

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2010

Maria Uusitalo & Jenni Westerholm

DEMENTOITUNEEN POTILAAN KIVUN ARVIOINTI

- Neljän objektiivisen kipumittarin sisällönanalyysi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Maria Uusitalo & Jenni Westerholm

DEMENTOITUNEEN POTILAAN KIVUN ARVIOINTI - Neljän objektiivisen kipumittarin sisällönanalyysi

Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaus-hanketta, joka toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun terveystulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen pohjalta dementoituneen potilaan tyypillistä käytösmallia ja mallin muuttumista kiputilanteessa. Kipumittareiden sisällönanalyysin tarkoituksena oli kuvailla, minkälaisia ovat opinnäytetyön tutkimukseen valitut kivun arviointi mittarit, vertailla kipumittareiden sisältöä sekä selvittää niiden välisiä yhtäläisyyksiä ja eroja.

Opinnäytetyön toteuttamismenetelmä on kirjallisuuskatsaus sekä samalla kvalitatiivinen tutkimus. Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset ovat: ”Minkälaisia ovat opinnäytetyön tutkimukseen valitut dementoituneen potilaan kivun arviointi mittarit?”, ”Millaisia sisältöalueita dementoituneille potilaille tarkoitettujen kivun arviointi mittarit sisältävät?”, ”Vastaavatko kipumittareiden sisältöalueet dementoituneen potilaan käytösmallia kiputilanteessa?”. Kivun luotettava arviointi on perustana tehokkaalle kivun hoitotyölle, mutta monien haasteiden vuoksi dementoituneen potilaan kivun arviointi on haastavaa ja kipu alihoidettua. Jotta dementoituneen potilaan asianmukainen kivunhoito toteutuisi, tulisi haasteisiin vastata. Opinnäytetyössä päädyttiin tarkastelemaan dementoituneen potilaan kivun arvioinnin apuvälineitä.

Dementoituneen potilaan kivun arviointi on haasteellista, sillä kognitiivisten häiriöiden vuoksi potilaan on vaikea ilmaista itseään ja kertoa kokemastaan kivusta. Opinnäytetyön tulosten perusteella mittarit ovat sisältöalueiltaan kattavia ja monipuolisia ja vastaavat dementoituneen potilaan tyypillistä käytösmallia ja kipukäyttäytymistä. Neljällä kivun arviointi mittarilla: DOLOPLUS 2, PACSLAC, PAINAD JA RAI- järjestelmän kivun arviointi mittarilla, on keskenään samanlaisia sisältöalueita, jotka vastaavat kirjallisuuden mukaista dementoituneen potilaan kipukäyttäytymistä.

Tällä hetkellä ei ole vielä käytäntöön soveltuvaa dementoituneen potilaan kivun arviointiin tarkoitettua mittaria. Opinnäytetyön kipumittareista kehityskelpoisimmaksi katsottiin PAINAD-kivun arviointi mittari, joka on sisällöltään, ulkonäöltään ja kliiniseltä käytöltään selkeä. Opinnäytetyön tulosten perusteella käyttökelpoinen, laadukas ja luotettava dementoituneen potilaan kivun arviointi mittari on sisältöalueiltaan dementoituneen kipukäyttäytymistä vastaava. Kivun arviointi mittarin tulee olla hoitajan helppo käyttää, selkeästi ymmärrettävä ja tulkittava sekä aikaa säästävä.

ASIASANAT:

Dementia, kipu, kivun arviointi, kivun arviointi mittari

Maria Uusitalo & Jenni Westerholm

PAIN ASSESSMENT IN OLDER PEOPLE WITH DEMENTIA – literature review and content analysis of four objective pain assessment tools

This Bachelor's thesis is part of Patient education in pain management-project in Turku University of Applied Sciences. This project is conducted at Turku University of Applied Sciences, the Faculty of Health Care, and Department of Health Care and Social Services of The City of Turku. The purpose of this Bachelor's Thesis was to find out how people with dementia typically behave and how does this behaviour change when the person is feeling pain. The aim of the content analysis of pain assessment tools was to describe what kind of pain assessment tools exist and to compare their similarity and differences of contents.

Thesis is together a literature review and qualitative research. The guiding questions are "What kind of pain assessment tools are used for this Bachelor's Thesis?", "What kind of contents there are in pain assessment tools?", "Are the contents of pain assessment tools similar to pain behaviour of people with dementia?" Nursing care of pain is based on reliable pain assessment. Because of many challenges pain assessment of people with dementia is undertreated. Strategy to overcome these challenges is to find out the proper pain assessment tool for people with dementia.

Assessing of pain in people with dementia is challenging because person's self-report is the most reliable measure of pain but people with dementia are often unable to communicate or tell how they feel pain. Results of Bachelor's Thesis show that there are similarity between cognitive symptoms and behaviour symptoms compared to pain behaviour of people with dementia. Four pain assessment scales: DOLOPLUS 2, PACSLAC, PAINAD and the pain assessment tool of RAI- system have identical contents together and are corresponding to the literature.

There have been a lot of studies focusing on the development of pain assessment tools to measure pain in people with dementia. However, there are no reliable pain assessment scales developed especially to assess pain in people with dementia. The most viable pain assessment tool of this Bachelor's thesis was PAINAD pain scale. The content, outward aspect and clinical utility of PAINAD pain scale is clear. Based on the results of this Bachelor's thesis usable, qualitative and reliable pain assessment tool of people with dementia is compared with pain behaviour of people with dementia. Pain assessment tool should be easy to use, understand and interpret and also time saving.

KEYWORDS:

Dementia, Pain, Pain assessment, Pain assessment tool

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	DEMENTIA	8
2.1	Dementiaa aiheuttavat yleisimmät sairaudet ja syyt	8
2.2	Dementiapotilaan tyypillinen käytösmalli	12
2.2.1	Dementiapotilaan kognitiiviset oireet	12
2.2.2	Dementoituneen potilaan käytösoireet	13
2.3	Dementian lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito	15
3	KIPU	17
3.1	Kivun fysiologia ja kiputyypit	17
3.2	Ikääntyminen ja kipu	19
3.3	Ikääntyneen kivunhoidon lääkkeelliset ja lääkkeettömät menetelmät	20
4	KIVUN ARVIOINTI	23
4.1	Kivun kirjaaminen	24
4.2	Kivun arviointi peruselintoimintoja tarkkailemalla	24
4.3	Kipukäyttäytymisen arviointi	25
4.4	Kivun arvioinnin apuvälineet	26
4.5	Dementoituneen potilaan kivun arvioinnin ongelmia	27
4.6	Dementoituneen potilaan kivun arviointi	28
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA ONGELMAT	30
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	31
6.1	Tutkimuksen toteutusmenetelmä	31

6.2	Aineiston keruu	31
6.3	Aineiston analyysi	32
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	34
7.1	Dementiapotilaan kivun arviointimittarit	34
	7.1.1 DOLOPLUS 2	34
	7.1.2 PAINAD	35
	7.1.3 PACSLAC	36
	7.1.4 RAI- järjestelmän kivun arviointi mittari	37
7.2	Kivun arviointi mittareiden sisältöalueet	37
7.3	Neljän kipumittarin sisältöalueiden vastaavuus dementiapotilaan kipukäyttäytymiseen	39
8	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	40
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	43
	LÄHTEET	48

1 JOHDANTO

Tulevaisuudessa Suomen väestö ikääntyy ja dementian esiintyvyys tulee kasvamaan. Vuodesta 2000 vuoteen 2030 yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa 78,7 prosenttia (Tilastokeskus 2003). Kivun esiintyvyys ikääntyneessä potilasryhmässä on suuri ja yleensä kipu on alidiagnosoitua ja alihoidettua (Zwakhalen ym. 2006).

Dementoituneen potilaan kivun arviointi on hoitotyössä haastavaa, sillä lähtökohtana kivun arvioinnille on potilaan oma kuvaus kivun tunteesta. Dementoituneet potilaat eivät kuitenkaan kykene heikentyneen kognitiivisen tilansa ja aistitoimintojensa vuoksi ilmaisemaan kipuaan sanallisesti. Dementoituneen kivun arviointiin tulisikin kiinnittää enemmän huomiota hoitotyön laadun parantamiseksi, hoitotyöntekijöiden toiminnan helpottamiseksi ja potilaan elämänlaadun turvaamiseksi. (Tarkkila 2005, 30.) Myös eettiset ohjeet ja lainsäädäntö edellyttävät, että potilaan kivunhoito on riittävää (Salanterä 2006, 39).

Kivun luotettava arviointi on perustana tehokkaalle kivun hoitotyölle. Muistisairautta sairastaville on tehty omia kivun arviointi mittareita, sillä yleensä käytetty sanallinen tai visuaalinen arviointimittari ei toimi. Tällä hetkellä ei ole vielä käytäntöön soveltuvaa dementoituneiden potilaiden kipumittaria, sillä monet niistä ovat vielä kehittelyvaiheessa tai niitä on testattu vain pienelle otosryhmälle. (Zwakhalen ym. 2006.)

Opinnäytetyön aiheena on dementoituneen potilaan kivun arviointi. Työssä selvitetään kirjallisuuden avulla dementoituneen potilaan normaalia käytösmallia ja kuinka malli muuttuu kipua koettaessa. Kivun arviointi mittareiden sisällönanalyysin pohjalta selvitetään, mitä dementoituneille tarkoitettut kipumittarit sisältävät ja vastaavatko ne dementoituneen potilaan kipukäyttäytymistä.

Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaus-hanketta, joka toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun terveystalo-tulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

2 DEMENTIA

Dementialla tarkoitetaan aivoja vahingoittavan sairauden aiheuttamia laaja-alaisten henkisten toimintojen heikentymistä. Dementiassa ei ole kyse erillisestä sairaudesta, vaan sillä viitataan oireyhtymään, jonka aiheuttajana voi olla monia toisistaan poikkeavia muutoksia aivoissa. Dementian syyt tulisi selvittää mahdollisimman pian, jo silloin kun ensimmäiset selkeät häiriöt muistissa havaitaan, jotta hoitotoimenpiteet voidaan aloittaa. (Sulkava 2001, 72.)

Suomessa oli vuonna 2004 arvioituna 120 000 henkilöä, joiden kognitiivinen toiminta oli lievästi heikentynyt. Heistä 35 000 kärsi lievästä ja 85 000 vähintään keskivaikeasta dementiasta. Joka vuosi ilmaantuu uusia dementiatasoisia muistisairaustapauksia 13 000. (Käypähoito 2010.)

2.1 Dementiaa aiheuttavat yleisimmät sairaudet ja syyt

Lääkäri aloittaa aina potilaan toimintakykyä haittaavien kognitiivisten häiriöiden selvittelyn. Haastattelun lisäksi muistin ja tiedonkäsittelyn tasoa selvitetään kognitiivisilla testeillä. Yleisimmin käytetty ja yksinkertaisin kognitiivista tasoa mittaava testi on Mini- Mental Examination (MMSE), jossa on 30 kysymystä orientaatiosta, muistista, päättelystä ja hahmotuksesta. Tarvittaessa tehdään tarkempi kognitiivinen tutkimus The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), joka on kehitetty erityisesti Alzheimerin taudin varhaiseen toteamiseen. Mikäli haastattelun, muistitestien tai erinäisten verikokeiden perusteella muistihäiriön syy ei selviä tarvitaan tarkempia neurologisia lisätutkimuksia. Diagnoosi dementiasta perustuu potilaan kliinisiin oirelöydöksiin ja tutkimuksiin. (Muistiliitto 2010.)

Tavallisimpia dementoivia sairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale -tauti sekä frontotemporaaliset degeneraatiot (Viramo & Sulkava 2001, 24-26). Muita tärkeitä dementiaa aiheuttavia syitä

ovat aivoverenkiertohäiriöt, aivokasvaimet ja kallonsisäiset infektiot. Dementiaa voivat aiheuttaa aineenvaihdunnalliset sairaudet, kuten munuaisten, maksan ja kilpirauhasten vajaatoiminnan sekä vitamiinin puutostilojen seurauksesta aiheutuvat dementiat. Eksogeenisistä dementian syistä tavallisimpia ovat erilaiset keskushermostoon vaikuttavat pähteet sekä joukko erilaisia sairauksia, joihin dementia liittyy taudin yhtenä oireena. (Palo ym. 1996, 532-533.)

Yleisin dementiaa aiheuttava tauti on Alzheimerin tauti. Kaikista keskivaikeista tai vaikeasti dementoituneista potilaista 65-70 % sairastaa Alzheimerin tautia (Viramo & Sulkava 2001, 24). Alzheimerin tauti diagnosoidaan kun potilaalla on hitaasti etenevä dementia eikä muita mahdollisia aiheuttajia löydy. Tyypilliset oireet ovat lähimuistin katoaminen sekä myöhemmin ajan- ja paikantajan häviäminen. Potilaat käyttävät kiertoilmaisuja, sillä usein sanat katoavat muistista. Alzheimerin taudille on tyypillistä sairaudentunnon heikkeneminen tai sen häviäminen kokonaan. Keskimäärin 5-8 vuoden kuluttua ensioireiden ilmestymisestä sairastunut joutuu vuodepotilaaksi kävelykyvyn hävitessä. Alzheimerin taudissa sairastuneen keskimääräinen elinikä oireiden alkamisesta on 10 vuotta. Taudin syitä tai mekanismeja ei tarkkaan tiedetä, mutta riskitekijöitä sairastumiselle on muun muassa ikä, sukurasite ja aivovammat. (Sulkava 2001, 72-76.)

