

Janette Landgårds

Hanna Mattola

Emmi Pietiäinen

”TÄMÄ KURJA REUMA EI OLE  
PILANNUT KOKO KESÄÄNI”

Analyysi kuuden nivelreumapotilaan kipu-  
päiväkirjoista

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma


Huhtikuu 2013




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p><b>Opinnäytetyön päivämäärä</b></p> <p>23.4.2013</p>	
<p><b>Tekijä(t)</b> Janette Landgårds, Hanna Mattola ja Emmi Pietiäinen</p>	<p><b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja</p>	
<p><b>Nimeke</b></p> <p>”Tämä kurja reuma ei ole pilannut koko kesääni” - Analyysi kuuden nivelreumapotilaan kipupäiväkirjoista</p>		
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli analysoida kuuden nivelreumapotilaan kipupäiväkirjoja. Kuusi vuoden sisällä diagnoosin saanutta nivelreumapotilasta piti kipupäiväkirjaa viiden viikon ajan. Kyseessä oli pilottitutkimus pienryhmäohjauskokeilussa eräissä keskisuudessa keskussairaalassa. Emme osallistuneet aineiston keräämiseen, vaan saimme päiväkirjat valmiina. Koska päiväkirja-aineistomme on tiivistä, sovellamme sisällön erittelyä opinnäyte-työssämme.</p> <p>Teoreettisessa viitekehyksessä käsitelimme nivelreumaa sairautena, sen kipua ja niiden hoitoa. Lisäksi esittelimme työssämme kipua yleisesti ja kipua kokemuksena. Käytimme aineiston analysoinnissa kvantitatiivista sovellettua sisällönerittelyä.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että potilaiden mielialat olivat monikirjoisia. Suuremmaksi osaksi potilaat kokivat mielialansa positiivisena ja melkein kaikki heistä hyvänä. Opinnäytetyössämme ilmeni, että useimmat potilaista käyttävät nivelreuman hoidossa lääkityksenä metotreksaattia, kortisonia, kalsiumia ja D-vitamiinia.</p> <p>Opinnäytetyössämme huomasimme, että yllättävän harva potilaista on joutunut viiden viikon aikana käyttämään kipulääkettä. Potilaat ovat siis olleet melko kivuttomia, mikä on varmasti vaikuttanut heidän mielialaansa. Nivelreumapotilaiden kivun voimakkuuden kokemiseen ja kipulääkityksen tarpeeseen luulemme vaikuttaneen potilaiden lyhyt sairastamisaika. Nivelreumapotilaat käyttivät kivunlievityksessä enemmän apunaan kivun omahoitomenetelmiä.</p>		
<p><b>Asiasanat (avainsanat)</b></p> <p>Nivelreuma, kipu, nivelreumakipu, kivun kokeminen, kivun hoito ja kivun omahoito</p>		
<p><b>Sivumäärä</b> 33 + liitteet</p>	<p><b>Kieli</b> Suomi</p>	<p><b>URN</b></p>
<p><b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b></p> <p>3 liitettä</p>		
<p><b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Paula Mäkeläinen</p>	<p><b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b></p>	

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  23.4.2013	
<b>Author(s)</b> Janette Landgärds, Hanna Mattola ja Emmi Pietiäinen		<b>Degree programme and option</b> Degree Program in Healthcare	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> "This sad Rheumatoid arthritis hasn't ruined my whole summer" - Analysis of six patients' pain diary with Rheumatoid arthritis			
<b>Abstract</b>  <p>The purpose of our study was to analyse the pain diaries of six Rheumatoid arthritis patients. Six patients who got diagnose within one year kept pain diary for five weeks. This was a pilot study in a small-group trial in a middle-sized hospital. We didn't take part in collecting the study data. We got the diaries pre-filled. Because our diary data was compact, we applied content analysis.</p> <p>In the theoretical framework we processed Rheumatoid arthritis as a disease, the pain and their treatment. In addition, we presented pain and pain experience in general. We use the material applied to the analysis of quantitative content analysis.</p> <p>The results showed that the patients' mood was multi-spectrum. The major part of the patients experienced a positive mood, and almost all of them good. In our study, we found out that most of the patients use as the medication of rheumatoid arthritis methotrexate, steroids, calcium and vitamin D supplements.</p> <p>In our thesis, we found that surprisingly few patients had had the need to use pain medication over a five-week period. Patients have therefore been relatively painless, which surely affected their mood. We think that the short sickness time had contributed to the RA patients' experience in pain intensity and the need of pain medication. Rheumatoid Arthritis patients used more the self-help method to relieve the pain.</p>			
<b>Subject headings, (keywords)</b>  Rheumatoid arthritis, pain, Rheumatoid arthritis pain, experience of pain, pain management and self-management of pain			
<b>Pages</b> 33 + appendices	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>	
<b>Remarks, notes on appendices</b>  3			
<b>Tutor</b> Paula Mäkeläinen		<b>Bachelor's thesis assigned by</b>	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	2
2	NIVELREUMA SAIRAUTENA.....	3
2.1	Nivelreuman oireet ja esiintyvyys .....	4
2.2	Nivelreuman diagnostiikka.....	7
2.3	Nivelreuman lääkehoito.....	8
2.4	Nivelreuman omahoito .....	10
3	NIVELREUMAPOTILAAN KIPU .....	10
3.1	Mitä kipu on?.....	11
3.2	Kivun arviointi.....	13
3.3	Kivun kokeminen.....	15
3.4	Nivelreuman kivunhoito .....	17
3.4.1	Lääkkeellinen kivunhoito nivelreumassa.....	18
3.4.2	Kivun omahoito nivelreumassa.....	21
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	24
5	AINEISTO JA SEN ANALYSOINTI .....	24
5.1	Aineisto ja kohdejoukko .....	24
5.2	Sisällönerittely .....	25
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	26
6.1	Nivelreumapotilaiden kivun voimakkuuden kokeminen.....	26
6.2	Nivelreumapotilaiden mieliala.....	26
6.3	Nivelreumapotilaiden lääkitys nivelreuman hoidossa .....	27
6.4	Nivelreumapotilaiden keinot kivunhoidossa .....	28
7	POHDINTA .....	29
7.1	Tulosten tarkastelu.....	29
7.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	31
7.3	Jatkotutkimusaiheet .....	33
	LÄHTEET .....	34
	LIITTEET	
	1 Kipupäiväkirjamalli	
	2 Analyysipolku mielialasta	
	3 Analyysipolku ”mitä tein”	

## 1 JOHDANTO

Nivelreuma on pitkäaikaissairaus, jonka aiheuttajan syy on tuntematon. Pitkään sairaaneella potilaalla nivelkalvon tulehdus voi johtaa toiminnan vajauksiin, nivelten tuhoon ja nivelten virheasentoihin. (Isomäki 2002, 152.) Nivelreuma on autoimmuunisairaus. Elimistön oma puolustusjärjestelmä, eli immuunijärjestelmä, kohdistaa toimintansa elimistön omia kudoksia vastaan virheellisesti. (Eklund 2012.) Nivelissä tuntuva jäykkyys ja kipu ovat alkavan nivelreuman selkeimmät oireet. Oireet jäävät kuukausien ja vuosien mittaan pysyviksi. (Isomäki 2002, 153–154.)

Nivelreumassa hoitotavoitteena on remissio, jolla tarkoitetaan tulehduksen puuttumista sekä oireettomuutta. Tämä tavoite tarkoittaa myös kivun karkottamista. (Kipuviesti 2012, 22–23.) Nivelreumakipu on nosiseptiivistä kipua, jonka voi aiheuttaa kemiallinen, mekaaninen tai iskeeminen ärsyke hermojärjestelmää aktivoimalla. Kipu aiheuttaa kärsimystä ja voi sisältää pelkoa tai uhkaa tulevaisuudesta. Nivelreumapotilailla jatkuva kipu aiheuttaa avuttomuutta ja vaikuttaa selviytymiseen arjessa ja jokapäiväisissä toiminnoissa. Ominaisia piirteitä pitkäaikaisen ja nivelreumakivun henkilölle aiheuttamassa kärsimyksessä on masennus, ahdistus, unihäiriöt, seksuaalisen mielenkiinnon puute, ärtyisyys ja sosiaalisten kontaktien väheneminen. Se vaikuttaa myös ajatteluun, keskittymiseen, työn tekoon ja ruokahaluun. (Vaajoki 2002, 11–14.)

Tilapäiset, lyhytaikaiset kivut menevät yleensä ohi itsestään. Niitä voi hoitaa omin keinoin lepäämällä, rentoutumalla, kylmällä, lämmöllä ja hauteilla. Vaikeassa ja pitkäaikaisessa kivunhoidossa tärkein jäsen monialaisessa ryhmätyössä on kivulias ihminen itse. Kipunsa paras asiantuntija on hän itse ja kivunhoidon onnistumisen edellytys on hänen aktiivinen osallistumisensa hoitoon. Täydelliseen kivuttomuuteen päästään harvoin kroonisen kivun hoidossa Kipuvaiheiden harveneminen, kivun lievittyminen, työkyvyn ja toimintakyvyn paraneminen ja parempi elämänlaatu ovat realistisempia tavoitteita. (Vainio 2004, 73–74.)

Yleisimmin nivelreuman kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet. Nivelreuman aiheuttamia kipuja hoidettaessa turvallisimpana vaihtoehtona on käyttää parasetamolia. (Hakala 2009, 336.) Omahoito on myös tärkeää lääkehoidon rinnalla nivelreumassa. Omahoito on potilaan ja lääkärin tai muun ammattihenkilön

yhteistyötä. Omahoito poikkeaa jonkin verran perinteisestä hoitomallista, jossa potilas hyväksyy hoidon ja noudattaa lääkärin ”määräyksiä”. Osa-alueita omahoidossa on kivun ja mielen hallinta, asennoituminen kipuun, kipu-tuntemuksen saaminen mahdollisimman lieväksi, kehon ja mielen hyvinvoinnin edistäminen ja tavoitteiden suunnitteleminen kuntoutukseen. Omahoitoon kuuluu myös kipuun sekä siihen usein liittyvän kärsimyksen suhtautumisen oppiminen. Aktiivinen omahoito ei saisi loppua, jos potilas joutuu hakeutumaan hoitoon kivun vuoksi. Hoidossa omahoidon tulisi olla koko ajan mukana. (Granström 2010, 113–114.)

Kuusi vuoden sisällä diagnoosin saanutta nivelreumapotilasta piti kipupäiväkirjaa viiden viikon ajan eräessä keskisuuressa keskussairaalassa. Kyseessä oli pilottitutkimus pienryhmäohjauskokeilussa. Emme osallistuneet aineiston keräämiseen, vaan saimme päiväkirjat valmiina ja tarkoituksenamme on analysoida ne. Päiväkirjan sisältöön kuului kellon aika, tilanne, kivun voimakkuus 0-10, mieliala, lääkitys ja ”mitä tein”.

Koska päiväkirja-aineistomme on tiivistä, sovellamme sisällön erittelyä opinnäytetyössämme. Kun puhutaan sisällönerittelystä, tarkoitetaan kvantitatiivista dokumenttien analyysia, jossa esitetään jotakin tekstin tai dokumentin sisältöä määrällisesti. Tiettyjen sanojen esiintymistiheyttä voidaan laskea tutkimusongelmasta riippuen tietyissä dokumenteissa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tiedonhaussa käytämme apuna Mikkelin ammattikorkeakoulun ja Mikkelin kaupungin muita kirjastoja. Käytämme apunamme myös Internetin tietokantoja, joista olemme todenneet hyväksi Medicin ja Google Scholarin. Etsimme myös tutkimuksia ja artikkeleita liittyen opinnäytetyön aiheeseemme muun muassa Lindasta, Artosta ja Cinahlista sekä tutustumalla kirjaston aineistoihin. Hakusanoina olemme käyttäneet muun muassa nivelreumaa, kipua, kivunhoitoa, kivun omahoitoa, kivun lääkkeellistä hoitoa, kivun arviointia ja kivun kokemista.

## **2 NIVELREUMA SAIRAUTENA**

Nivelreuma on sairaus nivelissä ja se on pitkäaikaissairaus. Nivelreuma on tuntemattomasta syystä johtuva yleistauti. Nivelreumassa nivelkalvon tulehdus on keskeisenä piirteenä. Pitkällä tähtäimellä se johtaa toiminnan vajauksiin, virheasentoihin ja nivel-

ten tuhoon. Se aiheuttaa myös reumakyhmyjä, neuropatiaa eli hermovauriota, vaskuliittia eli verisuonitulehdusta, skleriittia eli kovakalvon tulehdusta, pneumoniittia eli keuhkotulehdusta, pleuriittia eli keuhkopussintulehdusta, perikardiittia eli sydänpussin tulehdusta sekä imurauhasten ja pernan suurenemista. Näitä kutsutaan nivelten ulkoisiksi vaurioiksi. (Isomäki 2002, 152.) Aiheuttajiksi on arveltu vuosikymmeniä bakteeri- tai virusinfektioita. Tiedetään, että esimerkiksi parvovirusinfektio voi laukaista nivelreuman kaltaisen tulehduksen, mutta mitään yksittäistä tulehduksen aiheuttajaa ei ole pystytty tarkemmin osoittamaan. (Hakala 2009, 323.) Nivelreuma on autoimmuunisairaus. Elimistön oma puolustusjärjestelmä, eli immuunijärjestelmä kohdistaa toimintansa elimistön omia kudoksia vastaan virheellisesti. Ei ole selvää miksi näin käy. Taudin puhkeamisen saa aikaan todennäköisesti perintötekijät yhdessä ympäristötekijöiden kanssa. (Eklund 2012.)

