

Helena Mustakangas

”KYLLÄ KAI SE ON NIIN, ETTÄ SILMÄT ON SIELUN PEILI”

Dementoituneen asiakkaan kivun tunnistaminen hoitajien kuvaamana

”KYLLÄ KAI SE ON NIIN, ETTÄ SILMÄT ON SIELUN PEILI”

Dementoituneen asiakkaan kivun tunnistaminen hoitajien kuvaamana

Helena Mustakangas
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, mielenterveys- ja päihdehoitotyö

Tekijä: Helena Mustakangas
Opinnäytetyön nimi: ”KYLLÄ KAI SE ON NIIN, ETTÄ SILMÄT ON SIELUN PEILI”, Dementoituneen asiakkaan kivun tunnistaminen hoitajien kokemana.
Työn ohjaaja: Maija Alahuhta
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2012 Sivumäärä: 39

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvailla, miten hoitajat tunnistavat dementoituneen asiakkaan kipua. Tarkoituksena on myös selvittää hoitajien käsitystä siitä, mitkä tekijät liittyvät siihen, että dementoituneen kivun tunnistaminen on haasteellista. Tutkimukseni tavoitteena on, että tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla työyhteisössä olevat hoitajat voivat kehittää dementoituneen asiakkaan kivun hoitoa. Tutkimuksen avulla tuotettu tieto tuo esille erilaisia keinoja dementoituneen asiakkaan kivun tunnistamiseen.

Kohderyhmänä olivat dementoituneiden asiakkaiden hoitotyöhön osallistuvat hoitajat. Työskennellessäni dementoituneiden parissa olen pohtinut heidän haasteellista käyttäytymistään ja syitä siihen. Tutkimusaiheeni valintaan vaikutti myös oma kiinnostukseni vanhustyöhön. Haluan kehittää omia taitojani dementoituneen kohtaamisessa ja kivun tunnistamisessa. Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen kyselytutkimus. Kysymyslomakkeen kysymykset olivat avoimia.

Vastauksissa nousivat esille kasvojen ilmeiden, eleiden, käytöksen ja äännelelmisen havainnointi ja vitaalinelintoimintojen mittaaminen. Haasteellisena kivun tunnistamisessa hoitajat kokivat kommunikoinnin vaikeuden. Haasteellisena koettiin myös työnkierto, joka heikentää asiakkaan tavanomaisen käyttäytymisen tuntemista ja näin käyttäytymisen muutoksen tunnistamista. Haasteellisena hoitajat kokivat hoitajien erilaiset näkemykset asiakkaan käytöksestä.

Avainsanat: dementia, kipu, kivun tunnistaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree programme in nursing, mental health and substance abuse care

Author: Helena Mustakangas

Title of thesis: Caretakers Experiences of the Pain Recognizing of Demented Clients.

Supervisor: Maija Alahuhta

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012 Number of pages: 39

The purpose of my study was to describe how caretakers recognize pain in clients with dementia and its roughness. The aim of my thesis was that with the results of this study the care of demented client with pain can be developed. The results of my study brought out various patterns for recognizing pain in demented clients.

The target group was the caretakers who take part in nursing clients with dementia. When I worked with demented clients I considered their challenging behavior and reasons for that. My interest in working with elderly was one reason why I selected this topic of my research. I will improve my skills of recognizing pain in clients with dementia. My thesis was a qualitative survey. Survey questions were open.

Caretakers mentioned in their answers the observation of fore facial expressions, sign, behavior and vocalization and measuring the vital functions. Caretakers thought that it is challenging to recognize pain in clients with difficulty of communication. They saw challenging also job rotation that impairs recognizing the habitual behavior of clients and this way the recognizing of variation of behavior. Caretakers experienced challenging the various visions of client behavior that other caretakers have.

Keywords: dementia, pain, to recognize pain

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
SISÄLLYS	5
1 JOHDANTO.....	7
2 DEMENTOITUNEEN ASIAKKAAN KIVUN TUNNISTAMINEN	10
2.1 Dementian syitä ja oireita.....	10
2.2 Kivun esiintyminen	10
2.2.1 Kivun jaottelu.....	11
2.2.2 Dementoituneen asiakkaan kivun tunnistaminen	12
3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA	16
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	18
5 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	19
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	20
6.1 Tutkimuskohde.....	20
6.2 Aineiston hankinta ja keruumenetelmä	20
6.3 Aineiston käsittely ja analysointi.....	21
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA NIIDEN POHDINTA	23
7.1 Kivun tunnistaminen.....	23
7.2 Hoitajien tunnistamat kivun ilmenemismuodot	23
7.2.1 Käyttäytyminen.....	23
7.2.2 Kasvojen ilmeet	24
7.2.3 Eleet.....	24
7.2.4 Ruokahalun muutos	24
7.2.5 Äänteleminen	24
7.2.6 Liikkuminen	25
7.2.7 Iho	25
7.2.8 Kivun palpointi eli kosketus	26
7.2.9 Vitaalielintoiminnot	26
7.3 Kivun tunnistamisen haasteet hoitajien kokemana.....	28
7.3.1 Kommunikoinnin vaikeus.....	28

7.3.2 Käyttäytymisen syyn tunnistaminen	29
7.3.3 Kivun aste ja paikka	29
7.3.4 Hoitajien erot	29
7.3.5 Erot kivun kokemisessa ja ilmaisemisessa.....	30
7.3.6 Työnkierto.....	30
8 POHDINTA.....	32
8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	33
8.2 Jatkokehittämisideat.....	34
LÄHTEET	36
LIITTEET	39

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden kasvava määrä on haaste tulevaisuuden hoitotyölle. Lähes neljäsosalla kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluissa, palveluasumisessa ja säännöllisessä kotihoidossa olevista noin 36 000 asiakkaasta sairastaa jotakin muistisairautta. Vuosituhannen alusta muistisairaiden asiakkaiden määrä on lisääntynyt yli 10 000 asiakkaalla. (Vuorio & Väyrynen 2011, hakupäivä 23.11.2011.) Dementian esiintyvyys kasvaa vanhemmissa ikäluokissa. Väestön ikärakenteen muutoksesta johtuen dementoituneiden lukumäärä ja heidän osuutensa väestössä kasvaa. Arvioidaan, että vuonna 2030 maassamme on 128 000 keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavaa. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen 2002, 21.) Dementia on yksi johtavista toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemisen syistä ikääntyneillä. Yhdysvalloissa odotetaan dementian yleisyyden nelinkertaistuvan seuraavien 50 vuoden aikana. Dementiaa sairastavien potilaiden osuus, erityisesti terveyskeskussairaaloissa ja vanhainkodeissa, on kasvanut merkittävästi kymmenen vuoden aikana. Niiden laitospotilaiden osuus, joilla ei ole kognitiivisen kyvyn häiriöitä, on alle 10 %. (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007, 2547, 2552.)

Kipu on yksi johtavista myötävaikuttajista ikääntyvien heikentyneeseen toimintakykyyn (Shega, Emanuel, Vargish, Levinen, Bursch, Herr, Karp & Weiner 2007, 373). Dementoituneen asiakkaan kivun tunnistaminen on vaikeaa monien olemassa olevien käytöshäiriöiden vuoksi. On hyvin haasteellista tunnistaa, mistä eri käytöshäiriöt voivat johtua. Miten tunnistaa, onko asiakkaalla kipuja vai johtuuko käytöshäiriöt jostakin muusta. Valitsin opinnäytetyöni aiheen, koska halusin saada tietoa kivun tunnistamiskäytännöistä. Tutkimukseni tuo tietoa työyhteisöihin antaen hoitajille keinoja tunnistaa dementoituneen käytöstä ja huomioida, että takana voi olla myös kipu. Koen, että kipua ei aina huomioida olemassa olevana vaihtoehtona käytöshäiriöihin. Haluan herätellä ajatusta siitä, että dementoituneen käytöshäiriöiden taustalla voi olla myös kipu. Dementoituneen asiakkaan kivun tunnistaminen ja kivun hoitaminen parantavat asiak-

kaan elämänlaatua ja toimintakykyä. Tutkimusaiheeni valintaan vaikutti myös oma kiinnostukseni vanhustyöhön.

Kivun tunnistaminen dementoituneilla asiakkailla on hankalaa. Silti pitäisi pyrkiä tehokkaaseen kivunlievitykseen, jotta kipu ei huonontaisi toimintakykyä. Kipu on myös joskus syynä potilaan käytösoireisiin, unihäiriöihin ja toimintakyvyn heilahteluihin. (Erkinjuntti ym. 2002, 495–496.)

