

MUISTISAIRAAN IKÄÄNTYNEEN KIVUN ARVIOINTI JA LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Opas vanhuspalveluissa työskenteleville hoitajille

Jokela Jenna

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja AMK

2019

Hoitotyön koulutus
Sairaanhoitaja AMK

Tekijä	Jenna Jokela	Vuosi	2019
Ohjaaja	Susanna Kantola		
Toimeksiantaja	Päivi Sipola/Oulunkaari Ky		
Työn nimi	Muistisairaana ikääntyneen kivun arviointi ja lääkkeettömän kivunhoito – Opas vanhuspalveluissa työskenteleville hoitajille		
Sivu- ja liitesivumäärä	27 + 16		

Opinnäytetyöprojektin tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa kirjallinen opas lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä muistisairaana ikääntyneen kivun arvioinnin sekä kivunhoidon suunnittelun ja toteuttamisen tueksi. Tavoitteena oli tuoda ajantasaisista ja näyttöön perustuvaa teoriatietoa lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä ja PAINAD-kipumittarista vanhusten hoivahoidossa työskenteleville hoitajille.

Ikääntyessä kipua tuottavat sairaudet lisääntyvät. Ikääntyneet ovat kivunhoidollisesti haastava ryhmä ja muistisairaus tuo kivun arviointiin oman lisähaasteensa. PAINAD-kipumittari on kehitetty vastaamaan tähän tarpeeseen: Se on kipumittari, joka on kehitetty nimenomaan muistisairaiden kivun arviointiin. Tutkimusten nojalla tehokkaita lääkkeettömiä kivunhoidonmenetelmiä ovat kylmä- ja lämpöhoito, asentohoito, lääkinnälliset kompressiosukat, hieronta, musiikki, mielikuva-harjoittelu, lepo ja uni sekä läsnäolo ja kosketus.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tuotteena syntyi kirjallinen opas PAINAD-kipumittarista ja lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Kuivaniemen hoiva- ja palveluasumisen esimies Päivi Sipola. Opas vastaa toimeksiantajan tarpeeseen, sillä se on suunnattu muistisairaiden vanhusten kanssa työskenteleville hoitajille.

Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, onko lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien osuus kivunhoidossa kasvanut ja käytetäänkö PAINAD-kipumittaria kivun arvioinnin tukena. Lisäksi voisi selvittää hoitajien kokemuksia lääkkeettömästä kivunhoidosta ja PAINAD-kipumittarista.

Avainsanat

Vanhuksen kipu, kivun arviointi, PAINAD, lääkkeettömän kivunhoito

School of Northern Wellbeing and
Services
Name of Degree Programme in
Nursing and Health Care
Bachelor of Health Care

Author	Jenna Jokela	Year	2019
Supervisor	Susanna Kantola		
Commissioned by	Päivi Sipola/ Oulunkaari Ky		
Subject of thesis	Pain Assessment in Advanced Dementia and Non-Pharmacological Pain Management- A Guide for Nurses Working in Elderly care		
Number of pages	27 + 15		

The aim of the thesis project was to produce up-to-date and evidence-based theoretical information as well as practical knowledge about pain relief of the elderly, and to discuss the importance of non-pharmacological pain management as part of the overall treatment of pain with the objective to guarantee high quality and adequate pain relief.

Pain is difficult to treat at old age and memory disease brings its own additional challenge in pain assessment. The PAINAD pain meter has been developed to this need: It is a pain meter specifically designed to assess the pain of memory disease patients. Research has shown that effective non-pharmacological pain management methods include cold and heat treatment, medical compression socks, massage, music, mental training etc.

This thesis was written as a functional thesis and its product is a written guide on PAINAD pain meter and non-pharmacological pain management. The guide is aimed at nurses working in elderly care. This study was commissioned by Päivi Sipola, Chief Care Officer of Kuivaniemi, Finland.

A continuing research topic to this thesis could be to find out whether the proportion of non-medicated pain relief methods in pain management has increased and whether the guide is used as a support in the design and implementation of the patient's pain management regime. In terms of PAINAD, it would be possible to determine whether it was used as an aid in pain evaluation. Furthermore, nurses' experiences of non-pharmacological pain management and its importance in hospital districts or other municipal associations could be surveyed.

Koulutusalan nimi
Koulutusala
Koulutus

Key words

Pain of older patient, pain assessment, PAINAD, Non-Pharmacological pain management

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3 MUISTISAIRAAN IKÄÄNTYNEEN KIVUNHOITO	8
3.1 Kipu	8
3.2 Kivunhoidon erityispiirteet	10
3.2 Kivun tunnistaminen ja arviointi	14
3.3 Lääkkeetön kivunhoito	16
4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	21
4.1 Opinnäytetyö toiminnallisen menetelmänä	21
4.1.1 Oppaan ideointi ja tavoitteen määrittely	
4.1.2 Oppaan suunnittelu ja toteuttaminen	
4.1.3 Työn päättäminen ja oppaan arviointi	
5 POHDINTA	25
LÄHTEET	27
LIITE 1	31
LIITE 2	43

1 JOHDANTO

Vanhuus on elämänvaihe, jossa jokainen ikääntyy ja vanhenee yksilöllisesti. Vanheneminen hidastaa väistämättä elimistön fysiologisia toimintoja ja tämän vuoksi krooniset sairaudet lisääntyvät. Vanhuuden edetessä vanhus tarvitsee yhä enemmän tukea ja turvaa heikentyneen toimintakykynsä vuoksi. (ETENE 2008, 4.)

Muistisairaudet puolestaan lisääntyvät, koska elintason noustessa ihmiset elävät yhä pidempään. On pystytty ennustamaan, että muistisairaiden määrä moninkertaistuu vuoteen 2050 mennessä. Maailmanlaajuisesti noin 50 miljoonaa ihmistä sairasti muistisairautta vuonna 2015. Väestön ikääntymisen lisäksi yleisyyteen liittyy lisäksi muistisairauksien riskitekijöiden yleisyys ja lääketieteen, etenkin diagnostiikan ja hoidon, kehitys. (Muistisairauksien yleisyys, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.)

Kipu on kaikessa yksinkertaisuudessaan epämiellyttävä kokemus, joka syntyy kehon kudonvauriosta. Kipu aistitaan hermoimpulssina aivoissa. (Kipu, Käypä hoito -suositus 2017.) Kroonistuessaan kipu aiheuttaa monia liitännäissairauksia, kuten ahdistuneisuutta, masennusta ja unettomuutta sekä toimintakyvyn heikentymistä. (Kalso 2018.) Vanhusten kivunhoidosta haasteellista tekee sairauksien laaja kirjo ja kyvyttömyys ilmaista tai arvioida kipua (Pitkänen & Nikkanen-Ilvesmäki 2010).

Vaikka hyvä ja riittävä kivunhoito on ihmisoikeus, on useissa tutkimuksissa kuitenkin osoitettu, että vanhusten kipu on edelleen alihoidettua ja, että vanhusten kipu tunnistetaan huonosti. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 198–199). Lääkkeettömiä hoitomuotoja tulee käyttää aina mahdollisuuksien mukaan ja myös lääkehoidon rinnalla. (Kipu, Käypä hoito -suositus 2017; Kelo ym. 2015, 57.) Lääkehoitoon verrattuna lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat edullisia ja niillä on vähemmän sivu- ja haittavaikutuksia. (Kulmala 2010, 13).

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Kuivaniemen hoiva- ja palveluasumisen esimiehen Päivi Sipilän kanssa. Toiminnallisen opinnäytteen tuotteena syntyi opas lääkkeettömistä kivunhoidonmuodoista hoitajien päivittäiseen käyttöön. Lisäksi

oppaassa on otettu mukaan muistisairaana vanhuksen kivunarviointia helpottamaan PAINAD-kipumittari. Oppaassa on huomioitu toimeksiantajan tarpeet ja resurssit: mukaan on otettu vain sellaiset lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät, joita voidaan käyttää ilman lisäkoulutusta tai erillisiä hankintoja.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöprojektin tarkoituksena on etsiä teorian tietoa muistisairaana vanhuksen kivun arvioinnista ja kivun lääkkeettömistä hoitomuodoista. Näyttöön perustuvan tiedon pohjalta tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa kirjallinen opas muistisairaana vanhuksen kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa kivunarvioinnin- ja lääkkeettömän kivunhoidon menetelmistä hoitajille, jotka työskentelevät muistisairaiden vanhusten parissa. Tavoitteena on, että muistisairaana vanhuksen kipu havaittaisiin ajoissa ja sitä osattaisiin arvioida oikein. Lisäksi tavoitteena on varmistaa mahdollisimman laadukas kivunhoito yhdessä lääkkeellisten- ja lääkkeettömien kivunhoidon menetelmien kanssa. Kirjallisessa oppaassa on tarkoitus ottaa esille apuväline muistisairaana kivun arvioinnin tueksi ja sellaisia lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä, joita voidaan toteuttaa turvallisesti muistisairaiden vanhusten kanssa ilman lisäkoulutusta.

Lähtökohtana opinnäytetyön aiheenvalinnalle oli oma havainto siitä, kuinka vähän lääkkeettömään kivunhoitoon kiinnitetään huomiota hoitotyössä. Yleisessä kahvihuonekeskustelussa kävi ilmi, ettei lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä ja niiden tehosta tiedetä riittävästi. Lisäksi lääkkeetöntä kivunhoitoa pidetään vähempi arvoisena lääkehoidon rinnalla, ja siksi lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät ovatkin osin jääneet lääkehoidon jalkoihin. Kiinnostus ja toimeksianto lääkkeettömän kivunhoidon oppaalle löytyi heti sen hetkisestä työpaikastani.

