

Sanna-Maaria Meriläinen

”KUN EI VOI TIETÄÄ VARMUUTTA ONKO KIPU TODELLINEN”

Muistisairaalan kivunhoito ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa

”KUN EI VOI TIETÄÄ VARMUUTTA ONKO KIPU TODELLINEN”

Muistisairaalan kivunhoito ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa

Sanna-Maaria
Meriläinen
Opinnäytetyö
Syksy 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, Sisätauti-kirurginen hoitotyö

Tekijä: Sanna-Maaria Meriläinen

Opinnäytetyön nimi: "KUN EI VOI TIETÄÄ VARMUUTTA ONKO KIPU TODELLINEN", Muistisairaahan kivunhoito ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa.

Työn ohjaajat: Liisa Karhumaa ja Eveliina Korkiakangas

Työn valmistuslukukausi- ja vuosi: Syksy 2015

Sivumäärä: 55

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvailla hoitajien näkemyksiä muistisairaahan kivun hoidosta ja millaisia menetelmiä he käyttävät kivun arvioimiseen. Tarkoituksena on myös selvittää kivunhoidon haasteita. Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa tietoa, jota työyhteisö voi hyödyntää muistisairaahan kivun hoidossa ja siten parantaa hoitotuloksia ja vaikuttaa näin myönteisesti asukkaan tilanteeseen. Haluan myös kehittää omaa ammattitaitoani muistisairaahan kivun tunnistamisessa.

Kohderyhmäksi valitsin muistisairaiden ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa työskentelevät hoitajat. Opinnäytetyöni on kvalitatiivinen kyselytutkimus. Kyselylomakkeen kysymykset olivat osittain strukturoituja ja osittain avoimia kysymyksiä.

Tulosten mukaan hoitajilla on hyvä tietämys kivun hoitamisesta, arvioinnista ja arviointiin käytettävistä menetelmistä. Kaikkein haasteellisempina koettiin lääkehoito ja todellisen kivun tunnistaminen. Suurimman osan mielestä lääkehoito on kuitenkin tarpeenmukaista. Kehittämisehdoina hoitajat mainitsivat lisäkoulutuksen tarpeen ja yhteisten käytäntöjen sopimisen sekä kivunhoidon kirjallisen arvioimisen. Kivunhoidon kirjallinen arviointi onkin hyvä jatkotutkimushaaste.

Avainsanat: muistisairas ikäihminen, kipu, kivun hoito, sairaanhoitaja kivunhoitajana.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree programme in nursing, Medical and Surgical Nursing

Author: Sanna-Maaria Meriläinen

Title of thesis: Memory disorders pain management clinics around the clock.

Supervisors: Liisa Karhumaa and Eveliina Korkiakangas

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2015 Number of pages: 55

The purpose of this study is to describe nurses' views on the memory of pain sick treatment and what methods they use to assess pain. The aim is also to find out in pain management challenges. The goal of my research is to produce information that work entity may take advantage of the memory ill treatment of pain and thus improve patient outcomes and would gain nourishment situation so positively inhabitants. I also want to develop their own identification memory ill pain professional knowledge.

The target group selector work in dementia hour care facility managers. The thesis is a qualitative survey. The questions were partly structured and partly open questions.

The responses were highlighted by the fact that managers have a good understanding of the management of pain, assessment and evaluation methods to be used. Medical treatment and identification of the actual pain were the most challenging to the nurses. However, most of the view, according to the medical treatment is necessary. As development managers mentioned the additional training necessary and common practice of bargaining, as well as a written evaluation of pain management. A written evaluation of pain management is a good challenge for further research.

Keywords: Memory ill elderly person, pain, pain management, pain nurse manager.

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 MUISTISAIRAAN KIVUN HOITO PITKÄAIKAISHOIDOSSA | 8 |
| 2.1 Muistisairas Ikäihminen | 9 |
| 2.1.1 Pitkäaikaishoidossa olevan muistisairaahan toimintakyky | 9 |
| 2.2 Muistisairaudet | 10 |
| 2.3 Muistisairaahan kipu | 13 |
| 2.4 Sairaanhoidajan rooli kivunhoitajana | 15 |
| 2.4.1 Kivunhoidon menetelmiä muistisairaalla | 16 |
| 3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA | 22 |
| 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT | 23 |
| 4.1 Tutkimusmetodologia | 23 |
| 4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja Aineiston keruun toteuttaminen | 24 |
| 4.3 Tutkimustulosten analysointi | 26 |
| 5 TUTKIMUSTULOKSET | 28 |
| 5.1 Hoitajien kokemukset muistisairaahan kivunhoidosta | 28 |
| 5.2 Hoitajien menetelmät kivun arvioinnissa | 32 |
| 5.3 Muistisairaahan lääkkeellisen kivunhoidon kokemukset | 34 |
| 6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 39 |
| 7 POHDINTA | 41 |
| LIITTEET | 43 |
| LÄHTEET | 49 |

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan tehtävänä on terveydenhuollon ammattihenkilönä terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Sairaanhoitajan on työssään sovellettava yleisiä hyväksytyjä ja perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti ja jatkuvasti täydennettävä koulutustaan. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, viitattu 11.3.2012.) Sairaanhoitajan rooli asiakkaan kivun hoidossa onkin erittäin tärkeä. Sairaanhoitaja on potilaan lähellä oleva ammattilainen, hänen vastuulla on kivun hoidon toteutus, lääkitseminen ja kirjaaminen. Ikääntyvän kivunhoito on hoitotyön ammattilaisille haastavaa ja sairaanhoitajan tulee tunnistaa kivun merkit ja sen voimakkuus sekä osata tarkkailla muistisairaana kivunilmauksia, vaikka potilas ei osaisi sitä sanallisesti ilmaista.

Ihmisellä on oikeus kivunhoitoon iästä riippumatta ja kivunhoito on terveydenhuollossa jo eettinen periaate. Laitoshoidossa olevilla vanhuksilla esiintyy paljon kipuja. Vanhuksen kipua hoidetaan esim. lääkkeillä harvemmin kuin terveitä potilaita ja dementoituneen vanhuksen kipuja vieläkin harvemmin, koska esim. kivun havainnointi on kognitiivisesti hankalaa. (Sauvola 2004, viitattu 1.3.2012.) Muita syitä ikääntyneen kivunhoidon esteisiin voivat olla hoitajien, omaisten ja potilaan asenteet, tiedot ja taidot sekä pelko lääkkeiden tottumiseen ja niiden aiheuttamat sivuvaikutukset. Hoitajat eivät myöskään välttämättä luota muistisairaana sanalliseen kivun ilmaisemiseen. Myös pelko lääkekustannusten noususta saattavat olla syynä kivun hoitamattomuuteen. (Salanterä 2010, viitattu 18.3.2012; Kankkunen 2008, 251–252.)

Riittämättömällä kivunhoidolla on huomattava merkitys muistisairaana inhimilliseen kärsimykseen, elämänlaadun heikkenemiseen ja toimintakykyyn. Sillä on myös vaikutusta muiden sairauksien pahenemiseen, unihäiriöihin ja vanhuksen depression. Liikkuminen voi vaikeutua, jolloin sosiaalinen elämä vähenee ja ikääntynyt tulee entistä riippuvaisemmaksi hoitajien avusta. (Sauvola 2004, viitattu 1.3.2012.)

Aiheen valitsin siksi, että olen omassa työssäni vanhusten hoidossa huomannut, että kivunhoito on mielestäni ajoittain alihoidettua ja kivun hoito koetaan välillä haasteellisena. Hoitajat osaavat pääsääntöisesti arvioida kipua esim. fyysisistä muutoksista ja eleistä, mutta silti vanhus ei välttämättä saa tarvittavaa kipulääkettä tai hänellä ei ole sitä lainkaan.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien näkemyksiä ikääntyneen muistisairaana kivunhoidosta ja millaisia menetelmiä he käyttävät kivun arvioimiseen. Tarkoituksena on myös selvittää kivunhoidon haasteita. Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa tietoa, jota työyhteisö voi hyödyntää muistisairaana kivun hoidossa ja siten parantaa hoitotuloksia ja vaikuttaa näin myönteisesti asiakkaan tilanteeseen.

Tutkimustuloksista hyötyisi myös oma työpaikkani, koska tulosten perusteella voisi löytyä keinoja parempaan kivunhoitoon ja oma ammattitaitoni tulevana sairaanhoitajana kasvaisi nimenomaan kivunhoidossa ja kivun tunnistamisessa. Tutkimus on laadullinen ja aineisto kerätään kyselylomakkeena kahdesta Oulun kaupungin hoivaosastolta. Keskeiset käsitteet ovat muistisairas ikäihminen ja kipu, kivun hoito ja sairaanhoitaja kivunhoitajana.

2 MUISTISAIRAAN KIVUN HOITO PITKÄAIKAISHOIDOSSA

2.1 Muistisairas Ikäihminen

Kivelän mukaan ikääntyvä on 65–75-vuotias, iäkäs 75–85-vuotias, vanha yli 85-vuotias ja vanhus 90 vuotta täyttänyt. Ikääntyminen aiheuttaa lieväasteista fyysisen toimintakyvyn-, lähimuistin sekä asioiden mieleen painamisen heikkenemistä. Psykkinen haavoittuvuus lisääntyy ja ulkoisen vaikutteiden omaksuminen vaikeutuu. Myös aistitoiminta heikkenee, joka vaikuttaa ikääntyneen selviytymiseen. Ikääntyminen kasvattaa sairauksien saannin riskiä. Pitkäaikaisia sairauksia on yli 65-vuotiailla keskimäärin kaksi tai kolme. Yleisimpiä sairauksia ovat sydän- ja verisuonitaudit, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, pahanlaatuiset kasvaimet, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ja muistisairaudet. (Hyttinen 2008, 42–43, 53–54.)

Normaaliin ikääntymiseen kuuluu kognitiivisen toiminnon; havaitsemisen, muistin, kielellisen ajattelun ja päättelyn heikkeneminen. Alkavaa muistisairautta on vaikea erottaa normaalista kognition heikentymisestä. Muistisairaudet alkavat asteittain ja ne voidaan havaita jo kymmenen vuotta ennen muistisairauden diagnoosia. (Soininen & Hänninen 2001, 77.) Muistisairaus näkyy yksilöllisesti ja se vaikuttaa koko perheen elämään edetessään. Usein sosiaalinen elämä ja aloitteellisuus voivat vähentyä jo ennen kuin diagnoosi muistisairaudesta on tehty. Tilanne voi aiheuttaa muistisairaana perheessä monenlaista hankaluutta ja väärinkäsityksiä. Muistisairauden vuoksi ihminen alkaa karttaa muiden seuraa, elämä muuttuu epävarmaksi ja arjen hallinta hankaloituu. Mitä pidemmälle sairaus etenee, sitä enemmän läheisen tai ulkopuolisen tuki kasvaa. Muistisairaana toimintakyky heikkenee ja hänen on yhä vaikeampi selviytyä normaaleista päivittäisistä toiminnoista. Liikkuminen ja puheen tuottaminen saattavat myös hankaloitua. Tällöin läheisten tuki on tärkeää, koska he pystyvät parhaiten huolehtimaan arjesta ja tuntevat omaisensa toiveet, tavat ja mieltymykset. (Kalliomaa 2009, viitattu 7.2.2012.)

2.1.1 Pitkäaikaishoidossa olevan muistisairaana toimintakyky

Ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin kuuluu kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Terveystilan sairaus tai muu häiriö aiheuttaa muutoksia elimistössä kuten kipua ja liikkumisvaikeuksia. Tällöin kapeutuu aktiivinen osallistuminen, omatoimisuus vähenee ja avun tarve kasvaa. Toimintakykyyn kuuluu fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Ikääntyneillä toimintakyky jaotellaan fyysiseen, kognitiiviseen (älylliseen) ja psykososiaaliseen toimintakykyyn (Lyyra & Tiikkainen 2008, 60–61.) Fyysinen toimintakyky käsittää selviytymistä päivittäisistä elämään liittyvistä toiminnoista eli ADL- ja IADL-toiminnoista. ADL toimintoihin kuuluu syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, wc:ssä käyminen ja liikkuminen. IADL toimintoihin kuuluu asioiden hoitaminen kotona ja kodin ulkopuolella. Kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa älyllistä toimintakykyä, joka käsittää päättelyn, muistin, kielellisen, visuaalisen ja motorisen toiminnan. Psykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan elämänhallintaa ja siihen kuuluu erilaisista haasteista selviytyminen, mieliala, emotionaaliset voimavarat ja itsearvostus. Sosiaalinen toimintakyky on kyky toimia vuorovaikutuksessa toisten kanssa. (Voutilainen 2008, 125–126.)

Ikääntyneen toimintakyvyn heikkeneminen johtuu usein sairauksista, joita saattaa samanaikaisesti olla useampia. Yleisimpiä toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sydänsairaudet ja muistisairaudet. Myös Parkinsonin tauti, keuhkosairaudet, aivohalvauksen jälkitila ja silmänpohjarappeuma ovat yleisiä toimintakykyä rajoittavia sairauksia. Ikääntyneen toimintakyky heikkenee asteittain. Ensin heikkenee kyky suoriutua vaativista päivittäisistä eli AADL toiminnoista, sitten IADL eli asioiden hoitaminen/välinetoiminnot ja lopuksi BADL eli päivittäiset perustoiminnot. (Valvanne 2012, viitattu 5.3.2012.) Muistisairaudet heikentävät toimintakykyä ja se onkin keskeisin syy laitoshoidon tarpeeseen. Fyysinen toimintakyky heikkenee tietyssä järjestyksessä niin, että ensin heikkenee kävely, kylpeminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, wc:ssä käyminen ja viimeisenä syöminen. Laitoshoidossa olevan ikääntyneen toimintakyky on yleensä jo niin huono, ettei hän selviä enää itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista ja tarvitsee niiden suorittamiseen runsaasti apua. (Valvanne & Noro 1999, viitattu 2.4.2012.)

