

Tiina Leinonen

**KOSKOO JA KOLOTTAA  
JOKA PAEKKAAN**

Kyselytutkimus sairaanhoitajille ja  
terveydenhoitajille heidän osaamisestaan  
arvioida ja hoitaa dementoituneen  
potilaan kipua.

Opinnäytetyö  
Tutkintoa täydentävä koulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)


Marraskuu 2009




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  25.11.2009
<b>Tekijä(t)</b> Tiina Leinonen	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Tutkintoa täydentävä koulutus, Sairaanhoitaja (AMK)	
<b>Nimeke</b> KOSKOO JA KOLOTTAA JOKA PAEKKAAN. Kyselytutkimus sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille heidän osaamisestaan arvioida ja hoitaa dementoituneen potilaan kipua.		
<b>Tiivistelmä</b> Aikaisempien tutkimusten ja käytännön työstä saatujen kokemusten perusteella dementoituneen vanhuspotilaan kivun arvioinnissa ja hoitamisessa on puutteita. Kivun tunnistaminen ei ole helppoa, jos ihminen ei kykene kertomaan itse kivustaan kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Dementoituneen vanhuksen kivun arvioinnissa ei käytetä riittävästi kipumittareita ja tämän vuoksi kipua on hoidettu puutteellisesti. Dementoituneen vanhuksen kivun hoidossa käytetään ensisijaisesti lääkehoitoa, mutta se ei saa olla ainoa hoitokeino kivun helpottumiseksi. Ei-lääkkeellisten hoitotyön menetelmien avulla tuetaan kivun lääkehoitoa.  Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien osaamista arvioida ja hoitaa dementoituneen potilaan kipua kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastolla. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, johon liittyi lääketieto-osuus ja kolme avointa kysymystä. Analysointi toteutettiin SPSS-tilasto -ohjelman ja sisällön analyysin avulla. Tutkimuksen perusjoukko oli 51 ja otos 38.  Tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tiedot yleisesti kivusta on hyviä ja dementoituneen vanhuksen omaa arviota kivusta pidetään merkityksellisenä. Kivunhoidossa käytettävistä lääkkeistä tulehduskipulääkkeet tunnetaan hyvin, opioidien tunnistamisessa on vaihtelua ja muita kivunhoidossa käytettäviä lääkkeitä tunnistettiin melko hyvin. Kipumittareiden käyttö on vähäistä, vaikka niiden koettiin helpottavan kivun arviointia. Yhteiset linjat puuttuvat kivun arvioinnista. Kivun arviointia vaikeuttavat vastaajien mukaan kommunikaatio-ongelmat, ilmeiden ja eleiden tunnistaminen kivun ilmaisuksi sekä vanhuksen aggressiivinen käytös. Hoitamisessa on vaikeaa lääkitykseen liittyvät asiat; kuinka saadaan potilas ottamaan lääkkeitä, millainen annos on riittävä ja onko annettua lääkettä ollut riittävästi apua. Ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja käytetään runsaasti.  Tuloksia voidaan hyödyntää kivun arvioinnin ja hoidon yhteisten linjojen kehittämiseksi kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastolla.		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> dementia, kipu, kivun arviointi, kivunhoito, kipulääke, osaaminen		
<b>Sivumäärä</b> 64 + liitteet (8 sivua)	<b>Kieli</b> Suomi	<b>URN</b> URN:NBN:fi:mamk-opinn2009A5350
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Ansa Iivanainen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>	

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  25.11.2009
<b>Author(s)</b> Tiina Leinonen	<b>Degree programme and option</b> The Degree Programme in Nursing, Bachelor of Nursing	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> HURT AND ACHE EVERY PLACE. A study questionnaire to nurse and public health nurse of their competence to assess and care patients with dementia pain.		
<b>Abstract</b> According to previous studies and experiences gathered in working with patients with dementia, estimating and nursing pain is not effective. Pain assessment is difficult when the patient is not able to voice his or her agony due to diminished cognitive abilities. The pain estimation tools are not used often enough when assessing patients with dementia and that is why their pain is treated inadequately. Medical treatment seems to be the most common treatment of pain with patients with dementia, even though it must not be the only treatment. Non-medical nursing supports the medical pain relief.  The aim of this paper is to study how the nurses and the public health nurses working in home nursing, casualty and emergency as well as in several wards under Sisä-Savo joint municipality board for health can assess and nurse the dementia patients in pain. The data for the study was collected with a structured questionnaire including medical knowledge question and three open questions. The data was analysed with SPSS-statistics programme and by means of a comparison method. The basic group of the study was 51 persons and the sample 38 persons.  The data shows that nurses and the public health nurses have good general knowledge of pain treatment. In addition, they see the dementia patients' own assessment of pain very important. When considering medication used in pain relief nurses know of pain and inflammation medicine very well. Their knowledge of opioids is varying. And then again, they have fairly good knowledge of other pain medicines. The nurses seldom use pain estimation tools even though they see them useful. There seem to be no general course of conduct in pain assessment.  The nurses feel that the communication is the most difficult part of pain assessment. Recognising patients' facial expressions and different gestures, as well as aggressive behaviour as pain is considered very hard. On the other hand, the nurses find various aspects medication very challenging, how to get the patient take the medicine, what is an adequate dose? The methods of non-medical nursing are commonly used, as well.  This study gives valuable information for developing general course of conduct of pain assessment in home nursing, casualty and emergency as well as in the wards.		
<b>Subject headings, (keywords)</b> dementia, pain, pain assessment, pain care, pain medicine, competence		
<b>Pages</b> 64 + inclusions (8 pages)	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b> URN:NBN:fi:mamk-opinn2009A5350
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b> Ansa Iivanainen	<b>Bachelor's thesis assigned by</b>	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	SAIRAAHOITAJAN OSAAMINEN.....	2
2.1	Tieto.....	4
2.2	Taito.....	6
2.3	Asenne .....	7
3	DEMENTOITUNEEN VANHUKSEN KIVUN ARVIOINTI JA HOITO .....	8
3.1	Dementia sairautena.....	8
3.2	Kivun määritelmä .....	11
3.2.1	Akuutti ja krooninen kipu .....	12
3.2.2	Kivun luokittelu .....	13
3.2.3	Kipu subjektiivisena kokemuksena.....	15
3.3	Kivun arviointi.....	17
3.4	Kivun hoito .....	20
3.4.1	Lääkkeellinen kivunhoito.....	21
3.4.2	Ei – lääkkeellinen kivunhoito .....	30
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	32
	Tutkimusongelmat: .....	32
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	33
5.1	Aineiston keruu.....	33
5.2	Mittari .....	34
5.3	Aineiston käsittely ja analyysi .....	36
6	TULOKSET .....	37
6.1	Vastaajien taustatiedot .....	38
6.2	Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tiedot kivusta .....	38
6.3	Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tiedot kipulääkkeistä.....	40
6.4	Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenne dementoituneen vanhuksen kivunhoidossa.....	43
6.5	Dementoituneen potilaan kivun arvioinnin ja hoidon vaikeudet sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemana.....	46
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	48

7.1	Tutkimustulosten ja niiden merkitysten tarkastelua .....	48
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	52
7.3	Oman oppimisen arviointi ja jatkotutkimusehdotuksia .....	54
LÄHTEET .....		56
LIITTEET		

## 1 JOHDANTO

Iäkkäiden ihmisten osuuden väestössä ennustetaan lisääntyvän huomasti vuoteen 2040 mennessä. Vuonna 2010 on arvioitu Suomessa olevan 21 262 yli 85-vuotiasta ihmisistä ja ennuste vuodelle 2040 on 50 507 yli 85-vuotiasta ihmistä. (Tilastokeskus 2009). Väestön ikääntymisen myötä myös muistisairauksien ennustetaan lisääntyvän. 85 vuotta täyttäneistä ihmisistä noin 30 % sairastaa jotakin dementoivaa sairautta. Näistä 60 %:lla on Alzheimerin tauti (Telaranta 2001). Vuonna 2005 dementoiva sairaus esiintyi noin 32 500:lla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävistä asiakkaista. Terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa dementoituneiden määrä oli vuoden 2005 lopussa 6487 potilasta ja lyhytaikaisessa hoidossa 1869 potilasta. (Stakes 2009). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) v. 2008 – 2011 tavoitteena on, että vanhusten ikävakioidu toimintakyky paranee ja yli 75-vuotiaista pitkäaikaisessa laitoshoidossa on enintään 3 %. (Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2009.)

Muistisairauksien lisäksi myös erilaiset kiputiloille altistavat sairaudet lisääntyvät ihmisen vanhetessa. Vaikka kivut ovat yleisesti vanhusten vaivoja, ei vanhuus ole koskaan kivun syy. Kivun syy tulee selvittää, jotta se voidaan hoitaa oikein. EFIC:n (2003) julkilausumassa todetaan, että "Kipu on merkittävä terveydenhuollon ongelma Euroopassa. Vaikka akuuttia kipua voidaan perustellusti pitää sairauden tai vamman oireena, krooninen tai toistuva kipu on erityinen terveydenhoidon ongelma, sairaus jo itsessään". (EFIC 2003.) Ukkosen artikkelissa lääkäri-lehdessä (2001) kerrotaan anestesiologian erikoislääkäri Eero Vuorisen kommentoineen suomessa kivunhoidon olevan jälkijunassa, vaikka kivun hoidon merkitys on tiedostettu. Suomessa yli puoli miljoonaa ihmistä kärsii kroonisesta kivusta, ja kipu sairautena on Vuorisen mielestä verrattavissa yleisimpiin kansansairauksiin, kuten verenpainetautiin tai diabetekseen. (Ukkonen, 2001, 987.) Kipujen esiintyvyys ja voimakkuus sekä kivunsietokyky muuttuvat ikääntymisen myötä. Tämä tulee ottaa huomioon, koska vanhuksella saattaa olla oireiden takana vakava akuutti sairaus, esimerkiksi sydäninfarkti, joka ei aiheuta kipua samalla tavalla kun nuoremmalle ihmiselle. (Tilvis 2004a).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) velvoittaa terveydenhuollon laitoksissa annettavien palveluiden tarjoajia toimimaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa antaessaan hänelle hoitoa hänen sairauteensa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 2009). Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairauden sekä myös kivun hoitoon lääketieteen tuntemin adekvaatein hoitokeinoin. (Haatainen 2006, 32 – 34; Pahlman 2001, 6). Dementoituneen vanhuspotilaan kyvyttömyys ilmaista kipuaan tai kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. (Salanterä ym. 2006,7.)

Kohtaan työssäni terveyskeskuksen vuodeosastolla dementoituneita vanhuspotilaita, joilla on erilaisia kipua aiheuttavia sairauksia. Potilaiden kivun hoitaminen ei ole helppoa, koska kivun paikkaa ja voimakkuutta voi olla vaikea selvittää. Näin on varsinkin silloin, kun he eivät kykene itse kuvailemaan kipuaan. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien osaamista arvioida ja hoitaa dementoituneen potilaankipua. Tutkimus tehdään kyselytutkimuksena kaikille toimessa oleville ja yli kolmen kuukauden sijaisuuksissa toimiville sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää dementoituneen vanhuspotilaan kivun hoidon kehittämisessä kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastoilla.

## **2 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN**

Sairaanhoitajan ammatillisessa hoitotyössä tarvitaan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia. Näiden hallinta on hyvää ammattitaitoa käytännön hoitotyössä. Tieto, taito ja asenteelliset valmiudet kulkevat käsi kädessä ja kehittyvät toistensa avulla. Lisääntyvä sisäistetty tiedon määrä auttaa taitojen karttumisessa. Asennetta tarvitaan tietojen ja taitojen syventämiseen, ilman myötätuntoa hoitaja toimii vain teknisellä tasolla. (Lauri 2006, 84.)

Virginia Hendersonin (1974) seuraava hoitotyön määritelmä esittelee sairaanhoidon periaatteet, jotka antavat hoitotyön toiminnalle yhä edelleen tavoitteet ja sisällön.

*”Sairaanhoitajan tehtävä on auttaa ihmistä, tervettä ja sairasta, kaikissa niissä toiminnoissa, jotka tähtäävät terveyden säilyttämiseen tai saavuttamiseen (tai tukea häntä kuoleman lähestyessä). Nämä toiminnot ovat sellaisia, jotka hoidettava suorittaisi itse, jos hänellä olisi siihen riittävästi voimia, tahtoa ja tietoa. Apuaan sairaanhoitaja antaa siten, että hoidettava saavuttaa mahdollisimman pian riippumattomuuden (Henderson, 1974; Lauri 2006, 16.)*

Hoitotyötä ja hoitotyön prosessimallia on kehitetty vuosien aikana tukemaan hoitotyössä toimivien työntekijöiden päätöksentekoa. Vuonna 1972 kansanterveystieteen tulua voimaan, syntyi tarve potilaan hoitotyön kirjaamiselle, hoitoprosessin jatkuvuuden turvaamiseksi, yhä useampien ammattiryhmien osallistuessa potilaan hoidon toteuttamiseen. Potilaan terveyden- ja sairauskertomusten yhdenmukaiselle kirjaamiselle koettiin lisääntyvää tarvetta. (Ensio ym. 2007, 66 – 74.) WHO:n 1980-luvulla kehittämä hoitotyön prosessimalli toimii edelleen hoitotyön ja sen kirjaamisen taustalla. (Ensio ym. 2004, 36.) Hoitotyö etenee 1950-luvulla aloitetun, ensimmäisen sukupolven vaiheen, prosessimallin mukaisesti; hoidon tarve määritetään, hoito suunnitellaan ja toteutetaan ja lopuksi arvioidaan hoidon vaikuttavuus. Toisen sukupolven vaiheessa hoitotyön tarveluokitukset ja hoitotyön diagnosointi on otettu käyttöön. Tämän tarkoituksena on kuvata täsmällisesti potilaan hoitoa ja siinä korostuu hoidon tarpeen määrittely. Nykyisin käytössä olevassa, kolmannen sukupolven vaiheessa, korostetaan kriittisen ajattelun merkitystä, joka on perusta hoitotyön tulosten määrittelylle, vertaamiselle ja analysoinnille. Nykyisessä vaiheessa korostuu hoitotyön diagnoosien tekeminen ja tarveluokitusten kehittämistyö, joka on tärkeä peruste hoitotyön systemaattiselle kirjaamiselle. (Ensio, 2007, 56 - 64.)

Kivun hoitoprosessi etenee mallin mukaisesti. Ensin kartoitetaan, missä kipua on, arvioidaan ja mitataan kivun voimakkuus, sitten suunnitellaan sopiva kivun hoitomuoto. Hoito toteutetaan yhteistyössä potilaan kanssa. Lopuksi hoidon vaikuttavuus arvioidaan ja kirjataan. Tarvittaessa hoitomuotoa vaihdetaan, jos ensimmäisellä hoitovaihtoehdolla ei saavuteta toivottavaa tulosta.



## 2.1 Tieto

Tieto on yleisesti jaettu kahteen tiedon alaan, teoreettiseen ja käytännön tietoon. Hoitamisen tiedonlajeja on tarkasteltu useammasta näkökulmasta ja hoitotieteessä merkittävimpänä voidaan pitää Carperin tiedon lajien luokittelua (McKenna 1997, 41 – 42). Hän jakaa tiedon empiriseen eli hoitotieteelliseen tietoon, esteettiseen, eettiseen ja persoonalliseen tietoon. (Heikkinen 2003; Lauri 2006, 83;)

Empiirinen tieto on yleistä ja systemaattista teorian tietoa, jolla kuvataan tai selitetään ilmiöitä. Tieto on varmaa ja sen paikkansa pitävyys voidaan todistaa tieteellisillä tutkimuksilla. Sairaanhoidaja tarvitsee teorian tietoa ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta, biologiasta, psykologiasta ja sosiaalisesta käyttäytymisestä ja myös siitä, mitä ne merkitsevät terveen tai sairaan ihmisen elämässä. Tietoa saadaan aikaisemmin tehdyistä eri tieteenalojen teorioista ja tutkimuksista Teoreettinen tieto auttaa jäsentämään todellisuutta, helpottaa kommunikointia ja antaa asioille yleisesti ymmärrettäviä selityksiä. Teorian tietoa tarvitaan tutkimus- ja kehittämistyössä, mutta tutkijat myös kehittävät uusia teorioita ja teoreettisia malleja helpottamaan käytännön työtä. (Heikkinen 2003; Lauri 2006, 29, 83, 90; McKenna 1997, 42 – 43.)

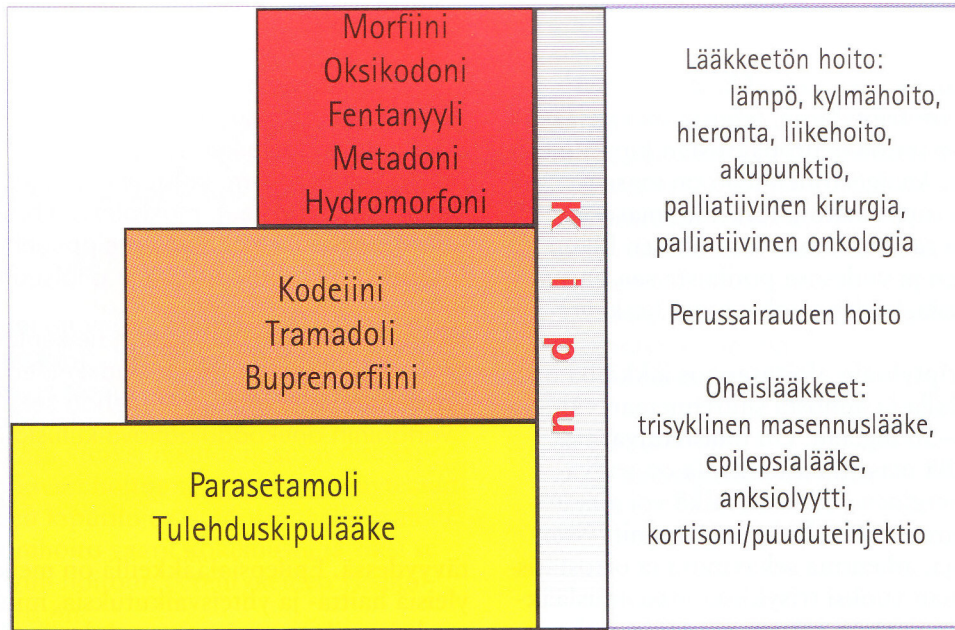
Esteettinen tieto on taidokasta käytännön hoitotaitoa, jossa olennaisena osana ovat intuitio, tulkinta, ymmärrys ja arviointi. Sairaanhoidaja osaa tulkita potilaan tilannetta ja ymmärtää mahdollisia ongelmia, ja tarvittaessa etsii tietoa, jos se kyseisellä hetkellä on puutteellista. Esteettinen tieto näkyy hoitajan toiminnassa ja vuorovaikutuksessa potilaan kanssa hoitotilanteessa, ja on sanallista tai sanatonta. Käytännön tietoa saadaan erilaisissa ongelmatilanteissa toiminnan, tekemisen ja päättelyn avulla. Käytännön hoitotyössä tarvitaan molempia, sekä teoreettista että käytännön tietoa. Eettisellä tiedolla tarkoitetaan moraalisia valintoja, jotka perustuvat henkilön yksilöllisiin ratkaisuihin kussakin hoitotilanteessa. Hoitaja käyttää työssään eettisesti hyväksytyjä toimintatapoja. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet tukevat hoitajan eettistä päätöksen tekoa heidän päivittäisessä työssään. (Heikkinen 2003; Lauri 2006, 84, 91; McKenna 1997, 42 – 43; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 28.9.1996.)

Persoonallinen tieto liittyy itsensä tuntemiseen ja omien tunteiden ja asenteiden tiedostamiseen erilaisissa hoitotilanteissa. Tällaista tietoa ei voida opettaa, vaan se kehittyy kokemuksen kautta. Hoitajan asenteilla on suuri vaikutus siihen, millaista kivunhoitoa dementoitunut vanhus potilas saa. Hoitotyössä opitaan puolin ja toisin ja hyvän hoitosuhde riippuu siitä, kuinka hyvin tunnemme itsemme. Hiljainen tieto, jolla ei ole tarkkaa määritelmää mutta joka ilmenee tunnelmana tai olotilana on osa persoonallista tietoa. (Heikkinen 2003; McKenna 1997, 42 – 43.)

Dementoituneen vanhuksen kivunhoitotyössä sairaanhoitaja tarvitsee tietoa ikääntyvän vanhuksen fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista erityispiirteistä. Kivun luonteeseen ja hoitoon vaikuttaa vanhuksen useat sairaudet ja niihin samansa hoidot. Fyysiset erityispiirteet liittyvät vanhenemisen elimistöön tuomista muutoksista kuten sydämen, ruuansulatuskanavan, maksan ja munuaisten toiminnan heikkeneminen, ja nämä puolestaan vaikuttavat kivun lääkehoidon toteuttamiseen. Psyykkinen toimintakyky muuttuu muistihäiriön tai masennuksen myötä. Vuodenajan vaihtelut, erityistilanteet ja ahdistus voivat aiheuttaa kipua. Ei ole helppoa saada selville millaista ja kuinka voimakasta ihmisen kipu on, jos hän ei kykene sanallisesti kertomaan sitä. Sosiaaliset syyt, kuten leskeksi jääminen tai yksinäisyys herkistää kivun tuntemiselle. Sen vuoksi on tärkeä selvittää, mistä dementoituneen vanhuksen kipu johtuu ja pyrkiä poistamaan kivun syy. (Räihä 2006; Sauvola 2004; Tilvis 2004a; Vuento – Lammi 2005.)

Kivunhoitotyössä tarvitaan tietoa myös erilaisista kivun mittausmenetelmistä, joiden avulla pyritään selvittämään kivun aiheuttaja, kivun kohde ja kivun voimakkuus. Tämän jälkeen aletaan hoitaa kipua pois kulloinkin valitulla hoitomenetelmällä.

Kivun hoito lääkkeillä on yleisin hoitomuoto myös vanhusten kivunhoidossa. Vaikka lääkäri päättääkin potilaan lääkehoidon, sairaanhoitajan tulee tietää vanhuksen lääkehoidon erityispiirteet. Vanhuksella on alentunut lääkkeiden sietokyky fyysisten elintoimintojen hidastumisen vuoksi, joten lääkitys tulee aloittaa pienemmillä annoksilla kuin työikäisen aloitusannokset. Lisäksi tulee tuntea yleisimmät kivunhoidossa käytetyt lääkkeet ja WHO:n (World Health Organization) porrasteinen kivunhoitokaavio.



