

Hoitajien kokemuksia muistisairaiden kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista

Aino Kormilainen
Opinnäytetyö, kevät 2013
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Kormilainen, Aino. Hoitajien kokemuksia muistisairaiden kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä hoitomuodoista. Helsinki, kevät 2013, 43s, 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää minkälaisilla menetelmillä hoitajat arvioivat muistisairaiden kipua ja eroavatko nämä menetelmät muiden potilasryhmien kivun arvioinnista. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, minkälaisia kokemuksia hoitajilla on lääkkeettömien kivunhoitomuotojen käytöstä ja hyödynnettävyydestä muistisairaiden kivunhoidossa. Tutkimuksessa kartoitettiin myös, millä keinoilla kivun arviointimenetelmiä voitaisiin kehittää.

Tämän opinnäytetyön tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimus toteutettiin lokakuussa 2012 Omakotisäätiön omistamassa Merilän palvelutalossa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 22 hoitoalan työntekijää. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella.

Tutkimukseen osallistuneet kokivat muistisairaiden kivun arvioinnin hankalammaksi, kuin muiden potilasryhmien. Tämä johtui muistisairaudesta kommunikatioon ja kykyyn ilmaista itseä. Myös muistisairaiden kivun arviointimenetelmät erosivat muiden potilasryhmien kivunarviointimenetelmistä. Lääkkeettömät kivunhoitomuodot koettiin hyödyllisiksi muistisairaiden kivunhoidossa ja suurin osa vastaajista oli käyttänyt niitä muistisairaiden kivunhoidossa. Kivunarvioinnin parantamiseksi toivottiin käyttöön kipumittareita.

Asiasanat: muistisairaudet, kivunhoito, lääkkeetön hoito, kipu

ABSTRACT

Kormilainen, Aino

Nurses' experiences of pain assessment and non-pharmacological pain management in patients with memory disorders. 43p, 2 appendices. Helsinki, Spring 2013.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

Purpose of this thesis was to find out what kind of methods nurses use to measure pain in the patients with memory disorders and how these methods differ from the methods used with other patient groups. Another aim of this study was to find out what kind of experiences nurses had of using non-pharmacological pain management methods with these patients. The study also found out how the assessment of pain could be improved.

This thesis is a quantitative study. The study was conducted in October, 2012 in a sheltered home, owned by the Omakotisäätiö. Omakotisäätiö is a foundation which offers homelike care for patients who suffer from memory disorders. There were 22 respondents in this study. Material of this study was collected by a half structured questionnaire.

The study showed that assessment of pain with patients who suffer from memory disorders is more challenging than with other patient groups. This was because of the changes in communication skills and self-expression which are symptoms of memory disorders. Also the methods of pain assessment were different than with the other patient groups. The respondents of the study experienced that the non-pharmacological pain management was useful with the patients who suffer from memory disorders and the most of the respondents had used them with managing the pain. To improve the pain assessment they wished there would be more gauges to measure and assess the pain.

Keywords: memory disorders, pain assessment, non-pharmacological pain management, pain

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 MUISTISAIRAUDET	6
2.1 Alzheimerin tauti	7
2.2 Vaskulaariset eli verisuoniperäiset demeniat	8
2.3 Lewyn kappale- tauti	8
3 KIPU	10
3.1 Kivun syyt ja syntymekanismi	10
3.2 Kivun jaottelua	10
3.2.1 Nosiseptiivinen kipu eli kudosaauriokipu	11
3.2.2 Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu	11
3.2.3 Idiopaattinen ja psykogeeninen kipu	12
3.3 Vanhusten kipu	12
3.4 Muistisairaiden kivun erityispiirteitä	13
3.5 Kivun arviointimenetelmät	13
3.6 Arvioinnin apuvälineet	14
3.7 Kivun arviointi muistisairailla	15
4 SAIRAAHOITAJAN ROOLI KIVUNHOIDOSSA	17
5 LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO	18
5.1 Stimulaatiomenetelmät	18
5.2 Fysioterapeuttiset menetelmät	19
5.2.1 Lämpö- ja kylmähoidot	19
5.2.2 Hieronta	19
5.2.3 Akupunktio	20
5.3 Psykologiset menetelmät	20
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
6.1 Tutkimusympäristö	21
6.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	21
6.3 Tutkimusmenetelmä	22
6.4 Aineistonkeruu	22
6.5 Aineiston analysointi	23

7 TUTKIMUSTULOKSET	25
7.1 Kivun arviointi	25
7.1.1 Havainnointi.....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
7.1.2 Fysiologiset mittaukset	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
7.1.3 Tietoisuus asukkaan tavanomaisesta käytöksestä ja taustatiedoista	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
7.1.4 Verbaalinen ilmaisu	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
7.1.5 Käytettyjen menetelmien eroavaisuus muiden potilaiden kivunarvioinnista	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
7.1.6 Kivunarvioinnin kehittäminen.	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
7.2 Lääkkeettömät kivunhoitomuodot	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
7.2.1 Lääkkeettömien kivunhoitomuotojen käyttö....	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
7.2.2 Lääkkeettömien kivunhoitomuotojen hyöty	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
8 POHDINTA	32
8.1 Tutkimustulosten pohdintaa.....	32
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	33
8.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset	34
8.4 Ammatillinen kasvu	35
LÄHTEET	37
LIITE 1 Saatekirje osastoille	39
LIITE 2 Opinnäytetyön tutkimuksen kyselylomake.....	40

1 JOHDANTO

Suomessa väestön ikääntyminen on voimakkaimmillaan seuraavat 20 vuotta. Yli 65-vuotiaiden määrä tulee kasvamaan yli 50 prosenttia (Tilastokeskus, 2003). Väestön ikääntyessä myös muistisairauksien määrä tulee kasvamaan, sillä ne ovat ikääntyvien sairauksia. Suomessa arvioidaan tällä hetkellä olevan noin 120 000 muistisairautta sairastavaa ja tämän lisäksi noin 30 000 lievemmistä muistihäiriöistä kärsivää (Sulkava, 2010). Muistisairaudet ovat suurin syy, miksi vanhukset tarvitsevat laitoshoidoa (Sulkava, 1999.) Koska ikääntyneiden ja samalla myös muistisairaiden määrä tulee Suomessa voimakkaasti kasvamaan, on syytä myös paneutua muistisairaiden kivun arviointiin tarkemmin.

Sauvolan (2004) mukaan kipu on vanhuksilla yleinen oire ja epidemiologisten tutkimusten mukaan jopa 25–50% kotona asuvista vanhuksista kärsii jonkin asteisesta päivittäisestä kivusta. Myös laitoshoidossa olevilla potilailla kipuja esiintyy hyvin yleisesti.

Idea opinnäytetyöhön pohjautui omiin kokemuksiin muistisairaiden kivun tunnistamisen, arvioinnin ja hoidon haasteista. Halusin paneutua tarkemmin hoitajien kokemuksiin siitä, miksi muistisairaiden kivun hoito ja arviointi koetaan haastavaksi ja miten sitä voitaisiin parantaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää minkälaisilla menetelmillä hoitajat arvioivat muistisairaiden kipua ja eroavatko nämä menetelmät muiden potilaiden kivun arvioinnista. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin, minkälaisia kokemuksia hoitajilla on lääkkeettömien kivunhoitomuotojen käytöstä ja hyödynnettävyydestä muistisairaiden kivunhoidossa. Tutkimuksessa kartoitettiin myös, millä keinoilla kivun arviointimenetelmiä voitaisiin kehittää.

2 MUISTISAIRAUDET

Dementia on oireyhtymä, eikä erillinen sairaus. Dementia tarkoittaa jostakin elimellisestä syystä, kuten aivoja vaurioittavasta sairaudesta tai vammasta johtuvaa, laajaa henkisten toimintojen, kuten muistin, päättelykyvyn ja toiminnanohjauksen heikentymistä. Näiden lisäksi dementiaan liittyy usein afasiaa eli kielellisiä häiriöitä, agnosiaa eli hahmottamisen vaikeutta ja apraksiaa eli kätevyiden heikkenemistä. Dementiat ovat useimmiten eteneviä, mutta ne voivat myös pysyä samanlaisia tai olla parannettavissa. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 82.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään eteneviin muistisairauksiin.

Muistisairaus heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyyn tarvittavia alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näön avulla tapahtuvaa hahmottamista sekä toiminnanohjausta. Useimmiten etenevät muistisairaudet johtavat dementia-asteiseen muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010,19). Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat ja Lewyn kappale-tauti. Alzheimeria sairastaa 65–70 % kaikista dementiapotilaista. Vaskulaarisia dementioita on noin 15 % potilaista kuin myös Lewyn kappale-tautia. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 85.)

Muistisairauksia voidaan sanoa kansantaudiksi, sillä joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa jostakin muistioireista, vaikkei suurimmalla osalla todetakaan etenevää muistisairautta. Vuosittain Suomessa todetaan noin 13 000 uutta, dementian asteista muistisairaustapausta. (Käypä hoito, 2010.) Muistisairaudet ovat suurin syy vanhusten pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumiselle. (Sulkava, 2005.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus ja sitä on noin 60%:lla dementiapotilaista. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 86.) Alzheimerin taudin oireet johtuvat tiettyjen aivoalueiden vaurioista ja näin ollen oireet vaihtelevat taudin edetessä. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 121.)