2.2. Muistisairaudet

”Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen.” (Käypä hoito työryhmä 2010, viitattu 15.4.2012.)

Dementialla tarkoitetaan muistihäiriötä, johon liittyy laaja-alainen kognition häiriö, joka rajoittaa itsenäistä selviytymistä. Dementia ei ole sairaus, vaan oireyhtymä. Tavallisimpia dementoivia sairauksia ovat Alzheimerin tauti, Vaskulaarinen dementia, Frontotemporaarinen dementia ja Lewyn-kappale dementia. Kaksi kolmesta pitkäaikaishoidossa olevasta vanhuksesta on dementoitunut. Tärkeimpinä tekijöinä dementiaan vaikuttavat korkea ikä, perinnöllisyys ja apoliipoproteiini E:n alleeli E4 (riskigeeni). Muistihäiriö on yleensä ensioire jostakin dementoivasta sairaudesta. Kaikki muistioireet tai häiriöt eivät kuitenkaan liity dementiaan. Dementiaa sairastavan keskimääräinen elinikä on kymmenen vuotta taudin diagnoosista. (Viramo & Sulkava 2001, 20, 22, 29; Erkinjuntti 2001, 88.)

Alzheimerin tauti

Tavallisin dementiaa aiheuttava sairaus on Alzheimerin tauti (AT). Tauti alkaa muistihäiriöillä ja ikä lisää taudin esiintyvyyttä. Taudin riskitekijöihin kuuluu perinnöllisyys, aiemmin sairastettu masennus, aivovamma sekä perinteiset sydän- ja verisuonitaudit. Myös matalan koulutustason on katsottu olevan yksi taudin kehittymisen riskitekijöistä. Alzheimerin tauti on hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus. Alzheimerin tauti vaikuttaa älylliseen toimintaan ja toimintakyvyn laskuun. Myös käytösoireet ovat hyvin yleisiä ja vaihtelevat taudin eri vaiheissa. (Pirttilä & Erkinjuntti 2001, 123.)

Varhaisessa Alzheimerin taudissa käytöshäiriöitä ei ole, mutta lievässä tautiin liittyvässä dementiaassa tyypillisimpiä käytösoireita ovat masennus, ärtyneisyys, apatia ja latistunut tunne-elämä. Myös epäluuloisuutta ja paranoidista ajattelua saattaa olla. Muisti huononee pikkuhiljaa ja asioita unohtuu. Sairauden tunto saattaa myös puuttua. Keskivaikeassa Alzheimerin taudissa lähimuisti on jo erittäin heikko, sanallinen ilmaisu sekä asioiden/esineiden hahmottaminen

vaikutuu ja käytösoireet lisääntyvät. Käytösoireet alkavat näkyä levottomuutena, uni-valverytmin häiriönä ja poikkeavana käytöksenä. Vaikeassa Alzheimerin tautiin liittyvässä dementiassa muisti toimii enää avain satunnaisesti, puheen tuottaminen ja ymmärtäminen on vähäistä ja käytösoireet ovat moninaisia. Masennus saattaa esiintyä ahdistuneisuutena ja levottomuutena. Potilas on kaikissa perustoiminnoissa autettava/ohjattava ja käytösoireet saattavat näkyä vastusteluna. Loppuvaiheen Alzheimerin taudissa saattaa esiintyä epileptisiä kohtauksia, potilas on hyvin jäykkä eikä puheen tuottaminen enää onnistu. (Pirttilä & Erkinjuntti 2001, 131–135.)

Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarinen dementia eli verisuoniperäinen dementia johtuu aivojen pienten ja suurten valtimoiden tukoksista. Sairauden riskitekijöihin kuuluu verenpainetauti, sokeritauti ja sydämen rytmihäiriöt. Sairauden oireet kehittyvät yleensä portaittain. Ensioireita voivat olla yöllinen sekavuus, kävelyvaikeudet ja depressio. Toisin kuin Alzheimerin taudissa, Vaskulaarisessa dementiassa muisti ei yleensä heikkene samoin eikä sairauden oireet välttämättä etene. Vaskulaariseen dementiaan liittyy kuitenkin enemmän käytösoireita kuin Alzheimerin taudissa. Vaskulaarinen dementia aiheuttaa myös afasiaa (puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeus), apraksiaa, (aivoperäinen tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiovaikeus) ja agnosiaa (aivoperäinen havaitsemishäiriö). Sairauden alkuvaiheessa todetaan usein *ekstrapyramidaalisena* oireena jäykkyyttä ja spastisuutta. Liikuntakyvyn menetyksen vuoksi vuodepotilaaksi joutuminen on mahdollista jo sairauden varhaisessa vaiheessa. Vanhuksilla esiintyy myös Vaskulaarisen dementian ja Alzheimerin taudin sekamuotoja. Sairauden kesto on noin 7-8 vuotta diagnoosista (Sulkava 2003, 77–78.)

Lewyn kappale-dementia

Lewyn kappale -dementia on Alzheimerin taudin ja Vaskulaarisen dementian jälkeen kolmanneksi yleisin dementian muoto. Sairauteen sairastutaan keskimäärin 60 - 65-vuotiaana, mutta

siihen voi sairastua jo 50-vuotiaana tai vasta 80 ikävuoden jälkeen. Lewyn-kappale dementia voi kestää alle viidestä vuodesta jopa yli kolmeenkymmeneen vuoteen. (Sulkava 2003, 79.) Lewyn kappale-dementian keskeiset piirteet ovat kognitiivisten toimintojen, tarkkaavaisuuden ja vireystilan heikentyminen ja vaihtelut. Taudin alkuvaiheessa muisti ei välttämättä heikkene, mutta taudin edetessä yleensä niin käy. Taudin ydinpiirteitä ovat näköharhat, tarkkaavaisuuden-, vireyden ja kognitiivisten toimintojen vaihtelu, pyörtyily, tajuttomuuskohtaukset, *ekstrapyramidaali oireet* (jähmeys, ilmeettömyys, hidas kävely) ja harhaluulot. (Rinne 2001, 158–159.) Usein Parkinsonismin kaltaiset ekstrapyramidaali oireet etenevät, jolloin kävelykyky heikkenee tai häviää kokonaan. Sairauden edetessä lisääntyvät myös dementian oireet. Tautia sairastavilla oireiden ja vireyden taso vaihtelee. Vanhus voi esim. aamulla jutella normaalisti, mutta iltapäivällä olla sekava ja harhainen. Lewyn-kappale dementiaan kuuluvat myös masennus ja ahdistuneisuus, aggressiivisuus ja äkkipikaisuus. Aggressiivisuus voi johtua kivusta, väsymyksestä, harhoista tai matalasta verenpaineesta. (Sulkava 2003, 80–81.)

Frontotemporaalinen dementia

Frontotemporaalisen dementian tyypillinen oire on kontrolloimattomuus. Potilaan on vaikea toimia pitkäjänteisesti, hänellä voi olla seksuaalisia käytöshäiriöitä, persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksia, aloitteellisuuden heikentymistä ja afasiaa. Tautiin liittyy estottomuus, tahdittomuus, arvostelukyvyyttömyys ja huolettomuus. Frontotemporaaliseen dementiaan sairastuneen toiminta on hyvin ärsykesidonnaista. Muisti voi olla kuitenkin hyvin säilynyt. Sairautta sairastavilla on kognitiivista hitautta ja juuttumista, kielellisen toiminnan muutoksia, kuten puheen tuottamisen niukkuutta ja samojen sanojen toistoa. Päättely, suunnittelu, joustavuus ja keskittymiskyky ovat heikentyneet. Ekstrapyramidaali oireita voi esiintyä taudin edetessä. Tautiin sairastutaan usein jo aika nuorena, jopa 45-vuotiaana, mutta keskimäärin 60 - 70 ikävuoden välillä. (Rinne 2001, 165–166; Sulkava 2003, 82.)

2.3 Muistisairaana kipu

Ihminen määrittelee itse oman kipukokemuksen, kaiken mikä tuntuu kivulta. Kipu on epämiellyttävä tunne tai tila. Kivuliaalle ihmiselle kokemus on todellinen ja yksilöllinen, eikä ole verrattavissa toisen kokemaan kiputilaan. Kivun kokemiseen vaikuttavat mm. aiemmat kokemukset kivusta ja myös kulttuuri. Kipu on aina oire jostakin, joten kivun syy tulee selvittää. Kipu määritellään kudosvaurioksi. Fyysisen kivun aiheuttaa jokin ulkoisen tai elimistön sisäisen tekijän aiheuttama kudosvaurio. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP on määritellyt kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi ja emotionaaliseksi kokemukseksi (aisti- ja tunnekokemukseksi), joka liittyy johonkin tapahtumaan tai mahdolliseen kudosvaurioon. (Airaksinen & Kouri 2012, Hakupäivä 25.2.2012; Sailo 2000, 30.) Kivun aiheuttajana voi olla tulehdus, hermoston vaurio, syöpä tai muu kudosvaurio. Kivun voimakkuutta säätää ihmisen oma sisäinen kivunhallintajärjestelmä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006, viitattu 25.2.2012.) Kipukäyttäytymiseen kuuluvat sanallisen ilmaisun lisäksi ilmeet, äänet, liikkeet ja asento. Kivun aiheuttamat ilmeet on helppo tunnistaa, mutta kivusta johtuvan sanattoman fyysisen tai psyykkisen oirehdinnan tulkinta kipuun liittyen on jo vaikeampaa. (Vainio 2009, 20–21.) Kivun ilmaisu voi olla tahdosta riippumatonta tai opittua. Ihminen voi tietoisesti esittää kipua haluten ympäristön reagoitua. (Sario 2000, 26.)

Muistisairaajat kokevat ja kärsivät kovasta kivusta useammin kuin terveet ihmiset, mutta he eivät osaa ilmaista eivätkä välttämättä tunnistaa kipua. Muistisairaudet vaikuttavat ikääntyneen ihmisen kivun muistamiseen ja aivomekanismin rappeutuessa voi heikentyä myös reaktio pitkäaikaiseen kipuun. Muistisairailta on korkeampi kivunsietokyky kuin terveellä ihmisellä, tästä syystä heidän kyky tulkita kipua on vaikeaa. Kaikki muistisairaudet eivät vaikuta ihmisen kipujärjestelmään samalla tavalla, mutta erityisesti Alzheimerin tauti vaikuttaa juuri kivun affektiiviselle (tunteisiin vaikuttava) alueelle. (Kankkunen 2008, 247–248.)

Muistisairauteen liittyy suurena osana käytösoireet, kognition heikkeneminen ja puhekyvyn menetys. Näillä kaikilla on suuri merkitys kivun ilmaisemiseen. Kivun voi aiheuttaa huono ravitsemustila ja hengityselinten heikkeneminen ja kipuun voi liittyä myös masennusta, unihäiriöitä ja muistamattomuutta. Laitoshoidossa olevan vuodepotilaan kiputiloja on erityisen vaikea arvioida, koska heillä on usein dementiaa, depressioita ja afasiaa (vaikeus ymmärtää ja tuot-

taa puhuttua tai kirjoitettua kieltä), joten kivun ilmaiseminen voi olla vaikeaa. Normaalit hoito-
toimenpiteet saattavat aiheuttaa ikäviä kipuja, esim. vuoteessa liikuttaminen ja vuodepesut.
Kipu voi ilmetä unihäiriöinä, erilaisina käytösoireina, keskittymiskyvyn puutteena, levottomuu-
tena, masennuksena tai ruokahalun menetyksenä. Kipu liittyy myös usein perussairauteen.
Kipu voi olla akuuttia, toistuvaa tai kroonista, mutta muistisairaana akuutti kipu voi kroonistua.
(Kalso 2009, 470; Kankkunen 2008, 247–249, 252, 256.)

Akuutti kipu

Akuutiksi kivuksi lasketaan alle 3 kk kestänyt kipu (Sailo 2000, 34). Akuutin kivun tunnusmer-
kit näkyvät fysiologisina muutoksina, kuten verenpaineen nousuna, sydämen sykkeen tihen-
tymisenä, hengityksen nopeutumisenä, hikoiluna ja pupillien laajentumisena. Akuutin kivun
tarkoituksena on siis varoittaa jostain ja suojata elimistöä. Akuutissa kivussa kivulle on aina
jokin syy, joka voidaan hoitaa. (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 105–106; Raste-
la & Suhola 2006, viitattu 11.3.2012.) Akuutti kipu on lyhytaikaista ja paranee hoidettaessa
kivun syytä. Akuutti kipu on äkillistä ja ohimenevää. Se on kudonsvauriosta tai sairaudesta
johtuvaa kipua. Akuutin kivun hoidon tavoitteena on estää kivun kroonistuminen. (Suonio-
Peltosalo 2007, 529.)

Akuutin kivun aiheuttaa myös ikääntyneellä yleensä kudonsvaurio. Pitkäaikaisen kiputilan vai-
keutumisen voi johtua vanhan kiputilan pahenemisesta tai kokonaan uudesta kivusta. Ikään-
tyneellä pulssin ja verenpaineen nousu, ahdistus ja levottomuus saattavat liittyä akuuttiin ko-
vaan kipuun. Vanhuksen akuutti kipu voi olla myös kivutonta. Esim. sydäninfarktin oireina
saattaa olla kivun sijasta sekavuus ja äkillinen yleistilan lasku. (Janes & Tilvis 2005, 296.)