KUVIO 1. Porrastettu kivun hoito. Peruslääke on parasetamoli tai tulehduskipulääke, johon tarvittaessa liitetään vahvempi kipulääke, yleensä mieto opioidi ja seuraavassa vaiheessa vahvempi opioidi. (Kivelä & Rähä, 2007, 80.)

Sairaanhoitajan tulee tuntee kivunhoitotyön ei-lääkkeellisiä hoitotyömenetelmiä, joilla kipua voidaan helpottaa ja myös käyttää niitä. Erilaiset hoitotyön toiminnot, kuten läsnäolo ja koskettaminen tai kuuma- ja kylmähoitot voivat jo yksinään helpottaa dementoituneen vanhuspotilaan kipua ja tukevat kivun lääkehoitoa.

## 2.2 Taito

Kivun hoitotyössä tarvitaan tiedon lisäksi myös taitoa. Taidon määrittelemisen ei ole helppoa, mutta se kuvaa toimintaa, jonka henkilö osaa hyvin. Arkikielessä taidolla viitataan suorituksen nopeuteen ja tuloksen laatuun. Taitava suoritus on oppimisen tulos ja on jatkuvaa toimintaa, jolla on selkeä tavoite. Teoreettinen tieto tukee teknisten taitojen harjoittelua, mutta taitojen hallintaan ja sujuvuuteen tarvitaan käytännön kokemusta. Sairaanhoitaja tarvitsee työssään havainnointi-, kommunikointi-, vuorovaikutus-, arviointi- ja kädentaitoja, sekä päätöksentekotaitoja. Dementoituneen vanhuspotilaan kivun hoitotyössä tarvitaan taitoa potilaan ongelman eli kivun määrittelyssä joko kysymällä kivusta tai havainnoimalla käytöstä. Kipumittarin avulla mitataan kivun voimakkuus, jonka mukaan kivunhoito suunnitellaan ja toteutetaan. Taidokas

kivunhoitoprosessin toteuttaminen koostuu oikea-aikaisista ja toisiaan seuraavista vaiheista. Lopuksi arvioidaan hoidon vaikuttavuus. (Lehtinen ym. 2001.) Ammattitaidon kehittyminen vaatii tietoa, taitoa, asiantuntemusta, kokonaisuuksien hallintaa, itsenäisyyttä ja kykyä moniammatilliseen yhteistyöhön. (Jauhiainen ym. 2002, 5-6, Lauri 2006, 29, 87.)

Dementoituneen vanhuksen kipu voi ilmetä esimerkiksi aggressiivisuutena, levottomuutena, passiivisuutena tai unettomuutena. Kipua tulee epäillä syyksi, jos perusasiat näyttäisivät olevan kunnossa, mutta dementoituneen vanhuksen käytös muuttuu yllättäen. Dementiapotilaan aggressiivinen käytös voi kuulua myös perussairauteen, mutta olla myös merkki kivusta, jota hän ei osaa muuten ilmaista. (Räihä 2006; Viramo ym. 2004, 43.)

### **2.3 Asenne**

Asenne on joko myönteinen tai kielteinen suhtautumistapa johonkin sosiaalisesti merkitykselliseen asiaan tai kohteeseen ([www.wikipedia.org/wiki/Asenne](http://www.wikipedia.org/wiki/Asenne)). Dementoituneen vanhuspotilaan kivunhoidossa on hoitohenkilökunnan asenteella suuri merkitys. Lääketieteen opiskelijoille tehdyssä tutkimuksessa opiskelujen alkuvaiheessa ilmeni, että he pitävät kipua vanhuuteen kuuluvana asiana (Niemi-Murola ym. 2007, 221). Vanhuksen kognitiivinen taso voi olla heikentynyt niin, ettei hän kykene ilmaisemaan sanoilla kipuaan. Kommunikaatio-ongelmat hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä estävät kivun arvioinnin. Myös vanhus itse voi ajatella niin, ettei hoito auta tai siitä tulee riippuvaiseksi. Lisäksi hoitohenkilökunta, niin lääkärit kuin hoitajat, ovat huolissaan, että potilaalle kehittyy riippuvuus vahvoihin kipulääkkeisiin. (Sauvola 2004; Tilvis, 2004b, 225 - 227.)

Omaisten asenteet ja mielipiteet vaikuttavat myös kivun hoidon onnistumiseen. Pelko pahanlaatuisesta sairaudesta tai lisätutkimuksen aiheuttamasta rasituksesta saattavat hankaloittaa dementoituneen omaisen kivun tutkimusta. Omaisen asema kotihoidossa olevan dementoituneen vanhuksen kipulääkityksen toteutumisessa on tärkeä. Omaisen huolehtii lääkityksen antamisesta ja havainnoi onko kipulääkitys riittävä. Vanhus voi kieltäytyä käyttämästä kipulääkettä voimakkaiden sivuvaikutusten vuoksi, eikä saa

riittävää kivunlievitystä. Lääkäri määrää kipulääkettä lisää, vaikka todellisuudessa dementoitunut vanhus ei käytä kipulääkettä lainkaan. Dementoituneen vanhuksen lääkehoito tulee suunnitella yhteistyössä potilaan, omaisen ja hoitohenkilökunnan niin, että se on mahdollisimman helppo toteuttaa. (Räihä 2006; Sauvola 2004, 1.)

Kivunhoidon onnistumisen edellytys on kivun voimakkuuden ja laadun selvittäminen. Tämä onnistuu kivun mittaamisella. Ilman kipumittaria tehty kivun arviointi usein aliarvioi kivun voimakkuuden, ja hoito jää puutteelliseksi. (Tarkkila 2005, 30.) Lahden ym. (2007) hoitohenkilökunnalle suunnatun tutkimuksen mukaan kipumittarin käyttö helpottaa kivun arviointia, mutta vain harvat hoitajat kuitenkaan käyttävät kipumittaria kivun arvioinnissa. (Lahti ym. 2007, 37)

### **3 DEMENTOITUNEEN VANHUKSEN KIVUN ARVIOINTI JA HOITO**

#### **3.1 Dementia sairautena**

Dementia tarkoittaa laaja-alaista henkisten kykyjen heikkenemistä ja muistin häiriöitä, jotka vaikeuttavat ihmisen selviytymistä arkipäiväisistä toiminnoista. Lisäksi häiriöitä voi olla puheen tuottamisessa ja sen ymmärtämisessä. Tyypillistä ovat myös käyttäytymisen muutokset ja psykologiset oireet. Dementia ei ole sairaus, vaan jostakin elimellisestä sairaudesta johtuva oireyhtymä. Diagnoosin varmistamiseksi tarvitaan lääketieteellisiä tutkimuksia, jotta voidaan pois sulkea normaaliin ikääntymiseen liittyvät muutokset, vanhuusiän depressio tai äkillinen sekavuustila. Myös vaikeat pään vammat, keskushermostotulehdukset, aivokasvaimet ja aineenvaihdunnan häiriöt voivat johtaa dementoitumiseen (Kuikka ym. 2002, 243; Sulkava ym. 1999, 3; Verkkoniemi ym. 2009.)

Tavallisimmat dementiaa aiheuttavat etenevät aivosairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti ja frontotemporaalinen eli otsalohkodementia. Alkoholidementia on myös yleistyvä dementian muoto. (Kuikka ym. 2002, 243 – 261; Verkkoniemi 2009, 6; Viramo ym. 2004, 4.)

Alzheimerin tauti on yleisin (60 – 70 %) dementiaan johtavista aivoja vaurioittavista sairauksista. Tauti alkaa tyypillisesti hitaasti, etenee tasaisesti ja esiintyvyys kasvaa voimakkaasti ikääntymisen myötä. Tauti aiheuttaa muutoksia aivojen ohimolohkoissa ja edetessään myös kuorikerroksessa. Lähimuisti ja uuden oppiminen heikkenevät sekä potilaalla esiintyy kielellisiä -, koordinaatio- ja hahmottamishäiriöitä. Alzheimerin taudille altistavia riskitekijöitä ovat korkea ikä, naissukupuoli, matala koulutustaso, keski-ikä kohonnut yläpaine ja kolesteroli, pitkäaikainen masennus sekä geneettinen perimä. (Sulkava ym.1999, 6 – 7; Telaranta 2001, 17.)

Alzheimerin taudin aiheuttama dementia voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan dementiaan. Lievää Alzheimerin tautia sairastavan ihmisen oppimiskyky on heikentynyt ja asioiden unohtelu on lisääntynyt. Lisäksi hän voi olla välinpitämätön ja innoton uusia asioita kohtaan. Potilas salailee oireita ja luo strategioita muistaakseen asioita. Sairaudentunto on heikentynyt ja ihminen vetäytyy harrastuksista ja sosiaalisista tilanteista. Keskivaikeaa dementiaa sairastavan muisti on jo selvästi heikentynyt, ja hän unohtelee tuoreitakin asioita. Vuorokausirytmii on mennyt sekaisin ja potilaalla on unihäiriöitä. Persoonallisuus ja sosiaaliset suhteet säilyvät vielä, mutta läheisten nimet alkavat unohtua. Ihminen selviytyy henkilökohtaisista toiminnoista, mutta tarvitsee jo päivittäistä apua. Vaikeassa Alzheimerin taudin vaiheessa aiemmin tapahtuneiden ja tuoreiden asioiden unohtaminen on lisääntynyt huomattavasti. Tässä vaiheessa ihminen ei enää tunnista omaisiaan ja aika ja paikka orientaatio häviävät. Sairastuneen on vaikea tuottaa ja ymmärtää puhetta, ja alkaa toistaa samoja sanoja tai ääniteitä. Tässä vaiheessa sairastunut on jo riippuvainen muista ihmisistä ja tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa. (Janssen-Cilag 2009; Telaranta 2001, 29, 47, 50.)

Vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin (20 – 30 %) dementiaan johtava tila, jossa kyse on aivoverenkierron häiriöstä. Vaurio liittyy pienten valtimoiden tukoksiin painottuen syvien osien valkeaan aineeseen, ja oireiden luonne määräytyy aivoihin syntyneen vaurion sijainnin ja laajuuden mukaan. Tyypillisiä oireita muistihäiriön lisäksi ovat masentuneisuus, unihäiriöt, ahdistuneisuus ja tietojen käsittelyn hidastuminen. (Sulkava ym. 1999, 8 – 9.)

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin (10 – 20 %) dementian muoto, jonka nimitys tulee tyvitumakkeissa ja aivokuorella sijaitsevista mikroskooppisen pienistä Lewyn kappaleista. Potilaat ovat iältään tavallista nuorempia, jopa 60-vuotiaita. Kognitiivisen heikentymisen lisäksi sairastuneella esiintyy ekstrapyramidioireita, vireystilan vaihtelua, käytöshäiriöitä ja näköharhoja. (Sulkava ym. 1999, 10 – 11.)

Frontotemporaalinen- eli otsalohkodementia (n.10 %) on aivoja primaarisesti rappeuttava sairaus, joka alkaa yleensä ennen 65. ikävuotta (n.10 %). Lähimuisti on parempi kuin Alzheimerin taudissa, mutta tuloksiin tähtäävä toiminta ja tarkkaavaisuus ovat heikentyneet. Käytös on estotonta ja tahditonta, ja potilas on arvostelukyvytön ja seksuaalisesti aktiivinen. Puhe on normaalia tai ympäröörä, ja joskus voi esiintyä afasiaa ja änkyttämistä. Myöhemmässä vaiheessa puhe muuttuu niukaksi ja loppuu kokonaan. (Sulkava ym. 1999, 12 – 13; Kuikka ym. 2001, 255 – 258.)

Alkoholidementia aiheutuu runsaasta ja pitkäaikaisesta, vuosia kestäneestä alkoholin käytöstä. Taudinkuva muistuttaa otsalohkodementiaa persoonallisuus- ja muistihäiriömuutosten vuoksi. Lisäksi toiminnanohjaus ja konkreettinen ajatteluheikentyvät sekä sanavarasto ja yleistieto rapistuvat. Aivoissa on tapahtunut laaja-alaisia atrofia muutoksia. Ihmisellä esiintyy muistihäiriöiden lisäksi vapinaa ja tasapaino- ja kävelyvaikeuksia. Anamneesissa kannattaa kiinnittää huomiota myös potilaan työ- ja ammattihistoriaan, koska pitkäaikainen altistuminen työssä erilaisille teollisuusliuottimille, liimoille ja pesuaineille voivat johtaa muistamisen epätarkkuuteen, oppimisen alentumiseen ja suorituskyvyn hidastumiseen, pahimmassa tapauksessa jopa toksiseen enkefalopatiaan. (Kuikka ym. 2002, 331, 334; Verkkoniemi 2009.)

Tässä opinnäytetyössä dementoituneella potilaalla tarkoitetaan kaikkia dementia-diagnoosin saaneita vanhuksia, joita vastaajat kohtaavat työssään kotisairaanhoidossa, ensiavussa tai vuodeosastolla. Dementian muoto voi olla mikä tahansa yleisimmin tunnetuista dementian muodoista eli Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti, otsalohkodementia tai alkoholidementia. Lisäksi dementian vaikeusaste voi vaihdella lievän, keskivaikean tai vaikean välillä. Dementoitunut ihminen

voi kommunikoida verbaalisesti tai olla jo niin syvästi dementoitunut, ettei tuota enää puhetta.

### 3.2 Kivun määritelmä

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen IASP (International Association for the Study of Pain) määritelmä kivusta on: *“An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. Note: The inability to communicate verbally does not negate the possibility that an individual is experiencing pain and is in need of appropriate pain-relieving treatment.”* Kipu on epämiellyttävä aistimus tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivurioon tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein. Lisäksi määritelmässä sanotaan, että yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. (Salanterä ym. 2006,7.)

Hoitotyössä kipu on määritelty muun muassa McCaffery:n mukaan (1968) niin, että ”kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän”. *“Pain is what the person says it is and exists whenever he or she says it does”* (Encyclopedia of death and dying 2009.)

Lähes jokainen ihminen kokee jossain elämänsä vaiheessa jonkin asteista kipua, se on yksi elämän arkikokemuksista. Tiedetään, että kipua aiheuttavat erilaiset fyysiset tapaturmat, hoito- ja tutkimustoimenpiteet ja somaattiset sairaudet. Kipu voi olla myös psyykkistä, sosiaalista tai hengellistä kipua. Vanhuusiällä kipua aiheuttavat sairaudet lisääntyvät, mutta myös leskeksi jääminen voi aiheuttaa kipua, sosiaalista kipua. Kipu on epämiellyttävä kokemus ja aiheuttaa kantajalleen kärsimystä. Se vaikuttaa mielialaan, ihmissuhteisiin ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Vanhuksen elämän piiri voi kaventua entisestään kivun vuoksi. (Sailo ym. 2000, 30; Suomen kivuntutkimusyhdistys 2009.)



### 3.2.1 Akuutti ja krooninen kipu

Kipu voidaan luokitella keston mukaan akuutiksi tai krooniseksi kivuksi. Akuutti eli äkillinen kipu varoittaa kudonvauriosta ja estää väistrefleksin avulla lisävaurioiden synnyn tai niiden etenemisen. Äkilliselle kivulle on yleensä selvä syy, joka voidaan poistaa nykyisillä kivunhoitomenetelmillä tehokkaasti. Akuutti kipu on normaali ilmiö esimerkiksi kirurgisessa toimenpiteessä tai sydäninfarktissa. Kudonvaurion paranemisen ja riittävän kipulääkityksen myötä akuutti kipu paranee yleensä päivien tai viikkojen kuluessa.

Huonosti hoidettu kudonvaurio ja kipu saattavat joillakin potilailla pitkittyä ja kroonistua. Kroonisesta kivusta aletaan puhua silloin, kun se kestää pidempään kuin mitä kudoksen odotettu paranemisaika on. Ajallisesti kipu on kroonista kun se on kestänyt 3 – 6 kuukautta. Kivun pitkittymisen taustalla voi olla pitkäaikainen perussairaus, jota ei saada hallintaan, kuten esimerkiksi nivelreuma. Kroonista kudonvauriokipua dementoituneelle vanhukselle aiheuttavat tulehdukselliset nivelsairaudet kuten reuma ja nivelrikko, osteoporoosi tai syöpäsairaudet. Hermovaurio tai aivojen vaurio tekee pysyviä muutoksia kipuviestien siirtäviin ratoihin, jolloin potilaalle saattaa kehittyä jatkuva spontaani kiputila. (Kalso 2004a, 85 – 88.)

Kroonisen eli pitkittyneen kivun syyt ovat usein monimutkaisia, koska kivun kokemiin vaikuttavat fyysiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Tämän vuoksi kroonisen kivun tutkiminen ja hoitaminen on ongelmallista. (Sarvimäki ym.2003, 18.) Miksi kipu kroonistuu vain osalla potilaista, syitä sille on etsitty muun muassa psykiatrisen näkökulmasta. Kivun kroonistuminen johtaa masennukseen, mutta toisaalta masentuneisuus voi johtaa kipuihin. Kroonisen kivun ja masennuksen välisiä yhteyksiä on pyritty selvittämään, mutta niitä pidetään erillisinä sairauksina. Gransröm (2006) toteaa artikkelissaan, että kipu vaikeuttaa masennuksen tunnistamista, mikä puolestaan huonontaa toistensa ennusteita ja vaikeuttaa monella tavalla kivun ja masennuksen hoitoja. Toisaalta kroonisen kivun ja masennuksen yhteyttä on pyritty selittämään sillä, että kipuoireyhtymän hoidossa käytetään masennuksen hoidossa käytettäviä lääkkeitä. Masennuslääkkeen vaikutus välittyy ilmeisesti pääasiassa kipujärjestelmän välittäjäaineiden, kuten noradrenaliinin ja serotoniinin kautta. Eniten kivunhoidossa käytet-

ty masennuslääke on trisyklinen antidepressantti, joka nostaa kipukynnystä, ja sen kipua lievittävä teho tulee esille nopeasti jo pienellä annoksella. (Granström 2006, 24 – 25; Salanterä ym. 2006, 126.)

Krooninen kipu johtaa usein vanhuspotilaan fyysisiin, psyykkisiin ja psykososiaalisiin muutoksiin, jotka ovat keskeinen osa vanhuspotilaan kipuongelmaa ja huonontaa vanhuksen elämänlaatua. Tällaisia ovat liikkumattomuudesta johtuvat lihasten surkastuminen ja nivelten jäykistyminen, vastustuskyvyn heikkeneminen, häiriintynyt yöuni, ruokahaluttomuus ja aliravitsemus, lääkeriippuvuus, yliriippuvuus perheestä, epätarkoituksenmukainen terveystalvelujen käyttö, toimintakyvyttömyys, eristäytyminen, huoli ja pelko, katkeruus, turhautuminen, masennus ja itsemurha (EFIC 2003.)

### **3.2.2 Kivun luokittelu**

Kiputilat voidaan luokitella myös anatomian mukaan joko paikan (pään-, kaulan- jne. kiputilat), elinsysteemin (esimerkiksi ruuansulatuselinten kipu) tai aiheuttajan (esimerkiksi syöpä- ja leikkauskipu) mukaan tai mekanisminsa mukaan joko kudonsvaurio-, sisäelin-, hermovaurio- tai idiopaattiseksi kivuksi. (Närhi 2007; Vainio 2004, 94 – 100).

Kudonsvaurio- eli nosiseptiivinen kipu syntyy kudonsvaurion välittömästi aiheuttamasta nosiseptoreiden (kipureseptoreiden) aktivoitumisesta. Kivun tunnistaminen on helppoa ja kivun syy on selkeästi todennettavissa kuten esimerkiksi rasitusvamman tai leikkauksen jälkeisen kivun yhteydessä. Korkea ikä ei enää ole este leikkaushoidolle vaan yhä vanhemmille tehdään esimerkiksi lonkkaleikkauksia. Koska kipu on suora seuraus kudonsvauriosta, se yleensä häviää kun vaurio paranee. Kudonsvauriokipu voidaan luokitella kipusanojen mukaan jomottavaksi ja jäytäväksi ja sitä voidaan yleensä lievittää tavanomaisilla tulehduskipulääkkeillä. (Kalso 2004b, 329; Käypä hoito 2008; Montonen 2004; Närhi, 2007; Salanterä ym. 2006, 199 – 200, Närhi, 2007; Syväoja 2009; Vainio 2004, 96.)

Sisäelin- eli viskelaarinen kipu (joissakin yhteyksissä puhutaan myös nosiseptiivisesta kivusta) on sisäelimistä peräisin olevaa kipu, joka syntyy sisäelimiä hermottavien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Esimerkiksi sydäninfarkti tai kasvaimen leviäminen sisäelimiin aiheuttaa sisäelinkipua. Tyypillistä sisäelinkivulle on epämääräinen paikantuminen ja kivun aaltomaisuus ja aiheuttaa autonomisia oireita kuten hikoilua, pahoinvointia tai verenpaineen ja pulssin muutoksia. Kipu on puristavaa ja kiristäväää ja voi heijastua ihan muualle, missä kivun lähtökohta todellisuudessa on; esimerkiksi sydänperäinen kipu heijastuu vasempaan käsivarteen tai tuntuu laajemmalla alueella, kuin elin, josta se on lähtöisin. Dementoituneella vanhuksella sydäninfarkti voi olla kivuton ja ilmetä joko sekavuutena tai yleistilan laskuna. (Kalso 2004b, 329; Montonen 2004; Närhi, 2007; Salanterä ym. 2006, 199 – 200; Syväoja 2009; Vainio 2004, 97.)

Hermovaurio- eli neuropaattisen kivun aiheuttaja on kudosaivaurio, joka on kohdistunut hermostoon. Hermosolut ovat herkistyneet reagoimaan ärsykeille, jotka yleensä eivät kipua aiheuta. Vaurio voi olla sentraalinen eli aivoperäinen kuten aivohalvauksen jälkitila tai raaja-amputaation jälkeinen aavesärky. Vaurio voi olla myös perifeerinen eli ääreishermostojen hermotusalueella tapahtunut vaurio. Vanhukselle neuropaattista kipua aiheuttavia sairauksia ovat esimerkiksi postherpeettinen neuralgia ja diabeettinen neuropatia. Hermovauriokipu voimakasta ja epämiellyttävää, ja aiheuttaa sähköiskun kaltaista, pistelevää ja polttavaa kipua ja tuntopuutoksia. Lääkityksenä voidaan käyttää epilepsialääkkeitä kuten pregabaliinia, gabapentiinia tai karbamatsepiinia, koska reagoi huonosti tavanomaiselle kipulääkitykselle. Krooninen neuropaattinen kipu johtuu hermovauriosta. (Närhi, 2007; Syväoja 2009; Vainio 2004, 97 - 98.)

