kipupotilaan ohjauksessa.

- Kivun arviointia helpottavat mittarit (VAS, kipujana). Yhteistyöosastolla eivät mittarit vielä ole käytössä reumaa sairastavia potilaita ohjattaessa, ne kuitenkin ovat kivun voimakkuuden arvioinnin tunnettuja työkaluja (terveysportti).

Ohjaus

- Perheitä ja omaisia ohjattaessa (omahoitaja ja kiireetön ilmapiiri), kerrotaan mitä tullaan tekemään, onko tehty jotain muutoksia hoidossa ja mitä tulee jatkossa tapahtumaan. Sairaus koskettaa aina myös läheisiä ja perhettä. Perheiden kokemuksia ja toiveita nivelreuman hoidon ohjauksesta esitettiin Koivula – Vihijärvi – Åstedt-Kurki, 2008 tutkimuksessa ja nämä ovat tuloksia siitä.

- Huomioi ravinto ohjauksessa, sillä on vaikutusta kivun syntyyn, sen kokemiseen ja sillä uskotaan olevan vaikutuksia reumaan sairastumisriskiin ja sen taudinkulkuun (Karjalainen ym. 2007: 209). Ravinnon merkitys reumassa huomattava ja se on huomioitava myös ohjauksessa.

- Ryhmäohjaus on tehokasta ja sillä voidaan tukea kipupotilaan voimavaroja, suurin hyöty siitä on kroonista kipua kokevilla naisilla. Ryhmäohjauksen tehoa kuvataan Holma – Joronen – Koivula 2010, tutkimuksessa ja Hirvonen ym. 2007, teoksessa.

- Huomioi koko moniammatillinen yhteistyöverkosto, vertaistuki, yhdistykset ja ryhmät ohjauksessa. Moniammatillinen yhteistyö on reuman hoidon perustietoa ja potilaan tukeminen sairautessaan eri tavoin, tuli esille asiantuntijahaastattelun yhteydessä.

- Lopuksi kertoo ohjauksen sisältö ja varmista asioiden perillemeno (Hirvonen ym. 2007: 73), on ohjauksen perustietoa jota ei voi liikaa painottaa.

9 Pohdinta

Tietämykseni reumasairauksista oli hankittu tätä opinnäytetyötä aloittaessani, lähestulkoon kokonaan käynnissä olevien sairaanhoitaja opintojen kautta. Omasin siis jonkinlaiset perustiedot reumasta. Tämän lisäksi olen seurannut vierestä läheiseni selviytymistä, hänen sairastuttuaan yli 1,5 vuotta sitten reumaan, ja saanut siis jonkin asteista omaisen kokemuskäsitystä reumasta ja sen hoidosta. Tutustuessani kirjallisuuden kautta reumaan ja sen hoitoon, minulle selkiintyi aika pian taudinkuvan ja siihen liittyvien hoitojen laajuus. Reuma on sairautena potilasta monella tapaa kuormittava ja toisaalta hoitohenkilökunnalle se asettaa erityiset haasteet, monien tukihoidojen ja moniammatillisen yhteistyön kautta. Oma työni rajoittui siis reuman kivunhoitoon, sen ohjaamiseen ja niiden kehittämiseen, minkä koin tavallaan helpotuksenakin, koska reumaa sairastavan potilaan kokonaisvaltainen ohjaaminen ja sen kehittäminen olisi ollut vielä paljon laajempi kokonaisuus. Kappaleessa 3 esitin nivelreumaa sairautena, sen esiintyvyyttä, oireita ja toteamista, hoidon periaatteita, lääkehoitoa, ravinnon ja psykologian merkitystä reumassa sekä omavalintaisiin hoitoihin suhtautumista. Materiaalia oli hyvin saatavilla ja aineiston rajaaminen oli lähinnä haaste tässä kappaleessa. Sisällöstä tuli työn kannalta mielestäni riittävän kattava.

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni jouduin tutustumaan kipuun, sen syntyyn ja eri muotoihin, siihen vaikuttaviin tekijöihin, sen seuraamuksiin ja hoitoihin. Mielestäni myös tämä alue osoittautui varsin laajaksi. Kivun ymmärtäminen sen synnystä kivun kokemiseen on tärkeää, jotta hoitaja voi auttaa potilasta kivun hoidossa ja sen hoidon ohjauksessa. Kipua käsittelevässä kappaleessa 4 on esitetty myös tutkimustietoa ja sen sisältö soveltui osaltaan hoitosuosituksen laatimiseen. Ohjauksesta minulla oli jonkinlainen työelämäkäsitys ja lisäksi opiskelun myötä hankittu teorian tieto. Hoitotyön ohjaamista käsitteleviä kirjoja ei ollut niin helposti saatavilla, kuin aiemmissa kappaleissa. Sisällöltään työssä mukana olevat teokset olivat helppo lukea ja ymmärtää ja soveltuivat hyvin ohjausta käsittelevän teorian rakentamiseen. Soveltuvaa tutkimustietoa opinnäytetyöhön tuli viidestä eri tutkimuksesta. Niissä käsiteltiin muun muassa kivunhallintaa lisääviä seikkoja, sovel-

tuvia ohjausmenetelmiä, perheiden kokemuksia ja toiveita nivelreuman hoidon ohjauksesta, vertaistuen merkitystä ja ryhmäohjausta. Määrällisesti tutkimuksia ei ollut montaa, mutta sisällöltään ne antoivat arvokasta tietoa hoitosuosituksen laatimiseen.