Krooninen kipu

Hyvin usein vanhuksen kipu kroonistuu. Krooninen kipu ei ole enää elimistön varoitusmerkki,
vaan se on sairaus. (Sailo 2000, 34.) Krooniseksi kivuksi määritellään kiputilaa, joka on kestä-

nyt yli 3 kk. Kroonisessa kivussa fysiologiset muutokset häviävät, koska elimistö tottuu kipuun ja näin ollen elimistö mukautuu tilanteeseen. Kipu ei välttämättä näy ulospäin vaan vanhus voi olla ainoastaan apaattinen ja masentunut. (Rastela & Suhola 2006, viitattu 11.3.2012.) Krooninen kipu haittaa ikääntyneen jokapäiväistä elämää ja vaikuttaa elämänlaatuun ja käyttäytymiseen. Ikääntyminen vaikuttaa elimistöön ja vaikeuttaa liikkumista, joka saattaa tuntua kivuliialta. Ikääntyessä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, sekä sydän- ja verenkiertoelimistön ongelmat lisääntyvät. (Honkanen 2009, viitattu 26.2.2012; Kalso 2009, 471–472.)

Vanhusten yleisimpiä kroonisen kivun syitä ovat lihassäryt, nivelkulumat sekä nikamien kasaanpainumat. Neurologiset- ja hermosäryt ovat myös hyvin yleisiä vanhuuden kiputiloja. Tällöin aivoverenkiertohäiriöissä keskushermosto vaurioituu, jolloin kivun tulkinta on vaikeaa. Kroonisella kivulla on suuri vaikutus vanhuksen psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn alenemaan. Tällöin vanhus voi olla masentunut, hänellä saattaa olla unihäiriöitä ja sosiaalinen elämä on kaventunut. Kroonisen kivun alkuperän selvittäminen voi olla vaikeaa. Ajan kuluessa oireet ovat saattaneet muuttua ja lääkitys sekoittanut oireenkuvaa. (Honkanen 2009, viitattu 26.2.2012; Kalso 2009, 471–472.)

2.4 Sairaanhoidajan rooli kivunhoitajana

Kivunhoito kuuluu keskeisenä osana potilaan auttamismenetelmiin. Sairaanhoidajan ammattitaito, työkokemus, hyvä havainnointikyky ja myös omat kokemukset kivusta auttavat edistämään kivunhoitoa. (Sailo 2000, 98–99, 107, 109–110; Kankkunen 2008, 249–250, 261). Heikkisen ja Rintakosken tutkimuksen mukaan sairaanhoidajien kivunhoidossa tarvittavat tiedot ovat yleisesti hyviä, mutta kivun mittaaminen on hankalaa. Kivun hoidon esteenä koetaan kiire ja työn jatkuvat keskeytykset. (Heikkinen & Rintakoski 2010, viitattu 26.2.2012.)

Hoidon aikana sairaanhoidaja luo hoitosuhteen potilaaseen ja on tällöin avainasemassa kivunhoidossa, kun potilasta hoidetaan moniammatillisessa yhteistyössä. Työryhmään voi hoitajien lisäksi kuulua fysioterapeutti, lääkäri, farmaseutti ja psykologi. Potilaan kivunhoito ja sen toteutus tulee kirjata hoitosuunnitelmaan ja myös arvioida onko hoito riittävä. Pitkäaikaishoitolaitoksessa lääkäri ei ole jatkuvasti saatavilla, joten sairaanhoidajan tietotaito kivunhoidossa ja kivun

syntymekanismeista korostuu. Hoitajan omat näkemykset lääkityksen tarpeesta ja arvio kivun voimakkuudesta vaikuttavat hoitajan tapaan esittää asia hoitavalle lääkärille. Tästä syystä kivun asianmukainen kirjaaminen on äärimmäisen tärkeää. Osastoilla tulisi olla aina ainakin yksi sairaanhoitaja, jolla on laajempi koulutus kipuhoitajana (Sailo 2000, 98–99, 107, 109–110; Kankkunen 2008, 249–250, 261).

Viitaten Heikkisen ja Rintakosken tekemän opinnäytetyön tutkimustulokseen, sairaanhoitajien mukaan hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde potilaaseen on onnistuneen kivunhoidon perusta. Heidän mukaansa sairaanhoitajilta vaaditaan hyvää kommunikointitaitoa, luottamusta ja aikaa tutustua potilaaseen. Luottamuksen saamiseksi suurin osa sairaanhoitajista pyrkii tarttumaan kivunhoitoon heti. (Heikkinen & Rintakoski 2010, viitattu 26.2.2012.)

2.4.1 Kivunhoidon menetelmiä muistisairaalla

Kivun asianmukaisen hoidon lähtökohtana on huolellinen ja järjestelmällinen kivun arviointi ja muistisairaana oma kuvaus kivusta. Arvioinnin pitäisi olla jatkuvaa ja järjestelmällistä. Tieto, taito, kokemus ja resurssit edistävät muistisairaana kivun arviointia. Tiedon saannissa käytettäviä keinoja ovat potilaan tunteminen, koulutukset, omaisilta ja lääkärintutkimuksista saadut tiedot. (Kankkunen 2008, 250, 257.) Kivun arvioinnissa käytetään seuraavia osa-alueita: sijainti, voimakkuus, laatu, kesto, ilmaisutavat, lievitystavat, kipua aiheuttavat ja lisäävät tekijät ja kivun vaikutukset vanhukseen. Lievää muistisairautta sairastava vanhus pystyy ilmaisemaan sanallisesti kipua, mutta vanhus voi käyttää kipuun eri käsitteitä esim. sanomalla olevansa väsynyt tai heikko. (Kankkunen 2008, 253.)

Muistisairaana ihmisen kivunhoidossa on tärkeintä tunnistaa kivun syy ja syyn mukainen hoito. Kipu voi ilmetä ainoastaan muuttuneella käytöksellä esim. aggressiivisuutena. Aggressiivinen käytös saatetaan tulkita muistisairauteen kuuluvaksi ja vanhukselle voidaan määrätä rauhoittavaa lääkettä. Rauhoittava lääke peittää kivun oireet, jolloin kivun hoito saattaa jäädä toteutumatta kokonaan. Kun kipua lähdetään hoitamaan, sen tavoitteena ei välttämättä ole kivun poistaminen, vaan toimintakyvyn ylläpitäminen, akuutin kivun vähentäminen ja estää kivun

kroonistuminen. (Kankkunen 2008, 251; Vuori 2007, viitattu 6.3.2012.) Kipua voidaan hoitaa joko lääkkeillä ja/tai lääkkeettömästi

Kivun arviointi

Muistisairaille on kehitetty lukuisia erilaisia kipumittareita, jotka perustuvat joko käyttäytymisen muutoksiin tai itse arviointimenetelmiin. Suurin osa käyttäytymisen muutoksiin perustuvaista mittareista eivät ole kuitenkaan luotettavia. Luotettavin vaikeasti dementoituneen vanhuksen kipumittari on PAINAD-mittari (pain assessment in advanced dementia.) (Kankkunen 2008, 257, 259.) PAINAD-mittarilla havainnoidaan kivun aiheuttamia käyttäytymisen muutoksia; hengittämistä, negatiivista ääntelyä, kasvojen ilmeitä, kehonkieltä ja lohduttamisen tarvetta tai vaikutusta noin viiden minuutin ajan. (Kalso 2009, 474–475.) (Taulukko 1.)

| MUUTTUJA | 0 | 1 | 2 | PIST EET |
|--------------------------------------|----------------------------|---|---|-------------|
| Hengitys | Normaali | Hengitys on ajoittain vaivalloista. Lyhyt hyperventilaatiojakso. | Hengitys on äänekästä ja vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso. Cheyne-Stokesin hengitystä. | |
| Negatiivinen ääntely | Ei negatiivista ääntelyä | Satunnaisesti voihtetta tai vaikerointia. Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta. | Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikerointia tai voihtetta, itkua. | |
| Kasvojen ilmeet | Hymyilevä tai ilmeetön | Surullinen, pelokas, tuima | Irvistää | |
| Kehonkieli | Levollinen | Kireä, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää. | Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista.. | |
| Lohduttaminen | Ei tarvetta lohduttamiseen | Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää | Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu. | |
| (0 = "ei kipua" 10 = "vaikea kipu"). | | | | |
| YHTEENSÄ | | | | |

TAULUKKO 1. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen kipumittari. (Pain Assessment in Advanced Dementia. Warden, Hurley & Volicer, 2003).

Kipua voidaan mitata myös numeraalisesti ja sanallisesti. NRS asteikolla (numeral rating scale) mitataan numeroasteikolla 0-10 kivun voimakkuutta. 0 tarkoittaa kivutonta tilaa ja 10 pahinta kuviteltavissa olevaa kipua. VRS (verbal rating scale) asteikolla kipua voidaan selvittää kuvaamalla kivun voimakkuutta tai laatua. Potilas itse ilmaisee onko hän kivuton tai onko kipu lievää, kohtalaista, voimakasta vai sietämätöntä. On olemassa myös erilaisia sanastoja kivun laadun kuvaamiseen. Tunnetuin niistä on McGillin kipusanasto. Siinä valitaan luettelosta ne sanat jotka kuvaavat parhaiten kipua. (Mäkynen & Visuri 2011, viitattu 12.3.2012.) VAS-mittari (visuaalis-analoginen mittari) on yleisin kipumittari, jossa potilas itse siirtää viivaa arvioimaansa kivun voimakkuuden kohtaan. VAS-mittarista on olemassa myös kolmio-versio. Sen avulla kivun voimakkuuden voi näyttää. (Janes & Tilvis 2001, 294.)

Rastelan ja Suholan tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat ovat sitä mieltä, että muistisairaahan potilaan kipua voidaan arvioida myös ilman mittareita. Suurimpina arviointikeinoina hoitajat käyttivät kivun arviointia käyttäytymisen (81,6 %) sekä fysiologisten muutosten perusteella (60,5 %). (Rastela & Suhola, 2006, viitattu 11.3.2012.)

Lääkehoito

"Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä kipua riittävän tehokkaalla annostelulla ja riittävän usein" (Suonio-Peltosalo 2007, 530).

Muistisairaahan kipua havaitaan huonommin ja he saavat muita harvemmin kipuun lääkettä. Vain kolmasosa vanhuksista saa lääkärin määräämää kipulääkettä päivittäiseen kipuunsa. (Sauvola 2004, viitattu 1.3.2012.) Ehkäisevä kivun hoito on yleensä helpompaa kuin akuutisti alkaneen kivun hoito. Jotta voitaisiin minimoida lääkkeen sivuvaikutuksia ja varmistaa riittävä kivun lievitys, valitaan lääkitys kivun voimakkuuden mukaan. Rauhattoman potilaan hoidossa suositetaan käytettäväksi kipulääkkeitä rauhoittavien lääkkeiden sijaan (Suonio-Peltosalo 2007, 530).

Ikääntyneen kivun hoidossa tulisi edetä asteittain ja aloittaa hoito ensin tulehduskipulääkkeillä ja/tai parasetamolilla. Tämän jälkeen siirrytään tarvittaessa keskushermostoon vaikuttaviin lääkkeisiin. Kivun lääkehoidossa on varottava liikalääkitystä, mutta vanhukselle olisi suositel-

tavaa käyttää kahta tai kolmea kipulääkevalmistetta eri lääkeaineryhmistä samanaikaisesti. Tällöin voidaan käyttää pienempää annostusta ja vaikuttaa erilaisiin kipumekanismeihin. On myös varottava ettei lääkityä liian pitkään. (Honkanen 2009, viitattu 26.2.2012; Kankkunen 2008, 260.)

On tärkeää huomioida ikääntymisen tuomat muutokset elimistössä, koska ikääntyminen vaikuttaa lääkkeen vaikutusmekanismeihin. Myös lääkkeen antotapa pitäisi miettiä tarkoin. Suun kautta annettavat lääkkeet ovat suositeltavia, mutta akuutin kivun hoidossa voidaan käyttää myös suonensisäistä kipulääkettä. Lihaksensisäistä antotapaa tulisi kuitenkin välttää, koska se voi aiheuttaa kudosaivourioita ja voi olla kivuliasta. Vanhuksilla käytetään kivunhoidossa myös paikallishoitoa ja subkutaanista (ihonalaista) annostelua, jos suun kautta otettavan lääkkeen antaminen on hankalaa. Kipulääkettä käytettäessä on suositeltavaa antaa lääkettä ennaltaehkäisevästi. Tällöin ehkäistään kivun voimistuminen ja hoitoon riittää pienempi lääkeannos. Kipulääkettä tulisi antaa säännöllisin väliajoin ennen kuin edellisen annoksen vaikutus on ehtinyt lakata. On tutkittu, että jos lääke on määrätty ”tarvittaessa” se jää usein antamatta. Vanhuksella ei välttämättä ole säännöllisesti menevää kipulääkettä, mutta tarvittaessa määrättyä lääkettä tulisi antaa ennen toimenpiteitä ja hoitoja jos tiedetään niiden aiheuttavan turhaa kipua esim. haavanhoidon, vuodepesujen tai jonkin muun hoitotoimenpiteen yhteydessä. (Kankkunen 2008, 260–261.)