## **2.1 Nivelreuman oireet ja esiintyvyys**

Nivelreuma alkaa usein viattomin oirein salakavalasti. Immunologinen häiriö saattaa edeltää kliinisiä oireita, joka esiintyy veressä reumatekijänä. Ennako-oireina ennen nivelten turvotuksia voi esiintyä väsymystä, nivelten arkuutta ja jäykkyyttä aamuisin käsissä ja päkiöissä, painon laskua ja ruokahaluttomuutta. Palindrominen alku on melko tavallista, mikä tarkoittaa, että potilas on toisinaan oireeton ja välillä hänellä on oireita ja jopa selkeitä nivelten turvotuksia. Oireet jäävät kuukausien ja vuosien mittaan pysyviksi. (Isomäki 2002,153–154.)

Sairastuminen alkaa noin joka viidennellä potilaalla on äkillisesti ja rajusti. Monet nivelet turpoavat päivien ja viikkojen kuluessa, potilaalla voi olla kuumeilua ja voimakasta väsymystä ja joskus nivelen ulkoisia tulehduksia kuten pleuriitti. Nivelissä tuntuva jäykkyys ja kipu ovat alkavan nivelreuman selkeimmät oireet. Kipu tuntuu niveltä paineltaessa ja liikuteltaessa. Vain hyvin runsaasti tulehtuneissa ja vuosien kuluttua vaikeasti syöpyneissä suurissa nivelissä ja kaularangassa esiintyy levossa tuntuva kipua ja särkyä. (Isomäki 2002,153–154.)

Tyypillistä on, että sama nivel tulehtuu kummassakin raajassa ja tulehdusoireita on kolmessa tai useammassa nivelessä. Rystyset, päkiät ja sormien keskinivelet ovat useimmiten sairastuvat nivelet. Nivelreuma voi saada alkunsa myös suuresta nivelestä

raajassa. Useiden suurten raajanivelten tulehdus huomataan melko usein pienten nivelten tulehduksen lisäksi. (Hakala 2009, 325.)

Suurella osalla potilaista nivelreuma on pitkäaikainen tauti, joka etenee jatkuvasti. Pitkään kestänyt nivelreuma johtaa nivelsiteiden, luun ja ruston syöpmiseen sekä nivelen toiminnan rajoituksiin. Lopputuloksena on joko liikkumiskunnottomaksi tuhoutunut tai jäykistynyt nivel. (Isomäki 2002, 154.)

Mustajoen (2012) mukaan raajojen ojentajapuolelle syntyviä reumakyhmyjä saattaa esiintyä joillakin potilailla. Niiden koko voi vaihdella muutamasta millimetristä pariin senttimetriin. Myös Sjögrenin oireyhtymä voi liittyä nivelreumaan osalla potilaista ja siitä johtuu suun ja silmien kuivuminen.

Nivelreuma voi rauhoittua joko pysyvästi tai ainakin pitkäksi ajaksi, jos elimistön vastustuskyky voittaa sairauden. Yleensä tauti on kuitenkin pitkäaikainen jopa vuosikymmenien ajan jatkuva. Jo muutamassa kuukaudessa rusto ja luut alkavat syöpyä ja vuosien mittaan syöpyminen leviää ja laajenee yhä useampaan niveleen. Suurten nivelten kuten lonkan, polven, olkanivelen ja kaularangan vaurioista koituu nivelreumassa hankalimmat haitat. Useimmat potilaat eivät pidä kipua suurimpana ongelmanaan, vaikka liikkuminen ja muut nivelten toiminnat saattavat vaikeutua suuresti. Särky ei varsinkaan alkuvaiheessa ole merkittävää vaan kipu ilmenee etenkin nivelten arkuutena. (Suomen reumaliitto 2011.)

Yksittäistä sairauden kulkua ennustavaa tekijää ei ole löydetty, vaikka tekijöitä on etsitty monissa tutkimuksissa. Korkealla reumatekijäpitoisuudella ei ole osoitettu yksittäiselle potilaalle luotettavaa ennustearvoa, vaikka se onkin todettu tutkimuksissa huonon ennusteen merkiksi. On todella harvinaista, että nivelreumasta paranee itseltään oireettomaksi. Täysi oireettomuus eli remissio on nykyhoidon tavoitteena. Kivuttomuus ilman arkoja ja tulehtuneita niveliä yhdistettynä normaaliin CRP- ja laskoarvoon voidaan määritellä remissioksi. Nivelreuman luonnollinen kulku saattaa olla muuttumassa. Ensi kertaa sairaalahoitoon tulevilla potilailla on yhä harvemmin reumatekijä. Näillä potilailla ei nähdä niin usein nivelten eroosiota tai reumakyhmyjä kuin muutama vuosikymmen sitten. Pelkkä aikaisemmin hoitoon hakeutuminen ei näytä selittävän tätä ilmiötä. (Hakala 2009, 328 – 329.)

Tyypillisiä pysyviä virheasentoja ja muutoksia kädessä ovat sormien sijoiltaan meno kämmenpuolelle (volaarinen subluksaatio) ja tyvinivelten kääntyminen pikkusormen suuntaan (ulnaarideviaatio). Ranteen huomattava ja kivulias liikerajoitus voi johtua ranteen nivelen muutoksista. On kuitenkin harvinaista, että ranne täydellisesti jäykistyy. Kyynärnivelen varhaiseen niveltulehdukseen liittyy yleensä ojennusvajausta ja liike rajoittuu suhteessa nivelvaurion asteeseen. Loitontamisen vajausta (abduktio) on yleisin toiminnanvajausta olkanivelessä kun taas lonkkanivelen tulehdukseen liittyy sisäkierron liikerajoitus. Lonkkanivelen vaurion kehittyessä esiintyy yleensä myös ojennusvajausta. (Hakala 2009, 329.)

Kun polven nivelen tulehdus on kestänyt pitkään, syntyy ensin koukistusvajausta ja myöhemmin ojennusvajausta. Turvotuksen leviäminen polviniveltulehduksessa huomataan yleensä erillisenä muhurana polvitaipessa, jolloin kyseessä on kysta. Näitä kystiä voi esiintyä myös muissakin kehon nivelissä. Nilkan kivulias liike sivulle ja virheasento ovat tavallisia, jolloin nilkka kääntyy sisäänpäin. Vasaravarpaan tyypillisiä virheasentoja nähdään varpaissa ja jalkapohjassa tyvinivelten alla voi olla känsämuodostumia. (Hakala 2009, 330.)

Nivelreumaa sairastaa yli 16-vuotiaasta suomalaisesta melkein yksi sadasta. Naisilla sairaus on yleisempi kuin miehillä. Sairaus voi alkaa missä iässä tahansa, mutta tavallisesti se puhkeaa 60 vuoden iässä. (Aho ym. 2004.) Suomessa on noin 32 000 nivelreumapotilasta. Sairastuneita nivelreumapotilaita ilmaantuu noin 2000 vuodessa. (Hakala 2009, 323.) Sairastuneista yksi kolmannesta on miehiä. 70 vuotta täyttäneillä naisilla sairastuvuus on suurinta ja pienintä nuorilla miehillä. 70-vuotiailla vallitsevuus on huipussaan, jonka jälkeen se alkaa lisääntyneen kuolleisuuden johdosta vähentyä. (Isomäki 2002, 152.)

Nivelreuma ei ole periytyvä tauti, mutta alttius sairastumiseen periytyy lievästi. Se että tauti on yleisempi naisilla kuin miehillä, viittaa siihen, että hormonit vaikuttavat taudin puhkeamiseen. Nivelreuman oireet saattavat pahentua tai tauti saattaa puhjeta raskauden jälkeen. Jos jollain lähisukulaisella on nivelreuma, mahdollisuus sairastumiseen kasvaa. (Reumanhoito 2009.)

## 2.2 Nivelreuman diagnostiikka

Nivelreumalle tyypillisiä oireita ja löydöksiä ovat mm. yhden tunnin aamujäykkyys, niveltulehduksen symmetrisyys ja useamman nivelen samanaikainen tulehdus. Nivelreuman diagnosointiin ei kuitenkaan ole yhtäkään luotettavaa oiretta tai testiä. (Hakala 2007.)

**TAULUKKO 1. Nivelreuman kriteerit (Hakala 2007)**

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 nähtävät vauriot käden nivelissä

Taulukossa 1 esitetyt nivelreuman kriteerit on Amerikan Reumalääkäriyhdistys (ACR) vuonna 1987 määritellyt nivelreuman tyypillisiksi oireiksi ja löydöksiksi. Ne eivät kuitenkaan sovellu sellaisenaan varhaisen nivelreuman diagnostiikkaan, koska kyseessä on tutkimustyöhön tarkoitettut kriteerit. Luotettavampana pidetään portaittaista menetelmää. Portaittaisen menetelmän määritelmänä on se, että potilaalla todetaan vähintään kolmen nivelen tai pikkunivelrivistön tulehdus joko yhdistettynä poikkeavaan röntgenkuvauslöydökseen tai positiiviseen reumatekijään. Jos nämä yhdistelmät löytyvät, on potilaalla yli 90 %:n varmuudella nivelreuma. (Hakala 2007.)

Laboratoriotutkimuksia, jotka kertovat tulehduksen aktiviteetista, ovat veren lasko (”senkka”) ja C-reaktiivinen proteiini (CRP). Nivelreumaa ei kuitenkaan sulje pois niiden normaalit arvot. Potilas, jolla on akuutti niveltulehdus, on yleensä aneeminen ja hänen veren trombosyyttitasonsa on yleensä kohonnut. Reumatekijä löytyy tutkimuksissa tuoretta nivelreumaa sairastavista 60–70 %:lla. (Hakala 2009, 326.) Jotta nivelreuma voitaisiin diagnosoida ajoissa, on tärkeää, että lääkäri osaa ja on harjaantunut arvioimaan nivelen turvotusta, synoviittia. Synoviitti tarkoittaa niveltulehdukselle tyypillistä pehmeää turvotusta erotuksena kovasta luisesta muutoksesta. (Hakala 2007.)

Kliininen polyartriitti (moniniveltulehdus), nivelten röntgenkuvissa todettavat eroosiot ja immunologisen häiriön merkinä veressä todettava reumatekijä ovat nivelreuman kolme tyypillisintä tuntomerkkiä. Ne eivät esiinny aina samoilla henkilöillä, vaan epätäydellisiä taudinkuvia esiintyy melko runsaasti. Pitkittyneen nivelreuman diagnoosi on helppo, jos nämä kaikki pääoireet ovat olemassa. Diagnostiikka voi tuottaa ongelmia, jos potilaalla ei ole diagnoosiin sopivia oireita tai jos kyseessä on vasta sairastunut nivelreumapotilas. (Isomäki 2002, 161.)

Taudin tulehduksellisen luonteen ja immunologisen häiriön osoittamisessa laboratoriotutkimuksista on diagnostiikassa merkittävää hyötyä. Vaikka reumatekijää ei veressä olisi, diagnoosi voidaan tehdä. Tärkeä tutkimus on nivelten röntgenkuvaus. Selittävä löydös nivelreumalle on monissa pienissä nivelissä esiintyvät luupintojen eroosiot. Jalkaterien röntgenkuva on tarpeellinen käsien kuvan lisäksi, koska eroosiot ilmaantuvat ensimmäiseksi päkiäniveeliin. Joskus eroosioiden kehittymiseen kuluu vuosia, mutta joillekin ne saattavat ilmentyä jo muutaman viikon kuluessa taudin alusta. (Isomäki 2002, 161–163.)

### **2.3 Nivelreuman lääkehoito**

Nivelreumassa hoitotavoitteena on remissio, jolla tarkoitetaan tulehduksen puuttumista sekä oireettomuutta. Tämä tavoite tarkoittaa myös kivun karkottamista. Reuman peruslääkkeet aloitetaan heti diagnoosin varmistuessa, jotta remissio voidaan saavuttaa. Kolmen kuukauden kohdalla potilaan tulisi olla jo oireeton. Reumalääkitys jatkuu yleensä vuosia, koska oireet yleensä palaavat jos lääkitys lopetetaan. (Sokka-Isler, 22–23.)

Tulehdusreaktioiden lievittäminen nivelissä on yksi hoidon tavoite. Kun nivelreuma todetaan, niveltulehduksen lievittämiseksi aloitetaan aina perushoito. Tärkein lääkkeistä on metotreksaatti, joka on solusalpaaja. Metotreksaattia käytetään kerran viikossa. Suun kautta ja nivelten sisäisinä pistoksina ajoittain voidaan käyttää kortisonihoitoa, mutta sen toistuvaa käyttöä haittavaikutuksien vuoksi pyritään välttämään. Hoidon ohella voidaan käyttää muitakin lääkkeitä. (Mustajoki 2012.)

Kun diagnoosi on varmistunut, nivelreuman lääkehoito aloitetaan kaikille potilaille heti, koska taudin etenemistä ja oireita ei alkuvaiheessa voida ennustaa varmasti. Reumalääkkeiden tehossa ja potilaiden reaktioissa lääkitykseen on eroja, joten lääkitystä joudutaan usein muuttamaan. Lääkityksen valintaan vaikuttavat potilaan mahdolliset muut sairaudet. Nivelreuman ensisijainen lääke on pitkään ollut lihakseen pistetty kulta. Nopeavaikutteiset suun kautta otettavat valmisteet ovat kuitenkin syrjäyttämässä kulta. Metotreksaattia pidetään nykypäivänä nivelreuman ensisijaisena lääkkeenä. (Käypähoito 2004.)

