



Kivun hoitotyö

- opas hoitohenkilökunnalle ja potilaalle

Kopra, Emmi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Kivun hoitotyö
– opas hoitohenkilökunnalle ja potilaalle

Emmi Kopra
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2013

Emmi Kopra

Kivun hoitotyö - opas hoitohenkilökunnalle ja potilaalle

Vuosi 2013 Sivumäärä 66

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan ja potilaiden tutkittua tietoa kivun hoidon eri menetelmistä. Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena keskittyen aiheen kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, artikkeleihin, tutkimuksiin, opinnäytetöihin, lakeihin ja oppaisiin. Työ käsittelee kivun syntymekanismeja, erilaisia kiputyyppejä, lääkkeellistä, mutta erityisesti ei-lääkkeellistä kivun hoitoa, kivun arviointia, seurantaa ja kirjaamista. Opinnäytetyön tärkeänä opetuksena oli löytää parhaimmat keinot ohjata potilasta yksilöllisesti kivun hoitotyössä.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta on laadittu opas palvelemaan hoitohenkilökuntaa ja potilaita perusterveydenhuollossa. Opas on työstetty potilaan näkökulmasta. Oppaan tarkoituksena on tukea ja ohjata hoitajien ja potilaiden itsenäistä työskentelyä kivun hoitotyössä. Opasta ei ole tehty palvelemaan vain tiettyä potilasryhmää, vaan sen on tarkoitus auttaa kaikkia aiheesta kiinnostuneita.

Aikaisempien tutkimusten mukaan tiedetään, että hoitajilla on tärkeä rooli kivun hoidossa, sen arvioinnissa, seurannassa ja kirjaamisessa. Heidän tulee auttaa ja tukea potilaita kivun hoitotyössä sekä edistää heidän hyvää oloa. Tutkimusten mukaan hyvä kivunhoito nopeuttaa potilaan paranemista ja kuntoutumista. Koska hyvä kivunhoito on jokaisen potilaan perusoikeus, kuuluu hyvään hoitoon oikea kivunhoito sekä hoitajan myönteinen asennoituminen tehokkaaseen kivunhoitoon.

Asiasanat: kipu, kivun hoitaminen, kivun hoito, potilasohjaus

Emmi Kopra

Treatment of Pain - Guide for Nursing Staff and Patient

Year	2013	Pages	66
------	------	-------	----

The aim of the thesis was to provide nursing staff and patients with scientifically studied information on various methods in the treatment of pain. As a review on published material, the thesis concentrated on the scientific publications, articles, research, dissertations, laws, and guides. The thesis deals with origin of pain, various types of pain, pharmacological, but mostly non-pharmacological pain treatment, pain evaluation, follow up and documentation. It was considered to find the best ways to guide patients in the treatment of pain.

Based on review of previously published material, I wrote this guide for the nursing staff and patients about treatment of pain at the primary health service. The guide was written from a patient's perspective. The idea of this guide is to support and to guide the independent work of the nurses and patients about pain treatment. The guide is not just for one group of patients, because it is meant to help everybody who is interested about this item.

Based on earlier researches it is known that nurses have an important role in the pain treatment, evaluation, follow up and documentation of pain. They have to help and support the patients in pain treatment and consequently to promote their wellbeing. Based on previously published material, a good treatment accelerates the healing process and rehabilitation. Because good pain treatment is every patient's fundamental right, a good treatment entails an efficient and correct pain medication and positive attitude towards efficient treatment of pain.

Keywords: pain, treatment of pain, pain management, patient guide

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tavoitteet.....	7
3	Opinnäytetyön tutkimusaineisto ja analysointimenetelmät.....	8
3.1	Kirjallisuuskatsaus.....	9
3.2	Kvalitatiivinen aineistopohjainen sisällönanalyysi.....	9
3.3	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	10
3.4	Oppaan suunnittelu.....	11
4	Opinnäytetyön teoriapohja.....	11
4.1	Kivun määritelmä ja fysiologia.....	11
4.2	Kivunhoidon etiikka ja juridiikka.....	14
4.3	Kipupotilaan kohtaaminen.....	15
4.3.1	Aikaisemmat kipukokemukset.....	16
4.3.2	Kipukäyttäytyminen.....	16
4.4	Hoitotyön auttamismenetelmät.....	17
4.4.1	Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa.....	18
4.4.2	Oppimisteoriat.....	18
4.4.3	Kivun itsehoito.....	19
4.5	Kivun tunnistamisen apuvälineet.....	22
4.6	Hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi.....	27
4.7	Kivun kirjaaminen.....	29
4.8	Farmakologinen kivun hoito.....	30
4.9	Sairaanhoitajan asiantuntijuus.....	32
4.10	Moniammatillinen yhteistyö kivun hoidossa.....	33
4.11	Yhteenveto potilasohjauksen merkityksestä.....	34
4.12	Jaksamisen eväät potilaalle ja hoitajalle.....	35
5	Pohdinta.....	35
5.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	35
5.2	Opinnäytetyön arviointi.....	36
5.3	Oma ammatillinen kasvu.....	36
	Lähteet.....	38
	Kuvat.....	40
	Taulukot.....	42
	Liitteet.....	43

1 Johdanto

Useimmilla potilailla on puutteelliset tiedot kivusta ja he uskovat kiputuntemustensa olevan osa hoitoa ja parantumista. Kipu on kuitenkin merkittävä kliininen terveysongelma, koska sillä on fysiologisia seurauksia, jotka lisäävät erilaisten komplikaatioiden määrää. Lisäksi kipu voi estää ja pitkittää potilaiden kuntoutumista ja pitkittää sairaalassaoloa. Tästä syystä kivunhoito on tärkeä osa potilaan hoitoa. Sairaanhoidajan kivunhoitotaitoja ovat muun muassa käden taidot sekä havainnointi- ja kommunikointitaito, kyky ohjata ja neuvoa potilasta sekä antaa psykososiaalista tukea yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Hoitajan vastuulla on myös kivun lääketieteellisen hoidon toteuttaminen. (Kauppila 2012.)

Opinnäytetyö kivun hoitotyöstä palvelee sekä potilaita että ammattihenkilöitä hoitotyössä. Taustalla toimii potilaiden puutteellinen ja vääristynyt tietous kivunhoidon tärkeydestä sekä hoitohenkilökunnan kivunhoidollinen tietotaidon kehittymisen aiheellisuus. Kivun hoitotyö on aina tärkeä osa hoitotyötä. Tehokas kivun hoitotyö edellyttää, että tietoutta päivitetään ja vahvistetaan jatkuvasti. Päällimmäisenä tarpeena opinnäytetyölle toimii kivun hoitotyön laadullisuuden ja vaikuttavuuden parantaminen potilaan parhaaksi potilaslähtöisesti.

Opinnäytetyön teoriaosuus, ja siitä laadittu opas, on suunniteltu etenkin perusterveydenhuollon vuodeosastoille. Asiakasryhmän monipuolisuudesta johtuen, myös kivunhoitotyön tulee olla monipuolista ja hoitajien osaaminen monialaista. Hoitamattomana kipu aiheuttaa potilaalle turhaa kärsimystä, lisää hoitotyötä ja näin ollen kuluttaa terveydenhuollon resursseja. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen, ja sen sisältöä pohdittaessa haastateltiin eri terveyskeskusten vuodeosastojen ammattihenkilöitä liittyen kivun hoitotyöhön. Osastoilta kumpusi vahvasti tarve kehittää kivunhoitotyötä osastoilla sekä siirtää tutkittua tietoutta kivun hoitotyöstä myös potilaille. Opinnäytetyö ei ole tehty vain tietyille työyhteisölle, vaan sen halutaan palvelevan kaikkia tasapuolisesti henkilöstöä, kaupunkia tai potilasryhmää rajaamatta. Opiaan tarkoitus on herättää lukijan ajatukset kivun hoidon tärkeydestä sekä opettaa lukijaa kysymään ja kertomaan avoimesti asioista hoitosuhteessa. Opas on viety ensimmäisenä Vantaan kaupungin ortopediselle kuntoutusosastolle.

Opinnäytetyö on aiheellinen, sillä vaikka kivun hoitotyön auttamismenetelmät ovat kehittyneet, potilaat valittavat silti harmillisen usein olleensa kivuliaita hoitajakson aikana. Asiakastytyväisyyskyselyissä korostuu puutteellisena asiana kivunhoito. Kivun alihoidon syyksi voidaan arvella hoitohenkilökunnan asenteita sekä tietojen ja taitojen puutetta. Lisäksi rutiinomainen ja tehtäväkeskeinen toimintamalli voi estää hoitohenkilökuntaa tunnistamasta potilaan yksilöllistä ja subjektiivista kokemusta kivusta. (Kauppila 2012.) Suunnitelmallinen ja ennaltaehkäisevä kivunhoito on jokaisen potilaan oikeus. Tärkeimmät potilaan oikeudet ovat itsemääräämisoikeus, oikeus tiedonsaantiin sekä oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.

Oikeuksien taustalla ovat muun muassa ihmisarvon kunnioitus, potilaan autonomian kunnioittaminen sekä hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaatteet. (Lindqvist 2001; Vuorinen & Kalso 2007, 49.)

Vaikka perusterveydenhuollossa olisi olemassa tarvittavat henkilöstövoimavarat ja toimintamallit kipupotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen, järjestäytynyt moniammatillinen yhteistyö kivun hoidossa on toistaiseksi ollut vähäistä. Sitä toteutetaan käytännössä lähinnä vanhusten ja syöpäpotilaiden kivun hoidossa. Kotihoidossa toimivien sairaanhoitajien arvio potilaan kotona selviytymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä on ensiarvoisen tärkeää, kun suunnitellaan, minkälaista kivun hoitoa kotona on mahdollista toteuttaa. Vanhusten kivun lääkehoidon tehon ja haittavaikutusten arviointi perustuu usein hoitohenkilökunnan sekä omaisten arvioon potilaan tilanteesta. Perusterveydenhuollossa työikäisten kivunhoidossa tulee erityisesti kehittää lääkärin, fysioterapeutin, psykologin ja sairaanhoitajan yhteistyötä siten, että jokaisella on oma ennalta sovittu tehtävä kipupotilaan arvioinnissa, hoidossa ja kuntoutuksessa. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 67–68.)

Hoitotyön toimintamalli määrää tavan, jolla hoitotyötä tuotetaan, ja voi näin ollen joko mahdollistaa tai haitata hoitotyössä tärkeiden periaatteiden toteutumisen. Ammatillisimpana toimintamallina pidetään yksilövastuista hoitotyötä, jossa korostuu sairaanhoitajan kyky muodostaa ja ylläpitää vastuullista vuorovaikutussuhdetta potilaaseen tietyn hoitajakson ajan. Sen lähtökohdaksi on, että palvelut järjestetään potilaan tarpeista lähtöisin, jolloin hoidon lähtökohdaksi nousee potilaan todellisuus, tarpeet ja odotukset. (Kauppila 2012.)

Työn taustalla on kirjallisuuskatsaus, jossa tarkoituksena oli käyttää uutta ja monikulttuurista tutkittua tietoa kivusta ja kivun hoitotyöstä. Käytettyjen tutkimusten taustoina ovat etenkin potilasohjauksen tärkeys sekä sairaanhoitajan ammatillisuuden kehittäminen ja ylläpitäminen. Työssä käydään läpi kipua sen määritelmän, syntymekanismien ja fysiologian pohjalta. Lisäksi käsitellään kivunhoidon etiikkaa ja juridiikkaa. Opinnäytetyössä paneudutaan kivun hoitotyöhön potilaslähtöisesti käsitellen potilaan kohtaamista, sairaanhoitajan asiantuntijuutta, moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä ja potilasohjausta. Työ auttaa tunnistamaan ja arvioimaan kipua sekä suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan kivun hoitotyötä. Opinnäytetyön etenemistä ohjaavat sairaanhoitajan eettiset periaatteet ja kivun hoitotyön suositukset.

2 Opinnäytetyön tavoitteet

Opinnäytetyössä käsitellään näyttöön perustuvaa osaamista tutkimusten pohjalta. Sen päälimmäisenä tavoitteena on parantaa kivun hoitotyötä potilaslähtöisesti, ja se on suunniteltu palvelemaan sekä ammattihenkilöiden että potilaiden tarpeita. Opinnäytetyö kannustaa luki-

jaa, ei vain hoitotyön ammattilaista vaan myös potilaita sitoutumaan hyvään ja ennaltaehkäisevään kivunhoitoon. Työ on kattava tietopaketti kivun hoitotyöstä, joka ohjeistaa toimintaan, jolla potilas saadaan mahdollisimman kivuttomaksi. Opinnäytetyön toisena päällimmäisenä tavoitteena on parantaa potilasohjausta. Potilasohjaus rakentuu potilaan omista lähtökohdista, sillä kannustetaan potilasta arvioimaan omaa kipua ja tekemään itse päätöksiä liittyen kivun hoitotyöhön.

Opinnäytetyön tarkoituksena on palvella hoitotyön ammattihenkilöitä liittyen kivunhoitoon ja parantaa lukijan tietoutta kivun hoitotyön tärkeydestä. Sillä tavoitellaan myös hoitajien asenteiden muuttamista kivun hoitotyön tärkeydestä niin, että jokainen potilas saa ansaitsemaansa hoitoa yksilöllisesti mutta tasapuolisesti. Työn tavoitteena on parantaa hoitohenkilöstön tietoutta liittyen kivun hoitotyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin sekä parantaa kivun hoitotyöhön liittyvää dokumentointia. Lisäksi opinnäytetyössä halutaan painottaa hoitotyön moniammatillista toimintaa, jossa korostuu jokaisen ammattitaidon tärkeys. Opinnäytetyöllä tavoitellaan moniammatillisen yhteistyön parantamista ja sen tärkeyden ymmärtämistä. Hoitoon osallistuvien henkilöiden kiputietouden lisääntyessä, toivotaan myös potilaiden tietouden lisääntyvän potilasohjaukseen panostamalla. Kivun arvioinnissa on olennaista, että potilas ymmärtää käytetyt arviointimenetelmät ja arvioi kipukokemuksiaan koko hoitojakson ajan samalla määritelmällä.

Opinnäytetyössä pyritään saamaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

- Mitä kipu on?
- Miksi pyritään kivuttomuuteen?
- Mitä ovat farmakologiset ja ei-farmakologiset kivun auttamismenetelmät?
- Mitä on hyvä sairaanhoitajan ja potilaan välinen yhteistyö kivun hoitotyössä?
- Mitä on hyvä potilasohjaus kivun hoitotyössä?
- Miten sairaanhoitaja voi kehittää asiantuntijuuttaan kivun hoitotyöhön?
- Miten kehittää moniammatillista yhteistyötä kivun hoitotyössä?

3 Opinnäytetyön tutkimusaineisto ja analysointimenetelmät

Työn teoriaosuus tehtiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta, ja aineisto analysoitiin aineistopohjaisen kvalitatiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Työn haluttiin olevan mahdollisimman työelämälähtöinen, joten siinä otettiin huomioon erilaisia potilasnäkökulmia ja hoitajien mielipiteitä kivun hoitotyöstä. Teoriapohjalta työstettiin opas palvelemaan sekä hoitohenkilökuntaa että potilaita kivun hoitotyöhön liittyen.

3.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan menetelmää, jolla kirjoittaja analysoi arvioimalla ja vertailemalla aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset ja artikkelit. Sen avulla kirjoittaja pääsee sisäistämään esitettyjä asioita, olettamuksia ja tuloksia sekä välittämään tietoa eteenpäin oman näkökulmansa kautta. Kirjallisuuskatsauksella tutkija muodostaa teoreettisen pohjan työlleen. Sen perusteella jokainen tutkimus on omanlaisensa, tutkijan omien näkökulmien näköinen. (Jyväskylän yliopisto 2012; Turun yliopisto 2012.)

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta työlle saatiin entistä suurempi merkitys. Tutkimuksista kumpusi tarve kehittää kivun hoitotyötä ja potilasohjausta yleisesti. Nykypäivänä hoitajan tehtäväkeskeinen toimintamalli voi pahimmassa tapauksessa estää hoitajaa ymmärtämästä potilaan yksilöllistä kipukokemusta ja luomaan tarpeeksi tiivistä hoitosuhdetta.

3.2 Kvalitatiivinen aineistopohjainen sisällönanalyysi

Kvalitatiivinen aineistopohjainen sisällönanalyysi auttaa muodostamaan päätelmiä eri materiaalien pohjalta. Se sopii tutkimusmenetelmäksi muun muassa tutkittuun tietoon perustuvien kirjojen teoritiedon ja Internetin verkkolähteiden käsittelyyn. Kyseisen analyysin tavoitteena on aineistojen analysointi systemaattisesti useasta eri näkökulmasta. Lähteitä voidaan käsitellä sekä analysoimalla että erittelemällä niiden sisältöä, joiden pohjalta voidaan kuvata aineistoja sanallisesti ja määrällisesti. Kvalitatiivisella aineistopohjaisella sisällönanalyysillä voidaan luoda luotettavia ja selkeitä päätelmiä käyttämällä loogista päättelykykyä ja tulkintaa. Ensin materiaali kootaan eri lähteiden avulla, jonka jälkeen ne jaetaan pienempiin osiin avaten siinä esitetyt käsitteet. Toiseksi materiaalit kootaan jälleen yhteen saaden tuloksia aiheesta. Sisällönanalyysin tavoitteena on siis järjestää koko aineisto loogiseen ja tiivistettyyn muotoon selkeästi. (TTY 2008.)

Opinnäytetyön aineisto haettiin käyttäen teoksia, lehtiartikkeleita ja Internet-lähteitä. Aineistojen haluttiin perustuvan tutkittuun ja ajankohtaiseen tietoon. Työtä tehtäessä tutustuttiin lisäksi useisiin opinnäytetöihin ja oppaisiin liittyen kivun hoitotyöhön ja oppaiden työstämiseen. Lisäksi tietoa haettiin hoitotyöhön liittyvistä laeista ja suosituksista. Tiedon kerääminen oli helppoa, sillä tutkimuksia aiheesta on tehty paljon. Kaikki oppaat oli suunniteltu palvelemaan lähinnä hoitohenkilökuntaa, eikä niissä käsitelty potilasohjauksen tärkeyttä.

