
KOMMUNIKOIMATTOMAN SAATTOHOITOASIAKKAAN KIVUN ARVIOINTI



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa syksy 2016

Essi Passila

Tuija Suikkanen

Essi Passila

Tuija Suikkanen



FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijät Essi Passila ja Tuija Suikkanen

Vuosi 2016

Työn nimi Kommunikoimattoman saattohoitoasiakkaan kivun arviointi.

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää yhtenäinen kivun arviointimenetelmä palvelutaloon sekä tukea kipumittarin käyttöönottoa kommunikoimattomilla saattohoitoasiakkailta. Opinnäytetyön tavoitteena oli helpottaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan kommunikoimattoman saattohoitoasiakkaan kipua. Tutkimusten mukaan kivun arviointi tulisi aina tapahtua samalla menetelmällä. Näin pystytään takaamaan kaikille asiakkaille mahdollisuus hyvään kivunhoitoon.

Opinnäytetyö tehtiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen periaatteita mukaillen. Aineisto kerättiin Medic-, Melinda- ja CINAHL-tietokannoista. Tutkimuksia etsittiin myös manuaalisesti Googlen kautta hakusanojen avulla. Tutkimuskysymykset ohjasivat aineiston valintaa.

Kommunikoimattomalla saattohoitoasiakkaalla kivunhoito on alihoidettua ja alidiagnosoitua arvioinnin puutteen vuoksi. Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita, joilla kipua voidaan mitata. Tutkimustuloksissa korostui se, että lääkehoidon tulisi olla kokonaisvaltainen prosessi, johon kuuluu kivun arviointi ennen ja jälkeen kipulääkityksen. Parhaiten kipua pystyi arvioimaan kommunikoimattomilla asiakkailta ABBEY- sekä PAINAD-mittareiden avulla. Tutkimuksen mukaan PAINAD oli kuitenkin helpompi ja nopeampi tapa mitata kommunikoimattoman asiakkaan kipua.

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli erään pirkanmaalaisen kaupungin palvelutalo. Opinnäytetyön pohjalta tehtiin kivunarviointia helpottava asiakaskohtainen vihkonen hoitohenkilökunnalle. Vihkonen on tarkoitettu saattohoitoasiakkaan kivunhoidon seurantaan. Opinnäytetyön teoriaosuudesta ja kipumittarin käytöstä pidettiin palvelutalon hoitajille osastotunti, jonka tarkoituksena oli avata kivun arvioinnin tärkeyttä päivittäisessä hoitotyössä.

Avainsanat Kommunikoimaton asiakas, kivun arviointi ja kipumittarit.

Sivut 26 s. + liitteet 12 s.



Forssa
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Author's Essi Passila and Tuija Suikkanen **Year** 2016

Subject of Bachelor's thesis Pain assessment on a palliative care client with cognitive impairment

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to develop a uniform pain assessment method for an assisted living home and to support the deployment of the pain scale. The aim of this thesis was to help the nursing staff to evaluate the pain on a palliative care client with cognitive impairment. According to previous studies pain assessment should be done with the same methods every time. This helps to ensure all clients the opportunity to a good pain management.


This thesis was accomplished by adapting the method of narrative literature review. The material was collected from the Medic, Melinda and CINAHL data bases.

Due to the lack of pain assessment the pain management was undertreated and underdiagnosed on a palliative care client with cognitive impairment. A variety of indicators has been developed for pain assessment with which pain can be measured. The research results highlight the fact that the use of pain killers should be a complete process. That contains evaluation of pain before and after the use of pain killers. According to the literature review results the PAINAD pain scale was considered the easiest and fastest way to measure the client with cognitive impairment.

The thesis was commissioned by an assisted living home in Pirkanmaa. Based to this thesis a booklet was created to each individual palliative care client for pain treatment observation and to ease the evaluation of the pain. The nursing staff was informed about the importance of the pain evaluation in every day practice.

Keywords Cognitive impairment, Pain assessment and Pain scale.

Pages 26 p. + appendices 12 p.



SISÄLLYS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | JOHDANTO | 1 |
| 2 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA ASETETUT TUTKIMUSKYSYMYKSET | 2 |
| 3 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 3 |
| 3.1 | Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä..... | 3 |
| 3.2 | Aineiston kerääminen..... | 3 |
| 3.3 | Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset..... | 6 |
| 4 | OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET | 9 |
| 4.1 | Kommunikoimaton saattohoitoasiakas | 9 |
| 4.1.1 | Kommunikoimaton asiakas | 9 |
| 4.1.2 | Saattohoito..... | 9 |
| 4.2 | Kivun määrittely..... | 10 |
| 4.3 | Kivun tunnistaminen | 11 |
| 4.4 | Kivun arviointi | 11 |
| 4.5 | Kivun havainnointimittarit | 12 |
| 4.5.1 | Abbey | 12 |
| 4.5.2 | DS-DAT | 12 |
| 4.5.3 | Doloplus-2 | 13 |
| 4.5.4 | PACSLAC | 13 |
| 4.5.5 | PAINAD | 13 |
| 5 | KIVUNHOIDON PROSESSI | 14 |
| 6 | KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET | 15 |
| 6.1 | Kivun havainnointia estävät tekijät | 15 |
| 6.2 | Kivun havainnointia edistävät tekijät | 17 |
| 6.3 | Kommunikoimattoman asiakkaan kivun ilmeneminen..... | 18 |
| 6.4 | Kivun havainnointimittarin arviointi ja valinta..... | 19 |
| 7 | POHDINTA..... | 21 |
| 7.1 | Opinnäytetyöprosessi | 21 |
| 7.2 | Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus | 22 |
| 7.3 | Tulosten pohdinta..... | 22 |
| 7.4 | Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset..... | 23 |
| | LÄHTEET | 24 |

| | |
|---------|----------------------------------|
| Liite 1 | Haut eri tietokannoista |
| Liite 2 | Valitut tutkimukset taulukossa |
| Liite 3 | Kipumittarit |
| Liite 4 | Kipumittari hoitohenkilökunnalle |

1 JOHDANTO

Riittävä kivun arviointi on hyvän ja laadukkaan kivunhoidon edellytys. Kivun arviointiin on laadittu erilaisia kipumittareita, joiden avulla tavoitteena on arvioida kipua systemaattisesti ja laadukkaasti. Näitä mittareita on kuitenkin vain vähän käytössä. Joissain näissä mittareissa asiakkaan pitää pystyä kommunikoimaan sanallisesti tai toiminnallisesti hoitohenkilökunnan kanssa. Asiakkaan kipua on vaikeampi arvioida, jos hän ei kykene ilmaisemaan kiputuntemustaan sanallisesti tai toiminnallisesti. Kipua on arvioitava nonverbaalisesta viestinnästä eli asiakkaan ilmeistä, eleistä ja kehon kielestä. Kommunikoimattomalle asiakkaalle on mahdollista käyttää kipumittaria, jotka eivät vaadi kommunikointikykyä. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015.)

Tässä opinnäytetyössä käsiteltiin saattohoidossa olevan asiakkaan kivunhoidon arviointia. Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksen tarkoituksena on edistää yhdenvertaista ja hyvää saattohoitoa. Suositukset koskevat kuolevan asiakkaan hoitoa, hoidon järjestämistä ja suunnittelua sekä henkilökunnan osaamista. Kipu on avainasemassa kuolevan asiakkaan hoidossa. Kipua pitää aina mitata, tulokset tulee kirjata ja kirjauksista on voitava todeta se, miten lääke on vaikuttanut. (Hänninen & Riikola 2012.)

Kivunhoidossa ikääntyneet ovat haastava asiakasryhmä. Krooniset sairaudet ja komplikaatiot ovat ikääntyneillä yleisempiä kuin nuoremmalla väestöllä. (Kalso 2009, 470.) Ikääntyneet eivät välttämättä tuo ilmi kipujaan, koska he ajattelevat niiden kuuluvan normaaliin ikääntymiseen ja ikääntyneet käyttävät paljon kiertoilmaisuja ja selityksiä, jolla he kompensoivat vaikeuksia löytää sanoja. Näin ollen myös kivun kuvaaminen saattaa olla vaikeaa. (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007; Pekkala 2013.)

Kivun arvioinnin haastetta lisää erityisesti se, että asiakas ei kykene lainkaan kommunikoimaan. Näissä tilanteissa joudutaan apuna käyttämään havainnointia erilaisista kivun aiheuttamista käyttäytymisen muutoksista. Muutokset käyttäytymisessä voidaan jakaa kuuteen eri havainnointiluokkaan, jotka ovat kasvojen ilmeiden, kehon kielen, ääntelyn, kanssakäymisen, toimintojen ja mielentilan muutokset. Tavanomaisen irvistelyn, huutelun ja rauhattomuuden sijaan hoitamaton kipu voi siis aiheuttaa masennusta ja heikentää liikuntakykyä sekä lisätä sosiaalista eristäytymistä. (Björkman ym. 2007.)

Määttä ja Kankkunen (2009) toteavat tutkimuksessaan, että henkilökunnan tulisi osata käyttää kivun arviointimittareita kivun havainnointiin ja käyttäytymismuutoksiin. Hoitajien pitäisi osata nämä arviointimenetelmät silloin, kun asiakas ei kipuaan pysty sanallisesti ilmaisemaan.

Keskeiset käsitteet opinnäytetyössä ovat kommunikoimaton saattohoitoasiakas, kivun arviointi ja kipumittarit.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA ASETETUT TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää yhtenäinen kivun arviointimenetelmä palvelutaloon sekä tukea kipumittarin käyttöönottoa kommunikoimattomilla saattohoitoasiakkailla.

Opinnäytetyön tavoitteena oli helpottaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan kommunikoimattoman saattohoitoasiakkaan kipua. Tavoitteena oli tuoda hoitohenkilökunnalle tutkittua tietoa kommunikoimattomilla asiakkailla ilmenevistä oireista, jotka voivat antaa viitteitä asiakkaan mahdollisista kivusta.

Aiheesta toteutettiin myös kirjallinen vihkonen hoitajille, jolla asiakkaan kipua voidaan mitata. Asiakaskohtaisen seurantavihkon pohjana käytettiin PAINAD-mittaria. Muokkasimme tätä mittaria helposti käytettäväksi ja mukana kannettavaksi. Tavoitteena oli, että kaikki hoitajat käyttäisivät samaa mittaria ja heidät on perehdytetty käyttämään sitä. Yhtenäisellä arviointimenetelmällä voidaan mahdollistaa kivunhoidon tasalaatuisuus. Täten pystytiin vähentämään erilaisia tulkintoja kivun arvioinnissa.

Opinnäytetyön kysymykset ovat:

1. Miten kipu ilmenee kommunikoimattomalla saattohoitoasiakkaila?
2. Miten hoitaja voi arvioida ja tunnistaa kommunikoimattoman asiakkaan kipua?

Opinnäytetyön ulkopuolelle rajattiin muistisairaat, koska palvelutalossa asiakkaiden kommunikoimattomuuden syy ei ole ainoastaan muistisairaus.

3 OPINÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kivun arvioimista kommunikoimattomalla saattohoitoasiakkaalla. Opinnäytetyön aihe valikoitui tekijöiden kiinnostuksen pohjalta ja toimeksiantajan tilauksen perusteella. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta mukaillen. Katsaukseen valittiin 10 tieteellistä tutkimusta.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli tukea palvelutalon kipumittarin käyttöönottoa. Hakalan (2015) tutkimuksessa todettiin kirjallisuuskatsaus hyödylliseksi hoitokäytäntöjen tueksi. Sen avulla oli tarkoitus tuoda käytäntöön tutkittua tietoa. Kirjallisuuskatsaus yhdistelee sekä arvioi tehokkaasti laadukasta tietoa ja se auttaa olemaan luottamatta yksittäisen tutkimuksen tuloksiin.

Opinnäytetyö esiteltiin pitämällä osastotunti palvelutalossa opinnäytetyön valmistuttua. Hoitohenkilökunta perehdytettiin mittariston käyttöön osastotunnilla ja samalla opinnäytetyön tulokset esiteltiin kokonaisuudessaan.

