

# KIPU HOITOTYÖN HAASTEENA KOTIHOIDOSSA

Täydennyskoulutus kivunhoidosta

Elina Pruuki

Opinnäytetyö, syksy 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Pruuki, Elina. Kipu hoitotyön haasteena kotihoidossa – täydennyskoulutus kivunhoidosta. Pori, syksy 2016. 66 sivua, 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli pitää oppitunti kivunhoidosta Huittisten kotihoidon työntekijöille. Oppitunnin tarve nostettiin esiin työyhteisössä. Kivunhoidosta haluttiin saada ajankohtaista tietoa. Oppitunnin tarkoituksena oli kivun huomioimisen lisääminen sekä kivun ja kivunhoidon merkityksen kokonaisvaltaisempi ymmärtäminen hoitotyössä. Oppitunti suunniteltiin omien kokemusten, Käypä hoito -suositusten sekä kirjallisuudesta ja internetistä kootun materiaalin pohjalta.

Oppitunti pidettiin kotihoidon palaverin yhteydessä kesäkuussa 2016. Paikalla oli 28 kotihoidon työntekijää, mukaan lukien kaksi esimiestä. Tunnilla käsiteltiin kivun fysiologiaa, ilmenemismuotoja ja kokemuksellisuutta. Kivun lääkehoitoa käsiteltiin haittavaikutusnäkökulmasta ja korostettiin lääkkeettömän kivunhoidon merkitystä. FinCC-luokituksen mukainen hoitosuunnitelman otsikointi nostettiin esille kivun seurannan ja arvioinnin helpottamiseksi.

Opinnäytetyöhön valitut teemat syöpäkipu, saattohoitopotilaan kipu, krooninen kipu sekä kivun ja mielialan liitokset toivat esille ”näkyttömän” kivun merkitystä sairastuneen vanhuksen elämässä. Kipua ja kivun hoitotyötä käsiteltiin näiden teemojen kautta.

Oppitunti eteni Powerpoint-esityksen mukaan. Luennon lisäksi oppituntiin kuului keskustelua sekä case-esimerkkitapauksen pohtimista. Kerätyn palautteen perusteella oppitunti koettiin tarpeellisenä ja hyvin rakennettuna.

Asiasanat: kotihoito, syöpäkipu, saattohoitopotilaan kipu, krooninen kipu, kipu ja mieli, kivunhoito

## ABSTRACT

Pruuki, Elina.

Pain as a nursing challenge in home care – an updating education about pain care.

66p., 2 appendices. Language: Finnish. Autumn 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of the practical thesis was to give a lesson of the treatment of pain for the home care personnel of the city of Huittinen. The need for the lesson came from work. Updated information about the treatment of pain was needed. The purpose of the lesson was to increase the awareness of pain, to identify the pain better and to obtain holistic understanding about pain and the treatment in the nursing care. The planning of the lesson was based on the author's own experiences, on current care guidelines and the material of books and internet.

The lesson took place during one of the home care personnel meetings in June 2016. There were 28 home care professionals present, including two of the superiors. The lesson covered the physiology of pain, the pain sensation and experience. The medical pain management was handled from the perspective of the adverse effects of drugs, and the non-pharmacological approach to pain management was emphasized. The headlining for the nursing plan according to the FinCC-Classification was raised to make the pain assessment and evaluation easier.

The thesis consists of the following themes: Cancer pain, the pain of the hospice patients, chronic pain and the combination of pain and the state of mind bringing the invisible pain into the life of suffering elderly. The abstract of pain and the treatment of pain were discussed from using these themes. The lesson included a Powerpoint presentation, discussions and the evaluation of a case example. According to the feedback, the lesson was deemed necessary and well structured.

Keywords: home care, cancer pain, pain of the hospice care patients, chronic pain, pain and the state of mind, pain management

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 KOTIHOITO.....	8
2.1 Kotihoito Huittisissa .....	9
2.2 Toiminta Huittisten kotihoidossa .....	11
3 MITÄ KIPU ON .....	14
3.1 Kivun luokittelua.....	14
3.2 Kipuaistimus .....	16
3.3 Kipu tunnekokemuksena.....	18
4 KIVUN FYYSSISIÄ, PSYYKKISIÄ JA SOSIAALISIA VAIKUTUKSIA .....	20
4.1 Syöpäkipu.....	20
4.2 Saattohoitopotilaan kipu .....	22
4.3 Krooninen kipu .....	25
4.4 Kipu ja mieli.....	28
5 KIVUN HOITOTYÖ .....	31
5.1 Lääkehoito.....	32
5.2 Lääkkeetön hoito.....	37
5.3 Hoidon vaikuttavuuden arviointi.....	41
6 KIVUNHOIDON TÄYDENNYSKOULUTUS KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖILLE TOIMINNALLISENA OPINNÄYTETYÖNÄ.....	45
6.1 Suunnittelu .....	45
6.2 Toteutus.....	49
6.3 Arviointi .....	51
7 YHTEENVETO .....	53
LÄHTEET.....	55
LIITE1 POWERPOINT .....	60



## 1 JOHDANTO

Kivun hoitotyö on monipuolinen ja laaja aihealue. Näkyvää ja selittyvää kipua on hoitajan helppo havainnoida ja ymmärtää. Haasteellista on kohdata näkymätöntä kipua – kipua, joka hyvin kokonaisvaltaisesti vaikuttaa ihmisen elämään. Marja-Leena Parkkinen (2001) kirjoittaa kirjassaan ”Näkymätön Kipu” pysäyttävästi tarinaansa – elämäänsä kivun kanssa. Hän kuvailee moneen kertaan, miten olisi tarvinnut aitoa kohtaamista hoitajien taholta. Hän jäi kipunsa kanssa yksin. Kipua ei otettu todesta, koska sitä ei näkynyt. Hän myös kuvailee, miten ahdistus ja pelko kasvoivat suhteessa kivun määrään. (Parkkinen 2001.)

Opinnäytetyöni on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tavoitteena on tuottaa Huittisten kotihoidon työntekijöille täydennyskoulutuksena oppitunti kivun hoitamiseen liittyvistä asioista. Oppitunnin tarve nousi työyhteisön halusta kehittää kivun hoitotyötä ja saada asiasta ajantasaista tietoa. Olen työskennellyt Huittisten kotihoidossa helmikuusta 2013 lähtien. Opinnäytetyön tarkoituksena on kivun huomioimisen lisääminen sekä kivun ja kivunhoidon merkityksen kokonaisvaltaisempi ymmärtäminen hoitotyössä.

Oppitunnin sisällöksi valitsin neljä pääteemaa, joiden kautta lähdin tarkastelemaan kivun hoitamisen haasteita. Niitä ovat syöpäkipu, saattohoitopotilaan kipu, krooninen kipu sekä kivun ja mielialan liitokset. Valittuja kivun teemoja käsittelen niiden fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten vaikutusten kautta. Mitä kipu voi merkitä sairastuneen elämässä? Kivun kokeminen ja ilmiasu ovat yksilöllisiä. On tärkeää, että hoitaja osaa huomioida erilaisia kipuviestejä kyetäkseen antamaan parasta mahdollista hoitoa potilaalle. Koska kotihoidossa hoidetaan pääsääntöisesti vanhuksia, käsittelen opinnäytetyössä kivunhoitoa vanhustyön näkökulmasta.

Opinnäytetyössä kuvaan kivun fysiologiaa, joka luo pohjan kipuaistimuksen ymmärtämiselle. Kivun hoitamisessa lääkkeellinen hoito on oleellista, mutta entistä tärkeämpään rooliin ovat uusien tutkimusten kautta nousemassa lääkkeettömät hoitomuodot (Käypähoito 2015). Lääkehoitoa tarkastelen opinnäytetyössä vanhusten kivunhoidon näkökulmasta haittavaikutuksia huomioiden.

Hoidon vaikuttavuutta tulee arvioida säännöllisesti ja siinä myös potilaan omalla kokemuksella ja mielipiteellä on merkitystä. Huolellinen kirjaaminen on tärkeää, koska se luo pohjan hoitotyön jatkuvuudelle ja mahdollistaa hoidon arvioinnin. Kotihoidossa on käytössä FinCC -luokituksen mukainen rakenteinen kirjaaminen. Kun kivunhoito on kirjattuna hoitosuunnitelmaan, tulee se helpommin huomioitua ja pysähdyttyä tarkastelemaan kipua hoitotyön näkökulmasta.

## 2 KOTIHOITO

Kotihoito on ikääntyneiden yleisin sosiaalipalvelu, joka mahdollistaa ikääntyneen kotona asumisen sairauksista ja toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Kotiin tuotavat palvelut ovat lisääntyneet merkittävästi viime vuosien aikana johtuen ikääntyneiden määrän lisääntymisestä, yleisestä taloustilanteesta, ajatusmallien muuttumisesta sekä vanhuspalvelulain vaikutuksesta. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 83.)

Vanhuspalvelulaki – laki iäkkään väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalouksista (2012/980) – astui voimaan 1.7.2013. Lain pyrkimyksenä on muokata kunnan palvelurakenteita niin, että ikääntyneiden pitkäaikainen hoito voidaan toteuttaa pääosin kotona tai kodinomaisessa ympäristössä. Vanhuspalvelulaissa kiinnitetään huomiota palvelutarpeen nopeaan kartoitukseen sekä palvelujen oikea-aikaiseen saamiseen ja kuntoutuspalveluiden lisäämiseen ja monipuolisuuteen. Palvelutarpeen arvioinnissa korostetaan moniammatillista tiimityötä sekä asiakkaan ja heidän läheistensä aktiivista osallistumista. Tärkeätä on, että eri palveluista ja tukimuodoista rakentuu ikääntyvän ihmisen kuntoutumista tukeva ja hänen läheistensä tarpeita huomioiva koordinoitu kokonaisuus. (Kelo ym. 2015, 77,78.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kotihoidon ja -palvelujen lainsäädännön valmistelusta, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta. Kotipalvelu ja kotisairaanhoidon perustuvat asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella laadittavaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Suunnitelma laaditaan yhdessä kunnan ja palvelun käyttäjän kanssa. Sen toteutumista seurataan ja sitä tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluilla tuetaan kotona selviytymistä. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. (STM i.a. Kotihoito ja kotipalvelut.)

Tukipalveluilla täydennetään kotipalvelun antamaa henkilökohtaista huolenpitoa. Tukipalvelut ovat monesti ensimmäisiä palveluita, joita asiakas tarvitsee itsenäisen asumisen tueksi. Tukipalveluita voivat saada myös henkilöt, jotka eivät tarvitse muuta kotipalvelun tai kotihoidon palvelua. Tukipalveluja ovat ateriapalvelu, siivous, vaatehuolto,



kauppa- ja muut asiointipalvelut, sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut sekä kuljetus- ja saattajapalvelu. Tukipalveluja saa kunnan kotipalvelun, kotihoidon, vanhus- tai vammaispalvelujen kautta. Kunta voi tuottaa tukipalvelut itse tai ostaa ne yksityisiltä palveluntuottajilta. Kunta voi antaa palvelun tarvitsijalle palvelusetelin, jolla tämä voi ostaa palvelun kunnan hyväksymiltä palveluntuottajilta. Palveluntarvitsija voi ostaa tukipalveluja myös suoraan yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Tällöin tukipalvelujen ostaja voi käyttää hyväkseen verotuksen kotitalousvähennystä.(STM i.a. Kotihoito ja kotipalvelut.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto valvoo kotiin annettavia palveluja ja hoitoa valtakunnallisen valvontaohjelman avulla. Valvontaohjelmakaudella (2016–2019) valvontaa suunnataan kolmen kokonaisuuden avulla. Kokonaisuudet ovat palvelurakenne, palvelujen saatavuus sekä palvelujen sisältö ja laatu. Viranomaisvalvonnan painopiste on asiakaskeskeisyydessä sekä palvelutoiminnan kokonaisuuden ja lopputuloksen valvonnassa. Valvonnan yksi keskeinen tavoite on myös palvelujärjestelmien muutoksessa tukea sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota. Valvontakulttuurin keskiössä ovat vuorovaikutteiset ja ennakoivat valvontamenetelmät, kuten toimintayksiköiden omavalvonnan tukeminen ja varmistaminen.(Valvira 2015, 14–15.)

## 2.1 Kotihoito Huittisissa

Huittisissa kotisairaanhoidon ja kunnallinen kotipalvelu yhdistettiin yhteiseksi kotihoidoksi 1.1.2009, jolloin Vampulan kunta yhdistyi Huittisten kaupunkiin ja aiemmin toiminut terveydenhuollon kuntayhtymä purkautui. Kotihoidon tiimejä on yhteensä kuusi. Tiimit jakautuvat väestövastualueittain pohjoisen, etelän, idän ja lännen tiimeihin. Kuninkaisien palvelukodeilla toimii oma kotihoidon tiimi. Uusimpana on vuonna 2012 perustettu kotiutustiimi. Kotiutustiimin kautta tulevat nimensä mukaisesti kotiutujat, jotka sairaalasta tai osastolta kotiutumisen mahdollistamiseksi tai turvaamiseksi tarvitsevat esimerkiksi vain tilapäistä kotihoidon palvelua. Pysyviksi jäävät asiakkaat siirtyvät väestövastualueitiimeihin käyntien vakiinnuttua saattohoitopotilaita lukuun ottamatta.

Huittisten kotihoidon tiimeissä toimii tällä hetkellä 1-2 sairaanhoitajaa tiimiä kohden, kotiutustiimissä sairaanhoitajia on 3. Lähihoitajia on tiimistä riippuen noin 5-7, kotiutustiimissä on 2 lähihoitajaa. Hoitotyöntekijöitä on kotihoidossa enää 1, sillä toimet ovat muuttuneet vähitellen hoitajan toimiksi. 2 lähihoitajaa tekevät omaishoitajien vapaapäiviä. Lisäksi kotihoidossa työskentelee geronomi, fysioterapeutti, kuntahoitaja ja toimintaterapeutti. Tiivistä yhteistyötä tehdään eri vanhustenhuollon yksiköiden sekä terveyskeskuksen vuodeosaston ja avopuolen kanssa. Usein tarvitaan myös sosiaalityöntekijän palveluita erilaisten tuloksetusten ja tukiasioiden selvittelyjä varten. Kotiutusohitaja koordinoi jaksohoitopaikat ja on yhteyshenkilönä kotiutustilanteissa.

Työ kotihoidossa on moniammatillista tiimityötä, yhteistyötä eri tahojen kanssa, asiakkaiden kokonaisvaltaista hoitamista. Työtehtäviin kuuluu perushoitoa, huolenpitoa, sairaanhoidollisia tehtäviä, kuntoutusta, sekä tukipalveluista huolehtimista. Tärkeässä roolissa hoidon onnistumisen kannalta on asiakkaan lähipiiri, jota myös tuetaan ja kuunnellaan. Kotihoidon tavoitteena on turvata ikääntyneen kotona selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa toimintakyvyn alentuessa. Kotihoidon erityistehtävänä on asiakkaan aktivoiminen ja omatoimisuuteen kannustaminen kuntoutumista edistävää työtä noudattaen. (Huittisten kaupungin ikääntyvien hyvinvointiohjelma vuosille 2012–2017, 34).

Kotihoito on perusturvan alaisuuteen kuuluvaa vanhustyötä, jonka toiminnasta vastaa vanhustyönjohtaja. Palveluita koskevista päätöksistä vastaavat kotihoidon esimies sekä avopalveluohjaaja. Kotihoidon asiakkaat ovat pääsääntöisesti ikäihmisiä. Etenkin kotiutustiimin asiakkaana voi kuitenkin olla nuoriakin syöpä- ja saattohoitopotilaita tai esimerkiksi mielenterveysasiakkaita, jotka tarvitsevat tukea arjessa selviytyäkseen. Sosiaalihuoltolain mukaan lapsiperheiden kotipalvelua on mahdollista saada tilapäisesti alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun syyn perusteella. Huittisten kotihoidossa on yksi työntekijä perhetyössä.

Huittisten kotihoidon asiakkaaksi tullaan useimmiten sairaalan tai vuodeosaston kautta. Asiakas tai omainen voi myös ottaa suoraan yhteyttä kotihoitoon. Palvelutarve pyritään arvioimaan mahdollisimman nopeasti. Kotiutuspalaverissa tai kartoituskäynnillä asiakkaan kotona pyritään huomioimaan asiakkaan omat voimavarat. On tärkeä selvittää, mitä asiakas kykenee tekemään itse ja missä hän tarvitsee apua. Myös omaisten mahdol-

lisuutta osallistua auttamiseen selvitetään. Toimintakyvyn arvioinnin perusteella asiakkaalle laaditaan hänen tarpeisiinsa perustuva hoito- ja palvelusuunnitelma. Koti- ja omaishoitoa on mahdollista tukea järjestämällä iäkkäälle kuntouttavaa päivätoimintaa ja lyhytaikaista ympärivuorokautista hoitoa. Tarvittaessa asiakasta ohjataan käyttämään yksityisen palveluntuottajan palveluita tai selvitetään esimerkiksi vapaaehtoistyöntekijän tarvetta ja mahdollisuuksia. (Huittisten kaupungin ikääntyvien hyvinvointiohjelma vuosille 2012–2017, 34.)

Kotihoitoa kehitetään koko ajan vastaamaan yhteiskunnan muuttuneita tarpeita. Tämä vaatii niin päättäjiltä kuin työntekijöiltä joustavuutta, avoimuutta, kehitysmuotoisuutta, uusien ajatusten omaksumista, koulutusta, ym. Yksi kotihoidon toimintatapojen sekä asiakastyön kehittämisen muoto Huittisissa on kotihoidossa marraskuussa vuonna 2013 käyttöön otetut mobiililaitteet. Niiden avulla asiakkaan tietoja on mahdollista kotikäynnillä tarkastella sekä kirjata.

Kotihoidon työntekijöitä kannustetaan erilaisiin koulutuksiin ja ymmärretään ammattitaidon merkitys hoitotyön laatuun vaikuttavana tekijänä. Hoitajan työssä on tärkeää tietojen päivittäminen, kertaaminen ja jakaminen sekä oma eettinen pohdinta ja asenne. Asiakas pitää kuulla, nähdä ja kohdata jokaisella kotikäynnillä.

## 2.2 Toiminta Huittisten kotihoidossa

Huittisten kotihoidon toimintakäsikirjaan (2012) on kirjattu kotihoidon ensisijaiseksi tavoitteeksi asiakkaan omatoimisuuden tukeminen ja sen edistäminen. Omatoimisuuden edistämiseksi toteutetaan kuntouttavaa toimintaa. Kotihoidon järjestämisen perusteena on turvata asiakkaalle turvalliset edellytykset asua ja elää omassa tutussa ympäristössä mahdollisimman pitkään.

Kotihoidon hoitotyön ja palvelun periaatteiksi on määritelty ammatillisuuden, turvallisuuden, kunnioittamisen, ihmisseläheisyyden, vastuullisuuden, luotettavuuden ja samanarvoisuuden periaatteet sekä kuntouttava työote. Ammatillisuuden periaatteella tarkoitetaan yhteisesti sovittujen ammatillisten hoitolinjojen ja – periaatteiden noudattamista.

Turvallisuuden periaatteen tavoitteena on asiakkaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen turvallisuus kotona sekä hoidon jatkuvuus kotiin annettavissa palveluissa. Kunnioittamisen periaate tarkoittaa, että jokainen asiakas on arvo sinällään. Asiakas kohdataan arvokkaana ihmisenä ja hoidossa otetaan huomioon hänelle tärkeät arvot, vakaumus ja elämäntavat. Ihmisläheisyyden periaatteella tarkoitetaan, että hoitaja tukee asiakasta niin pienissä kuin suurissa kysymyksissä asiakkaan hyväksymällä tavalla. Lain mukaan salassapitovelvollisuus koskee koko kotihoidon henkilökuntaa, myös ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen. Luotettavuuden periaatteeseen kuuluu salassapitovelvollisuuden lisäksi palvelujen saaminen, kuten on sovittu. Kuntouttavan työotteen tarkoitus on huomioida asiakkaan oma toimintakyky ja kannustaa asiakasta suoriutumaan päivittäisissä toiminnoissaan mahdollisimman itsenäisesti.

Toiminnanohjaaja jakaa päivän sovitut asiakaskäynnit hoitajien kesken. Kotiutustiimissä käynnit jaetaan itse, koska tilanteet vaihtelevat nopeasti ja käytännön kannalta on helpompi reagoida muuttuviin tilanteisiin sujuvammin ilman kolmannen osapuolen välissä oloa. Käyntien tarkempi sisältö on kuvattu asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmissa, joita pyritään mahdollisimman nopeasti päivittämään. Tarvittaessa käyntejä lisätään tai vähennetään, asiakkaan tarpeiden mukaan. Käynnit kirjataan tehdyksi puhelimella Pegasos Mukana sovellutuksessa. Toimistolla on mahdollista kirjata asiakkaan voinnista tarkemmin. Kotiutuksen alkuvaiheessa on tärkeä huolehtia riittävästä kotikäynneistä, jotta kotiutuminen onnistuu ja vältetään turha edestakaisliike kodin ja osaston välillä.

Kotihoidossa tiimin vastaavina toimivat sairaanhoitajat. Tiimivastaavalle kuuluu oman tiiminsä käytännön asioiden ja hallinnollisten töiden lisäksi sairaanhoidollinen kokonaisvastuu tiimissään. Lääkehoidon kokonaisvastuu sekä i.v.-hoito kuuluvat sairaanhoitajille. Sairaanhoitajien lisäksi työpaikkakoulutuksen ja hyväksyttävän näytön antanut lähihoitaja voi ottaa verinäytteitä. Perushoito ja – hoiva, sairaanhoidolliset tehtävät kuten avanne- tai haavanhoidot, kuntoutus, tukipalveluista huolehtiminen sekä moniammatillinen yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa kuuluvat myös lähihoitajan tehtäviin. Saattohoitoasiakkaat ovat pääsääntöisesti kotiutustiimin hoidettavina. Kotiutustiimille kuuluu myös akuutit ja tilapäiset käynnit, esimerkiksi uusi asiakas, joka tarvitsee vain hetkellistä apua kotiutumisen mahdollistamiseksi vaikkapa lonkkaleikkauksen jälkeen.

