

Tallinna Tervishoiu Kõrgkool

õenduse õppetool

Larissa Pivovarova

Jelena Tamlop

ÕENDUSABI DEMENTSUSEGA PATSIENDI VALU LEEVENDAMISEL

Lõputöö

Tallinn 2014

Oleme koostanud käesoleva lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Larissa Pivovarova

Lõputöö autori allkiri:

Kuupäev “.....”2014 a.

Jelena Tamlop

Lõputöö autori allkiri:

Kuupäev “.....”2014 a.

Lubatud kaitsmisele:

Juhendaja: Anne Ehasalu, A., MA

/nimi ja akadeemiline kraad/

.....

/allkiri/

Kuupäev “.....”2014 a.

KOKKUVÕTE

Larissa Pivovarova ja Jelena Tamlop (2014). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, õendusabi õppetool. „Õendusabi dementsusega patsiendi valu leevendamisel.“

Lõputöös on kasutatud kvalitatiivset uurimismeetodit, kirjanduse ülevaadet, mis on 28 leheküljel. Töö koostamisel kasutati 24 kirjandusallikat, millest kolm on veebiallikad ning kirjandusallikatest oli 17 ingliskeelset ja neli eestikeelset, üks lisa ühel leheküljel. Kirjandusallikad olid ilmunud ajavahemikus 2004-2014. Käesoleva lõputöö eesmärgiks oli kirjeldada õendusabi dementsusega patsiendi valu leevendamisel.

Antud uurimistööst lähtuvalt tehti järgmised järeldused:

- Personali ülesanne on paremini diagnoosida valu dementsusega patsientidel. On keeruline välja selgitada valu olemasolu dementsusega patsiendil. Enamusel dementsusega patsientidest on mitmeid kroonilisi haiguseid, mis tekitavad valu ning ebamugavusi. Dementsusega patsient ei ole võimeline iseseisvalt valu tugevust kirjeldama, raske on seda ära tunda ka õendushooldus personalil. Patsientide puhul, kes on võimelised iseseisvalt hindama oma valu, kasutatakse standartset valuskaalat. Dementsusega patsientide puhul aga reedavad valu vaid patsiendi käitumine ja miimika ning annavad aimu valu tugevusest. Seetõttu on risk, et dementsusega patsientide valu aladiagnoositakse ja alaravitakse.

- Õendusabi võteteks valu puhul on: valu hindamine, põhjuse väljaselgitamine ja valu leevendamine. Õendustegevused dementsusega patsiendi valu leevendamisel võivad olla mittefarmakoloogilised ja farmakoloogilised. Farmakoloogilised meetmed viib õde läbi arsti juhtimisel. Õed on ühendavaks lüliks arsti ja patsiendi vahel, kes manustavad ravimeid ning jälgivad ravimite toimet. Mõõdavad taas valu ja kontakteeruvad arstiga, et vajadusel raviskeemi muuta. Mittefarmakoloogiliste meetmetena tuuakse välja lõdvestavad harjutused, asendravi, emotsionaalne toetamine, mediteerimine, patsiendile privaatsuse tagamine, kerge lõdvestav massaaž, meelelahutuslikud (valult tähelepanu kõrvale juhtivad) tegevused nagu muusika kuulamine, teleri vaatamine.

Võtmesõnad: dementsusega patsient, valu ja dementsus, õendusabi, valu leevendamine.

SUMMARY

Larissa Pivovarova ja Jelena Tamlop (2014). Tallinn Health Care College, Nursing Chair. "Nursing care for relieving pain in patients with dementia."

In this Final Paper, a qualitative research methodology, and literature review (page 28) have been used. For the preparation of the research, 24 literary sources were used, including three web sources; as for literary sources, 17 of them were in English and four in Estonian, one page of appendices. Literary sources were published in the period of 2004-2014. The goal of this research was to describe nursing care for relieving pain in patients with dementia.

Based on this research, the following conclusions were made:

- Mission of the staff is better diagnosis of pain in patients with dementia. It is difficult to determine the existence of pain in patients with dementia. The majority of patients with dementia have a number of chronic illnesses which cause pain and discomfort. Patients with dementia are unable to describe the pain intensity by themselves, such a pain is difficult to identify by nursing staff as well. For patients who are able to assess their pain by themselves, a standard pain scale is used. However, the behavior and facial expressions of patients with dementia show the pain and give a sense of its severity. Therefore, there is a risk that patients with dementia obtain both limited pain diagnosis and treatment.
- Nursing care measures in the event of pain: pain assessment, cause identification and pain relief. Nursing activities upon relieving pain in patients with dementia can be non-pharmacological and pharmacological. Pharmacological actions are carried out by a nurse under a doctor's supervision. Nurses who administer medicaments and monitor their effects are a connecting link between doctors and patients. They re-measure pain and contact a doctor to change the treatment plan, if necessary. Non-pharmacological measures include relaxation exercises, posture therapy, emotional support, meditation, ensuring patient privacy, light relaxing massage, entertainment (pain- distracting) activities such as listening to music, watching TV.

Keywords: patients with dementia, pain and dementia, nursing care, pain relief.

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

LÜHENDID

SISSEJUHATUS	7
1. UURIMISTÖÖ METOODIKA	10
2. DEMENTSUSEGA PATSIENDI VALU MÕÕTMISEGA SEOTUD PROBLEEMID	11
2.1. Valu avaldumine dementsusega patsiendil.....	11
2.2. Probleemid dementsusega patsiendi valuga seonduvas õendusabis.....	14
3. ÕENDUSABI DEMENTSUSEGA PATSIENDI VALU PUHUL.....	16
3.1. Dementsusega patsiendi valu mõõtmine ja hindamine.....	16
3.2. Õendusabi dementsusega patsiendi valu leevendamisel	19
4. ARUTELU	23
JÄRELDUSED.....	26
KASUTATUD KIRJANDUS	27

LISAD:

Lisa 1. Dementsusega patsiendi valu väljendamine näoilmete kaudu

LÜHENDID

ADL (*activities of daily living*) - igapäevaelu põhitoimingud

DOLOPLUS (*behavioral pain assessment in the elderly*) - käitumuslik valu hindamise skaala eakatel

ECPA (*behavioral scale for communicative and noncommunicative elderly*) - käitumuslik skaala suhtlemivõimega ja ilma suhtlemisvõimeta eakatele

FAS (*faces pain scale*) - nägudega valuskaala

MMSE (*mini-mental state examination*) - minimentaalne test kognitiivsete funktsioonihäirete hindamiseks

MOBID (*mobilization-observation-behaviour-intensity-dementia*) - mobiliseerimine-vaatlus-käitumine-intensiivsus-dementsus valuskaala

NRS (*a numerical scale*) - numbriline skaala

PAINAD (*pain assessment in advanced dementia scale*) - valu hindamise skaala arenenud dementsuse puhul

PACSLAC (*pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate*) - valu hindamise nimekiri piiratud suhtlemisvõimega eakatele

VRS (*verbal rating scales*) - verbaalse hindamise skaalad

VAS (*visual analogue scale*) - valu visuaalne analoogskaala

SISSEJUHATUS

Lõputöö teemaks on “ Õendusabi dementsusega patsiendi valu leevendamisel“.

Dementsus on ajufunktsioonide järk-järguline langus, mille puhul esinevad inimesel mälu-, mõtlemis-, käitumishäired, samuti on häiritud võime sooritada iseseisvalt igapäevaseid toiminguid. (Linnamägi jt 2008: 7-14).

Sageli põhjustab dementsust mõni progresseeruv ajuhaigus, näiteks Alzheimeri tõbi, ajuvereringehäired, Lewy kehakeste või otsmikusagara degeneratiivne haigus. (Tulva 2008: 132).