3.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on nykyaikana paljon käytetty kirjallisuuskatsausten muoto. Katsauksessa ei ole tiukkoja tai tarkkoja sääntöjä. Aineistoina voi käyttää laajaa materiaalia, eikä niiden rajausta säännöstellä tarkasti. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset eivät ole niin tarkkoja kuin systemaattisessa tutkimuksessa tai meta-analyysissä. Kuvailevia kirjallisuuskatsauksia ovat narratiivinen ja integroiva. Kirjallisuuskatsaus on narratiivinen, jolla pystytään hyvin tuomaan ilmi tutkittavat asiat. Samalla siinä pyritään lopputulokseen, jota on helppo lukea. Tässä tavassa on kolme eri muotoa tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joita ovat yleis-, kommentoiva- ja huomioitava katsaus. Näistä eniten käytetty on yleiskatsaus. Integroitavaa katsausta käytetään ilmiöiden monipuoliseen tutkimukseen. Tämä on hyvä tapa tutkia tietoa ja tuottaa jo tutkitusta aiheesta uutta tietoa. (Salminen 2011, 6–9.)

Tutkimuskysymykset ohjasivat kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemistä. Katsauksella pyrittiin etsimään vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Valittu aineisto kerättiin suunnitellusti tutkimuskysymysten pohjalta. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291–298.)

3.2 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyön aineiston kerääminen toteutettiin etsimällä tietoa hoitotieteellisistä julkaisuista. Tietoa kerättiin sähköisistä tietokannoista. Valitut tietokannat olivat Medic, Melinda ja CINAHL. Tietoa etsittiin manuaalisesti Googlen kautta hakusanojen avulla.

Hakusanat määriteltiin näihin hakuihin opinnäytetyön keskeisten käsitteiden perusteella. Hakusanoina käytettiin kipumitta* ja kivun arvioin*. Englanninkieliset hakusanat olivat asiasanoina Pain Measurement ja elderly or aged or older or elder or geriatric sekä vapaasanana, cognitive impairment.

Hakukanta Medicistä haut tehtiin hakusanoilla kivun arvioin* AND kipumitta*. Rajauksiin laitettiin vuodet 2006–2016. Osumia tällä saatiin seitsemän kappaletta. CINAHL-hakuja tehtiin avainsanoilla pain measurement AND elderly OR aged OR older OR elder OR geriatric AND vapaasanana oli cognitive impairment. Hakujen rajauksiin laitettiin maksuttomana saatava, koko teksti, vuodet 2006–2016, tieteelliset julkaisut sekä suomen- ja englanninkieliset. Osumia näillä saatiin 225. Melindassa hakusanoina käytettiin Gradu AND kivun arviointi. Rajauksiin laitettiin vuodet 2006–2016 ja tällä osumia tuli kuusi. Toinen haku Melindasta tehtiin hakusanoilla Gradu AND saatto?. Siinä rajauksina olivat vuodet 2006–2016. Osumia tällä tuli 32 (Liite 1).

Aiheesta saatiin paljon osumia, mutta suurin rajaus tehtiin jo otsikoiden perusteella. Seuraavaksi luettiin tiivistelmä ja kun havaittiin, ettei aihe liity tutkimuskysymyksiin tai merkitys oli muuten vähäinen, materiaali poissuljettiin. Itsessään saattohoitoon liittyviä kivun arviointiosumia oli vain kaksi kaikissa osumissa. Hakujen perusteella valitsimme kahdeksan tutkimusta. Manuaalisella haulla haettiin tietoa Googlen kautta sekä tutkimalla muiden opinnäytetöiden lähteitä. Näiden kautta löydettiin kaksi tutkimusta lisää kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsaus toteutettiin lopulta 10 tutkimuksesta (Taulukko 1).

Aineiston valintaa kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ohjasivat tutkimuskysymykset. Niiden tarkoituksena oli löytää mahdollisimman asianmukaista aineistoa tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 295). Taulukossa 2 sivulla 5 on valitut tutkimukset kirjallisuuskatsaukseen.

Taulukko 1. Haut eri tietokannoista

| Haut eri tietokannoista | Medic n=7 | CINAHL n=225 | Melinda n=6 | Manuaali haku |
|---|--------------|-----------------|----------------|------------------|
| Otsikon perusteella hylätyt | 3 kpl | 210 kpl | 5 kpl | 0 kpl |
| Tiivistelmän perusteella hylätyt | 0 kpl | 10 kpl | 1 kpl | 0 kpl |
| Tutkimusta ei ollut saatavilla/ oli maksullinen | 1 kpl | 0 kpl | 0 kpl | 0 kpl |
| Opinnäytetyöhön mukaan valitut tutkimukset | 3 kpl | 5 kpl | 0 kpl | 2 kpl |

Taulukko 2. Opinnäytetyöhön mukaan valikoituneet tutkimusartikkelit (n= 10)

| Tekijä(t) | Vuosi | Tutkimuksen nimi |
|--|-------|--|
| van Iersel, T., Timmerman, D. & Mullie, A. | 2006 | Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment |
| Herr, K., Bjoro, K. & Decker, S. | 2006 | Tool for assessment of pain in nonverbal older adult with dementia: a state-of-the-science review |
| Kankkunen, P., Taponen, R. & Suominen, T. | 2007 | Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä |
| Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. | 2007 | lääkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi: Kahden kipumittarin vertailu |
| Määttä, M. & Kankkunen, P. | 2009 | Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa |
| Liu, J., Briggs, M. & Closs, S. J. | 2010 | The Psychometric Qualities of four observational pain tool for the assessment of pain in elderly people with osteoarthritic pain |
| Herr, K. | 2011 | Pain Assessment strategies in older patients |
| Pesonen, A. | 2011 | Pain Measurement and management in elderly patient |
| Burns, M. & McIlpatrick, S. | 2015 | Palliative care in dementia: literature review of nurses` knowledge and attitude towards pain assessment. |
| Kainulainen, A. | 2015 | Muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kivun tunnistaminen hoitohenkilökunnan arvioimana. |

3.3 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset (Taulukko 2) avattiin ja ne luettiin useaan kertaan. Tutkimuksia vertailtiin keskenään ja niistä etsittiin tietoa, jolla vastattiin tutkimuskysymyksiin (Liite 2).

Van Ierselin, Timmermanin ja Mullien (2006) pilottitutkimuksen tarkoitus oli löytää sopiva kipumittari, jolla hoitohenkilökunta pystyi arvioimaan kommunikoimattoman asiakkaan kipua käyttäytymismuutoksista. Tutkimuksessa jaettiin seitsemääntoista hoitokotiin kaksi kipumittaria, Abbey ja PAINAD. Kyselyyn vastasi $n = 185$ hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Henkilökunnan oli tarkoitus käyttää kumpaakin mittaria ja arvioida sen jälkeen, kuinka hyvin kivun pystyi tulkitsemaan mittarin kautta. Hoitohenkilökunta vastasi kahteen kyselyyn, joilla yritettiin selvittää, kummalla mittarilla olisi luotettavampaa arvioida kivusta aiheutuneita käyttäytymismuutoksia. Tuloksissa ei päästy selvään vastaukseen, kumpi mittareista oli parempi. Yli puolet hoitohenkilökunnasta totesi, että mittareiden avulla on hyvä mitata kipua ja mittareita on helppo käyttää. Kummankin kipumittarin kolmesta kohdasta hoitohenkilökunta oli yhtä mieltä siitä, että niiden avulla on hyödyllistä mitata kipua. Nämä kolme kohtaa olivat kasvojen ilmeet, ääntely ja kehonkieli. Fyysisistä muutoksista oli hoitohenkilökunnan mielestä hyvä arvioida kipua, mutta nämä löytyivät vain Abbey-mittarista. Hoitohenkilökunnasta 60 prosenttia oli sitä mieltä, että hengitys ja lohduttaminen olivat puutteellisia osa-alueita kivun mittaamiseen PAINAD-mittarissa. Abbeyssä oli puutteellisia osa-alueita käyttäytymisen muutokset sekä fysiologiset muutokset.

Herrin, Bjoron ja Deckerin (2006) vertailututkimuksen tarkoitus oli arvioida kriittisesti kivun arviointimittareita, jotta pystyttäisiin antamaan suosituksia hoitohenkilökunnalle. Vertailututkimuksessa oli mukana kymmenen kivun arviointimittaria, joilla mitataan kipua havainnoimalla ja käyttäytymismuutosten kautta kommunikoimattomilla ikääntyneillä, jotka sairastavat dementiaa. Arvioitavat mittarit olivat Abbey, ADD, CNPI, DS-DAT, Doloplus 2, FLACC, NOPPAIN, PACSLAC, PADE ja PAINAD. Mittareita arvioitiin viidellä alueella kriteerien ja indikaattoreiden perusteella. Nämä kriteerit olivat pätevyys, luotettavuus, hallittavuus, aihe ja käsitteet. Tulokset viittasivat siihen, että vaikka moni mittari näytti potentiaalisesti hyvältä, käytetyt mittarit ovat kehityksessä ja testauksessa vielä varhaisessa vaiheessa. Tällä hetkellä ei ole yhdenmukaista kivun havainnointimittaria, jota voitaisiin suositella käytännön hoitotyöhön.

Kankkunen, Taponen ja Suominen (2007) tekivät tutkimuksen teemahaastatteluin, jossa oli mukana yhdeksäntoista hoitajaa. Haastattelut tehtiin ryhmässä ja aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tutkimuksella oli tarkoitus kuvata sitä, miten hoitajat arvioivat ja tunnistavat dementiayksikössä potilaan kipua. Tutkimustulosten perusteella dementiapotilaan kipua hoitajat arvioivat lähinnä muutosten perusteella potilaista. Muutoksia oli muun muassa ilmeissä, eleissä sekä kehon liikkeissä. Kivun arviointiin hoitajat eivät käyttäneet kipumittareita ja heidän mielestään ne eivät ole edes tarpeellisia. Tulosten pe-

rusteella voitiin kivun arviointia dementoituneilla kehittää esimerkiksi kipumittarien säännöllisellä käytöllä, henkilökunnan lisäkoulutuksilla ja lisäämällä resursseja kivun arviointiin.

Björkman, Palviainen, Laurila ja Tilvis (2007) tekivät tutkimuksen, jossa vertailivat kahta kipumittaria iäkkäillä ja vaikeasti dementoituneilla potilailla (n=297). Kipumittarit olivat hoitajan ja asiakkaan arvioon perustuva RAI-järjestelmä sekä PAINAD-mittari, joka perustui käyttäytymismuutosten havainnointiin. Tutkimustulosten mukaan mittarit eivät olleet yksimielisiä. Kivuttomaksi RAI-järjestelmällä tulkituista asiakkaista havaittiin kuitenkin 31-72 prosentilla kipuja PAINAD-mittauksessa. Tutkimustulosten perusteella ei voida sanoa kumpi mittari olisi parempi. Pohdinnassaan tutkijat totesivat aineiston antavan vahvan viitteen siitä, että PAINAD-mittauksessa hoitotoimenpiteen aikana kivuttomaksi tulkituilla asiakkailla ei ollut kipuja. Tutkijat suosittelivat PAINAD-mittarin käyttöönottoa kivun arviointiin vaikeasti dementoituneiden asiakkaiden kanssa.

Määtän ja Kankkusen (2009) tutkimuksen tarkoituksena oli kivun arviointi kipumittareilla vaikeasti dementiaa sairastavilla asiakkailla. Tutkimuksessa käytettiin yhtätoista empiiristä alkuperäistutkimusta, joissa oli mitattu kipumittareiden luotettavuutta. Tutkimuksessa käytiin läpi nämä kipumittarit: Abbey-, PAINAD-, RAI-, Ds-DAT- ja Pade-mittarit. Aineistoa analysoitiin deduktiivisella aineistoanalyysillä ja näistä tutkimuksista etsittiin tietoja, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksessa käytettiin ainoastaan tieteellisistä tietokannoista saatavaa materiaalia ja ainoastaan alkuperäistutkimuksia. Näin saatiin luotettavaa tietoa. Hakua rajattiin ainoastaan dementiaa sairastavien kivun mittaukseen. Tutkimusaineisto käytiin useaan otteeseen läpi ja analyysiin otettiin ainoastaan ne asiat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta paransi englannin- ja saksankieliset lähteet ja tutkimuksessa oli kaksi tekijää. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että osa mittareista oli käyttökelvottomia dementiaa sairastavilla asiakkailla tai ne olivat hankalia käyttää. ABBEY- ja PAINAD-mittarit olivat parhaimpia ja niiden kanssa kipua pystyttiin arvioimaan paremmin.