Markkinoilla on runsaasti reumalääkkeitä, ja usean lääkkeen yhdistelmää suositaan entistä enemmän. Näitä lääkkeitä ovat tavallisesti hydrosiklorokiini, sulfasalatsiini ja kortisoni yhdistettynä metotreksaattiin. Vasta sairastuneen nivelreumapotilaa lääkeyhdistelmään voi kuulua myös muutaman kuukauden pituinen kortisonihoito. Vaikea nivelreuma voi myös lisätä riskiä sairastua osteoporoosiin. Potilaan mahdolliset vaaratekijät ja luun tiheysmittaus on kartoitettava ennen kortisonihoidon aloittamista. Kun tarvitaan osteoporoosilta suojaavaa lääkitystä, kalsiumin ja D-vitamiinin käyttö on suositeltavaa. (Käypähoito 2004.)

Lääke, joka useimmiten nivelreumapotilaiden päiväkirjamerkinnöissä nousi esille, oli metotreksaatti (Trexan®). Metotreksaatti lieventää niveltulehdusta ja estää sen etenemistä. Se ei lievitä heti kipuja, vaan sen vaikutus tulee vasta 1 – 3 kuukauden kuluttua hoidon aloittamisesta. Metotreksaatti kuuluu solusalpaajien lääkeryhmään. Usein metotreksaattihoito yhdistetään muihin biologisiin tai perinteisiin reumalääkkeisiin. Tavallisimpia haittavaikutuksia metotreksaatilla on pahoinvointi ja vatsavaivat. Lääkehoidon aikana on tärkeää käydä verikokeissa, joilla tutkitaan muun muassa maksan ja munuaisten toimintaa. (Suomen reumaliitto 2011.)

Nivelreuman hoidossa käytetään prednisolonia, metyyliprednisolonia sekä prednisonia. Kortisonivalmisteet ovat glukokortikoideja, joilla on tulehdusta ja muita oireita lievittäviä ominaisuuksia. Näiden lääkkeiden ominaisuudet ovat elimistön omaa hormonia vahvempia, jolloin haittavaikutukset vähenevät. Kortisonivalmisteiden teho alkaa jo muutamassa päivässä. Niveloireet lievittyvät ja yleiskunto ja laboratorioarvot kuten lasko, CRP ja hemoglobiini paranevat. Kortisonin annostelu on hyvin yksilöllistä ja riippuu potilaan sairaudesta ja oireiden vaikeudesta. Yleensä sairaudenhoidossa

pyritään mahdollisimman pieneen annokseen, jota voidaan mahdollisuuksien mukaan varoen vähentää. Pitkäaikainen kortisoninkäyttö aiheuttaa sivuvaikutuksina painonnousua, sydän- ja verisuonitautien lisääntymistä, luuston heikkenemistä (osteoporoosia), kaihia sekä diabeteksen puhkeamista. Jotta pystyttäisiin ehkäisemään osteoporoosia, on huolehdittava riittävästä kalsiumin ja D-vitamiinin saannista. (Suomen reumaliitto ry 2010.)

Vaajoen (2002) tutkimuksessa ilmeni, että niillä nivelreumapotilailla, jotka saivat pelkkää lääkehoitoa, oli ajoittaista lihas- ja nivelkipua useammin. Ne nivelreumaa sairastavat taas, jotka käyttivät sekä lääkehoitoa ja fysioterapiaa, kuntoutusta, leikkaushoitoa, kylmähoitoa tai näiden yhdistelmää kipua esiintyi harvemmin.

## **2.4 Nivelreuman omahoito**

Nivelreumapotilaan kuntoutus on kokonaisuus, joka sisältää toiminta- ja fysioterapian menetelmiä. Se sisältää myös potilaan tarvitsemien apuvälineiden, lastojen ja tukien määrityksen. Tärkeimmät fysiatrisen kuntoutuksen tavoitteet ovat kivun lievitys, lihasvoiman ja nivelten liikkuvuuden ylläpito ja lisäys, virheasentojen korjaus ja estäminen ja lihas- ja kestävyyskuntoa kehittävien kotiohjelmien toteuttaminen. (Käypähoito 2009.)

Liikuntaharjoittelun tavoitteena on fyysisen kunnon kehittäminen ja ylläpitäminen. Rakenteeltaan se voi olla suunniteltua toistoharjoittelua. Nivelreumapotilaiden liikuntaharjoittelun tavoite on kestävyys- ja lihaskunnon ja nivelten liikelaajuuksien palauttaminen, säilyttäminen ja edistäminen. Lihaskuntoa voidaan lisätä harjoittelussa sairauden aktiivisuuden rauhoittuessa. Dynaamisia harjoitteita nivelreumaa sairastava voi tehdä ilman, että ne aktivoisivat sairautta. Harjoittelun tuloksena sairastuneiden nivelten lukumäärä on vähentynyt. Toistaiseksi liikuntaharjoittelun pitkäaikainen vaikutus toimintakykyyn on epävarmaa. (Käypähoito 2009.)

## **3 NIVELREUMAPOTILAAN KIPU**

Nivelreumakipu on nosiseptiivistä kipua, minkä voi aiheuttaa kemiallinen, mekaaninen tai iskeeminen ärsyke hermojärjestelmää aktivoimalla. Kipu voi aiheuttaa voimat-

tomuutta ja liikearkuutta. Kipu voi liittyä myös erilaisiin toimenpiteisiin, kuntoutukseen tai lääkityksen aiheuttamiin sivuvaikutuksiin. Pienissä nivelissä, kuten sormissa, nilkoissa, ranteissa ja polvissa esiintyy nivelreumakipua useimmiten. Myös kivun sijainti olkanivelissä, kyynärpäissä ja lonkkanivelissä ovat tyypillisiä. Nivelreumakipu voi esiintyä milloin tahansa vuorokauden aikana ja se voi olla särkyä tai polttavaa nivelkipua, joka vaihtelee voimakkuudeltaan ja laajuudeltaan. Kipu voi olla akuuttia ja pitkäaikaista. (Vaajoki 2002, 11–12.)

### 3.1 Mitä kipu on?

Kansainvälisen kivuntutkimusjärjestön määritelmän mukaan kipu on aisti, kuten kuulo, näkö ja muut aistit. Kipuaistimukseen liittyy aina tunnekokemus, toisin kuin muihin aisteihin. Kipu on ”epämiellyttävä tunto- ja tunnekokemus, joka liittyy tosiasialliseen tai mahdolliseen kudosaivuriioon tai jota kuvataan sellaisena.” (Granström 2010,14)

Kipu vaikeuttaa elämää monella eri tavalla, ja se on epämiellyttävä kokemus. Ihminen viestittää kipua ja kärsimystä käyttäytymisellään. Kivun syitä ja seurauksia voi olla vaikea erottaa, jos kipu on kestänyt pitkään. Ihmisen toimintakyky voi kivun takia rajoittua. Kivun taustalla voi olla kudosaivuriosta johtuva ärsytys, fyysinen sairaus tai toimintahäiriö, joka voi olla korjattavissa lääkkeiden avulla. Psykkiset ja psykososiaaliset tekijät voivat olla kivun kokemisen ilmaisemisen ja seuraamusten taustalla. (Estlander 2003, 9.)

Perimmäisenä tarkoituksena kivulla on suojella elimistöä uhkaavalta vauriolta. Väistörefleksin avulla ehkäisemme vauriota äkillisessä kivussa jo ennen kuin tiedostamme, mitä tapahtui. Jomottava tuntemus, joka tulee yleensä kipuärsyksen jälkeen, ohjaa meitä vähentämään kyseisen alueen kuormitusta, jotta vaurio parantuisi mahdollisimman nopeasti. Opimme välttelemään kipua tuottavaa ärsykettä toistuvan kipuärsyksen kautta. Kipujärjestelmän toiminnassa voi tapahtua muutoksia kivun pidentyessä. Elimistössä kudosaivurio käynnistää monivaiheisen tapahtumasarjan, jonka lopputuloksena on kudosaivurion aistiminen kipuna. Tähän tapahtumasarjaan osallistuvat kivun kemialliset välittäjäaineet, hermopäätteet. Niistä selkäyttimeen viestiä vievät ääreishermit, selkäytimen hermosolut ja aivojen eri osat. (Mikkelsen 2009, 99.)

Kivun luokittelu on perustunut tyypillisesti sen sijaintiin, anatomiaan ja keston. Kivun sijainnilla tarkoitetaan esimerkiksi vatsan, selän tai pään alueen kiputiloja. (Estlander 2003, 14.) Kipu voi olla pitkäaikaista eli kroonista tai lyhytaikaista eli akuuttia. Akuutti kipu johtuu jostain elimellisestä tekijästä, kuten murtumasta, haavasta, leikkauksesta, synnytyksestä tai tulehduksesta. Vaurion paranemisen myötä kipu tavallisesti vähenee. Kroonisena kipuna pidetään tilannetta, kun kipu jatkuu tavallisen kudosten paranemisajan jälkeen. (Vainio 2004, 17.)

Kiputilat jaotellaan krooniseen nosiseptiiviseen kipuun eli pitkäaikaiseen kudosvauriokipuun, neuropaattiseen kipuun eli hermovauriokipuun ja idiopaattiseen kipuun eli selittämättömään kipuun. (Soinila 2005, 20–21.) Krooninen nosiseptiivinen kipu liittyy jatkuvaan kudosvaurioon. Esimerkiksi reumassa ja muissa niveltulehduksissa on kudosvauriokipua, koska jatkuva tulehdus aiheuttaa sitä. Neuropaattisessa kivussa vika on kipuviestä kuljettavassa järjestelmässä, mutta kipualue on täysin terve. Hermovaurio voi olla selkäytimen nousevassa kipuradassa, aivojen kipua aistivissa keskuksissa, kipuhermopäätteissä tai niistä selkäyttimeen kulkevista A-delta- tai C-hermosäikeissä. Idiopaattisessa kivussa ei havaita merkkejä hermovauriosta eikä kudosvauriosta. Lääketieteellisten tutkimusten kuten laboratoriotutkimusten ja kuvausten tulokset ovat idiopaattisessa kivussa normaaleja, mutta kipu vain jatkuu. Ihminen voi näyttää kaikin puolin terveeltä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että kipu olisi kuviteltua, keksittyä tai teeskentelyä. (Suomen kipu Ry 2010, 6.)

Sailon (2000) mukaan monet tekijät vaikuttavat kivun tuntemiseen. Näitä ovat fyysinen, sosiaalinen, psyykinen, kulttuurillinen, hengellinen ja yhteisöllinen kipu, jotka muodostavat yhdessä kokonaiskivun. Fyysinen kipu on fysiologinen reaktio, jonka aiheuttaa kudosvaurio. Psyykinen kipu on kaikkea, mikä aiheuttaa henkistä tuskaa, pelottaa tai ahdistaa, esimerkiksi oman elämänhallinnan menettämisen pelko tai suru. Sosiaalinen kipu tarkoittaa yhteisöme luomaa kipua (kuten huolia taloudellisesta selviytymisestä) mutta myös eri sairauksien sosiaalisia merkityksiä. Esimerkiksi sukupuolitautiin sairastunut saa yhteisön paheksuntaa osakseen, mutta flunssa on hyväksytty sairaus. Kulttuurillinen kipu tarkoittaa, että kipu on kulttuurisidonnaista. Kivun kestäminen on sidoksissa häpeän ja kunnian kulttuurisiin arvoihin. Kivun merkitys opitaan varhaislapsuudessa ja se on suhteessa vanhempiin. Hengellinen kipu on jo-

honkin itseään korkeampaan voimaan liittyvää huolta, kuolemanpelkoa tai ahdistusta. Yhteisöllinen kipu tarkoittaa tilanteita, joissa yksilön henkilökohtaiset kipukokemukset jäävät sivuun. Se voi myös tarkoittaa kansakunnan kokemaa yhteistä kipua, kuten esimerkiksi sotaa. Kivun voi Sarlion (2000) mukaan jakaa myös julkiseen ja yksityiseen kipuun. Julkista kivusta tulee silloin, kun kivun olemassaolo kerrotaan julkisesti. Yksityiseksi kivuksi sanotaan silloin, kun kivun olemassaolosta ei kerrota sanoin tai viestitä elein.

### **3.2 Kivun arviointi**

Kipua pyritään arvioimaan kaikilta potilailta säännöllisesti ja yksiköissä on yhteiset säännöt kivunhoidolle. Yksiköissä tulisi olla myös kivunhoidon vastuuhenkilöt ja kipua tulisi arvioida yhtenäisin mittarein. Suomessa kivunhoidon laatua seurataan säännöllisesti. Potilaan tuloksellinen kivunhoito perustuu hyväksi koettuihin käytänteisiin ja tutkittuun tietoon. Tuloksellinen kivunhoito edellyttää moniammatillista tiimityötä ja se on eettisesti kestävä. (Salanterä 2010.)