Dementsusega patsientide järjest suureneva arvu tõttu kogu vanas maailmas - Euroopas ja ka uues maailmas - USA-s, muutub järjest aktuaalsemaks patsientide hooldamine ja see esitab järjest suuremaid nõudmisi tervishoiusüsteemile. (Gandesha 2012: 6).

Eestis põhjustab demograafiline situatsioon dementsusega patsientide arvu tõusu. Kerge ja keskmise astme dementsus jääb sageli diagnoosimata. Tekib olukord, et patsient satub hooldusasutusse siis, kui tegemist on juba dementsuse raske astmega. See muudab patsiendi hooldamise eriti keerukaks. Sellele lisandub veel fakt, et kuna Eestis on hooldusravi asutustes töötav õendushooldus meeskond ilma erihariduseta, on tegemist otsese ohuga õendus-ja hooldusõendusabi kvaliteedile. (Dementsusega inimeste...2007: 10).

Otsides statistilisi andmeid selle kohta, kui palju on Eestis dementsuse sündroomiga inimesi selgus, et selline info puudub. Teoreetiliselt võiks Eestis olla 11 000 + 15 000 dementsusega inimest. Dementsusega kaasnevad mitmed erinevad kognitiivsed häired. Lisaks mäluhäiretele tekivad isiksuse muutused, käitumishäired ning üldine igapäevase toimetuleku vähenemine. (Linnamägi ja Asser 2000: 2).

Üks suuremaid probleeme dementsusega inimeste õendushoolduse juures on valu. Krooniline valu esineb tüüpiliselt hooldekodudes ja haiglates viibivatel eakatel. Mitmed uuringud on näidanud, et umbes 86% hooldusasutuste patsientidest kannatab mingil põhjusel valu all. Järelikult on oluline tunda eakate valu epidemioloogiat ja õpetada personali valu hindama. (Gibson 2012: 23).

Dementsusega patsiendi valu väljendub tihti psüühika- ja käitumishäiretena. Samas mõned käitumishäired, nagu näiteks agitatsioon, asjade pakkimine ning õendushooldus toimingutest keeldumine, võivad ühelt poolt näidata valu, aga need sümptomid kattuvad neuropsühhiaatriliste häirete sümptomitega. Nii võib segi ajada dementsusele tüüpilise käitumise, deliiriumi, depressiooni ja ärevuse. (Husebo 2012: 245).

Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis on varasemad koostatud lõputöid nii õenduse- kui ka tegevusteraapia õppetoolis, kus on käsitletud dementsuse sündroomiga kaasnevaid probleeme. Õenduse õppetoolis on dementsusega seotud teemadel ajavahemikus 2004-2013 kaitstud 10 lõputööd. Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis on ajavahemikus 2002 – 2013 kaitstud seitse dementsuseteemalist lõputööd ja Tartu Ülikoolis aastal 2012 üks magistritöö. Ükski neist ei käsitle konkreetset õendusabi dementsusega patsiendi valu leevendamisel.

Lõputöö teema valikul lähtusid autorid nii erialasest kui ka isiklikust huvist dementsusega seotud probleemide vastu.

Uurimisprobleemiks on: dementsusega patsiendi valu on raskesti äratuntav, kuna nad ei ole võimelised oma valu väljendama nii, nagu seda teevad kognitiivse defitsiidita inimesed (Husebo 2012: 245). Eakad, kellel esinevad kognitiivsed häired, ei saa tihti oma valu verbaalselt ja selgelt väljendada ja seetõttu võib personalile see probleem märkamatuks jääda. (Cunningham jt 2010: 29).

Uurimistöö eesmärk on: kirjeldada õendusabi dementsusega patsiendi valu leevendamisel.

Uurimistöö ülesanded on:

- Kirjeldada dementsusega patsiendi valu mõõtmisega seotud probleeme.
- Kirjeldada õendustegevusi dementsusega patsiendi valu leevendamisel.

Uurimistöö kesksed mõisted on:

Dementsusega patsient (*dementia patient*) - on patsient, kellel esineb erinevatest haigust seisunditest tulenevalt ajufunktsioonide (mõtlemine, mälu, arutlemine, planeerimine) järkjärguline vaimse võimekuse kaotus. Dementsuse süvenemisel ei ole inimene võimeline

teostama igapäevaelu toimetusi ja muutub nii tema käitumine kui ka isiksuse omadused. (Linnamägi jt 2008: 7-14).

Õendusabi valu leevendamiseks (*nursing care in pain management*) - õendusabi eesmärgiks on patsiendi väljakujunenud tervisliku ja funktsionaalse seisundi säilitamine ja võimalusel parandamine, stabiilses seisundis haigete pikaajaline ravi ja toetamine läbi õendustegevuse. Õendusabi teenuse hulka kuulub õendusabivõtete kasutamine valu ja vaevuste leevendamiseks. (Sotsiaalministeerium 2013). Õendusabi võteteks valu puhul on: valu hindamine, põhjuse väljaselgitamine, valu leevendamine valuvaigistite ja asendiravi abil.

Dementsusega patsiendi valu (*dementia patient's pain*) - valu on ebameeldiv subjektiivne tunne ja individuaalne kogemus igale inimesele. (Cunningham jt 2010: 29). Mõõdukas või raskes dementsuse staadiumis patsiendi valu väljendub häälitustes, näogrimassides, keha liigutustest ja käitumishäiretes (agitatsioon, asjade pakkimine, õendushooldustoimingutest keeldumine). (Husebo: 2012: 245).

1. UURIMISTÖÖ METOODIKA

Uurimistöõ meetodina kasutatakse kirjanduse ülevaadet. Selles meetodis esitatakse uurimistöõ kesksed mõisted ja nende seletused, uuritava nähtuse kirjeldus ja varasemate uurimuste tulemused. (Laherand 2008: 15-20).

Uurimistöõ andmete kogumiseks kasutati õenduslaseid raamatuid ja interneti andmebaase. Kirjanduse otsimisel kasutati Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli raamatukogu, elektroonilisest andmebaasist RIKSWEB. Otsinguteks kasutati inglis- ja eestikeelseid allikaid.

Teadusartiklite leidmiseks kasutati EBSCO-host andmebaasi otsingumootoreid *Health Source: Nursing/academic, Pubmed, Medline, Google scholar search*.

Uuritava kirjanduse valikul sai kriteeriumiks allikate kaasaegsus, teemakohasus ja usaldusväärsus. Kaasaegsus ja usaldusväärsus olid tagatud sellega, et teaduspõhilised kirjandusallikaid otsiti ajavahemikus 2004-2014. Allikad olid teemakohased, kui nendes käsitleti dementsusega patsiendi valu ja selle äratundmist, õendusabi ja valu leevendamist ning teadmiste vajadust dementsusega patsiendi valu teemal.

EBSCO-host andmebaasis kasutati allikate leidmiseks sõnaühendeid (*pain and dementia*) leiti 171; (*well-being and dementia and nursing*) leiti 70; (*pain treatment*) leiti 253; (*pain assessment*) leiti 241; (*nursing care and dementia*) leiti 35. Leitud allikatest osutus sobivaks 45, mis töötati läbi ja millest omakorda lõputöö kirjutamisel kasutati 23 artiklit. Ülejäänud allikad ei vastanud lõputöö teemale või osutusid ebasobivateks muudel põhjustel.

Uurimistöõ on vormistatud „Üliõpilastööde koostamine ja vormistamine“ 2006. aasta metoodilise juhendi järgi.