Materiaalia haettiin runsaasti liittyen kivun hoitotyöhön ja potilasohjaukseen. Ensin lähteiden materiaalit avattiin yksitellen ja jaettiin pieniin osiin etsien vastauksia opinnäytetyölle asetettuihin kysymyksiin. Tämän jälkeen pienet osat yhdistettiin analysoiden niiden eri tuloksia ja näkökulmia. Tulosten perusteella oivallettiin tärkeitä näkökulmia kivun hoitotyön tärkey-

destä ja yleisesti hoitotyön kehittämistä. Niiden perusteella saatiin selkeät vastaukset asetettuihin kysymyksiin, joiden perusteella voitiin laatia kattava mutta napakka paketti kivun hoitotyöstä potilaalle.

3.3 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan tietoa, jota voidaan tarkentaa, kehittää ja uudistaa siten, että opinnäytetyönä tuotettu teoretinen tieto palvelee lukijaansa paremmin. Sen tarkoituksena on kehittää ja järjestää kehittävää toimintaa työelämässä. Lähtökohdaksi toiminnalliselle opinnäytetyölle tulee esittää työelämäkohtainen käytännössä oleva tarve tai ongelma, johon voidaan etsiä toiminnalla ratkaisu. Toiminnallisella opinnäytetyöllä voidaan siis esimerkiksi kehittää uusi toimintatapa sitä tarvitsevalle työyhteisölle. Sen toiminnallinen osuus perustuu lähteistä kerättyyn teoreettiseen tietoon, jonka idea on saatu kohderyhmältä. Tällöin työssä käytettävää tietoa varten kerättyjen lähteiden ja tutkimustiedon välinen vuoropuhelu korostuu. Toiminnallisessa opinnäytetyössä korostetaan selkeää rajaamista ja suunnitteluvaiheessa kehoitetaan miettimään tarkasti millainen, kenelle, milloin ja mistä näkökulmasta opinnäytetyö tehdään. (Airaksinen 2012; SAMK 2012; Vilka 2010.)

Toiminnallinen opinnäytetyö jaetaan kahteen osaan: raportti ja toiminnallinen osuus. Raportin tulee olla tyyliään selkeä, ja teksti kirjoitettava asiatyylillä, eli se ei saa olla liian raporttiva. Opinnäytetyö kuvaa, selostaa, perustelee ja vastaa kysymyksiin mitä, miten ja miksi tehtiin. Teksti tulee kirjoittaa tieteellisen kirjoittamisen periaatteiden perusteella. Lisäksi työssä tulee kuvata työn toiminnallinen osuus mahdollisimman tarkasti sekä osata arvioida kriittisesti omaa työtään. (Airaksinen 2012; Vilka 2010.)

Haastetta toiminnallisen opinnäytetyön toiminnalliselle osuudelle tuovat muun muassa työelämälähtöisen ja ajankohtaisen aiheen valintaan liittyvät asiat sekä työn toiminnallisen osan rajaaminen selkeästi. Lisäksi opinnäytetyön tekijän ja kohderyhmän näkemysten yhdistäminen voi olla hankalaa. Muita opinnäytetyön haasteita voi olla kirjoittamisen aloittaminen ja keskustelevan sekä mielipiteitä esittävän ja niitä perustelevan tekstin luominen. Tekstiä rakentaessa tulee kiinnittää huomiota laadukkaiden ja ajankohtaisten lähteiden käyttöön, jolloin on myös huomioitava tekijän oikeuksiin ja muihin tutkimustyöhön liittyvät eettiset asiat. (Vilka 2010.)

Toiminnallinen opinnäytetyön osuus sisälsi tutustumisen perusterveyskeskussairaaloiden hoitohenkilökunnan mielipiteisiin kivun hoitotyöstä ja sen parantamishdotuksiin sekä oppaan työstämisen. Opinnäytetyön perusteella voidaan pitää koulutustilaisuus hoitohenkilökunnalle ja määrittää uusi toimintasuunnitelma kivun hoitotyölle sekä perehdyttää uusia työntekijöitä.

3.4 Oppaan suunnittelu

Kirjallista ohjetta, esimerkiksi opasta tehtäessä tulee kiinnittää huomiota etenkin siihen, kelle opas kirjoitetaan ja mikä on sen päällimmäinen tarkoitus. Opasta laadittaessa voidaan käyttää apukysymyksiä: mitä, miksi, miten, milloin ja missä. Kirjallisen oppaan tietojen tulee perustua näyttöön ja tutkittuun tietoon, lisäksi sen on oltava ajankohtaista ja tarkkaa. Ohjauksen kannalta on tärkeää, että tieto muokataan käyttökelpoiseksi. Oppaassa tulee esittää käsiteltävät asiat kokonaisvaltaisesti, mutta vain pääkohdittain, jotta tietoa ei tulisi liikaa. Lisäksi hyvä ohje sisältää ohjeet siitä, miten hoidon toteutumista voidaan arvioida. (Hyvärinen 2005; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Relander 2007: 55, 126–127.)

Opasta laadittaessa tulee kiinnittää huomiota sen sisällön ja kieliasun ymmärrettävyyteen. Oppaan selkeyttä voidaan tukea selkeästi luettavan kirjasintyyppin ja koon valinnalla, sekä selkeällä aihealueiden jakamisella ja asettelulla. Oppaan lukemista helpottaa se, että jokaisessa kappaleessa esitetään vain yksi pääasia, joka esitetään jo ensimmäisessä virkkeessä. Tekstin lisäksi ohjeita voidaan tarkentaa selkeillä, konkreettisilla ja huomiota herättävillä esimerkeillä, kuvilla, kaavioilla ja taulukoilla. Lisäksi oppaasta on hyvä käydä ilmi, mistä lukija voi saada lisätietoa aiheesta. (Hyvärinen 2005; Kyngäs ym. 2007, 124–127.)

Koska opas suunniteltiin ja laadittiin palvelemaan sekä ammattihenkilöitä että potilaita, tuli aiheelliseksi miettiä, miten oppaasta saadaan mahdollisimman selkeä ja napakka paketti. Oppaan ulkoasun tuli olla mielenkiintoinen ja lukijaa kutsuva. Sisällön oli oltava mahdollisimman hyödyllinen molemmista näkökulmista. Etenkin potilasohjauksen tärkeyden tuli saavuttaa oppaan kaikki lukijat.

Opas on viety ensimmäisenä Vantaan kaupungin ortopediselle kuntoutusosastolle, mutta sitä on tarkoitus tulevaisuudessa myös käyttää muilla osastoilla sekä toimipisteissä. Opasta käytetään kivun hoitotyössä ja potilasohjauksen tukimateriaalina niin, että hoitaja käy sen ensin läpi potilaan kanssa yhdessä, jonka jälkeen potilas saa tutustua siihen myös itseksensä ja palata aiheeseen halutessaan. Opasta voidaan arvioida jatkuvasti sitä käytettäessä ja päivittää tietoa uusien tutkittujen tietojen pohjalta.

4 Opinnäytetyön teoriapohja

4.1 Kivun määritelmä ja fysiologia

Kipua voidaan sanoa epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosvaurioon tai jota kuvataan kudosvaurion käsit-

tein. Kipu merkitsee suurta kärsimystä ja on sidoksissa yksilön kokemuksiin ja kulttuuriin. Se voi rajoittaa toimintakykyä, vaikuttaa ihmissuhteisiin, uhata taloudellista toimeentuloa ja heikentää elämänlaatua monella tavalla. (Estlander 2003, 11–12 ja 18–19; Salanterä ym. 2006: 7–8, 16.)

Sanaa kipu voidaan käyttää monessa eri merkityksessä. Kipu voi tarkoittaa kivun tunnetta, kokemusta, elämystä tai aistimusta. Se voidaan myös nähdä patologisena tilana, jolloin kipu on sairaus, jonka taustalla on esimerkiksi kipuhermojärjestelmän toimintahäiriö. Emotionaalinen kipu on psyykkistä kärsimystä ja hätää, johon liittyy tai ei liity elimellistä kudonsvauriota tai sairautta. Yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei poissulje sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. (Estlander 2003, 11–12 ja 18–19; Salanterä ym. 2006: 7–8, 16.)

Koska yhtenäistä, yleisesti hyväksyttyä ja käytettyä kivun luokitusta ei ole, vaikeutuu sekä tieteellisen tutkimuksen että kliinisen työn kehittyminen. Kivun luokitteluperiaatteet muuttuvat lisääntyvän tiedon mukana. Perinteisesti kivun luokittelu perustuu sen anatomiaan eli sijaintiin ja kivun kestoon. Voidaan puhua esimerkiksi paikannettavista kiputiloista sekä akuutista tai kroonisesta kivusta. Kipu voidaan luokitella myös sen aiheuttajan mukaan, esimerkiksi syöpäkipu tai synnytyskipu. Patofysiologisen mekanismin mukaan kipua voidaan luokitella johtuen esimerkiksi hermovauriosta tai kudonsvauriosta. Kipua luokiteltaessa tulee ottaa huomioon sekä kivun syy ja anatomia että kipua kokevan kuvaukset kivun kestosta, voimakkuudesta ja laadusta. (Estlander 2003, 14.)

Kipu voi olla lyhytaikaista eli akuuttia tai pitkäaikaista eli kroonista, jolloin kivun merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaisia. Näiden välinen raja on kuitenkin epäselvä, ja jotkut kiputilat saattavat sisältää piirteitä sekä akuutista että kroonisesti kivusta. Kipu voi myös olla jaksottaista, jolloin potilaalla on välillä täysin oireettomia kausia ja välillä taas pahempia kipujaksoja. Tämä koskee monia selkäkipupotilaita tai migreenipotilaita. Tämänkaltaisten kiputilojen uusiutumisten mekanismit ovat enimmäkseen tuntemattomia. Käsitettä subakuutti kipu käytetään kuvaamaan kipua, joka on jatkunut jo yli kuusi viikkoa mutta alle kroonisen kivun aikarajan. (Estlander 2003, 16–17; Salanterä 2006, 34–35; Suomen Kipu ry 2010.)

Sekä akuutti että erityisesti pitkään jatkunut krooninen kipu vaikuttavat aivoissa, hypotalamuksessa sijaitsevien autonomisen hermoston ja hormonierityksen ohjauskeskusten toimintaan. Tämän vuoksi kiputiloihin voi liittyä autonomisten hermojen säätelemien elintoimintojen muutoksia, esimerkiksi hengityksen ja sydämen toiminnan kiihtymistä sekä erilaisia psykosomaattisia oireita. Koska kipua välittävän hermojärjestelmän vaikutukset aivoissa ovat laaja-alaiset, voi kipukokemus olla hyvin kokonaisvaltainen. Pitkään jatkunut kipu voi johtaa huomattaviin muutoksiin yksilön reaktio- ja toimintatavoissa, jonka seurauksena voi kehittyä

vähitellen kipukäyttäytymismalli, jossa kroonisesta kivusta tulee lopulta koko elämän keskipiste. (Salanterä ym. 2006, 34; Suomen Kipu ry 2010.)

Akuutilla kivulla on jokin selvä syy, eli se johtuu jostakin elimellisestä tekijästä. Syy voidaan aina hoitaa ja pitää hoitaa tehokkaasti. Akuutti kipu voi liittyä esimerkiksi äkilliseen kudovaurioon, lääketieteelliseen toimenpiteeseen tai leikkauksen jälkitilaan, jolloin kipu lievenee tavallisesti kudovaurion paranemisen myötä. Akuutti kipu on tarkoituksenmukainen hälytysmerkki, joka viestittää fyysisestä sairaudesta tai elimistöä uhkaavasta vauriosta. Se käynnistää ihmisen toimimaan luonnollisesti vaaratilanteissa, jolloin ihminen suuntaa huomion tapahtuneeseen, havainnoi ja arvioi, mitä on tapahtunut sekä ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin. (Estlander 2003, 16–17; Salo 2011.)

Kivun kroonistuessa tapahtuu sekä rakenteellisia että toiminnallisia kipujärjestelmän herkistymiseen johtavia muutoksia. Ne syntyvät vähitellen ja vaihtelevalla nopeudella. Krooninen kipu tarkoittaa kipua, joka on kestänyt yli kaksi kuukautta tai jonka perussyynä oleva sairaus jatkuu. Toisin kuin akuutti kipu, krooninen kipu ei ole biologisesti mielekäs viesti. Kipua voidaan sanoa krooniseksi, kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen. Kroonisen kivun taustalla on yleensä kudovärsytys tai kudovaurio, mutta se saattaa jatkua myös toisenlaisten mekanismien pohjalta. Kroonisen kivun määritelmä on ongelmallinen ja aikaraja vain suuntaa antava. Lisäksi on olemassa sairauksia, jotka täyttävät aikamääritelmänsä osalta kroonisen kivun kriteerit, mutta kudovauriokriteerin osalta eivät. Esimerkiksi nivelreuman taustalla on kudomuutokset, jotka aiheuttavat kroonisia kipuja, ja neuropaattisen kivun taustalla on hermovaurio tai hermoston toimintahäiriö. Syöpäkipu puolestaan taas on mekanismiltaan akuuttia, vaikka se jatkuukin pitkään. Krooninen kipu ei välttämättä ole vakavan sairauden oire, vaan siitä on tullut sairaus, oireyhtymä eli syndrooma. (Estlander 2003, 17–18; Haatainen 2012; Salanterä ym. 2006, 34–35; Suomen Kipu ry 2010.)

Krooninen kipu voidaan jaotella lääketieteessä sen patofysiologisen mekanismin mukaan nosiseptiiviseen, neuropaattiseen, idiopaattiseen ja psykogeeniseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu on fysiologinen, terveen kipuhermojärjestelmän reaktio kudovaurioon, esimerkiksi tulehdukseen tai kasvaimen, jolloin kipu johtuu siis kudovärsytyksestä tai kudovauriosta. Syynä tähän on kudovaurion aiheuttama välitön nosiseptoreiden aktivoituminen. Sillä nosiseptiivinen kipu on suora seuraus kudovauriosta, häviää se yleensä kun vaurio paranee. Neuropaattisen ja neurogeenisen kivun taustalla on epänormaali kipuhermon toiminta, jolloin vaurio tai toiminta on itse hermossa eli kipuradassa. Näitä ovat esimerkiksi kasvojen alueen kolmoishermostosärky, leikkauksen jälkeinen hermovammasta johtuva särky tai amputaatioiden jälkeiset aavesäryt. Hermovaurio korjaantuu hitaasti ja epätäydellisesti tai ei lainkaan, ja seurauksena voi olla sekä ääreishermoissa että keskushermostossa tapahtuvat muutokset, jotka johtavat kipujärjestelmän toiminnan pysyviin tai pitkäaikaisiin muutoksiin. Idiopaattisella kivulla tar-

koitetaan kipua, jolle ei ole löydetty somaattista eli elimellistä syytä, eli kudosis- tai hermo- vauriota, jolloin tarkoitetaan siis tuntemattomasta syystä johtuvaa kipua. Psykogeeninen kipu selittyy psyykkisin mekanismein. (Estlander 2003, 16; Salanterä ym. 2006, 35–38; Suomen Kipu ry 2010.)

Kivun epidemiologia tutkii kivun esiintymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä väestössä. Se on tieteenala, jolla saadaan tarvittavaa tietoa muun muassa kipusairauksien luonnollisen kulun selvittämiseen, ennaltaehkäisevään työhön, hoitomenetelmien kehittämiseen, terveydenhuoltopalvelujen suunnitteluun ja terveystalvelujärjestelmän toiminnan arvioimiseen. Vaikka tietämys kivun mekanismeista on lisääntynyt huomasti, monien kroonisten kiputilojen syy on edelleen tuntematon. Kivun epidemiologisen tutkimuksen tavoitteena on lisäksi auttaa ymmärtämään ja tunnistamaan kipuun liittyviä psykologisia tekijöitä ja niiden merkitystä kivun kroonistumisprosessissa. (Salanterä ym. 2006, 19–21.)

Krooninen kipu on suurimmaksi osaksi yhteydessä ikään, kun taas leikkauksen jälkeen kipuja on lähes 80 %:lla potilaista kipulääkityksestä huolimatta ja ikään katsomatta. Kivun esiintymiseen leikkauksen jälkeen vaikuttavat leikkaukseen liittyvät tekijät, kuten leikkausalue, haavan koko ja leikkaustekniikka, anestesiamenetelmiin liittyvät tekijät, kuten anestesiahuoto ja perioperatiivinen kivunhoito, potilaaseen liittyvät tekijät, kuten kipuherkkyys ja aikaisemmat kokemukset sekä hoitoympäristö ja leikkausta edeltävä potilasohjaus. Kipua esiintyy yleisesti kaikilla syöpää sairastavilla potilailla, ja se lisääntyy sairauden edetessä. Kipu voi liittyä syöpäkasvaimeen tai sen etäpesäkkeisiin, syövän tutkimuksiin tai hoitoihin tai kipu saattaa olla syöpään liittymätöntä. (Salanterä ym. 2006, 20–21.)

4.2 Kivunhoidon etiikka ja juridiikka

Potilaan oikeus hyvään hoitoon edellyttää vastuullisuutta terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Päätäjien velvollisuus on huolehtia riittävästä edellytyksistä ja resursseista kivusta kärsivien potilaiden hoitamiseksi, ja palvelun tuottajat vastaavat kivun hoidon laadusta. Ihmisarvon kunnioitus ja itsemääräämisoikeuden perusteella kipupotilaalla on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon myös kivun hoidossa. Päätöksenteon tueksi potilas tarvitsee tietoa kivusta, sen hoidosta ja hoitovaihtoehtoista. Potilaan hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden tehtävänä on hakea tarvittaessa vaihtoehtoja sekä kuulla ja konsultoida asiantuntijoita. Kivun hoidon oikeudenmukaisuuden periaatteen toteutumiseksi tulee kiinnittää erityistä huomiota lasten, ikääntyneiden, kehitysvammaisten ja muuten sanallisesti kommunikoidaan kykenemättömien kohdalla, jotka eivät välttämättä kykene ilmaisemaan kipuaan. Ammattitaidon ylläpitämisen velvoite edellyttää työn sisältöosaamisen, vuorovaikutustaitojen ja työyhteisövalmiuksien kehittämisen. Kivunhoito vaatii yhteistyötaitoja ja eri ammattialojen kes-

kinäistä avunantoa monialaisuutensa vuoksi. (Haatainen 2012; Lindqvist 2001; Salanterä ym. 2006, 28–29; Vuorinen & Kalso 2007, 42.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet. Oikeus hyvään kivunhoitoon sisältää tutkittuun tietoon ja vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvien hoitovaihtoehtojen valintaa, käyttöä ja arviointia. Sairaanhoidajan täytyy työssään kyetä tunnistamaan kipu, hallita erilaisia kivun hoitomenetelmiä ja arvioida hoidon vaikuttavuutta. Potilaan näkökulmasta hyvä kivunhoito on subjektiivinen kokemus, joka ei aina tarkoita kivun lievittymistä, vaan se voi olla kivun hallintaa tai toimintakyvyn paranemista. Potilas ansaitsee hyvää kohtelua, johon liittyy kivusta kärsivän potilaan kuuntelemista, jotta hänen omaa subjektiivista kipukokemusta uskotaan. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa potilaan kärsimyksen lievittämiseen ja ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Työnantajalla on velvollisuus mahdollistaa työntekijän täydennyskoulutus, jolloin työntekijällä on oikeus kehittää ammattitaitoaan kivun hoitotyöstä työaikanaan. (Haatainen 2012; Lindqvist 2001; Salanterä ym. 2006, 29–30; Vuorinen & Kalso 2007, 49.)

