

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön Koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2013

Sari Järvelä, Piia Suni ja Kristiina Valosaari

KROONISEN KIVUN HOITOTYÖ MS-POTILAILLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sari Järvelä, Piia Suni, Kristiina Valosaari

KROONISEN KIVUN HOITOTYÖ MS-POTILAILLA

MS-tauti on yleisin nuorten aikuisten liikunta- ja toimintakykyyn vaikuttava keskushermoston sairaus. Suomessa sitä sairastaa noin 7000 henkilöä. Noin puolet potilaista kärsii kroonisista kivuista. MS-tautia luultiin pitkään kivuttomaksi. Nykyisin kipu kuitenkin tunnistetaan yhdeksi MS-taudin oireeksi. Se ei ole hallitseva tekijä MS-taudissa, mutta kuitenkin kipua esiintyy merkittäväällä osalla potilaita. Mahdollisesti kipu on edelleen alidiagnosoitua ja alihoidettua.

Krooninen kipu voi vaikuttaa moniin eri elämän osa-alueisiin. Kipu on subjektiivinen ja epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudonvaurioon tai sen uhkaan. Kivun kestänyt yli 3 kuukautta tai ylitettyä kudonvaurion normaalin paranemisaikaa, se on muuttunut krooniseksi. Opinnäytetyössämme olemme systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen halunneet selvittää miten hoitaja kohtaa MS-tautia sairastavan kroonisesta kivusta kärsivän potilaan sekä miten MS-potilasta ja kroonista kipua hoidetaan hoitotyön keinoin.

Katsauksen tulosten mukaan MS-tautia kroonisesta kivusta kärsivän potilaan hoito on kokonaisuuden hoitamista, jossa huomioidaan potilas ja omaiset. Sairaanhoidajan on annettava aikaa, tukea ja tietoa tilanteesta. Kivunhoito on haasteellista sen moninaisuuden vuoksi ja ihmisten kokemukset kivusta ovat aina yksilöllisiä. Kivunhoidossa käytetään monipuolisia hoitomuotoja, perinteisten lääkehoitojen rinnalle on tullut lääkkeettömiä hoitomuotoja tukemaan kivunhoitoa.

ASIASANAT:

MS-tauti, krooninen kipu, kipu

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered nurse

2013 | 34

Camilla Strandell-Laine

Sari Järvelä, Piia Suni, Kristiina Valosaari

NURSING CHRONIC PAIN IN MS PATIENTS

MS disease is most common central nervous system disease influencing mobility and able to function with young adults. Approximately 7000 people suffer from it in Finland and about half of them suffer from chronic pains. MS disease was thought to be free of pain for a long time. However, nowadays pain is identified as one of the symptoms of the disease. It isn't a dominant factor in the disease but the pain occurs with remarkable part of the patients. The pain is possibly under diagnosed and under-treated.

Chronic pain can affect many different areas of life. Pain is a subjective and unpleasant experience that associates with tissue damage or threat of it. Lasting over 3 months or tissue damage exceeds the normal healing time, pain has become chronic.

In our bachelor's thesis we have, applying systematic literature review, wanted to find out, how the nurse faces the patient suffering chronic pains as well as how to treat MS patient and chronic pain by means of nursing.

The results of the overview suggest that treating the MS-patient suffering from chronic pains is to manage the entire picture which pays attention to the patient and the relatives. The nurse's job is to give time and support and information about the situation. The pain treatment is challenging to its diverse and people's experiences about pain are individual. Treating the pain wide range of treatments are used, traditional treatments treatments are joined by non-pharmalogical to support the pain treatment. Also medicine used treating the pain has involved and there are several options.

KEYWORDS:

multiple Sclerosis, chronic pain, pain

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 MULTIPPELISKLEROOSI	7
3 KROONINEN KIPU	10
3.1 Kroonisen kivun tyypit	10
3.2 Krooninen kipu MS-taudissa	11
4 KROONISEN KIPUPOTILAAN JA HOITAJAN KOHTAAMINEN	14
4.1 Vuorovaikutus	14
4.2 Vuorovaikutteinen ja voimavaraistava ohjaus	15
4.3 Asenteet	16
4.4 Kivun liitännäisvaikutusten tiedostaminen	16
4.5 Kroonisen kivun hallinta ja kivun hyväksyminen	17
5 KROONISEN KIPUPOTILAAN HOITOTYÖ	19
5.1 Lääkkeellinen hoito	20
5.1.1 Neuropaattisen kivun lääkkeellinen hoito	20
5.1.2 Nosiseptiivisen kivun lääkkeellinen hoito	21
5.2 Lääkkeetön hoito	22
5.3 Kipumittarit	25
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄN ASETTELU	27
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUSMENETELMÄ	28
8 POHDINTA	30
LÄHTEET	33

1 JOHDANTO

Suomessa esiintyy MS- tautia n. 100 tapausta sataatuhatta asukasta kohden ja vuosittain MS – tautiin sairastuu neljästä viiteen henkilöä 100 000 asukasta kohden. Sairaus ilmenee yleensä 20 - 40 vuoden iässä ja on naisilla hieman yleisempi kuin miehillä. Noin puolet MS- tautia sairastavista kärsii kroonisesta kivusta. (Tienari 2010.)

Hyvään kivunhoitoon kuuluu potilaan ja hoitajan vuorovaikutus (Valjakka 2007, 51). Kroonisen kivun liitännäisvaikutukset tulee tiedostaa ja tunnistaa. Hyvällä kivunhoidolla voidaan vaikuttaa potilaan sitoutumista hoitoon, kivunhallintaan, elämänlaatuun ja toimintakykyyn (Soinila, Kaste & Somer 2009, 249). Aina kipua ei voi poistaa, onkin tärkeää oppia elämään kivun kanssa ja hallitsemaan keinoja joilla kipua voidaan lievittää (Eloranta 2002, 34).

Kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämänlaadun paraneminen ovat kivun hoidon tavoitteina (Haanpää ym, 2008). Hoidettaessa kroonista kipua, pyritään vaikuttamaan yksilöön. Pyritään poistamaan kipua, määrittelemään oireita ja taudinkuvaa sekä löytämään sopiva lääkitys ja tarjoamaan fysio- ja toimintaterapiaa. Yksilön aktiivista roolia korostetaan nykyään kivunhoidossa ja kuntoutumisessa. Ihmisen kyky löytää voimavaroja ja hallita kiputiloja on olennaista. (Raitakari & Salo, 2012.)

Lääkehoidossa hoidetaan kipua oireiden mukaisesti. Useasti joudutaan käyttämään erilaisia lääkkeiden yhdistelmiä hyvän vasteen saamiseksi. Sopivaa kipulääkitystä etsitään yhdessä lääkärin kanssa, se on haasteellista monimuotoisuutensa vuoksi. (Pakkala 2008, 3.)

Liikunnalla on suuri merkitys kroonisen kivun hoidossa ja hallinnassa. Eri fysioterapian keinoin voidaan myös auttaa kroonisesta kivusta kärsiviä. Näitä keinoja ovat esim. sähköhoito, lämpöhoito, kylmähoito. (Kotavainio & Mäenpää 2013.) Tutkimusten mukaan akupunktiosta saatu hyöty on suurempi kuin hieronnasta saatu apu (Sumanen 2001). Kroonisen kivun hoitoon on käytetty me-

nestyksellä kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Eri hoitomuotoja yhdistämällä on hoidon vaikuttavuus usein parempi. (Kukkurainen & Knaappila, 2007.)

Systemaattisen haun kautta haimme tietoa MS-potilaan kroonisesta kivusta, josta emme kuitenkaan löytäneet tieteellisiä tutkimuksia tai artikkeleita. Päädyimme tekemään tieteellisiä hakuja eri osa-alueiden kautta muun muassa krooninen kipu, kipu ja MS-tauti. Tutkimustuloksemme löytyvät kirjallisuuskatsauksen päälukujen sisältä.

2 MULTIPPELISKLEROOSI

Pesäkekovettumatauti, multippeliskleroosi eli MS-tauti on autoimmuunisairaus, joka johtaa keskushermoston valkean aineen pesäkemäisiin vaurioihin. MS-tauti on krooninen, tulehduksellinen ja monioireinen, etenemistavaltaan vaikeasti ennakoiva sairaus. (Ruutiainen & Tienari 2006.) MS-taudin oireet ovat monimuotoisia ja ne määräytyvät keskushermoston tulehduspesäkkeiden sijainnin ja koon mukaan (Tienari 2010). Oireet ovat potilailla yksilöllisiä ja riippuvat vaurioalueen laajuudesta ja sijainnista. Tavallisimpia MS-taudin oireita ovat uupuminen, koordinaatiohäiriöt, lihasheikkous, spastisuus ja parestesia. Monilla potilailla on tuntohäiriöitä ja näköhermotulehduksia, jotka usein ovat MS-taudin ensioireita. Kolmoishermosto on yleistä MS-tauti potilaalla ja muitakin akuutteja kipuoireyhtymiä esiintyy. Lisäksi n. puolet potilaista kärsii kroonisista kivuista. (Ruutiainen 2006.)