Alzheimerin taudin alkuvaiheessa potilaalla ilmenee lieviä muistihäiriöitä. Taudin edetessä lähimuisti heikkenee niin, ettei potilas muista muutamaa minuuttia sitten tapahtuneita asioita. Myös ajan- ja paikantaju alkavat hävitä. Potilaalla on hankaluuksia löytää sanoja ja hän käyttää usein kiertoilmaisuja. Ruoanlaitto, pukeutuminen ja muut monimutkaiset motoriikkaa vaativat asiat alkavat vaikeutua huomattavasti. Potilas laihtuu huomattavasti taudin alkuvaiheessa. Potilas ei koe itseään sairaaksi tai sairaudentunto on heikko. Alzheimerin diagnoosia hankaloittaa se, että potilaan sosiaalisen keskustelun taito säilyy ja hän saattaa pystyä antamaan itsestään täysin kykenevän kuvan huolehtia arkipäivän toiminnoista esimerkiksi lääkärin käynnillä. Tällöin onkin hyvä käyttää diagnostiikan apuna kognitiivisen kyvyn mittareita, kuten MMSE- testiä. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 86.)

Sairauden edetessä potilaalle voi kehittyä jäykkyyttä, liikkeen hitautta sekä kumara asento. Taudin edetessä potilaalle kehittyä pakkoinkontinenssia ja myöhemmässä vaiheessa virtsan ja ulosteenpidätyskyky häviää kokonaan. Keskimäärin 5–8 vuoden kuluttua oireiden alkamisesta potilas menettää kävelykykynsä ja joutuu vuodepotilaaksi. Alzheimerin tauti johtaa kuolemaan noin 11 vuoden sairastamisen jälkeen ja tavallisin kuolinsyy potilailla on aspiraatiosta johtuva pneumonia. Naisilla Alzheimerin tauti saattaa kestää pari vuotta miehiä pidempään. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 87.)

Alzheimerin tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta taudin aiheuttamia oireita voidaan helpottaa ja toimintakykyä ylläpitää. Potilaan aktivoimiseksi ja toimintakyvyn nostamiseksi sekä ylläpitämiseksi voidaan lievässä ja keskivaikeassa Alzheimerin taudissa käytetään hoitona kolinergisesti vaikuttavia lääkkeitä, ku-

ten donepetsiilia, galantamiinia tai rivastigmiinia. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 89.)

2.2 Vaskulaariset eli verisuoniperäiset dementiat

Vaskulaarisia eli verisuoniperäisiä dementioita on noin 15% muistisairauspotilaista. Vaskulaariset dementiat johtuvat aivovaltimoiden tukoksista, joista tavallisimpia ovat aivojen pienten, syvällä olevien valtimoiden ja valkean aineen vaurioituminen. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 90.) Taudin alkuvaiheessa potilaalla ilmenee sekavuutta yöllä, masennusta sekä kävelyvaikeuksia. Sairaudentunto, uuden oppiminen ja muisti eivät heikkene selvästi havaittavasti, kuten Alzheimerin taudissa. Sen sijaan potilailla ilmenee käytösoireita, kuten aggressiivisuutta, levottomuutta ja apatiaa. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 90.)

Vaskulaarinen dementia kestää keskimäärin 7–8 vuotta. Pneumonian lisäksi yleisimpiä kuolinsyitä vaskulaarista dementiaa sairastavilla on sydän- sekä aivoinfarktit. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 91.) Vaskulaarista dementiaa hoidettaessa tärkeintä on hoitaa sen riskitekijöitä; verenpainetauti, diabetesta, metabolisia häiriötä sekä sydänsairautta. On kuitenkin varottava liian matalaa verenpainetta, joka lisää potilaan kaatuilu riskiä. Näiden lisäksi potilaan mahdollisia käytösoireita tulee hoitaa. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 92.)

2.3 Lewyn kappale- tauti

Lewyn kappale- taudissa potilaalla on aivorungossa ja -kuorella mikroskooppisia hermosolun sisäisiä jyväsiä, joita kutsutaan Lewyn kappaleiksi. Jotta potilaalla diagnosoidaan Lewyn kappale- tauti, on oltava näyttöä heikentyneistä kognitiivisista taidoista sekä vähintäänkin kaksi seuraavista oireista: ekstrapyramidaalioireita, esimerkiksi jäykkyyttä, liikkeen hitautta, kävelyvaikeuksia tai lepovapinaa, vireystason vaikutus oireistoon tai näköharhoja. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava, 2008 92–93.)

Taudin alkuvaiheessa oireet voivat olla lieviä ja vaihdella hyvin paljon potilaan vireystason mukaan. Virkeänä potilas vaikuttaa normaalilta, mutta väsyneenä oireet ilmenevät, tällöin esimerkiksi muistaminen hankaloituu. Lewyn kappale-taudissa lähimuisti voi pysyä vielä pitkään hyvänä. Myös oppimiskyky säilyy pitkälle taudin edetessä. Taudin edetessä dementiaoireet lisääntyvät, mikä näkyy puheen tuottamisessa ja kävelykyvyn heikkenemisessä. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 94.)

Kuten Alzheimerin tautiin, myöskään Lewyn kappale- tautiin ei ole parantavaa hoitomuotoa. Lewyn kappale- taudin hoidossa voidaan käyttää Alzheimerin taudin kolinergisesti vaikuttavia lääkkeitä, mutta pienemmillä annoksilla. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008, 96.)

3 KIPU

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (IASP, International Association for the Study of Pain) on määritellyt kivun seuraavasti:

Kipu on epämiellyttävä, sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy selvä tai mahdollinen kudonsvaurio, tai jota kuvataan samalla tavalla. (Kalso & Vainio 2002, 94.)

Kivun kokeminen on arkielämän peruskokemuksia ja vain harva ihminen elää elämänsä kokematta kipua lainkaan. Kivun kokeminen on henkilökohtaista ja sen kokemiseen ja intensiteettiin vaikuttaa jokaisen ihmisen niin sanottu kipukynnys. Kipu vaikuttaa moneen elämän osa-alueeseen, kuten sosiaaliseen kanssakäymiseen, mielialaan ja toimintakykyyn. Kipu on myös yleisin lääketieteelliseen tutkimukseen ja hoitoon hakeutumisen syy. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry, i.a.)

3.1 Kivun syyt ja syntymekanismi

Kivun yleisimpänä aiheuttajana on jokin elimellinen sairaus, vamma tai vaurio. Kehon eri kudoksissa on hermopäätteitä, jotka reagoivat kudonsvaurioita aiheuttaviin ärsykkeisiin. Hermopäätteet alkavat lähettää viestiä kivusta, jotka välittyvät ääreiskipuermoista selkäyttimeen ja sieltä kipuratoja pitkin aivoihin. Aivoissa kipuviesti leviää laajalle alueelle kertoen kivun voimakkuudesta, kestosta ja sijainnista. Kipu voi laukaista kipuhermoston kautta lihasjännitystä, verenpaineen nousua sekä hikoilua. Näiden lisäksi kipuun liittyy epämiellyttäviä tunteita kuten pelkoa, kärsimystä, tuskaa sekä ahdistuneisuutta. Kipu on siis aistimuksen lisäksi myös kokemus. (Suomen kivuntutkimusyhdistys ry, i.a.)

3.2 Kivun jaottelua

Kipua voidaan jaotella sen keston, kipukohdan, kivunaiheuttajan tai kipumekanismien mukaan. Yleisin jaottelu on kivun keston mukaan akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti kipu suojaa ja varoittaa elimistöä uhkaavasta kudonsvauriosta ja

estää lisävaurioiden syntyä. Akuutille kivulle on yleensä selvä aiheuttaja, joka voidaan hoitaa. Hoidon jälkeen kipu yleensä hellittää, mutta osalla potilaista hoitamaton tai huonosti hoidettu kipu ja kudოსvaurio pitkittävät paranemista, jolloin kipu jatkuu ja voi muuttua krooniseksi. (Kalso & Vainio,2002 86–87.)

Krooniseksi kipua sanotaan silloin kun se on jatkunut kolmesta kuuteen kuukauteen. Kipua, joka jatkuu pidempään kuin kudosten odotettu paranemisaika on, voidaan myös sanoa krooniseksi kivuksi. Kivun pitkittyessä se lisää myös potilaan psykososiaalista rasitusta. (Kalso & Vainio,2002 87–88.)

3.2.1 Nosiseptiivinen kipu eli kudოსvauriokipu

Kudosvauriokipu syntyy kun nosisepitorit reagoivat voimakkaaseen, potentiaalisesti kudოსvaurion aiheuttavaan ärsykkeeseen. Nämä ärsykkeet voivat olla mekaanisia, kuten paine ja hankaus, kemiallisia, esimerkiksi lämmön vaihtelut, tai iskeemisia, esimerkiksi kudoksen hapenpuute huononee. Nosiseptiivista kipua aiheuttavat erilaiset tulehdukset, kuten niveltulehdukset, ja kasvaimet. (Kalso & Vainio,2002 96.)