Kipua pidetään usein erheellisesti ikääntymisen luonnollisena osana, mutta sitä se ei ole. Iäkkäiden kivun syynä on nuorempien tavoin jokin patologinen prosessi, kudosaivaurio tai keskushermoston epätarkoituksenmukainen toiminta. Ikääntyminen muuttaa kehon rakenteita, säätelyjärjestelmiä ja ihmisen omaa suhtautumista kipuun. Koska vanheneminen ja kivun aistiminen sekä kokeminen ovat yksilöllisiä prosesseja, kivun tunnistaminen ja sen mekanismien ymmärtäminen on ensiarvoisen tärkeää asianmukaisen hoidon turvaamiseksi myös iäkkäille. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 192.) Dementiapotilaat kokevat kipua, mutta ovat usein kyvyttömiä ilmaisemaan tai ilmoittamaan tuntemuksista tunnistettavalla tavalla. Tyypillisiä kivun ilmauksia kuten suojeleminen, jäykistyminen ja valittaminen voi korvautua pelon, riidanhaluisuuden, kiihottuneisuuden ja vetäytyneisyyden ilmauksilla. Kivun tunnistamisen ongelmat ovat osana kognitiivisesti heikentyneiden vanhempien potilaiden alidiagnosointiin ja alihoitamiseen. (Shega ym. 2007, 374–375.)

Kun älyllisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettun testin (MMSE) tulos on alle 13, hoitajien täytyy luottaa kipukäyttäytymisen havainnointiin. Dementoituneiden potilaiden kipukäyttäytymisen arviointi voi olla kokonaisvaltaista huomiointia tavanomaisen käyttäytymisen muutoksista tai keskittynyt suoraan tutkimustilanteessa käyttäytymiseen. (Shega ym. 2007, 375.)

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvailla, miten hoitajat tunnistavat dementoituneen asiakkaan kivun. Tutkimukseni tavoitteena on, että tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla voidaan kehittää dementoituneen asiakkaan kivun hoitoa. Tutkimuksen avulla tuotettu tieto tuo esille erilaisia keinoja dementoituneen asiakkaan kivun tunnistamiseen. Omana oppimistavoitteenani on saada dementoitu-

neen asiakkaan kivun tunnistamisesta tietoa, jota voin hyödyntää omassa työssäni. Tutkimuksen avulla haluan nostaa esiin kysymyksiä, herättää ajatuksia ja tuoda esille erilaisia toimintatapoja dementoituneen asiakkaan kivun tunnistamisessa.

Tutkimukseni on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.) Käyttämässäni lähteissä puhutaan sekä asiakkaista että potilaista, joten molemmat käsitteet esiintyvät tutkimuksessani. Käytän työssäni ilmaisua kivun tunnistaminen, johon liittyvät tunnistamisen keinoina ilmaisut havainnoida ja arvioida.

2 DEMENTOITUNEEN ASIAKKAAN KIVUN TUNNISTAMINEN

2.1 Dementian syitä ja oireita

Dementia ei ole normaaliin vanhenemiseen kuuluvaa vaan sairauden oire. Dementia johtaa usein pitkäaikaiseen laitoshoitoon. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 125, 794.) Dementiaoireisto voi olla pysähtynyt, parannettavissa oleva tai etenevä aiheuttajasta riippuen. Dementia on tila, jossa henkilön älylliset toiminnot ovat heikentyneet. Dementiaan liittyy muistihäiriöitä, puheen sisällön köyhtymistä (afasia), ja pukeutumisen ja motoristen liikesarjojen suorittamisen (apraksia) ja nähdyn merkityksen käsittämisen (agnosia) vaikeutumista. Dementiaan liittyy muistihäiriöiden lisäksi useimmilla jossain vaiheessa käytösoireita. Erityisesti vaikeampaan dementiaan liittyy erilaisia käytöshäiriöitä. Yleisimmät syyt dementiaan ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron häiriöt ja aivovammat. Dementiaa voivat aiheuttaa monet keskushermoston sairaudet, puutostilat, myrkytykset tai lääkkeet. (Huttunen 2010, hakupäivä 15.5.2010; Muistiliitto 2011, hakupäivä 7.11.2011.)

2.2 Kivun esiintyminen

Kansainvälisen kivun tutkijaorganisaation IASP (International Association for the Study of Pain) määritelmä kivusta: "Kipu on epämiellyttävä ruumiillinen ja emotionaalinen tuntemus, joka liittyy todettuun tai mahdolliseen kudosaivaurioon tai jota kuvataan kudosaivaurion termein. Kipu on luonteeltaan subjektiivinen elämys." IASP korostaa, että kyvyttömyys sanalliseen viestintään ei sulje pois kivun mahdollisuutta. Vaikka ihminen ei pysty ilmaisemaan itseään sanallisesti, hän voi tarvita kivun asianmukaista arviointia ja hoitoa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 190.)

Suomessa kärsii päivittäisistä kivuista arviolta lähes joka neljäs pitkäaikainen laitospotilas. Kansainvälisissä tutkimuksissa laitospotilailla on arvioitu esiintyvän kipuja vielä tätäkin yleisemmin. (Björkman ym. 2007, 2547.) Kipu on yleistä ja sen esiintyvyys kasvaa iän myötä. Kipu liittyy moniin iän mukana yleistyviin sairauksiin ja aiheuttaa erityisesti masennusta ja ruokahalun vähentymistä. Hoitamattomina kivun seuraukset ovat vakavia ja huonontavat elämänlaatua. Kipu aiheuttaa kärsimystä ja huonontaa kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 190.) Hoitamattoman kivun seuraukset voivat vaikuttaa ikääntyvien elämänlaatuun (Shega ym. 2007, 374).

Kipua pidetään usein ikääntymiseen kuuluvana osana, mutta sitä se ei ole. lääkäreiden kivun syynä on jokin patologinen prosessi, kudonvaurio tai keskushermoston epätarkoituksenmukainen toiminta. Ikääntyminen muuttaa kehon rakenteita, säätelyjärjestelmiä ja ihmisen omaa suhtautumista kipuun. Koska vanheneminen ja kivun aistiminen ja kokeminen ovat yksilöllisiä prosesseja, kivun tunnistaminen ja sen mekanismien ymmärtäminen on ensiarvoisen tärkeää asianmukaisen hoidon turvaamiseksi - myös iäkkäille. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 192.)

2.2.1 Kivun jaottelu

Nosiseptiivista eli akuuttia kudonvauriokipua ovat akuutit tuki- ja liikuntaelinperäiset kiputilat, esimerkiksi rasitusperäiset kivut ja vammat ja leikkauksen jälkeinen kipu. Kroonista kudonvauriokipua aiheuttavat tulehdukselliset nivelsairaudet, osteoporoosi, hapenpuutteesta johtuvat tilat ja syöpäsairauksiin liittyvät luustoetäpesäkkeet. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 79.)

Viskeraalinen eli sisäelinkipu on yleensä nosiseptiivista kipua. Viskeraalinen kipu on vaikea paikantaa. (Kalso, Vainio, Estlander, Hamunen & Maunuksela 2002, 97). Viskeraaliset kivut ovat vatsa- ja rintaontelon elinten aiheuttamia sisäelinperäisiä kipuja. Kipu paikantuu epämääräisesti, on aaltomaista ja heijastuu. Esimerkiksi umpilisäkkeen tulehdus alkaa yleensä epämääräisellä vatsakivulla, joka usein vasta vuorokauden kuluessa paikantuu oikealle alavatsalle.

Sydänperäinen kipu saattaa heijastua vasempaan käsivarteen, kaulalle ja leukaan. (Salanterä ym. 2006, 80–81.)

Neuropaattisessa eli hermovauriokivussa vika on kipua välittävässä hermojärjestelmässä. Krooninen neuropaattinen kipu johtuu hermovaurioista. Näitä ovat esimerkiksi rannekanavaoireyhtymä, kolmoishermostärky, aivohalvauksen jälkeinen toispuolinen kipu, aavesärky ja vyöruusun jälkeinen neuralgia. (Kalso ym. 2002, 97.)

Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan vähintään kuusi kuukautta kestänyttä kiputilaa, jossa potilaalla ei ole kipua selittäviä somaattisia kliinisiä löydöksiä tai löydösten ja potilaan kokemien kipuoireiden välillä vallitsee selkeä epäsuhta. (Salanterä ym. 2006, 81.)

2.2.2 Dementoituneen asiakkaan kivun tunnistaminen

Potilas on oman kipunsa ensisijainen asiantuntija. Toissijaisia kivun asiantuntijoita ovat lääkäri, hoitaja, perhe ja ystävät. Potilas on ainoa, joka tietää, miltä hänestä tuntuu. Potilaalla on oikeus viestittää tunteensa häntä hoitaville. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on ottaa selville, miltä potilaasta tuntuu. Sairaanhoidajien eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoidajien yksi tehtävä on kärsimysten lievittäminen. Sairaanhoidajien ensisijaisena tehtävänä on tukea ja auttaa potilasta selviytymään kivusta ja näin edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Sairaanhoidaja kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta kivunhoitoa koskevassa päätöksenteossa. Hyvä kivunhoito vaatii hoitajalta herkkyyttä potilaan tarpeille ja pätevyyttä kohdata ne. Jos keskitytään vain tekniseen osaamiseen ilman, että potilas on osallisena hoidossa, ihmisen kokonaisuus unohtuu. Hoitajan kyky kohdata ja lievittää kipua riippuu kypsyydestä ymmärtää kipua ja kärsimystä monimuotoisuudessaan. Näiden lievittäminen edellyttää, että hoitaja kohtaa potilaan kivut ja kärsimykset ilman ennakkoluuloja. Hänellä tulee olla rohkeutta lievittää kipua ja kärsimystä tuomitsematta. Kun hoitaja ymmärtää kivun oikeutuksen, hän pystyy myötäelämään toisen ihmisen kipua. (Sailo & Vartti 2000, 62–63.)