3 MUISTISAIRAAN IKÄNTYNEEN KIVUNHOITO

3.1 Kipu

Epämiellyttävä, aisteja koskeva ja emotionaalinen kokemus, joka liittyy mahdolliseen kudosisvaurioon, määritellään kivuksi. Kipu voidaan jakaa akuuttiin, subakuuttiin ja krooniseen kipuun kivun keston mukaan. (Kipu, käypä hoito -suositus 2017; Kalso 2018.) Kipua ei pidä kyseenalaistaa, sillä se on henkilökohtainen kokemus. Kyseenalaistamisen sijaan on pyrittävä kartoittamaan kivun taustoja ja mekanismeja. (Arokoski, Mikkelsen, Pohjolainen & Viikari-Juntura 2015, 49).

Kipuaisti on elossa pysymisen edellytys. (Arokoski ym. 2015, 51). Fysiologian tasolla kipu on suuri joukko monimutkaisia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia kudosisvaurion synnyn ja subjektiivisen kiputunteuksen välillä. Nämä tapahtumat on jaettu neljään vaiheeseen, jotka ovat transduktio, transmissio, modulaatio ja perseptio. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 76–77.) Kipuaistimuksen päällimmäisenä tehtävänä on varoittaa ihmistä uhkaavasta vaarasta ja turvata vaurion paranemista. (Arokoski ym. 2015, 51).

Nosiseptorit ovat tuovia hermoja, joiden hermopäätteet reagoivat tietynlaisiin ärsykkeisiin. Nosiseptoreiden aktivoituminen käynnistää kivun transduktio -vaiheen. Transduktiossa kudokseen kohdistuva ärsyke saa aikaan hermopäätteiden aktivoitumisen ja aktiopotentialin syntyminen. Aktiopotentialin taajuus määrittelee ärsykkeen voimakkuuden sekä keston. (Kalso ym. 2009, 76–77.)

Transmissiossa aktivoituneista hermopäätteistä lähtee kipuviesti hermosoluja pitkin niihin keskushermoston osiin, joiden aktivoituessa kipu aistitaan. Aistinimpulssi välitetään selkäytimessä sijaitseviin päätteisiin, joista kipuviesti jatkaa edelleen matkaansa aivorunkoon sekä talamukseen ja päättyy lopulta aivokuoreen. Sekä transduktio että transmissio tapahtuvat primaareissa afferenteissa eli ensisijaisissa tuovissa hermoissa. (Kalso ym. 2009, 76–77; Lääketieteen termit.)

Kivun aistimisen kolmantena ja neljäntenä vaiheena ovat modulaatio ja perseptio. Modulaatiolla tarkoitetaan kivun muuntelua ja muuntumista hermostossa. Modulaatio mahdollistaa osaltaan muun muassa trauman jälkeisen kivuttomuuden,

mutta tutkimuksissa on pystytty osoittamaan myös se, että modulaatio kipuaistimuksen lieventämisen lisäksi voi myös voimistaa kipuaistimusta. Perseptiolla puolestaan tarkoitetaan kipuaistimuksen subjektiivista tuntemusta. (Kalso ym. 2009, 76.)

Kipu, joka kestää alle kuukauden on akuuttia kipua (Kipu, käypä hoito -suositus 2017). Se on eräänlainen kehon oma suojaimekanismi ja suojaimekanismin laukeamisen syy on usein tiedossa. Akuuttia kipua aiheuttavat useimmiten erilaiset haavat, luiden murtumat, tulehdukset ja leikkaukset tai toimenpiteet. Kun sen syy hoidetaan, myös kipu paranee. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Silta-nen 2013, 5.) Akuutti kipu voi olla myös merkki henkeä uhkaavasta tilanteesta. (Arokoski ym. 2015, 49).

Subakuutti eli puoliäkkillinen tai pitkittyvä kipu sijoittuu käsitteenä akuutin ja kroonisen kivun väliin ja on eräänlainen siirtymävaihe akuutista kivusta krooniseen kipuun. Puhuttaessa subakuutista kivusta, tarkoitetaan kipua, joka on kestänyt 1-3 kuukautta ja siinä on sekä akuutin-, että kroonisen kivun piirteitä. Puoliäkkillisen tai pitkittyvän kivun hoidossa erityisen tärkeää on pitkäkestoinen kivunlievitys, lääke- ja lääkkeettömän hoidon yhdistelmähoidot sekä kivun syyn löytäminen. (Kipu, käypä hoito -suositus 2017; Alaselkäkipu, käypä hoito -suositus 2014.)

Krooninen kipu puolestaan on kiputila, joka kestää yli 6 kuukautta (Kipu, käypä hoito -suositus 2017). Pitkittyneen kivun taustalla on usein kudოსvaurio tai elimistön hermojärjestelmän vaurioituminen. Kudოსvaurion aiheuttamaa kroonista kipua hoidetaan vaurion parantamisella. Aina krooniselle kivulle ei kuitenkaan löydy tarkkaa syytä eikä näin ollen myöskään parantavaa hoitoa. (Paakkari 2017.) Krooninen kipu ei ole aina jatkuvaa, vaan se voi esiintyä myös sykleittäin. Näissä tapauksissa syklinen kipu esiintyy kuitenkin toistuvasti. Myös akuutti kipu voi kroonistua, mikäli kivun syytä ei hoideta ajoissa. (Sailo & Varti 2000, 34–35.) Krooninen kipu jaetaan edelleen neljään ryhmään: kudოსvaurio-, hermoperäiseen-, idiopaattiseen- ja psykogeeniseen kipuun.

Kudოსvauriokivusta puhutaan silloin, kun kyseessä on kipu, jonka syynä on kipu-reseptoreiden aktivoituminen jo tapahtuneen kudოსvaurion tai sen uhan vuoksi.

Hermovaurio- eli neuropaattinen kipu puolestaan johtuu kipua välittävän hermojärjestelmän vauriosta. Neuropaattinen kipu voi olla myös sairaudesta aiheutuvaa kipua. Viskeraaliseen eli sisäelinperäiseen kipuun liittyy usein heijastekipua ja se on kiputyypiltään vaikea paikanteista. (Kipu, käypä hoito -suositus 2017).

3.2 Kivunhoidon erityispiirteet

Kivunhoitoon ikääntyminen tuo omat erityispiirteensä ja siksi ikääntyneet ovatkin kivunhoidollisesti haastava ikäryhmä. Ikääntynyt potilas on yksilö ja kipukokemus sekä kivunhoidon vaste vaihtelevat. Ikääntyessä myös sairaudet, jotka aiheuttavat kiputiloja, lisääntyvät. Suomalaisin tutkimuksin on osoitettu, että jatkuvaa tai päivittäistä kipua kokee 50–54-vuotiaista 20% ja 70–74-vuotiaista 30%. (Kalso, Haanpää & Vainio 2018, 534–535.)

Vanhuksen kipua hoidetaan samoista eettisistä syistä kuin muidenkin ihmisten. Tärkeää on kuitenkin huomioida se, että erityisesti vanhuksen pitkäaikainen kipu voi johtaa pysyvään toimintakyvyn menetykseen, erilaisten apuvälineiden tarpeeseen ja riippuvuuteen toisesta henkilöstä. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 2.) Useissa tutkimuksissa on kuitenkin osoitettu, että vanhusten kipu on edelleen alihoidettua ja, että vanhusten kipu tunnistetaan huonosti. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 198–199).

Ikääntyessä muutoksia tapahtuu elimistön fysiologisissa toiminnoissa. Fysiologisten toimintojen muutokset liittyvät muun muassa aistitoimintojen, ruuansulatuksen ja aineenvaihdunnan heikentymiseen ja hidastumiseen, liikkumisen vaikeutumiseen sekä sydän- ja verenkiertoelimistön toiminnan heikentymiseen. Myös rasvamäärä lisääntyy ja lihasmassa vähenee. Lisäksi elimistön suhteellinen veden määrä alenee, albumiinin tuotanto laskee ja maksan ja munuaisten toiminta hidastuu. (Salanterä ym. 2006, 198.)

Myös kipujärjestelmän toiminnassa tapahtuu muutoksia. Perifeeriset hermosyyt vähenevät ja johtonopeus hidastuu, ja tästä on voitu päätellä, että kivuntunto on vanhuksilla heikompi kuin terveillä nuorilla. Autonomisen hermoston toiminnan heikkenemisen ja sisäelinten kiputunnon vaimenemisen seurauksena monet kivuliaat tilat kuten umpilisäkkeen tulehdus, sydäninfarkti ja keuhkokuume voivat

olla vanhuksilla jopa kivuttomia. (Kalso ym. 2018, 536–537.) Tämän lisäksi kivun tunnistamisen vaikeus, aistivajeiden aiheuttamat rajoitteet, kognitiiviset ongelmat ja vanhuksen asenne sekä pelko kipua kohtaan voivat vaikeuttaa kivun tunnistamista, kivunhoidon suunnittelua ja sen aloittamista. (Rapo-Pylkkö 2017).

Ikääntyessä ihmisen fysiologiset muutokset lisäävät herkkyyttä monille kipulääkkeille. Tämän vuoksi kipulääkkeiden annostusten tulee usein olla vanhuksilla muuta aikuisväestöstä pienempiä. Vanhuspotilailla on usein myös muita sairauksia, joihin on olemassa olevia lääkityksiä. Myös munuaisten toiminnan heikkeneminen voi suurentaa lääkkeiden haittavaikutusten ja haitallisten yhteisvaikutusten riskiä. (Kipu, Käypä hoito -suositus 2017.)