Kipulääkkeet jaotellaan anti-inflammatorisiin analgeetteihin (kipulääke) ja euforisoiviin algeetteihin. Anti-inflammatoriset eli *tulehduskipulääkkeet* vaikuttavat pääasiassa keskushermoston ulkopuolella ja *euforisoivat* taas keskushermoston kautta. Kivun lievitykseen käytetään myös parasetamolia (Para-Tabs, Panadol) sekä tiettyjä psyykenlääkkeitä. Neurolepteja (Risperdal, Serenase, Ketipinor), depressiolääkkeitä (Cipramil, Cipralext) ja bentsodiatsepiinejä (Diapam, Opamox, Temesta) käytetään kipulääkkeiden lisänä tehostamaan kipulääkkeen vaikutusta. Psyykenlääkkeet eivät aiheuta riippuvuutta, mutta pitkäaikaisessa käytössä on hankalia neurologisia haittavaikutuksia (Kotovinio & Mäenpää 2007, 533; Nurminen 2001, 234.)

Tulehduskipulääkkeet sopivat lievien ja kohtalaisten kipujen hoitoon. Äkillisissä kiputilojen hoidossa sopivampia ovat lyhytvaikutteiset kipulääkkeet, mutta pitkäaikaisessa käytössä keskipitkä- tai pitkävaikutteiset tulehduskipulääkkeet ovat parempia. Tulehduskipulääkkeillä on paljon haittavaikutuksia ja varsinkin iäkkäillä potilailla tulehduskipulääkkeet saattavat aiheuttaa

herkemmin sydämen tai munuaisten vajaatoimintaa, maha-suolikanavan haavaumia ja nesteen kertymistä elimistöön. Myös yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa voivat olla haitallisia. Näistä mainittakoon esim. verenohennuslääkkeet ja verenpainelääkkeet. Parasetamoli on turvallinen kipulääke ikääntyneille, koska se ei aiheuta tulehduskipulääkkeille tyyppisiä haittavaikutuksia, kuten närästystä, ylävatsakipuja ja mahasuolikanavan verenvuotoa. Parasetamolin vaikutusaika on tosin lyhyempi (Suonio-Peltosalo, Kotovainio & Mäenpää 2007, 531–532; Nurminen 2001, 235–238; Janes 2001, 300.)

Euforisoivat kipulääkkeet ovat tarkoitettu vaikeaan kiputilaan. Lääkkeet jaetaan vahvoihin (morfiini, oksikodoni, fentanyl), keskivahvoihin (bubrenorfiini) ja heikkoihin (kodeiini, tramadoli) vaikutuksen mukaan. Keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä käytetään myös ahdistuksen ja tuskaisuuden hoitoon vaikeissa kiputiloissa (Suonio-Peltosalo, Kotovainio & Mäenpää 2007, 532). Euforisoivia kipulääkkeitä käytetään nykyään paljon vanhusten pitkäaikaisen ja kroonisen kivun hoitoon, jolloin ne lievittävät myös käytösoireita. Keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden haittavaikutukset kuitenkin korostuvat ikääntyneellä ja lääkeaineen teho kasvaa. Vanhuksella on usein myös paljon muita lääkkeitä, joten lääkkeiden yhteisvaikutusten riski kasvaa. (Sauvola 2004, viitattu 1.3.2012.) Keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä on jopa hengenvaarallisia haittavaikutuksia kuten hengityksen lamaantuminen. Ne aiheuttavat myös riippuvuutta ja voimakkaita vieroitusoireita lääkkeen lopettamisen jälkeen (Nurminen 2001, 244).

Lääkkeetön kivunhoito

Kipu ja kärsimys kuuluvat elämään eikä kaikkea kipua voida edes poistaa. Kipua voidaan hoitaa lääkkeettömästi itsehoidon ja vaihtoehtoisten hoitojen avulla. (Lampinen & Haapio 2000, 230.) Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä ovat mm. erilaiset terapiat kuten vyöhyke- ja fysioterapia, akupunktio sekä kipuryhmät. Myös iäkkäät hyötyvät näistä hoitomuodoista. Tarjontaa on kuitenkin vielä aika vähän. Liikunta pitää mielen virkeänä ja on hyvä keino ehkäistä kivun kroonistumista. Kroonisesta ja pitkäaikaisesta kivusta kärsivä hyötyykin liikunnasta, koska se pitää lihaskuntoa yllä, parantaa tasapainoa ja ehkäisee kaatumisia. Tuki- ja liikun-

taperäisten kipujen hoidossa myös apuvälineillä on suuri merkitys. (Sauvola 2004, viitattu 13.3.2012.)

Lääkkeettömään kivunhoitoon voidaan liittää myös kinestetiikka (**Kinaesthetics**), vaikka sitä ei pidetäkään varsinaisena terapiamuotona eikä kivunhoidon menetelmä, vaan se perustuu ihmisen luonnollisen liikemallin ja aistitoiminnan ymmärtämiseen. Kinestetiikan on kehittänyt amerikkalaiset käyttäytymistieteilijät Dr. Lenny Maietta ja Dr. Frank Hatch. Kinestetiikka on lähtöisin USA:sta ja ensimmäinen kinestetiikka kurssi järjestettiin 80-luvun alussa yliopisto-opiskelijoille, jotka olivat kiinnostuneita oman kehonsa tuntemisesta. Hoitotyöhön kinestetiikan toi sveitsiläinen sairaanhoitaja Susanne Schmidt yhdessä Maiettan ja Hatchin kanssa. Suomeen kinestetiikka tuli 1997. (Hantikainen 2009, viitattu 27.3.2012.) Se on voimavaralähtöinen malli, joka tukee ihmisen perustoimintoja niin, että toiminta koetaan mielekkäänä. Kinestetiikan tarkoituksena on saada ikäihminen osallistumaan aktiivisesti toimintoihin huolimatta hänen toimintakyvystään. Kinestetiikalla edistetään ja ylläpidetään ikääntyneen omaa tuki- ja liikuntaelimestön terveyttä. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry. 2012, viitattu 13.3.2012.) Koska sairaudet ja kipu rajoittavat ikääntyneen liikkumista ja heikentävät hänen kehontuntemusta, oikeanlaisella kosketuksella ja liikkeellä hän saa tietoa siitä mitä hänelle ja hänessä tapahtuu. Kinestetiikkakoulutuksen avulla hoitohenkilökunta oppii millaisin keinoin ja mistä on paras avustaa tuottamatta turhaa kipua. (Loukiainen 2010, viitattu 13.3.2012.) Kinestetiikan avulla vähenevät jäykkyys, kivut, levottomuus ja hoidon vastustaminen, jolloin sillä on merkitystä myös kivun vähenemiseen. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry. 2010, viitattu 27.3.2012.)

”Ihminen, joka ei pysty itse liikuttamaan itseään menettää nopeasti oman kehonsa hahmottamisen. Tämän seurauksena hänen on myös vaikea havaita ympäristöään, ymmärtää sitä miten hänen kehonsa osat ovat yhteydessä toisiinsa ja miten ne toimivat. Siten hänen mahdollisuutensa osallistua aktiivisesti toimintaansa on rajoittunut. Avustettavista tulee helposti passiivisia siirreltäviä ja vaikeasti kuntoutettavia”. (Suomen kinestetiikkayhdistys Ry. 2012, viitattu 27.3.2012.)

3 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA AIHEESTA

Heikkisen ja Rintakosken (2010) opinnäytetyössä ”Ja mää yritin kymmenellä kauniilla kielellä et eks sää ny ottas lääkettä siihen kipuus?”- Sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Sairaanhoitajat kokivat kivunhoidon olevan haasteellista niiden potilaiden kohdalla, jotka olivat lääkekielteisiä ja jotka eivät kertoneet kivuistaan. He myös kokivat, ettei kipuun reagoida tarpeeksi ajoissa. Sairaanhoitajat arvioivat kivunhoidon vaikuttavuutta kysymällä potilaalta itseltään onko heillä kipua, miten annettu kipulääke on vaikuttanut ja onko lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä ollut apua. Sairaanhoitajat tarkkailivat potilaan vitaalielintoimintojen muutoksia, potilaan olemusta, ilmeitä, eleitä ja mielialan vaihteluita. Vain pieni osa sairaanhoitajista kertoi käyttävänsä kipumittaria apuna arvioidessaan kivunhoidon vaikuttavuutta.

Rastelan ja Suholan (2006) tekemässä opinnäytetyössä Sairaanhoitajien tiedot kivusta ja lääkkeellisestä kivunhoidosta oli tarkoituksena selvittää millaiset tiedot sairaanhoitajilla oli kivusta, lääkkeellisestä kivunhoidosta ja kivun arvioinnista sekä miten he arvioivat kipua päivittäisessä hoitotyössä. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella erään perussairaanhoiton vuodeosastolla ja kohderyhmänä toimivat osaston sairaanhoitajat. Tuloksista selvisi, että sairaanhoitajien tietämys kivun tunnistamisesta ja arvioinnista oli suhteellisen hyvä. Suurin osa hoitajista tiesi Vas-kipumittarin käyttötarkoituksen, mutta osa ei tuntenut mittaria eikä sitä käytetty kivun arvioinnissa. Suurimpana kivun arviointimenetelmänä sairaanhoitajat käyttivät fysiologisten muutosten havainnointia. Tietämys lääkkeellisestä kivunhoidosta vaihteli ja tästä ilmeni melko paljon tiedon puutetta. Isoin puute oli tietämys lääkkeenantotavoista. Opioidien käytöstä vastaajilla oli suhteellisen hyvät tiedot. Vastaajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta lääkkeelliseen kivunhoitoon. He kokivat myös, että työyhteisössä oli ongelmia kivunhoidossa. Esim. kipulääkettä ei uskalleta käyttää riittävän tehokkaasti.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla millaisia keinoja hoitajat käyttävät muistisairaana kivun arvioimiseen ja millaisena he kokevat muistisairaana lääkkeellisen kivunhoidon ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa ikääntyneen muistisairaana kivunhoidon kehittämiseksi ja laajentaa hoitajien tietämystä ja siten parantaa hoitotuloksia ja vaikuttaa näin myönteisesti asukkaan tilanteeseen.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisena hoitajat kokevat ikääntyneen muistisairaana kivun hoidon?
2. Millaisia menetelmiä hoitajat käyttävät kivun arvioinnissa?
3. Miten hoitajat arvioivat kipulääkkeen tarpeellisuuden?

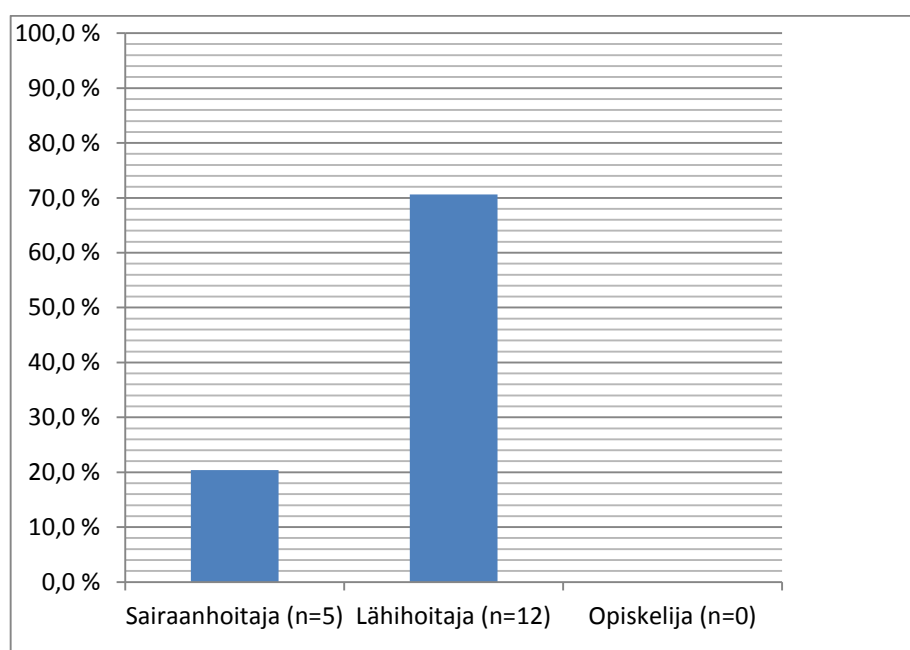
4.1 Tutkimusmetodologia

Tutkimus on laadullinen. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on hankkia kokonaisvaltaista tietoa todellisista tilanteista ja ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 155,177). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei etsitä keskimääräisiä yhteyksiä eikä tilastollisia säännönmukaisuuksia, joten aineisto voidaan kerätä hyvin pieneltäkin joukolta tai vain yhdestä tapauksesta, koska laadullisessa tutkimuksessa ratkaisee laatu eikä määrä. (Hirsjärvi ym. 2007, 176). Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa voidaan kerätä valitsemalla tietystä populaatiosta näyte jota analysoidaan, kerätä yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa suhteessa toisiinsa tai poimimalla tietystä ihmisjoukosta otos yksilöitä haastattelun tai kyselylomakkeen avulla. (Hirsjärvi ym. 2007, 130.)

