



**KIVUNHOIDON OPAS
ORIVEDEN TERVEYSKESKUKSEN
VUODEOSASTON
HENKILÖKUNNALLE**

Eveliina Kuutila

Satu Yrjölä

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

*”Jos voisin estää yhtä sydäntä särkymästä
En elä turhaan
Jos helpotan yhden ihmiselämän tuskaa
tai lievitän yhtä kipua
tai autan pyörtyneen punarinnan
takaisin pesänsä
En elä turhaan.”*

— Emily Dickinson

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KUUTILA, EVELIINA & YRJÖLÄ, SATU
Kivunhoidon opas Oriveden terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalle

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Huhtikuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa kivunhoidon opas Oriveden terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalle ja yhtenäistää osaston käytäntöjä kivun arvioinnissa ja hoidossa. Työn tavoitteena oli antaa terveyskeskussairaalan vuodeosaston henkilökunnalle ajantasaista tietoa kivunhoidosta. Oppaan tarkoitus on olla helposti lähestyttävä ja kätevä apuväline jokapäiväisessä hoitotyössä. Tämä opinnäytetyö on tuotokseen painottuva toiminnallinen työ.

Opinnäytetyön teoreettisessa osassa perehdytään kivun eri muotoihin, sen arviointiin, hoitoon, hoidon vaikuttavuuteen, sekä kirjaamiseen. Kipu voidaan luokitella sen keston tai mekanismin mukaan. Kipukokemukseen liittyy oleellisesti myös kivun psykologia. Kivunhoidon tulee olla yksilöllistä ja potilaslähtöistä, ja sitä voidaan lääkkeellisten hoitojen lisäksi myös lääkkeettömästi. Opinnäytetyössä käsitellään myös erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja, kuten asento- ja liikehoitoa sekä psykologisia hoitomuotoja.

Hoitohenkilökunnalle suoritettiin tarvekartoituskysely, jonka tulosten pohjalta teoriaosuuden ja oppaan rakenne muotoutui. Esiin nousi joitakin erityiskysymyksiä, joihin vuodeosaston henkilökunta toivoi saavansa lisätietoutta. Näitä olivat syöpä-, nivelrikko- ja säärihaavapotilaan kivunhoito.

Tulevaisuudessa kipupotilaan rooli tulee korostumaan entistä enemmän, sillä potilaat ovat valveutuneempia omaan terveyteensä liittyvissä asioissa. Terveysteknologia ja kivunhoito kehittyvät jatkuvasti, jolloin potilaalla on enemmän vaihtoehtoja kivunhoitoonsa. Tämä lisää hoitohenkilökunnan haasteita laadukkaan kivunhoitotyön yksilölliseen tarjoamiseen.

Jatkossa olisi hyvä selvittää, kokevatko vuodeosaston hoitajat oppaan hyödylliseksi, sekä millaisina osastolla hoidettavat potilaat kokevat hoitajien kivunhoitotaidot.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KUUTILA, EVELIINA & YRJÖLÄ, SATU

Pain Management Guide for the Nursing Staff in the Ward of Orivesi Municipal Health Center

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 2 pages
April 2014

The purpose of this thesis was to provide the nursing staff of the hospital ward of Orivesi Health Center with a pain management guide and to standardize the pain assessment and management practices in the ward. The goal of the thesis was to offer the nursing staff updated information on pain management. The guide was meant to be an easily approachable tool for everyday nursing. This thesis was carried out as a functional study.

As part of the thesis, a needs analysis questionnaire was conducted among the nursing staff, and the thesis and the guide were structured on the basis of the results of the analysis. The results of the analysis suggest that the nursing staff would value additional guidance in the pain management of particular diseases such as cancer, osteoarthritis and leg ulcer.

In the current study, the focus was on the different manifestations of pain, pain assessment and management, the effectiveness of the care methods and pain documentation. Pain can be categorized according to its duration or its mechanism. Furthermore, the psychology of pain is closely connected with the experience of pain. Pain management should always be individually designed for each patient and, in addition to pharmacological care, pain can be treated by non-pharmacological methods. Furthermore, various non-pharmacological methods such as patient positioning and mobilizing, and psychological care methods were also dealt with.

As patients are becoming more aware of the matters concerning their health, it is likely that the role of the patient will increase. Health technology and pain management are constantly evolving, which will result in patients having more options with regard to their pain management. However, this will also increase the challenges for the nursing staff to provide high-quality, individual pain management.

In the future it would be beneficial to determine whether the nursing staff found the guide to be useful, and how proficient the patients of the ward feel the nurses' pain management skills are.

Key words: pain, pain assessment, pain management, documentation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITTEET	8
3	KIVUN ERITYISKYSYMYKSET ORIVEDEN TERVEYSKESKUKSESSA.....	9
3.1	Erityiskysymykset eri kipuryhmistä	9
3.1.1	Nivelrikko	9
3.1.2	Syöpäkipu.....	10
3.1.3	Säärihaavakipu	11
4	KIPU.....	12
4.1	Kipuongelma.....	12
4.2	Kivun luokittelu mekanismin perusteella	15
4.3	Akuutti ja krooninen kipu	15
4.4	Porttikontrolliteoria.....	18
5	KIPU JA MIELI	20
5.1	Kivun psykologia.....	20
5.2	Muistihäiriö.....	21
6	KIVUN HOITOTYÖN PROSESSI	23
6.1	Kivunhoidon tarpeen määrittäminen ja kivun arviointi	23
6.1.1	Kivun alkukartoitus.....	24
6.1.2	Kivun arvioinnin apuvälineitä.....	24
6.2	Kivun hoitotyön toiminnot.....	27
6.3	Kivunhoidon tulosten arviointi ja kirjaaminen	28
7	KIVUNHOITO.....	29
7.1	Kivun lääkkeellinen hoito	29
7.1.1	Tulehduskipulääkkeet	29
7.1.2	Parasetamoli	31
7.1.3	Opioidit	32
7.1.4	Opioidien tukilääkitys	33
7.1.5	Turvallinen lääkehoito	34
7.1.6	Iäkkäiden lääkehoidon erityiskysymykset	35
7.2	Kivun lääkkeetön hoito	36
7.2.1	Asento- ja liikehoito.....	37
7.2.2	Kylmä- ja lämpöhoidot	38
7.2.3	Vastapainehengitys eli PEP-hoito.....	39
7.2.4	Keskustelu ja psykologiset hoitomuodot	39
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	42
8.1	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	42

8.2 Aineiston keruu ja tarvekartoitus	44
9 POHDINTA.....	46
9.1 Opinnäytetyön prosessin pohdinta.....	46
9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	47
9.3 Kehittämissuhteet.....	47
LÄHTEET.....	48
LIITE.....	53

1 JOHDANTO

Hoitajien kivuntunnistamistaidot on tutkimuksissa todettu riittämättömäksi ja kivun voimakkuus arvioidaan usein liian alhaiseksi. Potilaat eivät myöskään tuo oma-aloitteisesti kipukokemustaan esille ja jäävät näin usein alilääkityiksi. Tämän vuoksi onkin tärkeää toteuttaa aktiivista ja jatkuvaa kivun arviointia yhdessä potilaan kanssa, sillä potilas on itse oman kipunsa paras asiantuntija. Kivun hoitotyön laatu tulee varmistaa hoitohenkilökunnan säännöllisellä koulutuksella. Kivunhoidon koulutuksella on osoitettu olevan positiivinen vaikutus hoitohenkilökunnan asenteisiin, kivun arviointiin, hoitomenetelmiin ja kirjaamiseen. (Salanterä ym. 2013.)

Kipu on aina yksilöllinen ja tunnepohjainen kokemus, johon vaikuttavat aiemmat kipukokemukset (Sailo & Varti, 2000). Se on oleellisesti subjektiivinen, sillä se voidaan tunnistaa ja määritellä vain siten, miten ja missä potilas sanoo sen olevan ja tuntuvan. Kipukokemus on henkilökohtainen sen kokijalle. Käyttäytymisen tarkkailu ja fyysiset merkit voivat antaa jotain lisäinformaatiota kivusta, mutta huomioitava on, että tarkkailijan ja potilaan itsensä ilmoittaman kivun välillä voi olla huomattavia eroja. Yhden kokijan reaktio samaan kipuärsykkeeseen voi erota huomattavasti toisen henkilön kokemuksesta. Käyttäytymisen tarkkailu on erityisen tärkeää, kun puhekyky on rajallista tai sitä ei ole, kuten esimerkiksi kognitiivisista häiriöistä kärsivillä henkilöillä tai aivoverenkiertohäiriön seurauksena. (Bennett, Forbes & Faull 2006, 116.)

Kipua tulee arvioida vähintään kerran työvuorossa, kirjaamista unohtamatta. Tärkeää on selvittää kivun sijainti, voimakkuus levossa ja liikkeessä, käytetyt hoitokeinot ja niiden toivotut ja ei-toivotut vaikutukset sekä potilaan arvio kivusta. Säännöllisesti toteutettu kivun arviointi ja kirjaaminen tehostavat kivunhoitoa. Kivun hoitotyön prosessi ja kivunhoitoon liittyvä päätöksenteko tulisi kirjata systemaattisesti. (Salanterä ym. 2013.)

Kivunhoitoa tutkitaan ja kehitetään jatkuvasti. Hoitajalla tulee olla rohkeutta kokeilla uusia ja erilaisia hoitomuotoja sekä riittävästi tietoa, jotta hän voi kertoa potilaalle hoitovaihtoehtoista. Lääkkeellinen kivunhoito on aina ensisijaista, kuitenkin sen lisäksi apuna tulisi käyttää erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja, kuten psykologisia auttamismenetelmiä, tukemaan potilaan omaa elämänhallintaa ja henkistä hyvinvointia. (Salanterä ym. 2013.)

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää osaston hoitohenkilökunnalle yhteneviä käytäntöjä kivunhoidossa sekä laatia kivunhoidon opas. Oppaan tarkoitus on olla henkilökunnan apuvälineenä kivun arvioinnissa ja hoidossa.

Opinnäytetyön ongelmat ovat seuraavat:

- 1) Mitä kipu on?
- 2) Miten kipua arvioidaan?
- 3) Miten hoitotyössä toteutetaan kivunhoitoa?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa terveyskeskussairaalan vuodeosaston hoitohenkilökunnalle tietoa kivunhoidon nykytilasta kivun arvioinnin ja hoidon helpottamiseksi ja tehostamiseksi.

3 KIVUN ERITYISKYSYMYKSET ORIVEDEN TERVEYSKESKUKSESSA

3.1 Erityiskysymykset eri kipuryhmistä

Oriveden terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla hoidetaan pääosin sisätauti- ja kirurgisia potilaita. Terveystieteiden keskuksen vuodeosaston hoitohenkilökunnalle toteutetun tarvekartoituksen pohjalta sekä hoitajien osoittamien toiveiden perusteella erityisesti käsiteltäviksi kipuryhmiksi päätyivät nivelrikkopotilaat, syöpäsairaat sekä säärihaavapotilaat. Vuodeosastolla on hoidossa usein palliatiivisesti hoidettavia syöpäpotilaita, joiden kivunhoitoon tulisi löytää myös lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja. Nivelrikkopotilaat kärsivät erilaisista nivel- ja lihaskivuista, joiden hoidossa käytetään lääkkeellisten hoitojen lisäksi erilaisia liike- ja asentohoitokeinoja sekä fysiologisia kuntoutusmenetelmiä. Myös iäkkäiden potilaiden kohdalla tavataan verenkierron häiriöistä aiheutuneita säärihaavoja, jotka ovat kivuliaita erityisesti niitä hoidettaessa, ja jotka heikentävät potilaan elämäntilaa.

3.1.1 Nivelrikko

Nivelrikko on nivelruston kulumista. Nivelruston tehtävä on pienentää luihin kohdistuvaa mekaanista rasitusta. Nivelrustossa ei ole hermopäätteitä, joten nivelrusto ei itsessään tunne kipua, vaan nivelrikon kipu syntyy nivelen muiden osien, kuten nivelkalvon, luun, lihasten sekä nivelsiteiden hermopäätteiden ärsytyksestä. (Suomen Nivelyhdistys ry 2014.)

Nivelrikon hoito pohjautuu potilasohjaukseen ja elämäntapamuutoksiin, joka sisältää ylipainoisella painonpudotusta, liike- ja liikuntaharjoittelua, sekä mahdollisia tarvittavia liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineitä, kuten wc-istuimen korotukset ja kyynärsauvat. Nivelrikkopotilaan hoidon tavoitteena on hyvä kivunhoito, toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen sekä sairauden pahenemisen estäminen. Nivelrikon lääkehoito on oireita lievittävää; kipulääkkeinä nivelrikkoon käytetään parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä sekä opioideja. Osa hoitoa voi olla myös nivelensisäiset glukokortikoidi- sekä hyaluronaattiruiskeet. Myös fysikaaliset hoitomuodot, kuten kylmähoito, erilaiset tuet, esimerkiksi peukalo- tai polvituet, voivat olla hyödyllisiä, kuten myös paikalliset tulehduskipulääkevoiteet. Nivelrikon hoitona voi olla myös leikkaus. (Käypä hoito 2012a; Suomen Nivelyhdistys ry 2014.)

3.1.2 Syöpäkipu

Syöpäpotilailla on usein enemmän kuin yksi kipu; kahdella kolmesta on kaksi tai useampia eri kiputiloja. Näiden syinä on itse syöpäsairaus, hoidon aiheuttama kipu, esimerkiksi postoperatiivinen kipu, sädehoidon jälkeiset kiputilat, amputaatioiden aavesäryt ja tyngän kivut, limakalvovauriot tai selkäkipu. Syöpäkipuista seitsemänkymmentäviisi prosenttia on itse taudin aiheuttamaa nosiseptiivista tai neuropaattista kipua, viisitoista prosenttia hoidoista aiheutuvaa kipua ja kymmenen prosenttia muista tekijöistä johtuvaa kipua. Syöpäkipuun liittyy myös läpilyöntikipu, joka tarkoittaa kroonisen kivun äkillistä pahenemista esimerkiksi liikkeessa. Syöpäkiput ovat yleensä hallittavissa WHO:n porrastetun kivunhoitokaavion avulla. Sen tärkeimpiä periaatteita on, että kivun lääkehoito toteutetaan suun kautta ja ympäri vuorokauden. (Serpell 2008, 51; Kalso Haanpää & Vainio 2009, 480-481, 490.)

Koska kipu on emotionaalinen kokemus, vaikuttavat kivun kokemiseen syöpään liittyvät pelot, masennus sekä ahdistus. Ne lisäävät kipua ja toisaalta laskevat kivunsietokykyä. Syöpään liittyvä kuolemanpelko sekä ennusteen epävarmuus tekevät haasteita hoidolle. Erityisesti loppuvaiheen kivuissa suuri osa sietämättömästä kivusta saattaa olla selitettävissä psyykkisin tekijöin. (Kalso ym. 2009, 480-481.)

Laadukasta kivun arviointia syöpäkipuissa suoritetaan samalla tavoin kuin kivun arviointia ei-maligneissa kiputiloissa. Kipua tulee arvioida sen voimakkuuden ja laadun suhteen, esimerkiksi VAS 5-6, neuropaattinen kipu. Syöpäkipuun ja syövän hoitoon liittyvät sivuoireet, kuten ummetus tai uneliaisuus, arvioidaan samaan aikaan kuin kipukin. Huomioon tulee ottaa myös psykososiaaliset oireet, esimerkiksi masennus tai ahdistus. Kivunhoito syöpäkipuissa vaatii lisäksi voimakkaita psykologisen ja henkisen kivun tukimuotoja, jotka tulee ottaa huomioon kokonaiskivun hoidossa. (Serpell 2008, 51.)