Maltillinen kivun hoidon aloitus ikääntyneiden kohdalla on avainasemassa. Lääkehoito on hyvä aloittaa yksi lääke kerrallaan niin, että seurataan lääkityksen vastetta kipuun ja kivun liitännäisongelmiin. Samalla täytyy seurata myös lääkityksen sivuvaikutuksia ja mahdollisia yhteisvaikutuksia muiden lääkitysten kanssa. Kokonaisvaltaisen kivunhoidon kannalta seurannan olisi hyvä olla päivittäistä ja vaikutusten kirjaaminen huolellista. Apuna seurannassa voidaan käyttää potilastietojärjestelmien lisäksi esimerkiksi henkilökohtaista kipupäiväkirjaa. (Kelo, Lau-niemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 56–57.)

Kipulääkkeiden tavallisin haittavaikutus terveydelle on ruuansulatuskanavan limakalvovauriot, jotka puolestaan aiheuttavat verenvuotoa, haavaumia ja perforaatioita. Kyseessä on maailman kallein ja vakavin lääkehaittavaikutus. Eniten haittavaikutuksia aiheuttavat tulehduskipulääkkeet, koska niitä käytetään paljon. Parasetamolin vakavin haittavaikutus on myrkytys, joka voi olla jopa tappava. (Kulmala 2010, 13.)

Myös monet pitkäaikaisille kiputiloille altistavat sairaudet lisääntyvät ikääntymisen myötä. Tällaisia sairauksia ovat muun muassa tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja niistä erityisesti nivelrikot ja lihasreuma, sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, vyöruusu ja syöpätaudit. (Tilvis 2004.)

Väestön ikääntyessä myös muistisairauksia sairastavien ihmisten määrä kasvaa tulevaisuudessa. 65–74-vuotiaista 4,2%, 75–84-vuotiaista 10,7% ja yli 85-vuotiaista 35,0% esiintyy jonkin asteinen muistisairaus. (Kansallinen muistiohjelma 2012-2020, 7–8).

Yleisin dementiaa aiheuttava etenevä muistisairaus on alzheimerin tauti, joka edetessään vaurioittaa aivoalueita ja neurokemiallisia järjestelmiä. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 121–122). Alzheimerin taudin etenemisen tyypillisiä oireita ovat jäykkyys, etukumara asento, kävelyn töpöttelevyys, hitaus ja kasvojen ilmeettömyys. Lisäksi virtsan ja ulosteen pidätyskyvyttömyys heikkenee ja hiipuu kokonaan. Kipua muistisairaalle aiheuttaa eteenkin raajojen jäykistyminen virheasentoihin. (Alzheimerin taudin kulku, Käypä hoito -suositus; Kallio 2019, 15.) Muita muistisairauksia ovat esimerkiksi verisuoniperäinen muistisairaus, lewynkappale tauti ja otsaohimolohko peräiset muistisairaudet. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen (toim) 2016, 113–120; Kallio 2019, 16–18).

Tuki- ja liikuntaelimestössä vanheneminen näkyy luustossa, nivelissä ja lihaksistossa. Noin 40. ikävuoden jälkeen alkaa luun haurastuminen eli osteoporoosi ja sitä esiintyy enemmän naisilla kuin miehillä. Luun haurastuminen jatkuu elämän loppuun saakka. Vanhenemiseen liittyvää luukatoa on selitetty hormonitoiminnan muutoksilla, ravintotekijöillä ja liikunnan vähäisyydellä. Aktiivinen ja liikunnallinen elämäntapa ylläpitää luun mineraalivarastoja ja näin vahvistaa luuta, kun taas tutkimuksin on pystytty todistamaan, että alkoholin käyttö ja tupakoiminen vähentävät luun mineraalipitoisuutta. Ikääntyessä myös lihasmassa vähenee ja rasvan määrä lisääntyy. (Kelo ym. 2015, 14 & 16–17; Haukka, Kivelä, Pyykkö, Valleio Medina & Vehviläinen 2007, 110–111.)

Nivelnesteiden määrä vähenee vanhetessa ja sidekudoksen määrä puolestaan lisääntyy. Tämä johtaa siihen, että ikääntyessä nivelten liikkuvuus vähenee. Nivelillä on toimintakyvyn kannalta keskeinen merkitys, joten nivelien liikkuvuuden rajoittuminen johtaa usein erilaisiin toimintakyvyn muutoksiin ja avuntarpeen lisääntymiseen. (Kelo ym. 2015, 15–16.)

Yksi yleisimmistä vanhuksen pitkäaikaisille kiputiloille altistavista sairauksista on nivelrikko. (Tilvis 2004). Nivelrikko on seurausta nivelten rustokudoksen kulumisesta. Eniten nivelrikkoja on lonkka- ja polvinivelissä ja selkärangassa. Akuutin kipuvaiheen hoitona käytetään lepoa, turvotusta ja kipua vähentävää lääkitystä, kylmähoito ja kortisonihoitoa. (Kelo ym. 2015, 15–16.)

Toinen nimenomaan vanhuksilla esiintyvä lihas- ja nivelsärkyä aiheuttava sairaus on polymyalgia rheumatica eli lihasreuma (Tilvis 2004)., joka oireilee alkuun lievänä kuumeiluna ja laihtumisena. Siihen voi liittyä myös päänsärkyä ja raajojen kipuja. Lihasvoima tuntuu katoavan usean oireviikon jälkeen ja rystysiin kertyy nestettä. Oireita saadaan lievitettyä lääkityksellä jo muutamassa päivässä, mutta lääkitystä vähennettäessä tai lopetettaessa oireet usein uusivat helposti. (Kelo ym. 2015, 16.)

Muutoksia tapahtuu myös sydän- ja verenkiertoelimistössä. Valtimot kovettuvat ja niiden elastisuus vähenee, mikä johtaa ateroskleroottisuuden lisääntymiseen. Verenpaineella tapahtuvat muutokset näkyvät systolisen paineen nousuna ja diastolisen paineen laskuna. Nämä muutokset vähentävät sydämen toimintakykyä ja tämän vuoksi rajoittavat fyysistä suorituskkyä sekä heikentävät erilaisten stressitilanteiden sietokykyä. Myös ääreisverenkierron vastus kasvaa iän myötä, joten yhdessä vastuksen kasvu ja sydän- ja verenkiertoelimistön ikääntymismuutokset heikentävät ääreisverenkiertoa. Sydän- ja verenkiertoelimistön ikääntymismuutokset vaikuttavat lisäksi myös hapenottokykyyn ja lihasten kykyyn käyttää happea. (Kelo ym. 2015, 13–14.)

Sydän- ja verenkiertoelimistön ikääntymisen myötä riski sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin riski kasvaa. Oireisen sepelvaltimotaudin yleisyys on arvioilta 10–20% vanhusväestöstä. Rintakipua kuvataan yleensä voimakkaaksi ja hyvin usein se paikantuu rintalastan alaosaan. Joka kolmannelta 70-vuotiaalta rintalastalla tuntuva raastava kipu kuitenkin puuttuu. Sen sijaan oirekuvaa saattavat hallita hengenahdistus ja muut sydämen vajaatoimintaa enteilevät oireet. (Tilvis ym. 2016, 88; Haukka ym. 2007, 110.)

Etenkin vanhusten kivunhoidossa tulee huomioida erotusdiagnostiset seikat. Esimerkiksi rintakivun taustalla voi sydänperäisen syyn lisäksi olla keuhkosairaus ja ruokatorven tai vatsan sairaus. Selkäkipua voi osteoporoottisten murtumien lisäksi aiheuttaa esimerkiksi munuaisiin liittyvät tulehdustilat. Päänsärky voi olla seurausta vyöruususta tai ohimovaltimotulehduksesta. Vatsakivun yleisin aiheuttaja puolestaan on ummetus, mutta taustalla voi olla myös akuutti, jopa kirurgista toimenpidettä vaativa tila. (Haukka ym. 2007, 110–112.)

3.3 Kivun tunnistaminen ja arviointi

Perusterveydenhuollon perustehtäviin kuuluu kivun tunnistaminen. Kipu voi olla syy, jonka vuoksi potilas on hankkiutunut hoitoon tai seurausta mahdollisista toimenpiteistä, tutkimuksista ja hoidoista. Kivun tunnistamisessa ja -hoidossa korostuvat hoitotyön kompetensseista etenkin yksilöllisyys: Potilas on oman kipunsa paras asiantuntija. On kuitenkin tilanteita, joissa potilas ei pysty itse ilmaistamaan kipuaan. Tällöin kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa käytetään siihen tarkoitukseen kehitettyjä apuvälineitä. Kipua arvioidaan säännöllisesti ja sen syy pyritään selvittämään välittömästi. (Salanterä, Hagelberg ym. 2006, 75.)

Akuutin kivun arvioinnissa apuna voidaan käyttää fysiologista arviointia. Arviointi perustuu kivun elimistön toimintaan aiheuttaneiden muutosten havainnointiin. Peruselintoimintoihin vaikuttavat kivun lisäksi monet muut tekijät, kuten potilaan sairaudet, lääkitys ja tunnetila. Fysiologista arviointia joudutaan kuitenkin käyttämään esimerkiksi tajuttoman potilaan kohdalla. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että yksistään fysiologinen arviointi ei ole täysin luotettavaa, vaan sen rinnalla on hyvä käyttää myös muita apuvälineitä. (Salanterä, Hagelberg ym. 2006, 75–76.)

Kipua voidaan arvioida myös potilaan kasvoista ja käyttäytymisestä. Arviointi perustuu ilmeiden, eleiden, itkun, kehon asennon ja raajojen liikkeiden tarkkailuun ja poikkeavan käytöksen havaitsemiseen. Muun muassa hermostuneisuus ja ahdistus, kehon jäykkyys ja levoton liikehdintä viestivät kivuliaisuudesta. (Kalso ym. 2018, 93; Salanterä, Hagelberg ym. 2006, 76–77.)