3.2.2 Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu

Neuroopattista kipua kipu on silloin, kun kipua välittävissä hermojärjestelmässä on jokin vika. Tunnuksenomaisia neuropaattiselle kivulle ovat epänormaalit tunteukset, kuten pistely, puutuneisuus tai polttava tunne kipukohdassa. Neuropaattisella kivulla on usein myös huono vaste kipulääkkeille. Neuropaattista kipua on esimerkiksi aavesärky ja vyöruusun jälkeinen hermosärky. (Kalso & Vainio,2002 97–98.)

3.2.3 Idiopaattinen ja psykogeeninen kipu

Idiopaattisella kivulla tarkoitetaan kipua, jolle ei voida osoittaa kipua aiheuttavaa kudosis- tai hermovauriota. (Kalso & Vainio 2002, 99.) Psykogeeninen kipu tarkoittaa kipua, joka selittyy psyykkisillä mekanismeilla. (Haanpää, 2007.)

3.3 Vanhusten kipu

Kipua pidetään usein osana luonnollista vanhenemista, mutta sitä se ei ole. Kipua kuitenkin esiintyy usein vanhuksilla ja sen esiintyvyys kasvaakin iän myötä. Tämä selittyy sillä, että vanheneminen tuo mukanaan sairauksia, jotka voivat aiheuttaa särkyjä ja jomotuksia, kuten erilaiset nivelsairaudet, kulumat, syöpäsairaudet, sydän- ja verisuonisairaudet rintakipuineen ja luukato. (Finne-Soveri 2008, 189–194.)

Vaikka vanhuksilla esiintyykin kipua nuorempia enemmän, vanhusten kivun kokeminen voi olla myös heikentynyt nuorempiin verrattuna tietyissä, kipua aiheuttavissa sairauksissa, kuten sydäninfarktissa, mahahaavassa tai ilmarinnassa. Syinä tähän voi olla kipukynnyksen nouseminen vanhetessa. Tämän aiheuttaa terävää kipua aiheuttavien hermosyiden rappeutuminen ja johtumisnopeuden hidastuminen. Toisaalta vanhetessa kipua vaimentavat suojaimekanismit voivat rappeutua, mikä taas aiheuttaa kovan kivun sietokyvyn heikkenemistä. Kaikkiaan vanhenemisen vaikutus kivun kokemukseen ja sen välittymiseen on vähäinen. (Finne-Soveri 2008, 189–194.)

Vanhusten suhtautuminen kipuun on usein erilaista nuorempiin verrattuna. Vanhukset usein vähättelevät kipua eikä siitä haluta valittaa, kun sen oletetaan olevan osa luonnollista vanhenemista. Vanhukset voivat myös pelätä kipua, koska sen voidaan luulla olevan merkki uhkaavasta sairaudesta tai lähestyvistä kuolemasta. (Finne-Soveri 2008, 194.)

Hoitohenkilöstön suhtautumisessa vanhusten kipuun olisi parannettavaa, sillä kipua ei yleensä oteta todesta tai sen merkitystä ja vaikutusta vanhuksen elämään ei ymmärretä. Kivun huono hoito tai jopa hoitamattomuus on yleistä vanhuspotilailla, varsinkin dementoituneilla tai syöpäsairailta. Kivun aliarviointi on yleistä silloin, kun potilas ei itse pysty ilmaisemaan kipua tai sen voimakkuutta, vaan arvioinnin kivusta tekee sijaisarvioija. Tällöin varsinkin kivun voimakkuus aliarvioidaan. Kuitenkin sijaisarvioijakin voi onnistua kivun arvioinnissa paremmin, jos tämä tuntee potilaan. (Finne-Soveri 2008, 195.)

3.4 Muistisairaiden kivun erityispiirteitä

Olemassa oleva kipu voi heikentää kognitiivisia toimintoja ja kognition heikentäessä myös kivun kokemus voi muuttua, jopa niin paljon, ettei vanhus tunne kipua ollenkaan. On epäselvää johtuuko kivun vähäisempi esiintyvyys dementoituneilla aivojen muuttuneesta kivun käsittelykyvystä tai siitä, että kipumuisti ja kipuun eläytyminen on heikentynyt. Toisaalta syy saattaa johtua myös muistisairaana huonontuneesta kyvystä viestiä kipua tai kivun havaittajoiden puutteellisesta kyvystä tulkita muistisairaana oireilua kivuksi. (Finne-Soveri 2008, 198–200.)

Muistisairailta kipu voi esiintyä erilaisena oireiluna, kuten laukaisemalla dementiaan liittyviä käytöshäiriötä, esimerkiksi levotonta liikkumista tai huutelua. Suussa oleva kipu vaikeuttaa syömistä ja näin ravitsemustila saattaa heiketä. Kipu voi myös aiheuttaa sekavuutta, valvottaa ja nostaa verenpainetta sekä pulssia. (Finne-Soveri 2008, 200.)

3.5 Kivun arviointimenetelmät

Jotta kipua voidaan hoitaa, se täytyy tunnistaa. Ensisijaisena tavoitteena kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa on selvittää, onko henkilöllä ylipäättään kipuja sekä tunnistaa mahdollinen kivun aiheuttaja. Hyvän kivunhoidon laatusuosituksen mukaan hoitavan henkilöstön tulisi kysyä oma-aloitteisesti kipua vanhuksel-

ta, eikä odottaa, että vanhus itse ottaa asian esille. Kipua arvioidaan haastattelun, potilaan itsearviointin, havainnointin, kosketuksen ja kehon kuuntelun sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten avulla. (Finne-Soveri, 2008 195–196.)

Haastattelussa tulisi kivusta kysyä aina potilaalta itseltään, tarvittaessa myös omaisilta tai läheisiltä tai muilta, potilaan hoitoon osallistuneilta hoitotiimin jäseniltä. Haastattelussa tulisi pyrkiä selvittämään kivun kesto, esiintymistilanteet, sijainti, voimakkuus ja kipukäyttäytyminen. (Finne-Soveri, 2008 196.)

Potilaan itsearviointi kivusta on aina ensisijainen kivunarviointimenetelmä, myös muistisairailla. Itsearviointin lisänä käytetään havainnointia potilaan käyttäytymisestä. Kommunikaatiokyvyttömillä vanhuksilla käytöksen havainnointi on kivun ensisijainen arviointimenetelmä. Havainnoiteja tehdään potilaan kasvojen ilmeistä, varsinkin otsan rypistämisestä, liikehännästä, ääntelystä, mahdollisista uni- ja nukkumisvaikeuksista, ruokahalun muutoksista, sekavuudesta sekä pulssin tai verenpaineen noususta. Kipua ja sen voimakkuutta tulisi seurata kaikkina vuorokauden aikoina, jotta nähdään, minkälaisiin tilanteisiin kipu liittyy ja muuttuuko sen voimakkuus tiettyinä aikoina. Jos havainnointiaika on rajallinen, mahdollinen kipu ilmenee parhaiten päivittäistoimintojen, esimerkiksi peseytymisen tai pukeutumisen aikana. (Finne-Soveri 2008, 200.)

3.6 Arvioinnin apuvälineet

Kivun itsearviointin apuna voidaan käyttää erilaisia kivunarvioinnin apuvälineitä. Kivun arviointiin on yleisesti käytetty VAS (visual analogue scale)- janaa, joka on 10 cm pitkä, vaakasuora jana. Potilas merkitsee janalle kohdan, jonka hän arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. Janan vasen ääripää kuvaa tilannetta, jossa potilaalla ei ole lainkaan kipua ja oikea ääripää kuvaa tilannetta, jossa potilaalla on pahin mahdollinen kipu. VAS- janasta on myös erilaisia versioita. Visuaalisen VAS- janan lisäksi on olemassa myös sanallinen kivun mittaamiskeino, VRS (Verbal Rating Scale). VRS- asteikolla kipua arvioidaan seuraavasti:

0=Kipua ei ole lainkaan, 1=Kipu on lievää, 2=kipu on kohtalaisen voimakasta, 3=Kipu on voimakasta, 4=Kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso & Kontinen 2009, 52–56.)

3.7 Kivun arviointi muistisairailta

Kuten muillakin potilasryhmillä, muistisairaiden kivun arvioinnin tulisi perustua potilaan kokemukseen ja kertomukseen kivusta, sen laajuudesta ja voimakkuudesta. Tämä voi kuitenkin olla hankalaa kognitiivisten taitojen heikennyttyä. Sannalliset mittarit ovat parempia muistisairaiden kivun arvioinnissa, kuin esimerkiksi VAS- mittari. Kognitiivisten taitojen heikennyttyä potilaan voi olla vaikea hahmottaa VAS- mittaria.

Dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin on kehitetty oma mittari, PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia). PAINAD- mittarin avulla kipua arvioidaan käyttäytymisen muutosten tarkkailulla. Mittarin avulla potilaasta tarkkailaan viiden minuutin ajan hengityksen, negatiivisen ääntelyn, ilmeiden, kehokielellä ja lohduttamisen tarpeen tai vaikutuksen poikkeavuutta, asteikolla 0–2. 0=normaali, 1=lievästi poikkeava ja 2=selvästi poikkeava. Näiden havaintokategorioiden pisteet lasketaan yhteen, jolloin kivulle saadaan yksi numeroarvo 0–10 (Kalso 2009).