Idiopaattinen kipu tarkoittaa sitä, ettei kliinistä syytä, kudosaivauriota, kivulle löydy lukuisista tutkimuksista huolimatta. Voidaan puhua myös kroonisesta kipuoireyhtymästä, koska kestoaltaan nämä ovat pitkäaikaisia. Kipu voi liittyä vakavaan depressioniin, ja diagnoosin varmistumien johtaa oikeanlaisen hoidon ja lääkeyksityksen aloittamiseen. Tyypillistä tällaisille potilaille on moninaiset tuki- ja liikuntaelinperäiset vaivat ja heille on tehty lukuisia tutkimuksia ja leikkauksia. He käyttävät myös runsaasti terveyspalveluja, myös päivystysaikana ensiavussa. Kipulääkkeistä ei ole pitkäaikaista apua. Aikaisemmat nimitykset idiopaattiselle on ollut psykogeeninen kipu ja

somatomorfinen kipuoireyhtymä. Termien moninaisuus kuvastaa sitä, kuinka puutteellisesti psyykkisten tekijöiden ja elämänongelmien ja kivun välinen yhteys vielä ymmärretään. Psyykkiset tekijät, kuten masentuneisuus tai yksinäisyys vaikuttaa vanhuksen kivun tuntemiseen. Tiedetään, että masennus altistaa kivulle, mutta myös pitkäaikainen kipua saa ihmisen masentumaan, vaikka suoraa yhteyttä näiden välillä ei ole pystytty osoittamaan. Kun kipu rajoittaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, vanhus masentuu. (Närhi, 2007; Salanterä ym.2006, 202; Syväoja 2009; Vainio 2004, 99 - 100.)

### **3.2.3 Kipu subjektiivisena kokemuksena**

Kipu on aina henkilökohtainen kokemus, ja jokainen ihminen kokee yhtä voimakkaan kivun eri tavoin. Koska jokainen tuntee kipunsa omalla tavallaan, on kivun tunnistaminen ja mittaaminen myös subjektiivista ja näin ollen vaikeaa. (Salanterä ym. 2006, 7.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että dementoituneen vanhuspotilaan kipua hoidetaan vähemmän kuin muiden vanhuspotilaiden kipua. Tämä on havaittu muun muassa laitoshoidossa olevien dementoituneiden vanhusten kivun tunnistamisessa ja arvioinnissa. (Tilvis ym. 2007, 4.)

Yleisesti on ajateltu niin, että kipu ja vanhuus kuuluvat yhteen, mutta näin ei suinkaan ole. Kivut ovat vanhusten vaivoja, koska monet pitkäaikaisille kiputiloille altistavat somaattiset sairaudet lisääntyvät iän myötä. (Tilvis 2004b, 223.) Sauvolan (2004) artikkelissa kerrotaan, että noin 25 – 50 % kotona asuvista vanhuksista kärsii jonkin asteisesta kivusta päivittäin (Sauvola 2004). Vanhainkodeissa ja terveyskeskusosastoilla pysyvästi asuvilla vanhuksilla on myös päivittäistä kipua. Finne-Soverin ja Noron (2003) tutkimuksen mukaan päivittäistä kipua oli noin joka viidennellä ja viikoittaista kipua joka toisella. (Finne-Soveri ym. 2005, 27.)

Kivun kokemiseen vaikuttavat myös kulttuurilliset ja eri aikakausien näkemyserot. Jokaisella ihmisellä on oma kulttuuriperimä, joka säätelee sen, miten sairauteen suhtaudutaan. Normit säätelevät, voiko sairas ihminen olla muiden joukossa, vai onko hänet eristettävä yhteiskunnasta. Pohjois-Euroopassa on havaittavissa stoalainen kulttuuri kivun ilmaisemisessa. Tyypillistä tälle on, että kipua peitellään ja sitä ei juuri-

kaan ilmaista. Lisäksi kivulias ihminen vetäytyy sosiaalisista tilanteista. Monet meistä tuntevat tyypillisen suomalaisen miehen, joka ei kipuaan valita ja vähättelee sitä. (Vainio 2004, 22; Ylinen 2007.) Vanhemmat ihmiset hyväksyvät esimerkiksi leikkauksen jälkeistä kipua enemmän kuin nuoremmat, koska katsovat kivun olevan normaali ilmiö leikkauksen jälkeen. Sellaista kipua ei ilmaista, jota pidetään normaalina ja elämään kuuluvana ilmiönä ja jossa ei ole sairauteen liittyvää kivun merkitystä (Kalso 2004b, 329; Sailo ym. 2000, 26.) Kipujen lievittämisen esteenä ei kuitenkaan saa olla korkea ikä, kipujen ilmaisemattomuus tai dementoitumisen etenemisen myötä hävinnyt verbaalinen viestintäkyky. (Hiltunen 2000, 3130; Sauvola 2004.)

Kipuaistimuksen muuttumista iän myötä on myös tutkittu, koska kipujen esiintyvyydessä on havaittu ristiriitaisuuksia (Tilvis 2004a). Koska vanhetessa ihmisen näkö, kuulo ja tuntoaisti heikkenevät, on päätelty, että myös kivuntunto olisi vanhuksella heikompi kuin nuoremmilla (Kalso 2004b, 328). Monet akuutit ja vakavat sairaudet voivat vanhuksella olla vähäistä kipua tuottavia tai kivuttomia, kun ne nuoremmalle väestölle aiheuttavat voimakasta kipua. Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi sydäninfarkti, puhjennut mahahaava tai umpilisäkkeen tulehdus. Toisaalta joidenkin kiputilojen esiintyvyys häviää iän myötä, kuten jännityspäänsärky tai migreeni. (Kalso 2004b, 329; Tilvis 2004a.) Lisäksi tutkimuksen kohteena ovat olleet pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat potilaat, joiden kivun esiintyvyys näyttää vähenevän dementian asteen syvenemisen myötä (Tilvis ym. 2007, 4).

Parantumattomasti sairaan dementoituneen vanhuksen palliatiivinen kivunhoito on kokonaisvaltaista ja aktiivista potilaan ja hänen läheisensä hoitoa tavoitteena mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Elämänlaatua ylläpidetään kivun ennaltaehkäisyllä ja hoidolla, sekä muulla oireenmukaisella hoidolla ja toimintakyvyn ylläpitämisellä. Dementoituneen vanhuksen palliatiivista hoitoa toteutetaan vanhuksen kotona, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja saattohoitokodeissa. (Salanterä ym.2006, 200.)

Kuolevan saattohoitovaiheessa olevan dementoituneen vanhuspotilaan hoidon tavoite on kärsimyksen ja kipujen lievittäminen. Saattohoitovaiheessa noudatetaan kivunhoidossa syöpäkivun hoidon periaatteita, eli aloitetaan varhaisessa vaiheessa säännöllinen

ja riittävä opioidien annostelu ja huolehditaan sivuvaikutuksista. (Salanterä ym.2006, 200.)

Dementoituneen vanhuspotilaan kivun tutkiminen ja syyn selvittäminen on tavallista vaikeampaa, koska hänellä saattaa olla puutteellinen kyky ilmaista kipuaan, eikä oma-aloitteisesti valita sitä. Lisäksi hänen kipunsa voi ilmetä erilaisin oirein, joita ovat kosketusarkuus, liikkeiden varominen, poikkeavat ilmeet, huutaminen tai itku. Hänen käyttäytymisessään tapahtuvia muutoksia, kuten epätarkoituksenmukainen liikehtiminen, käyttäytymisen muutokset, ärtyisyys, sekavuus, aggressiivisuus tai unihäiriöt, ei osata tulkita kivun aiheuttamaksi. Dementoitunut vanhus voi menettää ruokahalunsa ja hänen toimintakykynsä laskee. Vanhuksen nukkuminen ja unen laatu muuttuvat iän myötä, ja erilaiset sairaudet ja kipu vaikuttavat epäsuotuisasti unen määrään ja laatuun. Kroonisesta kivusta kärsivät potilaat saattavat nukkua, mutta ovat herätessään erittäin kipeitä. Lisäksi unen laatu voi olla huono, joten potilas herää aamulla kivuliaana ja väsyneenä. Kivun tutkiminen vaatii hyvää yhteistyötä potilaan, hänen omaisensa ja hoitohenkilökunnan välillä. Lisäksi hoitohenkilökunnalta vaaditaan valmiutta ja tietynlaista herkkyyttä epäillä kipua käytösmuutosten aiheuttajaksi. Kivun olemassaolon tunnistaminen ja selvittäminen on tärkeää sen ihmiselle aiheuttaman kärsimyksen ja seurausten vuoksi. (Finne – Soveri 2007, 2543 – 2544; Puranen 2003, 7; Rähä 2006; Salanterä ym.2006, 202; Tilvis ym.2007; Vainio 2009; Viramo ym. 2004.)

### **3.3 Kivun arviointi**

Dementoituneen potilaan kivun arvioinnissa on kaksi perusasiaa; potilaan kivun itsearviointi aina kun se on mahdollista ja hoitohenkilökunnan havainnointiin perustuva arviointi. Kun kipu on tunnistettu olemassa olevaksi, hoitohenkilökunnan tulee mitata kivun voimakkuus, jotta sopiva hoito voidaan aloittaa. Dementoitunut ihminen ymmärtää kipua koskevia kysymyksiä ja kykenee ilmaisemaan kipuaan sanallisesti melko pitkään. Hoitajan havainnointiin perustuvassa kivun arvioinnissa on vaarana se, että hoitaja aliarvioi kivun luonteen ja voimakkuuden. Ilman kipumittaria tehty arvio potilaan kivusta on usein virheellinen. (Finne – Soveri 2007, 2543; Tilvis ym.2007.)

Kivun mittausta tarvitaan sekä tutkimustyöhön että hoitovasteen seurannassa. Kun käytössä on mitattava suure, on tilastollinen käsittely helpompaa. Kivun mittaus on yhtä tärkeä osa hoitovasteen arvioinnissa kuin toimintakyvyn mittaus. Akuutin kivun kehittymistä voidaan mitata ja seurata kuten verenpainetta tai kuumetta. Lisäksi kivun voimakkuutta tulee arvioida levossa ja rasituksessa sekä lievimmillään ja pahimmillaan. Tutkimustuloksissa raportoidaan potilaan kokemana kivun määrä, ei yksistään henkilökunnan näkemystä asiasta. Kivun mittauksessa voidaan käyttää apuna erilaisia kipuasteikkoja tai kipusanastoja. (Kalso 2004c, 41; Salanterä ym.2006, 84.)

Kivun mittaamiseen on olemassa useita erilaisia mittareita, mutta dementoituneen vanhuksen kivunmittaukseen ei ole olemassa täysin luotettavia mittareita. Kehitteillä on erilaisia mittareita, mutta niiden testaus on ollut vielä vähäistä. Kivun mittausväline valitaan sen mukaan, kuinka tarkkaa tietoa tarvitaan. Ensimmäinen tulos saadaan kysymyksellä onko ihmisellä kipua vai ei? Dementoitunut vanhus kykenee ilmaisemaan kipuaan sanallisesti melko pitkään ja myös ymmärtää kipua koskevia kysymyksiä. (Kalso 2004c, 41; Salanterä ym.2006, 83; Tilvis ym.2007.)

Fysiologisia kiputuntomerkkejä ja käyttäytymismuutoksia tarkkailemalla voidaan tehdä havaintoja dementoituneen vanhuspotilaan kivusta. Fysiologisia tuntomerkkejä ovat pulssin tiheneminen, hengityksen kiihtyminen ja pinnallistuminen, verenpaineen nousu, kalpea ja hikinen iho ja suurentuneet silmän mustuaiset. Käyttäytymisessä havaittavia muutoksia ovat kasvojen ja lihasten jännittyneisyys, kehon jäykkyys ja liikearkuus, levoton ja ärtynyt olemus, otsan rypistely ja hampaiden pureminen yhteen, itkuisuus ja ääneen valittaminen sekä pahoinvointi ja oksentelu. (Kassara ym. 2006, 351.)

Visuaalinen analogiasteikko, VAS (Visual Analogue Scale), on kymmenen senttimetriä pitkä jana tai kiila, jossa vasen äärilaita kuvaa kivutonta ja oikea pahinta mahdollista kipua. Potilas asettaa janan leikkaavan pystyviivan sille kohdalle, jollaiseksi hän kipunsa arvioi. Mittarin takapuolella olevasta numeraalisesta mittarista saadaan potilaan kivulle numeerinen arvo. Visuaalinen asteikko tärkeä kivunhoidon vaikuttavuuden mittausväline, ja sillä saadaan melko luotettavia tuloksia potilaan kivusta. (Kassara ym.2006, 354; Salanterä ym.2006, 85.)

Kasvoasteikko, FPS (Faces Pain Scale), on ensisijaisesti kehitelty leikki-ikäisten lasten kivun mittaukseen. Asteikolla on viisi kasvokuvaa, joista jokainen ilmaisee eri voimakkuuksista kipua, ja tutkittava valitsee sieltä kasvokuvan, joka kuvaa hänen kipuaan parhaiten. Tutkittava potilas ohjataan kivun mittaukseen kasvoasteikon avulla, jotta muut mahdolliset tunteet eivät sekoitu mitattavaan asiaan. (Salanterä ym.2006, 86 – 87.)

Numeraalisessa kipumittarissa, NRS (Numeral Rating Scale), kivulle annetaan numeroarvo, esimerkiksi 0 – 4 tai 0 – 10, niin että pienin luku kuvaa kivutonta tilaa ja suurin numero pahinta mahdollista kiputilaa. Numeerisessa arvioinnissa hankaluutta tuottaa se, että jokainen kokee kivun subjektiivisesti, ja on vaikeaa määrittellä eroa esimerkiksi kipujen 5 ja 6 välillä. Ja kun jokainen määrittelee oman kipunsa numeraalisesti, ei voida olla varmoja, tarkoittaako kaikkien numero 5 saman voimakkuuksista kipua. (Kassara ym.2006, 354; Salanterä 2006, 86.)

Sanallisen kipumittarin, VRS (Verbal Rating Scale), avulla pyritään selvittämään mahdollista kipua esimerkiksi kipua kuvaavia laatusanoja hyväksikäyttäen. Kysymyksillä voidaan selvittää muun muassa kivun aste (ei kipua – sietämätön kipu), kivun laatu ja voimakkuus, missä kipu sijaitsee, millaista kipu on ja kuinka kauan se on kestänyt. sanallisen kuvauksen avulla pystytään myös selvittämään onko kipu akuuttia vai kroonista kipua. (Kalso 2004c, 43; Kassara ym.2006, 354; Salanterä ym.2006, 89.)

PAINAD - mittari, (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale), on kehitetty pitkälle dementoituneiden ja kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kivun arviointiin ja se perustuu kivun aiheuttamien käyttäytymisen muutosten strukturoituun havainnointiin. Havaintokategoriat ovat hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohdutettavuus. Jokaisessa kategoriassa on kolme pisteluokkaa (0–2) kivun aiheuttamille käyttäytymisen muutoksille. Kivun arviointi suoritetaan noin 5 minuutin havaintojakson aikana. Kipua arvioidaan yhteenlaskettujen kokonaispisteiden 0–10 perusteella, jossa 0 vastaa kivutonta tilaa ja 10 voimakkainta kipua. Kivun taso arvioidaan ennen hoitotoimenpiteitä ja niiden aikana. (Björkman ym. 2007, 2548; Salanterä 2006, 39 – 40.)



Kipumittareita on vertailtu, koska mitään täydellisen objektiivista mittaria ei vielä ole olemassa dementoituneen vanhuksen kivun mittaamiseen. Kipumittareista VAS -asteikon käyttö voi olla hankalaa pienen kokonsa vuoksi, eikä vanhus näe sitä kunnolla tai käsien vapina estää oikean kohdan osoittamisen. Lisäksi VAS -asteikon käyttö voi olla vaikeaa sellaisilla potilailla, joilla on kognitiivisia vaikeuksia. Kasvoasteikko on toiminut hyvin vanhuksen kroonisen kivun mittauksessa. Numeraalinen asteikko saattaa toimia joillakin vanhuksilla. Asteikko 0 – 10 on kuitenkin koettu hankalaksi, koska vanhukset muistavat vain kouluaikaisen arvosanaasteikon 4 – 10. Tämä on hyvä huomioida, jos käyttää numeraalista asteikkoa kivun mittauksessa. Sanallinen asteikko toimii melko hyvin myös melko vaikeasti dementoituneilla vanhuksilla, eikä näkökyvyn heikkous ole este mittarin käytölle. Vaikeasti dementoituneilla ja kommunikoimattomilla potilailla sanallinenasteikko ei toimi, vaan heidän kipujaan arvioidaan hoitohenkilökunnan tekemien havaintojen perusteella. (Tarkkila 2005, 30 – 31.) PAINAD – mittarin käyttö edellyttää harjoittelua ja mittarin käyttö edellyttää potilaan tarkkailua viiden minuutin ajan ennen varsinaista mittausta. PAINAD – mittarin käyttö vie siis jonkin verran aikaa. Tutkimuksen perusteella on todettu, että hoitohenkilökunta on kokenut mittarin käytön luontevaksi, koska ovat tottuneet työssään havainnoimaan potilaan käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia. (Björkman ym. 2007, 2551; Salanterä 2006, 39 – 40.)

Dementoituneen vanhuspotilaan kivunmittauksen tulee olla systemaattista ja sitä on tehtävä säännöllisesti, olipa kivun mittaustapa tai kipumittari mikä tahansa. Kipu mitataan aina samalla tavalla tai kipumittarilla ollakseen vertailukelpoinen. Näin vältetään myös vanhuksen sekaantumiselta kipumittareihin, kun käytetään vain yhtä kipumittaria. Yhteiset kivunhoidon periaatteet ja systemaattinen kivun mittaaminen ja kirjaaminen tehostavat kivunhoidon toteutumista. (Tarkkila 2005, 30 – 31; Viramo ym. 2004, 43.)

### **3.4 Kivun hoito**

Dementoituneen vanhuspotilaan kivun hoitamisessa on tutkimusten mukaan kolme ongelmaa; kivun tunnistaminen, sopivan hoitomuodon valinta ja hoitovasteen arviointi. Kivunhoidossa toimivat samat periaatteet kuin nuoremmillakin potilailla. Aluksi tehdään kipudiagnoosi, jonka perusteella suunnitellaan dementoituneelle vanhukselle sopiva kivunhoito. Vanhuksen kipu voi muuttua erilaisten häiriötekijöiden, kuten uusien tilanteiden tai lääkityksen tai masentuneisuuden vuoksi. Näiden tekijöiden huomioiminen kivunhoidon suunnittelussa on tärkeää, että päästäisiin mahdollisimman hyvään kivunhoidon lopputulokseen. (Tilvis ym. 2007; Vuento – Lammi 2005, 34.) Tavoitteena on kivun syyn poistaminen mahdollisuuksien mukaan. Jos tämä ei ole mahdollista, kivunhoidon realistisena tavoitteena voidaan pitää kipujen lievittymistä sellaiselle tasolle, että dementoituneen vanhuksen toimintakyky säilyisi mahdollisimman hyvänä ja hän selviytyy päivittäisistä toiminnoista. (Räihä 2006; Tilvis 2004a.)

### **3.4.1 Lääkkeellinen kivunhoito**

Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) määritellään lääkkeiden määräämisestä potilaille sairaalassaoloaikana. Lääkäri määrää potilaan lääkityksestä ja sairaanhoitaja suorittaa lääkehoidon toteutuksen. Jos kipulääkitys ei ole riittävä tai se aiheuttaa sivuvaikutuksia, lääkehoidon muutoksista neuvotellaan lääkärin kanssa. Sairanhoitaja vastaa lääkehoidon toteutuksen lisäksi myös luotettavista ja riittävästä asiakirja merkinnöistä. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>)

Dementoituneen vanhuspotilaan kivun lääkehoidossa noudatetaan WHO:n porrasteista kivunhoitosuosituksista (ks. Kuvio 1). Kipulääke tulee annostella säännöllisesti, mutta antoreitti, annos ja annostelutiheys voidaan valita potilaan yksilöllisten tarpeiden ja toivomusten mukaan. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen on hankalaa, koska dementoituneelle vanhuspotilaalle sopivista kipulääke vaihtoehdoista on vähän tutkittua tietoa, varsinkin opioidien pitkäaikaisen käytön turvallisuudesta. Lisäksi vanhuksen lääkehoidossa on omat erityispiirteensä lääkkeiden sietokyvyn alentumisen, ruuansulatuskanavan heikkenemisen, lääkkeiden imeytymisen hidastumisen sekä maksan ja munuaisten toiminnan heikkenemisen vuoksi. (Sauvola 2004; Viramo ym. 2004, 43 - 46.)

### 3.4.1.1 Tulehduskipulääkkeet kivunhoidossa

Turvallisin ja hyvin siedetty lääke iäkkäillä potilailla akuutissa, lievän ja keskivaikean kivun hoidossa on parasetamoli (Panadol®) suun kautta annosteltuna. Parasetamoli on hyvä vaihtoehto tuki- ja liikuntaelinperäisissä kiputiloissa, ja sillä on hyvä antipyreettinen (kuumetta alentava) ja analgeettinen (kipua lievittävä) teho. Anti-inflammarorinen (tulehdusta poistava) teho parasetamolilla on heikko, jonka vuoksi sitä ei yleisesti mielletä tulehduskipulääkkeeksi. Pharmaca Fennicassa parasetamoli luokitellaan tulehduskipulääkkeeksi. (Kalso ym. 2004a,d, 134, 348; Kivelä 2005,86; Pharmaca Fennica 2009, 386.)

Tulehduskipulääkkeet eli NSAID- lääkkeet (non – steroidal anti- inflammatory drugs) kuten ibuprofeini (Burana®), diklofenaakki (Voltaren®) ja ketoprofeini (Ketorin®) ovat tehokkaista kivun ja tulehduksen lievittäjiä. Lääkkeiden tärkeimmät käyttöalueet ovat leikkauksen ja vammojen jälkeinen, syövästä aiheutuva, lihas- ja luustoperäinen sekä tulehdustilojen (esimerkiksi reuma ja nivelrikko) kivunhoito.