Liu, Briggs ja Closs (2010) havainnointitutkimuksen tarkoitus oli vertailla neljää havainnointikipumittaria niiden psykometrinen ominaisuuksien kautta kognitiivisesti heikentyneillä, ikääntyneillä ihmisillä. Kivun havainnointimittareita on kehitetty, mutta niiden psykometrisistä ominaisuuksista on vähän tietoa. Tutkimuksessa käytetyt kipumittarit olivat PAINAD, Abbey, PACSLAC ja DS-DAT. Osallistujat (n=124) jaettiin kahteen ryhmään, toiseen kommunikoivat ja toiseen kommunikoimattomat. Osallistujia havainnointiin yhtä aikaa levossa sekä liikuntasuorituksen aikana kahden arvioijan voimin. Osallistujat täyttivät myös omat kaavakkeet ja nämä tulokset arvioitiin yhdessä. Tutkimustuloksissa todettiin, että PAINAD ja Abbey näyttivät olevan luotettavimmat ja pätevimmät arvioimaan kipua, huolimatta asiakkaiden kommunikointi kyvystä.

Herrin (2011) tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää kivun arviointia iäkkäillä asiakkailla. Oikeaoppinen kivun arviointi on pohja kivun hoidolle. Tutkimuksessa kerrottiin erilaisista mittareista, joita voidaan käyttää ikääntyneillä asiakkailla. Mittareita on niin kommunikoiville asiakkailla kuin kommunikoimattomillekin. Kommunikoimattomilla kivun hoito voi olla alihoidettua ja alidiagnosoitua arvioinnin puutteen vuoksi. Kivun kokonaisvaltainen arviointi oli tärkeää kivun tunnistamiseksi. Kivun arviointi ei ole kertaluontoinen tapahtuma, vaan jatkuva prosessi, johon ikääntynyt asiakas otetaan mukaan. Kivun voimakkuuden uudelleenarviointi on tärkeää, että selviää, onko kipulääkitys auttanut.

Pesonen (2011) väitöstutkimuksessaan tutki, kuinka kommunikoimattomien ikääntyneiden kivunmittaaminen ja -hoito toteutettiin pitkäaikaisessa sairaalahoidossa sekä kuinka se tapahtuu kommunikointikyvyltään normaaleilla ikääntyneillä asiakkailla sydänleikkauksen jälkeen. Väitöskirjassa oli viisi tutkimuskohtaa. Yhteensä näissä tutkimuksissa oli mukana 366 asiakasta. Tutkimuksissa käytettiin neljää kipumittaria, jotka perustuvat potilaan omaan arvioon. Mittareiden mittausmenetelmien toimivuutta arvioitiin ennen ja jälkeen liikuntasuorituksen. Tutkimustuloksissa päivittäistä aktiivisuutta ei huonontanut iäkkäiden asiakkaiden lievä krooninen kipu samalla tavalla kuin tajuunallinen toimintahäiriö tai masennus.

Burns ja McIlpatrick (2015) tekivät kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, jossa he arvioivat tutkimuksia, jotka käsittelivät hoitajien tietoa ja asenteita arvioida kipua. Ikääntyneiden ihmisten keskuudessa kipu on hyvin yleistä. Kuitenkin kipu on useimmiten alihoidettua ja sitä ei tunnisteta. Hoitajilla on tässä keskeinen rooli tunnistaa sekä asianmukaisesti arvioida kipua voidakseen tarjota tehokasta hoitoa. Kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan 11 tutkimusta pois-sulkukriteerien jälkeen. Tutkimustuloksissa korostui, kuinka hankalaa kivun arviointi on hoitajalle, koska asiakkaat eivät itse kykene kertomaan kivustaan. Tutkimustulokset osoittivat, että esteenä tehokkaalle kivun arvioinnille on koettu olevan koulutuksen puute, huono tieteidenvälinen kommunikaatio sekä työn määrä.

Kainulainen (2015) teki Pro gradu -tutkielman, jonka tarkoitus oli kuvata, kuinka kehonkielen ja käyttäytymismuutosten perusteella hoitohenkilökunta voi tunnistaa muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kipua. Kyselylomakkeilla kerättiin tutkimusaineisto (n=333) hoitohenkilökunnalta ja se arvioitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimustuloksissa selvisi, että hoitohenkilökunta havainnoi parhaiten negatiivisen ääntelyn sekä kehonkielen kivuksi. Tutkimustulosten mukaan kivun tunnistamiseen vaikuttivat hoitohenkilökunnan ikä ja työkokemus. Vanhemmat ja pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat tunnistivat kipua paremmin.

4 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyössä käytetyt keskeiset käsitteet. Keskeiseksi käsiteiksi muodostui kommunikoimaton saattohoitoasiakas, kivun arviointi ja kipumittarit. Kipumittareita on kehitetty paljon. Osaan kipumittareista tarvittiin asiakkaan omaa arviota kivun asteesta. Opinnäytetyössä oli kuitenkin tarkoitus käsitellä kipumittareita, jotka perustuivat hoitajan arviontiin kivun tasosta. Opinnäytetyössä avattiin kipumittareita, jotka on tarkoitettu kommunikoimattomille asiakkaille.

4.1 Kommunikoimaton saattohoitoasiakas

Tässä opinnäytetyössä kommunikoimattomalla asiakkaalla tarkoitettiin henkilöä, joka ei tuo kipuaan ilmi sanoin vaan hoitajan on tulkittava kipu havainnoimalla. Syitä saattohoitoasiakkaiden kommunikoimattomuuteen palvelutalossa on yleensä korkea ikä, muistisairaus tai tajunnan tason lasku kuoleman lähestyessä.

4.1.1 Kommunikoimaton asiakas

Kielelliset taidot pysyvät ikääntyessä hyvänä, yleensä aika pitkäänkin muuttumattomana. Ikääntyessä kommunikaatiotaitoihin tulee kuitenkin muutoksia. Puheen ymmärrys, keskustelutaidot ja sanojen löytyminen saattavat heiketä. Normaalisissa elämässä näitä ei juurikaan huomaa, mutta tilanteissa, joissa tarvitaan monimutkaisia kielioppiasioita, niin iäkkäällä onkin vaikeaa tuottaa niitä. Nopeasti eteen tulevat tilanteet saattavat olla vaikeita, jos esimerkiksi pitää nopeasti nimetä jokin/jotain tai ilmaisut ovat kielellisesti vaikeita. Muutokset ja syiden tunteminen ovat tärkeitä, jotta voidaan tukea iäkkäiden kommunikaatiota. (Pekkala 2013.) Tietyt sairaudet aiheuttavat aivotoiminnan heikkenemistä. Muisti huonontuu ja se vaikuttaa myös puheen tuottamiseen ja ymmärtämiseen heikentävästi. (Määttä ym. 2009.)

Tutkimuksen mukaan sananlöytämistäidot alkavat heiketä jo 30-vuotiaana, mutta ensimmäisiä muutoksia aletaan huomata vasta 50–60-vuotiailla ja yleisempiä ne ovat vasta yli 70-vuotiailla. Ikääntyvät käyttävät paljon kiertoilmaisuja ja selityksiä, jolla iäkkäät voivat kompensoida vaikeuksia löytää sanoja. Näin ollen myös kipua saattaa olla vaikea kuvata oikein. (Pekkala 2013.)

4.1.2 Saattohoito

Saattohoito tarkoittaa sairauden loppuvaiheessa tapahtuvaa hoitoa ja tukea. Keskeistä saattohoidossa on asiakkaan oireiden ja kärsimysten helpottaminen. Lähtökohtana on asiakas ja hänen etenevä parantumaton sairaus. Asiakkaan tilanteessa ei ole parantavaa hoitoa ja taudin etenemiselle ei voida mitään. Lääkäreiden ennuste jäljellä olevasta eliniästä on lyhyt. (ETENE 2012; Hänninen 2011, 5–7.)

Saattohoidossa tavoitteena kuolevalle on luoda olosuhteet, joissa hänen on mahdollisuus kohdata kuolemansa turvallisesti, arvokkaasti ja rakastettuna. Silloin tarpeettomista hoidoista ja tutkimuksista luovutaan, kuolinprosessia ei pyritä pitkittämään turhaan. Useimmiten saattohoitoa toteutetaan terveyskeskuksen vuodeosastolla, siihen erikoistuneissa yksiköissä, erikoissairaanhoidossa tai asiakkaan kotona. Osasto- ja sairaalasiirtoja pyritään välttämään asiakkaalla, joka on kuolemaa lähellä. (Herlevi ym. 2011; Hänninen 2011, 5–7.)

Saattohoidolla pyritään asiakkaan hyvinvointiin, turvallisuuteen ja hyvään perushoittoon. Silloin on päätetty taho, joka hoitaa saattohoidon loppuun asti. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri, joka on tutustunut asiakkaan tilanteeseen ja tekee päätöksen lopettaa parantavat hoidot. Saattohoidossa käytetään niitä lääkehoitoja, joilla saadaan taattua mukava loppuelämä. (Hänninen 2011, 5–7.)

Kuolevan asiakkaan oireiden arviointi on aika haasteellista. Lähes aina kivun arvio perustuu asiakkaan tuntemiseen, jossa omaiset ja henkilökunta voivat olla apuna. Kivun oireita tulisi koko ajan tarkkailla sekä kirjata niitä. Kirjaukset tulisi tehdä systemaattisesti, koska kuoleman lähentyessä tilanteet saattavat muuttua nopeasti. Kommunikoimattoman asiakkaan kohdalla tulisi seurata kehon kieltä, kuten hengitystä, ilmeitä ja ääntelyitä. Kivun mittaukseen tulisi aina käyttää oikeanlaista kipumittaria, joka palvelisi asiakasta parhaiten. (Käypähoito 2012; Paneeli 2014, 525–527.)

4.2 Kivun määrittely

Kivun kokemus on hyvin yksilöllistä. Vaikka kivun syy olisi asiakkailla sama, niin kipu ilmenee ja jokainen tuntee sen eri tavalla. Kipu voi tuntua paineena, vihlaisuna, polttona, sekä muina tuntemuksina. Voimme näyttää kipua huomaamattamme, kuten irvistelynä tai erilaisina liikkeinä. Kipu on joko kroonista tai akuuttia. Akuutti kipu johtuu vammasta tai sairaudesta ja se paranee, kun vamma tai tulehdus häviää. Krooninen kipu on pitkäkestoista, johtuu yleensä sairaudesta ja kivun laatu on jatkuvaa. (Abbey 2011, 1–4.)

Ikääntyneiden keskuudessa krooninen kipu on yleisempää kuin nuorilla. Tutkimuksen mukaan ikääntyneillä on päivittäisiä kipuja jopa 48 prosentilla ja laitoshoidossa olevista ikääntyneistä 45–85 prosentilla asiakkaista on kipua päivittäin. (Kalso 2009, 470). Alihoidetulla kivulla on monta mahdollista seurausta ikääntyneelle itselleen, mutta ne voivat rasittaa myös heidän perheitään, ystäviään ja jopa yhteiskuntaa. Seurauksena alihoidetusta kivusta ikääntyneelle voi ilmetä masennusta, levottomuutta, kaatuilua, aliravitsemusta, univaikeuksia ja alentunutta elämänlaatua. (Herr 2011, 3–4.)

Kipuja on erilaisia ja ne tuntuvat erilaisilta. Neuropaattinen kipu on hermovauriokipua, kun taas viskeraalinen kipu on sisäelinkipua. Tätä kipua on vaikea paikantaa, koska siihen liittyy usein heijastekipua. (Käypähoito 2015.)

4.3 Kivun tunnistaminen

Ikääntyneet eivät välttämättä kerro kivuistaan suoraan, koska ajattelevat kipujen kuuluvan vanhenemiseen. (Kankkunen ym. 2007, 313). Ikääntynyt itse on paras sekä ainoa totuudenmukainen kivun arvioija omassa tilanteessaan. Sannallisen kommunikaation puuttuessa asiakkaalta kykenee kuitenkin saamaan kuvauksen kivun laadusta, paikasta sekä luonteesta. (Pesonen 2011.)

Vanheneminen ei aiheuta kipuja. Kipua sen sijaan aiheuttavat iän myötä tulevat sairaudet. Jo 80 prosentilla yli 65-vuotiaista on kipua aiheuttava sairaus tai vamman jälkitila. Iäkkäille kipu aiheuttaa psykososiaalisia ongelmia. Näitä ovat esimerkiksi masennus, menetykset, eristäytyminen ja yksinäisyys. Nämä saattavat pitkittää kipua tai esiintyä kipuna. Kipu huonontaa ihmisen elämänlaatua ja siitä saattaa ikääntyneelle aiheutua suuria menoja ja se voi heikentää toimintakykyä. (Lihavainen ym. 2011.)