Joka kuudennen erittäin vaikeaa dementiaa sairastavan laitospotilaan on raportoitu kärsivän päivittäin jostakin sellaisesta epämiellyttävästä tunteuksesta, joka heitä hoitavien sairaanhoitajien arvion mukaan on kipua. Perimmältään dementoituvien kivun arvioinnissa on kyse kahdesta perusasiasta, kivun itsearvioinnista aina silloin, kun se on mahdollista ja toisaalta havainnointiin perustuvasta kivun arvioinnista tämän rinnalla. Edellistä pidetään ensisijaisena, jälkimmäisen uhkana on kivun aliarviointi. (Finne-Soveri 2007, hakupäivä 6.4.2010.)

Kipu pitää tunnistaa, jotta sitä voi hoitaa. Kivun tunnistamisen tarkoituksena on saada selville, onko henkilöllä kipuja vai ei ja tunnistaa kivun aiheuttaja. Hyvän kivun hoidon laatusuosituksissa kehoitetaan hoitajia kysymään kivusta omaaloitteisesti, eikä odottamaan iäkkään itsensä ottavan asiaa esille. Kipu tunnistetaan kysymällä henkilöltä itseltään onko hänellä kipuja vai ei ja havainnoimalla hänen käyttäytymistään. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 195.)

Dementiapotilaat kokevat kipua, mutta ovat usein kyvyttömiä ilmaisemaan tai ilmoittamaan tunteuksista tunnistettavalla tavalla. Tyypilliset kivun ilmaukset kuten suojeleminen, jäykistyminen ja valittaminen voivat korvautua pelon, riidanhaluisuuden, kiihottuneisuuden ja vetäytyneisyyden ilmauksilla. Kivun tunnistamisen ongelmat ovat osana kognitiivisesti heikentyneiden vanhempien potilaiden alidiagnosointiin ja alihoitamiseen. (Shega ym. 2007, 374–375.)

Kivun tunnistamisen haasteita lisää erityisesti, jos potilas ei muistihäiriönsä vuoksi kykene lainkaan kommunikoimaan. Dementiaa sairastavien potilaiden kivun tunnistamisessa on käytetty potilaan omaan tai hoitohenkilökunnan ilmoitukseen perustuvia menetelmiä. Näiden tukena on käytetty verbaalisia tai visuaalisia asteikkoja, esimerkiksi kiputiloja kuvaavilla kasvoilla kuvitettua kipujanaa. Potilaan omaan ja myös hoitajan ilmoitukseen perustuvat menetelmät voivat kuitenkin muodostua ongelmaksi dementian vaikeusasteen edetessä ja kommunikaatiokyvyn heikentyessä. Tällöin joudutaan turvautumaan erilaisten kivun aiheuttamien käyttäytymisen muutosten havainnointiin. (Björkman ym. 2007, 2547, 2552.)

Kun ihminen kokee kipua, hän reagoi kipuun käytöksellään. Levottomuus on epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänenkäyttöön liittyvää käyttäytymistä. Sen taustalla on usein jokin potilaan kannalta mielekäs syy, kuten kipu, huono olo, suru tai masennus, jota hoitajien on vaikeata tunnistaa ja jota potilas ei kykene kielellisesti ilmaisemaan. Katastrofireaktio on äkillinen levottomuusoireisto, tavallisesti itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtaus, jollaisen valtaan dementiapotilas voi joutua kohdatessaan kognitiivisille kyvyilleen ylivoimaisen haasteen. Ympäristöstä tulevat ärsykkeet saattavat tuntua vierailta, turhauttavilta ja pelottavilta. Dementiapotilaiden hoitajat näkevät näitä kohtauksia tavallisimmin erilaisissa arkisissa tilanteissa, varsinkin kun potilasta kosketellaan esimerkiksi pukemisessa ja peseytymisessä avustettaessa. (Erkinjuntti ym. 2002, 96–97.) Tyypillisiä reaktioita akuutin kivun yhteydessä ovat kipeän paikan suojaaminen esimerkiksi kädellä, koskettaminen, erilaiset äännähtelyt kuten huokaukset tai ähkyminen ja kasvojen ilmeet. Käyttäytymisen muutokset voidaan jakaa kuuteen eri havaintokategoriaan: kasvojen ilmeiden, ääntelyn, kehon kielen, kanssakäymisen, toimintojen ja mielentilan muutokset. Hoitamaton kipu voi siis tavanomaisen irvistelyn, huutelun ja rauhattomuuden sijaan aiheuttaa myös masennusta ja sosiaalista eristäytyneisyyttä sekä heikentää liikuntakykyä. Tyypillisiä kasvonilmeitä, jotka ilmaisevat kipua, ovat kulmien kurtistuminen, otsan rypistyminen ja suun suipistuminen. Kroonisessa kivussa kipukäyttäytymisen tulkitseminen on vaikeampaa. Kroonista kipua sairastavilla henkilöillä on todettu olevan muuta väestöä enemmän pelko-välttämiskäyttäytymistä. Pitkäaikaisessa kivussa tämäntyyppinen käyttäytyminen saattaa johtaa fyysisen aktiivisuuden vähenemiseen ja mielialan heikkenemiseen ja sitä kautta kipukokemuksen voimistumiseen. (Salanterä ym. 2006, 59–60; Björkman ym. 2007, 2547, 2552.)

Dementiapotilaiden käytösoireet aiheuttavat hoidollisia ongelmia ja haasteita. Oireet voivat olla ohimeneviä tai jatkua jopa vuosiakin. Jotkin oireet, kuten aggressiivinen käyttäytyminen, voivat vaikuttaa hoitopaikan määräytymiseen ja uuvuttaa hoitajan tai hoitoyhteisön. Hoitolinja tulisi valita käytösoireen arvioinnin ja sen syyn selvityksen pohjalta. Arvioinnissa pyritään selvittämään, liittyykö oire fyysiseen sairauteen, kipuun tai muuhun vaivaan, onko sillä yhteyttä potilaan ympäristöön tai johtuuko se vuorovaikutuksen vaikeuksista. Käytösoireita pitää

hoitaa, kun ne rasittavat potilasta tai heikentävät hänen kykyään huolehtia itsestä, sosiaalista vuorovaikutusta tai toimintakykyä. (Erkinjuntti ym. 2002, 463.)

Dementiapotilaiden kivun mittausta on tutkittu 1970-luvulta lähtien. Lievää dementiaa sairastavien kipukynnys ei eroa terveiden samanikäisten arvoista. Tavallista heikompaa reagointia kipuun on havaittu Alzheimer-potilailla, jotka sairastavat artroosia, olkapään adhesiivista kapsuliittia ja luukatoa. Yksittäisiä tapausselostuksia on vanhainkodin potilaista, joiden reisiluun murtuma on jäänyt pitkiksi ajoiksi diagnosoimatta puuttuvan kipureaktion takia. On kuitenkin mahdollista, että kyseessä on ollut hoitavien henkilöiden, ei potilaan välinpitämättömyys kipua kohtaan. Dementian edetessä potilaan kyky ilmaista kipua huononee. Tällöin perheenjäsenten ja hoitavien henkilöiden huomiot ovat tärkeitä. (Kalso ym. 2002, 333–334.) Dementoituneidenkin potilaiden kipu on aina subjektiivinen kokemus ja erityisesti kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kaikki kivun arviointimenetelmät ovat siten vajavaisia. Tietoa on myös vähän siitä, miten dementia muuttaa kivun kokemusta. Esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavilla potilailla on kipuaistimuksen esitetty pysyvän melko muuttumattomana, mutta kivun sietokyvyn kasvavan Alzheimerin taudille tyypillisten kipujärjestelmän vaurioiden vuoksi. Tällöin jo melko vähäiset käyttäytymisen muutokset viittaisivat potilaiden kokemaan voimakkaaseen kipuun. (Björkman ym. 2007, 2547, 2552.)

3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA

Leinosen (2009, 32, 44, 46) tutkimuksessa, Koskoo ja kolottaa joka paikkaan, oli tarkoituksena kuvata sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien osaamista arvioida ja hoitaa dementoituneen vanhuspotilaan kipua. Dementoituneen vanhuksen kivunhoidon arviointi ei ole helppoa. Reilusti yli puolet vastaajista ei koe olevansa asiantuntijoita kivun arvioinnissa. Kivun arvioinnissa vaikeaksi koettiin se, ettei dementoitunut kykene kertomaan riittävän selkeästi kivusta ja ilmeiden, eleiden ja ääntelyn perusteella on vaikea tulkita, mihin koskee vai koskeeko lainkaan.