Kivun arviointi on jatkuvasti haastavaa. Voimakkaan kivun osalta mittareita ei ole voitu valikoida, eli niiden hyväksyttävyyttä ei ole voitu tarkistaa. Kliinisessä käytössä Suomessa ei ole valikoituja mittareita. Usein kivun arvioinnissa potilaan kokemus jää arvioimatta. Epäselvää on myös kuinka usein tulisi kipua mitata ja milloin on oikea aika sen mittaamiseen. Akuutin kivun kroonistumisen tunnistaminen on myös erittäin hankalaa. Epäselvää on myös mitä tulisi kirjata kipua mitatessa. Kivun arvioinnissa lähtökohtana on kipua kokevan oma subjektiivinen arvio joka on yleensä mahdotonta. Toissijaisena on läheisen, hoitajan tai lääkärin arvio potilaan kokemasta kivusta. Tois- taiseksi kivun arviointiin ei ole luotettavaa objektiivista arviointikeinoa. (Salanterä 2010.)

Kivun mittaaminen ja systemaattinen arviointi on otettu laajemmin käyttöön monin paikoin vasta viime vuosina. Kivun mittaamisen tulisi olla rutiininomaista, aivan kuten peruselintoimintojen, verenpaineen, pulssi, hengityksen ja lämmön mittaaminen. Kipu on kokemuksena hyvin yksilöllinen ja siihen vaikuttavat monenlaiset eri tekijät, esimerkiksi kivun vaikutus fyysisiin toimintoihin, sosiaalisiin suhteisiin ja mielialaan. Jokaisen ihmisen käsitys kivusta ja sen voimakkuudesta on erilainen. Tehdyt tutki-

mukset osoittavat, että potilaan arvio omasta kivusta on osoittautunut luotettavimmaksi ja tarkimmaksi menetelmäksi kivun voimakkuuden mittaamisessa. (Heinonen 2009, 103.)

Kipukäyttäytymisen ja kivun arviointi ovat hyödyllisiä asioita tuki- ja liikuntaelinten sairauksista kärsivien potilaiden hoidossa. Hoitopäätöksiimme vaikuttavat hyvin useasti kivun laatu sekä kipukäyttäytyminen. Systemaattisesta kivun seurannasta ja esimerkiksi kipupäiväkirjasta on hyötyä pitkäaikaisessa hoitosuhteessa. Kipupiiirroksen, kipujan ja erilaisten kyselyjen avulla saamme paremman kuvan tutkittavan kivusta ja kivun kehittymisestä. Kipupiiirroksen merkitään kipu, tunnottomuus sekä puutuneisuus omilla koodeillaan. On tyypillistä, että reumasairaana potilaan merkinnät ovat varsin realistisesti kipukohdan, esimerkiksi kivuliaitten nivelten alueella. Merkinnät voivat olla todella voimakkaita ja intensiivisiä. Reumapotilaan voinnin seurannassa kipupiiirroksilla voi olla paljon merkitystä. (Airaksinen ym. 2002, 145–146.)

VAS eli visuaalianalogiasteikko on yleisimmin käytetty kipumittari. Se on pitkä vaakasuora jana, ja se on noin 10 senttimetriä pitkä. Oikeassa päässä on 10, pahin mahdollinen kipu, ja vasemmassa päässä 0, ei kipua. Potilas merkitsee janaan kohdan, joka hänen mielestään vastaa hänen sillä hetkellä kokemaansa kipua. On myös kehitetty kasvoasteikko, jossa on viisi erilaista kipua kuvaavaa kasvoa. Kuvallisen asteikon lisäksi voidaan käyttää sanallista asteikkoa. (Vainio 2009, 40.)

Potilaalta voidaan kysyä kivun voimakkuutta numeraalisella asteikolla (NRS, numeral rating scale) 0–10, jolloin 10 tarkoittaa pahinta kuviteltavissa olevaa kipua ja 0 tarkoittaa kivutonta tilaa. Sanallisia asteikkoja (VRS, verbal rating scale) voidaan käyttää myös visuaalisten ja numeraalisten asteikkojen lisäksi. Tällöin potilaalta kysytään, mikä ilmaisu kuvaa parhaiten hänen kipunsa laatua tai voimakkuutta. Voimakkuutta voidaan selvittää esimerkiksi kysymällä, onko potilaalla lievää kipua vai onko potilas kivuton ja millaista kipu on, esimerkiksi kohtalaista, voimakasta tai sietämätöntä kipua. (Heinonen 2009, 106.)

Kipupäiväkirja on kivun seurannan ja arvioinnin menetelmä, jota potilas itse täyttää. Päiväkirjan sisältö suunnitellaan jokaiselle potilaalle niin, että se palvelee potilaan tarvetta. Kipupäiväkirjan täyttäminen voi olla päivittäistä tai tietyin väliajoin tapahtu-

vaa hoidon vaikutusten seuranta ja kivun arviointia. Potilas itse kirjaa kipupäiväkirjaan esimerkiksi kivun voimakkuuden, ajankohdan, mikä helpotti tai pahensi kipua sekä mahdolliset sivuvaikutukset. (Heinonen 2009, 106.)

### 3.3 Kivun kokeminen

Kivun kokemiseen vaikuttavat hyvin monet tekijät kuten tarkkaavaisuus, asenteet, suggestio, tunnetila, odotukset ja vireystaso. Ihmisen kokiessa kipua ensimmäiseksi hän arvioi, onko kipu vaarallista ja tavallisuudesta poikkeavaa, harmiton vai merkki vaarasta ja sellainen johon ei kannata välttämättä kiinnittää huomiota. Näiden arviointi vaikuttaa potilaan kokeman kivun voimakkuuteen. Kun huomio kohdentuu muualle, kipu aistitaan vähemmän voimakkaana. Negatiivisia tunteita aiheuttavat tekijät voimistavat kivun kokemista, kun taas positiivisella mielialalla on kipua vähentävä vaikutus. (Vainio 2009.)

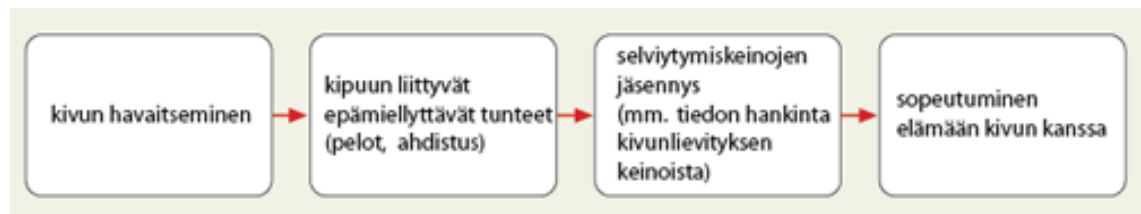
Kipu aiheuttaa kärsimystä ja voi sisältää pelkoa tai uhkaa tulevaisuudesta. Nivelreumapotilailla jatkuva kipu aiheuttaa avuttomuutta ja vaikuttaa selviytymiseen arjessa ja jokapäiväisissä toiminnoissa. Kipu hankaloittaa sosiaalisista toimintaa ja perheen sisäisiä suhteita. Se myös vaikeuttaa työssä selviytymistä. On turhauttavaa elää jatkuvasti kestävä kivun kanssa. Kipu voi lisätä vihan tunteita ja eristää muusta elämästä, rajoittaa päivittäisiä rutiineja ja kuluttaa loppuun. Kipu pidetään mieluummin salassa, eikä sillä haluta huolestuttaa läheisiä. Jotkut voivat jopa kokea olevansa ulkopuolisia perheessä. Lisäksi jos kivulle ei löydetä mitään selvää fyysistä syytä, henkilö kokee usein syyllisyyttä. Jokapäiväiseen elämäään ja arkeen vaikuttaa elämä ahdistuksen, pettymysten ja kärsivällisyyden kanssa. (Vaajoki 2002, 12–13.)

Ominaisia piirteitä pitkäaikaisen ja nivelreumakivun henkilölle aiheuttamassa kärsimyksessä on masennus, ahdistus, unihäiriöt, seksuaalisen mielenkiinnon puute, ärtyisyys ja sosiaalisten kontaktien väheneminen. Se vaikuttaa myös ajatteluun, keskittymiseen, työn tekoon ja ruokahaluun. Kipukäyttäytyminen vaihtelee yksilöllisesti eri tilanteissa ja eri yksilöiden välillä. Hiljaisuus, eristäytyminen muista, itku, liikkumattomuus, vaikerrus, karttaminen, unihäiriöt ja katsekontaktin välttäminen ovat esimerkkejä kipukäyttäytymistä. Eri yksilöt ilmaisevat erilaisilla toimintatavoilla kipua ja

siihen liittyvää kärsimystä. Kipu voi toisaalta aktivoida yksilöä käyttämään mielikuvia ja rentoutumaan tai kiinnittämään huomion pois kivusta. (Vaajoki 2002, 13–14.)

Mantereen (2006) mukaan kivun kroonistuminen ja kivun kokeminen tapahtuu monella eri tasolla niin psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti. Psykologisia tekijöitä ovat usein uskomukset, tunteet ja tarkkaavaisuuden suuntautuneisuus. Fyysisiä tekijöitä ovat muun muassa kivun laatu, laajuus ja sijainti. Sosiaalisia tekijöitä on esimerkiksi työyhteisöön, perheeseen ja sosioekonomiseen tilanteeseen liittyvät asiat. Aluksi enemmän merkitystä on fyysisillä tekijöillä, mutta psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden merkitys kasvaa kivun pitkittyessä.

Kuvassa 1 kuvataan kivun kokemisen nelivaiheinen malli, jossa kipuärsykkeen kokemisen muutos kipukäyttäytymiseksi kivun kroonistuessa kipukäyttäytymiseksi voidaan kuvata. Ensimmäisenä siinä havaitaan kipuärsyke ja siitä seuraavat tunteet, kuten ahdistuneisuus, pelko ja huoli selviytymisestä. Kolmantena vaiheena on selviytymiskeinojen jäsenys, johon sisältyy tiedonhankinta kivunlievityksen keinoista. Viimeisessä vaiheessa kivusta kärsivä henkilö sopeutuu elämään kivun kanssa. (Hamard 2009, 11.)



**KUVA 1. Kivun kokemisen nelivaiheinen malli (Vuorimaa 2007a)**

Kun potilas sairastuu pitkäaikaissairauteen, johon liittyy kivun kroonistuminen, on hänen huolehdittava koko elämän hyvinvoinnista. Kipu saa vähemmän huomiota elämässä, kun ihminen on pääasiallisesti tyytyväinen ihmissuhteisiinsa ja elämäänsä. Reumasairauteen tottuminen ja kivun hallintaan saaminen kulkevat käsi kädessä. Kun ihminen sopeutuu sairauteen, se ehkäisee kivun muuttumista hallitsemattomaksi. Olikin tärkeää sairauden alkuvaiheessa, että ihmisellä olisi kannattelevia voimia tunteiden läpikäymisen tukena. Reumasairauksia sairastavilla on todettu olevan enemmän ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta kuin terveillä henkilöillä. Masentuneisuuden on havaittu olevan yhteydessä kipuun ja sen huonoihin selviytymiskeinoihin. Hallitsema-

ton kipu voi rajoittaa ja kuluttaa henkisiä voimavaroja. Kivun vaikutukset arkielämässä voivat lisääntyä ja ihminen voi ajautua kielteiseen kehään. Tällöin kipu vaikeuttaa tekemistä ja sen seurauksena ihmisellä on yhä enemmän aikaa jäädä miettimään ja murehtimaan kivun vaikutuksia. Tämä taas aiheuttaa mielialan laskua ja ahdistuneisuutta. (Vuorimaa 2009, 108–109.)

Kipu on tyypillisesti reumasairauksissa jatkuvaa tai toistuvaa. Usein kipu on muuttuva ilmiö. Sillä voidaan saada paljon aikaan kun ratkaistaan omaan elämään liittyviä ongelmia ja tutkitaan omaa suhdetta kipuun ja pitämällä huolta ihmissuhteista. Toistuvalla ja jatkuvalla kivulla on vaikutusta käyttäytymiseemme ja ajatteluunne. Toimintakykyymme ja kivun kokemiseen vaikuttaa olennaisesti se, mitä ajattelemme ja tiedämme kivusta ja minkälaisiin asioihin ja tunteisiin liitämme sen. Kipuun voidaan kiinnittää usein huomiota diagnostisessa mielessä. Alussa olisikin tarpeen mitata, arvioida ja kiinnittää huomiota kipuun. On hyvä mahdollisimman nopeasti oppia kääntämään huomio kivun arvioinnista selviytymisen arviointiin. Tukiverkoston merkitys korostuu kivun tuomien kokemusten läpi käymisessä. Useille henkilöille on tärkeää samanlaisessa elämäntilanteissa eläneiden ymmärtäminen. (Vuorimaa 2007b.)

Hyvinvointina nivelreumapotilaat voivat kokea muun muassa toimintakyvyn säilymisen, aamujäykkyyden paranemisen, sosiaalisen tuen, väsymyksen lievenemisen ja oman kehon hyväksymisen. Nivelreuma kivun ja kroonisen kivun ominaisia piirteitä ovat ahdistus, masennus, unihäiriöt ja ärtyisyys. Masennus, avuttomuus, pelko ja ahdistuneisuus ovat altistavia ja ylläpitäviä tekijöitä kivun pitkittyessä. Ahdistusta ennustavia tekijöitä kroonista kipua kokevilla ovat muun muassa pelko tulevaisuudesta, aikaisemmat pettymykset, tunne kyvyttömyydestä toimia ja suuri päivittäisen avun tarve. Myös positiivisia vaikutuksia on huomattu olevan pitkäaikaisella kivulla ja ne heijastuvat yksilön kokemaan hyvinvointiin. Pitkäaikainen kipu on laajentanut yksilöiden ajattelutapoja, opettanut kärsivällisyyttä ja lisännyt myötätuntoa. (Vaajoki 2002, 15–19.)