TAULUKKO 1. Muistisairaiden kivun arviointiin kehitetty kipumittari, PAINAD (Kalso 2009.)

Muuttuja	0	1	2
Hengitys	Normaali	Hengitys ajoittain vaivalloista. Lyhyt hyperventilaatiojakso	Hengitys äänekkästä ja vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso. Cheyne- Stokesin hengitystä
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikerointia ja voihkeita. Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekkästä vaikerointia tai voihketta, 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 ja tyyntyyntää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntäminen ei onnistu.

PAINAD- mittarin lisäksi muita samanlaisia kipukäyttäytymisen kautta kipua arvioivia mittareita ovat DOLOPLUS2 ja PACSLAC. Myös näissä mittareissa kipua arvioidaan potilaan käyttäytymisen mukaan mahdollisen kivun aikana. DOLOPLUS2-mittarissa on myös huomioitu muutokset potilaan unikäyttäytymisessä, sosiaalisessa elämässä ja päivittäisissä toiminnoissa, kuten esimerkiksi puukeutumisen. PAINAD, DOLOPLUS2 ja PACSLAC- mittarit ovat luotettavia, mutta niiden käyttökelpoisuutta käytännön hoitotyössä tulisi edelleenkin kartoittaa ja arvioida (Kankkunen, Taponen, Suominen 2007, 312.)

4 SAIRAANHOITAJAN ROOLI KIVUNHOIDOSSA

Laadukkaan hoitotyön osa-alueisiin kuuluu olennaisesti kivun arviointi ja hoito, jossa tulee huomioida potilaan lisäksi myös omaiset. Kivun hoitaminen on tiimityötä, jossa sairaanhoitajan roolina on tunnistaa kivulias potilas, arvioida kipua ja sen vaikutusta sekä toimia kivun hoitajana ja tukea potilasta kivun hallinnassa. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Kivunhoitotyötä ohjaavat lainsäädännön lisäksi myös ammattikunnan eettiset periaatteet sekä näyttöön perustuva tieto hoitomenetelmien vaikuttavuudesta. Kivunhoito on jokaisen sairaanhoitajan perustehtävä. Jotta hoitaja voi toteuttaa hyvää kivunhoitoa, tulee lähtökohtana olla vahva teoreettinen tietopohja kivun vaikutusmekanismeista, kivun syy-seuraussuhteista, kivun arviointi- ja hoitomenetelmistä. Kliinisten taitojen lisäksi kipupotilaan hoidossa tarvitaan hyviä vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaitoja, sillä tärkeä osa kivunhoitotyötä on sekä potilaan että omaisten opetus ja ohjaus. (Suomen kivuntutkimusyhdistys 2010.)

Eryisesti vanhuspalveluiden hoidossa olevien vanhusten suhteen hoitajalla on korvaamattoman tärkeä ja keskeinen rooli kivunhoidossa ja sen tunnistamisessa. Hoitajalla on näköalapaikka vanhuksen kipuun ja sen havainnointiin. Hoitajalla on myös keskeinen rooli tiedonvälittämisessä vanhuksen kipuun ja sen hoitoon liittyen, sillä hoitaja välittää tietoa potilaalta lääkärille, lääkäriltä potilaalle sekä muille potilaan hoitoon osallistuville geriatrisen tiimin jäsenille, kuten fysioterapeuteille ja myös omaisille, jotka tulee ottaa huomioon potilaan kivunhoitoa käsiteltäessä. (Finne-Soveri 2008, 206–207.)

5 MUISTISAIRAIDEN LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja on tutkittu muilla potilailla enemmän, kuin muistisairailta. Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja käytetään yleisesti synnytyskipujen lievitykseen ja myös lasten postoperatiivisen kivunhoitoon. Lääkkeettömi- en kivunhoitomuotojen vaikuttavuutta vanhuksilla ei ole tutkittu yhtä paljon kuin lääkehoitoa. Tämä ei silti tarkoita, että lääkkeettömät kivunhoitomuodot olisivat tehottomia vanhuksilla. Potilas itse on paras arvioija hoitonsa vaikuttavuudesta. (Finne-Soveri 2008, 205–206.) Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja voidaan käyttää sellaisenaan kivunhoitoon tai lääkehoidon lisänä. (Cavalieri 2007). Lääkkeettömien kivunhoitomuotojen hyötynä on matalat kustannukset ja vähäiset haittavaikutukset oikein tehtynä. Lääkkeettömät kivunhoitomuodot voivat myös lähentää hoitajan ja potilaan suhdetta sekä vähentää potilaan käytösoireita, kuten levottomuutta, aggressiivisuutta ja masentuneisuutta.

Kivun lääkehoidon lisäksi, sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu myös kivun lääkkeetön hoito. Lääkkeettömät kivunhoitomuodot voidaan jakaa seuraaviin osalu- alueisiin: stimulaatiomenetelmät, fysioterapeuttiset menetelmät ja psykologiset menetelmät.

5.1 Stimulaatiomenetelmät

Sähköisistä kivunhoitomenetelmistä yleisimmin käytetty on transkutaniinen sähköinen hermostimulaatio eli TENS (Transcutanic Electrical Nerve Stimulation. TENS-hoitoa käytetään yleisimmin kroonisiin kiputiloihin, jotka aiheutuvat tuki- ja liikuntaelimestä, neuropatiasta tai hermojuurien- ja hermovaurioiden seurauk- sena. TENS-hoidossa kudosalueita käsittelemällä vapautuu aivoista ja sel- käytimestä endorfiinia, enkefaliinia ja substanssi P:tä. Nämä morfiinin kaltaiset aineet säätelevät ja lievittävät kipuaistimusta. TENS- hoitoa, kuten muitakaan sähköhoitoja ei tulisi tehdä, jos potilaalla on sydämentahdistin. (Haanpää & Pohjolainen 2009, 230.)

5.2 Fysioterapeuttiset menetelmät

Fysioterapeuttisiin hoitomenetelmiin kuuluvat lämpö- ja kylmähoidot, hieronta sekä akupunktio.

5.2.1 Lämpö- ja kylmähoidot

Lämpö vilkastuttaa kudoksissa verenkiertoa, aukaisee hiussuonia, rentouttaa lihaksia ja lisää kudosten aineenvaihduntaa. Näiden ominaisuuksien takia lämpöä voidaan käyttää myös kivun hoidossa. Lämpöhoito voi vähentää lyhytkestoisesti kipua ja lisätä toimintakykyä tietyissä akuuteissa kivuissa, kuten selkä- ja niskakivussa. Lämpöhoitoa ei tule tehdä mikäli hoidettavalla ihoalueella on ihottumaa, iho on rikki tai siinä on tulehdus (Pohjolainen 2009, 237). Kylmähoito rentouttaa lämpöhoidon tavoin lihaksia. Akuuteissa kudosvammoissa, kuten nyrjähdyksissä, se hidastaa turvotusta, mikä taas vähentää kipua. Kylmä helpottaa kipua myös alentamalla hermojen johtumisnopeutta. Kylmähoitona voidaan käyttää esimerkiksi kylmägeeliä, jossa on etanolia ja mentolia. Etanolin ja mentolin haihduttua iholle jää voimakkaan kylmän tunne. Kylmähoitoa käytetään erityisesti akuuttien pehmytkudosvammojen kivun hoidossa sekä leikkausten jälkihoidossa. Kylmähoitoa ei tule antaa liian kauaa, ettei hoidettava alue kylmety ja näin aiheuta hermovauriota. Kylmähoitoa ei tule myöskään toteuttaa alueelle, minkä verenkierto on heikkoa. (Pohjolainen 2009, 238.)

5.2.2 Hieronta

Hierontaa käytetään pääasiallisesti jännittyneiden ja kireiden kudosten pehmittämiseksi ja sitä kautta kipua voidaan lievittää. Hieronta koetaan useimmiten miellyttäväksi kokemukseksi ja sen kipua lievittävään vaikutukseen vaikuttaa myös toisen ihmisen antama kosketus ja vuorovaikutus, joka tapahtuu hierojan ja hierottavan välillä. Hieronta sopii useimmille ihmisille, mutta sitä ei tulisi tehdä, mikäli potilaalla on; vaikeita suonikohjuja, hiljattain sairastettu laskimotukos

tai verenvuototauti. Myöskään alueita, joilla on pahanlaatuinen kasvain, ei saa hieroa. (Pohjolainen 2009, 240.)

5.2.3 Akupunktio

Länsimaisessa lääketieteessä akupunktiossa käytetään hyväksi kivun liipaisu- eli trigger -pisteitä. Akupunktiossa hoidettavalle alueelle asetellaan yleensä 8–20 neulaa. Hoitoajaksi suositellaan puolta tuntia ja hoito voidaan toistaa useamman kerran. Hoitotiheyden olisi hyvä olla kerran tai kaksi kertaa viikossa. Akupunktiolla hoidetaan pääasiallisesti tuki- ja liikuntaelinten kiputiloista selkä- ja niskakipuja, polviartroosin aiheuttamia kipuja sekä epikondyliitti eli tennis-kyynärpään aiheuttamia kipuja. Myös migreeniä ja päänsärkyä voidaan joissain tapauksissa hoitaa akupunktiolla. (Pohjolainen 2009, 241.)