4.3 Kipupotilaan kohtaaminen

Luonnollinen reaktio ilmaistuun kärsimykseen on myötätunto ja auttamisen halu. Potilaan tehtävä on kuvata kokemuksiaan verbaalisesti tai non-verbaalisesti, ja hoitajan tehtävä on arvioida, mistä on kysymys. (Estlander 2003, 14.) Tärkeää onnistuneelle kivun hoitotyölle on motivoitunut, ajatteleva ja tietävä hoitaja sekä yhteistyökykyinen moniammatillinen hoitoympäristö. Kipu aiheuttaa sitä kokevalle sekä fyysistä että psyykkistä kärsimystä, joka vähentää ihmisen kykyä toimia normaalisti, lisäten uupumusta, aiheuttaen huolta ja mahdollisesti taloudellisia menetyksiä. Jokainen potilas on oma yksilönsä, jonka voimavarat ovat yksilölliset. Voidakseen hoitaa potilasta tehokkaasti ja kokonaisvaltaisesti tulee hoitotyöhön osallistuvien henkilöiden tuntee potilas, hänen kykynsä ja resurssinsa toimia sekä hänen mahdollisuutensa hyödyntää omia voimavarojaan. (Salanterä ym. 2006, 11 ja 16; Salo 2011.)

Kivun hoitotyön onnistumiseen vaikuttaa oleellisesti hoitoympäristö, joka luo fyysiset, sosiaaliset ja rakenteelliset puitteet hoitotyön toteutumiselle. Fyysinen ympäristö koostuu tiloista ja käytettävissä olevista hoitovälineistä, joilla voidaan vaikuttaa erilaisiin hoitokokemuksiin. Rauhalliset, selkeät ja toimintaan varta vasten suunnitellut tilat vaikuttavat kipukokemukseen ja auttavat toipumisessa. Myös hoitoympäristöllä, hoitohenkilökunnan asenteilla ja vuorovai-
kutussuhteilla on tärkeä merkitys akuutin kivun hoitovasteelle. (Salanterä ym. 2006, 15–16 ja 147–148.)

4.3.1 Aikaisemmat kipukokemukset

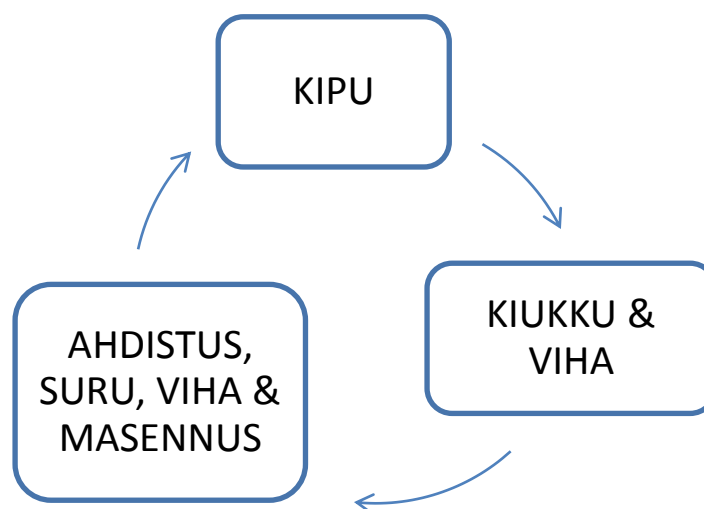
Aikaisemmillä kipukokemuksilla on yhteys tuleviin kipukokemuksiin. Henkilö joka on kokenut kovaa kipua aikaisemmin, kokee sitä herkemmin myös uudelleen. Myös potilaan tyytyväisyys ja motivaatio ovat yhteydessä kivun kokemiseen. Tyytyväinen ja motivoitunut potilas ei kuitenkaan välttämättä ole kivuton. Myös potilaan kokemukset terveystalvvelujärjestelmää kohtaan vaikuttavat kipukokemukseen. Tunnetila on yhteydessä potilaan kivun kokemiseen. Esimerkiksi masennus ja alakuloisuus sekä epärealistiset ja saavuttamatta jäävät toiveet lisäävät kipukokemusta, kun taas positiivinen tunnetila, iloisuus ja hyvä olo vähentävät kivun kokemisen voimakkuutta ja ilmentymistä. (Bushnell 2012; Salanterä ym. 2006, 10 ja 56–59.)

Muun muassa kulttuuri, yhteiskunta, sosiaaliset säännöt ja normit sekä potilaan henkilökohtainen elämänhistoria muovaavat tapaa, jolla kipua ilmaistaan. Kivun tuntemukseen vaikuttavat suuresti muun muassa perimä, sukupuoli, ikä, kehitysvaihe, persoonallisuus, aikaisemmat kokemukset kivusta, sairauksista ja terveystalvvelujärjestelmästä, tunteet, ymmärrys, oppimiskyky, tavat, tyytyväisyyden aste, motivaatio ja toiveet. Nämä vaikuttavat kipukäyttäytymisen lisäksi kipukynnykseen ja kivunsietokykyyn. Kivunsietokyky ja kipukynnys voivat vaihdella samalla ihmisellä eri aikoina ja eri tilanteissa. Kivunsietokyvyllä tarkoitetaan kivun kestön tai voimakkuuden määrää, jonka yksilö sietää. Kipukynnyksellä tarkoitetaan vaihetta, jossa ärsyke tunnetaan kipuna. Tähän vaikuttavat kivun laatu ja kesto. (Bushnell 2012; Estlander 2003, 14; Haatainen 2012; Salanterä ym. 2006, 9–10 ja 56–57; Salo 2011.)

Kipu aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä ja usein myös työkyvyn heikkenemistä. Kivun aiheuttaman haitan ja vajaakuntoisuuden määrittelemisen on tärkeää sairausloma- ja eläkepäätöksiin kannalta, jolloin on otettava kantaa siihen, kuinka paljon oire vaikuttaa työ- ja toimintakykyyn. Korvauspäätösten pitää perustua lääketieteelliseen diagnoosiin ja objektiivisesti todettuun haittaan. Kipu sinänsä ei oikeuta korvauksiin, vaan sitä pidetään oireena. (Estlander 2003, 20; Haatainen 2012; Salanterä ym. 2006, 34.)

4.3.2 Kipukäyttäytyminen

Kipukäyttäytymisellä tarkoitetaan kivun tai kärsimyksen ilmentämistä, eli potilaan tapaa ilmaista kipuaan. Potilas voi viestittää kipuansa ja hätäänsä sekä verbaalisesti että eleillä, ilmeillä ja käytöksellään. Hän voi kuvailla oireitaan, valittaa, voivottaa, irvistellä, huokailla, ontua, vaihtaa asentoa tai ottaa kipulääkettä. Kipu aiheuttaa yleensä kiukkua tai vihaa ja pitkään kestäessä se lisää herkkyyttä ahdistukseen, suruun ja masennukseen. Kun taas toisaalta suru, masennus, viha, pelko ja epävarmuus lisäävät herkästi kivun kokemusta. Tästä syntyy tunteista aiheutuva noidankehä (kuvio 1). (Estlander 2003: 12, 14 ja 65–67; Salanterä ym. 2006, 56–57 ja 150–152.)



Kuvio 1: Kiputuntemusten noidankehä

Vaikka akuuttiin kipuun liittyy usein ahdistusta, pelkoa ja muita voimakkaita reaktioita, potilaan käyttäytyminen ja hänen kuvauksensa kivusta auttavat hoitajaa selvittämään kivun syitä. Kipukokemus opettaa välttämään vastaavia kipua aiheuttavia tilanteita tulevaisuudessa ja akuutilla kivulla oletetaan olevan myös parantamista edesauttava tehtävä. (Estlander 2003, 17; Salanterä ym. 2006, 56–57; Salo 2011.)

Sekä negatiiviset että positiiviset kokemukset, ajatukset ja tunteet säätelevät kipuongelmaa. On olemassa psyykkisiä kipuongelmaa laukaisevia tekijöitä, kuten äskettäinen traumaattinen kokemus tai pitkään jatkunut rasittuneisuus. Suojaavia psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä ovat esimerkiksi sosiaalinen tuki, myönteinen käsitys omista kyvyistä, optimismi ja aktiiviset selviytymiskeinot. (Estlander 2003, 61; Salanterä ym. 2006, 56–57 ja 150.) Kivunhoitoon liittyy myös paljon ristiriitaisia odotuksia, tavoitteita ja haasteita. Jos esimerkiksi normaalit hoitokeinot eivät ole riittäviä ja kipu pitkittyy, sekä potilas että hoitohenkilökunta saattavat kokea voimattomuutta ja tuskastuvat vaikeassa tilanteessa. Hankaluudet erityisesti akuutin kivun hoidossa vaikeuttavat toipumista, tuottavat potilaalle fyysistä ja psyykkistä kuormittuneisuutta sekä altistavat kivun kroonistumiselle. (Salo 2011.)

4.4 Hoitotyön auttamismenetelmät

Akuutin kivun hoidossa ja kivun kroonistumisen ennaltaehkäisyssä voidaan hyödyntää lääkkeitä ja niiden monipuolisia antotekniikoita, fysikaalisia hoitomenetelmiä sekä itsehoitoa tai vuorovaikutukseen perustuvia menetelmiä kuten rentoutusta ja mielikuvaharjoittelua. Akuutin kivun hoidossa tulee kivun lievityksen lisäksi pyrkiä myös syynmukaiseen hoitoon mahdollisuuksien mukaan. Aina akuutti kipu ei kuitenkaan lieviy tavanomaisin keinoin, jolloin on

syytä arvioida uudelleen kivun luonne ja mekanismi, käytetyt hoitomenetelmät sekä se, ovatko potilaan omat käsitykset, uskomukset ja käyttäytyminen mahdollisesti osaltaan ylläpitämässä tai jopa pahentamassa kipukokemusta. Pitkään kestäneen kivunhoito vaatii paljon voimavaroja, ja hoidon tulokset voivat silti jäädä vaatimattomiksi. Hoidon tuloksia voidaan parantaa nopeuttamalla hoitoon pääsyä, löytämällä asianmukainen lääkehoito, lisäämällä potilaan omaa aktiivisuutta kannustavalla fysioterapialla sekä kivun psykologisilla hoitomenetelmillä. (Haanpää 2007; Salanterä ym. 2006, 147–148.)

4.4.1 Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa

Kognitiivis-behavioralisesta lähestymistapaa voidaan helposti soveltaa kipupotilaan kohtaamisessa. Lähestymistavassa ollaan aidosti kiinnostuneita potilaan kipuun liittyvistä ajatuksista, tunteista, uskomuksista ja käyttäytymisestä. Kipukäyttäytymiseen voi liittyä usein kognitiivisia vääristymiä, eli ihminen hahmottaa itsensä, tulevaisuutensa ja ulkomaailman itselleen haitallisella tavalla. Kipua kärsivä voi tuntea itsensä myös hyvin kyvyttömäksi, riittämättömäksi ja arvottomaksi sekä suhtautua tulevaisuuteensa negatiivisesti odottaen epäonnistumisia. Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan avulla opitaan taitoja, joiden avulla voi tunnistaa mieleen tulevia kipuun liittyviä vääristyneitä ajatuksia, uskomuksia ja olettamuksia. (Salanterä ym. 2006, 149–150.)

Salanterän ym. (2006, 149–150) mukaan kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan perusolettamuksina on, että

- ihminen prosessoi aktiivisesti informaatiota.
- ihmisen ajatuksilla, käsityksillä, odotuksilla ja uskomuksilla on vaikutusta mielialaan, fysiologisiin prosesseihin, sosiaalisiin suhteisiin ja siten ihmisen käyttäytymiseen.
- myös päinvastoin mieliala, fysiologiset muutokset, ympäristötekijät ja käyttäytyminen vaikuttavat ajatusprosesseihin.
- sekä yksilölliset tekijät että ympäristötekijät vaikuttavat käyttäytymiseen.
- ihminen voi oppia uusia ajattelu- ja käyttäytymistapoja sekä tunnereaktioita.
- ihminen osallistuu aktiivisesti yhteistyöhön omien ajattelu- ja käyttäytymistapojensa sekä tunnereaktioidensa muuttamisessa.

4.4.2 Oppimisteoriat

Oppimisteorioiden mukaan tunteisiin ja kipukäyttäytymiseen liittyvät haitat ja ongelmat ovat osittain opittuja, ja niihin voidaan vaikuttaa oppimisteorioiden avulla. Tarkoituksena on vaikuttaa kivun aiheuttamaan haittaan ja kivun ilmaisemiseen. Oppimisteorioita ovat ehdollistumis-, seuraamus- ja mallioppiminen sekä konstruktivistinen oppimiskäsitys. Ehdollistumisoppimisella vaikutetaan tunteisiin, muun muassa kipuun liittyvän pelon, ahdistuksen ja

jännityksen vähentämiseen. Hoidossa tavoitteena on saada aikaan vastakkainen olotila, esimerkiksi lihasrentoutuksen avulla. Seuraamusoppimisteorian mukaan seuraukset vahvistavat kipukäyttäytymistä, eli ihminen voi pyrkiä käyttäytymään myös niin, että hän välttää kipuun liittyviä epämiellyttäviä seurauksia. Kun ihminen tietää tarpeeksi kipunsa syntymekanismeista, voi hän paremmin prosessoida sen vaikutuksia. Epämääräisyys ahdistaa ja pelottaa, jolloin elämä kapenee kivun ympärille. (Salanterä ym. 2006, 150–151.)

Mallioppiminen tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, jolloin kipukäyttäytyminen opitaan esimerkin vaikutuksesta jäljittelemällä tai toisten kokemuksista. Kivun kokemisella ei ole todettuja kulttuurieroja, mutta kivun ilmaisemiseen liittyvät tavat vaihtelevat eri kulttuureissa. Konstruktiivisen oppimiskäsityksen mukaan ihminen prosessoi, muokkaa ja tulkitsee vastaanottamaansa informaatiota läpi koko elämän. Ihminen rakentaa jatkuvasti kuvaa fyysisestä ja sosiaalisesta maailmasta, ja oppiminen kytkeytyy ihmisen toimintaan. Kipua kokeva ihminen voi siis oppia joko positiivisiin tavoitteisiin johtavia, mutta myös uhkan välttämiseen johtavia toimintoja. Läheisten ihmisten ja ammattihenkilöiden kannustava suhtautuminen vahvistaa positiivisia kokemuksia kivusta. Oppimisteorioiden pohjalta voidaan huomata, että kipuun liittyvien tunnetilojen hoito on yhtä tärkeää, kuin itse kivunhoito. Kipuun liittyvää pelkoa ja ahdistusta lievitetään rauhoittamalla potilasta oikealla tiedolla ja läsnäololla. Positiivisia tunnekokemuksia korostamalla ja esiintuomalla pyritään muuttamaan vääristyneitä käsityksiä ja tulkintoja kivusta ja sen seurauksista. (Salanterä ym. 2006, 151–152.)

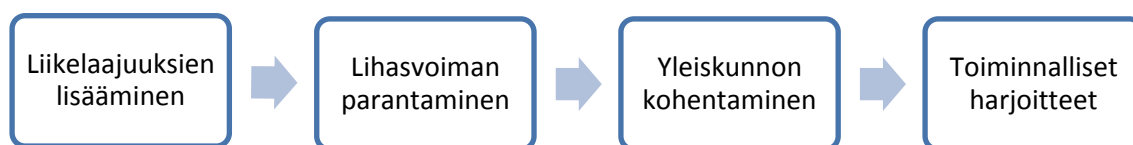
4.4.3 Kivun itsehoito

Kivun itsehoitona voidaan pitää erilaisia rentoutus- ja hengitysharjoituksia helpottamaan kivun aiheuttamaa negatiivista oloa. Rentoutumisen oppiminen vaatii harjoittelua ja edellyttää uuden taidon oppimista ja soveltamista jokapäiväisessä elämässä. Se lisää itsehallintaa ja riippumattomuutta sekä itsenäisyyttä, joka puolestaan parantaa elämänlaatua sekä lisää itseluottamusta ja uskoa omiin kykyihin. Jotta opittaisiin tunnistamaan jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen ero, rentoutumista voidaan opetella ensin jännittämällä ja sitten rentouttamalla lihasryhmiä. Seuraavaksi opetellaan rentoutumaan ilman lihasjännitystä. Rentoutuminen on potilaan oma aktiivinen menetelmä kivunhallintaan. (Salanterä ym. 2006, 154; Suomen Kipury 2010.)

Hengitysharjoituksen tarkoituksena on rentouttaa lihaksia, vähentää stressiä ja näin vähentää kivun voimakkuutta. Jo pelkkä rauhallinen syvään hengittäminen lisää elimistön hapensaantia. Hengitysharjoitus voidaan aloittaa rentouttamalla leukalihakset ja pitämällä kieli kevyesti kitalakea vasten. Tämän jälkeen puhalletaan keuhkot suun kautta mahdollisimman tyhjäksi. Seuraavaksi hengitetään nenän kautta syvään sisään ja pyritään täyttämään keuhkojen alaosa.

Hengitystä pidätetään hetki, jonka jälkeen jatketaan taas uloshengittämisellä. Hengitysharjoituksia voidaan tehdä useita kertoja päivässä, useiden minuuttien ajan. (Salanterä ym. 2006, 154–155; Suomen Kipu ry 2010.)