Kipuaan kommunikoimattomat voivat ilmaista fysiologisin tai käyttäytymismuutoksia. Fysiologisina muutoksina asiakkaan käytöksessä voi ilmentyä muun muassa laajentuneet pupillit, kylmähikisyys, kohonnut verenpaine ja takykardia. Kipu voi ilmentyä ääntelynä, esimerkiksi itkien, vaikertaen, huutamalla, tai äänekkäällä hengityksellä. Muutokset käyttäytymisessä voivat olla esimerkiksi aggressiivisuus, hoitojen vastustaminen, koskettamisen välttely, levottomuus, mielialamuutokset, sosiaalisista suhteista vetäytyminen, jännittynyt asento, kipeän ruumiinosan suojeleminen, pelokas ilme ja syömättömyys sekä hengityksen pidättäminen. (Kankkunen 2011, 312.)

4.4 Kivun arviointi

Kivun arviointi heikentyy sairauksien myötä ja kiputuntemukset muuttuvat iän karttuessa. Kipukynnys saattaa nousta vanhetessa, kun taas kivun sietokyky laskee ikääntyneillä. Kognition heikentyessä kivun arviointi vaikeutuu, kun asiakas ei pysty enää luotettavasti kertomaan kivuistaan. Usein ikääntyneiden kipua ei huomata, koska jotkut sairaudet aiheuttavat aggressiivisuutta tai muita oireita, joita ei osata tulkita kipuna. (Tilvis ym. 2007.)

Kivun arvioimisessa olisi tärkeää käyttää apuvälineitä, mikäli ihminen ei pysty muuten kipuaan ilmaisemaan. (Määttä ym. 2009, 282). Tutkimuksissa on selvitetty, että kivun arviointi heikkenee pitkäaikaissairailla laitoksissa. Tutkimuksissa huomattiin, miten vaikeaa on selvittää kipuaistimuksen muuttamista kognition heikentyessä. Kommunikoimattomien asiakkaiden pienetkin viitteet kivusta tulisi heti huomioida, koska ne voivat olla merkki kovasta kivusta. Mikäli asiakas ei pysty kertomaan kivustaan, tulisi käyttää erilaisia mittareita, jolla kipua voidaan mitata. (Tilvis ym. 2007, 4; Kankkunen ym. 2007, 312; Björman ym. 2007, 1–3.)

4.5 Kivun havainnointimittarit

Riittävä kivun arviointi on hyvän ja laadukkaan kivunhoidon edellytys. Erilaisia kipumittareita on laadittu kivun arviointiin, jotta niiden avulla voidaan arvioida kipua systemaattisesti ja laadukkaasti. Näitä mittareita on kuitenkin todella vähän käytössä. Osassa näistä mittareista asiakkaan pitää pystyä kommunikoimaan sanallisesti tai toiminnallisesti hoitohenkilökunnan kanssa. Haastetta tuo se, miten arvioidaan asiakkaan kipua, kun asiakas ei kommunikoi eikä osaa ilmaista kipuaan toiminnallisesti. Näissä tilanteissa kivun arvioinnissa on tärkeää sanaton viestintä. On osattava huomata kipua asiakkaiden ilmeistä, eleistä ja kehon kielestä. Kommunikoimattomalle asiakkaalle on mahdollista käyttää kipumittareita, jotka eivät vaadi kommunikointikykyä. (Kelo ym. 2015.) Seuraavaksi esitellään kirjallisuuskatsauksessa esiin tulleita kipumittareita, jotka perustuvat hoitajan arvioon asiakkaan kivusta (Liite 3).

4.5.1 Abbey

Abbey-kipumittaria (the Abbey Pain Scale) käytettiin kivun mittaamiseen asiakkailla, joilla oli dementia ja eivät pystyneet kommunikoimaan sanallisesti. Mittari sisälsi kuusi arviointikohtaa. Niihin kuuluivat ääntely, kasvojen ilmeet, muutokset kehon kielessä, fysiologian muutokset ja muutokset asiakkaan fyysisessä kunnossa. Jokaisesta osa-alueesta pystyi saamaan pisteitä yhdestä kolmeen. Nolla tarkoitti, ettei kipua esiinny, yksi oli lievä kipu, kaksi oli kohtalainen ja kolme oli kova kipu. Mittarin kokonaispisteet olivat nolasta kahdeksaentoista. Pisteytys meni niin, että nolla-kaksi, ei kipua, kolme-seitsemän, lievä kipu, kahdeksan-kolmetoista, kohtalainen kipu ja yli neljätoista, kova kipu. mittariin lopuksi kuului kohta, johon arvioitiin, oliko kipu kroonista vai akuuttia. (van Iersel, Timmerman & Mullie 2006, 56.)

4.5.2 DS-DAT

DS-DAT-kipumittari (Discomfort Scale in Dementia of the Alzheimer's Type) kehitettiin tutkimustarkoituksiin, havainnoimaan epämukavuutta ikääntyneillä, jotka olivat menettäneet kykynsä kommunikoida ja heidän epämukavuutensa arviointi ja hoito tapahtuisi hoitohenkilökunnan hoitamana. (Herr ym. 2006, 180). Mittarissa on yhdeksän eri osa-aluetta. Havainnoitavia asioita ovat: negatiivinen ääntely, äänekäs hengittäminen, otsan rypistäminen, rento/jännittynyt kehonkieli ja levoton liikehdintä, tyytyväisen/pelästynyt/surullinen ilme. Näistä kaikista kohdista voi saada nolasta kolmeen pisteeseen. Osa-alueista pitää havainnoida voimakkuus, tiheys ja kesto. Osa-alueista voi saada vielä nolasta yhteen pistettä, jolloin kokonaispistemäärä on 27 pistettä. (Määttä & Kankkunen 2009, 285–286.)

4.5.3 Doloplus-2

Doloplus-2 (Behavioral pain assessment in the elderly) on alkuperäisesti kehitetty Ranskassa arvioimaan moniulotteisesti kipua kommunikoimattomalla ikääntyneellä. Mittariin sisältyi kolme alakohtaa, somaattiset, psykomotoriset ja psykologiset toiminnot. Kaikkiaan kohtia oli kymmenen yhteensä, viisi kohtaa somaattisissa, kaksi kohtaa psykomotorisissa ja kolme kohtaa psykologisissa toimintojen ongelmissa. Jokaisen kohdan pisteytys on nollassa kolmeen pisteeseen. Viisi pistettä oli kynnyks, joka viittasi kipuun. (Herr ym. 2006, 181.)

4.5.4 PACSLAC

PACSLAC-mittari (The Pain Assessment Checklist for Seniors with Ability to Communicate) on kehitetty havainnoimaan kipua käyttäytymismuutoksista. Mittarissa on kokonaisuudessaan 60 kohtaa, jossa arvioitiin kasvojen ilmeitä 13 kohdassa, aktiivisuutta ja vartalon liikkeitä 20 kohdassa, mielialaa 12 kohdassa, fysiologisia sekä muutoksia äänen käytössä 15 kohdassa. Arviointikriteereinä käytettiin vain kahta kohtaa, ilmenee ja ei ilmene. (Herr ym. 2006, 184.)

4.5.5 PAINAD

PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) kehitettiin, jotta voitaisiin tarjota hoitohenkilökunnalle kliinisesti merkittävä ja helppokäyttöinen mittari arvioimaan asiakkaan kipua edenneessä dementiassa. PAINAD koostui viidestä eri osasta. Niissä tulkittiin asiakkaan kehon kieltä, hengitystä, kasvojen ilmeitä, ääntelyä ja lohduttamista. Arviointi kohdasta pisteitä jaettiin nollassa kahteen. Maksimi pistemäärä oli 10 ja se kertoo jo kovasta kivusta. (Herr ym. 2006, 186.)

5 KIVUNHOIDON PROSESSI

Asiakkaan kivunhoidon täytyisi olla kokonaisvaltainen prosessi (Kuvio 1). Sen ei kuuluisi olla vain lääkehoitoa vaan prosessi, johon kuuluvat säännöllisesti toteutettu kivun arviointi, lääkehoito, vaikuttavuuden arvio ja tämän kirjaaminen. Tämä takaisi asiakkaille kokonaisvaltaisen sekä oikeaoppisen lääkehoidon toteutuksen. (Herr 2011, 3–4).



Kuvio 1. Kivunhoidon prosessi

Lääkehoidon yhteydessä kipua tulisi mitata ennen sekä jälkeen lääkkeen antamisen. Tämä takaisi sen että, kivun arviointi olisi tällöin systemaattista ja tehokasta. (Björkman, ym. 2007, 2550; Pesonen 2011). Hoitohenkilökunnan kirjauksilla potilastietojärjestelmiin olisi vaikutusta kivun tunnistamiseen. Kirjauksissa tulisi näkyä millaiseen tilanteeseen kipu liittyy, ja milloin se ilmenee. Näin kivun arviointi olisi tehokkaampaa ja sitä olisi mahdollista vertailla. (Kankkunen 2007, 312.)

Hoitotyössä kivun voimakkuutta ei kirjattu ennen eikä jälkeen kipulääkkeen antamisen. Käytännössä se on ongelma kivun hallinnassa. Tämä jättää kivunhoidon laadun vajavaiseksi. Laadukkaan kivunhavainnointimittarin käyttö on hyödytöntä niin kauan, kun kirjaaminen kivun voimakkuudesta on puutteellista. (Pesonen 2011.)

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsaus tuotti vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tässä luvussa esittelemme katsauksen tulokset. Viimeisenä kuvaamme perusteet kipumittarin valinnalle.

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten perusteella kommunikoimattomilla asiakkailla, jotka eivät sanallisesti tuo ilmi kipuaan, voi kipu jäädä huomioitta. Tutkimuksissa käy ilmi, että näiden asiakkaiden kohdalla kivunhoito jää puutteelliseksi, eikä kivunhoito ole systemaattista. (van Iersel ym. 2006; Kankkunen ym. 2007, 311; Herr 2011, 3; Pesonen 2011.)

6.1 Kivun havainnointia estävät tekijät

Tutkimuksissa todettiin, että kivunhavainnointia estävät hoitohenkilökunnan tiedon sekä taidon puutteet. Suurimmiksi syiksi tiedon puutteisiin hoitajilla havaittiin vähäinen koulutus kivun arvioinnista, hoidosta sekä kirjaamisesta (Kuvio 2). (Kankkunen ym. 2007, 315; Burns & McIlpatrick 2015, 404–405; Kainulainen 2015.) Tutkimuksissa ilmeni, että hoitohenkilökunta tiedosti koulutuksen tarpeensa kivun arvioinnissa ja hoidossa, mutta samanaikaisesti koki, etteivät työpaikkakoulutukset vastanneet heidän tarpeisiinsa. Koulutuksen puute vaikeutti hoitajilla kykyä arvioida sekä hoitaa kommunikoimattomien asiakkaiden kipua. (Kankkunen ym. 2007, 315; Burns & McIlpatrick 2015, 404–405.)



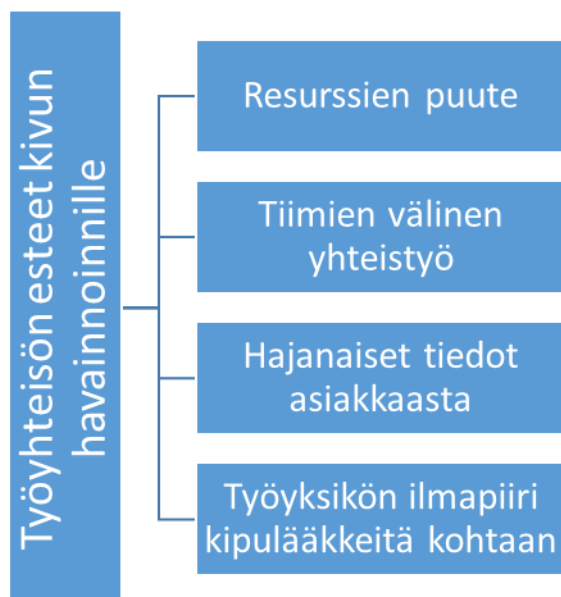
Kuvio 2. Hoitajan tiedon puutteet, jotka estävät kivun arviointia

Hoitajan vähäinen työkokemus, taitamattomuus kivunhavainnoinnissa sekä kiire todettiin olevan taidon esteenä kivunhavainnoinnille (Kuvio 3). (Kankkunen ym. 2007, 315; Burns & McIlfatrick 2015, 404–405; Kainulainen 2015). Hoitajan vähäinen työkokemus sisälsi sen, että hänellä ei ollut kehittynyt herkkyyttä havainnoida potilasta tai hoitaja ei tiennyt asiakkaasta tarpeeksi tehdäkseen arviointia kivun tasosta. Kiire koettiin esteenä kivun arvioinnille, vaikka hoitajan tulisi kiireenkin aikana pystyä muodostamaan kuva asiakkaan kokonaistilanteesta. (Kankkunen ym. 2007, 314–316.)