MS-tauti jakaantuu kolmeen alatyyppiin. Yleisin taudin muoto on aaltomaisesti etenevä (relapsoiva- remittoiva), sitä esiintyy 80 – 85 %:lla sairastuneista. Aaltomaisessa tautimuodossa esiintyy pahenemisvaiheita, joista toipuminen on tavallisesti aivan täydellistä. Varsinkin sairauden alkuvaiheessa potilas voi olla pahenemisvaiheiden välillä oireeton. Jos pahenemisvaiheet ovat rajuja, voi potilaalle jäädä jäännösoireita ja toimintahäiriöitä, mutta toipumisen jälkeen tila pysyy vakaana. Valtaosalla potilaista aaltomaisesti alkanut tauti muuttuu myöhemmin toissijaisesti eteneväksi (sekundaarisesti progressiivinen), jolloin toimintakyky heikkenee tasaisesti, vaikka pahenemisvaiheita on aiempaa harvemmin. Harvoissa tapauksissa MS-taudin kulku on alusta lähtien etenevä (ensisijaisesti eli primaaristi progressiivinen) tauti. Tällöin tautityyppiin ei kuulu pahenemisvaihetta, vaan taudin oireisto etenee tasaisesti heti alusta lähtien. (Käypä hoito 2011.)

MS-taudin diagnosoinnissa käytetään nykyään McDonaldin kriteerejä. McDonaldin kriteerien mukaan aaltomaisen MS-tauti diagnosoidaan kliinisen oirekuvan (anamneesi ja status), selkäydintutkimuksen ja magneettikuvauksen perus-

teella. (Tienari 2010.) Uusittujen kriteerien mukaisesti magneettikuvauksen löydökset painottuvat entistä enemmän MS-taudin diagnosoinnissa. Jos potilaalla on vasta yksi oire, todetaan hänellä KEO eli ”kliinisesti eriytynyt oireyhtymä”. Silloin potilaalla on suurentunut riski sairastua MS-tautiin ja hänellä on tautiin sopivia muutoksia magneettikuvauksessa ja selkäydinnesteessä. Heille suositellaan seuranta magneettikuvauksilla 3- 6 kuukauden välein vuoden ajan ensimmäisestä kuvauksesta. Mikäli henkilöllä todetaan KEO, MS-diagnosiin voidaan päästä yhdenkin oirejakson jälkeen, jos taudin ajalliset ja paikalliset kriteerit täyttyvät magneettikuvausseurannassa. (Käypä hoito 2011.)

MS-tautiin sairastumiseen vaikuttavat sekä ympäristö – että perintötekijät. Taudin aiheuttajaa ei kuitenkaan täysin tunneta. Tällä hetkellä vallalla olevan käsityksen mukaan perinnöllisesti alttiilla yksilöllä tavalliset virukset ja bakteerit voivat aiheuttaa taudin puhkeamisen. (Ruutiainen 2006.) Suomessa MS-taudin esiintyvyys on arvioitu 100 tapausta sataatuhatta asukasta kohti, mutta suuria alueellisia eroja esiintyy (Tienari 2010). Vuosittain sairastuu Suomessa keskimäärin 4-5 henkilöä sataatuhatta kohti. Naisilla MS-tauti on jonkin verran yleisempää kuin miehillä. Sairaus ilmenee tavallisimmin 20 – 40 vuoden iässä. (Tienari 2010.)

MS-tauti on pitkäaikainen, etenevä sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa. Lääkehoidon, kuntoutuksen ja oikeiden elämäntapojen avulla voidaan vaikuttaa sairauden kulkuun. Lääkehoidon avulla voidaan myös hidastaa MS-taudin kulkua. (Tienari 2010.) Diagnoosin varmistuttua sairauden kulkuun vaikuttava lääkeitys aloitetaan heti. Ensisijaiseksi hoidoksi aaltomaisesti etenevään taudin muotoon suositellaan beetainterferonia tai glatirameeriasetaattia. Jos nämä osoittautuvat tehottomiksi, voidaan lääkkeenä käyttää natalitsumabia. (Käypä hoito 2011.) Toissijaisesti etenevään tautiin muotoon voidaan käyttää beetainterferoni1b:tä, mikäli vielä esiintyy pahenemisvaiheita. Beetainterferonit ja glatirameeriasetaatit vähentävät MS-taudin pahenemisvaiheita ja plakkin määrää ja voivat hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä. (Tienari 2010.) Primaaristi etenevään tautiin lääkehoitoa ei ole. MS-taudin kulkuun vaikuttavat lääkkeet eivät kuitenkaan vaikutukseltaan ole kovin tehokkaita. Ne vähentävät parhaiten tau-

din pahenemisvaiheita ja vähentävät plakkien ilmaantumista, mutta niiden vaikutus toimintakyvyn heikkenemiseen hidastavasti on epävarmaa. Taudin kulkuun vaikuttavat lääkkeet eivät myöskään auta elimistöä korjaamaan jo syntyneitä keskushermostovaurioita. (Käypä hoito 2011.)

Tärkeää MS-taudin hoidossa on myös bakteerien aiheuttamien infektioiden hoitaminen. Hoitamattomina ne voivat laukaista pahenemisvaiheen. Pahenemisvaiheiden hoidossa käytetään metyyliiprednisolonia, jos pahenemisvaihe selvästi heikentää potilaan toimintakykyä. Useisiin yksittäisten oireiden hoitoon voidaan myös käyttää sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä hoitoa. (Tienari 2010.)

Kuntoutus on myös osa MS-taudin kokonaisvaltaista hoitoa. Kuntoutuksessa käytetään muun muassa yksilöllistä fysioterapiaa, erilaisia toimintaterapioita sekä liikuntaa. Ne parantavat potilaan työ- ja toimintakykyä sekä kohentavat elämänlaatua. Myös yksittäisiä oireita voidaan kuntoutuksella lievittää. (Käypä hoito 2011.) Elämäntavoilla ja psyykkisellä terveydellä on myös keskeinen merkitys MS-taudin etenemiseen. Terveellinen ruokavalio ja liikunta edesauttavat potilaan hyvinvointia. Sosiaalinen verkosto ja harrastukset auttavat potilasta sopeutumaan ja edesauttavat psyykkistä terveyttä. (Tienari 2010.) Vielä on kuitenkin paljon asioita, joita ei MS-taudin osalta tunneta. MS-tauti potilaisiin tämä vaikuttaa epävarmuutena ja pelkona, samoin heidän läheisiinsä. Asiantuntevan henkilökunnan tehtävä on tukea potilasta jakamalla hänelle tietoa ja kannustusta. (MacLean 2010.)

3 KROONINEN KIPU

Krooninen kipu voi vaikuttaa moniin eri elämän osa-alueisiin. Kipu voi häiritä työtä, perhe-elämää ja sosiaalista vuorovaikutusta. Se voi johtaa masennukseen ja eristäytymiseen. (Barrie 2011.) Kipu on subjektiivinen ja epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudonvaurioon tai sen uhkaan. Neuropaattisessa kivussa syynä on vaurio itse hermoradassa. Kivun kokemiseen vaikuttavat myös psykososiaaliset tekijät, kuten mieliala, odotukset, pelot, aiemmat kokemukset ja opitut käyttäytymismallit. Kivun kestänyt yli 3 kuukautta tai ylitettyä kudonvaurion normaalin paranemisajan, se on muuttunut krooniseksi. Akuutin kivun hyvä hoito voi estää kivun kroonistumisen. (Haanpää 2010.)

3.1 Kroonisen kivun tyypit

Kroonisen kivun tyyppejä ovat nosiseptiivinen kipu, neuropaattinen kipu ja idiopaattinen kipu. Nosiseptiivinen kipu on kudonvauriosta johtuvaa kipua, jonka syy on hermoston ulkopuolella. Muun muassa iskeeminen kipu ja tukielinten kulumakivut ovat nosiseptiivisiä. Nosiseptiiviseen kipuun voi liittyä myös vastaavan ihoalueen tuntoherkistymistä sekä varsinkin raajoissa lämpötila- ja värimuutoksia. (Haanpää 2010.) Kun puhutaan viskeraalisesta eli sisäelinkivusta, tarkoitetaan yleensä nosiseptiivistä kipua. Viskeraalinen kipu, sekä akuutti tai krooninen, eroaa luonteeltaan somaattisesta kivusta monin tavoin. Viskeraalinen kipu on vaikeasti paikannettavissa, se tuntuu laajemmalla alueella, kuin se elin, josta se on lähtöisin, kaukokipu on yleistä ja kipuun kuuluu autonomisia oireita. (Vainio 2009, 156.)

Krooninen neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu aiheutuu vaurion, joka on kipua välittävissä hermojärjestelmässä. Vaurio voi olla perifeerinen tai sentraalinen. Perifeerinen hermovaurio on kyseessä diabeettisessa neuropatiassa tai ääreishermovammojen jälkitiloissa. Sentraalinen hermovaurio on kyseessä aivovesäryssä, MS-taudin aiheuttamissa neuropaattisissa kivuissa tai aivoverenkier-

tohäiriöiden jälkeisissä kivuissa. (Haanpää 2010.) Neuropaattisessa kivussa tyypillistä on epänormaalit tuntemukset, kuten pistely, polttava tunne tai puutu-neisuus kipualueella sekä kliinisesti todettavat tuntohäiriöt (Vainio 2009, 157).