### **3.4 Nivelreuman kivunhoito**

Tilapäiset, lyhytaikaiset kivut menevät yleensä ohi itsestään. Niitä voi hoitaa omin keinoin lepäämällä, rentoutumalla, kylmällä, lämmöllä ja hauteilla. Apteekista ilman

reseptiä saatavia itsehoitolääkkeitä voidaan käyttää lievään ja lyhytaikaiseen kipuun. Vaikeassa ja pitkäaikaisessa kivunhoidossa tärkein jäsen monialaisessa ryhmätyössä on kivulias ihminen itse. Kipunsa paras asiantuntija on hän itse ja kivunhoidon onnistumisen edellytys on hänen aktiivinen osallistumisensa hoitoon. Kun potilas tietää tarpeeksi kivuistaan, osallistuu itse kivunhoidon tavoitteiden asettamiseen ja on kärsivällinen, vaikka oikeat hoitomuodot ja lääkkeet eivät hetkessä löytyisikään. Näin saadaan paras hoitotulos. Täydelliseen kivuttomuuteen päästään harvoin kroonisen kivunhoidossa. Kipuvaiheiden harveneminen, kivun lievittyminen, työkyvyn ja toimintakyvyn paraneminen ja parempi elämänlaatu ovat realistisempia tavoitteita. (Vainio 2004, 73–74.) Kivunhoidossa tärkein asia on tieto, sillä väärät pelon aiheet ja epä tietoisuus voivat lisätä kivun kokemista ja tehdä elämästä hallitsematonta ja näköalaton (Vuorimaa 2007b).

Tuominen (2010) on tutkinut nivelreumaa sairastavan potilaan kivunhoitoon liittyvää tiedon tarvetta ja potilaiden odotuksia. Tuloksien mukaan nivelreumapotilaat odottivat tarpeet huomioon ottavaa ja yksilöllistä kivunhoitoa ja ohjausta. Terveystieteiden tutkimuksessa asioidessaan potilaan kipukokemuksia ja sen aiheuttamia ongelmia ei huomioitu tarpeeksi. Selviytymisessä nivelreuman aiheuttaman kivun kanssa ja kivunhoidon tarpeen arvioinnissa potilaat tarvitsivat ajoittaan tukea hoitohenkilökunnalta.

Tuomisen (2010) tutkimuksessa nivelreumaa sairastavat kokivat tarvitsevan tietoa nivelreuman aiheuttaman kivun vaikutuksista ja oireista, itsehoitomenetelmistä ja lääkehoidosta. Odotuksen kohdistuivat etenkin pulmatilanteisiin, jolloin heidän omat taitonsa ja tietonsa eivät riittäneet tilanteen arviointiin ja jolloin heillä olisi ollut tarvetta saada yhteys lääkäriin tai sairaanhoitajaan. Tutkimuksessa odotuksia kohdistui myös kipulääkkeitä koskevaan informaatioon ja tehokkaaseen kivunhoitoon sekä kivun laaja-alaisen vaikutusten huomiointiin potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Potilaat kokivat että heidän elämänsä on muuttunut paljon nivelreuman aiheuttaman kivun vuoksi.

### **3.4.1 Lääkkeellinen kivunhoito nivelreumassa**

Kivunhoitaminen edellyttää tietoa kivun mekanismeista ja käyttäytymisestä. Monia erilaisia menetelmiä käytetään tuloksellisessa kivunhoidossa. Menetelmät riippuvat

kivun kestosta ja luonteesta. (Mikkelsson 2009, 96.) Yleisimmin nivelreuman kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat tulehduskipulääkkeet. Nivelreuman aiheuttamia kipuja hoidettaessa, turvallisimpana vaihtoehtona on käyttää parasetamolia. (Hakala 2009, 336.)

Kivun lievitykseen käytetään kuitenkin nivelreumassa tulehduskipulääkkeinä Ibuprofeinia ja asetyylisalisyylihappoa. Yksittäisissä tilanteissa lääkkeiden vaikutusta ei osata ennustaa. Tämä koskee lääkkeen haittavaikutuksia ja lääkkeen tehoa. Lääkitystä voidaankin usein joutua vaihtamaan. Pitkävaikutteista iltaisin otettavaa valmistetta suositellaan, jos potilaalla on öisin kipuja ja nivelet on aamulla paljon jäykkyyttä. Tulehdusoireiden lievitykseen tarvitaan säännöllinen lääkitys ja suurempi annos kuin ainoastaan kipua hoidettaessa. Tulehduskipulääkkeitä suositellaan käytettäväksi vain tarvittaessa, ellei tulehdus ole todella aktiivinen. (Terveyskirjasto 2009.)

Keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet ovat sukua morfiinille, mutta reumataudeissa eniten käytetyllä tramadolilla ei ole juurikaan huumaavia ominaisuuksia. Eräissä yhdistelmävalmisteissa käytetään tähän ryhmään kuuluvaa kodeiinia. Pitkäaikaisesti vaikuttavalla lääkelaastarilla on mahdollisuus lievittää vaikeita kipuja. (Suomen reumaliitto ry 2011.)

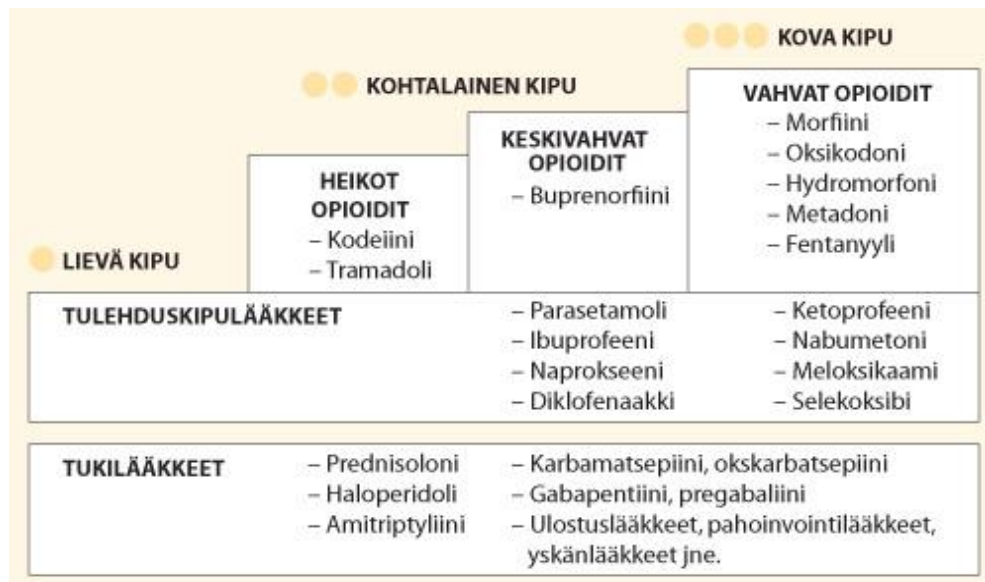
Nivelreumapotilaiden oireilla on usein selkeä vuorokausirytm. Tämän huomioiminen vähentää vuorokautista lääkkeen tarvetta ja ohjaa oikean lääkkeen käyttöön. Pitkävaikutteinen tai hitaasti imeytyvä lääke kannattaa nivelreumassa ottaa illalla. (Suomen reumaliitto ry 2011.)

Suomen reumaliiton (2011) mukaan nivelreumaa sairastavalle kivun lievitys voi olla lääkehoidon tärkein tavoite. Jos potilaalla on olemassa jokin peruslääkehoito sairautteen (esim. Metotreksaatti), päästään kivunlievityksessä usein parempaan tulokseen kuin millään kipulääkkeellä. Elimistö voi rasittua, jos kipulääkkeitä käytetään jatkuvasti. Reumataudin peruslääkehoidon tavoite onkin pyrkiä vähentämään kipulääkitystä.

Kipulääkkeen saannin tulisi olla potilaalle helppoa ja yksinkertaisesti toteutettavissa. WHO:n vuonna 1986 julkaisemassa kivunhoidon periaatteissa todetaan, että lääkityk-

sen ensisijaisen muodon tulee olla suun kautta otettava, potilaan lääkityksen tulee olla riittävä, säännöllistä ja läpilyöntikipuun tulee varautua jo lääkitystä suunniteltaessa. Lääkehoidon tulee perustua WHO:n laatimaan kivun portaittaiseen hoitoon. WHO:n laatimassa kivunhoidon porrastuksessa kivun lääkitys aloitetaan tulehduskipulääkkeistä ja siitä siirrytään asteittain ja potilaan kivun mukaisesti vahvoihin opiaatteihin. Periaatteissa korostetaan, että potilaan kipuja tulee hoitaa ympäri vuorokauden ja lääkityksen on oltava potilaan kannalta helppoa ja yksinkertaista. Lääkkeen valintaan ja vahvuuteen vaikuttavat potilaan kivun laatu, diagnoosi sekä mahdolliset yliherkkyydet. (Hänninen 2003, 87–89.)

Kuvassa 2 esitetään porrastettu kivunhoitomalli. Kivun hoito aloitetaan yleensä tulehduskipulääkkeillä. Näitä ovat muun muassa parasetamoli, ibuprofeeni, naprokseeni ja selekoksibi. Kun tulehduskipulääkkeillä ei ole enää riittävä vastetta tai lääkeannoksen suurin turvallinen määrä on jo saavutettu, lisätään tulehduskipulääkkeen rinnalle yleensä heikko opioidi. Tarvittaessa WHO:n ohjeista voidaan poiketa ja siirtyä suoraan vahvoihin opiaatteihin, mikäli potilaan kivut ovat niin kovat tai odotettavissa oleva elinikä on niin lyhyt, että porrastetun kivunhoitomallin noudattaminen ei olisi potilaan edun mukaista. (Käypä hoito 2008.)



**KUVA 2. Kivunhoitomalli (Porrastettu kivunhoitomalli, 2010)**

Heikoiksi opioideiksi kutsutaan lääkkeitä, jotka ovat WHO:n porrastetun kivunhoitomallin toisella portaikolla. Suomessa käytössä ovat kodeiini yhdistettynä parasetamoliin sekä tramadoli. Heikoista opioideista käytetyin on tramadoli. (Hänninen 2003, 94.)

### **3.4.2 Kivun omahoito nivelreumassa**

Omahoito on potilaan ja lääkärin tai muun ammattihenkilön yhteistyötä. Omahoito poikkeaa jonkin verran perinteisestä hoitomallista, jossa potilas hyväksyy hoidon ja noudattaa lääkärin ”määräyksiä”. Potilaalla on laajempi ja suurempi rooli omahoidossa. Hoidon suunnittelu tapahtuu yhdessä lääkärin kanssa ja hoidon toteutuskin jonkin ammattihenkilön tai lääkärin tukemana. Omahoito poikkeaa myös itsehoidosta. Itsehoidolla tarkoitetaan usein potilaan itse hankkimaa, suunnittelemaa ja toteuttamaa hoitoa, esim. luontaislääkkeillä. (Granström 2010, 113.)

Osa-alueita omahoidossa on kivun ja mielen hallinta, asennoituminen kipuun, kiputunteiden saaminen mahdollisimman lieväksi, kehon ja mielen hyvinvoinnin edistäminen ja tavoitteiden suunnitteleminen kuntoutukseen. Omahoitoon kuuluu myös kipuun sekä siihen usein liittyvän kärsimyksen suhtautumisen oppiminen. Aktiivinen omahoito ei saisi loppua jos potilas joutuu hakeutumaan hoitoon kivun. Hoidossa omahoidon tulisi olla koko ajan mukana. (Granström 2010, 114.)

Kiinnostus ja mahdollisuudet tiedonhankkimiseen ja aktiiviseen hoito-otteeseen ovat lisääntyneet, joten omahoidolla on yhä suurempi ja merkittävämpi rooli. Menetelmiä omahoitoon on kehitelty lisää. Liikuntaa, elämäntapaa, ravintoa ja kivunhallintaa koskevilla kysymyksissä potilas ja lääkäri voivat käydä keskusteluja, jotka voivat antaa uusia näkemyksiä. Kipu ja vallitseva elämätilanne tulee tiedostaa tarkkaan ja huomata muutokset niissä – sekä pahenemiset että paranemiset. Ensimmäinen mieleen tuleva selitys ei aina ole oikea, vaan tarvitaan kärsivällistä ja tarkkaa analysointia. (Granström 2010, 114.)