Yhteistyötä sekä terveyskeskuksen lääkäreiden että hoitajien kanssa tehdään tiiviisti. Lisäksi noin kerran viikossa on mahdollista konsultoida geriatria, joka myös tarvittaessa tekee kotikäyntejä. Terveyskeskuksen sosiaalityöntekijä on tärkeä yhteistyötaho asiakkaiden tukihakemuksia tai toimeentuloselvityksiä tehtäessä. Muita yhteistyötahoja ovat esimerkiksi Huittisten apteekki, Loimaan ja Vammalan aluesairaalat, Satakunnan keskussairaala, Turun yliopistollinen keskussairaala, Harjavallan sairaala sekä psykiatrian poliklinikka, Huittisten kaupungin perusturvan ja vanhustenhuollon yksiköt sekä yksityiset palveluntuottajat.

### 3 MITÄ KIPU ON

Kipua määritellään epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein. Lisäksi on huomioitavaa, että yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei merkitse sitä, että kipua tai kivunlievityksen tarvetta ei ole. Kivun määritelmä kattaa sekä akuutin että kroonisen kivun. Kipu on samalla sekä fysiologinen ilmiö, että tunne- ja aistikokemus. Kipua voidaan aistia ja kokea, vaikka kudonvauriota ei olekaan. Kivun aistimus ja kokemus ovat aina henkilökohtaisia ja eri ihmiset voivat tuntea yhtä voimakkaan kivun eri tavoin. Yksilön kokemukset sekä kulttuuri ovat sidoksissa kivun tuntemiseen. Kipuun liittyvät fysiologiset muutokset, tunteet, ajatukset, yksilön toiminta, sosiaaliset suhteet sekä monet muut tekijät. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7.)

Fysiologinen, normaali kipuaisti on olemassaolon kannalta välttämätön. Se toimii perustana elimistön varoitus- ja suojajärjestelmälle. Kipuärsykkeet laukaisevat monia elimistöä suojaavia väistämismrefleksejä ja -reaktioita. Kipujärjestelmän normaalit fysiologiset toiminnot tulee erottaa kroonisista kiputiloista, joihin liittyy kipua välittävien rakenteiden patofysiologisia muutoksia. Erilaiset kiputilat voivat poiketa patofysiologisilta muutoksiltaan hyvinkin paljon. (Salanterä ym. 2006, 34.)

Kivun jatkuminen pitkään aiheuttaa herkistymistä ja muutoksia ääreiskudosten kipuhermopäätteissä sekä keskushermoston kipukeskuksissa. Myös kipua estävät mekanismit saattavat herkistyä ja pettää. Muutoksia ja herkistymistä voi tapahtua missä tahansa kipuradan osassa ja tämän seurauksena kipu voi jatkua, vaikka alkuperäinen syy olisikin jo poistunut. Akuutti kipu voi kroonistua ja muuttua sairaudeksi. (Vuorinen 2015, 7.)

#### 3.1 Kivun luokittelua

Kiputilat luokitellaan ajallisen keston perusteella akuuteiksi tai kroonisiksi. Kivun kroonistuessa tapahtuu sekä toiminnallisia että rakenteellisia kipujärjestelmän herkisty-

miseen johtavia muutoksia. Muutokset syntyvät vähitellen ja vaihtelevalla nopeudella. Kipujärjestelmän vasteet ja taipumus kivun kroonistumiseen vaihtelevat geneettisten tekijöiden vaikutuksesta yksilöllisesti. Kivun muuttumista krooniseksi ei voi ajallisesti tarkkaan määritellä. (Salanterä ym. 2006, 35.) Akuutin kivun hyvä hoito, riskitekijöiden varhainen tunnistaminen, niihin suunnattu hoito ja moniammatillinen työskentelyote voivat ehkäistä kivun pitkittymistä (Käypä hoito 2015).

Kipua voidaan luokitella myös patofysiologisten mekanismien mukaisesti. Patofysiologinen luokitus vaikuttaa olennaisesti kivun hoitomenetelmän valintaan. **Nosiseptiivinen** kipu syntyy kudsvaurion aiheuttaman nosiseptoreiden eli kipureseptoreiden aktivoitumisen myötä. Kudsvaurion yhteydessä syntyy tai vapautuu tulehduksen välittäjäaineita, jotka aktivoivat nosiseptoreita ja herkistävät niitä muille ärsykeille. Tulehdusreaktioita hillitsevät anti-inflammatoriset lääkkeet lievittävät kipua, koska ne vaikuttavat estävästi nosiseptoreita aktivoiviin tulehduksen välittäjäaineisiin. Nosiseptiivinen kipu voidaan jaotella somaattisen hermojärjestelmän välittämään sekä viskeraaliseen, sisäelimiä peräisin olevaan kipuun. (Salanterä ym. 2006, 35,36.)

**Viskeraalinen** kipu tarkoittaa vatsa- ja rintaontelon elinten aiheuttamaa sisäelinperäistä kipua. Tyypillisiä viskeraalisen kivun piirteitä ovat kivun epämääräinen paikantuminen, aaltomaisuus, kivun heijastuminen sekä autonomiset oireet. Esimerkiksi sydänperäinen kipu saattaa heijastua vasempaan käsivarteen, kaulalle ja leukaan. Viskeraaliseen kipuun liittyviä autonomisia oireita ovat hikoilu, kalpeus, pahoinvointi ja oksentelu sekä verenpaineen ja pulssin muutokset. (Salanterä ym. 2006, 80.)

**Neuropaattinen** kipu eli hermovauriokipu johtuu kipua välittävän hermojärjestelmän vauriosta tai sairaudesta (Käypä hoito 2015). Neuropaattinen kipu voi olla alkuperältään perifeeristä, eli ääreishermoston vauriosta johtuvaa tai sentraalista, jolloin vaurio on keskushermoston kipu- ja tuntoaistimuksia välittävissä rakenteissa. (Salanterä ym. 2006, 36.)

**Idiopaattinen** kipu tarkoittaa kiputilaa, jossa kipuun ei löydy selvää selittävää somaattista syytä tai löydösten ja potilaan kokemien kipuoireiden välillä vallitsee selkeä epäsuhta. Erityisesti pitkään jatkuneessa kivussa keskushermoston kipujärjestelmien herkistyminen saattaa johtaa siihen, että koetut oireet ovat epäsuhdassa kivun aiheuttajaan.

Idiopaattisissa kiputiloissa korostuu myös psyykkisten tekijöiden vaikutus. (Salanterä ym. 2006, 37.)

### 3.2 Kipuaistimus

Tuntoaisti eli somatosensorinen aisti käsittää kehon eri alueilta tulevat kosketuksen, paineen, värinän, kutinan, lämpötilan ja kivun aistimukset. Perifeerisistä kudoksista tulevat tuntohermosyyt ovat rakenteellisesti ja toiminnallisesti kahta eri päätyyppiä, myeliinitupellisia (A-syyt) ja -tupettomia (C-syyt). Paksut ja nopeat A-syyt välittävät tarkkoja kosketustuntoaistimuksia ja paikantavat kivun tarkasti. Ne ovat myös aktiivisia kipuun liittyvässä väistämisrefleksissä. Valtaosa kipuhermoista on hitaampia ja ohuita C-syitä. C-säikeiden välittämä kipu heijastuu laajemmalle alueelle tai paikkaan, joka poikkeaa sijainniltaan kivun varsinaisesta aiheuttajasta. Heijastumista aiheuttavat tuovien kipuhermosäikeiden yhteydet useisiin keskushermoston vastaanottaviin neuroneihin. C-syiden toiminta aiheuttaa yleisemmän lihastonuksen nousun sekä autonomisen hermoston aktivaation. Erilaisten hermojärjestelmien ja keskushermostokytkentöjen vuoksi kivun tyyppi ja luonne sekä kipuärsytyksen aiheuttamat vasteet vaihtelevat. (Salanterä ym. 2006, 40.)

Ikääntymisen vaikutuksesta aistijärjestelmien toiminta muuttuu. Esimerkiksi terävää kipua välittävät hermosäikeet rappeutuvat, jolloin kivun johtumisnopeus hidastuu, kehon ääreisosien kipukynnys nousee ja sisäelimestä tulevan kivun tunne laimenee, esimerkiksi sydänkohtaus voi olla lähes kivuton. Vaikka ikääntyneellä saattaa kivun tunne vaimentua, voi kivun sietokyky silti heikentyä, joka johtuu kipua vaimentavien mekaniismien rappeutumisesta. (Kelo ym. 2015, 54.)

Kudosvaurion aiheuttaman ärsykkeen ja kivun subjektiivisen tuntemuksen välillä on sarja monimutkaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia, jotka voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe **Transduktio** (nosiseptorin aktivoituminen) on tapahtuma, jossa kudokseen kohdistuva ärsyke johtaa hermopäätteiden sähkökemialliseen aktivoitumiseen. Impulssien taajuus viestittää kudosvauriota aiheuttavan ärsykkeen voimakkuudesta. (Kalso & Kontinen 2009a.)



**Transmissio** tarkoittaa kipuviestin siirtymistä hermosoluja pitkin keskushermostoon. Perifeeriset tuntohermot välittävät impulsseja perifeerisestä kudoksesta selkäytimessä sijaitseviin päätteisiinsä, jolloin selkäytimen välittäjäneuronien verkosto aktivoituu. Kipuviestit kulkeutuvat selkäytimestä aivorunkoon ja talamukseen sekä aivokuorelle käsiteltäviksi. (Kalso & Kontinen 2009a.)

**Modulaatio** tarkoittaa kivun muuntelua hermostossa. Keskushermostossa on kipua estäviä inhibitorisia ratoja, jotka estävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa selkäytimessä. Nämä radat voivat aktivoitua erilaisten tekijöiden, kuten stressin tai morfiinin kaltaisten kipulääkkeiden vaikutuksesta. Tämä osaltaan selittää sitä, miksi jotkut vaikeasti loukkaantuneet potilaat eivät välittömästi trauman jälkeen koe merkittävää kipua. Kroonisten kiputilojen tutkimuksessa on viime vuosina noussut esiin, että sentraalinen modulaatio voi myös vahvistaa kipuaistimusta. Selkäytimen välineuronit voivat siis olla joko estäviä tai kiihdyttäviä. (Kalso & Kontinen 2009a.)

**Perseptio** on kivun välittymisen viimeisin vaihe. Sillä tarkoitetaan kipua välittävien neuronien aktivoitumisen aiheuttamaa subjektiivista tunnetta. Keskushermoston uudet kuvantamismenetelmät ovat mahdollistaneet aivoissa tapahtuvien, kivun kokemisen aiheuttamien toimintojen tutkimusta. (Kalso & Kontinen 2009a.)

Potilaan kokeman kivun voimakkuudessa on merkittäviä eroja niin eri potilaiden kuin eri tilanteiden välillä. Kivun säätelyssä viitataan usein professoreiden Melzack ja Wall vuonna 1965 esittämään porttikontrolliteoriaan. Teorian mukaan kivun säätelyä tapahtuu selkäytimen takasarven alueella (substantia gelatinosa), jossa periferiasta eli kehon ääriosista tulevat kipuneuronit synapsoivat kipuradan neuroneihin. Selkäytimessä hermotoiminnan painopisteen siirtyessä kipurataan kipuportti aukeaa ja kipuimpulssit pääsevät etenemään aivoihin, mistä seuraa kivun aistimus. Porttikontrolliteorian mukaan kivun syntyisessä korostetaan kehon ääreisosien kosketus- ja kipureseptoreista tulevan impulssivirran tasapainoa. (Salanterä ym. 2006, 45.)

Kipuportti nostetaan usein esille kivun säätelyä tarkasteltaessa, mutta kivun säätelyä tapahtuu koko kipuradassa. Kipuradassa välittäjäaineita ja modulaattoreita on useita,

joista osa kiihdyttää kipuradan toimintaa ja osa kykenee estämään impulssin etenemisen kipuradoissa. Kipua voivat estää esimerkiksi periferiasta tulevat kosketustuntoaistimuksia välittävät impulssit ja toisaalta aivoista tulevat laskevat radat, joiden välittäjäaineena toimii serotoniini. Elimistön omien endorfiinien ja enkefaliinien aktivaatio ja pitoisuuden nousu vaikuttaa kipua estäen laskevien ratajärjestelmien vaikutuksella. Näinollen keskushermoston ylempien osien säätelevä vaikutus on myös merkityksellinen tekijä kivun säätelyssä. (Salanterä ym. 2006, 43–45.)

Kivun säätelyjärjestelmä on monitahoinen ja toiminnan tasapaino on riippuvainen sentraalisista ja perifeerisistä vaikutuksista. Esimerkiksi laskevan serotonergisen järjestelmän heikentyminen sallii estävän vaikutuksen vähentyessä kipuradan toiminnan kiihtymisen. Tietyissä kroonisissa kiputiloissa onkin kyse kipujärjestelmän häiriöstä tai sairaudesta. (Salanterä ym. 2006, 45.)

Keskushermoston laskevien ratojen avulla on selitetty myös kivun ja psyyken monimutkaista vuorovaikutusta. Voimakas keskittyminen ja kilpailutilanne, tai muu psyykinen tekijä, voivat aktivoida radat, jotka erilaisten välittäjäaineiden avulla vähentävät kivun voimakkuutta. Kipulääkkeistä opioidit ja sähköinen stimulaatio aktivoivat myös nämä radat ja siten vähentävät kipua. (Estelander, Hamunen, Kalso, Maunuksela & Vainio 2002, 74.)

### 3.3 Kipu tunnekokemuksena

Uusien kuvantamismenetelmien kehityksen myötä on saatu enemmän selville aivojen osuutta kivun välittymisessä. Kipuinformaatiota käsittelevien alueiden muodostamaa verkostoa aivoissa nimitetään kipumatriisiksi. Sen avulla muodostuu yksilöllinen kipukokemus, johon vaikuttaa geenit ja aiemmat kipukokemukset. Kivun laadun, voimakkuuden ja sijainnin hahmottamisen lisäksi kipukokemukseen kuuluu arvio kivun aiheuttamasta uhasta. Kipumatriisiin kuuluvien rakenteiden välisten yhteyksien merkitys vaihtelee eri kiputiloissa yksilöllisesti. Stressi, aikaisemmat kokemukset, odotukset ja käsitykset kivun merkityksestä muokkaavat kipusignaalin käsittelyä aivoissa. Kivun epämiellyttävyys ja sen aiheuttama kärsimys ja ahdistus sekä kivunsietokyky vaihtelevat

yksilöiden ja tilanteiden välillä. Kivun ja vireystilan, sympaattisen hermoston ja stressivasteiden säätelyjärjestelmien tiiviit yhteydet selittävät osaltaan kroonisesta kivusta kärsivän potilaan kivun, stressin, ahdistuksen, unettomuuden ja avuttomuuden kokemuksia. (Kalso & Kontinen 2009b.)

Kivun kokemiseen liittyy elämän aikana kertyneet fyysiset ja psyykkiset kokemukset. Kulttuuri ja elämänolosuhteet vaikuttavat myös kivun kokemuksiin. Kirjassa ”Kipu ja Mieli” kerrotaan tutkimusmatkailijasta, jonka kimppuun oli Afrikassa hyökännyt leijona. Vaikka leijona oli vahingoittanut tutkimusmatkailijaa vakavasti, ei hän ollut tuntenut kipua, koska kertoo tilanteessa olleen muuta ajateltavaa. Ammattiurheilija saattaa pitää kipua asiaankuuluvana kovassa harjoittelussa ”no pain, no gain”. Ihmisten tapa ja kyky kuvailla kipuaan voi olla hyvin erilainen, mikä korostaa kivun kokemuksen yksilöllisyyttä, sekä vaikeutta toisen henkilön eläytyä kokemukseen. (Granström 2010, 21–23.)

Kivun epämiellyttävän tuntemuksen tarkoitus on varoittaa vaarasta ja kipu vaatii koki-jaansa reagoimaan. Kipuun voi myös olla reagoimatta, jos se on odotettavissa, esim. verinäytteen otto tai jos se on kohtuullinen, esim. urheilussa sattunut pieni vamma. (Granström 2010, 14 – 19.) Kivun tunnekokemukseen kohtaaminen vaatii hoitajalta aikaa ja halua eläytyä kivuliaan ihmisen tilanteeseen, jotta kipuun kuuluva epämiellyttävä tunne, ahdistus, toivottomuus, kärsimys tulee ymmärretyksi ja kohdatuksi. Pitkittyessään kipu aiheuttaa toimintakyvyn laskun myötä monenlaista huolta ja kärsimystä kokijalleen. Olisikin hyvä nähdä kipupotilaan tilanne kokonaisuudessaan ja kartoittaa avun tarve sen mukaisesti. (Granström 2010, 24, 88.)

## 4 KIVUN FYYSSISIÄ, PSYYKKISIÄ JA SOSIAALISIA VAIKUTUKSIA

Geriatrian professori Reijo Tilvis on julkaissut tutkimuksia vanhusten kivuista. Artikkelissaan ”Vanhusten kivut” (Tilvis 2004a) hän on koonnut yhteen kivun vaikutuksia vanhusten elämään ja arkeen. Artikkelissa hän toteaa kivun huonontavan kaikin tavoin elämän laatua. Kivut heikentävät toimintakykyä, aiheuttavat unettomuutta, johtavat sosiaalisesti eristäytymiseen ja lisäävät terveyspalvelujen käyttöä. Toimintakyvyn heikentyminen ei ilmene ainoastaan liikkumisvaikeuksina, vaan myös kognitiivisten toimintojen vaikeutumisena ja ajatusmaailman kaventumisena. Kipu muuttaa ihmisen asennoitumista muihin ja vaikuttaa myös muiden ihmisten suhtautumiseen. Kipu on yhteydessä paitsi masennukseen, myös muihin negatiivisiin tunteisiin kuten turhautumiseen ja vihaan. (Tilvis 2004a.)

Kipu vaikuttaa merkittävästi päivittäisiin toimintoihin. Kivun vaikutus korostuu harrasteiden ja sosiaalisen elämän osa-alueilla, liikkumisessa, asennoissa. Kipu vaikuttaa uneen ja aiheuttaa masennusta ja ahdistusta. (Kalso 2009a.)

### 4.1 Syöpäkipu

Kipu on tutkimusten mukaan ensimmäinen tutkimuksiin ohjaava oire noin neljäsosalla syöpäpotilaista. Ensimmäisen vuoden aikana kipua kokee noin 30 % sairastuneista. Taudin edetessä myös kipu yleistyy. Levinnyttä syöpää sairastavista loppuvaiheen potilaista jopa 50–90 % kokee erilaisia kipuja. Syöpäkipuun kuuluu sekä akuutteja että pitkäaikaisia kipuja ja niitä voi olla myös samanaikaisesti. Lämpilyöntikipu eli kroonisen kivun äkillinen paheneminen on yleistä esimerkiksi liikkeessä. Syöpäpotilaan kiputilojen selvittelyssä ja hoidossa tulee ottaa huomioon kivun erilaiset etiologiset tekijät. Tärkeätä on huomioida syöpään liittyvät pelon, ahdistuksen ja masennuksen tunteet, jotka väistämättä myös vaikuttavat kivun kokemiseen. (Kalso & Vainio 2009a.)

Syöpäpotilaan kipu johtuu yleensä syövästä tai syöpähoidoista. Kipu voi johtua myös jostakin muusta syystä kuin syövästä. Syöpäkipu on mekanismeiltaan samanlainen kuin

muukin kipu. Syöpäkasvain tai sen lähettämä etäpesäke aiheuttaa kipua esimerkiksi painamalla hermoa tai viereisiä kudoksia. Syöpähoidon aiheuttamaa kipua on esimerkiksi leikkauskipu. Solunsalpaajat voivat vaurioittaa hermoja, jonka seurauksena voi tulla vaurioituneen alueen tuntohäiriöitä, puutumista ja kipua. Sädehoidot aiheuttavat kipua aiheuttavia vaurioita esimerkiksi limakalvoille ja kudoksiin. Syöpähoidot aiheuttavat myös puolustusjärjestelmän heikentymistä, jolloin infektioille altistuminen on helpompaa. Syöpäkipu alkaa akuuttina kipuna ja kroonistuu pitkään jatkuessaan. (Vuorinen 2015, 9.)

Hoitosuhteella on suuri merkitys syöpäpotilaan hoidossa. Psykkinen tuki on tärkeä osa kivun hoitoa lääkehoidon ja muiden kipua lievittävien hoitojen ohella. Hyvä kivun ja muiden oireiden hoito auttaa potilasta sopeutumaan muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Syöpään liittyvän kivun hoito riippuu kivun syystä ja mekaniikasta. Jos kasvainta saadaan pienennettyä tai etäpesäkkeitä hävitettyä sädehoidolla tai solunsalpaajahoidolla, paranevat kivutkin. Kipusädehoidolla voidaan myös hoitaa tehokkaasti luustoetäpesäkkeiden aiheuttamia kipuja, vaikka pesäkkeet eivät häviäisikään. Syöpään liittyvät kivut ovat miltei aina lievitetävissä sopivalla lääkityksellä. Kipuja kannattaa hoitaa tehokkaasti heti niiden ilmaannuttua eikä odottaa, että ne pahenevat sietämättömiksi. Kivulääkkeet tehoavat parhaiten, kun niitä nautitaan säännöllisesti eikä vain tarvittaessa pahimpaan kipuun. Kivun ennaltaehkäisy on helpompaa kuin sietämättömän kivun hoitaminen. (Kalso & Vainio 2009b.)

Syövän aiheuttamaan fyysiseen kipuun vaikuttaa elimistön ulkoisen tai sisäisen tekijän aiheuttama kudonvaurio. Kipu on syövän oireista tavallisin ja usein eniten normaalia elämää haittaava oire. Joskus fyysisiä oireita suurempia kivun ja kärsimyksen aiheuttajia voivat olla vakavan sairastumisen myötä elämässä tapahtuvat muutokset. Psykkinen kipu tarkoittaa sairastumiseen liittyvää ahdistusta, pelkoa, surua ja masennusta. (Selin & Grönman 2014, 5.)