Kuvio 3. Taidon puutteet hoitajalla.

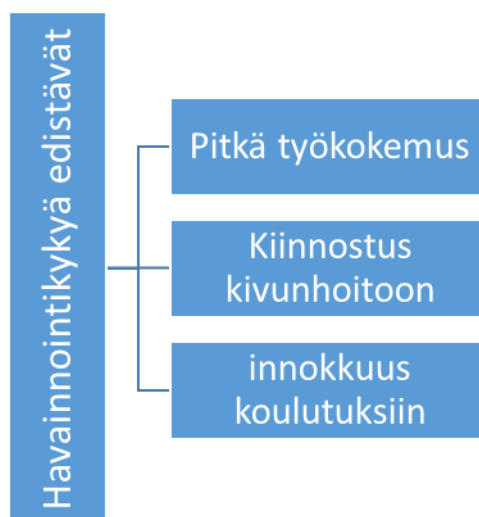
Resurssien ja tiimien välisen yhteistyön puutteet, hajanaiset tiedot asiakkaasta, sekä työyksikön ilmapiiri kipulääkkeitä kohtaan koettiin työyhteisön esteiksi kivun havainnoinnille (Kuvio 4, s.17). (Kankkunen ym. 2007, 315; Burns & McIlfatrick 2015, 404–405; Kainulainen 2015). Hoitajat kokivat, etteivät pysty toteuttamaan kunnollista kivun arviointia työn määrän ja kiireen keskellä. Työvuoron vaihtuessa tieto ei kulkenut tarpeeksi asiakkaan kivun arvioinnista hoitajien välillä. Lääkäriin luottamus laski hoitohenkilökuntaa kohtaan, hoitajan huonojen kommunikointitaitojen vuoksi. (Burns & McIlfatrick 2015, 404.) Riittävä henkilökunnan määrä ja asiakkaisiin käytettävä aika edistivät kivun arviointia. (Kankkunen ym. 2007, 315).



Kuvio 4. Työyhteisön esteet kivun havainnoinnille.

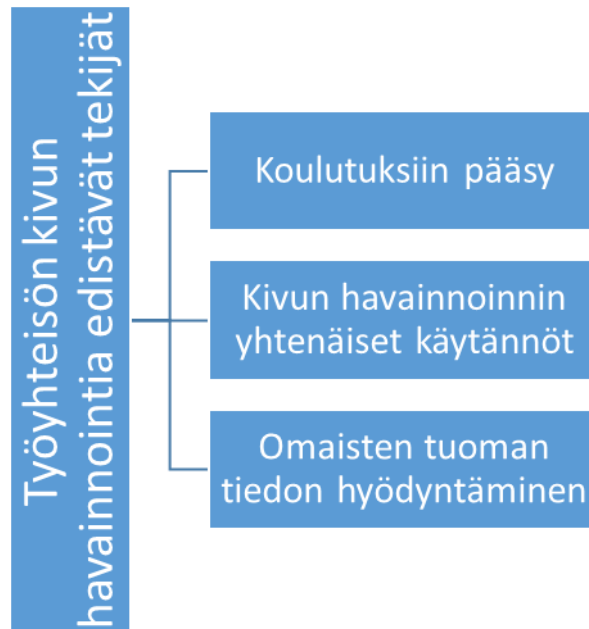
6.2 Kivun havainnointia edistävät tekijät

Hoitajan kivunhavainnointikykyä edistivät pitkä työkokemus, oma kiinnostus kivun hoitoon, sekä oma halu osallistua tarjottuihin koulutuksiin (Kuvio 5). (Kankkunen ym. 2007, 315; Burns & McIlfatrick 2015, 404–405; Kainulainen 2015). Kainulaisen (2015) mukaan koulutuksen tasolla oli vaikutusta kivun havainnointikykyyn. Korkeampi koulutustaso mahdollisti paremman kivun havainnoinnin. Apulaisosastonhoitajat tunnistivat tehokkaimmin kommunikoimattomien asiakkaiden kipua. Hoitohenkilökunta joka työskenteli säännöllisesti kommunikoimattomien asiakkaiden parissa, tunnistivat asiakkaista paremmin kipua havainnoimalla kuin nuoret ja vähemmän kokemusta omaavat hoitajat. (Herr 2011, 7).



Kuvio 5. Hoitajan havainnointikykyä edistävät tekijät.

Työyhteisön kivun havainnointikykyä edistivät koulutukseen pääsy, kivun havainnoinnin yhtenäiset käytänteet, sekä omaisten tuoman tiedon hyödyntäminen (Kuvio 6). (Kankkunen ym. 2007, 315; Burns & McIlfatrick 2015, 404–405; Kainulainen 2015). Tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunta joka oli osallistunut kivunarviointikoulutukseen arvioi kipua paremmin kuin ne, jotka koulutukseen eivät olleet osallistuneet. Yhteneväiset arviointikäytännöt vähentävät erilaisia tulkintoja kivun arvioinnissa. Omaisten kanssa keskustelemalla selvittiin asiakkaan taustoja sekä miten asiakas on aikaisemmin kokenut kipua. (Kainulainen 2015).



Kuvio 6. Työyhteisön kivun havainnointia edistävät tekijät.

6.3 Kommunikoimattoman asiakkaan kivun ilmeneminen

Kirjallisuuskatsausten mukaan kipu ilmeni kommunikoimattomilla asiakkailla erilaisin tavoin. Kivun ilmenemismuotoja olivat kasvojen ilmeet (otsan kurtistaminen, pelokas ilme ja silmien sulkeminen tiukasti), ääntelyt (äänekäs hengitys, vaikertaminen ja sanallinen loukkaava käytös), kehon erilaiset liikehännät (jännittynyt kehon asento, vastustus liikkeisiin ja kehon keinuttaminen), muutokset vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa (riidan halu, aggressiivisuus ja vetäytyneisyys), aktiviteettien ja rutiinien muutokset (ruuasta kieltäytyminen, vaeltamisena ja muutos nukkumisessa) sekä psyykkisen tilan muutoksina (lisääntynyt sekavuus, ärtymyksenä ja itkuna)(Taulukko 3 s.19.). (van Iersel ym. 2006, 55; Herr 2011, 8; Kainulainen 2015.)

Taulukko 3. Kommunikoimattoman asiakkaan käyttäytymismuutokset

| | |
|---|---|
| Kasvojen ilmeet: | -Otsan kurtistaminen -Pelokas ilme -Silmien sulkeminen tiukasti |
| Ääntely: | -Äänekäs hengitys -Vaikertaminen -Sanallinen, loukkaava käytös |
| Kehon liikehdintä: | -Jännittynyt kehon asento -vastustus liikkeisiin -Kehon keinuttaminen |
| Muutokset keskinäisessä kommunikoinnissa: | -Riidan halu -Aggressiivisuus -vetäytyneisyys |
| Aktiviteettien ja rutiinien muutos: | -Ruuasta kieltäytyminen -Vaeltaminen -Muutos nukkumisessa |
| Psyykkisen tilan muuttumisena: | -Lisääntynyt sekavuus -Ärtymyksenä -Itkuna |

Negatiivinen ääntely ja kehonkieli olivat parhaiten tunnistettuja syitä kivuille. Sekavuus, ärtyneisyys sekä kasvojen ilmeet olivat seuraavaksi parhaiten tunnistettuja. Aktiviteettien ja rutiinien muutokset huomioitiin huonoiten kivun syyksi kommunikoimattomalla asiakkaalla. Hoitohenkilökunta tunnistivat asiakkaiden kipua hyvin hoitotoimenpiteiden aikana, jolloin asiakas reagoi asennon vaihtoon ääntelyä. Kivun tunnistaminen on tärkein asia kivun hoidossa. Jos kipua ei osata oikein tunnistaa, niin silloin kivun mittaaminen on mahdollista. (Kainulainen 2015.)

6.4 Kivun havainnointimittarin arviointi ja valinta

Kivun havainnointimittari tulisi ottaa työkaluksi saattohoitoasiakkaan kivun arviointiin. Mittarien käyttö kivun tunnistamisessa helpottaisi palvelutalon henkilökuntaa ja näin loisi yhtenäisen käytännön kivun havainnointiin, kun samaa mittaria käytettäisiin hoitoketjussa. (Herr 2011, 8; Burns & McIlfatrick 2015, 405; Kainulainen 2015.)

Tutkimusten mukaan PAINAD- ja Abbey-mittarit olivat parhaimmiksi ja luotettavimmiksi todetut mittarit kivun havainnointiin. Suomalaisten tutkijoiden mukaan luotettavimmaksi mittariksi näyttäytyisi PAINAD-kipumittari. Kivun käypähoitosuosituksessa (2015) määritellään, että asiakkaan kivun voimakkuuden arvioinnissa tulisi käyttää yleisesti tunnettua kipumittaria. Sen pohjalta suosittelemme PAINAD-mittaria hoitohenkilökunnalle välineeksi kivun arviointiin. Mittarin käyttö tullaan ohjaamaan hoitohenkilökunnalle sekä kivun arvioinnista pidetään osastotunti.

PAINAD-mittari vihkonen on kehitetty kivun helppoon arvioimiseen. Mittari itsessään on helppo käyttää ja tutkimusten perusteella sillä oli helpoin mitata kommunikoimattoman asiakkaan kipua. Opinnäytetyön pohjalta olemme tehneet siitä vihkosen, johon on helppo kerätä pistemäärät ja kellonajat viikon ajalta. Teimme hoitohenkilökunnalle PAINAD mittarista vihkosen sen perusteella koska kivun arviointi ei ole vain kertaluontoinen tapahtuma vaan jatkuva prosessi. Näin kivun arvioiminen on systemaattista ja arvioiminen tapahtuu samalle lomakkeelle. Henkilökunnan tulisi hallita tämän mittarin käyttö ja siksi palvelukodissa pidetään osastotunti. Tällä tavalla henkilökunta saa riittävän koulutuksen ja osaa hallita PAINAD-mittarin, koska Määtä ja Kankkusen (2009) tutkimuksen mukaan henkilökunnalla ei ole tarpeeksi tietoa kipumittarien käytöstä. Kommunikoimattomat asiakkaat eivät osaa ilmaista kipua ja siksi henkilökunnan tulee osata tulkita kipua oikein. (Kankkunen 2011.)

Kivun arvioinnissa on tärkeää sanaton viestintä. Hoitajien tulisi huomata kipua asiakkaiden ilmeistä, eleistä ja kehon kielestä. Kommunikoimattomalle asiakkaalle on mahdollista käyttää kipumittaria ja silloin hoitajan tehtävä on arvioida kipua oikein. Kivun arviointi on hyvän ja laadukkaan kivunhoidon edellytys. Kipumittareita on laadittu kivun arviointiin, mutta näitä mittareita on kuitenkin todella vähän käytössä. Joissain mittareista asiakaan pitää pystyä kommunikoimaan sanallisesti tai toiminnallisesti hoitohenkilökunnan kanssa. Tästä syystä niiden käyttäminen on hankalaa ja siksi olemme rakensaneet tämän helpon mittariston PAINAD-mittarin pohjalle. (Kelo ym. 2015.)