5.3 Psykologiset menetelmät

Varsinkin krooninen kipu on monitasoinen ongelma, johon kytkeytyvät sekä biologiset, sosiaaliset että psykologiset tekijät. Pitkään jatkunut kipu ja siihen liittyvät pelot, ahdistuneisuus ja muut negatiiviset ajatukset lisäävät kipua ennestään ja johtavat toimintakyvyn heikkenemiseen ja kärsimyksen lisääntymiseen. Sen takia onkin tärkeää, että kipupotilaalle tarjotaan myös psykologisia menetelmiä, joiden avulla kipua ja siihen vaikuttavia tekijöitä voidaan helpottaa. Psykologisina menetelminä voidaan käyttää esimerkiksi vertaistukiryhmiä, terapiaa ja mielikuvaharjoituksia. (Elomaa & Estlander 2009, 245.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusympäristö

Tutkimus toteutettiin Omakotisäätiön omistamassa Merilän palvelutalossa, jokaisella kolmella osastolla. Osastoilla on yhteensä 54 asukaspaiikkaa ja syyskuussa vakituisia hoitoalan työntekijöitä oli 33. Vakituisten lisäksi Merilässä työskentelee sijaisia, mutta päätin kohdistaa tutkimukseni vain vakituisen henkilökuntaan.

Merilän palvelutalo on kodinomainen asumisyksikkö, joka on erikoistunut muistisairaiden vanhusten hoitoon. Palvelutalossa jokaisella asukkaalla on oma huone, johon kuuluu myös wc- ja suihkutilat. Oman huoneensa lisäksi asukkaila on käytössään yhteisiä tiloja, kuten ruokailutila sekä liikunta- ja juhlasalit.

6.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää minkälaisilla menetelmillä hoitajat arvioivat muistisairaiden kipua ja eroavatko nämä menetelmät muiden potilasryhmien kivun arvioinnista. Lisäksi selvitettiin, minkälaisia kokemuksia hoitajilla on lääkkeettömien kivunhoitomuotojen käytöstä ja hyödynnettävyydestä muistisairaiden kivunhoidossa. Tutkimuksessa kartoitettiin myös, millä keinoilla kivun arviointimenetelmiä voitaisiin parantaa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä menetelmiä hoitajat käyttävät muistisairaiden kivun arviointiin?
2. Mitä lääkkeettömiä hoitomuotoja voidaan käyttää hyödyksi muistisairaiden kivunhoidossa?

6.3 Tutkimusmenetelmä

Tämän opinnäytetyön tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Määrällisen tutkimuksen päätavoitteena on pyrkimys yleistää tieto tutkittavasta ilmiöstä. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jonka tarkoituksena on luoda perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Jotta tämä toteutuu ja tulokset voitaisiin käsittää kattamaan koko perusjoukkoa, on tutkimuksella oltava riittävä määrä havaintoyksiköitä. Määrällinen tutkimus perustuu positivismiin, joka korostaa tiedonperustelua, luotettavuutta sekä yksiselitteisyyttä. (Kananen 2008, 10.)

Ennen kuin kvantitatiivinen tutkimus voidaan toteuttaa, tutkittavan ilmiön on oltava tunnettu eli tulee myös olla tiedossa, mitkä tekijät vaikuttavat tutkittavaan ilmiöön. Jos tekijöitä eli sitä mitä mitataan, ei ole tiedossa on mittaaminenkin mahdotonta. Määrällinen tutkimus onkin pitkälti tekijöiden, muuttujien mittaamista ja muuttujien esiintyvyyden määrällistä laskemista. Tämän lisäksi määrällisessä tutkimuksessa lasketaan tekijöiden suhteiden välistä vuorovaikutusta. Määrällisen tutkimuksen yleisin tiedonkeruumenetelmä on kyselylomake, jota tässäkin opinnäytetyössä on käytetty. (Kananen 2011, 12–13.)

Määrällisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkimusongelma johon haetaan ratkaisua ja vastauksia tutkimuskysymyksillä. Varsinaisten tutkimuskysymysten lisäksi tarvitaan myös muita, yksityiskohtaisempia kysymyksiä, niin sanottuja apukysymyksiä, joilla tutkittavasta ilmiöstä saadaan tarkempia tietoja, kuin varsinaisten tutkimuskysymysten avulla. Kysymykset voidaan nähdä eräänlaisina mittareina, jotka selvittävät tutkittavaa ilmiötä. (Kananen 2011, 21.)

6.4 Aineistonkeruu

Tutkimukseen otettiin kaikki vakituiset hoitajat kaikilta Merilän kolmelta osastolta. Valintakriteerinä oli, että hoitaja on vakituudessa työsuhteessa. Tämän kokouksessa työyhteisössä tarkkojen valintakriteereiden määrittely olisi antanut pie-

nemmän otoksen ja tutkimuksen luotettavuus olisi kärsinyt, myös osallistujien anonymiys olisi kärsinyt. Osallistujien työkokemus hoitoalalla vaihteli yhdestä vuodesta 42 vuoteen, keskimääräinen työkokemus oli 17 vuotta.

Tutkimuksen aineisto kerättiin anonyymeilla, puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla (LIITE 2), joita toimitin yhteensä 33 kappaletta henkilökohtaisesti osastoille. Toimittaessani lomakkeita kerroin silloin vuorossa olleille työntekijöille tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Tätä ennen olin ollut yhteydessä Omakotisäätiön johtajaan, joka myönsi tutkimusluvan sekä osastojen tiiminvetäjiin, joiden kanssa sovittiin tutkimuksen aikataulutuksesta sekä siitä, että he keräisivät valmiit lomakkeet. Tiiminvetäjät myös kertoivat henkilökunnalle etukäteen tutkimuksesta sekä sen aikataulutuksesta. Tämän lisäksi tein jokaiselle osastolle saatekirjeen (LIITE 1), joka oli henkilökunnan luettavissa.

Kyselylomake sisälsi alkuun avoimen kysymyksen hoitoalan työkokemuksen määrästä vuosina. Muita taustatietoja, kuten ikää tai sukupuolta tai hoitoalan koulutusta tutkimuksessa ei kysytty, koska koin, ettei niillä ole vaikutusta tutkimuksen lopputulokseen.

Tämän jälkeen kysymykset jakautuivat kahteen aihepiiriin: kivun arviointia ja lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja koskeviin kysymyksiin. Molemmissa aihepiireissä oli kaksi pääkysymystä, joihin esitin vielä tarkempia kysymyksiä sekä perusteluja vastaukselle.

Täytetty lomake laitettiin suljettuun kirjekuoreen ja annettiin tiiminvetäjälle, joka keräsi kaikki lomakkeet yhteen ja toimitti ne minulle. Aineistonkeruu toteutettiin lokakuussa 2012 ja sitä varten oli varattu aikaa kaksi viikkoa.

6.5 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeen suljetuista kysymyksistä saaman aineiston analysoinnin avuksi käytin suoraa jakaumaa, joka on yksinkertaisin tapa yhden muuttujan ominaisuuksien kuvaamisessa. Suora jakauma tarkoittaa yksiulotteista frek-

venssijakaumaa, jossa aineistosta saatu tieto voidaan havainnollistaa ja tiivistää. Jakauma kertoo, montako kertaa jokin muuttuja eli ilmiö esiintyy aineistossa. Koska kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistämään tietoa, ei ilmiön esiintymisen kappalemäärillä eli frekvensseillä ole merkitystä, vaan sillä mikä kunkin muuttujan eli tässä ilmiön suhteellinen osuus on koko aineistosta. (Kananen 2011, 74.)

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin ryhmittelemällä niistä saatu aineisto tutkimuskysymysten mukaisesti. Ryhmitellessäni aineistoa, hain aineistossa toistuvia, samoja asioita ja ryhmittelin ne teemojen mukaan ryhmiksi. Ryhmittelyn lisäksi laskettiin kuinka useasti aineistossa esiintyi kukin ryhmä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusta varten toimitin osastoille yhteensä 33 kyselylomaketta, joista 22 kappaletta palautettiin täytettyinä. Vastausprosentti oli 67 %.

7.1 Kivun arviointi

Kaikki vastaajat mainitsivat käyttävänsä kivunarviointiin useampaa kuin yhtä menetelmää. Analysoinnin tuloksena ryhmittelin nämä menetelmät ryhmiksi; muutokset asukkaan olemuksessa, muutokset asukkaan kehossa, muutokset fysiologisissa mittauksissa, muutokset asukkaan käyttäytymisessä, asukkaan ja tämän taustatietojen tunteminen, sanallinen ilmaisu ja kosketus kivun arvioimiseksi. Tulokset käsitellään kivun arviointimenetelmän perusteella.

7.1.1 Havainnointi

Vastaajat käyttivät kivunarviointiin havainnointia asukkaan muuttuneista tai normaalista poikkeavista eleistä, ilmeistä, ääntelystä, liikkumisesta sekä muuttuneesta käyttäytymisestä. Vastaajien mukaan kivuliaan asukas saattaa olla tavanomaista aggressiivisempi, levottomampi, äreämpi tai apaattisempi. Myös ruokahalu saattaa muuttua, jos asukkaalla on kipua. Havainnointiin kuului myös koskettelu ja palpaatio kipukohdan selvittämiseksi.