Psykkisen kivun helpottamiseksi sairastuneen tulisi tiedostaa tunteensa ja ajatuksensa ja pyrkiä käsittelemään niitä. Omien tunteiden hallitsemisessa ja purkamisessa auttaa läheisten kanssa puhuminen. Sairastumiseen liittyy toivottomuuden ja avuttomuuden tunteita. Kivunhallintakeinojen, esimerkiksi huomion muualle siirtämisen avulla voi

kipujen kanssa eläminen helpottua. Tieto kivun alkuperästä ja kivunhoidon mahdollisuuksista voivat myös helpottaa oloa. Psykkistä vointia helpottaa myös riittävän kipulääkityksen suunnitteleminen kivun mahdollisen pahenemisen varalle. (Selin & Grönman 2014, 10.)

Sosiaalinen kipu sisältää huolen perheestä, ystäväistä, tuttavista ja muusta, mikä elämässä on tärkeää. Ihmissuhteet voivat vähentyä sairauden vuoksi, sillä sosiaalinen kipu voi ilmetä yksinäisyyteen vetäytymisenä. Myös omaisista huolehtiminen ja murhe heidän pärjäämisestään voivat tuntua kuormittavilta. Kivun kokemiseen voi myötävaikuttaa lisäksi pelko sairastumisen vaikutuksesta toimeentuloon. (Selin & Grönman 2014, 6.)

Ahdistusta usein helpottaa tieto hyväksytyksi tulemisesta ja tietoisuus siitä, etteivät läheiset hylkää sairauden ilmetessä. Vertaistuki voi antaa toivoa ja uskoa selviytymään vaikeasta elämäntilanteesta. (Selin & Grönman, 2014 11.)

Hengelliseen kipuun liittyy uskonnollisia ja elämäntapomuksellisia kysymyksiä. Ihmisen hengellisiä tarpeita ovat usko sekä luottamuksen ja mielenrauhan löytyminen. Myös rakkaus, anteeksianto ja toivo kuuluvat hengellisiin tarpeisiin. Hengellisyyteen kuuluu omat sisäiset kokemukset, arvot ja vakaumukset. Hengellistä kipua kokiessaan ihminen saattaa kyseenalaistaa oman uskonsa ja esittää mielessään kysymyksiä sairautensa syistä, sairauden yhteyksistä elämäntapoihin ja sen vaikutuksista tulevaan elämänlaatuun. (Selin & Grönman 2014, 7.)

Toivo ei aina tarkoita paranemista ja fyysistä kuntoutumista. Toivo voi syöpään sairastuneelle olla kivuttomuutta ja hyvää oloa. Toivossa on katse kohti tulevaisuutta. (Selin & Grönman 2014, 13.)

#### 4.2 Saattohoitopotilaan kipu

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan tilannetta, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu eikä taudin etenemiseen voida vaikuttaa. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on potilaan ja hänen läheisensä paras mahdollinen elämänlaatu. Tähän kuuluvat kivun ennaltaehkäisy

ja hoito, muu oireenmukainen hoito sekä toimintakyvyn ylläpitäminen. (Salanterä ym. 2006, 200.)

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolevan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista hoitoa ja tukemista sairauden viimeisen vaiheen aikana kuoleman lähestyessä. Kotisaattohoidossa tämä tapahtuu ihmisen omassa kodissa läheisten ja hoitotahon tiiviin yhteistyön mahdollistamana. Saattohoitoon kuuluu potilaan kokonaisvaltainen huomiointi ja hoito sekä läheisten tukeminen. Hoidon tärkein tavoite on kärsimyksen ja kipujen lievittäminen. Saattohoitovaiheen kivunhoidossa on tärkeää opioidilääkityksen varhainen aloitus, riittävä ja säännöllinen annostelu, pahoinvoinnin ja ummetuksen hoito sekä aktiivinen siirtyminen kipupumppuannosteluun, jos kipulääkitys suun kautta tai laastarina ei ole mahdollista tai on riittämätöntä. (Salanterä ym. 2006, 200.)

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee lääkäri. Päätöstä edeltävissä hoitoneuvotteluissa käydään läpi hoitoon ja sairauteen liittyviä asioita sekä sovitaan hoitolinjauksista. Potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet käsitellään sekä pohditaan erilaisten tutkimusten ja hoitomuotojen tarpeellisuus ja hyöty. Saattohoitopäätös ja perustelut kirjataan potilasasiakirjoihin. (ETENE 2003, 10.)

Kotisaattohoidon järjestäminen pohjautuu aina potilaan omaan toivomukseen. Saattohoidon toteuttaminen kotona vaatii omaisen tai muun läheisen mahdollisuutta ja halua sitoutua hoidon toteuttamiseen. Hoitosuhde potilaaseen ja läheisiin tulee olla hyvä ja luottamusta herättävä. On tärkeää, että asioista sovitaan mahdollisimman tarkasti heti kotiutusvaiheessa, kirjataan sovitut käytännöt sekä huolehditaan tiedonkulusta kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen kesken. Potilaalla ja hänen läheisellään tulee olla selkeät ohjeet, miten saada yhteys hoitavaan tahoon. Neuvoja ja tukea pitää olla saatavilla mihin vuorokaudenaikaan tahansa. Sairaalassa tai terveyskeskuksessa tulisi olla tiedossa ns. tukiosasto, jonne potilas voi tarpeen vaatiessa siirtyä. Läheinen tarvitsee ohjausta, rohkaisua, kannustusta ja arvostusta jaksakseen hoitaa potilasta kotona. Kalliit lääkkeet, omaishoitajan tuki, kotisairaanhoidon maksut tai muut hoidon kustannukset eivät saisi muodostua esteeksi kotisaattohoidon toteuttamiselle. On tärkeää, että saattohoitopotilaan kuolemaan kotona valmistaudutaan ennakkoon. Asiasta puhutaan ja esimerkiksi ohjeet käytännön järjestelyistä ja yhteydenotoista kuoleman tapahduttua annetaan

myös kirjallisina. Kuoleman jälkeinen tapaaminen läheisten kanssa kuuluu hyvään hoitokäytäntöön, sillä läheiset tarvitsevat tukea vielä kuoleman jälkeenkin. (ETENE 2003, 12–13.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut saattohoitosuositukset hyvän saattohoidon toteutumiseksi Suomessa. Kuolevan potilaan ihmisarvo, inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus korostuvat saattohoitosuosituksissa. Saattohoidon eettiset periaatteet sekä kivun ja kärsimyksen lievitys ovat suositusten keskiössä. Hyvä ja laadukas saattohoito edellyttää osaavaa, ammattitaitoista henkilökuntaa ja saattohoito järjestetään potilaan toiveiden mukaan. (Pihlainen 2010, 30–31.) Ihmisarvon kunnioittaminen saattohoidossa on hyvän hoidon antamista elämän loppuun asti. Henkilökohtaisella vapaudella saattohoidossa tarkoitetaan potilaan hoitamista yhteisymmärryksessä hänen loppuelämänsä ajan (ETENE 2003, 7).

Satakunnan alueellinen saattohoitosuunnitelma julkistettiin 26.2.2015 Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Suunnitelman laatijana oli alueellinen saattohoitotyöryhmä, jossa on edustettuna moniammatillinen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö Satakunnan alueelta. Potilaan tarpeista lähtevän suunnitelman tarkoituksena on ohjata alueen hoitokäytäntöjä. Saattohoitosuunnitelma tähtää siihen, että potilaan hoito lähestyvän kuoleman hetkellä turvataan ja organisoidaan joko sairaalassa, terveyskeskuksen vuodeosastolla, tehostetun kotisairaanhoidon, kotisairaalan tai kotiavun turvin. Saattohoitoon siirtymisestä sovitaan hoitoneuvottelussa, jossa potilaan ja hoitohenkilökunnan lisäksi on potilaan luvalla myös hänen läheisensä. Saattohoidossa on lähtökohtana potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Alueellinen saattohoitosuunnitelma on tarkoitettu kaikkien saattohoitopotilaita hoitavien käyttöön Satakunnassa. (Satakunnan alueellinen saattohoitosuunnitelma 2015.)

Käypä hoito-suosituksen mukaan elämän loppuvaiheessa on tärkeää huolehtia ihmisen psykologisista, sosiaalisista, maailmankatsomuksellisista ja hengellisistä tarpeista. Kuolevan potilaan fyysisiä oireita ovat mm. uupumus, heikkous, laihtuminen, kipu, hengenahdistus, yskä, ummetus, ahdistuneisuus ja masennus. (Käypä hoito 2012.)



Potilaan lähestyessä kuolemaa tehdään aktiivinen saattohoitosuunnitelma. Suunnitelma sisältää lääkityksen uudelleenarvioinnin, tarpeettomien lääkkeiden lopettamisen ja tarvittavan oirelääkityksen määrittämisen. Läheisten kanssa keskustellaan potilaan lähestyvistä kuolemasta ja huomioidaan potilaan tarpeet kokonaisvaltaisesti. Hoitosuunnitelmaan liitetään potilaan oma arvio tilastaan ja tarpeistaan. Oleellista on selvittää myös läheisten osuus hoitotoimien suunnittelussa. (Hänninen 2015.)

Fyysinen kipu on useimmiten lievitettävissä lääkkeillä ja sen vuoksi harvoin hoidon kannalta ongelmallinen. Pelkästään sairauden oireisiin keskittyvä ongelmakeskeinen lähestymistapa tuottaa mielikuvan, että kuolevallekin potilaalle lääketieteellinen hoito olisi ensisijaisen tärkeää. Vaikka kivun ja sairauden muiden oireiden lievitys onkin potilaalle merkityksellistä, monet muut läheisiin, elämän päättymiseen ja kuoleman jälkeiseen elämään liittyvät kysymykset ovat usein vielä tärkeämpiä. (Hänninen 2015.)

Potilaan kokemaan kipuun vaikuttaa se, millainen käsitys hänellä on omasta hyvinvoinnistaan ja millainen mieliala hänellä on. Masennus, ahdistus, pelko, kyllästyminen, unettomuus ja väsymys alentavat kipukynnystä. Potilaan tilanteestaan antama kuvaus kertoo hänen oireistaan ja siitä, miltä ne hänestä tuntuvat. Potilaan oireistaan käyttämät laatusanat kuvastavat paitsi oireiden emotionaalista merkitystä myös potilaan asennetta niitä kohtaan, kivun merkitystä. Sairauteen liittyvät kärsimykset muuttuvat kuoleman lähestyessä. Jos potilas kokee kivun merkitsevän taudin etenemistä ja lähestyvää kuolemaa, voi kipu olla pelottavaa ja vaikeammin siedettävää. (Hänninen 2015.)

Potilaiden oirekuvan merkittävin muutos lähestyvän kuoleman hetkellä on kivun väheneminen ja sekavuuden lisääntyminen. Tähän vaikuttaa potilaan nauttiman ravinnon ja nesteiden määrän vähäisyys. (Hänninen 2015.)

#### 4.3 Krooninen kipu

Suomen Kivuntutkimisyhdistys on tutkinut kivun kroonistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Kudos- tai hermovaurio johtaa pitkittyneeseen kipuun vain joillakin ihmisillä. Kudosvaurion ja sitä seuranneen tulehdusreaktion suuruus, akuutin vaiheen kivun voimakkuus

ja psyykkiset tekijät voivat vaikuttaa kivun kroonistumiseen. Myös yksilölliset, geneettisesti määräytyvät erot kipua välittävien ja hillitsevien järjestelmien rakenteissa ja ominaisuuksissa vaikuttavat kivun kroonistumiseen. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry i.a., 3.)

Kivun kroonistumista voi tapahtua myös kipujärjestelmien epätasapainon ja herkistymisen seurauksena. Kyseessä voi olla kipua vahvistavien järjestelmien toiminnan voimistuminen, jarruttavien järjestelmien heikkeneminen tai molemmat. Kipuviestin jatkuva välittyminen hermoston eri osissa aiheuttaa muutoksia, joiden seurauksena kivunvälitys voimistuu ja nopeutuu. Myös kosketushermot saattavat kytkeytyä kipuhermoihin hermovauriota seuraavan korjaantumisen aikana, jolloin pelkkä kosketus voi aiheuttaa kivun kokemisen. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry i.a., 4.)

Kipuongelma voi pitkittyä ja kuntoutuminen hidastua myös psykologisten tekijöiden vaikutuksesta. Kipuun liittyvät pelot saattavat johtaa liialliseenkin varovaisuuteen ja liikunnan välttämiseen. Liikkumisen vähäisyys aiheuttaa rappeutumismuutoksia lihaksissa, verenkierrossa ja hermostossa, josta seuraa kiputilan vaikeutuminen. Pelot ja varominen lisäävät myös lihasjännitystä, joka puolestaan vaikeuttaa lihasten aineenvaihduntaa ja aiheuttaa kipuja. Masennukseen liittyy aloitekyvyn heikkenemistä ja jaksamattomuutta, joka myös helposti johtaa kipuongelman pitkittymiseen. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry i.a., 4-5.)

Myös sosiaaliset tekijät saattavat vaikuttaa kipuongelman kroonistumiseen. Esimerkiksi puoliso saattaa liiallisesti tehdä asioita kipupotilaan puolesta, jolloin potilaan toimintakyky entisestään heikkenee. Liika huolehtiminen saattaa myös voimistaa potilaan pelkoa ja kipunsa suhteen entisestään. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry i.a., 5.)

Krooniseen kipuun liittyy hyvin vahvasti kärsimys. Kärsimys heijastuu ihmisen elämään ja persoonaan. Kärsimys ei rajoitu ruumiilliseen kivun kokemiseen, vaan siinä voi olla kyse jostakin muusta joko ruumiillisesta tai henkisestä tekijästä. Vaikka kipu on yleensä kipupotilaan tärkein kärsimyksen aihe, se ei ole ainoa. Kivun sietämättömäksi tekevät syyt voivat olla täysin tiedostamattomia ja nousta esille vähitellen hoitosuhteen jatkuessa. Potilas saattaa ohimennen paljastaa tietoa, jonka hoitaja voi kuulla, jos osaa

kuunnella. Kuulemisen edellytyksenä on, että hoitajan persoonallisuus on avoin monenlaisille viesteille ja hän osaa suhtautua tilanteeseen ilman ennakko-odotuksia ja käsityksiä. Ratkaisevaa kuulemisessa on työntekijän potilasta kohtaan tuntema myötätunto. Parhaisiin hoitotuloksiin päästään kun potilasta lähestytään kärsivällisesti ja osoitetaan asentein, sanoin ja teoin, että tämä on arvostusta ja myötätuntoa tarvitseva ja niihin oikeutettu ihminen. (Vainio 2009.)

Jyväskylän yliopistossa terveystieteiden maisteriksi 2015 väitellyt Tapio Ojala kirjoittaa kroonisen kivun kokemisesta seuraavaa:

Arviolta joka viidennellä on jokin krooninen vaiva ja väestön ikääntyessä vaivat vain lisääntyvät. Kroonista kipua on vaikea ymmärtää ja siten myös hankala hoitaa. Kroonisella kivulla on neljä ominaisuutta: se vaikuttaa koko ihmiseen, se on näkymätöntä, se hallitsee ja se on kielteistä. Tämä kaikki ilmenee heikentyneenä elämänlaatuna. Akuutti kipu on paikallinen, mutta kroonistuessa raja kivuliaan ja ei-kivuliaan kehon osan välillä hämärtyy. Kipu laajenee täyttäen lopulta koko kehon ja mielen. Fyysinen kipu ja psyykinen kärsimys sulautuvat yhdeksi ja samaksi kipukokemukseksi halliten ihmistä ja elämää. Kipu on näkymätöntä. Magneettikuvauskaan ei sitä näytä. Kivulle ei ole omaa diagnoosia. Luotettavin lähde kivun olemassaololle on kokijan oma kertomus, jota toinen ihminen ei voi kiistää. Kivun kielteisyydellä tarkoitetaan epämiellyttävää tuntemusta ja rajoituksia liikunta- ja toimintakyvyssä. Kipuun liittyy läheisesti myös kielteisiä tunteita, kuten alakuloa, ahdistusta ja epätoivoa. Nämä ovat yhteydessä yksinäisyyteen ja heikkoon itsetuntoon. Silti krooninen kipu ei yksin tee elämästä sietämätöntä – eikä kivuttomuuskaan ei ole tae onnellisuudesta. Terveellekin jatkuva onnellisuus on harhaa, realismia on olla tyytyväinen elämäänsä. (Ojala 2015.)

Kiputuntemus on yksi osa kipukokemuksesta. Kipukokemus kattaa ihmisen tunteet, uskomukset, asenteet ja elämäntilanteen. Krooninen kipu on monimutkainen kokemus ja sitä on hyvin vaikea mitata. Kivun kokemukseen liittyy aina merkitys, mitä henkilö kokemuksestaan ajattelee. Merkitys voi olla kielteinen tai kielteinen ja myönteinen yhtä aikaa. Myönteinen merkitys kuvaa sitä, että kipu ymmärretään samanlaiseksi sairaudeksi kuin muutkin krooniset sairaudet. Merkitys määrittää sen, miten ihminen selviää kipujensa kanssa. Mitä kielteisempi merkitys on, sitä vaikeampi on kivun kanssa elää. Kielteinen merkitys näkyy pelkona, ahdistuksena ja passiivisena elämäntapana. Selviämisen kannalta on oleellista erottaa kiputuntemuksen ja kipukokemuksen merkitys toisistaan. Kiputuntemus on aina kielteinen, mutta kipukokemus voi olla myös myönteinen (Ojala 2015.)

Kipukroonikko tarvitsee aitoa läsnäoloa, kuuntelemista ja myötäelämistä. Kroonisen kivun kanssa selviäminen lähtee kivun olemassaolon hyväksymisestä. Hyväksymisprosessi alkaa oman elämän tarkoituksen löytymisestä, itselle tärkeiden arvojen kautta. Hyväksyessään kivun osaksi elämää, hyväksyy kipukroonikko samalla uuden identiteetin, joka on sallivampi niin itseä kuin elämää kohtaan. Kivun hyväksymisen myötä elämä voi saada uutta sisältöä. Tärkeätä on tehdä sellaisia asioita, joista nauttii. Vaikka elämä ei olisikaan samanlaista kuin ennen, voi elämässä silti olla haaveita ja tavoitteita, jotka rikastuttavat elämää ja antavat elämälle uuden suunnan. (Ojala 2015.)

Krooninen kipu saattaa vanhuksilla ilmetä kiinnostuksen ja keskittymiskyvyn puutteena, unihäiriöinä, psykomotorisena taantumana, kiihtyneisyytenä, ruokahalun puutteena ja ennen kaikkea masentuneisuutena (Kalso 2009a). Kroonisen kivun ymmärtäminen ja tuloksekas hoito edellyttävät eri tieteenalojen tiivistä yhteistyötä ja kroonikon omaa aktiivista osallistumista (Ojala 2015). Kroonisten kipujen hoidon kompastuskivistä suurimpia ovat asenteet. Kipujen syiden selvittäminen ja hoitomahdollisuuksien arviointi on jokaisen lääkärin velvollisuus. Kipujen poistamista kokonaan kannattaa harvoin asettaa hoidon tavoitteeksi. Kipujen lievittäminen tasolle, joka parantaa toimintakykyä ja antaa mahdollisuuksia elää lähes normaalia elämää, on paljon realistisempi päämäärä ja useimmiten saavutettavissa. Vanhusten kroonisen kivun tunnistamista ja hoitoa on alettu korostaa yhtenä vanhusten hyvän hoidon laatukriteerinä (Tilvis 2004a).

#### 4.4 Kipu ja mieli

Elimistön ollessa normaalissa fysiologisessa tilassa välittäjäaineet serotoniini ja noradrenaliini säätelevät kipua välittäviä signaaleja. Kipukynnys pysyy sellaisena, ettei elimistön normaalitoimintaan kuuluvia ärsykyksiä aistita kipuna. Vain ne ärsykkeet, jotka välittävät tietoa kudosaivuriosta eli ovat merkki todellisesta haitasta elimistön kannalta, aistitaan kipuna. (Oy Eli Lilly Finland Ab 2011.)

Masennuksessa serotoniinin ja noradrenaliinin pitoisuudet aivoissa vähenevät. Näiden välittäjäaineiden pitoisuuksien väheneminen heikentää laskevien hermoratojen mahdol-

lisuutta säädellä kivun kokemusta normaalilla tavalla. Tällöin kipukynnys madaltuu ja kipua koetaan herkemmin. Masentunut voi kokea kipuna sellaisetkin elimistön tunteukset, joita normaalissa fysiologisessa tilassa ei kipuna aistittaisi. Tätä pidetään yhtenä selityksenä sille, miksi monet depressiopotilaat kärsivät erilaisista kipuoireista kuten selkä-, lihas- ja nivel- ja vatsakivuista sekä päänsärystä. Jopa reilulla kahdella kolmasosalla depressiosta kärsivistä on raportoitu olevan emotionaalisten oireiden lisäksi erilaisia kipuja. Ainakin osittain samat välittäjäaineet säätelevät elimistössä sekä mielialan että kivun kokemista. Myös keskeiset aivoalueet depressiossa sekä kivun kokemisessa ja säätelyssä ovat osittain samoja. (Oy Eli Lilly Finland Ab 2011.)

Masennuksen keskeisiä oireita ovat alakuloinen mieliala sekä mielenkiinnon ja mielihyvän väheneminen. Masentuneisuuteen liittyy myös laihtumista tai painon nousua, unettomuutta tai liiallista nukkumista, väsymystä, voimattomuutta, liikkeiden ja mielen hidastumista tai kiihtyneisyyttä, arvottomuuden ja toivottomuuden tunteita, vaikeutta keskittyä ja tehdä päätöksiä, syyllisyydentunteita sekä kuolemaan liittyviä ajatuksia. (Huttunen 2015.)