Toiseksi yleisin dementoiva sairaus on vaskulaarinen, eli verisuoniperäinen, dementia. Tautia sairastaa noin 15-20 % kaikista dementoituneista potilaista. (Viramo & Sulkava 2001, 25.) Vaskulaarinen dementia johtuu aivojen pienten ja suurten valtimoiden tukoksista. Yleensä kyse on syvällä sijaitsevien pienten valtimoiden ja aivojen valkean aineen vaurioitumisesta. Vaskulaarisen dementian oireet etenevät yleensä asteittain, mutta eivät välttämättä ole eteneviä. Taudin alkuvaiheessa yleisiä oireita ovat depressio, yöllinen sekavuus ja kävelyvaikeudet. Alzheimerin tautiin verrattuna vaskulaarisessa dementiassa sairaudentunto, muisti ja uuden oppiminen säilyy paremmin. Kliinisissä tutkimuksissa nousee usein esille afasia (kielellinen häiriö), agnosia (hahmottamisen häiriö) sekä apraksia (tahdonalaisten liikkeiden ja kätevyys-

häiriö). Vaskulaarista dementiaa sairastavalla havaitaan enemmän käytösoireita kuin Alzheimerin tautia sairastavalla. (Sulkava 2001, 77- 78.)

Lewyn kappale- tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Se on nimetty Lewyn kappaleiden mukaan, jotka ovat hermosolun sisällä olevia jyväsiä. Niitä sijaitsee aivokuoressa sekä selkärangassa. (Aejemelaeus ym. 2007, 222.) Syytä taudin puhkeamiselle ei tiedetä, mutta taudin edetessä muutoksia tapahtuu ainakin hermosoluissa, jotka käyttävät välittäjäaineena dopamiinia ja asetyylikoliinia. Näiden välittäjäaineiden määrällinen suhde häiriintyy, jonka takia oireita alkaa ilmaantua. Taudin diagnoosi perustuu Lewyn kappale- taudille tyypillisiin oireisiin. Älyllisen tason heikentymisen lisäksi täytyy havaita ainakin kaksi seuraavasta kolmesta oireesta: 1. Parkinsonin taudin kaltaiset oireet, kuten jäykkyys, hitaus, kävelyhäiriö tai lepovapina, 2. oireiden ja vireystason välinen nopea vaihtelu, 3. yksityiskohtaiset näköharhat. Taudin edetessä dementiaoireet lisääntyvät. (Sulkava 2001, 79-80.)

Frontotemporaalinen degeneraatio vaurioittaa aivojen frontaali- eli otsalohkoja ja on yleisnimitys ryhmälle dementoivia sairauksia, jotka vaurioittavat juuri frontaalilohkoja. Otsalohkon toiminta liittyy aloitekykyyn, motivaatioon ja käyttäytymiseen. Otsalohkot huolehtivat ihmisen toiminnan loogiseksi kokonaisuudeksi. Frontotemporaalidementia etenee hitaasti, mutta taudin oireet havaitaan ulkoisista syistä. Otsalohkojen vaurioituminen voi johtua esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöstä tai kasvaimesta aivojen etuosassa. Frontotemporaalinen dementia alkaa yleensä melko nuorella iällä, yleensä 45. ja 65. ikävuoden välillä eikä sukupuolella ole sairastuvuuden suhteen eroja. Alzheimerin tautiin verrattuna otsalohkodementiaa sairastavan muistitoiminnot ja hahmotuskyky säilyvät paremmin, mutta persoonallisuus ja käyttäytyminen muuttuvat huomattavammin. Taudin muita tyypillisiä piirteitä ovat heikentynyt aloitekyky, sopimaton käyttäytyminen ja ehdottelu sekä apaattisuus, joiden vuoksi kyky huolehtia itsestään on heikentynyt. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 90-91.)

Aivoverenkiertohäiriöt ovat yleinen yksittäinen dementian syy. Dementiaa esiintyy tutkimusten mukaan jopa 13-24 %:lla ensimmäistä kertaa

aivoverenkiertohäiriön sairastaneilla. Dementian synnylle merkityksellistä on vaurioituneen alueen laajuus, sijainti ja vaurioiden määrä. Useimmin aivohalvauspotilailla ilmenee kognitiivisia häiriöitä tiedon vastaanottamisessa, käsittelyssä, tarkkaavaisuudessa, puheen tuottamisessa ja muistin heikentymisessä. (Pohjasvaara 2001, 251-252.)

Aivokasvaimet dementian aiheuttajana ovat harvinaisia, mutta dementian kaltaiset oireet liittyvät oleellisesti suurimpaan osaan aivokasvaimia (Kallio 2001, 263). Aivon ja aivokalvojen infektiot ovat harvinaisia dementiaa aiheuttavia sairauksia, mutta kognitiiviset häiriöt erityisesti muistissa ovat mahdollisia meningiitti ja enkefaliitti infektioiden aiheuttamat häiriöt saattavat olla pysyviä tai pitkäkestoisia. (Launes & Hokkanen 2001, 268.)

Pitkään jatkuneena useat metaboliset ja endokrinologiset sairaudet aiheuttavat dementiaoireita. Kilpirauhasen vajaatoiminta johtaa hoitamattomana kognitiivisten toimintojen heikentymiseen. Munuaisten ja maksan toiminnan riittävän heikentymisen seurauksena aivoihin kerääntyy toksisia aineita, jotka ovat syynä dementiaoireisiin. (Strandberg & Alhainen 2001, 208- 209.) Dementiaoireiden osalta vitamiinipuutoksista merkittävin on B₁₂- vitamiinin puutostila, jonka määrittäminen kuuluu rutiinitutkimuksiin dementian syitä selvitetessä. B₁₂ – vitamiinin puutoksesta kärsivillä potilailla 25 % on todettu kognition heikentymistä. (Erkinjuntti 2010.)

Pitkäaikainen alkoholin ja päihteiden käyttö aiheuttaa dementiaa, sillä liikkakäyttö johtaa usein pysyvään aivotoiminnan häiriöön tai aivoatrofiaan eli rappeumaan (Hillbom & Winqvist 2001, 310). Lääkkeistä johtuvien kognitiivisten häiriöiden tavallisimpia aiheuttajia ovat antikolinergit, bentsodiatsepiinit, opioidit sekä trisykliset masennuslääkkeet (Koponen 2001, 306).

2.2 Dementiapotilaan tyypillinen käytösmalli

Normaalissa ikääntymisessä tapahtuu lievää heikentymistä muistissa, kognitiivisissa toiminnoissa sekä päivittäisissä toiminnoissa, mutta dementiassa muutos on huomattavaa (Vataja ym. 2001, 94- 95). Dementiaan liittyy kognitiivistenhäiriöiden lisäksi käytösoireita niin lievästi kuin vaikeastikin dementoituneilla potilailla. Käytösoireiden vuoksi dementiapotilaat saattavat olla uhkana omalle ja muiden hoidossa olevien vanhusten hyvinvoinnille sekä hoitohenkilökunnan jaksamiselle. Dementiapotilaiden negatiiviset käytösoireet vaikuttavat myös omaisten fyysiseen ja psyykkiseen jaksamiseen. Kiinnittämällä huomiota käytösoireiden hoitoon, voidaan potilaita ja heidän omaisiaan auttaa huomattavasti. (Smith & Buckwalter 2005, 42.)

2.2.1 Dementiapotilaan kognitiiviset oireet

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevista potilaista 80 prosentilla on todettu olevan jonkin asteista kognition alenemista (Noro 2004, 48). Dementian keskeisimmät kognitiiviset häiriöt ovat muistin ja päättelyn häiriöt, joiden lisäksi dementoituneilla potilailla esiintyy usein myös afasiaa, agnosiaa ja apraksiaa (Sulkava 2001, 72).

Dementian edetessä potilaan yleinen älyllinen toimintakyky heikentyy ja selviytyminen sosiaalisista tilanteista vaikeutuu. Dementoitunut henkilö tarvitsee yhä enemmän apua päivittäisissä toiminnoissa. Älyllisen toiminnan yleishäiriöiden heikkeneminen ilmenee uuden oppimisen vaikeutena, hitautena, vireys- ja tarkkaavaisuustilan vaihteluna, aloitekyvyn heikkenemisenä ja sietokyvyn huonontumisena. Erytyishäiriöitä ilmenee vasemman ja oikean aivopuoliskon säätelemissä toiminnoissa. Vasemman aivopuoliskon häiriöiden vaikutuksesta kuullun ja luetun muistaminen vaikeutuu ja potilaalla ilmenee afasiaa. Oikean aivopuoliskon häiriöistä johtuen potilaalla ilmenee näköhäiriöitä, esimerkiksi esineiden tai kasvojen tunnistaminen vaikeutuu. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 53.)

2.2.2 Dementoituneen potilaan käytösoireet

Kognitiivisten oireiden lisäksi dementialle on tyypillistä haitalliset psyykkisen käyttäytymisen muutokset, joita kutsutaan käytösoireiksi. Tavallisimpia käytösoireita ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, uni-valverytmin häiriöt sekä seksuaaliset käytösoireet. (Vataja 2001, 94.)

Kansainvälisen psykogeriatrisen yhdistyksen mukaan 90 %:lla laitoshoidossa asuvilla dementiapotilailla esiintyy jossain sairauden vaiheessa erilaisia haitallisia käytösoireita (International Psychogeriatric Association 2010). Oireita esiintyy kaikissa dementoivissa sairauksissa, mutta joissakin muodoissa ne ovat erittäin tavallisia.

”Aivojen rappeutumiseen liittyvien käyttäytymistä säätelevien hermoratojen vaurioitumisen ja näiden hermoratojen välittäjäaineiden toiminnan muutosten uskotaan olevan käytösoireiden taustalla” (Vataja 2001, 99-101).

Dementoituneiden potilaiden käytösoireiden syyt ovat moninaiset, sillä psykologiset, sosiaaliset sekä ympäristötekijät vaikuttavat niiden syntyyn. Potilasta tarkkaillaan tiiviisti ja asianmukaisesti, jotta ymmärretään dementoituneen normaalia ja haasteellista käyttäytymistä. Tärkeää on myös ymmärtää dementiaa sairautena, jotta hoitotyön toiminnan vaikutus ja tulos näkyisi dementoituneiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan hyvinvoinnin parantumisena. (Smith & Buckwalter 2005, 45-51.)

Dementoiviin sairauksiin liittyy lisääntynyt masentumisen riski kaikissa dementian vaiheissa. Dementiapotilaiden masennuksen tunnistaminen voi olla vaikeaa, koska tautiin sinällään liittyy tunnekkaita käyttäytymisen muuttumisen sekä muistisairautta kärsivän potilaan on vaikea ilmaista oloaan sanallisesti. Masennuksen ja dementiaan liittyvän normaalin oireilun erottamista toisistaan vaikeuttaa dementiaan liittyvät tyypilliset oireet, kuten psykomotorinen hidastuminen, ajattelun ja keskittymisen vaikeudet, mielenkiinnon ja motivaation heikkeneminen, painonlasku ja unihäiriöt, jotka ovat myös masennustilan kliinisen diagnoosin kriteerit. (Vataja 2001, 95.)

Apatia on monissa dementiamuodoissa yksi tavallisimmista käytösoireista. Apatialla tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja mielenkiinnon sekä motivaation vähentymistä. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 179-180.)

Psykologisena käytösoireena saattaa dementoituneella ilmetä ahdistuneisuutta. Ahdistuneisuuden osana on usein levottomuutta tai aggressiivisuutta. Levottomuus saattaa ilmetä lyömisenä, tarttumisenä, esineiden heittelynä, huutamisenä tai vaeltamisenä. Vaikeassa dementiassa ahdistuneisuus tulee ilmi poikkeavana käyttäytymisenä kun taas lievässä dementiassa ahdistuneisuuden tunteet ovat tavallisia. Psykologisten käytösoireiden taustalla voi usein olla kipu, huono olo, suru tai masennus, joita hoitohenkilökunnan on usein vaikea tunnistaa. Vakava masennustila saattaa jäädä huomaamatta ahdistuneisuusoireiden takia. (Aejemelaesus ym. 2007, 222.)

Dementoituneen potilaan psykoottisilla oireilla tarkoitetaan harhaluuloja ja aistiharhoja, joista epäily on yksi tyypillinen dementiaa sairastavan potilaan psykoottisista oireista. Graneheimin ja Janssonin (2005, 1397-1403) tutkimuksessa tutkittiin kolmen dementoituneen potilaan elämää haasteellisten käytösoireiden kanssa potilaiden itsensä kertomana. Tutkimuksen aikana yksi kolmesta haastateltavasta potilaasta oli epäluuloinen haastattelussa apuvälineenä käytetystä nauhurista ja oli huolissaan mitä seuraavana päivänä hänestä kirjoitettaisiin lehdessä.

Ikääntymiseen ei katsota liittyvän merkittäviä persoonallisuuden muutoksia. Persoonallisuuden rakenne säilyy suhteellisen vakaana koko elämän, mutta dementiaan liittyvät luonteen ja käytöksen yksilölliset muutokset ovat tyypillisiä (Koponen & Leinonen 2002, 195). Edenneessä dementiassa potilaiden persoonallisuuden piirteet saattavat korostua tai dementoituneella saattaa ilmetä täysin uusia persoonallisuuden piirteitä. Tyypillisintä persoonallisuuden muutokset ovat frontotemporaalisissa degeneraatioissa, mutta muutoksia esiintyy myös muissa dementoivissa muistisairauksissa. Dementoituneen potilaan käytös voi olla mustasukkaista, impulssikontrolli heikentynyttä,

sääntöjen rikkomista, kiusallista estottomuutta, epäsiisteyttä, hyperoraalista sekä hyperseksuaalista. (Vataja 2006, 102.)