Syöpään liittyy usein saattohoidon käsite. Se tarkoittaa hoitoa siinä vaiheessa, kun tautiin ei ole enää lääketieteellistä parannuskeinoa. Saattohoidon tavoitteena on kipujen ja taudin muiden oireiden hallinta ennaltaehkäisevästi. Tämä tarkoittaa jatkuvaa lääkitystä, jolloin kipua ei päästetä yltyämään sietämättömäksi. (Kalso ym. 2009, 506.) Syövän loppuvaiheessa kipua esiintyy 35-96 % potilaista ja se on usein liian huonosti hoidettua. Saattohoitopotilaalle tulisikin toteuttaa samanlaista kivun arviointia, kuin muillekin potilaille. Lääkkeellinen kivunhoito toteutetaan saattohoidossa ensisijaisesti vahvoilla opioideilla. (Käypä hoito 2012b.)

WHO:n porrasteinen lääkkeellisen kivunhoidon kaavion mukaan syöpäkivun hoito aloitetaan lievään kipuun parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä. Kivun voimistuessa kohtalaiseksi kivuksi käyttöön otetaan miedot ja keskivahvat opioidit, kuten tramadoli ja buprenorfiini. Voimakkaaseen kipuun käytetään vahvoja kipulääkkeitä, kuten morfiinia. Lisäksi kipulääkitykseen voidaan yhdistää tukilääkkeitä kuten haloperidolia pahoinvointiin tai trisyklisiä masennuslääkkeitä mielialan kohentamiseksi. (Joensuu, Roberts, Teppo & Tenhunen 2007.)

3.1.3 Säärihaavakipu

Kroonisen säärihaavan syy on yleensä laskimoperäinen, mutta myös valtimoperäiset säärihaavat ovat yleisiä. Alaraajahaavat ovat yleisiä erityisesti diabeetikoilla. Haavan hoito tulisi aloittaa heti, kun haava syntyy. Tärkeä osa hoitoa on haavan aiheuttajan poistaminen tai hoito. Valtimoperäisessä haavassa tämä tarkoittaa kirurgista tai endovaskulaarista korjaamista, kun taas laskimoperäisessä haavassa hoito perustuu turvotusten hallintaan esimerkiksi tukisukkien, asentohoidon ja fysioterapian avulla. Lisäksi tärkeää on haavan paikallishoito, jossa haava puhdistetaan ja suojataan kontaminaatiolta, jolloin haavalle luodaan suotuisa paranemisympäristö. (Käypä hoito 2014.)

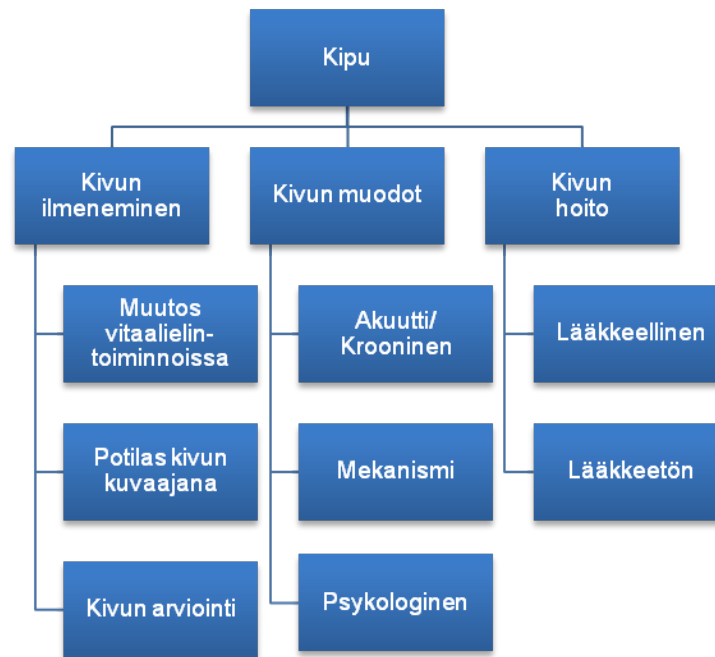
Ennen haavahoitoja tulisi huolehtia asianmukaisesta kipulääkityksestä. Toisaalta kipulääkitys on tarpeen myös haavan kroonisen kivun takia, sillä krooninen haavakipu huonontaa potilaan elämänlaatua hidastaen haavan paranemista ja tehden rajoitteita potilaan liikkuvuuteen. Haavahoidoissa kipua aiheutuu sidosten poistamisesta, haavan mekaanisesta ja kemiallisesta puhdistuksesta, hoitajan haavanhoitotaitojen puutteesta sekä mahdollisesti vääränlaisista sidoksista. Sidosten poisto voi vahingoittaa haavaympäristöä ja haavaa, joten sidokset tulisi olla aina asianmukaisesti valittuja kyseiseen haavaan. Mikäli sidoksia tulee kastella niiden irrottamiseksi, tai ne aiheuttavat verenvuotoa tai muuta ärsytystä, on sidos valittu väärin. Kiinnikuivuneita sidoksia voidaan kuitenkin pehmentää ja auttaa irtoamista kostuttamalla niitä esimerkiksi fysiologisella keittosuolaliuoksella. Sidosten valinnassa tulee huomioida haavan paraneminen; haavan tilan muuttuessa sidostyyppin tarve muuttuu myös. (Briggs ym. 2004.)

4 KIPU

4.1 Kipuongelma

Ihmisen ilmaistessa kipua puhutaan kipuongelmasta (kuvio 1). Se hankaloittaa kipua kärsivän elämää monin tavoin. Ihminen viestittää kipua omalla käyttäytymisellään; hän voi voihkia tai ontua, hieroa kipeää kohtaa, puhua kivusta tai vetäytyä syrjemmälle. Se, miten toinen ihminen käsittää kipuna perustuu havaintoihin ja kipua kärsivän omaan kuvaukseen. (Estlander, 2003.) Sairaanhoidaja, kivun hoitotyön pioneeri, Margo McCaffrey on määritellyt kivun filosofian seuraavasti: ”Kipu on mikä tahansa sellainen kokemus, jonka kipua kokeva määrittelee kivuksi ja on olemassa, kun potilas sanoo kipua olevan.” Tämä määritelmä vahvistaa, että potilaan oma kuvaus on luotettavin kivun olemassaolon ja voimakkuuden mittari. (Pasero 2009, 1.)

Kivun määritelmänä todetaan useissa lähteissä Kansainvälinen kivuntutkimusjärjestön (International Association for the Study of Pain, IASP) tekemän määrittelyn mukaisesti: kipu on epämiellyttävä aistimus tai tunnekokemus, joka liittyy kudonsvaurioon tai jota kuvaillaan kudonsvaurion käsittein. Kivun kokemiseen vaikuttavat muiden muassa aiemmat kipukokemukset sekä kulttuuri. (Airaksinen & Kouri; Vainio 2009a.) Fyysisen kivun aiheuttaa kudonsvaurio, joka on seurausta jostakin ulkoisesta tai elimistön sisäisestä tekijästä. Kudonsvaurion syntyessä kipureseptorit eli nosiseptorit lähettävät aivojen kipukeskuksiin hermoimpulssin. (Sailo & Vartti 2000, 31.) Koska kipu on yksilöllinen kokemus, se tarkoittaa, ettei sitä voida suoranaisesti mitata. Kipu, kuten tietoisuus itsekin, on rakentunut monimutkaisista aivotoiminnan prosesseista, joihin ihmisen asenteet, uskomukset, persoonallisuus ja nosiseptiivisten ärsykkeiden merkitysten tulkinta vaikuttavat. Keskeistä kliinisen kivun ymmärtämiselle on se, että kipua voi kokea, vaikka selkeää kivunlähdettä tai syytä ei ole. (Cousins & Gallagher 2011, 13.)



Kuvio 1. Kipuongelma

Kivun kokemukseen vaikuttavat fyysiset, emotionaaliset, sosiaaliset ja henkiset tekijät. Kivun kokonaisuuden käsite hyväksyy kaikkien näiden osatekijöiden tärkeyden ihmisen kärsimyksessä ja hyvä kivunhallinta on epätodennäköistä ilman, että kaikkiin näihin tekijöihin kiinnitetään huomiota. Kroonisesta kivusta tai pitkälle edenneestä sairaudesta kärsivät potilaat kohtaavat monenlaisia menetyksiä, he voivat kärsiä normaaliuden tunteen menetyksestä, terveyden menetyksestä ja mahdollisesti myös tulevaisuuden menetyksestä. Kipu asettaa rajoituksia normaalielämälle, erityisesti liikkumiselle ja sietokyvyille. Lisäksi kipu muistuttaa sen perustalla olevasta sairaudesta ja sen tämänhetkisistä ja tulevista seurauksista. Kivun merkitys pitkälle edenneestä sairaudesta kärsivälle potilaalle vaihtelee yksilöllisesti olosuhteiden ja sairauden mukaisesti. Lihassärky lievän trauman seurauksena voi tuntua turhauttavalta ja häiritsevältä, kun taas iskeemistä sydänsairautta sairastavalle jokainen kipukohtaus voi tuntua siltä, että siitä seuraisi välitön kuolema. Esimerkiksi monet syöpäpotilaat voivat ajatella, että kova kipu on syöpäsairauksissa väistämätöntä. Tämä voi puolestaan johtaa pelkoihin, kärsimykseen ja haluttomuuteen pyytää apua. Potilas voi tulkita syöpäkivun virheellisesti osoituksena syövän etenemisestä ja siksi merkinä lähestyvistä kuolemastaan. (Bennett ym. 2006, 117-118.)

Ikääntyminen tuo kipuun ja sen hoitoon muutoksia ja haasteita. Vielä jokseenkin epäselvästä syystä iäkkäiden kipuaistimus muuttuu. Normaalisti nuorella ihmisellä voima-

kastakin kipua aiheuttavat tilat tai vaivat saattavat olla täysin oireettomia tai hyvin lieväoireisia iäkkäällä. Jopa reisiluunkaulan murtuma saattaa ilmentyä vain hankaloituneena kävelynä. (Souhami & Moxham 2002, 190.)

4.2 Kivun luokittelu mekanismin perusteella

Kiputyypit jaotellaan yleensä kolmeen luokkaan: nosiseptiiviseen, neuropaattiseen sekä psykogeeniseen eli idiopaattiseen kipuun. Eri kiputyyppejä hoidetaan eri menetelmillä ja lääkkeillä. Nosiseptiivinen kipu tarkoittaa kipua, jonka aiheuttaa inflammatorinen tai ei-inflammatorinen reaktio ilmeiseen tai mahdolliseen kudonvaurioon. Nosiseptiivinen kipu voidaan jakaa viskeraaliseen eli sisäelimestä syntyvään, ja somaattiseen eli iholla, lihaksissa, luustossa syntyvään kipuun. Somaattisen nosiseptiivisen kivun yleisiä aiheuttajia ovat tulehdukset esimerkiksi nivelissä tai lihaksessa, kasvaimet, tai iskemiat eli hapenpuute esimerkiksi sydäninfarktissa. (Sailo & Vartti 2000, 31-33; Kouri 2010; Haanpää ym. 2013.)

Viskeraalinen kipu on yleensä huonosti paikannettavissa, sillä se syntyy usein kudoksen venymisestä tai tulehtumisesta. Vaurioitunut tai vaurioitumisen vaarassa oleva elin ei itsessään tunne kipua. Viskeraalinen kipu säteilee usein eri kehonosiin, kuten esimerkiksi maksametastaasien aiheuttaman palleaärsytyksen seurauksena ilmenevä oikean olkapään kipu. (Sailo & Vartti 2000, 33; Hamunen 2003, 30.)

Neuropaattinen kipu on kiputila, jonka syynä on vaurio tai tauti somatosensorisessa järjestelmässä. Vaurio on siis varsinaisesti kipua välittävässä hermossa, joko sen ollessa ulkoisesti vaurioitunut esimerkiksi leikkauksen tai tapaturman takia, tai sisäistä syytä, esimerkiksi kasvaimen painaessa hermoa. Neuropaattinen kipu ilmenee pistävänä, viiltävänä tai polttavana, ja usein äkillisinä kipukohtauksina. (Sailo & Vartti 2000, 33.)

Psykogeeniseksi eli idiopaattiseksi kiputilaksi luokitellaan sellainen kipu, jonka aiheuttaja ei ole kudon- tai hermovaurio; kivulle ei löydy somaattista syytä, joka selittäisi oireet. Idiopaattinen kipu selittyy usein psyykkisillä mekanismeilla, joskin puhdas psykogeeninen kipu on erittäin harvinaista. Idiopaattinen kipu on usein yhteydessä masennukseen. (Sailo & Vartti 2000, 33-34; Haanpää 2007.)

4.3 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutti kipu määritellään äkilliseksi ja ohimeneväksi, jota voidaan ja tulee hoitaa. Se toimii varoituksena kudonvauriosta tai sairaudesta. Useimmiten akuutti kipu loppuu,

kun sen aiheuttanut syy poistetaan, mutta toisinaan kipu voi kroonistua. Kipua voidaan kutsua krooniseksi, kun se on kestänyt yli kolmesta kuuteen kuukautta tai yli kudoksen normaalin paranemisajan. Akuutti ja krooninen kipu eivät kuitenkaan eroa vain ajallisesti toisistaan. Krooninen kipu jättää hermojärjestelmään pysyviä muutoksia, jotka voivat aiheuttaa kivun jatkumista ja voimistumista, vaikka kipuärsyke olisikin poistunut, kun taas akuutti kipu ei tätä tee. (Sailo & Vartti 2000, 34; Joensuu ym. 2007; Kuusisto 2010, 591.)

Akuutin kivun syy yleensä tiedetään ja kipu saadaan todennäköisesti hoidettua, kun potilas saadaan ajoissa oikeaan hoitoon. Oikeanlainen akuutin kivun hoito voi ehkäistä kivun kroonistumista, mikäli se aloitetaan tarpeeksi ajoissa. Tällä tarkoitetaan kunnollista kivun syyn tutkimista, tarpeellisia tutkimuksia, mahdollisia operaatioita, eikä vain lääkkeellistä kivunhoitoa. Toisaalta akuuttia kipua voidaan hoitaa esimerkiksi levolla, varomisella ja lääkkeillä, mutta kivun pitkittyessä ne voivat myös pitkittää kipuongelmaa. (Sailo & Vartti 2000, 34; Kalso ym. 2009, 105-107.)



Kuvio 2. Hoitamattoman akuutin kivun vaikutukset elimistössä (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 76)

Kipu, erityisesti akuutti, aiheuttaa elimistössä erilaisia vitaalielintoimintojen, aineenvaihdunnan ja hormonitoiminnan muutoksia (kuvio 2). Potilaan kivun arvioiminen pelkkien vitaalielintoimintojen muutosten perusteella on kuitenkin epävarmaa, sillä niihin vaikuttavat kivun lisäksi esimerkiksi potilaan tunnetila, sairaudet ja lääkitys. Näitä muutoksia voidaan ja joudutaan usein käyttämään apuna tajuttoman potilaan kivun arvioinnissa. Merkittävimpiä vitaalielintoimintojen muutoksia kivun arvioinnissa ovat sykkeen ja verenpaineen kohoaminen sekä hengitystaaajuuden tihentyminen. Muita elimistössä tapahtuvia vaikutuksia ovat muiden muassa virtsanerityksen väheneminen, verensokerin kohoaminen, mahalaukun tyhjenemisen hidastuminen aiheuttaen retentiota sekä vatsantoiminnan huonontuminen. Hoitamaton akuutti kipu kasvattaa keuhkokuumeen riskiä hengityspoisen muutosten seurauksena, sillä limaa alkaa kertyä hengitysteihin ja yskiminen vaikeutuu. Toisaalta myös rytmihäiriöiden sekä sydänlihaskemian riski kasvaa, kuten myös riski laskimotukokseen lisääntyy sydämen työmäärän lisääntyessä. Elimistön reaktiot akuuttiin kipuun voivat myös olla elintärkeiden toimintojen kompensoimista, esimerkiksi hypovolemiapotilaan verenpainetta ylläpitämällä. (Salanterä ym. 2006, 76; Kalso ym. 2009, 106; Salanterä ym. 2013, 3.)