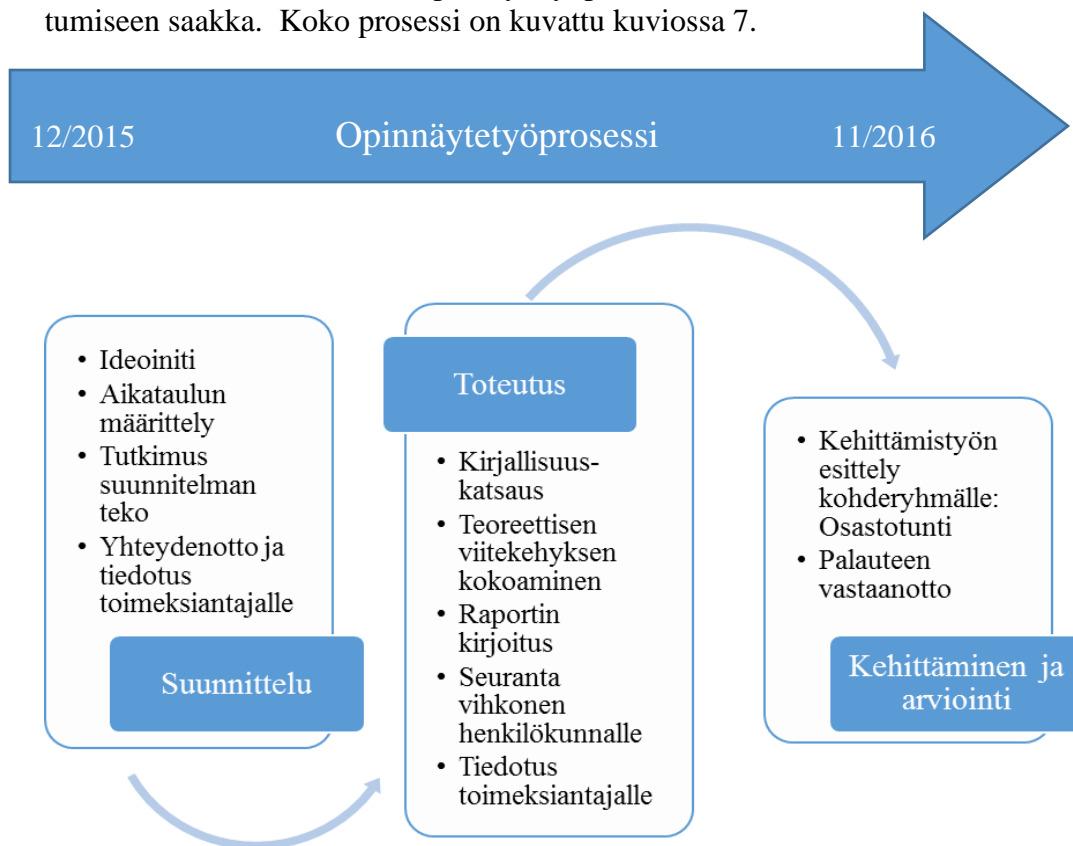
Mittarissa on etusivulla pisteytysohjeet ja sitten on PAINAD-mittarin määrittelmä. Seuraavalla sivulla on itse mittaristo ja sen vieressä jokaiselle päivälle viikon ajan sarakkeet, joihin kirjataan kivun mittausaika ja saadut pisteet. Näin pystytään arvioimaan kipua helposti ja järjestelmällisesti. Muutokset kivusta on nähtävissä nopeasti yhdellä silmäyksellä. Liitteestä 4 käy ilmi, miten helppo mittaria on käyttää. Kipua mitataan hengityksestä, ääntelystä, ilmeistä, lohduttamisesta ja elekielestä. Mittaristossa käydään kohta kohdalta läpi ja lasketaan pisteet yhteen. 10 pistettä on maksimimäärä ja silloin kipu on kovaa. Esimerkkinä voidaan käyttää asiakasta, jolla hengitys on vaikeutunut, on levoton ja hän äänтелеe. Mittariston mukaan asiakas saisi kolme pistettä, jolloin arvioimme, että hänellä on hieman kipua. Pisteet ja kellonaika kirjoitetaan lomakkeeseen ylös. Jos kipulääkettä annetaan, tulee uusi kipumittaus tehdä hetken päästä uudelleen. Näin saadaan tasainen kivunhoito ja nähdään, onko lääkitys oikeanlainen. Kivun arvioimisessa on tärkeää käyttää vähintään viisi minuuttia aikaa arvioon ja pisteytyksen tekemiseen.

7 POHDINTA

Opinnäytetyö oli pitkä prosessi. Tekijöillä oli kokemusta saattohoitoasiakkaiden hoidosta ja työn tekeminen lisäsi kiinnostusta saattohoitoon. Pesosen (2011) mukaan pitkäaikaishoidossa olevilla ikääntyneillä kipu on alihoidettua ja alidiagnosoitua yhteneväisten arviointimenetelmien puuttuessa. Opinnäytetyössä oletettiin, että palvelutalossa ei myöskään ole yhtenäisestä arviointikäytäntöä ja kivunhoito on siellä puutteellista. Todennäköisesti hoitohenkilökunta tulee hyötymään yhtenäisestä kivunarviointikäytännöstä. Opinnäytetyön ansiosta tietous kivunarvioinnista lisääntyi merkittävästi. Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoinen ja opettavainen prosessi.

7.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää yhtenäinen kivunarviointimenetelmä palvelutaloon sekä tukea kipumittarin käyttöönottoa kommunikoimattomilla saattohoitoasiakkailta. Opinnäytetyöprosessi alkoi talvella 2015. Ensimmäisenä etsittiin aihe, joka vastasi tekijöiden omaa kiinnostusta. Teoriaosuus koottiin asetettujen tutkimuskysymysten ohjaamana. Opinnäytetyön tavoitteena oli helpottaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan kommunikoimattoman saattohoitoasiakkaan kipua. Tätä tavoitetta varten kehitettiin asiakaskohtainen kivunarvioinnin seurantavihkonen henkilökunnalle, jonka käyttö ohjattiin henkilökunnalle osastotunnilla. Opinnäytetyöprosessi eteni suunnitellusti valmistumiseen saakka. Koko prosessi on kuvattu kuviossa 7.



Kuvio 7. Opinnäytetyöprosessi

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Terveydenhuollon yksi eettisistä periaatteista on ihmisen oikeus yksilölliseen kivun arviointiin ja tehokkaaseen kivunhoitoon. Ihmisoikeutena kivuttomuutta pidetään, myös riippumatta siitä minkälainen asiakkaan kognitiivinen tila on. Yksi keskeinen terveydenhuollon periaate ja toiminto, on kivunhoito. Useissa tutkimuksissa on todettu, että ikääntyneiden kipua ei hoideta riittävän tehokkaasti, vaan he kärsivät kovaakin kipua. Tähän syiksi on esitetty asiakkaiden kommunikoimattomuus verbaalisesti. He muodostavatkin hoitotyön näkökulmasta niin kutsutun haavoittuvan asiakasryhmän, joka tarvitsee kivun tunnistamisessa ja hoitamisessa osaamista hoitohenkilökunnalta. (Kankkunen 2009.)

Tehtävän luotettavuuteen vaikuttaa se, että kirjallisuuskatsauksen tehtiin toistettavalla menetelmällä. Luotettavuutta lisäsi tehtävässä myös se, että tässä opinnäytetyössä oli kaksi tekijää, jolloin omat arvot eivät ilmene työssä. Vaikka toinen tekijöistä työskentelee kohdeyksikössä, tämä ei vähentänyt luotettavuutta, koska haastatteluja ei tehty. Tutkittua tietoa kerättiin yhteen ja tutkimuksia analysoitiin ja tehtiin näistä yhteenveto. (Lemetti & Ylönen 2015.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimukset on avattu niin, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty. Tieto on rajattu ja yritetty etsiä mahdollisimman uutta tietoa. Rajauksia on myös tehty hakusanoilla, jolloin pitäisi löytyä uusin ja tutkituin tieto. Tutkittua tietoa kerättiin loogisesti ja analysoitiin tarkasti. Koska tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on kaksi tekijää, niin katsaukseen valittiin tietyt kriteerit ja näin ollen tutkimuksesta tuli luotettavampi. Aineistoa tutkittiin ja tarkasteltiin siltä kannalta vahvistaako tutkimus opinnäytetyötämme. Tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota etiikkaan ja siihen millaista aineistoa opinnäytetyössä tulee käyttää. Usein yksin tehdessä kirjallisuuskatsausta saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselle. Tässä tutkimuksessa on kaksi tekijää ja näin ollen se on luotettavampi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi kritisoidummista tutkimusmenetelmistä, koska se voi olla subjektiivinen ja sattumanvarainen. Hyvinä puolina siinä on, että tarkastelua voidaan ohjata perustellusti tiettyihin kysymyksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 291–298.)

7.3 Tulosten pohdinta

Tässä opinnäytetyössä haettiin vastauksia kivunhoitoon. Tärkein asia kivunhoidossa oli kivun oikea tunnistaminen, jos sitä ei osata tehdä, niin kivunhoito on mahdotonta Kainulaisen (2015) mukaan. Yksi tehtävistä oli etsiä hyvä ja luotettava kipumittari. Tutkimuskysymyksiin saatiin myös vastauksia siihen, miten kipua tulisi arvioida kommunikoimattomalla potilaalla. Iäkkäillä ihmisilläkipu on lähes joka päiväistä ja se ilmenee monella eri tavalla. Olisikin

erittäin tärkeää osata tulkita kipua oikein. Kivun arvioinnissa pitäisi myös osata tulkita eleitä, kehon kieltä ja ilmeitä.

Kivun arviointi vaikeutuu sairauksien myötä ja kiputuntemukset muuttuvat iän karttuessa. Siksi kivun arviointi on vaikeaa iäkkäillä ja kommunikoimattomilla asiakkailla. Kipukynnysten muutokset ja kommunikointivaikeudet vaikeuttavat kivunmittausta ja sairauksien oireet kätkevät kivun alle. (Tilvis ym. 2007.) Kivun arvioimisessa on tärkeää käyttää apuvälineitä kommunikoimattomilla asiakkailla. (Määttä ym. 2009.) Kognition heikentyessä kiputuntemukset muuttuvat ja kivunmittaaminen on haastavaa. Kommunikoimattomien asiakkaiden viitteet pienestäkin kivusta tulisi heti huomioida, koska se voi olla merkki kovasta kivusta. (Tilvis ym. 2007, Kankkunen ym. 2007, Björman ym. 2007.)

Kivun havainnoinnissa estäviä tekijöitä oli koulutuksen puute, kiire, resursien puute ja puuteelliset tiedot kivun arvioinnista. Korkeammalla koulutuksella, omalla kiinnostuksella ja pitkä työkokemus oli taas vastaavasti edistäviä tekijöitä kivun havainnoinnissa. Kehonkieli ja negatiivinen ääntely olivat parhaiten tunnistettavia syitä kivuille, kun taas aktiviteetin ja rutiinien muutokset olivat huonoiten tunnistettavissa olevia syitä kivuille Kainulaisen mukaan.

Kivunhoito nousi kaikissa tutkimuksissa avainasemaan. Kivun arviointi ja sen mittaaminen, on haasteellista. Mittareita ei myöskään osattu valita oikein. Myös osa mittareista oli vaikea käyttöisiä. Kommunikoimattomalle asiakkaalle oli vaikeaa löytää mittaria, koska niiden käyttöä ei ole juurikaan tutkittu, kuten Määttä ja Kankkunen mainitsi tutkimuksessaan. Alihoidetulla kivulla oli monta seurausta. Lihavaisen (2011) mukaan sillä oli vaikutusta ihmisten omaan elämään, perheeseen ja jopa yhteiskunnalle.

Kipumittarien käyttö oli Kelon ja kumppaneiden (2015) mukaan aivan liian vähän käytössä. Erilaisia kipumittareita on laadittu kivun arviointiin, mutta niiden käyttö on vähäistä.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tavoite oli helpottaa hoitohenkilökuntaa arvioimaan kommunikoimattoman saattohoitoasiakkaan kipua. Opinnäytetyö antaa lisävalmiuksia hoitohenkilökunnalle kivun havainnointiin sekä yhteneväisen tavan kivun arviointiin. Asiakkaiden kivunhoidon laatu paranee henkilökunnan tietotaidon lisääntyessä.

Koska mittari otettiin käyttöön hoitoyksikköön, ehdotus jatkotutkimusaiheeksi olisi, miten henkilökunta kokee mittarin käytön ja onko siitä ollut apua kivun havainnoinnissa.

LÄHTEET

Abbey, J. 2011. Pain and dementia. *Alzheimer in Australia*.

Björkman, M. Palviainen, J. Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden demensiotilaiden kivun arviointi kahden kipumittarin vertailu. Viitattu 10.2.2016 <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/iakkaiden-demensiotilaiden-kivun-arviointi-kahden-kipumittarin-vertailu/>

Burns, M. & McIlfratrick, S. 2015. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitude towards pain assessment. *International journal of Palliative Nursing* (8) 21, 400–407.

ETENE 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 - suunnitelmat ja toteutus. ETENE-julkaisuja 36. Helsinki. Viitattu 3.2.2016 <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012++suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7>

Hakala, T. 2015. Eettiset näkökohdat saattohoitopotilaita ja heidän perheitään tutkittaessa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 3.2.2016 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97205/GRADU-1432812672.pdf?sequence=1>

Herr, K. 2011. Pain assessment strategies in older patients. *American pain society. The journal of pain* 3 (12), 3–13.