Tulehduskipulääkkeet aiheuttavat kuitenkin lukuisia haittavaikutuksia, joista osa voi olla vanhuspotilaalle vakavia. Näitä ovat muun muassa maha- ja pohjukaissuolihaavat ja - verenvuodot, ripuli, turvotus, verenpaineen nousu sekä sydämen vajaatoiminnan paheneminen. Lisäongelman tulehduskipulääkkeiden käytöstä muodostaa dementoituneen vanhuspotilaan vakavien sairauksien oireiden puuttuminen, mikä voi pahimmassa tapauksessa johtaa jopa maha- tai pohjukaissuolihaavan puhkeamiseen. (Kalso ym.2004d, 127; Kivelä 2005, 84; Salanterä ym. 2006, 109.)

Turvallisempi vaihtoehto vanhuspotilaalle voi olla COX – 2 – selektiivinen tulehduskipulääke selekoksibi (Celebra®), joka aiheuttaa vähemmän maha-suolikanavan vuotoja, kuin perinteiset NSAID- lääkkeet. Muiden haittavaikutusten osalta COX – 2 – selektiiviset lääkkeet eivät tarjoa näitä etuja, vaan voi lisätä sydän- ja verisuonisairauksien vaaraa ja ovat haitallisia munuaisille. Maha – suolikanavan haittavaikutuksien pienentämiseksi vanhuspotilailla tulehduskipulääkehoitoon kannattaa liittää lyhytaikainen ulkusprofylaksia. Tulehduskipulääkkeillä teho kasvaa annosta nostamalla, mutta annoksilla on yläraja, jonka jälkeen haittavaikutusten todennäköisyys kasvaa. Ly-

hytaikaisessa käytössä haittavaikutuksia esiintyy vähemmän. (Kalso ym.2004d, 127, 130, 137; Kivelä ym. 2007, 75; Viramo ym.2004, 44.)

Ensisijainen kipulääke dementoituneen vanhuksen kivunhoidossa on parasetamoli, mutta jos sillä ei saavuteta riittävää tehoa, kannattaa kokeilla COX – 2 – salpaajaa. Parasetamolin ja tulehduskipulääkkeen avulla voidaan vähentää opioidien tarvetta (esimerkiksi leikkauksen jälkeisessä kivussa). Parasetamoli ja tulehduskipulääke voidaan myös turvallisesti yhdistää opioidin kanssa, mikä on järkevää, koska tulehduskipulääke voi vähentää opiaatin aiheuttamia haittavaikutuksia. Jos näillä ei päästä riittävään kivunlievitykseen ja kipu kroonistuu, kokeilemaan heikkoja (dekstropropoksifeeni, kodeiini ja tramadoli) tai keskivahvoja (buprenorfiini) opioideja. (Kalso ym. 2004d, 128; Viramo ym. 2004, 43.)

#### **3.4.1.2 Opioidit kivunhoidossa**

Opiaatit, nykyisin yleisemmin käytetty termi on opioidi, jota myös tässä työssä jatkossa käytetään, vaikuttavat kipua estävästi aivokuorella, aivorungossa, keskiaivoissa ja selkäytimessä sijaitsevien opioiidireseptorien välityksellä. Opioidit ovat pääasiassa keskushermoston kautta vaikuttavia lääkkeitä, jotka ovat tehokkaita iskeemisen (sydäninfarkti), kudolvauriosta (leikkauksen jälkeinen) ja tulehduksesta johtuvien akuuttien kiputilojen hoidossa, mutta on käytetty myös syöpäkipunhoidossa. Hermovauriokipujen hoidossa kivun lievitys voi olla vaihteleva, mutta kontrolloiduissa tutkimuksissa opioideilla on ollut kipua lievittävä vaikutus postherpeettisessä neuralgiassa ja diabeettisessä neuropatiassa. (Kalso ym. 2004d, 137 – 138.)

Opioidit ovat herkästi riippuvuutta aiheuttavia lääkkeitä. Riippuvuus voidaan jakaa fyysiseen ja psyykkiseen riippuvuuteen. Fyysinen riippuvuus aiheutuu keskushermoston kyvystä sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen eli neuroadaptaatiosta. Psyykinen riippuvuus eli addiktio on krooninen neurobiologinen sairaus, johon liittyy heikentynyt kyky hallita opioidien käyttöä, käytön jatkaminen lääkkeiden haittavaikutuksista huolimatta tai lääkkeen himo. Syöpäkipun hoidossa opioidit aiheuttavat erittäin harvoin psyykkistä riippuvuutta, mutta neuroadaptaation vuoksi sen yhtäkkäinen lopettaminen saattaa johtaa vieroitusoireisiin. Pitkäaikaisen opioidilääkityksen käyttö niillä lievitty-

vään kipuun ei kehitä toleranssia, jonka vuoksi riittävän kivun lievitys tehon saamiseksi annosta voidaan nostaa. Jos potilaan kipu on opioideille sensitiivistä, ei opioidien teho lopu pitkäaikaisessa käytössä. Kun yhdellä opioidilla ei saa annosta nostamalla riittävää kivun lievitystä, vaihdetaan se toiseen valmistukseen. Vahvoilla opioideilla ei ole annoksen ylärajaa eikä kattovaikutusta. (Kalso ym. 2004d, 145; Suomen kivuntutkimusyhdistys 2004, 18.) Opioidiriippuvuutta tai hengityslamaa ei kehity ikääntyneille ihmisille muuta väestöä enempää ja opioiditoleranssi kehittyy herkemmin nuoremmille kuin vanhoille henkilöille. (Kalso ym. 2009, 16 – 17; Kankkunen 2008, 260 – 261.)

Dementoituneen vanhuspotilaan kroonisen kivun hoidossa siirrytään opioidi lääkitykseen silloin, kun tulehduskipulääkkeillä ei saada riittävää kivun lievitystä. Hoidon aloitus vaatii varovaisuutta, koska tutkimustietoa heikkojen opioidien käytön turvallisuudesta iäkkäillä ja dementoituneilla potilailla on olemassa vielä vähän. (Viramo ym. 2004, 44.) Opioidi – lääkitys heikentää kognitiota ja aiheuttaa pahoinvointia ja sekavuutta mikä voi olla ongelmallista hoidettaessa dementoituneen potilaan kipua. Opioidia ei tule aloittaa diagnosoimattomaan, yleiseen kivuliaisuuteen, mutta on eettisesti väärin jättää dementoitunut vanhus ilman tehokasta kivunlievitystä esimerkiksi syöpäkivun hoidossa. Opioidilääkityksen aloitus tapahtuu valvotuissa olosuhteissa sairaalassa, pienellä annostuksella (noin 25 – 50 %) aikuisen annoksesta, haittavaikutuksia ja yleistä toimintakykyä tarkkaan seuraten. Annoksen vakiinnuttua hoitotasolle, lääkkeen kognitiiviset haittavaikutukset tasoittuvat. Jatkohoito kotona vaatii hoitoon sitoutumista ja lääkitymisen toteuttamista valvotuissa olosuhteissa, omaisen, kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja hoitavan lääkärin toimesta. (Kalso ym. 2004d, 137 – 138; Kankkunen 2008, 260; Viramo ym. 2004, 44 – 46.)

Dekstropropoksifeenin (Abalgin®) on käytössä olevista opioideista heikoin. Sen käyttöä ei suositella, koska sen terapeuttinen leveys on kapea ja yliannostukseen liittyy kardiotoxisuus ja kuoleman vaara. Kaikkien dekstropropoksifeenia sisältävien lääkevalmisteiden myyntiluvan peruuttamisesta on tehty suositus kesällä 2009 Euroopan lääkevirastossa (EMA) edellä mainittujen riskitekijöiden vuoksi. (Kalso ym. 2004d, 146; Kalso ym. 2009, 20 – 22; Kivelä 2005, 57 – 61; Kivelä ym. 2007, 77.)

Kodeiini on heikko opioidi ja aihiolääke, joka metaboloituu maksassa CYP2D6 -entsyymin vaikutuksesta morfiiniksi, mutta yksinään se on tehoton. Yhdistettynä parasetamolien (Panacod®) tai ibuprofeinin kanssa sillä saadaan hyvä teho lievissä kiputiloissa. Yhdistelmävalmistetta käytetään potilaalla silloin, kun tulehduskipulääkkeitä ei voida käyttää. (Kalso ym. 2004d, 146; Kalso ym. 2009, 22; Kivelä 2005, 57 – 61; Kivelä ym. 2007, 77.)

Tramadoli (Tramal®) on paljon käytetty heikko opioidilääke, ja sillä on trisyklisten masennuslääkkeiden kaltaisia vaikutuksia. Lääke soveltuu hyvin pitkäaikaisen ja neuropaattisen kivunhoitoon. Vanhuspotilaan kivunhoidossa tramadolilla tulee olla varovainen, koska se aiheuttaa huimausta, pahoinvointia ja väsymystä, mikä voi olla myös este pitkäaikaisen kivun hoidossa. (Kalso ym. 2004d, 146 – 147; Kalso ym. 2009, 22; Kivelä 2005, 57 – 61; Kivelä ym. 2007, 77.)

Opioidien haittavaikutuksiin kuuluvat myös muistin ja kognitiivisten toimintojen heikkeneminen, ja iäkkäät ja dementoituneet vanhuspotilaat ovat erityisen herkkiä saamaan haittavaikutuksia opioidi lääkityksestä. Kodeiinia tai tramadolia sisältävät lääkevalmisteet (huomioi kodeiinia sisältävät yskänlääkkeet kuten Recipect®) voivat laukaista käytös- tai muistihäiriön tai sekavuustilan ja jopa psykoosin. (Kalso ym. 2004d, 146 – 147; Kalso ym. 2009, 22; Kivelä 2005, 57 – 61; Kivelä ym. 2007, 77.)

Buprenorfiini (Temgesic®) on keskivahva opioidi, jota käytetään keskivaikeiden ja vaikeiden kiputilojen hoidossa, mutta siitä on vähän tutkittua tietoa kroonisen kivun hoidosta. Lääke annostellaan joko kielen alle resoritablettina tai transdermaalisesti laastarina. Liikkuville potilaille ei suositella käytettäväksi buprenorfiinia, koska se aiheuttaa huimausta, pahoinvointia, oksentelua ja väsymystä. (Kalso ym. 2004d, 147; Kalso ym. 2009, 22; Kivelä 2005, 57 – 61; Kivelä ym. 2007, 78.)

Vahvoin opioideihin siirrytään siinä vaiheessa, kun muilla kipulääkkeillä ei saavuteta riittävää tulosta kivun lievittymiseksi. Vahvoja opioideja käytetään tyypillisesti syöpäkivun lievityksessä ja leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa mutta myös muissa pitkäaikaisissa kiputiloissa kuten postherpeettisessä neuralgiassa ja aavesäryssä. Opi-

oidia voidaan käyttää myös lisälääkkeenä esimerkiksi diabeettisen neuropatian kivunhoidossa tai leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa (Kalso ym. 2009, 22 - 23).

Morfiini (Dolcontin®) on vanhin ja käytetyin perusopioidi. Sitä läheisesti muistuttava Suomessa yleisesti käytetty oksikodoni (Oxanest®, OxyContin® ja OxyNorm®) on vahva opioidi, jolla saavutetaan tehokas kivun lievitys kivun etiologiasta riippumatta. Fentanyyli on tehokas ja nopeavaikutteinen opioidi, jota käytetään yleisesti leikkauksen aikaisessa kivunhoidossa. Pitkäaikaisen kivunhoitoon käytetään transdermaalisesti annosteltavaa fentanyyliä (Durogesic®) esimerkiksi silloin, kun potilaan sitoutuminen lääkehoitoon on heikko ja joilla on stabiili kipu. Fentanyyli siirtyy laastarista ihon kautta verenkiertoon ja teho riippuu kehon lämpötilasta (lämpö nopeuttaa) ja ihonalaisesta verenkierrosta (heikko vähentää). Kakektisella vanhuksella fentanyylin hyötyosuus voi olla jopa 50 % vähemmän kuin normaalipainoisella ihmisellä. (Kalso ym. 2004d, 147 - 149, 324; Kalso ym. 2009, 20 - 24; Kivelä ym. 2007, 77 - 78.)

Metadoni (Dolmed®) on vanha mutta vähän tutkittu opioidi. Metadonin puoliintumisaika on pitkä, minkä vuoksi se sopii hyvin pitkäaikaisen kivun hoitoon, mutta sitä käytetään iäkkäiden potilaiden kivunhoidossa melko vähän. Metadonihoito vaatii kokemusta ja sen aloitus kuuluu vaativuutensa vuoksi kivunhoitoon perehtyneisiin yksiköihin. Kokemuksen perusteella metadoni saattaa olla muita opioideja tehokkaampi neuropaattisissa kiputiloissa ja opioiditoleranssin kehittyttyä, ja kiinnostus metadonin käyttöön on tämän vuoksi lisääntynyt. Petidiiniä (Petidin®) ei käytetä pitkäaikaisessa kivunhoidossa, koska sen vaikutus-aika on lyhyt. Lisäksi sillä on kumuloituvia toksisia metaboliitteja, jotka voivat aiheuttaa kouristuksia. Petidiini on yleisin lapsilla käytetty opioidi sen vaikutuskeston vuoksi. (Kalso ym. 2004d, 147 - 149, 324; Kalso ym. 2009, 20 - 24; Kivelä ym. 2007, 77 - 78.)

Yleisimpiä opioidien aiheuttamia haittavaikutuksia ovat huimaus, kutina, pahoinvointi, oksentelu, suun kuivuminen, ummetus ja väsymys, joita voidaan usein helpottaa muilla lääkkeillä. Esimerkiksi pahoinvoinnin hoidossa käytetään haloperidolia (Serenase®) pienellä annostuksella ja ummetuksen hoidossa laksatiiveja. Vanhuspotilaat reagoivat opioidien vaikutuksille ja sivuvaikutuksille herkästi, mutta esimerkiksi opioidien väärin annosteltuna aiheuttamaa hengityslamaa ei esiinny muita potilaita

enemmän. Kivuliaalle potilaalle oikein annosteltuna opioidit eivät aiheuta hengityslamaa, koska voimakas akuutti kipu stimuloi hengityskeskusta. Muita opioidien aiheuttamia haittavaikutuksia ovat depressio, hallusinaatiot, hikoilu, huimaus, lihasnykinät, painajaiset ja virtsaretentio. Kaikki opioidien aiheuttamat haittavaikutukset voidaan kumota opioidiantagonisti naloksonilla (Naloxon®). Pienellä annoksella naloksoni poistaa haittavaikutukset, mutta suurempaa annosta käytettäessä myös kipua lievittävä vaikutus kumoutuu. (Kalso ym. 2004d, 143; Kankkunen 2008, 260; Suomen kivuntutkimusyhdistys 2004, 17 – 18.)

### 3.4.1.3 Muut kivunhoidossa käytettävät lääkkeet

Varsinaisten kipulääkkeiden lisäksi kivunhoidossa käytetään erilaisia puudutteita ja masennus- ja epilepsialääkkeitä. Kivun diagnostiikassa ja lääkehoidossa käytettävillä puudutuksilla pyritään katkaisemaan kiputilaan liittyvä noidankehä. Puudutuksia joudutaan tekemään useita kertoja parhaan tehon saavuttamiseksi. Kun potilaan odotettu elinikä on lyhyt vakavan sairauden vuoksi, voidaan käyttää nosiseptiivisessä tai syövästä aiheutuvan kivun helpottamiseksi hermotoiminnan katkaisua neurolyytisillä aineilla pidemmäksi aikaa tai kokonaan. Tällainen hoito vaatii erityiskoulutusta, eikä ole käytetty perusterveydenhuollon yksiköissä. (Kalso ym. 2004d, 165 – 166.)

Puudutusaineilla estetään hermoärsykkeiden johtuminen vaikuttamalla hermokalvon natriumkanaviin. Pitkävaikutteista bupivakaiinia (Marcain®) ja ropivakaiinia (Naropin®) käytetään kroonisen kivun hoidossa johto-, sakraali- ja epiduraalipuudutuksissa. Pitkäaikaisen kivun hoidossa voidaan käyttää puudutteiden ja opioidin kombinaatiota, koska näiden vaikutus selkäytimen kivunsäätelyyn on synergistinen. (Kalso ym. 2004d, 165 – 166.)

Trisykliset depressiolääkkeet ovat tehokkaita sentraalisissa ja perifeerisissä neuropaattisissa kiputiloissa. Ne lievittävät jatkuvaa kipua, mutta myös tuikkauskipua ja alldyniaa (ilmiö, jossa aiemmin kivuton ärsyke muuttuu kivuliaaksi). Selvä analgeettinen teho on havaittu ainakin postherpeettisessä neuralgiassa, diabeettisessä neuropatiassa sekä aivoverenkiertohäiriöiden jälkeisissä kiputiloissa. Kliininen vaste trisyklisille



masennuslääkkeille voi olla yksilöstä riippuen erilainen, useimmat potilaat saavat vain osittaista apua tai jopa jäävät ilman kivun lievittävää vaikutusta. Kroonisiin kiputiloihin liittyvä masennus vaikeuttaa kliinisten tutkimusten tulosten arviointia. Amitriptyliinin (Triptyl®) teho on masennuksesta ja mielialavaikutuksesta riippumaton, koska sen kipua lievittävä teho tulee esille nopeammin kuin masennusta lievittävä vaikutus. Kipupotilaiden rikkonaista yöunta ja univaikeuksia voidaan helpottaa käyttämällä hyödyksi trisyklisen masennuslääkkeen väsyttävää haittavaikutusta annostelemalla lääke iltapainotteisesti. Masennuslääkkeillä on vahva antikolonerginen vaikutus, mikä saattaa aiheuttaa virtsaretentiota, kognitiivisten toimintojen heikkenemistä, sekavuutta ja ortostaattista verenpaineiden vaihtelua, mikä on hyvä ottaa huomioon vanhuspotilaan hoidossa. (Haanpää 2004, 24; Kalso ym. 2004d, 151; Kivelä ym. 2007, 79.)

Hermovauriokivun, johon liittyy viiltävää tai sähköiskumaista kipua, hoidossa käytetään epilepsialääkkeitä, koska ne vähentävät spontaanien hermoimpulssien syntymistä vaurioituneissa hermoissa. Karbamatsepiinia (Tegretol®) on ensisijainen epilepsialääke kroonisen kivun hoidossa ja sitä käytetään peruslääkkeenä kolmoishermostörynnöissä. Se on tehokas myös esimerkiksi diabeettisen neuropatian aiheuttaman kivun hoidossa. Akuutin kivun hoidossa epilepsialääkkeillä ei ole tehoa. Levomepromatsiini (Levozin®) on vahva antipsykoottinen lääke, jota käytetään vaikeiden mielenterveysongelmien hoidossa, mutta sitä voidaan käyttää myös vaikeiden kipujen hoitoon joko yksinään tai yhdessä muiden kipulääkkeiden kanssa. Gabapentiinia (Lyrica®) käytetään enemmän pitkäaikaisen, perifeerisen neuropaattisen kivun hoidossa kuin epilepsian hoidossa. Gabapentiini on tehokas amputaation jälkeisen kivun hoidossa. Midatsoolaami (Dormicum®) on perussedaatio ja anestesiaalääke suonensisäisesti annosteltuna, mutta lyhytvaikutteinen unta antava lääke suun kautta annosteltuna. (Haanpää 2004, 25 – 26; Kalso ym. 2004d, 153 – 155; Kivelä ym. 2007, 79.)

Dementoituneiden vanhuspotilaiden kivunhoidossa puudutteilla, trisyklisillä depressoilääkkeillä ja epilepsialääkkeillä tulee olla hyvin varovainen, koska näiden lääkkeiden haittavaikutukset ovat iäkkäälle potilaalle hankalia. Puuduteaineet voivat aiheuttaa esimerkiksi puheen puuroutumista, tajunnantason laskua ja rytmihäiriöitä. Masennus- ja epilepsialääkkeet aiheuttavat huimausta, kaatumisia, muisti- ja puhehäiriöitä, näkö-

häiriöitä, uneliaisuutta, väsymystä. (Haanpää 2004, 24 – 26; Kalso ym. 2004d, 151 – 155; Kivelä ym. 2007, 79.)

Plasebo- eli lumelääkettä voidaan käyttää kontrolloiduissa kliinisissä tutkimuksissa silloin, kun tehokkaaksi osoitettua aktiivista kontrollihoitoa ei ole, tai jos halutaan selvittää, mitä potilaalle tapahtuisi ilman tutkittavaa hoitoa. Lumelääkkeet ovat oleellisia kipututkimuksessa, mutta niitä ei tule käyttää sellaisella potilaalla jolla on vahva, mutta toimiva kipulääkitys. Lisäksi lumelääkkeiden tutkimustyöhön liittyy eettisiä kysymyksiä, joista tutkittavan tulee saada tietoa niin, että ymmärtää tutkimuksen tarkoituksen. Lisäksi tutkittava potilas saa suostua tai kieltäytyä tutkimuksesta tai lopettaa jo aloitetun tutkimuksen kesken. (Kalso 2004c, 45 – 49.) Koska dementoituneen potilaan ajatusmaailma, kognitiivinen taso, muisti ja päättelykyky voivat olla heikentyneet siinä määrin, ettei hänestä ole päättämään tällaiseen tutkimukseen osallistumisesta, on eettisesti väärin häntä sellaiseen tutkimukseen pyytää osallistumaan.

Kun dementoituneelle vanhukselle aloitetaan akuutin kivun hoitoon lääkitys, tulee lääkityksen olla riittävä, vaikka niiden aloitusannos on yleisesti puolet pienempi kuin työikäisen aikuisen suositeltu aloitusannos. Annosta nostetaan tarvittaessa asteittain siihen asti kunnes riittävä kivunlievitystaso on saavutettu tai kun lääkityksestä aiheutuvat haitat estävät annoksen suurentamisen. Jos aloitetulla lääkehoidolla ei saavuteta riittävää tasoa tai haittavaikutukset ovat huomattavia, lopetetaan kyseinen lääke ja vaihdetaan toinen tilalle. Dementoituneen vanhuspotilaan kroonisen kivun hoitoa tulee suunnitella yhteistyössä potilaan, omaisen, hoitajien ja lääkärin kanssa miettien oireiden syitä ja mitä keinoja kivun helpottamiseksi on olemassa. Kipulääkityksen aloitus ja toteuttamisen onnistuminen käytännössä vaatii yhteistyötä. Saman terapiaryhmän lääkevalmisteita, esimerkiksi depressiolääkkeiden, tulehduskipulääkkeiden ja opioidien, yhtäaikaista käyttöä tulee välttää vanhuspotilaalla, koska niiden myönteiset vaikutukset lisääntyvät haittavaikutuksia harvemmin. Kotona asuvaa dementoitunutta vanhusta, hänen omaistaan ja hoitajia ohjataan potilaan kivunhoidon toteutuksessa ja tehon ja haittavaikutusten seurannassa. Akuutin kivun poistuttua tai kroonisen kivun lievennyttyä, tarpeeton kipulääkitys puretaan asteittain pois. Kipulääkkeet eivät saa olla ainoa hoitomuoto dementoituneen vanhuksen kivunhoidossa. Kivun helpottami-

seksi voidaan käyttää ei-lääkkeellisiä hoitotyön menetelmiä. (Kivelä ym. 2007, 80, 97 - 98.)