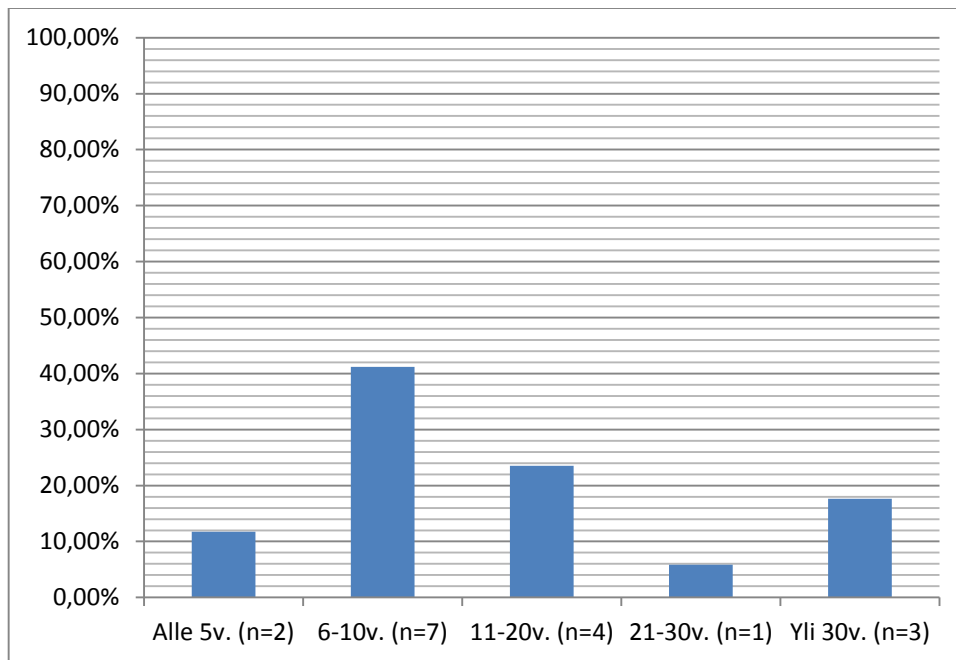
Tutkimuksen tulokset ovat hoitajien yksittäisiä kokemuksia. Avoimet kysymykset antoivat vastaajille mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin, jolloin sain tietoon mikä on tärkeää tai keskeistä heidän ajattelussaan.

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja Aineiston keruun toteuttaminen

Tutkimukseni kohderyhmä muodostui eräästä Oulun kaupungin hoivakodin hoitajista. Kolmestakymmenestä kyselylomakkeesta (n=30) täytettynä palautui 17. Vastanneista oli sairaanhoitajia 20,4 % (n=5) ja lähihoitajia 70,6 % (n=12). Alan opiskelijoita ei ollut yhtään (n=0). (Kaavio 1.) 41 % vastanneista oli ollut alalla 6-10 vuotta (n=7). 23,53 % (n=4) oli ollut alalla 11–20 vuotta, 17,65 % (n=3) yli 30 vuotta, 11,76 % (n=2) alle 5 vuotta ja 5,88 % (n=1) 21–30 vuotta. (Kaavio 2.)



KAAVIO 1. Vastaajien koulutustausta.



KAAVIO 2. Vastaajien työkokemus vuosina.

Kyselylomake koostui kahdeksasta kysymyksestä, jossa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä teemahaastattelu metodilla. Kysymykset laadin ohjaavan opettajan kanssa niin, että saisin vastaukset tutkimustehtäviin mitä aion tutkia pohjautuen teoreettiseen viitekehukseen. Aineistonkeruun perusmenetelmänä oli hoitajien haastattelu kyselylomakkeella ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa. Pitkäaikaisosastoilla työskentelevistä hoitajista suurin osa on lähi- tai perushoitajia, joten pelkkien sairaanhoitajien valitseminen ei olisi tuonut luotettavaa materiaalia. Vein kyselylomakkeet palveluesimiehelle syyskuun 2014 lopussa henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeet jaettiin kahdelle eri osastolle niin, että molemmille osastoille vietiin 15 lomaketta. Olin aiemmin keväällä 2014 sopinut palveluesimiehen kanssa kyselyn ajankohdasta. Palveluesimies toimitti lomakkeet osastoille. Hän kävi ensin lomakkeen itse läpi. Olin ajatellut tehdä lomakkeen sähköisenä versiona, jolloin palveluesimies olisi lähettänyt sen jokaisen työntekijän sähköpostiin, mutta hän oli sitä mieltä, että vastauksia ei aiempien kokemusten mukaan tulisi montaa, joten päädyin hänen toiveesta paperiseen kyselyyn. Kyselylomakkeen alussa oli saatekirje, jossa esittelin lyhyesti itseni ja tutkimuksen tarkoituksen. Annoin vastausaikaa 1,5 vko, vein kyselyn perjantaina ja vastausaikaa oli seuraavan viikon sunnuntaihin asti. Korostin, että kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonymisti ja toivon mahdollisimman runsasta osallistu-

jamäärää. Jokaisessa kyselylomakkeessa oli mukana kirjekuori, johon lomakkeen sai laittaa. Näin takasin anonymisti vastaamisen.

Kyselylomakkeen alussa kysyin vastaajan koulutusta; vaihtoehtoja oli kolme sekä työkokemuksista. Lomakkeessa oli kolme täysin avointa kysymystä muistisairaana kivun ilmenemiseen, muistisairauden merkityksen kivun ilmaisemiseen sekä syitä, jotka ovat esteenä muistisairaana kivun hoitoon. Yhdessä avoimessa kysymyksessä oli ensin pääkysymys ja sen jälkeen a, b, c, d, e kohdat, joissa vastaaja tarkentaa kivun arviointiin käyttämiään menetelmiä ja yhdessä ensin pääkysymys ja a, b, c, d kohdat, miten vastaaja kokee muistisairaana lääkkeellisen kivunhoidon. Lääkkeellisen kivunhoidon kysymyksessä oli myös väittämiä, jotka vastaajan piti asettaa numeroilla siihen järjestykseen, mikä hänen mielestään vastaa parhaiten lääkkeellisen kivunhoidon käytäntöjä. Tämä kysymys osoittautui haasteelliseksi. Lopuksi kysyin mitä muuta kivunhoitoon liittyvää vastaaja haluaa tuoda esille. Palveluesimies aikoi huolehtia ja muistuttaa hoitajia kyselyyn vastaamisesta.

4.3 Tutkimustulosten analysointi

Tutkimustulosten analysointiin käytin aineistolähtöistä sisällön analyysiä. Sisällön analyysin avulla pyritään kuvaamaan systemaattisesti ja kattavasti aineistoon liittyvää sisältöä. Sisällön analyysillä etsitään käsitteellisiä samankaltaisuuksia. Sisällönanalyysissa tutkimusaineisto järjestetään sellaiseen muotoon, että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voidaan irrottaa vaiheittain yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista, lausumista ja siirtää ne yleisemmälle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. Sisällön analyysi mahdollistaa aineiston yksityiskohtaisen kuvauksen. Aineisto voidaan ensin luokitella esim. tapahtumakuvauksiin ja sen jälkeen yksityiskohtaisemmin perustuen esim. esitettyihin ajatuksiin tai ideoihin. (Seitamaa–Hakkarainen 2000, viitattu 26.2.2014.)

Kävin kyselylomakkeet läpi lomake kerrallaan usean kertaan. Käytin apuna SurveyMonkey-ohjelmaa. Jouduin ensin laatimaan kyselylomakkeen ja sen jälkeen syöttämään manuaalisesti vastaukset ohjelmaan lomake kerrallaan. Tämä oli aikaa vievää, mutta helpotti vastausten tarkastelua ja kaavioiden tekemistä. Pystyin nopeammin etsimään samankaltaisia vastauksia

ja jakamaan ne ylä- ja alaluokkiin. Pääluokat sain tutkimustehtävistä. Käytin kaavioiden tekemiseen Excel-tilukkoa ja kuvioiden tekemiseen Wordin omaa ohjelmaa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuskysymyksistä sain 3 pääluokkaa; hoitajien kokemukset muistisairaahan kivunhoidosta, hoitajien menetelmät kivun arvioinnissa ja hoitajien kokemukset lääkkeellisestä kivunhoidosta. (Kuvio 1). Jaottelin sen jälkeen kysymyslomakkeen kysymykset pääluokkien alle yläluokkiin ja vastaukset yläluokkien alle alaluokkiin. Lainasin lopuksi hoitajien yksittäisiä ajatelmia.

5.1 Hoitajien kokemukset muistisairaahan kivunhoidosta

Muistisairaahan kivun ilmeneminen

Hoitajien mielestä muistisairaahan kipu ilmenee ilmeinä, eleinä, levottomuutena, aggressiivisuutena, ruokahaluttomuutena, ääntelynä, syke ja hengitystiheys nousee sekä kylmähikisyytenä. Muistisairas voi vastustella hoitotoimenpiteitä tai olla ärtynyt ja kiroilla. Kasvoilla voi olla tuskainen ilme, kurtistaa otsaa tai vääntelehtiä. Hän voivottelee, huutaa tai muuten äänтелеe poikkeavasti, kieltäytyy syömästä ja on levoton. Hän voi myös kertoa olevansa kipeä. (Kuvio 2).

“Vastusteluna hoitajaa kohtaan, voivotteluna, ilmein, elein. Muistisairas voi myös kertoa olevansa kipeä”.

“Otsan rypistyminen, kehon jäykistyminen, hikoilu, pulssi nousee, ääntely. Potilas nostetaan makuuasennosta istumaan, jolloin selkään koskee, otsa rypistyy ja potilas äänтелеe, voivottelee”.

Muistisairauden merkitys kivun tunnistamiselle

Muistisairaudella on suuri vaikutus kivun ilmaisemiseen. Hoitajien mielestä on vaikeaa tietää onko asukas kipeä, koska hän ei pysty ilmaisemaan kipua sanoin. Asukasta täytyy tarkkailla ja havainnoida hänen käyttäytymistään. Tavallisuudesta poikkeava käytös ei silti välttämättä johdu kivusta vaan siihen voi olla jokin muu syy. Asukas ei osaa paikantaa kipua tai hän ei ymmärrä omaa olotilaa eikä osaa yhdistää sitä kipuun. Kipu voi olla mielessä vanhasta muistista vaikka ei olisikaan sillä hetkellä kipeä ja hän pelkää tilanteita jotka voivat aiheuttaa kipua. (Kuvio 2).

“Muistisairas ei aina osaa sanoa kivusta tai paikantaa kipua tiettyyn kohtaan ja vaikka on kivuliaan oloinen voi sanoa ettei ole kipeä”.

“Asukas ei välttämättä osaa ilmaista tarkkaa paikkaa kivulle. Kipu voi olla mielessä vaikka ei olisikaan kipeä sillä hetkellä. (vanhasta muistista)”.

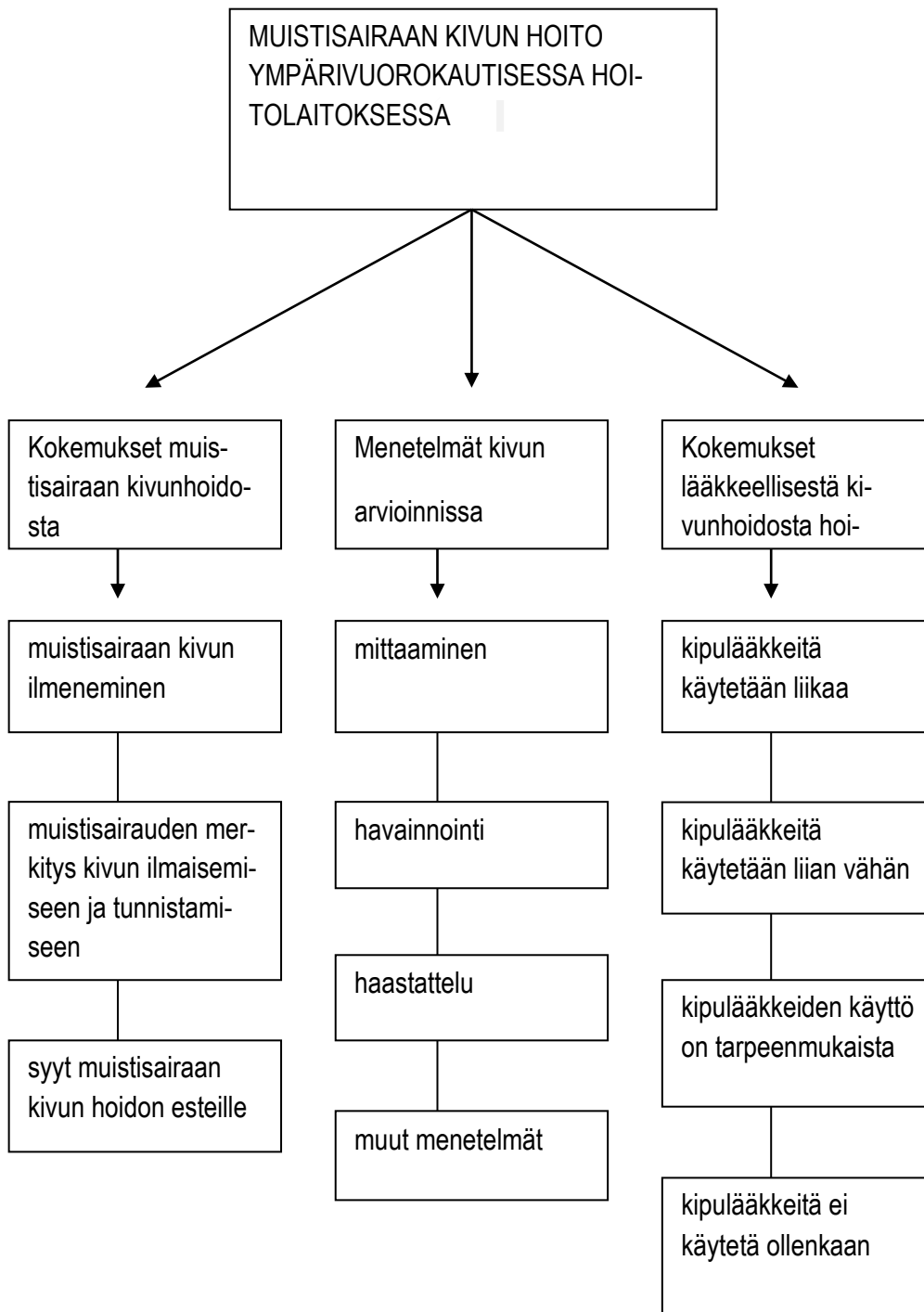
Syyt muistisairaana kivun hoidon esteille

Kivun hoidon suurimpana esteenä koettiin lääkehoito ja se, että asukas ei halua ottaa lääkkeitä tai sylkee ne pois. Hoitajien mielestä lääkehoito on haasteellista, koska omaiset voivat kieltää vahvat kipulääkkeet, kipua ei osata tai viitsit tulkita ja lääkkeiden haittavaikutukset voivat olla liian voimakkaita. Todellisen kivun tunnistaminen on vaikeaa ja onko lääkitys riittävä. Kivun luonne voi myös muuttua. Asukas voi itse kieltäytyä ottamasta lääkkeitä ja repiä esim. kipulaastarin pois. Kaksi hoitajaa oli sitä mieltä ettei esteitä ole. (Kuvio 2).