Herr, K., Bjoro, K. & Decker, S. 2006. Tool for assessment of pain in nonverbal older adult with dementia: a state-of-the-science review. *Journal of pain and symptom management* (2) 31, 170–192.

Herlevi, H., Oikemus-Määttä, J., Rissanen, L. & Heikka, H. 2011. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. *Sairaanhoitaja* 10, 23–25.

Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. Viitattu 6.10.2016. http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu

Hänninen, J. & Riikola, T. 2012. Käypä hoito, Duodecim. Kuolevan potilaan oireiden hoito. (1–4). Viitattu 2.3.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072>

Hänninen, J. 2011. Saattohoito, potilaan ja omaisen opas.

Kainulainen, A. 2015. Muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kivun tunnistaminen hoitohenkilökunnan arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden

den tiedekunta. Hoitotiede. Hoitotyön johtaminen. Pro gradu –tutkielma.
<http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20150448>

Kalso, E. 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 470–475.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291–301.

Kankkunen, P. 2009. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Voutilainen, P & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 247–265.

Kankkunen, P. 2011. Muistisairaahan kivunhoito vaatii tarkkuuta. Sairaanhoitaja 9, 22–24.

Kankkunen, P., Taponen, R. & Suominen, T. 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Gerontologia 4 311–319.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy, 151–185.

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

Korhonen, T., Holopainen, A., Kejonen, P., Meretola, R., Eriksson, E. & Korhonen, A. 2015. Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toiminnassa. Tutkiva Hoitotyö 3 (1).

Käypähoito. 2015. Kipu. Viitattu 6.10.2016
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Käypähoito. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 6.10.2016
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>

Lemetti, T. & Ylönen, M. 2015. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden arviointi. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Liu, J., Briggs, M. & Closs, S. J. 2010. The Psychometric Qualities of four observational pain tool for the assessment of pain in elderly people with osteoarthritis pain. Journal of pain and symptom management (4) 40, 582–598.

Määttä, M. & Kankkunen, P. 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. Hoitotiede 21 (4) 282–293.

Painad-mittari. Viitattu.12.9.2016

<http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

Paneeli. Konesuslausuma 2014. Vanhuskuolema. Duodecim 130.

Pekkala, S. 2011. Normaaliin ikääntymiseen liittyvät kielelliset muutokset ja niiden syyt. Gerontologia 1. 35–41.

Pesonen, A. 2011. Pain Measurement and management in elderly patient. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 26.10.2016.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus. Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto.

Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Painamaton lähde.

Talvitie, T. & Ruokoniemi, P. 2015. Onnistunut kivunhoito on monen tekijän summa. Viitattu 6.10.2016

http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/onnistunut-kivunhoito-on-monen-tekijan-summa

Tilvis, R., Björkman, M. & Sorva, A. 2007. Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia. Tabu 3, 4–6.

van Iersel, T., Timmerman, D. & Mullie, A. 2006. Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. International Journal of Palliative Nursing (2) 12, 54–59.

HAKUTULOKSET

Hakumenetelmä 1

| • Tietokanta | • Hakusanat | • Rajaukset | • Osumat |
|--------------|--|--|---|
| • Medic | <ul style="list-style-type: none"> • Kivun arvioin* • AND • Kipumitta* | <ul style="list-style-type: none"> • 2006–2016 | <ul style="list-style-type: none"> • 7 |
| • CINAHL | <ul style="list-style-type: none"> • Asiasanat: Pain Measurement • AND • Elderly OR aged OR older OR elder or geriatric • AND • Vapaasanana: cognitive impairment | <ul style="list-style-type: none"> • Koko teksti • 2006-2016 • tieteelliset julkaisut | <ul style="list-style-type: none"> • 225 |
| • Melinda | <ul style="list-style-type: none"> • Gradu • AND • Kivun arviointi | <ul style="list-style-type: none"> • 2006-2016 | <ul style="list-style-type: none"> • 6 |
| • | <ul style="list-style-type: none"> • Gradu • AND • Saatto? | <ul style="list-style-type: none"> • 2006-2016 | <ul style="list-style-type: none"> • 32 |

OPINNÄYTETYÖHÖN VALIKOITUNEET TUTKIMUKSET

| Tekijä(t), vuosi, maa | Tutkimuksen tarkoitus | Aineisto ja tutkimusmenetelmät | Keskeiset tulokset |
|---|---|---|---|
| van Iersel, T., Timmerman, D. & Mullie, A. 2006, Belgia | Löytää sopiva kipumittari, jolla hoitohenkilökunta pystyi arvioimaan kommunikoimattoman potilaan kipua käyttäytymismuutoksista. | Pilotti tutkimus 17 hoitokotiin jaettiin kaksi kipumittaria, Abbey ja PAINAD. Kyselyyn vastasi n=185 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. | Ei selvää tulosta. Molemmista kipumittareista kolmesta kohdasta hoitohenkilökunta oli yhtä mieltä siitä, että niistä on hyödyllistä mitata kipua. Nämä kolme kohtaa olivat kasvojen ilmeet, ääntely ja kehonkieli. |
| Herr, K., Bjoro, K. & Decker, S. 2006, Yhdysvallat | Arvioida kriittisesti kivunarviointimittareita, jotta pystyttäisiin antamaan suosituksia hoitohenkilökunnalle. | Vertailututkimus Mukana 10 kivun arviointi mittaria, jolla arvioidaan kipua havainnoimalla ja käyttäytymismuutosten kautta | Monta mittaria näyttivät potentiaalisesti hyviltä, nykyiset mittarit ovat kehityksessä ja testauksessa, varhaisessa vaiheessa. Tällä hetkellä ei ole yhdenmukaista kivun havainnointi mittaria, jota voitaisiin suositella käytännön hoitotyöhön. |
| Kankkunen, P., Taponen, R. & Suominen, T. 2007, Suomi | Kuvata sitä, miten hoitajat arvioivat ja tunnistavat dementiayksikössä potilaan kipua. | Laadullinen tutkimus, teemahaastatteluin n=19 hoitajaa osallistui ryhmähaastatteluihin | Voidaan kivun arviointia dementoituneilla kehittää esimerkiksi kipumittarien säännöllisellä käytöllä, henkilökunnan lisäkoulutuksilla ja lisäämällä resursseja kivun arviointiin. |
| Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J. & Tilvis, R. | Vertailivat kahta kipumittaria PAINAD ja RAI keskenään. | Määrällinen tutkimus Vertailivat kahta kipumittaria iäkkäillä ja vaikeasti dementoitu- | Tutkimus tulosten perusteella ei voida sanoa kumpi mittari, olisi parempi. |

Kommunikoidun saattohoitoasiakkaan kivun arviointi

| | | | |
|--|---|--|---|
| 2007, Suomi | | neilla potilail- la(n=297). | |
| Määttä, M. & Kankkunen, P. 2009, Suomi | Kuvata vaikeaa dementi- aa sairastavien kivun ar- vioinnissa käytettäviä kipumittareita ja niiden luotettavuutta. | Kirjallisuuskatsaus 11 Empiiristä tutki- musta jotka arvioitiin deduktiivisesti sisällön analyysillä | Tutkimus osoitti, että PAINAD oli luotettavin ja PADE oli kipumit- tareista kaikista epäluotettavin. |
| Liu, J., Briggs, M. & Closs, S. J. 2010, Kiina & Iso- Britannia | Vertailla neljää havain- nointi kipumittaria, nii- den, psykometristen ominaisuuksien avulla. | Havainnointi tutki- muksen (n=124) kognitiivisesti heikentyneitä ikäänty- vää. | Tutkimus tuloksissa todettiin, että PAINAD ja Abbey näyttivät olevan luotettavimmat ja pätevämmät arvi- oimaan kipua, huoli- matta heidän kommunikointi ky- vystä. |
| Herr, K. 2011, Yhdysvallat | Selvittää kivun arviointia iäkkäillä potilailla. | Katsaus | Kivun arviointi ei ole kertaluontoinen tapahtuma vaan jat- kuva prosessi, jo- hon otetaan mukaan ikäntynyt potilas. |
| Pesonen, A. 2011, Suomi | Arvioida kivun arviointia sekä kehittää kivun hal- lintaa ikääntyneillä pit- käaikaissairaala hoidos- sa. | Väitöskirja | Päivittäistä aktiivi- suutta ei huononta- nut iäkkäiden asi- akkaiden lievä krooninen kipu sa- malla tavalla kuin tajunnallinen toi- minta häiriö tai ma- sennus. |
| Burns, M. & McIlfratrick, S. 2015, Iso-Britannia | Arvioida tutkimuksia, jotka käsittelevät hoita- jien tietoa ja asenteita arvioida kipua. | Kuvaileva kirjallisuus- katsaus | Tutkimus tuloksissa korostui, kuinka hankalaan kivun arviointi on hoita- jalle koska potilaat eivät itse kykene kertomaan kivus- taan. Tehokkaalle kivun arvioinnille on es- teeksi koettu olevan koulutuksen puute, huono tieteidenvä- |

Kommunikoimattoman saattohoitoasiakkaan kivun arviointi

| | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| | | | linen kommunikaatio sekä työn määrä. |
| Kainulainen, A. 2015, Suomi | Kuvata kuinka kehonkieleen ja käyttäytymismuutosten perusteella hoitohenkilökunta voi tunnistaa muistihäiriöisen lonkkamurtumapotilaan kipua. | Pro Gradu-tutkielma Kyselylomakkeilla kerättiin tutkimusaineisto (n=333) hoitohenkilökunnalta ja se arvioitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. | Hoitohenkilökunta tunnistoi kivun parhaiten ääntelystä ja kehon kielestä. Hoitajien ikä ja työkokemus olivat yhteydessä parempaan kivun tunnistamiseen |

Kipumittarit:

Abbey Pain Scale
For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalise.

How to use scale : While observing the resident, score questions 1 to 6.

Name of resident :

Name and designation of person completing the scale :

Date : **Time :**

Latest pain relief given was.....at.....hrs.

Q1. Vocalisation
eg whimpering, groaning, crying
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q1

Q2. Facial expression
eg looking tense, frowning, grimacing, looking frightened
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q2

Q3. Change in body language
eg fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q3

Q4. Behavioural Change
eg increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q4

Q5. Physiological change
eg temperature, pulse or blood pressure outside normal limits,
perspiring, flushing or pallor
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q5

Q6. Physical changes
eg skin tears, pressure areas, arthritis, contractures,
previous injuries
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q6

Add scores for 1 - 6 and record here Total Pain Score

Now tick the box that matches the Total Pain Score

| | | | |
|------------------|---------------|--------------------|----------------|
| 0 - 2 No pain | 3 - 7 Mild | 8 - 13 Moderate | 14 + Severe |
|------------------|---------------|--------------------|----------------|

Finally, tick the box which matches the type of pain

| | | |
|---------|-------|------------------|
| Chronic | Acute | Acute on Chronic |
|---------|-------|------------------|

Abbey, J, De Bellis, A, Piller, N, Esterman, A, Giles, L, Parker, D and Lowcay, B.
Funded by the JH & JD Gunn Medical Research Foundation 1998 - 2002
(This document may be reproduced with our acknowledgement refused)

Abbey

Abbey pain scale. Viitattu 15.11.2016.

<http://qir.bmj.com/content/suppl/2015/03/11/bmjquality.u203375.w3105.DC1/ds5001.png>

Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT)

| Behavioral Indicators | Frequency (# of episodes in 5 min) | **Intensity low/high | Duration short <1 min, long >1 min. |
|---|--|-------------------------|---|
| Noisy Breathing: negative sounding noise on inspiration or expiration, breathing looks strenuous, labored, or wearing; respirations sound loud, harsh, or gasping; difficulty breathing or trying hard at attempting to achieve a good gas exchange; episodic bursts of rapid breaths or hyperventilation. | | | |
| Negative Vocalization: noise or speech with a negative or disapproving quality; hushed low sounds such as constant muttering with a guttural tone; monotone, subdued, or varying pitched sound with a definite unpleasant sound; faster rate than a conversation or drawn out as in a moan or groan; repeating the same words with a mournful tone; expressing hurt or pain. | | | |
| Lack of Content Facial Expression: pleasant calm looking face; tranquil, at ease or serene; relaxed facial expression with a slack unclenched jaw; overall look is one of peace. | | | |
| Sad Facial Expression: troubled looking face, looking hurt, worried, lost or lonesome; distressed appearance; sunken, "hound dog" look with lackluster eyes; tears; crying. | | | |
| Frightened Facial Expression: scared, concerned looking face; looking bothered fearful or troubled; alarmed appearance with open eyes and pleading face. | | | |
| Frown: face looks strained; stern or scowling look, displeased expression with wrinkled brow and creases in the forehead; corners of the mouth turned down. | | | |
| Lack of Relaxed Body Language: easy openhanded position; looking of being in a restful position and may be cuddled up or stretched out; muscles look normal firmness and joints are without stress; look of idle, lazy or "laid back" appearance of "just killing the day"; casual. | | | |
| Tense Body Language: extremities show tension; wringing hands, clenched fist, or knees pulled tightly; look of being in strained or inflexible position. | | | |
| Fidgeting: restless impatient movements; acts squirmy or jittery; appearance of trying to get away from hurt area; forceful touching, tugging, or rubbing of body parts. | | | |
| Score | | | |

Adapted with permission from Hurley A et al. *Assessment of Discomfort in Advanced Alzheimer's Patients*. *Research in Nursing & Health*. 1992, 15, 369-377. John Wiley and Sons Inc. Permission to use received from Dr. Hurley 11/1/2009

Ds-Dat. Das-dat pain scale. Viitattu 15.11.2016. prc.coh.org/PainNOA/DS-DAT_Tool.pdf

PASCLAC

Mittaria ei saanut kopioida.