### **3.4.2 Ei – lääkkeellinen kivunhoito**

Dementoituneen vanhuksen kipu voi olla fyysistä tai psyykkistä, sosiaalista tai henkistä/hengellistä kipua, joka muuntuu ja vaihtelee ahdistuksen, depression, erilaisten tilanteiden, vuorokauden- ja vuodenaikojen mukaan. Vanhuksen elämässä on saattanut tapahtua jotain sellaista, esimerkiksi puolison kuolema ja sen aiheuttama suru ja yksinäisyys, mikä provosoi kivun esiintymistä voimakkaampana. Tällaisen asian huomioiminen vanhuksen hoidossa on tärkeää, koska kipulääke ei aina yksin riitä poistamaan kipua. Vanhuksen kipua voidaan helpottaa psyykkisen ja henkisen olemisen kautta vaikuttavin keinoin tai fyysisen olemisen kautta vaikuttavin keinoin. (Kassara ym. 2004, 356.)

Dementoituneella vanhuspotilaalla on oikeus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja saada tietoa hoitoaan koskevista asioista, vaikka ymmärrys ei aina riittäisi käsittelemään asiaa. Keskustelun avulla hänen psyykkinen turvallisuuden tunteensa lisääntyy ja mahdollinen kipulääkityksen tarve vähenee. Dementoituneelle vanhukselle kerrotaan tulevasta hoito- tai tutkimustilanteesta, jotta hän voisi hyödyntää aikaisempia (kipu) kokemuksiaan, eikä säikähdä toimenpidettä. Potilaan kanssa keskustelemalla tai kuuntelemalla voidaan kiinnittää huomio johonkin muuhun ärsykkeeseen ja suunnata huomio pois kivusta huumorin, lukemisen, musiikin, mielikuvien, rentoutuksen ja tv:n katselun avulla. Rentoutumalla ihminen vapautuu ahdistuksesta ja lihasjännityksestä, jonka avulla kivuntunne lievittyy. Huumorilla on etuja monenlaisissa hoitotilanteissa, ja sen avulla potilas voi ilmaista hämmentäviä tunteitaan. Myös hoitaja voi huumorin avulla selviytyä hankalasta tilanteesta. Huumori ei kuitenkaan saa olla pilkkaavaa ja toista ihmistä loukkaavaa. Musiikin kuuntelu voi siirtää potilaan ajatukset pois kivuntunteesta. Hoitajan aito läsnäolo ja potilaan todellinen kohtaaminen rauhoittaa potilasta. Jos ei jatkuvasti voi olla potilaan luona, lupaus siitä, että tarvittaessa tulee luokse, luo vanhukselle turvallisuuden tunnetta. (Kankkunen 2008, 262; Kassara ym. 2004, 357.)

Vanhemmille ihmisille uskonto ja sielunhoito ovat tärkeitä asioita, ja sen avulla voidaan helpottaa vanhuksen yleistä vointia niin, että myös kipu hellittää. Sielunhoito perustuu vuorovaikutukseen, jossa hoitaja pyrkii ensisijaisesti kuuntelemaan toisen ihmisen asiaa. Uskonnollinen vakaumus täydentää ihmisen elämää ja sen kunnioittaminen vanhuksen elämässä on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa. Rukous ja hengellisyyden tukeminen on lääkkeetön kivunhoito menetelmä. (Kankkunen 2008, 262; Pohjolan – Pirhonen 2000, 56 – 56.)

Fyysisen olon helpottamiseksi asento- ja asennonmuutoksilla on suuri merkitys, koska asennon muutos lievittää kipureseptoreihin kohdistuvaa painetta ja ärsytystä sekä edistää laskimo- ja lymfakiertoa. Hoitaja kosketus ja kevyt hieronta auttavat ja lohduttavat kipeää potilasta. Jos kipu on neuropaattista ja aiheuttaa allodyniaa, voi kevytkin kosketus tehdä kipeää. Tämä tulee ottaa huomioon, jos potilas kavahtaa kosketusta. Kivunhoidossa käytetään myös kylmähoitoa vähentämään verenkiertoa, hidastamaan kudosten aineenvaihduntaa ja lievittämään kouristuksen omaista lihasjännitystä. Kylmähoito lievittää haavakipua tai pitkän vuodelevon aiheuttamia nivelkipuja. Vanhuspotilaalle kuitenkin mieleisempi vaihtoehto saattaa olla pintalämpöhoito, joka kiihdyttää aineenvaihduntaa, parantaa verenkiertoa ja rentouttaa lihaksia. Lämpöä ei tule kuitenkaan käyttää tulehdusten aiheuttaman kivun hoidossa. Kylmä- ja lämpöhoidoissa tulee huomioida iäkkään ihmisen pintatunnossa tapahtuneet muutokset. Fysioterapian keinoilla pyritään ennaltaehkäisemään kipua, mutta myös hoitaa kipua pois. (Kassara ym. 2004, 357 – 358; Vuento – Lammi 2005, 34 - 36.)

Kipua voidaan hoitaa tai vähentää akupunktiolla, keskushermoston stimulaatiolla, laserhoidolla, kirurgian, psyko- ja käyttäytymisterapian, sähkö- tai tns – hoidon avulla. (Kalso ym. 2004d, 176, 182, 188, 190; Vuento – Lammi 2005, 34 – 36.)

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien osaamista arvioida ja hoitaa dementoituneen vanhuspotilaan kipua Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän alueen kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastoilla. Tutkimuksen tavoitteena on saada käsitys siitä, millaisin keinoin voidaan kehittää dementoituneen vanhuspotilaan kivun arviointia ja hoitoa kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastoilla.

##### **Tutkimusongelmat:**

1. Millaista osaamista sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on arvioida dementoituneen vanhuspotilaan kipua?
2. Millaista osaamista sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on hoitaa dementoituneen vanhuspotilaan kipua?
3. Millaista tietoa sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on kipulääkkeistä?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Alkuperäinen suunnitelma oli toteuttaa kyseinen tutkimus sekä Pieksämäen kaupungin terveystoimen ja Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän alueella. Tutkimuksen kohdejoukoksi oli suunniteltu otettavan 100 sairaan- ja terveydenhoitajaa. Pieksämäen kaupungin terveystoimen osalta tutkimus jäi avoimeksi toisen opinnäytetyöntekijän vetäytyttyä hankkeesta. Tämän vuoksi tutkimusjoukko puolittui.

### 5.1 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella (liite 1). Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastolla työskentelevät toimessa olevat ja yli kolmen kuukauden sijaisuuksissa työskentelevät sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Kohdejoukon valintaan vaikutti se, että kyseisissä työyksiköissä sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kohtaavat eri vaikeusasteessa olevia dementoituneita ihmisiä, joilla on monipuolinen sairaus- ja kipuhistoria. Tutkimuksen kohdejoukoksi muotoutui 51 sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän alueelta, koska alustavan kartoituksen perusteella tällainen vastaajien määrä olisi mahdollista saada.

Tutkimussuunnitelma esiteltiin osastonhoitajien kokouksessa ja osastonhoitajat lupasivat toimia yhteyshenkilöinä kyselylomakkeiden jakamisessa ja palauttamisessa. Kyselylomakkeet toimitettiin ensiapuun ja osastoille henkilökohtaisesti, jolloin vielä käytiin läpi vastaus- ja palautusohjeet osastonhoitajien kanssa. Kotisairaanhoidon työntekijöille kyselylomakkeet jaettiin henkilökohtaisesti heidän omassa koulutustilaisuudessa, jolloin jokainen sai vastaus- ja palautusohjeet henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeen saatekirjeessä selvitettiin tutkimuksen tarkoitus sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, nimettömyys ja luottamuksellisuus. Lisäksi saatteeksi laitettiin tietoa siitä, mitä tässä tutkimuksessa dementoituneella ihmisellä tarkoitetaan (liite 2).

Kyselylomakkeet toimitettiin vastaajille toukokuussa 2009. Vastausaikaa varattiin kuukausi, jotta kaikki kyselylomakkeet ehdittiin toimittamaan kyseisiin työyksiköihin muutaman päivän viiveellä. Lisäksi kesälomakausi oli juuri alkanut, joten lomilta pa-

laavat hoitajat ennättivät vastaamaan kyselyyn. Vastausaika ajoittui alkukesään, jotta opinnot etenivät aikataulussa. Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän osastonhoitajat palauttivat sovitusti lomakkeet sisäisenä postina tutkijan osastolle. Kotisairaanhoidossa työskentelevistä hoitajista kolme palautti kyselylomakkeen minulle kotiin ja loput palauttivat ne sisäisenä postina minulle osastolle. Määräaikaan mennessä palautui 38 kyselylomaketta.

## 5.2 Mittari

Tutkimuksessa käytettiin valmista kyselylomaketta, jonka muokkasin dementoituneen vanhuspotilaan kivun arviointia ja hoitoa kartoittavaksi. Kyselylomakkeen käytön etu on se, että se voidaan antaa isolle joukolle ja sen avulla voidaan kysyä monia asioita. Lisäksi kyselytutkimus soveltuu mielipiteiden, asenteiden ja kokemusten selvittämiseen. Kyselyn avulla saadaan selville miten asiat vastaajan mielestä ovat. Kysymysten asettelu on tehtävä huolellisesti, ettei synny tulkintavaikeuksia ja väärinkäsityksiä. Kyselylomakkeen käyttö on tehokasta ja aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida melko tarkasti. Lisäksi aineisto voidaan laittaa nopeasti tallennettuun muotoon, joka sitten analysoidaan tietokoneen avulla. (Hirsjärvi ym. 2008, 190; Uusitalo 1997, 92 – 93.)

Tässä tutkimuksessa käytettävän kyselylomakkeen on alun perin kehittänyt Härtel ja Kalso akuutin ja leikkauksen jälkeisen kivunhoidon tutkimiseen. Kyselylomaketta on käytetty myös HYKS:ssa, Keski-Suomen keskussairaalassa, Jyväskylän ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajien kivunhoidon erikoistumisopinnoissa, Hyvinkään sairaalassa, HYKS:n kipuklinikassa ja Töölön sairaalassa. (Hakala 2003, 23; Lahti ym. 2005, 36; Rask ym. 2002, 17.)

Jokaista aikaisemmin kyselylomaketta käyttäneitä tutkijoita lähestyttiin tammi – helmikuussa 2009 sähköpostilla kyselylomakkeen uudelleen käyttöä varten. Yhtä tutkijaa (jota ei tavoitettu) lukuun ottamatta kaikilta muilta saatiin myöntävä vastaus. Kyselylomakkeen muutostyöt pääsivät käyntiin. Muokatun kyselylomakkeen esitelmä suoritettiin maaliskuussa 2009 neljällä eri hoitoalan ammattilaisella. Yksi heistä oli kehi-

tysvammaistenhoitaja, yksi ensihoitoon suuntautunut lähihoitaja ja kaksi sairaanhoitajaa.

Esitetaustavastausten perusteella havaittiin, että erikoissanasto on jonkin verran vierasta ja aiheuttaa tulkintavirheitä ja vastauskatoa. Sanojen valinnalla ja ammattisanaston välttämällä voi olla vaikutusta vastausten laatuun ja määrään. (Hirsjärvi ym. 2008, 198.) Tässä tutkimuksessa käytettävässä kyselylomakkeessa käytetään sanaa opiaatti aikaisempien tutkimusten mukaisesti, mikä säilyy kautta linjan myös tuloksissa. Johtopäätöksissä ja tuloksissa käytetään taas opioidi – termiä. Muuten tätä tutkimusta varten kysymyksiä muokattiin dementoituneen vanhuspotilaan kivunhoitoa selvittäviksi. Kyselylomakkeesta poistettiin kipuepiduraalia ja puudutusta koskevat kysymykset, koska niitä ei perusterveydenhuollossa käytetä. Lisäksi avoimet kysymykset työpaikan kivunhoidon vastuusta ja tulehduskipulääkkeiden ja opiaattien haittavaikutuksista poistettiin. Niiden tilalle laitettiin kolme avointa kysymystä dementoituneen vanhuspotilaan kivun arvioinnista ja hoidosta. Uutta esitetausta ei enää suoritettu, jotta opiskelut etenivät aikataulussa.

Tässä tutkimuksessa käytettävässä kyselylomakkeessa on kolme osiota. Ensimmäisessä osiossa kartoitetaan taustamuuttujia; tutkittavien ikää, koulutusta, työkokemusta vuosina, työpaikkaa ja aikaisempia kivunhoito-opintoja. Varsinaisessa kyselylomakkeessa on 40 strukturoitua kysymystä, joihin vastataan joko samaa mieltä, eri mieltä tai en osaa sanoa. Kyselylomakkeella voidaan kerätä tietoa tosiasioista, tiedoista ja asenteista. Täsmällisiä tosiasioita kysytään suoraan yksinkertaisina kysymyksinä. Suljettujen kysymysten etuna on vastausten käsittelyn yksinkertaistaminen, mutta myös tiettyjen virheiden torjunta. Lisäksi vastausvaihtoehtoja myös ei-kielellisesti lahjakkaat eivät esty vastaamasta. (Heikkilä 1998, 49 – 50; Hirsjärvi ym. 2008, 192.) Vaarana samaa mieltä / eri mieltä vastauksissa on, että vastaaja vastaa sosiaalisesti suotavalla tavalla eli valitsee sen vastausvaihtoehdon, jota arvelevat odotettavan vastattavaksi. En osaa sanoa -vaihtoehto on tarjottu vaihtoehdoksi niille vastaajille, joilla ei ole kantaa tai tietoa asiasta. (Hirsjärvi ym. 2008, 198.)



Kyselylomakkeen toisessa osiossa kartoitetaan hoitajien lääketuntemusta 23:n eri lääkeaineen vaikuttavan aineen ja kaupanimen suhteen. Tarkoituksena on listata kyseiset lääkeaineet joko tulehduskipulääkkeeksi, opiaatiksi tai muuksi lääkkeeksi. Sosiaali- ja terveysministeriön turvallinen lääkehoito-ohje edellyttää sairaan- ja terveydenhoitajalta kipulääkkeiden farmakodynamiikan ja -kinetiikan tuntemista, tietää yleisimmät dementoituneen vanhuksen kivunhoidossa käytettävät lääkkeet ja lääkehoidon erityispiirteet ja tunnistaa lääkityksen aiheuttamat mahdolliset sivu- ja haittavaikutukset. Lisäksi hoitajan tulee tuntea opiaattilääkkeisiin liittyvä riippuvuus- ja väärinkäytön riski. (Nurminen 2001, 488, 495, 532; Sosiaali- ja terveydenhuollon oppaita 2005.)

Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa on kolme avointa kysymystä, joilla kartoitetaan hoitajan osaamista dementoituneen vanhuspotilaan kivun arvioinnissa ja hoitamisessa ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä käyttäen. Kyselylomakkeen mukana vastaajat saivat VAS- kipumittarit.

### **5.3 Aineiston käsittely ja analyysi**

Tässä tutkimuksessa käytetty menetelmä on empiirinen ja kvantitatiivinen survey-tutkimus, jossa tutkittavat asiat todentuvat objektiivisesti todettavista tosiasioista. Survey-tutkimus on suunnitelmallinen kyselytutkimus, jossa tietoa kerätään standardoidussa muodossa kohdejoukolta. Kohdehenkilöt muodostavat tutkimuksen perusjoukon. Kyselytutkimuksella saadun aineiston avulla pyritään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä (Hirsjärvi ym. 2008, 130 – 136, 188; Nykysuomen sivistyssanakirja 1977, 99, 231.)

Tässä tutkimuksessa strukturoidut vastaukset käsiteltiin kvantitatiivisesti SPSS (Statistical Program for the Social Sciences) for Windows (15,0) tilasto-ohjelmalla. Analyysi aloitettiin syöttämällä vastauslomakkeiden tiedot SPSS- ohjelmaan. Sitten laskettiin muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumat, ja tässä vaiheessa tarkistettiin ja korjattiin mahdolliset virheet, jotka olivat syntyneet ensimmäisen tallennuksen yhteydessä. Vastaajien taustatiedot ryhmiteltiin iän (20 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59 ja yli 60 vuotta), koulutuksen (sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, sairaanhoitaja – amk ja terveydenhoitaja), työkokemuksen (1 – 9, 10 – 19, 20 – 29, 30 – 39, yli 40 vuotta), työpaikan

(kotisairaanhoido, ensiapu, vuodeosasto), kivunhoito koulutuksen (en, kyllä) ja missä kivunhoitokoulutuksessa on ollut (erikoistumisopinnot, työpaikan omat koulutukset tai osastotunnit, muualla, missä?) mukaan. Varsinaisen tutkimuslomakkeen vastaukset jaoteltiin joko samaa mieltä, eri mieltä tai en osaa sanoa -osioihin ja lääkitys osuudessa tulehduskipulääke, opiaatti tai muu lääke -osioihin.

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset käsiteltiin kvalitatiivisen sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysin tarkoituksena on ymmärtää, millaisia merkityksiä tutkittavat antavat tutkittavalle ilmiölle ja kuvata niiden sisältöä sanallisesti. Ensiksi jokainen vastaus luetaan niiden sisällön ymmärtämiseksi. Aineistosta nostetaan esille tutkimuskysymyksen kannalta oleellisia merkityksiä ja poistetaan samaa tarkoittavat ilmaisut. Tärkeimmät ilmaisut voidaan esittää yleisimpinä käsitteinä. Yhteenkuuluvat merkitykset ryhmitellään teemoiksi ja luokiksi, joita verrataan alkuperäisiin kuvauksiin ja tarkistetaan, että alkuperäinen yhteys on säilynyt. Jos eroja ilmenee, toistetaan vaiheet. Tulokset yhdistetään tyhjentäviksi kuvauksiksi tutkittavasta ilmiöstä, ja pyritään muodostamaan tiivistetty ja yksiselitteinen yhteenveto. Analyysi on jatkuvaa vertailua, jonka tarkoituksena on ydinkäsitteiden löytyminen ja niiden yhdistäminen. (Krause ym. 1996, 117 – 118; Tuomi ym. 2003, 105; Turunen ym. 1994, 8 - 10.)

Kyselylomakkeen kysymykset jakautuvat niin, että strukturoidut kysymykset selvittävät vastaajien tietoa kivusta, kivun arvioinnista ja hoidosta (kysymykset 1 – 20, 22 – 24, 26 ja 37), taitoa (kysymys 38) ja asenteita (kysymykset 21, 25, 27 – 29, 31 – 36 ja 39 – 40). Lääkkeiden tunnistamisosuudessa selvitetään vastaajien tietoa kivun hoidossa käytettävistä lääkkeistä. Avoimet kysymykset selvittävät vastaajien taitoa arvioida ja hoitaa dementoituneen vanhuspotilaan kipua. Tämän tutkimuksen tulokset esitetään frekvensseinä havaintoarvojen esiintymiskertojen lukumäärän mukaan (Tilastollisia menetelmiä, 2009).

## **6 TULOKSET**

## 6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeita jaettiin kotisairaanhoidon, ensiapuun ja vuodeosastoille yhteensä 51 kappaletta, joista palautui määräaikaan mennessä 38 kappaletta. Vastausprosentiksi saatiin näin ollen **74,5 %**. Vastaajien keski-ikä on 45 vuotta ja työkokemusta vastaajille on kertynyt keskimäärin 10 - 15 vuotta. Vastaajista koulutukset vaihtelivat niin, että sairaanhoitajia oli 15, erikoissairanhoitajia 5, amk-tutkinnon suorittaneita sairaanhoitajia 13 ja terveydenhoitajia 5. Kotisairaanhoidosta saatiin 10 vastausta, ensiavusta 6 ja vuodeosastolta 22 vastausta. Yli puolet (24) vastanneista on käynyt erilaisissa kivunhoito koulutuksissa; työpaikan omissa koulutuksissa (10) tai muualla järjestetyissä (10) ja erikoistumisopinnoissa 1. Kolme vastausta jouduttiin jättämään analyysistä pois muualla järjestetystä koulutuksesta, koska vastausvaihtoehdoista oli valittu useampi vaihtoehto.

## 6.2 Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tiedot kivusta

Vastaajien tiedot kivusta osoittautuivat yleisesti ottaen melko hyviksi. Vastaajista 26 tiesi, että kaikille todellisille kivuille ei voida löytää fyysistä syytä, ja puolet vastaajista on sitä mieltä, ettei kipuun liittyvistä fysiologisista merkeistä voi päätellä, onko dementoituneella potilaalla kipua tai kuinka voimakasta kipu on. Vastaajista kolme oli sitä mieltä, että henkilökunnan arvio dementoituneen potilaan kivusta on luotettavampi kuin potilaan arvio, viisi ei osannut sanoa ja 29 vastaajaa on sitä mieltä, että potilaan oma arvio on luotettavampi. Suurin osa (33) hoitajista on sitä mieltä, että dementoitunut vanhus ei saa nukkua silloin kun hänellä on voimakkaita kipuja.

TAULUKKO 1. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tiedot kivusta. Oikeat vastaukset on merkitty lihavoinnilla.