Jos kroonisen kivun aiheuttajaksi ei ole voinut todeta kudosis- tai hermovauriota, luokitellaan kipu idiopaattiseksi. Muun muassa fibromyalgia perustuu muiden sairauksien poissulkuun ja kliiniseen statukseen. (Haanpää 2010.) Kroonises-sa kipuoireyhtymässä vaikeaa ja kärsimystä aiheuttavaa kipua ei selitä somaati-nen kudosis- tai hermovaurio, vaan pääasiallisia syytekijöitä ovat tunne-elämän-tai psykososiaaliset ongelmat (Haanpää 2010).

3.2 Krooninen kipu MS-taudissa

MS-tautia luultiin pitkään kivuttomaksi. Nykyisin kipu kuitenkin tunnistetaan yh-deksi MS-taudin oireeksi. Se ei ole hallitseva tekijä MS-taudissa, mutta kuiten-kin kipua esiintyy merkittäväällä osalla potilaita. Kivun yleisyys on sama kuin valtaväestössä, mutta kohtalaista ja voimakasta kipua esiintyy jonkin verran enemmän. Mahdollisesti kipu on edelleen alidiagnostoitua ja alihoidettua. (Hie-taharju 2005.)

Luonteeltaan MS-taudin kipu voi olla neuropaattista, nosiseptiivistä tai seka-muotoista kiputyypin yhdistelmää. Yleisin MS-taudin kipuoireyryhmä on kroo-ninen kipu. Jatkuvaa kroonista kipua on todettu esiintyvän n. 40 % potilaista. Kipuoireiden tunnistaminen on tärkeää, jotta oikea hoitovaihtoehto löydetään. Hoitamattomana kipu heikentää huomattavasti MS-potilaan elämänlaatua. (Hie-taharju 2005.) On myös tärkeää tunnistaa muita ongelmia, joita kroonisesta ki-vusta kärsivällä potilaalla voi olla ja joiden huomioon ottaminen on osa koko-naisvaltaista MS-potilaan hoitoa; potilaan ennakkoluulot, kivun voimakkuus ja sen vaikutus elämän laatuun, tunne-elämän ongelmat, potilaan motivaatio hoi-toon tai sosiaalisen tuen hyväksyminen (Barrie 2011). Tärkeää MS-taudin kivun hoidossa on myös itsehoito. Aktiivisuus elämässä ja myönteinen asenne autta-vat potilasta kivusta huolimatta kohentamaan elämänlaatua. (MS-liitto 2011.)

Yleisin MS-potilaan krooninen kipuoireyhtymä on alaraajoihin painottuva dysesteettinen neuropaattinen kipu. Se on myös vaikeahoitoisin MS-potilaan kipuoireyhtymistä. Sitä esiintyy n. joka kolmannella MS-tautiin sairastuneista. Dysestesiassa oireina ovat pahimmillaan öisin ilmenevät polttavat ja sykkivät tunteukset ja säryt. Lääkehoitona tähän kipuun käytetään eniten trisyklisiä mielialalääkkeitä. Osaa potilaista voivat auttaa neuromodulatoriset epilepsialääkkeet, mutta tutkimukseen perustuvaa näyttöä lääkkeiden tehosta MS-potilailla ei ole. (Hietaharju 2005.)

Arviolta viidesosalla MS-potilaista esiintyy nosiseptiivistä tuki- ja liikuntaelinperäistä kipua. Sen yleisin ilmenemismuoto on alaselkäkipu, joka voi säteillä lonkkiin tai reisiin. Huono istuma-asento, pitkäkestoinen liikkumattomuus tai vuodelepo voi laukaista selkäkipun ja onkin tärkeää pyrkiä erottamaan tuki- ja liikuntaelinperäinen selkäkipu neuropaattisesta kivusta. Eri kivun muodot voivat esiintyä samanaikaisesti, joten erottaminen voi olla hankalaa. Nosiseptiivisen kivun hoitoon voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä ja fysioterapiaa. Trisyklisiä mielialalääkkeitä tai epilepsialääkkeitä kannattaa kokeilla krooniseen radikulopatiaan. Vaikea-asteisen kroonisen selkäkipun hoitoon voidaan harkita myös vahvoja opioideja. (Hietaharju 2005.)

Erytisesti vaikeavammaisilla MS-potilailla esiintyy lihaskramppeina tai ankarana lihaskipuna ilmeneviä kroonisia alaraajakramppeja. Ne ilmaantuvat tyypillisesti sairauden pahenemisvaiheessa ja ovat pahimmillaan öisin, jolloin ne myös häjöttävät yöunta ja lisäävät näin päiväaikaista väsymistä ja uupumisoireita. Ensimmäinen hoito on fysioterapia, mutta jollei tämä auta, joudutaan turvautumaan lääkehoitoon. Yleisimpiä käytettyjä lääkevalmisteita spastisuuden hoidossa ovat baklofeeni, tizanidiini, klonatsepaami ja diazepam. Niiden teho on kuitenkin rajallinen. Pitkäaikaisessa käytössä näiden lääkkeiden sivuvaikutuksena tuleva uneliaisuus voi muodostua käytön esteeksi. Vaikeaa spastisuutta on menestyksellisesti hoidettu baklofeenilla, joka on annettu intratekaalisesti. Lääkeaine annostellaan ihon alle asennetun lääkepumpun tai – säiliön avulla suoraan selkäydinkanavan likvortilaan ohuella katetrilla. Näin lääkkeen systeemiset sivuvaikutukset jäävät pois tai hyvin vähäisiksi. (Hietaharju 2005.) Kannabiksen

käyttöä on viime vuosina tutkittu myös MS-potilaiden kivunlievityksessä. Kroonisen kivun hoidossa valikoiduissa potilasryhmissä kannabinoidit toimivat sentraalisessa ja perifeerisessä neuropaattisessa kivussa sekä spastiteetissa eduksi muun kipulääkityksen lisänä. Kannabiksen käyttöä kipulääkkeenä rajoittavat kuitenkin lyhyenkin käytön jälkeen ilmenevät sivuvaikutukset sekä käytön vasta-aiheena oleva päihderiippuvuus. (Heiskanen 2009, 19.)

Muita kroonisia MS-tautiin liittyviä kroonisia kipuja ovat viskeraaliset kivut sekä silmäkiput. Viskeraalisten kipujen tyypillisiä ilmenemismuotoja ovat vatsakivut, -krampit ja turvotuksen tunne. Silmäkipuja esiintyy n. 20 %:lla MS-potilaista, mutta vain osa liittyy optikusneuriittiin. (Hietaharju 2005.)

4 KROONISEN KIPUPOTILAAN JA HOITAJAN KOHTAAMINEN

4.1 Vuorovaikutus

Kipupotilaan hoidossa sairaanhoitaja tarvitsee hyviä vuorovaikutustaitoja. Kaikki potilas- hoitajasuhteet perustuvat vuorovaikutukseen. Onnistunut vuorovaikutus lisää hoidon onnistumista, potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Valjakka 2007, 50.)

Hyvä vuorovaikutus perustuu hoitajan kiinnostuneeseen, arvostavaan ja vastaanottavaan asennoitumiseen potilasta ja hänen asioitaan kohtaan. Tämä vaatii hoitajalta vankkaa ammattitaitoa ja ammatti- identiteettiä, persoonalähtöistä kykyä ymmärtää toista ihmistä sekä kykyä sietää epävarmuutta ja epätäydellisyyttä. Hoitajan tulee myös tunnistaa omaan ammattitaitoon ja potilaan hoitoon liittyviä rajoja. (Valjakka 2007, 51.)

Tasavertaisuus on tärkeää hyvässä vuorovaikutuksessa. Hoitajan on huolehdittava, että hänen asiantuntemuksensa sairaudesta ja hoitomuodoista on riittävä. Potilas on paras asiantuntija kertomaan kivuistaan. Hän tietää sairautensa ja kipunsa aiheuttamat vaikeudet, sekä olosuhteiden ja hoitojen vaikutukset kipuun. (Granström 2010, 101- 102.) Potilaat kokevat, ettei heidän kipuaan aina oteta todesta. Tähän vaikuttaa se, ettei kivulle löydy selkeää syytä tai potilas ei näytä kivuliaalta. (Eloranta 2002, 50.)

Vuorovaikutustaitoja voi kehittää opiskelemalla ja oppimalla. Vuorovaikutustaidot eivät koskaan ole täydelliset. Niitä opitaan kohtaamalla ihmisiä ja oppimalla onnistumisista ja epäonnistumisista. Hoitaja tarvitsee kykyä tavoitteelliseen vuorovaikutukseen, siinä hoitaja tulkitsee ei- sanallista viestintää. On osattava olla läsnä ja eläytyä tilanteeseen tulkitakseen potilaan viestit. (Mäkisalo- Ropponen 2011, 167- 168.)