Univaikeudet tai vuorokausirytmien muuttuminen ovat tavallisia dementiapotilailla ja ne lisääntyvät dementoivan sairauden edetessä. Tutkimusten mukaan yöllistä heräilyä esiintyy noin 25 % dementiapotilaista. Uneen liittyvä käyttäytyminen muuttuu ja potilaat viettävät paljon aikaa vuoteessa päiväsaikaan, jolloin yönunen määrä jää helposti pieneksi. Unihäiriöihin vaikuttaa lisäksi yöllinen levottomuus ja valvominen. Uneen liittyvien häiriöiden taustalla voi olla ahdistuneisuus-, masennus-, levottomuusoireisto, somaattiset sairaudet tai meneillään oleva lääkehoito. Dementiapotilaan unilääkityksen suhteen tulee olla tarkka, sillä epäonnistunut lääkitys voi pahentaa ongelmaa. (Vataja 2001, 98-99.)

Dementiaan liittyy usein sukupuolisen mielenkiinnon häviäminen, mutta 15 prosentilla laitoshoidossa olevista dementiapotilaista esiintyy hyperseksuaalisuutta. Hyperseksuaaliset käytösoireet eivät yleensä ole hallitsevina oireina vaan esiintyvät lyhyinä jaksoina. (Hämäläinen ym. 2001, 548-550.)

2.3 Dementian lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito

Dementiapotilaan lääkehoitoa suunniteltaessa tulee huomioida ikääntymisen vaikutukset lääkkeen sietokykyyn ja potilaan muut sairaudet. Lääkehoidon vaste on sitä parempi, mitä aikaisemmin lääkitys aloitetaan. Lääkehoidon tehon arviointi perustuu toimintakyvyn muutoksiin hoidon aikana. Arvioinnissa kartoitetaan kognition aste, omatoimisuus, käytösoireet ja dementian vaikeusaste. Lääkehoidon tarpeellisuutta arvioidaan säännöllisesti 3-6 kuukauden välein, koska dementian edetessä käytösoireissa tapahtuu muutoksia. (Koponen & Saarela 2006, 507-509.)

Dementialääkityksellä voidaan parantaa potilaan toimintakykyä ja lievittää käytösoireita (Koponen & Sulkava 2007, 490). Lääkkeiden on todettu myös hidastavan oireiden ilmaantumista. Kliinisessä käytössä olevat yleisimmät

dementialääkkeet ovat donetpetsiini (Aricept®), rivastigmiini (Exelon®) ja galantamiini (Reminyl®). (Alhainen 2001, 451-453.) Käyttöoireita hoidetaan ahdistus-, masennus- ja psykoosilääkkeillä. Tietyille käyttöoireille, kuten kuljeskelulle, hyperseksuaalisuudelle, tavaroiden keräilylle ja kätkemiselle, esineiden syömiselle tai huutelulle, lääkehoito on rajoittunutta tai sille ei ole vastetta. (Koponen & Saarela 2006, 507-509.)

Lääkkeettömän hoidon periaatteena on dementiapotilaan tarpeista huolehtiminen. Hoitoyhteisön ja - ympäristön avuin tuetaan jäljellä olevaa toimintakykyä. Apuna käytetään tunne- ja virikeorientoituneita terapioita, sovelluksia käyttäytymisterapioista, järjestetään ryhmätoimintaa tai tuetaan ongelmanratkaisua. Dementian lääkkeettömässä hoitomuodossa huomio kiinnitetään dementiapotilaalle soveltuvaan ympäristöön, omaisten antamaan tukeen ja heidän jaksamiseen sekä dementoitunutta potilasta hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen lisäämiseen. (Koponen & Saarela 2006, 501-502.)

Isola ym. (2005, 148-150) ovat tutkineet hoitotyön edistyksellisistä toimintoja haasteellisesti käyttäytyvien dementoituvien vanhusten kohtaamisessa. Suomalaisen tutkimuksen tuloksena löydettiin kolme edistyksellistä hoitotyön toimintaa, joita ovat persoonan käyttö, järkipästäminen ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käytöllä hoitotyön toimintamallina tarkoitetaan työntekoa dementoituneiden kanssa käyttäen huumoria ja luovuutta. Järkipästäminen toiminta pohjautuu perusteluihin, dementoituneen potilaan vakuutteluun ja hänen ohjaamiseen sekä ympäristön muokkaamiseen. Intuitiivinen toiminta koskee käyttöoireiden ennaltaehkäisyä, hoitajan läsnäoloa ja dementoituneen huomion ohjaamista muualle. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoitohenkilökunnalla on käytössään edistyksellisiä toimintoja haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen potilaan lääkkeettömässä hoitotyössä.

3 KIPU

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen mukaan ”kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, johon liittyy kudonvaurio tai jota voidaan kuvailla kudonvaurio käsittein” (IASP 1994). Kipu on subjektiivinen kokemus, joka muuttuu iän myötä. Koettu kipu on yksilölle aina todellista. Kipua ei voi verrata toisen kokemaan kipuun eikä se ole objektiivisesti mitattavissa. Potilas on oman kipunsa paras asiantuntija. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on kuunnella ja selvittää potilaan kiputuntemukset. Muutamien potilasryhmien on kuitenkin vaikea ilmaista kipuaan verbaalisesti. Dementoituneiden vanhusten kyky kommunikoida sanallisesti on usein puutteellinen, minkä vuoksi kivun arviointi ja asianmukainen hoito on haasteellista. (Salanterä ym. 2006, 7-16.)

Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa veloitetaan kärsimyksen lievittämiseen ja potilaan oikeutena on saada riittävä kivun hoito. Sairaanhoitajan tehtävä on toimia potilaan asianajajana, sillä hyvän kivunhoidon toteuttaminen onkin sairaanhoitajan vastuulla. (Sairaanhoitajaliitto 2010.)

Kivunhoito on moniammatillista toimintaa ja sen yleisyyden vuoksi kipua tutkitaan ja hoidetaan kaikilla terveydenhuollon organisaation tasoilla. Kipu aiheuttaa huomattavan suurien kustannuksien sekä potilaille että Suomen kansantaloudelle. Kivun ja kipua aiheuttavien sairauksien kustannukset näkyvät lääkkeiden ja sairaanhoitopalvelujen käytössä. Kipu aiheuttaa monia ongelmia kuten toimintakyvyn laskua ikääntyneille. (Vainio 2009, 70.)

3.1 Kivun fysiologia ja kiputyypit

Kipuaistimus on monimutkainen fysiologisen tapahtuman ja psyykkisen kokemisen yhteistulos. Kipureseptorit ovat vapaita hermopäätteitä, joita on elimistön lähes kaikissa kudoksissa kuten ihossa, limakalvossa, sisäelinten pintakalvoissa, luukalvoissa sekä jänteiden ja nivelten alueella. (Nienstedt & Kallio 2004, 99.) Terveessä kudoksessa kipureseptorit aktivoituvat vasta

voimakkaan ärsytyksen vaikutuksesta kudosisvaurion uhatessa tai jo alkaneen kudostuhon takia (Salanterä ym. 2006, 49). Kipua aistimalla elimistö saa varoituksen uhkaavasta kudosisvauriosta, jonka avulla se pyrkii estämään kudosisvaurion syntymisen tai sen mahdollisen eteneminen. (Kalso 2009, 104.)

Kipurata kulkee vartalon ja raajojen alueelta selkäydinhermon hermosolujen ja takajuuren kautta selkäyttimeen, talamukseen ja lopulta isoivojen tuntoaistikuoreen, jolloin kipu voidaan paikallistaa tarkasti (Nienstedt & Kallio 2004, 99). Tunteamalla kipujärjestelmä ja tunnistamalla kiputyypit riittävään ajoissa voidaan terveydenhuollossa hoitaa kipua tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisesti samalla arvioiden ongelman kuormitusta ja kustannuksia terveydenhuollossa (Institute for clinical systems improvement 2008, 18).

Nosiseptiivinen kipu on suorasta tai välillisestä kudosisvauriosta johtuvaa esimerkiksi pistävää tai terävää kipua, jonka potilas paikantaa yleensä kudosisvaurioalueelle. Viskeraalinen kipu tarkoittaa vatsa- ja rintaontelon elinten aiheuttamia sisäelinperäisiä kipuja, joille on tyypillistä kivun epämääräinen paikantuminen elimistössä. Somaattinen kipu on lähtöisin luusta, nivelestä, lihaksesta, ihosta tai vastaavanlaisesta kudoksesta, joka on hyvin paikannettavissa ja on luonteeltaan jomottavaa tai särkevää. Neuropaattinen kipu on usein pitkäaikaisten kiputilojen syynä, koska kipuun liittyy tuntomuutoksia tai puutoksia tuntoaistimuksessa. Neuropaattinen kipu aiheutuu hermovaurioista ja on laadultaan sähköttävää, polttelevaa tai pistävää. Idiopaattiselle kiputilalle ei löydy kipua selittävää selvää kudosis- tai hermovauriota. (Institute for Clinical Systems Improvement 2008, 18-19.)

Kipu luokitellaan krooniseksi, kun se on jatkunut yhtäjaksoisesti yli kuusi kuukautta tai ylittänyt kudosisvaurion normaalin paranemisajan (Bahcman & Haanpää 2008). Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen mukaan maailman väestöstä noin 1-8 % elää kroonisen kivun kanssa. Kansainvälisissä tutkimuksissa on arvioitu laitospotilailla esiintyvän vielä tätäkin enemmän kroonista kipua. (Björkman ym. 2007.) Suomessa on arvioitu lähes joka neljännen pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan kärsivän päivittäisestä

kivusta. Krooninen kipu aiheuttaa haittaa vaikuttamalla psyykkiseen, fyysiseen, sosiaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin. (Eloranta 2003, 12.)

Joka kolmas terveyskeskuslääkärikäynnin syy on akuutti kipu (Pohjolainen & Haanpää 2004, 191). Akuutin kivun syytä on monia, se on äkillistä, ohimenevää ja parannettavissa olevaa. Yleensä akuutti kipu on seurausta elimistöön kohdistuneesta ulkoisesta ärsytyksestä, vammasta, vauriosta tai elinten toimintahäiriöstä. (Holmia ym. 2008, 177.) Akuutin kivun ensisijaisena tehtävänä on suojella elimistöä lisävaurioiden syntymiseltä ja samalla varoittaa elimistöä kudosisäilytyksestä. Kun kyse on vauriosta sisäelimeissä tai tuki- ja liikuntaelimeissä, syntyy potilaalle reflektorista lihasjännitystä. Reflektorinen lihasjännitys aiheuttaa immobilisaatiota, jonka avulla elimistö pyrkii antamaan vahingoittuneelle kudokselle mahdollisuuden parantua. (Kalso 2009, 105.) Akuutin kivun vaikutuksesta hengitystoiminta huononee ja elimistössä tapahtuu metabolisia muutoksia (Holmia ym. 2008, 177).

Altistavia tekijöitä kivun kroonistumiselle ovat muun muassa akuutin kudosisäilytyksen laajuus ja kivun voimakkuus, leikkauskomplikaatiot sekä leikkausta edeltävät potilaan heikentyneet psyykkiset voimavarat (Kalso ym. 2009, 106).

3.2 Ikääntyminen ja kipu

Ikääntyneellä väestöllä on kipua aiheuttavia kroonisia tuki- ja liikuntaelinten sekä sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia enemmän kuin nuorilla, jonka vuoksi kipu on yleisempää ikääntyneillä kuin nuorilla (Kalso ym. 2009, 470).

Covinskyn ym. (2009, 1557) tutkimuksen mukaan 49 prosenttia tutkimukseen osallistuneista (n= 18 531) yli 50-vuotiaasta ikääntyneestä koki merkittävää kipua, jonka takia heidän toimintakykynsä oli huomattavasti alentunut. Tutkimuksessa tutkittiin toimintakykyä ja kivun vaikutusta neljän eri toiminnon aikana: liikuntakyky, portaissa nousu, yläraajojen toimintakyky ja päivittäiset toiminnot. Tutkimuksessa luokiteltiin ikääntyneiden kivun esiintyvyyttä

toimintojen aikana, jonka tuloksena 24 % 50-59- vuotiaista, 24 % 60-69- vuotiaista, 23 % 70-79- vuotiaista, 24 % 80-89- vuotiaista ja 26 % 90 vuotiaista ja vanhemmista koki kipua.

Kipukokemukseen, kipukynnykseen ja kivunsietokykyyn vaikuttavat monet eri tekijät, kuten sukupuoli, kehitysvaihe, persoonallisuus, aikaisemmat kipukokemukset ja kulttuuriperimä (Salanterä ym. 2006, 7). Ihmiselimistön vanhetessa näkö, kuulo sekä tuntoaistit heikkenevät. Ikä tuo muutoksia myös kipua välittäviin järjestelmiin, jolloin perifeeriset hermosyyt vähenevät ja johtonopeus hidastuu. (Kalso ym. 2009, 470-471.) Ikääntymiseen liittyviä muutoksia ovat aistitoimintojen heikkeneminen, aineenvaihdunnan hidastuminen, sydämen- ja verenkiertoelimistön heikkeneminen, ruoansulatuskanavan toiminnan hidastuminen sekä liikkumisen vaikeutuminen (Salanterä ym. 2006, 198). Ikäännyttäessä hengitysfrekvenssi kasvaa ja hengittäminen muuttuu pinnallisemmaksi keuhkojen kimmoisuuden vähenemisen ja kaasujen vaihtumisen hidastumisen vuoksi. Kiputila nostaa entisestään ikääntyneen hengitystiheyttä. (Iivanainen ym. 2001, 354.)