Masennus voi liittyä kipuun tai olla siitä erillinen mielenterveyden häiriö. Masennuspotilaille lääkehoidon merkitys on usein keskeinen. Lääkehoitoon voidaan yhdistää psykoterapiaa ja muita lääkkeettömiä menetelmiä. Monet kipupotilaat ovat erittäin herkkiä lääkkeiden vaikutuksille. Masennuslääkitys kannattaa aloittaa pienellä annoksella ja vaikutuksia seurata tarkasti. Tärkeää on, ettei mahdollisesti hyödyllisestä lääkkeestä luovuta liian helposti. Eräät masennuslääkkeet, kuten venlaflaksiini ja mirtatsapiini, toimivat kipukynnystä nostavasti vaikuttamalla opioidireseptoreihin. Osittain samaan vaikutukseen perustuu lääkkeiden tehoaminen masennukseen. Selkein kliininen näyttö kipukynnukseen vaikuttamisesta on saatu trisyklisillä masennuslääkkeillä. Lääkehoidossa voidaan myös hyödyntää lääkkeen vaikutuksia uneen, ruokahaluun, ahdistuneisuuteen tai impulsiivisuuteen. (Granström 2004.)

Krooniseen kipuun liittyviä psykologisia ilmiöitä ovat masennuksen, vihan, pelon ja toivottomuuden tunteet sekä vaikeus muistaa ja hahmottaa asioita. Kipua seuraava masennus liittyy kroonisen kivun aiheuttamiin vaikeuksiin elämän eri alueilla sekä menetykskokemuksiin. Menetykskokemukset voivat aiheutua terveydentilan ja liikkumismah-

dollisuuksien heikkenemisestä tai osallistumisen mahdollisuuksien vähenemisestä. Menetykskokemukset merkitsevät vanhojen tottumusten muokkautumista, joka voi johtaa jopa identiteetin muutokseen. (Granström 2004.)

Kipuun liittyviä vihan tunteita voidaan selittää kivun aiheuttamien pettymysten kautta. Kipu aiheuttaa pettymyksiä uhkaamalla tai tuhoamalla ihmisen toiveita menestymisestään, elämänsä hallinnasta ja mielenrauhan säilyttämisestä. Joskus tunteet aikaansaavat selviytymisyrityksiä, mutta ne voivat myös pahentaa kipukokemusta ja vaikeuttaa sekä ihmis- että hoitosuhteita. Vihan vaikutusta kipuun on selitetty biologisesti muun muassa sillä, että se kuluttaa ihmisen omia endogeenisiä opioideja, jolloin niitä ei riitä kivun lievittämiseen. (Granström 2004.)

Kivun aiheuttamat ongelmat ja kivun hoidon järjestelyt ovat kipupotilaalle kognitiivinen haaste. Nykyelämä vaatii monenlaista kognitiivista kykyä liittyen ajatteluun, hahmottamiseen ja muistiin. Kipupotilaalla kognitiiviset kyvyt ovat heikentyneet, mikä hoitohenkilökunnan tulisi ottaa huomioon potilaan hoidossa ja ohjauksessa. (Granström 2004.)

Ihmisen tapa hahmottaa ja kokea kipua on yksilöllinen. Myös keinot kivun kanssa toimeen tulemiseksi tai kivusta irti pääsemiseksi voivat olla hyvin erilaisia. Potilaiden keinot selviytyä kipujensa kanssa voivat olla esimerkiksi konkreettisen teknisiä, henkisiä, huumorin sävyttämiä, sarkastisia, omaa tahtoa korostavia tai ympäristön merkitystä painottavia. Erilaisten näkökulmien havaitseminen ja hyödyntäminen vaativat hoitajilta aikaa kuunnella potilaita, kärsivällisyyttä sekä kykyä muuttaa myös omaa näkökulmaansa. (Granström 2004.)

## 5 KIVUN HOITOTYÖ

Käypä hoito -suositus kivun hoitoon julkaistiin 4.12.2015 ja siinä nostettiin esiin keskeisiä kivunhoitoon liittyviä asioita. Kipupotilaan hyvä hoito perustuu toimivaan hoitosuhteeseen ja potilaan tutkimiseen tulee varata riittävästi aikaa. Jokaisella kivun vuoksi tapahtuneella hoitokäynnillä tulee kipu ja toimintakyky arvioida ja kirjata. Potilaan kanssa laaditaan hoitosuunnitelma ja potilaan sairaudet, niiden hoito, elämäntavat ja psykososiaalinen tilanne pitää selvittää. Potilasohjauksessa korostuu potilaan oma aktiivinen rooli ja sen tukeminen. Hoidon tavoitteina ovat kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämänlaadun paraneminen. Syyn mukainen kivunhoito pitää toteuttaa viipymättä. Pitkäkestoisen kivun hoidossa ja kuntoutuksessa hyödynnetään moniammatillista lähestymistapaa. Lääkkeettömät hoidot ovat hoidon perusta ja niihin liitetään lääkkeellinen hoito tarpeen mukaan. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ovat esimerkiksi liikunta, terapeuttinen harjoittelu, kongnitiivis-behavioraalinen terapia, kylmä- ja lämpöhoito sekä TNS. (Käypä hoito 2015.)

Reijo Tilvis on tutkinut paljon vanhusten kipua ja kirjoittanut aiheesta useita artikkeleita. Artikkelissa (2004) puhutaan asenteiden merkityksestä kipujen tunnistuksessa ja hoidossa. Kivut tulee ottaa todesta ja huomioida myös ne, jotka eivät voi tai kykene sanoin ilmaisemaan kipujaan. Kipujen alihoidon todetaan olevan hyvin yleistä. Lääkkeiden haittavaikutuksista ollaan jopa niin huolissaan, että vanhusten kivun hoidossa ollaan liiankin pidättyväisiä ja passiivisia. Vaikka vanhusten lääkehoito on hyvin monimuotoista (lääkkeiden eliminaatio saattaa hidastua, herkkyys lääkkeiden keskushermostovaikutuksille lisääntyy, muiden käytössä olevien lääkkeiden yhteisvaikutukset, perussairaudet), on kokeilulla löydettävissä sopiva, yksilöllinen lääkitys kivunhoitoon. Kivunhoidon kannalta hyvä yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa on tärkeää. Tavoitteet tulee olla realistisia ja usein jo pieni kivun lievyys auttaa parantamaan toimintakykyä ja helpottaa vanhuksen elämää. (Tilvis 2004a.)

Vanhuspotilailla varsinkin niillä, joiden muisti on heikentynyt, kivut voivat laukaista vaikeasti tunnistettavan ja hankalasti hoidettavan sekavuustilan. Pitkäaikaiset tai toistu-

vat kivut aiheuttavat jatkuvaa tutkimustarvetta ja ne ovat tavallisimpia hoitoon hakeutumisen syitä.(Tilvis 2004b.)

Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) on laaja-alainen moniammatillinen toimintamalli, jonka avulla vanhusten ali- ja ylihoito on mahdollista saada hallintaan. Malli perustuu laajaan kartoitukseen iäkkään kokonaisu-tilanteesta, jonka pohjalta henkilökohtainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma laaditaan. (Finne-Soveri 2015.)

## 5.1 Lääkehoito

Kivun Käypä hoito -suituksen (2015) mukaan kivunhoidon perusta on lääkkeetön hoito, johon tarpeen mukaan liitetään kipulääkitys. Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti potilaan kipuongelman, muiden sairauksien, niiden riskitekijöiden ja psykososiaalisen tilanteen mukaan. Lääkehoidon tavoitteena on lievittää kipua, parantaa toimintakykyä ja kohentaa elämänlaatua. Oheisoireita pyritään lievittämään. Pitkäkestoisessa kivussa lääkkeitä käytetään säännöllisesti annostellen ja suositellaan ensisijaisesti pitkävaikutteisia valmisteita. Tulehduskipulääkkeiden pitkäaikaista käyttöä ei suositella. Hoitovaste saattaa lääkaineen mukaan tulla esiin vasta viikkojen kuluttua. Kudosvauriokivun hoidossa käytetään parasetamolia, tulehduskipulääkkeitä tai niiden yhdistelmää. Jos niiden teho on riittämätön, hoitoon voidaan yhdistää mieto opioidi. Vahvoja opioideja käytetään vain erityistilanteissa. Fibromyalgian ja kroonisen kipuoireyhtymän hoidossa kipulääkkeiden teho on usein vaatimaton ja lääkkeettömien hoitomuotojen merkitys korostuu. Käypä hoito -suituksen laatinut työryhmä suosittelee huolellisen somaattisen tutkimuksen jälkeen psykiatrasta konsultaatiota, jos epäillään kroonista kipuoireyhtymää (F45.4). Sekamuotoisen kivun hoidossa yhdistellään eri mekanismeilla vaikuttavia lääkkeitä huomioiden yhteiskäyttöön liittyvät hyödylliset ja haitalliset yhteisvaikutukset. (Käypä hoito 2015.)

Syöpään liittyvien kipujen lääkehoidossa noudatetaan WHO:n porrasteista hoitokaaviota. Periaatteena on nauttia kipulääkettä suun kautta, säännöllisesti ja kellon ympäri niin, että kipu pysyy poissa koko vuorokauden. Lievään kudosvauriokipuun käytetään tuleh-



duskipulääkettä, keskivaikeassa kivussa lääkitykseen lisätään keskivahva opioidi, ja vaikeaan syöpäkipuun käytetään tulehduskipulääkkeen ja vahvan opioidin yhdistelmää. Jos mukana on hermokipua, liitetään lääkitykseen vielä joko trisyklinen masennuslääke tai epilepsialääke. Hoito on yksilöllistä ja se suunnitellaan jokaiselle potilaalle erikseen. Periaatteena on aloittaa lääkitys pienellä annoksella, jota suurennetaan vähitellen, kunnes saadaan aikaan hyvä kivunlievitys. Oikeaa lääkettä ja annosta ei aina löydy ensi kokeilulla, vaan valmistetta voidaan joutua vaihtamaan. (Kalso & Vainio 2009b.)

Kipulääkkeiden käytöstä tavallisten kroonisten sairauksien yhteydessä Käypä hoito -suosituksessa (2015) muistutetaan, että muut krooniset sairaudet, yliherkkyydet ja käytössä olevat muut lääkkeet tulee aina ottaa huomioon, kun potilaalle suunnitellaan kipulääkitystä. Lääkityksessä tulee huomioida myös itsehoitovalmisteet sekä luontaistuotteet. Masennus ja krooninen kipu esiintyvät usein yhdessä. Masennuksen optimaalinen hoito voi vähentää myös kipua. Masennus- ja muiden lääkkeiden sekä kivun hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden yhteensopivuus tulee aina tarkistaa. (Käypä hoito 2015.)

Kivun lääkehoito on hyvä aloittaa yhdellä lääkeaineella ja pienellä annoksella. Lääkityksen vastetta ja haittavaikutuksia pitää seurata ja arvioida huolellisesti. Lääkkeen annostusta voi suurentaa tarvittaessa vähitellen. Uusien lääkkeiden aloittamisen välin tulee olla riittävän pitkä, jotta lääkkeiden vaikutuksia voidaan arvioida. Kahden tai useamman kipulääkkeen yhdistelmällä voidaan pienemmällä annoksella saavuttaa parempi teho ja tuottaa vähemmän haittavaikutuksia kuin yksittäisen lääkkeen annosta nostamalla. Iäkkäille sopimattomien ja haittavaikutuspotentiaaliltaan merkittävien lääkkeiden käytön välttäminen on hyvä strategia lääkkeisiin liittyvien ongelmien ehkäisemisessä ja vähentämisessä. Fimean ylläpitämä iäkkäiden lääketietokanta, Lääke75+ kuvaa eri lääkeaineiden soveltuvuutta iäkkäiden käyttöön. (Käypä hoito 2015.)

Käypä hoito -suosituksessa mainitaan, että erityisesti iäkkäillä ja monisairailta on tärkeitä huomioida kivun lääkkeettömät hoitomenetelmät ja niitä tulee aina mahdollisuuksien mukaan käyttää myös yhdessä lääkehoidon kanssa. Iäkkäiden kivun hoidossa on tärkeä selvittää potilaan odotukset ja tavoite, muut sairaudet sekä kognitiivinen ja toiminnallinen tilanne. Fysiologiset muutokset lisäävät iäkkäiden herkkyyttä monille kipulääkkeille, minkä vuoksi heidän lääkeannoksensa tulee olla pienempiä kuin muilla ai-

kuisilla. Iäkkäillä on usein myös muita pitkäaikaisia sairauksia ja niiden lääkehoitoja. Munuaisten toiminnan heikkeneminen suurentaa lääkkeiden haittavaikutusten ja haitallisten yhteisvaikutusten todennäköisyyttä. Kipulääkitystä vasteen mukaan sovittamalla sekä muut sairaudet ja lääkkeet huomioimalla voidaan päästä tehokkaaseen kivun lievitykseen. Annostelun tulisi tapahtua suun kautta aina kun se on mahdollista. Jatkuvaan pitkäkestoiseen kipuun on hyvä käyttää säännöllistä pitkävaikutteista lääkitystä. Lyhytvaikutteinen nopeasti vaikuttava lääkevalmiste on tehokas ajoittaisen vaikean kivun hoidossa. (Käypä hoito 2015.)

Ikääntymisen aiheuttamat fysiologiset muutokset sekä elimistön toiminnan heikkeneminen altistavat sairauksille ja lääkkeiden haittavaikutuksille. Sopivaa kipulääkitystä valittaessa tulee huomioida ikääntyneen riski suolikanavan verenvuodoille, munuaispuhdistuman heikkenemiselle ja sekavuudelle. Myös sydämen ja verenkiertoelimistön toiminnan muuttuminen edellyttävät huomioimista kipulääkityksen suhteen. Maksan merkitys lääkeaineiden metaboliassa tulee huomioida erityisesti silloin, kun lääkkeitä on käytössä yhtä aikaa paljon. Monisairaana vanhuksen pitkäaikaisen kivun lääkehoito on tasapainoilua erilaisten haittojen ja riskien sekä hyödyn välillä. (Finne-Soveri 2015.)

**Parasetamoli** on vanhuspotilailla ensisijainen kipulääke ja on yleensä turvallisempi lääke kuin tulehduskipulääkkeet. Suurina annoksina tai runsaan alkoholin käytön yhteydessä se voi kuitenkin aiheuttaa maksavaurioita. On myös huomioitavaa, että parasetamoli saattaa suurentaa INR-arvoa, jota on tarkkailtava (Käypä hoito 2015). Parasetamolien suurin sallittu vuorokausiannos aikuisille on 4 grammaa. Parasetamolien sisältävien valmisteiden annostusohjeissa suositellaan maksavaurion välttämiseksi korkeintaan 3 gramman vuorokausiannosta. Maksavaurion riski kasvaa huomattavasti potilaan käyttäessä useana päivänä parasetamolia yli 4 grammaa vuorokaudessa. Annoksen lisäksi maksavaurion riskiä nostavat potilaan korkea ikä, aliravitsemus, maksasairaudet sekä muiden maksatoksisten lääkkeiden ja alkoholin käyttö. Liikakäytön vaara nousee jos potilaalla on käytössä parasetamolia sekä resepti- että itsehoitovalmisteena. Myös parasetamolia sisältävät yhdistelmävalmisteet pitää huomioida mahdollisen ylikäytön vaaran vuoksi. (Kalliokoski 2012.)

**Tulehduskipulääkkeiden** anti-inflammatorinen, eli tulehdusta estävä vaikutus perustuu tulehduskipulääkkeiden kykyyn estää prostaglandiinisynteesiä. Prostaglandiinit mm. suojaavat mahan limakalvoja ja vähentävät haponeritystä. Tämän vaikutuksen estyessä riski mahaärsytykseen ja pahimmillaan mahahaavan syntymiseen kasvaa. erityisen suuri haittavaikutusriski on potilailla, joilla on ollut aiemmin mahahaava tai jotka saavat solunsalpaajia, kortisonia tai sädehoitoa. Lääkkeiden aiheuttamat ruuansulatuskanavan verenvuodot ovat vanhuksilla erityisen salakavalialia, koska ne ovat usein kivuttomia. Jos tulehduskipulääkkeitä joudutaan käyttämään antikoaguloituille potilaille, on vuoto- ja hyytymisarvoja seurattava huolella. (Kalso 2009b.)

Ikääntyessä tulehduskipulääkkeiden aiheuttamien haittavaikutusten riski kasvaa moninkertaiseksi. Tulehduskipulääkkeiden plasmapitoisuudet ovat ikääntyneillä tavallista korkeampia, koska plasman albumiinin kokonaismäärä pienenee. Munuaisten toiminta voi heikentyä tulehduskipulääkityksen aikana etenkin iäkkäillä sydän- ja verisuonisairauksia sairastavilla potilailla. Tämä aiheuttaa munuaisten kautta vaikuttavien verenpainelääkkeiden tehon heikkenemistä ja sitä kautta verenpaineen nousua. Sydämen ja munuaisten vajaatoiminta lisää myös tulehduskipulääkkeiden nesteretentiota aiheuttavaa vaikutusta. (Kalso 2009c.)

**Heikot opioidit**, tramadoli ja kodeiini ovat varsinaisen lääkkeen esimuotoina olevia ns. aihiolääkkeitä, jotka muuttuvat vaikuttavaan muotoon maksassa (CYP-entsyymi) ja vasta tämän muutoksen jälkeen lääkeaine on tehokas. Perintötekijöiden vuoksi CYP-entsyymi voi toimia hitaasti tai puuttua, jolloin lääkeaine ei pysty muuttumaan vaikuttavaan muotoon. Tällöin lääkkeet eivät tehoa, ainoastaan haittavaikutukset tulevat esille. Myös toinen lääkeaine saattaa hidastaa CYP-entsyymin toimintaa, jolloin lääkeaine hajoaa erittyvään muotoon hitaasti ja lääkepitoisuus veressä nousee (jopa monikymmenkertaiseksi). Toinen lääke voi vaikuttaa myös estämällä CYP-entsyymin toimintaa (esim. sienilääkkeet, psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet), eikä aihiolääke muutu kipua lievittävään muotoon. Vaikka lääke ei pääsisi vaikuttamaan toivotulla tavalla, voivat kodeiini ja tramadoli aiheuttaa hankalia haittavaikutuksia. Niitä ovat mm. pahoinvointi, oksentelu, huimaus, kaatuileminen, muistin ja henkisten kykyjen heikkeneminen ja sekavuus. (Kivelä 2005, 122–126.)

Tramadoli vaikuttaa opioidireseptoreiden lisäksi kohottamalla serotoniinipitoisuutta aivosolujen välitiloissa. Tramadolია käyttäessä on muistettava serotoniinioireyhtymän mahdollisuus iäkkäillä potilailla, jotka käyttävät usein myös mielialalääkkeitä. Serotoniinioireyhtymän oireina voivat olla kiihtyneisyys, ärtyneisyys, ahdistus, unettomuus, sekavuus, harhaisuus, vapina, koordinaatiohäiriöt, pakkoliikkeet, puhevaikeudet, lihasnykäykset, pahoinvointi, oksentelu, ripuli, vatsakouristukset, päänsärky, hikoilu, kuume verenpaineen vaihtelut, pulssin kiihtyminen, hikoilu, refleksien kiihtyminen, sekä pahimmillaan kouristukset ja tajuttomuus. (Kivelä 2005, 129.)

Heikoilla opioideilla, kuten myös myös tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla on ns. kattovaikutus. Jos annosta nostetaan yli tämän annoksen, ei kipua poistava vaikutus enää lisääny, vain sivuoireet lisääntyvät. (Kelo ym. 2015, 269.)

**Opioidit** vaikuttavat elimistön oman opioidijärjestelmän kautta. Opioidireseptorit aktivoituvat opioidien johdosta, jolloin kivun tuntemukset vähenevät ja kipua vähentävän järjestelmän toiminta vahvistuu. Vahvoja opioideja ovat esimerkiksi morfiini, oksikodoni, fentanyyli ja metadoni. Vahvoja opioideja on saatavilla erilaisina valmisteina, kuten tabletteina, mikstuuroina, injektointivalmisteina ja laastareina. (Kelo ym. 2015, 269.)

Opioidi annokset vanhuksilla ovat yleensä 25–50 % pienempiä keskushermoston lisääntyneen herkkyyden sekä lääkkeiden pienentyneen eliminaation vuoksi. Opioidit voivat aiheuttaa erilaisia haittavaikutuksia, joista yleisimpiä ovat ummetus, väsymys, pahoinvointi ja oksentelu sekä suun kuivuminen. Haittavaikutukset saattavat rajoittaa opioidien käyttöä ja estää annoksen riittävän noston. Ummetusta on vanhuksilla muutenkin, joten sen hoito vaatii erityistä huomiota. Opioidilääkityksen aiheuttamia mielialan muutoksia, sekavuutta ja hallusinaatioita on todettu vanhuksilla muita enemmän. Opioidien käyttö on lisääntynyt viime vuosina voimakkaasti myös vanhuspotilailla. On tärkeää, että opioideista saatava hyöty arvioidaan mahdollisia haittoja vastaan. Lääkityksen tehoa ja turvallisuutta pitää seurata säännöllisesti ja annoksen nousun tulisi näkyä parempana kivunlievityksenä. On myös huomioitava, että kakektisilla potilailla lääke imeytyy huonosti ihon läpi annosteltavista valmisteista (laastari). (Kalso 2009c.)

Uusien tutkimustulosten mukaan opioidit vaikuttavat uneen rikkomalla normaalin unen rakennetta. Näinollen ne saattavat entisestään lisätä kipuherkkyyttä ja väsymyksen tunnetta, joka kipuun liittyy. Pahimmillaan ne saattavat jopa ylläpitää kipuoireilua. (Miranda 2016, 222.)

**Masennuslääkkeiden** annosten tulisi ikääntyneellä olla huomattavasti pienempiä kuin muilla aikuisilla. Masennuslääkkeiden vaikutus perustuu aivojen serotoniinipitoisuuden nostamiseen. Kiputilojen hoidossa käytetyt lääkeannokset ovat pienempiä kuin masennustilojen hoidossa käytetyt annokset. Masennuslääkitystä käyttäessä saattaa aivojen serotoniinipitoisuus etenkin vanhuksilla nousta liiankin korkeaksi ja riski saada serotoniinireaktio nousee. Vanhukset ovat herkkiä lisäksi lääkkeiden antikolinergisille haittavaikutuksille, ummetukselle ja virtsaummelle sekä keskushermostovaikutuksille, kuten kognitiivisten toimintojen heikkenemiselle. Myös ortostaattinen hypotensio eli pystyasentoon liittyvä verenpaineen lasku voi olla ongelmallinen. Vanhuksilla on kiputiloja, joissa masennuslääkkeet ovat indisoituja. Kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet ovat indisoituja erityisesti vanhuksen ollessa sekä masentunut että kivulias. (Kalso 2009c.)