Krooninen kipu haittaa normaalielämää. Siihen liittyy usein masennusta, unettomuutta, työkyvyn heikkenemistä tai kokonaan menettämistä ja näin ollen taloudellisen tilanteen muutoksia. Kuitenkaan kaikki kipupotilaat eivät sairastu masennukseen. (Sailo & Vartti 2000, 35.) Kun kroonista kipua aiheuttaa nosiseptiivinen syy, kuten esimerkiksi niveltulehdus reumassa tai iskemia sepelvaltimotaudissa, voidaan sitä hoitaa kohtalaisen hyvin, sillä sen aiheuttaja tiedetään. Kun taas syy on neuropaattinen, tulee hoidosta mutkikkaampaa, sillä hermosoluissa tapahtuu muutoksia vaurioituneen hermon lähettäessä jatkuvasti impulsseja ja näin ollen kipua estävä hermotoiminta heikkenee. Jatkuvat impulssit aiheuttavat selkäytimen ja hermopäätteiden herkistymistilan, minkä takia kipu tuntuu normaalia voimakkaammalta (hyperalgesia) ja kipua saattaa syntyä ilman varsinaisesti kipua aiheuttavaa ärsykettäkin (allodynia). Vaurioitunut hermopääte saattaa lähettää kipuimpulsseja jopa ilman ärsykettä. Krooninen kipu voi olla myös toistuvaa tai ajoittaista, kuten esimerkiksi migreenikohtaukset. (Sailo & Vartti 2000, 33-34; Joensuu ym. 2007.)

Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat kivun kroonistumiseen jopa fysiologisia tekijöitä enemmän. Näitä psykososiaalisia tekijöitä voi olla esimerkiksi kognitiiviset tekijät, kuten uskomukset. Kivun kokija voi ajatella, ettei kipu ole hoidettavissa. Hän voi kokea

myös psyykkisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta ja hätää, hänen käyttäytymisensä voi muuttua niin, että hän välttää liikkumista tai kärsii unihäiriöistä. Toisaalta myös läheisten puuttuminen tai ylisuojelevaisuus potilasta kohtaan sekä oma ennuste kuntoutumiseen ja työkyvyn säilyvyyteen vaikuttavat kivun kroonistumiseen. Pitkät odotusajat tutkimuksiin ja hoitoihin tai hoidon epäjatkuvuus voivat kasvattaa luottamuksen puutetta hoitavaan tahoon, mikä edesauttaa kivun kroonistumista. (Estlander 2003, 29; Kalso ym. 2009, 109.)

Erityisesti idiopaattisesta kivusta kärsivät, mutta myös muut kipupotilaat usein kokevat, ettei heidän ongelmaansa uskota tai että sitä vähätellään. Kroonista kipua kärsivä potilas saattaakin helposti siirtyä hakemaan apua aina uudelta taholta, kunnes saa sellaista apua kuin haluaa. Tämä haittaa hoidolle tärkeän luottamuksellisen lääkäri-potilassuhteen syntymistä ja vaikeuttaa hoidon tavoitteellisuutta, kun hoitavia tahoja on useita. (Sailo & Varti 2000; Kalso ym. 2009.)

4.4 Porttikontrolliteoria

Porttikontrolliteorian (Gate Control Theory) kehittivät Ronald Melzack ja Patrick D. Wall vuonna 1965. Porttikontrolliteoria kuvailee kivun muuntumista siten, että selkäytimessä, tarkemmin selkäytimen takasarven synapseissa, kulkee kipurata, johon tulee sekä nousevia että laskevia ärsykeitä sekä keskushermostosta ja muualta kudoksista. Mikäli kaksi eri kilpailevaa kipuärsykettä saapuu soluihin kivunlähteestä ja esimerkiksi iholta sensorisia ärsykeitä, vähenee aivoihin kulkeutuva kipuinformaatio, kun kipuärsykeitä kuljettavien selkäydinsolujen toiminta tällöin estyy. (Vainio 2004; TherapiaFennica 2013.) Monet fysikaaliset hoidot, kuten akupunktio ja sähköinen transkutaaninen hermostimulaatio eli TNS-hoito on koettu toimivaksi porttikontrolliteorian perusteella (TherapiaFennica 2013).

Selkäytimessä kulkee tuntosäikeitä, paksuja ja nopeita A-betahermosäikeitä sekä ohuita ja hitaita C-säikeitä, jotka kuljettavat kipuärsykeitä. A-betahermosäikeet voivat muuntaa tai jopa estää C-hermosäikeissä kulkevia ärsykeitä. Käytännössä tämä tarkoittaa tilannetta, jossa ihminen esimerkiksi kolauttaa kyynärpään ovenpieleen, hän tuntee ensiksi terävää, nopeaa kipua ja hetken päästä alkaa tuntea tylppä, pidempikestoinen ja epämiellyttävä kipu. Nopea kipu on tällöin A-säikeen nopea impulssi, kun puolestaan

hidas C-hermosäikeen impulssi kulkeutuu kyynärpästä selkäyttimeen takasarveen. Tätä kutsutaan porttikontrolliksi. Kaikilla ihmisillä on samankaltaisia ominaisuuksia reagoida äkilliseen kipuun: kipeää kohtaa sivellään tai hierotaan kivun vähentämiseksi. Sively tai hieronta näin aktivoi kosketustuntoa A-säikeitä myöten selkäyttimeen, jolloin tapahtuu ikään kuin kilpailureaktio kahden ärsykkeen, kipuärsykkeen sekä sivelyärsykkeen välillä, vähentäen kipuärsykkeen määrää. Tällä tavoin sively tai hieronta vähentää ihmisen kokemaa kivuntunnetta ja näin lievittää kipua. (Melzack & Wall 2003, 1-8; Vainio 2004, 26-28.)

Porttikontrolliteorian painotus on se, että aivoilla on voimakas rooli kipuprosesseissa. Aiemmin psykologisia tekijöitä ei huomioitu kivun kokemisessa riittävän tärkeinä, mutta porttikontrolliteorian myötä näitä pidetään kiinteästi kivun prosessiin kuuluvana. Kipua on pidetty kauan pelkästään sensorisena ilmiönä, mutta vamma aiheuttaa muutakin kuin pelkkää kipua. Se häiritsee myös aivojen homeostaattista säätelyjärjestelmää aiheuttamalla stressiä ja käynnistäen monimutkaisen ohjelman yrittämällä palauttaa homeostaasia eli elimistön sisäistä tasapainoa (Melzack & Wall 2003, 1-8.) Kipututkijat ovatkin todenneet, että vaikka kipu on kiistattomasti tuntemus kehossa, se on myös aina epämiellyttävä ja siksi myös tunnepohjainen kokemus. (Merskey 1979, Melzack & Wall 2003 mukaan.)

Porttikontrolliteorian mukaan ääreishermostossa tapahtuva kipukohdan vastaärsytys, kuten kosketus, hieronta tai keskushermostossa tapahtuva muutos, kuten huomion kiinnittyminen toisaalle, voivat täten vähentää tai jopa estää kivun kokemisen. Tällöin kipukokemuksen voidaan katsoa olevan fysiologisten että psykologisten tekijöiden yhteisvaikutus. (Estlander 2003, 35.) Porttikontrolliteorian mukaan kipukokemus ei riipu pelkästään stressaavasta mielentilasta tai fyysisestä vammasta, mutta on myös kooste psykologisista, emotionaalisista ja sosiaalisista tekijöistä, jotka voivat joko lieventää tai nostaa kivun kokemista. Vakavan vamman aiheuttama kipukokemus voi lieventyä aivojen tuottaman kipua alentavan endorfiinin vuoksi. (Plotnik & Kouyoumdjian 2011, 112.) Myös potilaan aiemmat kokemukset, pelot ja ahdistukset voivat olla merkittäviä kivun kokemisessa (Curran, Reddi, & Stephens 2013, 6).

5 KIPU JA MIELI

5.1 Kivun psykologia

Fyysisen kivun lisäksi ihmisen kiputilaan vaikuttavat myös erilaiset psykologiset ja psykososiaaliset ilmiöt, jotka eivät riipu fyysisen kivun laadusta tai sijainnista. Nämä ilmiöt vaihtelevat yksilöllisesti eri ihmisillä, kunkin henkilön omien tunnekokemusten tai kivulle antamien merkitysten mukaan. Huomioitava onkin, että kipu on monimutkainen biopsykososiaalinen ilmiö, joka sisältää erilaisia sensorisia, emotionaalisia, kognitiivisia ja käyttäytymisen prosesseja, jotka toimivat vuorovaikutuksellisesti keskenään. Ihmisen ajatukset, esimerkiksi hänen uskomuksensa, odotuksensa, suhtautumis- ja toimintatapansa sekä tulkintansa säätelevät tunnetiloja, jotka vaikuttavat erilaisiin fysiologisiin prosesseihin ja kipukäyttäytymiseen. Myös ihmisen oma elämäntilanne ja ihmisuhteet, aiemmat kipukokemukset, erilaiset sosiaaliset ja taloudelliset seikat, oma kulttuuri ja sen arvot ja normit ovat tärkeässä roolissa ohjaamassa yksilöllisiä kokemuksia ja käyttäytymistä. Kipuongelma voi pitkittyä ja vaikeuttaa selviytymistä, mitä enemmän potilaalla on tunteisiin, ajatuksiin tai toimintatapoihin liittyviä riskitekijöitä. Tällöin kipu voidaan kokea voimakkaampana, potilas voi kokea toimintakykyrajoituksensa suuremmiksi sekä hoidon tuloksellisuus voi huonontua, jos potilaalla on useita psykososiaalisia riskitekijöitä. Näitä voi olla esimerkiksi potilaan uskomus esimerkiksi kuntoutuksen tai hoidon tehottomuudesta tai pelko kivun vaarallisuudesta. (Estlander 2003, 10; Valjakka 2013, 2-6.)

Kipuongelmasta kärsivällä on eritasoisia selviytymiskeinoja; kivunhallintakeinoja eli kivunkäsittelykeinoja. Ne sisältävät erilaisia tapoja tulla toimeen kipukokemuksen kanssa. Aktiivisia kivunkäsittelykeinoja voivat olla esimerkiksi potilaan oma kivunlievittämiseen tähtäävä toiminta, kuten lepo ja rentoutuminen tai omaisen kanssa keskustelu; pyrkimys ratkaista ongelmia ja uskaltaa kohdata erilaisia tunteita ja kokemuksia, mielikuvien käyttö tai jopa kivun hyväksyminen ja rauhallinen suhtautuminen siihen. Passiivisia kivunkäsittelykeinoja ovat puolestaan lääkitys, toisten apuun turvaaminen, oman tekemisensä rajoittaminen tai odottaminen, että tilanne ratkeaa itsellään. (Estlander 2003, 86-87; Valjakka 2013, 9.)

Kipupotilaan psykososiaalinen tila tulisi arvioida hoitoa aloitettaessa. Hyvään psykososiaalisen tilan arviointiin sisältyy potilaan mieliala, henkiset selviytymistaidot, perheen tuki; ahdistuksen, masennuksen tai unihäiriöiden oireet sekä potilaan odotukset kivunhoidolta. Jatkuva kipu laskee mielialaa, aiheuttaa unihäiriöitä, sekä vähentää elämänhalua. Siksi onkin tärkeää seurata sekä kirjata, kuinka kipu ja sen hoito vaikuttaa päivittäisiin toimintoihin, nukkumiseen, mielialaan ja normaaliin toimintakykyyn. (Cousins & Gallagher 2011, 36.)

5.2 Muistihäiriö

Jopa yli yhdeksällä kymmenestä laitoshoidossa olevasta potilasta on kognitiivisia muutoksia. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005). Kun muistihäiriö etenee, esiin nousee tarve arvioida potilaan kipua käyttäytymisen muutosten pohjalta, erityisesti jos potilaan kyky kommunikointiin on heikentynyt. Rauhattomuuden ja huutelun lisäksi muistihäiriöisen potilaan kipu voi näkyä käytösmuutoksina liikuntakyvyn heikkenemisenä, sosiaalisena eristäytymisenä sekä masennuksena. (Herr, Bjoro & Decker 2006, 170-192.)

Käyttäytymisen muutosten arviointiin käytetään yleisesti PAINAD-kipumittaria. Se pohjautuu viiteen eri havaintokategoriaan, joita ovat hengityksen, ääntelyn, kasvojen ilmeiden ja kehon kielen muutokset sekä lohduttamisen tarve. (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007, 2548.) Keskipaikeassa ja vaikeassa dementiaassa potilaan oma kivunilmaisu on usein ristiriidassa hoitajan arvion sekä PAINAD:in kanssa (Leong, Chong & Stephen 2006, 252-256). PAINAD:in käytön myötä dementoituneen potilaan kipulääkkeiden käyttö on lisääntynyt ja määrittämättömät kivut ovat vähentyneet (Hutchison, Tucker, Kim & Gilder 2006, 328-331).

PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)			
Havaintokategoria		Pisteluokka	
		0	1
			2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittainen vaivalloista Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista Pitkiä hyperventilaatiojaksoja Cheyne-Stokes -tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä Tyytyväinen ääntely	Satunnaista vaikerointia tai voihketta Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua Äänekästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä Levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu

Kuvio 3. PAINAD-mittari (Björkman ym. 2007, 2548)

On vielä vähän tietoa siitä, muokkaako dementia kipukokemuksia (Björkman ym. 2007). Alzheimerin tautiin sairastuneilla potilailla kipuaistimus pysyy lähes muuttumattomana, joskin taudinkuvaan kuuluvat kipujärjestelmän vauriot kasvattavat kivunsietokykyä (Scherder, Oosterman & Swaab 2005, 461-464). Näin ollen lieväasteiset käyttäytymismuutokset voivat viitata voimakkaan kivun kokemukseen potilaalla. Syitä käyttäytymisen muutoksiin voi olla kivun sijaan tai lisäksi myös muita tekijöitä, kuten masennus, psykoosi, jano, wc-käynnin tarve tai epämukava vaatetus. (Snow & Shuster 2006, 1379-1387.)

6 KIVUN HOITOTYÖN PROSESSI

6.1 Kivunhoidon tarpeen määrittäminen ja kivun arviointi

Kivun hoitotyön prosessi koostuu kolmesta portaasta: hoidon tarpeen määrittämisestä ja kivun arvioinnista, hoitotyön toiminnoista, sekä hoidon tulosten arvioinnista ja kirjaamisesta (Väänänen 2008, 54). Hoidon tarpeen määrittely on perusta potilaan hoidon yksilölliselle suunnittelulle. Terveyden huollon ammattihenkilö arvioi millainen on potilaan lähtötilanne ja tunnistaa potilaan yksilölliset ongelmat. Hoidon tarve tulee määritellä täsmällisesti, jotta hoidon vaikuttavuutta voidaan arvioida. Hoitohenkilökunta kuvaa potilaan tämänhetkistä terveydentilaa tai mahdollisesti tulevaisuudessa ilmeneviä ongelmia, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotyön keinoin. Hoidon tarpeita voi olla yksi tai useampia. On huomioitava, että asioita, jotka potilaan omasta näkökulmasta eivät ole ongelmia, ei tule yleensä kirjata hoidon tarpeeksi. (Väänänen 2008, 25; Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 17.)

Tehokkaan kivunhoidon perusta on kivun arviointi. Kipua tulee mitata ja arvioida säännöllisesti, dokumentointia unohtamatta. Jatkuva, säännöllinen ja yhdenmukainen kivun arviointi edistää hoidon toteuttamista. Kivun arvioinnissa luotettavuutta lisää potilaan oma arvio kivusta. Potilaan osallistuessa aktiivisesti kivun ja sen hoidon arviointiin ovat kivunhoidon tulokset paremmat. Mitä kipeämpi potilas on, sitä useammin kivun arviointi tulisi suorittaa. Arviointi koostuu potilaan tarkkailusta, mahdollisista tutkimuksista, kuten kuvantamisesta, sekä apuvälineenä käytettävistä mittareista, asteikoista, kipusanastosta ja kipuanalyysista. (Kotovainio & Mäenpää 2010, 592.)