2. DEMENTSUSEGA PATSIENDI VALU MÕÕTMISEGA SEOTUD PROBLEEMID

2.1. Valu avaldumine dementsusega patsiendil

Valusse suhtutakse kui millessegi igapäevasesse, mis kaasneb loomulikult vanadusega ja mis peabki nii olema. Valu on isiklik ja subjektiivne kogemus ning valu defineeritakse mitmeti. McCaffery valu definitsioon on järgmine: „Valu on just nii tugev, kui patsient ütleb selle olevat ja esineb piirkonnas, kus patsient ütleb selle esinevat.“ See rõhutab valu subjektiivset iseloomu. Rahvusvaheline Valu Uurimise Ühing defineerib aga valu nii: „Valu on ebaseeldiv sensoorne ja emotsionaalne aisting, mis on seotud tegeliku või potentsiaalse koekahjustusega või kirjeldatud sellise kahjustuse vormis.“ Ja vajaduse korral ongi soovitatav valu kirjeldada. (Buffum 2007: 319-321).

Dementsuse hilisemates staadiumites on sageli ainus võimalus patsiendi elukvaliteedi tagamiseks tema paigutamine hooldusasutusse. Hooldusasutusse paigutamine tähendab seda, et patsiendi valu probleemide tuvastamise ning leevendamise eest vastutavad sellest ajast alates eesotsas õed koos teiste meeskonna liikmetega. Mõlemad definitsioonid on laialt kasutusel, arvestades, et patsiendi verbaalne valu kirjeldus ja patsiendi endapoolne valu hindamine on optimaalne ning kõige usaldusväärsem valu hindamise moodus. Kuid suhtlemine teadvusehäiretega patsientidega võib olla problemaatiline ja seetõttu need definitsioonid piiravad valu kindlakstegemist ja kirjeldamist patsientide puhul, kellel on nii tunnetuse- kui ka verbaalse väljendumise puudujäägid. (Roberts & Gaspard 2012: 32).

Vähe tõenäoline on, et dementsusega inimene kaebab valu ja oskab seda väljendada. Dementsuse progresseerudes kõnevõime halveneb ja inimene ei ole enam võimeline oma mõtteid, tundeid ja vajadusi väljendama, patsiendid pole enam võimelised küsimustest aru saama ega neile vastama. Nad pole enam võimelised aru saama, et see, mida nad tunnevad ja mis nende elu segab, on nimelt valu. On oluline teada, et dementsus ei muuda valu tunnetust. Sageli võib dementsusega inimene, kes pole võimeline valutunnet tavalisel moel väljendama, teha seda teisiti. Ülitähtis on koostöö dementsusega patsiendi lähedaste ja õendushooldus personaliga, kuna nemad võivad tähele panna vaevumärgatavaid muutusi dementsusega patsiendi meeleolus või käitumises. Kirjanduse andmetel on dementsusega inimeste valu väga sage probleem. Eriti just neil, kes on hooldekodudes. 75%

hooldekodude elanikest kannatab valu ja 70% on kas alaravitud või üldse ravimata ja haiglates on suur risk, et valu ei tunta ära ja valu on alaravitud. (Sampson 2005: 1-2).

Cunninghami avastas, et Alzheimerit põdevate patsientide valutundlikkus on palju suurem ja nad tunnetavad ebamugavustunnet palju varem kui normaalse kognitsiooniga inimesed. See lükkab ümber sagedase arvamuse, et dementsusega patsientide valutundlikkus on langenud. Niisuguse arvamuse teke on võimalik selle tõttu, et inimeste teadmised dementsuse osas on piiratud, kahjuks on see sageli nii ka personaliga, kes dementsusega patsientidega tegelevad. (Cunningham 2010: 31).

Ulatuslik võrdlev uuring, mille käigus uuriti USA ja Põhja-Iirima õenduse, arstiteaduse ja farmaatsia viimaste kursuste üliõpilaste teadmisi ja suhtumist dementsusega patsientide ja elu lõpustaadiumisse jõudnud patsientide ravi ja õendusabi osas, andis tulemuseks, et üliõpilastel ei ole piisavalt teadmisi tulemaks toime eelpool nimetatud erialaste väljakutsetega. Õenduse üliõpilastele tekitas probleeme suhtlemine patsientidega, kes olid kaotanud eneseväljendamise võime ja kogesid füüsilist ja verbaalset vägivalda. (De Witt Jansen 2013: 847 -854).

Rose kirjeldab 2012. aasta uurimuses skaalat, kus eristatakse dementsuse astmeid vastavalt mälu ja funktsiooni halvenemisele. Autor toob välja seitse staadiumi. Esimeses staadiumis puuduvad subjektiivsed kaebused mäluhäirete suhtes. Teises staadiumis võivad isikud tajuda väga kergelt mälu funktsioonide langust, kuid lähedastele ja sõpradele ei ole need mäluhäired veel märgatavad. Kolmandas staadiumis on kerge mälu funktsioonide langus, inimene ei mäleta nimesid ja ei suuda täita mõningaid keerulisemaid tegevusi, asjade leidmine teeb raskusi. Neljandas staadiumis on mõõdukad mäluhäired. Tekivad suured raskused selliste igapäevaste toimingutega nagu ostmine, raha käsitlemine, raskete ja keeruliste ülesannete täitmine. Inimene võib muutuda tujukaks ja hajameelseks. Viiendas staadiumis on mõõdukalt raske mälu funktsioonide langus. Isik saab hakkama söömisega ja tualeti kasutamisega. Tekib probleem oma aadressi mäletamisega, patsient vajab abi riietumisel ja ei oska ennast vastavalt ilmale riietada. Kuuendas staadiumis on tõeline mälu funktsioonide langus. Isik ei orienteeru ajas ja kohas, vajab abi igapäevastes toimingutes, esinevad unehäired. Seitsmendas staadiumis on väga tõsine mälu funktsioonide langus. Patsient vajab abi kõikides igapäevastes toimingutes, kõne võib kaduda ja võib esineda lihaste jäikust ja neelamisraskust. (Rose 2012:1).

Kerge ja mõõduka dementsuse puhul on enamus patsientidest kodus lähedaste hooldada, aga haiguse süvenedes avaldub selle negatiivne mõju heaolule ja elukvaliteedile. Haigus toob kaasa suhtlemisraskusi, probleeme igapäevaeluga toimetulekul ja osalemises sotsiaalses suhtluses. Kuid siiski on uuringud tõestanud, et piisava sotsiaalse- ja tervishoiuvõrgustiku toetusega suudab dementne inimene ja tema perekond päris kaua kodus hakkama saada. (Holst 2011: 549 -555).

Inelmen (2012: 207) ütleb: mida kaugemale dementsus areneb, mida raskema staadiumiga on tegemist, seda halvemini on dementsusega inimene võimeline oma valust aru saama ja seda väljendama. Samuti on dementsusega inimestega tegeleval personalil raskem valu märgata, valu põhjustega tegeleda ja dementsusega inimest aidata. Valu põhjused dementsusega inimestel võivad tingituna erinevatest kaasuvatest haigustest olla väga mitmesugused. Inelmen ja Mosele väidavad oma uuringus, et eakad dementsusega inimesed on nagu kõik eakad inimesed eksponeeritud paljudele kroonilistele degeneratiivsetele ja progresseeruvatele haigustele ja meditsiinilistele seisunditele, mis võivad põhjustada valu ja ebamugavust, nii füüsilist kui ka psühholoogilist. Need põhjused on samad, mis põhjustavad valu kõikidel teistelgi inimestel. Põhjused võivad olla komplitseeritud ning vajada uuringuid ja keerulisemaid sekkumisi, kuid on ka niisuguseid põhjuseid, mis on täiesti tavalised ja mida on võimalik suhteliselt kergesti avastada ja ravida, kuid mille tähelepanuta jätmine põhjustab palju valu.