## 5.2 Lääkkeetön hoito

Lääkkeettömän hoidon periaatteisiin kuuluu, että lääkkeettömiä hoitoja tulee käyttää aina, kun se on mahdollista. Lääkkeettömät hoidot ovat kivunhoidon perusta. Kivun oireenmukaisen hoidon lisäksi tulee tähdätä potilaan elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseen, mikä edellyttää myös potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa. Keskeisiä lääkkeettömiä hoitoja ovat muun muassa liikunta, terapeuttinen harjoittelu (suunnitelmallinen, systemaattinen ja ohjattu), kognitiivis-behavioraalinen terapia, fysikaaliset hoidot, kuten kylmä- ja lämpöhoito, sekä TNS =Transkutaaninen hermostimulaatio, menetelmä, jossa kosketushermopäätteitä ärsytetään sähköisesti (Käypä hoito 2015.)

Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa on hoitomuoto, jossa potilas nähdään aktiivisena kuntoutumiseensa vaikuttavana osapuolena. Kognitiivis-behavioraalisen terapian avulla potilas voi oppia käyttämään erilaisia kivun, stressin ja kuluttavien affektiivisten

reaktioiden hallintakeinoja (esimerkiksi rentoutustaitoja) ja sosiaalisia taitoja sekä oppia ymmärtämään paremmin omia toimintatapojaan ja niiden syitä ja seurauksia (Käypä hoito 2015).

Hoito-ohjelman yhteinen tavoite on potilaan voimavarojen ja oman vastuun tukeminen, kipuongelman kanssa toimeen tuleminen, pystyvyyskäsitteiden parantaminen, kivunhallintakeinojen oppiminen, terveydenhuoltopalveluiden ja lääkkeiden käytön vähentäminen ja psyykkisen kärsimyksen vähentäminen. Ohjelman eri osat, esimerkiksi fysioterapia, liikunta-harjoitukset, opetus ja psykoterapeuttiset menetelmät tukevat toinen toisiinsa. Potilaan läheisten tai puolison mukaan ottaminen hoito- tai kuntoutusohjelmaan on tärkeää tavoitteiden saavuttamisen ja hoidon tulosten ylläpidon kannalta. Kognitiivis-behavioraaliset hoito-ohjelmat etenevät vaiheittain arvioinnista tavoitteiden laatimiseen, koulutukselliseen osuuteen, käsitteiden ja kokemusten uudelleen jäsentelyyn, taitojen opettamiseen ja niiden harjoitteluun sekä ylläpitoon. (Elomaa & Estlander 2009.)

Fysikaalisista hoitomenetelmistä **hieronta** lievittää kipua ja vähentää potilaan ahdistusta. **Kylmähoito** lievittää potilaan kipua vaikuttamalla kudosten verenkiertoon. Kylmä alentaa kudosten lämpötilaa, verenkierto ja aineenvaihdunta hidastuvat ja lihasspasmit vähenevät. Lihakset rentoutuvat, jolloin kipu lievittyy. **Lämpöhoidon** vaikutusmekanismi: Lämpö eliminoi solullaisia metaboliitteja (kudosten aineenvaihduntatuotteita), jotka stimuloivat kipua. Pintalämpö lisää ihoverenkiertoa. Syvälämpö lisää kudosten verenkiertoa. Lihakset rentoutuvat ja kudosten venyvyys lisääntyy. **Asento- ja liikehoidot** lievittävät potilaan kipua. Potilasta voi tukea hyvään asentoon tyynyin, kiiloin, erilaisten tukien tai erikoisvuoteen avulla. Asennon vaihto lievittää kipua edistämällä verenkiertoa ja vähentämällä lihasspasmeja. **Passiivinen tai aktiivinen liikunta** edistävät verenkiertoa, vähentävät lihasspasmeja ja ehkäisevät virheasentojen kehittymistä. Liikkuminen vähentää turvotusta ja vähentää tromboosiriskiä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.)

Kivunhallintamenetelminä **rentoutus** ja **musiikki** vähentävät erityisesti affektiivista (kivun tunneperäistä kokemusta) ja havainnoitavissa olevaa kipua. **Huomion suuntaaminen pois kivusta** auttaa potilasta hallitsemaan kipuaan. Keskittyminen tehtävään vie huomion pois kivusta. Huomion suuntaaminen pois kivusta aktivoi aivoalueita, joka saattaa heikentää kipusignaalin välittymistä. **Ohjattu mielikuvittelu** on myös todettu hyväksi kivunhallintamenetelmäksi. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.)

Kommunikoinnin merkitys kivun hoitotyössä korostuu. Motivoivaan haastatteluun kuuluu empaattisuus, avoimet kysymykset, refleктоiva kuuntelu, yhteenvedot, arvostus, läsnäolo, verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä. Asiakkaan omat arvot, tavoitteet ja tavoiteltavan muutoksen merkitys hänen elämälleen ovat keskeisiä asioita. Motivoivan haastattelun tarkoituksena on asiakkaan oman motivaation herättäminen, kasvattaminen ja vahvistaminen. Tärkeätä on vahvuuksien osoittaminen tai sanoittaminen ja pienienkin edistysaskelten huomioiminen. Tätä kautta itseluottamus ja usko omiin kykyihin vahvistuvat. (Konsell 2016.)

Ratkaisukeskeisyys on lähestymistapa, jonka mukaan aina on mahdollista löytää tavoitteita, keinoja ja voimavaroja, joiden avulla voi päästä eteenpäin tai jaksaa vaikeuksissa paremmin. Huomion suuntaaminen tulevaisuuteen, toiveikkuuden ja vahvuuksien etsiminen ja tukeminen ovat ratkaisukeskeisen hoitotyön keinoja. Tärkeää on suunnata huomio positiivisiin asioihin, sillä ratkaisukeskeisen ajatustavan mukaan se, mihin kiinnittää huomiota, kasvaa. Ratkaisukeskeisyyteen kuuluu myös asioiden normalisointi, ratkaisukeskeinen kieli, selviytymis- ja onnistumiskysymykset, sekä asiakkaan vastuuttaminen. Vastuuttamiseen kuuluu toimintasuunnitelma, jossa on tavoitteet. Tavoitetta kohti edetään hyvin pienin askelin. Lähestymistapa on asiakasta arvostavaa ja myönteisen palautteen merkitys korostuu. Tärkeätä on muistaa, että asiakas on eri asia kuin ongelma. Ongelma voi näkyä asiakkaan elämässä, mutta suuntaamalla huomio voimavaroihin, voi ongelman vaikutus elämään pienentyä merkittävästi. (Konsell 2016.)

Lääkäri ja kipututkija Helena Miranda (2016) esittelee Ota kipu haltuun -kirjassaan testattuja työkaluja kivun hallitsemiseen. Jokaiselle kipua potevalle on löydettävissä juuri hänelle sopivat ja toimivat kivunhallintakeinot. Tutkimustieto osoittaa, että on mahdollista elää mielekästä elämää sovussa kivun kanssa. Kivunhoidon tulee olla monipuolista ja yksilöllistä. Pitää hoitaa ihmistä, jolla on kipua, ei vain kipua ihmisessä. Kirjassa esitellyt kivunhoidon työkalut soveltuvat erityisen hyvin kroonisen kivun hoitoon:

- **Hanki oikeaa tietoa.** Oikea ja luotettava kiputieto ei ole positiivista tai negatiivista. On hyödyllistä tarkastella tutkimuksista saatua tietoa tai lääkärin esiin

tuomaa asiaa sellaisenaan ja pohtia avoimin mielin sen vaikutusta omaan elämän. (Miranda 2016, 44.)

- **Vaali unta.** Uni antaa voimavaroja pitää itsestään huolta ja tukee terveyttä monin eri tavoin. Vaikkei kipu kokonaan poistuisi, auttaa unen paraneminen merkittävästi kivun kanssa pärjäämiseen, vireystilaan ja elämänlaatuun. (Miranda 2016, 54.)
- **Kehitä myönteisyyttä.** Nauraminen käynnistää aivoissa endorfiinien tuotannon, joka taas estää kipusignaalien nousua tietoisuuteen. Yleisesti ottaen myönteisyys, hyväntuulinen elämänasenne ja realistinen optimismi lisäävät vaikeuksien sietokykyä ja joustavuutta. (Miranda 2016, 62.)
- **Kosketa ja tule kosketetuksi.** Kosketus ja hieronta rauhoittavat elimistöä, vähentävät stressihormoni kortisolin eritystä, laskevat verenpainetta ja parantavat stressinhallintaa. Kosketus lievittää myös kipuun liittyvää hätäännystä, pelkoa ja ahdistusta. (Miranda 2016, 73.)
- **Tee sitä mistä nautit.** Hyvää oloa ja elämäniloa tuovat asiat on hyvä nostaa esiin ja elvyttää ne takaisin arkeen kuuluviksi. Hyvinvointia lisäävään hemmoteluun kuuluu itsensä näkeminen myönteisessä ja arvostavassa valossa. Myös ystävyyttä on tärkeä vaalia, sillä sosiaalinen tuki ja yhteisöllisyyden tunne ovat kaikilla mittareilla mitattuna terveyden, hyvinvoinnin ja onnellisuuden tärkeimpiä lähteitä. (Miranda 2016, 80–88.)
- **Puhu tunteistasi.** Tunteista puhuminen on kipukroonikolla yksi tärkeimmistä ja tehokkaimmista tavoista välttää kivun paheneminen ja arjen muuttuminen kärsimykseksi. Jotta tunteista voi puhua, tulee ne osata tunnistaa, kohdata sekä sallia itselleen. (Miranda 2016, 103.)
- **Ravitse itsesi.** Terveellisellä ruokavaliolla on merkitystä ravintoaineiden lisäksi myös suoliston hyvinvointiin. Suolisto tuottaa samoja hermoston välittäjäaineita kuin aivot, tosin monin verroin enemmän: yli 90 prosenttia välittäjäaineista tuotetaan suoliston alueella. Välittäjäaineet voimistavat, estävät tai muokkaavat hermosolujen ja muiden solujen välisiä sähköisiä viestejä. (Miranda 2016, 115–116.)
- **Liiku ilolla.** Liikkuminen vaikuttaa positiivisesti moniin kivunhallintaa tukeviin asioihin. Liikkumalla säännöllisesti yöuni paranee, mieliala kohoaa, väsymys



vähenee, vireys ja elämänhallinnan sekä pystyvyyden tunne lisääntyy. Myös kivun sietokyky kasvaa. (Miranda 2016, 132.)

- **Ole tietoisesti läsnä.** Mindfulness, tietoinen läsnäolo, on mietiskelyä, jossa opetellaan avointa, uteliasta ja hyväksyvää suhtautumista itseen, elämän tapahtumiin ja koettuihin tunteisiin. Huomio kohdennetaan tässä hetkessä tapahtuviin asioihin ilman, että yritetään arvioida tai muuttaa tapahtuvaa. (Miranda 2016, 142.)
- **Hanki lemmikkieläin.** Lemmikkieläin saa ihmisen tuntemaan itsensä tarpeelliseksi ja hyväksytyksi sellaisena kuin on. Pehmeän ja lämpimän eläimen läheisyys rauhoittaa ja lemmikille voi purkaa tunteitaan, osoittaa hellyyttä, jutella. Lemmikin silittäminen tai eläintä silmiin katsominen lisää oksitosiinin tuotantoa. Oksitosiini on yksi kipua lievittävästä hormoneista. (Miranda 2016, 171.)

Kirjassa (Miranda 2016) esiteltyjä kroonisen kivunhoidon lääkkeettömiä työkaluja edellisten lisäksi ovat työn tekeminen mahdollisuuksien mukaan, rakkauden merkitys, painon hallinta, tupakoinnin lopettaminen, jooga, akupunktion kokeileminen sekä kulttuurielämykset.

Green care, vihreä hoiva, on luonnossa oleskelusta kehittynyt hyvinvointityöskentelyn suuntaus, joka tarkoittaa luontolähtöistä hyvinvointia vahvistavaa toimintaa metsässä, puutarhassa, maatiloilla sekä kaupungissa ja sisätiloissa (Suomi, Juusola & Anundi 2016). Viime vuosina on julkaistu tutkimuksia, jotka osoittavat selkeästi luontoyhteyden tärkeyden ihmisen psyykkiselle hyvinvoinnille. Luonnon tuoksut ja värit voi tuoda sisälle vaikka kukkakimpun muodossa. (Juusola 2016, 8–9.)

### 5.3 Hoidon vaikuttavuuden arviointi

Kipua ja kivun hoitoa arvioitaessa tulisi päätelmien perustua potilaan omiin näkemyksiin ja arviointeihin niin pitkälle kuin mahdollista. Kun kongnitiivinen kyky iäkkäällä heikkenee, voi kivun arvioinnin tukena käyttää sanallisia mittareita. Sanallisen ilmaisukyvyin kadotessa on tärkeä havainnoida kipuilusta viestivää käyttäytymistä. Kivusta viestivät valittaminen, irvistykset, liikkeen varominen, kosketusarkuus ja kipeän kohdan

suojelu. Äänekäs ja kiihtynyt hengitys, tyytymättömyys, levottomuus, jännittyneisyys, surullinen tai pelästynyt ilme ja vihaisuus ovat tapoja ilmaista kipua. (Salanterä ym. 2006, 201,202.)

PAINAD (Pain Assessment in Advansed) -kipumittari on erityisesti dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin kehitetty mittari, joka pohjautuu kivun aiheuttamien käyttäytymisen muutosten tarkkailuun. Mittarilla arvioidaan viiden minuutin aikana hengityksen, negatiivisen ääntelyn, kasvojen ilmeiden, kehonkielen ja lohduttamisen tarpeen tai vaikutuksen poikkeavuutta asteikolla 0 = normaali, 1 = lievästi poikkeava, 2 = selvästi poikkeava. Näiden viiden osa-alueen pisteet lasketaan yhteen, jolloin kivulle saadaan kokonaispistemäärä 0–10 (0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu). (Kalso 2009d.)

TAULUKKO 1. Painad-mittari (Kalso 2009d)

	0	1	2
Hengitys	Normaali	Hengitys ajoittain vaivalloista. Lyhyt hyperventilaatiohakso	Hengitys äänekästä ja vaivalloista. Pitkä hyperventilaatioakso. Cheyne – Stokesin hengitystä
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikeointia ja voihtkimista. Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikeointia tai voihtkimista, itkua
Kasvojn ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehonkieli	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	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntäminen ei onnistu

Muistisairas tai psyykkisesti sairas potilas ei välttämättä tunnista kipua. Potilas voi myös kieltää kipunsa arvellessaan kivun kuuluvan vanhenemiseen tai ennustavan jotakin pahaa, josta hän kokee olevan parempi olla puhumatta. Hoitajien tulee osata havainnoida kivusta kertovaa käyttäytymistä, jotta kipua voidaan hoitaa. Kivun tunnusmerkke-

jä voi tulkita kasvojen ilmeistä, ääntelystä, liikkumisen poikkeavuudesta tai käyttäytymisen muutoksesta. Kasvojen ilmeistä otsan rypistely, kireä ilme tai hampaiden kiristely usein viestivät kipua. Kivuliaaseen ääntelyyn kuuluvat voihkaisut, valitus, äänekäs hengitys tai huohotus. Liikkuminen voi olla levotonta liikehdintää tai liikkumisen tai joidenkin liikkeiden välttelyä. Myös kehon osien suojeleminen tai hierominen sekä mahdollisesti käpertyminen sikiöasentoon voi olla merkinä kivusta. Kipu vaikuttaa käyttäytymiseen vuorovaikutuksen vähenemisenä. Muistisairaalla kipu aiheuttaa psyykkisten oireiden (esimerkiksi aggression) lisääntymistä. (Finne-Soveri 2015.)

Vanhuksen kivun hyvän hoidon kulmakiviä ovat tilanteen kokonaisvaltaisen arviointi, hoidon seuranta sekä niiden hoitojen muuttaminen tai lopettaminen, joista potilaalle ei ole hyötyä (Finne-Soveri 2015).

**Kirjaaminen** on kivun hoitotyön arvioinnin kannalta tärkeää. Kirjaamisella saadaan kivunhoito, seuranta ja suunnittelu näkyvämmäksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen potilasasiakirjoista (298/2009) mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä muun muassa potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä riittävän laajat tiedot. Asiakirjamerkintöjen tulee olla selkeitä ja kirjaaminen tapahtuu yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä käyttäen. Palvelutapahtumia koskevista tiedoista tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmäärittäminen tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi myös perustelut taudinmäärittämiselle, valitulle hoidolle ja hoitoratkaisuille. Hoitoon osallistuneet on tarvittaessa kyettävä selvittämään, ja tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia ratkaisuja sen kuluessa on tehty. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus Finnish Care Classification (FinCC), auttaa hoitajaa kirjaamaan sähköiseen potilaskertomukseen potilaan hoitotyötä päätöksenteon prosessimallin mukaisesti. FinCC muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta

hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). SHTaL:lla ja SHToL:lla on yhtenevä hierarkkinen rakenne (komponentti-, pääluokka- ja alaluokkataso). Komponentit kuvaavat kaikkein abstrakteinta tasoa. Komponenttien alle on koottu tarveluokitukseen ja toimintoluokitukseen konkreettisemmat pää- ja alaluokat, joilla kirjaaminen käytännössä tapahtuu. SHTuL:n avulla arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla (tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt). (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012.)

## 6 KIVUNHOIDON TÄYDENNYSKOULUTUS KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖILLE TOIMINNALLISENA OPINNÄYTETYÖNÄ

Ammattikorkeakoulussa tutkimuksellisen opinnäytetyön rinnalle on tullut vaihtoehdoksi toiminnallinen opinnäytetyö. Sen avulla opiskelija voi osoittaa alansa asiantuntijuuden kehittämällä työelämäkäyttöön esimerkiksi oppaan, tapahtuman tai toimintaohjeen. Ammattikorkeakouluopinnot painottavat työelämälähtöisyyttä. Olennaista toiminnallisessa opinnäytetyössä on rinnastaa rajauksensa ja näkemyksensä aiheen teoreettiseen viitekehykseen. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10.)

Toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamisessa yhdistyvät teoreettisuus ja toiminnallisuus. Tietoperustan tutkimisen tarkoituksena on saada tietoa, jonka pohjalta toiminnallinen osuus ideoidaan, kehitetään ja toteutetaan. Teoriapohjaa toiminnalliseen työhön kerätään aiheesta kattavasti ja sen jälkeen sovelletaan tietoa käytäntöön toteutettaessa toiminnallista osuutta. Tarkoitus ei siis ole käyttää kaikkea mahdollista aiheesta löytyvää tietoa, vaan rajata ja valita keskeinen soveltuva tieto. (Vilka 2010.) Koska kotihoivossa hoidetaan pääsääntöisesti vanhuksia, käsittelen opinnäytetyössä kivunhoitoa vanhustyön näkökulmasta.

### 6.1 Suunnittelu

Aihetta valittaessa on erityisen tärkeää, että se on tekijää kiinnostava, motivoiva ja työelämän tarpeet huomioonottava. (Vilka & Airaksinen 2003, 23, 51, 53.) Opinnäytetyön ideointi sai alkunsa keväällä 2015, omalla työpaikallani, tiiminvetäjän ehdotuksesta koota kivunhoitoon liittyvät asiat yhteen kansioon. Ajatus tuntui heti houkuttelevalta ja aloinkin sillä ajatuksella ensin opinnäytetyötä suunnittelemaan. Myöhemmin kyselin vielä muilta työtovereilta mielipiteitä ja ajatuksia kansion tarpeellisuudesta ja toimivuudesta. Keskusteluissa kävi ilmi, että kansioon kerätty tieto jää helposti päivittämättä ja vanhenee. Näiden keskustelujen kautta päädyin työyhteisön kannustamana kansion sijasta suunnittelemaan oppitunnin pitämistä kivun hoitamiseen liittyvistä näkökulmista ja

ajankohtaisista asioista. Oppitunnin aiheeksi muotoutui ”Kipu hoitamisen haasteena kotihoidossa”.

Hyvä aihe opinnäytetyöhön on sellainen joka nousee esimerkiksi omasta koulutusohjelmasta ja sen opinnoista (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16). Kesällä 2015 osallistuin DIAK:in järjestämälle kivunhoidon verkkokurssille ja sieltä sain hyviä eväitä kivun kohtaamiseen sekä kokonaisvaltaiseen huomioimiseen ja ymmärtämiseen. Näitä kurssin aikana vahvistuneita ajatuksia kivun hoitamisen kokonaisvaltaisuudesta nostan esiin opinnäytetyössä. Kurssilla käytettyä Duodecimin Kipu (Kalso, Haanpää & Vainio 2009) teosta hyödynnän opinnäytetyön teoria osuudessa.

Oppitunnin suunnitteluun vaikutti myös uusi kivun hoidon Käypä hoito-suositus, joka julkaistiin joulukuussa 2015. Suositus korostaa lääkkeettömien hoitomuotojen ja toimivan hoitosuhteen ensisijaisuutta sekä potilaan oman aktiivisen roolin merkitystä kivun hoidossa ja kuntoutuksessa. Potilaan omien selviytymiskeinojen käyttö tukee kivun kanssa selviytymistä. Lääkehoito yhdistetään suosituksen mukaan muihin hoitomenetelmiin. Käypä hoito-suosituksen nostin yhdeksi oppitunnin aiheeksi.