Fysikaaliset hoitomenetelmät ovat yleisiä erilaisten kiputilojen hoidossa, joissa menetelmät vaihtelevat passiivisista hoidoista aktiivisiin kuntouttaviin menetelmiin. Akuuttien kiputilojen hoidon ensisijaisena tavoitteena on kivun lievitys, jolloin hoitojen painopiste on usein passiivisten menetelmien käytössä. Pitkäaikaisia kiputiloja hoidettaessa ensisijaisena tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Hoidon tarkoituksena on ohjata potilasta ottamaan itse vastuuta toimintakykynsä ylläpitämisestä ja paranemisesta. Kroonisen kivun hoidossa käytettyjen fysikaalisten hoitomenetelmien tulee olla ensisijaisesti kuntouttavia ja potilaan omaa aktiivisuutta korostavia. (Salanterä ym. 2006, 158; Suomen Kipu ry 2010.)



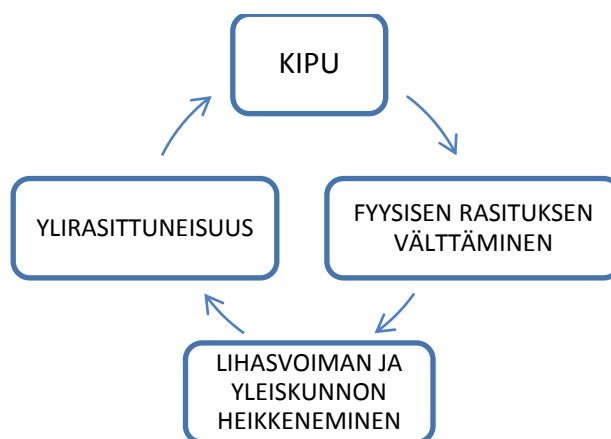
Kuvio 2: Fysikaalisten hoitojen eteneminen

Fysikaalisten kivunhoitomenetelmien kirjo on laaja (taulukko 1), sillä hoidon tavoitteet akuutissa ja pitkäaikaisessa kivussa ovat erilaisia. Kroonisen kivun hoidossa pyritään fysikaalisiin hoitomenetelmin siirtymään asteittain virheellisistä toimintamalleista normaaliin toimintaan. Eteneminen tapahtuu useimmiten liikelaajuuksien lisäämisen kautta lihasvoimien parantamiseen, yleiskunnon kohenemiseen ja lopulta toiminnallisten harjoitteiden kautta työharjoitteluun (kuvio 2). Paikalliset häiriöt liikelaajuuksissa tai lihasvoimissa saattavat johtaa elimistön niin sanotun kineettisen, eli hallitun rytmin häiriintymiseen, joka puolestaan voi aiheuttaa sekundaarisia ongelmia muualla tuki- ja liikuntaelimistössä. Lihasvoimia vahvistavissa ohjelmissa siirrytään isometrisistä, eli nivelharjoitteista isotonisten, eli lihasjännitysharjoitusten kautta lopulta toiminnallisiin harjoitteisiin. (Salanterä ym. 2006, 159; Suomen Kipu ry 2010.)

Taulukko 1: Fysikaalisia hoitomenetelmiä kivunhoitotyössä (Salanterä ym. 2006, 160–161.)

Menetelmät	Pääasiallinen vaikutus	Tavoite	Käyttöaiheet	Vasta-aiheet
Pintalämpö	ihoverenkierto paranee	lihasten rentoutuminen, kudosten venyvyyden paraneminen	itsehoito, fysioterapian esihoito	ihottuma, tulehdukset, metalli hoitoalueella, huono valtimoverenkierto
Syvälämpö	kudosten verenkierto paranee	lihasten rentoutuminen, kudosten venyvyyden paraneminen	fysioterapian esihoito	vaikea sydänsairaus, tahdistin, metallinen implantti hoitoalueella, rytmihäiriötaipumus, verenvuotosairaudet, tulehdukset, kasvaimet
Kylmähoito	kudosten lämpötila, verenkierto ja aineenvaihdunta heikkenevät, lihasspasmit vähenevät	kivunlievitys, lihasten rentoutuminen	akuutit pehmytkudosvammat, leikkauksen jälkihoito, akuutin selkäkivunhoito, fysioterapian esihoito	kylmänokkosihottuma
Hieronta	kudosten verenkierto ja imunestekierto paranevat	lihasten rentouttaminen	tuki- ja liikuntaelinten kivut	ihoinfektio, pinnallinen laskimotukos, suonikohjut, tuore laskimotukos, tyrä, verenvuototaipumus, vaikea valtimonkoveittumatauti, tuore vamma
Painepussipuristushoito	paikallinen imunestekierto paranee	turvotuksen ja siihen liittyvän kivun väheneminen	raajojen turvotus leikkauksen, sädehoidon, traumojen tai infektion jälkeen	tuore laskimotukos, ihoinfektio, verenvuototaipumus, ihovauriot, sydänperäinen turvotus
Lymfaterapia	paikallinen imunestekierto paranee	turvotuksen ja siihen liittyvän kivun väheneminen	synnynnäinen lymfajärjestelmän häiriö, imunestekierron häiriö, rintasyöpäleikkauksen tai sädehoidon jälkeen	tuore laskimotukos, ihoinfektio, verenvuototaipumus, ihovauriot
Allasterapia	heikkojen lihasryhmien harjoittaminen veden nosteen avulla	kivuton harjoittelu	nivelreuma, multipeliskleroosi, selkäkipu, neurologiset sairaudet	

Monet potilaat pelkäävät kipujensa pahenevan lisäämällä fyysistä aktiivisuuttaan. Monet myös pelkäävät kipujen pahenemisen liittyvän kudosaaurion pahenemiseen. Näiden uskomusten perusteella potilaat saattavat välttää fyysistä rasitusta. Tämä johtaa herkästi lihasvoiman ja yleiskunnon heikkenemiseen, joka puolestaan aiheuttaa yllirasittuneisuutta, kipuja ja pahenevan noidankehän (kuvio 3). Fysikaalisessa potilasohjauksessa tulee korostaa sitä, mihin potilas kykenee ja välttämään vertailuja aikaisempaan toimintakykyyn. (Haanpää 2007; Salanterä ym. 2006, 161–162; Suomen Kipu ry 2010.)



Kuvio 3: Noidankehä fysioterapiassa

4.5 Kivun tunnistamisen apuvälineet

Kivun tunnistaminen on yksi terveydenhuollon perustehtävistä, sillä noin 40 % potilaista tulee sairaalaan kivun takia. Lisäksi sairaalassa olevat potilaat joutuvat usein kokemaan kipua sairauden, tutkimusten ja hoitojen vuoksi. Kivun tunnistamisen paras asiantuntija on yleensä kivun kokija ja lähtökohtana ihmisen oma näkemys kivustaan. Hoitosuhteessa on muistettava, että potilaat ja hoitajat voivat tarkoittaa eri asioita samoilla sanoilla. Toisille kipu ja särky kuvastavat samaa, kun taas toisille ne ovat aivan erilaisia aistimuksia. Myös kivun voimakkuutta ilmaisevat sanonnat, kuten sietämätön kipu tai pahin kuviteltavissa oleva kipu, merkitsevät eri ihmisille eri asioita. (Estlander 2003, 14; Salanterä ym. 2006, 75 ja 78.)

Hoitotyössä kivun tunnistaminen toimii päätöksenteon perustana, ja potilaan yksilölliset tarpeet ja kokemukset hoidon lähtökohtana. Kivun tunnistaminen ja hoitaminen on vaativaa ja edellyttää monenlaisia tietoja ja taitoja. Kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa pyritään siihen, että kivun syy saadaan selvitettyä. Kipua tulee arvioida säännöllisesti tietyin väliajoin. Arviointitiheys riippuu potilaan kivun syystä, potilaan voinnista ja hoidosta. Kivun voimakkuutta tulisi arvioida ainakin levossa ja liikkeessä sekä lievimmillään ja pahimmillaan. (Kauppila 2012; Salanterä ym. 2006: 7, 75 ja 84.)

Akuutin kivun arviointi fysiologisesti eli peruselintoimintoja mittaamalla on epävarmaa, mutta sen perustana ovat akuutin kivun aiheuttamat muutokset elimistössä (taulukko 2). Peruselintoimintoihin vaikuttavat myös monet muut tekijät, kuten potilaan sairaudet, lääkitys, tunne-tila ja toiminta sekä hoitoympäristö. Fysiologinen arviointi auttaa kertomaan hyvin esimerkiksi tajuttoman tai tehohoidossa olevan potilaan akuutista kivusta. (Salanterä ym. 2006, 75–76.)

Taulukko 2: Akuutin kivun vaikutukset elimistössä

Sydän- ja verenkiertoelimistö	<ul style="list-style-type: none"> • sydämen syke kiihtyy • verenpaine nousee • sydänlihaksen hapenkulutus lisääntyy • rytmihäiriöiden riski kasvaa • laskimotukoksen riski kasvaa
Hengitys	<ul style="list-style-type: none"> • hengitystaaajuus kiihtyy • hengityksen kertatilavuus laskee • liman kertyminen lisääntyy • yskiminen vaikeutuu • hapetus ja keuhkotuuletus vähenevät • keuhkokuumeen riski kasvaa
Ruoansulatuskanava	<ul style="list-style-type: none"> • mahalaukun tyhjeneminen hidastuu • suolentoiminta huononee
Aineenvaihdunta	<ul style="list-style-type: none"> • virtsaneritys vähenee
Hormonitoiminta	<ul style="list-style-type: none"> • verensokeri nousee • stressihormoni lisääntyy
Muut	<ul style="list-style-type: none"> • toipuminen hidastuu • kipu pitkittyy

Fysiologisen arvioinnin lisäksi kipua voidaan arvioida myös yksilön käyttäytymisellä. Kivun kokeminen on subjektiivista ja sen voimakkuutta, laatua ja paikkaa ei voida objektiivisesti mitata. Käyttäytymisen perusteella kipu ja kärsimys voidaan tunnistaa ja saada näkyväksi. Kipupotilas viestittää hätäänsä ja kipua kielellisesti tai eleillä ja ilmeillä. Hän voi kuvailla oireitaan, valittaa, voivottaa, irvistellä, huokailla, ontua, vaihtaa asentoa tai ottaa kipulääkettä. Kommunikoimaan kykenemättömillä käyttäytymisen arviointi voi olla paras tapa arvioida kipua, ja sitä pidetään luotettavampana kuin fysiologisten muutosten arviointia. Käytöstä voidaan arvioida tarkkailemalla kasvojen ilmeitä, itkua, kyyneleitä, kehon asentoa ja yksilön suhtautumista kehoon sekä raajojen liikkeitä. Myös aggressiivisuus, hermostuneisuus, kehon suojaaminen ja ahdistus voivat viitata kipuun. Kipu on siis mitä ihminen sanoo tai ilmaisee. (Estlander 2003, 12; Kauppila 2012; Salanterä ym. 2006, 7–8 ja 57–59 ja 76–77.)

Yksilöä itseään pidetään oman kipunsa parhaana asiantuntijana ja siksi kivun arviointi kysymällä sitä kipua kokevalta on paras tapa arvioida kipukokemusta. Itsearviointi ei kuitenkaan ole aina yksinkertaista, ja siksi potilasta tulee ohjata siinä. Potilasta voi ohjata kysymällä häneltä erilaisia kysymyksiä kivusta, esimerkiksi kivun voimakkuudesta, sijainnista, kestosta, laadusta ja asioista, jotka lisäävät tai vähentävät kipua. (Salanterä ym. 2006, 78; Salo 2011.)

Kiputilojen mekanismin mukainen jaottelu luo käyttökelpoisen perustan kivun hoidon suunnittelulle. Kudosvauriokivun, eli nosiseptiivisen kivun tunnistaminen on usein helppoa, sillä kivun syy on tiedossa tai helposti tunnistettavissa. Kipua voidaan kuvata pistäväksi, teräväksi tai repiväksi ja kipu paikannetaan kudosvaurioalueelle. Akuutteja kudosvauriokipuja ovat akuutit tuki- ja liikuntaelinperäiset kiputilat ja leikkauksen jälkeinen kipu. Kroonista kudosvauriokipua aiheuttavat tulehdukselliset nivelsairaudet (esimerkiksi reuma ja nivelrikko), osteoporooosi, iskeemiset eli hapenpuutteesta johtuvat tilat ja syöpäsairauksiin liittyvät luustoetäpesäkkeet. Myös rasisperäiset tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvät kivut voivat kroonistua. (Haanpää 2007; Salanterä ym. 2006, 79.)

Hermovauriokipu, eli neuropaattinen kipu tarkoittaa kiputilaa, jonka aiheuttaa somatosensorisen järjestelmän, eli raajojen asentoon, liikkumiseen sekä ihoon liittyvien aistien vaurio tai sairaus. Hermovauriokipu on luonteeltaan voimakasta ja laadultaan epämiellyttävää. Kipua kuvataan usein sähköttävänä, kihelmöivänä, polttavana tai pistelevänä, ja siihen voi liittyä sähköiskun kaltaisia tuntemuksia. Neuropaattiseen kipuun liittyy tuntomuutoksia tai tuntuu- puutoksia ja sentraalinen eli aivo- tai selkäydinperäinen kipu on usein laaja-alaista. (Haanpää 2007; Salanterä ym. 2006, 79–80.)

Viskeraalisilla kivuilla tarkoitetaan vatsa- ja rintaontelon elinten aiheuttamia sisäelinperäisiä kipuja, joille tyypillisiä piirteitä ovat kivun epämääräinen paikantuminen, aaltomaisuus, kivun heijastuminen sekä autonomiset oireet. Viskeraaliseen kipuun liittyviä autonomisia oireita ovat esimerkiksi hikoilu, kalpeus, pahoinvointi ja oksentelu sekä verenpaineen ja pulssin muutokset. (Salanterä ym. 2006, 80.)

Mekanismeiltaan tuntemattomalla eli idiopaattisella kivulla tarkoitetaan vähintään kuusi kuukautta kestänyttä kiputilaa, jossa kipua ei voi puhtaasti selittää somaattisilla kliinisillä löydöksillä. Näille potilaille tyypillisiä piirteitä ovat usein moninaiset tuki- ja liikuntaelinperäiset ongelmat sekä runsas terveystalvelujen käyttö ja päivystyskäynnit. Kiputilasta voidaan käyttää myös nimitystä krooninen kipuoireyhtymä. Psykkisiin mekanismeihin selittyvä eli psykogeeninen kipu on harvinaista, ja sen tunnistamiseen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, jossa psykiatrisella tutkimuksella on keskeinen osuus. (Haanpää 2007; Salanterä ym. 2006, 81–82.)

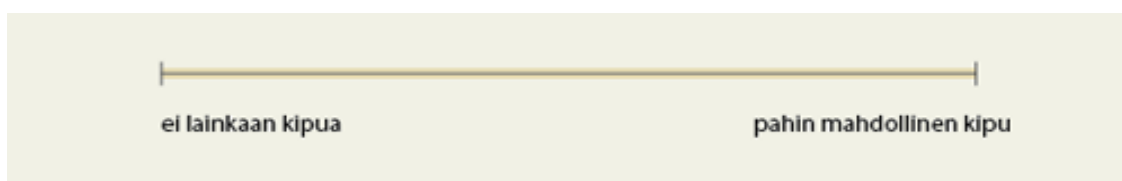
Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen moniulotteinen kipuluokitus on asiantuntijoiden yhteisymmärrykseen perustuva luokittelujärjestelmä, johon sisältyy yli 200 kipudiagnoosia kuvauksineen. Luokittelussa otetaan huomioon viisi ulottuvuutta: kivun sijainti (esimerkiksi pää, rintakehä, alaraajat), elinjärjestelmä (esimerkiksi hermosto, hengityselimet, lihakset), ajallinen esiintyminen (esimerkiksi jatkuva, tasainen, jaksottainen, epäsäännöllinen), potilaan ilmoittama voimakkuus (lievä/keskinkertainen/voimakas) ja kesto (alle 1 kuukausi / 1–6 kuukautta / yli 6 kuukautta) sekä syy eli etiologia (esimerkiksi tulehdus tai kasvain). IASP:n luokitus (The International Association for Study of Pain) on ainoa nimenomaan kiputiloja luokitteleva järjestelmä. Tämä ei kuitenkaan huomioi kipuun liittyviä tunteita tai kipukäyttäytymistä, eikä sen luotettavuutta ole empiirisesti selvitetty. (Estlander 2003, 19.)

Kivun arviointiin on kehitelty erilaisia kipumittareita, joilla potilas voi ilmentää kokemuksensa kivusta. Yleisimmät kivun voimakkuuden arviointimittarit ovat visuaalinen kipukiila tai kipujana (VAS eli visual, analogue scale), numeerinen kipumittari (NRS eli numerical rating scale) ja sanallinen kipumittari (VDS eli verbal descriptor scale). Sanallisen kipumittarin apuna voi käyttää listaa kipua määrittelevistä adjektiiveista (taulukko 3). Asteikkojen käyttö vaihtelee sen mukaan, miten tarkkaa tietoa tarvitaan. Kivun voimakkuuden arvioinnissa käytettävä asteikko voidaan myös valita potilaan mieltymysten mukaan. Toiset hahmottavat paremmin numerot, kun taas toiset kiilan tai kivun voimakkuutta kuvaavat kipusanat. Valittu kipumittari tulee kirjata potilasasiakirjoihin ja samaa mittaria käytetään koko hoitojakson ajan. (Carrera, Soliveres, Badenes-Quiles, Renart, Ga Raimund, 2013, 154–156; Gagliese, Weizblit, Ellis & Chan 2005; Salanterä ym. 2006, 83–84; Vainio 2009; Williamson & Hoggart 2005.)