Mäkeläisen (2009) tutkimuksen mukaan hoitajat yleensä antavat nivelreumapotilaille enimmäkseen tietoa lääkkeellisestä hoidosta sekä seurantaverikokeista. Tulosta voidaan pitää luotettavana, koska potilaat olivat samaa mieltä. Lisäksi puolet hoitajista

mainitsi, että he keskustelevat omahoidon tärkeydestä potilaille. Tutkimus ei kuitenkaan näytä miksi omahoitoa ei pidetä niin tärkeänä osana hoitoa kuin lääkkeellistä hoitoa. Hoitajat kuitenkin tunnistavat nivelreumapotilaiden itsehoidon tukemisen ja motivoimisen tärkeyden hoidossa. Tutkimuksen mukaan vain joka viides reumahoitaja ja joka kuuden nivelreumapotilas oli sitä mieltä, että hoitajat tukevat potilasta emotionaalisesti. Etenkin potilaat korostivat emotionaalisen tuen tärkeyttä. Myös hoitajat pitivät potilaiden saamaa henkistä tukea todella tärkeänä osana hoitoa. Tutkimuksen mukaan hoitajien kiireen takia nivelreumapotilaiden saama henkinen tuki on vähäistä. Hoitajilla ei ole aikaa keskustella potilaiden kanssa rauhassa. Toisaalta tutkimus kertoo, ettei kiire ollut aina syynä hoitajien antamaan vähäiseen tukeen. Useimmiten syyinä oli hoitajien asenne potilaiden tiedon tarvetta kohtaan. Tulokset osoittavat, että potilaat aistivat helposti hoitajien aidon kiinnostuksen heidän hyvinvoinnistaan.

Fysioterapian tavoitteita reumasairauksissa ovat nivelten liikkuvuuksien sekä lihasten ylläpito ja parantaminen, yleisen toimintakyvyn parantaminen, virheasentojen ehkäiseminen sekä kivun ja tulehdusten lievittäminen. Tavoitteisiin pääseminen voi lievittää tai ehkäistä kipua, mutta myös tehokas kivunlievitys voi parantaa muihin tavoitteisiin pääsyä. Fysioterapiassa on siirrytty entistä enemmän terapeutin harjoitteluun, aktiiviseen liikehoitoon ja kuntosaliharjoitteluun kuin fysikaaliseen hoitoon, vaikka se sisältyykin edelleen fysioterapiaan. Itsehoito-ohjelman toteuttamisessa motivaatio on ensisijaisen tärkeää. Fysioterapiassa saavutettavat hyödyt vaihtelevat potilaskohtaisesti. (Mikkelson 2007.)

Nivelreumapotilailla on usein monia tunteja kestäväää aamujäykkyyttä. Fysioterapeutti voi ohjata aamujumpan toteutettavaksi vuoteessa, jonka avulla jäykkyyttä ja kipua voi lievittää omatoimisesti. Kuitenkaan moni potilas ei tarvitse tähän ohjausta, sillä tiettyjä venyttäviä ja liikkuvuutta parantavia harjoituksia on oma nivelreuman tuntemus opettanut suorittamaan. Aamujäykkyys vähenee kun tulehdusta ja kipua saadaan lievitettyä. (Mikkelson 2007.)

Tehokas akuutin kivun ja tulehduksen hoitomuoto on kylmähoito. Nivelreumaa sairastavalla nivelen lämpötila nousee usein muutaman asteen. Turvotus ja lämpötila pyritään normalisoimaan kylmähoitolla, jolloin turvotus sekä kipu vähenevät ja rustoa hajottavien entsyymien aktiivisuus laskee. Kotona kylmähoitoa voi toteuttaa yksinker-

taisesti pakasteessa kylmennettävän kylmäpakkauksen avulla, talvella lumipussilla tai pakastevihannespussilla. Jotta paleltumavammalta vältyttäisiin, olisi hyvä muistaa laittaa ihon ja kylmäpakkauksen väliin paperi tai pyyheliini. Kylmähoitoa voi toistaa 2–3 tunnin välein akuutissa niveltulehduksessa. (Mikkelson 2007.)

Huippukylmähoito lievittää reumasairauden aiheuttamaa kipua. Potilas menee huoneeseen 2–3 minuutiksi, jossa on -110 astetta, pukeutuneena kenkiin, sukkiin, hansikkaisiin, pipoon ja uima-asuun. Huippukylmähoito ei sovellu henkilöille, joilla on vaikea sydän- ja verisuonisairaus, keuhkosairaus, paniikkihäiriö, kylmäallergia tai vaikea Raynauudin oireyhtymä (valkosormisuus). Huippukylmähoitoa vastaa fysiologisilta vaikutuksiltaan avantouinti, ja monet reumatauteja sairastavat käyttävät sitä hoitona. (Mikkelson 2007.)

Lämmöstä on usein apua nivelreuman hoidossa. Lämpö saattaa parantaa sidekudoksen venyvyyttä, rentouttaa lihaksia ja lievittää niiden kipua, mutta se ei sovellu tulehtuneen nivelen hoidoksi. Kuumaa froteepyyhettä tai mikrossa lämmitettävää jyväpussia lämpöpakkauksena esimerkiksi niskalihasten hoitona voidaan käyttää kotona. Tulehtuneen nivelen hoidoksi ei sovi fysioterapeutin antamat syvälämpöhoidot. (Mikkelson 2007.)

Transkutaaninen hermostimulaatio eli TNS on ainoa sähköhoito, josta on jonkin verran tieteellistä näyttöä nivelreuman kivun hoidossa. TNS-hoitoa voidaan antaa esimerkiksi kipeytyneen nivelen ympärille. Polvi sekä olkapää ovat erityisen sopivia kohtia, mutta myös nivelreuman aiheuttamassa kaularangan kivussa voi kokeilla sen vaikutusta. (Mikkelson 2007.)

Liikehoitojen tavoitteena on palauttaa ja ylläpitää lihasten ja nivelten toimintaa. Jäykistymistä sekä jäykistymisen aiheuttamia kivuliaita toiminnan häiriöitä voidaan ehkäistä liikehoidon avulla. Lisäksi voidaan parantaa hermo-lihasjärjestelmän lihasvoimaa ja yhteistoimintaa. Liikehoidon toteuttaminen onnistuu myös omatoimisesti. Paras ehkäisevä ja ylläpitävä hoito nivelreumapotilaalle onkin päivittäinen kotijumppa. Fysioterapeutit voivat toteuttaa liikehoitoja monilla eri menetelmillä. Reumasairauksissa jumppa on muuttunut entistä aktiivisemmaksi. Esimerkiksi säännöllinen voimaharjoittelu parantaa reumapotilaiden toimintakykyä, eikä sen ole todettu pahentavan tau-

din aktiivisuutta tai siihen liittyvää kipua. Apuvälineiden avulla voidaan toisinaan lievittää kipua erinomaisesti. Esimerkiksi käsillä tehtävissä toimissa kipuoireita vähentää ranteen työlasta. Kävelykepin tai kyynärsauvojen avulla voidaan tilapäisesti lievittää lonkkanivelen tai muun alaraajan suuren tai keskisuuren tulehtuneen nivelen kuormitusta. (Mikkelsson 2007.)

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyömme tavoitteena on kuvata, miten vasta sairastuneet nivelreumapotilaat kokevat kivun ja toteuttavat kivunhoitoa arjessa. Kipu ja sen hoito ovat hyvin keskeisiä asioita hoitotyössä. Sitä voidaan myös käyttää hoitotyön kehittämässä sekä tuomaan lisätietoa potilaiden tukemisessa.

Opinnäytetyössämme pyrimme vastaamaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Kuinka voimakkaana nivelreumapotilaat kokivat kivun? Mikä oli potilaan mieliala kivun aikana? Mitä lääkitystä nivelreumapotilaat käyttivät sairautensa hoidossa? Ja millä keinoin nivelreumapotilaat toteuttivat kivunhoitoa? Kipupäiväkirjoista saamme vastaukset näihin kysymyksiin.

#### **5 AINEISTO JA SEN ANALYSOINTI**

Tutkimusmenetelmänä käytämme kvantitatiivista, eli määrällistä tutkimusta. Aineiston analyysimenetelmänä käytämme sovellettua sisällönerittelyä, sillä päiväkirjojen aineisto on niukka. Kvantitatiiviseen menetelmään kuuluu, että tutkimuksen tulokset ilmoitetaan usein numeroin, niin kuin opinnäytetyössämme teemme. Määrällisessä tutkimuksessa kerätään tieto numeroina tai asetellaan laadullisen aineiston numeeriseen muotoon. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkija ilmentää ja kertoo olennaisen numerotiedon sanallisesti. Tutkija havainnollistaa, miten eri asiat liittyvät toisiinsa ja mitä eroavaisuuksia niillä on. (Vilka 2007, 13)

##### **5.1 Aineisto ja kohdejoukko**

Seitsemän vuoden sisällä diagnoosin saanutta nivelreumapotilasta piti kipupäiväkirjaa viiden viikon ajan eräessä keskisuudessa keskussairaalassa. Kyseessä oli pilottitutki-

mus pienryhmäohjauskokeilussa. Emme osallistuneet aineiston keräämiseen, vaan saimme päiväkirjat valmiina ja tarkoituksenamme on analysoida ne. Koska yksi kipupäiväkirjoista oli täytetty puutteellisesti, emme ottaneet sitä mukaan analyysiin. Päiväkirjan sisältöön kuului kellon aika, tilanne, kivun voimakkuus 0–10, mieliala, lääkitys ja ”mitä tein”. Analyysistä jätimme pois kellon ajan ja tilanteen, sillä meistä ne eivät antaneet vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Päiväkirjamalli oli otettu Anneli Vainion kirjasta, nimeltä Kivun hallinta. (Liite1.)

Kun saimme aineiston, aloitimme analyysin kirjoittamalla paperille alkuperäiset lainaukset. Alkuperäisiä lainauksia tuli 45 sivua ja kirjoitimme ne allekkain rivivälillä 1. Aineiston lainaukset olivat vaihtelevia pituudeltaan ja laadultaan. Oli yksittäisiä sanoja, kuten ”tosi ihanaa!” ja oli pidempiä lauseita, kuten ” Noniin. Sama oire kuin vasemmassa ranteessa. Vetää mieltä matalaksi.” Jotkin nivelreumapotilaiden täyttämät lauseet tai kommentit eivät olleet olennaisia kipupäiväkirjassa.

## 5.2 Sisällönerittely

Koska päiväkirja-aineistomme on tiivistä, sovellamme sisällön erittelyä opinnäytetyössämme. Kun puhutaan sisällönerittelystä, tarkoitetaan kvantitatiivista dokumenttien analyysia, jossa esitetään jotakin tekstin tai dokumentin sisältöä määrällisesti. Tiettyjen sanojen esiintymistiheyttä voidaan laskea tutkimusongelmasta riippuen tietyissä dokumenteissa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Opinnäytetyössämme erittelymme keskittyy aineiston ilmisisältöihin ja jaamme aineiston analyysiyksiköihin ja tarkastelemme niitä suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Analyysiyksikkö voidaan määritellä monilla eri tavoilla, mutta opinnäytetyössämme käytämme aineiston yksikköä, eli sanaa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24–25.)

Ensimmäinen vaihe sisällönerittelyssä on pelkistäminen, jolla tarkoitetaan sitä, että aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaukset eli aineiston vastaukset kirjataan aineiston termein. Lähtökohtana ovat potilaiden kuvaamat alkuperäiset ilmaukset. Aineisto ryhmitellään pelkistämisen jälkeen. Aineiston ryhmittelyssä havainnoidaan ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Ilmaisut, jotka tarkoittavat samaa, yhdistetään samaksi kategoriaksi ja sille annetaan sen sisäl-

lölle tunnusomainen nimi. Tulkintaa voidaan käyttää aineiston ryhmittelyssä. Aineiston abstrahointi on kolmas vaihe sisällönerittelyssä. Siinä yhdistetään samansisältöisiä luokkia, joita kutsutaan yläluokiksi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26–29.) Koska päiväkirja-aineisto oli tiivistä, emme pelkistäneet alkuperäisiä lainauksia, vaan teimme niistä suoraan alaluokkia. Mielestämme alaluokat oli helppo abstrahoida yläluokiksi ja yläluokat syntyivät johdonmukaisesti alaluokkien perusteella. Analyysitaulukot ovat liitteenä opinnäytetyön lopussa (liite 2 & liite 3).

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Valmiista aineistosta jätimme huomioimatta yhden päiväkirjan, sillä sitä ei ollut juuriakaan täytetty. Päiväkirjaan ei ollut perehdytty ja siihen oli merkitty koko viiden viikon ajalta maininta ”kivuton”. Päädyimme käyttämään sisällönanalyyssissä kolmea pääluokkaa, jotka ovat mieliala, kivunhoito, nivelreuman lääkehoito ja kivun voimakkuus.

### 6.1 Nivelreumapotilaiden kivun voimakkuuden kokeminen

Päiväkirjoissa kivun voimakkuutta piti kuvata asteikolla 0–10, eli NRS-asteikon mukaisesti. Nivelreumapotilaiden kovin kokema kipu oli 6 (1). Suurimmaksi osaksi potilaat kokivat lievää kipua, tällöin vastaus oli 1 (276). Seuraavaksi eniten potilaat kokivat kivukseen 0, eli ei lainkaan kipua (235). Muita mainintoja: hyvin vähän kipua, eli 2 (122), vähän kipua, eli 3 (67), jonkin verran kipua, eli 4 (22) ja kohtalaisesti kipua, eli 5 (7). Kivun voimakkuuden keskiarvoksi tuli noin 1,2.