Väittäjä	Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
1. Kaikille todellisille kivuille voidaan löytää fyysinen syy.	12	<b>26</b>	
2. Samanlainen sairaus tai toimenpide aiheuttaa kaikille dementoituneille yhtä kovan ja yhtä kauan kestävä kivun.	2	<b>36</b>	

3. Kipuun liittyy aina havaittavia fysiologisia merkkejä, joiden perusteella voi päätellä, onko dementoituneella potilaalla kipuja ja miten voimakkaita ne ovat.	16	<b>19</b>	2
4. Henkilökunnan arvio kivusta on luotettavampi kuin dementoituneen vanhuksen oma arvio kivustaan.	3	<b>29</b>	5
5. Dementoitunut vanhus saa nukuttua, vaikka hänellä on kovia kipuja.	<b>1</b>	33	4
6. Mitä kauemmin kipu kestää, sitä paremmin dementoitunut ihminen sietää kipua.	3	<b>32</b>	3
7. Riittämätön kivunhoito voi	<b>38</b>		
a) huonontaa hengitystä			
b) aiheuttaa takykardiaa	<b>38</b>		
c) nostaa verenpainetta	<b>38</b>		
8. Samanlainen kahdelle dementoituneelle potilaalle tehdyn toimenpiteen jälkeen voi toisen tarvitsema kipulääkkeen määrä olla kymmenkertainen.	<b>26</b>	6	6
20. Syövästä johtuvia jatkuvia kipuja tulisi hoitaa säännöllisellä kipulääkityksellä ympäri vuorokauden.	<b>37</b>	1	
23. Puutteellisesti hoidettu akuutti kipu voi lisätä kivun kroonistumisen riskiä.	<b>35</b>		3
26. Kun dementoituneelle henkilölle on tehty leikkaus, hänelle on annettava kipulääkettä	36	2	
a) säännöllisesti määrättyinä tuntimäärinä.			
b) kivun ensioireiden alkaessa.	24	5	
c) kun kipu on sietämättömän kovaa.	25	5	

Kaikki vastaajat tiesivät, että riittämätön kivunhoito huonontaa hengitystä, aiheuttaa takykardiaa ja nostaa verenpainetta. 26 vastaajista on sitä mieltä, että samanlaisen toimenpiteen jälkeinen kipulääkkeen tarve voi toisella potilaalla olla kymmenkertainen, ja melkein kaikki vastaajat (37) ovat sitä mieltä, että syövästä johtuvia kipua tulee hoitaa säännöllisellä lääkityksellä ympäri vuorokauden. Kysymyksessä 26 oli vastattu useampaan kohtaan, mutta näyttää siltä, että suurin osa (36) vastaajista on sitä mieltä, että leikkauksen jälkeinen kivunhoito on tärkeää. Lisäksi hoitajat antaisivat dementoituneelle vanhukselle kipulääkettä säännöllisesti määrättyinä tuntimäärinä. Puutteellisesti hoidettu akuutti kipu aiheuttaa kroonistumisen riskiä 35 vastaajan mielestä.

### 6.3 Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien tiedot kipulääkkeistä

Vastaajien tietotaso tulehduskipulääkkeistä oli melko hyvä. 29 vastaajista oli sitä mieltä, että tulehduskipulääkkeen voi antaa yhtä aikaa opiaatin kanssa. Kaikki hoitajat tunnistivat ibuprofeinin tulehduskipulääkkeeksi ja ketoprofeinikin on 37 vastaajan mielestä tulehduskipulääke. Yksi vastaajista laittoi sen muuksi lääkkeeksi. Diklofenaakki ja selekoksibi tunnettiin huonommin, 25 vastaajaa tunnisti diklofenaakin ja 22 selekoksibin tulehduskipulääkkeeksi. Lisäksi näiden molempien vaikuttavien aineiden kohdalla oli yksi vastaajista jättänyt tyhjän kohdan.

TAULUKKO 2. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien tiedot tulehduskipulääkkeistä. Oikein vastanneiden määrät on merkitty lihavoinnilla.

Vaikuttava aine	Tulehduskipulääke	Opiaatti	Muu
Ketoprofeiini (Ketorin®)	<b>37</b>		1
Ibuprofeiini (Burana®)	<b>38</b>		
Diklofenaakki (Voltaren®)	<b>25</b>	2	10
Parasetamoli (Panadol®)	<b>18</b>		19
Selekoksibi (Celebra®)	<b>22</b>	2	13

Parasetamolin ryhmittelyn vaikeus näkyy siinä, että vastaukset jakautuivat melkein puoliksi. Tulehduskipulääkkeeksi sen tunnisti 18 vastaajaa ja 19 valitsi sen muuksi lääkkeeksi, yksi oli jättänyt sen kohdan vastaamatta.

Hoitohenkilökunnan tiedot opiaateista ovat vaihtelevia. Suurin osa vastaajista (36) tiesivät, että opiaatit ovat pääasiassa keskushermoston kautta vaikuttavia lääkkeitä, mutta alle puolet (17) tiesivät, ettei opiaateilla ole kattovaikutusta. Lihakseen annettavan opiaatin vaikutusajaksi 6 – 7 tuntia vastasi 16 hoitajaa ja 20 hoitajaa tiesivät, ettei opiaattia voi käyttää unilääkkeenä. Reilu kolmannes (14) hoitajista on sitä mieltä, että opiaatit eivät tehoa hermovaurioista johtuvaan kipuun.

TAULUKKO 3. Sairaanhoidtajien ja terveydenhoitajien tiedot opiaatti - lääkehoidosta. Oikeat vastaukset merkitty lihavoinnilla.

Väittäjä	Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
10. Opiaatit ovat pääasiassa keskushermoston kautta vaikuttavia	<b>36</b>	1	
11. Opiaateilla on kattovaikutus, eli tietyn annoksen jälkeen ei annoksen nostaminen enää paranna lääkkeen kipua lievittävää vaikutusta.	17	<b>15</b>	5
12. Lihakseen annettu opiaattiannos vaikuttaa 6 – 7 tuntia.	16	<b>18</b>	2
13. Opiaattia voi käyttää unilääkkeenä.	15	<b>20</b>	3
14. Mitä kovempia dementoituneen potilaan kivut ovat, sitä enemmän opiaattia hän sietää saamatta hengityslamaa.	<b>5</b>	30	2
15. Kaikki opiaatin haittavaikutukset (myös hengityslama) voidaan kumota naloksonilla.	<b>14</b>	12	11
16. Suuret opiaattiannokset tai pitkittynyt hoito aiheuttavat aina huomattavan psyykkisen riippuvuuden riskin.	30	<b>4</b>	4
17. Potilaan tarvitsemien opiaattiannosten jatkuva suureneminen ja vieroitusoireet ovat merkkejä kehittyneestä riippuvuudesta.	<b>29</b>	8	
22. Opioidit eivät tehoa hermovaurioista johtuvaan kipuun.	14	<b>13</b>	10

30 vastaajista on sitä mieltä, että kovissa kivuissa oleva dementoitunut potilas on vaarassa saada hengityslamaa mitä enemmän opiaattia hänelle annetaan kivun hoitamiseksi. Reilu kolmannes (14) tiesi, että opiaatin aiheuttamat haittavaikutukset, kuten hengityslama, on kumottavissa naloksonilla. Opiaattien aiheuttaman psyykkisen riippuvuuden kehittymisestä oli huolissaan suurin osa vastaajista (30) ja lähes saman verran vastaajia (29) oli sitä mieltä, että annosten jatkuva suureneminen ja vieroitusoireet ovat merkkejä kehittyneestä riippuvuudesta.

TAULUKKO 4. Sairaanhoidtajien ja terveydenhoitajien tiedot opiaattilääkkeistä. Oikeat vastaukset merkitty lihavoinnilla.

Vaikuttava aine	Tulehduskipulääke	Opiaatti	Muu
Morfiini (Dolcontin®)		<b>38</b>	
Fentanylili (Durogesic®)		<b>37</b>	

Kodeiini (Panacod®)	4	<b>20</b>	13
Buprenorfiini (Temgesic®)		<b>34</b>	3
Dekstropropoksifeeni (Abalgin®)	7	<b>16</b>	14
Petidiini (Petidin®)	1	<b>27</b>	10
Oksikodoni (Oxycontin®)		<b>38</b>	
Metadoni (Dolmed®)	2	<b>17</b>	17
Tramadoli (Tramal®)	9	<b>15</b>	12

Myös opiaattilääkkeiden tuntemisessa on jonkin verran hajontaa. Kaikki vastaajat tunnistivat morfiinin ja oksikodonin opiaatiksi. Fentanyylin tunnisti 37 hoitajaa, yksi oli jättänyt vastaamatta. Buprenorfiinin, dekstropropoksifeenin, petidiinin ja metadonin kohdalla vastauksissa oli enemmän hajontaa. Metadonin tunnisti opiaatiksi vain 17 vastaajista. Heikkojen opiaattien kodeiinin ja tramadolin tunnistamisessa oli suuria eroja. Kodeiinin tunnisti opiaatiksi 20 hoitajaa ja tramadolin vain 15 hoitajaa. Molempia lääkeaineita oli vastattu pääsääntöisesti muuksi lääkkeeksi. Opiaattien kohdalla oli kahdeksan tyhjää vastausta; yksi fentanyylin, kodeiinin, buprenorfiinin ja dekstropropoksifeenin kohdalla ja kaksi tyhjää kohtaa metadonin ja tramadolin kohdalla.

Antidepressanttien teho kroonisen kivun hoidossa tunnistettiin hyvin. Yli puolet (26) vastaajista tiesi, että masennuslääkkeiden teho ei perustu vain masennuksen hoitoon. Plasebojen voidaan käyttää dementoituneen potilaan todellisen kivun selvittämiseksi 12:sta hoitajan mielestä, mutta 20 vastaajista ei kuitenkaan antaisi plaseboa vanhukselle, joka vaatii kipulääkettä enemmän kuin on tarpeen. 27 vastaajista on sitä mieltä, että kivulle ei ole kovin fyysistä syytä, jos plasebo auttaa kipuun.

TAULUKKO 5. Hoitohenkilökunnan tiedot muista kivunhoidossa käytettävistä lääkkeistä. Oikeat vastaukset merkitty lihavoinnilla.

Väittämä	Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
18. Jos plasebo (lumelääke) auttaa kipuun, voidaan päätellä, ettei kivulle ole kovin fyysistä syytä.	27	<b>8</b>	2
19. Plaseboja voidaan antaa dementoituneelle potilaalle,	12	<b>19</b>	6

a) kun halutaan selvittää, onko kipu todellista.			
b) joka vaatii enemmän kipulääkettä kuin tarpeen.	9	<b>20</b>	5
24. Antidepressanttien teho kroonisen kivun hoidossa perustuu ainoastaan masennuksen lievittämiseen.	7	<b>26</b>	3

Vastaajien tiedot muista kivunhoidossa käytettävistä lääkkeistä ovat tämän kyselyn perusteella varsin hyvät. Suurin osa vastaajista tunnistivat puuduteaineet bupivakaiinin ja ropivakaiinin. Amitriptyliini tunnisti 37 vastaajaa. Epilepsialääkkeet ovat tuttuja kaikille vastaajista. Sekä nalokseeni että midatsolaami olivat vastaajille vieraampia, koska vain 28 tunnistivat lääkkeet oikeaan ryhmään. Haloperidolin opiaatiksi oli vastannut kolme henkilöä.

TAULUKKO 6. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien tiedot muista kivunhoidossa käytettävistä lääkeaineista. Oikeat vastaukset merkattu lihavoinnilla.

Vaikuttava aine	Tulehduskipu- lääke	Opiaatti	Muu
Bupivakaiini (Marcain®)	5	3	<b>30</b>
Amitriptyliini (Triptyl®)		1	<b>37</b>
Nalokseeni (Naloxon®)	2	6	<b>28</b>
Levomepromatsiini (Levozin®)			<b>38</b>
Karbamatsepiini (Tegretol®)			<b>38</b>
Midatsolaami (Dormicum®)	1	9	<b>28</b>
Ropivakaiini (Naropin®)	1	4	<b>29</b>
Haloperidoli (Serenase®)		3	<b>35</b>
Gabapentiini (Lyrica®)	12	4	<b>22</b>

#### 6.4 Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien asenne dementoituneen vanhuksen kivunhoidossa

Hoitohenkilökunnan asenteet dementoituneen vanhuspotilaan kivun arvioinnissa ja hoitamisessa ovat vaihtelevia, mutta melko tasaisia. Hoitajat ovat pääsääntöisesti (35) sitä mieltä, että krooninen kipupotilas voi olla hyväkuntoinen ja huolitellun näköinen.



Potilaan kivun hoidon suunnittelua yhteistyönä omaisten kanssa tärkeänä pitää 36 vastaajista. Tarvittaessa annettavilla kipulääkkeillä hoitaminen on vaikeaa 25 vastaajan mielestä, mutta rentouttavan musiikin kipua lievittävästä vaikutuksesta on samaa mieltä 26 hoitajaa.

Yli puolet vastaajista (23) on sitä mieltä, että kipumittarin käyttö helpottaa dementoituneen potilaan kivun arviointia, mutta vain kaksi (2) käyttää kipumittaria arvioidessaan dementoituneen potilaan kipua. Kun dementoitunut potilas kertoo kivustaan, 22 vastaajista uskoo sen olevan totta ja levottomalle potilaalle 32 hoitajaa antaisi ensisijaisesti jotakin muuta lääkettä kuin rauhoittavaa valmistetta. Opiiaattiriippuvuuden kehittymisestä ei olla kovin huolissaan.

Dementoituneen vanhuspotilaan akuuttia kipua kotona voidaan hoitaa 24 hoitajan mielestä ja kroonisen kivun hoito on mahdollista kaikkien vastaajien mielestä.

Opiiaattilääkityksen käyttö kotona onnistuu 32 vastaajan mielestä, neljä on sitä mieltä, ettei opiaattilääkitystä voi olla kotihoidossa. Kaksi vastaajista ei vastannut kysymykseen.

Dementoituneen vanhuksen kivunhoidon arviointi ei ole helppoa, reilusti yli puolet (25) vastaajista ei koe olevansa asiantuntijoita kivun arvioinnissa, mutta 29 on sitä mieltä, ettei dementoituneen vanhuksen kipua hoideta riittävästi.

TAULUKKO 7. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien asenteet dementoituneen vanhuspotilaan kivun arvioinnista ja hoitamisesta.

Väittäjä	Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa
21. Ihminen, jolla on jatkuva krooninen kipu, voi olla hyväkuntoinen ja huolitellun näköinen.	35	2	1
25. Potilaan kivunhoitoa suunnitellaan yhdessä dementoituneen potilaan ja hänen omaisensa kanssa.	36	1	
27. Tarvittaessa annettavilla kipulääkkeillä on vaikea hoitaa dementoituneen potilaan kipua.	25	10	3
28. Kipumittarin käyttö helpottaa dementoituneen potilaan kivun arviointia.	23	9	6

29. Käytän aina kipumittaria arvioidessani dementoituneen potilaan kipua.	2	31	5
30. Rentouttava musiikki lieventää kiputunteja.	26	4	6
31. Kun dementoitunut potilas kertoo kivusta, se on aina totta.	22	9	6
32. Levottomalle dementoituneelle potilaalle annetaan ensisijaisesti rauhoittavaa lääkettä.	3	32	2
33. Hoitaessani opiaatilla potilaan kipua, olen huolissani opiaattiriippuvuuden kehittymisestä.	13	23	
34. Dementoituneen vanhuksen akuuttia kipua voidaan hoitaa kotona.	24	8	3
35. Dementoituneen vanhuksen kroonista kipua voidaan hoitaa kotona.		38	
36. Dementoitunut vanhus voi olla opiaattilääkityksellä kotihoidossa.	32	4	2
39. Olen mielestäni asiantuntija arvioidessani dementoituneen potilaan kipua.	6	25	7
40. Mielestäni dementoituneen vanhuksen kipua hoidetaan riittävästi.	1	29	8

Käytössä olevat kipumittarit tunnetaan yleisesti melko hyvin ja VAS – mittarin tunnisti 34, eli melkein kaikki vastaajista. Kasvoasteikon, numeraalisen- ja sanallisen kipumittarin tunnisti noin puolet vastaajista. Erityisesti dementoituneen potilaan kivunmittaamiseen suunniteltua kipumittarin PAINAD: n tunnisti vain viisi hoitajaa.

TAULUKKO 8. Mitä kipumittareita sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat tunnistavat.

Väittämä	Samaa mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Käytän arvioidessani
37. Mitä kipumittareita tunnet: a) visuaalinen analogiasteikko VAS	34	2	1	8
b) kasvoasteikko FPS	21	11		7
c) numeraalinen kipumittari NRS	25	7		1
d) sanallinen kipumittari VRS	22	10		3
e) PAINAD	5	22	2	1

Kuusi hoitajaa ei käytä kipumittaria arvioidessaan dementoituneen vanhuspotilaan kipua ja 12 jätti vastaamatta kysymykseen.

## 6.5 Dementoituneen potilaan kivun arvioinnin ja hoidon vaikeudet sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemana

Kivun arvioinnissa vaikeaksi koetaan kivun tunnistaminen moninaisten oireiden joukosta silloin kun keskinäisessä kommunikaatiossa on vaikeuksia. Dementoitunut vanhus ei ehkä kykene kertomaan riittävän selkeästi sanallisesti kivun kestosta, laadusta ja voimakkuudesta. Ilmeiden, eleiden ja ääntelyn perusteella on vaikea tehdä tulkintaa mihin koskee vai koskeeko lainkaan. Dementoituneen henkilön vastaukset voi vaihdella jatkuvasti, tai ne ovat ristiriidassa käyttäytymisen, ilmeiden ja eleiden kanssa. Sanat voi tarkoittaa eri asioita tai ei vain osata sanoa, miltä tuntuu. Tämän vuoksi voi olla niin, ettei dementoituneen vanhuksen sanomaan todella uskota. Omaisten antamat tiedot voivat myös olla ristiriitaisia. Hoitaja joutuu pohtimaan, mikä aiheuttaa käytöksen muutokset, kun ihminen muuttuu häiritseväksi ja levottomaksi.

Hoitajat vastasivat hyvin samansuuntaisesti avoimeen kysymykseen ”mikä on mielestäsi vaikeinta dementoituneen potilaan kivun arvioinnissa?”

*”Oireet ovat usein moninaiset ja asiakas ei aina pysty ilmaisemaan itseään riittävän selkeästi.”*

*”Ymmärtäminen potilaan tilanteesta (vaikeasti dementoituneet pot.) kivun laadusta sekä mihin kohtaan koskee. Onko kipua ollenkaan vai onko sen normaalia käyttäytymistä, esim. levottomat pot.”*

*”Erotaa sekavuus onko kivusta vai muusta johtuvaa, kommunikaatio vaikeus vaatii hoitajalta asiantuntemusta sekä kokemusta. Jos ei tunne potilasta on vaikeampi arvioida kipua.”*

*”Levoton potilas ei välttämättä ole kipupotilas, mutta kivun mahdollisuus tulee ottaa huomioon.”*

Hoitajat kokevat vaikeana myös sen, että yhteiset linjat puuttuvat kivun arvioinnista. Lisäksi kipumittarien käyttö on puutteellista. Toisaalta on mietitty myös sitä, että kun potilas ei osaa käyttää mittaria ja kipujen tulkinta vaikeutuu.

Dementoituneen potilaan kivun hoitamisessa vaikeaksi koetaan lääkehoidon onnistuminen sekä kotona että sairaalassa. Saako potilas tarvittavan määrän kipulääkettä, jos ei kykene kertomaan onko kipulääke auttanut. Monet miettivät myös sitä, miten saa potilaan ottamaan lääkkeen, muistaako potilas ottaa lääkkeen tai lääkkeen ottamisen on hankalaa nielemisvaikeuksien vuoksi. Joskus potilas voi vastustaa lääkkeen antamista esimerkiksi kieltäytymällä ottamasta lääkettä tai poistamalla kanyylin. Lääkkeen annostus, lääkemuodon valinta ja huoli sivu- ja yhteisvaikutuksista (kaatumiset, ummetus) tuli esille useammassa vastauksessa. Kipuhoidon toteutumisessa on ongelmia silloin, jos lääkäri ei määrää riittävästi lääkettä tai yhteiset hoitolinjat puuttuvat.

Vastausten mukaan kivun hoitamisessa on vaikeuksia tunnistaa muun muassa kivunhoidon ja kipu lääkityksen riittävyys.

*”Kipulääkkeen vaikutus ei aina ole välitön, eikä potilas osaa kertoa autoiko lääke tms. On luotettava enemmän sanattomaan kehon viestintään kuin potilaan puheeseen”*

*”Riittämätön kipulääkitys, lääkärit eivät aina usko hoitajien kertomusta potilaan kivuista.”*

*”Yhteiset hoitolinjat koko hoitavan tiimin kanssa”*

Hoitamisessa koetaan vaikeana myös aggressiivisesti ja levottomasti käyttäytyvät ja sekavat potilaat. He eivät itse ymmärrä kivunhoidon merkitystä ja heille ei mene puhe perille. Kontaktin saaminen on hankalaa. Kun potilaiden vastaukset vaihtelevat pienen hetken sisällä tai he eivät lainkaan ilmaise kipuaan, niin heitä ei hoideta riittävästi.

*”Levottomuus, huutelu, kontrollin saaminen, aggressiivisuus, karkailu”*

*”Isoilla osastoilla jatkuva levottomuus ja kiire aiheuttaa potilaissa levottomuutta ja tuskaisuutta”*

## 6.6 Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien käyttämät ei – lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät

Kyselytutkimuksessa saatujen vastausten perusteella sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat käyttävät paljon erilaisia ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä hoitaessaan dementoituneen vanhus potilaan kipua. Dementoituneen vanhus potilaan kipua ei hoideta kiireellä, vaan aidolla läsnäololla ja myötäelämisellä ja luomalla rauhallinen ja turvallinen ilmapiiri. Vanhuksesta huolehditaan ottamalla yhteyttä säännöllisesti ja käyttäytymällä ja liikkumalla rauhallisesti. Hänelle kerrotaan hoitotilanteesta, mitä kulloinkin tullaan tekemään. Kipua voidaan hoitaa kiinnittämällä huomio muihin asioihin, kuten esimerkiksi lemmikkieläimet, makupalat, mukavien asioiden muistelut, musiikki ja laulaminen, valokuvat ja yhteys omaisiin. Rauhallisen hoitoympäristö koetaan myös kipua lievittäväksi. Kivun hoidossa lähtökohtana on hyvä perushoito. Hoitotyössä käytetään myös asento- hoitoa, kipuvoiteita, kylmäpakkauksia ja lämpöhoitoja, hierontaa, sivelyä ja rentoutusta. Kädestä kiinni pitäminen, koskettaminen ja tilanteen rauhoittaminen on ei-lääkkeellistä kivun hoitotyötä.