Kipukokemus on yksilöllinen, subjektiivinen kokemus, jota ei voida mitata. Kipukäytännön perusteella voi olla mahdollista arvioida kipua, mutta kuitenkin potilaan oma kivun kuvailu on tärkein tekijä kivun arvioinnissa. Kivun arvioinnissa on selvitettävä, mikä on kivun ilmaisen tausta ja miten kipu vaikuttaa potilaan elämään, sekä mikä olisi paras tapa hoitaa kipua. Kipuongelman osatekijöiden lisäksi tulisi ottaa huomioon myös potilaan oma kulttuuritausta, sen normit ja säännöt sekä potilaan sosiaalitaloudelliset seikat. (Estlander 2003, 29.)

6.1.1 Kivun alkukartoitus

Potilaan saapuessa osastolle tulisi tehdä kivun alkukartoitus. Alkukartoituksessa selvitetään kivun alkuaika, sijainti, säteily, luonne ja voimakkuus, onko kipu jatkuvaa vai ajoittaista, helpottuuko tai pahentuuko se jollain tavalla, esimerkiksi levossa, liittyykö siihen liitännäisoireita, kuten oksentelua, pahoinvointia tai huimausta, sekä mahdollinen liikkumisen ja normaalielämän rajoittavuus. Lisäksi tulee selvittää potilaan oma arvio kivusta, käytetyt kivunhoitomenetelmät ja niiden vaikutukset, potilaan odotukset hoidolle sekä mahdolliset pelot. Potilaan kipuhistoria tulee tutkia kattavasti. Alkukartoituksessa voidaan käyttää apuvälineinä kipukarttaa sekä kivun voimakkuuden määrittämiseksi esimerkiksi VAS-kipumittaria. (Kalso ym. 2009, 118-120; Cousins & Gallagher 2011.)

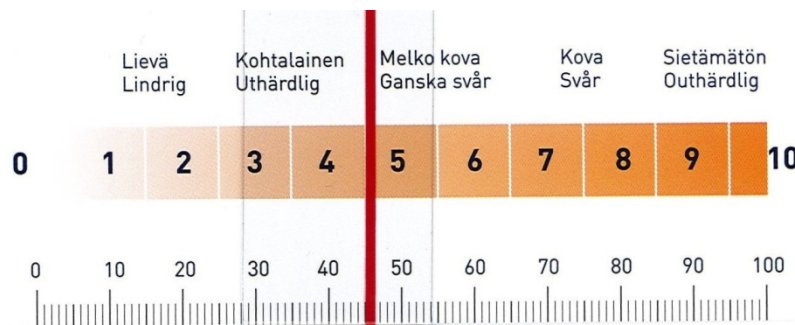
Kipua arvioidessa tulee keskittyä kuuntelemaan potilasta ja olla empaattinen. Kiputuntemusta ei tule koskaan aliarvioida, vaan hoidon tavoitteet tulee tehdä yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Kivun alkuarvioinnin pohjalta tehdään tavoitteet kivunhoidolle yhteistyössä potilaan, omaisten, hoitajien ja lääkärin kanssa. Kivunhoidon tavoitteiden tulee olla konkreettisia, saavutettavissa olevia ja realistisia. Kroonista kipua ei aina voida poistaa, mutta kivunhoidon tavoitteeksi voidaan asettaa esimerkiksi mahdollisimman hyvän elämänlaadun saavuttaminen. (Sailo & Vartti 2000; Väänänen 2008.)

6.1.2 Kivun arvioinnin apuvälineitä

Kivun arviointi tulee aina olla potilaskohtaista, sillä potilaat ja tilanteet ovat kovin erilaisia. Arvioinnin helpottamiseksi hoitajalla tulisi olla käytössään erilaisia keinoja. Kivun voimakkuutta, laatua, kestoa, parantavia ja pahentavia asioita voidaan kysellä sanallisella kuvauksella asialliselta aikuiselta tai nuorelta potilaalta, jolla ei ole muistiongelmia. (Salanterä ym. 2006.) Kivun arviointi tulisi tapahtua yhtenäisellä menetelmällä, joka on selkeästi ja yksiselitteisesti kirjattavissa. Näin taataan potilaalle jatkuva, yksilöllinen, hänen tarpeitaan vastaava kivunhoito. (Sailo & Vartti 2000.)

Visuaalianalogiasteikko (Visual Analogue Scale) eli VAS on yleisimmin käytössä oleva kipumittari. Potilas saa arvioida kipunsa voimakkuuden merkitsemällä tai näyttämällä 10 cm pituiselta janalta kohdan, jonka hän kokee vastaavan kipunsa voimakkuutta. Mittarissa vasen pää on 0 tarkoittaen, että kipua ei ole ollenkaan, ja oikeassa päässä janaa 10 kuvaa pahinta mahdollista kipua. Toisaalta potilailta on saatu kritisointia ”pahinta mahdollista kipua” kohtaan, sillä vain harvan voidaan sanoa kokeneen sitä. Tästä syystä

olisi parempi käyttää esimerkiksi termiä ”sietämättömän voimakas kipu”. (Salanterä ym. 2006, 84-85; Vainio 2009b.)



Kuvio 4. VAS-kipumittari

VAS:ia hieman vastaava kipumittari on kipukiila, jossa vasemmassa reunassa kiila on alhaalla ja nousee oikealle mentäessä täysin ylös kiilan muodossa. Usein nämä kaksi on yhdistetty yhdeksi mittariksi, jonka toisella puolella on numeraalinen jana ja toisella puolella kiila. (Salanterä ym. 2006, 85; Vainio 2009b.)



Kuvio 5. Kipukiila

Numeerinen asteikko NRS (Numeral Rating Scale) on erityisesti ensi- ja akuuttihoidossa paljon käytetty mittari. Potilaalta kysytään kivun voimakkuutta välillä 0-10, jossa 0 = ei ollenkaan kipua ja 10 = pahin mahdollinen kipu. Potilaan tulee siis ilman apukuvaa mieltää kivulleen jokin numero. Toisaalta numeerista asteikkoa käytetään joskus myös välillä 0-100, mutta tämä asteikko on käytössä lähinnä tutkimuksissa, eikä kentällä. (Salanterä ym. 2006, 85-86.)

Numeerisen asteikon hankaluuksia on kivun voimakkuuden erottaminen esimerkiksi lukujen 4 ja 5 välillä. Kuitenkin tällä ongelmalla on melko pieni vaikutus hoidon kannalta. Kipua tulee hoitaa joka tapauksessa, oli se sitten arvioitu olevan luokkaa 4 tai 5.

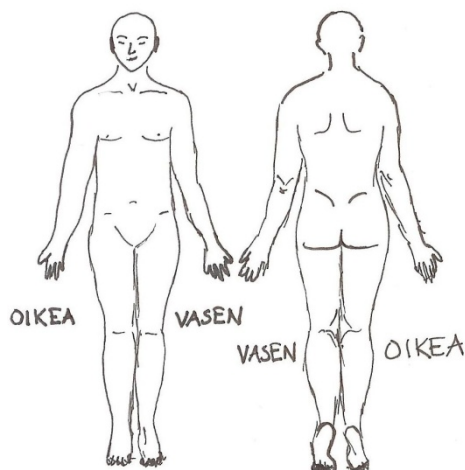
Tärkeintä on kuitenkin päästä ”noin” arvioon kivun voimakkuudesta. Kivun katsotaan olevan hallinnassa, kun kiputaso pysyy välillä 0-3, kun käytetään asteikkoa 0-10. Toisaalta hankaluutta lisää myös kouluarvosana-asteikolla 10 tarkoittaessa hyvää, kun taas numeerisessa asteikossa tarkoittaen pahinta mahdollista kipua. Ennen kivun arviointia numeerisella asteikolla tulee varmistaa, että potilas ymmärtää asteikon käytön. (Salanterä ym. 2006, 86.)

Kipua voidaan arvioida numeroiden ja janojen lisäksi sanallisella VRS (Verbal Rating Scale) asteikolla. Sanallisesti kipua voidaan arvioida vaihtoehtoilla ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, kova kipu ja sietämätön kipu. Sanat voidaan synkronoida numeerisen kipuasteikon kanssa niin, että ei kipua vastaa lukua 0, lievä kipu vastaa 1-3, kohtalainen kipu vastaa 4-5, kova/voimakas kipu 6-7 ja sietämätön kipu 8-10. (Salanterä ym. 2006, 86.)

Porttikontrolliteorian kehittäjä, kipututkija Roland Melzack aloitti potilaan omakuvaukseen perustuvan kipusanaston kehittämisen jo 1950-luvulla ja nimesi sen oman yliopistonsa mukaan McGillin kipusanastoksi (The McGill Pain Questionnaire). Tämä kipusanasto, joka pohjautui erilaisten potilaiden omiin ilmaisuihin kivun tuntemuksista adjektiivein, oli mullistava keino arvioida kivun laatua ja tyyppiä. (Melzack & Raja 2005). Tänä päivänä kyseistä McGillin kipusanastoa käytetään laajalti ympäri maailmaa. McGillin kipusanasto on laaja sanasto, jossa sanat on jaettu neljään yläluokkaan: aistimuksellisiin, tunnesävytteisiin, kivun määrää kuvaaviin sekä sekalaisiin sanoihin. Kuvailevia sanoja ovat esimerkiksi polttava, viiltävä, tylppä, jomottava ja pistävä sekä ajoittainen, jatkuva, säännöllinen ja tasainen. Koska sanastoa suomentaessa sanojen merkitys olisi muuttunut, kun vastaavan sanan intensiteetti ei olisi vastannut alkuperäistä, on suomennoksen apuvälineenä käytetty VAS-mittaria, jonka avulla vastaava intensiteetti on pyritty säilyttämään mahdollisimman lähellä alkuperäistä. McGillin kipusanastoa käytetään erityisesti kroonisen kivun arvioimisessa, ja sitä käytetään lähinnä tutkimuskäytössä. (Salanterä ym. 2006, 89.)

Kipukartalla pyritään määrittää kivun tarkempaa sijaintia, silloin, kun se on hankalaa esimerkiksi näyttämällä tai kertomalla. Kipukartta kuvaa ihmistä edestä ja takaa. Potilaan tulisi merkitä kuvaan kivun sijainti. (Salanterä ym. 2006, 87.) Potilaan itse piirtämillä merkinnöillä voidaan nähdä kokonaiskuvaa kivun sijainnin lisäksi myös niiden lukumäärästä (Vainio & Kalso 2007, 764). Kipukarttaan voidaan tehdä erilaisia merkin-

töjä riippuen kivun laadusta ja voimakkuudesta. Potilasta voidaan pyytää merkitsemään kivunluonnetta erilaisin merkinnöin, kuten esimerkiksi O = särkyä tai jomottavaa kipua, X = pistävää kipua, # = puutuneisuutta. Merkinnän vahvuudella voidaan tuoda esiin kivun voimakkuutta.



Kuvio 6. Kipukartta

6.2 Kivun hoitotyön toiminnot

Kivunhoidon onnistumisen edellytyksenä ovat hoitohenkilökunnan tiedot ja taidot, myönteinen asenne tehokkaaseen kivunhoitoon, moniammatillinen yhteistyö sekä potilaan subjektiivisten tuntemusten kuunteleminen ja oman kivunhoidon asiantuntijuuden hyödyntäminen. Taitavan hoitajan taitoihin kuuluu lääketieteellisen kivunhoidon lisäksi myös erilaiset kognitiiviset, behavioraaliset sekä fysikaaliset hoitokeinot. Lääkehoito on kuitenkin ensisijainen menetelmä niin akuutin kuin kroonisen kivun hoidossa. Yleisimmin käytettyjä kivunhoitokeinoja Väänänen (2008) tutkielman mukaan ovatkin ensisijaisesti lääkehoito ja toiseksi yleisimpänä asentohoito. Hoitotyön toimintojen, niin lääkkeenannon kuin fysikaalisen hoitokeinon, tulokset tulisi aina arvioida ja kirjata yksiselitteisesti ja selkeästi. Näin tietoja voidaan käyttää moniammatillisesti hyödyksi potilaan hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa. (Hovi & Salanterä 2000, 10-12; Sailo & Varti 2000; Väänänen 2008.)

Hovi & Salanterä (2000, 10-12) painottavat, että kivun hoitotyön toiminnoissa oleellinen osa on ohjaus ja opettaminen, potilaan lähtökohdat ja tarpeet huomioiden. Väänänen

(2008, 54-55) tutkielman mukaan kivunhoidon ohjaus on kuitenkin kovin vähäistä tai ohjauksen kirjaaminen on puutteellista. (Hovi & Salanterä 2000, 10-12; Väänänen 2008, 54-55.)

6.3 Kivunhoidon tulosten arviointi ja kirjaaminen

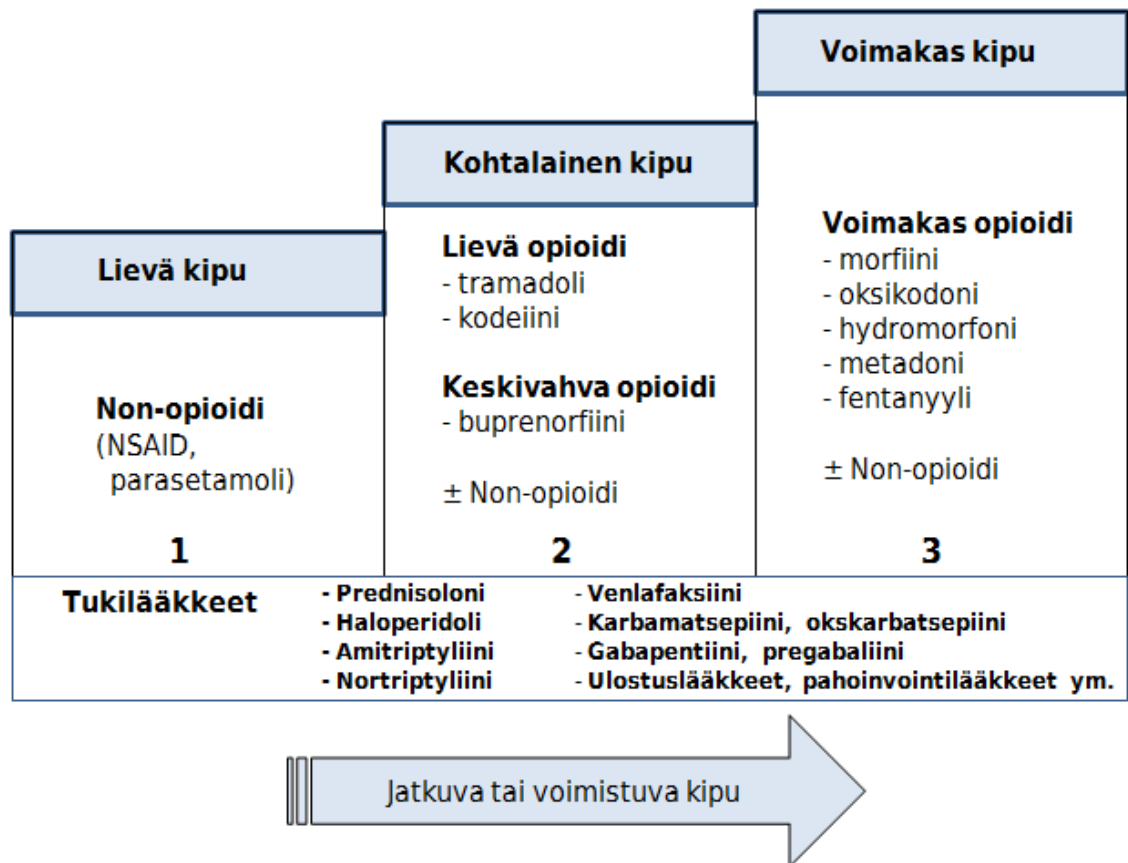
Hoitotyön prosessiin kuuluu jatkuva arviointi jokaisessa vaiheessa. Kivunhoidon kohdalla tämä tarkoittaa erityisesti sitä, että potilaan kipuanamneesi on kartoitettu perusteellisesti, kaikki hoidontarpeet on huomioitu, sekä auttamiskeinojen tehokkuutta tarkastellaan. Kivunhoito tulee kirjata huolellisesti. Rakenteellisessa kirjaamisessa ongelmana on usein kirjauksen sijoittaminen oikeaan alaluokkaan. Toisaalta myös hoidon tarpeet, hoitotyön toiminnot ja tulosten arviointi tulee usein kirjattua samanaikaisesti, sillä hoito on yksilöllistä ja kokonaisvaltaista. (Väänänen 2008.)