Taulukko 3: Tunteita ilmaisevia adjektiiveja

TUNTEITA ILMAISEVIA ADJEKTIIVEJA		
• aaltoileva	• pistävä	• tukahduttava
• kohtausittainen	• läpituokeva	• musertava
• jatkuva	• terävä	• nykivä
• tykyttävä	• vihlova	• riuhtova
• jumputtava	• viiltävä	• kuumottava
• jyskyttävä	• repivä	• paahtava
• pinnallinen	• syvä	• polttava
• toispuoleinen	• vyömäinen	• tulinen
• säteilevä	• puristava	• ärsyttävä
• tainnuttava	• kouristava	• ahdistava
• pelottava	• lievä	• tuskastuttava
• kauhea	• kiusallinen	• närästävä
• karmiva	• kova	• kuvottava

Kipukiila tai kipujana (VAS, kuvat 1 ja 2) on kymmenen senttimetriä pitkä, päästään avoin jana, jonka toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pahinta mahdollista kipua tai sietämättömän voimakasta kipua. Janalta potilas voi osoittaa kohtaa, jonka voimakkuuksista kipua hän arvioi kokevansa. Kipujanana toisella puolella on mitta-asteikko, josta voidaan lukea näytetty kipu lukuna 0–100 millimetrinä tai 0–10 senttimetrinä. Kipujanana käytetään potilaan kivun arviointiin hyvin yleisesti hoitotyössä, sillä sitä pidetään melko luotettavana kivun voimakkuuden mittarina. (Carrera ym. 2013, 154–155; Gagliese ym. 2005; Salanterä ym. 2006, 84–85; Vainio 2009; Williamson & Hoggart 2005.)



Kuva 1: Kipujana



Kuva 2: Kipukiila

Numeerinen kipumittari (NRS, kuva 3) on asteikoltaan normaalisti 0–10 tai 0–100, jossa nolla tarkoittaa ei lainkaan kipua. Tämä on yksinkertainen ja helppokäyttöinen kivun voimakkuuden mittari. Joillekin saattaa tuottaa vaikeuksia hahmottaa, että 10 on pahin mahdollinen kipu, sillä kouluarvosanoin 10 tarkoittaa erinomaista. Ennen mittarin käyttöä on varmistettava, että potilas ymmärtää, miten mittaria tulee käyttää. Haastetta tuo se, että numeroiden ja kivun voimakkuuden välillä ei ole selkeää yhteyttä, sillä kivun subjektiivisen luonteen vuoksi ei ole lainkaan varmaa, että sama numero tarkoittaisi kaikkien mielestä saman voimakkuuksista kipua. (Carrera ym. 2013, 154; Gagliese ym. 2005; Salanterä ym. 2006, 85–86; Vainio 2009; Williamson & Hoggart 2005.)



Kuva 3: Numeerinen kipumittari

On olemassa myös moniulotteisia kivun arviointimittareita, joilla kivun voimakkuuden lisäksi selvitetään muun muassa kivun sijaintia, voimakkuutta ja säteilyä kehon kuvan avulla tai kivun laatua sanaston avulla. Lisäksi kroonisen kivun arvioinnissa voidaan käyttää kipuhistoriaa kartoittavia lomakkeita ja kipupäiväkirjoja, joissa pyritään selvittämään miten kipu on alkanut, miten se on muotoutunut, millaista kipu on voimakkuudeltaan, laadultaan ja sijainniltaan sekä mitä ongelmia kipu aiheuttaa ja miten kipua kokeva on sitä pyrkinyt hoitamaan. (Gagliese ym. 2005; Salanterä ym. 2006, 87–89; Vainio 2009.)

4.6 Hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi

Kivun hoidon tavoitteena on lievittää potilaan kipua ja ehkäistä sen haitallisia vaikutuksia elimistössä. Toimenpiteeseen liittyvän kivunhoito on tehokkainta, kun kipulääkitys aloitetaan jo ennen toimenpidettä. Esilääkkeen antaminen vähentää opioidin tarvetta toimenpiteen jälkeen. Myös toimenpiteen jälkeinen kipulääkitys tulee annostella ajoissa, sillä kipu on helpompi saada hallintaan, kun se ei ehdi yltyä sietämättömäksi ennen lääkkeen antamista. Hoitamattomana voimakas akuutti kipu saattaa altistaa potilaan kivun kroonistumiselle. (Salanterä ym. 2006, 147.)

Keskeinen tekijä kivun kroonistumisen ennaltaehkäisyssä on kivun kroonistumiselle altistavien lääketieteellisten ja psykososiaalisten tekijöiden tunnistaminen. Kroonistumisen lääketieteellisiä riskitekijöitä ovat aikaisemmat pitkäaikaiset kiputilat, hermovauriot sekä sympaattisen hermoston yliaktiiviteettiin viittaavat oireet. Näitä ovat muun muassa kivuliaan raajan punoitus, turvotus, hikoilun muutokset, pitkittynyt liikerajoitus vamman jälkeen sekä herkkyys kylmälle tai kuumalle. (Salanterä ym. 2006, 148.)

Psykologisten ja psykososiaalisten riskitekijöiden on myös todettu vaikuttavan keskeisesti kivun muuttumisessa akuutista kudosvauriosta toimintakykyyn vaikuttavaksi krooniseksi ongelmaksi. Riskitekijät voivat olla kognitiivisia tai tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä. Kivun pitkittymiseen voivat vaikuttaa muun muassa masentuneisuus, ahdistuneisuus, psyykinen uupuneisuus ja passiivisten selviytymiskeinojen käyttäminen. (Salanterä ym. 2006, 148.)

Kivunhoidon suunnitelman laatiminen sisältää tavoitteen asettamisen kivunhoidolle ja hoitomenetelmien valinnan. Potilaan kivun tunnistaminen on hyvin haasteellista, joten siihen on kehitetty useita erilaisia apuvälineitä ja menetelmiä sekä hoitotyön auttamiskeinoja. Näiden tietoinen ja systemaattinen käyttö lisää koko hoidon onnistumista jokaisen kipua kokevan potilaan kohdalla. (Haanpää 2007; Kauppila 2012; Salanterä ym. 2006, 11.) Akuutin kivun hoidon pitäisi sisältää samanaikaisesti kivun hoidon, sen aiheuttajan hoidon ja siihen liittyvän ahdistuksen ja pelon hoidon. Kivun kroonistumista voidaan estää myös hoitamalla tehokkaasti sen psyykkisiä ja psykososiaalisia ulottuvuuksia, jo akuuttivaiheessa. (Estlander 2003, 17.)

Hoitotyön toteutuksessa on huomioitava, että kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän. Tämä auttaa ymmärtämään kivun henkilökohtaista luonnetta muistuttamaan hoitajaa siitä, että potilas on aina oman kipunsa paras asiantuntija. Tulee silti muistaa, että on paljon ihmisiä, jotka eivät kykene syystä tai toisesta ilmaisemaan kipuaan asiallisesti, kohtuudella tai lainkaan. (Salanterä ym. 2006, 7–8; Vainio 2009.)

Kivun hoitotyön onnistumista edesauttaa selkeä vastuunjako, jotta jokainen hoitotyötä toteuttava tietää varmasti mitä tekee ja mistä saadaan ratkaisut kivunhoitoon. Kivun hoitotyö onnistuu parhaiten, kun on etukäteen mietitty, miten hoito kokonaisuutena toteutetaan, mitä arviointi- ja kivun tunnistamisen apuvälineitä käytetään, mitä hoitotyön auttamiskeinoja käytetään, miten hoito toteutetaan, miten kivusta kirjataan ja raportoidaan ja kenelle raportoidaan. Pitäisi olla myös valmiiksi suunniteltuna, miten kivun hoidon ja hoitotyön onnistumista arvioidaan säännöllisesti. Potilas on motivoituneempi hoitoon, kun asetetaan tavoitteet lyhyelle aikavälille. Kivun hoitotyö voi epäonnistua yhteiskunnasta, organisaatiosta, henkilökunnasta ja potilaasta sekä hänen omaisistaan johtuvista syistä. (Kauppila 2012; Salanterä ym. 2006, 11–13.)

Kivun hoidon ja hoitotyön onnistumista voidaan arvioida monilla tavoilla. Yksinkertaisesti kivun hoitotyön onnistumista voidaan arvioida kysymällä potilaalta kivuista, hoidosta ja hoidon vaikutuksista, sopivuudesta ja tehokkuudesta. Pelkkä kivunhoito ei tietenkään riitä, vaan potilasta ja hänen vointiaan tulee seurata ja hoitaa kokonaisuutena. Kivunhoitoa voidaan pitää epäonnistuneena vaikka se olisi tehokasta ja onnistunutta, jos potilas on lääkkeitä tokkurassa tai jalat puuduksissa, ettei hän pysty liikkumaan. Pitkään kestäneen kivun hoidon ja hoitotyön onnistumista voidaan arvioida kivun lievittymisen lisäksi fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta. Hoidon onnistumista voidaan arvioida saavutetulla vasteella eli sillä, lieveneekö tai poistuuko kipu. (Salanterä ym. 2006, 12.)

Hoidon vaikutuksen arviointi, on yhtä oleellista kuin kivun tunnistaminen ja tehokas hoito. Hoidon vaikutusta voidaan arvioida seuraamalla kivun voimakkuuden lievittymistä samalla kipumittarilla, jonka avulla kipua on arvioitu hoitojakson alussa. Hoidon tehon lisäksi tulee arvioida mahdollisia haittavaikutuksia ja asetettujen tavoitteiden toteutumista. Akuuttiin kipuun annetun lääkityksen tehoa tulee arvioida noin 20–30 minuuttia lääkkeen oton jälkeen. Myös kivun laatua, sijaintia, kestoa ja haittavaikutuksia tulee seurata sekä lääkkeettömien hoitomenetelmien tehoa ja haittavaikutuksia arvioida. (Salanterä ym. 2006, 101.)

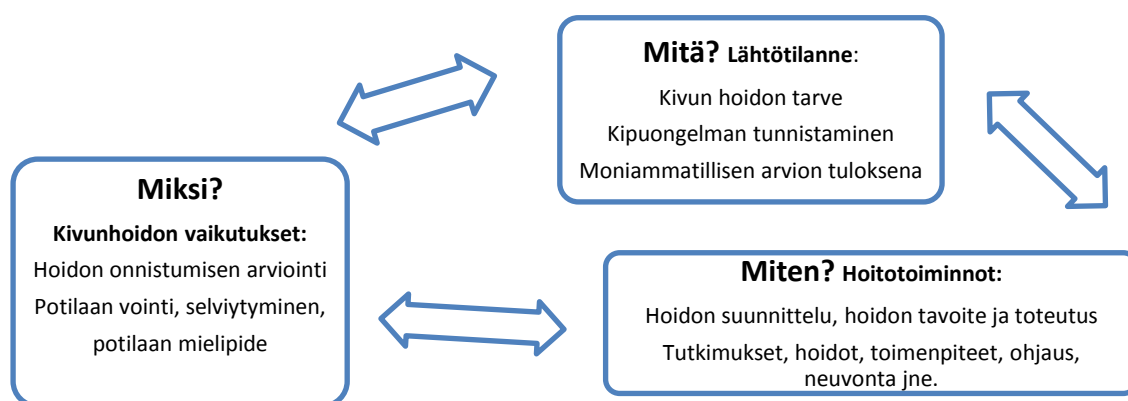
Lääkkeen ja lääkkeettömien hoitomenetelmien vaikutus kirjataan potilasasiakirjoihin. Kun kipu ja sen luonne, hoidot ja hoitojen vaikuttavuus on merkitty potilasasiakirjoihin, voidaan

puhua hoidon jatkuvuudesta. Hoitojen vaikuttavuuden kirjaamisella on merkitystä etenkin, kun pyritään löytämään onnistunut ja tehokas kivunhoito. Kivun voimakkuuden ja hoidon vaikuttavuuden seurannalla voidaan löytää jo varhaisessa vaiheessa ne lyhytkestoisesta toimenpiteen jälkeisestä kivusta kärsivät, joiden kipu uhkaa pitkittyä. (Salanterä ym. 2006, 101.)

4.7 Kivun kirjaaminen

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa hoitotyöntekijöitä asianmukaiseen potilasasiakirjojen laatimiseen, säilyttämiseen ja salassapitoon. Kirjaaminen toimii lähtökohtana hoitotyön suunnitelmalle, jatkuvuudelle, tiedon kululle ja sen avulla voidaan arvioida kipua luotettavasti. Myös sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2001) mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamisen kannalta kaikki tärkeät tiedot.

Tiedon välittyminen kivun hoitotyössä edellyttää tarkkaa ja järjestelmällistä kirjaamista, sillä potilasasiakirjojen kautta välittyvä tieto auttaa muita hoitoon osallistuvia tekemään päätöksiä potilaan kivunhoidosta (Kauppila 2012). Hyvin kirjatun kivun hoidon avulla annetaan ja saadaan selkeä kuva potilaan kipuongelmasta sekä hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Potilasasiakirjasta tulee selvitä muun muassa potilaan hoitomenetelmät, toimenpiteet ja toimenpiteiden vaikutukset. Säännöllinen kirjaaminen mahdollistaa potilaan hoidon jatkuvuuden sekä hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Lisäksi kirjaamisella on tärkeä merkitys potilasturvallisuudelle, potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvalle sekä hoidon laadun kehittämiseksi. Hoidollisessa kirjaamisessa ja päätöksenteossa voidaan käyttää jäsentäviä kysymyksiä mitä, miten ja miksi (kuvio 4). (Salanterä ym. 2006,102.)



Kuvio 4: Hoidollinen päätöksenteko ja kirjaaminen

4.8 Farmakologinen kivunhoito

Jakaessa ja antaessa kipulääkkeitä, sairaanhoitajan tulee kirjata potilasasiakirjoihin kivun voimakkuus, kipulääkkeen nimi, lääkemuoto, annos, antotapa, aika ja lääkkeen vaikutus. Tämän lisäksi hoitaja vahvistaa merkinnät omilla nimikirjaimilla, ja ilman hoitavan lääkärin lupaa, potilaille ei tule antaa ylimääräisiä lääkkeitä. Kivun hoidossa nousee keskeiseksi myös itsehoito, joka on kannustava sekä potilaan omia kivunhallintamekanismeja tukeva potilasohjaus. (Käypähoitosuositus 2009; Salanterä ym. 2006, 107 ja 141–142.)

Lääkkeen vaikutuksen alkamiseen, keston ja voimakkuuteen vaikuttaa lääkkeen antotapa. Laskimoon annettaessa vaikutus alkaa nopeasti mutta kestää usein vain lyhyen aikaa, kun taas suun kautta annettaessa vaikutus alkaa hitaammin, mutta kestää pidemmän aikaa. (Nurminen 2004, 16.) Enteraalinen antotapa tarkoittaa lääkkeen annostelua ruoansulatuskanavaan, ja parenteraalisella tavalla tarkoitetaan lääkkeen annostelua ihon alle, lihakseen tai suoneen. Kipulääkkeen antotapa tulee määrittellä hoidettavan kivun syyn perusteella. (Käypähoitosuositus 2009; Salanterä ym. 2006, 133.)

Kipulääkkeiden yhteisvaikutukset tulee ottaa huomioon lääkitystä mietittäessä, sillä lääkeaineiden keskinäinen yhteensopimattomuus on keskeinen haittavaikutusten aiheuttaja. Esimerkiksi tulehduskipulääkkeitä käytettäessä tulee huomioida, että ne vähentävät verenpainelääkkeiden tehoa ja lisäävät yhteiskäytössä varfariinin ja muiden antikoagulanttien kanssa verenvuotoriskiä. Ongelmalliset yhteisvaikutukset voidaan usein kiertää valitsemalla lääkitykseen pysyvästi tai väliaikaisesti lisättäviä lääkkeitä siten, että haittavaikutuksilta vältytään. (Haanpää 2007; Laine 2005, 93–98; Suomen Kipu ry 2010.)

Tulehduskipulääkkeet eli NSAID-lääkkeet (non steroidal anti-inflammatory drugs), muun muassa ibuprofeeni ja asetyylisalisyylihappo, ovat eniten käytettyjä kipulääkkeitä, etenkin leikkauksen jälkeisenä kivunhoitona. Niillä estetään COX-entsyymien toiminta elimistössä, jolloin kipu, kuume ja tulehdusreaktio vähenevät. Samalla vähenee myös prostanoidien tuotanto, joka tarvitsee COX-entsyymiä muodostuakseen. Samalla heikkenee siis myös prostanoidien suojaavat vaikutukset, eli osallistuminen munuaisten normaaliin toimintaan, veren hyytymismekanismien tukeminen, verisuonten toiminnan sääteleminen ja vatsan limakalvon suojaaminen. Tulehduskipulääkkeillä on siis melko paljon haittavaikutuksia. Tavallisin näistä on ruoansulatuskanavan ärsytys ja pitkäaikaisessa käytössä mahalaukun limakalvon haavaumat. (Käypähoitosuositus 2009; Nurminen 2004, 227–229; Salanterä ym. 2006, 109; Suomen Kipu ry 2010.)

Parasetamolin vaikutusmekanismi poikkeaa muista kipulääkkeistä vaikuttamalla pääasiassa keskushermoston kautta hermopäätteisiin, jossa se estää COX-3-entsyymien toimintaa. Sillä on

kuumetta alentava ja kipua lievittävä vaikutus, muttei vaikuta tulehdusreaktioon. Parasetamolia voidaan käyttää lievän ja keskivaikean kudosaivuriosta johtuvan kivunhoitoon samoin kuin tulehduskipulääkkeitä. Se aiheuttaa vähemmän haittavaikutuksia kuin muut tulehduskipulääkkeet ja sopii kaikille. Sen haittana voidaan pitää sen heikompa tehoa kipuun sekä lääkkeen maksatoksisuutta. Maksavauriot liittyen parasetamolien käyttöön ovat harvinaisia, ja ne liittyvät normaalisti yliannostelutilanteisiin. Aikuisilla parasetamolien maksimiannos vuorokaudessa on 3–4 grammaa. Jos potilaalla on maksavaurioiden riskiä lisäävä sairaus tai muu maksan toimintaa heikentävä tekijä, kuten runsas alkoholin käyttö, tulee parasetamolia annostella varoen. (Salanterä ym. 2006, 115; Suomen Kipu ry 2010.)