Muutoksien pohjalta on arveltu, että vanhusten kivuntunto olisi huonompi kuin nuoremmilla ihmisillä. Vanhukset kokevat esimerkiksi mahahaavan tai sydäninfarktin kivuttomammaksi. Näissä sairauksissa kipu välittyy autonomista hermostoa pitkin, josta voidaan päätellä, että vanhuksille kehittyy eriasteista autonomisen hermoston neuropatiaa. (Kalso 2009, 470-471.) Keskushermostossa hermopäätteiden välittäjäaineen vaikutus tiettyyn soluun hidastuu, joka vaikuttaa kivun kognitiiviseen käsittelyyn. Vanhusten keskushermosto on samalla myös herkempi vaikeiden neuropaattisten kiputilojen kehittymiselle. (Kalso 2009, 470-471.)

3.3 Ikääntyneen kivunhoidon lääkkeelliset ja lääkkeettömät menetelmät

Kehon vanhenemismuutokset johtavat siihen, että lääkkeiden vaikutukset kestävät pidempään ja ovat tehokkaampia, jolloin myös lääkeaineiden haittavaikutukset kasvavat. Vanhenemismuutokset ovat yksilöllisiä, esimerkiksi

dementiaa sairastavat saavat keskushermoston kautta tai keskushermostoon vaikuttavasta lääkkeestä helpommin haittavaikutuksia kuin muut samassa iässä olevat potilaat. (Kivelä 2005, 33.)

Ikääntyneiden kivunhoidossa yleisimmin käytetyt lääkkeet ovat parasetamoli, tulehduskipulääkkeet sekä opioidilääkkeet. Epilepsia- ja masennuslääkkeitä voidaan käyttää pitkäkestoisten hermovaurioista johtuvien kiputilojen hoidossa. (Kivelä 2005, 83.)

Parasetamoli on ensisijainen kipulääke iäkkäiden tuki- ja liikuntaelimestön kiputilojen hoidossa. Parasetamolin vaikutus on samantyyppinen kuin tulehduskipulääkkeiden, mutta se ei kuitenkaan lievitä tulehdusreaktioita. Parasetamoli lievittää kipuja ja alentaa kehon lämpötilaa. (Kivelä 2005, 84-85.) Parasetamolin annostus tulee suhteuttaa ikääntyneen potilaan painoon ja maksimiannos on 4 grammaa vuorokaudessa. Parasetamolin terapeuttinen leveys on kapea ja erityisesti suuriin annostuksiin liittyy huomattava maksatoksisuuden vaara. (Kivelä & Rähä 2007, 74.)

Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita kipulääkkeitä, mutta niiden käyttöön ikääntyneillä on suhtauduttava varovasti ja harkiten, sillä tulehduskipulääkkeisiin liittyy monia haittavaikutuksia, joiden riski erityisesti vanhuspotilailla on suuri. Haittavaikutukset ilmenevät mahasuolikanavan haavaumina tai ripulina. Tulehduskipulääkkeet aiheuttavat vanhuspotilailla myös trombositopeniasta johtuvaa verenvuotoa, huimausta, verenpaineen nousua, sydämen vajaatoiminnan pahenemista ja munuaisten toiminnan heikentymistä. (Kalso 2009, 473.)

Jos parasetamoli tai tulehduskipulääkkeet eivät lievitä ikääntyneen kipua riittävästi, harkitaan opioidien lisäämistä lääkehoitoon. Ikääntyneillä opioidien käyttö aloitetaan pienillä annoksilla ja annosta lisätään vähitellen lääkityksen vasteita ja sivuvaikutuksia tarkkaillen. (Janes & Tilvis 2001, 301.) Opioidit aiheuttavat pitkäaikaisessa käytössä kaikenikäisille riippuvuutta ja jo muutaman viikon käytön jälkeen saattaa potilaalle ilmentyä vieroitusoireita, jotka esiintyvät muun muassa ahdistuneisuutena, masentuneisuutena,

unettomuutena sekä sydämen tykytyksenä (Kivelä 2005, 88). Vanhuksen lisääntyneen keskushermoston herkkyyden sekä lääkaineiden pienentyneen eliminaation vuoksi kivunhallintaan käytettävien opioidien annoskoot ovat noin 25- 50 % pienempiä kuin nuoremmilla (Kalso 2009, 473).

Lääkkeellisen hoidon vastapainoksi on olemassa monenlaisia lääkkeettömiä kivun hoitomuotoja. Erilaisia hoitomuotoja on muun muassa asentohoito, lämpö- ja kylmähoidot, rentoutuminen, hieronta sekä manuaalinen lymfaterapia. (Jäntti 2000, 124.)

Asentohoidossa vaihdetaan potilaan asentoa usein tai kehoitetaan potilasta itse vointinsa mukaan liikuttamaan raajojaan; käsiään ja jalkojaan. Asentohoitoja toteuttaessa hoitaja voi käyttää apunaan tyynyjä, joiden avulla tuetaan selkää, nilkkoja, polvitaiteita ja kyynärvarsia sekä voidaan asettaa potilas kylkiasentoon. Lämpöhoito kivun lievityksessä perustuu lämmön aiheuttamaan verenkierron vilkastumiseen kudoksissa, lihasten rentoutumiseen ja elastisuuden lisääntymiseen, hiussuonten aukeamiseen sekä kudoksen aineenvaihdunnan lisääntymiseen. Lämpöhoidon on todettu vähentävän lyhytkestoista kipua. Kylmähoito alentaa hermojen johtumisnopeutta ja rentouttaa lihaksia, minkä ansiosta kipu lievittyy. Hieronnassa toisen ihmisen läheisyys ja kosketus sekä sen yhteydessä tapahtuva vuorovaikutus vaikuttavat osaltaan hieronnan hyvään hoitomyönteisyyteen. Manuaalisella lymfaterapialla pyritään tietyillä otteilla saamaan noin sekunnin ajan kestävä painejakso, jonka avulla erityisesti turvotusta saadaan laskemaan. (Blomqvist 2000, 136-138.)

4 KIVUN ARVIOINTI

Luotettavan kivun arvioinnin periaatteena on potilaan oma kuvaus kokemastaan kivusta, koska koettu kipu ja sen voimakkuus ovat yksilölle aina todellisia. Kipu ei ole objektiivisesti mitattavissa, joten kipua voidaan arvioida potilaan kertoman mukaan tai muilla kivun arviointi menetelmillä. (Salanterä ym. 2006, 75.) Joidenkin potilasryhmien kohdalla ei ole kuitenkaan mahdollista luottaa potilaan omaan näkemykseen kivustaan. Kognitiivisilta kyvyiltään, kehitystasoltaan tai psyykkiseltä tilaltaan heikot potilaat vaativat erityisen huomion ja osaamisen kipua arvioitaessa. (Institute for Clinical Systems Improvement 2008.)

Herrin ym. (2006, 44-46) kivun arvioinnin suositusten mukaan asianmukaisen kivun arvioinnin periaatteena on kivun tunnistaminen, arvioinnin kehittäminen, säännöllinen kivun arviointi ja dokumentointi. Kivun syy tulee löytää, paikallistaa ja arvioida kivun voimakkuutta, jotta sitä voidaan lievittää tarkoituksenmukaisesti kipulääkkein tai vaihtoehtoisten kivunlievitysmenetelmien avulla. Kipua tulee myös arvioida tarkkailemalla potilaan peruselintoimintoja ja kipukäyttäytymistä.

Institute for Clinical Systems Improvement:n (2008) tekemän terveydenhuollon ohjeistuksen mukaan, monet lääketieteelliset lausunnot nostavat puutteellisen kivun hoidon esille. Haasteellisen kivunarvioinnin vuoksi dementoituneiden potilaiden kipu on usein aliarvioitua ja -hoidettua. Alihoidettu kipu johtuu yleensä hoitohenkilökunnan koulutuksen puutteesta, kulttuurisista ja sosiaalisista tekijöistä, laillisista, moraalisisista ja kustannuksellisista syistä. Asianmukaisen kivun hoidon ja ehkäisyn hyödyt ovat suuret, sillä sairaalassaoloaika lyhenee ja postoperatiiviset komplikaatiot vähenevät.

4.1 Kivun kirjaaminen

Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevassa laissa (12§) on säädetty terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudesta kirjata potilasasiakirjoihin potilaan hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Kirjaamisella varmistetaan potilasturvallisuus, potilaan- ja hoitajan oikeusturva sekä hoidon laatu ja kehittäminen (Sailo 2000, 97).

Kivun kirjaaminen on merkittävä osa potilaan kivunhoitoa, sen laadun varmistamista ja kehittämistä. Jotta kipua pystyttäisiin kattavasti kirjaamaan, tulisi hoitohenkilökunnalla olla tieto erilaisista kiputyypeistä, kivun ilmenemismuodoista sekä erilaisten yksilöllisten tekijöiden vaikutuksesta kivun ilmaisuun. Säännöllinen ja jatkuva kivun arvioinnin kirjaaminen mahdollistaa hoidon jatkuvuuden ja hoidon tuloksellisuuden parantamisen. (Sailo 2000, 97-99.)

4.2 Kivun arviointi peruselintoimintoja tarkkailemalla

Kivun arvioiminen fysiologisiin muuttujiin perustaen on epävarmaa, sillä peruselintoimintoihin vaikuttavat kivun lisäksi potilaan sairaudet, lääkitys, tunnetila sekä hoitoympäristö ja hoitotyön toiminnot potilaan ympärillä. Vaikka kivun yhteyttä elimistön fysiologiaan ei ole osoitettu, joudutaan fysiologista arviointia kuitenkin käyttämään osana dementoituneiden, vastasyntyneiden, tajuttomien tai muuten kommunikoidaan kykenemättömien potilaiden kivun arviointia. Fysiologisen arvioinnin perusteena ovat kivun aiheuttamat muutokset elimistössä. (Salanterä 2006 ym, 75-76.)

Kipu vaikuttaa sydän- ja verenkiertoelimistöön: sydämen syke, verenpaine ja sydänlihaksen hapenkulutus nousevat sekä potilaalla on rytmihäiriön ja trombin riski. Potilaan hengitys voi vaikeutua, koska hengitystiheys kasvaa, yskiminen vaikeutuu ja limaa kertyy hengitysteihin, myös hapetus ja keuhkotuuletus laskevat. Kipu vaikeuttaa suolen toimintaa lamaamalla suolta ja heikentää

virtsan eritystä. Kipu vaikuttaa elimistön hormonitoimintaan nostamalla verensokeria ja stressihormonitasoa. Kivun vaikutuksesta potilaan toipuminen hidastuu ja hän altistuu herkemmin pneumonialle tai muille komplikaatioille. (Salanterä ym. 2006, 75- 76.)

4.3 Kipukäyttäytymisen arviointi

Kipukäyttäytymisen muodostavat kasvojen ilmeet, ääntely, hermostuneisuus, ahdistus, asento, liikkeet ja sanallinen kivunilmaisu (Vainio 2009, 21). Kipukäyttäytymiseen vaikuttaa myös potilaan anatomiset vasteet kuten verenpaine, sydämensyke, hengitysfrekvenssi sekä ihon lämpö (Kalso & Vainio 2002, 328).

Kivun heijastumista kasvojen ilmeisiin voidaan pitää merkittävänä. Tutkimukset osoittavat, että tietyt kasvojen ilmeet ovat yhteydessä kipuun. Kunzin ym. (2004) tutkimuksessa tutkittiin kasvojen ilmeitä kivun yhteydessä. Tulosten mukaan yleisimmin kipu näkyy kasvoissa kulmakarvojen kohoamisena tai laskemisena, silmien kiristymisenä ja räpyttelynä, kasvolihasten supistumisena, leuan nostamisena ja avoimena suuna.

Kehon asento ja raajojen liikkeet viestittävät myös kivusta. Merkinä kivusta on jännittynyt vartalo, potilas pysyy liikkumattomana tai liikehtii levottomasti, liikkeet jäykistyvät ja hidastuvat. Potilas voi myös suojata kivuliasta kehon osaa tai koskettaa sitä. Pitkään kestänyt kova kipu voi saada voimattomaksi, jolloin potilas ei jaksa reagoida itseensä tai ympäristöön. Taantuminen yksilön kehitystasosta viestii myös kivusta. (Salanterä ym. 2006, 77-79.)

Dementoituneen potilaan tyypilliseen käyttäytymiseen kuuluvat uni- ja valverytmin häiriöt, ääntely ja psykologiset käytösoireet, kuten ahdistuneisuus ja levottomuus ovat myös samalla dementoituneen potilaan kipukäyttäytymisen oireita ja hänen tapa kertoa kivustaan. (Vainio 2009, 21.)