Sainkankaan & Savolaisen (2010, 6, 39) tutkimuksessa, Ikääntyneiden potilaiden kivunhoidon haasteet, oli tarkoituksena kartoittaa ikääntyneiden potilaiden kivunhoitoon liittyviä haasteita. Tutkimuksen haastatteluissa korostui keskeisenä asiana hoitajan potilaasta tekemien havaintojen tärkeys, potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty ilmaisemaan kipua sanallisesti.

Uusitalon ja Westerholmin (2010, 2, 30) opinnäytetyön, Dementoituneen potilaan kivun arviointi - neljän objektiivisen kipumittarin sisällönanalyysi, tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen pohjalta dementoituneen potilaan tyyppilistä käytösmallia ja mallin muuttumista kiputilanteissa. Tarkoituksena oli myös kuvailla ja vertailla kipumittareiden sisältöä sekä selvittää niiden välisiä yhtäläisyyksiä ja eroja. Heidän tutkimuksessaan tuli esiin, että dementoituneen potilaan kivun havainnoiminen on haasteellista, sillä kognitiivisten häiriöiden vuoksi potilaan on vaikea ilmaista itseään ja kertoa kokemastaan kivusta. Kipumittareiden tulee olla hoitajan helppo käyttää, selkeästi ymmärrettäviä, tulkittavia sekä aikaa säästäviä.

Heikkisen ja Rintakosken (2010, 10, 20, 24) opinnäytetyössä, ”Ja mä yritin kymmenellä kauniilla kielellä, et eks sää ny ottas lääkettä siihen kipuus?” suurimman haasteen muodostivat muistisairaavat ja sekavat potilaat sekä potilaat,

jotka eivät pystyneet sanallisesti kommunikoimaan. Sairaanhoidajat pitivät ensiarvoisen tärkeänä kykyä osata tulkita potilasta ja hänen olemustaan.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvailla, mistä asioista hoitajat tunnistavat dementoituneen asiakkaan kipua. Tarkoituksena on kuvailla myös kivun tunnistamisen haasteellisuutta. Tutkimukseni tavoitteena on, että tutkimuksessa tuotun tiedon avulla voidaan kehittää dementoituneen asiakkaan kivun hoitoa. Tutkimuksessa esille tuleva tieto tuo esille erilaisia keinoja dementoituneen asiakkaan kivun tunnistamiseen. Kuvaileva tutkimus esittää tarkkoja kuvauksia tapahtumista tai tilanteista ja dokumentoi ilmiöistä keskeisiä, kiinnostavia piirteitä (Hirsjärvi ym. 2007, 134).

Tutkimustehtäviäni ovat

1. Millaisia ovat hoitajien tunnistamat dementoituneen asiakkaan kivun ilmenemismuodot
2. Mitkä asiat hoitajat kokevat haasteellisiksi dementoituneen asiakkaan kivun tunnistamisessa

5 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimusmenetelmäni on kvalitatiivinen. Olen kuvannut hoitajien kokemuksia kivun tunnistamisessa. Tulokset ovat heidän yksittäisiä kokemuksia laajentuen yleisiksi käsityksiksi. Avoimet kysymykset antoivat vastaajille mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin, jolloin sain tietoon, mikä on tärkeää tai keskeistä heidän ajattelussaan. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan verrata väripalettiin. Jokainen tutkija tekee oman tutkimuksensa ja sekoittaa värit omalla, ainutlaatuisella tavallaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 157, 161, 193, 196 ja 255; Krause & Kiikka-la 1996, 74, 117–119.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuskohde

Tutkimuskohteena tutkimuksessani ovat dementoituneiden asiakkaiden hoitoon osallistuvat palvelukodin hoitajat. Valitsin kohteekseni heidät, koska koen, että heillä on tietoa dementoituneiden asiakkaiden hoitamisesta. Halusin saada tietoa, kuinka he tunnistavat dementoituneen asiakkaan kivun ja minkä he kokevat siinä haasteellisena. Tiedonantajiksi tulevat henkilöt voidaan valita laadullisen tutkimuksen tiedonantajiksi siten, että he olisivat mahdollisimman hyviä tutkittavan asian asiantuntijoita (Krause & Kiikkala 1996, 100).

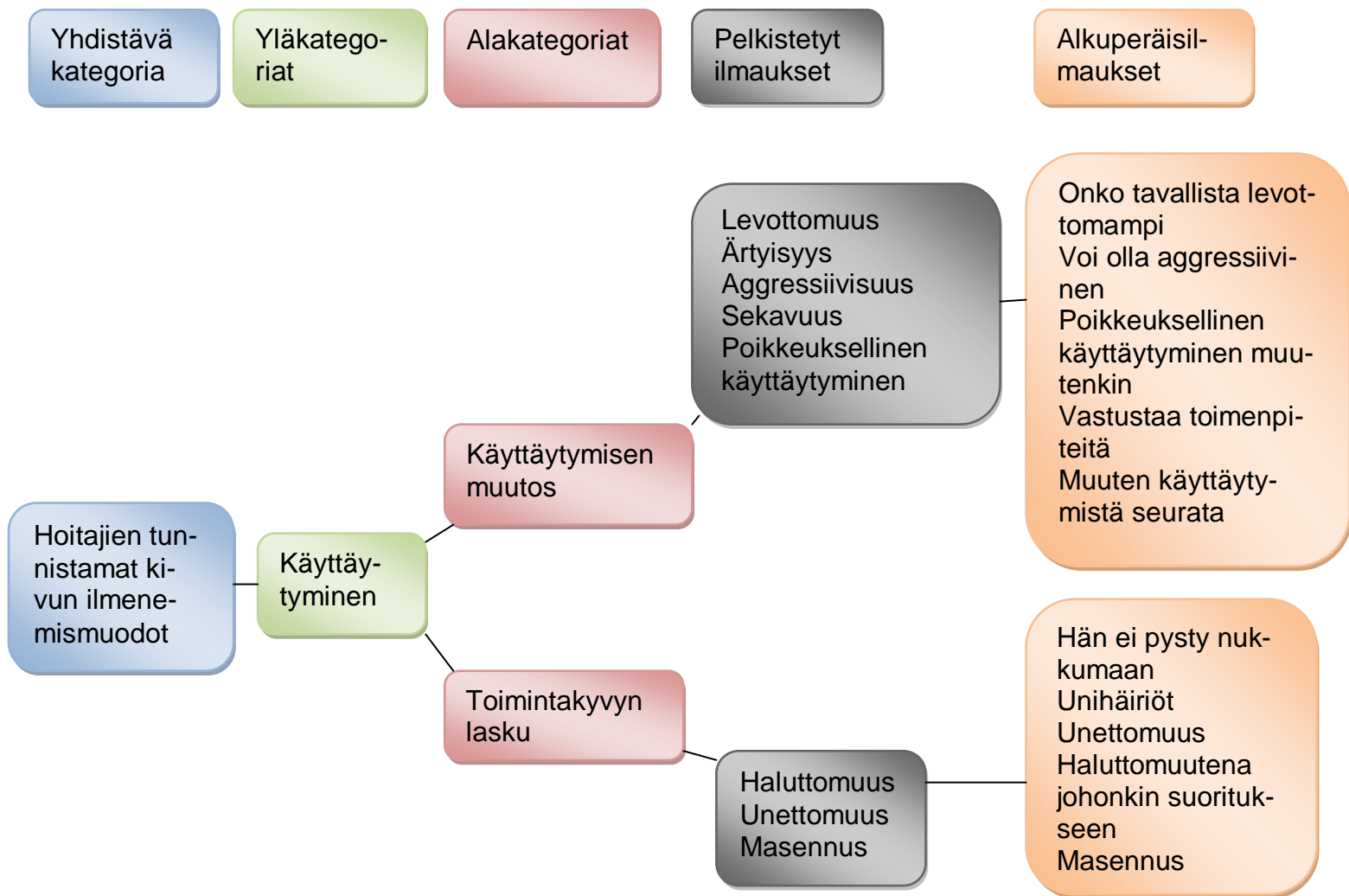
6.2 Aineiston hankinta ja keruumenetelmä