Potilaan kivunhoitoon saaman kipulääkkeen annon tai muun kivunhoidon menetelmän merkinnän lisäksi potilasasiakirjoihin tulisi tehdä merkinnät kivun sijainnista, luonteesta, voimakkuudesta ja kestosta. Hyvän kivunhoidon sekä hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että potilaan saama lääkitys ja sen vaikutukset on tarkasti kirjattu potilasasiakirjoihin. (Sailo & Vartti 2000; Väänänen 2008; Salanterä 2010). Hoitotyön suosituksissa mainitaan lisäksi, että merkinnöistä tulee ilmetä sen lääkärin nimi, joka on lääkemääräyksen antaja; merkinnän tekijä, asema ja nimi sekä ajankohta; onko lääkkeenannon yhteydessä ilmennyt jotakin erityistä huomioitavaa; potilaan mahdolliset lääkeaineallergiat; miten kivun lääkehoito on päätetty ja minkälaisin perustein; onko potilas mahdollisesti kieltäytynyt lääkityksestä sekä onko lääkehoidossa ollut haittavaikutuksia tai se on ollut tehotonta. (Salanterä ym. 2013). Muun kuin lääkkeellisen kivunhoidon toteutuksessa tulisi kirjaamisessa muistaa merkitä, miksi hoitokeino on valittu, millä ja miten se on toteutettu, miten se on vaikuttanut ja kuinka kauan vaikutus kesti. Kirjaamattomuus aiheuttaa usein turhaa, päällekkäistä työtä, mikä rasittaa erityisesti kiireellisissä työtilanteissa. Onkin siis tärkeää kirjata myös ne käytetyt hoitokeinot, jotka eivät ole tuottaneet tulosta, tai ovat tuottaneet ei-toivotunlaisen tuloksen, kuten runsaasti sivuvaikutuksia. (Sailo & Vartti 2000; Väänänen 2008; Salanterä 2010.)

7 KIVUNHOITO

7.1 Kivun lääkkeellinen hoito

WHO on luonut yleisesti käytettävät kipulääkitysportaat. Alimmaisena on lievään kipuun käytettävät peruskipulääkkeet, joita ovat miedot särkylääkkeet, eli parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet (NSAID). Toisella ja kolmannella portaalla ovat kohtalaiseen kipuun käytettävät särkylääkkeet, joiden opioidivaikutus on heikko tai keskivahva, esimerkiksi kodeiini, tramadoli ja buprenorfiini. Ylin porras on voimakkaaseen ja sietämättömään kipuun tarkoitettuja lääkkeitä, joilla on vahva opioididiagonisti. Näitä ovat esimerkiksi morfiini, oksikodoni, metadoni sekä fentanyl. (Vainio & Hietanen 2004.)



Kuvio 7. Porrastettu kivunhoitomalli WHO:n luokitukselta mukailten (WHO 1995, 15.)

7.1.1 Tulehduskipulääkkeet

Tulehduskipulääkkeet (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAID) vaikuttavat estämällä prostaglandiinisynteesiä inaktivoimalla syklo-oksigenaasi -entsyymiä (COX) niin

keskushermostossa kuin perifeerisissä kudoksissa. Tämän takia niillä on tulehdusta hillitsevä vaikutus. COX-entsyymiä tunnetaan kahta tyyppiä, COX-1 sekä COX-2, joilla on hieman erilainen vaikutusmekanismi. COX-1 pääasiallinen vaikutus on rakenteellista ja sitä esiintyy lähes kaikissa kudoksissa; se vaikuttaa verisuonia laajentavasti, verihiutaleiden aggregoivasti eli yhteenkiinnittymistä lisäävästi, sekä mahan limakalvoa suojaavasti. COX-2 toimii indusoituvasti tulehdusreaktioissa, jolloin sen määrä kudoksissa kasvaa. Näin ollen selittyy tulehduskipulääkkeiden ruuansulatuskanavassa aiheuttamat oireet (COX-1) sekä tulehdusreaktion lievitys (COX-2). (Kalso ym. 2009, 180-184; Käypä hoito 2009.)

Tulehduskipulääkkeiden yleisimmät haittavaikutukset liittyvät ruuansulatuskanavaan, jossa ne aiheuttavat limakalvoärsytystä, verenvuotoja sekä provosoivat mahahaavaa. Tulehduskipulääkkeet aiheuttavat jonkin verran yliherkkyysoireita, erityisesti ASA-allergikoille sekä astmatikoille. (Kalso ym. 2009, 180-184; Käypä hoito 2009.) Limakalvoärsytys johtuu normaalisti ruuansulatuskanavassa esiintyvän COX-1 entsyymien limakalvoja suojaavan toiminnan häiriintymisestä tulehduskipulääkkeitä käytettäessä, jolloin COX-1 estäjät estävät sen normaalin toiminnan. COX-2 selektiiviset lääkkeet aiheuttavatkin epäselektiivisiä tulehduskipulääkkeitä vähemmän ruuansulatuskanavan oireita, sillä COX-1 entsyymien normaali toiminta häiriintyy vähemmän. (Lehtinen 2001.) Vaikka COX-2-selektiivisillä tulehduskipulääkkeillä on vähemmän ruuansulatuskanavan haittavaikutuksia, niin yhdessä käytettyinä pieniannoksisen ASA-lääkityksen kanssa etu on menetetty (Karvonen ym. 2009, 564).

Tulehduskipulääkkeillä on verihiutaleiden aggregaatioon eli yhteenkiinnittymiseen liittyviä vaikutuksia; ne voivat aiheuttaa vuotoja (COX-1) tai tukoksia (COX-2). COX-2-selektiiviset lääkkeet lisäävät erityisesti valtimopuolen trombin eli tukosten riskiä. Tämä tulee huomioida etenkin niillä potilailla, joilla riski valtimopuolen tukoksiin on suurentunut. Näitä ovat esimerkiksi diabeetikot, sepelvaltimotautia tai aivoverenkierronhäiriöitä sairastavat, sekä oireilevat tupakoitsijat. (Kalso ym. 2009, 186; Käypä hoito 2009). Toisaalta aggregaatiota estävän vaikutuksen takia epäselektiivisiä tulehduskipulääkkeitä, esimerkiksi ASA-valmisteita, käytetään säännöllisesti pieninä annoksina tukosten ehkäisyyn (Lehtinen 2001). Niin COX-2-selektiivisten kuin epäselektiivisten tulehduskipulääkkeiden, lukuun ottamatta naprokseenia, on todettu vahvan näytön perusteella lisäävän sydäninfarktirisikää (Karvonen ym. 2009, 564).

Astmapotilaille ei suositella tulehduskipulääkkeiden käyttöä, sillä prostaglandiinisynteesineston myötä elimistössä muodostuu normaalia enemmän keuhkoputkia supistavia leukotrieenejä. Toisaalta osa epäselektiivisistä tulehduskipulääkkeistä oireita saaneista sietää COX-2-selektiivisiä lääkkeitä, mutta luotettava näyttö tästä puuttuu. (Sailo & Varti 2000, 204-205; Kalso ym. 2009, 183) Astmapotilaat, jotka saavat helposti oireita tulehduskipulääkkeistä, voivat yleensä käyttää parasetamolia. (Kalso ym. 2009.)

7.1.2 Parasetamoli

Parasetamoli vaikuttaa sentraalisesti estäen tehokkaasti prostaglandiinisynteesiä hypotalamuksessa, mutta perifeerisissä kudoksissa sen esto on heikompaa. Tämän takia parasetamolilla on vain heikko anti-inflammatorinen vaikutus, joten sitä ei voi katsoa tulehduskipulääkkeeksi; se kuitenkin lievittää tehokkaasti särkyä ja laskee kuumetta. Parasetamolia on käytetty kipulääkkeenä yleisesti 1950-luvulta lähtien. Silti sen molekyytilitason vaikutusmekanismia ei vielä täysin ymmärretä. Nykyään parasetamolin ajatellaan toimivan hyvinkin samankaltaisesti kuin COX-2. (Graham & Scott 2005, 46-55, Puolakan 2011 mukaan; Kalso ym. 2009.)

Suun kautta otettuna parasetamolin vaikutus alkaa 30 minuutin kuluttua ja on voimakaimmillaan noin tunnin kuluttua. Parasetamolin puoliintumisaika on kaksi tuntia, joten säännöllisessä käytössä annos tulisi uusia kolmesta neljään kertaan päivässä. Laskimonsisäisesti annosteltuna vaikutus alkaa 5-10 minuutin kuluttua, mutta muuten farmakodynaaminen profiili on samankaltainen suun kautta otettuun. (Duggan & Scott 2009, 101-113, Puolakan 2011 mukaan.) Parasetamolin etuja on, että se ei estä verihiutaleiden aggregoitumista eli yhteenkiinnittymistä, ei ärsytä mahaan kohtalaisissa annoksissa, aiheuttaa allergisia reaktioita vain harvoin, eikä se ole urikosuurinen eli virtsahapon eritystä lisäävä. Kuitenkin pidemmällä käytöllä ja vuorokausiannoksen ylärajoilla käytettynä parasetamoli voi ärsyttää mahan limakalvoa. (Kalso ym. 2009.) Parasetamolin metaboloituminen eli hajoaminen tapahtuu maksassa. Aineenvaihduntatuotteet, pääosin sulfaatit ja glukuronidit, erittyvät virtsaan. Lääkkeen poistumisnopeuteen vaikuttaa potilaan ikä sekä parasetamoliannoksen suuruus. (Stannard & Booth 2005, 84-85.)

Parasetamolin suurin haittavaikutus on maksavaurio. Toisaalta myös munuaisvaurioista on herännyt epäilyksiä, mutta yleisesti ja ilman muita tulehduskipulääkkeitä se on hyvinkin turvallinen munuaisille. Maksavaurioon tarvitaan yleensä aikuisella noin 10-20 gramman annosta, mutta mikäli maksassa on jo aikaisempaa vauriota esimerkiksi alko-

holin liikkakäytön tai ikääntymisen seurauksena, on maksavaurio mahdollinen pienemmilläkin annoksilla. (Kalso ym. 2009.) Parasetamolin yliannostukseen käytetään laskimonsisäisesti annosteltua N-asetyylikysteiniä (Hoppu 2012).

7.1.3 Opioidit

Opioidi on lääkeaine, joka on johdettu tai synteettisesti valmistettu oopiumiunikosta. Ne sisältävät luonnollisesti ilmeneviä, puolisynteettisiä ja synteettisiä lääkkeitä, jotka, kuten morfiini, yhdistyvät opioidireseptoreissa tuottamaan kivunlievityksen. Nämä vaikutukset voidaan kumota naloksonilla. (Faull, Carter & Daniels 2006, 142.) Opioidien vaikutus perustuu kivun välittämisen estämiseen aivoissa, selkäytimessä ja ääreishermoston alueella. Niitä käytetään syöpäkivun hoidossa WHO:n kivunhoidon portaiden mukaisesti (Stannard & Booth 2005, Käypähoito 2013). Suurelle osalle kroonista kipua sairastavilla kipupotilailla opioidilääkityksellä ei ole kuitenkaan lievittävää vaikutusta. Akuutit kiputilat, kuten traumaattinen kipu sekä leikkauskipu, joissa kivun syy on kudosaivaurion tai tulehduksen aiheuttamaa, niiden vaikutus on tehokasta. Myös iskeeminen sydänkipu sekä nivelrikkoon liittyvä krooninen kipu lievenevät opioideilla, mutta idiopaattisessa kivussa niiden vaikutusta ei voida ennalta arvioida. (Kalso ym. 2009, 193.) Mikäli kipu on kroonista ja vaikea-asteista, sitä voidaan hoitaa pitkävaikutteisella opioidilääkityksellä, niin kauan kuin on mahdollista. Usein käytetään oraalista opioidiliuosta tai depotlaastarista imeytyvää opioidia. (Kivelä & Rähä 2007, 75.)

Morfiinin annostelu tapahtuu pääosin suun kautta tai parenteraalisesti iv-muodossa. Suun kautta se imeytyy hitaammin ja vaikutus alkaa vähitellen. Äkillisestä kivusta kärsivälle, oksentelevalle tai nielemisvaikeuksista kärsivälle potilaalle voidaan kuitenkin antaa morfiini laskimokanyylin kautta, jolloin vaikutus on nopeaa ja kivunlievitys tapahtuu tehokkaasti. (Mercadante 2010, 484-489.) Säännöllinen annostelu on välttämätöntä, jotta saadaan aikaan terapeuttinen veren lääkeainepitoisuus. Oksikodonivalmisteet ovat morfiinin kaltaisia ja niitä käytetään samoilla indikaatioilla. (Faull, Carter & Daniels 2006, 133-134.)

Kahta opioidivalmistetta fentanyyliä ja buprenorfiinia, käytetään depotlaastariannostelussa. Kipulaastarin käyttö vaatii potilaalta riittävää asianmukaista tietoutta, ettei mahdollisia ongelmia synny, esimerkiksi saman lääkeaineen käyttö suun kautta otettuna yhdistettynä kipulääkelaastariin. Kipulaastareita voidaan käyttää vaihtoehtona morfiinille sellaisilla potilailla, joilla on vakaa kipu, sekä joilla on hyvä vaste opioideille. Kipu-

laastaria voidaan käyttää esimerkiksi potilailla, jotka eivät siedä morfiinia tai jotka eivät kykene ottamaan lääkettä suun kautta. Myös potilaiden, joilla on kognitiivisen ajattelun alentumaa tai jotka eivät itse kykene huolehtimaan omasta kipulääkityksestään, kivunhallinta voi parantua laastarin säännöllisen kipuaineen annostelun myötä. (Stannard & Booth 2005, 25.)

Kipulaastarit eivät sovellu akuutin kivun hoitoon, jossa nopea annostitus on välttämätöntä, sillä lääkeaine imeytyy niistä hitaasti. Kipulaastaria käytettäessä on huomioitava, ettei laastaria saa laittaa rikkonaiselle iholle, lämpöpakkauksia alueella tulisi välttää, eikä veden lämpötilan peseytyessä saa olla liian kuumaa, koska tällöin on riskinä kipuaineen nopea imeytyminen. (Stannard & Booth 2005, 25)

7.1.4 Opioidien tukilääkitys

Varsinaisten kipulääkkeiden lisäksi kivunhoidossa voidaan käyttää tukilääkitystä helpottamaan käänteisiä kivunlievityksen mukanaan tuomia vaikutuksia. Muita yleisiä tukilääkkeitä ovat esimerkiksi laksatiivit, joita käytetään usein ummetusta aiheuttavien opioidien kanssa, pitkävaikutteinen kortikosteroidi deksametasoni, jota voidaan käyttää vähentämään turvotusta tuumorin ympärillä vähentäen näin painetta ympäröivissä hermoissa; psykotrooppinen lääkitys, kuten masennuksen hoitoon tarkoitettu lääke syöpotilaalla tai kroonista kipua sairastavalla potilaalla kivunlievityksenä itsessään, esimerkiksi antidepressantti tai epilepsialääkitys neuropaattisessa kivussa. (Stannard & Booth 2005, 25.)