*”Oma rauhallinen käytös, keskustelu, tarinointi, hieronta, laulaminenkin, asento- hoitot ja hyvä perushoito tietysti.”*

*”Rauhallinen huone, tulisi olla aikaa vanhusten kanssa, lempeä jutustelu, yksi kysymys kerrallaan, anna aikaa vanhuksen vastata, kiireetön ilmapiiri, tutut hoitajat jne.”*

*”Tärkeintä huolehtia hyvästä perushoidosta esim. kipua voi aiheuttaa vaikka kova pissahätä josta potilas ei osaa kertoa tai se ettei vatsa ole toiminut kunnolla!”*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten ja niiden merkitysten tarkastelua

Tämän tutkimustyön tarkoituksena oli selvittää millaista osaamista sairaanhoitajille ja terveydenhoitajilla on arvioida ja hoitaa dementoituneen potilaan kipua kotisairaan-

hoidossa, ensiavussa ja vuodeosastoilla. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin heidän tietoaan kivunhoidossa käytettävistä lääkkeistä.

Tutkimuksen kohdejoukko pieneni puolella toisen kohdejoukon jäätyä tutkimuksesta pois. Pienen otoksen vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta ne ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa saadut tulokset. Tämän vuoksi tutkimustulokset esitetään työssä vain frekvenssilukuina. Prosenttiluvut nousivat niin korkeiksi, että ne olisivat antaneet tuloksista epätodellisen kuvan. Ristiintaulukointia tuloksista ei myöskään tehty, koska tutkimuksen kohdejoukko oli pieni, ettei ristiintaulukoinnilla saada tämän tutkimuksen kannalta merkittäviä tuloksia.

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tiedot kivusta ovat yleisesti ottaen hyvät. Kivun vaikutus elimistön fysiologisiin toimintoihin kuten hengitykseen ja verenpaineen ja pulssin muutoksiin tiedettiin hyvin. Kivun kokeminen yksilöllisesti tiedettiin myös hyvin, koska suurin vastasi kysymykseen kahdeksan samanlaisen toimenpiteen jälkeisen kipulääkkeen tarpeen olevan yksilöllinen. Puutteellisesti hoidetun akuutin kivun tiedetään lisäävän kivun kroonistumisen riskiä.

Asenteita mitattaessa ei voida sanoa yhtä oikeaa vastausta, koska asenne on jotain henkilökohtaista, joko myönteistä tai kielteistä suhtautumista asioihin. Tämän vuoksi ei asenteita kartoitavissa kysymyksissä 21, 25, 27 – 36, 39 ja 40 ole tummennettu vastauksia. Kysymyksessä 34 jossa selvitetään dementoituneen vanhuksen akuutin kivun hoitoa kotona, 24 vastasi, että akuuttia kipua voidaan hoitaa kotona. Tällainen ajattelu on kansantaloudellista, koska Mäntyselän (1998) tekemässä väitöskirjatutkimuksessa kipu oli pääasiallinen syy 29 %:lla potilaista terveyskeskuksessa lääkärissä käynnin syy. 40 %:lla käynneistä liittyi kipuoireisiin. Akuutin kivun hoidossa on kuitenkin syytä pitää mielessä, että monet akuutit ja vakavat sairaudet voivat dementoituneella vanhuksella olla vähemmän kipua tuottavia tai jopa kivuttomia.

Opioidien aiheuttamasta riippuvuuden kehittymisestä ollaan yleisesti ottaen huolissaan, mikä saattaa näkyä lääkäreiden opioidien määräämisessä (Niemi-Murola, 2007, 221.) mutta myös hoitajien asenteessa pyytää riittävää lääkitystä potilaalle. Opioidien

aiheuttamaan hengityslama -kysymykseen (kysymys 14) suurin osa vastasi opioidi annosten suurentamisen nostavan hengityslaman riskiä. Vain viisi vastaajaa tiesi, että kipu on voimakas hengityksen stimuloija, eli mitä kovempi kipu potilaalla on, sitä pienempi on hengityslaman mahdollisuus. Hyvinkäällä tehdyssä vastaavassa tutkimuksessa kerrotaan, että hoitajien tiedot opioideista ja hengityslaman hoidosta olivat huonoja. Opioidien vaikutusmekanismi tunnettiin, mutta kattovaikutus ja lihakseen pistettävän opioidiannoksen vaikutusaika arvioitiin virheellisesti. Myös riippuvuuden kehittyminen opioideille askarrutti vastaajia. (Hakala, 2004.)

Tässä tutkimuksessa selvisi myös, etteivät hoitajat ole asiantuntijoita dementoituneen vanhuspotilaan kivun arvioinnissa. Suurin osa hoitajista on myös sitä mieltä, että dementoituneen vanhuksen kipua ei hoideta riittävästi. Myös monet muut tutkimukset osoittavat, että dementoituneen vanhuksen kipua hoidetaan vähemmän kuin muiden vanhuspotilaiden kipua (Tilvis ym. 2007, 4).

Kipulääkkeisiin liittyvää tietämystä mittaavat kysymykset aiheuttivat tässä tutkimuksessa enemmän hajontaa, mutta tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa. Tulehduskipulääkkeet tunnetaan pääsääntöisesti hyvin. Lahden ym. (2007) sairaanhoitajille ja perushoitajille tekemässä tutkimuksessa todetaan, että tiedot tulehduskipulääkkeistä ovat paremmat kuin opioideista ja tiedot heikkojen opioidien luokittelusta ovat melko hajanaiset. Raskin ym. (2003) tutkimuksessa eniten hajontaa lääkkeiden tunnistamisessa aiheutti kodeiini, jota oli ehdotettu tasaisesti tulehduskipulääkkeeksi, opioideiksi ja muuksi lääkkeeksi. Tramadolinn tunnistamisessa tulokset ovat samansuuntaisia. Tässä tutkimuksessa kodeiinin tunnisti tulehduskipulääkkeeksi neljä, opioidiksi 20 ja muuksi lääkkeeksi 13 vastaajista. Tramadolinn tunnisti tulehduskipulääkkeeksi yhdeksän, opioidiksi 15 ja muuksi lääkkeeksi 12 hoitajaa. Heikkojen opioidien (kodeiinin ja tramadolinn) tunnistaminen voi olla huonompaa sen vuoksi, että ne säilytetään tavallisessa lääkekaapissa, eikä niitä merkitä huumelälääkkeiden kulutuskortille. Buprenorfiinin, dekstropropoksifeenin, petidiinin ja metadoninn heikompi tunnistaminen taas voinee johtua siitä, ettei näitä lääkkeitä ei ole käytössä peruslääkevalikoimassa.

Aikaisemmista tutkimuksista ilmenee, että kivun voimakkuuden arviointia todettiin olevan vähän. Vaikka jopa 99 % hoitajista oli sitä mieltä, että kipumittarin käyttö helpottaisi potilaan kivun arviointia, kuitenkin vain 4 – 34 % hoitajista vastasi käyttävänsä potilaan kivun arvioinnissa aina kipumittaria. (Hakala 2004; Lahti ym. 2007.)

Tämän tutkimuksen tulokset kivun arvioinnista ja kipumittarin käytöstä ovat ristiriitaisia. 23 vastaajista on sitä mieltä, että kipumittarin käyttö helpottaa dementoituneen potilaan kivun hoitoa (kysymys 28), mutta vain kaksi kertoo käyttävänsä aina kipumittaria arvioidessaan dementoituneen kipua (kysymys 29). Myöhemmin kysyttäessä samaa asiaa hiukan eri tavalla (kysymys 38) 20 hoitajaa kertoo käyttävänsä jotakin kipumittaria arvioidessaan dementoituneen kipua.

Dementoituneen vanhuksen kertoessa kivustaan 22 vastaajista uskoo sen olevan totta. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa selviää, ettei ole helppoa uskoa potilaan ilmaisemaan kivun olemassa oloon eikä ole helppoa saada tietoa kivusta ja kivunhoidosta. (Eloranta, 2003, 13; Lahti ym. 2007). Kyselylomakkeen avulla on tässä tutkimuksessa saatu selville hoitajien tietoa ja asenteita dementoituneen vanhuspotilaan kivun arvioinnista ja hoitamisesta, sekä kivunhoidossa käytettävistä lääkkeistä. Jos taidon määrittäminen teoriaosassa oli vaikeaa, ei sen mittaaminen tällaisella kyselylomakkeella ollut helppoa. Taidon kartoittaminen ja tutkiminen onnistuu todennäköisesti paremmin käytännön tilanteita havainnoimalla.

Avoimessa kysymyksessä numero 2 ” Millaisia ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä käytät hoitaessasi dementoituneen potilaan kipua?” saadaan selville hoitajan ammattitaitoa kuvaavia asioita. Vastaajat olivat käsitelleet monipuolisesti sekä fyysisiä että psykologisia auttamiskeinoja. Tänä kiireisenä aikana jään kuitenkin miettimään sitä, mistä löytyy ei-kiireinen ja rauhallinen hoitoympäristö. Avoimissa kysymyksissä oli vastattu monipuolisesti, mikä on vaikeaa kivun arvioinnissa ja hoitamisessa. Yleisin vastaus arvioinnin vaikeudesta oli kuinka saada selville mihin koskee ja kuinka kovaa? Hoitamisessa vaikeaksi koettiin lääkitykseen liittyvät asiat, kuinka saada potilas ottamaan lääke tai miten arvioida lääkkeen vaikutus?

Mikkelissä toteutettiin vuosina 1999 – 2001 kehittämisprojekti, jonka tuloksena syntyivät vuodeosastolle kroonisen kipupotilaan hyvän hoidon kriteerit ja laatuvaatimuk-



set. Kivun hoidoksi ei riitä pelkästään kivun lievittäminen, vaan hoitoon kuuluu merkittävänä osana myös potilaan perushoidosta huolehtiminen, henkinen tukeminen, tiedon antaminen, omaisten tukeminen ja jatkohoidon suunnittelu ja toteuttaminen. Avoin yhteistyö potilaan, omaisen ja hoitohenkilökunnan välillä on tärkeää. (Ortju ym. 2002, 18 – 20.)

Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella kivun hoitotyön kehittämiseksi kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastoilla tarvitaan kivun arvioinnin ja mittauksen yhteisten linjojen kehittämistä ja kipumittareiden käyttöön ottoa. Säännölliset lääkekoulutukset tukevat lääkehoidon osaamista.

## **7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen tekoon liittyy eettisiä kysymyksiä, jotka ohjaavat tutkimustyön tekemistä. Tiedon hankintaan ja julkaisemiseen liittyy yleisesti hyväksytyjä periaatteita joiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvässä tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2008, 23.) Tässä tutkimuksessa eettinen näkökulma on otettu huomioon pyytämällä tutkimuslupa Sisä – Savon terveydenhuollon kuntayhtymän ylihoitajalta. Lisäksi jokaista tutkittavaa lähestyttiin kyselylomakkeen yhteydessä saatekirjeellä (liite 3), jossa kerrottiin tutkimukseen osallistumisen anonymiteetistä ja vapaaehtoisuudesta. Saatteessa kerrottiin myös, että kerätty materiaali tulee vain tutkijan käyttöön.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien osaamista arvioida ja hoitaa dementoituneen potilaan kipua. Aineisto kerättiin jo usein käytetyllä kyselylomakkeella, jota oli muutettu dementoituneen vanhuspotilaan kivun arviointia ja hoitoa tutkivaksi. Kyselylomake esitettiin sen vuoksi, että alkuperäisen kyselylomakkeen kysymyksiä oli muutettu.

Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti ovat tutkimuksessa käytetyn mittarin tärkeimmät ominaisuudet. Mittaria on osattava myös käyttää oikealla tavalla oikeaan aikaan jotta se tavoittaa kohteen. Tämän kyselytutkimuksen ajankohta oli alkukesästä,

jolloin lomakausi on jo alkanut. Tällainen saattaa vaikuttaa vastausten määrään vähentävästi. Vastausprosentiksi muodostui kuitenkin 74,5 %, mikä yllätti tutkijan positiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2008,226; KvantiMOTV 2009.)

Validiteetti tarkoittaa mittarin pätevyyttä, eli kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarilla tarkoitetaan asiaa mittavaa asenneväittämää tai kysymysjoukkoa. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeella saatiin sitä tietoa, mitä sillä lähdettiin hakemaan. Kysymyksiin oli vastattu pääsääntöisesti huolellisesti. Kysymysten 3, 4, 9 – 12, 14, 15, 17 – 19, 22, 24, 25, 26 b ja c, 30 – 34 ja 38 kohdalla oli joissakin lomakkeissa jätetty vastaamatta kokonaan. Kysymyksessä 26 leikkauksen jälkeen annettavasta kipulääkityksestä kaikki olivat vastanneet a -kohdan säännöllisesti määrättyinä aikoina, mutta b- ja c -kohdan (ensioireiden alkaessa tai kun kipu on sietämättömän kovaa) oli jätetty vastaamatta. Kysymyksen asettelua ei oltu ohjeistettu riittävä selkeästi tässä kysymyksessä. Kysymyksen 37 asettelussa oli sama ongelma, koska tyhjiä kohtia oli niin paljon.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen luotettavuutta ja toimintavarmuutta ja osoittaa, missä määrin mittari mittaa tutkittavaa ominaisuutta. Määrällisessä tutkimuksessa se tarkoittaa sitä, että se mittaa aina samaa asiaa ja on toistettavissa. (Hirsjärvi ym. 2008,226; KvantiMOTV 2009.) Tässä tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta on aikaisemmin käytetty akuutti- ja leikkaukipua selvittävänä Hyvinkään sairaalassa, Länsi-Pohjan keskussairaalassa ja Töölön sairaalassa.

Reliabiliteetti ongelman sisällön analyysissä voi tuottaa aineiston virhetulkinnat, vaikka yhtä oikeaa totuutta ei olekaan, vaan tulkintaan vaikuttaa tutkijan persoonallinen näkemys. Sisällön analyysin haastavuus on siinä, kuinka tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä tutkittavaa ilmiötä kuvaavan aineiston. Analyysin luotettavuudesta kertoo luokitteluperusteiden kirjaaminen. Lisäksi raportissa on hyvä esittää riittävä määrä alkuperäisvastausten suoria lainauksia. (Kyngäs ym. 1999, 3 – 12; Mäkelä 1990, 42 – 49; Nieminen 1997, 215 – 221.)

Sisällön analyysissä tutkija on eettisesti vastuussa, että tutkimustulos vastaa aineistoa. Avointen kysymysten tarkoitus oli saada selville hoitajien omia kokemuksia. Kysy-

mysten tulokset esitetään avoimesti ja rehellisesti ja tukena käytetään suoria lainauksia. Tutkimuksen raportointi ja julkaisu vaiheessa tutkittavien anonymiteetti tulee säilyttää, eikä tutkimusraportissa pidä esittää mitään sellaista, mikä aiheuttaa tutkimukseen osallistuneille hankaluuksia tai paljastaa heidän näkemyksiä. Nimettömyys ei yksin riitä, lähiympäristö ei saa vastaajia tunnistaa ja lainaukset valitaan niin, ettei niistä voi tutkittavaa tunnistaa. Tutkimustyön hyväksytyksi tulemisen jälkeen kaikki vastauslomakkeet tuhoetaan. (Kyngäs ym. 1999, 3 – 12; Vehviläinen – Julkunen 1997, 26 – 34.)

### **7.3 Oman oppimisen arviointi ja jatkotutkimusehdotuksia**

Kivunhoitaminen on yksi sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan perustehtävistä kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastoilla. On siis tärkeää tunnistaa kivun olemassa olo ja arvioida sen voimakkuus riittävän kivun lievityksen takaamiseksi potilaalle.

Tämän tutkimustyön tekeminen on ollut jatkoa kivun erikoistumisopinnoissa tekemäni ”Dementiaa sairastavan vanhuspotilaan kivun arviointi ja hoito terveystieteiden vuodeosastolla” -kehittämistehtävälle. Aiheen koen tärkeäksi, koska väestö ikääntyy, monisairaudet lisääntyvät ja hoidon tarve kasvaa tulevaisuudessa huomattavasti. Tälle väestölle ryhmälle tulee kyetä tarjoamaan riittävää kivunhoitoa.

Aiheen valinta ei siis ollut vaikea, mutta millaisella tutkimusotteella työ tulee etenemään, vaati enemmän pohdiskelua. Opiskeluryhmästä löytyi samanhenkinen opiskelija, jonka kanssa aloitimme aiheen työstämisen syksyllä 2008. Alkukevällä 2009 valmistelimme ja esitetasimme kyselylomakkeen, touko-kesäkuussa kysely saatiin osastoille. Kesällä työstettiin opinnäytetyön teoriaosaa. Syksyllä 2009 koulun alkaessa toinen tutkija jäi opiskelusta pois, joten työn eteneminen jatkui yksin. Tässä vaiheessa tuntui, että työ jää siihen.

Työn teoriaosa oli kuitenkin jo hyvällä alulla ja kyselylomakkeet oli vastaajilla käynyt, joten ei työn lopettaminen enää tuntunut mielekkäälle. Nyt oli vain tehtävä työtä entistä enemmän. Työn edetessä tuli koettu vielä ne klassiset murheet, kuten tiedostoja

katoaa muistitikulta ja tietokonekin hajoaa. Tämäkään ei enää pystynyt lannistamaan hyvään alkuun päässyttä tutkijaa.

Ohjausta opettajalta sain sähköpostin välityksellä pitkän välimatkan vuoksi. Lisäksi analyysin tekeminen SPSS – tilasto -ohjelmalla vaati järjestelyjä välimatkan vuoksi. Tämäkin onnistui ystävän suosiollisella avustuksella lainata työkoneessaan olevaa SPSS – ohjelmaa kotioloissa. Uuden ohjelman käyttäminen vaati aikaa, koska koulussa saatu aiheeseen perehdytys oli ollut niin paljon aikaisemmin, ettei siitä ollut juurikaan hyötyä, kun todella ohjelmaa tarvitsi analyysin tekemiseksi.

Paljon on saatu aikaan, mutta paljon on vielä opittavaa. Tutkimustyön tekeminen on mukavaa, mutta aikaa vievää. Tieteellinen kirjoittaminen vaatii edelleen harjoitusta, koska asiat meinaa usein tulla ilmaistua ”puhekielellä”. Lisäksi asioiden rajaaminen vaatii osaamista.

Kehitystehtävänä voisi olla luoda moniammatillinen kivunhoitotyöryhmä perusterveydenhuollon tasolle. Terveyskeskuslääkärillä tulee olla riittävä perustieto kivunhoidosta, hoitotyössä toimiva kivunhoitomalli ja erikoisalojen erityisosajana kivunhoidon asiantuntija. (Haatainen 2006, 32 – 34.)

Jatkotutkimuksen aiheeksi nousi työn teon aikana kipumittarien vertailua koskeva tutkimus tai kivun hoitotyön kirjaamiseen liittyvä kartoitus.

## LÄHTEET

Björkman, Mikko, Palviainen, Jaana, Laurila, Jouko & Tilvis, Reijo 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi – kahden kipumittarin vertailu. Suomen lääkärilehti 26 (62).

EFIC 2003. EFIC:n julkilausuma. Krooninen kipu on merkittävä terveydenhuollon ongelma, ja sairaus jo itsessään.

<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/default.asp?PageID=C05&ID=1>.

Luettu 25.10.2009.

Encyclopedia of death and dying 2009. What is pain?

<http://www.deathreference.com/Nu-Pu/Pain-and-Pain-Management.html>.

Luettu 22.11.2009.

Ensio, Anneli 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Teoksessa: Saranto, Kaija, Ensio, Anneli, Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna-Liisa. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Porvoo. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ensio, Anneli & Saranto, Kaija 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki.

Finne-Soveri, Harriet 2007. Dementoituvan kipu – aikamatkustajan sanatonta kärsimystä. Suomen lääkärilehti 26 (62).

Finne-Soveri, Harriet & Noro, Anja 2005. Miksi kivun havaitseminen ja hoitaminen on vaikeaa laitoksessa asuvalla vanhuksella? Kipuviesti 2.

Granström, Veikko 2006. Krooninen kipu ja depressio – onko kipu piilevää masennusta? Kipuviesti 1.

Haanpää, Maija 2004. Neuropaattisen kivun hoito – opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. 3. painos. Suomen graafiset palvelut Oy Ltd.

- Hakala, Päivi 2004. Hoitohenkilökunnan tiedot kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti. 2.
- Haatainen, Tuula 2006. Kivunhoito turvattava terveydenhuollossa. Kipuviesti 1.
- Heikkilä, Tarja 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Oy Edita Ab.
- Heikkinen, Eija 2003. Malli terveystieteen käytännössä ja koulutuksessa ilmenevästä kateudesta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Henderson, Virginia 1974. Sairaanhoidon periaatteet. Maire Manni (suom.) Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Helsinki.
- Hiltunen, Pirkko. 2000. Vanhus ja kipu. Lääkärilehti 55 (32).
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.
- IASP 2009. Pain terminology. [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728). Luettu 30.10.2009.
- Janssen-Cilag 2009. Dementia. Yrityksen www – sivut. [http://www.janssen-cilag.fi/bgdisplay.jhtml?itemname=dementia\\_oireetjasairaudet&product=none](http://www.janssen-cilag.fi/bgdisplay.jhtml?itemname=dementia_oireetjasairaudet&product=none). Päivitetty 26.10.2009. Luettu 1.11.2009.
- Jauhainen, Mari & Villa, Anssi 2002. Hoitamisen taitokirja. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Kalso, Eija 2004a. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Estlander, Ann-Mari, Hamunen, Katri, Kalso, Eija, Maunuksela, Eeva-Liisa & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Toinen painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kalso, Eija 2004b. Vanhusten kipu. Teoksessa Estlander, Ann-Mari, Hamunen, Katri, Kalso, Eija, Maunuksela, Eeva-Liisa & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Toinen painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kalso, Eija 2004c. Kipu tutkimuskohteena. Teoksessa Estlander, Ann-Mari, Hamunen, Katri, Kalso, Eija, Maunuksela, Eeva-Liisa & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Toinen painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kalso, Eija 2004d. Kivun hoitomuodot. Teoksessa Estlander, Ann-Mari, Hamunen, Katri, Kalso, Eija, Maunuksela, Eeva-Liisa & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Toinen painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kankkunen, Päivi 2008. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen Pirjo (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kassara, Heidi, Paloposki, Sanna, Holmia, Silja, Murtonen, Irja, Lipponen, Varpu, Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY.

Kivelä, Sirkka-Liisa 2005. Vanhusten lääkehoito. Helsinki. Kustannusyhtiö Tammi.

Kivelä, Sirkka-Liisa & Rähä, Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito. Kapseli 35. Lääkelaitos ja kansaneläkelaitos.