4.2 Vuorovaikutteinen ja voimavaraistava ohjaus

Hyvä ohjaussuhde koostuu sanattomasta ja sanallisesta viestinnästä sekä vuorovaikutuksesta. Siinä tunnustellaan hoitajan ja potilaan taustaa sekä omia taustatekijöitä. Jotta vuorovaikutus olisi toimivaa, tarvitaan siihen molempien osapuolten läsnäoloa, odottamista, vastaanottamista, ilmaisun tulkintaa sekä tulkinnan tarkastelua. Hyvässä vuorovaikutuksessa hoitaja ja potilas ovat aidosti läsnä, pystyvät jättämään muut asiat mielestään ja keskittyvät vain käsiteltäviin asioihin. Tätä voi ilmaista esim. hymyilemällä, äännähdyksillä ja katsekontaktilla viestien toiselle että kuuntelee. (Kyngäs & Hentinen 2008, 97- 98.)

Vuorovaikutuksessa hoitajan tulee ottaa potilas mukaan suhteen rakentamiseen ja antaa tilaa myös potilaan näkemyksille. Potilas saattaa olla aktiivinen osallistuja, toiset taas ovat passiivisia ja heitä on ohjattava sekä kannustettava osallistumaan vuorovaikutukseen. Hoitajan ilmeet ja eleet kannustavat osallistumaan, joskus hiljaisuus on aktivoivaa ja kannustavaa. Tehtyyn aloitteeseen tulee vastata, jotta vuorovaikutus jatkuu. Reagoimalla sanoihin ja kommentteihin osoitetaan toiselle, että asia on merkityksellinen ja vuorovaikutusta halutaan jatkaa. Erityistä herkkyyttä hoitajalta vaaditaan kun kyseessä on tunnepitoisia asioita tai potilas on huonosti sitoutunut hoitoonsa. Silloin potilas ei ehkä kerro asiaa oikeilla sanoilla vaan käyttää kiertoilmaisuja. (Kyngäs & Hentinen 2008, 98.)

Jotta vuorovaikutus toimisi, on molempien ymmärrettävä toisiaan. Hoitajan tulee puhua potilaslähtöisesti ja välttää ammattitermejä. Hoitaja voi tehdä tarkentavia kysymyksiä ymmärtääkseen potilasta ja sitä kautta välttääkseen tekemästä väärää tulkintoja. Sanattoman viestinnän tulee tukea sanallista viestintää, olemus kertoo siitä miten toinen suhtautuu vuorovaikutuksessa toiseen. Esim. kellon katsominen viestittää kiireestä ja siitä ettei ole aidosti läsnä. Hoitajalla on ammatillinen vastuu toimivasta vuorovaikutussuhteesta, hänen on rohkaistava potilasta aktiiviseen vuorovaikutukseen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 99.)

Hoitajan on tunnettava ne olosuhteet jossa potilas elää ja arkipäivän haasteet, jotta hän voi edistää potilaan sitoutumista hoitoon. Tämä edellyttää tavoitteellista ja aktiivista toimintaa hoitajalta sekä potilaalta. Hoidolle ja sen vaikuttavuudel-

le tulee asettaa tavoitteet. Toimivassa vuorovaikutus- ja ohjaussuhteessa potilas saa riittävästi tietoa ja tuntee, että häntä arvostetaan. Hoitajalla on ammatillinen vastuu antaa potilaalle tietoa ja ohjausta sekä tukea. Näin potilas ei passiivoidu vaan on aktiivinen omassa hoidossaan ja ymmärtää hoidon ja oman osallistumisensa merkityksen hoitoon. (Kyngäs & Hentinen 2008, 100.)

4.3 Asenteet

Asenteilla on suuri merkitys kivunhoitotyössä. Hoitajan asenteet vaikuttavat mm. potilaan kohtaamiseen, tiedon hakuun ja hoitomenetelmien valintaan. Potilaan asenteilla on merkitystä siihen, miten hän kokee ja ilmaisee kivun sekä kuntoutuu. Asennoitumiseen liittyy myös empaattisuus, se on kiinnostunutta ja tutkivaa suhtautumista potilaaseen sekä potilaan tukemista. (Valjakka 2007, 50-51.)

”Valitettavan usein niin ihmisten kuin organisaationkin asenteet ovat hyvän kivunhoidon esteenä. Kaikki potilaat eivät saa hoitosuositusten mukaista kivunhoitoa, potilaiden kipua ei tunnisteta, sitä ei hoideta tehokkaasti, määrätyt lääkkeet eivät ole suositusten mukaisia, eikä hoidon onnistumista seurata systemaattisesti. Uusien hyvien hoitokäytänteiden vieminen käytäntöön vie välinpitämättömän, asenneilmapiirin vuoksi yllättävän paljon aikaa” (Salanterä 2012, 43.)

4.4 Kivun liitännäisvaikutusten tiedostaminen

Kipuun liittyy usein oheisongelmia mm. ahdistuneisuutta, masennusta, eristäytyneisyyttä, passivoitumista sekä työkyvyn ja toimeentulon ongelmia. Näitä ongelmia tulisi tunnistaa ja tiedostaa, jotta niitä voitaisiin hoitaa ja lisätä potilaan toimintakykyä. (Soinila, Kaste & Somer 2009, 249.) Krooninen kipu vaikuttaa monin tavoin potilaan elämään ja sosiaalisiin suhteisiin. Sosiaalinen elämä rajoittuu, perhe- ja ystävyysuhteissa tapahtuu muutoksia, kipu rajoittaa harrastuksia ja vaikuttaa jokapäiväisiin toimiin. (Eloranta 2002, 35–38.)

4.5 Kroonisen kivun hallinta ja kivun hyväksyminen

Kivun hallinta korostuu kroonisesta kivusta kärsivän potilaan hoitotyössä. Siihen sisältyy kivun hoito, potilaan voimavarat ja käsitys tulevaisuudesta. Joskus on myös hyväksyttävä, ettei kipu häviä kokonaan koskaan vaan on osana elämää. Kivun kesto vaikuttaa kivun kokemiseen ja siihen miten se vaikuttaa elämään. Pitkään jatkunut kipu muuttaa elämänasennetta ja vaikuttaa minäkuvaan. (Elo-ranta 2002, 34- 35, 45- 48)

Kroonisen kivun hyväksymisprosessi voidaan jakaa kuuteen eri osaan. Valmistavia vaiheita ovat kaksi ensimmäistä, psykoterapia vaiheita ovat kolmannelta viidenteen vaiheeseen ja ylläpitovaihe on viimeinen vaihe. (La Chapelle, Lavoie & Boudreau 2008.)

Ensimmäisessä vaiheessa haetaan parannusta kipuun, toivotaan kivun häviävän hoidon avulla ja elämänlaadun palaavan tasolle joka oli ennen kipua. Toisessa vaiheessa saadaan kivulle nimi, tämä on ns. diagnoosivaihe. Silloin ymmärretään mistä kipu aiheutuu ja yritetään hakea mahdollisimman hyvää hoitoa siihen. Kolmannessa vaiheessa ihminen hyväksyy, ettei kipua voi kokonaan parantaa. Kipupotilas on saattanut ennen tätä vaihetta kokeilla erilaisia vaihtoehtoisia hoitoja, etsinyt kaikkia mahdollisia hoitokeinoja. Hoidot ovat tuottaneet pettymyksiä ja potilas hyväksyy realiteetit kivun hoidossa. Tästä voidaan katsoa, että hyväksymisprosessi alkaa. Kipupotilas vertaa omaa tilannettaan muihin ja huomaa, että asiat voisivat olla huonomminkin. Kivun kanssa oppii elämään ja herää toivo paremmasta. Potilas on oppinut, että voi hallita kiputunteustaan sekä halutessaan muokata ja muuttaa sitä. Potilas hyväksyy, ettei paluuta entiseen ole ja määrittelee ne hyvät asiat mitä voi kivun sallimissa rajoissa vielä tehdä. Tämä on hyväksymisprosessin viides vaihe. Tällöin potilas punnitsee ja pohtii asioita joissa on tapahtunut muutos kivun myötä, esim. rajoitukset toimintakyvyssä, identiteetin muutokset, muuttuneet sosiaaliset suhteet, työttömyys, toimeentulo, tulevaisuuden suunnitelmat ja toiveet. Kuudennessa vaiheessa hyväksyminen tapahtuu eri tasoilla jatkuvasti, on ns. päivittäinen ylläpitovaihe. (La Chapelle ym. 2008.)

Kivun kanssa on helpompi elää ja sitä voi hallita paremmin, kun tiedostaa tämän prosessin. Jatkuva kipu kuormittaa ihmisen voimavaroja monella eri tasolla. Tutkimuksen mukaan kivun hyväksymistä edesauttaa tiedon saanti ja sen mukanaan tuoma omatoimisuus. Sosiaalista tukea kaivataan perheeltä, ystävil­lä ja vertaisryhmistä sekä terveydenhoitohenkilökunnalta. Vihan ja pettymyksen tunteisiin kaivataan tukea ammatti- ihmisiltä, emotionaalista tukea kaivataan enemmän läheisiltä. (La Chapelle ym. 2008.)