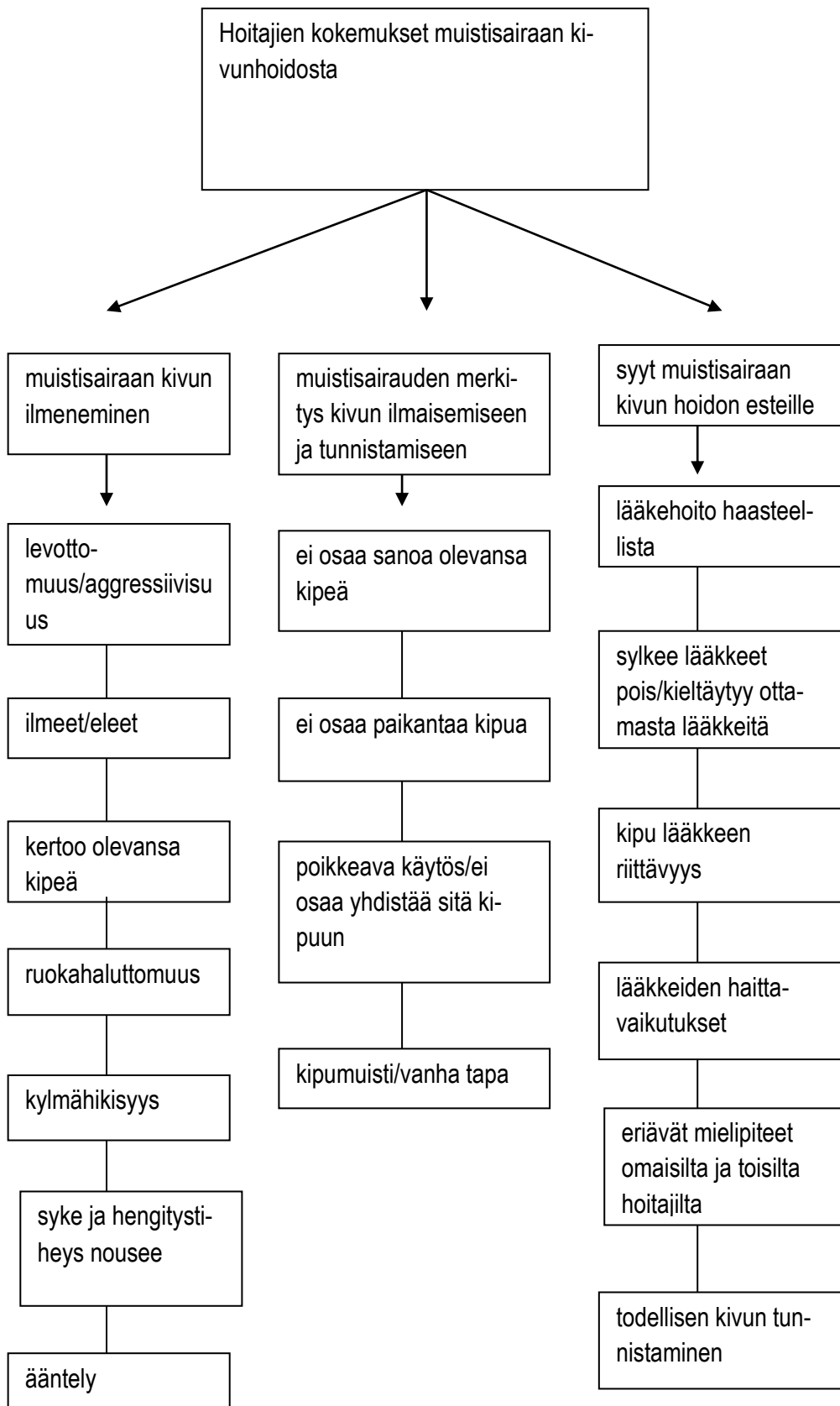
“Kun ei voi tietää varmuutta onko kipu todellinen”.

“Esim. omaiset kieltävät vahvat kipulääkkeet tai asukas itse kieltäytyy, sylkee ne pois tai repii kipulaastarin ym.”.

“Aggressiivisuus lääkityksestä huolimatta, ei varmasti tiedä onko lääkitys riittävä”.



KUVIO 1. Tutkimustulosten pääluokat ja yläluokat.



KUVIO 2. Hoitajien kokemukset muistisairaahan kivunhoidosta.

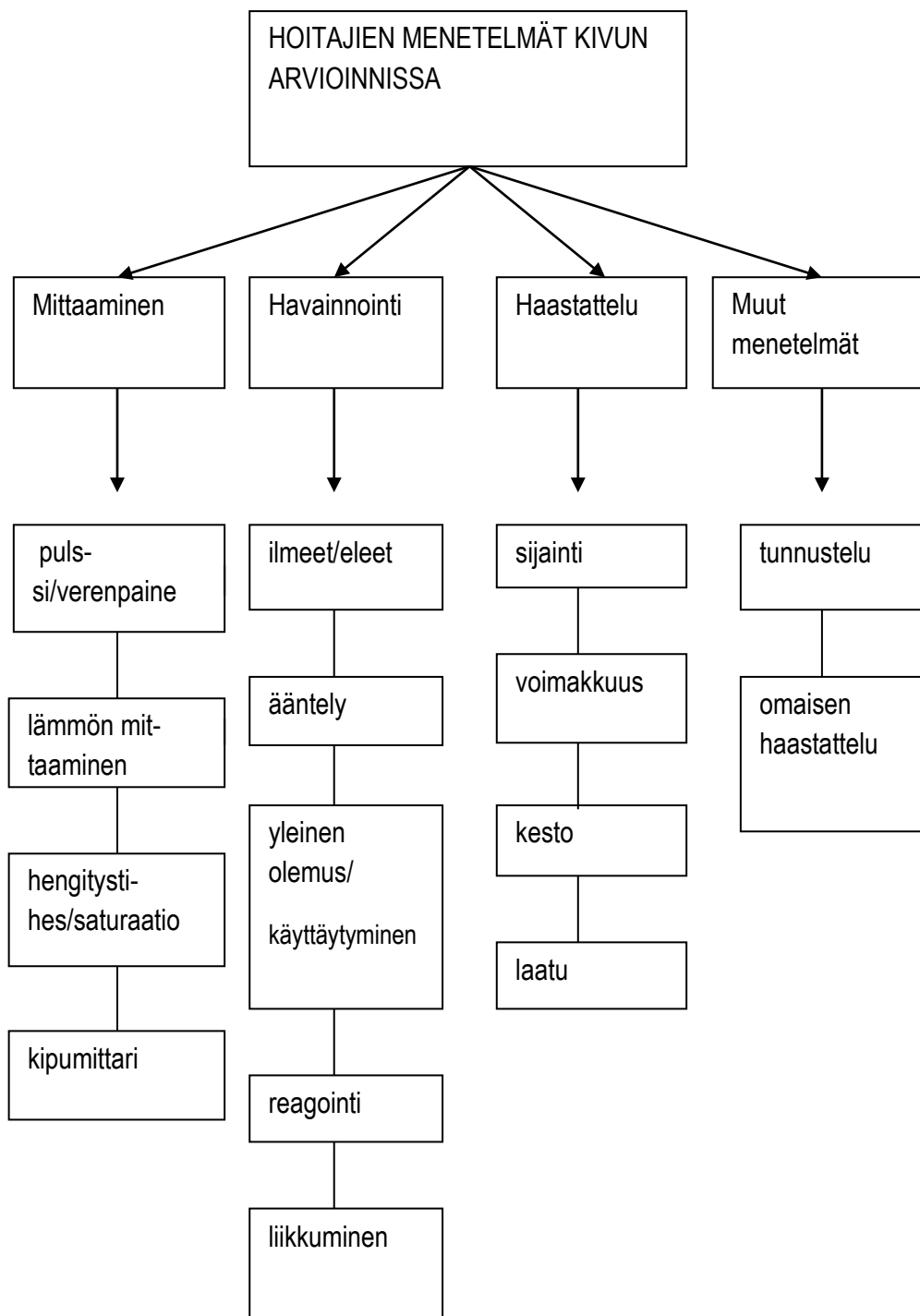
5.2 Hoitajien menetelmät kivun arvioinnissa

Kivun arviointiin hoitajat käyttävät mittaamista, havainnointia, haastattelua tai jotain muuta menetelmää. Hoitajat mittasivat pulssia, verenpainetta, hengitystiheyttä ja saturaatiota. Kolme hoitajaa kertoi käyttävänsä kivun mittaamiseen kipujanaa tai Vas-mittaria. Yksi hoitaja mainitsi, ettei heillä käytetä kipumittareita. Hoitajat havainnoivat muistisairaana ilmeitä, eleitä ja ääntelyä, kosketukseen ja hoitotoimenpiteisiin reagoitua, liikkumista ja seuraamalla yleistä olemusta ja käyttäytymistä. He kyselivät kivun sijaintia, voimakkuutta, kivun laatua ja kestoa. Muina menetelminä hoitajat mainitsivat tunnustelun, muistisairaana rauhoittamisen ja keskustelun. (Kuvio 3).

“Seuraan asukkaan käyttäytymistä, mitä paremmin asukkaan tuntee sitä paremmin huomaa kivut”.

“Havainnoin esim. kasvojen ilmeistä, mielialan muutoksesta, onko potilas sekava ja levoton. Välittelee kosketusta ja pidättää hengitystä”.

“Rauhoittaa tilanne, laittaa lepäämään, jutella asukkaan kanssa”.

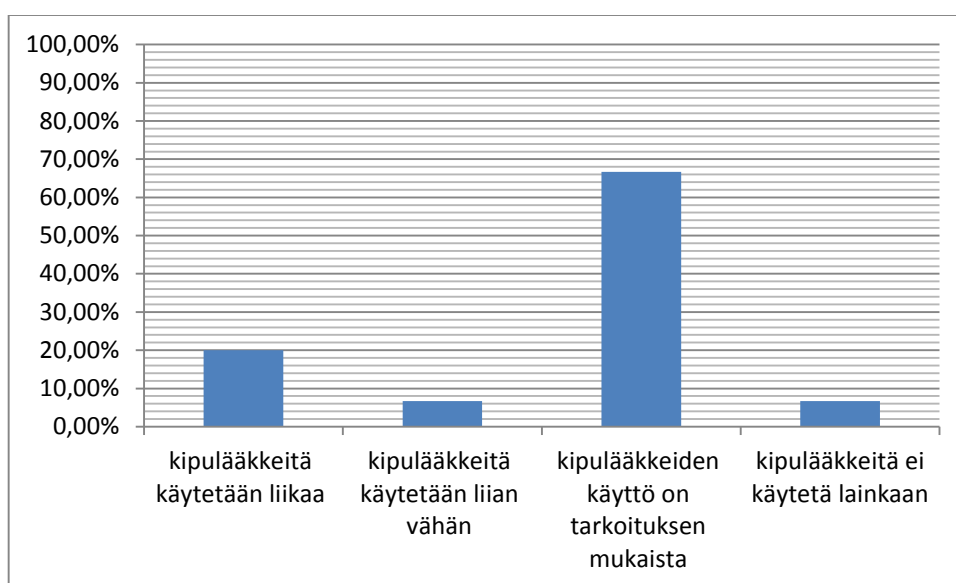


KUVIO 3. Kivun arviointiin käytettävät menetelmät.