Doloplus-2

| DOLOPLUS-2 SCALE | | BEHAVIOURAL PAIN ASSESSMENT IN THE ELDERLY | | | | | | |
|---|--|--|--------|---|-------|--|--|--|
| NAME : | | Christian Name : | Unit : | | DATES | | | |
| Behavioural Records | | | | | | | | |
| SOMATIC REACTIONS | | | | | | | | |
| 1• Somatic complaints | * no complaints | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * complaints expressed upon inquiry only | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * occasional involuntary complaints | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * continuous involuntary complaints | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| 2• Protective body postures adopted at rest | * no protective body posture | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * the patient occasionally avoids certain positions | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * protective postures continuously and effectively sought | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * protective postures continuously sought, without success | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| 3• Protection of sore areas | * no protective action taken | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * protective actions attempted without interfering against any investigation or nursing | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * protective actions against any investigation or nursing | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * protective actions taken at rest, even when not approached | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| 4• Expression | * usual expression | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * expression showing pain when approached | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * expression showing pain even without being approached | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * permanent and unusually blank look (voiceless, staring, looking blank) | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| 5• Sleep pattern | * normal sleep | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * difficult to go to sleep | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * frequent waking (restlessness) | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * insomnia affecting waking times | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| PSYCHOMOTOR REACTIONS | | | | | | | | |
| 6• washing &/or dressing | * usual abilities unaffected | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * usual abilities slightly affected (careful but thorough) | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * usual abilities highly impaired, washing &/or dressing is laborious and incomplete | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * washing &/or dressing rendered impossible as the patient resists any attempt | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| 7• Mobility | * usual abilities & activities remain unaffected | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * usual activities are reduced (the patient avoids certain movements and reduces his/her walking distance) | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * usual activities and abilities reduced (even with help, the patient cuts down on his/her movements) | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * any movement is impossible, the patient resists all persuasion | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| PSYCHOSOCIAL REACTIONS | | | | | | | | |
| 8• Communication | * unchanged | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * heightened (the patient demands attention in an unusual manner) | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * lessened (the patient cuts him/herself off) | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * absence or refusal of any form of communication | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| 9• Social life | * participates normally in every activity (meals, entertainment, therapy workshop) | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * participates in activities when asked to do so only | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * sometimes refuses to participate in any activity | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * refuses to participate in anything | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| 10• Problems of behaviour | * normal behaviour | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| | * problems of repetitive reactive behaviour | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| | * problems of permanent reactive behaviour | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| | * permanent behaviour problems (without any external stimulus) | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| COPYRIGHT | | SCORE | | | | | | |

Doloplus-2. Viitattu 15.11.2016.

https://www.whatdotheyknow.com/request/238379/response/604274/attach/html/4/foiextra-ct20150117-32597-zc2r1q-0-35_1.jpg

PAINAD

| | | | |
|---------------|--|---|---|
| HENGITYS | Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso. | Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso | Äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä |
| | 0 PISTETTÄ | 1 PISTETTÄ | 2 PISTETTÄ |
| ÄÄNTELY | Ei negatiivista ääntelyä. | Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta. | Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai voihketta. Itkua. |
| | 0 PISTETTÄ | 1 PISTETTÄ | 2 PISTETTÄ |
| ILMEET | Hymytön tai ilmeeton. | Surullinen, pelokas, tuima. | Irvistää |
| | 0 PISTETTÄ | 1 PISTETTÄ | 2 PISTETTÄ |
| ELEKIELI | Ei tarvetta lohduttamiseen. | Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää. | Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä, työntämistä, riuhtomista |
| | 0 PISTETTÄ | 1 PISTETTÄ | 2 PISTETTÄ |
| LOHDUTTAMINEN | Levollinen. | Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää. | Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu. |
| | 0 PISTETTÄ | 1 PISTETTÄ | 2 PISTETTÄ |



PAINAD-mittari on kehitetty avuksi pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointiin. Se soveltuu erityisesti puhekykynsä jo menettäneiden asiakkaiden kivun arviointiin. Mittaustulos perustuu kipua kokevan käyttäytymisen arviointiin.

Arviointi suoritetaan havainnoimalla potilasta noin 5 minuutin ajan. Mittari sisältää viisi osiota: - Hengitys, 0-2 pistettä- Negatiivinen ääntely, 0-2 pistettä- Ilmeet, 0-2 pistettä- Kehon kieli, 0-2 pistettä- Lohduttaminen, 0-2 pistettä Kokonaispistemäärä siis 0-10 pistettä: - 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu.

Kipua arvioidaan säännöllisesti: akuutissa vaiheessa tiheästi, myöhemmin vähintään kerran vuorossa sekä aina ennen kivunhoitoa ja kivunhoidon jälkeen.

Kommunikoimattoman saattohoitoasiakkaan kivun arviointi

| | | | |
|---------------|--|---|--|
| HENGITYS | Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso. 0 PISTETTÄ | Hengitys ajoittain vaihalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso 1 PISTETTÄ | Äänekästä tai vaihalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä 2 PISTETTÄ |
| ÄÄNTELY | Ei negatiivista ääntelyä. 0 PISTETTÄ | Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta. 1 PISTETTÄ | Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai voihketta. Itkua. 2 PISTETTÄ |
| ILMEET | Hymytön tai ilmeetön. 0 PISTETTÄ | Surullinen, pelokas, tuima. 1 PISTETTÄ | Irvistää 2 PISTETTÄ |
| ELEKIELI | Ei tarvetta lohduttamiseen. 0 PISTETTÄ | Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää. 1 PISTETTÄ | Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Poisvetämistä, työntämistä, riuhtomista 2 PISTETTÄ |
| LOHDUTTAMINEN | Levöllinen. 0 PISTETTÄ | Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää. 1 PISTETTÄ | Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu. 2 PISTETTÄ |

Määritelmä:

Hengitys:

1. **Normaali hengitys.** Normaali hengitys on vaivatonta, äänetöntä ja rytmikästä (tasaista).
2. **Ajoittain vaivalloista hengitystä.** Satunnaisia puuskia, joissa hengitys on rohisevaa, vaikeaa tai raskasta.
3. **Lyhyt hyperventilaatiojakso.** Ohimeneviä lyhyiden, syvien hengitysten hengitysten sarjoja.
4. **Äänekästä vaivalloista hengitystä.** Äänekästä sisään tai uloshengitystä, jossa ääni voi olla kovaa, korahtelevaa tai vinkuvaa. Hengitys vaikuttaa raskaalta tai työläältä.
5. **Pitkä hyperventilaatiojakso.** Normaalia tiheämpää ja syvempää hengitystä, joka kestää huomattavan pitkään.
6. **Cheyne-Stokes-hengitystä.** Tasaisesti vuoroin erittäin syväksi tihenevää ja pinnalliseksi vaimeenevaa hengitystä, jossa on välillä hengityspysähdyksiä.

Negatiivinen ääntely:

1. **Ei negatiivista ääntelyä.** Puhe tai ääntely on sävyltään neutraalia tai miellyttävää.
2. **Satunnaista vaikerointia tai voihketta.** Surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Voihke on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.
3. **Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.** Mutinaa, muminaa, uikutusta, nurinaa tai sadattelua hiljaisella äänellä valittavaan, ivalliseen tai kärkevään sävyyn.
4. **Rauhatonta huutelua.** Lauseita tai sanoja, joita toistetaan yhä uudestaan ahdistuneesti, levottomasti tai hätäntyneesti.
5. **Äänekästä vaikerointia tai voihketta.** Tavallista huomattavasti äänekkäämpää surumielistä tai mumisevaa ääntelyä, ulinaa tai valitusta. Äänekäs voihke on normaalia äänekkäämpää, sanatonta ja tahatonta ääntelyä, joka usein alkaa ja päättyy äkillisesti.
6. **Itkua.** Tunteen ilmaisua, johon liittyy kyyneliä; mahdollisesti nyhkytyksiä tai hiljaista itkua.

Ilmeet:

1. **Hymyilevä tai ilmeetön.** Hymyssä suupielet kääntyvät ylös, silmät kirkastuvat ja ilme osoittaa mielihyvää tai tyytyväisyyttä. Ilmeettömällä tarkoitetaan neutraalia, luontevaa, levollista tai tyhjää ilmettä.
2. **Surullinen.** Ilme on onneton, yksinäinen, surumielinen tai alakuloinen; silmissä voi olla kyyneliä.
3. **Pelästynyt.** Pelkoa, hätää tai erityistä ahdistusta osoittava ilme. Silmät ovat aivan auki.
4. **Tuima.** Suupielet kääntyvät alas. Otsa ja suun ympäritys saattavat olla tavallista enemmän rypyssä.
5. **Irvistää.** Vääristynyt, hätäntynyt ilme. Otsa ja suun ympäritys ovat tavallista enemmän rypyssä, ja silmät saattavat olla tiukasti kiinni.

Elekieli:

1. **Levollinen.** Henkilö vaikuttaa rauhalliselta, tyyneltä, hyväntuuliselta ja huolettomalta.
2. **Kireä.** Henkilö vaikuttaa jännittyneeltä, pelokkaalta tai huolestuneelta. Hän saattaa puristaa leukojaan yhteen (kontraktuuran mahdollisuus suljettava pois).
3. **Ahdistunutta kävelyä.** Levottomalta vaikuttavaa toimintaa, joka voi olla pelokasta, huolestunutta tai rauhatonta. Liikehdintä voi olla nopeaa tai hidasta.
4. **Levotonta liikehdintää.** Hermostunutta liikehdintää, mahdollisesti kiemurtelua tai keikkumista tuolissa. Henkilö voi liikuttaa tuolia huoneen poikki tai kosketella, nykiä tai hangata ruumiinosiaan toistuvasti.

5. **Jäykkä.** Vartalo on jäykistynyt. Käsivarret ja/tai jalat ovat kireät ja taipumattomat. Keskivartalo voi vaikuttaa suoralta ja kankealta (kontraktuurin mahdollisuus suljettava pois).
6. **Kädet nyrkissä.** Kädet ovat tiukasti kiinni; niitä kenties availaan ja suljetaan jatkuvasti, tai ne pysyvät tiukasti nyrkissä.
7. **Polvet koukussa.** Jalat ovat koukussa ja polvet on nostettu kohti rintakehää. Henkilö vaikuttaa pelokkaalta (kontraktuurin mahdollisuus suljettava pois).
8. **Pois työntämistä tai vetämistä.** Henkilö vastustaa lähestymistä tai hoitotoimia; hän pyrkii irtautumaan tempomalla tai kiskomalla tai työntämällä lähestyvän henkilön pois.
9. **Riuhtomista.** Henkilö lyö, potkii, tarttuu kiinni, sohii, puree tai käyttää muunlaista väkivaltaa.

Lohduttaminen:

1. **Ei tarvetta lohduttamiseen.** Henkilö vaikuttaa hyvinvoivalta ja tyytyväiseltä.
2. **Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää.** Käyttäytyminen keskeytyy, kun henkilölle puhutaan tai häntä kosketetaan. Se loppuu vuorovaikutuksen ajaksi ilman merkkiäkään ahdistuksesta.
3. **Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.** Henkilöä ei saada rauhoittumaan eikä käyttäytymistä loppumaan sanoin tai teoin. Minkäänlainen sanallinen tai fyysinen lohduttaminen ei saa käyttäytymistä laantumaan.