5 KROONISEN KIPUPOTILAAN HOITOTYÖ

Kivun hoidon edellytys on hyvä jatkuva hoitosuhde. Moni ammatillisen työryhmän panos on tärkeää, usein kipupotilaan hoitoa suunniteltaessa tarvitaan lääkäreiden, sairaanhoitajien, sosiaalityöntekijöiden, fysioterapeuttien ja psykologien työpanosta. Kipupotilaan tiedonsaanti on tärkeää, niin lääkkeellisistä kuin lääkkeettömistä vaihtoehdoista. Kivunhallinta menetelmät ja vaihtoehdot korostuvat ja potilasta rohkaistaan etsimään itselleen sopivin ja mieluisin keino kivunhallinnassa. Monet kroonisesta kivusta kärsivät depressiosta, joten sen hoito on myös otettava huomioon hoidon suunnittelussa. (Pekkala 2008, 2) Vaikean kroonisen kivun hoidossa on hyvä näyttö moniammatillisen kipupoliklinikan vaikuttavuudesta. (Haanpää ym, 2008)

Jokaisen ihmisen kokema kipu on yksilöllinen, siihen vaikuttaa myös osaksi kulttuuri ja sukupuoli. Kivun kroonistuessa ihminen sopeutuu elämään kivun kanssa, vaikka se vaikuttaa koko ajan ja laskee usein toimintakykyä. (Kallio 2006.) Kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämänlaadun paraneminen ovat kivun hoidon tavoitteina (Haanpää ym, 2008). Hoidettaessa kroonista kipua, pyritään vaikuttamaan yksilöön. Pyritään poistamaan kipua, määrittelemään oireita ja taudinkuvaa sekä löytämään sopiva lääkitys ja tarjoamaan fysio- ja toimintaterapiaa. Yksilön aktiivista roolia korostetaan nykyään kivunhoidossa ja kuntoutumisessa. Ihmisen kyky löytää voimavaroja ja hallita kiputiloja on olennaista. (Raitakari & Salo, 2012.)

Ms-taudin ensi oire voi olla kipu, joten akuuttien ja kroonisten kipuoireyhtymien tunnistaminen osana ms-taudin monimuotoisuutta on tärkeää. Potilaiden elämänlaatu heikentyy hoitamattomasta kivusta, mutta tällä hetkellä huomattavaan osaan kipuongelmista on tarjolla useita ratkaisuvaihtoehtoja. (Hietaharju 2005.)

5.1 Lääkkeellinen hoito

Lääkehoidossa keskitytään hoitamaan kipua oireiden mukaisesti. Sopivan kipulääkityksen löytäminen on ensisijaisen tärkeää, jota etsitään lääkärin kanssa. Kipulääkkeiden valinnassa ei välttämättä saada yhdellä lääkkeellä riittävää vastinetta ja näin ollen usein joudutaan käyttämään lääkkeiden erilaisia yhdistelmiä. Nämä liittyvät kivun aiheuttamaan kudonvaurioon tai hermokipusärkyyn, kipulääkkeen löytäminen on haasteellista monimuotoisuutensa vuoksi. (Pekkala 2008, 3.)

Kroonisen kivun tyyppiä ovat neuropaattinen kipu, nosiseptiivinen kipu, idiopaattinen kipu sekä krooninen kipuoireyhtymä. Krooninen kipu on idiopaattista silloin, kun sen aiheuttajana ei ole hermo – tai kudonperäistä vauriota tai kroonisen kipuoireyhtymän kriteerit eivät täyty. Idiopaattiseen kipuun lääkehoidon teho on melkein olematonta ja lääkkeiden sieto huonoa. Matala-annoksisilla trisyklisillä masennuslääkkeillä teho on paras. Idiopaattiseen kipuun vaikuttavat parhaiten lääkkeettömät hoitomuodot. Kroonisen kipuoireyhtymän oireena kipu on vaikeaa ja kärsimystä tuottavaa, jota ei selitä mikään fysiologinen prosessi tai ruumiillinen häiriö. Pääasiallisiksi aiheuttajiksi kipu-oireeseen on päätelty tunne-elämän ristiriitoja tai psykososiaalisia ongelmia. Kroonisessa kipuoireyhtymässä ei lääkehoidolla ole keskeistä merkitystä, trisyklisiä lääkkeitä tai SNRI-läkkeitä voidaan kuitenkin kokeilla. Kipuoireyhtymässä hoidon perustana on hyvä potilas-lääkärisuhde. (Haanpää 2010.)

5.1.1 Neuropaattisen kivun lääkkeellinen hoito

Neuropaattista kipua on pidetty vaikeahoitoisena, mutta lääkevalikoiman paraneminen ja diagnostisen viiveiden lyhentäminen ovat parantaneet hoitotuloksia. Neuropaattisen paras dokumentoitu hoitomuoto on lääkehoito. Koska neuropaattisessa kivussa on useita patofysiologisia mekanismeja, yksittäinen lääke ei välttämättä riitä, vaan yhdistelemällä eri mekanismein vaikuttavia lääkkeitä saadaan paras hoitotulos. (Haanpää 2007.)

Lääkehoidolla päästään harvoin neuropaattisessa kivussa oireettomuuteen. Hyvänä hoitovasteena voidaan pitää kivun lievittymistä puoleen ja kivun lievittyminen kolmasosaan on tyydyttävä hoitovaste. Hoitokokeilussa on varauduttava usean lääkkeen testaamiseen ja seurantakäynneillä on seurattava lääkehoidon vastetta. (Haanpää 2007.)

Ensi sijassa neuropaattiseen kipuun käytetään trisyklisiä masennuslääkkeitä, pregabaliinia, gabapentiinia, serotoniinia ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiä duloksetiinia ja venlafaksiinia sekä tramadolia. Hyvä tutkimusnäyttö on myös lamotrigiinista, vahvoista opioideista ja iholle paikallisesti käytettävästä lidokaiinista. Vaikeimmissa neuropaattisissa kiputiloissa voidaan käyttää selkäytimen takajuosteen stimulaatiota. (Haanpää ym, 2008.)

Periaate neuropaattisessa lääkehoidossa on valita lääke, joka on vaikutusmekanismiltaan kiputilanteen kannalta tarkoituksenmukainen ja jonka tehosta on näyttöä sekä on todennäköisesti hyvin siedetty. Kokeillaan yksi lääke kerrallaan, seuraten samalla hoitovastetta sekä mahdollisia haittoja. Arvioidaan systemaattisesti sekä kipua että kivunlievitystä ja vastetta kuhunkin kivun osakomponenttiin ja mahdollisiin oheisoireisiin. (Haanpää 2007.) Lääkitys on yleensä pitkäkestoisista. Lääkehoidon vaste neuropaattisessa kivussa jää usein riittämättömäksi, jos lääkkeen haittavaikutukset estävät annoksen nostamisen terapeuttiselle tasolle. (Hagelberg, 2006, 44.) Potilaalle on tärkeää selittää, ettei kroonisella neuropaattisella kivulla ole varoitustehtävää. Kun potilas pystyy tunnistamaan pahentavien tekijöiden oireet, mahdollistaa se niiden välttämisen. Kivusta huolimatta potilasta rohkaistaan aktiivisuuteen. Vaikeimmat ja haasteellisemmat tapaukset ohjataan kipupoliklinikalle. (Haanpää, ym. 2008)

5.1.2 Nosiseptiivisen kivun lääkkeellinen hoito

Nosiseptiivisiä eli kudonvaurio kipuja ovat iskeeminen kipu, muskuloskeletaalinen kipu, tulehduskipu sekä tukielinten kulumakivut. Kivun kroonistumisen estää kuratiivinen hoito. (Haanpää 2010.) Nosiseptiiviseen kipuun liittyy tyypillises-

ti myös ihon värin ja lämpötilan muutokset ja kylmämisoireet. Perustaudin hoito on kudosauriokivussa yleensä kivun tärkeintä hoitoa. (Korvenoja 2003.)

Lääkehoitona nosiseptiivisessä kivussa käytetään tulehduskipulääkkeitä sekä heikkoja opioideja. Vahvoja opioideja käytetään vain tilanteissa, joissa muut mahdollisuudet on jo käyty läpi, poikkeus kuitenkin, jos diagnoosi on selvä tai opioidin käyttö lyhytaikaista. Opioidien käytön edellytyksenä on myös, ettei potilaalla ole taipumusta lääkkeiden väärin käyttöön sekä kivun selvä lievittyminen ja toimintakyvyn paraneminen. Potilaalla ei myöskään saa olla hoitamattomia ahdistuneisuutta tai masennusta. Opioidit aloitetaan nosiseptiiviseen kipuun vähitellen ja ne pitäisi ottaa säännöllisesti, ei tarpeen mukaan. Opioidin ohessa aloitetaan myös lääke ummetukseen, sillä ummetus on tavallinen vaiva opioideja käyttävillä potilailla. Opioideilla hoidetaan vain kipuja. Potilaan informointi on tärkeää ja hän saa nostaa annosta vain tarkoin määritellyissä rajoissa. (Haanpää 2010.)