### 6.2 Nivelreumapotilaiden mieliala

Mielialan yläluokiksi saimme positiivisen (357), negatiivisen (130) ja neutraalin (21). Positiivisen mielialan alaluokkia ovat hyvä (349), iloinen (7) ja tosi hyvä (1). Pääasiassa päiväkirjoista esille nousi mieliala hyvä. Esimerkkejä päiväkirjojen positiivisen mielialan merkinnöistä:

*”Hyvä. Tuntuu hienolta että selviydyin taas yksin. Tämä kurja reuma ei ole pilannut koko kesääni. Nautin selviytymisestä ja oopperasta.”*

*”Odotan viikonlopun matkaa. Iloitsen kylpylän lämmin- ja kylmävesialtaista etukäteen.”*

*”Tosi ihanaa!”*

Negatiivisen mielialan alaluokiksi nousi väsynyt(95), harmistunut(16), pahoinvoiva(10), masentunut(5), surullinen(4), jännittynyt(2), voimaton(2), levoton(1), huono(1) ja vihainen(1). Esimerkkejä negatiivisen mielialan merkinnöistä päiväkirjoissa:

*”Aamusta jo harmittaa, iltapäivällä otettava Trexan ja sen aiheuttama pahaolo.”*

*”Alakuloa ja masennusta.”*

*”Ärtynyt, vihainen.”*

Neutraaleja mielialoja alaluokiksi saimme kohtalainen(17) ja mieteliäs(4). Päiväkirjojen suoria lainauksia neutraalista mielialasta:

*”Mietityttää, milloin nostettu Trexan-annos alkaa purra lievään kipuiluun käsissä.”*

*”Suht hyvä.”*

*”Ok.”*

Potilaat mainitsivat paljon erilaisia mielialoja päiväkirjoissaan eri päivinä, mutta esille nousi eniten mieliala: ”hyvä”. Teimme alkuperäisistä lainauksista analyysipolkuja, joista päädyimme pääluokkaan, alaluokkiin ja yläluokkiin. (Liite 2.)

### **6.3 Nivelreumapotilaiden lääkitys nivelreuman hoidossa**

Potilaat olivat maininneet päiväkirjoissaan useasti lääkityksen, mitä he käyttävät nivelreuman hoidossa, joten teimme siitä oman pääluokan. Alaluokkia Reuman lääkitykseen saimme: muu lääkitys(67), reumalääke(63). Lainauksia päiväkirjoista:

*”Trexan 2,5mg 2tbl.”*

*”Prednisolon 5mg.”*

*”Kalsipos-D.”*

Huomasimme kuinka yhtenäinen nivelreumapotilaiden lääkitys oli. Useimmat heistä käyttivät metotreksaattia lääkityksensä. Lisäksi he käyttivät myös kalsiumia ja D – vitamiinia.

#### **6.4 Nivelreumapotilaiden keinot kivunhoidossa**

Päiväkirjoissa kysyttiin potilailta, mitä he tekivät helpottaakseen reuman aiheuttamaa kipua. Näiden vastausten pohjalta saimme pääluokaksi kivunhoidon. Kivunhoidon jaoinme yläluokkiin, joita ovat: lääkkeellinen kivunhoito (42) ja kivun omahoito(34) ja ei mitään(1).

Lääkkeellisessä kivunhoidossa alaluokkia on kipulääkitys(12). Lääkkeellisen kivunhoidon lainauksia päiväkirjoista:

*”Burana 600mg x 1.”*

*”Burana 600mg.”*

Kivun omahoidon alaluokiksi saimme useita alaluokkia: rentoutuminen(7), lepääminen(3), nukkuminen(5), olla ajattelematta(2), neulekynsikäs(4), hyvä ryhti(1), pohjaliset(1), sauna(3), alkoholi(1), juoksu(2), venyttely(1), avantouinti(2), vesijumppa(1) ja reuma itsehoitoon pienryhmä(1). Olemme esittäneet analyysipolun kulun päiväkirjan merkinnöistä ”mitä tein”. Lainauksia päiväkirja maininnoista:

*”Oikeassa ohut neule ”kynsikäs”, auttaa kolotuksia.”*

*”Kokeilen altaita. Kylmä-lämmin-kylmä tuntuu tosi hyvältä.”*

*”Koitin olla ajattelematta.”*

Kivun omahoito on tärkeää nivelreumassa ja moni nivelreumapotilas käyttikin niitä kipua hoidattaessaan. Erilaisia omahoito keinoja oli paljon, mutta niiden maininnat jäivät vähäisiksi. Analyysipolusta esimerkkejä liitteessä 3.

## **7 POHDINTA**

Aloitimme opinnäytetyön toteutuksemme alkuun kvalitatiivisella sisällönanalyysi menetelmällä. Kun olimme saaneet analyysipolut tehtyä, huomasimme, että aineisto on niin tiivistä, että jouduimmekin siirtymään kvantitatiiviseen sisällön erittelyyn. Tämä oli hyvä päätös, vaikka aluksi hankaloittikin asioita. Opinnäytetyömme aihe ja aineiston analysointi oli mielenkiintoista ja haastavaa. Jouduimme miettimään paljon, mitkä nivelreumapotilaiden kirjoittamat asiat otimme mukaan analyysiin, sillä kipupäiväkirjoja oli täytetty puutteellisesti ja virheellisesti. Jos olisimme voineet vaikuttaa päiväkirjojen täytön toteutukseen, olisimme tehneet siinä asioita eri tavalla, jotta nivelreumapotilaat olisivat täyttäneet päiväkirjat johdonmukaisemmin.

### **7.1 Tulosten tarkastelu**

Tunteet, kuten toivottomuus, tarpeettomuus, viha, ahdistus ja ärtymys voivat olla sairauden aiheuttamia ja niiden käsitteleminen vaatii paljon aikaa (Kynäs 2007). Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että potilaiden mielialat olivat monikirjoisia. Suuremmaksi osaksi potilaat kokivat mielialansa positiivisena ja melkein kaikki heistä hyvänä. Uskomme, että mielialalla on suuri vaikutus kivun voimakkuuteen ja kivun voimakkuus vaikuttaa myös mielialaan. Negatiivisia mielialoja oli mainittu yli puolet vähemmän, mutta alaluokkia tuli huomattavasti enemmän kuin positiiviseen mielialaan. Huomasimme myös, että potilaiden mieliala riippui myös siitä, mitä he tekivät sinä päivänä ja sillä hetkellä. Mieliala päivien aikaan saattoi vaihtua huomattavasti. Nivelreumaan liittyy usein yleisoreena väsymystä (Terveyskirjasto 2012). Päiväkirjoista nousikin esille eniten mainintoja väsymyksestä, jotka liittyvät negatiiviseen mielialaan. Neutraaleja mieliala merkintöjä saimme vähemmän. Pohdimme pitkän aikaa

alaluokkaa mielteliäs, kunnes päätimme laittaa sen neutraalin mielialan alle, sillä päiväkirjamerkinnot mielteliästä eivät olleet negatiivisia eivätkä positiivisia.

Tulehdusten lääkehoitoon nivelissä käytetään varsinaisia reumalääkkeitä, joita annostellaan yleensä monen lääkkeen yhdistelmänä. Myös pieniannoksinen kortisonihoito on osa nivelreuman lääkehoitoa. (Reumanhoito 2009.) Opinnäytetyössämme ilmeni, että monet potilaista käyttivät lääkityksenä metotreksaattia, joka on tarkoitettu nivelreuman, lastenreuman, nivelpsoriaasin, muiden kroonisten niveltulehdusten ja systeemisten sidekudossairauksien pitkäaikaishoitoon. Reumahoidossa käytetään pääasiassa kortisonia. Potilaat mainitsivatkin päiväkirjoissaan useasti kortisonin (Prednisolon), joka auttaa vähentämään tulehdusta nivelissä. Yksi yleisimpiä pitkäaikaisen kortisonihoidon sivuvaikutuksia ovat luuston heikkeneminen (osteoporoosi). Riittävästä kalsiumin ja D-vitamiinin saannista on huolehdittava osteoporoosin ehkäisemiseksi. (Suomen reumaliitto 2010.) Päiväkirjoissa oli useasti maininta kalsiumin ja D-vitamiinin (Kalsipos-D) käytöstä kortisonin rinnalla. Voimme opinnäytetyömme tuloksista päätellä, että metotreksaatti on vastasairastuneille nivelreumapotilaille hyvä ja sopiva lääke, vaikka se aiheuttikin monelle potilaalle pahoinvointia.

Kivun lievitys voi olla reumapotilaalle lääkehoidon tärkein tavoite (Suomen reumaliitto 2010). Opinnäytetyössämme huomasimme, että yllättävän harva potilaista on joutunut viiden viikon aikana käyttämään kipulääkettä ja kipulääkkeenä on käytetty usein ibuprofeiinia. Potilaat ovat siis olleet melko kivuttomia, joka on varmasti vaikuttanut heidän mielialaansa. Suomen reumaliitto (2010) mainitsee, että särky ei etenkään alkuvaiheessa ole merkittävää. Nivelreumapotilaiden kivun voimakkuuden kokemiseen ja kipulääkityksen tarpeeseen luulemme vaikuttaneen potilaiden lyhyt sairastamisaika. Nivelreumapotilaat käyttivät kivunlievityksessä enemmän apunaan lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Yllätyimme silti kivun omahoidon vähäisyyttä. Tähän voi myös olla syynä se, että potilaat ovat vasta sairastuneet nivelreumaan.

Kipupäiväkirjoissa useimmiten mainitut lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät liittyivät rentoutumiseen ja nukkumiseen. Nivelreumapotilaat olivat käyttäneet useita erilaisia kivun omahoitomenetelmiä, mutta mainintakertoja oli vain muutamia. Nivelreumapotilaat käyttivät mielestämme yllättävän vähän kivun omahoidon keinoja, joita tuli esiin etsiessämme tietoa nivelreuman kivunhoidosta. Esimerkiksi kylmähoito on

useimmiten suositeltu kivunhoidon vaihtoehto, mutta vain muutama nivelreumapotilas oli maininnut sen kipupäiväkirjassaan, ja hekin olivat toteuttaneet sen avantouinnin muodossa.

## 7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta pystytään tarkastelemaan mittaamisen, tulosten ja aineistojen keruun luotettavuutena. Kun tarkastellaan mittarin validiteettia, kiinnitetään huomiota siihen, mittaako mittari todella sitä, mitä sen olisi tarkoitus mitata. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 205–206.) Opinnäytetyötämme tehtäessä huomasimme, että nivelreumapotilaat eivät olleet täyttäneet päiväkirjaa oikein. Kohdassa ”mitä tein” tarkoitti, että mitä henkilö teki lievittääkseen kipua. Henkilöt olivat kuitenkin useasti täyttäneet kohtaan esimerkiksi ”söin aamupalaa”, jonka emme ajatelleet vaikuttaneen heidän kivun lievitykseensä. Jos esimerkit päiväkirjamallissa olisivat olleet monisanaisempia tai selkeämpiä, olisi se varmasti tuonut luotettavuutta lisää työllemme. Nivelreumapotilaiden ohjaus päiväkirjan täytössä olisi ollut hyvä koko viiden viikon aikana, jotta tutkimustulosten luotettavuus olisi lisääntynyt. Koska emme osallistuneet aineiston keruun, emme keskity sen luotettavuuteen enempää.

Ongelmat tutkimusetiikassa voidaan jakaa kahteen luokkaan. Tutkimuksen tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan liittyvät kysymykset ovat ensimmäiseen luokkaan kuuluvat asiat. Nämä ovat niin sanottuja Mengele-tapauksia. Manhattan-tapauksiksi kutsutaan asioita, joilla viitataan tutkijan vastuuseen tutkimustulosten sovelluksista. Manhattan-tapaukset kuuluvat toiseen luokkaan. Ihmisiin kohdistuvien tutkimuksien tekeminen edellyttää tutkijalta hyvän tutkimuskäytännön noudattamista. Silloin ensisijaista on tutkittavan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimusasetelman mahdolliset eettiset ongelmat ovat ennakoitavissa ja mahdollisesti ratkaistavissa, kun tutkija käyttää hyvin standardoituja tiedonkeruumenetelmiä. Tutkittavan ja tutkijan suhde ei ole niin muodollinen, jos kyseessä on vapaamuotoisempi tiedonhankintatapa ja tutkijalle jää suurempi moraalinen vastuu eettisten kysymysten käytännön ratkaisemisessa. Seuraukset, joita tutkimus saattaa aiheuttaa tutkittavalle,

ovat tutkijan vastuulla. Alan kirjallisuuteen perehtyminen auttaa aina omien ratkaisujen etsimisessä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Kun tutkimuskohteena on ihminen tai ihmisryhmä, ovat eettiset kysymykset erityisen tärkeitä kuten esimerkiksi kasvatustieteellistä tutkimusta tehtäessä. Tutkimuksessa, joka suuntautuu yksilöihin, on kaikilla siihen osallistuvilla oikeus pysyä nimettömänä. Opinnäytetyössämme tämä toteutuu erittäin hyvin, sillä emme olleet mukana tutkimusaineiston keruussa, emmekä tavanneet päiväkirjan täyttäjiä. Tutkimus ei saa pitää sisällään mitään sellaisia ominaisuuksia, jonka perusteella henkilön identiteetti voitaisiin tunnistaa. Henkilöillä on myös oikeus salassapitoon, joka tarkoittaa sitä, että henkilö voi pitää salassa tietoa joka koskee häntä itseään. Kaikki eivät esimerkiksi halua tuoda julki omaa uskonnollista vakaumustaan. (Soininen 1995, 129–130.)