Kipukäyttäytymisen arviointi on hyödyllinen tapa arvioida kommunikoimaan kyvyttömän potilaan kokemaa kipua. Hoitotyöntekijän tietoisuus ihmisen

kipukäyttäytymisestä on lähtökohtana käyttäytymisen arvioinnille kiputilanteessa sekä eroteltaessa kipua muista käytökseen vaikuttavista tekijöistä, sillä kipukäyttäytymisen kaltainen käyttäytyminen voi olla ominaista muusta syystä johtuvalle tekijälle. (Herr ym. 2006, 45.)

4.4 Kivun arvioinnin apuvälineet

Kognitiiviselta- ja puhekyvyltään kykenevän potilaan omaa kuvausta kivustaan voidaan tarkentaa ja arvioida yksinkertaisesti kysymällä suullisesti kipusanastoa käyttäen (Herr ym. 2006, 45). Apuna voidaan myös käyttää yksiulotteisia kliiniseen hoitotyöhön käyttökelpoisia mittareita, kuten kipujanaa tai kipukiilaa (Visual analogue scale eli VAS), numeerista kipumittaria (numerical rating scale eli NRS), kasvoasteikkoa tai kipupiirrosta (Salanterä ym. 2006, 83).

Kivun voimakkuuden arvioinnissa voidaan valita asteikko sen mukaan, miten tarkkaa tietoa halutaan. Riittävä arvio ensimmäiseksi voi olla pelkkä kysymys onko potilaalla kipua. Kun kivun voimakkuutta halutaan tarkentaa, käytetään järjestyslukuasteikkoa sanallisesti tai numeerisesti. Sanallisesti kipua arvioitaessa kysytään potilaalta, onko hänellä kipua tai onko kipu ”ei lainkaan, lievää, kohtalaista, voimakasta, erittäin voimakasta ja sietämätöntä kipua”. Numeerinen asteikko voi olla asteikolla 1-10 tai 0-100, jolloin asteikon pienin luku on ”ei kipua lainkaan” ja suurin luku on ”sietämätön mahdollinen kipu”. (Salanterä ym. 2006, 83.) Numeerinen kivun arviointiasteikko helpottaa potilaan kokeman kivun kirjaamista (Sailo 2000, 102-103).

Yleisin aikuisilla käytetty kipumittari on VAS- mittari. Sen alkuperäinen versio on yksinkertainen 10cm pitkä vaakasuora jana. Potilas arvioi tunteensa kivun määrän ja asettaa janan leikkaavan pystyviivan siihen kohtaan, joka kuvaa hänen kipunsa voimakkuutta. Janassa vasen pää vastaa kivutonta tilannetta ja oikea pää pahinta mahdollista kipua. (Kalso & Kontinen 2009, 55.)

Janasta on kehitetty monia erilaisia versioita helpottamaan kipujan käyttöä kliinisessä työssä (Kalso & Kontinen 2009, 55). Kipujan sijasta voidaan kivun

arvioinnissa käyttää punaista kipukiilaa. Kiilan kapea pää kuvaa kivutonta tilaa ja leveä pää kuvaa suurinta mahdollista kipua. Kiilan päällä on muovinen osoitin, jota potilas voi liikuttaa asteikolla kokemansa kivun mukaan. (Sailo 2000, 102- 103.)

Kivun voimakkuutta voidaan arvioida kasvoasteikolla. Kasvoasteikko soveltuu hyvin leikki-ikäisen lapsen sekä vanhuksen kivun arviointiin, jossa potilas valitsee viidestä kasvoja kuvaavasta piirroksesta hänen kivun voimakkuuteensa parhaiten sopivan. (Heinonen 2007.)

Kivun voimakkuuden arvioinnin lisäksi kipua voidaan arvioida sen sijainnin ja laadun perusteella. Kivun lokalisoitumista voidaan selvittää kipupiirroksen avulla, jossa on kuva pelkistetystä ihmisvartalosta. Kuvaan merkitään kivuliaimmat alueet punaisella värillä, heijastuskipualueet sinisellä värillä ja puutuneet alueet vihreällä värillä. Potilaan kivun laatua selvitetään kipusanastoa apuna käyttäen, joista McGillin kipusanasto on tunnetuin. Siitä on tehty myös suomenkielinen versio. (Heinonen 2007.) Alkuperäisessä versiossa on neljä kipua sanoin kuvaavaa pääluokkaa: aistimuksellinen, tunnesävyinen ja monitahoinen sanasto sekä kivun määrää kuvaava sanasto (Melzak 1975, 277).

4.5 Dementoituneen potilaan kivun arvioinnin ongelmia

McAuliffen ym. (2009) kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli tunnistaa dementoituneen potilaan kivun arvioinnin ongelmia ja miten saavuttaa onnistunut kivun arviointi. Kymmenen artikkelin pohjalta tulokset esitettiin kahdessa eri osassa: kivun arviointia heikentävät tekijät ja menetelmät onnistuneeseen kivun arviointiin. Dementoituneen potilaan kivun arvioinnin haasteellisuus jaettiin kirjallisuuskatsauksessa kahteen riippuvuustekijään: hoitohenkilökunnasta johtuviin ja dementoituneesta potilaasta johtuviin tekijöihin.

McAuliffe ym. (2009, 4-5) artikkelissa todetaan useiden tutkimusten osoittavan dementoituneiden potilaiden kivun olevan yleistä. Dementoituneen kipu on

myös alihoidettua, koska hoitohenkilökuntaa ei ole riittävästi koulutettu arvioimaan tai tunnistamaan dementoituneen potilaan kipua. Puutteellisesta koulutuksesta johtuen dementoituneen kipu diagnosoidaan usein väärin tai diagnoosi tehdään liian myöhään. Standardoidun ja asianmukaisen kivun arviointimenetelmän käyttö hoitohenkilökunnan keskuudessa ei ole riittävää. Kirjallisuuskatsauksen mukaan 75 % vanhainkodin työntekijöistä ei käyttänyt dementoituneen kivun arviointiin kehitettyjä mittareita ja 84 % luotti potilaan ilmaisevan itse kipuaan ja / tai hoitohenkilökunnan tekemään potilaan tarkkailuun.

McAuliffen ym. (2009, 4-5) kirjallisuuskatsauksen mukaan dementoituneen potilaan tyypillinen käyttäytyminen on samantyylistä kuin dementoituneen kipukäyttäytyminen, joka vaikeuttaa kivun arviointia. Kirjallisuuskatsauksen mukaan on mahdollista, että osa dementoituneista ei koe kipua normaalissa kipua aiheuttavassa tilanteessa. Tämä perustuu dementiapotilaan kyvyttömyyteen ilmaista kipua ja tuntea sitä. Kipu yhdistetään usein normaaliin ikääntymisprosessiin, jolloin asenteet dementoituneen kokemaa kipua kohtaan saattavat olla esteenä kivun asianmukaiselle hoidolle. Dementoituneen kokemalle kivulle on monia eri syitä, jolloin vaikeus eri kiputyypin tunnistamisessa hankaloittaa osaltaan kivun arviointia.

Haasteena dementoituneen potilaan kivun arvioinnissa ovat myös potilaan kivun luonteen muuttuminen, polyfarmasia, monisairaudet sekä heikentynyt lääkkeiden sietokyky (Kalso & Vainio 2002, 328).

4.6 Dementoituneen potilaan kivun arviointi

Yleisesti käytetty sanallinen tai visuaalinen kivun arviointi mittari ei toimi dementoituneilla potilailla, joten heille on kehitetty omia kivun arviointi mittareita. Monet tutkimukset (Herr ym. 2006; Zwakhalen ym. 2006) todistavat, että dementiaa sairastavan tyypilliset oireet ja käytöksen muutokset heikentävät yksilön kykyä kertoa kokemastaan kivusta. Toisaalta dementoituneen käyttäytyminen ei välttämättä aina liity kivun kokemiseen vaan saattaa liittyä

dementiaan sairautena tai muuhun taustalla olevaan sairauteen. Tulkinallinen ristiriita dementoituneen potilaan käyttäytymismalleista vaikeuttaa kivun arviointia, jolloin apuna voidaan käyttää tutkittuja dementoituneille potilaille tarkoitettuja kipumittareita. (Zwakhaleen ym. 2006, 2.)

Viimeisimpien vuosikymmenien aikana tutkijat ovat kiinnostuneet yhä enemmän ikääntyneiden kivusta ja dementoituneen potilaan kipukäyttäytymisestä. Ikääntyvän väestön vuoksi kivun esiintyvyys potilasryhmässä tulee yleistymään ja haasteet kivun hoidossa kasvamaan. Dementoituneen potilaan kivun arvioinnin haasteellisuuden vuoksi uusien kivun arviointi mittareiden kehittäminen on lisääntynyt huomattavasti. (Zwakhaleen ym. 2006, 2.)

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa tulee esille monia dementoituneille potilaille kehitettyjä kivun arviointi mittareita, joista esimerkiksi Zwakhaleenin ym. (2006, 2-3) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa mainitaan 29 kipumittaria dementoituneenpotilaan kivun arvioinnista. Artikkelissa esitellään ja arvioidaan tarkemmin 12 heidän mielestä kehityskelpoista kipumittaria, joista monet ovat vielä kehittäely vaiheessa tai niitä ei ole testattu riittävän suurelle otosryhmälle.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA ONGELMAT

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää dementoituneen potilaan tyypillistä käytösmallia ja mallin muuttumista kiputilanteessa. Kipumittareiden sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvailla, minkälaisia ovat opinnäytetyön tutkimukseen valitut kivun arviointi mittarit, vertailla kipumittareiden sisältöä sekä selvittää niiden välisiä yhtäläisyyksiä ja eroja. Tutkimusta ohjaavat kysymykset ovat:

1. Minkälaisia ovat opinnäytetyön tutkimukseen valitut dementoituneen potilaan kivun arviointi mittarit?
2. Millaisia sisältöalueita dementoituneille potilaille tarkoitettujen kivun arviointi mittarit sisältävät?
3. Vastaavatko kipumittareiden sisältöalueet dementoituneen potilaan kipukäyttäytymistä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen toteutusmenetelmä

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus sekä samalla kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyön päämääränä ei ole numeeriset arvot, vaan tavoitteena on kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyön toimintaa. (Kylmä ym. 2004, 250.) Tutkimustyyppi on deduktiivinen, jolloin se ei tuota uutta tietoa vaan opinnäytetyössä tarkennetaan ja kootaan kirjallisuuskatsauksen avulla tieto dementoituneen potilaan kivun arvioinnista sekä tehdään sisällönanalyysi neljästä kipumittarista. (Krause & Kiikkala 1996, 74.)

Opinnäytetyö perustuu aiheesta aikaisemmin tieteellisesti julkaistuun ja tutkittuun tietoon. Aiheesta tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin apuna tietoa lähikäsitteistä. Aineistoa aiheesta ja lähikäsitteistä haettiin kirjallisuudesta, teoriakirjoista, tutkimuksista, artikkeleista, systemaattisista kirjallisuuskatsauksista sekä internetin tietokannoista.

6.2 Aineiston keruu

Tiedonhaussa käytetyt hakusanat olivat "dementia", "kipu", "kivun arviointi" ja "kipumittari". Hakusanat syötettiin kotimaisiin ja kansainvälisiin tietokantoihin Mediciin, PubMediin ja Cinahliin. Suomenkielisessä tietokantahaussa käytettiin keskeisiä käsitteitä muokkaamatta ja englanninkielisessä haussa käsitteet syötettiin hakukenttään "dementia", "pain", "pain assess*", "pain assessment tool" ja "nurs*". Tiedonhaku tuotti tietokannoissa runsaasti tuloksia, jotka rajattiin vuosien 2000- 2010 välille. Viimeisenä kriteerinä aineiston keruussa oli artikkelien otsikon ja tiivistelmän soveltuvuus opinnäytetyön aiheeseen.

Selkeä teoreettinen käsitejako: dementia, kipu ja kivun arviointi helpottivat aineiston keruuta opinnäytetyön työstämisprosessin aikana. Suurin osa opinnäytetyön teoriaosuuden tiedoista löytyi ammattikirjallisuudesta, jolloin tieteellisiä artikkeleita ja julkaisuja käytettiin teorian tueksi osoittamaan ilmiöiden esiintyvyyttä. Hoitotieteelliset tutkimusartikkelit ovat pääosassa, kun

sisällönanalyysissä selvitetään, minkälaisia ovat dementoituneen potilaan kivun arviointi mittarit ja minkälaisia sisältöalueita kivun arviointi mittarit sisältävät.

Tutkimuksessa käytetyt dementoituneen potilaan kivun arviointi mittarit: DOLOPLUS 2, PACSLAC ja PAINAD ovat valittu opinnäytetyöhön Herrin ym. (2006) ja Salanterän (2006) artikkeleiden sekä Zwakhaleenin ym. (2006) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella. RAI- järjestelmän kivun arviointi mittari on mukana tutkimuksessa, koska se on käytössä suomalaisessa hoitotyössä.

Aineiston keruu vaiheessa osoittautui, ettei valittujen kivun arviointi mittareiden alkuperäisiä artikkeleita ja tutkimuksia ollut saatavilla, jolloin päädyttiin mahdollisimman tarkkoihin ja luotettaviin kivun arviointi mittareita käsitteleviin lähteisiin. DOLOPLUS 2- kipumittarin lähteenä on Hølenin ym. (2005) tutkimus, PAINAD- kipumittarin lähteenä on Björkmanin ym. (2007) artikkeli, PACSLAC- kipumittarin lähteenä on Zwakhaleenin ym. (2007) tutkimus ja RAI- järjestelmän kivun arviointi mittarin lähteenä on käytetty Björkmanin ym. (2007) artikkelia.