5.2 Lääkkeetön hoito

Liikunta on tärkeä osa kivunhoidossa, se rentouttaa ja auttaa kivun hallinnassa. Fysioterapeutit antavat liikuntaneuvontaa ja ohjeistusta oikeanlaisesta liikunnasta (Pekkala 2008). Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan parhaimman tuloksen (35 %) sai neljästä ryhmään jaetuista henkilöistä, jotka saivat ohjauksen puhelimitse/ puhelinterapia ja lisääntyvästä liikunnasta, joka sisälsi ohjauksen. Muut ryhmiiin kuuluvat olivat: pelkkä liikunnan lisääntyminen asteittain joka sisälsi ohjauksen ja toinen ryhmä sai puhelin terapiaa (kognitiivista käyttäytymisterapiaa) ja kolmas ryhmä oli pelkästään lääkkeellinen hoito. Tutkimukseen osallistui 442 henkilöä, jotka kärsivät kroonisesta kivusta. (Arch Intern Med. 2012.)

Fysioterapian kautta saadaan monia erilaisia vaihtoehtoja kroonisen kivun hoidossa. Eniten tutkittua tietoa ja luotettavin menetelmä on sähköhoito ts. TNS-hoidot, lisäksi akupunktio menetelmät, yksin ja yhdistettynä TNS-hoidon kanssa

ovat käytetyimpiä kroonisen kivun hoidossa. TNS-hoidossa sähkö ohjataan suoraan kipualueelle ja akupunktioon yhdistettynä voidaan sähkö ohjata neulan kautta kipupisteelle. Fysioterapeutti myös antaa liikunnan ja venyttelyn ohjausta sekä hierontaa. (Kallio 2006.)

Fysikaalisiin kivun hoitoihin kuuluvat lämpöhoito, termoterapia, kylmähoito, sähköhoito sekä mekaaniset hoidot. Lämpöhoitoa ja termohoitoa ovat pinalämpöhoito, johon kuuluu esim. parafiini ja savivoito sekä syvälämpöhoito ja ultraääni, joita kumpaakin käytetään esim. nivel- ja lihasvaivoissa. Pinalämpöhoidossa verenkierto vilkastuu, pehmytosien jäykkyys alenee sekä lihasjännitys laukeaa. (Kotovainio & Mäenpää 2013.)

Kylmähoitoa käytetään muun muassa muiden terapioiden yhteydessä tai esimerkiksi selän kroonisessa kivussa. Mekaanisista hoidoista hierontaa, lymfaterapiaa, vetohoitoja, manipulaatiohoitoja ja laserhoitoja käytetään kivunhoitoon. Fysikaalisia hoitomuotoja voidaan käyttää kivunhoitoon vain silloin kun kivun syy on selvitetty. (Kotovainio 2013.) Saksassa tehdyn tutkimuksen mukaan kuitenkin akupunktio on huomattavasti tehokkaampi hoitomuoto kuin hieronta. Akupunktuurin vaikutus kestää vain lyhyen ajan, joten sitä olisi otettava muutama kuukauden välein jaksoina, jotta paras mahdollinen hyöty saavutettaisiin. (Sumanen 2001.)

Rentoutumisharjoitukset antavat mahdollisuuden potilaalle parantaa kivunhallintaa. Rentoutumistapoja on monenlaisia, muun muassa lihasrentoutusta ja ohjattua mielikuvarentoutumista. Yhteisöllinen rentoutumisohjelma vähentää kipua sekä parantaa unen laatua. (Ryan 2004.)

Kognitiivisesta psykoterapiasta saadaan apua kipuun liittyvästä pelosta ja ahdistuksesta, jonka kautta se vähentää kivun kokemusta (Pekkala 2008). Kroonisen kivun hoitoon on käytetty menestyksellä kognitiivista käyttäytymisterapiaa. Myös kehontuntemusharjoitukset, jotka perustuvat kehontuntemusterapiaan antavat mahdollisuuden pysähtymiseen ja rauhoittumiseen. Eri hoitomuotoja yhdistämällä on hoidon vaikuttavuus usein parempi. (Kukkurainen & Knaappila, 2007.)

Hyväksymis-omistautumisterapia on yksi kognitiivisen käyttäytymisterapian

muoto, joka pohjautuu funktionaaliseen käyttäytymisanalyysiin. Ongelmaksi saattavat muodostua pitkäaikaisten terveysongelmien yhteydessä yritykset hallita tunteita ja ajatuksia. Vastustamisen sijaan lähestymistavaksi valitaan tilanteen hyväksyminen ja pyritään toteuttamaan elämässään itselle arvokkaita asioita ja tavoitteita kivusta huolimatta. Terapiassa käytetään erilaisia tietoisuus-harjoituksia, joiden avulla havainnoidaan muun muassa mitä ajatuksia, tunteita tai fyysisiä tuntemuksia tilanteessa esiintyy: Kivusta havainnoidaan kipua, eikä tuntemuksesta yritetä päästä eroon. Kehontuntemusterapiassa keskitytään liikumisen perustoimintoihin ja käytetään myös tietoisuus-harjoituksia. Harjoitusten tarkoituksena on ohjata kehoa taloudellisempaan käyttöön. Itsetuntemusta vahvistavia harjoituksia käydään läpi ja kartoitetaan omia rajoja ja niiden joustavuutta ja harjoitellaan jämmäkyttä. (Kukkurainen 2007)

Krooninen kipupotilas tarvitsee myös aktiivista kipukuntoutusta. Se vähentää kipupotilaiden vastaanottokäyntien määrää ja tukee toimintakykyä. Potilaan sitoutuminen ja aktiivinen hoito- ja kuntoutumistoimien toteutus ovat edellytyksenä kuntoutumiselle. Kipurymätoiminta ja moniammatillinen kipukuntoutus voidaan järjestää perusterveydenhuollossa. Kipurymässä kroonisesta kivusta kärsivä saa vertaistukea ja vähentää yksinäisyyttä. Itsetuntemus ja luottamus arkiselviytymiseen lisääntyvät vertaistuellla. Kivunhallintaryhmän pitää olla mahdollisimman heterogeeninen kivun syyn, potilaiden sukupuolen, iän, elämäkokemuksen ja kivunhallinnan vaiheen mukaan ja sitä pitäisi ohjata esimerkiksi koulutuksen saanut kipuhoitaja. (Kuusisto 2010.)

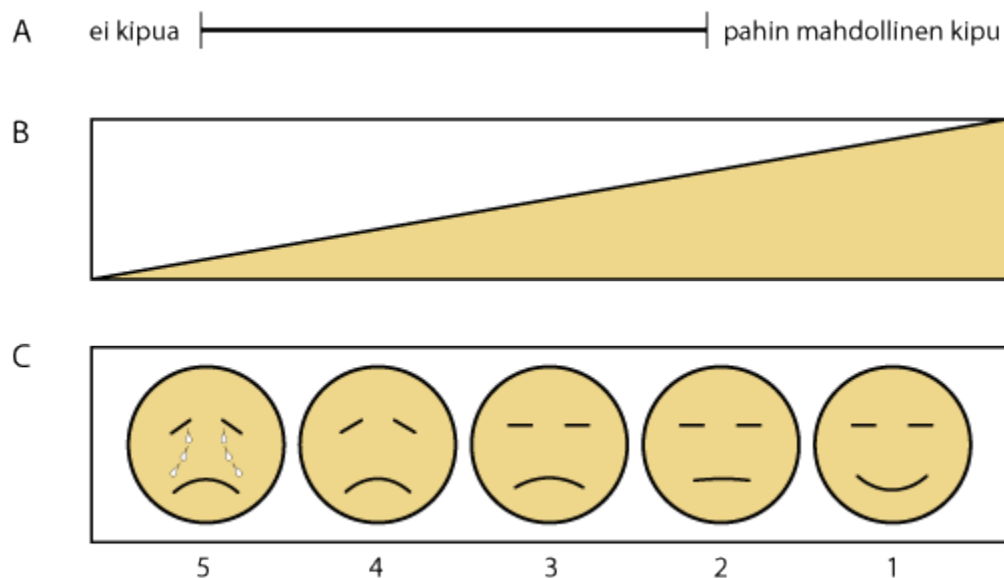
Moniammatillisessa kuntoutuksessa potilaalla on oman kipunsa hallinnassa aktiivinen osuus. Kipua tarkastellaan toimintakykyongelmana. Kipukuntoutus muun muassa parantaa fyysistä toimintakykyä, vähentää lääkkeiden käyttöä ja terveystalvelujen suurkulutusta ja parantaa kykyä suoriutua arkitoiminnoista. Moniammatillinen kipukuntoutus voidaan järjestää avoterveydenhuollossa tai laituskuntoutuksena. (Kuusisto 2010.)

Kroonisen kivun kanssa elävistä potilaista monet ovat löytäneet keinoja selvitä kivun kanssa. Selviytymisessä tärkeää on saada kivusta tietoa, ymmärtää kipua ja saada tukea. Pitkään jatkuneessa, asianmukaisessa kivunhoidossa hoide-

taan monipuolisesti sekä psyykkistä jaksamista ja kokemista että kipua aiheuttavaa sairautta tai tilaa. (Vuorimaa 2007.)