On muistettava, että tutkimuksessa kerätty tieto on aina luottamuksellista. Päiväkirjan täyttäjät ovat opinnäytetyössämme kirjoittaneet päiväkirjat anonyyminä, eikä henkilöiden henkilökohtaisia asioita ilmene opinnäytetyössämme. On huomioitava se, kenellä on oikeus käsitellä kyseistä aineistoa. Päiväkirja-aineistoa ei ole käsitelty kukaan muu, kuin tämän opinnäytetyön tekijät ja ohjaava opettaja, jolta aineisto on saatu. Tutkijan vastuuntunnolla taas tarkoitetaan sitä vastuuta, joka jokaisella tutkijalla on oman tutkimuksen suhteen. Tutkijan on käsitettävä jokaisen tutkimukseen osallistuvan henkilön loukkaamattomuus ja ihmisarvo. Tutkimuksen eettisiin tekijöihin kuuluu myös rehellisyys, jolla tarkoitetaan sitä, että kirjoittaja on rehellinen sekä itselleen että lukijoilleen. Toisen tekstiä ei saa esittää omina ajatuksina, vaan annetaan kunnia hänelle, jolle se kuuluu. Olemme noudattaneet lähdeviite- ja lähdemerkintöjä oikein ja käyttäneet työssämme luotettavia lähteitä, jolloin työmme luotettavuus paranee. Tulosten esittäminen on myös osa tutkimuksen rehellisyyttä. (Soininen 1995, 130–131.)

Tulokset tulee esittää sellaisessa muodossa, että alkuperäinen aineisto on nähtävissä. Tuloksia ei saa kaunistella eikä muuttaa haluttuun suuntaan vaan ne tulee esittää sellaisina kuin ne ilmenevät. Emme esitä työssämme alkuperäistä aineistoa. Olemme kuitenkin havainnollistaneet analyysipolkuja työhömmme, jolloin opinnäytetyömme lukijan on helppo ymmärtää, kuinka olemme päätyneet valitsemiimme luokituksiin sisällönerittelyssä. Emme ole kaunistelleet tai sepittäneet tuloksia. (Soininen 1995, 131.)

### 7.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksena voisi olla tutkimuksen uusiminen samoille nivelreumapotilaille. Tällöin saataisiin tietoa nivelreuman kipujen mahdollisesta pahenemisesta, nivelreuman kulusta ja kipujen ja nivelreuman vaikutuksesta elämään. Opinnäytetyötämme ja sen tutkimustuloksia voisi käyttää pohjana nivelreumapotilaiden kivunhoitoon ja kivun omahoitoon tarkoitettuun oppaaseen. Oppaasta nivelreumapotilaat saisivat vinkkejä ja ohjeita nivelreuman aiheuttavan kivun hoitoon ja kivun omahoitoon. Opasta voisi käyttää vasta diagnoosin saaneille tai vasta sairastuneille nivelreumapotilaille.

## LÄHTEET

- Aho, Tellervo, Hakala, Markku, Kunnamo, Ilkka 2004. Nivelreuma – Käyvän hoidon potilasversiot. WWW-dokumentti.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00022&p\\_haku=kylm%C3%A4hoito#s6](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00022&p_haku=kylm%C3%A4hoito#s6). Päivitetty 10.11.2004. Luettu 20.9.2012.
- Airaksinen, Olavi ja Kouri, Jukka-Pekka 2002. Kivun luokittelu ja arviointi. Teoksessa Hämäläinen, Martti, Leirisalo-Repo, Marjatta & Moilanen, Eeva (toim.) Reumataudit. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun fysiologia. Juva: WS Bookwell Oy.
- Eklund, Kari 2012. Tietoa reumataudeista. WWW-dokumentti.  
<http://www.helsinginreumakeskus.fi/nivelreuma>. Ei päivitystietoja. Luettu 12.11.2012.
- Granström, Veikko 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Hakala, Markku 2009. Nivelreuma. Teoksessa Martio, Jukka, Karjalainen, Anna, Kauppi, Markku, Kukkurainen, Marja Leena, Kyngäs Helvi (toim.) Reuma. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Hakala, Markku 2007. Tuoreen nivelreuman taudinkuva ja diagnostiikka. WWW-dokumentti.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00145](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00145). Päivitetty 27.11.2007. Luettu 12.11.2012.
- Hamard, Sampo 2009. Fenomenologinen analyysi TULE –sairauksiin liittyvän selkäkivun kokemuksesta. Laurea–ammattikorkeakoulu. Hoitotyönkoulutusohjelma. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti.  
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4990/Selkakivun%20kokemus.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoja. Luettu 13.4.2013.
- Heinonen, Minna 2009. Kivun mittaaminen ja hyvä kivunhoito. Teoksessa Martio, Jukka, Karjalainen, Anna, Kauppi, Markku, Kukkurainen, Marja Leena, Kyngäs Helvi (toim.) Reuma. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Hänninen, Juha 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim
- Isomäki, Heikki 2002. Nivelreuma. Teoksessa Hämäläinen, Martti, Leirisalo-Repo, Marjatta & Moilanen, Eeva (toim.) Reumataudit. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS bookwell Oy.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro OY.

Kyngäs, Helvi 2007. Reuma – Sairastuminen ja sairauden kanssa eläminen. WWW-dokumentti  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00316](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00316). Päivitetty 27.11.2007. Luettu 13.3.2013.

Käypä hoito 2004. Nivelreuman hoito. WWW-dokumentti.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00022>. Päivitetty 2009. Luettu 5.12.2012.

Käypä Hoito 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. WWW-dokumentti.  
[http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063?hakusan\\_a=kuolevan%20potilaan%20oireiden%20hoito](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063?hakusan_a=kuolevan%20potilaan%20oireiden%20hoito). Päivitetty 28.1.2008. Luettu 19.11.2012.

Käypä hoito 2009. Nivelreuma. WWW-dokumentti.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi21010#s20>. Ei päivitystietoja. Luettu 3.12.2012.

Manner, Hilikka 2006. Kivulias elämä – Kroonisen kivun aiheuttama sosiaalinen haitta. Lapin yliopisto. Sosiaalityön koulutusohjelma. Pro gradu. WWW-dokumentti.  
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/63701/5170.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoja. Luettu 19.3.2013.

Mikkelsson, Marja 2009. Kipu ja Kivun hoito. Teoksessa Martio, Jukka, Karjalainen, Anna, Kauppi, Markku, Kukkurainen, Marja Leena, Kyngäs Helvi (toim.) Reuma. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Mikkelsson, Marja 2007. Reuma – Fysioterapian mahdollisuuden kivunhoidossa. WWW-dokumentti.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00175](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00175). Päivitetty 27.11.2007. Luettu 29.3.2013.

Mustajoki, Pertti 2012. Nivelreuma. WWW-dokumentti.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00051](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00051). Päivitetty 16.1.2012. Luettu 12.11.2012.

Mäkeläinen, Paula 2009. Rheumatoid Arthritis Patient Education and Self-Efficacy. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.

Paunonen, Marita, Vehviläinen-Julkunen Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Reumanhoito 2009. Nivelreuma. WWW-dokumentti.  
<http://www.reumanhoito.info/%28S%28pwwmgr45jxicsmjo3wv13zax%29%29/Default.aspx?PagId=13>. Ei päivitystietoja. Luettu 12.11.2012.

Saaranen-Kauppinen, Anita, Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html). Ei päivitystietoja. Luettu 12.3.2013.

Saaranen-Kauppinen, Anita, Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV – Eettiset kysymykset. WWW-dokumentti. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_1.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1.html). Ei päivitystietoja. Luettu 2.4.2013.

Sailo, Eerikka, Vartti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Sailo, Eerikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eerikka & Vartti, Anne-Mari (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammi.

Sarlio, Johanna 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, Eerikka & Vartti, Anne-Mari (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammi

Salanterä, Sanna 2010. Kivun mittaaminen – miten se toteutuu tänään. WWW-dokumentti. [http://www.sash.fi/files/luennot\\_anestesiakurssi\\_10/Kivun\\_mittaaminen\\_Sanna\\_Salantera.pdf](http://www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_10/Kivun_mittaaminen_Sanna_Salantera.pdf). Päivitetty 19.3.2010. Luettu 28.11.2012.

Soinila, Seppo 2005. Teoksessa Lindgren, Karl-August (toim.) Tuki- ja liikuntaelin-sairaudet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Soininen, Marjaana 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Painosalama Oy.

Suomen kipu Ry 2010. Kroonisen kivun ensitieto-opas. Espoo: Painotalo Redfina Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Ammatillinen kuntoutus. WWW-dokumentti. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/kuntoutus/ammattillinen\\_kuntoutus](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus/ammattillinen_kuntoutus). päivitetty 14.3.2011. Luettu 5.12.2012

Suomen reumaliitto ry 2011. Nivelreuma. WWW-dokumentti. <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/nivelreuma/>. Ei päivitystietoja. Luettu 12.11.2012.

Suomen reumaliitto ry 2010. Kipulääkkeet. WWW-dokumentti <http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumalaakkeet/kipulaakkeet/>. Ei päivitystietoja. Luettu 13.3.2013

Suomen reumaliitto ry 2010. Reumalääkkeet – kortisonivalmisteet. WWW-dokumentti. [http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumalaakkeet/kortisonivalmisteet\\_glukokortiko/](http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumalaakkeet/kortisonivalmisteet_glukokortiko/). Ei päivitystietoja. Luettu 2.4.2013.

Sokka-Isler, Tuulikki 2012. Onko reumakipu häviämässä? Kipuviesti 1, 22-23.

Porrastettu kivunhoitomalli 2010. Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ima01799](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ima01799). Päivitetty 6.10.2010. Luettu 19.11.2012

Tuominen, Riitta 2010. Nivelreumaa sairastavan potilaan kivunhoitoon liittyvän tiedon tarve ja potilaan odotukset – teemahaastattelu. Turun yliopisto. Hoitotiede. Tiivistelmä pro gardu-tutkielmasta. WWW-dokumentti.

[http://www.med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit\\_2010/Tuominen.pdf](http://www.med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit_2010/Tuominen.pdf). Ei päivitystietoja. Luettu 19.3.2013.

Vaajoki, Anne 2002. Aikuisten nivelreumakipu – kärsimyksen vai hyvinvoinnin tunteita. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro gradu- tutkielma.

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

Vainio, Anneli 2009. Kivun havaitseminen ja kokeminen aivoissa. WWW-dokumentti [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00017](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00017). Päivitetty 22.1.2009. Luettu 13.3.2013.

Vilkkä, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vuorimaa, Hanna 2009. Kivun ja sairauden kokeminen. Teoksessa Martio, Jukka, Karjalainen, Anna, Kauppi, Markku, Kukkurainen, Marja Leena, Kyngäs Helvi (toim.) Reuma. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Vuorimaa, Hanna 2007. Reuma – Psykologia kivunhoidossa. WWW-dokumentti [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=reu00174#s4](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00174#s4). Päivitetty 27.11.2007. Luettu 13.3.2013.

Vuorimaa, Hanna 2007. Reuma – Kivun ja sairauden kokeminen. WWW-dokumentti [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=rek00093&p\\_haku=kivun%20kokeminen](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=rek00093&p_haku=kivun%20kokeminen). Päivitetty 27.11.2007. Luettu 18.3.2013.

**PÄIVÄKIRJA KIVUSTA JA ITSEHOIDON TOTEUTUMISESTA:** Olkaa hyvä, ja pitäkää kirjaa kivun voimakkuudesta (asteikko 0 - 10; 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu), tilanteesta, lääkityksestä, mielialastanne ja siitä miten pyritte hoittamaan kipuunne **ALLA OLEVAN ESIMERKIN MUKAAN** (Lähde: Vainio A. 2004. Kivunhallinta. Duodecim)

Päivämäärä \_\_\_ / \_\_\_ 2011

Klo	Tilanne	Kivun voimakkuus (0 - 10)	Mieliala	Lääkitys	Mitä tein
8.00	Aamiainen	3	Hyvä		En mitään
12.00	Tulin kävelemästä	8	Keljutti	1 Brufen	Menin lepäämään
16.00	Tein ruokaa	4	Kohtalainen		En mitään
20.00	Katsoin tv:tä	6	Kohtalainen		Yritin rentoutua

Pyydän Teitä pitämään tätä päiväkirjaa 1. ja 2. aineistonkeruun välisenä aikana (n. 5 viikkoa), ja palauttamaan sen yhdessä 2. kyselylomakkeen kanssa.

**Analyysipolku mielialasta**

<b>Alkuperäiset lainaukset</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Hyvä, ei kolotuta.	Hyvä	Positiivinen	Mieliala
Tosi ihanaa!	Tosi hyvä		
Alakuloa ja masennusta.	Masentunut	Negatiivinen	
Noniin. Sama oire kuin vasemmassa ranteessa. Vetää mieltä matalaksi.			
Ranne kipeytyy töitä tehdessä, harmittaa.	Harmistunut		
Ok.	Kohtalainen	Neutraali	
Kohtalainen.			

## Analyysipolku kivunhoidosta

Alkuperäinen lainaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”Otin pohjalliset viimein käyttöön.”	Pohjalliset	Kivun omahoito	Kivunhoito
”Koetin taltuttaa hui- mausta hyvällä ryhdil- lä.”	Hyvä ryhti		
”Venyttelin.”	Venyttely		
”Koetetaan särkylää- kettä.”	Kipulääke	Kivun lääkkeellinen hoito	
”400mg burana.”	Kipulääke		
”En mitään.”	Ei mitään	Ei mitään	