Opioidilääkityksen sivu- tai haittavaikutuksia ilmenee usein. Uneliaisuus on yleisin sivuvaikutus, joka voi ilmetä ensimmäisen muutaman päivän aikana keskivaikean ja vaikean kivun lääkehoidossa, sekä jatkuvasti annostusta lisättäessä. Paras ummetusta ehkäisevä hoitokeino on stimuloivan ja pehmentävän laksatiivin nauttiminen opioidilääkityksen aikana. Jopa 30-60 % opioidilääkityistä potilaista kokee pahoinvointia ja/tai oksentelua. Kun toleranssi kehittyy 5-10 päivän kuluessa, pahoinvoinnin tunne lakkaa. Suun kuivuminen on myös yleistä. Se liittyy yleensä korkeisiin plasman morfiinitasoihin. Säännöllinen veden nauttiminen ja hyvän suuhygienian hoito ehkäisee suun kuivumista. (Faull ym. 2006, 142.)

Harvinaisempi opioidikäytön haittavaikutus on neurotoksinen syndrooma. Se voi ilmetä lievänä kiihtymisenä, näkökentän reunoilla nähtävillä varjoilla, levottomina unina tai painajaisina, näkö- ja kuulohallusinaationa tai sekavuutena. Kiihtyneisyys voidaan helposti tulkita myös kivun lisääntymisenä, jolloin potilaalle voidaan antaa virhetulkinnan johdosta lisää opioidilääkettä. Potilaan tila voi tällöin johtaa kuivumiseen, jolloin munuaisten toiminta heikkenee ja tämä puolestaan johtaa lisääntyneeseen toksisuuteen. (Faull ym. 2006, 142.)

Hengityslama on harvinainen, mutta osalla potilaista, jotka saavat akuuttiin kipuun suuren annoksen opioideja, sitä voi ilmetä. Pitkäaikaisessa käytössä toleranssi kehittyy nopeasti hengityslamaa vastaan, tällöin morfiinia voidaan käyttää turvallisesti, jopa kroonisista keuhkosairauksista kärsivillä potilailla. Myös muita sivu- tai haittavaikutuksia esiintyy opioidien käytössä, kuten verenpaineen aleneminen, kutina, sekavuus, heikentynyt keskittymiskyky, gastropareesi eli suolilama ja virtsaumpi. (Faull ym. 2006, 142; Kivelä & Rähä 2007, 75) Toleranssi viittaa alentuneeseen lääkkeen vaikutukseen jatkuvassa käytössä, tällöin tarvitaan suurempi annos saavuttamaan sama vaikutus. (Davis, Glare & Hardy 2005, 99-100.)

7.1.5 Turvallinen lääkehoito

Vuodeosastolla kivun lääkehoidon toteutuksesta, seurannasta sekä kirjaamisesta vastaa sairaanhoitaja lääkärin tekemän kipulääkeohjelman mukaan. Turvalliseen lääkehoitoon liittyy oleellisesti toteutetun hoidon kirjaus, jonka tulisi sisältää tiedot lääkittävän kivun sijainnista ja voimakkuudesta, kipulääkkeen nimen, annoksen sekä lääkemuodon ja annotavan, sekä toivotut ja ei-toivotut vaikutukset. Annetun lääkehoidon tulee olla lääkärin määräyksen mukainen; määrättyä annosta ei tule ylittää eikä myöskään alittaa, eikä lääkkeen antotapaa tule muuttaa esimerkiksi suonensisäisestä lihaksensisäiseksi. Kaikki potilaan lääkkeet tulee olla lääkärin määräämiä, eikä hoitaja saa antaa potilaalle ylimääräisiä kipulääkkeitä, kuten tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia. (Salanterä ym. 2006, 141-142.)

Hoitajan tulee seurata antamansa lääkityksen hoitovastetta, eli toivottuja ja ei-toivottuja vaikutuksia. Hoitovastetta tulee verrata hoidon tavoitteisiin esimerkiksi kivun arvioinnilla numeerisesti asteikoilla 1-10. Hoitajan on tärkeää tuntea antamansa lääkkeen tavanomaiset haittavaikutukset, kuten allergiset reaktiot ja hengityslama, ja hallita haittavaikutuksiin liittyvä ensihoito. (Salanterä ym. 2006, 142; Salanterä ym. 2013, 23.)

7.1.6 Iäkkäiden lääkehoidon erityiskysymykset

Ikääntyminen aiheuttaa elimistöön fysiologisia muutoksia, jotka vaikuttavat niin kivun kokemiseen kuin sen hoitoonkin. Ikääntyessä aineenvaihdunta ja ruoansulatuskanavan toiminta hidastuu, maksan ja munuaisten toiminta heikkenee, sekä albumiinin tuotanto vähenee, mitkä vaikuttavat lääkeaineiden imeytymiseen sekä metaboloitumiseen eli hajoamiseen elimistöstä. Toisaalta elimistön suhteellinen rakenne lihas- ja rasvamassan sekä kehonosteiden suhteen muuttuu. (Salanterä ym. 2006, 198.) Iäkkään potilaan lääkehoidossa ja -annostelussa tulee ottaa paino huomioon kehon rasva- ja vesipitoisuuden muutosten sekä usein pienemmän kokonaispainon vuoksi. Puoliintumisajat ovat usein pidentyneet ja riski lääkeainepitoisuuden kohoamisesta kasvaa tämän myötä. Iäkkäillä ilmenee lääkkeiden haittavaikutuksia herkemmin kuin keski-ikäisillä. (Kivelä & Rähä 2007, 6.)

Kivun lääkehoidon pääperiaatteet iäkkäillä ovat samat kuin nuoremmillakin. Kipulääkitys tulee olla säännöllistä ja kivun mekanismin mukaan valittua. Haittavaikutukset – kuten myös toivotut vaikutukset – tulisi tehokkaasti tunnistaa ja kirjata, jotta lääkityksen asianmukaisuudesta voidaan huolehtia paremmin. Kivun lääkehoidossa on huomioitavia asioita kaikissa kipulääkeryhmissä. Iäkkäiden tulisi välttää tulehduskipulääkkeitä, sillä niiden vaikuttava aine sitoutuu plasman albumiiniin, jonka määrä ikääntyneillä on vähäisempi kuin nuoremmilla. Mikäli tulehduskipulääkettä tulee ottaa, pitää annosten olla pienempiä. Tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa iäkkäillä haittoja munuaisissa, pahentaa sydämen vajaatoimintaa ja jopa huonontaa verenpainelääkityksen tehoa. Lisäksi on tärkeää huomioida, että tulehduskipulääkkeet erityisesti verenohennuslääkityksen yhteisvaikutuksessa lisäävät vuotoriskiä. Yleisesti ottaen parasetamoli on iäkkäille turvallinen vaihtoehto peruskipulääkkeeksi. (Salanterä ym. 2006, 203-204.) Myös opioidilääkityksessä annosten tulisi iäkkäillä olla nuorempia pienempi. Ummetus on yleinen vaiva iäkkäillä, ja yhdessä opioidilääkityksen kanssa sitä tulisi hoitaa aktiivisesti. Opioidien käyttö yhdessä muiden keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden, kuten unilääkkeiden tai rauhoittavien lääkkeiden kanssa tulee olla erityisen varovaista. Näin ollen uusien lääkkeiden aloitus iäkkäillä olisi turvallisinta aloittaa valvotusti esimerkiksi vuodeosastolla. (Salanterä ym. 2006, 204-205.)

Iäkkäät ihmiset sairastavat usein monia sairauksia, jonka vuoksi heillä on käytössään samanaikaisesti monia lääkkeitä. Monilääkitys eli polyfarmasia, joka tarkoittaa yli viiden lääkkeen yhtäaikaista käyttöä, kasvattaa erilaisten haittavaikutusten sekä yhteisvai-

kutusten riskiä. Usein ilmenee väsymystä, liikuntakyvyn heikkenemistä, sekavuutta, kognitiivisten toimintojen heikkenemistä, muistihäiriöitä, virtsanpidätyskyvyttömyyttä tai kaatuilua. On mahdollista, että polyfarmasian aiheuttamia haittavaikutuksia hoide-taanakin sairauksien oireina määräten oireisiin uusia lääkkeitä, eikä lääkehaittaa tunniste-ta. (Kivelä & Räihä 2007, 9.)

Lääkehoidon kokonaisuutta tulisi arvioida säännöllisesti mahdollisten päällekkäisyyksi-en tai tarpeettomien lääkehoitojen vuoksi. Lääkehoidon tehoa tulisi tarkastella ja samal-la seurata, onko lääkkeistä ilmennyt haitta- tai yhteisvaikutuksia tai saako potilas riittä-västi suositusten mukaista lääkitystä todettuihin sairauksiinsa. Lääkehoidon kokonaisar-viointia olisi tärkeää tehdä vähintään kerran vuodessa yhdessä potilaan, hoitajien, omaisten ja hoitavan lääkärin kanssa. Samalla tulisi kartoittaa iäkkään henkilön muisti, liikkuminen ja toimintakyky. Mikäli on tarpeen aloittaa uusi lääkitys, se tulisi aloittaa pienellä annoksella, seurata lääkkeen vaikutusta sekä mahdollisia haittavaikutuksia ja suurentaa annosta vähitellen. Muistettava on myös potilaan hyvä ravitsemustila ja neste-tasapaino, jotka ovat hyvän lääkevaikutuksen edellytyksiä. (Kivelä & Räihä 2007, 97-98.)

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea julkaisee avointa iäkkäiden lääkityk-sen tietokantaa, jonka tarkoitus on tukea turvallista lääkehoitoa perusterveydenhuollon ammattilaisten apuvälineenä. Tietokanta sisältää luokiteltuina iäkkäiden yleisimmin käyttämät lääkeaineet tai niiden yhdistelmät, niiden iäkkäälle lääkkeenkäyttäjälle sopi-vuuden perusteella. Lääkeaineet on jaoteltu neljään kategoriaan, joista yksi sisältää lääkkeitä, jotka eivät sovellu yli 75-vuotiaille. Tietokannan käyttö tukee lääkehoitoa koskevaa päätöksentekoa ja parantaa näin lääkitysturvallisuutta perusterveydenhuollos-sa. (Fimea 2014.)

7.2 Kivun lääkkeetön hoito

Kipua voidaan myös hoitaa ja helpottaa lääkkeettömästi. Tehokkain tapa on yhdistää lääkkeetön kivunhoito lääkkeelliseen hoitoon. Erilaiset kylmähoidot voivat vähentää tulehdusreaktiota, nostavat kipukynnystä sekä vähentävät turvotusta.

Rentoutus, asentohoito ja musiikin kuunteleminen ovat myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. (PKSSK 2013.) Kivun lääkkeetön hoito voidaan jakaa fysikaalisiin ja psykologisiin hoitoihin.

7.2.1 Asento- ja liikehoito

Asentohoito on ehdottoman tärkeää erityisesti vuodepotilailla, jotka eivät pysty itse liikkumaan. Sitä tulee kuitenkin käyttää hoitomuotona myös niillä potilailla, joiden liikuntakyky on heikentynyt eivätkä suorita itse asennonvaihtoja esimerkiksi yöaikaan. Hyvä asentohoito helpottaa kipukokemusta ja sillä voidaan myös ehkäistä kipua. Kipu-reseptoreihin kohdistuva ärsytys lievenee muuttamalla asentoa sellaiseksi, jossa kipeä alue on mahdollisimman rentona. Lisäksi se rentouttaa, helpottaa hengittämistä sekä verenkierron elpymistä, ja ehkäisee niveljäykkyyttä. Asennonvaihto tulisi suorittaa riittävän usein erilaisia tukia, kuten tyynyjä, kiiloja ja patjoja apuna käyttäen. Ennen asentohoitoa tulee huomioida mahdollinen kipulääkkeen tarve. (Bjong, 3-4; Salanterä ym. 2013, 22.)

Asentohoidon lisäksi liikehoito ja mobilisaatio ovat tärkeitä potilaan kivunhoidossa ja kivun syntymisen ehkäisyssä. Väänänen (2008) mukaan liikkuminen on hyödyllinen kivunhoitokeino iäkkäillä (Väänänen 2008). Liikehoitoa voidaan toteuttaa aktiivisesti tai passiivisesti potilaan tarpeista ja kunnosta riippuen. Kuten asentohoito, myös liikehoito helpottaa hengittämistä sekä verenkierron elpymistä, ja ehkäisee niveljäykkyyttä. Lisäksi se vähentää turvotuksia, ehkäisee trombooseja, sekä auttaa fyysisen toimintakyvyn ylläpidossa. Liikehoito tukee omatoimisuutta ja lisää itseluottamusta, ja näin ollen pienentää psykologista kiputaakkaa. (Bjong; Salanterä ym. 2013, 22.)

Asento- ja liikehoitoon yhdistyy myös hieronta. Sitä voidaan toteuttaa omien taitojen mukaan esimerkiksi sivelyllä, taputtelulla ja tärityksellä. Hieronta sopii erityisesti tuki- ja liikuntaelinkivuista kärsivälle, jolloin lihaksia pyritään rentouttamaan. Hieronta edistää kudosten verenkiertoa sekä imunestekiertoa. Hieronta sopii useimmille potilaille, mutta sitä tulee välttää ihoinfektioalueella sekä tyrän ja tuoreiden vammojen yhteydessä. Hieronnan vasta-aiheita ovat myös jotkin verisuoniperäiset vaivat, kuten suonikohjut, tuore laskimotukos, verenvuototaipumus sekä vaikea ateroskleroosi. (Salanterä ym. 2006.) Hieronnan kipua lievittävän vaikutuksen katsotaan perustuvan porttikontrolliteoriaan (Vainio 2004, 26-28).

7.2.2 Kylmä- ja lämpöhoidot

Kylmähoitoa voidaan toteuttaa kylmäpakkauksilla, -geeileillä, -pyyhkeillä ja hieronnalla. Sen käyttöaiheita ovat muiden muassa turvotukset, akuutit pehmytkudosvammat, lihas-spasmit, akuutti selkäkipu sekä postoperatiivinen kivunlievitys. Kylmähoito laskee kudosten lämpötilaa, mikä johtaa lihasten rentoutumiseen hermo-lihasjärjestelmän kautta, sekä hidastaa hermojen johtumisnopeutta. Se myös vähentää verenkiertoa sekä aineenvaihduntaa, jolloin myös hypoksiasta eli hapenpuutteesta johtuvat kudოსvauriot vähentyvät. (Salanterä ym. 2006; Kalso ym. 2009.)

Kylmähoitoa ei tule käyttää sellaisilla alueilla, joilla ei ole tuntoa tai verenkierto on huono. Kylmähoidon vasta-aiheita ovat myös kylmäallergia, ihottumat, sekä Raynaud'n tauti. Kylmähoitoa ei tule käyttää yli 30 minuutin ajan, sillä pitkä alhainen lämpötila voi aiheuttaa hermovaurioita sekä verenkierron häiriöitä. (Kalso ym. 2009.)

Lämpöhoito voi olla pinnallista tai syvälämpöhoitoa. Pintalämpöhoidon tarkoituksena on ihoverenkierron lisääntymisen kautta lihasten rentoutuinen sekä kudოსvenyvyyden lisääntyminen. Syvälämpöhoito taas lisää kudosten verenkiertoa ja näin ollen saa syvempiä lihaksia rentoutumaan ja niin ikään lisää kudოსvenyvyyttä. (Salanterä ym. 2006, 160) Lämpöhoitoa voidaan toteuttaa pinnallisesti perinteisillä lämpöpakkauksilla, infrapunasäteilyllä, erilaisilla massahoidoilla, kuten parafiinilla, parafangolla tai savella, sekä syvähoitona ultraäänellä (Kalso ym. 2009).

Lämpöhoidon vasta-aiheita voivat olla ihottumat, kudოსvauriot, tulehdukset, metalliset vierasesineet sekä kasvaimet. Toisaalta lämpöhoitoa toteutettaessa on tärkeää huomioda, että paikallinenkin lämpöhoito vähentää verenkiertoa syvissä ja distaalisisissa kehon osissa. Tämän takia erityisesti syvälämpöhoidon vasta-aiheita ovat erilaiset sydänvaivat, kuten rytmihäiriötaipumus sekä vaikeat sydänsairaudet, mutta myös verenvuotosairaudet. (Salanterä ym. 2006, 160; Kalso ym. 2009.)