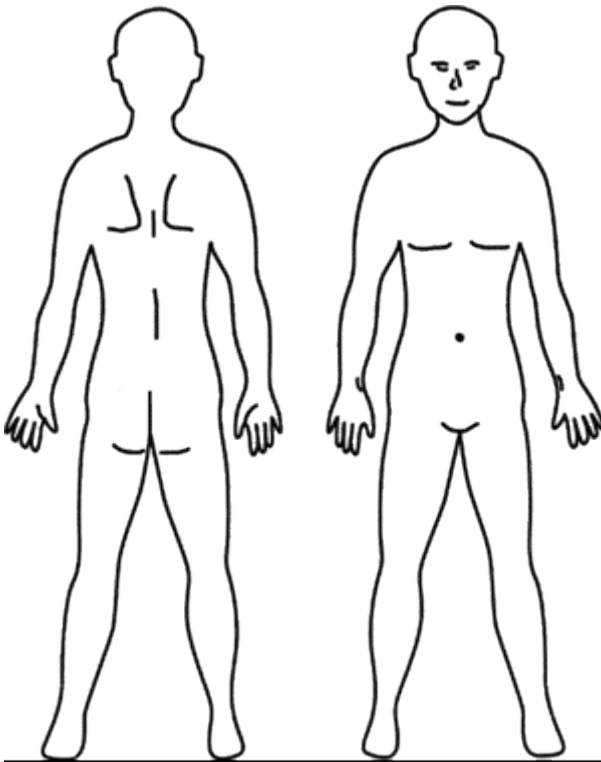
5.3 Kipumittarit

Kipua mitataan erilaisin kipumittarein ja kipupisteiden piirtämisen avulla, joista kipujan käyttö on yleisin käytössä oleva (kuva 1.). Lisäksi kipua mitataan toimintakykyä testaavilla menetelmillä ja haastattelemalla, vastaanottotilanteissa seuraamalla kipupotilaan toimintaa. (Kallio 2006.) Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan tutkimuksen mukaan kivun mittaaminen kasvoasteikolla onnistui parhaiten mutta kaikki tutkimuksessa käytetyt kipumittarit toimivat hyvin ja korreloivat toisiaan. Kivun mittaaminen mittaus päivien kuluessa onnistui paremmin ja virheelliset mittaus tulokset vähenivät. Tutkimuksessa käytetyt kipumittarit olivat: suullinen asteikko, kipukiila, numeroasteikko, kasvoasteikko. Virheelliset mittaukset 3 päivän kuluessa olivat n.4-7 % luokkaa. (Heiskanen, ym. 2010.)



Kuva 1. (Terveyskirjasto)

Kipumittareiden käyttö onkin suositeltavaa haastattelevan menetelmän lisäksi ja näin ollen mittareiden käyttö tukee myös arviointi kokonaisvaltaisesta hoidosta. Toimintakykyä arvioitaessa kipumittareita käytetään arvioinnin tukena. Kipumittareiden käyttö lääkehoidon tehon mittaamisessa onkin hyvä apuväline, koska silloin nähdään lääkkeen teho potilaaseen ja vaikutusaikaa, muuttuuko kipu ym. Kipupiirroksen avulla pystytään paikallistamaan kipua (kuva 2.). Näitä menetelmiä hyväksi käyttäen ovat kivun kokemukset helpommin dokumentoitavissa. (Pekkala 2008.)



Kuva 2. (Pekkala 2008).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄN ASETTELU

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen tutkittua tietoa MS-potilaan kroonisesta kivusta, kroonisen kipupotilaan kohtaamisesta ja kroonista kipua kärsivän MS-potilaan hoitotyöstä. Opinnäytetyön tavoitteena on MS-potilaan kivunhoitotyön laadun parantaminen. Opinnäytetyössä haetaan aikaisemman tutkitun tiedon pohjalta vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten hoitotyöntekijän tulisi kohdata MS-tautia sairastava kroonisesta kivusta kärsivä potilas?
2. Miten MS-potilasta ja kroonista kipua voidaan hoitaa hoitotyön keinoin?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUSMENETELMÄ

Tässä opinnäytetyössä sovellettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Tiedonhaun avulla on mahdollisuus koota tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia yhteen, jolloin saadaan kuvaa tutkimustiedon määrästä ja millaista tutkimus sisällöllisesti ja määrällisesti on. Kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollisuus hahmottaa haettujen tutkimusten kokonaisuutta. (Johansson 2007, 3.) Systemaattinen tiedonhaku on uudelleen toistettavissa oleva, järjestelmällinen, tarkasti määritelty ja rajattu tiedonhakuprosessi (Tähtinen 2007, 44).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa katsauksen suunnitteluun, katsauksen tekemiseen ja katsauksen raportointiin. Kirjallisuuskatsauksen suunnitteluvaiheessa etsitään aiempaa tutkimusta aiheesta, määritellään, onko katsaukseen tarvetta ja tehdään tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmasta ilmenevät tutkimuskysymykset. Kysymyksiä voi olla yhdestä kolmeen ja niiden tulisi olla mahdollisimman selkeitä. Kirjallisuuskatsauksen toisessa vaiheessa etsitään ja valitaan katsaukseen tulevat tutkimukset, analysoidaan ne tutkimuskysymysten sekä laadukkuuden mukaisesti ja syntetisoidaan tulokset yhdessä. Tarkka kirjaaminen on tärkeää kirjallisuuskatsauksen onnistumiseksi ja tulosten luotettavuuden osoittamiseksi. Viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan, tehdään johtopäätökset ja mahdolliset suositukset. Perehtyminen systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin ja niiden perusteisiin sekä menetelmiin auttaa tarkastelemaan niitä kriittisesti ja opettaa katsauksien hyödyntämistä. (Johansson 2007, 5 – 7.)

Opinnäytetyön suunnitelmaa varten systemaattisia hakuja (taulukko 1.) tehtiin kolmesta tietokannasta, Medicistä, Cinahlist ja Google Scholarista. Rajauksia asetettiin aikarajoihin sekä abstraktin ja koko tekstin saatavuuteen. Lisäksi käytettiin manuaalista haku menetelmää.

Taulukko 1.

Tietokanta/tietolähde	Hakusana	Rajaukset	”Osumien” Määrä	”Käytettyjen osumien” määrä
Cinahl	”Multiple sclerosis”, ”chronic”, ”pain”	Linked full text, Abstract available, 2005 -2012	7	1
Cinahl	”Multiple sclerosis”, ”pain”	Linked full text, Abstract available, 2005 -2012	33	0
Medic	”MS-tauti”, kipu, krooninen	kokoteksti	0	
Medic	kipu, krooninen	kokoteksti, 2005 - 2012	14	1
Medic	”MS-tauti”	kokoteksti, 2005 - 2012	47	2
Google scholar	”MS-tauti ja kivunhoito”	vuodesta 2008- 2012	69	0
Google scholar	”MS-tauti ja kroonisen ki- vunhoito”	vuodesta 2008- 2012	59	0
Google scholar	”MS-tauti ja krooninen ki- pu”	vuodesta 2008- 2012	73	1
Google scholar	”chronic pain in multiple sclerosis”	vuosi 2012	8550	0
Google scholar	La Chapelle, chronic pain	vuosi 2008	1610	1

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme on soveltaen tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jota emme olleet ennen tehneet. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluu suunnittelu ja määrittely tarpeellisuudesta, jonka jälkeen lähdetään katsausta toteuttamaan. Tämän vuoksi oli paljon uutta opittavaa jo kirjallisuuskatsauksen tekemisestä, koska tämä määräsi opinnäytetyömme suunnan, miten lähdimme sitä tekemään ja toteuttamaan. Systemaattisen haun kautta haimme tieteellisiä tutkimuksia, joita alussa kokosimme yhteen ja samalla rajasimme ja suunnitelimme aihettamme oikeanlaiseksi.

Olemme työtä tehdessämme ottaneet huomioon luotettavuus ja eettisyys näkökohdat. Luotettavuuden lisäämiseksi kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään huomiota valittujen tutkimusten laatuun. Huomio kiinnitetään esimerkiksi alkuperäistutkimuksen ja siinä käytettyjen menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. (Routasalo & Stolt 2007, 62.) Luotettavuus ongelmia voi syntyä kirjallisuuskatsauksen tekemisessä tai, jos alkuperäistutkimukset ovat puutteellisia. (Malmivaara 2002.) Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet luotettavia lähteitä, kuten alkuperäistutkimuksia ja tutkimusartikkeleita.

Lähdimme selvittämään MS-potilaan kroonista kipua, kroonisen kipupotilaan kohtaamista ja kroonista kipua kärsivän MS-potilaan hoitotyötä. Aluksi selvitämme yleisesti MS-tautia, oireita, eri muotoja ja esiintyvyyttä. Kerromme kroonisen kivun eri tyypeistä ja mistä kivut aiheutuvat. MS-tauti aiheuttaa neuroopaattista kipua, mutta muutkin kiputyypit ovat mahdollisia. Nämä eivät johdu suoranaisesti MS-taudista, vaan esim. MS-taudin aiheuttamista oireista, kuten spastisuudesta.