6.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen teoriaosuus tehtiin teoreettisen käsitejaon mukaisesti kolmessa eri osassa. Jako mahdollisti keskittymisen tutkittavaan aiheeseen ja lopuksi kokonaisuudet liitettiin yhteen. Jokaiseen teoriakokonaisuuteen on sisällytetty tärkeä ja oleellinen asiantieto, joka toimi periaatteena kirjallisuuskatsauksen kokonaisuutta muodostettaessa.

Kipumittareiden analysointi toteutui ensin molempien opinnäytetyöntekijöiden itsenäisenä työskentelynä, jonka jälkeen jokaisen mittarin sisältö käytiin yhdessä läpi. Kivun arviointi mittareiden sisältöä tarkasteltiin eri näkökulmista. Minkälaisia ovat dementoituneelle potilaalle tarkoitetut kivun arviointi mittarit, minkälaisia sisältöalueita ne sisältävät ja erottavatko mittarit dementoituneen potilaan tyypillisen käytösmallin ja kipukäyttäytymisen toisistaan. Analysoinnin

kohteena olivat lisäksi kivun arviointi mittareiden yhtäläisyydet ja eroavaisuudet, kipumittarin tämän hetkinen kehitysvaihe sekä käyttökelpoisuus hoitotyöhön.

Kipumittareiden sisällönanalyysin jälkeen aineisto pelkistettiin ja luokiteltiin, jonka perusteella saatiin tutkimuksen tulokset. Kipumittareiden tarkkailun kohteista tehtiin kaavio havainnollistamaan mittareiden sisältöä ja erottamaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Kipumittareiden sisältöä käsittelevä taulukko sisällytetään opinnäytetyöhön tekstin tueksi havainnollistamaan ja selventämään työn tuloksia. Sisällönanalyysin tuottamia tuloksia ja kirjallisuuskatsauspohjaista teoriaa on yhdistetty ja verrattu toisiinsa, josta muodostuu opinnäytetyön kokonaisuus.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Dementiapotilaan kivun arviointimittarit

Opinnäytetyön tutkimuksenkohteena on kolme dementoituneille potilaille tarkoitettua kivun arviointi mittaria: DOLOPLUS 2, PAINAD ja PACSLAC sekä RAI- järjestelmän pitkäaikaissairaanhoidon kivun arviointi mittari.

7.1.1 DOLOPLUS 2

Bernard Wary ym. vuonna 1992 kehittämä DOLOPLUS 2- kivun arviointi mittarin kymmenen kipukäyttäytymistä ilmentävää ongelmaa on jaettu kolmeen pääluokkaan: somaattiseen, psykomotoriseen sekä psykososiaaliseen. Jokainen mittarin osio pisteytetään 0- 3 suhteutettuna koettuun kipuun. DOLOPLUS 2- kivun arviointi mittarin kokonaispistemäärä on 30.

Kolmen pääluokan alle jäävät havainnoitavat kohteet, joita ovat somaattisesta luokasta: kivun sanallinen ilmaisu, elehtiminen itkien, kasvojen ilmeet, epätavallinen vartalon asento, kivuliiden alueiden suojaaminen sekä häiriintynyt uni. Toiminta ja liikuntakyvyn aleneminen, kuten toimintakyvyn heikkeneminen peseytyessä, pukeutuessa tai liikkuesssa kuuluvat psykomotoristen reaktioiden luokkaan. Koettu kipu näkyy myös psykososiaalisena reaktiona, kuten käyttäytymisen ongelmina sekä sosiaalisen kanssakäymisen ja kommunikoinnin muuttumisena.

DOLOPLUS 2- mittarin mukaan kivuton tila on, kun dementoitunut ei oireile somaattisesti eli hän ei valita, kehon asento on normaali ja levollinen, hän ilmaisee itseään itselleen ominaisesti ja nukkuu normaalisti. Toiminta- ja liikuntakyky ovat ennallaan, potilas osallistuu normaalisti aktiviteetteihin ja käyttäytyminen on kaikin puolin potilaan persoonan mukaista.

Kohtalainen kipu ilmenee DOLOPLUS 2- mittarin mukaan nukahtamisen vaikeutena ja yöllisenä heräilyinä. Potilas ilmaisee kipua hoitajan lähestyessä,

suojaa kivuliaita paikkoja, välttää epämukavaa kehon asentoa ja vastustelee hoitotoimenpiteitä, kysyttäessä potilas myös valittaa kipua. Aikaisempaan toiminta- ja liikuntakykyyn verrattuna havaitaan heikkenemistä. Potilas on hiljaisempi ja vetäytyy omiin oloihinsa tai herättää epänormaalilla käytöksellään huomiota. Potilaan kiinnostus sosiaaliseen kanssakäymiseen vähenee ja hän osallistuu aktiviteetteihin vain pyydettyä tai kieltäytyy toiminnasta ajoittain.

Dementoituneen potilaan kokema kova tai ajoittain sietämätön kipu näkyy kipukäyttäytymisessä DOLOPLUS 2- mittarin mukaan jatkuvana valittamisena, levottomana liikehdintänä ja kehon kivulaiden osien jatkuvana suojaamisena. Potilaan ilme on tyhjä ja katse tuijottava. Unettomuus häiritsee potilaan vuorokausirytmiiä ja potilaan käytöksessä on havaittavissa pysyviä ongelmia. Toiminta- ja liikuntakyky on selkeästi rajoittunut, potilas ei jaksaa kommunikoida tai olla enää kiinnostunut ympäristöstään.

7.1.2 PAINAD

PAINAD eli The Pain Assessment in Advanced Dementia scale on Wardenin, Hurleyn ja Volicerin vuonna 2003 kehittämä kipumittari, joka on tehty erityisesti pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointiin. PAINAD- kipumittari perustuu dementoituneen potilaan kipukäyttäytymisen strukturoituun havainnointiin viiden minuutin ajanjaksolla. Arviointimittarissa on viisi havainnoinnin osa-alueita, jotka kaikki pisteytetään 0-2 muuttuneen kipukäyttäytymisen perusteella. Kivun voimakkuus arvioidaan lopuksi kokonaispistemäärän perusteella. Kipu sijoittuu asteikolla 0- 10, jossa 0 on kivuton tila ja 10 pahin mahdollinen kipu.

PAINAD- mittarin sisällön osa-alueet ovat hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. PAINAD- mittarin mukaan potilaan ollessa kivuton tai hänen kokiessaan lievää kipua, hengitys on normaalia tai huomaamatonta, potilas ei ääntele tai äänтелеe tyytyväisesti, ilmeeltään hän on hymyilevä tai ilmeetön, hän on levollinen eikä tarvitse lohduttamista.

Kun potilaan kipu on kohtalaista, hengitys on ajoittain vaivalloista tai potilas hyperventiloii lyhyitä jaksoja, hän vaikeroidaan ja voihtii satunnaisesti tai ääntelehtii hiljaa. Hän näyttää surulliselta, pelokkaalta tai tuimalta. Potilaan olemus on kireä ja hän liikehtii levottomasti. Hoitajan ääni tai kosketus kuitenkin kääntää huomion muualle ja tyynnyttää potilaan.

Kivun ollessa voimakasta tai ajoittain sietämätöntä potilas hengittää vaivalloisesti ja äänekkäästi. Hänellä esiintyy pitkiä hyperventilaatio jaksoja ja Cheyne- Stokes tyyppistä hengitystä. Potilas huutelee rauhattomasti, vaikeroidaan, voihtii tai itkee. Kipu näkyy potilaan kasvoissa selkeästi. Olemus on jäykkä, kädet ovat nyrkissä, polvet koukussa, potilas on vetäytynyt, työntää pois luotaan tai riuhtoo. Potilaan lohduttaminen tai huomion pois kääntäminen kivusta ei auta eikä potilaan tyynnyttäminen onnistu.

7.1.3 PACSLAC

Fuchs-Lacellen ja Hadjistavropoulosin 2004 kehittämä The Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate eli PACSLAC- mittari on osoitettu dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin. PACSLAC- mittari sisältää neljä laajaa kokonaisuutta: kasvojen ilmeet, mielialan, kehon liikkeet sekä fysiologian, jotka sisältävät yhteensä 60 eri kohtaa. Mittarissa ei ole vielä olemassa varsinaista pisteytystä.

Yleisimmin kipua kokiessaan dementoituneen potilaan kipu havainnoidaan mittarin mukaan ilmeen kiristymisenä, otsan rypistämisenä, silmien räpyttelynä, kasvojen punoituksena ja hampaiden puremisena, ääntelynä, voihtimisena sekä irvistämisenä. Potilas työnsi kauemmaksi eikä pitänyt kosketuksesta. Potilas oli myös useimmiten poissa tolaltaan, levoton ja ahdistunut.

7.1.4 RAI- järjestelmän kivun arviointi mittari

1980- luvulla Yhdysvalloista alkunsa saanut RAI- järjestelmä eli Resident Assessment Instrument sisältää kaksi kipumittaria, joita käytetään akuutissa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan kivun arvioinnissa. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa kipua arvioidaan kivun tiheyden, voimakkuuden ja sijainnin mukaan viimeksi kuluneen viikon ajalta. Mittarissa on vaihtoehtoja kivun sijainnille, joista valitaan kohdat, joissa kipua on esiintynyt viimeisen seitsemän vuorokauden aikana. Mittarin vaihtoehdot kivun sijainnille ovat: selkäkipu, luukipu, rintakipu, päänsärky, lonkkakipu, leikkauksen jälkeinen haavakipu, nivelkipu, pehmytosakipu, vatsakipu tai muu. Kivun tiheyttä arvioidaan asteikolla 0- 2, jossa 0 merkitsee ei kipuja ja 2 merkitsee potilaalla olevan kipuja päivittäin. Kivun voimakkuus arvioidaan myös asteikolla 0- 2, jossa 0 on lievä kipu ja 2 ajoittainen vaikea/ sietämätön kipu.

7.2 Kivun arviointi mittareiden sisältöalueet

Sisällönanalyysin tuloksena saatiin mittareista samantyyppisiä sisältöalueita. Eniten sisällöllisesti muista mittareista erosi RAI- järjestelmän kivun arviointi mittari, joka mittaa kivun voimakkuutta, sijaintia ja esiintyvyyttä.

Jokaiselle opinnäytetyön tutkimuksessa mukana olleelle kivun arviointi mittarille on yhteistä arvioidun kivun voimakkuuden numeerinen pisteytys, vaikka kehitysvaiheessa oleva PACSLAC- kivun arviointi mittarissa ei ole vielä varsinaista pisteytystä.

Lähtökohtana on, että dementoitunut potilas ei välttämättä kykene ilmaisemaan kokemaansa kipua sanallisesti. DOLOPLUS 2-, PAINAD- ja PACSLAC- mittarin perusteella voidaan kuitenkin osoittaa potilaan tietynlaisen ääntelyn kertovan kivusta. Kipua kokevan potilaan ääntely voi olla mittareiden mukaan vaikerointia, voihkimista, jatkuvaa valittelua tai rauhatonta huutelua. DOLOPLUS 2- ja RAI- järjestelmän kipumittarit huomioivat mahdollisuuden, että potilas kykenee kertomaan sanallisesti kivustaan hoitajan kysyessä.

DOLOPLUS 2-, PAINAD- ja PACSLAC- mittareissa huomioidaan dementoituneen potilaan ilme kiputilanteessa. Mittareiden mukaan kipu heijastuu kasvoille, jolloin potilaan kasvoilla on tyhjä, tuijottava katse, ilme on kiristynyt, surullinen, pelokas tai tuima. Otsa on rypistynyt ja kasvot punoittavat. Silmät voivat olla yhteen suljettuna tai potilas räpyttelee silmiään.

DOLOPLUS 2-, PACSLAC- JA PAINAD- mittareiden mukaan kipukäyttäytymiseen kuuluu dementoituneen potilaan psykomotoriset reaktiot. Mittarit kuvaavat reaktioita levottomuutena, ahdistuneisuutena ja hoitajan tai hoitotoimenpiteiden vastustamisena. Vastustaminen ilmenee potilaan aggressiivisena käytöksenä, kuten puremisena, lyömisenä tai pois työntämisenä. Koettu kipu heijastuu myös käyttäytymiseen, jolloin mittarit huomioivat potilaan oman suhtautumisen kehoonsa. Potilas suojaa tai koskettaa kivuliasta vartalonosaa, varoo epämukavaa asentoa, on olemukseltaan jäykkä, vetäytyy lähestyttäessä tai riuhtoo koskettaessa.

Kipu vaikuttaa potilaan sosiaaliseen käyttäytymiseen, joka on DOLOPLUS 2-, PAINAD- ja PACSLAC- mittareiden yksi havainnoinnin kohteista. Kiputilanteessa sosiaalinen käyttäytyminen muuttuu. Potilas eristäytyy ympäristöstään, sosiaalinen kanssakäyminen vähenee ja lohduttamisen vaikutus heikkenee.

DOLOPLUS 2-, PACSLAC- ja PAINAD- mittareiden edellä mainittujen sisältöalueiden lisäksi mittareissa huomioidaan uni- ja valverytmin häiriöt yöllisenä heräilyinä, itkeminen, toiminta- ja liikuntakyvyn heikkeneminen ja potilaan fysiologisten muuttujien tarkkailu. Sekä PACSLAC- että PAINAD- mittarissa huomioidaan kivun vaikutus hengitykseen ja sen muuttumiseen. PAINAD- mittari sisältää ikääntyneen hengitysfrekvenssin seuraamisen ja Cheyne- Stokes tyyppisen hengityksen tunnistamisen.