Aineiston keräsin avoimilla kyselylomakkeilla palvelutalojen dementoituneiden asiakkaiden hoitoon osallistuvilta hoitajilta. Avoin kysymys on sellainen, jossa esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Avoin kysymys antaa vastaajien ilmaista itseään omin sanoin eikä ehdota vastauksia, jolloin saadaan osoitus vastaajien tietämyksestä aiheesta ja mikä on tärkeää tai keskeistä vastaajien ajattelussa. (Hirsjärvi ym. 2007, 193, 196.) Kyselylomakkeen (Liite 1) suunnittelin itse juuri tähän tutkimukseen. Kyselylomaketta testasin tuetuilla hoitajilla ja esittelin sen myös seminaareissa. Lomakkeelle laitoin myös kohdan, jossa hoitaja voi halutessaan jättää puhelinnumeron, jotta voin tarvittaessa täydentää tietoja. Vein kyselylomakkeeni kahden palvelukodin johtaville hoitajille, joille kerroin tutkimukseni tarkoituksen. He lupasivat toimittaa lomakkeet hoitajille. Kyselylomakkeen yhteyteen laadin kirjallisen saatekirjeen (Liite 2), jossa kerroin vastaajille, mitä tutkin ja kuka olen. Lomakkeet kerättiin suljetuissa kuorissa sovittuun paikkaan, josta noudin ne määräajan päätyttyä kuukauden kuluttua. Ensimmäisen määräajan päätyttyä sain vain kaksi vastausta, joten jatkoin määräaika. Pyrin lisäämään kyselylomakkeiden kattavuutta tiedot-

tamalla tutkimuksestani uudelleen. (Hirsjärvi ym. 2007, 217). Tämän jälkeen sain vastauksia lisää. Laadullisen tutkimuksen aineiston katsotaan olevan riittävän kun aineisto alkaa toistaa itseään (Hirsjärvi ym. 2007, 177). Aineiston määrä on tutkimuskohtainen, vastauksia tarvitaan sen verran kuin aiheen kannalta on välttämätöntä (Eskola & Suoranta 1998, 63). Vein kyselylomakkeita yhteensä 40 kappaletta johtaville hoitajille. Sain kyselyyni vastauksia kymmenen kappaletta. Molempiin kysymyksiin oli vastattu. Aineistoa alkuperäisistä ilmauksista kertyi kolme sivua koneella kirjoitetussa muodossa A4 arkkeja.

6.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Saatuani aineiston luin kaikki lomakkeet läpi useaan kertaan. Käytin kaikki vastatut kysymyslomakkeet lopulliseen analyysiin. Kvalitatiivisen analyysin tarkoituksena on ymmärtää, millaisia merkityksiä tutkittavat antavat ilmiöille. Tutkijalla on asiasta tietty esiyymmärrys, joka laajenee tulinnan ja merkityksenannon kautta. (Krause & Kiikkala 1996, 117–119.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä pikemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi ym. 2007, 157). Etenin aineiston analyysissä kyselylomakkeen teemojen mukaan eli keräsin molempiin kysymyksiin alkupe-
räisilmaukset omiksi teemoiksi. Teemoina olivat hoitajien tunnistamat kivun ilmenemismuodot ja kivun tunnistamisen haasteet. Alkuperäisilmauksista muodostin pelkistettyjä ilmauksia, joista samankaltaiset asiat keräsin alakategorioiksi. Alakategorioista muodostin yläkategorioita ja yläkategorioista yhdistäviä kategorioita. Vastauksia tutkimalla yritin löytää yhteneviä ja eriäviä seikkoja. Analysointiprosessini oli induktiivinen. Etenin yksittäisten hoitajien vastauksista yleiskäsitykseen. Kuvaan prosessin etenemistä kuviossa 1. Induktiivisessa tutkimusprosessissa tiedot kerätään yksittäisistä tapahtumista, ja näistä muodostetaan laajemmat käsitteet luokitusten avulla (Krause & Kiikkala 1996, 74).



KUVIO 1 Esimerkki kategorioiden muodostumisesta

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA NIIDEN POHDINTA

7.1 Kivun tunnistaminen

Hoitajat tunnistavat kivun havainnoimalla käyttäytymistä, kasvojen ilmeitä, eleitä, ruokahalun muutosta, ääntelemistä, liikkumista ja ihoa. He tunnustelevat ja mittaavat vitaalinelintoimintoja. (Kuvio 2.)

7.2 Hoitajien tunnistamat kivun ilmenemismuodot

7.2.1 Käyttäytyminen

Hoitajat havainnoivat asiakkaan poikkeavaa käyttäytymistä, muutosta asiakkaan tavanomaisessa käytöksessä ja toimintakykyä. Heidän kokemuksensa mukaan asiakas voi muuttua haluttomaksi, ärtyisäksi, levottomaksi tai aggressiiviseksi. Asiakas voi alkaa vastustella hoitotoimenpiteitä, olla sekava tai masentunut. Asiakkaalla voi esiintyä unettomuutta ja yleistä toimintakyvyn laskua.

”Onko tavallista levottomampi, poikkeuksellinen käyttäytyminen muutenkin.”

Heikkisen & Rintakosken (2010, 21) tutkimuksessa monet sairaanhoitajat kokivat potilaan levottomuuden, tuskaisuuden, itkuisuuden, ruokahaluttomuuden ja aggressiivisuuden antavan viitteitä kivun olemassaolosta. Ikäännytynyt potilas saattaa kipeänä muuttua vastahakoiseksi hoitoa kohtaan (Sainkangas & Savolainen 2010, 23).

7.2.2 Kasvojen ilmeet

Hoitajat havainnoivat asiakkaan kasvojen ilmeitä. Asiakas voi ilmentää kipua esimerkiksi rypistämällä otsaansa, siristämällä silmiään tai hänen leukapielensä voivat olla kiristyneet.

”Täytyy yrittää seurata asiakkaan ilmeitä, kyllä ilmeet kertovat paljon jos asiakkaalla on kipua.”

Heikkisen ja Rintakosken (2010, 21) tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajat tarkkailevat potilailta, jotka eivät pysty kertomaan kivusta, potilaan olemusta, ilmeitä ja eleitä.

7.2.3 Eleet

Tutkimukseni mukaan asiakkaan eleet voivat viitata kivun olemassaoloon. Hän voi suojata tai kosketella kädellä kipeää paikkaa. Hän voi puristaa kädet tiukasti nyrkkiin tai puristaa tiukasti kiinni jostakin. Sainkankaan ja Savolaisen (2010, 23) tutkimuksessa nousi esiin, että potilas voi ilmaista kipua ilmein ja elein.

7.2.4 Ruokahalun muutos

Tutkimuksessani hoitajat toivat vastauksessaan esille asiakkaan ruokahalun muutoksen mahdollisena kivun merkinä. Asiakkaalla voi ilmetä ruokahaluttomuutta tai syömättömyyttä. Lisääntynyt kipu liittyy ruokahalun häiriöihin ikääntyneillä (Shega ym. 2007, 374).

7.2.5 Äänteleminen

Hoitajat havainnoivat asiakkaan ääntelemistä. Asiakas voi hoitotilanteissa äänellä kivuliaasti, valittaa ja itkeä.

”Kivulias vanhus saattaa äännellä ja voihkia vaikei sanoja tulisikaan.”

”Asiakasta pestäessä ja vaippaa vaihdettaessa käännellään ja asiakas valittaa.”

Sainkankaan & Savolaisen (2010, 23) tutkimuksessa todetaan, että dementiaa sairastavan henkilön kipu voi ilmetä levottomuutena, itkuisuutena, huuteluna ja tuskaisuutena.

7.2.6 Liikkuminen

Asiakkaan liikkumisen havainnointi antaa myös tietoa kivun olemassaolosta. Hoitajat havainnoivat, miten asiakas liikkuu. Esiintyykö nilkuttamista, levottomuutta liikkeissä, epätarkoituksenmukaista liikkumista tai väheneekö liikkuminen yllättäen.

”Jos vanhus liikkuu, tarkkailen onko liikkuminen vaivalloisempaa entiseen verrattuna.”

Sainkankaan & Savolaisen (2010, 23) tutkimuksen mukaan potilaan liikkuminen ja aktiivisuus vähenee kivun vuoksi.

7.2.7 Iho

Hoitajat kertovat tarkkailevansa ihoa. Asiakkaan iho voi olla hikinen ja kostea. Kivuliaalla asiakkaalla voi olla kylmänhiki otsalla. Ihon väri voi olla punakka. He huomioivat myös ihon lämpöä.

Sainkaan ja Savolaisen (2010, 23) tutkimuksen mukaan kipu voi aiheuttaa potilaalle myös voimakasta hikoilua ja kipu voi ilmetä lämmön nousemisena, jolloin taustalla voi olla infektio.