Paikallisesti nostettu lämpötila kipualueella voi saada aikaan useita erilaisia kivunlievitysvasteita, esimerkiksi muutoksia neuromuskulaarisessa aktiviteetissä, veren virtauksen vilkastumista, hiusverisuonien läpäisevyydessä sekä kipukynnyksen nousussa. Lämpötila tulisi olla noin 40-45°C ja kudosten lämmityksen kesto 5-30 minuuttia. Pinnallista lämpöhoitoa voi olla esimerkiksi lämpöpakkauksen käyttö, lämmitetty parafiinikylpy, vesiterapia, valohoito, ultraääni tai lämpösäteilevän laitteen käyttö. Näillä edellä maini-

tuilla keinoilla lämmitetään yleensä ihoa tai pinnallista ihonalaiskudosta, lisäksi pinnallisen lihaksen alue voidaan lämmittää lyhytaaltodiatermialla tai mikroaaltolaitteella. Ultraääntä voidaan käyttää syvemmillä sijaitsevien nivelten tai hermojen lämmittämiseen. Kuitenkin tutkimuksissa on todettu, että vain oikealla tavalla ja oikealla laitteella suoritettu syvempien kudosten lämmitys tehoaa kipua lieventävällä tavalla. Liian suurilla voimakkuuksilla annettu lämpöhoito voi aiheuttaa kudostuhoa. (Lehmann & de Lateur 2003, 473-475.)

On tärkeää tietää, milloin lämpöhoito on tehokkainta, esimerkiksi traumakipu akuuttivaiheessa vaatii ensisijaisesti kylmähoitoa, mutta myöhemmässä vaiheessa verisuonia laajentava lämpöhoito voi auttaa kudoksen paranemisessa sekä hematooman vähenemisessä (Lehmann & de Lateur 2003, 473-475).

7.2.3 Vastapainehengitys eli PEP-hoito

PEP-hoito (Positive Expiratory Pressure) eli vastapainehengitys poistaa tehokkaasti limaa keuhkoputkista sekä tehostaa keuhkotuuletusta, lisää keuhkovolyymia ja vähentää atelektaasia eli keuhkojen kasaan painumista. Kipu voi aiheuttaa pinnallista hengitystä ja jännittyneisyyttä, jolloin keuhkotuuletus heikkenee, mikä puolestaan voi lisätä kipua. Myös limaa alkaa kertyä tällöin keuhkoihin, jolloin hengitysteiden infektioriski kasvaa. Limanpoisto hengitysteistä pullopuhalluksen avulla sekä hyvä yskimistekniikka helpottavat hengitystä. PEP-hoito muuttaa hengitysteiden painetta, joka avaa pienten hengitysteiden välisiä tiehyitä. Ilma virtaa tällöin hengitysteissä olevan liman alle ja nostaa sen suurempiin hengitysteihin, josta lima on helpompi yskiä pois. Myös hengityslihakset vahvistuvat pullopuhalluksen vaikutuksesta. Pohjoismaissa käytetään rutiininomaisesti PEP-harjoituksia leikkauspotilaiden postoperatiivisessa hoidossa, etenkin vatsaleikkauspotilaiden hengitysharjoituksissa. (Hengityслиitto 2010, 10; Johansson, Sjöholm, Stafberg & Westerdahl 2013.)

7.2.4 Keskustelu ja psykologiset hoitomuodot

Kognitiivis-behavioristista terapiaa eli oppimiseen perustuvaa hoitomenetelmää käytetään yleisesti kivunhoidossa. Se toimii lähinnä ohjaavana viitekehyksenä kivun ymmärtämisessä ja hoitamisessa. Sitä käytetään eniten pitkäaikaisen kivun hoidossa, mutta myös helpottamaan akuuttia ja postoperatiivista lyhytaikaista kipua. Näillä psykososiaalisilla metodeilla pyritään lievittämään ahdistusta ja harjoituttamaan potilaan relaksatiotaitoja. (Vainio 2009c; Serpell 2008, 89-90.) Kognitiivis-behavioristinen terapia on

todettu tehokkaaksi tavaksi hallita kroonista kipua. Terapia kivunhoidossa toimii aktiivisena ongelmanratkaisukeinona käsitellen useita potilaan krooniseen kipuun liittyviä haasteita. Kognitiivis-behavioristinen terapia kannustaa potilasta ottamaan kontrollin omista ajatusmalleistaan ja auttaa potilasta pääsemään negatiivisista ajatuksista kivun aiheuttaman avuttomuuden ja kyvyttömyyden suhteen. Kognitiivisessa terapiassa potilas oppii käyttämään positiivisia ajatuksia, opettaa potilasta relaksaatiotekniikoissa kuten syvähengityksessä, mielikuvaharjoittelussa sekä lihasrentoutusharjoituksissa. Terapiassa opitaan myös kuinka omaa aktiivisuutta lisätään. (Otis 2007, 1-2.) Terapiamalli ei suoranaisesti kuvaa kivun syitä, vaan auttaa ymmärtämään, että kivulla on vaikutuksia tunne-elämään, ajatuksiin ja käytökseen, mielikuviin ja asenteisiin. Näitä ajatuksia muokkaamalla ja oppimalla uusia positiivisia ajatuksia voidaan vaikuttaa kipukokemukseen. Tarkoitus ei ole yrittää vähentää kipua, vaan sen sijaan korjata ihmisen elämänlaadun vauriota, joka on seurausta kivusta. (Serpell 2008, 89-90; Vainio 2009c.)

Kognitiivis-behavioraalisia menetelmiä käytetään kipupotilaiden hoidossa esimerkiksi kivunhallintaryhmissä tai muissa kuntoutusohjelmissä. Nämä ohjelmat sisältävät luentoja psykologisesta kivunhallinnasta, keskustelua vertaisryhmän kanssa ja erilaisten kiputilanteiden synnyn ennakoimista. Myös fyysinen kuntoharjoittelu on tärkeää liitettyä psykologisiin harjoituksiin. Potilaan oma motivaatio on välttämätön hoidon onnistumiseksi. (Vainio 2009c.)

Rentoutus kivun lääkkeettömänä hoitomuotona on todettu tehokkaaksi etenkin jännityspäänsäryn, selkäkipujen sekä jopa migreenin hoidossa. Rentoutuminen vaatii harjoittelua ja hyvin toteutettuna se lisää itseluottamusta, itsehallintaa ja riippumattomuutta. Rentoutumisharjoitukset aloitetaan jännittämällä tietyt lihakset, ja hetken päästä rentoutamalla. Näin saadaan mieleen tunne jännittyneen ja rentoutuneen lihaksen erosta. Myöhemmin harjoitukset etenevät niin, ettei lihasjännitystä enää tarvita, vaan rentoutuminen saadaan aikaan muutamissa sekunneissa pelkillä mielikuvilla. (Salanterä ym. 2006, 154.)

Kosketusta voidaan pitää täydentävänä, hoitavana terapiamuotona etenkin iäkkäillä potilailla. Yksinkertainen, inhimillinen kosketus voi auttaa potilasta rauhoittumaan ja kokemaan olonsa mukavammaksi epämuovassa tilanteessa. Kun kosketus koetaan hoitavaksi ja tukea antavaksi, se voi helpottaa kommunikaatiota ja sillä voidaan varmistaa sanallisen viestinnän onnistuminen. Kosketus ei voi eliminoida potilaan ahdistusta ko-

konaan, mutta se voi helpottaa sen vähentämisessä. Se voi myös auttaa luomaan yhteisymmärrystä, välittämään kiinnostusta pikemmin kuin välinpitämättömyyttä sekä hyväksymistä ja itseluottamusta. Kosketuksella voi olla voimakas terapeuttinen vaikutus. Sillä on ainutlaatuinen kyky viestittää ilman sanoja, se voi myös välittää hoitajan empatiaa potilasta kohtaan. (Carter & Sanderson 1995; Eschiti 2007, 9-14.)

Hoitotyön ammattilaisille kosketuksen käyttäminen työssään voi olla suuri apu potilaiden hoidossa. On muistettava, että kosketus voi kuitenkin olla tunkeilevaa joidenkin ihmisten mielestä, etenkin eri kulttuureista riippuen. Kosketuksella on välttämätön ja hyödyllinen vaikutus potilaan hyvinvointiin. (Carter & Sanderson 1995.)

Musiikista, kuten myös muista kivun psykologisista hoitomuodoista, on apua erityisesti tunneperäiseen kipukokemukseen (Salanterä ym. 2013, 22-23). Musiikki vaikuttaa laaja-alaisesti aivojen toimintaan; esimerkiksi sen avulla annettu palaute edistää aivoinfarktipotilaiden kävelykyvyn palaamista. Musiikin kuuntelulla aivoinfarktista toipumisen aikana on laaja-alainen vaikutus tiedonkäsittelyyn ja positiivisen mielialan ylläpitämiseen. (Soinila & Särkämö 2009, 2585-2590.)

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme on toiminnallinen työ, jonka tuotos on kivunhoidon opas Oriveden terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalle. Vuodeosastolla työskentelee 24 vaki-
tuista hoitajaa, joista osa on sairaanhoitajia ja osa lähi- tai perushoitajia. Toiminnallinen
tuotos on toteutettu pohjautuen tarvekartoituksesta ilmenneisiin ongelmiin ja tarpeisiin.

Toiminnallinen opinnäytetyö rakentuu teoriaosuudesta, eli raportista, ja sen pohjalta
toteutetusta tuotoksesta, eli produktiosta. Koska toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituk-
sena on käytännön toiminnan ohjeistus ja opastus tulee työtä tehdessä jatkuvasti ylläpi-
tää lähdekritiikkiä, jotta koko työ - niin raportti kuin produktio - on luotettava ja tieto
oikeellista. Opinnäytetyötä ohjaa paljolti koulun kirjallisen raportoinnin ohjeet, jotka
asettavat ehtoja työn muodolle ja kielelle. Produktiolla on taas kovin erilaiset vaatimuk-
set; sen tulee olla kohderyhmän huomioonottava kirjoitustyylyltään ja sanastoltaan, sen
tulee soveltua käyttötarkoitukseensa, olla selkeä sekä informatiivinen. (Vilkkä & Airak-
sinen 2003.)

Aineistoa on kerätty kirjallisuudesta sekä aiheesta tehdyistä tutkimuksista. Opasta var-
ten toteutimme tarvekartoituksen (LIITE) kyselylomakkeella osastojen henkilökunnalle.
Tarvekartoituksen kysymykset mietittiin huolella kattamaan tarvitsemamme tiedot, mut-
ta kuitenkin tarpeeksi suppeana, jotta henkilökunta jaksoi vastata siihen. Tarvekartoi-
tuksen perusteella saimme tietoa osaston toiveista ja tarpeista opasta koskien.

Opinnäytetyömme tarkoitus oli tuoda osastolle käyttöön yhtenäiset kivun arvioinnin
menetelmät, yhtenäistää kivunhoitoa ja sen kirjaamista. Kyselyn ja osaston luonteen
perusteella päädyimme tarjoamaan osastolle yhtenäiseksi kivunarviointimenetelmiksi
kivun alkuarviointia, kivun voimakkuuden arviointia numeraalisesti, sekä kipusanastoa.
Kivun alkuarviointi luo pohjan hyvälle ja onnistuneelle kivunhoidolle. Yhtenäisen ja
kattavan alkukartoituksen avulla voidaan toteuttaa yksilöllistä hoitoa.

Opas on yksi hoitotyön kehittämisen muoto, joka auttaa muokkaamaan hoitajien kivun-
hoitoon asennoitumista. Oppaan käyttö auttaa jäsentämään kivun arviointia, hoitoa sekä

kirjaamista. Tieto kivunhoitosuositusten ja tutkimusten mukaisesta kivunhoidosta parantaa potilaalle tehtävää kivunhoitoa. Yhtenäistettäessä osaston kivunhoitokäytäntöjä on tärkeää, että oppaan sisältö on selkeä ja sen tulkinta on helppoa. (Salanterä ym. 2013, 25-26.)

8.2 Tarvekartoitus

Tarvekartoitus toteutettiin osastoilla syys-lokakuussa 2013. Osastolla työskentelevistä 24:sta vakituiseista hoitajasta vastauksen kyselyyn palautti 13. Vastajaat koostuivat tasa-puolisesti sekä sairaanhoitajista että lähi- ja perushoitajista. Vastauksista tuli esiin yksimielinen tarve kivunhoidon yhteneväistämiseksi, vaikka noin puolet vastaajista arvioi kivunhoidon osaamisensa hyväksi.

”Pitkä työkokemus koulunut aika tarkkasilmäiseksi huomaamaan mahdolliset kivut. Toki aina oppii uutta”

”Kohtalaisen hyvä. Etenkin syöpäkivuista ei pitäisi kenenkään kärsiä. Mielestäni kipua ei saisi lääkkeen annoksen saamisen välillä tulla lainkaan.”

”Kohtalaisen hyvä, jos tarvittavissa olevat lääkitykset ei riitä, eikä lääkkeettömistä keinoista ole apua, en epäröi soittaa esim. päiv.lääkärille saadakseni riittävät lääkitykset. (Joskus jopa useammalle, jos ensimmäinen lääkäri ei lupaa lääkettä esim. koska pelkää terminaalihoidossa olevan potilaan kärsivän mahdollisesta hengityslamasta/vajeesta)”

”Positiivista palautetta olen saanut kivunhoidon osaamisesta. Kipu on työssämme ensiarvoisen tärkeää huomioida ja hoitaa. Keinoja on paljon ja niitä on uskallettava kokeilla ja käyttää ja muistettava yksilöllisyys”

”Osaan melko hyvin arvioida kivun määrää mutta mitä sille tehdä, muuta kuin lääke tai hyvä asentohoito, siinä olisi oppimisen paikka”

Tarvekartoituksen mukaan Oriveden terveyskeskuksen vuodeosastolla yleisimmin kohdattavia kipupotilaita ovat syöpäpotilaat, postoperatiiviset potilaat sekä tuki- ja liikunta-elinsairaat potilaat. Muita yleisiä kipuryhmiä olivat myös säarihaavapotilaat sekä reumasairaat. Hoitajat kertoivat arvioivansa kipua potilaan ilmeiden ja käytöksen muutoksista, kuten levottomuudesta, keskustelun avulla potilaan omaan arvioon tukeutuen. Vain muutama kertoi arvioivansa kipua kipumittarin tai mittaustulosten perusteella. Kipumittaria hyödyntäneet kertoivat käyttäneensä pääosin kivun voimakkuuden arviointia numeraalisesti. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kyselyn perusteella on osastol-

la käytössä melko paljon. Yleisimpiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat kylmähoito, asentohoito, kuuntelu ja läsnäolo.

”Mielestäni olisi hyvä olla joitain selviä ohjeita/muistisääntöjä -> jotta saataisiin kivun kirjaamiseenkin yhteneväisyyttä -> mahd. hyvä hoidonjatkumo”

”Liian harvoin tulee mittareita käytettyä. Joskus kysyn kivun kovuutta asteikoilla 1-10. Osastolla ei ole sovittu yhtenäistä kipumittarin käyttöä, mikä olisi todella tärkeää!”

”Rauhoittelu, asentohoito, kylmäpakkaukset, kivun syistä kertominen/keskusteleminen. Yleensä aina myös lääkityksen lisäksi”

9 POHDINTA

9.1 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Tämän opinnäytetyön idea syntyi useiden ajatusten ja pitkällisen pohdinnan jälkeen. Sopivaksi kohderyhmäksi ajattelimme Oriveden terveyskeskuksen vuodeosaston hoitohenkilökuntaa, jolle asiaa lähdettiin markkinoimaan. Osastonhoitaja piti työn ideaa hyvänä ja tarpeellisena, ja näin ollen Oriveden terveyskeskuksesta tuli yhteistyökumppanimme. Koska halusimme opinnäytetyön tuotoksen olevan räätälöity nimenomaan kyseisen vuodeosaston hoitohenkilökunnan tarpeisiin, päätimme työn alussa toteuttaa henkilökunnalle tarvekartoituksen, jonka perusteella teoriaosuutta lähdettiin rakentamaan. Koska työ on suunnattu hoitohenkilökunnalle, on siinä painotettu hoitotyön prosessi ja toiminnot.