Toiminnallinen opinnäytetyö tehdään aina jollekin rajatulle kohderyhmälle. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38.) Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä ovat Huittisten kotihoidon työntekijät, työyhteisö, johon myös itse kuulun. Kotihoidossa osa työntekijöistä on jo pitkään alalla olleita entisiä kodinhoitajia, joista suurin osa vielä töissä olevista on koulutautunut vuosien varrella lähihoitajaksi. On myös nuoria lähivuosina valmistuneita hoitajia. Pääsääntöisesti lähes kaikilla työntekijöillä on jo lähihoitajatasoinen koulutus olemassa. Osalla työkokemusta on kymmeniä vuosia, osalla työura vasta alkumetreillä. Sama tilanne on kotihoidon sairaanhoitajilla, joskin heitä on lukumääräisesti vähemmän. Työ kotihoidossa on vuosien varrella muuttunut entistä hoidollisempaan suuntaan, joten tietoa ja osaamista, ammattitaitoa tarvitaan. Yhteensä Huittisten kotihoidossa työskentelee tällä hetkellä noin 30 lähihoitajaa ja noin 10 sairaanhoitajaa. Osa hoitajista on tullut kotihoitoon työnkierron kautta esimerkiksi vanhainkodilta tai muusta vanhus-tenhoidon yksiköstä.

Koska kotihoidossa hoidetaan pääsääntöisesti vanhuksia, painottuu opinnäytetyössä vanhustyön näkökulma kivunhoidon haasteisiin niin kivun huomioimisen kuin kivun hoitamisen kannalta. Kivun hoitotyö on kokonaisuudessaan hyvin laaja aihealue, joten päätin rajata opinnäytetyön käsittelemään näkymättömän kivun merkitystä ihmisen elämässä. Tämän näkökulman tarkastelemiseksi valitsin neljä teemaa, joita ovat syöpäkipu, saattohoitopotilaan kipu, krooninen kipu sekä kivun ja mielialan liitokset. Valittuja kivun teemoja käsittelem niiden fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten vaikutusten kautta. Valittuihin teemoihin vaikuttaa väistämättä oma aiempi kokemukseni hoitotyössä.

Suunnitelmaa aloin intensiivisemmin pohtia syksyn 2015 aikana. Tein paljon ajatustyötä siitä, millainen työ käytännössä olisi ja miten saan esimerkiksi suunnitelman kirjoittamisen sujumaan. Lueskelin erilaisia kivunhoitoon liittyviä artikkeleita ja tutkimuksia ja tallensin niitä tietokoneelle.

Kevään 2016 aikana kirjoitin opinnäytetyön teoriaosuutta, opiskelin asiaa ja valmistelin oppitunnin rungoksi Powerpoint-esityksen (LIITE1). Oppitunnin olin sopinut kotihoidon esimiehen kanssa 1. kesäkuuta 2016 klo 13 pidettävän kotihoidon henkilöstöpalaverin yhteyteen, jolloin mahdollisimman moni kotihoidon työntekijöistä on yhtä aikaa paikalla. Powerpoint-esitykseen linkitin muutamia nettilinkkejä vinkiksi lisätarkastelua ajatellen. Jo etukäteen arvelin, että niitä ei ehtisi oppitunnin aikana avaamaan. Kivun käypähoito-suosituksen päätin ottaa sen esille oppitunnilla ja avata pääpiirteittäin tarkasteltavaksi.

Kuvittelin jo työn teorian olevan lähestulkoon valmis, kunnes osallistuin Porissa järjestettyyn Kaste-hankkeen koulutukseen 18.4.2016. Koulutus liittyi Yhteisvoimin kotona-hankkeeseen aiheena: Motivoiva haastattelu työvälineenä ikääntyneen toimintakyvyn ja arjessa pärjäämisen tukemisessa (Konsell 2016). Koin erityisesti ratkaisukeskeisen lähestymistavan sopivan hyvin kipupotilaan hoitotyöhön ja lisäsin sen vielä opinnäytetyön sisältöön yhdeksi menetelmäksi auttaa ja kohdata kipupotilaita. Tätä päätin havainnollistaa fläppitaulupiiirroksen avulla.

Kipututkija Helena Mirandan kirjassaan *Ota kipu haltuun* (Miranda 2016) valaisee uutta tutkimustietoa ja ymmärrystä kivusta sekä kivun lääkkeettömistä hoitomuodoista. Helena Miranda puhuu työikäisten kroonisen kivun hoidosta, mutta suuri osa ”työkaluista” soveltuu kivunhoidon apuvälineiksi myös kotihoidossa. Halusin kirjan ajatukset tuoda esiin myös vinkiksi meille kotihoidon työntekijöille kunkin oman henkilökohtaisten kipujensa hoitoon.

Oppitunnin loppuun laadin case-esimerkkitapauksen (LIITE2) aidosta työtilanteesta muokaten. Tapausharjoituksessa (case) on kyse tosielämän tilanteen eli tapauksen eräänlaisesta simuloinnista ajattelutasolla. Tapausta lähestytään tapauskertomuksen tai kuvauksen kautta. Tapausharjoitus on tekemällä oppimista ajattelutasolla. Siinä opittua asiaa sovelletaan käytäntöön, jossa käytäntöä edustavat kuvatut tapahtumat. Opetusmenetelmänä case sijoittuu tekemällä oppimisen ja ajattelutaitoon liittyvien menetelmien välimaastoon. Tapausharjoitus sopii parhaiten sellaisille oppijoille, joilla on kykyä hahmottaa tapaus mielessään. Varsinainen tapausten käsittely tapahtuu joko yksilötyökentelynä tai pienryhmissä. Joko enennen tapauksen esittämistä tai sen jälkeen oppijoille voidaan antaa kysymyksiä joihin he lähtevät joko yksin tai ryhmissä etsimään vastauksia tapauskuvauksen pohjalta. Tapausharjoittelua voidaan käyttää myös mielenkiinnon tai ajattelun herättämiseen. (Heikkilä & Rönkkö 2006.) Laatamani case-esimerkkitapauksen toivoin herättävän keskustelua ja ajatuksia kivun huomioimisesta ja hoitotyön mahdollisuuksista, konkretisoivan oppitunnin sisältöä.

Toiminnallisen opinnäytetyön malliin kuuluu palautteen kerääminen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157.) Kirjallista palautetta varten jaoin paperit valmiiksi jo ennen oppitunnin alkua. Palautekysymykset oli laitettu Powerpoint-esityksen loppuun. Palautekysymyksinä olivat 1. Mitä / millaista hyötyä oppitunnista oli? 2. Mistä olisit halunnut kuulla lisää? Palautteet päätin kerätä kirjallisena ja anonymisti, jotta niihin olisi helpompi vastata ja palautetta ylipäättään annettaisiin. Kirjallista palautetta on mahdollista jälkeinpäin tutkia ja analysoida.



## 6.2 Toteutus

Oppitunti toteutui suunnitelman mukaisesti kotihoidon palaverin yhteydessä 1.6.2016. Ennen palaverin alkua saavuin paikalle hyvissä ajoin ja tarkistin, että kaikki tarvittava on saatavilla ja tietokoneyhteys toimii. Oppitunnin käyttöön oli varattu noin tunti aikaa. Palaverissa oli itseni lisäksi paikalla 28 kotihoidon työntekijää, mukaan lukien kaksi esimiestä. Tämä on noin kolme neljäsosaa kotihoidon henkilökunnan määrästä. Osallistumiseen vaikuttaa esimerkiksi lomien sijoittuminen ja tarve olla ”kentällä”, kaikkien ei ole mahdollista osallistua.

Mietin, miten saan oppitunnin omille työtovereille pidettyä sopivan ”työtoverimaisesti”, mutta kuitenkin niin, että osoitan tietäväni asiat, joista puhun. Olen oppitunnin pitäjänä kuitenkin asiantuntijaroolissa. Oppitunnin lähestyessä perehdyin monena päivänä tekstiin, jota olin koonnut teoriaosuuteen. Halusin olla varma, mistä puhun. Päätin pitää esitykseni niin, että mahdollisimman vähän tarvitsee katsoa paperista. Olin työvuorossa kyseisenä päivänä, joten ajattelin olla esitystä pitäessäni työliivi päällä, joka tukisi ilmapiiiriä samalla tasolla olemisesta kuulijoiden kanssa. Holopaisen (2007) mukaan aikuisten opetuksessa opettajan pitää opetustilanteessa olla läsnä sekä asiantuntijana että ihmisenä. Aikuinen opiskelija luottaa opettajan välittämään tietoon ja sen oikeellisuuteen. Opettajan vastuulla on osata ja hallita opettamansa oppiaine. Opettajan pitää tiedostaa kuinka paljon opiskelijat jo aiheesta tietävät ja antaa myös opiskelijoiden omille ajatuksille tilaa. Aikuisopiskelijan vastuulle jää uuteen tietoon sitoutuminen. Aktivoivassa opetustavassa opettajan rooli ohjautuu asiantuntemuksen kautta. Opettaja on asiantuntijakonsultti sekä yhteistyökumppani. Pystyäkseen joustamaan opetustilanteen vaatimalla tavalla, pitää opettajan olla sisäistänyt opettamansa aiheen sisältö hyvin. (Holopainen 2007.)

Oppitunti eteni rungoksi laaditun Powerpoint-esityksen mukaan. Aluksi kävin läpi kivun fysiologiaa, joka luo pohjan kipuaistimuksen ymmärtämiselle. Oppitunnilla nostin valittujen teemojen kautta esiin näkymättömän kivun merkitystä sairastuneen elämässä. Luento kuunneltiin tarkkaavaisesti koko sen keston, noin 1 tunnin, ajan. Lääkkeetön kivunhoito sai hyvin keskustelua aikaiseksi ja erilaisia menetelmiä nostettiin esille: Fy-

sioterapian erilaiset keinot, hemmottelu, luonto, eläimet, mieltymykset. Uskon, että keskustelusta jäi eväitä myös hoitotyössä jatkossa käytettäväksi.

Ratkaisukeskeistä lähestymistapaa kivun kohtaamiseen esittelin piirroksen avulla. Piirsin ihmisen ja kivun erilleen, sillä ihminen ei ole yhtä kuin kipu, kukaan ei ole sata prosenttisesti kipeä. Esitin, miten huomion lisäämisellä positiivisiin asioihin niiden osuus voi kasvaa ja samalla kivun pienentyä. Piirros konkretisoi hyvin esitystä ja asian ydin oli helppo ottaa vastaan. Samalla konkretisoitui pienten askelten merkitys tavoitteiden saavuttamiseksi.

Kipututkija Helena Mirandan (Miranda 2016) kivunhoidon työkaluja tarkasteltiin Powerpointiin liitettyjen kuvien kautta. Minulla oli mukana Mirandan kirjoittama kirja: Ota kipu haltuun, joka esittelee uutta tutkimustietoa ja ymmärrystä kivusta sekä kivun lääkkeettömistä hoitomuodoista. Esittelin kirjaa ja laitoin sen kiertämään, jotta siihen voisi tarkemminkin tutustua. Kirjassa kipututkija tuo esiin uusinta tutkimustietoa ja puhuu myös omista kokemuksistaan. Kirja on kirjoitettu käytännönläheisesti ja kirjassa on kuvattu konkreettisia esimerkkejä, joista on kivunhoidossa tutkitusti hyötyä. Kirjan teksti on rohkaisevaa ja kannustaa lukijaansa etenkin kroonisen kivun hoitoon. Ota kipu haltuun on esillä nykyaikaisesti myös esimerkiksi Facebook-sivustolla. Kirjan pohjalta on tehty myös hauska kuvitettuja YouTube -videoita, joista laitoin kaksi linkkiä Powerpointin loppuun.

Hoidon vaikuttavuuden arviointia käytiin läpi. Halusin korostaa säännöllisen arvioinnin merkitystä ja miten potilaan omalla kokemuksella ja mielipiteellä on merkitystä. Huolellinen kirjaaminen on tärkeää, koska se luo pohjan hoitotyön seurannalle ja arvioinnille. Kirjaamisen esimerkissä nostin tarkoituksellisesti monta erilaista kivun kirjaamiseen liittyvää näkökulmaa esiin, jonka avulla voi kivun hoitotyön kirjaamista laajentaa. FinCC-luokituksen mukainen hoitosuunnitelman otsikointi mahdollistaa monipuolisen kirjaamisen ja auttaa huomioimaan kivunhoitoon liittyviä asioita ja merkityksiä.

Case-esimerkkitapauksen jätin tarkoituksellisesti oppitunnin loppuun. Valitsin tietoisesti esimerkin, jollainen pääsääntöisesti työssä koetaan raskaana, eikä oikein tiedetä, miten edetä. Haasteellisuus ja asiakkaan tyytymättömyys koetaan helposti turhauttavana ja

asiakas saattaa jäädä entistä vähemmälle ymmärrykselle. Case tapaus oli esillä jonkin aikaa ja tarkoitus olikin jättää se mieliin hautumaan, herätellä ajatusta olisiko kuitenkin jotakin hoitotyön keinoja käytettävissä?

Onnellisesti hymyilevän kuraisen koiran valokuvan myötä kiitin tunnin lopuksi ryhmää ja keräsin palautteen. Kuva sai kuulijat vapautumaan ja rentoutumaan tunnin aiheesta ja palaveri jatkui vielä muiden asioiden merkeissä.

### 6.3 Arviointi

Ilmoitin jo oppitunnin alussa kerääväni palautteen kirjallisena. Paikalla olleesta 28 kuulijasta 3 lähti työasioiden vuoksi kesken tunnin pois ja kirjallinen palaute heiltä jäi saamatta. Kirjallisen palautteen antoi 25 kotihoidon työntekijää. Kirjallisen palautteen mukaan aihe oli tärkeä, ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Positiivista palautetta annettiin innostavasta esityksestä ja asiaan perehtymisestä sekä rauhallisesta esiintymisestä. Kipua käsiteltiin palautteen mukaan riittävän monipuolisesti ja kattavasti. Esitystä luonnehdittiin monipuoliseksi ja selkeäksi, esimerkit selvensivät asiaa hyvin. Palautteen mukaan Powerpoint-esitystä olisi voinut vielä tiivistää. Kaiken kaikkiaan oppitunti koettiin ajatuksia herättävänä ja tarpeellisena.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on avartaa toisen ammattilaisen näkemystä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.) Oppitunnin tarkoituksena oli kivun huomioimisen lisääminen sekä kivun ja kivunhoidon merkityksen kokonaisvaltaisempi ymmärtäminen hoitotyössä. Kerätyn palautteen perusteella oppitunnin pitämisen merkitys kivun hoitotyön huomioimisessa varmentui: ”Ihan hyvä taas päivitellä tietojansa kun ei tästä kivusta paljoa muutenkaan puhuta tai oteta kantaa, eikä aina oteta niin vakavissaan / tosisaan.” Palautteista näkyy kotihoidon työntekijöiden innokkuus kehittää kivunhoidon osaamistaan entisestään.

Itse yllätyin oppitunnin pitämisen ”helppoudesta”. Kivun hoitotyö on ollut itselle alusta asti mielenkiintoista ja olin perehtynyt teoreettiseen osuuteen hyvin, joka varmasti näkyi esityksessä ja teki siitä luontevan. Koin osaavani esittämäni asiat hyvin. Jännittävää oli

nousta omien työtovereiden eteen ”asiantuntijana”, mutta nopeasti jännitys muuttui varmuudeksi ja esitys sujui hyvin. Powerpoint-diasarja oli hyvä tuki ja runko oppitunnille. Oppituntiin olisi saanut helposti paljon enemmänkin aikaa käytettyä. Kaikki, mitä olin suunnitellut, ehdittiin kuitenkin käymään läpi. Palkitsevaa oli, että ryhmän innostuneisuus ja mukana olo säilyivät koko oppitunnin ajan.

Lääkehoidosta olisi joku kaivannut enemmän tietoa. Lääkehoito oli opinnäytetyössä rajattu lähinnä haittavaikutus näkökulmaan. Lääkkeiden haittavaikutuksia oli hyvä nostaa esille, sillä vaikuttavuuden lisäksi haittavaikutusten seuranta on tärkeä osa kokonaisvaltaista lääkehoitoa. Yleisimpiin haittavaikutuksiin on hyvä reagoida jo ennakkoivasti. Ennakointia on esimerkiksi ummetuksen estohoito opioidien käytön yhteydessä. Iäkkäiden lääkehoidon arvioinnissa voi tukena käyttää esimerkiksi Fimean ylläpitämää iäkkäiden lääketietokantaa, Lääke75+ -tietokantaa, joka kuvaa eri lääkeaineiden soveltuvuutta iäkkäiden käyttöön.

Case-esimerkkitapaus konkretisoi oppitunnin sisältöä kroonisen kivun, sekä kivun ja mielen yhteyden merkityksestä. Case jäi oppitunnin lopussa vähäiselle yhteiselle pohdinnalle, mutta uskon sen herättäneen ajatuksia kipupotilaan kohtaamisen ja ymmärtämisen merkityksestä. Hiljaisuus esimerkkitapauksen jälkeen kertoi siitä, että oppitunnilta oli saatu uusia ajatuksia kivunhoitoon, joita nyt jäätettiin pureskelemaan. Uskon, ettei enää, ainakaan niin helposti, kuljeta kivun ohi tai vähätellä sen merkitystä.

## 7 YHTEENVETO

On merkityksellistä, että vanhusten (kuten muidenkin) kokemaa kipua tutkitaan ja siihen on alettu kiinnittämään laajalti huomiota – tutkimustieto on tärkeää. Havahduin myös pohtimaan erilaisia kipuun liittyviä asenteita hoitajien keskuudessa. Entistä paremmin pitää kivun tuntemuksia pyrkiä huomioimaan ja tarjoamaan hoitoa. Kipu ei saisi olla huonontamassa elämänlaatua vanhuksen viimeisinä vuosina, koska tutkitusti siihen voidaan vaikuttaa. Vaikka kivun lääkehoidossa on haasteita, pitää rohkeasti uskaltaa kokeilla lääkkeitä yhteisymmärryksessä vanhuksen ja omaisten kanssa (seuranta, vaikutukset, asenteet). Pitää myös huomioida, että tyytyväisyyttä ja helpotusta näyttää tuovan pienikin kivun väheneminen. Kivun lievittyminen nostaa elämänlaatua ja toimintakykyä. Tämä vaikuttaa hoitoon hakeutumisen vähenemiseen (esimerkiksi kotihoidossa). Tehokkaalla kivun hoidolla voidaan vähentää haitallisia kivun seurausvaikutuksia (depressio, toimintakyvyn heikkeneminen, unihäiriöt, elämänlaadun heikkeneminen, sosiaalinen eristäytyminen, terveyspalvelujen käyttö).

Opinnäytetyön ajatus pysyi mielessäni koko prosessin ajan – työssä ei kivun kohtaamiselta voi välttyä. Työtä tehdessä innostuin opinnäytetyöni aiheesta ja houkutus olisikin ollut koko ajan laajentaa opinnäytetyön sisältöä. Kivun lääkkeettömään hoitoon olisin voinut syventyä enemmänkin. Huomasin etenkin luontoon liittyvien menetelmien kiinnostavan erityisesti. Green care -menetelmistä kertovan kirjan *Vihreä hoiva ja voima* (Suomi, Juusola & Anundi 2016) ajatuksiin oli helppo samaistua. Olen työssäni nähnyt, miten pienen parvekepuutarhan hoito antaa syöpäpotilaalle voimaa ja omien sanojensa mukaan auttaa unohtamaan kivut ja huonon olon. Myös eräs saattohoitopotilas oli onnellinen päästessään vielä kerran auton kyydissä metsän termospullo-kahville. Toivottavasti tulevaisuudessa nähdään luonnon tarjoamat mahdollisuudet vielä entistä paremmin hoitotyössä.

Lääkkeetön kivunhoito kaipaisi enemmän huomiota lääkehoidon rinnalla. Lääkkeetön kivunhoito voi hyvin tukea kivun lievitystä. Se on edullinen, helposti toteutettavissa eikä sillä ole haittavaikutuksia. Myös omaiset voivat osallistua lääkkeettömään kivun lievitykseen helpommin, kun asia otetaan esille ja kannustetaan kokeilemaan. Samoin

potilas itse voi löytää hyviä keinoja kivun lievittämiseen lääkkeettömistäkin vaihtoehdoista. Tärkeää on tunnistaa ja tukea potilaiden yksilöllisiä keinoja hallita kipuaan ja tunnistaa voimavarojaan.

Pidin tärkeänä nostaa erilaisia kivun hoidon vaihtoehtoja esiin erityisesti mielialaan vaikuttamisen kautta. Palautteessa arveltiinkin aiemman koulutukseni ja työkokemukseni vaikuttaneen oppitunnin näkökulmiin. Olen aiemmalta koulutukseltani mielenterveys-hoitaja sekä opiskellut psykiatrisen hoitotyön erikoisammattitutkinnon vuonna 2013.

Kirjoitusprosessi on ollut teknisesti haasteellinen. Eri lähteistä koottua tietoa on ollut hankala yhdistää toisiinsa sulavasti sopivaksi ja välillä on tuntunut, että asiat kertaantuvat. Asiasisältöön olen tyytyväinen. Löysin paljon uutta tietoa ja sain tuotua sitä tekstiin. Se, että samat asiat tulevat useaan kertaan tekstissä vastaan, saattaa osin selittyä silläkin, että kipu on hyvin monimuotoinen ja kokonaisvaltainen tarkastelun kohde.

Opinnäytetyöprosessin myötä ovat ammatillinen ymmärrykseni ja näkemykseni kasvaneet. Kohtaamisen merkitys kivun hoitotyössä on vahvistunut. Ihminen tulee kohdata yksilönä, omassa elämäntilanteessaan, eikä verrata toisten tilanteisiin tai kokemuksiin. Koen myös fysiologian ymmärtämisen tärkeänä pohjana kivun kokonaisvaltaiselle ymmärtämiselle.

Opinnäytetyöprosessin aikana vahvistui myös näkemys hoitajan oman hyvinvoinnin merkityksestä hoitotyössä. Koska erilaista kipua on paljon myös hoitajilla, halusin nostaa oppitunnilla esille myös hoitajan hyvinvoinnin. Kun hoitaja huolehtii hyvinvoinnistaan ja ymmärtää kivunhoidon merkityksen elämässään ja lähipiirissään, pystyy hän antamaan laadukasta kivunhoitoa myös hoitotyössä.