7.2.8 Kivun palpointi eli kosketus

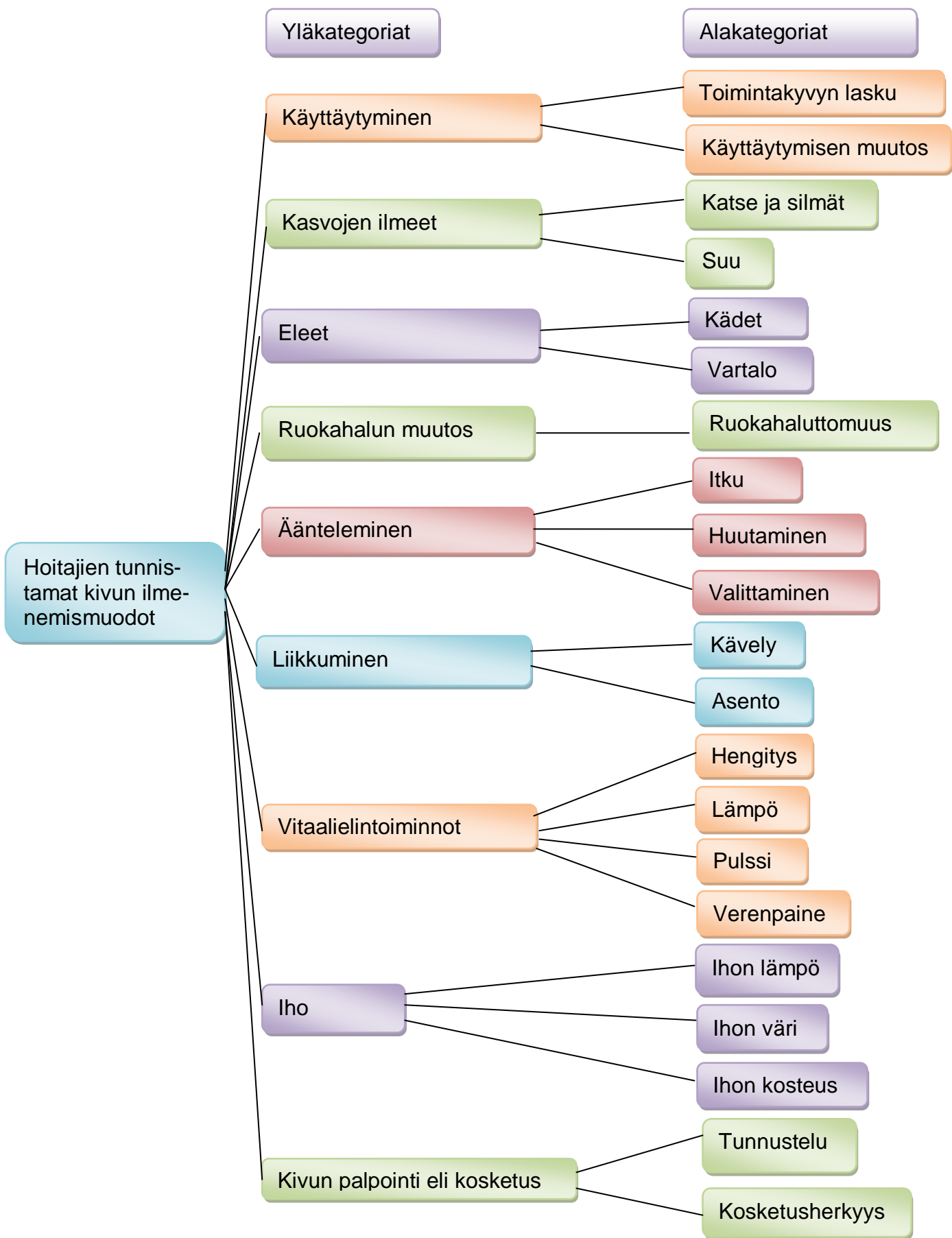
Tunnustelemalla asiakasta voidaan etsiä kipupaikkaa. Mitä kohtaa asiakas aristelee, on kosketusherkkä.

”Kehoa koskettelemalla eri puolin voisi kokeilla, missä päin kiputuntemusta on ja siten havainnoida asiakkaan olotilaa.”

Myös Sainkaankaan ja Savolaisen (2010, 23) mukaan potilas ei välttämättä anna koskea kipeytyneeseen, aristavaan paikkaan.

7.2.9 Vitaalielintoiminnot

Hoitajat arvioivat asiakkaan kipua vitaalielintoimintoja mittaamalla. He mittaavat verenpaineen, pulssin, hengitysfrekvenssin, lämmön ja happisaturaation. Hengitys voi olla tiheää ja verenpaine ja pulssi nousevat kivuliaalla asiakkaalla. Heikkisen ja Rintakosken (2010, 21) tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajat tarkkailevat raajojen lämpöä ja väriä ja mittaavat verenpainetta, lämpöä sekä pulssia arvioidessaan kivunhoidon tarvetta.



KUVIO 2 Hoitajien tunnistamat kivun ilmenemismuodot

7.3 Kivun tunnistamisen haasteet hoitajien kokemana

Hoitajien mielestä kivun tunnistamisen tekee haasteelliseksi kommunikoinnin vaikeus, käyttäytymisen syyn tunnistaminen, kivun aste ja paikka. Haasteellisenä koettiin myös aggressiivinen käytös, hoitajien erot, erot kivun kokemisessa ja ilmaisemisessa ja työnkierto. (Kuvio 3.)

7.3.1 Kommunikoinnin vaikeus

Hoitajat pitävät haasteellisena kommunikoinnin ongelmallisuutta, esimerkiksi sanojen puute. Kun asiakas ei pysty sanoin ilmaisemaan tuntemuksiaan, on kivun olemassaolon tunnistaminen vaikeaa.

”Minusta on vaikea saada tietoon, missä kipua on, jos sitä epäilee, koska hoitettava ei osaa kertoa, missä.”

Leinosen (2009, 46) tutkimuksessa tuli esille, että hoitajat kokevat kivun arvioinnissa kivun tunnistamisen haasteelliseksi, kun kommunikaatiossa on vaikeuksia. Dementoitunut asiakas ei pysty kertomaan kivusta riittävän selkeästi. Ilmeiden, eleiden ja ääntelyn perusteella on vaikea tulkita kivun olemassaolo. Heikkisen ja Rintakosken (2010, 20) tutkimuksessa nousi esille että sairaanhoitajien mielestä suurimman haasteen muodostivat muistisairaat ja sekavat potilaat, sekä potilaat, jotka eivät pystyneet sanallisesti kommunikoimaan. Kun potilas ei osaa kertoa kivustaan eikä ymmärrä, mitä kivulla tarkoitetaan siitä kysyttäessä, on yhteistyö usein vaikeaa. Tällaisessa tilanteessa vaaditaan taitoa aistia potilaan kipua käyttäytymisestä ja eleistä.

7.3.2 Käyttäytymisen syyn tunnistaminen

Hoitajat kokivat haasteellisena aggressiivisen käyttäytymisen syyn tunnistamisen. Vaikuttaako asiakkaan aggressiiviseen käytökseen se, että asiakas on kipeä vai onko taustalla dementian eteneminen. Asiakas voi olla levoton, hänellä voi olla unihäiriöitä ja masennus. Hoitajien mukaan asiakas saattaa olla aggressiivinen ja häntä on vaikea käsitellä ja tutkia, jotta asia saataisiin selvitettyä. Haastavaa on erottaa toisistaan kipu tai jostain muusta syystä johtuva käytöshäiriö. Hoitajista on vaikea tietää levottomuuden taustaa.

7.3.3 Kivun aste ja paikka

Haasteellisena hoitajat kokivat sen, miten tunnistaa kivun voimakkuus. Sanoin ilmaisevallakaan ei ole aina varmuutta kivun määrästä. Hoitajista on vaikeaa ja haasteellista määrittellä kivun kohdetta. Asiakas ei välttämättä näytä oikeaa kipukohtaa.

Sainkankaan ja Savolaisen (2010, 23) tutkimuksessa tuli esille, että kun potilaalla on psyykinen sairaus, voi olla hankala erottaa onko kipu fyysisestä syystä johtuvaa vai onko taustalla psyykinen kivun tuntemus. Huonomuistiset potilaat eivät pysty välttämättä sanomaan tarkkaa kohtaa, missä kipu tuntuu. Kivut voivat olla epämääräisiä ja vaihtaa paikkaa päivittäin.

7.3.4 Hoitajien erot

Hoitajat kiinnittävät asiakkaisiin eri tavalla huomiota. Toinen hoitaja sanoo asiakkaan olevan kipeä, kun taas toinen on sitä mieltä, ettei asiakas ole kipeä. Kivun hoito on usein vaillinaista.

”Hoitajat kiinnittävät asiakkaisiin eri tavalla huomiota. Toinen hoitaja sanoo asiakkaan olevan kipeä, kun taas toinen on sitä mieltä, ettei ole kipeä.”

Sainkankaan & Savolaisen (2010, 25) tutkimuksessa nousi myös esiin hoitajien erilaiset näkökannat. Hoitajien mielipiteet potilaan tilanteesta voivat olla erilaiset. Hoitajat voivat toisinaan vähätellä potilaan kertomaa kipua.