Eleiden ja muutoinkin käyttäytymisen muuttuminen voi olla kivun ilmaisemista.

Ilmeestä huomaa onko asukkaalla kipua, tämä voi esimerkiksi irvistää jatkuvasti.

Puhumaton asukas voi äännellä tuskaisesti ja kiljahtaa vaikka asentoa vaihdettaessa.

7.1.2 Fysiologiset mittaukset

Kymmenen vastaajaa arvioi asukkaan kipua fysiologisten mittausten sekä kehon muutosten seurannalla, kuten hikoilun, ihonvärin ja lämmön muutosten seuraamisella sekä verenpaineen ja pulssin mittauksella ja hengityksen seurannalla.

Asukas voi olla tuskaisen hikinen ja iho tuntua lämpimältä, jos tällä on kipua.

Jos asukkaalla on kipua, voi verenpaine ja pulssi kohota normaaleista lukemista.

Kipua arvioidessa mitataan asukkaan lämmön, verenpaineen, pulssin ja tarkkailen hengitystä (käyttääkö apuhengityslihaksia).

7.1.3 Tietoisuus asukkaan tavanomaisesta käytöksestä ja taustatiedoista

Kolme vastaajaa kiinnitti huomiota asukkaan tavanomaisen käytöksen ja taustatietojen tuntemiseen kipua arvioidessaan. Asukkaan, tämän tavallisen olemuksen ja käytöksen tunteminen sekä tämän taustatietojen, esimerkiksi traumojen ja sairauksien, tunteminen koettiin tärkeäksi, jotta asukkaasta voitaisiin havaita kivusta johtuva epänormaali käytös sekä taustatietojen avulla mahdollisesti selvittää kivun aiheuttaja.

Jos asukas on tuttu, voi helposti huomata jos jokin on vialla.

Jos asukkaan tuntee, tietyistä oireista tietää, että nyt on kipuja.

7.1.4 Verbaalinen ilmaisu

Yhdeksän vastaaja mainitsi kipua arvioidessaan verbaalisen ilmaisun. Tällä tarkoitettiin, että asukkaalta kysyttiin kivusta, haastateltiin asukasta, keskusteltiin asukkaan kanssa kivusta sekä seurattiin hoitajien raportointia ja kirjaamista asukkaan mahdollisista kivuista.

Tärkeintä on kysyä asukkaalta sattuuiko ja mihin. Kysyä täytyy vaikka useampaan kertaan ja riittävän selkeästi. Raportissa olisi hyvä mainita kivuista, näin voi seurata jatkuvat kivut ja mitä sille tulisi tehdä.

TAULUKKO 2. Kivun arviointiin käytetyt menetelmät ja niiden esiintyvyys

Menetelmä	Menetelmää käytti (n)
Havainnointi	25
Fysiologiset mittaukset	10
Verbaalinen ilmaisu	9
Tietoisuus asukkaan tavanomaisesta käytöksestä ja taustatiedoista	3

Yleisin kivunarviointi menetelmä oli siis havainnointi. Toiseksi eniten vastaajat mainitsivat käyttävänsä fysiologisia mittauksia kivun arviointiin. Vähiten käytetty menetelmä oli tietoisuus asukkaan tavanomaisesta käytöksestä ja taustatiedoista.

7.1.5 Käytettyjen menetelmien eroavaisuus muiden potilaiden kivunarvioinnista

Suurin osa vastaajista, (N=15), oli sitä mieltä, että muistisairaiden kivunarviointiin käytetyt menetelmät eroavat jotenkin muiden potilaiden kivunarvioinnista. Erityisesti kommunikointiongelmat koettiin vaikeuttavan muistisairaiden kivunarviointia, muiden potilaiden kivunarviointiin verrattuna. Kommunikointiongelmilla tarkoitettiin muistisairaiden heikentynyttä kykyä suulliseen ilmaisuun, puheen tuottamisen vaikeutta, epäselvää puhetta ja puhumattomuutta.

Kivulias asukas saattoi ilmaista kipuaan muilla oireilla, joita ei tunnusteta kivuksi, kuten muuttuneella, tavanomaisesta poikkeavalla käytöksellä. Kivulias asukas saattoi muuttua aggressiiviseksi tai ahdistuneeksi. Aukkaalla saattaa olla myös muuttunut kivun kokemus ja käsitys, jolloin asukas ei kysyttäessä kerro kärsivänsä kivusta, vaikka havainnoimalla ilmeitä, eleitä ja olemusta näkee, että aukkaalla on selvästi kipuja. Vastaajat kokivat, että muistisairaiden kivun arvioinnissa on kiinnitettävä muita potilaita tarkemmin huomioita aukkaan normaalin käyttäytymiseen ja tämän taustatietoihin. Yleisimmäksi syyksi menetelmien eroavaisuuteen koettiin kommunikointiongelmat (N=10). Toiseksi yleisin syy oli oireilun ja taustatietojen tarkempi huomioiminen (N=5).

7 vastaajaa arvioi, etteivät käytetyt menetelmät eroa muiden potilasryhmien kivunarviointimenetelmistä. He perustelivat vastauksiaan sillä, että käytettyjä menetelmiä voi käyttää kaikkien potilasryhmien kivunarvioinnissa (N=5) ja sillä, että kivulias potilas pystyy kyllä ilmaisemaan kivun aina jollain tavalla (N=2).

Suurin osa, (N=18), vastanneista arvioi, että muistisairaiden kivunarviointi on haastavampaa muihin potilaisiin verrattuna. 4 vastaajaa koki, ettei kivun arviointi ole sen hankalampaa, kuin muidenkaan potilaiden. Muistisairaiden kivunarviointi hankaloittaa muistisairauden mukanaan tuomat kommunikointiongelmat. Muistisairas voi myös ilmentää kipuaan oireilla, joita ei tunnusteta kivuksi tai muistisairas ei enää tunnista kipua kivuksi.

7.1.6 Kivunarvioinnin kehittäminen

Muistisairaiden kivun arvioinnin kehittämiseksi ja helpottamiseksi toivottiin apuvälineiden käyttöönottoa, esimerkiksi niin, että osastoilla otettaisiin sovitusti käyttöön erilaisia kipumittareita tai kuvakortteja helpottamaan asukkaiden kivun arviointia. Kivun arvioinnin kehittämiseksi ehdotettiin myös hoitajien välisen viestinnän, raportoinnin ja kirjaamisen, tehostamista, sekä perusteellisempaa kirjausta asukkaan normaalista voinnista, jonka perusteella kipua tai kivusta aiheutuvaa, normaalista poikkeavaa käytöstä, olisi helpompi arvioida. Kivun arviointia voidaan kehittää myös perehtymällä asukkaan taustatietoihin, perusteella asukkaan ymmärtämisellä ja asukkaan hyvällä tuntemalla. Näin ollen kipu tai kivun aiheuttama poikkeava käytös on helpommin tunnistettavissa. Myös hoitajan ammattitaidolla, eli eleiden, ilmeiden oikealla tulkinnalla ja kivun aiheuttamien oireiden tietämyksellä voitaisiin parantaa muistisairaiden kivun arviointia.

7.2 Lääkkeettömät kivunhoitomuodot

Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja osallistujat luettelivat useita. Fysikaalisiin hoitomuotoihin kuului liikunta, venyttely, asentohoidot, hieronta, lämpö- ja kylmahoidot, kipualueen tukeminen sidoksella ja fysioterapia. Psykologisiin hoitomuotoihin kuului läsnäolo, lohduttaminen, keskustelu, turvallisuuden tunteen luominen ja rauhoittelu. Hyvään perushoitoon sisältyy riittävästä ravitsemuksesta, levosta ja hygieniasta huolehtiminen. Viriketoiminta käsitti taiteen, musiikin, mielekkään tekemisen ja erilaisiin vapaa-ajan ryhmiin osallistumisen.

7.2.1 Lääkkeettömien kivunhoitomuotojen käyttö

Lääkkeettömiä hoitomuotoja oli käyttänyt suurin osa (N=18) vastaajista. Fysikaaliset hoitomuodot, kuten hieronta, kipualueen immobilisointi, kylmä- ja lämpöhoidot, liikunta sekä asentohoidot olivat käytetyin hoitomuoto. Psykologisia menetelmiä, kuten keskustelua, läsnäoloa ja turvallisuuden tunteen luomista oli myös käytetty kivunhoidossa. Myös ympäristön muutoksia, kuten valonsäätelyä oli käytetty. Lisäksi lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista oli käytetty koskettelua ja viriketoimintaa, kuten askartelua ja musiikin kuuntelua, joilla ajatukset voidaan suunnata kivusta pois ja antaa asukkaalle mielekästä tekemistä. Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja oli käytetty useisiin, erilaisten kipujen hoitoon, kuten selkävivun, migreenin, nyrjähdysten ja spastisuuden ja nivelrikon aiheuttaman kivun hoitoon, sekä kipuun, joka ilmeni levottomuutena.