5.3 Muistisairaan lääkkeellisen kivunhoidon kokemukset

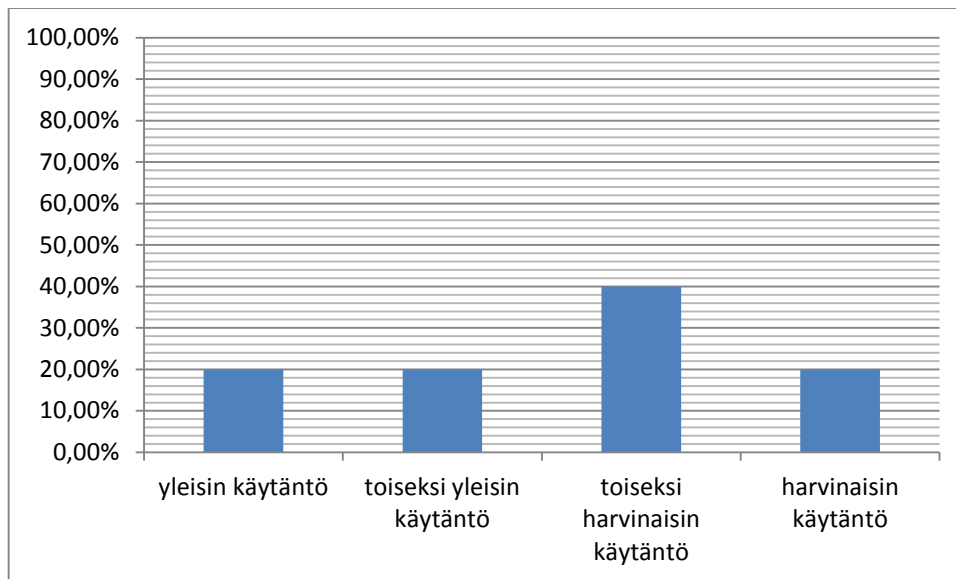
Vastaajista 66,6 % (n=10) oli sitä mieltä, että kipulääkkeiden käyttö on tarpeenmukaista ja 20 % (n=3) mielestä kipulääkkeitä käytetään liikaa. 6,67 % (n=1) oli sitä mieltä, että kipulääkkeitä käytetään liian vähän tai niitä ei käytetä lainkaan. 2 vastaajaa ohitti tämän kysymyksen (n=15).

(Kaavio 3.)



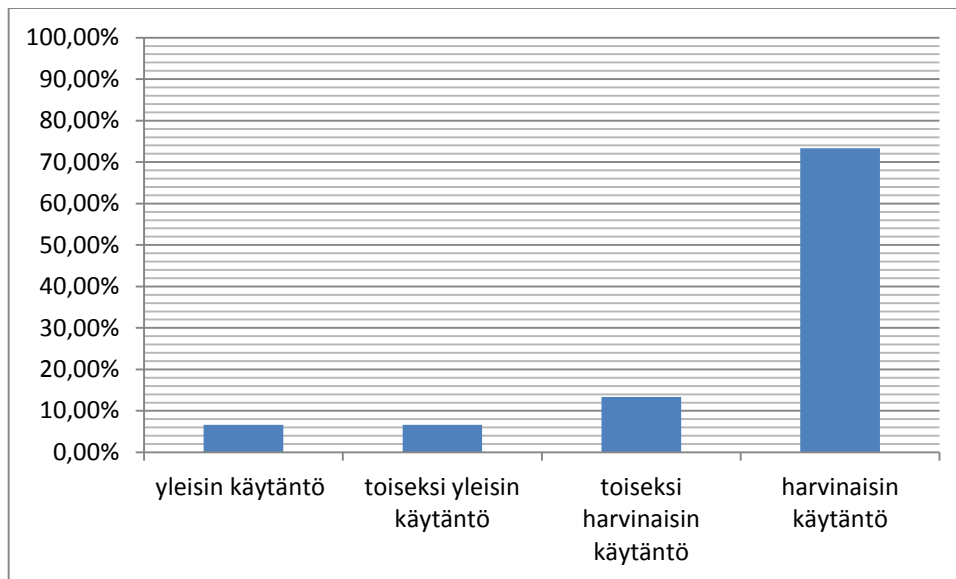
KAAVIO 3. Kokemukset muistisairaan lääkkeellisestä kivunhoidosta hoitotyössä.

Hoitajien mielestä yleisempää on, että kipulääkkeitä käytetään liian vähän kuin liikaa. Kokeiluvaiheessa voi tulla tilapäistä ylläkäitsemistä ja lääkkeet voivat vaikuttaa voimakkaammin. Hoitajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että lääkkeen tarpeellisuus tulisi aika ajoin tarkistaa, koska lähes kaikilla asukkailla meni Para-Tabs riippumatta tarvitsivatko he sitä enää. Tulisi myös arvioida onko oikea kipulääke menossa jos lääke ei auta eikä vain lisätä lääkitystä. Opiatien käyttö on joskus tarpeenmukaista. (Kaavio 4.)



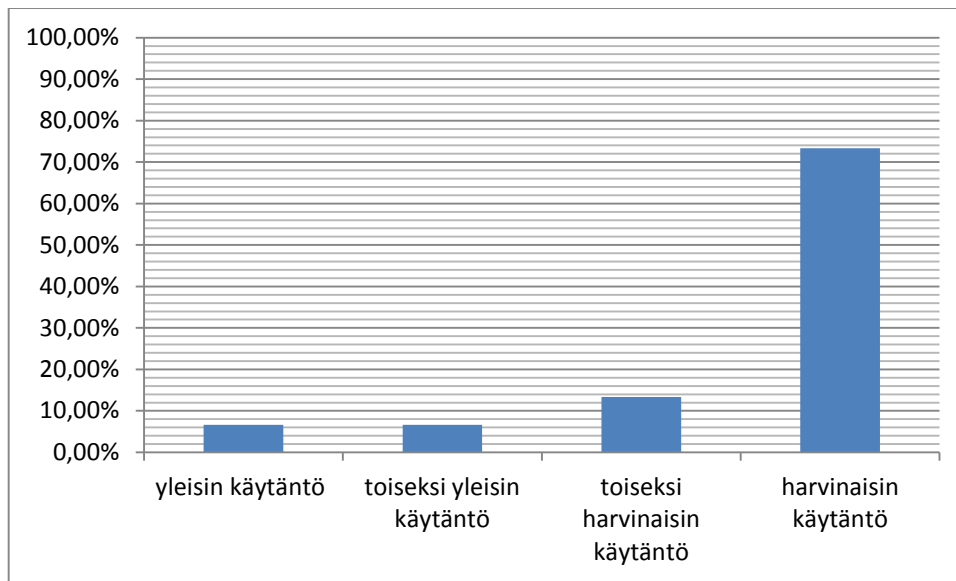
KAAVIO 4. Kipulääkkeitä käytetään liikaa .

Hoitajat olivat sitä mieltä, että tarvittavia kipulääkkeitä käytetään liian vähän. Syyksi he kertoivat kiireen, kivun vaikeaa arviointia, uskalluksen puutteen, asukkaalla ei ole lääkettä listalla ja seurataan liian kauan tilannetta. Varsinkin ennen hoitotoimenpiteitä olisi tarpeenmukaista antaa kipulääkettä jos tiedetään sen aiheuttavan turhaa kipua. Asukas saattaa kivun vuoksi vastustella esim. pesutilanteita. (Kaavio 5.)



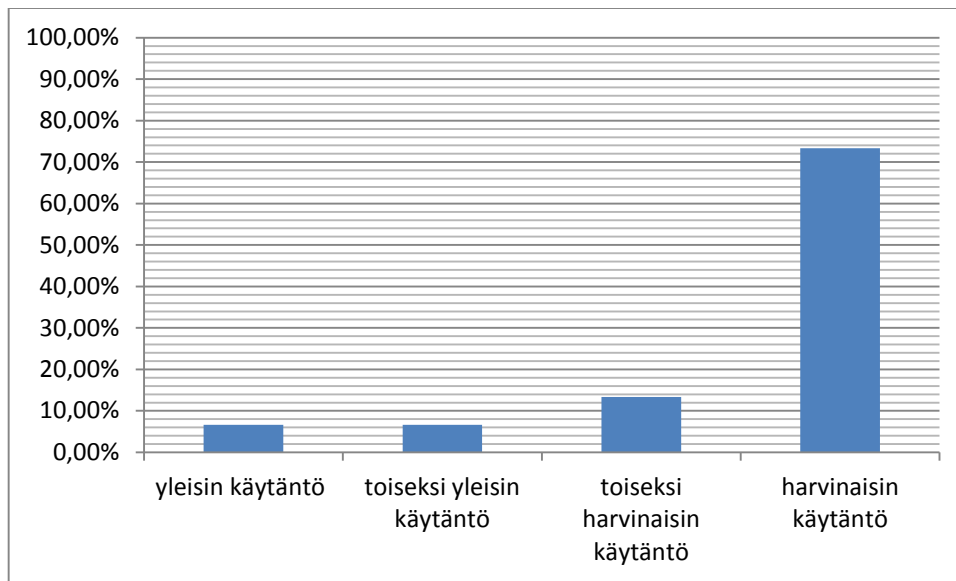
KAAVIO 5.. Kipulääkkeitä käytetään liian vähän.

Kipulääkkeiden käyttö on tarpeen mukaista esim. saattohoidossa ja kun muut kivunlievitys keinot on koettu tehottomiksi. Hoitajien mielestä krooniset kivut hoidetaan paremmin kuin akuutit kivut. Asukkailla on esim. kulumia, jolloin liikkuminen on helpompaa kipulääkityksen avulla. Jos asukas rauhoittuu illalla nukkumaan lääkkeen annon jälkeen, on kipulääkitys silloin tarpeenmukaista. Asukkaan kivut ja lääkkeen tarve on silloin oikein huomioitu ja arvioitu eli on oikea lääke ja annos määrä. (Kaavio 6.)



KAAVIO 6. Kipulääkkeiden käyttö on tarpeenmukaista.

Yleisin syy lääkkeettömyyteen on, ettei asukkaalla ole kipuja. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että lähes kaikilla ikäihmisillä on jonkinasteista kipua. Kun potilaan toimintakyky saadaan hoidettua muilla menetelmillä, esim. kuntoutusta enemmän ja vireystila paranee ilman lääkkeitä. Elimistö ei välttämättä siedä kipulääkkeitä, esim. maksa arvot kohoavat paracetamolista ja ibuprofeinia ei voi antaa jos vatsa on herkkä. (Kaavio 7.)



KAAVIO 7. Kipulääkkeitä ei käytetä lainkaan.

Muuta kivunhoitoon liittyvää, esim. kehittämissideoita

Hoitajat olivat sitä mieltä, että tarvittavia kipulääkkeitä tulisi hyödyntää enemmän. Olisi tärkeää myös selvittää onko kyseessä kipu vai jokin muu syy esim. asukkaan levottomaan oloon. Hoitajien pitäisi saada lisäkoulutusta kivunhoitoon ja työyhteisössä voisi yhtenäistää kivunhoitoon liittyviä käytäntöjä esim. käyttää enemmän aikaa kivun arvioimiseen ja toteuttamiseen. Vanhusten kivunhoidossa tulisi konsultoida kivunhoitoon erikoistuneita yksiköitä. hoidon arvioinnin pitäisi olla päivittäistä ja arvioinnin tulisi olla kirjallista.

“Tarvittavat kipulääkkeet paremmin käyttöön. Erillinen tarv. kipulääkkeiden lista hyvin esille??”

“Kivunhoito ei tapa, mutta liian vähäinen käyttö aiheuttaa tarpeetonta tuskaa. Rohkeutta antaa vahvempia lääkkeitä”.

“Tarvittavia lääkkeitä voisi hyödyntää paremmin”.

6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosteni mukaan hoitajilla on hyvä tietämys kivun hoidosta, arvioinnista ja arviointiin käytettävistä menetelmistä. Lääkehoito jakoi eniten mielipiteitä. Hoitajien mielestä on vaikeaa tietää onko asukas kipeä, koska hän ei pysty ilmaisemaan kipua sanoin. Asukasta täytyy tarkkailla ja havainnoida hänen käyttäytymistään. Hoitajat käyttävät kivun arvioinnin menetelminä pääsääntöisesti fysiologista mittaamista ja havainnointia. Kipumittareita käytetään vähän. Vain 2 hoitajaa kertoi käyttävänsä Vas-mittaria kivun voimakkuuden mittaamiseen. Eli tästä voi päätellä, että osastoilla on olemassa kipumittareita, mutta niitä ei osata tai viitsitä/hoksata käyttää. 2 hoitajaa vastasikin, ettei heillä käytetä kipumittareita. Lääkkeetöntä kivunhoitoa menetelmää ei käyttänyt yksikään hoitaja, vaikka esim. kinestetiikka on yleisesti käytössä Oulun kaupungin hoivaosastoilla. 1 vastaajista kertoi kuntoutuksella olevan merkitystä asukkaan vireystilan paranemiseen ilman lääkkeitä. Todennäköisesti kukaan hoitajista ei osannut tai hoksannut yhdistää kinestetiikkaa kivunhoitoon, vaikka kinestetiikalla on suuri merkitys siihen miten asukasta esim. siirretään aiheuttaen mahdollisimman vähän kipua ja epämiellyttävää tunnetta.

Lääkehoito on haasteellista ja kivun hoidon suurimpana esteenä koetaan juurikin lääkehoito ja se, että asukas ei halua ottaa lääkkeitä tai sylkee ne pois, kipua ei osata tulkita ja lääkkeiden haittavaikutukset voivat olla liian voimakkaita. Todellisen kivun tunnistaminen on vaikeaa ja se, onko lääkitys riittävä. Myös kiireinen työtahti koetaan esteenä kivunhoidolle. Hoitajien mielestä yleisempää on, että kipulääkkeitä käytetään liian vähän kuin liikaa. Lääkkeen tarpeellisuus tulisi aika ajoin tarkistaa, koska lähes kaikilla asukkailla menee Para-Tabs riippumatta tarvitsevatko he sitä enää. Tarvittavia kipulääkkeitä pitäisi hyödyntää enemmän. Suurimman osan mielestä asukkaiden lääkehoito on kuitenkin tarpeenmukaista. Työyhteisössä olisi tärkeää sopia yhteisiä käytäntöjä kivun hoitoon ja sen arvioimiseen. Arvioinnin pitäisi olla kirjallista ja tarvittaessa saada asiaan lisäkoulutusta.