Sampson (2005: 1-2) kirjeldab tavaliste valude põhjustena dementsusega inimestel kõhukinnisust, uroinfektsioone, pigistavaid riideid või jalatseid, ühes asendis istumist või lamamist, haavandeid suus ja igemete valulikkust, hambaproteese ning hooldekodudes on valu põhjustajatena leitud isegi diagnoosimata jäänud luumurde. Autor toonitab, et valu tähelepanuta jätmine dementsusega patsiendil põhjustab tihti käitumishäirete teket. See omakorda põhjustab põhjendamata rahustite ja trankvilisaatorite manustamist, mille kasutamise tagajärjeks on funktsionaalse võimekuse langus, mäluhäirete süvenemine, unehäirete teke ja süvenemine sotsiaalne isoleeritus ja depressioon.

Samas on ka üksindus ja depressioon sagedased põhjused eakatel, mis põhjustavad ebamugavustunnet ja valu. Psühholoogiline arusaamine tõdeb, et valu on kogemus, mis on palju komplitseeritum kui lihtsalt refleks ja keemiline reaktsioon. Kui valu sõnum jõuab kesknärvisüsteemi või veelgi varem, esineb kognitiivne ja emotsionaalne vastus valule, mis

on mõjutatud geneetikast, pärilikkusest, elukogemustest ja emotsionaalsest seisundist. (Cunningham 2010: 31).

2.2. Probleemid dementsusega patsiendi valuga seonduvas õendusabis

Spetsiifilisi uuringuid õdede teadmiste ja uskumuste osas dementsusega inimeste valuravist napib. Kuid uuringud tõendavad, et personali hariduslik tase, nende teadmised ja uskumused on otseses seoses eakate valuraviga. Uuringud on näidanud, et dementsusega patsiente ei mõisteta, vähe on ka kirjanduslikku ja tõendupõhist materjali, ainult 1% publitseeritud meditsiinikirjandusest keskendub dementsuse teemadele. Samuti kasutatakse valu mõõdikuid vähe ning on vähene teadlikkus ja ettevalmistus valuravi osas. Umbes 72% õdedest omas viietunnist ettevalmistust. Personali tõekspidamised ja uskumused eakate ja narkootiliste ainete kohta on olnud siiani ka ebapiisavad. (Cunningham 2010:33).

Zwakhaleeni poolt 2007. aastal läbiviidud uuringus püütakse välja selgitada personali praktilisi oskusi, teadmisi ja uskumusi dementsusega patsientide valuravi kohta. Uuring näitas, et valuravile spetsialiseerunud õdedel olid realistlikumad tõekspidamised valu kohta ja paremad teadmised. Ilma vastava hariduseta õed ei pidanud regulaarset valutustamist oluliseks, ka olid nad rohkem mures võimaliku ravimsõltuvuse kujunemise pärast. Olulisim teadmiste puudus esines valu ravimite osas, ravimsõltuvuse, kõrvaltoimete juhtimise ja mittefarmakoloogilise valujuhtimise strateegia osas. (Zwakhaleen 2007: 177-183).

Krooniline valu eakatel võib olla suureks riskiteguriks depressioonile, eriti kui elatakse hooldusasutuses. Patsiendid, kes on kõige vanemas vanusegrupis ja kellel esineb kognitsioonihäireid, on kõige enam ohustatud väärkohtlemisele. Tihti on nende patsientide valu aladiagnoositud. Sellel on mitmeid põhjuseid. Esiteks patsientide poolt ei tule adekvaatset selgitust ja märguannet kroonilise valu olemasolust ja teiseks väheste teadmistega personal, kes ei oska hinnata ja tõlgendada dementsusega inimese käitumist ja seisundit. (Gibson 2012: 24-25).

Valu probleemi aladiagnoosimist kinnitavad ka mitmed uuringud. MOBID-2 kasutades teostati uuring, kus osales 77 raske dementsusega patsienti. Luu-ja lihaskonnast pärinevat valu leiti 58% uuritutest. Kõike rohkem esines valu jalgu liigutades ning kõike vähem käsi liigutades. Valu, mis pärines siseorganitest, peast või nahast, esines umbes 42% uuritutest.

Kõike tavalisem oli valu, mis esines vaagna ja suguelundite piirkonnas ning kõike vähem esines valu südamepiirkonnas, kopsudes ja rindkeres. Uuringu tulemustest võib järeldada, et umbes 64% raske dementsusega hooldekodu elanikest kannatab valu all. (Husebo 2012: 246).

Kahjuks valdkonnad, mis puudutavad funktsionaalset autonoomiat, elukvaliteeti, kroonilist valu- ja väärkohtlemist, on eakatel inimestel aladiagnoositud. Uuringud on tõestanud et sellist olukorda on täheldatud kõikides tervishoiu asutustes sealhulgas erakorralistes, ambulatoorsetes, akuutsetes, pikaaravi ja hoolduse osakondades. (Gibson 2012: 24).

Personal aga, kes on sageli täiesti ilma spetsiaalse ettevalmistuseta dementsusega patsientidega töötamiseks (Hobbs 2009: 10), ei suuda patsientidele kvaliteetset teenust pakkuda. Personali valu mittemärkamine ei tähenda ainuüksi valu alaravimist, vaid ka ebapiisavat heaolu tagamist ja nõrka hoolduskvaliteeti. (Cunningham 2010: 30).

3. ÕENDUSABI DEMENTSUSEGA PATSIENDI VALU PUHUL

3.1. Dementsusega patsiendi valu mõõtmine ja hindamine

Et valuga kõige paremini toime tulla ja seda adekvaatselt leevendada, tuleb valu tugevust hinnata. Kognitiivse defitsiidiga inimeste puhul kasutatakse selleks erinevaid skaalasisid, milleks võib olla sõnaline valuskaala (VRS – Verbal Rating Scale), numbriline valuskaala (NRS – Numerical Rating Sale), visuaalne analoogskaala (VAS - Visual Analogue Scale), nägudega valuskaala (FAS – Facial Analogue Scale).

Dementsusega patsientidel ei saa neid skaalasisid kasutada, kuna need inimesed ei ole võimelised nende skaalade mõttest aru saama. Dementsuse kergemate staadiumite puhul võib see õnnestuda, kuid raskemate staadiumite puhul mitte. Isikud, kellel on mälu- ja ka kõnekahjustused, puudulik keelekasutusoskus ja teadvuse häired, ei oska sageli oma valu ja ebamugavustunnet sõnades selgelt väljendada. Patsientide puhul, kellel on normaalsest madalam kognitiivne tase, on uuringute tulemused erinevad. Mõned uuringud näitavad, et isegi MMSE 8 puhul võivad mõned kognitiivse defitsiidiga patsiendid vastata valu hindamise verbaalsetele testidele. Mahukas tõendusmaterjal näitab siiski, et valust teavitamise ülesanded, nagu valu tugevuse määramine, on kognitiivselt väljakutsuvad ja keerukad. Selleks, et ise mõista valu astmeid või neid kirjeldada, peab olema võimeline aru saama valu hindamise põhimõttest, meenutama valuhooge teatud aja jooksul, määrama valu vastavalt mingile sisemisele standardile ja selgitama valu kahjulike ärrituste kogemusi. Võimet valu verbaalselt hinnata seostatakse teadvuse kahjustuse ulatusega. Veel ei ole selgeid juhiseid või otsuseid, et eristada teadvuse kahjustuse täpset taset, kuid on viiteid, et isikutel, kelle MMSE hinne on alla 15, on märkimisväärselt piiratud võime hinnata ja teada anda oma valust. (Buffum 2007: 317).