7.3.5 Erot kivun kokemisessa ja ilmaisemisessa

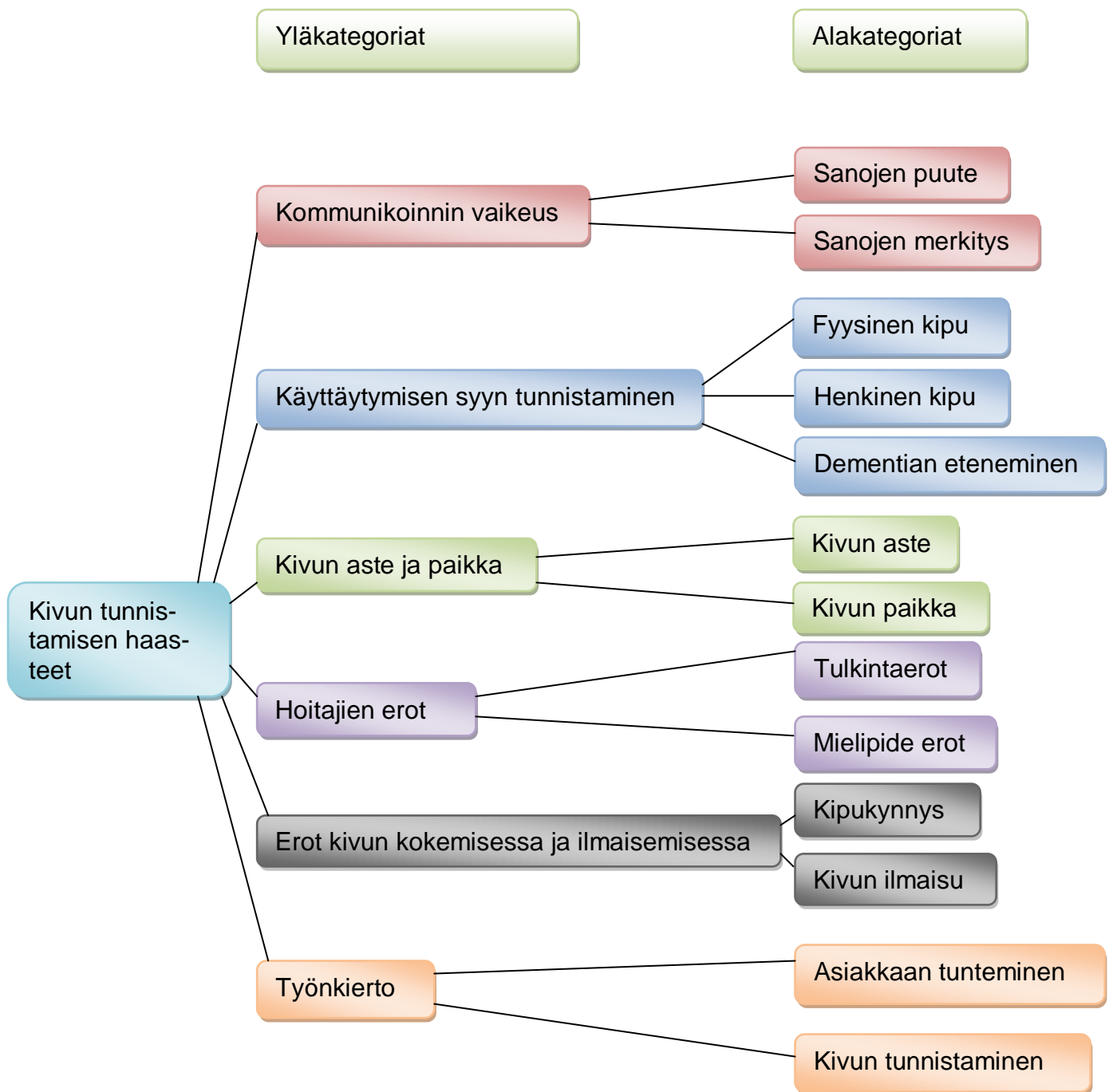
Kivun tunnistamista vaikeuttavat asiakkaiden yksilölliset erot. Toiset asiakkaat valittavat herkemmin. Hoitajien mukaan jokainen vanhus oireilee kipunsa eri tavoin. Onko valittamisen taustalla aina kipu ja jokainen vanhus oireilee kipunsa eri tavoin.

7.3.6 Työnkierto

Työnkierto on yksi kivun tunnistamista vaikeuttava tekijä. Hoitajan on tunnettava asiakkaat hyvin, voidakseen tunnistaa kivun. Hoitaja joutuu osallistumaan työnkiertoon, jolloin ei synny riittävän tiivistä hoitosuhdetta. Hoitajat korostavat, että olisi tärkeää tuntea asiakkaat hyvin.

”Jokainen vanhus oireilee kipunsa eri tavoin. Hoitajan on tunnettava asiakkaat hyvin voidakseen havaita kivun. Hoitajien pitää silti usein hypätä osastolta toiselle, eikä näin ollen riittävän tiivistä hoitosuhdetta synny.”

Omaishoitajilla, jotka ovat pitkäaikaisessa hoitosuhteessa, ovat parhaat mahdollisuudet tunnistaa hienoisia muutoksia käytöksessä, mutta kaikkien täytyy olla koulutettuja tunnistamaan epätyypillistä käytöstä mahdollisissa kivun ilmaisuisissa (Shega ym. 2007, 375).



KUVIO 3 Kivun tunnistamisen haasteet hoitajien kokemana

8 POHDINTA

Valitsin tutkimukseni aiheen, koska minua kiinnostaa vanhustyö ja olen työssäni kohdannut haasteellisesti käyttäytyviä dementoituneita asiakkaita. Olen joutunut heidän kohdallaan miettimään käytöksen taustoja ja syitä. Olen kokenut tämän asian hyvin haasteellisena. Halusin tutkimuksellani saada lisää tietoa teoriassa ja kokemuksellista tietoa hoitotyössä olevilta.

Sain tutkimuksellani kerättyä tärkeää tietoa hoitoalan ammattilaisilta. Aiheena koen, että tämä on tarpeellinen ja ajankohtainen, koska ikääntyvien määrä lisääntyy ja on maailmanlaajuisesti lisääntyvä haaste. Ikääntyvien määrän lisääntymässä myös suhteellisesti dementiaa esiintyy enemmän. Tilastokeskuksen (2003) mukaan Suomessa ikääntyminen on voimakkaimmillaan seuraavat 20 vuotta. Yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa yli 50 prosenttia. (Tilastokeskus 2003, hakupäivä 3.11.2011.) Koen myös itse haastavana kivun tunnistamisen. Miten tunnistaa kipu, missä se on ja kivun määrä. Koen asian hyvin tärkeänä, koska kipeänä oleminen huonontaa dementoituneen toimintakykyä eikä ole tarkoituksenmukaista, että asiakkaan täytyy olla kipeänä. Kipu ei kuulu olennaisena osana vanhuuteen.

Tutkimukseni tarkoituksena oli kuvailla, miten hoitajat tunnistavat dementoituneen potilaan kivun ja seikkoja, joita he kokevat haasteellisina. Hoitajat toivat vastauksissaan hyvin esille käyttämiään kivun tunnistamiskeinoja. Tunnistamisen haasteellisuutta he olivat myös pohtineet hyvin. Tulokset yhtenivät aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa. Työnkierto koettiin haastavana asiana kivun tunnistamisen suhteen. Ymmärrän, miksi hoitajat nostivat tämän asian esille vastauksissaan. Kun tuntee asiakkaan hyvin, on helpompi havaita muutokset hänen käyttäytymisessään. On kuitenkin tärkeää, että kaikilla on perustieto siitä, mitkä ovat yleisimpiä käyttäytymiseen liittyviä seikkoja, joiden takana voi olla kipu.

Tutkimustulokseni vahvistivat tietoa siitä, miten haasteellista kivun tunnistaminen on dementoituneella asiakkaalla. Tämä herätti myös ajatuksia siitä, miten yhteistyö hoitajien välillä voi olla haasteellista. Tutkimuksessa nousi esiin monia kivun tunnistamiskeinoja, joita työyhteisöissä voi hyödyntää. Toivottavasti tutkimukseni nostattaa työyhteisöissä kysymyksiä ja herättää keskustelua aiheesta. Asioista keskusteleminen tuo esille uusia seikkoja ja näin kehittää työyhteisön toimintaa.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Odotin saavani tutkimukseeni enemmän vastauksia, mutta vastausten määrään on voinut vaikuttaa ajankohta, jolloin suoritin kyselyni. Jaoin kyselylomakkeet kesäkuun alussa, jolloin monet vakituisista työntekijöistä ovat kesälomalla. Vastausten määrään olisi voinut vaikuttaa, jos olisin henkilökohtaisesti käynyt hoitajille esittelemässä tutkimussuunnitelmani ja siinä tilanteessa avannut tarkemmin tutkimukseni tarkoitusta ja tutkimuksessani esiintyviä käsitteitä. Olen myös pohjittanut, että haastattelemalla olisin voinut saada syvällisempää ja tarkempaa tietoa asiasta. Valitettavasti yksikään kyselyyn vastaaja ei jättänyt puhelinnumeroaan vastauslomakkeelle. Hoitajat voivat kokea tällaiset kyselyt ja haastattelut aikaa vieviksi ja eivät ehkä siksi ole kiinnostuneita näihin sitoutumaan. Haastattelutilanteessa olisin voinut esittää tarkentavia kysymyksiä.