Johtopäätökset:

- Työyhteisössä on hyvä sopia yhteiset käytännöt kivunhoitoon
- Kivun arviointi tulee olla kirjallista
- Tarvittavia kipulääkkeitä tulee hyödyntää enemmän

Aikaisemmissa tutkimuksissa kävi ilmi, että hoitajilla on suhteellisen hyvät tiedot kivunhoidosta, mutta kivun arvioiminen on vaikeaa. Kipumittareita käytetään vähän, vaikka mittareita olisi tarjolla. Kivun arviointimenetelminä käytetään fysiologisia mittauksia ja havainnointia. Tarvittavia kipulääkkeitä käytetään liian vähän, mutta osalla vanhuksista kipulääkettä menee myös turhaan. Työyhteisössä ei ole selkeitä yhteisiä käytäntöjä kivun hoitoon ja arviointiin liittyen. Tulokset ovat siis hyvin samankaltaisia aikaisempien tutkimuksien kanssa.

7 POHDINTA

On tärkeää, että kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulokset ja tutkimuksessa tehtävät ratkaisut ovat luotettavia. Näin ollen tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä onkin luotettavuus. Luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineiston keruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. Kvantitatiivisen tutkimuksen tärkein asia on mittarin luotettavuus. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 206). Reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei sattumanvaraisia tuloksia. Jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos, voidaan tulokset todeta reliaabeleiksi. Luotettavuuden kohentamiseksi on tärkeää selostaa tarkka tutkimuksen toteutus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.)

Validiuksella tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä mitä on tarkoitus mitata. Aina menetelmät ja mittarit eivät vastaa sitä mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Kyselylomakkeen vastaukset eivät välttämättä anna oikeita vastauksia, koska vastaajat ovat voineet ymmärtää kysymykset eritavoin kuin tutkija on ajatellut. Tästä syystä tutkija ei voi käsitellä saatuja tuloksia alkuperäisen oman ajattelumallinsa mukaisesti, koska muuten tuloksia ei voida pitää tosina ja pätevinä. Mittari voi siis aiheuttaa virhetuloksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.)

Kyselylomakkeita toimitettiin 30 kappaletta ja niitä palautettiin 17 kappaletta. Vastausprosentti oli näin ollen 57 %. Kyselyyn jätti vastaamatta 13 henkilöä, jolloin kato oli 43 %. Tutkimuksen ollessa laadullinen on aineisto riittävä.

Kipua on tutkittu paljon ja vanhusten kivunhoidosta on tehty useita erilaisia tutkimuksia, opinäytetöitä ja väitöskirjoja. Itse halusin keskittyä nimenomaan muistisairaahan kivunhoitoon pitkäaikaislaitoksessa. Kipuun löytyy paljon materiaalia ja työstä saisi hyvinkin laajan, mutta päätin rajata ja käsitellä aihetta yleisesti. Työssäni keskeisimpiä asioita ovat muistisairaahan kipu, sen ilmeneminen, hoito ja sairaanhoitajan rooli kivun hoidossa. Työn teossa koin välillä haastavaksi rajata asioita ja miettiä mitkä asiat olisivat olennaista tulevaa tutkimusta ajatellen. Alun perin työ oli paljon laajempi, mutta tiivistelin asioita ja yritin käsitellä asioita johdonmukaisesti.

Internetistä löytyi paljon tietoa kivusta ja opinnäytetöitä aiheesta. Internet lähteissä yritin olla kriittinen ja valita vain sivuja, jotka katsoin oikeaksi tiedoksi verraten niitä kirjallisuuteen.

Vaikka aihe kiinnosti jo valmiiksi, huomasin, että mitä enemmän tietoa hain, sitä enemmän se alkoi kiinnostaa. Oma tietämys kivusta ja sen arvioinnista sekä hoidosta on laajentunut entisestään ja tulevana sairaanhoitajana voin hyödyntää tietoa tulevaisuudessa missä tahansa työpaikassa.

SAATEKIRJE

Hei,

Olen Sanna Meriläinen ja opiskelen Oulun ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötä aiheesta Muistisairaahan kivun hoito ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää millaisena hoitajat kokevat ikääntyneen muistisairaahan kivunhoidon ja millainen tietämys heillä on kivunhoidosta ja kipulääkityksen merkityksestä. Toivon vastausta kaikilta, jotka osallistuvat osastolla ikääntyneen perus- ja lääkehoitoon, jotta tutkimus olisi mahdollisimman luotettava.

Vastaaminen tapahtuu kyselylomakkeella ja se tehdään anonyymisti. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota voidaan mahdollisesti hyödyntää osastolla tulevaisuudessa. Vastaaminen vie korkeintaan puoli tuntia ja toivon mahdollisimman runsasta osallistujia määrää.

Vastausaikaa on 5.10.2014 asti.

Tarvittaessa minuun voi ottaa yhteyttä, o0mesa00@students.oamk.fi tai puh. 0400704112

Ystävällisin terveisin,

Sanna Meriläinen

KYSELYLOMAKE

Ympyröi oikea vaihtoehto

1. Koulutus

- a) Sairaanhoidaja/Terveystenhoitaja tmv. korkeakoulututkinto
- b) Lähi-/Perushoitaja tmv. ammatillinen tutkinto
- c) Sosiaali- ja Terveysalan opiskelija

2. Työkokemus _____ vuotta

3. Miten muistisaira kipu ilmenee? Kuvaa esim. jokin tilanne

4. Mitä menetelmiä käytät kivun arviointiin? (Tarvittaessa voit jatkaa lomakkeen toiselle puolelle)

a) Mittaaminen,
esim. kipumittari (millainen), muut mittausmenetelmät

b) Havainnointi menetelmänä,
kerro mitä ja miten havainnoit

c) Haastattelu,
kerro millaisia kipuun liittyviä asioita kartoitat ja millaisia kysymyksiä esität

d) Jokin muu menetelmä, mikä?

e) Ei mitään menetelmää, miksi?

5. Millainen merkitys muistisairaudella on kivun ilmaisemiseen ja tunnistamiseen?
Kerro esim. jokin tilanne

6. Millaiset syyt ovat mielestäsi esteenä muistisairaana kivun hoidolle? Kerro esim. jokin tilanne

7. Millaisena koet muistisairaana lääkkeellisen kivunhoidon?

Aseta seuraavat väittämät numeroilla

1 (yleisin käytännön hoitotyössä),

2 (toiseksi yleisin käytännön hoitotyössä)

3 (toiseksi harvinaisin käytännön hoitotyössä)

4 (harvinaisin käytännön hoitotyössä) siihen järjestykseen, mikä vastaa mielestäsi parhaiten lääkkeellisen kivunhoidon käytäntöä. Vastaa jokaiseen kysymykseen.

a) Kipulääkkeitä käytetään liikaa, miksi ja missä tilanteissa? Numero:

b) Kipulääkkeitä käytetään liian vähän, miksi ja missä tilanteissa? Numero:

c) Kipulääkkeiden käyttö on tarpeenmukaista, miksi ja missä tilanteissa. Numero:

d) Kipulääkkeitä ei käytetä lainkaan, miksi ja missä tilanteissa? Numero:

8. Mitä muuta kivunhoitoon liittyvää haluat tuoda esiin? esim. kehittämissideoita

Kiitos vastauksistanne!

LÄHTEET

Airaksinen, O. & Kouri, J-P. 2012. Therapia Fennica. Kipu. Hakupäivä 25.2.2012.
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Kipu>

Erkinjuntti, T. 2001. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto, 88.

Heikkinen, S. & Rintakoski, J. 2010. ”Ja mä yrittin kymmenellä kauniilla kielellä et eks sää ny ottas lääkettä siihen kipuus?”. Sairaanhoidajien kokemuksia ikääntyneiden kivunhoidosta. Hämeen Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 6.2.2012.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/Heikkinen_Saara_Rintakoski_Jenna.pdf?sequence=1

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2006. Kipu. Hakupäivä 25.2.2012.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,1941>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutkimuksen reliabelius ja validius. Tutki ja kirjoita. 13, Osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 226–227.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Tutki ja kirjoita. 13, Osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 130.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Aineiston hankinnan suunnittelu. Tutki ja kirjoita. 13, Osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 176-177.

Honkanen, T. 2009. Vanhuksen kipu ja sen hoito. Hakupäivä 26.2.2012.

<http://www.hoiva.fi/sairaalan-ajankohtaista/75-vanhuksen-kipu-ja-sen-hoito>

Hyttinen, H. 2008. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. (Julkaisupaikka ei tiedossa). WSOY Oppimateriaalit Oy, 42–43, 53–54.

Janes, R. & Tilvis, R. 2003. Vanhusten kipu. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. 1. Painoksen (2001) muuttumaton jatkopainos. Hämeenlinna: Karisto Oy. 294–296, 300.

Kalliomaa, S. 2009. Lääkärilehti Duodecim. muistisairaahan tukeminen – ohjeita läheisille. Hakupäivä 7.2.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=muistisairaudet&p_artikkeli=dlk00899

Kankkunen, P. 2008. Dementiaoireisen ihmisen kivunhoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Gerontologinen hoitotyö. (Julkaisupaikka ei tiedossa). WSOY Oppimateriaalit Oy, 247–249, 250–253, 256–257, 259, 260–261.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granström, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 105–106.

Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 470–472, 474–475.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2007. Kivun hoidossa käytettävät oheislääkkeet. Teoksessa Mustajoki M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 533

Käypä hoito 2010. Muistisairaudet. Käypä hoito-suositus.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#NaN>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 15 §. Ammattieettiset velvollisuudet.

Hakupäivä 12.3.2012., <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lampinen, A. & Haapio, M. 2000. Vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer-paino Oy, 230.

Loukiainen, H. 2010. Vaasan keskussairaala. Hoidettava ja hoitava hyötyvät kinestetikasta.

Hakupäivä 13.3.2012.

http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1_listaus.aspx?id=1188314.

Lyyra, T-M. & Tiikkainen, P. 2008. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Gerontologinen hoitotyö. (Julkaisupaikka ei tiedossa). WSOY Oppimateriaalit Oy, 60–61.

Mäkyinen, E. & Visuri, T. 2011. Painad – mittarin hyödynnettävyys dementiapotilaiden kivun arvioinnissa. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 12.3.2013. https://www.theseus.fi/.../Makynen_Elina_Visuri%20_Tiina.pdf?sequenc...

Nurminen, M-L. 2008. Kipulääkkeet, reuma- ja kihtilääkkeet sekä anestesia-lääkkeet. Lääkehoito. 7-9 painos. (Julkaisupaikka ei tiedossa). WSOY. Oppimateriaalit Oy, 234–238, 244.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. (Julkaisupaikka ei tiedossa). WSOY. Oppimateriaalit Oy, 206

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2001. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 1. painos. Hämeenlinna: Karisto, 123, 131–135.

Rinne, J. 2001. Lewyn kappale dementia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 1, painos. Hämeenlinna: Karisto, 158–159.

Rinne, J. 2001. Frontotemporaaliset degeneraatiot. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 1. painos. Hämeenlinna; Karisto Oy, 165–166.

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Varti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer-paino Oy, 30, 34.

Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer-paino Oy, 98–99, 107, 109–110.

Salanterä, S. 2010. Kivun mittaaminen - Miten se toteutuu tänään. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hakupäivä 18.3.2012.

http://www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_10/Kivun_mittaaminen_Sanna_Salantera.pdf

Sarlio, J. 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammer-paino Oy, 26.

Sauvola, A. (Geriatiaan erikoistuva lääkäri). 2004. Oulun yliopisto/OYS. Sisätautien klinikka. (Oulun kaupunginsairaala). Vanhusten kivunhoito. Hakupäivä 1.3.2012.

<http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/041202./htm>

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2000. kvalitatiivinen sisällön analyysi. Academia.edu. Hakupäivä 26.4.2014. http://www.academia.edu/589363/Kvalitatiivinen_sis%C3%A4ll%C3%B6n_analyysi

Soininen, H. & Hänninen, T. 2001. Muistihäiriöiden oirediagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 1. painos. Hämeenlinna: Karisto, 77.

Sulkava, R. 2003. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Karisto Oy, 77–81.

Suonio-Peltosalo, E. 2007. Akuutin kivun hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matlainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 529–530.

Suonio-Peltosalo, E., Kotovainio, T., & Mäenpää, L. 2007. Kivun lääkehoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matlainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy, 531–532.

Suomen kinestetikkayhdistys Ry. 2012. Etusivu. Hakupäivä 13.3.2012. www.kinestetikka.fi.

Rastela, M. & Suhola, M. 2006. Sairaanhoitajien tiedot kivusta ja kivunhoidosta. Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Hakupäivä 11.3.2012. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/11080/2006-12-12-01.pdf?sequence=1>

Vainio, A. 2009. Kipu ja kieli. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 20–21.

Valvanne, J. & Noro, A. 1999. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Katsaukset 115(15):1591. Milloin laitoshoitoon. Hakupäivä 2.4.2012. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo90398&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__p_frompage=uusinnumero

Valvanne, J. 2012. Therapiafennica. Toimintakyvyn heikentyminen. Julkaisussa Vanhus potilaana. Hakupäivä 5.3.2012.

http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana#Toimintakyvyn_heikentyminen

Viramo, P. & Sulkava, R. 2001. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. 1. painos. Hämeenlinna: Karisto, 20, 22, 29.

Voutilainen, P. 2008. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Gerontologinen hoitotyö. (Julkaisupaikka ei tiedossa). WSOY Oppimateriaalit Oy, 124–126.

Vuori, U. & Heinonen, S. (toim.) 2007. Suomen dementiahoito yhdistys ry. Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista-opas ammattihenkilöstölle. Hakupäivä 6.3.2012.

http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/modules/doku/files/124/DEMkotihoidoOPAS_07-i.pdf