Dementsusega inimeste valu tuleb hinnata teistmoodi, kasutamata valuskaalasisid, millede mõttest nad aru ei saa. Käitumise jälgimisel põhinev hinnang on parim kognitiivsete häiretega patsientide puhul, kes ei suuda oma valu sõnadega väljendada. Dementsusega patsientide puhul on tavaline jälgida näoilmet (näiteks kulmukortsutamise, grimasside tegemine, moonutatud ilmed, kiired silmapilgutused), häälotsusi (näiteks ohkamine, ägamine, karjumine, abipalumine, sõimamine), kehakeelt (näiteks kehaasendi jäikus, pingulolek, valvsus, nihelemine, õõtsuv kõnnak, liigutuste muutumine, loidus või motoorne

rahatuse), muutuseid suhtlemises teiste inimestega (näiteks agressiivsus, vastupanu hooldamisel, äkilisus, katkestamine, tagasitõmbumine), muutuseid tegevusmustrites (näiteks söögiisu või unetsükli muutused, ootamatud muutused tavarutiinides) ja muutuseid vaimses seisundis (näiteks nutmine, segasusseisund, ärrituvus, ahastus). (vt lisa 1). Ka siis, kui kõne kaob, on üha suurem tähendus kehakeelel ja käitumuslikel mustritel hindamaks valu olemust dementsusega patsiendil. (Buffum 2007: 319-321).

Kui dementsusega inimene on võimeline oma valu verbaalselt väljendama, siis peab personal arvestama sellega, et dementsusega patsiendid võivad kasutada erinevaid sõnu valu väljendamiseks. On oluline, et personal teaks erinevaid sõnalisi valu tõlgendusi, sest ka erinevate põlvkondade ja erinevate kultuuriliste taustadega inimesed kasutavad erinevaid valu tähistavaid väljendeid. Nii on näiteks väljendid kõrvetab, vasardab, pigistab ning surub paljude inimeste jaoks sünonüümid valule. Oluline on valu hindamise ajal ka see, et selgitatakse välja, kas patsient kuulis küsimust, samuti on dementsusega inimestel kognitsiooni aegluse tõttu vastuse andmiseks vaja rohkem aega. Kuna öösiti on valu käes vaevlevad patsiendid eriti rahutud ja unetud, siis tuleks valu hindamisel dementsusega inimeste öisele käitumisele eriti hoolikat tähelepanu pöörata. (Cunningham 2010: 33).

On märgatud, et puhkeasendis oleva patsiendi valu, eriti kroonilist valu on raske mõõta. Liikumisel esinev valu on kergemini mõõdetav patsiendi ADL toimingute ajal. Enamus mõõdikutest on ehitatud üles lugema kokku erinevate valu väljendavate käitumiste arvu, mis annab kokku kokkuliidetud arvu. See tähendab, et suur arv erinevaid valuväljendavaid käitumisi peaks tähendama rohkem valu. Praktikas võib patsiendil olla tugev valu jalga või kätt liigutades, aga ülejäänud keha on valuvaba. Mõne seisundi puhul (nt Parkinsoni tõbi) ei ole patsient võimeline keha liigutama vabalt ning tal võib olla selle tõttu hinnatust palju tugevam valu. Mõne teise seisundi puhul (nt Huntingtoni tõbi) väljendab patsient rohkem liigutustega, kui suur tegelik valu on. Peaaegu täielikult on jäänud välja arendamata mõõdikud, mille abil saaks mõõta suupiirkonna probleemidest ja hammastest tulenevat valu. See on väga olulise tähtsusega probleem, kuna kehv mälumine, valu suus ning infektsioonid võivad viia alatoitumiseni, vähendada inimese füüsilist aktiivsust ning põhjustada inimesele rohkem kannatusi. (Husebo 2012: 246- 247).

Dementsusega inimese valu hindamisel tehakse sageli viga sellega, et mõõdetakse kroonilist valu vaid puhkeasendis. On märgatud, et puhkeasendis oleva patsiendi valu, eriti kroonilist valu on raskem märgata. Liikumisel esinev valu on kergemini tuvastatav, sest

tavaliselt tekib krooniline valu just liikumisel. See on hästi mõõdetav patsiendi ADL toimingute ajal. Enamus mõõdikutest on üles ehitatud põhimõttel lugema kokku erinevate valu väljendavate käitumiste arvu, mis omavahel summeeritakse. See tähendab, et suur arv erinevaid valu väljendavast käitumisest peaks tähendama rohkem valu. Praktikas ei pruugi see nii olla, sest patsiendil võib näiteks olla tugev valu jalga või kätt liigutades, kuid ülejäänud keha on valuvaba. Mõne seisundi, näiteks Parkinsoni tõve puhul, ei ole patsient võimeline oma keha vabalt liigutama ning tal võib selle tõttu olla hinnatust palju tugevam valu. Samas mõne teise seisundi, näiteks Huntingtoni tõve, puhul väljendab patsient oma kehaliigutustega hoopis rohkem, kui tema tegelik valu olla võiks. (Husebo 2012: 246-247).

Probleemiks on see, et peaaegu täielikult on jäänud välja arendamata mõõdikud, mille abil saaks mõõta suupiirkonna ja hammastest tulenevat valu. See on aga väga olulise tähtsusega, kuna valust tingitud ebapiisav toidu mälumine, valu suus ning suuinfektsioonid võivad viia alatoitumiseni, vähendada inimese füüsilist aktiivsust ning põhjustada inimestele rohkelt kannatusi. (Husebo 2012: 246- 247).

Mõõdikuid, mida dementsusega inimeste valu hindamisel kasutatakse, on mitmeid. Paljud neist on adekvaatselt head ja usaldusväärsed ja peavad paika dementsete isikute puhul. Kõigi nende hinnangute puhul on vajalik patsiendi jälgimine hindaja poolt, kes hindab teatud käitumismallide esinemist või puudumist, intensiivsust, kestust või sagedust – tavaliselt selleks on õde. (Buffum 2007: 320).

Ameerika Geriaatria Ühing töötas välja 2002. aastal abivahendi, mis on abiks valu diagnoosimisel dementsusega patsientidel, kellel on kognitiivseid häireid. Valu hindamisel tuleks lähtuda järgnevast kuuest punktist: näo miimikast, negatiivsetest sõnadest, kehakeelest, igapäeva elu rutiinide muutumisest, personaalsetest käitumuslikest muutustest, vaimsetest muutustest, nt ärrituvus või depressioon. Selleks, et valu mõõtmine oleks tõene ja usutav, on oluline valida õige valumõõdik. Valu mittemärkamine personali poolt ei tähenda ainuüksi valu alaravimist, vaid ka patsientide heaolu ebapiisavat tagamist ja nõrka õendushoolduse kvaliteeti. (Cunningham 2010: 30-33).

Sarnaseid tunnuseid mõõdavad ka teised sagedamini kasutatavad mõõdikud. Mitmetes Norra hoolekodudes on kasutusele võetud mõõdik nimega MOBID-2. Valu intensiivsuse hindamine selle mõõdikuga baseerub patsiendi vahetute valuaistingute väljendamise viiside

märkamisele (häälightsused, grimassid, keha liigutused) ja hindamisele. Vahetut valu peegeldav käitumine on seotud tavapäraste juhitud liigutustega erinevates kehaosades ning valu peegeldav käitumine on seotud siseorganitega. MOBID-2 esimeses osas hinnatakse valu, mis tuleneb luu-lihaskonnast. MOBID-2 teine osa hindab valu, mis tuleb siseorganitest, peast ja nahast. Valu hindaja peab tegema vahet selles, milline käitumine on tingitud valust ning milline käitumine mõnest teisest, neuropsühhiaatrilisest põhjusest. MOBID-2 mõõdikut kasutav inimene annab patsiendi valule hinnangu (0-10) patsiendi hommikuste toimingute ajal. Uuringud on näitanud selle mõõdiku reliaablust ning valiidsust. Seda mõõdikut on lihtne kasutada ning mõõtmisprotseduur võtab aega umbes 5 minutit. (Husebo 2012: 246- 247).