Kivun arvio perustuu vanhuksenkin kohdalla ensisijaisesti potilaan omaan kokemukseen kivusta. Tekijä, joka aiheuttaa kipua, selvitetään, jotta hoito voidaan kohdentaa oikein. Iäkkään dementoituneen potilaan kivun tunnistamisesta ja arvioinnista haasteellista tekee mahdollinen kommunikaatiovaje. Myös potilaan kyky hahmottaa tuntemusta ja verbaalisen ilmaisun heikentyminen vaikeuttavat kivun arviointia. Vaihe, jossa dementoitunut vanhus menettää puhekykynsä, voi kestää vuosia. Erityisesti tämän vaiheen aikana on tärkeää havainnoida potilasta useita kertoja vuorokaudessa, jotta hoidon tavoite, kärsimyksen lievittäminen, täyttyy. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia havainnoinnin menetelmiä ja kivunarviointiin tarkoitettuja mittareita. (Kalso ym. 2018, 538; Hagelberg ym. 2015.)

Kipumittarit on kehitelty kivunarvioinnin tueksi ja hoitajien apuvälineeksi. Tunnetuin ja yleisimmin käytössä oleva kipumittari on VAS (visual analogue scale). Se on janamuotoinen kipumittari, jonka toiseen päähän on merkitty ”ei kipua” ja toiseen päähän ääripää ”voimakkain mahdollinen kipu”. Hoitaja voi pyytää potilasta merkitsemään janalle merkin siihen kohtaan, jona kokee kipunsa voimakkuuden. (Kalso ym. 2018, 90–91; Salanterä, Hagelberg ym. 2006, 83–85.)

VAS -kipumittarista on kehitetty lisäksi numeerinen kiilamuotoinen asteikko, joka kantaa nimeä NRS (numeric rating scale). Kipumittarissa on punainen kipukiila: Mitä punaisemmalle alueelle kipu asettuu, sitä kovempaa kipu on. Potilas merkitsee kipunsa kipukiilaan samaan tapaan kuin VAS -mittaria käytettäessä. Numeeroasteikko (0–10) on sijoitettu kipukiilan taakse. (Kalso ym. 2018, 90–91; Salanterä, Hagelberg ym. 2006, 84–85.)

Sanallinen asteikko VRS (verbal rating scale) on Suomeen vakiintunut kipumittari jo vuodesta 1980. Kyseisessä kipumittarissa kipusanalle on annettu numeerinen arvo, jonka perusteella kipua voidaan arvioida. Kaikessa yksinkertaisuudessaan VRS -kipumittari voi olla 0=eikä kipua lainkaan ja 4=kipu on sietämätöntä. (Kalso ym. 2018, 90–92; Salanterä, Hagelberg ym. 2006, 85–86.)

Ilmeasteikko on kehitelty erityisesti lasten kivunarviointiin, mutta on käytettävissä jokaisessa ikäryhmässä. Mittarista valitaan kasvot, jotka kuvaavat parhaiten

omaa kipukokemusta. (Kalso ym. 2018, 91; Salanterä, Hagelberg ym. 2006, 86–87.)

Haasteita vanhusten kivunhoidossa kipumittareiden käyttöön tuovat kognitiivisten ongelmien ja aistivajeiden tuomat rajoitteet, jotka vaikeuttavat kivun tunnistamista. Haaste on myös vanhuksen oma asenne ja pelko kipua kohtaan. Sen vuoksi on kehitelty oma, muistisairaille suunnattu kipumittari PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). Erityisen hyvin PAINAD sopii sellaisille muistisairaille, joiden kommunikaatiokyky on alentunut sairauden vietyä puhekyvyn. (Rapo-Pylkkö 2017; Päivärinta 2012, 5, 20 & 22).

PAINAD-kipumittarin luotettavuutta on arvioitu iäkkäiden muistisairautta sairastavien sairaalahoidon aikana. Tutkimuksin on pystytty osoittamaan kipumittarin avulla kivuttomiksi arvioitujen potilaiden olleen kivuttomia myös todellisuudessa. Kipumittarissa arvioitavia osa-alueita ovat hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. (Kankkunen 2009, 259; Päivärinta 2012, 10.)

Kipua havainnoidaan vanhuksen käyttäytymisestä yhtäjaksoisesti 5 minuutin ajan. Apuna käytetään PAINAD-taulukkoa, johon kirjataan tehdyt havainnot. Havainnoitavia kohtia on yhteensä viisi ja jokaisesta kohdasta voi saada pisteitä nolasta kahteen. Kokonaispistemäärä on siis 10 pistettä. Kun potilas ei saa yhtään pistettä tarkoittaa se, ettei kipua ole, kun taas täydet 10 pistettä tarkoittaa sietämättömää kipua. Akuutissa vaiheessa kipua arvioidaan säännöllisesti joka vuorossa ja aina ennen kivunhoitoa sekä kivun hoidon jälkeen. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä).

3.4 Lääkkeetön kivunhoito

Koska ikääntyneet ovat kivunhoidollisesti haastava ryhmä, on hyvä muistaa kivun lääkkeettömät hoidot. Lääkkeettömiä hoitomuotoja tulee käyttää aina mahdollisuuksien mukaan ja myös lääkehoidon rinnalla. (Kipu, Käypä hoito -suositus 2017; Kelo ym. 2015, 57.) Lääkehoitoon verrattuna lääkkeettömät kivunhoidon

menetelmät ovat edullisia ja niillä on vähemmän sivu- ja haittavaikutuksia. (Kulmala 2010, 13). Tässä opinnäytetyössä käsitellään vain niitä lääkkeettömän kivunhoidon muotoja, joiden teho on pystytty tutkimuksin osoittamaan.

Lämpö- ja kylmähoitoja voidaan käyttää laajalti kivunlievitykseen. Aikuisten kipupotilaiden arviointien perusteella lämpö- ja kylmähoidot ovat korkealle arvostettuja kivun lievityskeinoja heti kipulääkityksen jälkeen. Käytettäessä lämpö- ja kylmähoitoja sijoitetaan lämmin tai kylmä kohde suoraan kipualueen päälle. Lämmittämällä stimuloidaan perifeerisiä hermopäätteitä ja nopeutetaan verenkiertoa ja metaboliaa. Kylmentämällä puolestaan turrutetaan hermopäätteitä ja hidastetaan verenkiertoa ja vähennetään lihasjänteyttä. (Lane & Latham 2009.)

Lämpö- ja kylmähoidot lievittävät kipua ja niveltulehduksen aiheuttamaa nivelten jäykkyyttä. Kylmähoidolle saadaan paras vaste akuutin kivun hoidossa, sillä sen verenkiertoa hidastavan vaikutuksen ansiosta myös turvotus laskee. Myös paraneminen nopeutuu, koska kylmä pienentää hermon johtumisnopeutta. Kylmähoitoa annetaan noin 20 minuuttia kerrallaan ja hoito voidaan toistaa 12–2 tunnin välein. Kylmähoitoa toteuttaessa on tärkeää muistaa suojata iho kylmältä, jotta paleltumilta vältytään. (Kelo ym. 2015, 57; Lane ym. 2009.)

Lämpöhoitojen verenkiertoa stimuloivan vaikutuksen vuoksi lihakset rentoutuvat ja kudokset venyvät. Lihasten rentoutuessa ja aineenvaihdunnan kiihtyessä jäykkyys ja lihasjänteisyys vähenee ja kipu vaimenee. Tämän vuoksi lämpöhoito on hyvä keino esimerkiksi aamulla esiintyvän jäykkyyden helpottamiseen ja kehon notkeuttamiseen. Lämpöhoito sopii varsinkin kroonisten kiputilojen hoitoon. Lämpöhoitoa ei tule aloittaa, jos potilaalla on tulehduksia, ihorikkoja, ihottumaa, huono valtimoverenkierto, metallisia vierasesineitä tai tuntopuutoksia, jotka voivat nostaa palovammariskiä. (Kelo ym. 2015; Lane ym. 2009.) Lämpöhoidon kesto on 10–20 minuuttia. (Arokoski 2015).

Hyvä asentohoito on avainasemassa etenkin sellaisten potilaiden kohdalla, jotka eivät sairautensa vuoksi kykene vaihtamaan asentoaan itsenäisesti. Vuodepotilaan asentohoitoa tulee toteuttaa vähintään kahden tunnin välein ja potilaalla olisi

hyvä olla painehaavapatja. Hyvä asentohoito sellaisenaan vähentää kivuntunte-
musta, sillä asennonmuutos keventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsykettä ja
parantaa verenkiertoa. (Kelo ym. 2015, 57.)

Kipua pystytään vähentämään myös hieronnan avulla. Kivunlievitys perustuu ki-
reiden lihaskudosten rentoutumiseen ja mekaanisen kosketuksen vapauttamiin
endorfiineihin. Hieronta vaikuttaa hermostoon kuitenkin myös kokonaisvaltaisesti
Hieronta vaikuttaa hermostoon paikallisen vaikutuksen lisäksi myös kokonanis-
valtaisesti. Terapeuttiseen harjoitteluun yhdistettynä hieronta vähentää kipua ja
parantaa toimintakykyä etenkin subakuutin ja kroonisen kivun hoidossa. Hieronta
on helppo ja vanha kivunlievityksen keino, mutta tutkimukset ovat kuitenkin osoit-
taneet, että hieronnan vaikutus on lyhytkestoinen. (Kelo ym. 2015, 58; Arokoski
2015.)

Lääkinnälliset hoitosukat eli kompressiosukat ovat lääkärin suosittelema hoito-
muoto, jolla hoidetaan alaraajojen turvotusta. Raajojen turvotus aiheuttaa poti-
laalle kipua, joten lääkinnälliset hoitosukat voidaan siitä syystä laskea myös lää-
keettömäksi kivunhoidoksi. Hoitosukkien tavoitteena on parantaa alaraajojen las-
kimoveren paluuvirtausta, pienentää hiussuonten ja kudosten välistä paine-eroa
ja edistää virtausta imuteissä. Hoitosukkia ei voida käyttää, jos potilaalla on
akuutti syvä laskimoveritulppa, valtimoverenkierron vajaatoiminta tai epäselvä
haavan etiologia. (Lääkinnälliset hoitosukat.)