Kivunhoito on haasteellista sen moninaisuuden vuoksi ja ihmisten kokemukset kivusta ovat aina yksilöllisiä. Krooninen kipu vaikuttaa kokonaisvaltaisesti potilaan elämään. Onkin tärkeää ottaa kroonisesta kivusta kärsivä potilas kokonaisuutena huomioon, näin päästään parhaaseen hoitotulokseen. Kivun kroonistuksessa on hoito yhä vaikeampaa ja tarvitaan entistä tehokkaampaa kivunhoitoa.

Nykyään on paljon tutkimuksia kivunhoidosta ja vaihtoehtoja kivunhoitoon on jo paljon. Oli hienoa huomata miten kivunhoidossa käytetään monipuolisia hoitomuotoja, perinteisten lääkehoitojen rinnalle on tullut vertaistukea, terapioiden ja akupunktioita tukemaan kivunhoitoa. joiden tulokset ovat olleet huomattavasti paremmat kuin vain toista käytettäessä. Myös kivunhoidossa käytetyt lääkkeet ovat kehittyneet paljon ja vaihtoehtoja on useita.

Sairaanhoitajan on omassa työssään huomioitava kipupotilaan kohdatessa, minkälainen kipu on kulloinkin kyseessä ja onko mahdollista kipua lievittää myös muillakin keinoilla kuin lääkkeillä ja onko lääkkeellinen kivunhoito riittävää. Jotta kivun hoito olisi mahdollisimman tehokasta, täytyy hoitosuhteen olla luottamusta tuovaa. Se lisää hoidon onnistumista sekä potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus korostuu hyvässä kivun hoidossa. Potilaan tulee luottaa hoitajan ammattitaitoon, tietää että halu auttaa ja kuunnella on aitoa. Potilaan tulee ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Tämä edellyttää, että potilas saa riittävästi tietoa, tukea sekä ohjausta sairaudestaan ja kivustaan.

Kipusairaanhoitajia on tullut työelämään kohtaamaan kipupotilaita, he antavat aikaa potilaalle kertoa kivustaan ja yhdessä miettivät erilaisia vaihtoehtoja hoitaa kipua. Kuitenkin kaikkien sairaanhoitajien tulisi pystyä kohtaamaan kroonisesta kivusta kärsivät samalla tavalla. Paljon vielä on tehtävänä tehokkaan kivunhoidon eteen mutta suuntana on monimuotoisuus kivunhoidossa, joka on viime vuosina mennyt paljon eteenpäin. Pitkään vallinnut kivun aliarviointi on poistumassa. Ms-potilaita jotka kärsivät kroonisesta kivusta voi tavata melkein missä tahansa työyksikössä, joissa sairaanhoitajat työskentelevät.

Kroonisen kivun hoito MS-potilailla on kokonaisuuden hoitamista, jossa huomioidaan potilas ja omaiset. Sairaanhoitajan on annettava aikaa, tukea ja tietoa tilanteesta. Hyvä kivun hoito vaatii tavoitteellista ja aktiivista toimintaa sekä potilaalta että hoitajalta. Hoidolle ja sen vaikuttavuudelle on aina asetettava tavoitteet, kivun hoitotyö etenee hoitoprosessin mukaan. Opinnäytetyömme tekeminen syvensi ja laajensi tietoaamme kipupotilaiden kohtaamisesta. Tutkimusky-

symyksiemme kautta saimme vastaukset niihin ja myös itsellemme paljon uutta näkökulmaa asioihin, niin sairaanhoitajan kuin hoitotyön näkökulmasta.

LÄHTEET

- Arch Intern Med. 2012; 172:48-57 Cognitive Behavior Therapy, Exercise, or Both for Treating Chronic Widespread Pain. Viitattu 25.11.2012 <http://archinte.jamanetwork.com>
- Barrie, J. 2011. Patient empowerment and choice in chronic pain management. Nursing Standard vol 25, 31, 38 – 41. Viitattu 13.11.2010.
- Eloranta M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Pro Gradu- tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: Edita Publishing Oy
- Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun lääkehoito. Finnanest 40, 237–240. Viitattu 20.3.2013. http://www.finnanest.fi/files/neuropaattisen_laakehoito_haanpaa.pdf
- Haanpää, M. 2010. Krooninen kipu. Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim 126(24), 2873-6. Viitattu 21.3.2013
- Haanpää, M., Kauppila, T., Eklund, M., Granström, V., Hagelberg, N., Hannonen, P., Kyllönen, E., Kyrö, M., Loukusa-Nieminen, T., Luutonen, S., Telakivi, T., Ylinen, A. & Pakkala, I. 2008. Neuropaattinen kipu. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELA.
- Hagelberg, N. 2006. Uutta neuropaattisen kivun hoidosta. Kipuviesti 1, 43. Viitattu 19.3.2013. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/>
- Heiskanen, T. 2009. Kannabis kivunhoidossa. Kipuviesti 2, 19. Viitattu 21.11.2012 <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Kipuviesti%202-2009.pdf>
- Heiskanen T., Tuominen H., Silvasti-Lundel M., Tarkkila P., Hernesniemi J. & Niemi T. 2010 Kipumittarit neurokirurgisten potilaiden kivun arvioinnissa. Viitattu 5.3.2013 www.finnanest.fi/files/heiskanen_kipumittarit.pdf
- Hietaharju, A. 2005. Kipu MS-taudissa. Suomen lääkärilehti 44, vol 60, 4501 – 4505.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku. Digipaino-Turun Yliopisto, 3-9.
- Kallio, S 2006. Kivunhoitoa fysioterapeuttisin menetelmin. Viitattu 5.3.2013 www.fysio-keskus.com/artikkelit/artikkeli_6.pdf
- Korvenoja, P. 2003. Kroonisen kipupotilaan tutkiminen ja erotusdiagnoosi. Finnanest 36, 152–154. Viitattu 21.3.2013. http://www.finnanest.fi/files/a_korvenoja.pdf
- Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2013. Kivun fysikaaliset hoidot. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 27.3.2013.
- Kukkurainen, M-L. & Knaappila, R. 2007. Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja kehontuntumusterapia kroonisen kivun hoidossa. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 31.3.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Kuusisto, P. 2010. Kroonisen kipupotilaan kuntoutus. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 29.3.2013.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

- Käypähoito www-sivut.2011. MS-tauti. Viitattu 13.11.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi36070>
- La Chapelle DC, Lavoie S, Boudreau A. The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of woman living with arthritis and fibromyalgia. *Pain Res Manage* 2008 Vol 13 No 3 May/June
- MacLean, R. 2010. Multiple sclerosis: Understanding a complex neurological condition. *Nursing Standard*. 24, 28, 50–56. Viitattu 25.11.2012
- Malmivaara A. 2002. Systemoitu kirjallisuuskatsaus- työkalu tutkimusnäytön tavoittamiseen. *Duodecim* 118(9), 877–879.
- MS-tauti käsikirja vastasairastuneelle. 2011. Masku: MS-liitto. Viitattu 21.11.2012
http://www.ms-liitto.fi/sites/default/files/liitetiedostot/MS-opas_nettiin.pdf
- Mäkisalo- Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Hämeenlinna: Tammi
- Pekkala I. 2008 Krooninen kipu. *Duodecim*. Viitattu 5.3.2013
www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf
- Raitakari, S. & Salo, S. 2012. Hyvä elo kivun kanssa – ympäristökysymys. *Kipuviesti* 2, 16 – 19. Viitattu 31.3.2013. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi>
- Routasalo, P. & Stolt, M. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku. Digipaino-Turun Yliopisto, 62.
- Ruutiainen, J. & Tienari, P. 2006. Ms-tauti ja muut demyelinaatio-sairaudet. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. Helsinki. Duodecim, 379 - 394.
- Ryan, O. 2004. Effective pain management for patients with arthritis. *Nursing Standard* 18, 50, 43 -52. Viitattu 31.3.2013. <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-effective-pain-management-for-patients-with-arthritis>
- Salanterä, S. 2012. Asenteet kivunhoidossa. *Kipuviesti* 1, 43. Viitattu 1.11.2012
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi>
- Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. 2006. *Neurologia*. 2.uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Sumanen M, 2001 Erikoislääkärin uutiset. Viitattu 5.3.2013
www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92549.pdf
- Tienari, P. 2010. Multippelistkleroosi. *Duodecim* 126, 2525 – 2527.
- Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku. Digipaino-Turun Yliopisto, 10 – 45.
- Vainio, A. 2009. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki. Duodecim, 150 – 158.
- Valjakka, A. 2007. Vuorovaikutus vastaanotolla- kipupotilaan hoidon perusta. *Kipuviesti* 2, 50-51. Viitattu 1.11.2012. <http://suomenkivuntutkimusyhdistys.fi>
- Vuorimaa, H. 2007. Psykologia kivunhoidossa. *Terveyskirjasto*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 31.3.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00174#T1