Kasutusel on veel mitmeid mõõdikuid, 2006. aastal koostatud süstemaatilise ülevaate põhjal võib öelda, et neid on vähemalt 12. Ühtegi neist ei saa eelistada, ühtki neist ei saa pidada parimaks. Parimate psühhomeetriliste omadustega olid antud ülevaate alusel PAINAD, PACSLAC, DOLOPLUS2 and ECPA. (Zwakhalen 2006: 3).

Enamust mõõdikutest on lihtne kasutada. Siiski nende kasutamine nõuab koolitusi ning aega ettevalmistusteks. Viimastel aastatel on mõõdikute valideerimise protsessi kaasatud arste, õdesid ning õendushooldusega tegelevaid inimesi. Tulemused on lootustandvad, aga tulevikus on vaja teostada lisauuringuid. (Husebo 2012: 246).

3.2. Õendusabi dementsusega patsiendi valu leevendamisel

On oluline rõhutada, et kuigi skaalade kasutamine on valu mõõtmisel oluline, siis ainult sellest ei piisa edukakas valuraviks. Vajalik on personali juhendamine ja nende otsusekindlus, et tõlkida valuskoor vajalikuks raviks. See on kompleksne protsess. Fakt, et valu ära tundmine üksi ei pruugi viia sobivale ravile, on kinnitust leidnud uuringutes. (Achterberg 2013: 6).

Seega, kui valu on mõõdetud ja hinnatud, on alles poolt teest läbitud, teine pool on valu leevendamine. Kasutusele on ka võetud viis sammu hindamismõõdikut, et hinnata valu ja ebamugavustunnet dementsusega patsientidel. Need viis sammu on: 1) füüsilise mugavuse hindamine; 2) eelnevate füüsiliste vigastuste välja selgitamine ja valu hindamine, kui varasemaid vigastusi pole olnud ja patsient ikka kaebab valu siis tuleks kasutada, 3) mittefarmakoloogilist sekkumist, sellist nagu massaaž, külmad/kuumad kompressid,

asendivahetus. Kui eelnevad tegevused on tulemusteta, siis tuleks kasutada mitteopioideid valuvaigisteid ja jälgida ravivastust. Kui siiski on eelnev tegevus tulemusteta, tuleks suurendada valuvaigistite annuseid ning hinnata juhtumit multidistsiplinaarse meeskonnaga koostöös. (Cunningham 2010: 33).

Smith kirjutab, et valuravi eesmärgiks dementsusega patsientidel on nii kroonilise kui ka ägeda valu kontrolli alla saamine ja leevendamine. Püsiv valu võib põhjustada ja süvendada depressiooni, ärevust, ängistust ning unehäireid. Samuti langetada elukvaliteeti, suurendada tervishoiuteenuste vajadust. Samas kui efektiivne valuravi vähendab emotsionaalset ja psühholoogilist stressi, soodustab ägedat valu põhjustavate haiguslike seisundite paranemist ja parandab elukvaliteeti. (Smith 2011: 2).

Õendusabi meetmed dementsusega patsiendi valu leevendamisel võivad olla mittefarmakoloogilised ja farmakoloogilised. Smith toob mittefarmakoloogiliste meetmetena välja lõdvestavad harjutused, emotsionaalse toetamise, mediteerimise, patsiendile privaatsuse tagamise, kerge lõdvestava massaaži, meelelahutuslikud (valult tähelepanu kõrvale juhtivad) tegevused nagu muusika kuulamise, teleri vaatamise. Mittefarmakoloogilised meetmed peaksid alati eelnema farmakoloogilistele ja toimuma edasi koos farmakoloogiliste meetmetega. (Smith 2011: 2).

Farmakoloogilised meetmed viib õde läbi arsti juhtimisel. Kuigi ravimite määrajaks on arst, on õdedel väga oluline osa valu farmakoloogilises ravis. Õed on ühendavaks lüliks arsti ja patsiendi vahel, kes manustavad ravimid ja jälgivad ravimite toimet. Mõõdavad taas valu ja vajadusel kontakteeruvad arstiga, et vajadusel raviskeemi muuta.

Ravi määramisel lähtutakse valu klassifikatsioonist. Sillaste kirjeldab 2004. aastal valu klassifikatsiooni. Autor toob välja kaks põhilist valu tüüpi: notsitseptiivne valu ja neuropaatiline valu (närvikoe kompressioon, närvikoe kahjustus). Notsitseptiivne valu omakorda jaguneb somaatiliseks ja vistseraalseks valuks. Somaatiline valu on hästi lokaliseeritav, tuim, terav, lõikav, pulseeriv, rõhutav. Tekib notsitseptorite aktivatsioon nahas, luudes, liigestes või lihastes. Vistseraalne valu on hästi lokaliseeritav, sügav, näriv, rõhuv, krambitaoline. Notsitseptorite aktivatsioon tekib sisseorganite suurenemisest, kapsli venitusest või organi deformatsioonist. Neuropaatiline valu tüüp on düsesteesia, allodüünia, hüpo- või hüperesteesia, hüperalgeesia, põletav, kipitav, sähviv, terav,

pereferse kahjustuse korral valu piki dermatoomi. Tekib närvikoe tsentraalne või pereferne kahjustus (kompatsioon, infiltratsioon või destruktsioon). (Sillaste, P. 2004).

Dementsusega inimeste valuravi preparaadid on samad, mis kõikidel teistelgi eakatel inimestel. Ravi alustatakse mitteopioidsete ravimitega, millega saab leevendada nõrka ja mõõdukat valu. Kui valu ei leevendu, siis tulevad kasutusele opioidsed ravimid, mida kasutatakse ka kombinatsioonis mitteopioididega. (Smith 2011: 3).

Nagu ka teistel eakatel, nii ka dementsusega patsientidel kehtib valuravis reegel "*start low, go slow*", mis tähendab, et alustada tuleb madalamate annustega ja neid aeglaselt tõsta. Väga oluline on valu leevendamise puhul korduv hindamine. Valu tuleb uuesti mõõta ja vajadusel raviplaani muuta. (Smith 2005: 44-46).

Õdedel on oluline osa patsientide valuravi otsustuste ja juhtimise protsessis. Igapäevapraktikas on sageli õed need, kes otsustavad, millal manustada vajadusel määratud valuravimeid ja millises doosis. Dementsusega inimeste õendushoolduse korraldamisel on vaja mitme ala asjatundjaid. Mitme eriala spetsialistide olemasolu hooldusasutuses on oluline jõuressurss. Kutseõppeasutuses on erialaoskuste omandamise ajal praktikakohtade valik otsustav, sest sellest sõltub, missuguseks kujuneb ettekujutus dementsusega inimeste hooldusest ja missugused professionaalsed oskused omandatakse. Personali hoiakutel on oluline mõju dementsusega inimese tegevusvõimele. Praegused õppurid on tulevased spetsialistid. Tehnoloogia areneb kiiresti ja selle tulemusena on võimalik välja töötada abivahendeid ka mäluhäiretega ja dementsusega inimeste jaoks. Turvaseadmeid mitmesuguste alarmseadmete näol kasutatakse juba praegu. (Tulva 2008: 134- 149).

Õde peaks toetama patsienti, kuid see ei peaks puudutama ainult ühepoolselt patsienti, vaid eksisteerima ka teiste meeskonnaliikmete nagu õendushooldus personali, tegevusterapeutide, füsioterapeutide, massööride jne. vahel. Personali omavaheline toetus on just oluline eetiliste printsiipidega seoses, näiteks juhul kui dementsusega patsient on kaotanud võime ise otsustada. Sellised eetilised printsiibid on: isiku väärikuse austamine, lubamine patsiendil või tema eest vastutaval isikul teha valikuid, inimese ja tema mineviku identiteeti jätkusuutlikkuse säilitamine, õiglane olemine ja inimesele kahju mittetegemine. (Cunningham 2010: 33).