Mekaaninen kosketus etenee pääasiassa hermoston kautta: Ihon alla on her-
mosyitä, jotka välittävät sekä kipua että kosketusta. Porttikontrolliteorian mukaan,
kun ihminen hieroo kipeää kohtaa, aktivoi terveen kohdan kosketus nopeat ja
paksut hermosyyt, jotka vievät kosketuksen viestiä nopeasti eteenpäin. Nuo her-
mosignaalit ehtivät sulkea reitin kipeän kohdan hitailta kipusignaaleilta. Myös ai-
vojen omat kipua jarruttavat toiminnot aktivoituvat. (Miranda 2016, 74–75.)

Oksitosiini on hormoni ja aivojen välittäjäaine, jota vapautuu elimistöön kosketta-
essa ja halattaessa. Vapautuminen edellyttää kuitenkin jonkinlaista tunnesidettä

kosketettavan ja koskettajan välillä. Oksitosiinin vapautuminen elimistöön lievittää kipua, mutta sen huono puoli on se, että vaikutus on hyvin lyhytaikainen. (Miranda 2016, 74–75: Kelo ym. 2015, 58.)

Musiikki on terapeuttisena keksintönä ollut olemassa eri kulttuureissa jo vuosisatoja ja sitä on käytetty kivunhallintakeinona jo toisen maailman sodan aikana. Lukuissa tutkimuksissa on pystytty todistamaan musiikkiterapian teho akuutin ja kroonisen kivun hoidossa. Musiikin kuuntelun teho perustuu mielialan paranemiseen, verenpaineen ja sykkeen laskuun, hengityksen ja immuunijärjestelmän rauhoittumiseen sekä kipulääkkeiden tehon paranemiseen (Pathania, Slater, Vose & Navarra 2017.)

Tutkimusten mukaan musiikin kuuntelu voi vähentää leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuutta ja käytettävien kipulääkkeiden määrää. Tutkimuksissa ei kuitenkaan olla pystytty todistamaan, että musiikin kuuntelulla olisi kipulääkkeiden sivuvaikutuksia lieventäviä vaikutuksia. (Musiikki interventiona sairaalassa, The Joanna Briggs Institute.)

Mielikuvaharjoittelu ja huomion suuntaamisen menetelmät ovat meditaation muotoja. Niiden päämääränä on kiinnittää huomio pois kivusta. Huomio voidaan kiinnittää esimerkiksi johonkin esineeseen, sanaan, lauseeseen tai hengitykseen. Huomion suuntaamisen menetelmä auttaa minimoimaan häiritseviä ja stressaavia ajatuksia ja tunteita. (Non-Drug Pain Management.)

Mielikuvien avulla vanhus voidaan johdattaa tunnemaailmaltaan turvalliseen ja rauhalliseen paikkaan, jossa hän saa hyvänolon tunteen. Myös muistelu ja hyvät muistot antavat voimia ja niiden avulla voi suunnata huomiota pois kivusta. (Kelo ym. 2015, 58.)

Lepo ja uni tukevat terveyttä ja hyvinvointia monin eri tavoin. Uusien tutkimusten mukaan huonounisuus voi moninkertaistaa riskin laaja-alaiseen kipuoireilun puhkeamiseen. Kipu häiritsee nukkumista, mutta nukkumattomuus ja unen puute

myös lisäävät kipua. Tutkimusten valossa yleisempää näyttäisi olevan unenpuutteen negatiivinen vaikutus kipuun. (Miranda 2016, 55–56.)

Aikuisen ihmisen tulisi nukkua keskimäärin 6–9 tuntia yöunta. Unen tarve on kuitenkin yksilöllistä. 40–80% kipupotilaista kärsii unettomuudesta ja ikääntyessä unettomuus yleistyy. Ikääntyneiden unettomuuden yhteydessä on erityisesti muita samanaikaisia sairauksia, kuten ahdistuneisuutta, depressiivisyyttä ja heikentyneitä toimintakykyä. (Unettomuus, Käypä hoito -suositus.)

4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

4.1 Opinnäytetyö toiminnallisena menetelmänä

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tuotteena syntyy kirjallinen opas opinnäytetyön aiheesta. Oppaita painetaan valmiiksi yhteensä kolme, yksi toimeksiantajalle ja yhdet kappaleet sekä Kuivaniemen hoivaosastolle että palvelua-asunnoille. Lisäksi oppaan sähköinen versio lähetetään toimeksiantajana toimivalle Päivi Sipolalle, josta hän itse voi tarpeen vaatiessa tulostaa lisäkappaleita.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus on tarkoitus toteuttaa lineaarisen mallin mukaisesti. Lineaarisella mallilla tarkoitetaan sellaista etenemismallia, jossa edetään aikaisemmin määritellyn kehittämissuunnitelman mukaisesti, toiminta on kaavamaisista ja perättäisinä vaiheina etenemistä. Lineaariseen malliin liittyy olennaisesti neljä vaihetta: tavoitteen määrittely, suunnitelma, toteutus ja työn päättäminen sekä arviointi. (Salonen 2013, 14–15.)

4.1.1 Oppaan ideointi ja tavoitteen määrittely

Oman osaamisen syventämisen kannalta opinnäytetyön aiheen tulisi olla itseä kiinnostava ja motivoiva. Lisäksi tulee huomioida myös aiheen kiinnostavuus ja ajankohtaisuus toimeksiantajan näkökulmasta. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 23.)

Lähtökohtana opinnäytetyöni aiheenvalinnalle oli oma havaintoni siitä, kuinka vähän lääkkeettömään kivunhoitoon kiinnitetään huomiota hoitotyössä. Yleisessä kahvihuonekeskustelussa kävi ilmi, ettei lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä tiedetä paljoakaan ja ne ovat jääneet lähes täysin lääkehoidon jalkoihin. Lisäksi lääkkeetöntä kivunhoitoa pidetään vähempi arvoisena lääkehoidon rinnalla ja hoitajat kokivat, ettei aiheesta ole tarpeeksi tutkimustietoa. Kiinnostus ja toimeksianto lääkkeettömän kivunhoidon oppaalle löytyi heti sen hetkisestä työpaikastani. Toimeksiantajan puolesta lääkkeettömän kivunhoidon lisäksi ajankohtaiseksi nousi muistisairaana ikääntyneen kivunarvioinnin tehostaminen ja siihen käytössä olevat keinot.

Tarkoituksena on luoda toiminnallisena opinnäytetyönä opas PAINAD-kipumittarista ja lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä vanhuspalveluissa työskente-

leville hoitajille. Oppaan tarkoituksena on syventyä muistisairaankäytännön kivunhoitoon perehtymällä lääkkeettömiin kivunhoidon menetelmiin ja kivunarvioinnissa apuvälineenä käytettävään kipumittariin. Tavoitteena on, että muistisairaankäytännön kivunhoito huomattaisiin ajoissa, sitä osattaisiin arvioida- ja hoitaa kokonaisvaltaisemmin, ja tämän myötä turvata ikääntyneelle kivuttomampi loppuelämä.

Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen ja sen toimeksiantajana toimii Kuivaniemen hoiva- ja palveluasumisen esimies Päivi Sipola. Opas suunnataan Kuivaniemen hoiva- ja palveluasumisessa työskenteleville hoitajille. Se suunnitellaan hoitohenkilökunnan tueksi vanhuksen kivunhoidon arvioinnin, suunnittelun ja toteutuksen tueksi. Ideointivaiheessa myös koulu hyväksyi ideani ja aloitin oppaan varsinaisen suunnittelun ja toteuttamisen.

4.1.2 Oppaan suunnittelu ja toteuttaminen

Sisällöllisesti toiminnallinen opinnäytetyö pohjautuu alan näyttöön perustuvaan tietoperustaan sekä teoriaan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei ole tutkimusongelmaa tai tutkimuskysymyksiä. (Vilkkä ym. 2004, 40, 41–42.)

Oppaan suunnittelun aloitin opinnäytetyölle tyypillisellä tavalla eli laadin opinnäytetyösuunnitelman. Hyvä suunnitelma on sellainen, joka on huolellisesti laadittu. Opinnäytetyösuunnitelmassani otin esille opinnäytetyöni tavoitteet, keskeiset käsitteet ja projektin etenemisen. (Salonen, 2013, 15–16.) Suunnitelmavaiheessa lähdin myös etsimään tietoa siitä, millainen on hyvä opas.

Hyvässä oppaassa on riittävä kirjasinkoko ja selkeä fontti. Kappaleiden jäsentely, jaottelu ja asettelu sekä väliotsikointi selkeyttävät tekstiä ja helpottavat lukemista. Kuvia, kaavioita ja taulukoita voidaan käyttää ymmärrettävyyden parantamiseen. (Hirvonen ym. 2007 127–154.)

Sisällöltään ja kieliasultaan oppaan tulee olla ymmärrettävää ja opasta laatiessa on tärkeää muistaa, kenelle opasta laaditaan. Hyvä opas on suunniteltu hyvin ja se on sisällöltään tehokkaasti tiivistetty ja siinä otetaan esille vain pääkohdat. (Heikkinen, Tiainen & Torkkala 2002, 34; Hirvonen, Johansson, Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta & Renfors 2007, 124–126.)

Oppaan työstämisen aloitin perehtymällä huolellisesti aiheeseen jo suunnitelmavaiheessa. Etsin sekä kansainvälisiä että suomenkielisiä tutkimuksia, kirjallisuutta ja internetlähteitä, jotka kokosin suunnitelmavaiheessa yhteen. Käytettyjä hakukoneita ovat Google, Medic, Cinahl, JBI Joanna Briggs Institute ja PubMed. Lisäksi on käytetty Käypä Hoito -suosituksia ja kirjastopalveluita.