TAULUKKO 3. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö ja niiden esiintyvyys

Menetelmä	Menetelmää käytti (n)
Fysikaaliset hoitomuodot	14
Psykologiset hoitomuodot	5
Viriketoiminta	3
Ympäristön muutokset	2
Koskettelu	2

7.2.2 Lääkkeettömien kivunhoitomuotojen hyöty

Lääkkeettömät kivunhoitomuodot koettiin hyödyllisiksi muistisairaiden kivunhoidossa. Hyödyllisyyttä perusteltiin muun muassa lääkkeiden haittavaikutusten vähenemisellä, lääkkeitä aiheutuvan riippuvuuden estolla sekä sillä, ettei asukasta turruteta lääkkeitä. Kivunhoidossa tulisi kokeilla kaikkia tarjolla olevia hoitomenetelmiä, ensisijaisesti haitattomia eli lääkkeettömiä hoitomuotoja.

Aina kannattaa yrittää lääkkeettömyyttä, mutta fanaattisuuteen ei pidä sortua eikä antaa kivuliaan kärsiä sen vuoksi, että uskoo lääkkeettömyyden riittävän.

Lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja voidaan hyödyntää monissa erilaisissa muistisairaiden kivun hoitoon liittyvissä tilanteissa, kuten tuki- ja liikuntaelinten vammojen aiheuttaman kivun hoidossa, venähdyksissä, nyrjähdyksissä sekä asentovirheistä johtuvista kivuissa. Myös psykologisten ”vaivojen”, eli kivun aiheuttamassa masennusta, apaattisuutta tai kivun ilmetessä levottomuutena ja aggressiivisuutena, hoidossa lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista voidaan hyötyä. Tällöin asukkaan ajatukset ”suunnataan pois” kivusta ja asukkaan turvallisuuden tunne lisääntyy. Lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista voidaan hyötyä myös kroonisten kipujen hoidossa, kipulääkkeiden lisänä tai ennen niiden käyttöä tai lääkkeiden haittavaikutusten vähentämisessä sekä lievien kipujen hoidossa. Toisaalta lääkkeettömät kivunhoitomuodot voidaan kokea hankalammin toteuttaviksi, kuin esimerkiksi kipulääkkeen antaminen asukkaalle tai ettei hyvän kipulääkkeen tehoa voita mikään.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Kivun arviointikeinoja mainittiin useita ja niissä oli verbaalisen ilmaisun lisäksi myös havainnointia, kuten ilmeiden, eleiden ja olemuksen muutosten seuraamista. Verbaalista ilmaisua, itse asukkaalta kivusta kysymistä esiintyi kuitenkin vähän, vaikka Finne-Soverin (2008) mukaan juuri itse potilaalta kivusta kysymisen tulisi olla ensisijainen kivun arviointikeino. Itsearviointiin lisäksi arvioinnissa tulisi käyttää lisänä havainnointia. Kommunikaatiokyvyttömiä potilaiden kohdalla ensisijainen kivunarviointimenetelmä on havainnointi.

Kipumittareita tai muita apuvälineitä kivun arvioimiseen ei ollut käytössä. Finne-Soverin (2008) mukaan itsearviointiin tukena voi käyttää erilaisia kipumittareita, kuten VAS-janaa tai kipujanaa, jossa on numeroiden sijasta kasvot kuvastamassa kipua. Iäkkään tai muistisairaana voi olla kuitenkin hankala hahmottaa janaa. Tällöin voidaan käyttää kivun arvioinnissa apuna kipusanastoja, jotka kuvaavat kivun voimakkuutta ja sitä, millaista kipu on.

Tutkimuksessa selvisi, että hoitajat kokivat muistisairaiden kivunarvioinnin muiden potilasryhmien kivunarviointia vaikeammaksi. Syitä tähän olivat muun muassa muistisairaana kommunikointikyvyn huononeminen ja itseilmaisukyvyn aleneminen. Syyksi mainittiin myös se, että muistisairailla saattavat ilmaista kipua eri tavalla kuin muut potilasryhmät ja kipu saattaa ilmetä erilaisena oireiluna, esimerkiksi levottomuutena tai aggressiivisuutena.

Lääkkeettömiksi kivunhoitomuodoiksi hoitajat kokivat hyvin erilaisia menetelmiä. Yleisin mainittu menetelmäryhmä oli fyysiset menetelmät, kuten liikunta ja hieronta. Suurin osa vastaajista myös koki, että lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista on hyötyä muistisairaiden kivunhoidossa, varsinkin tilanteissa, joissa halutaan vähentää kipulääkkeiden haittavaikutuksia tai käyttää lääkkeettömiä hoitomenetelmiä kipulääkkeen lisänä.

Enemmistö vastaajista oli käyttänyt lääkkeettömiä hoitomuotoja muistisairaiden kivunhoidossa. Käytetyimmät menetelmät olivat fyysiset hoitomuodot, kuten

hieronta sekä lämpö- ja kylmähoidot. Tilanteita, joissa oli käytetty lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja, oli useita. Vastaajat mainitsivat käyttäneensä lääkkeettömiä hoitomenetelmiä erilaisissa venähdyksissä, nyrjähdyksissä, asukkaan spastisuuden hoidossa ja migreenin hoidossa.

Kivun arvioinnin helpottamiseksi hoitajat toivoivat käyttöön erilaisia kipumittareita tai kuvakortteja, joiden avulla asukas voisi itse arvioida kipuaan ja sen voimakkuutta. Osastoille voisi esitellä PAINAD- mittarin, joka on luotu helpottamaan muistisairaana kivun arviointia. Myös erilaisia VAS- janoja voisi esitellä ja ottaa käyttöön.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa opinnäytetyössä tarkastellaan aina työn luotettavuutta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta tarkastellaan validiteettia ja reliabiliteettia. Molemmat termit tarkoittavat luotettavuutta, tosin hieman eri näkökulmista katsottuna. (Kananen 2008, 79.)

Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa tutkitaan oikeita asioita tutkimusongelman kannalta. Validiteettia arvioitaessa arvioidaan myös tutkimuksessa käytettyä mittaria. Saadaanko valitulla mittarilla tarpeeksi olennaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä? Valittu mittari on siis validi, jos se mittaa tutkimusongelman kannalta oleellisia tietoja ja asioita. (Kananen, 2008, 81.) Tämän tutkimuksen mittarina käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta.

Kyselylomake valittiin mittariksi, koska se on helppo tapa suorittaa tutkimusta suurelle joukolla osallistujia. Se on myös edullinen ja helppo tapa toteuttaa tutkimusta. Kyselyä laatiessa mietin kysymysten asettelua ja kysymykset aseteltiin, niin, että niillä saataisiin tarpeeksi oleellista tietoa, työn tutkimusongelmat ja tarkoitus huomioiden. Jotta mittarilla voidaan tutkia valittua ilmiötä, tulee ilmiön käsitteet ja siihen vaikuttavat tekijät määritellä. (Kananen 2008, 82.) Tämän työn keskeiset käsitteet on määritelty tämän työn alkuosassa.

Tämän työn luotettavuutta olisi voitu parantaa kehittämällä ja esitestaamalla kyselylomaketta. Kysymykset olisivat voineet olla monipuolisempia ja perustua enemmän teoriaan ja työn keskeisiin käsitteisiin. Myös johdattelevia, kyllä-ei-kysymyksiä, olisi pitänyt välttää. Kuitenkin, tutkimuksessa käytetty kyselylomake antoi riittävästi oleellista ja käyttökelpoista tietoa tutkittavasta aiheesta.

Yleistettävyys eli ulkoinen validiteetti on osa kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointia. Yleistettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset voidaan yleistää kattamaan otoksen lisäksi koko populaatiota. (Kananen 2008, 81.) Tässä tutkimuksessa yleistettävyys voidaan käsittää kattamaan käytetyn otosjoukon lisäksi myös muut, muistisairaiden parissa työskentelevät henkilöt.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimus eri vaiheineen ja ratkaisuihineen on perusteltu ja dokumentoitu riittävän tarkasti. Tällä taataan luotettavuuden lisäksi työn aukottomuus alusta loppuun ja tarvittaessa tutkimus voitaisiin toistaa samanlaisena. (Kananen 2008, 83.)

8.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Kuten kaikissa tutkimuksissa, myös opinnäytetyön tutkimusta tehdessä on tarkasteltava eettisiä kysymyksiä ja periaatteita. Opinnäytetyössä eettisyyden tavoitteena on ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus sekä oikeudenmukaisuus. Opinnäytetyön eettisiin periaatteisiin kuuluu myös lähdekritiikki. Lähteitä valitessa on mietittävä niiden luotettavuutta, soveltuvuutta ja niiden taustalla olevia motiiveja. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2007, 27.) Lähteitä valitessa kiinnitin itse huomiota seuraaviin lähdekritiikin asioihin: tiedon ajantasaisuus, kirjoittajan asiantuntemus sekä julkaisijan tunnettavuus ja luotettavuus. Tiedonhankintavaiheessa tietoa varsinkin kivusta löytyi paljon, eri lähteistä. Arvioin tarvitsemani tiedon ja hyväksyin lähteiksi vain luotettavia, ajantasaisia lähteitä. Tiedon tuli olla myös tutkimukseni ja opinnäytetyöni kannalta hyödyttävä ja sovellettavissa juuri tähän työhön.