Tutkimukseni luotettavuutta tukevat ajankohtaiset ja luotettavat lähteet. Olen käyttänyt alkuperäisiä lähteitä ja yleisesti tunnettujen kustantajien kustantamia kirjoja. Käyttämäni lehtiartikkelit ovat tieteellisistä julkaisuista. Nettilähteeni ovat yleisesti luotettavien julkaisuorganisaatioiden julkaisuja. Olen verrannut tuloksia aiempiin tutkimuksiin. Tutkimukseni vahvistuvuutta tukevat toisista tutkimuksista saatu tuki tulkinnoilleni (Eskola & Suoranta 1998, 213). Olen tuonut tarkkaan esille, miten olen tutkimukseni toteuttanut, mikä parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Olen havainnollistanut aineiston analyysiäni kaaviokuva esimerkein. Olen käyttänyt suoria lainauksia työni luotettavuuden parantamiseksi. Väitteiden esittämisen uskottavuutta voidaan varmistaa selvittämällä tutkimusolosuhteita, käytettyjä menetelmiä ja käsitteiden määrittelyjä. Lisäevidenssinä voidaan käyt-

tää autenttisia aineistokatkelmia. (Eskola & Suoranta 1998, 220.) Seminaareissa työtäni esitellessä olen saanut ohjausta ja palautetta ohjaavalta opettajaltani ja opponooijiltani, joiden avulla olen voinut kehittää työtäni. Seminaarit paransivat työni luotettavuutta, koska sain työstäni palautetta, mikä auttoi pohtimaan uusia näkökulmia työni suhteen. Kyselylomakkeeni pyrin tekemään mahdollisimman yksiselitteiseksi ja ymmärrettäväksi, jotta ei tulisi väärintulkintoja. Koen, että tutkimukseni kysymykset kohtasivat vastaajien vastausten kanssa. Vastaajat olivat ymmärtäneet kysymysten tarkoituksen niin, että sain vastauksen niihin tutkimusongelmiin, mihin oli tarkoitus. Olen pyrkinyt tulkitsemaan vastauksia niin, että vastausten alkuperäinen ajatus on säilynyt. Olen analysoinut vastauksia objektiivisesti ja puolueettomasti ymmärtäen tiedonantajia itsenään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.)

Tutkimukseni eettisyyttä tukevat ne seikat, että olen noudattanut rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta työssäni. Olen kunnioittanut ihmisarvoa antamalla hoitajille mahdollisuuden päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseeni. Olen kirjannut asianmukaisesti lähdemerkinnät käyttämistäni aineistoista. Olen verrannut saamiani tuloksia muiden saamiin tutkimustuloksiin ja etsinyt yhtäläisyyksiä tutkimusten välillä. Eettisyyttä tukee myös se, että tutkimuksestani ei käy esille, minne olen kyselylomakkeet toimittanut. Kyselylomakkeet palautettiin nimettöminä ja suljetuissa kirjekuorissa, eikä näin ollen vastaajien henkilöllisyys voi paljastua. Tutkimusaineistoa on käsitelty vain tutkija itse. Aineistoa olen säilyttänyt asiallisesti omassa suljetussa kansiossaan tutkijan kotona tutkimukseni aikana, jotta kukaan ulkopuolinen ei niihin ole voinut perehtyä. Tutkimukseni valmistuttua hävitin aineiston asianmukaisella tavalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 24–26.)

8.2 Jatkokehittämissideat

Tutkimukseni aikana heräsi ajatus siitä, miten kipuun reagoidaan, kun huomataan asiakkaan kivuliaisuus. Miten kipua hoidetaan ja miten hoidon vastetta seurataan. Mitä keinoja kivun lievittämiseen käytetään; lääkkeellisiä vai lääkkeettömiä. Tutkimukseni vastauksissa nousi esiin haasteellisena asiana kivun

tunnistamisessa se, miten erottaa onko kipu fyysistä vai psyykkistä. Tästä nousee ajatus myös siitä, miten henkistä kipua hoidetaan. Jatkotutkimushaasteena voisi olla näiden seikkojen tutkiminen. Myös omaisten näkökanta näissä asioissa voisi olla mielenkiintoinen tutkimusaihe.

LÄHTEET

Aejmelaesus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhus-työhön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden demen-tiapotilaiden kivun arviointi. Suomen Lääkärilehti 62 (26), 2547–2553. Hakupäi-vä 28.5.2010 <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL262007-2547.pdf>.

Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) 2002. Muistihäiriöt ja dementia. 1. painoksen (2001) muuttamaton jatkopainos. Hämeenlinna: Ka-risto Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H. 2007. Dementoituvan kipu-aikamatkustajan sanatonta kärsi-mystä. Suomen lääkäri-lehti 62 (26), 2543–2544. Hakupäivä 6.4.2010 <http://www.fimnet.fi.ezp.oamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL262007-2543.pdf>.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutuk-seen. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Prima.

Heikkinen, S. & Rintakoski, J. 2010. ”Ja mä yrittin kymmenellä kauniilla kielellä et eks sää ny ottas lääkettä siihen kipuus?” – Sairaanhoidtajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta. Hakupäivä 20.10.2011 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22010/Heikkinen_Saara_Rintakoski_Jenna.pdf?sequence=1.

Hirsjärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistet-tu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huttunen, M. 2010. Dementia. Hakupäivä 15.5.2010
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kalso, E., Vainio, A., Estlander, A-M., Hamunen, K. & Maunuksela, E-L. 2002. Kipu. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Leinonen, T. 2009. Koskoo ja kolottaa joka paekkaan. Kyselytutkimus sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille heidän osaamisestaan arvioida ja hoitaa demen-toituneen potilaan kipua. Hakupäivä 15.5.2010
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7835/leinonen_tiina.pdf?sequence=1.

Muistiliitto. 2011. Muistihäiriöt ja dementia. Hakupäivä 7.11.2011
http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistihairiot_ja_dementia/.

Mäkelä, K. (toim.) 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki; Gaudeamus.

Rintala, K., Tantt, S. & Ukkonen, A-E. 2010 Vanhusten kivunhoito-opas. Hakupäivä 10.4.2011
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23178/kivunhoito-opas.pdf?sequence=1>.

Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) 2000. Kivunhoito. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sainkangas, S. & Savolainen, S. 2010. Ikääntyneiden potilaiden kivunhoidon haasteet. Hakupäivä 10.4.2011

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24229/Sainkangas_Sanna_Savolainen_Soile.pdf?sequence=1.

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

Shega, J., Emanuel, L., Vargish, L., Levinen, S.K., Bursch, H., Herr, K., Karp, J.F. & Weiner, D.K. The Journal of Pain, Vol 8, No 5 (May), 2007: pp 373-378. Artikkel. Hakupäivä 6.4.2010 <http://www.sciencedirect.com/>.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. 1.-2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Tilastokeskus. 2003. Väestön ikääntyminen on suhteellista. Hakupäivä 3.11.2011 http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html.

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) 2001. Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Uusitalo, M. & Westerholm, J. 2010. Dementoituneen potilaan kivun arviointi - neljän objektiivisen kipumittarin sisällönanalyysi. Hakupäivä 10.4.2011 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24234/Uusitalo_Maria_Westerholm_Jenni.pdf?sequence=1.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuorio, S. & Väyrynen, R. 2011. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveyspalveluissa 2009. Hakupäivä 23.11.2011 http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr12_11.pdf.

LIITTEET

Kyselylomake

LIITE 1

Saatekirje

LIITE 2

Hyvä Hoitaja!

Olen sairaanhoitaja opiskelija Oulun seudun ammattikorkeakoulun Oulaisten yksiköstä. Teen opinnäytetyönäni tutkimuksen dementoituneen asiakkaan kivun havainnoimisesta. Tarkoitukseni on kerätä kokemuksellista tietoa siitä, miten kipua havainnoidaan ja mitkä asiat tässä koetaan haasteellisiksi.

Voitte osallistua tutkimukseen vastaamalla tämän kirjeen liitteenä olevaan kyselylomakkeeseen. Kysymykset ovat avoimia ja toivon teidän vastaavan niihin omin sanoin omien kokemustenne pohjalta. Toivottavasti vastaatte molempiin kysymyksiin. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja lomakkeet käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksestani saatuja tietoja ei kohdenneta mihinkään paikkaan eikä henkilöön.

Halutessanne voitte laittaa kyselylomakkeeseen puhelinnumeronne, jos olette halukas antamaan lisätietoa tarvittaessa. Henkilöllisyytenne ei tule näkymään tutkimustiedoissa. Lomakkeet laitetaan suljettuihin kuoriin ja kerätään työyhteisössä sovittuun paikkaan 30.6.2011 mennessä. Noudan lomakkeet henkilökohtaisesti.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Vastauksistanne kiittäen

Helena Mustakangas
sairanhoitajaopiskelija