Suunnitelman esitin ryhmälleni suunnitelmaseminaarissa syyskuussa 2019. Palautetta antoi sekä opettaja että vertaisarvioija. Suunnitelma hyväksyttiin lokakuussa 2018, jonka jälkeen aloitin varsinaisen opinnäytetyön työstämisen.

Suunnitelmavaiheessa keräämäni tietoperusta oli opinnäytetyön etenemiselle hyvä pohja, mutta sellaisenaan riittämätön. Jatkoin tietoperustan keräämistä aina kevääseen 2019 saakka. Haasteeksi osoittautui vähäinen suomenkielinen tutkimustieto ja vieraskielisten artikkeleiden maksullisuus.

Oppaan alustava versio lähetettiin toimeksiantajan tarkistettavaksi maaliskuussa 2019. Tuon palautteen perusteella selkeytin oppaan tekstin jäsentelyä ja kirjainkokoja. Lisäksi lisäsin oppaaseen lukijalle-osion ja sisällysluettelon helpottamaan lukemista.

4.1.3 Projektin päättäminen ja oppaan arviointi

Valmiin ehdotuksen opinnäytetyöstäni palautin esitarkistukseen toukokuussa 2019. Saadun esitarkistuslausunnon pohjalta sain vielä mahdollisuuden muokata opinnäytetyötäni ja sen ulkoasua. Opinnäytetyö valmistui elokuussa 2019, jolloin esitin opinnäytetyöni seminaarissa.

Toimeksiantajan antama palaute oppaasta oli positiivista, varsinaisia muutos- tai parannusehdotuksia ei toimeksiantajan puolelta tullut. Toimeksiantaja koki oppaan hyväksi sellaisenaan. Oppaaseen oli toimeksiantajan mukaan otettu mukaan sellaiset lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät, joita heidän yksikössään voidaan hyödyntää ja toteuttaa. Lisäksi positiivista palautetta tuli erityisesti PAI-NAD-kipumittarin mukaan ottamisesta, se palvelee Kuivaniemen hoiva- ja palveluasumisen asukkaita erittäin hyvin, sillä asukaskunta on pääasiassa muistisairaita vanhuksia. Myös ytimekkästä ja selkeästä ulkoasusta tuli positiivista palautetta. Saadun palautteen perusteella oppaaseen ei enää lähdetty tekemään suuria muutoksia.

Valmiin oppaan Kuivaniemen hoiva- ja palveluasumisessa työskentelevät hoitajat ja esimies ottivat hyvin vastaan. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui mutkattomasti eikä ongelmia tullut esille missään vaiheessa opinnäytetyöprojektia.

5 POHDINTA

Valmiina olevia aineistoja on tutkittava kriittisesti sekä yhdisteltävä, muokattava ja tulkittava eri lähteiden tietoja. Tiedon tulee olla tutkimustuloksiin ja näyttöön perustuvaa teoretietoa, ja lähteitä käyttää harkiten. (Hirsijärvi, Remes & Saja-vaara 2016, 189–191.) Virkkeiden rakenteella pyritään tekstin ymmärrettävyyden lisäämiseen. Lisäksi oppaassa käytetään tuttua sanastoa ja tieteenkäsitteitä käytettäessä tarkkoja oppisanoja. (Hirsijärvi ym. 2016, 306–307.) Toiminnallisen opinnäytetyöni tuotteena syntyi opas hoitohenkilökunnan käyttöön ja siksi aineistojen luotettavuus oli punnittava erityisen tarkkaan. Tiedon luotettavuus ja ajantasaisuus oli tarkistettava useista eri lähteistä.

Ikääntyneen hoitotyössä eettisinä periaatteina korostuu muun muassa ihmisoi-keus ja itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisoikeudesta säädetään potilaslaissa ja sosiaalihuollon asiakaslaissa. Potilaan kieltäytyessä hoidosta, on mahdolli-suuksien mukaan kunnioitettava ja toimittava yhteistyössä potilaan päätöksen kanssa. Haasteen tästä tekee ikääntyneen hoitotyössä esimerkiksi erilaiset muis-tisairaudet ja kykenemättömyys päättää omasta hoidostaan. Tällöin suostumus tai suostumattomuus hoitoon saadaan omaiselta tai läheiseltä. (ETENE 2008, 5–8.)

Jokaisella ikääntyneellä on ainutkertainen ja loukkaamaton ihmisarvo, aivan ku-ten nuorilla ja terveilläkin. Ikääntynyttä tulee kohdella yksilönä ja hänen näkemyk-sensä, vakaumuksensa ja arvonsa tulee hoitohenkilökunnan huomioida potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Ideaalitulanteessa hoitoa ohjaa potilaan omat ko-kemukset ja kertomukset omasta elämästään. (ETENE 2008, 5–8.)

Kirjalliset oppaat tulevat hoitohenkilökunnan käyttöön. Toimeksiantajani kanssa olemme sopineet, että opasta voi käyttää koko Oulunkaaren kuntayhtymässä. Rajoituksena oppaan käytölle on kuitenkin se, että se on tehty vanhuspalveluihin ja se tuleeikin ottaa huomioon opasta käytettäessä. Opasta käytetään hoitohenkilökunnan oman harkinnan mukaisesti ja oppaan käyttäjä on itse vastuussa omasta toiminnastaan. Tietosuoja-asiat eivät ole oppaan eettisyyden kannalta olennaista.

Opinnäytetyöni käsittelee lääkkeetöntä kivunhoitoa ja kivun arviointia hoitotyössä. Jopa käypä hoito -suosituksessa, lääkkeetön kivunhoito on määritelty kivunhoidon peruspilariksi, jonka ympärille lääkehoito rakennetaan tarvittaessa. Lääkkeettömästä kivunhoidosta löytyy kuitenkin äärimmäisen vähän tutkimuksia ja näyttöön perustuvaa tietoa. Tutkimukset on tehty pääasiassa ulkomailla ja siksi suomenkielisiä artikkeleita ei juurikaan löydy. Yhdeksi haasteeksi nousikin kansainvälisten tutkimusartikkeleiden maksullisuus, sillä suunnitelmavaiheessa oppaalle ei oltu määritelty rahallista budjettia.

Kuten Kulmala (2010) ottaa omassa opinnäytetyössään esille, tutkimuksien on pystytty todistamaan hoitajien tietämättömyys lääkkeettömien kivunhoitomuotojen tehokkuudesta. Oma kokemukseni on sama: Tietoa ei ole tarpeeksi, jotta hoitajat uskaltaisivat ottaa kyseiset kivunlievitysmuodot käyttöön. Tietoa lääkkeettömien kivunhoitomuodoista ja niiden tehokkuudesta kivunhoidossa tulee jatkossakin viedä hoitajille, jotta hoitajat saavat tarvittavan teoriaosaamisen käytännön toteuttamisen tueksi. Uskon, että tulevaisuuden tutkimustulokset lisäävät koulutuksen määrää jo opiskeluvaiheeseen. Tarve lääkkeettömälle kivunhoidolle kuitenkin on lääkehoidon rinnalla ja sellaisenaan.

Opinnäytetyötä aloittaessani käsitykseni oppaan tekemisestä ja lääkkeettömistä kivunhoidon muodoista oli erittäin vaatimaton ja vähäinen. Etenkin koen kasvaneeni projektin aikana ammatillisesti: Muistisairaana ikääntyneen kivunarviointi ja kivunhoito ovat täysin oma maailmansa ja hyvässä kokonaisvaltaisessa hoidossa korostuu moni sellainen asia, joita en olisi aiemmin itse osannut ottaa huomioon. Hoitajien on hyvä pitää mielessä se, että jos lääkkeettömän kivunhoidon käyttäminen yhtään arveluttaa, on asiaan hyvä pyytää myös lääkärin näkökulma lääkkeettömän kivunhoidon soveltuvuudesta potilaalle.

LÄHTEET

Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Viitattu. 1.12.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=kht00082&suositusid=hoi20001>

Alzheimerin taudin kulku. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, tarkistettu 2016. Viitattu 11.3.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00516&suositusid=hoi50044>

Arokoski, J. 2015. Kipu haltuun fysiatrian keinoin. Sic! Julkaistu numerossa 4/2015. Viitattu 1.10.2019. http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kipu-haltuun-fysiatrian-keinoin

Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) 2015. Fysiatria. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

ETENE-julkaisuja. Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. 2. painos. Vantaa. Viitattu 12.12.2018. <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf.pdf>

Erkinjutti, T., Rinne, J. & Soininen, H. Muistisairaudet. 2010. Kustannus Oy Duodecim.

Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. Teoksessa Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy Duodecim. Oppiportti. Viitattu 11.4.2019. <https://www.oppoportti.fi/op/pli00042/do>

Haukka, U-M., Kivelä, S-L., Pyykkö, V., Vallejo Medina, A. & Vehviläinen, S. 2007. Vanhusten hoito. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Heikkinen, S., Tiainen, S. & Torkkala, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

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

Kallio, E-L. 2019. Effects of cognitive training on cognition and quality of life in older adults with dementia. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 20.5.2019. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/299964/effectso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kalso, E. 2018. Miksi kipu pitkittyy ja voiko sitä ehkäistä? Lääkärilehti 4.5.2018. Viitattu 1.12.2018. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/miksi-kipu-pitkittyy-ja-voiko-sita-ehkaista/?public=219108ef10470df8d9b792c240c4f1fb>

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2018. Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 2.12.2019.