Opioidit toimivat kipulääkkeenä vaikuttaen keskushermoston aivojen ja selkäytimen alueella oleviin kivun säätelyjärjestelmän osiin. Sen kipua lievittävä kokonaisteho on suurempi kuin tulehduskipulääkkeillä, ja analgeettisen eli sen kipua lievittävän vaikutuksen lisäksi ne vähentävät ahdistuneisuutta ja saavat aikaan hyvänolon tunteen. Tunnetuimpia tämän ryhmän lääkkeitä ovat muun muassa morfiini, oksikodoni, metadoni ja fentanyyli. Kaikki edellä mainitut lääkkeet edellyttävät huumausainelääkemääräystä. Miedompia opioideja ovat kodeiini ja tramadoli. Opioidit aiheuttavat riippuvuutta. Voidaan puhua psyykkisestä riippuvuudesta, jolloin potilas käyttää opioideja hyvänolontunteen takia, ja fyysisestä riippuvuudesta, joka syntyy kaikille, jotka käyttävät opioideja suurehkoina annoksina ja jatkuvasti. Opioidien teho vähenee pitkäaikaisessa käytössä, jolloin annosta joudutaan lisäämään vähitellen ja niiden äkillinen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita. Yleisimmät keskushermostoon vaikuttavien euforisoivien kipulääkkeiden haittavaikutuksista ovat väsymys, pahoinvointi, oksentelu ja ummetus. Suuret annokset voivat aiheuttaa sekavuutta, hikoilua, kutinaa, lihasnykäyksiä ja mielialan muutoksia. Vaarallisin haittavaikutus on hengityslama, sillä opioidit heikentävät aivojen hengityskeskusten herkkyyttä hiilidioksidille. (Haanpää 2007; Nurminen 2004, 233–235; Salanterä ym. 2006, 118–119; Suomen Kipu ry 2010; Vainio 2004, 76–78.)

Paikallisuudutteita käytetään yleensä lyhytkestoisen kivun hoidossa tai annettaessa puudutetta tiputuksessa katetrin kautta jatkuvasti elimistöön. Tavallisimmin käytetään niin sanottua infiltraatiopuudutusta, jossa puudute ruiskutetaan suoraan kudokseen, esimerkiksi haavojen ompelun tai luomien poiston yhteydessä. Johtopuudutuksessa puudutusaine ruiskutetaan puudutettavan alueen hermon tai hermopunoksen läheisyyteen, muun muassa sormi- ja varvastoimenpiteissä. Pintapuudutuksessa puudute annostellaan limakalvolle tai iholle geelinä tai voiteena. Laskimopuudutusta käytetään yläraajojen lyhytkestoisissa verityhjiötä vaativissa toimenpiteissä. Spinaalipuudutuksessa tai epiduraalipuudutuksessa puudute annostellaan selkäydinkanavaan tai selkäydintä ympäröivään epiduraalitilaan. Puuduteaineiden allergiset reaktiot ovat melko harvinaisia, mutta mikäli verenkiertoon pääsee nopeasti liian suuri määrä puudutetta, syntyy puudutemyrkytys, jonka oireena ovat muun muassa verenpaineen lasku, levottomuus, vapina ja kouristukset sekä hengitystoiminnan häiriöt. Hoitona tähän on hengi-

tyksen ja verenkierron ylläpitäminen sekä kouristuksien hoito. Lisäämällä verisuonia supistavaa adrenaliinia paikallispuudutteisiin, estetään puudutusaineen leviäminen pois puudutettavalta alueelta, ja puudutteelle saadaan pidempi vaikutusaika sekä muualta verenkierron kautta tulevat haittavaikutukset vähenevät. Lisäksi verenvuoto toimenpidealueella vähenee. Adrenaliinia ei saa kuoliovaaran vuoksi käyttää sormien ja varpaiden puudutuksessa, eikä sydänvaikutuksen vuoksi rytmihäiriöpotilailla, kilpirauhasen liikatoimintapotilailla tai mikäli potilaalla on käytössä trisyklinen masennuslääke. (Nurminen 2004, 248–249; Vainio 2004, 83.)

4.9 Sairaanhoitajan asiantuntijuus

Kivun hoidon onnistumista edesauttavat selkeä vastuu- ja tehtävänjako, ajantasaiset ohjeet kivun hoidon toteutukselle, yhdenmukaiset kivun arviointimenetelmät, asianmukainen lääke- ja hoitovälinevalikoima, riittävä koulutus ja määritellyt minimilaatukriteerit sekä niiden seuranta. (Lindqvist 2001; Salanterä ym. 2006, 15–16.) Koska usein potilaalle määritellään monia hoitotyön ongelmia, kivun hoitotyön onnistumisen kannalta on merkitystä sillä, miten sairaanhoitaja priorisoi kivun suhteessa potilaan muihin ongelmiin. Kivun ymmärtäminen edellyttää laajaa ja kokonaisvaltaista tulkintaa ja yhdessä pohdittua tietoa tilanteessa. (Kauppila 2012; Salo 2011.)

Salanterä ym. (2006: 9, 11 ja 13) ovat määritelleet, että kivun hoitotyö on kipua kokevan potilaan ja hänen omaistensa auttamista hoitotyön keinoin. Se edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipua, valita kuhunkin tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamiskeinot, yhdistää ne muihin kivunhoitokeinoihin ja arvioida hoidon onnistumista. Tehokas kivunhoito voi lisätä lääkehoidon kustannuksia, mutta samalla lyhentää toipumisaikaa ja hoidon komplikaatioita. Vaikka potilas osaakin kertoa kivustaan, täytyy hoitajalla olla valmiudet kivun hoitotyön toteutukseen. Esteitä kivun hoitotyön onnistumiselle voivat aiheuttaa muun muassa hoitajan välinpitämätön ja vähättelevä asennoituminen kivunhoitoon sekä eri ammattiryhmien yhteistyön puute. Hoitajan tulee pitää tietonsa ja taitonsa ajan tasalla.

Ammattikorkeakoulujen hoitotyön koulutusohjelmissa kivun hoitotyön asema on vähäinen. Opetussuunnitelmissa mainitaan hajanaisesti kivun tunnistamisesta ja hoitotyön ympäristöstä, auttamismenetelmissä painottuu lääkkeellinen kivunhoito. Sairaanhoitajat saavat peruskoulutuksessaan tietoa kivusta vain hajallaan eri yhteyksissä. Hoitotyön asiantuntijaksi kasvaminen edellyttää jatkuvaa kouluttautumista ja työkokemusta. Ammatillisesta kasvusta ja kivun hoitotyön kehittämistä kiinnostunut sairaanhoitaja voi syventää, laajentaa ja kehittää koulutuksessa ja hoitotyössä hankittuja valmiuksia kivunhoidossa. Erityisosaamiseen perustuva epävirallinen ammattinimike on kipuhoitaja, ja asiantuntijuus näkyy kivun hoitotyön osaamisen kasvuna, joka ilmenee taitojen lisääntymisenä sekä vuorovaikutusverkoston kehittymisenä. Työelämässä opintojen tuoma hyöty näkyy kipuhoitajan osaamisen vahvistumisena sekä tiedon

ja taidon siirtymisenä työyksikön kivun hoitotyön käytäntöön. Tiedon ja osaamisen lisääntyminen johtaa kipuhoitajan uusiin kokemuksiin, joka taas johtaa edelleen uuteen tietoon. (Metropolia 2013, Salanterä ym. 2006, 69–70.)

4.10 Moniammatillinen yhteistyö kivun hoidossa

Hyvä kivunhoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä, jossa kaikilla hoitoon osallistuvilla on samat tavoitteet. Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluvat sairaanhoitajien lisäksi muun muassa lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, sosiaalityöntekijät, fysioterapeutit ja sairaalapastorit. Moniammatillisella kivunhoidolla tarkoitetaan eri ammattiryhmien järjestäytyntä yhteistoimintaa kivun hoidossa, eli säännöllistä yhteistyötä tai sovittuja toimintamalleja eri ammattiryhmien kesken. Eri ammattiryhmien yhteistyötä tehostamalla parannetaan potilaiden kivunhoidon laatua ja lyhennetään sairaalassaoloaikoja. Moniammatillista yhteistyötä toteutetaan etenkin kroonisen kivun hoitoon perehtyneissä yksiköissä, kuten kipupoliklinikoilla ja kipupotilaiden kuntoutusyksiköissä sekä syöpäkivun hoidossa. Myös muissa terveydenhuollon organisaatioissa monien eri ammattiryhmien tulee suunnitella ja toteuttaa kipupotilaiden hoitoa, tutkimusta ja kuntoutusta. Yhteistyön tulee olla säännöllistä ja toimintamallien vakiintuneita. (Kauppila 2012; Salanterä ym. 2006, 66.)

Erityisesti leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa erikoissairaanhoidossa eri ammattiryhmien yhteistyö on jo monin paikoin järjestäytyntä. Sairaaloissa on perustettu niin sanottuja APS-organisaatioita (Acute Pain Service), joissa toimivat akuutin kivun hoidosta vastaavat lääkäri ja kipuhoitaja yhteistyössä vuodeosastojen hoitohenkilökunnan kanssa. APS-organisaation tehtäviä ovat henkilökunnan koulutus, potilasohjaus, kivunhoitomenetelmien kehittäminen, kivun hoidon mittaaminen ja seuranta, hoidon toteutumisen seuranta sekä kivun tutkiminen. Toimintaa voidaan hyödyntää myös muiden akuuttien kiputilojen hoidossa. Moniammatillinen yhteistyö monissa sairaaloissa ilman vastaavaa järjestäytyntä toimintaorganisaatiota on myös tärkeää. (Salanterä ym. 2006, 66–67.)

Useat tutkimukset osoittavat, että kroonisesta kivusta kärsivät potilaat hyötyvät moniammatillisesta arviosta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Kipupoliklinikoilla ja kipupotilaita kuntouttavissa yksiköissä moniammatillinen yhteistyö on vakiintunutta, jossa kaikki osallistuvat kipupotilaiden arviointiin sekä hoitoon kokonaisvaltaisesti. Lisäksi potilaan aktiivinen osallistuminen lisää hoidon tuloksellisuutta. Moniammatillisen työryhmän toimintaa ohjaavat periaatteet: säännöllinen kokoontuminen, oman ja muiden ryhmän jäsenten asiantuntijuuden tunteminen, yhteinen käsitys kivusta moniulotteisena ongelmana, yhteiset hoidon tavoitteet, jotka ensisijaisesti kuntouttavia ja toimintakykyä ylläpitäviä, potilaan omien kivunhallintakeinojen tukeminen, turhien tutkimusten välttäminen sekä tutkimusnäyttöön perustuvien hoitomenetelmien käyttö. (Salanterä ym. 2006, 68–69).

4.11 Yhteenveto potilasohjauksen merkityksestä

Laadukas potilasohjaus on yksilöllistä ja riittävää. Sillä vähennetään sairausmenoja, sairautteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä sekä lääkkeiden käyttöä. (Kaila & Kuivalainen 2007.) Laadukkaaseen potilasohjaukseen kuuluu, että potilas saa tarvitsemansa hyvään kivunhoitoon riittävän ohjeistuksen sekä kirjallisesti että suullisesti. Selkeät kirjalliset ohjeet käydään läpi ja annetaan potilaalle mukaan kotiin. Ohjeissa selviää miten hänen tulee seurata mahdollisia kipuja, lääkittää niitä ja miten hän voi turvallisesti itse hoitaa omaa kipuaan kotioloissa. Hänen täytyy myös saada tietoa siitä, mihin hän voi tarvittaessa ottaa yhteyttä, mikäli hänen kipunsa pitkittyy tai on hallitsematonta. (Hyvärinen 2005; Salanterä ym. 2006, 13.)

Ohjauksen ja riittävän tiedon on todettu lisäävän potilastyytyväisyyttä ja turvallisuudentunnetta sekä vähentävän epävarmuutta potilaiden ja omaisten yhteydenottojen tarvetta, sairaalahoidon tarvetta ja sairaalassaoloaika. Lisäksi sillä on elämän laatua parantava vaikutus. Esteitä ohjauksen onnistumiselle voivat tuoda kiire, ristiriitaiset käsitykset ohjauksen sisällöstä, tiedon puute, henkilöstön vähäisyys, tilojen epäasianmukaisuus ja puutteellinen välineistö. (Kaila & Kuivalainen 2007.)

Oikean hoidon toteutumiseksi on tärkeää varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetut, sekä kirjalliset että suulliset, ohjeet. Tiedon antamisella ja neuvonnalla tuetaan potilasta sitoutumaan hoito-ohjeidensa noudattamiseen. Potilaalle tulee aina kertoa avoimesti myös lääkehoidossa tapahtuneista poikkeamista ja mahdollisesti aiheutuneista tai aiheutuvista haittavaikutuksista. Hoitoon sitoutumista edistää lisäksi se, että ohjeet on perusteltu ymmärrettävästi. (STM 2005.)

Potilas tarvitsee monenlaista tietoa sairaudestaan ja sen vaikutuksista elimistönsä toimintaan, sairauden vaikutuksesta mielialaan, sosiaaliseen toimintakykyyn ja talouteensa voidakseen hoitaa itse itseään. Lisäksi hän tarvitsee tietoa omista oikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan toimia oman terveytensä hyväksi. Kivuliaan ihmisen kyky vastaanottaa tietoa on rajallinen, joten hoitajan tulee olla valmis toistamaan ohjausta riittävän usein ja varmistamaan, että potilas on saanut riittävästi tietoa. Ohjeet tulee antaa ja kirjoittaa niin, että potilas ymmärtää ne juuri sen hetkisen tilanteensa mukaisesti. (Hyvärinen 2005; Kaila & Kuivalainen 2007; Salanterä ym. 2006, 16.)

4.12 Jaksamisen eväät potilaalle ja hoitajalle

Kipua lisäävät ahdistus, pelko, masennus, epätoivo ja viha. Myös omaisten ja hoitohenkilökunnan tuntemukset siirtyvät helposti potilaaseen. Tunteiden ymmärtäminen ja hyväksyminen on tärkeää hyvässä hoidossa. Onnistuneen psyykkisen tukemisen edellytys on, että henkilökunta hallitsee kivunhoitomenetelmät ja tekniikat, sillä epävarmuus hoitojen suhteen heijastuu potilaaseen ja omaisiin. Hyvä hoito on aina yhteistyötä, jossa potilas ja omaiset otetaan huomioon. (Vuorinen & Kalso 2007, 42.)

Tukeminen alkaa hyvästä hoitosuhteesta, jossa korostuu vuorovaikutus. Hoitosuhde pohjautuu rehellisyyteen, avoimuuteen, välittämiseen, turvallisuuden tunteen luomiseen ja jatkuvuuteen. Potilaan ja perheen kohtaamisessa on tärkeää kiireetön, myönteinen ja tunteille vapaa ilmapiiri. Hyvän tekeminen, oikeudenmukaisuus ja autonomia ohjaavat eettisinä periaatteina sairaanhoidon toimintaa. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan itsetuntemusta, asennevapautta, ammatillisuutta, potilaan reagoititapojen tuntemista sekä ymmärrystä koko perheen hädestä ja kykyä hoitaa koko yhteisöä. Hyvässä hoitoilmapiirissä keskustellaan avoimesti ja toimitaan yhteisten tavoitteiden mukaan ja omataan sovittu hoitofilosofia. (Vuorinen & Kalso 2007, 42–43.)

5 Pohdinta

Opinnäytetyön työstäminen sujui hyvin. Näyttöön perustuvaa tutkittua teoriatietoa löytyi helposti ja runsaasti. Etuina opinnäytetyön tekemisessä oli kirjoittajan aito kiinnostus aihetta kohtaan sekä aikaisemmat kokemukset kivun hoitotyöstä. Haastetta työlle toivat näyttöön perustuvan tutkitun teoriatietouden laajuus sekä se, että työ tehtiin palvelemaan sekä hoitajia ja muita hoitotyön ammattilaisia että potilaita ja omaisia, eli teksti tuli kirjoittaa tarpeeksi ymmärrettäväksi, mutta samalla myös hoitajien mielenkiintoa ylläpitävänä. Haasteista huolimatta tuotoksesta tuli juuri sellainen kuin toivottiin. Opinnäytetyötä ja sen pohjalta työstettyä opasta voidaan hyvin käyttää perehdytysmateriaalina uusille hoitotyöntekijöille, tietopakettina päivitettäessä hoitajien tietoutta kivunhoitoon liittyen, potilasohjeena sekä apuna potilasohjauksessa.

5.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön teoriaosuus perustuu näyttöön perustuvaan tutkittuun tietoon. Työssä käytettiin vain luotettuja lähteitä ja paljon painettuja lähteitä. Luotettavuutta lisää tietojen ajantasaisuus ja se, että samaa tietoa on etsitty eri lähteistä. Työssä on käytetty lähteenä lisäksi suosituksia hoitotyöhön liittyen.

Opinnäytetyön eettisyyttä tukee se, että työ on tehty potilaslähtöisesti, mutta samalla hoitajien tarpeet ja osaaminen huomioiden. Hoitajan työtä ohjaavat eettiset periaatteet, joita on käytetty myös oppaan tekemisessä. Eettisyyden nimissä, opinnäytetyössä on käsitelty lakeja potilaan oikeuksista ja hoitotyön toimintaperiaatteista.

5.2 Opinnäytetyön arviointi

Opinnäytetyön aihe valittiin palvelemaan kirjoittajaa ammatillisessa kehittämisessä. Vahvuuksia opinnäytetyötä tehdessä olivat kokemus hoitotyöstä aikaisemman koulutuksen pohjalta sekä halu syventää osaamistaan kivun hoitotyössä ja kasvaa asiantuntevana hoitajana. Haastetta opinnäytetyölle toivat kivun hoitotyön laajuus, aiheen rajaus sekä hoitotyön koulutusohjelman aikana saatu suppea opetus kivun hoitotyöhön liittyen.

Opinnäytetyö oli ajankohtainen, sillä kivun hoitotyö aiheena puhututtaa jatkuvasti. Opinnäytetyön oppaan työstäminen oli toiminnallista, hoitotyötä kehittävää ja ammatillista kasvua vahvistavaa. Opinnäytetyölle asetetut tavoitteet täyttyivät ja työssä selvitettiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Opas on helppo työkalu, jonka avulla voidaan parantaa hoitotyötä sekä arvioida sen laatua jatkuvasti. Kun potilas on kivuton, on hoito onnistunut.

Opinnäytetyö toimii kivun hoitotyön kehittämisen sekä perehdyttämisen apuvälineenä, sekä hoitajien että potilaiden tarpeet huomioonottaen. Opas kivun hoitotyöstä soveltuu kaikille hoitotyön ammattihenkilöille, etenkin perushuollon vuodeosastoille parantaen kivun hoitotyötä. Opinnäytetyö toimii hoitotyön ammattilaisten oppaana kivunhoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Se ohjaa myös potilaiden kipukokemusten luonnehtimisessa ja arvioinnissa. Opas kivun hoitotyöstä parantaa potilaan ja omaisen laadukasta auttamista.