Rakenteeltaan ja sisällöltään RAI- kipumittari eroaa muista tutkimusmittareista, koska sen tarkoitus ja tavoite ovat erilaiset. RAI- järjestelmän kivun arviointi mittari keskittyy pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan kivun hoidon tarpeen, vaikuttavuuden ja laadun arviointiin. Järjestelmän mittari eroaa muista

kipumittareista, koska sitä ei ole suunniteltu erityisesti dementoituneen potilaan kivun arviointiin vaan se kattaa kaikki pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat potilaat.

Dementoituneen potilaan kivun arviointi mittarit eroavat toisistaan luotettavuus ja kehitysasteiltaan. DOLOPLUS 2-, PAINAD- ja PACSLAC- kivun arviointi mittarit ovat vielä kehitysvaiheessa ja niiden luotettavuutta on testattu puutteellisesti tai testattu vasta pienelle otosryhmälle. RAI- järjestelmän kivun arviointi mittari eroaa kolmesta edellä mainitusta mittarista, sillä se on ollut hoitotyön käytössä jo monia vuosia ja perustuu kansainvälisiin tutkimuksiin.

Taulukko 1 Kivun arviointi mittareiden sisältöalueet

DOLOPLUS 2	PACSLAC	PAINAD	RAI- järjestelmä
Kivun somaattinen ilmeneminen	Kasvojen ilmeet	Hengitys	Kivun voimakkuus
Kivun psykomotorinen ilmeneminen	Mieliala	Ääntely	Kivun sijainti
Kivun psykososiaalinen ilmeneminen	Kehon liikkeet	Kasvojen ilmeet	Kivun esiintyvyys
	Fysiologia	Kehon kieli	
		Lohduttaminen	

7.3 Neljän kipumittarin sisältöalueiden vastaavuus dementiapotilaan kipukäyttäytymiseen

Opinnäytetyössä sisällöllisesti tutkituista kivun arviointi mittareista RAI-järjestelmän kipumittaria lukuun ottamatta, dementoituneelle potilaalle tarkoitettujen kivun arviointi mittareiden sisältöalueet vastaavat dementoituneen potilaan normaalia käytösmallia ja kipukäyttäytymistä, koska käytösmalleilla ei ole huomattavia eroja. Mittareiden sisältöalueet pohjautuvat kivun aiheuttamiin dementoituneen potilaan käyttäytymisen muutoksiin.

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Laadullisen tutkimuksen mukaisesti tarkoituksena on saada opinnäytetyöstä pätevä ja tarkoituksenmukainen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu koko kirjallisuuskatsaus- ja tutkimusprosessiin, sen eri vaiheisiin ja raportointiin. (Krause & Kiikkala 1996, 130.) Luotettavuuden arvioinnilla pyritään selvittämään, kuinka totuudenmukaista tietoa opinnäytetyössä on pystytty tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida joko laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä tai tutkimuksen eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Laadullisen tutkimusten tulosten luotettavuutta ei voida arvioida yhtä selkein kriteerein kuin määrällisen. Opinnäytetyön luotettavuutta tulee pohtia opinnäytetyön suunnitelmasta lähtien koko työprosessin ajan. Laadullisen tutkimuksen yleiset luotettavuuskriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan työn ja sen tulosten uskottavuutta sekä niiden näkyvyyttä opinnäytetyössä. Vahvistettavuus osoittaa tietoisuuden opinnäytetyön lähtökohdista ja osoittaa työstämisen etenemisen vaiheittain. Riittävä kuvailu tuloksista toimii periaatteena siirrettävyydelle muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka, 2007, 127- 129.)

Opinnäytetyön teoriaosuuden luotettavuus ilmenee ammattikirjallisuuden hyödyntämisenä. Materiaalin kriittinen arviointi ja kyseenalaistaminen tukevat teoriaosuuden luotettavuutta. Tutkimusprosessin aikana pyrittiin noudattamaan samoja kriteereitä kaiken materiaalin suhteen, mutta luotettavuusongelmaksi nousi alkuperäistutkimusten vaikea saatavuus. Tutkimuksessa ei käytetty systemaattista kirjallisuuskatsausta, sillä se olisi mahdollisesti rajoittanut joidenkin lähteiden ja kivun arviointi mittareiden saatavuutta.

Opinnäytetyötä ja siihen sisältyvää tutkimusta ei toteutettu systemaattisesti, mikä saattaa osaltaan heikentää luotettavuutta, sillä opinnäytetyön tekijät ovat voineet vaikuttaa aineiston valintaan omilla mielipiteillään tai ajatuksillaan.

Yleensä kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden heikentäviä tekijöitä ovat alkuperäistutkimusten vaihteleva laatu tai tietokantahaun epäonnistuminen (Pudas- Tähkä & Axelin 2007, 47). Kaiken materiaalin suhteen pyrittiin olemaan kriittisiä ja selvittämään niiden todenperäisyys. Opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuutta heikentää kivun arviointi mittareiden vähäinen testaus ja kipumittareiden alkuperäistutkimuksien huono saatavuus, jolloin käytettävissä oli toissijaisia tutkimuksia. Opinnäytetyön sisällönanalyysissä käytetyt artikkelit ja julkaisut ovat laadultaan hoitotieteellisiä.

Perehtyminen opinnäytetyön aiheeseen lisää työn uskottavuutta, sillä sen tuottamat tulokset ja johtopäätösten perusteella tuotetut tulokset perustuvat jo tieteellisesti tutkittuun tietoon. Opinnäytetyön työstämisprosessi on kuvattu Tutkimuksen toteutus- kappaleen yhteydessä ja se vahvistaa tekijöiden perehtyneisyyttä työn lähtökohtiin. Opinnäytetyön teoriaosuuksissa ja analyysiprosessissa on käytetty kuvailevaa tietoa, jotta lukija voi arvioida lukemansa siirrettävyyttä vastaavanlaiseen aineistoon.

Analyysiprosessin uskottavuutta lisää se, että aikaisemmat tutkimukset aiheesta tukevat saatuja opinnäytetyön tuloksia. Sisällönanalyysi toteutui tekijöiden itsenäisenä työnä, jolloin saatiin laajempi näkökulma dementoituneen potilaan kivun arviointi mittareiden sisällöstä. Opinnäytetyö vahvistaa ja täydentää aikaisemmin tutkittua tietoa ja näin ollen opinnäytetyö täyttää uskottavuuden kriteerit.

Opinnäytetyö ei aiheuta suoranaisesti eettistä ongelmaa. Eettinen kanta huomioidaan opinnäytetyössä noudattamalla säännönmukaisesti tekijänoikeuksia ja kirjallisesitysohjeita (Krause & Kiikkala 1996, 64). Asianmukainen lupa opinnäytetyöhön hankittiin yhteistyössä toimivilta Turun sosiaali- ja terveystoimelta sekä Turun ammattikorkeakoululta.

Tutkimusetiikan mukaisesti opinnäytetyön aineistoa ei luotu tyhjästä tai väärennetty. Opinnäytetyön aihe oli valmiiksi määritelty, sillä se on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaus-hanketta. Opinnäytetyön

tekijät eivät ole voineet vaikuttaa työn aiheen valintaan eettisillä ratkaisuillaan.
(Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 177.)

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Eettiset syyt ja lainsäädäntö edellyttävät, että potilaan kivunhoito on riittävää, mutta dementoituneen potilaan kohdalla potilaan oikeudet eivät välttämättä aina toteudu (Sairaanhoitajaliitto 2010). Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa käytetyn aineiston perusteella tiedetään, että kivun esiintyvyys on monien sairauksien ja ongelmien vuoksi suurta dementoituneilla potilailla. Dementoituneen potilaan kivun hoidossa on monia haasteita, sillä kognitiivisten häiriöiden vuoksi dementoituneen potilaan on vaikea ilmaista itseään selkeästi tai kertoa sanallisesti kivustaan. Monet tutkimukset ja julkaisut (Salanterä 2006, 198; ICSI 2008; McAuliffe ym. 2009, 4- 5) osoittavat, että hoitohenkilökunnalla ilmenee vaikeuksia arvioida dementoituneen potilaan kipua, jolloin kipu jää usein hoitamatta tai kokonaan huomaamatta.

Hoitotyössä dementoituneen potilaan kivun arviointi on haasteellista ja kipu on alihoidettua. Kivunhoidon ongelmia ovat dementoituneen potilaan kivun tunnistaminen ja syyn löytäminen sekä kivun voimakkuuden arviointi. Asianmukaisen kivun arvioinnin haasteena on dementoituneen potilaan kyvyttömyys ilmaista itseään ja kertoa kokemastaan kivusta sekä tyypillisen käytösmallin ja kipukäyttäytymisen samankaltaisuus, jolloin kivun erottaminen kivuttomasta tilasta voi olla haasteellista. Kivun arviointia hankaloittaa hoitohenkilökunnan puutteellinen kivun arvioinnin koulutus, asenteet ikääntymistä kohtaan ja ikääntyneen kokemaan kipuun sekä asianmukaisten kivun arviointi menetelmien käyttämättömyys ja saatavuus. (ICSI 2008, 2.)

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen ja kipumittareiden sisällönanalyysin tulosten perusteella, dementoituneen potilaan normaalin käytösmallin ja kipukäyttäytymisen erottaminen toisistaan on haasteena luotettavalle kivun arvioinnille. Jo olemassa olevat kivun arviointi mittarit kattavat sisällöllisesti dementoituneen potilaan kipukäyttäytymismallin, mutta ne eivät ole vielä soveltuvia kliiniseen käyttöön. (Zwakhaleen ym. 2006, 2.)

Tyypilliseen dementoituneen potilaan tyypilliseen käytösmalliin liittyy fyysinen aggressiivisuus, kuljeskelu, huutelu, toisto-oireet, unihäiriöt, masennus, levottomuus, ahdistuneisuus ja estoton käyttäytyminen (Vataja 2001, 94). Kipumittareiden sisällönanalyysin perusteella dementoituneen potilaan kipu näkyy kasvoissa ilmeen muuttumisena, kiinnostuksen ja keskittymiskyvyn puutteena, ääntelynä, psykomotorisena taantumana, levottomana liikehdintänä, väkivaltaisena käytöksenä sekä uni-valverytmin häiriintymisenä.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen ja neljän kivun arviointi mittarin sisällönanalyysin pohjalta voidaan todeta, että dementoituneen potilaan normaali käytösmalli ja kipukäyttäytyminen ovat suurilta osin samantyyppistä. Dementoituneen käytösmalli ei muutu, mutta kipu saattaa vahvistaa tiettyjä piirteitä käytöksessä. Dementoituneen käyttäytyminen ei välttämättä aina liity kivun kokemiseen vaan saattaa liittyä dementiaan sairautena tai muuhun taustalla olevaan sairauteen (Zwakhaleen ym. 2006, 2).

Tulosten pohjalta pohdittiin, mitkä hoitotyön menetelmät olisivat hyviä dementoituneen potilaan onnistuneelle kivun arvioinnille. Kipumittareiden lisätutkimuksen ja jatkokehityksen lisäksi tavoitteen saavuttamista helpottaa dementoituneen potilaan persoonan ja tavanomaisen käytösmallin tunteminen. Omahoitajuus mahdollistaa sekä koti- että laitoshoidossa olevien dementoituneiden potilaiden intensiivisen tarkkailun. Potilaan taustan tunteminen auttaa omahoitajaa toimimaan itsenäisesti, arvioimaan kipua ja suunnittelemaan asianmukaisen kivunhoidon.

Dementoituneen kivun tunnistamisen vaikeuksista huolimatta hoitajalla tulisi olla kyky intuitiivisesti ymmärtää potilasta. Hoitajan kliininen osaaminen ja kokemus auttavat erottamaan kipuun viittaavat oireet dementialle tyypillisestä käyttäytymisestä. Pienetkin muutokset dementoituneen potilaan persoonan mukaisessa käyttäytymisessä saattavat olla viesti potilaan epämukavasta tai kivuliaasta olosta.

Dementoituneen potilaan kivun arvioinnin riittämättömästä osaamisesta ja koulutuksesta johtuen kipu on alidiagnosoitua ja -hoidettua. Hoitohenkilökunnan

lisäkouluttaminen kivun tunnistamiseen ja arviointiin on tarpeellista dementoituneen potilaan elämänlaadun ylläpitämiseksi. Dementoituneen potilaan riittävä kivun arviointi ja hoito ovat riippuvaisia hoitajan ammattitaidon lisäksi hyvästä ja luotettavasta kivun arviointi mittarista. Mittaria tulee käyttää käyttöohjeiden mukaisesti ja arviointi tulee tapahtua saman henkilön tekemänä sekä säännöllisesti arvioiden ja dokumentoiden.

Opinnäytetyön tutkimuksessa käytetyt dementoituneen potilaan kivun arviointi mittarit ovat sisällöltään kattavia ja monipuolisia. DOLOPLUS 2, PACSLAC ja PAINAD mittareiden kliininen käyttö, luotettavuus ja pätevyys vaativat vielä lisätutkimusta ja testausta, kun taas RAI- järjestelmän kivun arviointi mittari vaatii lisäkehittämistä juuri dementoituneen potilaan kivun arviointiin.