Opinnäytetyöprosessi eteni aluksi materiaaleja tutkien, tuoretta tietoa etsien ja jatkuvaa lähdekritiikkiä ylläpitäen. Opinnäytetyön ohjaus on auttanut meitä tiedostamaan, mikä on laadukas ja luotettava lähde, sekä millaisia lähteitä ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä tulisi käyttää. Opinnäytetyötä ohjaava opettaja on useampaan kertaan saanut luokeeseen keskeneräisen opinnäytetyön ja antanut neuvoja ja korjausehdotuksia, joita olemme parhaamme mukaan noudattaneet.

Olemme kokeneet aiheen on ollut erittäin hyödylliseksi, sillä tämänhetkinen sairaanhoitaja AMK -koulutus sisältää melko suppeasti kivunhoitoa. Olemme kehittyneet tiedonhaussa sekä tiedon ja työn prosessoinnissa. Opinnäytetyö on ollut opettavainen niin teoriasa puolesta, kuin myös prosessina. Teoriatietoa pääsemme hyödyntämään uudessa ammatissamme, ja toivon mukaan myös jakamaan tietoa eteenpäin tuleville kollegoillemme sekä harjoitteluissa oleville opiskelijoille.

Opinnäytetyön toteuttaminen oli pitkä, noin vuoden kestävä prosessi. Teimme Oriveden terveyskeskuksen ja Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa sopimukset opinnäytetyön toteuttamisesta huhtikuussa 2013. Kesällä 2013 tutustuimme erilaisiin tietokantoihin ja aiheeseen liittyviin tutkimukseen ja ammattikirjallisuuteen. Syys-lokakuussa 2013 toteutettiin tarvekartoitus hoitohenkilökunnalle, ja sen jälkeen alkoi varsinainen opinnäytetyön kirjoittaminen kun sisällön aiheet saatiin muodostettua tarvekartoituksen tulosten perusteella. Opinnäytetyö ja opas valmistuivat huhtikuussa 2014.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyössämme olemme käsitelleet ihmisen kipukokemusta ja kivunhoitoa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti eettisesti ja luotettavasti. Työssä käytetyt tietolähteet ovat monipuolisia, laaja-alaisia ja kattavia, sekä niitä on tarkasteltu kriittisesti ja laadukkaasti. Kirjalliset lähteet ovat tieteellisiä artikkeleita, lääke- ja hoitotieteellistä kirjallisuutta sekä pro gradu –tutkielmia sekä väitöskirjatutkimuksia. Työmme on suunniteltu, toteutettu sekä raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla.

Opinnäytetyön aiheiden suuntaamisessa käytimme tarvekartoituskyselyä vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Kysely oli suunnattu kaikille hoitajille, ja sen sai tehdä nimettömästi, eikä vastausten kirjoittajaa pystytty yksilöimään kehenkään henkilöön. Tulokset kirjattiin ja käsiteltiin huolellisesti ja luotettavasti, jolloin niitä pystyttiin hyödyntämään aiheen rajaamisessa.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENE:n mukaan terveydenhuollon työntekijöillä on velvollisuus ylläpitää sekä täydentää omaa osaamistaan ja myös huolehtia työn riittävästä laadusta (ETENE 2013). Tehdessämme opasta hoitohenkilökunnalle, olemme pyrkineet kokoamaan oppaaseen mahdollisimman tarkkaa ja huolellista tietoa kipupotilaan hoidosta, jotta opas olisi laadukkaan, eettisen ja luotettavan tutkimuksen mukaisesti käytettävissä käytännön hoitotyössä potilaan hyvinvointia, sairauden hoitoa ja terveyttä edistävästi sekä kärsimystä lievittävästi.

9.3 Kehittämisehdotukset

Kehittämisen ja jatkotutkimusehdotus opinnäytetyölle on selvittää, onko hoitohenkilökunta kokenut oppaan hyödylliseksi ja onko oppaalla ollut vaikutusta kivunhoidon prosessin toteuttamiseen. Lisäksi olisi hyvä selvittää, millaiseksi vuodeosaston potilaat kokevat toteutetun kivunhoidon. Erilaisten kivunhoidon arvioinnin apuvälineiden käyttöä tulisi lisätä. Lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä tulisi kehittää ja ottaa käyttöön useampia, jolla kivunhoidon vaikuttavuus terveyskeskuksen vuodeosastolla mahdollisesti tehostuisi lisää. Kivunhoidon arvioinnin ja raportoinnin tehostumisen tutkiminen hoitohenkilökunnan työssä olisi tärkeää.

LÄHTEET

- Airaksinen, O. & Kouri, J. Therapia Fennica. Kandidaattikustannus Oy. Luettu 26.3.2014. <http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Kipu>
- Bennett, M., Forbes, K. & Faull, C. 2006. Handbook of Palliative Care, Second Edition. The Principles of Pain Management. Blackwell Publishing. 116-118.
- Bjong. Fysioterapia saattohoidossa. Artikkel. Etelä-Karjala. Luettu 2.2.2014. <http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CDcQFjAA&url=http%3A%2F%2F194.251.35.222%2FliiteTiedostoNayta.asb%3FDokumenttiID%3D25651%26TauluNimi%3DTiedote%26NakymaID%3D525%26TiedoteID%3D20644&ei=MX1iU6D8JumcyQPN44HQDA&usq=AFQjCNHQsZswnOu27qnvLxGtfSDu5F96ag&bvm=bv.65636070,d.bGQ>.
- Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi. Suomen Lääkärilehti. 26/2007 vsk 62, 2548.
- Briggs, M. ym. 2004. Parhaan hoitokäytännön periaatteet: Kivun minimointi haavanhoitotoimenpiteiden yhteydessä. World Union of Wound Healing Societies -yhdistys (WUWHS). Konsensusdokumentti. Lontoo: MEP Ltd.
- Carter, A. & Sanderson, H. 1995. The use of touch in nursing practice. Nursing Standard Vol. 9(16), 11-17, 31-35. RCN Publishing Company Ltd.
- Cousins, M. & Gallagher, R. 2011. Fast Facts: Chronic and Cancer Pain (2nd Edition) Health Press Limited, Oxford, UK.
- Curran, N., Reddi, D. & Stephens, R. An introduction to pain pathways and mechanisms. Luettu 2.2.2014. <http://www.ucl.ac.uk/anaesthesia/StudentsandTrainees/PainPathwaysIntroduction>, 6.
- Davis, M., Glare, P. & Hardy, J. 2005. Opioids in cancer pain. Oxford.
- Duggan, S. & Scott, L. 2009. Intravenous Paracetamol (Acetaminophen). Drugs 69: 101-113.
- Eschiti, V. 2007. Healing Touch. A Low-tech intervention in High-tech settings. Dimensions of Critical Care Nursing Vol. 26 / No. 1, 9-14.
- Estlander, A-M. 2003. Kivun psykologia. Juva: WS Bookwell Oy. 29, 198-199.
- ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1.
- Faull, C., Carter, Y. & Daniels, L. 2006. Handbook of palliative care. Second edition. Blackwell Publishing.

- Fimea. 2014. Iäkkäiden lääkehoidon tietokanta. Luettu 3.4.2014.
http://www.fimea.fi/kehittaminen/laakeinformaation_kehittaminen/iakkaiden_laakityksen_tietokanta/iakkaiden_laakityksen_hakupalvelu
- Graham, G. & Scott, K. 2005. Mechanism of Action of Paracetamol. *American Journal of Therapeutics* 12, 46-55.
- Haanpää, M. 2007. Terveyskirjasto. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Luettu 14.9.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086
- Hamunen, K. 2003. Mitä syöpäkipu on? *Finnanest* 2003;36(1), 30.
- Hengityслиitto. 2010. Keuhkohtauman omahoito-opas. Luettu 4.4.2014.
http://www.hengityслиitto.fi/sites/default/files/oppaat/keuhkohtauman_omahoito_opas_web_12112010.pdf
- Herr, K., Bjoro, K. & Decker, S. 2006. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(2), 170–192.
- Hoppu, K. 2012. Parasetamolimyrkytyksen hoito. Terveyskirjasto. Luettu 2.2.2014.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92737.pdf>. *Duodecim* 2012;118, 187.
- Hovi, S.-L. & Salanterä, S. 2000. Sairaanhoidaja kivusta kärsivän potilaan hoitotyön toteuttajana. *Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan* 1/2000 vol 73, 10-12.
- Hutchison, R., Tucker, W., Kim, S. & Gilder, R. 2006. Evaluation of a behavioral assessment tool for the individual unable to self-report pain. *Am J Hosp Palliat Care* 2006;23(4), 328–331.
- Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenhunen, M. 2007. Syöpätaudit. *Duodecim*.
- Johansson, H., Sjöholm, R., Stafberg, A. & Westerdahl, E. 2013. Research Article: Breathing Exercises with Positive Expiratory Pressure after Abdominal Surgery – The Current Physical Therapy Practice in Sweden. *J Anesthe Clinic Res* 2013, 4:6. Luettu 2.2.2014. <http://dx.doi.org/10.4172/2155-6148.1000325>
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. *Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy*, 109, 180-184, 186.
- Karvonen, A.-L., ym. 2009. Tulehduskipulääkkeiden turvallinen käyttö. *Duodecim*. Artikkel, 564.
- Kivelä, S.-L. & Rähkä, I. 2007. Iäkkäiden lääkehoito. *Lääkelaitos ja Kela*. Edita Prima Oy.
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* 7/2011. Tampere.
- Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2010. Kivun arviointi. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.). *Sairaanhoidajan käsikirja*. *Duodecim: Helsinki*, 592.

- Kouri, J-P. 2010. Kivun hoito. Luettu 13.9.2013.
http://files.kotisivukone.com/gpfinland.kotisivukone.com/tiedostot/Esitykset/kivunhoito_kouri.pdf
- Kuusisto, P. 2010. Akuutin kivun hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.). Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim: Helsinki, 591.
- Käypä hoito. 2009. Tulehduskipulääkkeet. Luettu 2.4.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi39001?hakusana=kipu>
- Käypä hoito. 2012a. Polvi- ja nivelrikko. Luettu 9.3.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054>
- Käypä hoito. 2012b. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Luettu 2.4.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063?hakusana=kipu>
- Käypä hoito. 2014. Krooninen alaraajahaava Luettu 9.3.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50058>
- Lehmann, J. & de Lateur, B. 2003. Ultrasound, shortwave, microwave, laser, superficial heat and cold in the treatment of pain. Handbook of Pain Management. Churchill Livingstone, 473-475.
- Lehtinen, V. 2001. Oulun Yliopisto. Sisätautien klinikka. Luettu 13.1.2014.
<http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/010104.html>
- Leong, I., Chong, M. & Stephen, J. 2006. The use of self-reported pain measure, a nurse-reported pain measure and the PAINAD in nursing home residents with moderate and severe dementia: a validation study. Age Ageing 2006;35(3), 252–256.
- Melzack, R. & Raja, S. (toim.). 2005. The McGill Pain Questionnaire. From Description to Measurement. Anesthesiology; 103:199–202.
- Melzack, R. & Wall, P. 2003. Handbook of Pain Management. Churchill Livingstone, 1-8.
- Mercadante, S. 2010. Intravenous morphine for management of cancer pain. Lancet Oncol 2010; 11: 484-489.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.). 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.). 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes 2005.
- Otis, J. 2007. Managing Chronic Pain : A Cognitive-Behavioral Therapy Approach Workbook. Oxford University Press. Luettu 4.4.2014.
<http://site.ebrary.com/lib/tamperepoly/Doc?id=10254447&ppg=10>

- Pasero, C. 2009. Challenges in Pain Assessment. Luettu 2.4.2014.
<http://duncanregional.com/sites/default/files/files/documents/AssessChallenges.pdf>
- Plotnik, R. & Kouyoumdjian, H. 2011. Introduction to psychology. Wadsworth Cengage Learning.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK). 2013. Lääkkeetön kivunhoito. Luettu 14.9.2013. <http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito1>
- Puolakka, P. 2011. Some challenges of postoperative pain treatment. University of Tampere.
- Sailo, E. & Vartti, A.-M.. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Salanterä, S. 2010. Kivun mittaaminen. Turun yliopisto. Luettu 12.12.2013.
http://www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_10/Kivun_mittaaminen_Sanna_Salanterä.pdf
- Salanterä, S. ym. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hotus - Hoitotyön tutkimussäätiö. 19.2.2013.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivunhoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Scherder, E., Oosterman, J. & Swaab, D. ym. 2005. Recent developments in pain in dementia. Br MedJ 2005;330(26), 461–464.
- Serpell, M. 2008. Handbook of Pain Management. Tarporley, Springer. 51, 89-90.
- Snow, L. & Shuster, J. 2006. Assessment and treatment of persistent pain in persons with cognitive and communicative impairment. J Clin Psychol 2006;62(11), 1379–1387.
- Soinila, S., Särkämö, T. 2009. Musiikki aivoinfarktipotilaan hoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2009;125(23):2585-2590.
- Souhami, R L. & Moxham, J. 2002. Textbook of Medicine. Fourth edition. Churchill Livingstone, 190.
- Stannard, C. & Booth, S. 2005. Pain. Churchill Livingstone. 84-85.
- Suomen Nivelyhdistys ry. 2014. Luettu 11.3.2014.
<http://www.nivelopas.fi/niveltuetjaapuvalineet.html>
- TherapiaFennica. 2013. Fysikaaliset hoidot. Luettu 13.3.2014.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Fysikaaliset_hoidot
- Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Hippokrates Duodecim. Jyväskylä, 27-29.
- Vainio, A. 2009a. Akuutti ja krooninen kipu. Terveyskirjasto. Luettu 7.8.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005

Vainio, A. 2009b. Kivun hallinta. Voiko kipua mitata? Terveyskirjasto. Luettu 8.11.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025

Vainio, A. 2009c. Kipurymät. Kivunhallinta. Terveyskirjasto. Luettu 4.4.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00069

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärven offset.

Valjakka, A. 2013. TMD -potilaan hoito erikoissairaanhoidossa: Psykologin näkökulma. Raison Päihde- ja mielenterveysyksikkö. Luettu 2.4.2014. <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/39158/TMD-potilaan%20hoito%20erikoissairaanhoidossa%2026%204%2013%20AV.pdf>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto.

World Health Organization. 1995. Cancer pain relief. Luettu 13.1.2014. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>

LIITE

KIVUNHOIDON OPPAAN TARVEKARTOITUS

Eveliina Kuutila ja Satu Yrjölä

Tampereen ammattikorkeakoulu

1. Millaisia kipupotilaita kohtaat osastolla?

2. Millaisilla menetelmillä arvioit/tulkitset potilaan kipua? (esim. muistisairas, omatoiminen potilas, tajuton/terminaalihoitopotilas, jne.)

3. Käytätkö kivun arvioinnissa kipukarttaa, kipumittaria tai muuta arviointimenetelmää?

4. Millaisia lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä käytät? Kuinka säännöllisesti?

KIVUNHOIDON OPPAAN TARVEKARTOITUS

Eveliina Kuutila ja Satu Yrjölä

Tampereen ammattikorkeakoulu

5. Pitäisikö osastolla olla yhtenäiset lääkkeettömät kivunhoito- ja arviointikäytännöt?

6. Arvioi omaa kivunhoidon osaamistasi.

7. Koulutustasosi/ toimenkuvasi:

Lähi-/perushoitaja

Sairaanhoitaja

Sairaanhoitaja (amk)

Muu, mikä?

Kiitos vastauksestasi!