Üllatava tulemuse andis uuring, et mitte ainult otsest õendushooldust pakkuv personal ei peaks laiendama oma teadmisi valuravist, vaid ka juhtivad õed, uurimistööga tegelejad ja

poliitiliste otsuste tegijad. Ka on oluline, et õed oleksid teadlikud probleemidest, mis tekivad, kui valu ei ole adekvaatselt ravitud. Samuti jõuti järeldusele, et baasravi õppest õdedele ei piisa, et neid piisavalt valuga tegelemiseks ette valmistada – vajalik on spetsialisti koolitus valuravi alal. (Zwakhale 2007: 182).

4. ARUTELU

Käesolevas uurimistöös anti ülevaade õendusabist dementsusega patsiendi valu leevendamisel. Valu on dementsusega eakate jaoks suur probleem, kuid vaid suhteliselt väikesele osale neist on määratud regulaarselt valuvaigistid. Ravimata valu põhjustab dementsusega patsientide elukvaliteedi langust ning tõstab häirivate psühholoogiliste ning käitumuslike sümptomite esinemist. Dementsusega patsiendid ei suuda ise väljendada oma vajadusi ja see tekitab suuri probleeme õenduspersonalile. Sellest tulenevalt toob parem valu hindamine häid tulemusi dementsusega inimeste abistamises.

Töötades dementsusega patsientide osakonnas märkasime, et on väga raske välja selgitada ja hinnata patsientide valu esinemist. Kuna dementsusega patsiendid asuvad tihti koos teiste patsientidega, siis seetõttu on nende seisundi muutustele raskem tähelepanu pöörata. Praktikast selgub, et personali vähesus ja osakonna suurus mõjutab valu märkamist ja hindamist. Need patsiendid vajavad rohkem tähelepanu ja valideerimist, mis kõik võtab rohkem aega. Töö käigus jõudsimme järeldusele, et peame tegema väiksema osakonna dementsusega patsientidele ja välja koolitama personali, et nad oskaksid tähelepanu pöörata valu probleemile. Peale koolituse läbimist mõistis personal, et varem ei osanud nad mõelda sellele: kui patsient häälitseb või tal on grimass näol, siis see võib olla seotud valuga ja nad unustavad, et ka dementsusega patsiendid põevad teisi haiguseid. Enamus dementsusega patsientidest on eakad inimesed ja kellel esinevad kroonilised haigused, mis tekitavad ebamugavust ja valu. Standartne valuskaala on välja töötatud patsientide jaoks, kes oskavad ise hinnata oma seisundit. Dementsusega patsiendi puhul neid skaalasid kasutada ei saa. Meie praktikas ja koolitustel osalemisel saime palju teadmisi ja kogemusi valu hindamisest. Jõudsimme järeldusele, et on vaja rohkem tähelepanu pöörata miimikale ja käitumise muutustele, sest nad võivad olla seotud valuga. Valu juhtumitega tegelemine nõuab igalt personaliliikmelt suurt vastutust ning meeskonnatööd, mis tähendab tõhusat suhtlemist, analüüsimist, visuaalset jälgimist ja tähelepanelikkust valu mitteverbaalsete väljenduste osas. On oluline, et kõikide ravi osapoolte vahel tekiks usaldus, mis loob võimalused selleks, et patsient saaks kõik raviks vajaliku.

Kirjandusest selgus, et dementsuse alal koolitamata õendushoolduspersonal pole dementsusega patsiendi valu väljendamise viisidest midagi kuulnud. Patsiendi valu väljendamine sõltub patsiendi mälust, ootustest ning emotsioonidest, selle tõttu

dementsusega patsiendid omavad suurt riski, et nende valu jääb aladiagnoosituks ja alaravituks. See omakorda võib tekitada patsiendil agressiivsust. Praktikas puutusime kokku, et agressiivsuse esinemisel hakatakse kohe kupeerima sümptomeid ja ei pöörata tähelepanu sellele, et patsient võib kannatada valu all. Analüüsid loetavat ja kasutatud materjali lõputöö jaoks selgus, et rahvusvahelised valuravi soovitused on olemas ning suur hulk käitumise põhjal valu hindavaid skaalaid on välja töötatud ja testitud. Õdede töös keskendutakse haige vajadustele, soovidele ning nende rahuldamise võimalustele ja põhihaiguse sümptomitele. Õel on tähtis roll patsiendi seisundi hindamisel koostöös teiste meeskonna liikmetega ja patsiendi omastega. Dementsusega patsiendi õendushoolduses on väga tähtsal kohal meeskonnatöö, kuhu on haaratud arst, õde, psühholoog, tegevusterapeut, patsient ja võimalusel patsiendi omaksed. Põhjaliku kirjelduse patsiendi toimetulekust ja valu olemasolust saavad anda omaksed. Suurt rõhku pööratakse meie töös usaldusliku suhte loomisele patsiendi, perekonna ja õe vahel. Selleks kasutatakse oma õde, kes on patsiendile kõige lähemal seisev isik.

Vaid väike osa dementsust põdevatest eakatest saab ravina valuvaigisteid. Suur osa jääb ilma ravita ning see viib elukvaliteedi languseni. Personali ülesanne on paremini ära tunda valu dementsuse all kannatavatel patsientidel. Patsientidel, kes on võimelised hindama oma valu, kasutatakse standartset valuskaalat. Dementsusega patsient ei ole võimeline iseseisvalt kirjeldama valu tugevust ning raske on seda teha ka õendushooldus personalil.

Praktika käigus puutusid kokku töö autorid, et esmaselt keskendutakse dementsusega patsiendi agressiivsuse vähendamisele ning ei pöörata patsiendi valule piisavalt tähelepanu. On välja töötatud valu hindamiseks skaalad ning neid on ka testitud. Selles protsessis on väga olulises rollis õde, kes hindab patsiendi seisundit. Dementsusega patsiendi raviprotsessi on kaasatud mitmed meeskonnaliikmed: arst, psühholoog, tegevusterapeut, õde, patsient ning tema lähedased. Patsiendi seisundi hindamisel on väga oluline roll omastel, kes võivad anda vajalikku informatsiooni patsiendi seisundist ja käitumise muutustest. Õendushooldus meeskonna koostöö ja patsiendi omakste kaasamine õendusprotsessi toetab valu diagnoosimist.

Lõputööst tulenevalt teevad autorid järgnevad **ettepanekud**:

- Meie nägemuse kohaselt tuleb leida dementsusega patsiendi hindamise jaoks sobivaimad valu hindamisskaalad ning need võõrkeelsed skaalad tõlkida eesti keelde, et neid saaks õendustöös kasutada.
- Õenduspersonal peab läbima piisavalt valualaseid koolitusi, selleks, et teada, millele on vaja tähelepanu pöörata dementsusega patsiendi juures ja kuidas valu hinnata.