Itse hoitosuosituksen tekeminen oli suhteellisen vaikeaa, vaikka jotkin asiat olivat toistuvasti nousseet esille eri lähteistä. Haastavaa oli se, mitä ja miten esitän ja miten saan kaiken oleellisen tuotua esille. Hoitosuositusta tehdessäni päädyin yksinkertaiseen selkeään ratkaisuun. Kaikki oleellinen tieto koottiin yhdelle sivulle ja lokeroitiin loogisesti ja ulkoasu pidettiin yksinkertaisena. Hoitosuositus ei pidä sisällään mitään mullistavaa, mutta lisäapuna reumapotilaan kivunhoidon ohjaustilanteessa sitä voi soveltaen käyttää. Hoitosuositus saattaa pitää sisällään kokeneille hoitajille jo täysin itsestään selviäkin asioita, mutta melko varmasti toimii ainakin muistivirkistäjänä. Jatkotutkimista kaipaavia työni sisältä nousseita asioita olisivat mielestäni, vertaistuen, päivän kestoisten ensihoitopäivien pakettien hyöty reumaan sairastuneilla ja kipupoliklinikoiden toimiminen reuman kivun hoidossa.

Lähteet

Eloranta, Tuija–Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Livonia Print

Hagelberg, Nora–Kauppila, Marjo–Närhi, Matti–alanterä, Sanna 2006. Kivun hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hirsijärvi, Sirkka–Remes, Pirkko–Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Ota-
van Kirjapaino Oy.

Hirvonen, Eila–Johansson, Kirsi–Kyngäs, Helvi–Kääriäinen, Maria–Poskiparta, Marita–
Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY oppimateriaalit Oy.

Holma, Sinikka–Joronen, Katja–Koivula, Meeri 2010. Kipupotilaiden kokemuksia ryhmä-
ohjauksesta. Hoitotiede 2010, 22(4), 291–301.

Hämäläinen, Martti–Leirisalo-Repo, Marjatta–Moilanen, Eeva. 2002 Reumataudit.
Rauma: Kirjapaino Oy West Point

Kalso, Eija–Vainio, Anneli 2002. Kipu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Karjalainen, Anna–Kauppi, Markku–Kukkurainen, Marja Leena–Kyngäs, Helvi–Martio,
Jukka. 2007 Reuma. Hämeenlinna: Karisto Oy

Koivula, Meeri – Vihijärvi, Sari – Åstedt-Kurki, Päivi 2008. Perheiden kokemuksia ja toi-
veita nivelreuman hoidon ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö, 6(4), 16 – 21.

Mäkeläinen, Paula 2010. Nivelreumapotilaan nivelkipu ja sen yhteys hänen kivunhallin-
nan tunteeseensa. Kipuviesti, 2010 no. 2 s. 28–30. Saatavilla myös sähköisesti
<[http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Kipuviesti%202-
2010\(1\).pdf](http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Kipuviesti%202-2010(1).pdf)>

Mäkeläinen, Paula 2009. Nivelreumaa sairastavan potilaan ohjaus ja potilaan hallinnan
tunne. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 167, 5. Saatavilla myös säh-
köisesti <<http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1226-7.pdf>>

Mäkeläinen, Paula–Pietilä, Anna-Maija–Vehviläinen - Julkunen, Katri 2010. Nivelreuma-
potilaiden arviointia sairauteen liittyvästä tiedostaan ja hallinnantunteestaan. Hoitotiede
2010, 22 (4), 271–281.

Reuma–aapinen II. Suomen Reumaliitto ry. K-Print Oy 2002.

Sokka-Isler, Tuulikki. Onko reumakipu häviämässä? Kipuviesti 1/2012, 22-24.

Terveysportti. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/koti>> Luettu
30.11.2012.

Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tiedonhaun tulokset

Tiedonhakuja

tietokanta	hakusana	hakusana	hakusana	rajaus	tulokset	mu- kaan
medic	reuma	kipu		ei	40	1
medic	reuma*	ohjaus		ei	21	1
medic	nivel- reuma			ei	690	0
medic	nivel- reuma	kipu		ei	40	0
medic	nivel- reuma	ohjaus		ei	15	4
pubmed	patient education			ei	73540	
pubmed	patient education	pain		ei	4215	
pubmed	patient education	pain	rheuma- toid	ei	131	5
Linda	kipu	nivel- reuma		ei	8	
Cinahl	percep- tion	pain		ei	2461	
Cinahl	percep- tion	pain	rheuma- toid	ei	39	1
medic	reuma- kipu				1	1

Haastattelurunko

Kysymykset

Kysymysten avulla on tarkoitus selvittää kivunhoidon ohjauskäytäntöä osastolla ja löytää mahdolliset kehittämisalueet.

1. Miten osastollanne ohjataan reumaa sairastavan kivunhoitoa?
2. Miten valmistaudut ohjaukseen?
3. Paljonko arviolta keskimäärin käytetään aikaa ohjaustilanteessa ja onko se mielestäsi riittävä?
4. Mitä potilaalle kerrotaan kivusta?
5. Mitä muita kivunhallinnan menetelmiä potilaalle opetetaan lääkehoidon lisäksi?
6. Miten kontrolloidaan kivunhoidon onnistuminen?
7. Miten huomioidaan potilaiden erilainen tiedontarve, vastasairastunut vs. diagnoosin saanut?
8. Miten potilaan omaiset huomioidaan ohjauksessa?
9. Minkälaista materiaalia potilaalle annetaan ohjaustilanteessa?
10. Miten kehittäisit kivunhoidon ohjaamista reumaa sairastavien osalta?
11. Mitä muuta haluaisit kertoa reumaa sairastavan kivunhoidon ohjauksesta?

Hoitosuositus

Hoitosuositus reumaa sairastavan kipupotilaan ohjaukseen

Ohjaukseen valmistautuminen, vastasairastuneiden potilaiden ohjauksen ja siihen käytettävän ajan tarve on suurempi

- Varaa aika ja paikka ohjaukselle
- Varaa aikaa ohjaukseen, ohjauksen aikana ei samanaikaisia töitä
- Tutustu potilaan lääkitykseen (vaikutukset, muutokset), ja mahdollisiin muihin määrättyihin hoitoihin ja tutkimuksiin
- Huomio potilaan kokonaistilanne

Ohjauksella voidaan edistää potilaan itsehoitotaitoja, lisätä itsenäistä selviytymistä kotona, lievittää pelkoa ja ahdistusta

- Suunnittele yhdessä potilaan kanssa ohjauksen sisältö ja käytettävät ohjausmenetelmät, jotta ne perustuisivat potilaan yksilöllisen tiedon ja tuen tarpeeseen
- Ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi on käytettävä useita eri ohjausmenetelmiä, älä jaa kuitenkaan kirjallista materiaalia automaattisesti, ellei se tue ohjauskeskustelun sisältöä
- Sanallisen viestinnän on oltava selkeää ja yksiselitteistä, huomioi myös sanattomat viestintämuodot: eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli
- Kirjallista materiaalia käytettäessä anna potilaan itse lukea materiaali läpi ja käy sen jälkeen keskustelussa läpi, esiin nousseet asiat

Ohjauksessa olisi tärkeää selvittää millaiseksi potilas kokee kivunhallinnan tunteensa, ja pyrkiä vahvistamaan sitä

- Kivun hoidossa tärkein asia on tieto, epätietoisuus ja siihen liittyvä mahdollisesti vääräkin pelko lisäävät kivun kokemista ja vähentävät elämänhallinnan tunnetta
- Kannusta ja tue potilasta kivunhoidossa sekä etsi yksilöllisiä kivunlievitysmenetelmiä potilaalle, jotta hän pystyisi vaikuttamaan kipuunsa itse ja usealla tavalla
- Älä väheksy potilaan mahdollisia omavalintaisia hoitoja, puutu jos ne vaarantavat järkevän hoidon toteutumisen tai, jos epäilet potilasta hujattavan
- Kivun arviointia helpottavat mittarit (VAS, kipujana)

Ohjaus

- Perheitä ja omaisia ohjattaessa (omahoitaja ja kiireetön ilmapiiri), kerrotaan mitä tullaan tekemään, onko tehty jotain muutoksia hoidossa ja mitä tulee jatkossa tapahtumaan
- Huomioi ravinto ohjauksessa, sillä on vaikutusta kivun syntyyn, sen kokemiseen ja sillä uskotaan olevan vaikutuksia reumaan sairastumisriskiin ja sen taudinkulkuun
- Ryhmäohjaus on tehokasta ja sillä voidaan tukea kipupotilaan voimavaroja, suurin hyöty siitä on kroonista kipua kokevilla naisilla
- Huomioi koko moniammatillinen yhteistyöverkosto, vertaistuki, yhdistykset ja ryhmät ohjauksessa
- Lopuksi kertaa ohjauksen sisältö ja varmista asioiden perillemeno