Kirjoittajan vahvuutena toimi aito kiinnostus, aktiivisuus, motivoituneisuus sekä halu kehittää hoitotyötä ja kivunhoitoa. Opinnäytetyön edetessä nousi vahvasti ilmi hoitotyön kehittäminen potilaslähtöisesti, ja samankaltaisia perusteellisempia oppaita voisi tehdä enemmän erilaisten kivun syntymekanismien pohjalta. Opasta voidaan helposti soveltaa eri tilanteisiin. Kirjoittaja toivoo pääsevänsä opinnäytetyönsä pohjalta osallistumaan hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämiseen sekä parantamaan potilaiden asiakastyytyväisyyttä liittyen kivun hoitotyön toteutumiseen.

5.3 Oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön työstäminen oli erittäin mielenkiintoista ja mieluisaa. Päätin jo opintojen alussa, että teen opinnäytetyön yksin, jotta aihe palvelee minua mahdollisimman parhaiten tulevana sairaanhoitajana. Aiheen halusin valita ja löytää työelämälähtöisesti niin, että pääsen

kehittämään hoitotyötä, joten etsin ratkaisua kaipaavia ongelmakohtia työpaikoilta, joissa työskentelin koulutuksen ajan. Aihe kivunhoitotyöstä oli ollut mielessäni jo pitkään, ja olin kerännyt siitä materiaalia koko koulutuksen ajan. Viimeisenä opiskeluvuotena kipuhoitajan pitämällä luennolla, päätin vihdoinkin ryhtyä työstämään minulle henkilökohtaisesti tärkeää aihetta. Asiantuntijaluennoista oli paljon hyötyä meille opiskelijoille, ja kipuhoitajan luento kosketti minua kaikista eniten.

Aihe on tärkeä, ei vain itselleni, vaan myös muille hoitotyön ammattihenkilöille sekä potilaille ja omaisille. Halusin tehdä kokonaisvaltaisen työn palvelemaan kaikkia hoitotyöhön osallistuvia. Haluan opinnäytetyölläni myös kehottaa moniammatilliseen yhteistyöhön ja painottaa hyvän potilasohjauksen tärkeyttä. Kehittämisinnostukseni myötä tein työn niin, että sitä voi helposti soveltaa myös muissa hoitotyön haastetilanteissa potilasohjauksen ja sairaanhoitajan ammatillisuuden kehittämisessä. Potilasta ohjaamalla ja kannustamalla saavutetaan halutut tulokset paremmin ja nopeammin.

Pääsin opinnäytetyötä työstäessäni syventämään omaa tietoutta kivusta ja kivunhoitotyöstä sekä potilasohjauksesta. Koulussa käsiteltiin kipua ja kivunhoitotyötä spesifisti liittyen eri sairauksiin, mutta hyvin suppeasti ja nopeasti. Sairaanhoitajan tietotaito-osaaminen kivunhoitotyössä ja potilaan kivuttomuus on erittäin tärkeä osa paranemista ja kuntoutumista. Uskon että opinnäytetyöni palvelee sekä valmistuvia että jo valmistuneita sairaanhoitajia sekä muita hoitotyön ammattihenkilöitä.

Toivon että pääsen tulevaisuudessa, valmistumiseni jälkeen, hyödyntämään opinnäytetyötäni hoitotyössä, ei vain omiani vaan koko henkilöstön taitoja parantaen. Haluan painottaa tietotaitoja liittyen kivun hoitotyöhön niin, että voisin työstää sitä jatkossa vastualueenani. Mielestäni olisi mielenkiintoista ja käytännöllistä päästä kouluttamaan henkilökuntaa tai perehdyttämään uutta työntekijää opinnäytetyöni pohjalta.

Lähteet

Bushnell, M. C. 2012. Neural Basis of Psychological Modulation of Pain. *Kipuviesti* 2012 (1), 34–35.

Carrera, J., Soliveres, J., Badenes-Quiles, R., Renart, I. & Ga Raimundo, M. 2013. Monitorización de la sedación y analgesia. Teoksessa J. M. Gallego, J. Soliveres, J. A. Carrera, & C. Solaz (toim.) *Monitorizaciónslínica*. Valencia: CECOVA, 151–160.

Estlander, A-M. 2003. *Kivun psykologia*. Helsinki: WSOY.

Gagliese, L., Weizblit, N., Ellis, W. & Chan V.W.S. 2005. The measurement of postoperative pain: A comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain* 2005 (117), 412–420.

Haatainen, T. 2012. Kivunhoito turvattava terveydenhuollossa. *Kipuviesti* 2012 (1), 32–33.

Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2007. Potilasohjaus vaikuttavammaksi. *Impakti* 2007 (6), 21.

Kauppila, M. 2012. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon? *Kipuviesti* 2012 (1), 26–29.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Laine, K. 2005. Kipulääkkeiden yhteisvaikutukset kliinisenä ongelmana. *Kipuviesti* 2005 (2), 20–23.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.

Lindberg, L. *Kivut*. 2004. Apua selkä- ja muihin liikuntaelinsairauksiin. Jyväskylä: Gumerrus.

Nurminen, M-L. 2004. *Lääkehoito*. Helsinki: WSOY.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. *Kivun hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Salo, S. 2011. Akuutin kipupotilaan kokonaisvaltainen hoito - potilaan yksilöllisyyden kohtaamista. *Kipuviesti* 2, 41–44.

STM. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2001:99.

STM. 2005. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2005:32.

Vainio, A. 2004. *Kivunhallinta*. Helsinki: Duodecim.

Vuorinen, E. & Kalso E. 2007. *Syöpäkivunhoito-opas*. Oulu: Suomen Kivuntutkimusyhdystys ry.

Williamson, A. & Hoggart, B. 2005. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing* 2005 (14), 798–804.

Sähköiset lähteet

Haanpää, M. 2001. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Viitattu 20.11.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? - Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Viitattu 12.11.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Jyväskylän yliopisto. 2012. Ohjeita proseminaarityöskentelyyn. Viitattu 12.9.2013. <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/kas/opiskelu/info/proseminaariohje/>

Käypähoitosuositus. 2009. Tulehduskipulääkkeet. Viitattu 20.11.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi39001?hakusana=kipu>

Lindqvist, M. 2001. Terveysthuollon yhteinen, arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Viitattu 21.11.2013. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Metropolia. 2013. Hoitotyön koulutusohjelma. Metropolia opinto-opas. Viitattu 21.12.2013. <http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php/fi/16183/fi/111/SHS12S1>

SAMK. 2012. Erilaiset opinnäytetyöt. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.8.2013. http://www.samk.fi/opiskelijat/opinnaytetyo/ohjeiden_kayttajalle/erilaiset_opinnaytetyot

Suomen Kipu ry. 2007. Kroonisen kivun ensitieto-opas. Viitattu 20.11.2013. http://www.suomenkipu.fi/krokko/Ensitieto-opas_2012_nettil_valmis.pdf

Tiina Airaksinen. 2012. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö. Virtuaali ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.9.2013. <http://www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

TTY. 2008. Informaation sisällöllinen analysointi. Viitattu 12.8.2013. <http://hlab.ee.tut.fi/hmopetus/vpkk-oppimateriaali/9-informaatioarkkitehtuurin-arvioiminen/9-4-informaation-sisallollinen-analysoimm>

Turun yliopisto. 2012. Miten teen kirjallisuuskatsauksen? Viitattu 18.7.2013. <http://www.hum.utu.fi/oppiaineet/satakunta/opiskelu/ohjeet/kirjallisuuskatsaus.html>

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Viitattu 20.11.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025

Vilka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Viitattu 12.9.2013. http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

Kuvalähteet:

Kuva 1. Kipukiila. Terveyskirjasto. Viitattu 22.11.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=rek00092&p_haku=kipukiila

Kuva 2. Kipujana. Terveyskirjasto. Viitattu 22.11.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=rek00091&p_teos=reu&p_osio=&p_selaus=7410

Kuvat

Kuva 1: Kipujana	26
Kuva 2: Kipukiila	26
Kuva 3: Numeerinen kipumittari	26

Kuviot

Kuvio 1: Kiputunteusten noidankehä	17
Kuvio 2: Fysikaalisten hoitojen eteneminen	20
Kuvio 3: Noidankehä fysioterapiassa	22
Kuvio 4: Hoidollinen päätöksenteko ja kirjaaminen	29

Taulukot

Taulukko 1: Fysikaalisia hoitomenetelmiä kivunhoitotyössä	21
Taulukko 2: Akuutin kivun vaikutukset elimistössä	23
Taulukko 3: Tunteita ilmaisevia adjektiiveja	25

Liitteet

Liite 1. Opas kivun hoitotyöstä	44
---------------------------------------	----

Liite 1. Opas kivun hoitotyöstä

Opas kivun hoitotyöstä

Sisällys

1	<i>Lukijalle</i>	46
2	<i>Kipu</i>	48
3	<i>Ei-lääkkeelliset kivun auttamismenetelmät</i>	50
4	<i>Lääkkeelliset kivun auttamismenetelmät</i>	53
5	<i>Vuorovaikutussuhteen merkitys kivun hoitotyössä</i>	56
6	<i>Ammatillisuus kivun hoitotyössä</i>	59
7	<i>Potilasohjaus kivun hoitotyössä</i>	62
8	<i>Loppusanat</i>	65

1 Lukijalle

Tämä opas on tehty palvelemaan sekä potilaita että ammattihenkilöitä hoitotyössä. Taustalla vaikuttaa potilaiden puutteellinen tietous kivunhoidon tärkeydestä ja hoitohenkilökunnan kivunhoidollinen tietotaidon kehittymisen aiheellisuus. Kivun hoitotyö on aina tärkeä osa hoitotyötä. Tehokas kivun hoitotyö edellyttää, että tietoutta kivun hoitotyöstä päivitetään ja vahvistetaan jatkuvasti.

Suunnitelmallinen ja ennaltaehkäisevä kivunhoito on jokaisen potilaan oikeus. Tärkeimmät potilaan oikeudet ovat itsemääräämisoikeus, oikeus tiedonsaantiin sekä oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Oikeuksien taustalla ovat ihmisarvon kunnioitus, potilaan autonomian kunnioittaminen sekä hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaatteet.

Usein potilailla on puutteelliset tiedot kivusta ja he voivat uskoa kiputuntemusten olevan osa hoitoa ja parantumista. Kipu on kuitenkin merkittävä terveysongelma, koska sillä on fysiologisia seurauksia. Nämä lisäävät erilaisten haittavaikutusten määrää kuntoutumisessa ja paranemisessa. Kipu estää ja pitkittää kuntoutumista sekä pitkittää sairaalassaoloa.

Sairaanhoitajan kivunhoitotaitoja ovat muun muassa käden taidot, havainnointi- ja kommunikointitaito, kyky ohjata ja neuvoa potilasta sekä antaa psykososiaalista tukea yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Hoitajan vastuulla on myös kivun lääketieteellisen hoidon toteuttaminen.

Opas antaa lukijalle yleisellä tasolla tietoa kivusta ja kivun hoitotyön tärkeydestä. Se tukee lukijaa hyvään kivunhoitoon. Hoitaja käy oppaan läpi potilaan kanssa, jonka jälkeen potilas voi itse palata aiheeseen halutessaan ja tarvittaessa.

Olen työstänyt oppaan opinnäytetyöni pohjalta. ”Kivun hoitotyö - opas hoitohenkilökunnalle ja potilaalle” sisältää perusteellisemmin tietoa kivun syntymekanismeista, kivun eri tyypeistä, lääkehoidosta sekä hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista.

Hyvinkäällä 16.12.2013

Emmi Kopra

Emmi Kopra
Laurea, Hyvinkää



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

2 *Kipu*

Kipua sanotaan epämiellyttäväksi aistimukselliseksi tai tunteelliseksi kokemukseksi, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudოსvaurioon tai jota kuvataan kudოსvaurion käsittein. Kipu voi tarkoittaa kivun tunnetta, kokemusta, elämystä tai aistimusta, mutta se voidaan myös nähdä tautiperäisenä tilana, jolloin kipu on sairaus, jonka taustalla on esimerkiksi kipuhermojärjestelmän toimintahäiriö. Emotionaalinen kipu on psyykkistä kärsimystä ja hätää, johon liittyy tai ei liity elimellistä kudოსvauriota tai sairautta.



Kivun luokitteluperiaatteet muuttuvat lisääntyvän tiedon myötä, mutta perinteisesti kivun luokittelu perustuu sen anatomiaan eli sijaintiin ja kivun kestoon. Voidaan puhua esimerkiksi paikannettavista kiputiloista sekä akuutista tai kroonisesta kivusta.

Akuutti kipu

Akuutilla kivulla on jokin selvä syy, eli se johtuu jostakin elimellisestä tekijästä. Syy pitää aina hoitaa tehokkaasti. Akuutti kipu voi liittyä esimerkiksi äkilliseen kudonvaurioon, lääketieteelliseen toimenpiteeseen tai leikkauksen jälkitilaan, jolloin kipu lievenee tavallisesti kudonvaurion paranemisen myötä. Akuutti kipu on tarkoituksenmukainen hälytysmerkki, joka viestittää fyysisestä sairaudesta tai elimistöä uhkaavasta vauriosta. Hoitamattomana voimakas akuutti kipu saattaa altistaa kivun kroonistumiselle.

Krooninen kipu

Kivun kroonistuessa tapahtuu sekä rakenteellisia että toiminnallisia kipujärjestelmän herkistymiseen johtavia muutoksia, jolloin taustalla on yleensä kudonärsytys tai kudonvaurio. Ne syntyvät vähitellen ja vaihtelevalla nopeudella. Krooninen kipu tarkoittaa kipua, joka on kestänyt yli kaksi kuukautta tai jonka perussyynä oleva sairaus jatkuu. Kipua voidaan sanoa krooniseksi myös, kun se jatkuu kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen. Toisin kuin akuutti kipu, krooninen kipu ei ole biologisesti mielekäs viesti.

**Tehokas kivun hoito
lyhentää toipumisaikaa ja
hoidon komplikaatioita.**

3 *Ei-lääkkeelliset kivun auttamis- menetelmät*

Kivun hoidon tavoitteena on lievittää kipua ja ehkäistä sen haitalliset vaikutukset elimistössä. Akuutin kivun hoidossa ja kivun kroonistumisen ennaltaehkäisyssä voidaan hyödyntää lääkkeitä, fysikaalisia hoitomenetelmiä sekä itsehoitoa tai vuorovaikutukseen perustuvia menetelmiä kuten rentoutusta ja mielikuvaharjoittelua.

Kivunhoidon suunnitelman laatiminen sisältää tavoitteen asettamisen kivun hoidolle ja hoitomenetelmien valinnan.

Ei-farmakologiset hoitomenetelmät:

- passiiviset fysikaaliset hoitomenetelmät
- aktiiviset fysikaaliset hoitomenetelmät
- itsehoito
- vuorovaikutusmenetelmät
 - rentoutus- ja mielikuvaharjoitukset

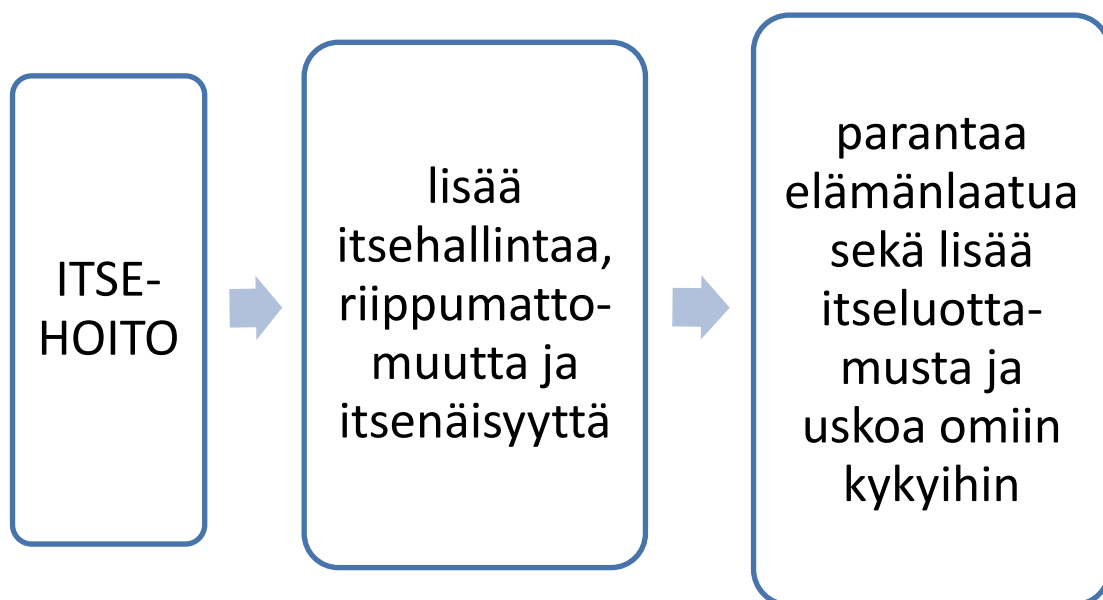
Akuutin kivun hoidossa tulee kivun lievityksen lisäksi pyrkiä myös syynmukaiseen hoitoon mahdollisuuksien mukaan. Aina akuutti kipu ei kuitenkaan lieviy tavanomaisin konstein, jolloin on syytä arvioida uudelleen kivun luonne ja mekanismi, käytetyt hoitomenetelmät sekä se, ovatko potilaan omat käsitykset, uskomukset ja käyttäytyminen mahdollisesti osaltaan ylläpitämässä tai jopa pahentamassa kipukokemusta.

Pitkään kestäneen kivun hoito vaatii paljon voimavaroja. Hoidon tuloksia parannetaan nopeuttamalla hoitoon pääsyä, löytämällä asianmukainen lääkehoito, lisäämällä potilaan omaa aktiivisuutta kannustavalla fysioterapialla sekä kivun psykologisilla hoitomenetelmillä.

Potilaan näkökulmasta hyvä kivunhoito on subjektiivinen kokemus, joka ei aina tarkoita kivun lievittymistä, vaan se voi olla kivun hallintaa tai toimintakyvyn paranemista.

Fysikaaliset hoitomenetelmät ovat yleisiä erilaisten kiputilojen hoidossa, joissa menetelmät vaihtelevat passiivisista hoidoista aktiivisiin kuntouttaviin menetelmiin. Akuuttien kiputilojen hoidon ensisijaisena tavoitteena on kivun lievitys, jolloin hoitojen painopiste on usein passiivisten menetelmien käytössä.