Kulmala, A. 2010. Lääkkeetön kivunhoito – Kirjallinen potilasopas. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 20.5.2019. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24213/Anni_Kulmala.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lane, E. & Latham, T. 2009. Managing pain using heat and cold therapy. Viitattu 24.5.2019.

<http://web.b.ebscohost.com.ez.lapinamk.fi/ehost/detail/detail?vid=5&sid=08177215-67a1-447f-906a-7101e51f91d3%40sessionmgr101&bdata=JmxvZ2luLmFzcCZzaXRI-PWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=105421842&db=cin20>

Lääkinnälliset hoitosukat. Helsingin yliopistollinen sairaala. Potilasohje.

Lääketieteen termit. Duodecim Terveysportti. Viitattu 3.1.2019. <http://www.terveysportti.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q/113/afferentti>

Lääketieteen termit. Duodecim Terveysportti. Viitattu 3.1.2019. <http://www.terveysportti.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q/113/primaarinen>

Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Muistisairauksien yleisyys. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.7.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Non-Drug Pain Management. Medlineplus.gov. Viitattu 25.5.2019. <https://medlineplus.gov/nondrugpainmanagement.html>

Paakkari, P. 2017. Krooninen (pitkäaikainen) kipu – lääkehoito. Duodecim.

Viitattu 2.1.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939

Pathania, S., Slater, L.Z., Vose, C. & Navarra, A-M. 2017. Music Therapy and Pain Management in Patients with End-Stage Liver Disease: An Evidence-Based Practise Quality Improvement Project. New York University Rory Meyers

College of Nursing. Viitattu 1.12.2018. <https://www-sciencedirect-com.ez.la-pinamk.fi/science/article/pii/S1524904217305532>

Pitkänen, K. & Nikkanen-Ilvesmäki, H. 2010. Vanhuksen kivunhoitoon ei ole hyviä vaihtoehtoja. *Lääkärilehti* 18.6.2010. Viitattu 1.12.2018. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/vanhuksen-kivun-hoittoon-ei-ole-hyvia-vaihtoehtoja/>

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaukseen pitkälle edenneessä dementiassa. Viitattu 11.4.2019. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

Päivärinta, A. 2012. Muistisairaahan kivun arviointi – Hoitajien kokemuksia PAINAD -kipumittarin käytöstä. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 20.5.2019. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49089/Paivarinta_Anne.pdf?sequence=1

Rapo-Pylkkö, S. 2017. Kipumittareiden käyttö vanhuksilla. Best Practice Nordic. Viitattu 11.4.2019. <https://bestprac.fi/2017/02/28/kipumittareiden-kaytto-vanhuksilla/>

Sailo E. & Vartti A-M. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaali Oy.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö – Hoitotyön suositus. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön – Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 15.4.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Musiikki interventiona sairaalassa. 2009. The Joanna Briggs Institute, Viitattu 18.3.2019. <https://docplayer.fi/4188917-Musiikki-interventiona-sairaalassa.html>

Tilvis, R. 2004. Vanhusten kivut. *Duodecim*. Viitattu 24.5.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94056.pdf>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viittanen, M. (toim.) 2016. *Geriatría*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 25.5.2019.

Vilka, H & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 2 painos. Helsinki: Tammi.

Voutilainen P. & Tiikkanen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

LIITTEET

LIITE 1



MUISTISAIRAAN VANHUKSEN KIVUN ARVIOINTI JA
LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Opas hoitohenkilökunnalle



LUKIJALLE

Lääkkeetön kivunhoito on kivunhoidon perusta ja sen vaikutusta kivun kokonaisvaltaisessa hoidossa tutkitaan jatkuvasti. Uusien tutkimustulosten nojalla lääkkeetön kivunhoito tulee yleistymään entisestään, sillä tarve lääkkeettömän kivunhoidon menetelmille on olemassa. Tarkoituksena ei ole kuitenkaan korvata lääkehoitoa kokonaan vaan käyttää menetelmiä lääkehoidon tukena ja näin vähentää kipulääkkeiden käyttöä yhteiskunnassa.

Tässä oppaassa käsitellään niitä lääkkeettömän kivunhoidon menetelmiä, joiden teho on pystytty jo olemassa olevin tutkimuksin todistamaan. Oppaassa käsiteltävien menetelmien turvalliseen toteuttamiseen ei tarvita erillistä lisäkoulutusta. Lisäksi oppaassa on otettu esille PAINAD-kipumittari, joka on suunnattu muistisairaiden vanhusten kivunarviointiin. Opas on toteutettu opinnäytetyönä, yhteistyössä Lapin ammattikorkeakoulun ja Oulunkaaren kuntayhtymän kanssa.

Lääkkeettömänkin kivunhoidon nyrkkisääntönä on potilaan yksilöllinen hoito. Kaikki lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät eivät toimi, eivätkä sovi kaikille, on löydettävä yksilölle parhaiten toimiva menetelmä. Myös lääkkeettömän kivunhoidon keinoista on hyvä keskustella ensin potilasta hoitavan lääkärin kanssa.

”Huominen kaunis

minä nousen

tuska kipu

katoaa

elän

hiljaa kuiskaan rakastan”

- Timo Latsa, runosta Kipu

SISÄLLYS

1 PAINAD-KIPUMITTARI	35
1.1 Kipumittarin käyttö.....	35
1.2 Kipumittari taulukkona	36
2 FYSIKAALISET MENETELMÄT	37
2.1 Kylmä- ja lämpöhoito.....	37
2.2 Asentohoito	38
2.3 Lääkinnälliset kompressiosukat	38
2.4 Hieronta.....	39
3 KOGNITIVIS-BEHAVIORALISTISET MENETELMÄT	40
3.1 Musiikki.....	40
3.2 Mielikuvaharjoittelu, huomion suuntaamisen menetelmä	41
3.3 Lepo ja uni	41
4 EMOTIONAALISET MENETELMÄT	42
4.1 Tutun ihmisen läsnäolo ja kosketus.....	42

1 PAINAD-KIPUMITTARI

Kipumittari on kehitetty muistisairaiden vanhusten kivun arviointiin. PAINAD on lyhenne sanoista Pain Assessment in Advanced Dementia. Kipu soveltuu erityisen hyvin sellaisten vanhusten kivun arviointiin, jotka ovat jo menettäneet puhekykynsä.

1.1 Kipumittarin käyttö

Kipua havainnoidaan vanhuksen käyttäytymisestä yhtäjaksoisesti 5 minuutin ajan. Apuna käytetään PAINAD -taulukkoa (löytyy oppaan seuraavalta sivulta), johon kirjataan havainnot käyttäytymisestä. Kohtia on yhteensä viisi ja jokaisesta kohdasta voi saada pisteitä 0-2p. Kokonaispistemäärä on siis 10p. 0p tarkoittaa, ettei kipua ole ja 10p tarkoittaa sietämätöntä kipua.

Akuutissa vaiheessa kipua arvioidaan säännöllisesti joka vuorossa ja aina ennen kivunhoitoa sekä kivun hoidon jälkeen.

Tulosten kirjaaminen potilastietojärjestelmiin on ensiarvoisen tärkeää kivunhoidon seurannassa, arvioinnissa ja jatkon suunnittelussa!

1.2 Kipumittari taulukkona

	0	1	2	Tulos
Hengitys	Normaali	Ajoittain vaivalloista, lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Äänekästä, vaivalloista, pitkiä hyperventilaatiojaksoja, Cheyne-Stokesin hengitystä	
Ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikerointia, voihketta tai valittavaa, moittivaa, hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikerointia, voihketta tai itkua	
Kasvojen 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	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle ja tyyntyyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu	

Yhteensä: _____/10 p

2 FYSIKAALISET MENETELMÄT

2.1 Kylmä- ja lämpöhoito

Kylmähoidon tarkoituksena on saada verisuonet supistumaan ja aineenvaihdunta sekä turvotuksen muodostuminen hidastumaan. Paikallinen kylmähoito perustuu tulehduksen oireiden hillintään, kivun vähenemiseen ja kipukohdan turvotuksen laskemiseen. Lisäksi kylmää rauhoittaa ärtyneitä hermopäitä ja on tämän vuoksi myös oiva keino lihaskipujen hoitoon. Kylmähoito soveltuu esimerkiksi nivelreumaisen tai nivelrikkoisen potilaan kivun hoitoon.

Sairaalaolosuhteissa käytössä on erilaisia kylmägeelejä ja -pakkauksia. Hygieenisistä syistä pakkausten on hyvä olla kertakäyttöisiä, henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitettuja tai pestäviä ja desinfioitavia. Jotta ihopaleltumia ei pääse syntymään, on hyvä muistaa suojata iho esimerkiksi tekstiilillä ennen kylmäpakkauksen asettamista. Kylmähoitoa on syytä toteuttaa 10-15 minuuttia kerrallaan useita kertoja päivässä.

Lämmön kipua vähentävä vaikutus perustuu rentoutumiseen ja verenkierron kiihtymiseen. Lisäksi kudosten venyvyys lisääntyy. Vaikutusmekanismi on käytännössä päinvastainen kylmähoitoon nähden. Lämpöhoito soveltuu muun muassa nivelrikosta, nivelreumasta sekä selkä- ja niskakivuista kärsivän potilaan kivun hoitoon.

Sairaalaolosuhteissa käytössä on erilaisia lämpöpakkauksia, -peitteitä ja -rasvoja. Hygieenisistä syistä pakkausten on hyvä olla kertakäyttöisiä, henkilökohtaiseen käyttöön tarkoitettuja tai pestäviä ja desinfioitavia. Lämpöpakkauksen tulee olla iholla miellyttävän tuntuinen: lämmin, mutta ei kuuma. Noin 10–20 minuutin käsittelyaika on ideaali, yksilöllinen vaste ja ihoärsytys huomioiden.