JÄRELDUSED

Lähtuvalt lõputöö ülesannetest jõuti järeldestele:

1. Valu on dementsusega inimestele tõsine probleem, mis vajab põhjalikku hindamist ja ravi. Personali ülesanne on paremini diagnoosida valu dementsuse all kannatavatel patsientidel. On keeruline välja selgitada valu esinemist dementsusega patsiendil, see on tingitud sellest, et enamusel on lisaks ka kroonilised haigused, mis tekitavad valu ning ebamugavusi. Dementsusega patsient ei ole võimeline iseseisvalt valu tugevust kirjeldama, raske on seda teha ka õendushooldus personalil. Patsientidel, kes on võimelised hindama oma valu, kasutatakse standartset valuskaalat. Kuna vaid patsiendi käitumine ja miimika reedavad valu ning annavad aimu valu tugevusest, siis on risk, et dementsusega patsientide valu aladiagnoositakse ja alaravitakse.
2. Valu juhtumitega tegelemine nõuab igalt personali liikmelt suurt vastutust ning meeskonnatööd, mis tähendab tõhusat suhtlemist, analüüsimist ja tähelepanelikkust erinevate mitteverbaalsete väljenduste, erinevate valu kirjeldavate sõnade, visuaalsete vaatluste ja normaalse käitumis muutuste tõlgendamisel. Õendusabi võteteks valu puhul on: valu hindamine, põhjuse väljaselgitamine, valu leevendamine valuvaigistite ja asendiravi abil. Õendustegevused dementsusega patsiendi valu leevendamisel võivad olla mittefarmakoloogilised ja farmakoloogilised. Farmakoloogilised meetmed viib läbi õde arsti juhtimisel. Õed on ühendavaks lüliks arsti ja patsiendi vahel, kes manustavad ravimid ja jälgivad ravimite toimet. Mõõdavad taas valu ja kontakteeruvad arstiga, et vajadusel raviskeemi muuta. Mittefarmakoloogiliste meetmetena tuuakse välja lõdvestavad harjutused, asendiravi, emotsionaalne toetamine, mediteerimine, patsiendile privaatsuse tagamine, kerge lõdvestav massaaž, meelelahutuslikud (valult tähelepanu kõrvale juhtivad) tegevused nagu muusika kuulamine, teleri vaatamine.

KASUTATUD KIRJANDUS

Achterberg, W., Pieper, M., Dalen-Kok, A., Wall, M., Husebo, B. S., Lautenbacher, S., Kunz, M., Scherder, E., Corbett, A. (2013). Pain management in patient with dementia. *Clinical Intervention in Aging*. 1471-1482.

Buffum, M. D. (2007). Cognitive impairment and pain management: review of issues and challenges. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(2), 315-329.

Cunningham, C., McClean, W., Kelly, F. (2010). The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nursing Older People*. 22(7), 29-35.

De Witt Jansen, B., Weckmann, M., Nguyen, M., Parsons, C., Hughes, M. C. (2013). A cross-national cross-sectional survey of the attitudes and perceived competence of final-year medicine, nursing and pharmacy students in relation to end-of-life care in dementia. *Palliative Medicine Journal*, 27(9), 847–854.

Dementsusega inimeste hooldamise probleemid ja hooldusteenuste arendamise vajadus Eestis. Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni. Tallinn 2007.

Gandesha, A.; Souza, R.; Chaplin, R.; Hood, C. (2012). Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff. *Nursing Older People*, 24(4), 26-31.

Gibson, S. J., Lussier, D. (2012). Prevalence and Relevance of Pain in Older Persons pme. *Pain Medicine*, 13, 23–26.

Holst, G. (2011). Wellbeing among people with dementia and their next of kin over a period of 3 years. *Scandinavian Journal of Caring Science*, P 25; 549–557.

Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., Ljunggren, A. E. (2012). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization–Observation–Behaviour–Intensity–Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. The Authors. *Scandinavian Journal Caring Scienses*. Vol. 24, p243–251

Inelmen, E., M., Mosele, M., Serqi, G., Toffanello, E., D., Coin, A., Manzato, E. (2012). Chronic pain in the elderly with advanced dementia. Are we doing our best for their suffering? Aging clinical and experimental research. 24(3), 207-212.

Laherand, M. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn: OÜ Infotrükk.

Linnamägi, Ü., Asser, T. (2000). Dementsussündroom ja selle põhjused. TÜ Kirjastus.

Linnamägi, Ü. (2008). Mis on dementsus ja mis seda põhjustab, 7-14. Tallinn: Eesti Alzheimeri Tõve Ühing

Manfredi, P., L., Breuer, B., Meier, D., E., Libow, L. (2003). Pain assessment in elderly patients with severe dementia. *Journal of Pain and Symptom Management* 25(1), 48-52.

Roberts, D.; Gaspard, G. (2013). A palliative approach to care of residents with dementia. *Nursing Older People*, 25(2), 32-36.

Rose, K. M., Lopez, R. P. (2012). Transitions in Dementia Care: Theoretical Support for Nursing Roles. *The Online Journal of Issues in Nursing* 17(2).

Sampson, E. (2005). Personal Sotsial Services Research Unit. Pain in dementia factsheets. http://www.pssru.ac.uk/pdf/MCpdfs/Pain_factsheet.pdf (03.02.2014).

Sillaste, P., Kuddu, M. (2004). Vähivalu ravijuhend. Tallinn

Smith, N., Bukwalter, K. (2005). Behaviors Associated with Dementia. *American Journal of Nursing*. 105(7), 40-52

Smith, N., Strayer, D., A., Schub, E., Pravikoff, D. (2011). Pain Management in Older Adults. *Nursing practice and skill* 12(2), 1-3

Sotsiaalministeerium. Õendusabi.

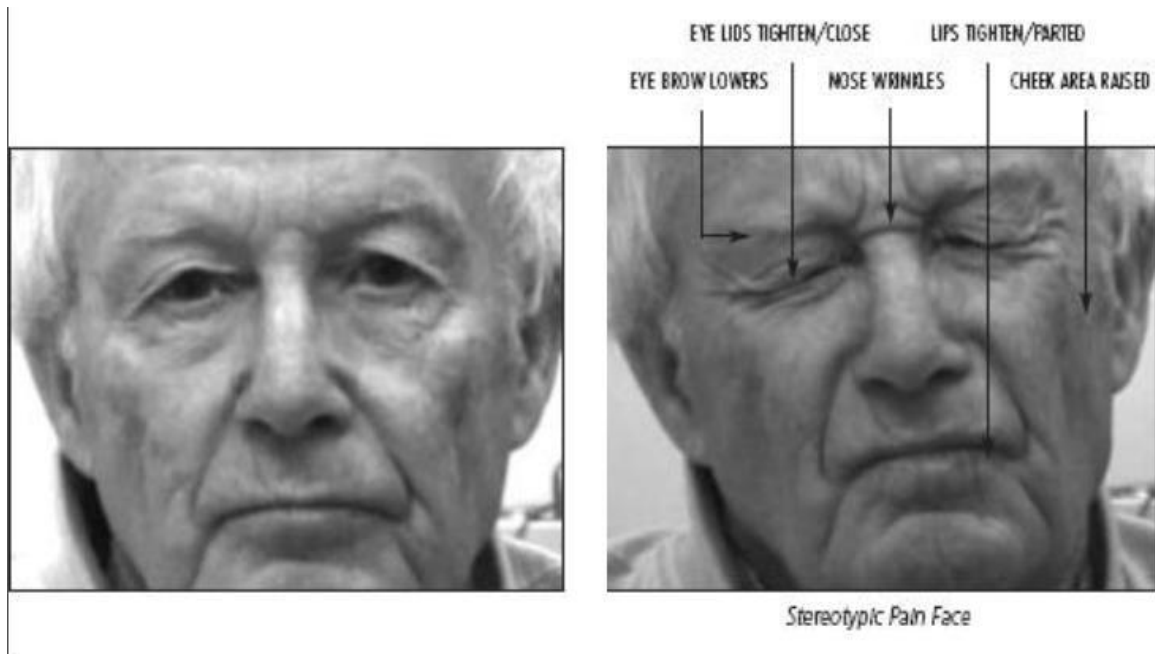
<http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervishoid-ja-ravimid/oendusabi.html> (10.04.2014).

Tulva, T. (2008). TLÜ Kirjastus "Eakate vananemise kogemused Eestis ja Soomes"

Zwakhalen, S., Hamers, J., Abu-Saab, H., H., Berger, M. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*. 6(3), 1-15.

Zwakhalen, S., Hamers, J., Peijnenburg, R., Berger, M. (2007). Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain Res Manage* 12(3), 177-184.

Dementsusega patsiendi valu väljendamine näoilmete kaudu



(Manfredi jt 2003: 50)