Henkilöiden, jotka antavat tietojaan opinnäytetyöhön, on oltava oikeus saada tietää mihin tietoja käytetään ja heiltä tulee olla lupa tietojen käyttämiseen. Tutkimukseen osallistuvia tulee informoida työstä ja sen tarkoituksesta sekä tavoitteista. Työn tekijän tulee suhtautua saamaansa materiaaliin niin, ettei se joudu muuhun, kuin etukäteen sovittuun käyttöön. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2007, 27–28.) Informoin Merilän osastoja työn tarkoituksesta ja tavoitteista, aikataulutuksesta sekä julkaisemisesta etukäteen. Kyselylomakkeita toimittaessa toimitin jokaiselle osastolle saatekirjeen (LIITE2), josta nämä asiat käyvät ilmi. Tutkimusluvan tälle työlle myönsi Omakotisäätiön johtaja.

Opinnäytetyön eettisyyteen kuuluu myös tutkimukseen osallistuneiden anonyymiyden säilyttäminen. Tällä tarkoitetaan sitä, ettei yksittäistä henkilöä voi tunnistaa tutkimuksen aineistonhankinnassa tai tutkimusraportista. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2007, 28.) Tutkimukseen osallistuneiden anonyymiyys säilyi koko tutkimusprosessin ajan. Kyselylomakkeet oli suunniteltu siten, ettei niistä voisi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Myös tutkimustulokset on esitelty anonyymiyttä ja tietosuojaa kunnioittaen, niin, ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa vastauksien perusteella.

8.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessini alkoi keväällä 2012, jolloin ideoin tulevaa opinnäytetyötä ja opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen hain tutkimusluvan työoleni. Jo ennen kevättä 2012 olin päättänyt, että tuleva opinnäytetyöni liittyy jollain tapaa muistisairaiden kivunhoitoon.

Opinnäytetyöprosessi on kasvattanut minua sekä ammatillisesti että myös ihmisenä. Opinnäytetyötä tehdessä olen harjaannuttanut tiedonhankintataitojani sekä kriittistä lukutapaa ja koen, että nyt osaan arvioida lähteitä ja niiden luotettavuutta aivan toisella tapaa, kuin opinnäytetyöprosessin alussa. Näitä taitoja tarvitaan myös sairaanhoitajana toimiessa, sillä jatkuva itsensä kehittäminen ja ammattitaidon ylläpito on olennainen osa sairaanhoitajuutta.

Vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot kehittyivät myös opinnäytetyöprosessin aikana. Yhteistyötä tein sekä koulun kuin myös työelämäyhteistyötahon kanssa tiiviisti. Vuorovaikutustaitoja harjaannutti opinnäytetyöseminaariryhmät, ohjaajan kanssa käydyt ohjauskeskustelut sekä yhteydenpito työelämätahon kanssa. Myös rakentavan palautteen antaminen ja sen saaminen tuli helpommaksi prosessin aikana. Palautetta sain niin ohjaajalta, opiskelutovereilta että myös työelämätaholta. Itse paransin palautteen antotaitojani opponoimalla toisten opiskelijoiden töitä sekä osallistumalla opinnäytetyöryhmiin. Sekä palautteen antaminen että myös sen saaminen ovat tärkeitä sairaanhoitajan ammatissa. Palautetta voi saada niin potilailta kuin työkavereiltakin. On myös hyvä osata itse antaa rakentavaa palautetta esimerkiksi työtovereille tai opiskelijalle, jonka ohjaajana toimii.

Opinnäytetyöni kautta olen myös saanut lisää tietoja kivunarvioinnista, kivun hoidosta ja lääkkeettömistä hoitomuodoista sekä myös muistisairauksista. Koska hyvä kivunhoito ja arviointi osa jokaisen sairaanhoitajan perustehtävää, tämän työn antama tieto tulee tulevaisuudessa varmasti tarpeen. Opinnäytetyö sai minut myös pohtimaan millainen itse olen kivunhoitajana ja arvioijana, sekä miten voisin tulevassa ammatissani edistää näitä asioita.

LÄHTEET

- Cavalieri, Thomas A. 2007. Managing Pain in Geriatric Patients. The Journal of American Osteopathic Association. Viitattu 24.1.2013
<http://www.jaoa.org>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. 27–28
- Elomaa, Minna & Estlander, Ann-Mari 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Haanpää, Maija; Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 245–251
- Eloniemi-Sulkava, Ulla & Sulkava, Raimo 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen Sirpa & Lönnroos Eija (toim.) Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 82–96.
- Erkinjuntti, Timo & Pirttilä, Tuula 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 121.
- Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka 2010. Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim, 19.
- Finne-Soveri, Harriet 2008. Kipu. Teoksessa Hartikainen Sirpa & Lönnroos Eija (toim.) Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita, 189–209.
- Haanpää, Maija 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Viitattu 16.1.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086
- Haanpää, Maija & Pohjolainen, Timo 2009. Stimulaatiomenetelmät. Teoksessa Haanpää, Maija; Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 230–231.
- Kalso, Eija 2009. Vanhusten kipu. Teoksessa Haanpää, Maija; Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 470–476.
- Kalso, Eija & Kontinen, Vesa 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Haanpää, Maija; Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim.

- Kananen, Jorma 2008. Kvantti: Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja- sarja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kananen, Jorma 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Tampereen yliopistopaino - Juvenes Print. 12–21,74
- Kankkunen, Päivi; Taponen, Rauni & Suominen, Tarja 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Gerontologia 4/2007, 311–319.
- Käypä hoito 2010. Muistisairaudet. Viitattu 5.12.2012.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>
- Pohjolainen, Timo 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Haanpää, Maija; Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim, 237–244.
- Sauvola, Anu 2004. Vanhusten kivunhoito. Oulun yliopisto & Oulun yliopistollinen sairaala, sisätautien klinikka. Viitattu 3.12.2012
<http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/041202.htm>
- Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry i.a. Mitä kipu on? Ohjeita ja oppaita. Viitattu 20.9.2012 <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/node/214>
- Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry, Hoitotyön toimikunta 2010. Suositus sairaanhoitajakoulutuksen kivunhoitotyön osaamistavoitteista. www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi
- Sulkava, Raimo 1999. Dementia kasvaa kansanterveysongelmaksi - olemmeko valmiit? Kansanterveys-lehti 6/1999.
- Sulkava, Raimo 2005. Dementia. Duodecim: Terveyskirjasto. Viitattu 5.12.2012
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00035
- Sulkava, Raimo 2010. Muistisairaahan ihmisen hoito. Amialife oy.
- Tilastokeskus 2003. Väestön ikääntyminen on suhteellista. Viitattu 8.1.2013
http://www.stat.fi/tup/tieto aika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html

LIITTEET

LIITE 1 Saatekirje osastoille

Saate

Syksy 2012

KYSELYLOMAKE OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Tämän kyselylomakkeen avulla on tarkoitus kartoittaa hoitajien kokemuksia muistisairaiden kivun arvioinnista ja lääkkeettömistä hoitomuodoista. Kysely on osa opinnäytetyötäni, joka julkaistaan keväällä 2013. Toivon, että mahdollisimman moni hoitajista vastaa kyselyyn, jotta sitä ja sen antamia vastauksia voidaan pitää luotettavana. Lomakkeet täytetään itsenäisesti, eikä niistä käy ilmi, kuka lomakkeen on täyttänyt. Opinnäytetyön valmistuttua siitä toimitetaan kopiot jokaiselle osastolle.

Kun olet täyttänyt kyselyn, jätä se kirjekuoreen, joka on toimitettu osastoille. Kerään kyselylomakkeet osastoilta 12.10.2012

Ystävällisin terveisin,

Aino Kormilainen

Sairaanhoitajaopiskelija

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

Yhteystiedot

Liite 2 Opinnäytetyön tutkimuksen kyselylomake

KYSELYLOMAKE

Syksy 2012

Kysymykset jakaantuvat kahteen aihepiiriin. Vastaathan kaikkiin kysymyksiin huolellisesti.

Hoitoalan työkokemus vuosina:

KIVUN HOIDON ARVIOINTI

1. Miten arvioit muistisairaahan kipua? Käytätkö mahdollisesti jotain apuvälineitä (esim. VAS-kipumittari)?

Eroavatko nämä arviointimenetelmät muiden potilasryhmien (esim. vanhukset, ilman muistisairautta) kivun arvioinnista?

Kyllä Ei

Perustele vastauksesi:

2. Koetko, että muistisairaiden kivun arviointi on muita potilasryhmiä hankalampaa?

Kyllä Ei

Perustele vastauksesi:

Jos vastasit kysymykseen 2 myöntävästi, kerro miten muistisairaiden kivun arviointia voitaisiin helpottaa:

LÄÄKKEETTÖMÄT KIVUNHOITOMUODOT

1. Mitä ovat mielestäsi lääkkeettömät kivunhoitomuodot?

2. Koetko, että lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista on hyötyä muistisairaiden kivun hoidossa?

Kyllä Ei

Perustele vastauksesi:

Jos vastasit kysymykseen 2 myöntävästi, kerro missä tilanteissa lääkkeettömiä kivunhoitomuotoja voitaisiin hyödyntää ja käyttää muistisairaiden kivun hoidossa?