RAI- järjestelmä on ollut käytössä jo monia vuosia ja se on todettu luotettavaksi ja päteväksi. RAI- järjestelmän kivun arviointi mittarin luotettavuus perustuu siihen, että potilas kykenee itse kertomaan kivustaan tai hoitaja havainnoi selkeästi potilaan kipukäyttäytymisen. Kivun arviointi mittari mittaa yleisellä tasolla pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien kipua, jolloin mittari saattaa aliarvioida dementoituneen potilaan kipua. RAI- järjestelmän kivun arviointi mittari soveltuu huonommin dementoituneen potilaan kivun arviointiin kuin opinnäytetyön muut tutkimusmittarit.

DOLOPLUS 2, PAINAD ja PACSLAC kivun arviointi mittareiden kliininen käyttö vaatii hoitohenkilökunnan opastusta ja selkeyttämistä ajankäytön ja sisällön suhteen. PACSLAC- mittarissa on 60 eri osiota, mikä voi vaikuttaa ajallisesti mittarin käyttöön ja PAINAD- mittarin käyttöön kuluu viiden minuutin tarkkailuaika

Opinnäytetyössä käytetystä neljästä dementoituneen potilaan kivun arviointi mittarista kehityskelpoisimmaksi katsottiin PAINAD- kivun arviointi mittari. Sisällönanalyysin ja luotettavuuden tarkastelun jälkeen PAINAD- mittari osoittautui sisällöltään, ulkonäöltään ja kliiniseltä käytöltään selkeäksi, ymmärrettäväksi ja opinnäytetyön tuloksiin verrattuna yhteneväksi. PAINAD- mittarin sisältöalueet: hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja

lohduttaminen kattavat kaikki kirjallisuuden mukaiset dementoituneen potilaan kipukäyttäytymisen keskeisimmät alueet.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen ja tutkimuksen perusteella käyttökelpoinen, laadukas ja luotettava dementoituneen potilaan kivunarviointi mittari on sisältöalueiltaan dementoituneen kipukäyttäytymistä vastaava. Kivun arviointi mittarin tulisi olla hoitajan helppo käyttää, selkeästi ymmärrettävä ja tulkittava sekä aikaa säästävä.

Kivun arvioinnissa kiinnitetään huomiota kivun voimakkuuden lisäksi kivun sijaintiin ja luonteeseen sekä huomioidaan kivun vaikutus dementoituneen potilaan käyttäytymiseen ja toimintakykyyn. Dementoituneen potilaan kivun arviointi mittari tulee sisältää myös tärkeät havainnoinnin kohteet, kuten kasvojen ilmeet ja eleet, kehon liikkeet, sosiaalisuus, mieliala ja fysiologia. Hoitajan tulee havainnoida myös dementoituneen potilaan mahdolliset käyttäytymisen muutokset pidemmällä aikavälillä, jolloin pystytään tunnistamaan kivun mahdollinen kehittyminen.

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden toteutumiseksi ja hoitotyön periaatteiden mukaisesti, sairaanhoitajan tulee toimia vastuullisesti lievittäessään potilaan kärsimystä, tukea potilaan voimavaroja ja hänen omaisiaan sekä toimia kunnioittavasti muita kohtaan moniammatillisessa työyhteisössä. Sairaanhoitajan asiantuntemus dementoituneen potilaan kivun arvioinnista on hyödyksi sairaanhoitajalle itselleen, potilaalle ja hänen omaisilleen sekä yhteiskunnalle.

Dementoituneen kivun arviointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota dementoituneen potilaan elämänlaadun, hoitotyöntekijöiden osaamisen ja hoitotyön laadun ja tuloksellisuuden parantamiseksi. Jotta potilaanoikeuksien mukaisesti dementoituneen potilaan kivunhoito toteutuisi, lisätutkimusta dementoituneen potilaan kivun arvioinnista ja hoitotyöhön soveltuvasta ja luotettavasta kipumittarista tarvitaan.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen ja kipumittareiden sisällönanalyysin tuloksia voidaan käyttää apuna tavoiteltaessa hyvää ja riittävää dementoituneen

potilaan kivunhoitoa sekä kehiteltäessä suomalaiseen hoitotyöhön soveltuvaa dementoituneen potilaan kivun arviointi mittaria.

LÄHTEET

- Aejmelaesus, R.; Kan, S.; Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Alhainen, K. 2001. Kohdennettu lääkehoito. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 451- 453.
- Bachmann, M. & Haanpää, M. 2008. Krooninen kipu. Duodecim. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta, 124. Viitattu 11.10.2010 www.duodecimlehti.fi/krooninenkipu.fi
- Beck, C.; Vogelpohl, T.; Rasin, J.; Uriri, J.; O'Sullivan, R.; Phillips, R. & Baldwin, B. 2002. Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. Nursing research. July/ August 2002, Vol 51 No 4.
- Björkman, M.; Palviainen, J.; Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi Kahden kipumittarin vertailu. Suomen Lääkärilehti 26/2007, 2547- 2553.
- Blomqvist, C. 2000. Aikuisen tehohoitopotilaan kivunhoito. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 136- 138.
- Covinsky, K.; Lindquist, K.; Dunlop, D. & Yelin, E. 2009. Pain, functional limitations, and aging. The American Geriatrics Society. Journal combination. 1556- 1557.
- Eloranta, M-B. 2003. Krooninen kipu osana elämää. Kipuviesti: Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti. Vol 2. / 2003. 12-15. Viitattu 11.10.2010 http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/Krooninen%20kipu%20osana%20elamaa.pdf
- Erkinjuntti, T. 2010. Parannettavissa olevia muistioireen- ja sairauden syitä. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 9.11.2010 http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=dementia
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2001 Kun muisti pettää- muistihäiriöt ja dementia. Porvoo: WSOY.
- Erkinjuntti T. 2001. Muistihäiriöiden ja dementioiden mekanismit ja syyt. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 73.
- Erkinjuntti T. 2001. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 88-89.
- Graneheim, U. & Jansson, L. 2005. The meaning of living with dementia and disturbing behaviour as narrated by three persons admitted to a residential home. Journal of clinical nursing 15. Blackwell publishing 2006, 1397-1403.
- Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Duodecim. Viitattu 12.10.2010 http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=krooninen%20kipu
- Heikkilä, R. 2007. RAI-vertailukehittäminen laitoshoidossa – perehdytysopas. 2007.
- Heinonen, M. 2007. Kivun arviointimenetelmät. Duodecim. Viitattu 15.11.2010 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170
- Herr, K.; Coyne, P.; Manworren, R.; McCaffery, M.; Merkel, S.; Pelosi- Kelly, J. & Wild, L. 2006. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement With Clinical Practice Recommendations. Pain Management Nursing Vol. 7 No. 2, 44-46.

- Hillbom, M & Winqvist, S. 2001. Päihteet ja kognitio. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 310.
- Holmia, S.; Murtonen, I.; Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Hämäläinen, K.; Rahkonen, T. & Eloniemi-Sulkava, U. 2001. Seksuaalisuus. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 548- 550.
- Hølen, J.; Saltvedt, I.; Fayers, P.; Bjørnes, M.; Stenseth, G.; Hval, B.; Filbet, M.; Loge, J. & Kaasa, S. 2005. The Norwegian Doloplus- 2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot- validation in nursing home patients with cognitive impairment. Palliative medicine; 19: 412.
- Hølen, J.; Saltvedt, I.; Fayers, P.; Hjermstad, M.; Loge, J. & Kaasa, S. 2007. Doloplus- 2, a valid tool for behavioural pain assessment. BMC Geriatrics 2007, 7: 29.
- Iivanainen, A.; Jauhainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi oppimateriaalit.
- International Association for the Study of Pain. 1994. IASP Pain Terminology. Viitattu 19.10.2010 http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- International psychogeriatric association 2010. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack 2002. Viitattu 25.10.2010 <http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdarchives/bpsdrev/1BPSDfinal.pdf>
- Institute for clinical improvement. Health care guideline: Assessment and management of acute pain. 2008. Viitattu 20.10.2010 <http://www.google.com/search?q=icsi+2008+acute+pain&rls=com.microsoft:fi&ie=UTF-8&oe=UTF-8&startIndex=&startPage=1>
- Isola, A.; Saarnio, R.; Backman, K. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykseelliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede Vol. 17 No. 3/ 2005. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy. 148- 150.
- Jääntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella vuodeosastolla. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 124.
- Janes, R. & Tilvis, R. 2001. Vanhusten kipu. Teoksessa Tilvis, R.; Hervonen, A.; Jääntti, P.; Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 301.
- Kallio, M. 2001. Aivokasvaimet. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 263.
- Kalso, E. & Vainio, A. 2002. Kipu. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kalso E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 54-55.
- Kalso, E.; Elomaa, M.; Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 105- 106.
- Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Kalso E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 470- 471, 473.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. 1- 2. painos. Helsinki: WSOY.

Kivelä, S-L. & Rähkä, I. 2007. Lääkkäiden lääkehoito. Lääkelaitos. 74. Viitattu 16.11.2010
http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut_Kapseli35.pdf

Koponen, H. 2001. Lääkkeiden aiheuttamat kognitiiviset häiriöt. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 306.

Koponen, H. & Leinonen, E. 2002. Vanhusten elimelliset mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Lepola, U.; Koponen, H.; Leinonen, E.; Joukamaa, M.; Isohanni, M. & Hakola, P. 2002. Psykiatria. Porvoo: WS Bookwell Oy, 195.

Koponen, H. & Saarela, T. 2006. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 501- 502; 507-509.

Koponen, H. & Sulkava, R. 2007. Elimelliset aivo-oireyhtymät. Teoksessa Lönnqvist, J.; Heikkinen, M.; Henriksson, M.; Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 490.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1- 2.painos Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kunz, M.; Veit, M.; Schepelmann, K. & Lautenbacher, S. 2004. On the relationship between self- report and facial expression of pain. The Journal of Pain Vol. 5 No. 7 / 2004, 368-376.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kylmä, J.; Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. Hoitotiede 16 / 2004, 250.

Käypähoito 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 24.10.2010
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. FINLEX. Viitattu 15.11.2010
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Launes, J. & Hokkanen, L. 2001. Aivojen ja aivokalvojen tulehdussairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 268.

McAuliffe, L.; Nay, R.; O'Donnell, M. & Fetherstonhaugh, D. 2009. Pain assessment in older people with dementia: literature review. Journal of advanced nursing. 65 (1), 2-10. Blackwell Publishing Ltd.

Melzak, R. 1975. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain 1(3):277

Muistiliitto Ry 2010. Muistihäiriöiden tutkimus. Viitattu 13.11.2010
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistihairiot_ja_dementia/muistihairioiden_tutkimus/

- Nienstedt, W. & Kallio, S. 2006. Luut ja Ytimet. 10. painos. Porvoo: WSOY.
- Noro, A. 2004. Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä, 48.
- Palo, J.; Jokelainen, M.; Kaste, M.; Teräväinen, H. & Waltimo, O. 1996. Neurologia. 5. painos. Helsinki: WSOY.
- Pohjasvaara, T. 2001. Kognitiiviset häiriöt neurologisissa sairauksissa. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 251- 252.
- Pohjolainen, T. & Haanpää, M. 2004. Mitä hoitoa kipupotilas saa Suomessa – Onko varaa parempaan? Duodecim 2/2004, 191–193.
- Pudas- Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa; Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. 47, 53.
- Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Tammi, 97- 99; 102- 103.
- Sairaanhoitajaliitto 2010. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 9.11.2010 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työsairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Salanterä, S. 2006. Vaikeaa dementiaa sairastavan vanhuksen kivun arviointi. Kipuviesti 2/2006, 39- 40.
- Salanterä, S. Hagelberg, M. Kauppila, M. Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Smith, M. & Buckwalter, K. 2005. Behaviors associated with dementia. American journal of nursing Vol.105 No. 7 / 2005, 40-53.
- Sulkava R. 2001. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, R.; Hervonen, A.; Jäntti, P.; Lehtonen, A. & Sulkava R. (toim). 2001. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 72- 80.
- Strandberg, T. & Alhainen, K. 2001. Yleissairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 208-209.
- Tarkkila, P. 2005. Vanhusten kivun mittaus. Kipuviesti 2 / 2005, 30-31.
- Tilastokeskus. 2003. Väestön ikääntyminen on suhteellista. Viitattu 9.11.2010 http://www.stat.fi/tup/tieto aika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html
- Terveyskirjasto. 2010. Transmissio. Duodecim. Viitattu 27.10.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03495&p_haku=transmissio
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2006. Julkaistu 25.4.2006, päivitetty 2.6.2010. Viitattu 5.11.2010 <http://info.stakes.fi/finrai/Fl/raijarjestelma.htm>
- Vainio, A. 2009. Kipu ja kieli. Teoksessa Kalso E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 21.
- Vainio, A. 2009. Kroonisen kivun epidemiologiaa. Teoksessa Kalso E.; Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 70.

Vataja R. 2001. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alheinen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 94-103.

Vataja, R. 2006. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alheinen, K. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 102.

Viramo P. & Sulkava R. 2001 Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alheinen, K. & Soininen, H. 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 24-26.

Zwakhalen, S.; Hamers, J.; Abu-Saad, H. & Berger, M. 2006. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. BMC Geriatrics 2006. Viitattu 5.11.2010 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3>

Zwakhalen, S.; Hamers, J.; Abu-Saad, H. & Berger, M. 2007. Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. Journal of Advanced Nursing 58 (5) / 2007, 494-496. Blackwell Publishing Ltd.