Krause, Kaisa & Kiikkala, Irma 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere. Tammer-paino Oy.

Kuikka, Pekka, Pulliainen, Veijo & Hänninen, Ritva 2002. Kliininen neuropsykologia. Porvoo. WSOY.

KvantiMOTV. 2009. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. HTML- asiakirja.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>. Luotu  
12.2.2009. Luettu 22.11.2009.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, (1).

Käypähoito 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Suomalaisen Lääkäriseuran ja Suomen Anestesiologiayhdistys ry:n asettama työryhmä.

<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50066>. Luettu 5.11.2009.

Lahti, Taina, Nordberg, Riitta & Ruhtila, Sari 2007. Henkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. *Kipuviesti* 1.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 23.11.2009.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Luettu 7.11.2009.

Lauri, Sirkka 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. WSOY oppimateriaalit OY.

Lehtinen, Erno & Kuusinen, Jorma 2001. *Kasvatuspsykologia*. Helsinki. WSOY.

McCaffery, Margo 1968. Pain and pain management. What is pain?

<http://www.deathreference.com/Nu-Pu/Pain-and-Pain-Management.html>. Luettu  
22.10.2009.

McKenna, Hugh 1997. *Nursing theories and models*. First published by Routledge.

Montonen, Marjut 2004. Kipulääkityksen erityiskysymyksiä. *Therapia Odontologica*.

[http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p\\_artikkeli=tod10034](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=tod10034).  
Luettu 30.10.2009.



Mäkelä, Klaus 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: Mäkelä, Klaus. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki. Gaudeamus, painokaari Oy.

Mäntyselkä, Pekka 1998. Kipupotilas terveystieteiden keskuksessa. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 165. kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Niemi-Murola, Leila, Kalso, Eija & Pöyhä, Reino 2007. Tieto ei yksin riitä kivun laadukkaaseen hoitoon – tarvitaan myös taitoa ja asenteita. Finnanest. 40 (3).

Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Nurminen, Marja-Leena 2001. Lääkehoito. Juva. WS Bookwell Oy.

Nykysuomen sivistyssanakirja 1979. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Suuri suomalainen kirjakerho. Helsinki.

Närhi, Matti 2007. Kipuaisti, fysiologiaa ja patofysiologiaa. Luentomuistiinpanot 27. – 28.9.2007. Savonia-amk.

Ortju, Katriina & Mutanen, Minna 2002. Kroonisen kipupotilaan hyvä hoito vuodeosastolla. Sairaanhoitaja – Sjuksköterskan 6 – 7, vol 75.

Pahlman, Irma 2001. Kivunhoito – kenen oikeus, kenen velvollisuus? Kipuviesti 1.

Pharmaca Fennica 2009. Lääketietokeskus Oy. Helsinki.

Pohjolan - Pirhonen, Carita 2000. Sielunhoidolliset kysymykset kivunhoidossa. Teoksessa Kivunhoito. Sailo, Eriikka & Varti Anne-Marie (toim.). Tampere.

Puranen, Jaana. 2003. Pro gradu - tutkielma. Laajalle levinneen kivun ja unen yhteys 63 – 76- vuotiailla suomalaisilla naisilla. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Rask, Maaret & Seppälä, Rauni 2002. ”Tehokkaampaa kivun hoitoa, kärsimys ei jalosta ketään”. Kipuviesti 2.

Räihä, Ismo 2006. Iäkkäiden potilaiden kivun hoito  
[www.med.utu.fi/yleislaak/opiskelu/perusopetus/valinnaiset/iakkaiden\\_kivun\\_hoito.pdf](http://www.med.utu.fi/yleislaak/opiskelu/perusopetus/valinnaiset/iakkaiden_kivun_hoito.pdf)

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 28.9.1996.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_työ\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_työ/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet). Luettu 30.10.2009.

Salanterä, Sanna 2006. Vaikeaa dementiaa sairastavan vanhuksen kivun arviointi. Kipuviesti 2.

Salanterä, Sanna, Hagelberg, Nora, Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. WSOY:n Oppimateriaalit Oy.

Sarvimäki, Anneli, Sandelin-Benkö, Singa & Simonseb-Rehn, Nina 2003. Kroonisesta kivusta kärsivän potilaan kohtaaminen – potilaiden ja sairaanhoitajien kokemuksia. Sairaanhoitaja 2. vol.76.

Sauvola, Anu. 2004. Vanhusten kivunhoito. Oulun yliopisto/OYS. Sisätautien klinikka. <http://cc.oulu.fi/-sisawww/esit/041202.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. 2005:32. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa.  
<http://pre20090115.stm.fi/pr1139565646410/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. 2009:6. Hyvinvointi ja terveys on yhteinen tavoite. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008 – 2011.  
[http://www.stm.fi/julkaisut/esitteita-sarja/nayta/\\_julkaisu/1068257#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/esitteita-sarja/nayta/_julkaisu/1068257#fi).

Stakes. 2009. Dementia-asiakkaat sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä 2001, 2003 ja 2005. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/dementia.htm>.

Julkaistu 15.10.2007. Päivitetty 5.3.2008.

Sulkava, Raimo, Viramo, Petteri & Eloniemi-Sulkava, Ulla 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvä ytsoireet. Suomen dementiahoitoyhdistys ry.

Suomen kivuntutkimusyhdistys. 2004. Syöpäkivun hoito – opas. Suomen graafiset palvelut Oy.

Suomen kivuntutkimusyhdistys 2009. Mitä kipu on? Perustietoa kivusta kaikille. <http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi>. Luettu 22.10.2009.

Syväoja, Sakari. 2009. Kivun anatomia ja fysiologia, kipulkkeet. PKKS. [http://www.pokehot.net/luennot/huhmari/Sakari\\_Syv%E4oja.PDF](http://www.pokehot.net/luennot/huhmari/Sakari_Syv%E4oja.PDF). Luettu 24.10.2009.

Tarkkila, Pekka. 2005. Vanhusten kivunmittaus. Kipuviesti 2.

Telaranta, Pirkko. 2001. Alzheimerin tauti osana elämää ja elämän osana. Helsinki. Ajatus.

Tilastokeskus. 2009. Vestennustetaulukot. [http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaenn/vaenn\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaenn/vaenn_fi.asp). Päivitetty 30.9.2009. Luettu 23.11.2009.

Tilastollisia menetelmiä. 2009. HTML-asiakirja. <http://www.edu.fi/oppimateriaalit/tilastomatikka/sanasto.html#Frekvenssi>. Luotu 12.2.2009. Luettu 21.11.2009.

Tilvis, Reijo 2004. Muuttuuko kipu ihmisen vanhetessa? Lääkärilehti 59 (36).

Tilvis, Reijo 2004. Vanhusten kivut. Duodecim 120 (2).

Tilvis, Reijo, Björkman, Mikko & Sorva, Antti 2007. Dementiapotilaan kivun arvioinnin ja hoidon ongelmia. Tabu. 3.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Turunen, Hannele, Perälä, Marja-Leena & Meriläinen, Pirkko 1994. Colaizzin fenomenologisen menetelmän sovellutus; esimerkkinä hyvän hoidon kuvaamiseen. Hoitotiede 1.

Ukkonen, Arja 2001. Eero Vuorinen: Kipua ei hoideta vieläkään tarpeeksi. Lääkärilehti 56 (9).

Uusitalo, Hannu 1997. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY:n graafiset laitokset. Juva.

Vahtera, Marjaliisa 2002. Kehitysvammaisten dementia. Kehitysvammaliitto. K-print.

Vainio, Anneli 2004. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Estlander, Ann-Mari, Hamunen, Katri, Kalso, Eija, Maunuksela, Eeva-Liisa & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Toinen painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Vainio, Anneli 2009. Kipu ja unettomuus. Kustannus Oy Duodecim.

[http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=kha&p\\_artikkeli=kha00055](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=kha&p_artikkeli=kha00055).

Luettu 13.11.2009.

Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Verkkoniemi, Auli 2009. Dementiat.

<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Dementiat>. Luettu 25.10.2009.

Verkkoniemi, Auli & Andreev, Taina (toim.) 2009. Iloa arkeen toiminnallisilla menetelmillä. Opas dementoituvaa ihmistä hoitavalle. Alzheimer keskusliitto.  
[http://www.pfizer.fi/medicine/omaisenopas/Documents/Opas\\_dementoivaa\\_ihmista\\_hoitavalle.pdf](http://www.pfizer.fi/medicine/omaisenopas/Documents/Opas_dementoivaa_ihmista_hoitavalle.pdf).

Viramo, Petteri, Huusko, Tiina, Joiniemi, Markku & Sulkava, Raimo 2004. Demensiotapotaan lääkehoito-opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Helsinki. Suomen demensiahoitoyhdistys.

Vuento-Lammi, Marja-Leena 2005. Terapeuttiset menetelmät vanhuksen kivun hoidossa. Kipuviesti 2.

Ylinen, Eeva-Riitta 2007. Kipu ja kulttuuri. Luento muistiinpanot. Savonia - amk.

<http://www.wikipedia.org/wiki/Asenne>. Luettu 15.10.2009.

## LIITTEET

LIITE 1(6).

### KYSELY SAIRAANHOITAJILLE DEMENTOITUNEEN POTILAAN KIVUN ARVIOINNISTA JA HOIDOSTA KOTISAIRAANHOIDOSSA JA ENSIAVUSSA SEKÄ VUODEOSASTOLLA.

#### TAUSTATIEDOT

Vastaa kysymyksiin ympyröimällä taustatietojasi vastaava kohta tai kirjoittamalla vastaus.

1. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

2. Koulutus

- a) sairaanhoitaja
- b) erikoissairanhoitaja
- c) sairaanhoitaja – amk
- d) terveydenhoitaja

3. Työkokemus \_\_\_\_\_ vuotta

5. Työpaikka

- a) Kotisairaanhoito
- b) Ensiapu
- c) Vuodeosasto

6. Oletko osallistunut kivunhoitoa koskevaan koulutukseen viimeisen kolmen vuoden aikana?

a) en                      b) kyllä

7. Jos vastasit kyllä, niin missä?

- a) erikoistumisopinnoissa
- b) työpaikan omissa koulutuksissa tai osastotunnilla
- c) muualla,

missä? \_\_\_\_\_

## LIITE 2(6).

Kyselylomake mukailtu kyselyistä: HYKS: Kalso, E. & Härtel, B. 1994 ja K – SKS: Nevantaus, J & Raappana, M. 1999 sekä JAMK, Sairaanhoidtajien kivunhoidon erikoistumisopinnot: Härtel, B. & Raappana, M. 2000, Hyvinkään Sairaala, Hakala, P. 2003, HYKS kipuklinikka, Haakana, S. 2004, HYKS, Töölön sairaala, Lahti, T., Nordeberg, R. ja Ruhtila, S. 2005.

**VASTAA SEURAAVIIN VÄITTÄMIIN RASTITTAMALLA OLETKO SAMAA MIELTÄ ( K ) / ERI MIELTÄ ( E ) / EN OSAA SANOA (EOS)**

Samaa mieltä (K), eri mieltä (E), en osaa sanoa (EOS)	K	E	EOS
1. Kaikille todellisille kivuille voidaan löytää fyysinen syy.			
2. Samanlainen sairaus tai toimenpide aiheuttaa kaikille dementoituneille yhtä kovan ja yhtä kauan kestävän kivun.			
3. Kipuun liittyy aina havaittavia fysiologisia merkkejä, joiden perusteella voi päätellä, onko dementoituneella potilaalla kipuja ja miten voimakkaita ne ovat.			
4. Henkilökunnan arvio kivusta on luotettavampi kuin dementoituneen vanhuksen oma arvio kivustaan.			
5. Dementoitunut vanhus saa nukuttua, vaikka hänellä on kovia kipuja.			
6. Mitä kauemmin kipu kestää, sitä paremmin dementoitunut ihminen sietää kipua.			
7. Riittämätön kivunhoito voi			
a) huonontaa hengitystä			
b) aiheuttaa takykardiaa			
c) nostaa verenpainetta.			
8. Samanlaisen kahdelle dementoituneelle potilaalle tehdyn toimenpiteen jälkeen voi toisen tarvitsema kipulääkkeen määrä olla kymmenkertainen.			
9. Tulehduskipulääkkeen ja opiaatin voi antaa yhtä aikaa.			
10. Opiaatit ovat pääasiassa keskushermoston kautta vaikuttavia kipulääkkeitä.			
11. Opiaateilla on kattovaikutus, eli tietyn annoksen jälkeen ei annoksen nostaminen enää paranna lääkkeen kipua lievittävää vaikutusta.			
12. Lihakseen annettu opiaattiannos vaikuttaa 6 – 7 tuntia.			
13. Opiaattia voi käyttää unilääkkeenä.			

## LIITE 3(6).

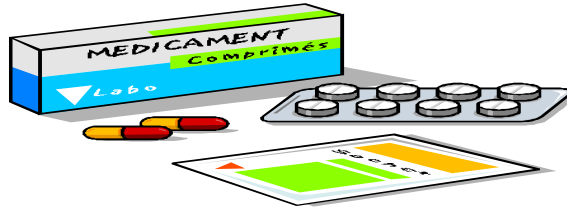
Samaa mieltä (K), eri mieltä (E), en osaa sanoa (EOS)	K	E	EOS
14. Mitä kovempia dementoituneen potilaan kivut ovat, sitä enemmän opiaattia hän sietää saamatta hengityslamaa.			
15. Kaikki opiaatin vaikutukset (myös hengityslama) voidaan kumota naloksonilla.			
16. Suuret opiaattiannokset tai pitkittynyt hoito aiheuttavat aina huomattavan psyykkisen psyykkisen riippuvuuden riskin.			
17. Potilaan tarvitsemien opiaattiannosten jatkuva suureneminen ja vieroitusoireet ovat merkkejä kehittyneestä riippuvuudesta.			
18. Jos plasebo (lumelääke) auttaa kipuun, voidaan päätellä, ettei kivulle ole kovin fyysistä syytä.			
19. Plaseboja voidaan antaa dementoituneelle potilaalle, a) kun halutaan selvittää, onko kipu todellista.			
b) joka vaatii enemmän kipulääkettä kuin tarpeen.			
20. Syövästä johtuvia jatkuvia kipuja tulisi hoitaa säännöllisellä kipulääkityksellä ympäri vuorokauden.			
21. Ihminen, jolla on jatkuva krooninen kipu, voi olla hyväkuntoinen ja huolitellun näköinen.			
22. Opioidit eivät tehoa hermovaurioista johtuvaan kipuun.			
23. Puutteellisesti hoidettu akuutti kipu saattaa lisätä kivun kroonistumisen riskiä.			
24. Antidepressanttien teho kroonisen kivun hoidossa perustuu ainoastaan masennuksen lievittämiseen.			
25. Potilaan kivunhoitoa suunnitellaan yhdessä dementoituneen potilaan ja hänen omaisensa kanssa.			
26. Kun dementoituneelle henkilölle on tehty leikkaus, hänelle on annettava kipulääkettä a) säännöllisesti määrättyinä tuntimäärinä.			
b) kivun ensioireiden alkaessa.			
c) kun kipu on sietämättömän kovaa.			
27. Tarvittaessa annettavilla kipulääkkeillä on vaikea hoitaa dementoituneen potilaan kipua.			



## LIITE 4(6).

Samaa mieltä (K), eri mieltä (E), en osaa sanoa (EOS)	K	E	EOS
28. Kipumittarin käyttö helpottaa dementoituneen potilaan kivun arviointia.			
29. Käytän aina kipumittaria arvioidessani dementoituneen potilaan kipua.			
30. Rentouttava musiikki lieventää kivuntuntemuksia.			
31. Kun dementoitunut potilas kertoo kivustaan, se on aina totta			
32. Levottomalle dementoituneelle potilaalle annetaan ensisijaisesti rauhoittavaa lääkettä			
33. Hoitaessani opiaatilla potilaan kipua, olen huolissani opiaattiriippuvuuden kehittymisestä.			
34. Dementoituneen vanhuksen akuuttia kipua voidaan hoitaa kotona.			
35. Dementoituneen vanhuksen kroonista kipua voidaan hoitaa kotona.			
36. Dementoitunut vanhus voi olla opiaattilääkityksellä kotihoiossa.			
37. Mitä <b>kipumittareita</b> tunnet: a) visuaalinen analogiasteikko <b>VAS</b>			
b) kasvoasteikko <b>FPS</b>			
c) numeraalinen kipumittari <b>NRS</b>			
d) sanallinen kipumittari <b>VRS</b>			
e) <b>PAINAD</b>			
38. Mitä kipumittaria käytät arvioidessasi dementoituneen potilaan kipua (laita rasti käyttämäsi kipumittarin kohdalle) a)___ b)___ c)___ d)___ e)___			
39. Olen mielestäni asiantuntija arvioidessani dementoituneen potilaan kipuja.			
40. Mielestäni dementoituneen vanhuksen kipua hoidetaan riittävästi.			

## LIITE 5(6).

**MIHIN RYHMÄÄN SEURAAVAT LÄÄKKEET MIELESTÄSI KUULUVAT:**

**T** = tulehduskipulääke, **O** = opiaatti, **M** = muu

Laita rasti ruutuun

T

O

M

	T	O	M
ketoprofeiini ( Orudis®, Ketorin®, Ketomex® )			
morfiini ( Dolcontin® )			
bupivakaiini ( Marcain®, Solomet® )			
amitriptyliini ( Triptyl®, Klortriptyl®, Pertriptyl® )			
nalokseeni ( Naloxon® )			
fentanyyli ( Durogesic® )			
kodeiini ( Panacod® sisältää )			
ibuprofeiini ( Burana®, Ibusal® )			
buprenorfiini ( Temgesic® )			
dekstropropoksifeeni ( Abalgin® )			
diklofenaakki ( Voltaren® )			
petidiini ( Petidin® )			
oksikoni ( Oxanest®, Oxycontin®, Oxynorm® )			
levomepromatsiini ( Levozin®, Nozinan® )			
karbamatsipiini ( Tegretol®, Neurotol®, Trileptal® )			
midatsolaami ( Dormicum® )			
ropivakaiini ( Naropin® )			
haloperidoli ( Serenase®, Haloperin® )			
metadoni ( Dolmed® )			
parasetamoli ( Panadol®, Para-Tabs® )			
tramadoli ( Tramal®, Tradolan® )			
selekoksibi ( Celebra® )			
gabapentiini ( Neurontin®, Lyrica® )			

LIITE 6(6).

**VASTAA VIELÄ LYHYESTI SEURAAVIIN KYSYMYKSIIN.****1. MIKÄ ON MIELESTÄSI VAIKEINTA DEMENTOITUNEEN  
POTILAAN KIVUN****a)Arvioinnissa?** \_\_\_\_\_

---

---

---

**b)Hoitamisessa?** \_\_\_\_\_

---

---

---

**2. MILLAISIA EI – LÄÄKKEELLISIÄ KIVUNHOITOMENETELMIÄ KÄYTÄT  
HOITAESSASI DEMENTOITUNEEN POTILAAN KIPUA?**

---

---

---

**KIITOS VASTAUKSESTASI!****OLE HYVÄ JA OTA KIVUNMITTAUKSEN AVUKSI KYSELYLOMAKKEEN  
VAS – MITTARI**

.

## LIITE 2.

Tässä kyselytutkimuksessa dementoituneella potilaalla tarkoitamme **kaikkia demen-tia-diagnoosin** saaneita ihmisiä joita kohtaat työssäsi kotona, ensiavussa tai vuode-osastolla. Dementian muoto voi olla mikä tahansa yleisimmin tunnetuista dementian muodoista eli Alzheimerin tauti, Lewyn kappale-dementia, otsalohkodementia, vaskulaarinen dementia tai alkoholidementia. Lisäksi dementian vaikeusaste voi vaihdella lievän, keskivaikean tai vaikean välillä. Dementoitunut ihminen voi kommunikoida verbaalisesti tai olla jo niin syvästi dementoitunut, ettei tuota enää puhetta.

*Dementia tarkoittaa laaja – alaista henkisten kykyjen heikkenemistä, joka vaikeuttaa ihmisen selviytymistä arkipäiväisistä toiminnoista (Vahtera 2002). Dementoivat sairaudet ovat pitkäkestoisia ja johtavat kuolemaan. Yleisnimitystä dementia käytetään silloin, kun kyseessä on aivosairaudesta johtuva kognitiivisen toimintakyvyn paheneva heikentyminen. Tämä tarkoittaa muistin häiriöitä, huomiokyvyn ja havaitsemisen heikkenemistä, kielellisten toimintojen ja ongelmien ratkaisukyvyn ja toiminnanohjauksen heikentymistä. (Finne-Soveri 2007, Kuikka, Pulliainen & Hänninen 2001.)*

Kysymyksissä ei ole tarkoituksella eroteltu dementian eri muotoja tai vaikeusastetta. Tärkeintä on että vastatessasi hyödynnät omia tietojasi ja kokemuksiasi kohtaamiesi, dementoituneiden potilaiden hoidosta.

## LIITE 3.



## ARVOISA KYSELYYN VASTAAJA!

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun hoitotyön amk-tutkintoa täydentäviä sairaanhoitaja opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä dementoituneen potilaan kivusta ja kivunhoidosta sairaanhoitajan näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Pieksämäen kaupungin terveystoimen ja Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän sairaanhoitajien osaamista (tietoa, taitoa ja asennetta) arvioida ja hoitaa dementoituneen vanhuksen kipua. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää dementoituneen potilaan kivunhoidon kehittämisessä ja henkilökunnan koulutustarpeen kartoituksessa ja koulutuksen suunnittelussa.

Tutkimus tehdään kyselytutkimuksena kaikille toimessa oleville ja yli kolmen kuukauden sijaisuuksissa toimiville sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille kotisairaanhoidossa, ensiavussa ja vuodeosastoilla. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytesi tule selville missään vaiheessa. Kyselylomakkeen tiedot tulevat ainoastaan tutkimuksen tekijöiden käyttöön.

Palauta kyselylomake Pieksämäen kaupungin terveystoimen osalta Tiina Häkkiselle ja Sisä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän osalta Tiina Leinoselle **4. kesäkuuta 2009 mennessä.**

Yhteistyöstä kiittäen

Tiina Häkkinen  
 Haukivuorentie 212,  
 77220 Neuvola  
 p.0400 384 912  
 tmhakkinen@yahoo.com

Tiina Leinonen  
 Ilopurontie 550,  
 71570 Syvänniemi  
 p.040 517 5080  
 tiina.leinonen@sstk.kuh.fi