2.2 Asentohoito

Myös asentohoidolla on oma osuutensa kivun hoidossa etenkin vanhusten hoivapalveluissa, sillä vanhuksen kyky vaihtaa omaa asentoaan on usein ikääntymisen tai sairauden myötä rajoittunut. Asentohoidolla lievennetään kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsykettä. Pelkkää säännöllistä asennon vaihtamista asentohoito ei ole, vaan se pitää sisällään myös erilaisten tukilastojen käytön. Tukilastojen tarpeellisuuden ja hyödyn arvioinnin hoitaa fysioterapia.

Ideaalissa tilanteessa potilaan asentoa vaihdetaan 2 tunnin välein. Asennon tulee myötäillä ihmisen luonnollista asentoa ja asentoa voidaan tukea mm. asentotyynyillä. Tarvittaessa voidaan käyttää kipulääkettä ennakkoivasti. Siirrot ja asennon vaihdot tulisi tehdä lähikontaktissa potilaaseen, kuitenkin estämättä potilaan omia liikeratoja. Lakanoiden suoristaminen potilaan alta vähentää kipua.

Huono asentohoito ei aiheuta vain kipua: Mukana voi tulla myös muita liitännäisongelmia, kuten painehaavoja. Lisäksi verenkierto ja hengitys ovat estyneitä huonossa asennossa. Asentohoidon kipua vähentävä vaikutus perustuukin osaltaan siihen, että ehkäistään lisää kipua aiheuttavien liitännäisongelmien syntyminen ja parannetaan verenkiertoa sekä hengitystä.

2.3 Lääkinnälliset kompressiosukat

Hoitosukkia eli kompressiosukkia/tukisukkia käytetään lääkärin suosituksesta. Tavoitteena on parantaa alaraajojen laskimoveren paluuvirtausta, pienentää hiussuonten ja kudosten välistä paine-eroa ja edistää virtausta imuteissä. Niitä voidaan käyttää määräaikaisesti tai pysyväisluonteisesti.

Tukisukka sopii käytettäväksi laskimoleikkausten jälkihoitoon, laskimoiden vajaatoiminnan hoitoon, laskimopohjaisen säärihaavan hoitoon ja ehkäisyyn sekä turvotusten hoitoon. Näiden käyttöaiheiden rinnalla tukisukka lieventää potilaan kipua mm. turvotusten

laskiessa. Tukisukkaa ei voida käyttää ihoinfektioista tai valtimoverenkierrosta johtuvasta turvotuksesta kärsiville potilaille. Jos alaraajaturvotus on sydämen vajaatoiminta peräistä, on asiasta keskusteltava erikseen lääkärin kanssa.

Sukka hankitaan mittatilaustyönä alan erikoisliikkeestä. Jalka mitataan AINA aamulla ennen kuin jalka on päässyt turpoamaan. Sukkia on eri pituuksia, joten mittoja ottaessa on tärkeää huomioida, minkä mittaluokan sukat tilataan. Lisäksi tulee huomioida sukkien eri puristusluokat.

Hoidon vasteen maksimoimiseksi tukisukkia käytetään koko jalkeilla olon ajan.

2.4 Hieronta

Yksi vanhimmista ja tunnetuimmista kivunlievityksen lääkkeettömistä muodoista on hieronta. Hieronnan vaikutus perustuu verenkierron aktivointiin ja endorfiinien vapautumiseen. Mekaaninen kosketus aiheuttaa kipuärsykeille kilpailevia ärsykeitä ja endorfiinien vapautuminen rentouttaa ja vähentää kipuärsykettä.

Hierontaa EI TULE käyttää, jos potilaalla on osteoporoosi, murtumia, palovammoja, laskimotukoksia, haavoja tai infektioita.

Hieronta sopii erityisesti alaselkäkipujen, lihaskipujen ja päänsäryn hoitoon ja se on helpouden lisäksi turvallinen ja tehokas kivunlievittäjä. Lisäksi hieronnalla on positiivisia vaikutuksia nivelliikkuvuuteen ja ihon kuntoon. Myös turvotusten on todettu vähenevän. Viikoittaista hierontaa voi vaatia akuutit kipukohtaukset, mutta tavallisesti kuukausittaiset hoidot riittävät.



3 KOGNITIVIS-BEHAVIORALISTISET MENETELMÄT

3.1 Musiikki

Musiikki on hieronnan rinnalla yksi vanhimmista, tunnetuimmista ja suosituimmista kivunhoidon menetelmistä. Jokainen meistä tietää, mitä musiikki on. Kivunhoidossa musiikin vaikutukset ovat tutkimuksin todistettu tehokkaiksi.

Musiikki kivunlievittäjänä sopii kaikille. Sen teho perustuu mielialan paranemiseen, verenpaineen ja sykkeen laskuun, hengityksen ja immuunijärjestelmän rauhoittumiseen sekä kipulääkkeiden tehon parantumiseen.

Musiikki on turvallinen ja edullinen kivunhoidon muoto, sillä jokaisesta hoitolaitoksesta ja sairaalasta löytyy potilashuoneista esimerkiksi radiot.

Tutkimuksissa on osoitettu jo 20 minuutin musiikin kuuntelulla olevan kipua alentavia vaikutuksia. Musiikki voi olla millaista vain, jos potilaan mielimusiikista ei ole esimerkiksi dementoituneen potilaan kohdalla tietoa. Hoidossa tulee kuitenkin huomioida potilaan yksilölliset arvot, sillä esimerkiksi uskonnollinen vakaumus voi vaikuttaa musiikinkuunteluun.



3.2 Mielikuvaharjoittelu, huomion suuntaamisen menetelmä

Mielikuvaharjoittelu on eräänlainen meditaation muoto. Mielikuvaharjoittelussa henkilö kuvittelee olevansa jossain muualla tai olevansa mukavassa ja ihanassa tilanteessa. Paikka tai tilanne voivat olla täysin kuvitteellisia tai esimerkiksi vanhukselle tärkeitä, positiivisia paikkoja ja tilanteita. Tällaisia ovat esimerkiksi omat häät, lasten ja lastenlasten syntyminen.

Mielikuvaharjoittelu on yksi huomion suuntaamisen menetelmä. Muita huomion suuntaamisen keinoja ovat esimerkiksi mielekäs tekeminen: käsityöt, television katselu, muistipelit, sanomalehden lukeminen, huumori...

Mielikuvaharjoittelua ja huomion suuntaamisen menetelmää voidaan käyttää ihan kelle tahansa. Vasta-aiheita hoidolle ei ole.

3.3 Lepo ja uni

Kipu aiheuttaa unettomuutta ja unettomuus pahentaa kipua. Lepo on tärkeää jokaiselle, mutta erityisesti kivusta kärsivälle. Unen tarpeen määrä vaihtelee yksilöllisesti.

Unettomuutta voidaan hoitaa lääkkeettömästi niin, että vältetään piristäviä juomia iltapäivään ja vähintään 8h ennen nukkumaanmenoa sekä syömällä iltapala noin 2h ennen nukkumaanmenoa. Lisäksi erilaiset yksilölliset iltatoimet saavat kehon valmistautumaan yöpuulle. Tarvittaessa voidaan turvautua lääkkeellisiin hoitoihin lääkärin konsultaation kautta.



4 EMOTIONAALISET MENETELMÄT

4.1 Tutun ihmisen läsnäolo ja kosketus

Turvallisuuden tunne on usein yhteydessä kipukokemukseen. Erityisesti muistisairas kokee ympäristön erilaiset ärsykkeet uhkaavina ja turvattomina ja hänen on vaikea käsitellä kipukokemustaan.

Turvallisuuden tunnetta vanhukselle luo tutun ihmisen, omaisen tai hoitajan läsnäolo ja rauhallinen suhtautuminen potilaaseen. Usein riittää vain läsnäolo, vierellä oleminen tai tuttu ääni. Myös kiireettömyys ja hoitotoimista kertominen rauhoittavat potilasta.

Tutun ihmisen tai hoitajan läsnäolon lisäksi turvallisuuden tunnetta tuo kosketus. Levoton ja ahdistunut vanhus reagoi kosketukseen, pään silittelyyn, kädestä pitämiseen harvoin negatiivisesti: Kosketus on positiivinen kokemus. Myös tutut äänet rauhoittavat ja helpottavat levottomuutta ja ahdistuneisuutta.



Oppaan suunnittelu ja toteutus: Sairaanhoidajaopiskelija Jenna Jokela, Lapin AMK

Oppaan kuvitus: Pixabay.fi

LIITE 2

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Kuivaniemen hoivaosasto ja palvelusunnnot/Oulunkaari Ky Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Päivi Sipola, puh. 0406835066 ja sähköp. paivi.sipola@oulunkaari.com		
	Työn aihe Lääkkeetön kivunhoito vanhusten pitkäaikaisyksiköissä - Tietoisku lääkkeettömän kivunhoidon eri muodoista		
Tekijä	Nimi Jenna Jokela	Opiskelijanumero a1601403	
	Katuosoite Siilotie 23 c 35	Postinumero 90520	Postitoimipaikka Oulu
	Puhelin 0503096109	Sähköpostiosoite Jenna.Jokela@edu.lapinamk.fi	
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoitaja	Ryhmätnumero K72H16S/R72H16S	
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Susanna Kantola		Tehtävänimike Sotealan lehtori
	Toimipaikka ja osoite Lapin amk: Jokiväylä 11 96300 Rovaniemi		
	Puhelin 040 568 7381	Sähköpostiosoite susanna.kantola@lapinamk.fi	
	Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtaan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.		
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.		
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.		
Lisäksi sovitaan	-		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus	
Toimeksiantaja	Ji 25.10.2018	<i>Päivi Sipola</i>	
Tekijä	Ji 25.10.2018	<i>Jenna Jokela</i>	
Lapin AMK	ROVANIEMI 29.10.2018	<i>Susanna Kantola</i>	