## LÄHTEET

- Elomaa, Minna & Estlander, Ann-Mari 2009. Kongnitiivis-behavioraalinen lähestymistapa. Teoksessa Kipu. Duodecim. Viitattu 25.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.
- Estlander, Ann-Mari; Hamunen, Katri; Kalso, Eija; Maunuksela, Eeva-Liisa & Vainio, Anneli 2002. Kipu. Jyväskylä: Gummerus. Duodecim.
- ETENE 2003. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, (ETENE) Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio, 2003, Työryhmäraportti. Viitattu 25.1.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- Finne-Soveri, Harriet 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa. Sic! Lääketietoa Fimeasta. 4/2015. Viitattu 20.5.2016. Verkkojulkaisuna: [http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivun-hoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa](http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/vanhuksen-pitkaaikaisen-kivun-hoito-on-raatalin-ja-salapoliisin-sarkaa)
- Granström, Veikko 2010. Kipu ja mieli.
- Granström, Veikko 2004. Kipu on aina myös korvien välissä. Duodecim, viitattu 7.4.2016. Verkkojulkaisuna: [http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo94054&\\_dlehtihaku\\_vie\\_w\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo94054&_dlehtihaku_vie_w_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=)
- Hoitotyön tutkimussäätiö 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö – Hoitotyön suositus. Viitattu 25.1.2016. Verkkojulkaisuna: [http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf)
- Holopainen, Marja 2007. Aikuinen oppijana. Aikuisoppijan erityispiirteiden huomioiminen aikuisopetuksessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Kehittämishankeraportti. Viitattu 20.8.2016. Verkkojulkaisuna:

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20042/jamk\\_1192700219\\_%208.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20042/jamk_1192700219_%208.pdf?sequence=1)

Huittisten kaupungin ikääntyvien hyvinvointiohjelma vuosille 2012–2017. Teoksessa Toimintakykyisenä ikääntyminen Huittisissa. Viitattu 23.7.2016.

Verkkojulkaisuna:

[http://www.huittinen.fi/files/301/Toimintakykyisena\\_ikaantyminen\\_Huittisissa.pdf](http://www.huittinen.fi/files/301/Toimintakykyisena_ikaantyminen_Huittisissa.pdf)

Huttunen, Matti 2015. Masennus. Duodecim. Viitattu 24.7.2016. Verkkojulkaisuna:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00389](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389)

Hänninen, Juha 2015. Kuolevan kipu, Sic! Lääketietoa Fimeasta 4/2015, Viitattu 6.4.2016. Verkkojulkaisuna:

[http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/kuolevan-kipu](http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu)

Juusola, Mervi 2006. Teoksessa Vihreä voima ja hoiva 2016. Terapia- ja valmennuskeskus Helsingin Majakka. Tallinna Raamatutrukikoda 2016.

Kalliokoski Annika 2012. Sic! Lääketietoa Fimeasta 3/2012. Miten ja miksi

parasetamolia ylikäytetään? Viitattu 25.5.2016. Verkkojulkaisuna:

[http://sic.fimea.fi/3\\_12/miten\\_ja\\_miksi\\_parasetamolia\\_ylikaytetaan](http://sic.fimea.fi/3_12/miten_ja_miksi_parasetamolia_ylikaytetaan)

Kalso Eija & Vainio, Anneli 2009b. Syöpään liittyvän kivun hoito. Teoksessa Kipu. Duodecim. Viitattu 4.4.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.

Kalso, Eija & Kontinen, Vesa 2009a. Aistimuksesta tuntemukseksi: kipujärjestelmä kokonaisuutena. Teoksessa Kipu. Duodecim. Viitattu 17.5.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.

Kalso, Eija & Kontinen, Vesa 2009b. Nosiseptiosta kivun kokemiseen. Teoksessa kipu. Duodecim. Viitattu 19.5.2006. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti

Kalso, Eija & Vainio, Anneli 2009a. Kivun esiintyvyys syöpäpotilailla. Teoksessa Kipu. Duodecim. viitattu 25.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.

Kalso, Eija 2009a. Johdanto – Vanhusten kipu. Teoksessa Kipu 2015. Duodecim. Viitattu 25.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.



- Kalso, Eija 2009b. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Teoksessa Kipu. Duodecim. Viitattu 25.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.
- Kalso, Eija 2009c. Vanhusten kivunhoito. Teoksessa Kipu. Duodecim. Viitattu 25.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.
- Kalso, Eija 2009d. Kivun arviointi. Teoksessa Kipu 2015. Duodecim. Viitattu 25.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.
- Kalso, Eija; Haanpää, Maija & Vainio, Anneli 2009. Kipu. Duodecim. Viitattu 25.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.
- Kelo, Sini; Launiemi, Helena; Takaluoma, Matleena & Tiittanen, Hannele. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Sanoma Pro Oy, Helsinki. 2015
- Konsell, Outi 2016. Onnistumisia asiakastyöhön motivoivalla haastattelulla ja ratkaisukeskeisellä työotteella. Koulutus 18.4.2016: Motivoiva haastattelu työvälineenä ikääntyneen toimintakyvyn ja arjessa pärjäämisen tukemisessa. Viitattu 27.5.2016. Verkkojulkaisuna: .  
[http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/kaynnissa-olevathakeet/yhteivoiminkotona/Documents/Pori\\_Motivoiva%20haastattelu%2018.4.2016.pdf](http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/kaynnissa-olevathakeet/yhteivoiminkotona/Documents/Pori_Motivoiva%20haastattelu%2018.4.2016.pdf)
- Käypä hoito 2012. Käypä hoito -suositus. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 25.1.2016.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>
- Käypä hoito 2015. Käypä hoito -suositus. Kipu. Viitattu 25.1.2016.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#R21>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980. Viitattu 25.5.2016.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Liljamo, Pia; Kinnunen, Ulla-Mari & Ensio, Anneli 2012. FinnCC-luokituksen käyttöopas. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.4.2016. Verkkojulkaisuna:  
[http://webfronter.com/verkkonen/hoitotyönkirjaaminen/other/URN\\_ISBN\\_978-952-245-675-5.pdf](http://webfronter.com/verkkonen/hoitotyönkirjaaminen/other/URN_ISBN_978-952-245-675-5.pdf)

- Lääkehoidon perusteet, kivun hoito. Viitattu 4.4.2016. Verkkojulkaisuna:  
<https://sites.google.com/site/laeaekehoidonperusteet/asiakkaan-ohjaaminen/kivun-hoito>
- Miranda, Helena 2006. Ota kipu haltuun. Helsinki: Otava.
- Heikkilä, Pertti & Rönkkö, Marju 2006. Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana. Oulun ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.7.2016. Verkkojulkaisuna:  
<http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Opetusmenetelmat06a/html/tapaus-harjoitus.html>
- Ojala, Tapio 2015. Kipu täyttää sekä kehon että mielen. Suomen Kipu ry. Viitattu 6.4.2016. Verkkojulkaisuna:  
<http://www.suomenkipu.fi/2015/07/krooninen-kipu-tayttaa-seka-kehon-etta-mielen/>
- Oy Eli Lilly Finland Ab 2011. Masennus, aivot ja kipu. Viitattu 4.4.2016.  
Verkkojulkaisuna: <http://www.masennussattuu.fi/masennus-aivot-ja-kipu>
- Parkkinen, Marja-Leena 2001. Näkymätön kipu. Helsinki: Kirjapaja.
- Pihlainen, Aira 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Hyvä saattohoito Suomessa. Viitattu 25.1.2016. Verkkojulkaisuna:  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit
- Satakunnan alueellinen saattohoitosuunnitelma 2015. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Viitattu 19.5.2016. Verkkojulkaisuna:  
<http://www.satshp.fi/tietoa-meista/ajankohtaista/Sivut/satakunnan-alueellinen-saattohoitosuunnitelma.aspx>
- Selin, Minna & Grönman, Minna 2014. Syöpäpotilas ja kipu, Satakunnan sairaanhoitopiiri. Viitattu 7.4.2016. Verkkojulkaisuna:  
<https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiSATSHP/Kivunhoito%20-%20Sy%C3%B6p%C3%A4potilas%20ja%20kipu%20opas.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 25..5.2016.  
Verkkojulkaisuna: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- STM Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 27.5.2016. Verkkojulkaisuna.  
<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

- Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. Mitä kipu on. Viitattu 7.4.2016. Verkkojulkaisuna:  
<http://skty.org/system/files/Mit%C3%A4%20kipu%20on.%20Perustietoa%20kivusta%20kaikille.pdf>
- Suomi, Asta; Juusola, Mervi & Anundi, Eeva 2016. Vihreä hoiva ja voima. Terapia- ja valmennuskeskus Helsingin Majakka. Tallinna Raamatutrukikoda 2016.
- Tilvis Reijo, 2004a. Vanhusten kivut. Duodecim 2004; 120(2):223–227
- Tilvis Reijo, 2004b. Muuttuuko kipu ihmisen vanhetessa? Suomen lääkärilehti 2004; 59(36):3265-3267
- Vainio, Anneli 2009. Krooninen kipu. Teoksessa Kipu 2015. Duodecim. viitattu 25.1.2016. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Duodecim-Oppiportti.
- Valvira 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2016–2019. Helsinki 2015.
- Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Vilka, Hanna 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Viitattu 26.6.2016. Verkkojulkaisuna:  
<https://www.hitpages.com/doc/5151648754171904/1#pageTop>
- Vuorinen, Eero 2015. Syöpäpotilaan kivun hoito. Opas potilaalle. Suomen Syöpäpotilaat ry. Redfina. Viitattu 25.1.2016. Verkkojulkaisuna:  
[http://syopapotilaat.fibin.directo.fi/@Bin/b8508ab8994dc6a013687c7831c96f1c/1453728536/application/pdf/28850/Kipuopas2015\\_netti.pdf](http://syopapotilaat.fibin.directo.fi/@Bin/b8508ab8994dc6a013687c7831c96f1c/1453728536/application/pdf/28850/Kipuopas2015_netti.pdf)

## LIITE1 POWERPOINT

Kipu hoitotyön haasteena kotihoidossa

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus  
Huitinen 1.6.2016  
Elina Pruuki, sairaanhoidon opiskelija / DIAK Pori

**Mitä kipu on**

- Kipu on elmistön suojakeino
- "Kipu on subjektiivinen, yksilöllinen kokemus, jolla on neurofysiologinen perusta ja sen tulkinta on yhteydessä psykologisiin ja kulttuurisiin tekijöihin" (Jeronen, 1987)
- Kipu on epämiellyttävä sensorinen eli tuntoaistin perustuva tai emotionaalinen eli tunneperäinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio" (International Association for the Study of Pain)
- Kipu on samalla sekä fysiologinen ilmiö, että tunne- ja aistikokemus

**Kivun fysiologiaa**

Sandström, M. 1989

**Ikääntymisen vaikutus kivun aistimiseen**

- Ikääntymisen vaikutuksesta aistijärjestelmien toiminta muuttuu. Esimerkiksi terävää kipua välittävät hermosäikeet rappeutuvat, jolloin kivun johtumisnopeus hidastuu. Kehon ääreisosien kipukynnys nousee ja sisäelimestä tulevan, viskeraalisen kivun tunne laimenee. Esimerkiksi sydänkohtaus voi olla lähes kivuton. Vaikka ikääntyneellä saattaa kivun tunne vaimentua, voi kivun sietokyky silti heikentyä, joka johtuu kivun vaimentavien mekanismien rappeutumisesta. (Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö, 2015)

**Kipureaktioita**

Autonomia :

SYMPAATTISEN JA PARASYMPAATTISEN HERMOSTON REAKTIOT

- PULSSI , VERENPAINEN KOKOAVAT (PITKÄÄN JATKUESSA HIDASTUVAT)
- SILMÄTERÄT LAAJENEVAT
- RUNSAS HIKOILU
- IHO ON KALPEA
- JÄNNITTYNEET LIHAKSET
- OKSENTELU, PAHOINVOINTI
- UUPUMUS
- PYÖRTYMINEN

**Kipureaktioita**

Tahdonalaisia:

- KASVOJEN VÄÄNTELY
- OTSAN RYPISTELY JA VALITTELU
- KIPEÄN KOHDAN HIEROMINEN
- LEVOTON TAI MAHDOLLISIMMAN HILJAA OLEMINEN
- YHDESSÄ ASEINNOSSA OLEMINEN, KIPEÄN KOHDAN SUOJAAMINEN KÄSILLÄ

Emotionaalisia:

- KIIHOTTUNEISUUSJÄYKKYYS, TURKKAISUUS, AHDISTUNEISUUS,
- MASENNUS TAI HILJAA OLO
- VÄSYNYT JA RUOKAHALLUTON
- VIHAMELINEN TAI SURULLINEN

**Kivun fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia vaikutuksia**

- Kipu huonontaa kaikin tavoin elämän laatua. Kivut heikentävät toimintakykyä, aiheuttavat unettomuutta, johtavat sosiaaliseen eristäytymiseen ja lisäävät terveyspalvelujen käyttöä. Toimintakyvyn heikentyminen ei ilmene ainoastaan lääkkimaisvaikutuksina, vaan myös kognitiivisten toimintojen vaikeutumisena ja ajatusmaailman kaventumisena. Kipu muuttaa ihmisen asennoitumista muihin ja vaikuttaa myös muiden ihmisten suhtautumiseen. Kipu näyttää olevan varsinkin tiukassa yhteydessä paitsi masennukseen, myös muihin negatiivisiin tunteisiin kuten turhautumiseen ja vihaan. (Tiivis)
- Kivun kokemiseen liittyy hyvin yksilöllinen tunto- ja aistikokemus, kipuaistimus. Ihmisen geenit vaikuttavat osaltaan kivun säätelyyn, joten kivun kokemuksellinen aistimus on osittain myös perinnöllinen. Myös elämän aikana kertyneet fyysiset ja psyykkiset kokemukset vaikuttavat kivun aistimukseen. Kulttuuri ja elämäolosuhteet vaikuttavat myös kivun kokemukseen. (Granström)

Vanhuspotilla värsinkin nllä, joiden muisti on heikentynyt, kivut voivat laukaista vaikeasti tunnistettavan ja hankalaasti hoidettavan sekavuustilan. Pitkäaikaiset tai toistuvat kivut aiheuttavat jatkuvaa tutkimustarvetta ja ne ovat tavallisimpia hoitoon hakeutumisen syitä.

Vaikka vanhusten lääkehito on hyvin monimutkainen (lääkkeiden eliminoimista saattaa hidastua, herkyys lääkkeiden keskuhermostovaiikutuksille lisääntyy, muiden käytössä olevien lääkkeiden yhteisvaikutukset, perussairaudet), on kokeilla löydettävissä sopiva, yksilöllinen lääkehoito. Lääkkeiden haittavaikutuksista ollaan jopa niin huolissaan, että vanhusten kivun hoitossa ollaan liiankin pidettyväisiä ja passiivisia.

Kivunhoidon kannalta hyvä yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa on tärkeää. Tavoitteet tulee olla realistisia ja usein jo pieni kivun lievitys auttaa parantamaan toimintakykyä ja helpottaa vanhuksen elämää. Asenteilla on suuri merkitys kivun tunnistamisessa ja hoitamisessa. Tutkimusten myötä vanhusten kroonisen kivun tunnistusta ja hoitoa on alettu korostaa yhtenä vanhusten hyvän hoidon laatuksena!

Reijo Tiivis, 2004

**Taulukko 1. Kivun vaikeusaste potilaiden tunnusmerkkeinä.**

Vaikeus	%
Häiritsevä ja sosiaalisen elämän	54
Lääkityksen	53
Aivot	49
Käsi	45
Käsi	33
Alaraajat	26
Tuolisto	15
Ruokailu	14
Musiikki	12
Käsi	8
Pääntuulet	8

(Kalso 2009, Duodecim)

"Kuvittelen, että aivojeni kovalevyllä on karsino nimeltään kipu. Siinä karsinossa on jo syntynyt olut olettamukset välinä (perini). Karsinon olen kerännyt koko elämäni varrelta tietoa ja kokemuksia kivusta – oma ja läheisten. Olen säilyttänyt aine koulumani taitoina, lukemiani juttuja, minulle tärkeitä informaatia. Päivittäin karsinot aina kun kohtaan mielestäni merkityksellisiä tietoja. Annan itselleni papukaijamerkin, kun on ajatukseni kivusta saavat vahvistusta. Toimin ja käyttäydyn karsinon sisäisen ohjauksena. Teen kaiken tämän tiedostamattani.

Karsinossa on mielen luoma malli kivusta. Tuon karsinon kautta aivot suodattavat kehosta tulevia signaaleja – silloin kun ne ylipäästäin ovat keskeytyneet havainnoinnan kehoista tulevia viestejä. Aivot tukevat signaaliin kivusta ja antavat niille merkityksen. Visuaalinen, Pöytäva, Harjoitus, Tuntu... Annettu merkitys vaikuttaa siihen, miten voimakkaalla ja epämielittävällä kipu tuntuu. Merkitys ei ole sama kuin totuus.

Kipu itessään ei tee elämäni sietämättömäksi, vaan sen tekke karsimys, joka johtuu kivun liittyvistä ajatuksista ja tunteista, sillä merkityksestä, jonka annan kivulle. Kipua enemmän minua sauttavat ne merkitykset, jotka liittyvät kivun ja sen aiheuttamien rajoitusten. Näin kausen, kun olen kiireni siinä tövessä saada takaisin se mitä, joka olen ennen kipujen ilmaantumista elämäni, niin kausen olen kiireni kiivuiseni ja niin kausen kiireni.

**Kärsimykseen määrään vain itse vaikuttaa.** Opettelen kohtaamaan tunteeni ja muuttamaan ajattelutapani. Opettelen antamaan kehoni viesteille todenmukaisen merkityksen. Muutan ajattelutani ja teollani elämäni suunnan kohti parempaa. Kohin tunnetta siitä, että pystyn. Kohin laadukkaampaa elämää. Siihen taitaan aikaa, odottaa tietoa ja ymmärtäystä siitä, mitä minulle on hyväksi, mikä parhain tilannetta, mitä itse voin tehdä. Tärkeää on se, että olen hyväksynyt itse olevani pitkäaikaisia kipua poteva ihminen. Kivusta huolimatta voin kuitenkin elää hyvää ja mielekästä elämää – ilman jatkuvaa kärsimystä."

Helena Miranda, 2016

**Syöpäkipu**

- Tutkimuksen mukaan kipu on ensimmäinen tutkimuksiin ohjavia oire noin neljänneksellä syöpäpotilailla. Ensimmäinen sairastamisvuoden aikana kipua on 28–32 %:lla.
- Taudin edetessä myös kipu yleistyy, ja levinnyttä syöpää sairastavista loppuvaiheen potilaista 50–90 %:lla on kipu.
- Syöpäpotilaan kiputilojen selvittelyssä hoidossa on syytä ottaa huomioon kivun erilaiset etiologiset tekijät unohtamatta tautiin liittyvää pelon, masennuksen ja ahdistuksen tunteita, jotka väistämättä myös vaikuttavat kivun kokemukseen.
- Syöpäpotilaan kipu voi olla syövästä aiheutunutta, hoidon aiheuttamaa tai johtua jostain muusta syystä kuin syövästä.
- Syöpään liittyvät kivut ovat miltei aina lievittävissä sopivalla lääkityksellä.
- Syöpään liittyvien kipujen lääkehoidossa noudatetaan WHO:n porrasteista hoitokaaviota
- Psyykinen, sosiaalinen, hengellinen kipu
- Toivossa katse on kohti tulevaisuutta. Se ei tarkoita aina syöpään sairastuneelle paranemista ja fyysistä kuntoutumista. Toivo voi olla kivuttomuutta ja hyvää oloa. (Selin & Grönman, 2014, Satakunnan sairaanhoitopiiri)

**WHO:n porrasteinen hoitokaavio**

WHO:n porrasteinen hoitokaavio, joka näyttää kolme porrasta: 1. Ei-lääkitys (Parasetamoli 1000-3200 mg/vrk, Naprokseeni 1000 mg/vrk, Oksikoodoni 150 mg/vrk, Etorikoodoni 60-120 mg/vrk), 2. Lääkitys (Propifenoni 15 mg/vrk, Asetorikoodoni 25-75 mg/vrk, Galperidoni 900-3600 mg/vrk), 3. Muut lääkkeet (Morfiini 10-20 mg/vrk, Oksikoodoni 40-80 mg/vrk, Fentanyyli 25-100 µg/h).

**Saattohoitopotilaan kipu**

- Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut saattohoitosuositukset hyvän saattohoidon toteuttamiselle Suomessa. Kuolevan potilaan ihmisarvo, inhimillisyytensä ja itsemääräämisoikeus korostuvat saattohoitosuosituksissa. Saattohoidon eettiset periaatteet sekä kivun ja kärsimyksen lievitys ovat suositusten keskeisiä. Hyvä ja laadukas saattohoito edellyttää osavaa, ammattitaitoista henkilökuntaa ja saattohoitojärjestelintä potilaan toiveiden mukaan (STM).
- Käypä hoito-suosituksen mukaan elämän loppuvaiheessa on tärkeää huolehtia ihmisen psykologisista, sosiaalisista, maailmankatsumuksellisista ja hengellisistä tarpeista. Kuolevan potilaan fyysisiä oireita ovat mm. väsymys, heikkous, lahtuminen, kipu, hengenahdistus, yskä, ummetus, ahdistuneisuus ja masennus. (Käypä hoito / Kuolevan potilaan oireiden hoito) <http://www.kaypahoito.fi/web/ty/suositukset/suositus?id=ho500693>
- Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee lääkäri. Päätös on edellytys hoitoonvotulla käydään läpi hoitoon ja sairauteen liittyviä asioita, sekä sovitlan hoitoonjauksista. Potilaan yksilölliset tarpeet, toiveet ja ajatukset käsitellään sekä pohditaan erilaisten tutkimusten ja hoitomuotojen tarpeellisuus ja hyöty. Saattohoitopäätös ja perustelut kirjataan potilaasiakirjoihin. (ETENE 2003).