Pitkäaikaisia kiputiloja hoidettaessa ensisijaisena tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Hoidon tarkoituksena on ohjata potilasta ottamaan itse vastuuta näistä. Eteneminen tapahtuu liikelaajuuksien lisäämisen kautta lihasvoimien parantamiseen, yleiskunnon kohenemiseen ja lopulta toiminnallisten harjoitteiden kautta työharjoitteluun.



Monet pelkäävät kipujensa pahenevan lisäämällä fyysistä aktiivisuuttaan. Monet myös pelkäävät kipujen pahenemisen liittyvän kudonvaurion pahenemiseen. Näiden uskomusten perusteella saatetaan välttää fyysistä rasitusta kipujen pahenemisen pelossa. Tämä johtaa herkästi lihasvoiman ja yleiskunnon heikkenemiseen, joka puolestaan aiheuttaa yllirasittuneisuutta, kipuja ja pahenevan noidankehän.

4 *Lääkkeelliset kivun auttamis- menetelmät*

Akuutin kivun hoidossa ja kivun kroonistumisen ennaltaehkäisyssä voidaan hyödyntää lääkkeitä ja niiden monipuolisia antotapoja.

Akuuttiin toimenpiteeseen liittyvä kivunhoito on tehokkainta, kun kipulääkitys aloitetaan jo ennen toimenpidettä. Esilääkkeen antaminen vähentää kivun lisäksi vahvempien kipulääkkeiden tarvetta toimenpiteen jälkeen. Myös toimenpiteen jälkeinen kipulääkitys tulee annostella ajoissa, sillä kipu on helpompi saada hallintaan, kun se ei ehdi yltyä sietämättömäksi.

**Tehokas kivunhoito
ennaltaehkäisee
kivun kroonistumista.**

Lääkkeen vaikutuksen alkamiseen, kestoon ja voimakkuuteen vaikuttaa lääkkeen antotapa. Enteraalinen antotapa tarkoittaa lääkkeen annostelua ruoansulatuskanavaan, kun taas parenteraalisella tavalla tarkoitetaan lääkkeen annostelua ihon alle, lihakseen tai suoneen. Kipulääkkeen antotapa tulee määritellä hoidettavan kivun syyn perusteella. Laskimoon annettaessa

vaikutus alkaa nopeasti mutta kestää usein vain lyhyen aikaa, kun taas suun kautta annettaessa vaikutus alkaa hitaammin, mutta kestää pidemmän aikaa.

Kipulääkkeiden yhteisvaikutukset tulee ottaa huomioon lääkitystä mietittäessä, sillä lääkeaineiden keskinäinen yhteensopimattomuus on keskeinen haittavaikutusten aiheuttaja.

Kipu on helpompi saada hallintaan, kun se ei ehdi yltyä sietämättömäksi.

Potilaalle tulee antaa riittävästi ja selkeästi tietoa kipulääkkeiden vaikutuksista ja vaihtoehdoista sekä mahdollisista haitta- ja yhteisvaikutuksista. Potilaan täytyy saada lisäksi tietää hänen kohdalla mahdollisesti tapahtuneista lääkepoikkeamista tai -virheistä.

Tulehduskipulääkkeet

- mm. ibuprofeeni, asetyylisalisyylihappo (aspirin)
- lievän ja keskivaikean kudosaivuriokivun hoitoon
- eniten käytettyjä kipulääkkeitä
- vähentää kipua, kuumetta ja tulehdusreaktiota
- haittavaikutukset: ruoansulatuskanavan ärsytys, mahalaukun limakalvon haavaumat
- vähentävät verenpainelääkkeiden tehoa ja lisäävät yhteiskäytössä varfariinin ja muiden antikoagulanttien kanssa verenvuotoriskiä

Parasetamoli

- lievän ja keskivaikean kudosaivuriokivun hoitoon
- vaikuttaa pääasiassa keskushermoston kautta hermopäätteisiin
- kuumetta alentava ja kipua lievittävä vaikutus, muttei vaikuta tulehdusreaktioon
- vähemmän haittavaikutuksia, sopii kaikille
- haittana voidaan pitää lääkkeen maksatoksisuutta

Opioidit


- mm. (miedot) kodeiini ja tramadoli, (keskivahva) buprenorfiini, (vahvat) morfiini, oksikodoni, metadoni ja fentanyyli
- vaikuttaen keskushermoston kivunsäätelyjärjestelmän osiin
- aiheuttavat riippuvuutta (psykkistä ja fyysistä)
- teho vähenee pitkäaikaisessa käytössä, jolloin annosta joudutaan lisäämään vähitellen ja niiden äkillinen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita
- haittavaikutukset: yleisimmät väsymys, pahoinvointi, oksentelu ja ummetus, harvinaisemmat sekavuus, hikoilu, kutina, lihasnykäykset ja mielialan muutokset, vaarallisin hengityslama, heikentävät aivojen hengityskeskusten herkkyyttä hiilidioksidille

Paikallispuudutteen

- mm. lidokaiini, bupivakaiini
- lyhytkestoisien kivun hoidossa (esim. toimenpide) tai annettaessa puudutetta tiputuksessa katetrin kautta jatkuvasti elimistöön
- mikäli verenkiertoon pääsee nopeasti liian suuri määrä puudutetta, syntyy puudutemyrkytys, jonka oireena ovat muun muassa verenpaineen lasku, levottomuus ja vapina, kouristukset sekä hengitystoiminnan häiriöt

5 Vuorovaikutussuhteen merkitys kivun hoitotyössä

Tukeminen alkaa hyvästä hoitosuhteesta, jossa korostuu vuorovaikutus. Hoitosuhde pohjautuu rehellisyyteen, avoimuuteen, välittämiseen, turvallisuuden tunteen luomiseen ja jatkuvuuteen.



Mitä on hyvä
sairaanhoitajan
ja potilaan vä-
linen yhteistyö?

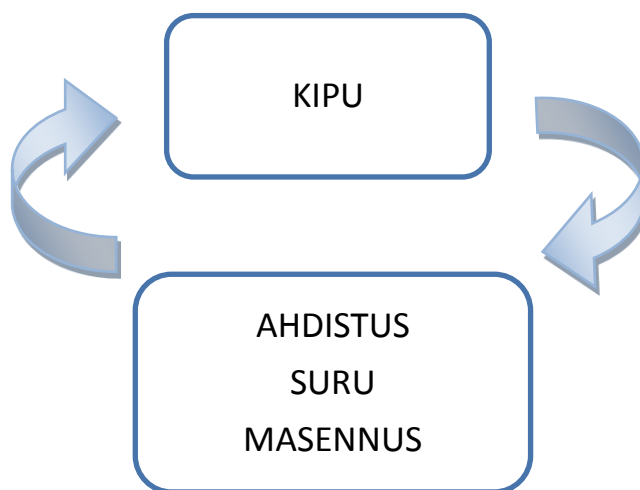
Voidakseen hoitaa tehokkaasti ja kokonaisvaltaisesti, hoitotyöhön osallistuvien henkilöiden tulee tuntea potilas, hänen kykynsä ja resurssinsa toimia sekä hänen mahdollisuutensa hyödyntää omia voimavarojaan.

Potilaan ja perheen kohtaamisessa on tärkeää kiireetön, myönteinen, tunteille vapaa ilmapiiri. Hyvän tekeminen, oikeudenmukaisuus ja autonomia ohjaavat eettisinä periaatteina hoitotoimintaa.

Kipukäyttäytymisellä tarkoitetaan kivun tai kärsimyksen ilmentämistä, eli potilaan tapaa ilmaista kipuaan. Potilas voi viestittää kipuaan ja hätäänsä sekä verbaalisesti että eleillä

ja ilmeillä. Potilaan tehtävä on siis kuvata kokemuksiaan, ja hoitajan arvioida, mistä on kysymys.

Kipu aiheuttaa yleensä kiukkua tai vihaa, ja pitkään kestäessään se lisää herkkyyttä ahdistukseen, suruun ja masennukseen. Toisaalta suru, masennus, viha, pelko ja epävarmuus lisäävät herkästi kivun kokemusta.



Vaikka akuuttiin kipuun liittyy usein ahdistusta, pelkoa ja muita voimakkaita reaktioita, potilaan käyttäytyminen ja hänen kuvauksensa kivusta auttavat auttajaa selvittämään kivun syytä. Kipukokemus opettaa lisäksi välttämään vastaavia kipua aiheuttavia tilanteita tulevaisuudessa, ja akuutilla kivulla oletetaan olevan myös parantamista edesauttava tehtävä.

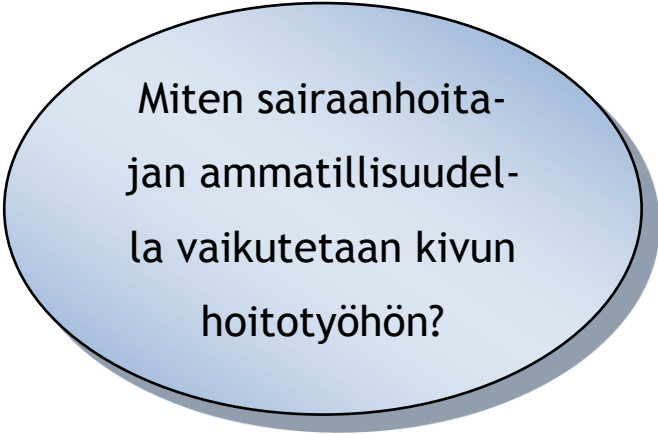
Tärkeää hyvässä vuorovaikutussuhteessa on

- kiireetön ja myönteinen ilmapiiri
- rauhalliset ja selkeät toimintatavat
- kohdata jokainen yksilönä
- huomioida kivun vaikutus käyttäytymiseen
- keskustella avoimesti sekä nykyisistä että aikaisemmista kipukokemuksista
- pohtiva keskustelu kivusta ja tunteista
- rohkea kysyminen
- rehellinen vastaaminen
- yhteinen käsitys nykytilanteesta ja tulevaisuudesta
- jatkuvuus

Akuutin kivun hoidon tulee sisältää samanaikaisesti kivun hoidon, sen aiheuttajan hoidon sekä siihen liittyvän ahdistuksen ja pelon hoidon.

6 *Ammatillisuus kivun hoitotyössä*

Tärkeää onnistuneelle kivun hoitotyölle on motivoitunut, ajatteleva ja tietävä hoitaja sekä yhteistyökykyinen moniammatillinen hoitoympäristö, johon kuuluvat hoitajien lisäksi lääkärit, hammaslääkärit, psykologit, sosiaalityöntekijät, fysioterapeutit ja sairaalapastorit.



Miten sairaanhoitajan ammatillisuudella vaikutetaan kivun hoitotyöhön?

Hyvä hoito edellyttää hoitajalta kykyä tunnistaa potilaan kipua, valita kuhunkin tilanteeseen sopivat hoitotyön auttamiskeinot, yhdistää ne muihin kivunhoitokeinoihin ja arvioida hoidon onnistumista. Vaikka potilas osaakin kertoa kivustaan, täytyy hoitajalla olla valmiudet kivun hoitotyön toteutukseen. Kivun ymmärtäminen edellyttää laajaa ja kokonaisvaltaista tulkintaa ja yhdessä pohdittua tietoa tilanteesta.

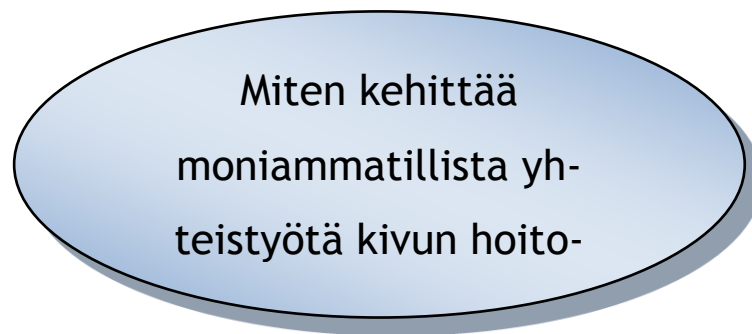
Onnistuneen psyykkisen tukemisen edellytys on hallita oikeat kivunhoitomenetelmät ja tekniikat. Hyvä hoito on aina yhteistyötä, jossa potilas ja omaiset otetaan huomioon.

Sairaanhoitajan tulee toiminnallaan

- lievittää potilaan kärsimystä
- asennoitua oikein hoitotyöhön
- olla aidosti kiinnostus
- ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan
- pitää tietonsa ja taitonsa ajan tasalla
- kyetä tunnistaa kipu
- kuunnella ja ymmärtää potilasta hänen tuntemuksiaan vähättelemättä
- hakea vaihtoehtoja potilaan hoidolle
- hallita eri kivunhoitomenetelmät
- kuulla ja konsultoida asiantuntijoita potilaan puolesta
- osata kannustaa ja kehottaa potilasta oikeaan toimintaan
- arvioida hoidon vaikuttavuutta

Kivun hoidon onnistumista edesauttavat selkeä vastuu- ja tehtävänjako, ajantasaiset ohjeet kivun hoidon toteutukselle, yhdenmukaiset kivun arviointimenetelmät, asianmukainen lääke- ja hoitovälinevalikoima, riittävä koulutus ja määritellyt minimilaatukriteerit sekä niiden seuranta.

Hyvä kivunhoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä, jossa kaikilla hoitoon osallistuvilla on samat tavoitteet. Moniammatillisella kivunhoidolla tarkoitetaan eri ammattiryhmien järjestäytyntä yhteistoimintaa kivun hoidossa, eli säännöllistä yhteistyötä tai sovittuja toimintamalleja eri ammattiryhmien kesken. Eri ammattiryhmien yhteistyötä tehostamalla parannetaan potilaiden kivunhoidon laatua ja lyhennetään sairaalasaoloaikoja.



Moniammatillisen työryhmän toimintaa ohjaavat periaatteet

- säännöllinen kokoontuminen
- oman ja muiden ryhmän jäsenten asiantuntijuuden tunteminen ja kunnioittaminen
- yhteinen käsitys kivusta moniulotteisena ongelmana
- yhteiset kuntouttavat ja toimintakykyä ylläpitävät hoidon tavoitteet
- pohtia omia asenteita
- turhien tutkimusten välttäminen
- tutkimusnäyttöön perustuvien hoitomenetelmien käyttö
- potilaan omien kivunhallintakeinojen tukeminen

7 *Potilasohjaus kivun hoitotyössä*

Potilaan oikeus hyvään hoitoon sisältää tarvittavien palvelujen tarjoamisen ja laadullisen kivunhoidon toteuttamisen. Hoivavaihtoehdot tulee valita, toteuttaa ja arvioida perustuen tutkittuun tietoon ja kliiniseen kokemukseen. Hyvässä hoidossa potilaan tarpeet ovat etusijalla. Hyvän hoidon toteutuessa potilas ja omaiset kokevat olevansa asiantuntevassa ja turvalisessa hoitoympäristössä sekä tulevansa hyvin hoidetuiksi ja kohdelluiksi. Heidät tulee ymmärtää ja hyväksyä. Oikeudenmukaisuuden nimissä jokainen potilas ansaitsee hyvää kohtelua. Hoitoon liittyy kivusta kärsivän potilaan kuunteleminen, ja että hänen oma subjektiivinen kipukokemus uskotaan.



Ihmisarvon kunnioituksen ja itsemääräämisoikeuden mukaan kipupotilaalla on yhtäläinen oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon kuin muissakin tilanteissa. Ihmisarvon kunnioittamiseen kuuluvat inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus ja yksityisyyden suoja, hyvä vuorovaikutus ja rehellisyys sekä tiedonsaannin, yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja it-

semääräämisoikeuden edistäminen. Potilaan tahtoa on kunnioitettava ja hänen omaa kokemustaan arvostettava. Päätöksenteon tueksi potilas tarvitsee tietoa kivusta, sen hoidosta ja hoitovaihtoehdoista. Potilaan hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden tehtävänä on hakea tarvittaessa vaihtoehtoja ja konsultoida asiantuntijoita. Kivunhoitoon tukemalla kannustetaan potilasta itsearviointiin, jolla parhaiten voidaan arvioida kipua ja hoidon vaikutuksia.

**Yksilö itse on oman
kipunsa paras
asiantuntija.**

Laadukkaan potilasohjauksen vaikutukset

- potilastyytyväisyys paranee
- turvallisuudentunne kasvaa
- epävarmuus vähenee
- potilaiden ja omaisten yhteydenottojen tarve vähenee
- sairausmenot, sairauteen liittyvät hoitokäynnit, sairauspäivät ja lääkkeidenkäyttö vähenevät
- sairaalahoidontarve ja sairaalassaoloaika vähenevät
- edistää potilasta sitoutumaan hoitoon
- elämän laatu paranee

Mitä
on hyvä
potilas-
ohiaus?

Laadukas potilasohjaus

- on yksilöllistä
- tukee potilasta hoitoon ja hoidon toteutumisen itse-arviointiin
- sisältää riittävän ohjeistuksen ja tiedonannon sekä kirjallisesti että suullisesti

Oikean hoidon toteutumiselle on tärkeää varmistaa, että potilas on ymmärtänyt sekä kirjalliset että suulliset ohjeet.

Laadukas potilasohje

- sisältää selkeät ohjeet kivusta, kivun hoidosta ja hoitovaihtoehtoista
- on perusteltua
- annetaan potilaalle mukaan kotiin
- sisältää tiedot
 - miten hänen tulee seurata mahdollisia kipujaan
 - miten hänen tulee lääkittää mahdollisia kipujaan
 - miten hän voi turvallisesti itse hoitaa omaa kipuaan kotiolosuhteissa
 - mihin hän voi tarvittaessa ottaa yhteyttä, mikäli hänen kipunsa pitkittyy tai on hallitsematonta

8 *Loppusanat*

Toivon että opas antaa lukijalle tietoa kivunhoidon tärkeydestä ja hyvän vuorovaikutussuhteen merkityksestä hoitotyössä. Opas auttaa lukijaa ymmärtämään kivun hoitotyötä. Oppaan luettuane kykenette rohkeammin ja avoimemmin kysymään kivusta sekä kertomaan ajatuksistanne ja tunteuksistanne.

Lukijaa kiittäen

Emmi

Lisätietoa kivusta ja kivun hoidosta liittyen tiettyyn sairauteen tarjoavat oppaat:

- Suomen Kivuntutkimusyhdistys Ry:n Syöpäkivunhoito-opas
- Terveyskirjaston Neuropaattisen kivun hoito-opas
- Suomen Kipu Ry:n Kroonisen kivun ensitieto-opas