- Saattohoitopotilaan kuolemaan kotona tulee valmistautua ennakkoon. Läheiselle annetaan kirjalliset ohjeet käytännön järjestelyistä ja yhteydenotosta kuoleman tapahduttua. Läheiset saattavat tarvita tukea vielä potilaan kuoleman jälkeen. Tapaamisen järjestäminen läheisten kanssa on osa hyvää hoitokäytäntöä. (ETENE 2003).
- Saattohoidossa pyritään mahdollisimman hyvään elämäntilaan kuolemaan saakka. Kotisaattohoidossa tämä tapahtuu ihmisen omassa kodissa läheisten ja hoitohenkilöstön yhteistyön mahdollistamana. Saattohoitoon kuuluu potilaan kokonaisvaltaisen huomiointi ja hoito sekä läheisten tukeminen. Hoidon tärkein tavoite on kärsimyksen ja kivun lievittäminen. Saattohoitovalheen kivunhoidossa on tärkeää opioidilääkityksen varhainen aloitus, riittävä ja säännöllinen annostelu, pahoinvoinnin ja ummuksen hoito sekä aktiivinen siirtyminen kipupumppuunosteluun, jos kipulääkitys suun kautta tai laastarina ei ole mahdollista tai on riittämätöntä. (Salanterä ym. 2006)
- Satakuntaan alueellinen saattohoitosuunnitelma julkistettiin 26.2.2015 Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Alueellisessa saattohoitoyrityksessä on ollut edustettuna moniammatillinen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö. <http://www.sahp.fi/files/2015/02/06/saattohoitosuunnitelma.pdf>

Ojala, 2015, Suomen Kipu ry

**Krooninen kipu**

- Arviolta joka viidennellä on jokin krooninen vaiva ja väestön ikääntyessä vaivat vain lisääntyvät. Kroonista kipua on vaikea ymmärtää ja siten myös hankala hoitaa.
- Kroonisella kivulla on neljä ominaisuutta: se vaikuttaa koko ihmiseen, se on näkymätöntä, se hallitsee ja se on kieltäistä. Tämä kaikki ilmenee heikentyneenä elämäntilana.
- Kroonisessa raja kivulajan ja ei-kivulajan kohon osan välillä hämärtyy. Kipu laajenee lähtään lopulta koko kehon ja mielen. Fyysinen kipu ja psyykinen kärsimys sulautuvat yhdeksi ja samaksi kipukokemukseksi halliten ihmistä ja elämää.
- Krooninen kipu on monimutkainen kokemus, eikä vain oire jostakin
- Merkitys määrittää sen, miten henkilö selviää kipuihseen. Mitä kieltäisempi merkitys, sitä vaikeampi on elää kivun kanssa.
- Kroonisen kivun kanssa selviää, mutta sen olemassaolo on hyväksyttävä. Elämästä tulee tehdä oman näköinen ja tehdä niitä asioita, mistä nautii -> tavoitteet ja haaveet
- Kroonisen kivun ymmärtäminen ja tuloksetkas hoito edellyttävät eri titeenalojen tiivistä yhteistyötä ja kroonikon aktiivista osallistamista

Ojala, 2015, Suomen Kipu ry

Kipuviestin jatkuva välittyminen hermoston eri osissa aiheuttaa kipujärjestelmässä muutoksia, joiden seurauksena kivunvälttymisvoimistuu ja nopeutuu. Kipuongelmaa voivat pitkittää ja kivusta kuntoutumista hidastaa monet psykologiset tekijät, esimerkiksi kipuun liittyvät pelot ja masentuneisuus (Suomen kipututkimus ry)

Krooninen kipu saattaa vanhuksilla ilmetä kiinnostuksen ja keskittymiskyvyn puutteena, unihäiriönä, psykomotorisena taantumana, kiihtyneisyytenä, ruokahalun puutteena ja ennen kaikkea masentuneisuutena. (Kalso 2009)

Kroonisten kipujen hoidon kompaktusivistä suurimpia ovat **aseteet**. Kipujen syiden selvittäminen ja hoitomahdollisuuksien arviointi on jokaisen lääkärin velvollisuus. Kipujen poistamista kokonaan kannattaa harvoin asettaa hoidon tavoitteeksi. Kipujen lievittäminen tasolle, joka parantaa toimintakykyä ja antaa mahdollisuuksia elää lähes normaalia elämää, on paljon realistisempi päämäärä ja useimmiten saavutettavissakin. **Vanhusten kroonisen kivun tunnistamista ja hoitoa onkin alettu korostaa yhtenä vanhusten hyvän hoidon laastukriteerinä** (Tiivis 2004).

### Kipu ja mieli

- Elimestön ollessa normaalissa fysiologisessa tilassa välittäjäaineet serotoniini ja noradrenaliini säätävät kipua välittäviä signaaleja. Kipukynnys pysyy sellaisena, ettei elimestön normaali toimintaan kuuluvia ärsykeitä aistita kipuna.
- Depressiossa serotoniinin ja noradrenaliinin pitoisuudet vähenevät, mikä heikentää laskevien hormonien mahdollisuutta säädellä kivun kokemusta normaalilla tavalla. Tällöin kipukynnys mataltuu ja kipua koetaan herkemmin.
- Jopa reilulla kahdella kolmasosalla depressiosta kärsivistä on raportoitu emotionaalisten (tunne-) oireiden lisäksi esiintyvän erilaisia kipuja. Ainakin osittain samat välittäjäaineet säätävät elimestössä sekä mielialan että kivun kokemista. Myös keskeiset aivoalueet depressiossa sekä kivun kokemisessa ja säätelyssä saattavat olla osin samoja.

- Krooniseen kipuun liittyy usein psykologisia ilmiöitä: masennusta, vihaa, pelkoa, toivottomuutta sekä vaikeuksia muistaa ja hahmottaa asioita. Kipua seuraava masennus liittyy psykologisesti kroonisen kivun aiheuttamiin menetykokemuksiin, kuten terveydentilan, liikkumismahdollisuuksien, perheessä osallistumisen ja työkyvyn menetykseen. Monet näistä merkittävät tottumusten rikoutumista ja jopa identiteetin muuttumista. (Granström 2004.)
- Masennus on kroonisen kivun seuralainen. Masentuneisuus ilmenee usein silloin, kun kipu käy krooniseksi ja alkaa tuottaa vaikeuksia elämän eri alueilla.
- Syy-yhteyksiä selvittävissä tutkimuksissa on todettu, että psyykinen rasituneisuus, ahdistuneisuus ja masennus ovat usein seurauksia kivusta ja niillä on taipumus helpottua, kun kipuongelma saadaan hoidettua. (Vainio, 2009, Terveyskirjasto)

### Kivun hoito

- Käypä hoito -suositus kivun hoitoon julkaistiin 4.12.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103>
- Kipupotilaan hyvä hoito perustuu toimivaan hoitosuhteeseen
- Jokaisella kivun vuoksi tapahtuneella hoidokäynnillä tulee kipu ja toimintakyky arvioida ja kirjata. Hoitosuunnitelma (sairaudet, niiden hoito, elämäntavat ja psykososiaalinen tilanne)
- Potilasohjauksessa korostuu oma aktiivinen rooli ja sen tukeminen
- Hoidon tavoitteina ovat kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämäntilanteen paraneminen.
- Syyn mukainen kivunhoito pitää toteuttaa viipymättä
- Pitkäkestoisien kivun hoidossa ja kuntoutuksessa hyödynnetään moniammatillista lähestymistapaa. Lääkkeettömät hoidot ovat kivun hoidon perusta
- Lääkkeettömään hoitoon tarvittaessa liitetään lääkeellinen hoito.
- Suosituksessa korostuvat inhimillinen, yksilöllinen ja lääkkeetön kivunhoito.

### Lääkehoito -käypä hoito

- Kipulääkitys suunnitellaan yksilöllisesti potilaan kipuongelman, muiden sairauksien, niiden riskitekijöiden ja psykososiaalisen tilanteen mukaan.
- Lääkehoidon tavoitteena on lievittää kipua, parantaa toimintakykyä ja kohentaa elämäntilannetta. Oireisoreita pyritään lievittämään.
- Pitkäkestoisessa kivussa lääkkeitä käytetään säännöllisesti annostellen ja suositellaan ensisijaisesti pitkävaikutteisia valmisteita. Tulehduskipulääkkeiden pitkäaikaista käyttöä ei suositella.
- Muut krooniset sairaudet, yllätykkydet ja käytössä olevat muut lääkkeet (itsehoitovalmisteet ja luontaistuotteet mukaan luettuina) tulee aina ottaa huomioon
- Kipupotilaan depression optimaalinen hoito voi vähentää myös kipua
- Erytisesti iäkkäillä tulee muistaa kivun lääkkeettömät hoidot ja niitä tulee aina mahdollisuuksien mukaan käyttää myös lääkehoidon kanssa.
- Iäkkäiden kivun hoidossa on syytä selvittää potilaan odotukset ja tavoite, muut sairaudet sekä kognitiivinen ja toiminnallinen tilanne
- Fysiologiset muutokset lisäävät iäkkäiden herkkyyttä monille kipulääkkeille

KOHTALAINEN KIPU		KOVA KIPU	
<b>HEIKOT OPIOIDIT</b>	<b>KESKIVAIHVAT OPIOIDIT</b>	<b>VAIHVAT OPIOIDIT</b>	
- Kodeiini - Tramadolii	- Buprenorfiini	- Morfiini - Okikodoni - Hydromorfoloni - Metadoni - Fentanyyli	- Etodolaakki - Suboksiakki - Nabumetoni - Melokikalaani - Sefokikalaani - Etorikoksiibi
<b>PARASETAMOLI JA TULEHDUSKIPULÄÄKKEET</b>	- Parasetamoli - Ibuprofeeni - Naprokseeni - Diklofenaakki - Ketoprofeeni - Mefenamihappo - Tolfenaamihappo		
<b>TUKILÄÄKKEET</b>	- Prednisoni - Haloperidoli - Amisotripiini - Nortriptyliini	- Venlafaksiini - Karbamatsipini, okkarbatsepiini - Gabapentiini, pregabalini - Ulosteuläkkeet, pahoinvointilääkkeet jne.	

### Lääkehoito - haittavaikutuksia

- Parasetamoli** on vanhuspotilailla ensisijainen kipulääke. Suurina annoksina tai runsaan alkoholin käytön yhteydessä se voi aiheuttaa [maksavaurioita](#).
- Tulehduskipulääkkeet ärsyttävät usein mahaa**, koska ne vähentävät mahalaukun sisäpintaa suojaavien aineiden syntymistä. Etenkin vanhuksilla tulehduskipulääkkeiden proovisoima ruuansulatuskanavan haavauma voi olla kivuton. Vanhusten mahaverenvuodot ovatkin tulehduskipulääkkeiden käytön myötä lisääntyneissä. Sydämen ja munuaisten vajaatoiminta lisää tulehduskipulääkkeiden nestereteniota aiheuttavaa vaikutusta. Jos tulehduskipulääkkeitä joudutaan käyttämään antikoaguloitulle potilaalle, on vuo- ja [hytymisarvoja](#) seurattava huolella.

**Opioidi** annokset vanhuksilla yleensä ovat 25-50 % pienempiä kuin nuorempien keskushermoston lisääntyneen herkkyyden sekä lääkkeiden pienentyneen eliminaation vuoksi. **Ummetusta** on vanhuksilla muutenkin, joten tämä sivuvaikutus vaatii erityisen huolellista hoitoa. Mielialan muutoksia, sekavuutta ja hallusinaatioita on vanhuksilla muita enemmän. Opioidista saatava hyöty tulee aina arvioida mahdollisia haittoja vastaan. Lääkityksen tehoa ja turvallisuutta tulee seurata säännöllisesti. Annoksen nousun tulisi heijastua parempana kivunlievityksenä.

Miedolla opioidilla – kuten myös tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla on ns. **kattovaikutus**. Jos annosta nostetaan yli tämän annoksen, ei kipua poistava vaikutus enää lisääny, vain sivouireet lisääntyvät.

Ahmiolääkkeet **tramadoli** ja **kodeiniini**, muuttuvat vaikuttavaan muotoon maksassa ( CYP-entsyymi)

- Perintötekijöiden vuoksi CYP-entsyymi toimii hitaasti tai puuttuu, eikä lääkeaine pysty muuttumaan vaikuttavaan muotoon -> lääkkeet eivät tehoa. Haittavaikutukset!
- toinen lääkeaine saattaa hidastaa CYP-entsyymien toimintaa, jolloin lääkeaine hajoaa erityyvään muotoon hitaasti ja lääkepitoisuus veressä nousee (jopa monikymmentäkertaiseksi -> lääkemyrkytys, väkivät haittavaikutukset)
- toinen lääke voi vaikuttaa myös estämällä CYP-entsyymien toimintaa (esim. sienilääkkeet, psykoosilääkkeet, masennuslääkkeet) lääke ei vaikuta-> haittavaikutukset

Kivellä Sirkka-Liisa 2005, Wsoy, Me, ikääntyminen ja lääkkeet

Tramadolin kohdalla on muistettava serotoniinioreyhtymän mahdollisuus iäkkäillä potilailla, jotka käyttävät usein myös mielialalääkkeitä (Serotoniinioreyhtymän oireina ovat vatsakouristukset, väkää ripuli, sekavuus, kuumuus, puhehäiriöt, pakko-oireet, koordinatiohäiriöt, sydämen läheilyntisyys, verenpaineen voimakkaat vaihtelut, hiki, ahdistuneisuus, ärtyneisyys, kohonnut kuume ja refleksien kiihtyminen)

- vanhuksilla on kiputiloja, joissa **masennuslääkkeet** ovat indisoituja. Kaksosivultaiteiset masennuslääkkeet ovat indisoituja erityisesti, kun potilas on sekä masentunut että kivulias
- Vanhukset ovat herkkiä antikoaguloiville haittavaikutuksille, ummetukselle ja virtsaamille sekä keskuhermostovaikeuksille, kuten kognitiivisten toimintojen heikkenemiselle. Myös ortostaattinen hypotensio voi olla ongelmallinen. (Kalso, 2009, Vanhusten kivunhoito/Duodecim)
- Antikoaguloivat haittavaikutukset ovat ominaisia erityisesti triykisille masennuslääkkeille. Ne aiheuttavat siitä, että lääkkeet estävät parasympaattisen hermoston välittäjäaineena toimivan asetyylkoliinin vaikutuksia eri elimissä. Antikoaguloivat haittavaikutuksia ovat suun kuivuminen, näön hämärtyminen, sydämen läheilyntisyys (takykardia), huimaus, ummetus, virtsaamisvaikeudet, turvotus ja muistihäiriöt. Yleensä antikoaguloivat haittavaikutukset ovat lieviä ja vähenevät hoidon jatkussa. Kivunhoitoa iäkkäillä henkilöillä, jotka käyttävät samanaikaisesti monia antikoaguloivien vaikutuksen omaavia lääkkeitä. (Huttunen 2015, Terveystieteiden tutkimuskeskus)
- Fimean ylläpitämää lääketietokanta, Lääke75+**

**Lääkkeettömän hoito – Käypä hoito**

- Lääkkeettömät hoidot ovat kivunhoidon perusta.
- Kivun oireenmukaisen hoidon lisäksi tulee tähdätä potilaan elämäntilanteen ja toimintakyvyn parantamiseen, mikä edellyttää myös potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa.
- Keskiseisä lääkkeettömä hoito Käypä hoito suositusten mukaan ovat muun muassa liikunta, terapeuttinen harjoittelu (suunnitelmallinen, systemaattinen ja ohjattu), kognitiivis-behavioraalinen terapia, fysikaaliset hoidot, kuten kylmä- ja lämpöhoito, sekä TNS (=Transkutaaninen hermostimulaatio, menetelmä, jossa kosketushermopäätteitä ärsytetään sähköisesti)

Moniammatillinen hoito- tai kuntoutusohjelma voi perustua **kognitiivis-behavioraaliseen lähestymistapaan**, jolloin potilas nähdään aktiivisena kuntoutukseensa vaikuttavana osapuolena. Hoito-ohjelman yhteinen tavoite on potilaan voimavarojen ja oman vastuun tukeminen, kipuongelman kanssa toimeen tuleminen, pystyvyyksistysten parantaminen, kivunhallintakeinojen oppiminen, terveydenhuoltopalveluiden ja lääkkeiden käytön vähentäminen ja psyykkisen kärsimyksen vähentäminen. Ohjelman eri osat, esimerkiksi fysioterapia, liikuntaharjoitukset, opetus ja psykoterapeuttiset menetelmät tukevat toinen toisiaan. Potilaan läheisten tai puolison mukaan ottaminen hoito- tai kuntoutusohjelmaan on tärkeää tavoitteiden saavuttamisen ja hoidon tulosten ylläpidon kannalta. Kognitiivis-behavioraaliset hoito-ohjelmat etenevät vaiheittain arvioinnista tavoitteiden laatiin, koulutukselliseen osuuteen, käsitteiden ja kokemusten uudelleen jäsentelyyn, taitojen opettamiseen ja niiden harjoitteluun sekä ylläpitoon. (Elomaa & Estlander, 2009 / Duodecim)

**Motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen työote**

- Yhteisvoimin kotona –hankkeen (Kaste) koulutus 18.4.2016: Motivoiva haastattelu työvälineenä ikääntyneen toimintakyvyn ja arjessa pärjäämisen tukemisessa
- Ratkaisukeskeisyys on lähestymistapa -> Aina on mahdollista löytää tavoitteita, keinoja ja voimavaroja, joiden avulla voi päästä eteenpäin tai jaksaa vaikeuksissa paremmin
- Tulevaisuuteen suuntautuminen, toiveikkouden ja vahuuksien etsiminen ja tukeminen, voimavarat
- Kommunikoinnin merkitys motivaation herättämiseen, kasvattamiseen ja vahvistamiseen. Asiakkaan omat arvot, tavoitteet ja tavoiteltavan muutoksen merkitys hänen elämälleen. Itseluottamuksen ja oman kykyjen vahvistaminen ( vahuuksien sanoittaminen, pienetkin edistysaskeleet !)
- Empatia, avoimet kysymykset, reflektiivista kuuntelua, yhteenvedot, arvostus, läsnäolo, verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä
- Se, mihin kiinnität huomiosi kasvaa ! Huomio + merkiskin asioihin (kaikki ei ole pelkkää ongelmaa)

- Normalisointi
- Ratkaisukeskeinen kieli
- Selvitys- ja onnistumiskysymykset
- Vastuuttaminen / toimintasuunnitelma -> tavoite
- Pienet askeleet
- Arvostava lähestymistapa
- Myönteisen palautteen merkitys
- Asiakas on eri asia kuin ongelma -> ulkoistaminen
- Oman hyvinvoinnin merkitys hoitotyössä

Outi Konsell (Turun amk)

**Lääkkeettömän hoitotyön menetelmiä:**





**Mistä voisi olla kyse? Hoitotyön tarve? Tavoitteet?**  
 Mitä hoitotyön keinoja voisi olla käytettävissä?  
 Miten arvioit hoitoa? Kirjaus?  
 Miten hoitotyön suunnitelma auttaa hoitajia kohtaamaan kipua?

**PALAUTE**

- Mitä / millaista hyötyä oppitunnista oli ?
- Mistä olisit halunnut kuulla lisää ?

**Linkit ja vinkit**

**Nettilinkit:**

- <http://www.kaypahoito.fi/web/keh/suosituksset/suositus?id=hoi50103> Kipu
- <http://www.kaypahoito.fi/web/keh/suosituksset/suositus?id=hoi50063> Kuolevan polillaan oireiden hoito
- <http://www.satsp.fi/hieto-maista/ajankohtaista/Sivut/satakunnan-alueellinen-saattohoitosuunnitelma.aspx>
- <https://www.youtube.com/watch?v=pZP4jm92Kj4&feature=share> Kipu / Miranda
- [https://www.youtube.com/watch?v=pWY\\_rqdkA](https://www.youtube.com/watch?v=pWY_rqdkA) Krooninen kipu / Miranda
- <https://www.facebook.com/Ota-kipu-haltuun-1502317993386045/?fai=ts>

**Kirjavinkit:**

- Kivun Hoitotyö: Salanterä, Hagelberg, Kauppiä & Nähti, 2006, WSOY
- Me, ikääntyminen ja lääkkeet: Kivela, 2005, WSOY
- Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö: Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tittanen, 2015, Sanoma Pro
- Ota kipu haltuun: Miranda Helena, 2016, Otava

**KIITOS =)**



## LIITE2 CASE

## Case

”78-vuotias mies, entinen maanviljelijä. Asuu yksin omakotitalossa kotitalallaan. Vaimo on kuollut syöpään 15 vuotta sitten, lapsia ei ole. 3 vuotta sitten vointi romahtanut. Siihen saakka pystynyt osallistumaan pelloilla, joita sukulainen viljelee, tekemään erilaisia töitä traktorilla. Selässä on kulumaa ja särkyjen vuoksi ei traktoritöihin pystynyt enää osallistumaan.

Nyt tilanne ajautunut sellaiseksi, että selkävun lisäksi kokee kovia vatsakipuja. Kipuja on tutkittu kattavasti terveyskeskuksessa, ollut ajoittain osastollakin hoidettavana. Myös keskussairaalassa on tutkittu ja ollut hoidettavana. Syytä kivulle ei ole löytynyt ja kaikki näyttäisi olevan kunnossa. Oireet ovat kuitenkin ajoittain todella voimakkaat ja välillä kääntyy yksityisen tahon puoleen saadakseen lisää tutkimuksia ja sitä kautta selvyyttä asioihin. Toisinaan soittaa ambulanssin päästäkseen hoitoon. Erilaisia kipulääkkeitä on kokeiltu, mutta mistään ei tunnu tulevan riittävää apua. Uutena murheena on tullut vatsan toimimattomuus ja toimittaa vatsaansa itse erilaisilla peräruiskeilla.

Mies on vaivojensa kanssa ahdistunut ja turhautunut. Enää ei halua käydä naapureissakaan kipujensa vuoksi. Iäkkäät sisaret käyvät auttamassa kotitaloustöissä ja laittamassa ruokaa.

Kotihoidosta käydään kerran viikossa jakamassa lääkkeitä dosettiin ja tarvittaessa ottamassa verinäytteitä. Hoitajien mielestä käynnit ovat raskaita.”

1. Mistä voisi olla kyse? Hoitotyön tarve?
2. Tavoitteet?
3. Mitä hoitotyön keinoja voisi olla käytettävissä?
4. Miten arvioit hoitoa? Kirjaus?
5. Miten hoitotyön suunnitelma auttaa hoitajia kohtaamaan kipua?